

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Informovaný souhlas v nemocnici – teorie a praxe**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Marta Sýkorová  
Studijní program: Rehabilitace  
Studijní obor: Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory  
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.

Datum odevzdání práce: 15.8.2013

## Abstrakt

SÝKOROVÁ, M. Informovaný souhlas v nemocnici – teorie a praxe. České Budějovice, 2013. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity, vedoucí práce Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V první části je popsán současný stav problematiky informovaného souhlasu v obecných souvislostech a s ním související témata (základní pojmy týkající se institutu informovaného souhlasu, vývoj vztahu mezi lékařem a pacientem, historie informovaného souhlasu a principy lékařské etiky). Ve stěžejní kapitole je popsáno legislativní zakotvení informovaného souhlasu, obecné rysy informovaného souhlasu, forma informovaného souhlasu, vztah sester k informovanému souhlasu, kritika informovaného souhlasu a nejčastější chyby a omyly spojené s poskytováním informovaného souhlasu.

K získání dat byl použit kvalitativní výzkum, metoda dotazování, technika sběru dat položený rozhovor. Výzkumný soubor tvořilo 11 pacientů/ek a dva lékaři. Cílem práce bylo zjistit a popsat rozdíly mezi teorií a praxí informovaného souhlasu v nemocnici a zjistit, je-li patrný nějaký posun v chybách a omylech informovaného souhlasu, které uvádí Haškovcová (2007).

Výsledky výzkumu ukázaly, že pojem informovaný souhlas není u dotazovaných pacientů/ek známý. Podstatu informovaného souhlasu, tj. komunikaci mezi lékařem/kou a pacientem/kou o postupu léčby a následné podání pacientova svobodného a dobrovolného souhlasu, vystihl pouze jeden z jedenácti dotázaných pacientů. Po vysvětlení pojmu však téměř všichni (kromě jednoho pacienta) dotazovaní/é pacienti/ky uvedli/y, že informovaný souhlas poskytovali/y. U lékařů byla znalost pojmu informovaný souhlas podle předpokladů přesnější. Žádný z dotázaných pacientů/ek neměl od informovaného souhlasu před nástupem do hospitalizace žádná očekávání. V otázce vnímání přínosu informovaného souhlasu z odpovědí respondentů/ek jednoznačně vyplývá, že informovaný souhlas je vnímán především jako právní ochrana lékařů před případnými stížnostmi, popř. žalobami ze strany pacientů při výkonu svého povolání tím, že je pacient seznámen s komplikacemi, které mohou v rámci daného

výkonu nastat. Tento přínos je vnímán jak pacienty/kami, tak lékaři. Zatímco pacienti nevidí jiný smysl institutu informovaného souhlasu, lékaři vidí jeho přínos také jako ochranu pacienta. Další výhodu vidí dotázaní lékaři v písemném informovaném souhlasu, který si pacient může v klidu opakovaně pročíst a následně se v případě nejasností dotázat lékaře/ky. I přesto, že by se sestry neměly podílet na získávání informovaného souhlasu, uvedlo šest z dotazovaných pacientů, že jim byl předložen zdravotní sestrou/bratrem k podpisu informovaný souhlas bez předchozího náležitého poučení. Dále z odpovědí lékařů vyplývá, že načasování poučení závisí na povaze operace, zda je plánovaná či akutní. Přesto jsem se setkala u některých pacientů/ek s odpovědí, že nebyli/y poučeni/y ani u plánovaného výkonu s dostatečným časovým odstupem od udělení informovaného souhlasu. Podle výpovědí lékařů i pacientů/ek jsou v praxi používané tři formy poučení – písemná, ústní a její kombinace. Písemná forma je praktikována tím způsobem, že je pacientovi/ce předáno písemné poučení (např. při objednání na konkrétní výkon), které si může přečíst a na případné nejasnosti se poté dotázat lékaře. Setkala jsem se ovšem i s výpovědí, kdy byly pacientovy podány desky se slovy – tady to podepište. Nejčastěji uváděna byla kombinace písemného a ústního poučení, tzn., že je pacient poučen ústně s tím, že je mu předáno písemné poučení, které popisuje detailnější popis konkrétního zákroku. V otázce množství podaných informací nebyli jednotní ani dotázaní/é pacienti/ky ani lékaři – někteří/é upřednostňují podání pouze základních informací (např. diagnózy, ale postup operace již znát nechtějí), někteří chtějí znát všechny informace (včetně průběhu operace). Jeden z dotazovaných lékařů upřednostňoval adekvátní informovaný souhlas a detailní informovaný souhlas viděl spíše jako problematický, druhý lékař upřednostňoval uvedení všech detailů, byť v písemné podobě, a to především z důvodu právní ochrany. Z hlediska kvality poskytovaných informací je z výpovědí pacientů/ek patrné, že je pro ně nejdůležitější skutečnost, že je daný výkon v jejich prospěch a doba hospitalizace. Všichni/y pacienti/ky se shodli/y na skutečnosti, že je velice dobré, že jsou informováni/y o zákroku, který jim bude proveden. V otázce spolurozhodování však již jednotní nebyli – zde jeden pacient a jedna pacientka uvedli, že si myslí, že by ani náležitě poučený pacient neměl spolurozhodovat o léčbě. Postoj k spolurozhodování pacientů vyjádřil

pouze jeden z dotazovaných lékařů, který uvedl, že se snaží pacienta/ku přesvědčit, že jím navrhované řešení je neoptimálnější. Pro pacienty/ky je již samozřejmostí v případě, že je něco zajímavá, kladení otázek lékařům – ptají se na výsledky vyšetření, průběh daného zákroku i na prognózu daného onemocnění. Dále však z výpovědí vyplynulo, že ne vždy dostanou na svou otázku odpověď, se kterou by byli spokojeni/y. V případě, že pacienti/ky uvedli/y, že nekladou lékařům/kám otázky, byly jako důvody uváděny dostatek informací, nedostatek personálu (pocit zdržování již tak zaneprázdněného personálu) a pocit z neochoty lékařů. V případě, že pacienti/ky nezískali/y dostatek informací od zdravotnického personálu hledali/y jiné zdroje informací –internet (diskusní fóra), příbuzné a přátele nebo jiné lékaře.

Tato práce poukazuje na širší psychosociální souvislosti informovaného souhlasu, její výsledky tak mohou sloužit ve vzdělávání pracovníků v pomáhajících profesích.

Klíčová slova: informovaný souhlas, vztah zdravotníka a pacienta, lékařská etika

## **Abstract**

SÝKOROVÁ, M. Informed consent in the hospital – the theory and the practice. České Budějovice, 2013. Diploma thesis at the Faculty of Health and Social Studies of the University of South Bohemia, thesis supervisor Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.

The diploma thesis is divided into a theoretical and a practical part. The first part describes the current state of the issue of informed consent in a general context and related topics (basic terms associated with the institute of informed consent, the development of relationship between the doctor and the patient, the history of informed consent and principles of medical ethics). The crucial chapter explains the legislative basis of informed consent, general features of informed consent, the informed consent form, nurses' relationship to informed consent, the criticism of informed consent, and the most common mistakes and errors related to giving informed consent.

To obtain the data, I used the qualitative research, the method of questioning, and the data collection technique of a semi-structures interview. The research sample group consisted of 11 patients and two doctors. The objective of the thesis was to identify and describe the differences between the theory and the practice of informed consent in the hospital, and to find out whether there has been any shift in the mistakes and errors associated with informed consent as stated by Haškovcová (2007).

The research results have shown that the interviewed patients are not familiar with the concept of informed consent. The essence of informed consent, i.e. the communication between the doctor and the patient on the treatment procedure and the patient's subsequent giving of a free and voluntary consent, was identified just by one out of eleven interviewed patients. However, when the concept was explained to them, almost all (except for one patient) patients stated that they gave informed consent. The knowledge of the informed consent concept was more accurate by doctors as presumed. None of the interviewed patients expected anything from informed consent before their hospital onset.

On the issue of viewed benefits of informed consent, it is clear from respondents' answers that informed consent is viewed primarily as doctors' legal protection against any complaints or lawsuits made by the patients in the performance of their profession by making the patient familiar with any complications that may occur during the performance. This benefit is perceived by both patients and doctors. While patients do not see any other purpose of informed consent, doctors see its benefit also as the protection of patients. Another benefit viewed by doctors is the written informed consent form which the patient can read repeatedly in peace and subsequently ask his/her doctor in case of ambiguity. Despite the fact, that nurses should not participate in obtaining informed consent, six of the interviewed patients stated that informed consent was submitted to them to sign by the nurse/male nurse without proper instructions. Furthermore, doctors' answers show that the timing of instructions depends on the nature of the surgery, whether it is planned or acute. However, some patients said that they were not even instructed with the sufficient time after giving informed consent even when related to a planned procedure. According to the statements of doctors and patients, there are three forms of instructions that are used in practice – written, oral and their combination. The written form is practiced in such a way that written instructions (e.g. when ordering a specific procedure) are handed to the patient, and he/she can read it and ask his/her doctor in case of ambiguity. However, there was also a statement that the patient was just handed a board with the words – sign here. The most stated form was the combination of written and oral instructions, so the patient was first instructed orally and then he was also handed a detailed description of the particular procedure in the written form. There was no uniformity about the question of the amount of submitted information among the interviewed patients as well as doctors – some of them prefer just basic information (e.g. diagnosis, but they do not want to know the surgery procedure), some of them want to know all the information (including the surgery procedure). One of the interviewed doctors favored just the adequate informed consent and saw the detailed informed consent as problematic, another doctor preferred introduction of all the details, although in the written form, mainly because of legal protection. In terms of quality of the provided information, it is clear from the

statements of the patients that two most important facts for them are that the performance is in their benefit and the duration of hospitalization. All patients have agreed on the fact that it is very good that they are informed about the procedure which will be performed on them. However, they were not united regarding the issue of participation in the decision – two patients stated that not even the properly informed patient should participate in the decision about their treatment. Only one doctor expressed his stance to the patient's participation in the decision stating that he tries to persuade his patients that his proposed solution is the optimal. The standard for the patients is to ask questions when they are concerned about something or interested in it – they ask about their examination results, the course of the particular procedure and the prognosis of the disease. However, the statements showed that they do not always get the answer they are satisfied with. When the patients stated that they do not ask their doctors about anything, their reasons were enough information, lack of staff (feeling that they would just be delaying the already busy staff) and a feeling of unwillingness on the part of doctors. If the patients did not receive enough information from the medical staff, they looked for it in other sources of information – the Internet (forums), relatives and friends or other doctors.

This thesis points to the broader psychosocial context of informed consent, so its results may help during the training of staff in the assisting professions.

Keywords: informed consent, relationship between a health worker and a patient, medical ethics

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15.8.2013

.....

(jméno a příjmení)



## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu diplomové práce Mgr. et Mgr. Ondřeji Doskočilovi, Th.D. za cenné rady a pomoc při zpracování diplomové práce. Dále děkuji paní doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. za pomoc při realizaci výzkumu. V neposlední řadě děkuji všem respondentům a respondentkám.

# Obsah

|  |    |
|--|----|
| Úvod   | 12 |
| 1 Současný stav  | 14 |
| 1.1 Základní pojmy   | 14 |
| 1.2 Historie informovaného souhlasu                        | 15 |
| 1.2.1 Vývoj vztahu mezi zdravotníkem a pacientem           | 15 |
| 1.2.2 Historie informovaného souhlasu                      | 19 |
| 1.3 Principy moderní lékařské etiky                        | 22 |
| 1.3.1 Princip neškození                                    | 23 |
| 1.3.2 Princip prospěšnosti                                 | 24 |
| 1.3.3 Princip respektu k autonomii                         | 24 |
| 1.3.1.1 Důstojnost vs. respekt k osobám a jejich autonomii | 24 |
| 1.3.1.2 Princip respektu k autonomii                       | 26 |
| 1.3.4 Princip spravedlnosti                                | 28 |
| 1.3.5 Principy druhého řádu                                | 28 |
| 1.4 Informovaný souhlas                                    | 29 |
| 1.4.1 Informovaný souhlas z právního hlediska              | 29 |
| 1.4.2 Obecné rysy informovaného souhlasu                   | 34 |
| 1.4.3 Forma informovaného souhlasu                         | 41 |
| 1.4.4 Zdravotní sestry a informovaný souhlas               | 43 |
| 1.4.5 Kritika informovaného souhlasu                       | 44 |
| 1.4.6 Informovaný souhlas –nejčastější chyby a omyly       | 50 |
| 1.4.7 Informovaný nesouhlas                                | 51 |
| 2 Cíl práce a výzkumné otázky                              | 54 |
| 2.1 Cíl práce  | 54 |
| 2.2 Výzkumné otázky  | 54 |
| 3 Metodika   | 55 |
| 3.1 Použité metody a techniky sběru dat                    | 55 |
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru                     | 55 |
| 3.3 Realizace výzkumu a zpracování dat                     | 56 |

|  |    |
|--|----|
| 4 Výsledky výzkumu   | 57 |
| 4.1 Způsob zpracování rozhovorů                            | 57 |
| 4.2 Schéma otevřeného kódování                             | 58 |
| 4.3 Výsledky otevřeného kódování                           | 59 |
| 4.3.1 Orientace v problematice informovaného souhlasu      | 59 |
| 4.3.2 Poučení a následné poskytnutí informovaného souhlasu | 61 |
| 4.3.3 Aktivita pacientů/ek                                 | 68 |
| 4.4 Schéma axiálního kódování                              | 71 |
| 4.5 Výsledky axiálního kódování                            | 72 |
| 5 Diskuze  | 73 |
| 6 Závěr  | 84 |
| 7 Seznam použitých zdrojů                                  | 87 |
| 8 Přílohy  |    |

## Úvod

Inspirací pro tuto diplomovou práci byly výsledky mé bakalářské práce na téma Mediální obraz vztahu zdravotníka a pacienta, kdy jsem na základě sledování vybraných dílů současného televizního seriálu *Ordinace v Růžové zahradě* zjistila skutečnost, že se zde institut informovaného souhlasu téměř nevyskytuje. Jak uvádí Ftorek (2010) je mediální vykreslení reality jen přefiltrovaným odrazem skutečnosti nebo jednou z variant jejího výkladu. A tak může skutečnost absence informovaného souhlasu v mediální prezentaci vypovídat o vnímání důležitosti informovaného souhlasu tvůrci, resp. jejich odbornými poradci a může tak ve společnosti vyvolávat dojem, že informovaný souhlas je zbytečnost a jakési „otravování“ ze stran lékařů v reálném životě. Potvrzuje to tak fakt, že informovaný souhlas není chápán jako nástroj dialogu mezi lékařem a pacientem, ale jako formalita a „podepsání papíru“.

V medicíně je hlavním aktérem člověk. Má-li medicína řešit problémy s lidským zdravím, musí rozumět nejen nemocem, ale musí především rozumět člověku. Přitom člověkem je samozřejmě nejen pacient, ale také zdravotník (Konečná, Slouková, Mardešić, 2012). Základem kvalitního vztahu mezi zdravotníky a pacienty je efektivní komunikace (Hošková, 2010). A s tím souvisí i institut informovaného souhlasu, který vznikl jako nástroj, který má donutit lékaře a pacienta, aby se spolu sešli a dohodli se na dalším postupu. A to, co je na tomto setkání sjednáno, by mělo být potvrzeno podpisy (Šimek, 2010).

Sociální pracovník je prostředníkem mezi pacientem a světem mimo nemocnici – okolím, bydlištěm, rodinou, zaměstnáním, různými institucemi apod. Je součástí tzv. vnitřního týmu, který tvoří pracovníci nemocnice, kteří na řešení situace pacienta spolupracují. Do tohoto týmu patří zejména lékaři, psychologové, rehabilitační pracovníci, zdravotní sestry, psychiatři, terapeuti, sociální pracovníci atd. V určitých situacích působí sociální pracovník v tomto týmu jako koordinátor a je proto nezbytné, aby se orientoval ve specifikách, která jsou s pobytem v nemocnici spojena (Severová, 2005). K těmto specifikům patří také institut informovaného souhlasu.

Informovaný souhlas představuje důsledek změny vztahu mezi pacientem a zdravotníkem (Čepický, 2009). Zrovnoprávnění vztahů lékařů a pacientů při

respektování odborné převahy vedlo k prosazení práva pacienta na dokonalé poučení před každým závažnějším diagnostickým či terapeutickým výkonem (Hošková, 2010). Nová podoba vztahu založená na informovaném souhlasu by tak měla mít ideálně dva výsledky: pravdivou komunikaci a osobní kontakt (Hill in Thomasma, Kushnerová, 2000).

V České republice představuje určitý mezník pro tuto problematiku přijetí Úmluvy o lidských právech a biomedicíně v roce 2001. Změna hodnotového přístupu lékaře k pacientovi však trvá déle, než změna právního řádu. To je důvodem pro to, že se posun v chápání vztahu lékaře a pacienta plně nevžil a prosazování institutu informovaného souhlasu, pro něž je respekt k vůli prvořadý, je v praxi velmi obtížné (Doležal in Humerník, 2011).

Proto je cílem této práce zjistit rozdíly mezi teorií a praxí informovaného souhlasu v nemocnici a zjistit, je-li patrný posun od nejčastějších chyb a omylů v informovaném souhlasu, které uvádí Haškovcová (2007), tzn., je-li postupem času patrný nějaký kvalitativní posun.

## ***1. Současný stav***

### ***1.1 Základní pojmy***

**Informovaný souhlas** (někteří autoři upřednostňují termín souhlas informovaného), znamená vykonávání diagnostických a léčebných úkonů pacientovi zásadně pouze s jeho svobodným a dobrovolným souhlasem po předcházejícím přiměřeném informování (Šoltés, 2008). Vyžaduje od pacienta, aby souhlasil s plánovaným diagnostickým nebo léčebným postupem, stejně jako se způsobem poskytování ošetrovatelské péče (Kopecká, Korcová, 2008). Informovaný souhlas může dát pouze osoba mentálně kompetentní. U mentálně nekompetentních osob (děti, duševně nemocní, senioři apod.) se potřebný souhlas vyžádá od zákonných zástupců. Souhlas pacienta s nevyhnutelnou léčbou se nevyžaduje při stavech bezvědomí a ohrožení života, pokud ho pacient nemůže sám aktivně projevit (Šoltés, 2008).

**Informovaný nesouhlas** představuje písemné prohlášení pacienta, že po náležitém vysvětlení odmítá potřebnou, lékařem doporučenou zdravotní péči. Jedná se o nesmírně důležitý dokument tam, kde lékař nebo jiný zdravotnický pracovník, způsobilý k výkonu, pacientovi doporučil určitý zákrok, výkon nebo péči a pacient toto odmítl. V tomto případě musí být pacientovi zároveň poskytnuty informace o tom, jaké důsledky může toto odmítnutí mít (Mach, Prokešová in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011).

Všeobecně se pod pojmem **vztah lékaře a pacienta** rozumí souhrn sociálních podmínek a způsobů jednání ve vzájemném působení mezi lékařem a pacientem a vztah lékaře k předmětu své činnosti (Bártlová, 2005).

**Paternalismus** je odborný výraz popisující ochránářský přístup nebo také přesvědčení, že jedinci nemohou sami poznat, co jim nejvíce prospívá. V lékařské nebo zdravotnické etice představuje paternalismus situace, kdy zdravotník jedná sám podle svého úsudku (podle svých nejlepších vědomostí, schopností a dovedností) pro dobro nemocného bez přijetí jeho názoru nebo bez poznání jeho názoru (Vrublová, 2006).

**Autonomie** (z latiny – auto=sám, nomos=pravidla) představuje schopnost člověka řídit se vlastními pravidly. Základem autonomie je svoboda, schopnost jednání a schopnost cílené činnosti (Cichá, Goldmann, Kutnohorská, 2011).

## ***1.2 Historie informovaného souhlasu***

I přesto, že tradice lékařské etiky je velice bohatá, informovaný souhlas v ní nemá dlouhou historii (Lajkep, 2003). S ohledem na to, že kořeny informovaného souhlasu lze nalézt mnohem dříve, než samotný institut informovaného souhlasu bude se v první části kapitoly krátce věnovat vývoji vztahu mezi lékařem a pacientem. Tato problematika je podle mého názoru důležitá pro pochopení skutečnosti, proč nebyl tento fenomén uplatňován již dříve. Ve druhé části se budu věnovat historii samotného informovaného souhlasu.

### ***1.2.1 Vývoj vztahu mezi zdravotníkem a pacientem***

Historie lékařské etiky má svůj fundamentální filozofický základ, ale především svůj praktický užitek, pramenící ze vztahu dvou veličin – lékaře a pacienta – člověka (Šoltés, 2008).

Vztah mezi lékařem a pacientem patří mezi mezilidské vztahy, které má v životě každý člověk. Tento vztah nabývá na významu v okamžiku, kdy jedinec onemocní. (Beran, 2010). Z hlediska společenské dělby práce patří lékařská profese mezi nejstarší. Její základy můžeme nalézt již ve starověkých kulturách. Lékařská či léčitelská role byla vždy rolí výlučnou, s velkým důrazem na zvláštní osobnostní schopnosti lékaře/léčitele (Křížová, 2006).

Významnou postavou ve formování vztahu mezi lékařem a pacientem byl Hippokrates, přesto však jeho přísaha vůbec nezmiňuje povinnost lékaře komunikovat se svými pacienty (Tate, 2005). Text Hippokratovy přísahy je základním historickým zdrojem etického medicínského myšlení tzv. „západní medicíny“ (Ivanová, 2005). Tato tradice zdůrazňovala humánní přístup a mravní závazky. Pacient byl považován za člověka, který je povinen zákrok strpět, nikoli o něm rozhodovat. V antickém spisu O dobrých způsobech, který bývá připisován Hippokratovi, je přímo uvedeno: „*Jednej rozvážně a obratně; zatímco o nemocného pečuješ, většinu věcí před ním zakrývej. Podle potřeby ho povzbuzuj, pln optimismu a klidu, tak aby jeho pozornost byla odvrácena od toho, co se s ním děje. Někdy ostře a zpříma kárej a jindy pozorně a starostlivě uklidňuj a přitom mu neodhal nic o tom, co přijde nebo co hrozí. Neboť*

*nejednoho nemocného přivedla prognóza ohlašující, co lze očekávat nebo co se může stát, až k nejhorším koncům.*“ (Tate, 2005). Média vytvářejí ve společnosti mylný dojem, že lékaři skládají Hippokratovu přísahu. Její doslovné znění je však pro dnešní dobu nepoužitelné. Použitelný je však její humanistický duch (Novák, 2005). A tak jsou lékaři nepochybně vázáni Hippokratovou přísahou i v 21. století, respektive by touto přísahou vázáni být měli. Závazek je ovšem právně nevymahatelný, neboť je pouze morální (Hlaváčková in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011).

Hlavní zásady řecko-římské medicíny (a s tím související lékařské etiky), které do jisté míry vysvětlují postoj tehdejších myslitelů, se vyznačují: úctou pacientů k lékařům, neboť ti obdrželi svou autoritu od Boha; poslušností a vírou v lékaře; názorem, že spolurozhodování pacienta o léčbě je kontraproduktivní (Tate, 2005).

Jak vidíme, vztah mezi lékařem a pacientem se vyvíjel po dlouhá staletí a nejprve se ustálil v podobě, kterou nazýváme paternalismus. V paternalistickém vztahu měl lékař zcela výjimečné postavení – byl nositelem jak odborné, tak všeobecné vzdělanosti, pomáhal pacientům nejen v případě nemoci, ale také v různých životních krizích (Haškovcová, 2002). Výjimečné postavení mu zajišťovalo také to, že musel mnoho studovat, vynaložit velké úsilí a tím se lišil od běžných smrtelníků (Beran, 2010). To zajišťovalo jeho bezkonkurenčnost nejen ve věcech medicínských, ale také lidských (Haškovcová, 2002). Vzhledem k výraznému rozdílu ve vzdělání lékaře a pacienta, určoval základní rámec vzájemné komunikace vždy lékař (Haškovcová in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011). Pacient se obracel na svého jediného lékaře s plnou důvěrou a jeho návrhům na léčbu se plně a bez jakýchkoli výhrad podřizoval (Haškovcová, 2007). Pacienti svůj názor neprosazovali, jelikož jej často nebyli schopni ani formulovat (Haškovcová, 2002).

Co se týče informací v paternalistickém (otcovském) vztahu lze konstatovat, že se lékař zpravidla omezoval pouze na praktické rady a doporučení, protože stejně jako celá společnost pokládal za správné ušetřit vážně nemocného traumatizujících zpráv. Samozřejmostí bylo informování rodiny nemocného (Haškovcová, 2007). Pacient v tomto modelu informace přijímal, nebyl zvyklý ptát se na nejasnosti. Díky tomu se k němu nemusely dostat ani ty nejpodstatnější informace (Fialíková, 2011).



Tento model byl praktikován od starověku až po druhou světovou válku. Po druhé světové válce proběhly významné změny nejen na politické scéně, ale přeneseně také v medicíně (Haškovcová, 2007). Vztah lékaře a pacienta se začal měnit na konci 60. a v průběhu 70. let, když se svědomí obyvatelstva zaměřilo výhradně na individuální práva. Změnila se úloha lékaře a pacienta především v rozhodovacím procesu (Šoltés, 2008). Lidé si začali více uvědomovat svou osobní svobodu a lidská práva, což ovlivnilo i specifickou situaci pobytu v nemocnici (Haškovcová, 2007). Postoje, kdy si lékaři a sestry myslí, že ví, co je pro pacienta nejlepší, rozhodují jménem pacientů a cítí se ohroženi, pokud má pacient přístup k jiným alternativním zdrojům informací, neměly mít v moderní zdravotní péči žádné místo (Coulter, 1999).

Současně došlo k obrovskému rozvoji vědecké a technické medicíny (Haškovcová, 2007a). To nastartovalo nástup tzv. vítězné medicíny, kdy nové diagnostické a léčebné metody dokázaly dosud nemyslitelné – zvrátit nepříznivý, v některých případech i beznadějný, stav u celé řady nemocných (Haškovcová, 2007). To však s sebou přineslo také nárůst dilematických situací, ve kterých existuje více terapeutických řešení a výběr konkrétního řešení je možný pouze ve spolupráci s informovaným a poučeným pacientem (Haškovcová in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011).

Dále měla vliv na tuto problematiku vzrůstající vzdělanost laiků, ke které za posledních 20 let přispěly mimo jiné nové technologie (zejména internet). Tyto technologie umožňují zvědavým (a zejména mladistvým pacientům) rychle získat i odborné informace o nemoci, která je postihla (Haškovcová in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011).

V důsledku výše uvedených změn byla snížena stabilita klasického paternalistického vztahu. Situace ve zdravotnictví nebyla jednoduchá, nemocní se cítili v nových poměrech nejistí. Vznikla potřeba nových pravidel, jak se ve změněné situaci chovat (Haškovcová, 2007).

Nastala nová podoba vztahu mezi lékařem a pacientem – partnerství. Tento vztah začíná být postupně považován za nejlepší pro úspěšnou léčbu i další příznivý vývoj. Partnerství stimuluje pacienta k spolurozhodování a tím zároveň k odpovědnosti nebo spoluzodpovědnosti za výsledek léčby. Lékař a pacient tvoří dobrovolný vztah, ve

kterém lékař svou schopností pečovat o nemocného, odpovídá na jeho potřeby v ovzduší partnerského vztahu, kdy však konečná autorita spočívá na lékaři (Kořenek, 2004).

Partneři, v tomto případě lékař a pacient, společně pracují na dosažení společných cílů. Jejich vztah je založen na vzájemném respektu, využívání znalostí a zkušeností jednoho nebo druhého pro získání nejlepších výsledků. Úspěšné partnerství by nemělo být hierarchické, partneři sdílejí nejen rozhodování, ale také odpovědnost. Pro správně fungující partnerství mezi lékařem a pacientem je potřebné, aby si lékaři uvědomili, že i pacienti jsou odborníky – lékaři znají diagnostické techniky, příčiny nemocí, prognózy, možnosti léčby a preventivní strategie, ale pouze pacienti ví o svých zkušenostech s nemocí, sociálních okolnostech, zvycích a chování, hodnotách, preferencích apod. Oba tyto typy zkušeností jsou potřebné pro správnou volbu léčby, takže by obě strany měly být připraveny na sdílení informací a společné rozhodování (Coulter, 1999).

Podle Haškovcové (in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011) však tento model funguje zatím tak krátce (oproti staletími ustálenému paternalismu), že si jej řada lékařů, pacientů a jejich blízkých osvojila pouze na racionální úrovni, nikoli na úrovni praktické. „Absolutní“ rovnost mezi lékařem a pacientem, v tom smyslu, jak je v České republice partnerství chápáno, je nesmysl a usilovat o ni je projevem naivity nebo nezkušenosti. Řada odborníků se domnívá, že partnerství mezi lékařem a pacientem nemůže být nikdy skutečné, ale vždy a výhradně profesionální.

I když nelze vrátit čas, je vhodné uvažovat o tom, zda by nebylo vhodné začít opět používat princip spočívající v úsilí jak vhodnou komunikací získat pacienta pro svůj léčebný plán. V některých státech je tento princip uplatňován jako tzv. princip vyjednávání. Je také na místě uvažovat o tzv. terapeutickém privilegii, které by umožnilo lékařům zadržet v odůvodněných případech některé informace (Haškovcová in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011).

V České republice je situace trochu odlišná. K budování nového modelu vztahu mezi lékaři a pacienty docházelo postupně až po roce 1989. Lékaři si začínají uvědomovat, že komunikace s pacienty je nenahraditelná. S tím však vyvstává další

problém – jak s pacienty komunikovat (Janáčková, 2008)? Postupně tak docházelo k budování partnerského vztahu, což je doposud neukončený a značně komplikovaný proces. I přesto, že se komunikace mezi lékaři a pacienty zlepšovala, nadále zůstávalo na lékařích, jak otevřeně budou s pacienty komunikovat, neboť ustanovení etického kodexu Práv pacientů nebylo právně vymahatelné. To ovšem bylo pro některé lékaře impulzem k setrvání v dosavadní praxi „medicíny mlčení“. Osud etického kodexu Práv pacientů vyvrcholil v roce 2001, kdy Parlament České republiky ratifikoval mezinárodní smlouvu s názvem Úmluva o biomedicíně (Haškovcová in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011).

### *1.2.2 Historie informovaného souhlasu*

Ačkoliv je v současné době institut informovaného souhlasu považován za právní nástroj, povinnost informovat pacienta o relevantních aspektech poskytované zdravotní služby je v zásadě založena na filozoficko-etických principech a následně se pouze zprostředkovaně promítá do právní roviny. Tato skutečnost je také jedním z důvodů, proč se s právní úpravou informovaného souhlasu setkáváme poměrně pozdě (Doležal, 2011a).

V intencích Hippokratovy přísahy jsou zdůrazňovány především dobro a prospěch pacienta, zmínka o tom, že by lékař měl svého pacienta pravdivě informovat o jeho zdravotním stavu a úmyslech, zde však není. Naopak – zatajení některých informací nebo dokonce nepravdivé informování pacienta mohlo být přijatelné s tím, že se předcházelo poškození pacienta (Lajkep, 2003). Tím, kdo rozhoduje o tom, zda má být pacient informován o povaze svého onemocnění byl odbornou, ale také laickou společností dlouho uznáván výhradně lékař (Haškovcová, 2007a).

V osmnáctém a devatenáctém století vznikla iniciativou několika lékařů myšlenka o vzdělávání a zapojování pacientů. Mezi lékaře navrhuující tyto idey patřili např. John Gragory a Benjamin Rush. Oba usilovali o navázání účinnějšího vztahu mezi lékařem a pacientem pro terapeutické účinky. Stinnou stránkou jejich myšlenky však byla edukace pacientů – ti nebyli vzděláni ani informováni do takové míry, aby byli schopni spolurozhodovat o své léčbě (Tate, 2005).

Okolo poloviny devatenáctého století začali sami pacienti vyvíjet snahu o spolurozhodování na léčbě. Hájili se myšlenkou: „Přes sebe samého, své vlastní tělo a mysl je individuum suverénní.“ Trvalo však dalších 100 let, než se tato myšlenka začala uplatňovat v lékařské praxi (Tate, 2005).

Princip informovaného souhlasu se začal v západní medicíně objevovat od 50. let minulého století, mimo jiné jako reakce na některé praktiky lékařů za druhé světové války. Především však jako reakce na zásadní proměny medicíny ve druhé polovině dvacátého století (Šimek, Zamykalová, 2006). V roce 1960 začala být propagována angloamerická doktrína informovaného souhlasu, která potvrzovala právo na sebeurčení: každý člověk je pánem svého těla a pokud je způsobilý, může sám o všem rozhodovat. Reakce lékařů na tuto problematiku byla dvojího charakteru – někteří viděli řešení těžkých dilemat v právní úpravě, jiní zaujímali zcela nihilistický pohled na etiku jako takovou. Většina se však shodla na tom, že je velice nebezpečné, dojde-li k zaměňování zákona nebo ekonomiky za etiku nebo k redukci profesní etiky na osobní názor (Munzarová, 2005). Podrobněji byl pak koncept informovaného souhlasu rozpracován až v 70. letech minulého století, od 80. let je pak implementován do zdravotnických zákonů (Šimek, Zamykalová, 2006). Institut informovaného souhlasu má tedy v zahraničí více než stoletou historii (Kuře, 2010).

Šimek (2010) uvádí, že povinné informování nemocných má snadno srozumitelné důvody. V dobách, kdy mohl lékař pouze přikládat náčinky a pijavice, eventuálně pouštět žilou, a pak už pouze doporučovat změnu režimu, nemusel nikomu nic moc vysvětlovat. Kdo nesouhlasil, lékaře nezavolal, a když zavolal, nedbal jeho doporučení. Dnešní medicína provádí mnohem větší zásahy do organismu pacienta a tak je logické, že se musel změnit i tradiční postup – lékař rozhodl a pacient se přizpůsobil. Aby nenastala situace, kdy jeden rozhodne a druhý nese následky, musí mít ten, kdo nese následky, právo rozhodnout (Šimek, 2010).

Po druhé světové válce došlo k radikální změně v podávání informací. Norimberský kodex, který vznikl jako reakce na zločiny, kterých se dopouštěli nacističtí lékaři během druhé světové války, vyhlásil jako základní princip umožňující lékařský experiment, nezbytnost dobrovolného a informovaného souhlasu lidského subjektu. Od

padesátých let 20. století se pak začíná prosazovat názor, že informovaný souhlas je naprosto nezbytný nejen v oblasti výzkumu a netradičních postupů, ale také v každodenní lékařské praxi. Tento trend potvrdila i Lisabonská deklarace o právech pacientů z roku 1981, v níž je jednoznačně uvedeno, že „pacient má právo přijmout nebo odmítnout léčbu poté, co byl řádně informován (Lajkep, 2003).

V České republice můžeme o respektu k vůli pacienta před rokem 1989 hovořit pouze obtížně. V současné době je snaha o odstranění tohoto nedostatku právě prostřednictvím institutu informovaného souhlasu. I přesto, že v odborné literatuře bylo uznávání vůle pacienta akceptováno, v praxi k tomu nedocházelo a informovaný souhlas byl vlastně neznámý pojem a to i v právníkové literatuře. Informovaný souhlas se v české lékařské praxi ani literatuře nevyskytuje ani po roce 1989. Určitý mezník tak pro tuto problematiku představuje přijetí Úmluvy o lidských právech a biomedicíně v roce 2001. Změna hodnotového přístupu lékaře k pacientovi však trvá déle než změna právního řádu, proto se posun v chápání vztahu lékaře a pacienta plně nevžil a prosazování institutu informovaného souhlasu, pro nějž je respekt k vůli prvořadý, je v praxi velmi obtížné (Doležal in Humerník, 2011).

V důsledku pozdního přijetí doktríny o informovaném souhlasu je vývoj České republiky opožděn a dochází tak k řešení problémů, které byly již ve vyspělejších zemích vyřešeny. Česká republika se v zásadě nachází v období, ve kterém byly např. USA mezi léty 1957-1972 – toto období je nazýváno také jako „Becoming informed About Informed Consent“. Vyspělé země se však v současnosti nacházejí již ve fázi „Rethinking Informed Consent“ – uvědomují si problémy, které na doktrínu informovaného souhlasu s vývojem medicíny číhají. Stále častěji se objevují problémy, které nabourávají vytvářenou vizi o partnerském vztahu lékaře a pacienta a hovoří se o návratu paternalismu, resp. o neopaternalismu. Tyto tendence se následně promítají do úvah o informovaném souhlasu a následně ho transformují. Je potřeba si připustit, že plná autonomie pacienta je mýtus a že někdy trochu pozitivního paternalismu není na škodu. Nejpodstatnějším na vztahu lékaře a pacienta je, aby obě strany měly navzájem k sobě respekt a důvěru (Doležal in Humerník, 2011).

### 1.3 Principy moderní lékařské etiky

S ohledem na to, že podle Kopecké a Korcové (2008) představuje informovaný souhlas praktický důsledek základních principů lékařské etiky, považují zavhodně, zařadit do své práce i kapitolu věnující se moderním principům lékařské etiky.

V průběhu staletí, která zahrnují předvědeckou i vědeckou podobu medicíny, zasahovala medicína a stále zasahuje do nejintimnějších oblastí člověka. Tato výsada zavazuje zdravotnické pracovníky reagovat citlivěji a ve větším časovém předstihu než v jiných oblastech lidských aktivit. Proto by se poskytování zdravotní péče mělo řídit etickými principy, které se vzájemně doplňují a tvoří tak jednotu (Cinová, Ondriová, 2012).

Základní etické principy byly vytyčeny v tzv. Belmontské zprávě roku 1979. Těmto čtyřem principům předcházely „prima facie principy“ W. D. Rosse (Zimová, Zimová, 2012). Mezi tyto principy řadíme: respekt k osobám, dobřechinění (beneficence) a spravedlnost – jedná se o principy, které byly původně přizpůsobeny etice ve výzkumu. Po dalším rozpracování Beauchampem a Childressem, kteří dále rozvinuli princip respektu k osobám, především ve smyslu podpory jejich autonomie, a od principu beneficence jasněji odlišili princip neškození (nonmaleficence), byly pak dále tyto principy prosazovány v rámci celé lékařské etiky, nejen v rámci výzkumu (Munzarová, 2005).

Tzv. čtyři principy lékařské etiky byly stanoveny a popsány v knize „Principles of biomedical ethics“ od již zmiňovaných autorů T. L. Beauchampa a J. F. Childresse. Principy jsou určeny poměrně volně z důvodu snazší všeobecné shody. Zdaleka však nevyčerpávají oblast lékařské etiky (Zimová, Zimová, 2012). Někteří autoři však tyto principy kritizují jednak pro jejich abstraktnost, ale především pro to, že je považují za příliš vzdálené od psychologického prostředí, ve kterém probíhají skutečná morální rozhodnutí (Kořenek, 2004).

V literatuře jsou tyto čtyři principy často připodobňovány k biblickému Desateru (Zimová, Zimová, 2012). Na základě těchto čtyř principů jsou analyzovány a řešeny všechny bioetické otázky (Szanišl in Humerník, 2011).

Nedodržení principů je přípustné pouze tehdy, existuje-li nějaký významný důvod, který by nad nimi převážil a který by ospravedlnil jejich nedodržení (Munzarová, 2005).

První dva principy (beneficence a nonmaleficence) jsou v souladu s hippokratovskými principy, třetí princip – princip autonomie je vnímán jako konfrontační prvek vůči tradiční a paternalistické roli lékaře. Vývoj klinické medicíny však dokazuje, že autonomie je rozumným a potřebným principem. Musíme si uvědomit, že stejně jako nedochází k absolutizaci principu autonomie, nemůže také docházet k omezení lékařských rozhodnutí (Kořenek, 2004).

Doležal (in Humerník, 2011) uvádí, že pokud se zamyslíme nad podstatou těchto principů, zjistíme, že již prosté srovnání těchto principů může vést ke konfliktu. S jistou nadsázkou lze konstatovat, že zásadním problémem je, že vztah lékaře a pacienta tvoří nejméně dva subjekty, jejichž posuzování skutečností může být rozdílné. Např. hned pod pojmy „především neškodit“ a „blaho pacienta“ si i pacient i lékař může představit něco jiného. Podle tohoto názoru tak jedinou objektivizovatelnou veličinou zůstává „vůle pacienta“ – i zde však s mnoha otazníky. A právě tato skutečnost je českými lékaři vnímána velmi rozporuplně, neboť chybí tradice, která by respekt k vůli pacienta obsahovala.

### *1.3.1 Princip neškození*

Princip neškození (nonmaleficence) zakazuje ublížit, poškodit nebo dokonce usmrtit jiné (Munzarová, 2005). Tímto principem je tedy vyjádřen požadavek na lékaře, aby omezil a předcházel možným rizikům v preventivním, diagnostickém i léčebném procesu (Kořenek, 2004). Zároveň je tento princip požadavkem na lékaře a všechny zdravotnické pracovníky, aby pracovali s pacientem jako s člověkem a aby akceptovali jeho důstojnost, identitu a integritu (Kopecká, Korcová, 2008). Je tedy zřetelné, že je podporou známého přikázání „nezabiješ“ (Munzarová, 2005). Jeho platformou je hippokratovská zásada „Primum non nocere (Především neškodit)“ (Zimová, Zimová, 2012). Z toho principu zároveň vyplývá omezení autonomie jedince vzhledem k dobru ostatních (Munzarová, 2005).

V některých situacích však může dojít k nezamýšlenému poškození nemocného, aniž by to bylo v rozporu s tímto principem. Je tedy velmi důležité zkoumat podmínky, kdy je možno určité riziko tolerovat (Munzarová, 2005). Tento princip bývá často upřednostňován i před principem beneficence (Kořenek, 2004).

### *1.3.2 Princip prospěšnosti*

Princip prospěšnosti (beneficence) je pozitivním obrazem neškození. Znamená předcházení a odstraňování poškození a současné podporování dobra, tzn. tělesné a duševní pohody a veškerého prospěchu nemocného, včetně pomoci při uskutečňování jeho vlastních plánů (Munzarová, 2005). Tento princip požaduje, aby jednání lékaře bylo vždy a za všech okolností v souladu se zájmy nemocného a aby lékař jednal vždy pro jeho dobro (Zimová, 2012) Jeho základ lze nalézt v hippokratovské zásadě: „*Salus aegroti suprema lex.*“ („Zdraví nemocného je nejvyšším zákonem.“) Zároveň tento princip obsahuje základní pravidla jednání lékaře: chránění života, obnova zdraví, zlepšení kvality života a zmírnění strádání a bolesti (Kořenek, 2004). Někdy může konání dobra a vyhýbání se působení škod nebo újmy znamenat zůstat v nečinnosti (Kutnohorská, 2007).

### *1.3.3 Princip respektu k autonomii*

Tento princip velmi úzce souvisí s problematikou informovaného souhlasu, proto se jím budu zabývat podrobněji. V první části následujícího textu se budu věnovat autonomii a jejím odlišením od důstojnosti, ve druhé části se pak samotnému principu respektu k autonomii.

#### *1.3.3.1 Důstojnost vs. respekt k osobám a jejich autonomii*

Důstojnost představuje univerzální lidskou záležitost – v nejobecnějším slova smyslu je tedy cosi, co přísluší každému člověku jako příslušníku svého rodu. Etymologicky slovo důstojnost pochází z latiny (*dignus, dignita*), což znamená povinnost určitého respektu, být hodný úcty a pocty (Svobodová in Heřmanová a kol., 2012).



Každý člověk má tedy svoji nedotknutelnou důstojnost, která musí být chráněna, respektována a zvelebována. Důstojnost bývá velice často spojována s pojmy „úcta“, „autonomie“, „ovládání“ a „respekt“ (Cichá, Goldmann, Kutnohorská, 2011). Munzarová (in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011) však upozorňuje, že se objevují hlasy, které zvažují zbytečnost pojmu důstojnost, ten může být podle nich nahrazen pojmem respekt k osobám a jejich autonomii. V této souvislosti apeluje na lékaře, aby měli v této oblasti hlubší znalosti a mohli tak hájit důstojnost člověka.

Evropská společnost odvozuje důstojnost ze tří zdrojů: stvoření člověka k Božímu obrazu (tzn., že pouze člověk je schopen napodobit Boha v nejvyšším jednání, ve svobodné lásce k druhému), rozumové přirozenosti člověka, která tvoří předpoklad moudrosti a svobody člověka a jeho svědomí, které mu umožňuje chovat se mravním způsobem (Machula in Fischer, Milfait a kol., 2008).

Oproti tomu autonomie (svébytnost) je respektování jedince jako lidské bytosti v jejích tělesných (somatických), duševních, sociálních a duchovních sférách (Šoltés, 2008). Ctít autonomii jednotlivce znamená dovolit mu volbu podle osobních hodnot a přesvědčení (Kutnohorská, 2007). Autonomie člověka má také sociokulturní kontext, který zahrnuje mimo jiné náboženské vyznání (Cinová, Ondriová, 2012).

Člověk, který je zapojen do rozhodování o sobě a svých záležitostech, nabývá pocitu „zachování nezávislosti“ a je u něj tak podpořen pocit důstojnosti. Autonomie se nezakládá na libovůli, představuje výsledek tvořivého nakládání s tím, co máme k dispozici (Cichá, Goldman, Kutnohorská, 2011).

Autonomie pacienta naráží na své limity, mezi které patří: chybějící vzdělání pacienta, věk, chatrnost a slabost pacienta, psychická závislost pacienta a nebezpečí vznešené manipulace lékařem (Szaniszló in Humerník, 2011).

Objevují se i autoři, kteří autonomii pacienta kritizují. Např. Šimek (2010) uvádí, že autonomie nemocných komplikuje život všem zúčastněným. Dále Doležal (2011a) uvádí, že pro zjednodušení komplikovaného vztahu lékaře a pacienta by bylo přínosné připustit si, že plná autonomie pacienta je mýtus, a že někdy trocha pozitivního paternalismu není na škodu.

U řady pacientů může být autonomie omezena a to jak v krátkém časovém úseku (vlivem některých psychických a somatických onemocnění), někdy po celé období stáří (u seniorů postižených demencí) a někdy po celý život (osoby s mentálním postižením). Omezení autonomie však v žádném případě neznamená ztrátu či nepřítomnost lidské důstojnosti, která je nedotknutelným a absolutním principem (Kořenek, 2004).

Jak vidíme, s pojmem důstojnost člověka si nelze zahrávat. Jedná se o velice důležitý pojem, ze kterého vyplývají lidská práva a status osoby. Jeho vyřazení z lékařské etiky a nebo jeho nahrazení pojmem respekt k osobám a jejich autonomii je velice nebezpečné (Munzarová in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011).

#### *1.3.3.2 Princip respektu k autonomii*

Princip respektu k autonomii (autos – sám, nomos – zákon), neboli princip respektu ke stavu nezávislého, samostatného jednání, bez zevního ovlivnění můžeme charakterizovat jako právo člověka na rozhodování o svém životě a musí být ostatními respektováno (Munzarová 2005; Kořenek, 2004). Respektovat autonomního jedince představuje minimálně uznání práva osob zastávat názory, rozhodovat se a přijmout opatření na základě osobních hodnot a přesvědčení (Beauchamp, Childress, 2001). Tento princip představuje formu svobodné aktivity, při které jedinec určuje způsob svého jednání v souladu se svými plány a podle vlastního výběru, svých vlastních priorit, přání, hodnot a ideálů (Munzarová, 2005).

Princip autonomie předpokládá, že budeme přistupovat ke každému pacientovi a ostatním zúčastněným osobám jako k rovnocenným partnerům. Autonomie představuje nezávislost při odborném posuzování a při rozhodování. Autonomní pacient, je takový pacient, který je schopen uvažovat o osobních cílech a na základě těchto úvah jednat. Předpokladem pro princip autonomie je myšlenka, že každý jedinec je nejlepším strážcem svým zájmů, a proto by měl být, s ohledem na svůj zdravotní stav a sociální možnosti, zapojován do rozhodování o sobě a o všem, co se ho týká (Cichá, Goldman, Kutnohorská, 2011). Realizace autonomie předpokládá tedy určitý vztah (Szanišló in Humerník, 2011).

Vyzdvihování autonomie zrcadlí individualismus. Podporuje tvůrčí schopnosti a odporuje přizpůsobení se pravidlům, které společnost stanovuje a akceptuje. V kontextu lékařské etiky představuje tento princip především právo nemocného na sebeurčení, doložené informovaným souhlasem. Tento princip je v současnosti mnohde upřednostňován, a to hlavně jako protiváha tradičního paternalistického modelu (Munzarová, 2005).

V USA představuje tento princip nejvyšší hodnotu. Respektování autonomie pacienta předpokládá zájem lékaře o jeho existenci, snahu vysvětlit mu srozumitelnými pojmy problematiku jeho zdravotního stavu, a snažit se tak získat jeho informovaný souhlas. Spoluúčast pacienta v rozhodovacích procesech je považována za přínosnou, jelikož se jedná o pacientův život. Přesto nesmí být opomíjeno, že tato autonomie nemocného je omezená ve svých možnostech, protože stále nese plnou právní odpovědnost za pacienta jeho ošetřující lékař. Znamená to, že respekt k autonomii pacienta neznamena dovolit mu, aby sám určoval, co je odpovídající zdravotní péče. Princip autonomie tedy předpokládá respektování práva informovaného, svéprávného, psychicky kompetentního a poučeného pacienta dobrovolně plnit léčebný program, který si na základě porady a dohody s ošetřujícím lékařem sám svobodně zvolil. Respektování autonomie osobnosti nemocného neznamena tedy pro lékaře povinnost podřizovat se po všech stránkách přání nemocného. Je zcela na místě racionální argumentace a odpovídající přesvědčování nemocného (Kořenek, 2004).

Princip respektu k autonomii se zakládá na uznání práva člověka na to, aby měl vlastní názor, dělal rozumná rozhodnutí a aby jednal na základě osobních hodnot a přesvědčení (Cichá, Goldmann, Kutnohorská, 2011).

Autonomie pacienta jako základní princip lékařské etiky omezuje do jisté míry jednoznačně dominantní postavení lékaře vůči pacientovi. Především v historii byl častý přístup lékaře při rozhodování v otázkách léčebného a diagnostického postupu bez ohledu na konkrétní postoje a přání pacienta. Autonomie předpokládá partnerský vztah a spolupráci lékaře a pacienta (Šoltés, 2008). Autonomní pacient ošetřovatelské péče může podle svého uvážení přenechat odpovědnost za rozhodování na jiné osobě – např. ošetřovatelce a sestře (Kutnohorská, 2007).

#### *1.3.4 Princip spravedlnosti*

Princip spravedlnosti (justice) vyžaduje stejné jednání s lidmi, kteří jsou v podobné situaci, a diferencované jednání s lidmi, kteří jsou v různých situacích. To znamená, že by mělo být postaráno stejně o pacienty, kteří mají stejné požadavky v oblasti zdraví (Cínová, Ondriová, 2012). Zdravotnický pracovník by měl poskytovat odbornou zdravotní péči všem lidem bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost či náboženství (Kopecká, Korcová, 2008). Tento princip souvisí především s rozdělováním prostředků, dobra zátěže a služeb (Munzarová, 2005). Spravedlivé poskytování zdravotní péče každému nemocnému je omezeno nejen ekonomickými, ale také geografickými faktory (Kořenek, 2004).

#### *1.3.5 Principy druhého řádu*

Kromě principů lékařské etiky prvního řádu se v literatuře setkáváme ještě s principy druhého řádu. Mezi tyto principy řadíme pravdomluvnost, mlčenlivost, věrnost, poctivost a důvěryhodnost. Tyto principy dotvářejí principy prvního řádu (Zimová, Zimová, 2012).

## 1.4 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas většinou chápeme ve dvojitým smyslu, a to buď jako individuální přitakání pacienta k nějakému výkonu, nebo jako institucionálně zabezpečený právní rámec medicínských rozhodnutí. V prvním slova smyslu je informovaný souhlas výsledkem předchozí filozofické úvahy, že člověk má právo na autonomní rozhodnutí a že za zdravotní stav není konečně zodpovědný ani lékař, ani medicínská instituce, ale člověk sám (Lajkep, 2003). Informovaný souhlas tak předpokládá, že lze najít ideální rovnovážnou polohu, ve které se obě strany na rozhodování podílejí stejnou měrou a navzájem se doplňují (Šimek, Zamykalová, 2006). V druhém slova smyslu je informovaný souhlas chápán jako projev společenské dohody o nutnosti respektovat přání jedince. V tomto směru je tedy informovaný souhlas součástí závazných dokumentů a měl by být zároveň základním principem při poskytování zdravotní péče a medicínského vzdělávání (Lajkep, 2003).

Informovaný souhlas představuje důsledek změny vztahu mezi pacientem a zdravotníkem (Čepický, 2009). Nová podoba vztahu založená na informovaném souhlasu by měla mít ideálně dva výsledky: pravdivou komunikaci a osobní kontakt (Hill in Thomasma, Kushnerová, 2000). Institut informovaného souhlasu tak vznikl jako nástroj, který má donutit lékaře a pacienta, aby se spolu sešli a dohodli se na dalším postupu. A to, co je na tomto setkání sjednáno, by mělo být potvrzeno podpisy (Šimek, 2010).

### 1.4.1 Informovaný souhlas z právního hlediska

Institut tzv. poučení a souhlasu s poskytovanou zdravotní službou představuje základní právní institut k prosazení zájmů pacienta (Doležal in Humerník, 2011). V podstatě lze konstatovat, že z právního hlediska lze považovat jakýkoliv dotyk bez předchozího souhlasu pacienta za násilí (Cinová, Ondriová, 2012).

I přesto, že je v současné době informovaný souhlas považován za právní instrument, povinnost informovat pacienta o významných aspektech poskytované zdravotní služby je v zásadě založen na filozoficko-etických základech a následně se zprostředkovaně promítá do právní roviny (Doležal in Humerník, 2011).

## **Legislativní zakotvení informovaného souhlasu**

Informovaný souhlas ve zdravotnictví v současné době upravuje několik právních předpisů různé právní síly. Za nejdůležitější z nich je považována Úmluva na ochranu lidských práv v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, která u nás vstoupila v platnost v říjnu 2001 (Dostál, 2008). Povinnost lékaře poučit pacienta a získat jeho souhlas se zákrokem dále upravuje zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Konečně, důležitá pravidla pro obsah poučení a formu souhlasu můžeme nalézt také v novelizované vyhlášce 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Informovaný souhlas je také zmíněn v kodexu Práv pacientů.

### **1. Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka v souvislosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny( Konvence o bioetice, Konvence o biomedicině, Úmluva o bioetice, Úmluva o biomedicině, Štrasburská konvence, Štrasburská deklarace)**

Zásadní legislativní zvrát v problematice informovaného souhlasu a potažmo celého vztahu mezi lékařem a pacientem nastal na podzim roku 2001, kdy Česká republika ratifikovala mezinárodní smlouvu připravenou v rámci Rady Evropy. Její plný název zní Úmluva Rady Evropy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, častěji se však používá zkrácený název Úmluva o biomedicině (Holčapek, Šustek, 2007). Mimořádný význam této Úmluvy pramení z toho, že se jedná o nejvyšší zdravotnický zákon země, který má přednost před všemi ostatními, platnými zdravotnickými zákony. Úmluva o biomedicině se vztahuje na všechny lékařské a biologické aplikace, které se týkají lidských bytostí. Platí tedy na všechny preventivní, diagnostické, léčebné a výzkumné aplikace (Haškovcová, 2007).

Konvence o biomedicině byla vypracována mezinárodním a interdisciplinárním týmem odborníků. Přijata byla v roce 1996 výborem ministrů Rady Evropy ve Štrasburku (Haškovcová, 2002). K Úmluvě o biomedicině se zatím přihlásila řada států, včetně některých, které nejsou členy Rady Evropy, mezi nimi však není Německo a Velká Británie. Česká republika tuto konvenci nejprve signovala v roce 1998 a ratifikovala ji v roce 2001 (Haškovcová, 2007).

Důvodem pro vznik této Úmluvy byla mj. politická situace, která našla svůj praktický význam v integraci Evropy. Osoby, které se díky sjednocení mohou volně pohybovat po Evropě, se mohou stát také pacienti, a to na jakémkoli místě Evropy. Je proto nezbytné, aby byli léčeni podle stejných pravidel. Jednotný rámec profese je důležitý i pro zdravotníky pracující v zahraničí (Haškovcová, 2007). Dále byl vznik Úmluvy podmíněn obavami, že radikální pokrok v biologických a lékařských vědách by mohl vést i k ohrožení lidské populace, např. v kontextu s lidským genomem (Haškovcová in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011).

Úmluva o biomedicině je velice obsáhlá a upravuje celou řadu závažných oblastí týkajících se nejen lékařské praxe, ale také biomedicínckého výzkumu (Haškovcová in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011). Tato konvence – obsahuje 28 článků v 9 kapitolách (Haškovcová, 2002). Zabývá se nejen otázkami respektu k autonomii jedince – respektu k jeho svobodnému a informovanému souhlasu s veškerým děním, mimořádná pozornost je věnována také problematice osob, které nemají schopnost autonomního rozhodování a jejich ochraně (Munzarová in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011). Pro moji práci jsou důležitá zejména následující ustanovení:

Kapitola II, čl. 5: *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. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.*“

Kapitola III., čl. 10:

- „ 1. Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví.*
- 2. Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebýt takto informován je nutné respektovat.*
- 3. Pokud je to v zájmu pacienta může ve výjimečných případech zákon omezit uplatnění práv podle odstavce 2. “*

Toto Ustanovení je zcela revoluční, jelikož o tom, zda bude pacient informován a v jakém rozsahu, rozhoduje poprvé v historii medicíny pacient, nikoliv lékař. Zároveň je lékař povinen vyhovět pacientovi, který si přeje být informován, i přesto, že by lékař ze svého rozhodnutí informace raději omezil. Tímto ustanovením tedy prakticky zanikla

možnost pravdy sdělované „po kapkách“ a strategie milosrdné lži. Díky tomuto ustanovení má komunikace mezi lékařem a pacientem zcela zásadní roli, neboť na její kvalitě závisí, zda pacient nakonec aktem své svobodné vůle projeví souhlas s navrhovaným postupem (Haškovcová in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011).

Informovaný souhlas pacienta s lékařským výkonem se stal po ratifikaci Úmluvy o biomedicině jakýmsi „hitem medicínského práva“. Jednotlivá zdravotnická zařízení se snažila vytvořit co nejlepší písemné dokumenty, které by je ochránili před nařčením, že pacient neobdržel informace, na které měl nárok (Mach, Prokešová in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011).

## **2. Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách**

V § 28 zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách je uvedeno: *„Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak.“*

Dále je v § 31 odst. 1 uvedeno, že:

Poskytovatel je povinen

*„a) zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách (dále jen „informace o zdravotním stavu“).*

*b) umožnit pacientovi nebo osobě určené pacientem klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, které musí být srozumitelně zodpovězeny“*

Za informace o zdravotním stavu jsou podle tohoto zákona považovány informace o příčině a původu nemoci (pokud jsou známy), jejím stádiu a předpokládaném vývoji. Dále pak údaje o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, stejně tak jednotlivých zdravotních výkonů. Za informace o zdravotním stavu jsou považována také sdělení o jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta, další potřebné léčbě, omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav.



Podle § 32 tohoto zákona se může pacient vzdát práva na podání informací o svém zdravotním stavu. Stejně tak zdravotník může zdržet informace o nepříznivé diagnóze nebo prognóze zdravotního stavu pacienta – toto platí ovšem pouze v případě, lze-li předpokládat že by sdělení informace mohlo způsobit pacientovi vážnou újmu na zdraví.

Podle § 34 zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách se „*Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb (dále jen „souhlas“)*“ pokládá za:

- a) svobodný, je-li dán bez jakéhokoliv nátlaku,*
- b) informovaný, je-li pacientovi před vyslovením souhlasu podána informace podle §31; souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se pacient podle §32 odst. 1 podání informace vzdal.“*

### **3. Vyhláška 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci**

Ve vyhlášce o zdravotnické dokumentaci je upraven povinný rozsah i formální náležitosti záznamu o souhlasu pacienta se zákrokem, pokud jeho písemnou podobu ukládá zákon nebo jestliže se pro písemnou podobu zdravotnické zařízení ve vlastním zájmu rozhodne.

Písemný informovaný souhlas musí podle této vyhlášky obsahovat:

- „A. 1. údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotních služeb,*
- 2. poučení o tom, zda navrhované zdravotní služby mají nějakou alternativu a pacient má možnost zvolit si z několika alternativ,*
- 3. údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb, lze-li takové omezení předpokládat, a v případě změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti,*
- 4. údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb,*
- 5. poučení o právu pacienta svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují,*

6. záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek, formou poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu,

7. datum a podpis pacienta a zdravotnického pracovníka, který pacientovi údaje a poučení poskytl.

*B. Jde-li o nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, musí z písemného souhlasu vyplývat, že příslušné údaje podle části A byly poskytnuty pacientovu zákonnému zástupci a též pacientovi; pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí. “*

#### **4. Kodex práv pacientů**

Informovaný souhlas je také obsažen v kodexu práv pacientů, kde je požadováno, aby pacient od svého ošetřujícího lékaře získal údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zaslíbeně rozhodnout, zda s ním souhlasí (Ludvík, Vondráček, 2003).

##### *1.4.2 Obecné rysy informovaného souhlasu*

Získání informovaného souhlasu pacienta se zákrokem by mělo být procesem, nikoli jednorázovým aktem podepsání formuláře informovaného souhlasu. Souhlas (popř. odmítnutí) se musí vztahovat ke konkrétnímu zákroku (Cholenský, Kopalová, 2007).

Informovaný souhlas se skládá ze dvou složek: z poučení pacienta o rozhodných skutečnostech navrhovaného výkonu a ze samotného aktu souhlasu pacienta jako právního úkonu, tedy z pacientova projevu vůle (Holčapek, Šustek, 2007).

Stejně tolik, kolik je zdravotnických zařízení, tolik je i forem informovaných souhlasů. V některých případech se jedná o několikastránkové dokumenty psané malým písmem, které pacientovi poměrně složitě vysvětlují, co se bude dít. Informovaný souhlas tak představuje spíše písemnou smlouvu, která chrání zdravotnické zařízení nebo přímo lékaře, před možným soudním sporem. Často jsou psané jazykem, kterému osoba bez patřičného lékařského vzdělání nemůže rozumět (Fišerová, 2009).

### **Poučení pacienta rozhodných skutečnostech navrhovaného výkonu**

Podle výkladové zprávy k Úmluvě o biomedicině musí být podané informace dostatečně jasné a vhodně formulované pro osobu, která má zákrok podstoupit. Pacient se musí prostřednictvím informací, kterým je schopen porozumět, dostat do situace, kdy je schopen zvážit nutnost a účelnost zamýšleného zákroku a metody zákroku v porovnání s riziky a také s nepohodlím a bolestí, které mu zákrok způsobí (Dostál, 2008). Poučení by měl provádět zásadně lékař, který zákrok provádí (Cholenský, Kopalová, 2007).

Podle § 34 odst. 3 zákona o zdravotních službách „*Pokud u plánované péče po podání informace o zdravotním stavu uplynula doba delší než 30 dnů, musí být tato informace podána opakovaně a pacient musí svůj souhlas podle odst. 1 potvrdit.*“ Maximální odstup mezi poučením a provedením zákroku je stanoven zákonem. Problematická je ovšem minimální délka. Podle Úmluvy musí být pacient poučen o zákroku předem, nikde však není uvedeno, jak dlouho předem. Z podstaty věci vyplývá, že se tak musí stát s dostatečným předstihem, aby měl podle povahy zákroku dostatek času na rozmyšlenou, popřípadě na konzultaci s jiným lékařem (Dostál, 2008).

V praxi zdravotnických zařízení stále běžně dochází k tomu, že je nemocný poučován o povaze, účelu, rizicích a důsledcích zákroku či alternativách k němu bezprostředně před provedením zákroku. Extrémní případ nevyhovující praxe jsou pak situace, kdy jsou informace podávány a souhlas se zákrokem získáván až cestou na operační sál nebo na něm (Zahumenský, 2008). Poučení se musí uskutečnit v takovém okamžiku, kdy pacient nemá ještě omezeny své poznávací a rozhodovací schopnosti (Cholenský, Kopalová, 2007).

Existuje mnoho způsobů, jakými probíhá poučení mezi lékařem a pacientem. Jádro informovaného souhlasu ovšem leží v samotném rozhovoru mezi lékařem a pacientem, ve kterém kromě informací, které má povinnost zdravotník pacientovi sdělit, je dán prostor i pro doplňující otázky, pacient má možnost si pečlivě vše promyslet a na základě toho říci ne (Holčapek, Šustek, 2007).

Informovaný souhlas by měl obsahovat poučení o diagnóze, způsobu navrhované léčby, možných rizicích a komplikacích léčby a případných alternativních možnostech v léčebném plánu (Kořenek, 2004).

**Poučení o účelu zákroku** je odpovědí na to, jaký druh onemocnění byl odhalen, proč navrhovaný zákrok podstupovat a čeho jím má být dosaženo (Holčapek, Šustek, 2007).

Cílem **poučení o povaze zákroku** je popsat v hrubých rysech zvolený medicínský postup, tzn. oblast těla, do níž bude zasaženo, způsob, jakým se tak stane, zda bude zákrok probíhat při plném vědomí, místním znecitlivění nebo celkové narkóze. Povaha zákroku určuje druh zamýšleného zákroku a dotýká se zvoleného postupu. Zahrnuje hlavní úkony, které zdravotnický pracovník v jeho průběhu uskuteční, i přístroje a jiné prostředky, které přitom využije (včetně jejich účinků). Povaha zákroku tak popisuje jeho podstatu a tvoří tak jeden ze základních prvků poučovací povinnosti. Poučení o povaze zákroku je odpovědí na otázku jak, jakým způsobem a jakou metodou bude daný úkon proveden (Holčapek, Šustek, 2007).

**Poučení o důsledcích zákroku** je poučením o pravděpodobném, předpokládaném následku určitého zákroku. Nejedná se nutně o následky jisté, spíše o pravidelně se vyskytující, časté průvodní jevy podstupovaného zákroku, odhadované na základě zkušenosti s průměrným průběhem a úspěchem příslušného zdravotnického výkonu (Holčapek, Šustek, 2007). Prakticky se tedy jedná o pravděpodobnou délku hospitalizace pacienta, jeho možné omezení po zákroku ve vztahu k běžným činnostem, úpravu stravování apod. Poučení o důsledcích zákroku může zahrnovat také pozitivní jevy, které mohou po zákroku nastat, jelikož zdravotní výkon směřuje k obecnému cíli, tj. ke zlepšení zdravotního stavu a důsledky by tak měly být pro pacienta příznivé. I tyto informace by měly být pacientovi známy, mohou totiž hrát významnou roli pro jeho rozhodování (Šustek, rok neuveden).

Nejzávažnější a také nejobtížnější složkou poučení je **poučení o rizicích a komplikacích**. Jde o souhrn různých možností nepříznivého vývoje zdravotního stavu, které se s menší či větší četností objevují ve spojitosti se zvoleným postupem (Holčapek, Šustek, 2007). Jedná se o informace, které mají pro rozhodování pacienta

zcela zásadní význam. Úhelný kámen této problematiky je však hranice, do které je nutné pacientovi informaci o komplikaci nebo riziku říci, a kdy už jde o tak okrajovou záležitost, že se její sdělení nevyžaduje. Na rozdíl od jiných států (např. SRN) v České republice neexistuje přesně formulované vodítko. Doporučuje se však vycházet z kombinace pravděpodobnosti výskytu rizika a komplikace, a to při vědomí, jak nepřesné mohou statistiky rizik být, a závažnosti takového nepříznivého následku pro celkový zdravotní stav pacienta (Šustek, rok neuveden). Problémem je tedy odlišení „důležitých“ rizik od „nedůležitých“. Každý zákrok je totiž spojen s rizikem nekonečně mnoha komplikací, většina z nich však buď není závažná, nebo je pravděpodobnost jejich vzniku velice nízká. Poučovat pacienta o všech rizicích by bylo nejen zbytečně stresující, ale také velmi časově náročné. Jako řešení bývá navrhováno poučovat pouze o rizicích, která se vyskytují s pravděpodobností více než 1%. I přesto však může mít pro pacienta větší váhu půlprocentní riziko smrti než desetiprocentní riziko snížené pohyblivosti (Dostál, 2008). Rozhodně by měla být brána na zřetel tato tři kritéria: tíživost rizika, pravděpodobnost a urgentnost zákroku. Zůstává tak nejen etickou, ale také praktickou otázkou, jak současně zajistit právní ochranu lékaře a psychickou pohodu pacienta. Různí se i názory, zda uvádět riziko úmrtí, a to včetně výše pravděpodobnosti (Haškovcová, 2007).

Další a nezpochybnitelnou složkou poučení je **poučení o alternativách zdravotního výkonu**. Toto poučení umožňuje, aby si pacient mohl případně zvolit pro něj optimálnější řešení. Lékař by měl informace o alternativě léčby poskytnout i v případě, že se daný zákrok v jeho nemocnici neprovádí, ale je možné jej podstoupit na jiném pracovišti v České republice (Šustek, rok neuveden). Lékař by však měl pacienta informovat i o alternativách, které jsou dostupné pouze v zahraničí, protože i tato skutečnost může být pro pacientovo rozhodování důležitá. Co se týče alternativ z oblasti jiné než vědecky uznané medicíny, lékař nemá povinnost je znát a provádět, nemá tedy ani povinnost o nich informovat pacienta (Dostál, 2008).

Poučení může obsahovat samozřejmě ještě **další složky** – např. o nákladech navrhovaného zákroku. Tento institut se v České republice zatím moc neuplatňuje a tak se v rámci dalších složek doporučuje pacientům, aby využili svých práv a pokládali

doplňující otázky k poučení tak, aby si udělali o navrženém lékařském postupu komplexní obraz, na jehož základě budou schopni se svobodně rozhodnout (Šustek, rok neuveden).

Vzhledem k velké vytíženosti lékařů je možné doporučit, aby poučení o povaze, účelu, důsledcích a rizicích určitého zákroku lékař vyhotovil písemně s tím, že pacientovi toto písemné vyhotovení předá v okamžiku, kdy je sjednán termín operace. Pacient si toto písemné poučení přečte doma a do nemocnice již nastupuje poučen s tím, že v nemocnici ještě proběhne dialog s lékařem, jehož účelem je odpovědět na otázky pacienta (Cholenský, Kopalová, 2007).

Musíme brát ohled také na to, že nikdy nemůžeme tvrdit, že jsme sdělili nemocnému kompletní informace o všem, co s předpokládanou léčbou souvisí. Lékař by se měl snažit sdělit nemocnému základní informace vzhledem ke stupni jeho zájmu a vzdělanosti. Rozmluva lékaře s pacientem by neměla skončit bez dotazu, zda je nemocný spokojen s rozsahem informací o navrhované léčbě (Kořenek, 2004).

Velkým a stále diskutovaným problémem je, zda poučení, a proto i informovaný souhlas, má obsahovat všechny dostupné informace, tedy plnou pravdu, která zahrnuje i informace o diagnóze a neblahé prognóze (Haškovcová, 2007). Tato otázka souvisí s problematikou pravdy na nemocničním lůžku. Z etického hlediska informování nemocného nelze pacientovi upřít právo na informaci, na druhé straně má nemocný morální právo nevědět, pokud si pravdu vědět nepřeje (Bártlová, 2005). Vývoj názorů na sdělování pravdy prošel v průběhu staletí mnoha změnami. Diskuze o tom, zda pravdu pacientovi sdělit nebo nesdělit, dospěl v evropských podmínkách ke konsenzu a to pravdu sdělit (Kutnohorská, 2007). Podle Šimka a Zamykalové (2006) hraje významnou roli pro volbu strategie informování vzdělání a věk pacienta. Za významnější faktor považují věk – u velmi starých, nevléčitelně nemocných lidí volí řada lékařů strategii částečné pravdy a podrobněji informuje příbuzné, naopak v případě mladých pacientů jdou cestou naprosté otevřenosti.

## **Souhlas pacienta**

Po poučení pacienta se zpravidla přistupuje k výkonu jeho souhlasu nebo nesouhlasu, tedy k projevu vůle pacienta. Aby byl informovaný souhlas platný, musí být splněny následující podmínky:

### 1) Způsobilost k právním úkonům

U informovaného souhlasu se posuzování způsobilosti k právním úkonům týká především dvou skupin – dětí a osob s duševní poruchou (Holčápek, Šustek, 2007). Podle vyhl. č. 98/2012 Sb. „*Jde-li o nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, musí z písemného souhlasu vyplývat, že příslušné údaje podle části A byly poskytnuty pacientovu zákonnému zástupci a též pacientovi; pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí.*“

U dětí je za objektivní hranici považován věk 14ti let, pod touto hranicí by neměla být vyspělost zkoumána a souhlas by měl být požadován od zákonných zástupců (Holčápek, Šustek, 2007). Plnou způsobilost k udělení/odepření informovaného souhlasu získává pacient dosažením zletilosti. Již před dosažením zletilosti však může být pacient uznán způsobilým k udělení/odepření informovaného souhlasu. Lékař proto musí odlišit, zda-li je nezletilý pacient způsobilý k udělení souhlasu – lékař se rozhoduje na základě toho, zda je pacient schopen porozumět povaze a účelu navrhovaného lékařského zákroku, stejně jako důsledkům a rizikům tohoto zákroku a je schopen racionálně se rozhodnout i s ohledem na budoucí vývoj svého zdravotního stavu. Způsobilost by se měla posuzovat podle obecné rozumové a volní vyspělosti nezletilého určitého věku. V případě pochybností se doporučuje získat souhlas jak nezletilého pacienta, tak zákonného zástupce (Cholenský, Kopalová, 2007).

Názor nezletilé osoby bude brán v potaz jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti. V praxi někdy vznikají pochybnosti, jestli konkrétní nezletilý pacient je schopen posoudit rizika a důsledky navrhovaného zákroku sám. Obecně je doporučováno, aby se zdravotník vždy pokusil kontaktovat rodiče. Etickým problémem však mohou být situace, kdy nezletilý pacient výslovně nesouhlasí s informováním rodiče. Tato situace může nastat například u nezletilých dívek, které požadují předepsání antikoncepce. V tomto případě by měl zdravotník zvážit, zda je

dívka daného věku schopna zvážit rizika a důsledky užívání antikoncepčních prostředků a zda je tedy dostatečně rozumově a volně vyspělá, aby takové rozhodnutí učinila platně sama (Dostál, 2008).

V Chartě práv dětí je uvedeno, že při ošetření dítěte musí být poučeni jak rodiče, tak i ošetřované dítě, a to v rozsahu a způsobem odpovídajícím jeho věku a mentální úrovni. Dítě má být tedy poučeno, co se s ním bude dít a proč, a také o očekávaném výsledku zdravotnického výkonu, kterému se podrobuje (Ludvík, Vondráček, 2003).

Za osoby, které trpí duševní poruchou, která není přechodná, uděluje informovaný souhlas opatrovník (Šustek, neuveden). Plně způsobilý člověk musí mít nejen schopnost rozeznat následky určitého svého jednání – např., co se stane, bude-li souhlasit s určitým zákrokem, ale i schopnost ovládat své jednání, tedy nenarušenou schopnost se rozhodnout (Holčapek, Šustek, 2007).

## 2) Svobodná a vážná vůle

Svobodou se v problematice informovaného souhlasu rozumí možnost pacienta jednat pouze podle vlastní vůle, tedy bez ovlivnění cizími pokyny nebo bez donucení, ať již fyzické nebo psychické povahy. Nemocný se proto nesmí rozhodovat pod nátlakem jiné osoby (zdravotnického pracovníka nebo osoby blízké)(Šustek, neuveden). Ale také bez tlaku způsobeného např. bolestí. Svoboda souhlasu tak vylučuje, aby byl souhlas udělován cestou na operační sál ve formalizované podobě. Zároveň musí být vyloučeny i jakékoli jiné formy nátlaku, mezi které patří např. poskytnutí poučení v době, kdy se pacient domnívá, že je již vše připraveno, že zákrok je neodvratitelný nebo poskytnutí poučení v době, kdy je již pacient v rámci přípravy na operaci pod vlivem léků (Cholenský, Kopalová, 2007). Pacient má rozhodovat sám za sebe a nemá se nechat (byť v dobré víře) ovlivňovat někým jiným, ať již lékařem (cílená a obratná manipulace i nevědomé důkazy) nebo svými blízkými. Bylo by však naivní, myslet si, že pacient je naprosto svobodný při svém rozhodování. Pacient sice dostává od svého lékaře dostatek kvalitních informací, ale má také obavy a strach, a to nejen z toho, co jej čeká, ale také proto, že se musí rozhodovat zcela sám. Není proto s podivem, že někteří pacienti vyžadují čas na rozmyšlenou (pokud to zdravotní stav dovoluje) a dotazují se nejen svých příbuzných a přátel, ale žádají také názor dalšího lékaře. Někdy se pacienti



vysloveně ptají na lékařův názor (často se ptají: Co byste na mém místě dělal Vy?) – lékař nejen, že může, ale měl by vyjádřit svůj názor (Haškovcová, 2007).

### 3) Určitost a srozumitelnost

Určitost má dvě stránky – pacient musí mít jednak dostatečně přesnou představu o zákroku, se kterým má souhlasit (to souvisí s poučením před zákrokem), k tomu je ale ještě potřeba, aby byl souhlas dostatečně určitě projeven navenek tak, aby bylo možno jasně vyvodit, k čemu se vztahuje (Šustek, neuveden).

#### *1.4.3 Forma informovaného souhlasu*

Informovaný souhlas má tři podoby – ústní, konkludentní (neboli vyplývající z okolností) a písemnou. Nikde není stanoveno, podle jakých kritérií a za jakých podmínek má lékař stanovit druh informovaného souhlasu. Bylo by správné, aby v ambulantní oblasti převládala ústní, popřípadě konkludentní forma souhlasu. Písemný informovaný souhlas by měl být uplatňován při náročných, zejména invazivních diagnostických a terapeutických metodách (Haškovcová in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011). Nevýhodou ústní a konkludentní formy je její pozdější neprokazatelnost, tzn., že ji může pacient (i když k tomu dochází pouze ojediněle) zpochybnit nebo dokonce popřít. Tato skutečnost vede k tomu, že lékaři ve svém vlastním zájmu a „pro jistotu“ vyžadují písemný informovaný souhlas i tam, kde by věcně postačoval souhlas konkludentní nebo ústní (Haškovcová, 2007). Tím však neúměrně narůstá administrativní zátěž zdravotníků (Haškovcová in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011).

Podle §34 odst. 2 zákona o zdravotních službách „*Písemná forma souhlasu se vyžaduje, pokud tak stanoví jiný právní předpis nebo pokud tak s ohledem na charakter poskytovaných zdravotních služeb určí poskytovatel. Souhlas s hospitalizací musí být vždy v písemné formě. Na požádání je pacientovi poskytnuta kopie písemné formy souhlasu.*“ Písemná forma souhlasu je stanovena pouze pro některé zákroky, mezi které patří:

- a) Zákroky, které nejsou v bezprostředním zájmu pacienta (tyto zákony však nejsou v zákoně přesně definovány)

- b) Zákroky, které směřují k ověřování nových poznatků na živém člověku použitím metod dosud nezavedených v klinické praxi
- c) Získávání lidských embryonálních kmenových buněk nadbytečných zárodků pro výzkumné účely
- d) Před provedením přenosu tkání nebo orgánu na příjemce
- e) Před prováděním klinického hodnocení léčiv na jedinci
- f) Dále je písemná forma doporučena Ministerstvem zdravotnictví ČR u vyšetření na HIV v případě, že je prováděno jako předpoklad dárcovství krve, tkání orgánů, spermatu a mateřského mléka (Cholenský, Kopalová, 2007).

I Písemný informovaný souhlas, kterému však nepředchází náležitá komunikace lékaře s pacientem je nicotným cárem papíru. V mnohých nemocnicích je totiž zavedena nesprávná praxe, kdy jsou podrobně vypracované a celkem zdařilé písemné informované souhlasy předkládány před zákrokem v rychlosti zdravotní sestrou, která požaduje, aby tuto listinu rychle podepsal. Jsou známy také případy, kdy pacient vyžaduje čas na prostudování listiny, popř., zda by mu mohly být přineseny brýle – zdravotní sestra mu však odpovídá, aby nezdržoval a hned to podepsal, že nemá jenom jeho a nemá čas nosit mu brýle a čekat, až listinu přečte. Proto Česká lékařská komora doporučuje svým členům, aby písemný informovaný souhlas obsahoval také formulí, že pacient měl možnost hovořit s lékařem, klást mu otázky a nemá žádné nejasnosti a zároveň i prohlášení lékaře, o tom, že osobně pacienta informoval a vedl s ním před zákrokem rozhovor, potvrzený podpisem a datem (Mach, Prokešová in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011).

Písemný informovaný souhlas je „potvrzením“ o tom, že pacient byl adekvátním způsobem a v potřebném rozsahu informován. Nejedná se o smlouvu o provedení díla, takže tento souhlas může být pacientem kdykoliv, a to i ústně odvolán. Lékaři tak nemohou argumentovat tím, že „už jste to jednou podepsal“ (Lajkep, 2003).

Písemná forma je psána odborným jazykem (přesto by ústní poučení mělo být podáno volnějším způsobem), protože slouží jako případný forenzní důkaz, že pacient poskytl informovaný souhlas (Haškovcová, 2007).

#### *1.4.4 Zdravotní sestry a informovaný souhlas*

Zdravotní sestry se nepodílí na procesu získávání informovaného souhlasu. Přesto to neznamená, že se jich problematika informovaného souhlasu netýká – měly by vědět, že se takový akt připravuje a měly by být schopné přiměřeně reagovat na otázky pacienta. Pacient je většinou vůči sestře otevřenější, nemá tolik zábran. Často se ptá na konkrétní průběh zákroku (a to i přesto, že byl pacient o této skutečnosti náležitě poučen lékařem). Dále očekává od sestry ujištění, že ho zákrok nebude bolet a při větších výkonech je vděčný za emotivní podporu (Haškovcová, 2001).

Pacienti mají samozřejmě tendenci dotazovat se zdravotních sester na záležitosti týkající se lékařských výkonů a lékařské péče. Zdravotní sestra by se však neměla nechat přesvědčit k této komunikaci a měla by požádat lékaře, aby podal pacientovi náležité informace (Mach, Prokešová in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011). Není ale zcela vyloučeno, aby o základních náležitostech (např. o nutnosti přijít na vyšetření nalačno), poučila pacienta zdravotní sestra. Za poučení o náležitostech zákroku, které jsou výhradně v kompetenci lékaře, je odpovědný lékař a nemůže proto delegovat povinnost poučení na nelékařský personál. Přípustné je předložení písemného poučení nebo formuláře informovaného souhlasu zdravotní sestrou a následný dialog mezi pacientem a lékařem (Cholenský, Kopalová, 2007).

Fišerová (2009) uvádí, že praxe informovaného souhlasu je bohužel jiná než teorie: sestra nemocnému často na poslední chvíli podstrčí "lejstra" a ten, většinou aniž by si papíry přečetl, je podepíše. Výsledkem je pak naprosto neinformovaný pacient, který odjíždí na operační sál.

Sestra je oprávněna, ale i povinna poučit pacienta o postupu při konkrétním zdravotnickém výkonu, který sama v rámci své způsobilosti oprávněně provádí. Při poučení by se sestra měla chovat vlídně a eticky, je nepřípustné, aby používala lidová označení částí těla a vulgarismy. Sestra není oprávněna poučovat pacienta o operaci, které se má podrobit a o jejích komplikacích nebo podrobně poučovat pacienta nebo rodinné příslušníky o zdravotním stavu nebo doporučovat určitou lékovou terapii. Zároveň je potřeba odlišit poučení a podávání informací (Ludvík, Vondráček, 2003).

#### *1.4.5 Kritika informovaného souhlasu*

Praxe informovaného souhlasu není podle některých autorů ideální - např. Tate (2010) chápe dnešní informovaný souhlas jako rostoucí průmysl, jehož výrobky jsou ovšem často velmi nekvalitní. Stejně tak Payne (2007) považuje dosažení toho, aby zdravotníci vedli s pacienty diskuzi o diagnostickém a terapeutickém postupu za heroický úspěch. Doposud se podle tohoto autora stává, že pacientovi není sděleno o jeho vlastní chorobě vůbec nic. Proto se v další části své práce budu věnovat kritice tohoto institutu a s ním souvisejících náležitostí.

Haškovcová (in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011) se domnívá, že by se neměl informovaný souhlas stát dogmatem, u kterého je považována za důležitější formální stránka a tím zastiňuje nebo dokonce rezignuje na lidský a o důvěru se opírající vztah lékaře a pacienta.

Velmi často je v souvislosti s kritikou informovaného souhlasu spojována pravda na nemocničním lůžku, popř. množství informací, které pacient získá. V této souvislosti uvádí Tate (2005), že mnozí lékaři si stále myslí, že nadbytek informací je pro pacienty špatný a to i přes existenci drtivých důkazů o opak. Také Haškovcová (2007) považuje v souvislosti s informovaným souhlasem za závažný problém tzv. plnou pravdu vyřčenou okamžitě v době, kdy je zjištěn nepříznivý zdravotní stav. Palčivým problémem je podle této autorky zároveň sdělování nepříznivé prognózy. V některých případech by bylo lepší, s ohledem na psychickou odezvu na příchod a rozvoj závažné nemoci, sdělování pravdy „po kapkách“. Tomu však brání existence informovaného souhlasu.

Čepický (2009) uvádí, že dokud neexistovaly písemné informované souhlasy, cítil lékař povinnost pacienta skutečně informovat a mluvit s ním. Dnes dá lékař pacientovi několikastránkový text – a víc raději nemluví, je to bezpečnější. Dále uvádí, že k poslední větě informovaného souhlasu „rozuměl/a jsem a měl/a jsem možnost položit doplňující otázky“ text dočte málokdo. Z těch, kteří text dočtou až do konce, se málokdo odhodlá na něco zeptat. Současný trend vytváření podrobných písemných informovaných souhlasů kritizoval i na právním semináři České lékařské komory konaném dne 12. listopadu 2009 pan prof. Pařko. Do jisté míry kritizoval právníky,

kteří k tomu lékaře vedou, a poukázal i na skutečnost, že písemné informované souhlasy mohou být někdy i kontraproduktivní, protože mohou usvědčovat lékaře či zdravotnická zařízení, že na některá rizika výkonu neupozornili. Každý výkon má ovšem obrovské množství rizik a není v možnostech lékaře, aby na všechna rizika při informování pacienta pamatoval (Mach, 2009). Tento názor je podpořen také názorem Čepického (2009), že se české zdravotnictví nachází v situaci, kdy informování pacientů nemá za cíl informovat, ale v první řadě chránit zdravotnický personál. Toho problému si všímají i pacienti, kteří si podle Máci (in Bartůněk, Ptáček, 2011) často stěžují na to, že jim byl dán k podpisu informovaný souhlas s výkonem, nicméně de facto nebyla možnost si ho pořádně prostudovat a informovat se o případných nejasnostech. V některých případech dokonce obdrží pacient informovaný souhlas k podpisu nikoliv od lékaře, ale od jiného zdravotnického pracovníka. I v tomto případě však platí, že za nedostatečné poučení ponese, v případě nepříznivých důsledků léčby, následky lékař. Etická pravidla by neměla lékaři nikdy dovolit, aby pacienta řádně nepoučil a neumožnil mu klást otázky. Stejně tak Skála (2012) uvádí, že rozsáhlé (až několikastránkové) informované souhlasy nejsou řešením – v některých případech mohou dokonce podrobně uváděné komplikace pacienta od operace odradit. O nadbytečnosti písemných informovaných souhlasů se zmiňuje Pafko (2012), který uvádí, že v České republice často tvoříme nad rámec toho, co požaduje Evropská unie. Toto platí i v případě informovaných souhlasů – v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně není uvedeno nic o tom, v jaké formě má být podán informovaný souhlas. V České republice však vznikají na každém pracovišti rozsáhlé písemné souhlasy, což podle autora není dobré. Další zvláštností podle Pafka (2012) je, že nevidomí lidé žádný informovaný souhlas před výkonem nepodepisují. S nimi se lidsky hovoří za účasti svědka a je to považováno za dostatečné poučení. Proč by tato praxe nemohla fungovat u všech pacientů? Tento autor si nechal změřit čas kolegů, který stráví u pacientů při vizitě a poté u počítače. Druhý čas byl delší. Je opravdu cílem odvádět zdravotníky od lůžka nemocného k dokumentaci? Vždyť čeští pacienti si stěžují nejvíce na to, že se jim nevěnuje dostatek pozornosti.

Přijetím Úmluvy o biomedicíně došlo k odstranění některých problémů „medicíny mlčení“, další a nemalé vznikly. V souvislosti s komunikací mezi lékaři a pacienty Haškovcová (in Bartůněk, Ptáček, 2011) uvádí následující:

1. Nesprávné nebo nevhodné používání informovaného souhlasu – Informovaný souhlas stále více slouží jako ochrana zdravotníků před případnými soudními spory. To souvisí také s častějším používáním písemné formy. Není tajemstvím, že informovaný souhlas lze získat pouze formálně, tzn. pouze podpisem nemocného bez náležité komunikace. Dalším politováníhodným problémem lze považovat praxi, kdy nejenže chybí náležité poučení lékařem, ale písemný informovaný souhlas předkládá pacientovi sestra nebo dokonce sociální pracovnice.

2. Někteří nemocní nejsou schopni se rozhodnout a přivítali by doporučení lékaře, jak se mají zachovat. Někteří lékaři neodmítají doporučení tohoto typu poskytnout, někteří se však zdráhají takové doporučení dát s odkazem na respekt k právně zakotvené svobodné volbě nemocného. Partnerský vztah mezi lékařem a pacientem nevylučuje poskytování rad váhajícímu nemocnému, hlavní změnu však představuje forma komunikace, v níž autoritativní přístup lékaře patří do minulosti.

3. Informovaný pacient není vždy poučeným pacientem – Současná situace je příznačná tím, že je pacient většinou zahlcen množstvím informací, které není schopen ani při nejlepší vůli lékaře porozumět. I přesto, že lékař použije srozumitelný a jak říkají nemocní, „lidský“ slovník, pacient je stejně nucen přečíst si a podepsat písemný informovaný souhlas, který je psán odbornou terminologií. Faktem zůstává, že pokud jde „nemocnému o život“, není si schopen zapamatovat více než 2-3 základní informace a nikde není potvrzeno, že si zapamatuje ty nejdůležitější v souvislosti s psychickým stavem, ve kterém se nachází nebere na vědomí ani důležité souvislosti.

4. Řada pacientů se ostýchá zeptat lékaře na to, čemu nerozuměla, popř. položit mu další doplňující otázky. Informace, které pacienti nezískali od lékaře, pak získávají z různých zdrojů. Mladá generace získává informace především na internetu, kde sdílejí své zkušenosti a obavy se svými internetovými přáteli. Digitální svět má své výhody i nevýhody – na jedné straně může množství nehierarchizovaných internetových informací pacienty zúzkostnit, na druhou stranu zde však mohou získat laickou

emocionální oporu. Nepochybně však platí, že vyhledávání informací z jiných zdrojů převládá tam, kde chybí poučení ze strany lékaře.

5. Informace o rizicích (uvedené ústně nebo v rozšířené písemné podobě) bývají velmi často příliš podrobné a mnohé pacienty vyděsí. Informace jsou podávány „natvrdo“, čímž mizí po staletí pěstovaná ohleduplnost vůči člověku postiženému nemocí. O iatropatogenním poškození pacienta se v této souvislosti neuvažuje. Uvádění rizik může přivést do nejistoty také lékaře, kteří z logiky věci nemohou uvést všechna myslitelná rizika. Dochází tak k oslabení důvěry mezi lékařem a pacientem, protože lékař se obává konfliktu s pacientem nebo jeho příbuznými a pacient má dojem, že je ve své tíživé situaci sám.

6. Existence více alternativ a rozhodování mezi nimi, které závisí na pacientovi, představuje pro nemocného velkou zátěž, i přesto, že všechna navrhovaná řešení jsou lege artis a vedou ke stejnému cíli.

7. Jednu z alternativ, i když extrémní, představuje odmítnutí léčby nebo její části. Lékař se pak nachází ve velice obtížné situaci, jelikož se k němu pacient dříve či později vrací, protože jeho onemocnění progreduje. Lékař pak musí léčit pacienta ve zhoršeném stavu a kromě pochopitelné rozladěnosti a vzteku, že k této situaci nemuselo dojít, uvažuje i o tom, zda vhodnou komunikací (popř. určitým přemlouváním) nemohl komplikovanému stavu předejít. Dalším faktem je, že pozdější léčba je také podstatně dražší.

8. Vzpomínky na paternalistický model vztahů ožívají v řadách některých lékařů i pacientů. Zejména pacienti – senioři nerozumí tomu, proč se mají najednou rozhodovat v tak obtížných situacích sami, když to dříve dělal podle svého nejlepšího vědomí a svědomí lékař.

Šimek a Zamykalová (2006) také uvádí, že idea informovaného souhlasu není viděna jako bezproblémová. V podmínkách českého zdravotnictví je reálná hrozba, že se informovaný souhlas stane prázdnou formalitou. Stejně jako každá jiná procedura i informovaný souhlas je doprovázen prvky rutiny a formality – to ovšem není nic znepokojujícího, naopak je to považováno za funkční součást. Problém ovšem nastává v okamžiku, kdy se rutina a formalita stanou jedinou náplní procedury, která se tím promění na pouhé podepsání papíru a jeho založení do karty pacienta. Pak institut, který

měl za úkol projasnění dialogu mezi zdravotníkem pacientem, neplní svou funkci, ale je pouhou právní ochranou zdravotníků. Tento účel je ještě podporován návrhy nahrávat proces informování pacienta a jeho následný podpis souhlasu na video. Dále pak uvádí, že někteří filozoficky zaměřeni autoři jsou velmi kritičtí, a dokonce uvažují o tom, zda nenastal čas opustit institut informovaného souhlasu, který nikdy neplnil (nereálná) očekávání do něj vkládaná. K tomu se připojuje i Skála (2012), který uvádí, že informované souhlasy vedou k formalizaci medicíny. Podle tohoto autora je důležitější to, co lékař napíše, než to, co udělá – budou podle něj vznikat různé formalizace, které se budou uvádět v dokumentaci a budou vlastně k ničemu.

Doležal (2011) nekritizuje přímo informovaný souhlas, ale s ním související autonomii pacienta. Domnívá se, že rozhodnutí pacienta nemůže být nikdy zcela autonomní vzhledem k tomu, že je ovlivňován následujícími skutečnostmi:

1. Stav pacienta – ve většině případů navštěvuje pacient lékaře v případě, kdy se necítí zcela zdrav. Cítí strach, nejistotu a bolest, které mohou ovlivňovat jeho rozhodování.

2. Nemožnost plně objektivního sdělení – I kdyby se lékař snažil být jakkoliv objektivní, není možné zajistit to, aby vystoupil ze svého světa – je vždy ovlivňován svými odbornými názory, vzděláním (výchovou), náboženským vyznáním apod.

3. Převaha erudice lékaře a následná akceptace doporučeného postupu – V praxi dochází k tomu, že pacient důvěřuje znalostem a zkušenostem lékaře a souhlasí s jím navrženým postupem.

4. Technizace medicíny – Technický pokrok hraje v medicíně v posledních letech téměř zásadní roli, tento pokrok představuje zároveň také úpadek vztahu lékaře a pacienta. Technizace vede k odklonu od pacienta jako subjektu a staví ho tak do pozice objektu.

5. Zvyšující se tendence regulovat vztahy v medicíně prostřednictvím normativních pravidel (zejména právních) – Stále častěji jsou i původní etická pravidla zakotvována do právního řádu.

6. Ekonomické omezení poskytování zdravotní péče

7. Objektivizace medicíny – která představuje zároveň menší možnost lékaře samostatně uvažovat a přistupovat k pacientovi jako k člověku, nikoliv jako k dalším nemocnému kusu.



8. Specializace – specializace v medicíně s sebou nese výrazná rizika, mezi která patří například skutečnost, že řada lékařů je specialisty pouze ve svém oboru a chybí jim přesah do dalších oborů

9. Mentální kapacita pacienta – její nedostatek může mít za následek to, že pacient, i přesto, že byl řádně poučen, není schopen domyslet všechny důsledky zákroku, a proto volí intuitivně nebo přijímá variantu doporučenou lékařem.

10. Faktor léčebného přínosu – pacienti jsou někdy ochotni podstoupit některé lékařské zákroky či vyšetření, které jsou nebezpečné nebo znamenají agresivní zásah do lidského organismu, ovšem pouze v případě, že pro ně bude mít zákrok či vyšetření léčebný přínos

11. Společenské tlaky – rozhodování pacienta je také ovlivňováno názory majoritní společnosti na určitou problematiku (např. na prevenci)

12. Manipulace s vymezením definičních znaků některých onemocnění

Máca (in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011) považuje v souvislosti s uváděním alternativ výkonu za neetické obsáhlé zatěžování pacienta popisem situace, která nemá užší souvislost s jeho případem. Autor považuje za mnohem vhodnější, když lékař pacientovi zcela korektně sdělí, jakou léčbu by mu jako odborník vybral a informuje v rámci svých možností a vědomí o možném prospěchu a rizicích této možnosti.

Šustek (rok neuveden) uvádí, že je jistě chvályhodné, že se Ministerstvo zdravotnictví rozhodlo sjednotit obsahové náležitosti souhlasu (viz vyhláška 39/2012 Sb.). Obává se, že však tímto dojde k přesunutí informovaného souhlasu na papír, čímž by došlo k porušení základního principu informovaného souhlasu, který tkví v rozhovoru mezi lékařem a pacientem.

Další názory se vyjadřují spíše k překážkám informovaného souhlasu:

Pro lékaře je složité, sestoupit z pozice experta a vyjednávat o tom, co je jasné. Lékaři si musí nejdříve připustit, že tak jasné, jako to vidí oni, to není. Je potřeba, aby měli svůj názor, ale současně respektovali, že ten druhý to může vidět jinak. I přesto, že je institut informovaného souhlasu legislativně upraven, právo již neumí zařídít, co budou oba účastníci procesu dělat – nedokáže zajistit, zda půjde o vyjednávání nebo o zápas kdo s koho (Šimek, 2010).

Změna hodnotového přístupu lékaře k pacientovi je časově náročnější než změna legislativy, proto se vnucený posun v chápání vztahu lékaře a pacienta v roce 2001 plně nevžil a prosazovaný institut informovaného souhlasu, pro který je respekt k vůli pacienta fundamentální, je v praxi velmi obtížné. To s sebou přináší problémy dvojího druhu:

1. medicínská praxe tento institut vnímá jako pouze formální překážku při starostech o blaho pacienta a obchází jej prostřednictvím formulářových informovaných souhlasů, při kterých je osobní rozhovor s pacientem nahrazen přečtením formuláře, který pacient vzhledem ke své situaci téměř vždy podepíše, i když neví, co je na formuláři napsáno, resp. jaký to může mít dopad pro jeho zdraví.
2. právní teorie a praxe se snaží bezvýjimečně lpět na tomto institutu, aniž by si uvědomovala neudržitelnost doktríny informovaného souhlasu bez některých dílčích změn (Doležal, 2011a).

#### *1.4.6 Informovaný souhlas – nejčastější chyby a omyly*

Haškovcová (2007) uvádí nejčastější chyby a omyly, kterých se dopouštěli lékaři do 1. 4. 2007, tedy ke dni platnosti vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, která upravila formální podobu písemného informovaného souhlasu:

- Nesplnění formálních náležitostí (nepoužití hlavičkového papíru, nečitelný nebo zcela chybějící podpis lékaře)
- Příliš obecný informovaný souhlas (tzn., že informovaný souhlas nebyl individualizován)
- Příliš podrobný informovaný souhlas (zejména příliš podrobné uvádění rizik)
- Chybějící údaje o rizicích (informovaný souhlas obsahoval pouze tzv. generální riziko – tzn. formulí, že je zákrok spojen s rizikem, ale již nebylo uvedeno s jakým)
- Chybějící tzv. normální následky výkonu (tzn., že v informovaném souhlasu nebylo uvedeno, jaký bude předpokládaný průběh jeho onemocnění)
- Chybějící alternativy (i běžně dostupné)

- Informovaný souhlas byl předkládán osobou, která k tomu není kompetentní (např. sociální pracovníci nebo zdravotní sestrou).

#### 1.4.7 Informovaný nesouhlas

V rámci svobody rozhodování v oblasti práva na tělesnou integritu a její nedotknutelnost má pacient právo odmítnout zdravotní péči. Toto rozhodnutí musí být plně respektováno. Odmítnutí zdravotní péče s sebou nese mnohem závažnější dopady než souhlas a následně provedený zákrok (Šustek, rok neuveden)

Podle § 34 odst. 3 zákona 372/2011, o zdravotních službách „*Pacientovi, kterému byla podána informace o zdravotním stavu nebo se podání informace podle § 32 odst. 1 vzdal a který odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, nejde-li o případ, kdy lze zdravotní služby poskytnout bez souhlasu, je opakovaně podána informace o jeho zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit život. Jestliže pacient i nadále odmítá vyslovit souhlas, učiní o tom písemné prohlášení (revers).*“

Jedině v případě, kdy je zajištěn negativní revers, není lékař odpovědný za to, že nekonal svou povinnost a neléčil pacienta (Šustek, rok neuveden).

Negativní revers je pacienty využíván nejčastěji ve dvou případech – jednak to bývá v případě předčasného opuštění nemocnice, kdy nemocný nechce být již déle hospitalizován a žádá o propuštění. Druhý případ je závažnější. Jedná se o odmítání zdravotní péče, která ve svém důsledku může důvodně vést k poškození zdraví nebo úmrtí (Šustek, rok neuveden).

Obsah reversu je do jisté míry analogický k obsahu informovaného souhlasu. Obecně lze konstatovat, že v informovaném nesouhlasu by mělo být zejména náležitě zachyceno poučení, které ošetřující lékař pacientovi poskytl (Šustek, rok neuveden).

Negativní revers musí podle platné vyhlášky 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci obsahovat:

*„1. údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebných zdravotních službách,*

2. údaj o možných následcích odmítnutí potřebných zdravotních služeb pro zdraví pacienta,
  3. záznam vyjádření pacienta, že údaje podle bodu 1 a 2 mu byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl a že měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny,
  4. písemné prohlášení pacienta, popřípadě záznam o tomto prohlášení, že i přes poskytnuté vysvětlení potřebné zdravotní služby odmítá,
  5. místo, datum, hodina a podpis pacienta,
  6. podpis zdravotnického pracovníka, který pacientovi informace poskytl,
  7. nemůže-li se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat nebo odmítá-li záznam o prohlášení podepsat, opatří se záznam jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl projevu odmítnutí přítomen, a uvedou se důvody, pro něž se pacient nepodepsal, a dále se uvede, jakým způsobem projevil svou vůli.
- B.** Jde-li o nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, musí z prohlášení o odmítnutí zdravotních služeb vyplývat, že příslušné informace podle části A byly poskytnuty pacientovu zákonnému zástupci a též pacientovi; pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí.“

Nad rámec podmínek uvedených ve vyhlášce se ještě doporučuje použití hlavičkového papíru, podle kterého lze jednoznačně identifikovat zdravotnické zařízení (Haškovcová, 2007).

Odmítnutí lékařské péče s sebou nese řadu etických i praktických problémů. Co bude s nemocným dál po odmítnutí zdravotnické péče? Lékaři si často dělají starost o pacienta a blízcí naléhají, aby byla péče poskytována i bez souhlasu. Je potřeba zdůraznit, že pacient má právo na odmítnutí léčby nebo její části a to i přesto, že to pro něj bude mít negativní důsledky. Z etického hlediska lze vznést však proti tomuto konceptu četné námitky (Haškovcová, 2007).

I přesto, že pacient nemusí uvádět důvody k odmítnutí péče, jedná se velmi často o následující situace: strach a obavy z bolesti a značného nepohodlí, individuální a

zreslená představa o nemoci, neschopnost nemocného porozumět své nemoci a udělit potřebný souhlas v situaci nemoci (Haškovcová, 2007).

## ***2. Cíl práce a výzkumné otázky***

### ***2.1 Cíl práce***

Cílem práce je zjistit a popsat rozdíly mezi teorií a praxí informovaného souhlasu v nemocnici. Dalším cílem je zjistit, je-li patrný posun od nejčastějších chyb a omylů v informovaném souhlasu, které uvádí Haškovcová (2007).

### ***2.2 Výzkumné otázky***

Na základě cílů práce byly stanoveny dvě výzkumné otázky:

- 1) Jaká je realita informovaného souhlasu v nemocnici?
- 2) Je patrný kvalitativní posun v chybách a omylech informovaného souhlasu, které uvádí Haškovcová (2007)?

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použité metody a techniky sběru dat**

Ke zjištění stanovených cílů byl použit kvalitativní výzkum. Kvalitativní šetření bylo provedeno metodou dotazování, jako technika sběru dat bylo zvoleno polostrukturované interview.

Kvalitativní výzkum představuje nematematický analytický postup. Může se jednat o výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů. Kvalitativní výzkum je založen na analýze zkoumaných jevů, odhalení jejich elementárních složek, odhalení spojení a závislostí, které jsou mezi nimi, na charakteristice jejich celostní struktury, interpretaci smyslu nebo funkce, kterou plní. Kvalitativní strategie umožňuje poznání širšího kontextu jevů, které badatele zajímají, a jejich poznání v přirozených podmínkách (Kutnohorská, 2009).

Polostrukturované interview je vhodné zejm. u skupin, které nevykazují příliš extrémní anomálie ve svém chování, komunikace s nimi však není jednoduchá. U polostrukturovaného interview si vytváříme určité schéma, které je pro nás závazné. Toto téma je obvykle specifikováno okruhy otázek, na které se respondentů/ek ptáme (Miovský, 2006). V mé práci se jedná o soubor devíti otázek pro zdravotníky (viz příloha č. 1) a osmi otázek pro pacienty (viz příloha č.2). Pořadí otázek jsem přizpůsobovala průběhu rozhovoru, v případě potřeby jsem se doptávala, jak respondent/ka danou věc myslel/a a ověřovala jsem si, zda jsem danou odpověď pochopila správně.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Základní soubor je tvořen zdravotníky a pacienty nemocnic v České republice. Výzkumný soubor tvoří 11 pacientů/ek z nejmenované jihočeské nemocnice a 2 lékaři ze dvou jiných nejmenovaných jihočeských nemocnic. Respondenti byli vybíráni metodou záměrného výběru. Pro tento typ výběru je podle Miovského (2006) charakteristické, že vybíráme účastníky podle jejich určitých vlastností. V mém případě byla touto charakteristickou vlastností u prvního vzorku příslušnost ke skupině pacientů,

kteří v nedávné době (1-42 dní) podstoupili lékařský zákrok, k němuž má být poskytován informovaný souhlas, u druhé skupiny pak příslušnost ke skupině zdravotníků, kteří informovaný souhlas získávali.

Všichni byli seznámeni s tím, že nikde nebude uvedeno jejich jméno, ani žádné jiné identifikační údaje a že výsledky výzkumu budou složité výhradně pro potřeby diplomové práce.

### ***3.3 Realizace výzkumu a zpracování dat***

Výzkum probíhal v červnu a červenci 2013 na chirurgickém oddělení nejmenovaných nemocnic. Každý rozhovor byl s respondentem/kou veden osobně, s jejich souhlasem nahrán na diktafon a následně doslovně přepsán. Přepisy rozhovorů viz příloha č.3. S ohledem na zachování anonymity jsou pacienti/ky označováni písmenem P a příslušným číslem, lékaři jsou označováni písmenem L a příslušným číslem.

Po doslovné transkripci jsem si rozhovory důsledně několikrát pročetla a snažila jsem se najít určité souvislosti a propojení. Nejprve jsem použila techniku barvení textu, ve které jsem barevně odlišila pasáže týkající se určitých tematických celků. Poté jsem provedla kódování, během kterého jsem převedla prvotní data do datových jednotek, se kterými je možné dále pracovat (Miovský 2006) V poslední fázi zpracování dat jsem použila prvky zakotvené teorie – konkrétně otevřené a axiální kódování. Otevřené kódování je základním krokem, na který navazuje další analýza. V tomto kroku jsou pojmy identifikovány a rozvíjeny ve smyslu jejich vlastností a dimenzí (Kutnohorská, 2009). Na základě otevřeného kódování jsem si vytvořila 3 oblasti: orientace v problematice informovaného souhlasu, poučení a následné poskytnutí informovaného souhlasu a aktivita pacientů. Následovalo axiální kódování, které skládá údaje rozdělené otevřeným kódováním dohromady vytvářením spojení mezi kategoriemi a subkategoriemi (Kutnohorská, 2009).



## **4. Výsledky výzkumu**

### **4.1 Způsob zpracování rozhovorů**

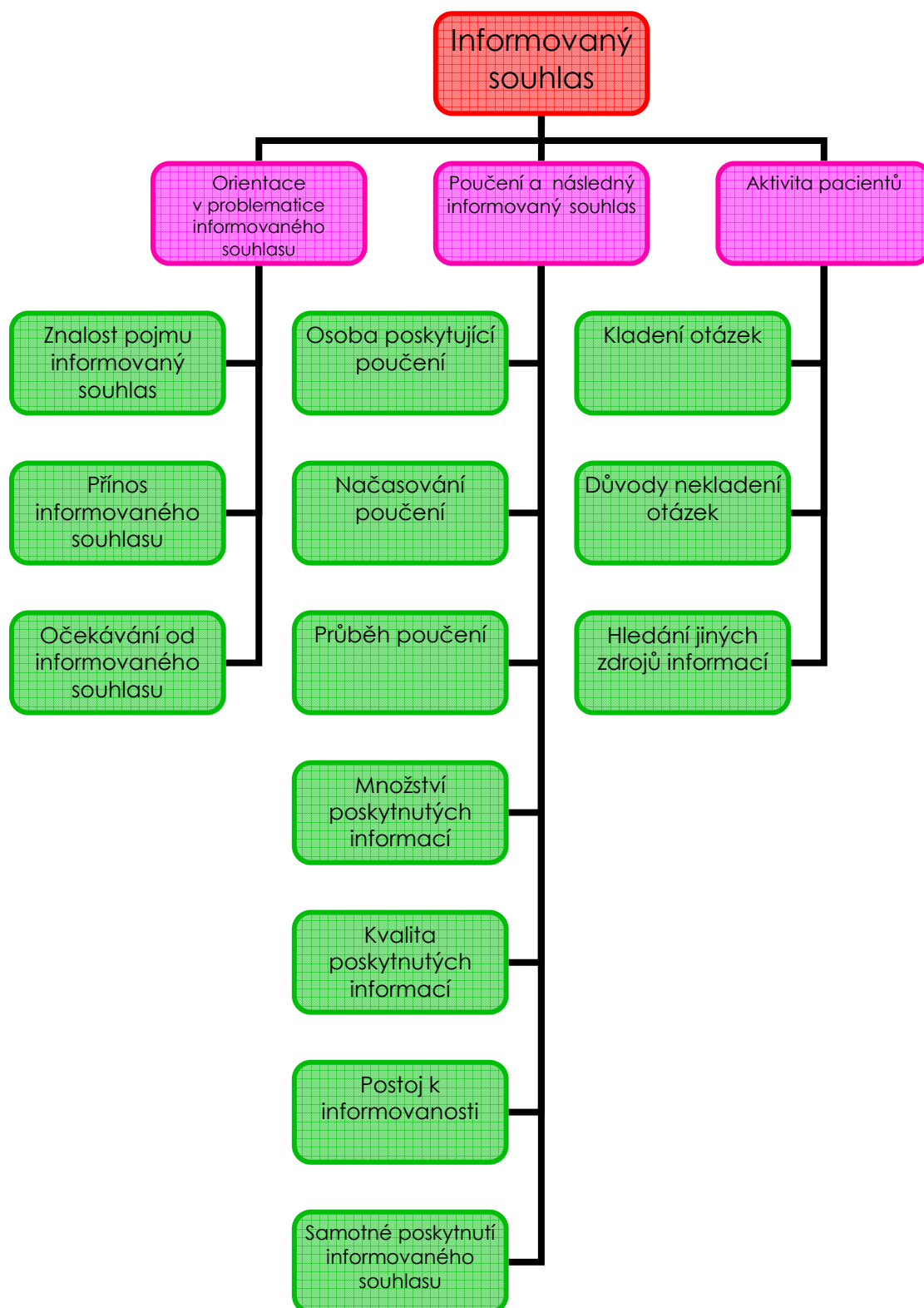
Po několikanásobném a důsledném pročtení, při kterém jsem se snažila najít souvislosti a propojení jsem vytvořila 3 oblasti, které budu dále na základě otevřeného kódování vyhodnocovat podle jednotlivých kategorií. Jedná se o následující oblasti:

- Orientace v problematice informovaného souhlasu
- Poučení a následný informovaný souhlas
- Samostatná aktivita pacientů

Následující kapitola je tak tvořena nejdůležitějšími citacemi respondentů, které jsou z důvodu lepší přehlednosti a orientace rozděleny do oblastí a do kategorií.

Předem bych chtěla upozornit na skutečnost, že jsem si vědoma toho, že nelze zcela porovnávat výpovědi lékařů a pacientů/tek, jelikož nejsou ze stejné nemocnice. I přes veškeré mé snahy se mi nepodařilo získat rozhovor ani jednoho lékaře z chirurgického oddělení nejmenované nemocnice. Jeden z domluvených rozhovorů skončil po první otázce větou: „Proč já? Nezlobte se, já o informovaným souhlasu nic nevím, já se s váma o tom nebudu bavit“ Podařilo se mi tak získat pouze rozhovor lékaře, který na tomto oddělení pracuje jako externí pracovník, tzn., že zde několikrát měsíčně operuje. Další rozhovor je s lékařem, chirurgem, ovšem z jiné nemocnice.

## 4.2 Schéma otevřeného kódování



### 4.3 Výsledky otevřeného kódování

#### 4.3.1 Orientace v problematice informovaného souhlasu

Cílem této oblasti bylo především zmapování znalosti pojmu informovaného souhlasu a jeho účelu. V této oblasti jsem vymezila tři kategorie: znalost pojmu informovaný souhlas, očekávání od informovaného souhlasu a vnímání přínosu informovaného souhlasu.

##### a) Znalost pojmu informovaný souhlas

Rozhovor s pacienty/kami jsem vždy začínala otázkou: „Co se Vám vybaví, když se řekne informovaný souhlas. Máte nějakou představu, co je to informovaný souhlas?“ Jejím hlavním účelem bylo zjistit, zda respondent/ka ví, co je informovaný souhlas, popř. jsem pojem informovaný souhlas vysvětlila. Hlavním důvodem takto zvolené strategie bylo především to, aby byli respondenti schopni validně odpovídat na následující otázky, které se týkaly informovaného souhlasu.

Na první položenou otázku jsem dostala od pacientů/ek široké spektrum odpovědí, které se pohybovaly od naprosté nevědomosti „*Tak to je pro mě španělská vesnice*“ (P3), „*Ne, vůbec nic.*“ (P2), přes určitou představu, i když nepřesnou: „*To je ten papír, ne?*“ (P1), „*Informované souhlas? Jako nějaké potvrzené souhlas?*“ (P6) „*Zrovna jsem to tady názorně viděl. To je při pacient podepsat, že souhlasí s jakýmkoli vyšetřením.*“ (P7), „*Mě se vybaví jen tři řádky, na jednom bylo pacient, na druhým doktor a na třetím už nevím.*“ (P10) až po téměř dokonalé vystižení podstaty informovaného souhlasu: „*No tak mám, já abych řek, no, ale z X mám.... Tam jsem přišel....doktorka si ke mně sedla a vysvětlila mi všechno, co mi budou dělat. Jak to bude se mnou a všechno.*“ (P8).

Setkala jsem se ovšem také s jednou svéráznou odpovědí, kterou nelze zařadit ani do jedné skupiny: „*Informovaný souhlas? (smích) To je podle mě blbost... Nepodepíšeš, máš smůlu.*“ (P11).

Po následném vysvětlení pojmu a položení otázky, zda pacient/ka poskytoval/a informovaný souhlas při hospitalizaci však kromě jednoho pacienta odpověděli všichni, že ano. Velmi často jsem se tak setkávala s odpověďmi, které se nesly v duchu: „*Asi*

*jsem musela, ne? Při nástupu jsem podepisovala nějaký papíry.“ (P2), „No, já bych řekl, že jo, podepisoval jsem nějaký papíry. Někaký jsem vyplňoval, takže jsem něco podepisoval, takže vím, o co tak zhruba kráčelo.“ (P3),*

U lékařů byla znalost pojmu informovaný souhlas, jak jsem předpokládala přesnější. Vystihli nejen podstatu informovaného souhlasu, tj. informování pacienta o průběhu a účelu, ale také zároveň hlubší smysl tohoto institutu, tj. jeho podstata ve smyslu posílení komunikace mezi lékařem a pacientem: *„Informovaný souhlas. Zaprvé velkej posun z dřívější doby. Jednou jsem viděl díl Nemocnice na kraji města. Viděla jste to? Tam byl jeden nádhernej informovanéj souhlas předoperační, když přijel krajskej odborník na impresi čelní dutiny toho pacienta, Rezek se jmenoval, kterej se před sálem ptal: „A co mi vlastně budete dělat?“ Načež krajskej odborník odvětil: „Prostě se to musí spravit a tom se nebude diskutovat.“ Takže asi tak vypadal informovanéj souhlas 1970, takže pro mě když se řekne informovanéj souhlas, tak určité posun. Posun v tom smyslu, že ti pacienti vědí, co se jim bude dělat. Vědí, co se jim bude dělat, může to v nich vyvolat i spoustu jakoby dalších nepodložených otázek, ale který laikovi se dají poměrně snadno vysvětlit tak, aby je pochopil. Takže asi posun a určité posun v medicíně.“ (L1). „Pro mě je informovaný souhlas zákonná povinnost informovat pacienta o tom, co ho čeká, často se řeší písemnou formou.... Je to povinnost pacienta informovat, poměrně často také nutno vzít příslušný formulář, podepsat ho a s krátkým vysvětlením předat pacientovi.“ (L2).*

#### b) Očekávání od informovaného souhlasu

Ani jeden z dotazovaných pacientů/ek neměl od informovaného souhlasu žádná očekávání : *„Jaký asi může mít člověk očekávání od informovaného souhlasu? Žádný...“ (P11).*

#### c) Informovaný souhlas jako právní ochrana lékařů

Zatímco lékaři vidí přínos informovaného souhlasu jednak v právní ochraně před případnými stížnostmi, popř. žalobami ze strany pacientů/ek při výkonu svého povolání tím, že je pacient/ka seznámen/a s komplikacemi, které mohou v rámci daného výkonu

nastat: „Pro mě je to ochrana. Pro mě je to ochrana před tím, že jsem de facto.... A já mám potvrzení o tom, že jsem ho o tom informoval. Protože on to podepíše. Tak to pro mě znamená. Jedním, dvěma slovy – právní ochrana, že pacient byl informován. Pakliže by došlo k něčemu, k nějaké neočekávané perioperační komplikaci – řeknu: Ano, mluvili jsme o tom nebo jste alespoň byl informován, víte o tom, četl jste to, tady jste to podepsal. Jo? Asi tak.“ (L1), „Prostě se chráním...Tento postup jsem volil s vědomím toho, že byl před několika lety v Austrálii odsouzen oční lékař za to, že pacienta neupozornil na riziko poškození druhého oka.... Tedy ne toho, co bylo operováno. Tato komplikace se vyskytuje u přibližně jedné z deseti tisíc operací.... Pro zdravotníky je zase výhodné to, že existuje nezpochybnitelný doklad o přesné podobě souhlasu včetně uvedených rizik.“ (L2). Stejný přínos vidí také pacienti/ky: „Já si myslím, že asi doktoři, aby byli zase tak trochu krytý. Když teď jsou nějaký zákony udělaný.“ (P3), „No, je to aby se kryli, ne? Kdybys umřel, tak seš s tím seznámenej, že můžeš umřít.“ (P5), „To mi nikdo neřek jo, ale já jako nejsem blbá, mě je jasný, že oni se musí nějak krejt, že jo. S tím, že tam napíšou riziko, já nevím... Daj ti papír, kde napíšou, co se ti může stát při anestezii, no tak...“ (P11).

Lékaři, však ještě narozdíl od pacientů/tek vidí přínos i pro druhou stranu, tedy pacienty/ky. Vnímají ho jednak jako ochranu pacienta, výhodu vidí také v písemném informovaném souhlasu, který má možnost pacient prostudovat v klidu a dotázat se na případné nejasnosti „Taky jako ochrana toho pacienta“ (L1). „Pro pacienty je dobré to, že pokud je písemný informovaný souhlas dobře vypracován, tak si jej mohou pročíst opakovaně a vše poté lépe pochopit...“ (L2).

#### 4.3.2 Poučení a následné poskytnutí informovaného souhlasu

V této oblasti byly identifikovány tyto kategorie: osoba poskytující poučení, načasování poučení, forma poučení, poskytované informace a samotné udělení informovaného souhlasu.

#### a) Osoba poskytující poučení

Při provádění rozhovorů jsem se setkala s odpověďmi, které popisují, že poučení poskytovala buď zdravotní sestra (popř. zdravotní bratr) a to u šesti dotázaných pacientů/ek, kteří je seznámili s obsahem písemného informovaného souhlasu, který pacienti po tomto krátkém poučení podepsali: „*Jo. Protože to ti přijde sestřička, tak nějak Tě jako seznámí fofrem, o co asi v tom papíře jde. Jo, že oni jsou povinni informovat jako o tom, jak no... A i s tím domácím řádem nebo já nevím co všechno. Jo?*“ (P1), „*Tak sestřička pak přišla a zeptala se mě, v tom papíru měli napsáno prostě různý věci. Tak jsem to podepsal*“ (P3), „*No, tak to potom probíhalo tak, že přišla ... nějaká zdravotní sestra nebo já nevím, co no a položila mi pár otázek. Hlavně, jestli jsem byl na operaci, zabalili mi ty nohy a tak... Nějak. Jak bych vám to řek. Pak mi řekla, tady podepište, že ste byl poučeněj. Asi tak bych to řek*“ (P9). nebo lékař: „*No, on mi ten doktor jako řek, já se jmenuju takhle a budu vás operovat, ale když jsem se ho ptala konkrétně, tak mi nic neřek. Řek mi jenom, že mi vezou prsa a daj mi implantáty, to je všechno.*“ (P11), „*Nějaký papíry mi dala ta doktorka, tady si to přečtete. No, vlastně, když vás přijmou, když vás vezou sem na pokoj, tak je to vyšetření, jo všechno napíšete, podepišete, jako přečtete si to a... Ona mi řekla, tady si to přečtete, tady si označte, že je to levá noha. Jo? Tak já jsem si to přečet a myslím pohoda... Ta doktorka mi říkala, co mi jako budou dělat a všechno mi řekli.*“ (P5).

#### b) Načasování poučení

Načasování poučení závisí na skutečnosti, zda se jedná o plánovaný výkon, či akutní operaci. U plánovaných operací je pacient/ka poučen/a při objednávání na operaci, kdy je mu/jí také předán písemný informovaný souhlas, který si může doma ještě několikrát v klidu přečíst a v případě nejasností se doptat lékaře při nástupu do nemocnice. V tomto případě není pevně daný maximální časový odstup mezi poučením a samotným poskytnutím informovaného souhlasu: „*Plánovaný operační výkon je objednan při ambulantní návštěvě. Přitom při po vysvětlení podstaty operace předáme písemný informovaný souhlas s vysvětlením, že si jej přinese, pokud možno podepsaný k hospitalizaci, při které bude operace provedena. Pokud by měl jakékoliv nejasnosti,*

*přinese souhlas nepodepsaný a na vše potřebné se doptá.“ (L2), „Není to pevně daný. Praktikuju to různým stylem, ty pacienty, který zvu na plánované výkony, to znamená, že ty který se ocitaj tady v ambulanci, tak je informuju už během toho vyšetření, co jim budeme provádět, bez ohledu na to, jakej je časovej odstup mezi ambulantní indikací a tím zákrokem. Může být zítra a může být taky za měsíc nebo za půl roku. To je různé. To je vlastně jakoby plánované výkony, to jedna kapitola.“ (L1) U akutních zákroků je pacient poučen při přijetí, v některých případech až na operačním sále. L1 je si však vědom, že to není ideální praxe, ale podle jeho slov existují situace, kdy není jiný časový prostor pro poučení než těsně před operací: „... a druhá kapitola jsou akutní výkony, kdy toho pacienta bezprostředně informujete, buď klidně při tom přijetí... Samozřejmě jinak to je třeba když se jedná o jinej typ výkonu nebo na oddělení nebo někdy se tak stává, že to s nima probírám fakt až na operačním stole. Prostě může se to stát, operujete spoustu pacientů a pak vám přivezou dalšího a je to rozhovor nebo ten informovanej souhlas zase odebíráte. My víme, že by neměl odjet na sál bez podpisu informovaného souhlasu a rozhovorem s tím lékařem ještě na oddělení, no to souvisí taky jako by s takovým prostředím, ve kterým se má ten informovanej souhlas podávat. S klidem nebo s časovým prostorem, kterej na ten informovanej souhlas člověk má. To máte u těch odložitelných operací, u těch plánovaných. Ale u těch akutních kolikrát ten časovej prostor tam není.“ (L1), „V případě akutní operace nebo invazivního výkonu se podepisuje souhlas přibližně při stanovení indikace a plánování daného postupu.“ (L2).*

Odpovědi pacientů/ek na tuto otázku se různí. Zatímco odpovědi některých pacientů/ek tuto skutečnost potvrzují: „Já jsem byl po bouračce, mě přivezli a no, před operací. Když jsem byl nejvíc ve stresu, tak jsem podepisoval nějaký papíry, co mi přinesly sestry.“ (P6), „No, tak já jsem přišel s úrazem, takže já jsem byl vyšetřenej a potom až jsem podepisoval.... Vlastně ten informovanej souhlas s vyšetřením jako takovým.“ (P7), některé ji naopak vyvracejí, kdy pacienti uvádí, že ani u plánovaných operací nebyli poučeni s dostatečným časovým odstupem od udělení informovaného souhlasu: „No, on totiž není ani jako čas si to prostudovat, jo? Dostatek času na zvážení? V žádným případě... Hned na příjmu – všechno podepište, prohlídne vás

*doktor a jestli chcete, tak se ho na něco zeptejte. Doktor tě prohlídne a nazdar.“ (P11 – po plánované operaci)*

### c) Průběh poučení

V provedených rozhovorech jsem se setkala u obou skupin respondentů/ek se dvěma formami poučení – písemným nebo ústním, nejčastěji však s jejich kombinací: *„...že jsem tomu pacientovi, když už ne ústně, protože to se nedá, časově se to nedá zvládnout probrat detailně s každým pacientem všechny aspekty toho chirurgického nebo traumatologického zákroku. To nejde. Nedá se to, je to záležitost na hodinu, na dvě. Prostě i v tom provozu, ať už ambulance nebo i vím, jak probíhá provoz u nás na úrazovce. Prostě nedá se to zvládnout. Pro mě to znamená ochrana právní v tom smyslu, že i když už mu to neřeknu já všechno doslova, tak ten pacient si to alespoň je s tím slovně nebo písemně, teda v té písemné formě, seznámený“ (L1), Písemná forma poučení je praktikována tak, že je pacientovi/tce předáno poučení v písemné podobě (např. při objednání na daný výkon), které si může přečíst a v případě nejasností se zeptat lékaře. U této písemné formy je ovšem velkou nevýhodou, že ho pacienti velmi často nečtou: *Bylo těch papírů tolik, že jsem to ani nečet, ale je to chyba, ale. To já vím. Měli by to dělat nějakou záživnou formou.... Třeba na empétrojkách. Jako jinak doktoři oni moc nemluví. Oni šáhnou na břicho, zeptaj se bolí? Nebolí...“ (P6), „Ne, nečetla.“ (P2). Někdy je ovšem písemná forma uplatňována tak, že pacientovi/ce předloží poučení sestra a řekne, aby si jej přečetl a podepsal informovaný souhlas: *„Já si jenom pamatuju, jak mi dali papír s deskama řekli mi tady to podepište.“ (P10)***

Z výpovědí pacientů a lékařů však vyplývá, že je nejčastěji volena kombinace písemného a ústního poučení, tzn., že je pacient poučen ústně s tím, že je mu předáno písemné poučení, které popisuje detailnější popis konkrétního zákroku: *„ Přitom při po vysvětlení podstaty operace předáme písemný informovaný souhlas s vysvětlením, že si jej přinese, pokud možno podepsaný k hospitalizaci, při které bude operace provedena. Pokud by měl jakékoliv nejasnosti, přinese souhlas nepodepsaný a na vše potřebné se doptá.“ (L2), „tak nějak tě jako seznámí fofrem, o co asi v tom papíře jde. Jo, že oni jsou povinni informovat jako o tom, jak no... A i s tím domácím řádem nebo já nevím co*



všechno. Jo? No a že jako jestli chci, tak ať to podepíšu. No, takže takhle. Já jsem je ani moc neposlouchala, co říkali.“ (P1).

#### d) Množství poskytovaných informací

Lékaři ani pacienti/ky nejsou jednotní v otázce kvantity podaných informací – někteří/é upřednostňují podání pouze základních informací (např. diagnózy, ale postup operace již znát nechtějí), někteří chtějí vědět všechny informace (včetně průběhu operace).

Jak jsem již uvedla, lékaři nejsou v této otázce jednotní: zatímco L1 upřednostňuje adekvátní informování a detailní informovaný souhlas vidí spíše jako problematický. Pokud je pacient podle L1 informován příliš detailně, má přílišné obavy ze zákroku a zároveň to v něm vyvolává spoustu otázek: *„Adekvátní informování a nebezpečí příliš detailního informovaného souhlasu. Jednak to evokuje spoustu otázek u toho pacienta, což je časově náročný, dále pak spoustu obav, protože s tím, to je podrobný si přečte tohle se mi může při té operaci stát, to na to nejdu. Jo?... Takhle. Jsou určitý typy zákroků, kdy v uvozovkách adekvátně informovaný pacient ten zákrok podstoupí s menšími obavami, než když mu to předvedete live. Protože kdybych mu promítnul, jak ten zákrok vypadá v reálu, třeba i videozáběry z operačního sálu, tak by na tu operaci v životě nešel.... Musím toho pacienta informovat tak, aby... Aby jste ho správně motivoval k tomu výkonu, protože když ten informovanej souhlas je příliš obsáhlý a je příliš detailní a toho pacienta více méně hodně... Je to podobný jako, když si člověk přečte lék a jeho nežádoucí účinky. Tak by to nejed. V žádném případě. A podobně je to s operací. Detailní informovaný souhlas je nevýhoda pro lékaře, že ten pacient má jednak jak při vši úctě spoustu dotazů, protože tomu většinou i nerozumí a jednak ho to zrazuje z toho výkonu, vytváří to v něm určité obavy, že ta operace, že ta operace vlastně je samá komplikace, která může nastat to to to... Může mu to klidně zůstat jako skrytý a myslím si, že to nepatří ke komplexnímu informování toho pacienta tak, aby věděl o všech komplikacích a v krajním případě smrt. To hrozí samozřejmě vždycky.“* L2 však přesto upřednostňuje uvedení všech detailů, byť v písemné podobě a to především z důvodu právní ochrany: *„Následuje soupis možných komplikací. Ten je*

*velice podrobný, poměrně dlouhý a jsou zde použity formulace, které zahrnují rizika týkající se v podstatě všech tělesných systémů. Formulace byly voleny tak, aby neexistovalo riziko, které zde není zahrnuto.“*

Stejně tak se liší i odpovědi pacientů/ek. Někteří/é upřednostňují informování o všech skutečnostech: „*Ne, já bych toho chtěl vědět strašně moc. Vlastně úplně všechno, ale nic nevím.*“ (P10). Jiní dávají přednost pouze základnímu poučení: „*Já jsem ani nechtěl nic vědět, já nemůžu vědět, co budou dělat ty chirurgové.*“ (P6), „*No, není to moc příjemný, když vás furt děsí, že můžete umřít. To bych ani vědět nemusela.*“ (P2)

#### e) Kvalita poskytovaných informací

Co se týče kvality informací, pacienti/ky většinou chtěli vědět, že jsou prováděné úkony v jejich prospěch, že vše bude dobré, popř. informaci, kdy už půjdou domů: „*Že mi to pomůže, že je to v můj prospěch.*“ (P4) Lékaři se shodli na tom, že je důležité, aby poskytnuté informace byly pro pacienta/ku srozumitelné: „*Již před legislativním ukotvením této povinnosti jsem se snažil svým pacientům vysvětlit vše, co jsem pro ně považovat za důležité... Pokud možno, co nejsrozumitelněji, protože se domnívám, že hlavním problémem v komunikaci mezi pacientem a lékařem je srozumitelnost a vzájemné pochopení.*“ (L2) Na prvním místě tak stojí individuální přístup ke každému pacientovi.

Velice mne také zaujala zmínka P(11): „*Nejvíc se mi líbí, když se ptají: „Chcete být informován napůl nebo úplně?“ Já jako nevím, co myslí tím napůl, ale asi jako, že mi zalžou nebo, co. Já fakt nevím. Tak vám řeknou jenom půlku a druhou půlku si domyslí....“* .

#### f) Postoj k informovanosti a spouřozhodování

Všichni pacienti/ky se shodli/y na skutečnosti, že je velice dobré, že jsou pacienti informováni o zákroku, který jim bude proveden. Shodli se však také na tom, že záleží na povaze a stavu pacienta/ky: „*No, určitě, myslím si, že jo. Jo, možná, že ta pravda je někdy trochu tvrdší nebo měkčí, no, ale já myslím, že jo.*“ (P3), „*Jo, určitě, je to i na psychiku lepší.*“ (P4), „*Ale to asi záleží na tom, v jakým stavu toho pacienta přivezou, ne? A co s ním potřebujou dělat. To oni potřebujou, ne? Že můžou operovat.*

*Jak říkám, záleží na tom, jestli člověk přijede sám nebo ho přivezou támhle s houkačkou.“ (P5)*

V otázce spolurozhodování pouze jeden pacient a jedna pacientka uvedli, že si nemyslí, že by pacient, byť náležitě poučený lékařem, by měl spolurozhodovat o léčbě: *„No a myslíte, že ten pacient je natolik vzdělanej, aby o tom moh’ rozhodovat? Já myslím, že ne. A ani po tom, co by byl lékařem náležitě poučen? Ne, doktor je doktor a ten ví nejlíp... Víte, já si myslím, že tak padesát na padesát – kdo chce ať si rozhoduje a kdo nechce, tak ne.“ (P4), „No, tady se mi zdá dost divný, že já musím dát souhlas, jestli půjdu na cétečko. To snad musí rozhodnout doktor, ne? Jestli tam mám jít nebo nemám. Je to divný.“ (P8)* L1 uvádí, že se snaží pacienty přesvědčit, že dané řešení, které navrhuje je nejlepší: *„A ne vnutit jí myšlenku, ale přesvědčil jí o tom, že určitě to operační řešení, který jsme zvážili už v tej indikaci nebo zvážili i další lékaři – internista, kardiolog a podobně, že to operační riziko, který s sebou ten poměrně závažnej výkon nese na jedné straně tak na druhé straně ten benefit, kterej z toho ona může mít, že výrazně převažuje podle toho jí spíš ne přinutím, ale přesvědčím o tom, že ten operační zákrok je v jejím zájmu a nikoli ve zlepšení zdravotního stavu, ale de facto kdybychom tu pacientku neoperovali tak bychom jí ohrožovali na životě.“*

#### e) Samotné poskytnutí informovaného souhlasu

Tato kategorie do jisté míry splývá s kategorií průběh poučení, jelikož pacienti/ky v rozhovorech příliš nerozlišovali/y fázi poučení a samotný akt poskytnutí informovaného souhlasu. Jelikož jsem se setkala s několika zajímavými odpověďmi, rozhodla jsem se i přesto vytvořit tuto samostatnou kapitolu.

Jedná se jednak o pacienty/ky, kteří uvedli, že v případě poskytnutí informovaného souhlasu nebyli předem poučeni: *„Já si jenom pamatuju, jak mi dali papír s deskama řekli mi tady to podepište.... Já vlastně doted’ ani nevím, co mi dělali a co mi vlastně je.“ (P10)*

Dále pak o zvláštnosti, kterých si pacienti/ky sami všimli/y a pozastavili/y se nad nimi – jednak je to již předem vyplněný informovaný souhlas, respektive zaškrtnuté políčko “souhlasím“: *„Tak oni napíšou jenom, že bude ta operace a je to tak, že když by*

*někdo umřel, tak tohle. Já jak sem si to čet tak tam už je to automaticky zaškrtnutý – tam bylo- souhlasím, že právě, aby mohli nahlížet studenti a tohleto. To mě právě překvapilo. Ale hlavně teda to, že to bylo zaškrtnuté, že souhlasím.“ (P5), Dále pak úvaha nad tím, že když pacient/ka potřebujete pomoc lékařů, tak je mu/jí vlastně jedno, jestli byl/a informován/a dostatečně dopředu, zda měl/a dostatek informací a v podstatě i to, kdo ho/ji bude operovat, jediným přáním je úleva od bolesti: „*Takže prostě já jsem byl rád, že mi kdokoliv co s tím něco udělal. Prostě mi to bylo jedno. Já jsem jim úplně všechno podepsal. Hlavně jsem chtěl, ať už to mám zoperovaný. Já jsem jim prostě věřil.*“ (P6)*

#### 4.3.3 Aktivita pacientů/ek

Cílem této oblasti bylo zjistit, zda-li jsou sami pacienti/ky aktivní v získávání informací, tj., zda jsou samostatní/é v kladení otázek ošetřujícím lékařům/kám, pokud ne, tak z jakého důvodu, popř. jestli si hledají jiné zdroje informací, než ty, které získají od lékařů. V rámci této oblasti byly definovány tři kategorie: kladení otázek lékařům, důvod nekladení otázek a hledání jiných zdrojů informací.

##### a) Kladení otázek lékařům/kám

Z odpovědí pacientů/ek vyplynulo, že je pro ně již samozřejmostí, že kladou lékařům otázky v případě, že je něco zajímavá.

Pacienti se ptají jednak na průběh daného zákroku, na výsledky vyšetření a na prognózu: „*Čekala jsem a potom jsem se ptala při vizitě, co vlastně mě čeká, tak mi to tak nějak vysvětlili, že už se to tak nedělá... Tak já jsem věděla prd, co je co, tak jsem se ptala potom toho jednoho doktora a von řekl, že to už se dávno nedělá, aby se to necementovalo, že se to tou kostí nějakým tím, že se to cementuje.*“ (P1), „*Ptala, ptala... Ptala jsem se.... Když jsem dostala potom z histologie potom nález, tak jsem se ptala no a jako dobrá informace bylo to, že nemusím na chemoterapii. Takže to bylo fajn.*“ (P4). „*No, měl jsem třeba dotaz, jak oni se můžou tady z té nohy trefit do tepny v srdíčku, to mi nebylo jasný. A ta doktorka mi to dokázala perfektně vysvětlit.*“ (P8)

Z výpovědí však zároveň vyplynulo, že ne vždy dostanou na svou otázku adekvátní odpověď: „*Jo, tak třeba zrovna dneska jsem se ptal, co a jak. No a oni mi řekli, odebrali jsme vám krev, tak to jsem jako věděl, toho jsem si všimnul. Ale jako jak dopadly ty výsledky, co a jak a... Tak stejně nic nevím...* (P5), „*No jistě, snažil jsem se ptát, ale doktor, když neví sám pořádně, tak vám nemůže odpovědět a vymejšlet nějakéj ... Žádněj lékař si nevymýšlí, takže vám neřekne nic. Zeptám se po vyšetření CT, se zeptám, no. Samosebou.*“ (P7).

#### b) Důvod nekladení otázek

Velmi častým zdůvodněním pacientů/ek, proč nevyužili možnosti klást při poučení lékaři doplňující otázky, bylo zdůvodnění, že v nemocnici je málo personálu, že mají zdravotníci dost své práce a že nechtěli/y zdržovat: „*No, čekárna byla plná lidí, mě vzali přednostně, protože já jsem přijela sanitou, protože já jsem z X a jsem neměla kdo by mě sem odvez na tu kontrolu. Tak ten sanitář mě pozval jako přednostně, protože potřeboval rozvézt ještě další lidi a pak už do X nejel. No, tak mě tam poslal a pak už mě neodvez.*“ (P2), „*Maj tady podle mě málo lidí. Málo personálu, ale... Jako pak i jako i sestra je nepříjemná. Neodvedou potom takovou tu kvalitní práci, jak by chtěla, protože když je tu pětaticet lůžek, jo? Každou chvíli tady někdo zvoní, chce něco. Asi jak je léto, ale mě přijde, že je to tady tak nějak furt, ne? Je tu jedna sestra a jedna ta ne? Sanitářka. **A proč jste se nezeptal lékaře? Toho tady člověk moc nevidí.**“ „*Ale ne, tak tady maj strašnej fojfr. Tak mě přijde, že maj strašně málo lidí.*“ (P6).*

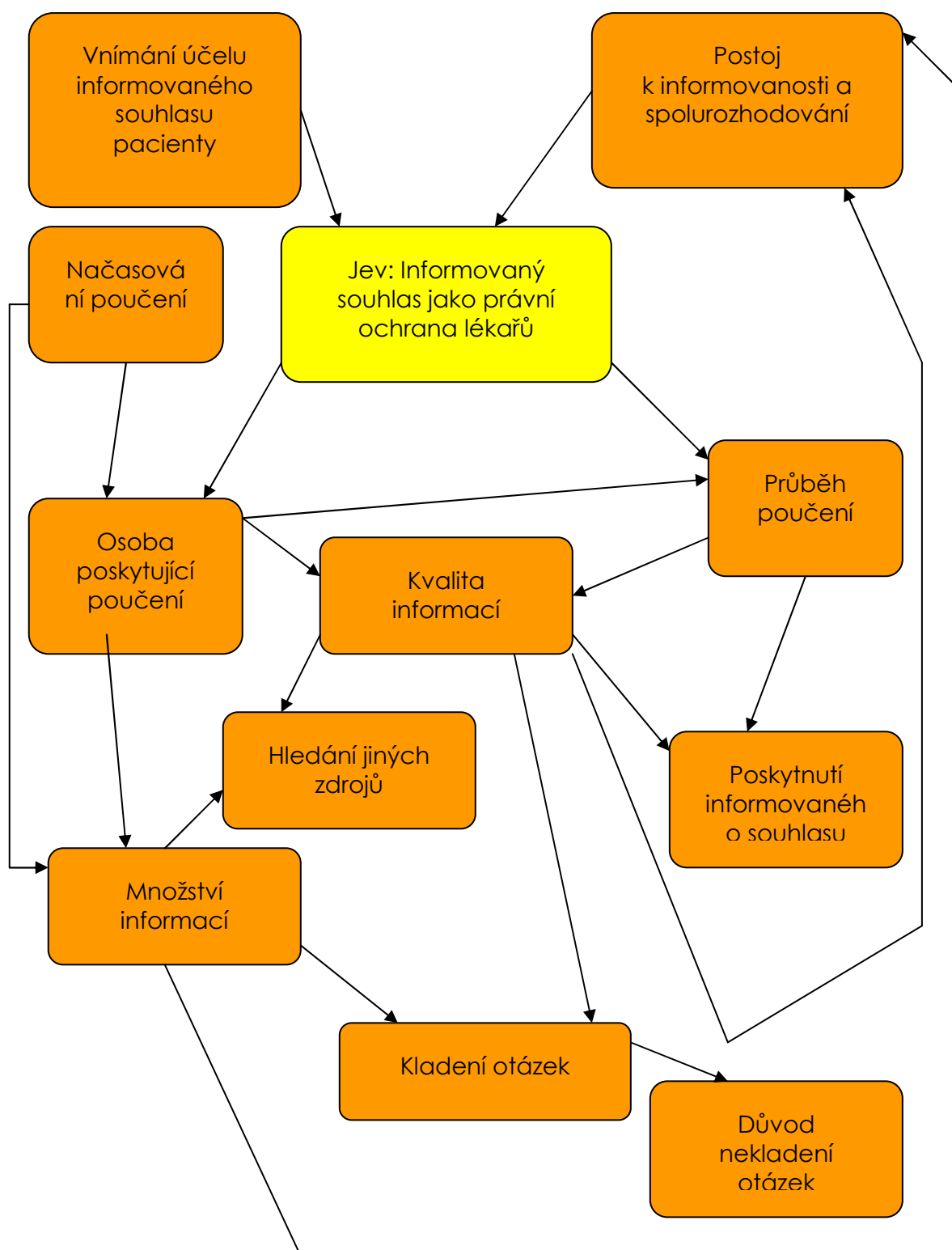
Někteří uvedli, že získali ze strany doktora dostatek informací a tak neměli potřebu ptát se na další podrobnosti: „*...nepotřeboval jsem*“ (P3), „*Ani ne, mě ani nic nezajímalo.*“ (P9)

Posledním důvodem, který se v odpovědích vyskytl, byl pocit z neochoty lékařů: „*Oni to nechcou moc vysvětlovat tyhle ty věci...tam mi bylo řečeno, že nemaj čas na to mi to vysvětlit, že maj spoustu práce. Ono hlavně po zákroku, když se zeptáš doktora, co dělal, tak... Když mi bylo řečeno, že mi dělali tu nekrektomii, tak mi bylo řečeno, že mi odřízli to, co mi tam odumřelo... Vybrali to a dali tam kůži z břicha. A ve čtvrtek přidte na kontrolu. A to jsem si ještě musela doktora chytout na chodbě.*“ (P11)

### c) Hledání jiných zdrojů informací

Nedostatečné poučení souvisí také s hledáním jiných zdrojů informací. To potvrzují také odpovědi dvou respondentek, které byly nespokojené s úrovní poučení a následně si pak hledaly jiné zdroje informací: „*Jana, ségra, byla na tom loni, říkala: „Hele a zeptej se, jestli ti to budou cementovat. Nebo bez cementování. Jo?“ Tak já jsem věděla prd, co je co, tak jsem se ptala...*“ (P1), „*Proto já to teďka řeším tak, když jsou nějaký operace nebo to, když nemám informace tak hmmm píšu do Brna nebo do Prahy na ty kliniky a ptám se těch jinejch doktorů no. Hledám možnosti někde jinde....Jako já pak hledám všude, třeba na internetu na různých diskuzních fórech a tam se ty bláho dočtu občas věci.*“ (P11)

#### 4.4 Schéma axiálního kódování



#### ***4.5 Výsledky axiálního kódování***

Z výsledků výzkumu vyplývá, že přínos informovaného souhlasu je pacienty vnímán pouze jako právní ochrana lékařů při výkonu svého povolání, tj. jako benefit pro lékaře nikoli pro pacienty. Toto vnímání se odehrává v kontextu postoje k informovanosti a spolurozhodování, tzn., že je ovlivněno současným trendem informování / neinformování a přeneseně pak postojem pacientů a lékařů k této problematice.

Takovéto vnímání účelu informovaného souhlasu ovlivňuje průběh poučení, kdy je upřednostňována písemná forma, popř. její kombinace s formou ústní. Na průběhu poučení je pak závislé poskytnutí, popř. neposkytnutí informovaného souhlasu, většinou písemného kvůli větší průkaznosti. Průběh poučení ovšem také ovlivňuje kvalitu informací, které jsou pacientovi podány.

Kvalita informací je ovlivňována jednak postojem k informovanosti a spolurozhodování, dále pak osobou, která tyto informace poskytuje. Naopak kvalita poskytnutých informací má vliv na to, zda pacienti/ky kladou, či nekladou lékařům doplňující otázky, popř., zda si hledají sami/y jiné zdroje informací.

Osoba poskytující poučení ovlivňuje také množství poskytnutých informací, které opět determinuje kladení, popř. nekladení otázek a hledání jiných zdrojů informací. Množství poskytnutých informací závisí také na načasování poučení.



## **5. Diskuze**

Cílem a obsahem této kapitoly je okomentování výsledků výzkumu a jejich komparace s výsledky výzkumů provedených na podobná témata. Výsledky výzkumu budu z důvodu větší přehlednosti rozebírat ve stejných oblastech, ve kterých byly vyhodnocovány.

### ***Orientace v problematice informovaného souhlasu***

#### **a) Znalost pojmu informovaný souhlas**

Pacienti/ky nebyli/y ve většině případů schopni/y vysvětlit pojem informovaný souhlas, popř. ho vysvětlovali/y pouze částečně správně, informovaný souhlas pro ně představoval pouze list/y papíru, který podepisovali/y. Domnívám se, že je to důkazem toho, že tento institut není ve společnosti dostatečně vyzdvihován a prezentován v médiích. Toto potvrzuje i výzkum Doskočila a Sýkorové (2012), během kterého bylo zjištěno, že se tento institut v seriálu *Ordinace v růžové zahradě*, tedy v jednom z nejvíce sledovaných televizních seriálů současnosti, téměř nevyskytuje. Tato skutečnost je ovšem v rozporu s výzkumem Křížové a Šimka (2007), kteří uvádí, že téměř 42% respondentů/ek odpověděla zcela správně na otázku, ve které měli vysvětlit pojem informovaný souhlas svými slovy. Respondenti v tomto výzkumu vystihli podstatu obou slov –informovaný i souhlas. V mém výzkumu tuto podstatu vystihl pouze jeden respondent s tím, že ještě ve své odpovědi zdůraznil, že je to díky zkušenosti z jiné nemocnice.“ S ohledem na výše uvedené skutečnosti (viz kapitola 4.1) bohužel nedokáži posoudit, do jaké míry je jsou tyto odpovědi závislé na přístupu lékařů/řek nejmenované nemocnice k institutu informovaného souhlasu. Podle mého názoru ovšem již fakt, že mi nikdo nebyl ochoten na toto téma poskytnout rozhovor, vypovídá o vztahu lékařů této nejmenované nemocnice k tomuto institutu.

Po následném vysvětlení pojmu a položení otázky, zda pacient/ka poskytoval/a při hospitalizaci informovaný souhlas, však všichni kromě jednoho pacienta odpověděli, že ano. To je podle mého názoru důkazem toho, že pacienti informované souhlasy podepisují, popř. s nimi ústně či konkludentně souhlasí, velmi často však ani neví, co

podepisují. Nedivím se tak názoru P11, která po mnoho operacích považuje informovaný souhlas za “blbost”.

U lékařů byla znalost pojmu informovaný souhlas, jak jsem předpokládala na vyšší úrovni. Velice přínosná pro mne byla také odpověď L1, který považuje informovaný souhlas za posun od dřívější doby. Otázkou tak pro mne zůstává, proč lékaři nepředají své znalosti, kterými prokazatelně disponují, o smyslu tohoto souhlasu a nevyvrátí tak mýtus pacientů, že je informovaný souhlas pouze otravování ze strany zdravotníků a “podepsání nějakých papírů”. Jednou stránkou jsou tak podle mého názoru vědomosti, k čemu by institut informovaného souhlasu sloužit měl, druhou však zůstává jak je doopravdy v medicínské praxi vnímán. K této problematice Doležal (2011a) uvádí, že medicínská praxe institut informovaného souhlasu vnímá pouze jako formální překážku při starostech o blaho pacienta. Odpovědí na moji otázku tak může být skutečnost, že vědomosti o informovaném souhlasu a skutečné vnímání jeho přínosu jsou dvě zcela odlišné věci.

#### b) Očekávání od informovaného souhlasu

V rámci rozhovoru s pacienty jsem se také dotazovala na očekávání pacientů/ek na očekávání od informovaného souhlasu, kdy ani jeden z respondentů neměl od informovaného souhlasu žádná očekávání. U neplánovaných hospitalizací a následných výkonů je to podle mého názoru ovlivněno skutečností, že pacienti/ky neočekávali/y ani samotnou hospitalizaci. U plánovaných výkonů ovšem tato skutečnost souvisí s výše uvedeným problémem – informovaný souhlas není v české společnosti propagovaný a tak pacienti/ky ani neočekávají, že budou o něčem po nástupu do nemocnice informováni/y.

#### c) Informovaný souhlas jako právní ochrana pacientů

Stejně tak s nízkou informovaností společnosti jako takové o institutu informovaného souhlasu souvisí podle mého názoru skutečnost, že pacienti/ky považují informovaný souhlas pouze jako právní ochranu lékařů, popř.zdravotníků. Nikoli jako svůj benefit. Tento fakt potvrzuje i Haškovcová (in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011), která

uvádí, že informovaný souhlas slouží stále více jako ochrana zdravotníků před případnými soudními spory. Tento smysl informovaného souhlasu uvedli i oba dotazovaní lékaři, ti ovšem uvedli, že je informovaný souhlas přínosem i pro pacienta/ku. Tento přínos vidí především v informovanosti pacienta/ky s tím, že ví informace o své nemoci a postupu při jejím léčení.

Podle mého názoru je ovšem toto vnímání informovaného souhlasu hlavním důvodem, proč někteří autoři považují informovaný souhlas za přežitek, který nesplnil svou určenou funkci. To uvádí také Čepický (2009), podle kterého, dokud neexistovaly písemné informované souhlasy, tak lékař cítil potřebu pacienta skutečně informovat a mluvit s ním. Stejně tak Šimek a Zamykalová (2006) uvádějí, že se informovaný souhlas stal pouhou formalitou, tzn. podepsání papíru a jeho založení do karty pacienta. Neplní tak funkci projasnění dialogu mezi pacientem a lékařem, ale je pouhou právní ochranou zdravotníků. Tyto výsledky tak potvrzují i jeden z problémů, který uvádí Doležal (2011a), že právní teorie a praxe se snaží bezvýjimečně lpět na tomto institutu, aniž by si uvědomovala neudržitelnost doktríny informovaného souhlasu bez některých dílčích změn.

### ***Poučení a následné poskytnutí informovaného souhlasu***

#### **a) Osoba poskytující poučení**

Z výsledků výzkumu vyplývá, že pacientů/kám poskytl/a poučení zdravotní bratr/sestra nebo lékař/ka. Skutečnost, že písemný informovaný souhlas předkládá bez náležitého poučení pacientovi sestra považuje Haškovcová (in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011) za politováníhodnou. Nicméně také Fišerová (2009) uvádí, že tato praxe se v nemocnicích objevuje. V tomto případě podle mého názoru nemá institut informovaného souhlasu pro pacienta/ku vůbec žádný smysl. Považuji tuto praxi za horší, než paternalistický vztah mezi lékařem pacientem. Zatímco v tomto vztahu neměl pacient žádná očekávání, co se týče informací, může při této praxi pacient, který očekává poučení a informování, cítit pocit zklamání a může se tak u něj budovat pocit nedůvěry v lékaře a zdravotnictví. Vycházím především z výpovědí P11, která po mnoha prodělaných operacích, ač sama původně profesně zdravotník, rezignovala po

několika pouze formálních informovaných souhlasech, popř. nedostatečných poučeních nejen na tento institut, ale i na důvěru v lékaře jako takové, kdy uvádí: „*Oni to moc nechcous vysvětlovat tyhle ty věci...*“. Zároveň si je však tato pacientka vědoma toho, že záleží na konkrétním lékaři.

#### b) Načasování poučení

Načasování poučení je velmi problematické, zejména u neplánovaných, akutních výkonů. Z výpovědi L1 vyplývá, že v nemocnicích stále nastávají situace, které kritizuje i Zahumenský (2008), tedy, že pacientům/kám jsou podávány informace až cestou na operační sál nebo na něm. V těchto případech tak není dodržena podmínka, kterou uvádí Cholenský a Kopalová (2007), že by se poučení mělo uskutečnit v takovém okamžiku, kdy pacient/ka nemá ještě omezeny své poznávací a rozhodovací schopnosti. Podle mého názoru je však velmi podstatný argument L1, že u některých pacientů/ek jiný časový prostor neexistuje. Domnívám se, že i přesto argumente se v těchto situacích poučení mine svého účinku, což vyplývá i z výpovědí respondentů – ti v tento okamžik neměli jiné přání, než úlevu od bolesti.

U plánovaných operací je časový prostor pro poučení dostačující, i přesto jsem se však setkala u respondentů/ek s odpověďmi, ve kterých uvedli/y, že nebyli/y před plánovanou operací poučeni/y. Tím dochází k porušení jednoho ze základních práv pacienta – porušení práva na informace. To může podle Samkové (2005) vést nejen k neshodám mezi pacienty a zdravotníky, ale také ke stížnostem k odborným komisím. Podle mého názoru pak tyto opodstatněné stížnosti umocňují všeobecné povědomí o funkci informovaného souhlasu jako ochrany zdravotníků.

#### c) Průběh poučení

V provedených rozhovorech byla nejčastěji uváděna kombinace písemné a ústní formy poučení. Tuto formu doporučují vzhledem k časové vytíženosti také Cholenský a Kopalová (2007). Domnívám se, že hlavním problémem takto uskutečněného poučení je skutečnost, kterou uvádí Čepický (2009). Pacienti/ky častou poučení nečtou, popř. ho nedočtou do konce. A z těch, kteří text dočtou se málokdo odhodlá na něco zeptat.

V těchto situacích nemá podle mého názoru informovaný souhlas žádný efekt a pacient/ka zůstává dále v nevědomosti. Ideální je tak podle mého názoru praxe, kterou uvádí L1 – kdy je každému pacientovi/ce podáno stručné poučení přizpůsobené věku, vzdělání a celkové situaci pacienta/ky a následné předání písemného poučení, které obsahuje detaily. Obrácená praxe (tedy předání podrobného písemného poučení, které je z důvodu ochrany zdravotníků psáno odborným jazykem, a následné dotázání, zda má pacient nějaké otázky) je podle mého názoru nevyhovující. S ohledem na odborný jazyk textu a jeho detailnost vyvolává tento text podle mého názoru u pacienta tak velké množství otázek, že se na ně raději neptá a informovaný souhlas raději podepíše.

#### d) Množství poskytovaných informací

V otázce množství podaných informací nejsou jednotní ani lékaři, ani pacienti/ky. Chtěla bych se pozastavit nad výpovědí L2, který uvádí: „*Následuje soupis možných komplikací. Ten je velice podrobný, poměrně dlouhý a jsou zde použity formulace, které zahrnují rizika týkající se v podstatě všech tělesných systémů. Formulace byly voleny tak, aby neexistovalo riziko, které zde není zahrnuto.*“ Tato odpověď poukazuje na to, že informovaný souhlas není přizpůsoben nejen konkrétnímu pacientovi/ce, není přizpůsoben ani danému zákroku. To je důkazem toho, že od roku 2007, kdy Haškovcová ve své knize Informovaný souhlas: Proč a jak? Uvedla nejčastější chyby a omyly nedošlo v této oblasti k žádnému posunu. Haškovcová v této knize uvádí jako jednu z chyb, že informovaný souhlas je příliš obecný, není individualizovaný, to ovšem zůstalo podle této výpovědi u některých lékařů nezměněno. Naopak L1 upřednostňuje adekvátní informování pacienta/ky, což je podle mého názorem toho, že dochází k posunu v individualizaci informovaného souhlasu, i když pozvolnému.

Stejně tak se liší i odpovědi pacientů – někteří/é upřednostňují informování o všech skutečnostech, jiní dávají přednost pouze základnímu poučení. Plné informování je podle mého názoru jednou ze stinných stánek informovaného souhlasu. Nelze získat informovaný souhlas pacienta bez uvedení všech podstatných informací o daném

zákroku. V případě podání pouze některých informací by se podle mého názoru již nejednalo o plnohodnotný informovaný souhlas.

#### e) Kvalita poskytnutých informací

Co se týče kvality poskytovaných informací, chtěli/y pacienti/ky nejčastěji vědět, že jsou prováděné úkony v jejich prospěch. Tento fakt popisuje Doležal (2011) jako faktor léčebného přínosu, kterým je ovlivňována autonomie pacienta. Pacienti jsou podle tohoto autora ochotni podstoupit některé lékařské zákroky či vyšetření, které jsou nebezpečné nebo znamenají zásah do lidského organismu, ovšem pouze v případě, že pro ně bude mít zákrok nebo vyšetření léčebný přínos.

Zmínka P11, která uvádí, že se setkala při hospitalizaci s otázkou, zda chce být informována napůl nebo úplně je podle mého názoru důkazem, že v některých nemocnicích stále ještě přetrvává praktikování pravdy po kapkách, popř. zatajování některých skutečností před pacientem. To je ovšem v rozporu s tvrzením Haškovcové (2007), která uvádí, že existence informovaného souhlasu brání sdělování pravdy „po kapkách“.

#### f) Postoj k informovanosti a spolurozhodování

Všichni pacienti/ky se shodli/y na skutečnosti, že je dobré, že jsou informováni/y o zákroku, který jim bude proveden. To je podle mého názoru důkazem toho, že v české společnosti je již zcela překonána etapa medicíny mlčení.

V otázce spolurozhodování pouze jeden pacient a jedna pacientka uvedli, že by ani náležitě poučený pacient neměl spolurozhodovat o léčbě. Oba odkazovali na skutečnost, že přeci pouze lékař ví, jak se má v léčbě postupovat. V tomto případě se jednalo o staršího respondenta a starší respondentku. Domnívám se, že je to podmíněno vzpomínkami na paternalistický model: Tento důvod uvádí také Haškovcová (in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011). Podle této autorky zejména pacienti - senioři nechápou, proč se najednou mají rozhodovat v tak obtížných situacích sami, když to dříve dělal podle svého nejlepšího vědomí a svědomí lékař.

Ke spolourozhodování pacientů se vyjádřil pouze jeden lékař, který uvedl, že se snaží pacienty přesvědčit, že dané řešení, které navrhuje, je nejlepší. Podle mého názoru se jedná o jisté potlačení autonomního rozhodování pacientů. Máca (in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011) však uvádí, že považuje za vhodnější, když lékař místo uvádění alternativ výkonu pacientovi zcela korektně sdělí, jako léčbu by mu jako odborník vybral a informuje v rámci svých možností a vědomí o možném prospěchu a rizicích této možnosti. Podle mého názoru se však pacient/ka nemá žádnou možnost volby a do jisté míry tato praxe vede k návratu k paternalistickému modelu vztahu mezi zdravotníkem a pacientem.

Na obě oblasti (tj. informování a spolourozhodování) má vliv podle odpovědí respondentů/ek stav pacienta/ky. Tato skutečnost souvisí podle mého názoru s názorem Doležala (2011), který uvádí, že rozhodnutí pacienta nemůže být nikdy zcela autonomní, jelikož je ovlivňováno mj. stavem pacienta. Z výpovědí pacientů/ek je tak patrné, že si tuto skutečnost také uvědomují.

#### e) Samotné poskytnutí souhlasu

Do této kapitoly jsem zařadila zvláštnosti, které zaregistrovali/y sami/y pacienti/ky a situace, kdy pacient/ka poskytl/a informovaný souhlas bez předchozího poučení.

Při poskytnutí informovaného souhlasu bez předchozího poučení nese podle Máci (in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011) v případě nepříznivých důsledků léčby lékař. Domnívám se, že i tento fakt je způsoben obavou lékařů/ek před případnými stížnostmi. Výsledky výzkumu tak poukazují na skutečnost, kterou uvádí Skála (2012), že je důležitější to, co lékař/ka napíše, než to, co lékař/ka udělá.

V průběhu rozhovoru se mi jeden z pacientů svěřil se zvláštností, nad kterou se sám pozastavil. Při podepisování informovaného souhlasu si všiml, že je již předem zaškrtnuto políčko „souhlasím“. Podle mého názoru vychází tato skutečnost ze skutečnosti zdravotníků, že pacient písemný informovaný souhlas vzhledem ke své situaci téměř vždy podepíše, i když neví, co je na formuláři. Tuto myšlenku uvádí také Doležal (2011a).

### ***Aktivita pacientů***

#### **a) Kladení otázek lékařům**

Z rozhovorů s pacienty/kami vyplývá, že je pro ně již samozřejmostí, že kladou lékařům otázky v případě, že je něco zajímavé. Z výsledků výzkumu vyplývá, že se pacienti ptají jednak na průběh daného zákroku, na výsledky vyšetření a na prognózu. Problémem tak podle mého názoru není strach či ostych pacientů před zdravotnickým personálem. Problémem je podle mého názoru však skutečnost, že pacienti dostanou k dispozici písemný informovaný souhlas, který si často ani nepřečtou. Domnívám se, že důvody pro to mají různé – podle mého názoru je tento fakt ovlivněn mj. také tím, že písemné informované souhlasy jsou, jak uvádí Haškovcová (in Bartůnek, Ptáček a kol., 2011), odbornou terminologií. A tak podle mého názoru pacienti/ky ani nevědí, na co se zeptat, protože předloženému textu nerozumí. Dalším problémem je to, že podle provedených rozhovorů pacienti/ky ne vždy dostanou na svou otázku adekvátní odpověď. To je může podle mého názoru odradit od dalšího kladení otázek.

#### **b) Důvod nekladení otázek**

V případě, že pacienti/ky v rozhovoru uvedli/y, že se lékařů neptali/y na žádné doplňující otázky při poučení, uvedli/y velmi často také svůj důvod. V rozhovorech jsem se setkala se třemi zdůvodněními: nedostatek personálu, dostatek informací a pocit z neochoty lékařů.

Nedostatek personálu, resp. jeho vytížení má podle mého názoru na problematiku informovaného souhlasu zásadní vliv. Jak uvádí L1, podle kterého není časově zvládnutelné detailně probrat s každým pacientem všechny aspekty určitého chirurgického nebo traumatologického zákroku. Podle L1 je to záležitost na hodinu, dvě. Z toho důvodu lékaři volí “časově úspornější“ variantu – stručné ústní poučení a detailní písemné poučení. Detailní písemné poučení ovšem podle výsledků výzkumu i odborných zdrojů málokterý/á pacient/ka čte – není tak dostatečně poučen/a, získává pocit, že informovaný souhlas je pouze “otravování“ ze strany lékařů a z informovaného souhlasu se tak stává pouze formalita –papír, který se podepíše a vloží do pacientovy



dokumentace. Tento důvod podle mého názoru souvisí také s vnímáním neochoty personálu ze strany pacientů – pokud podle mého názoru je lékař v časové tísní může podle mého názoru působit neochotně.

Druhý důvod je podle mého názoru ideální praxí – je splněn smysl informovaného souhlasu - pacient má pocit, že má dostatek informací.

### c) Hledání jiných zdrojů informací

Haškovcová (in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011) poukazuje na skutečnost, že pacienti, kteří nezískali potřebné informace od lékaře, je pak získávají z jiných zdrojů. S touto skutečností jsem se také během provedených rozhovorů setkala. V obou případech se jednalo o pacientky, které zároveň uvedly, že nebyly spokojeny s kvalitou poučení. Stejnou stránkou této skutečnosti je podle mého názoru kvalita získaných informací – jedna z pacientek uvedla, že hledá informace i na různých diskusních fórech. Domnívám se, že pacienti/ky nejsou schopni/y rozlišit kvalitu těchto informací a takto získané informace jim mohou podle mého názoru spíše ublížit.

Rozhovory s pacienty/kami probíhaly po domluvě s ředitelem, hlavní a staniční sestrou nejmenované nemocnice přímo na jednotlivých pokojích chirurgického oddělení. Z pacientů byla cítit jistá uzavřenost. Domnívám se, že pacienti/ky byli/y ostýchaví/é také z důvodu, že měli/y obavy, že by sdělené informace, i přes ujištění z mé strany o anonymitě, mohly mít vliv na průběh jejich hospitalizace. Jejich postoj však plně chápu a domnívám se, že jsem udělala vše pro, to abych jejich obavu minimalizovala.

Rozhovory s lékaři byly stejně jako rozhovory s pacienty domluveny s ředitelem nemocnice, hlavní a staniční sestrou. I přesto, že byl výzkum předem domluven, nikdo z lékařů nebyl ochoten mi rozhovor poskytnout. Jsem si vědoma časové vytíženosti lékařů a proto jsem lékaře kontaktovala prostřednictvím emailu ještě jednou s prosbou o schůzku na konkrétní datum a čas. Na tuto prosbu mi ani jeden z jedenácti oslovených lékařů neodpověděl. Podařilo se mi tak provést rozhovor pouze s lékařem, který v nejmenované nemocnici pracuje jako chirurg, ale pouze externě – tzn., že zde

několikrát měsíčně operuje. Další rozhovor jsem uskutečnila také s lékařem-chirurgem který působí v jiné nemocnici. Jsem si vědoma, že výše uvedené skutečnosti mohou způsobit určité zkreslení výzkumu, přesto si myslím, že výzkum může vést k odpovědím na stanovené výzkumné otázky: 1. Jaká je realita informovaného souhlasu v nemocnici?. 2. Je patrný kvalitativní posun v chybách a omylech informovaného souhlasu, které uvádí Haškovcová (2007).

Realita informovaného souhlasu v nemocnici by se podle mého názoru dala vystihnout souslovím – informovaný souhlas je především právní ochrana lékařů (zdravotníků) před případnými stížnostmi, popř. žalobami. Na tuto skutečnost upozorňují také někteří autoři- např. Haškovcová (in Bartůněk, Ptáček a kol., 2011) uvádí, že by se informovaný souhlas neměl stát dogmatem, u kterého je považována za důležitější formální stránka.

Nejčastější chyby a omyly informovaného souhlasu, které uvádí Haškovcová (2007) jsou uvedeny v kapitole 1.4.6 Informovaný souhlas – nejčastější chyby a omyly. Vzhledem k metodě výzkumu (polostrukturované interview) jsem neposuzovala formální náležitosti informovaného souhlasu (použití hlavičkového papíru apod.). V otázce individualizace informovaného souhlasu došlo podle mého názoru k posunu u ústních informovaných souhlasů. S ohledem na to, že však pacienti/ky uváděli/y jako nejčastější formu písemné poučení, popř. jeho kombinaci se stručným ústním poučením, nedošlo podle mého názoru k žádnému posunu. Vycházím tak především z výpovědi L2: *„Následuje soupis možných komplikací. Ten je velice podrobný, poměrně dlouhý a jsou zde použity formulace, které zahrnují rizika týkající se v podstatě všech tělesných systémů.“* Tato odpověď je zároveň odpovědí na dvě následující uvedené chyby – příliš podrobný informovaný souhlas (zejména příliš podrobné uvádění rizik) a chybějící údaje o rizicích. Je tak patrné, že ani v oblasti příliš podobného informovaného souhlasu nedošlo od roku 2007 k žádnému posunu, podle mého názoru mohlo v této oblasti z důvodu strachu z žalob a stížností dojít ještě ke zhoršení. Ve druhé oblasti došlo ke zlepšení. Otázkou však zůstává, zda je toto zlepšení ve prospěch pacientů/ek. Posun v oblasti uvádění tzv. normálních následků výkonu a chybějících alternativ nejsem

z výsledků výzkumu schopna posoudit. K poslední uváděné chybě – tj. k předložení informovaného souhlasu osobou, která k tomu není kompetentní – při poskytování informovaného souhlasu podle výsledků výzkumu stále dochází.

## **6. Závěr**

Tato diplomová práce byla zaměřena na popsání reality informovaného souhlasu v nemocnici. Prvním cílovým souborem bylo 11 pacientů/ek chirurgického oddělení nejmenované jihočeské nemocnice. Druhý výzkumný soubor byl tvořen dvěma lékaři – chirurgy.

Před zahájením výzkumu byly na základě teoretických poznatků stanoveny dvě výzkumné otázky, které byly zodpovězeny pomocí odpovědí získaných při polostrukturovaných rozhovorech. Jaká je realita informovaného souhlasu v nemocnici? Je patrný kvalitativní posun v chybách a omylech informovaného souhlasu, které uvádí Haškovcová (2007)?

V diplomové práci byl použit kvalitativní výzkum, jako metoda sběru dat bylo použito dotazování, jako technika sběru dat bylo zvoleno polostrukturované interview. Během rozhovorů s lékaři a pacienty/kami jsem zmapovala realitu informovaného souhlasu v nejmenované jihočeské nemocnici a zjistila, zda je patrný nějaký kvalitativní posun v chybách a omylech informovaného souhlasu, které popisuje Haškovcová (2007).

V rámci výzkumu bylo zjištěno, že pojem informovaný souhlas není u dotazovaných pacientů/ek známý. Podstatu informovaného souhlasu, tj. komunikaci mezi lékařem/kou a pacientem/kou o postupu léčby a následné podání pacientova svobodného a dobrovolného souhlasu, vystihl pouze jeden z jedenácti dotázaných pacientů. Po vysvětlení pojmu však téměř všichni (kromě jednoho pacienta) dotazovaní/é pacienti/ky uvedli/y, že informovaný souhlas poskytovali/y. U lékařů byla znalost pojmu informovaný souhlas podle předpokladů přesnější. Žádný z dotázaných pacientů/ek neměl od informovaného souhlasu před nástupem do hospitalizace žádná očekávání. V otázce vnímání přínosu informovaného souhlasu z odpovědí respondentů/ek jednoznačně vyplývá, že informovaný souhlas je vnímán především jako právní ochrana lékařů před případnými stížnostmi, popř. žalobami ze strany pacientů při výkonu svého povolání tím, že je pacient seznámen s komplikacemi, které mohou v rámci daného výkonu nastat. Tento přínos je vnímán jak pacienty/kami, tak lékaři. Zatímco pacienti nevidí jiný smysl institutu informovaného souhlasu, lékaři vidí

jeho přínos také jako ochranu pacienta. Další výhodou vidí dotázaní lékaři v písemném informovaném souhlasu, který si pacient může v klidu opakovaně pročíst a následně se v případě nejasností dotázat lékaře/ky. I přesto, že by se sestry neměly podílet na získávání informovaného souhlasu, uvedlo šest z dotazovaných pacientů, že jim byl předložen zdravotní sestrou/bratrem k podpisu informovaný souhlas bez předchozího náležitého poučení. Dále z odpovědí lékařů vyplývá, že načasování poučení závisí na povaze operace, zda je plánovaná či akutní. Přesto jsem se setkala u některých pacientů/ek s odpovědí, že nebyli/y poučeni/y ani u plánovaného výkonu s dostatečným časovým odstupem od udělení informovaného souhlasu. Podle výpovědí lékařů i pacientů/ek jsou v praxi používané tři formy poučení – písemná, ústní a její kombinace. Písemná forma je praktikována tím způsobem, že je pacientovi/ce předáno písemné poučení (např. při objednání na konkrétní výkon), které si může přečíst a na případné nejasnosti se poté dotázat lékaře. Setkala jsem se ovšem i s výpovědí, kdy byly pacientovy podány desky se slovy – tady to podepište. Nejčastěji uváděna byla kombinace písemného a ústního poučení, tzn., že je pacient poučen ústně s tím, že je mu předáno písemné poučení, které popisuje detailnější popis konkrétního zákroku. V otázce množství podaných informací nebyli jednotní ani dotázaní/é pacienti/ky ani lékaři – někteří/é upřednostňují podání pouze základních informací (např. diagnózy, ale postup operace již znát nechtějí), někteří chtějí znát všechny informace (včetně průběhu operace). Jeden z dotazovaných lékařů upřednostňoval adekvátní informovaný souhlas a detailní informovaný souhlas viděl spíše jako problematický, druhý lékař upřednostňoval uvedení všech detailů, byť v písemné podobě a to především z důvodu právní ochrany. Z hlediska kvality poskytovaných informací je z výpovědí pacientů/ek patrné, že je pro ně nejdůležitější skutečnost, že je daný výkon v jejich prospěch a doba hospitalizace. Všichni/y pacienti/ky se shodli/y na skutečnosti, že je velice dobré, že jsou informováni/y o zákroku, který jim bude proveden. V otázce spolurozhodování však již jednotní nebyli – zde jeden pacient a jedna pacientka uvedli, že si myslí, že by ani náležitě poučený pacient neměl spolurozhodovat o léčbě. Postoj k spolurozhodování pacientů vyjádřil pouze jeden z dotazovaných lékařů, který uvedl, že se snaží pacienta/ku přesvědčit, že jim navrhované řešení je neoptimálnější. Pro pacienty/ky je

již samozřejmostí v případě, že je něco zajímavá, kladení otázek lékařům – ptají se na výsledky vyšetření, průběh daného zákroku i na prognózu daného onemocnění. Dále však z výpovědí vyplynulo, že ne vždy dostanou na svou otázku odpověď, se kterou by byli spokojeni. V případě, že pacienti uvedli, že nekladou lékařům/kám otázky, byly jako důvody uváděny dostatek informací, nedostatek personálu (pocit zdržování již tak zaneprázdněného personálu) a pocit z neochoty lékařů. V případě, že pacienti/ky nezískali/y dostatek informací od zdravotnického personálu hledali/y jiné zdroje informací –internet (diskusní fóra, příbuzné a přátele, jiné lékaře).

Tato práce poukazuje na širší psychosociální souvislosti informovaného souhlasu, její výsledky tak mohou sloužit ve vzdělávání pracovníků v pomáhajících profesích.

Na základě svého výzkumu jsem stanovila teze, které by mohly sloužit jako základ hypotéz potenciálního kvantitativního výzkumu:

Teze T1: Informovaný souhlas je vnímán pacienty pouze jako právní ochrana zdravotníků.

Teze T2: Pacienti podepisují písemné informované souhlasy i bez předchozího náležitého poučení.

## 7. Seznam použitých zdrojů

- BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- BEAUCHAMP, T. L. a J. F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*. 5. vyd. New York: Oxford University Press, 2001. ISBN 0-19-5114332-9.
- BERAN, J. *Lékařská psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 140 s. ISBN 978-802-4711-256.
- CICHÁ, M., R. GOLDMANN a J. KUTNOHORSKÁ. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4738-437.
- CINOVÁ, J. a I. ONDRIOVÁ. Uplatňování etických principů v paliativní péči. *Sestra*. 2005, č. 5. ISSN 1210-0404.
- COULTER, A. *Paternalism or partnership?: Patients have grown up—and there's no going back*. *British Medical journal*. 1999, vol. 319, č. 18. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1116580/pdf/719.pdf>
- ČEPICKÝ, P. Kam nás dovedla autonomie ženy v porodnictví?. *Psychosom: Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu*. LIRTAPS, 2009, VII, č. 4, s. 270-275. ISSN 1214-6102.
- Česká republika. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. In: *Sbírka mezinárodních smluv*. 2001, roč. 2001, 44.
- Česká republika. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů*. 2006, č. 385, 122.
- Česká republika. Zákon o zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů*. 2011, roč. 2011, částka 131.
- DOLEŽAL, T. Informovaný souhlas?! Mýtus nebo realita. In: *Informovaný souhlas a institut předcházejícího přání*. I. HUMERNÍK. Bratislava: ELSA, 2011, s. 39-50. ISBN 978-80-89447-61-9.
- DOLEŽAL, T. Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky Ústav Státu a Práva*. 2011a, roč. 1, č. 1. ISSN 1804-8137.
- DOSKOČIL, O. a M. SÝKOROVÁ. Lékaři a pacienti na kraji města a v růžové zahradě. *Praktický lékař*. 2012, roč. 92, č. 5, s. 276-280. ISSN 0032-6739.
- DOSTÁL, O. Právní problematika informovaného souhlasu a předem vyslovených přání. In: *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. 2. vyd. Praha: QUIP, 2008, s. 95-103. ISBN 80-903921-0-5.
- FIALÍKOVÁ, M. Přehled celosvětových témat v oblasti klinického hodnocení. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky Ústav Státu a Práva*. 2011, roč. 1, č. 2, s. 12-22. ISSN 1804-8137.

- FIŠEROVÁ, H. Informovaný souhlas není žádná formalita. *Generace*. Praha: Život 90, 2009, roč. 11, č. 6. ISSN 1213-7626.
- FTOREK, J. *Public relations a politika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 192 s. ISBN 80-7203-124-4.
- HAŠKOVCOVÁ, H. České ošetřovatelství 9: jak učit a jak se naučit lékařskou etiku. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 57 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3349-X.
- HAŠKOVCOVÁ, H. Etika a komunikace v lékařské praxi. In: BARTŮNĚK, P., PTÁČEK, R. et al *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 27-35. ISBN 978-80-247-3976-2.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-807-2624-973.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Od medicíny mlčení k informovanému souhlasu*. Postgraduální medicína. 2007a, č. 4.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002, 272 s. ISBN 80-726-2132-7.
- HILL, T. P. in THOMASMA, D. C. a T. KUSHNEROVÁ. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2000, s. 204-211. ISBN 80-204-0883-5.
- HLAVÁČKOVÁ, L. Jsou lékaři 21. století vázáni Hippokratovou přísahou?. In: BARTŮNEK, P., PTÁČEK R. et al. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 439-442. ISBN 978-80-247-3976-2.
- HOŠKOVÁ, P. Informovanost klientů/pacientů a rodinných příslušníků. *Sestra*. 2010, č. 2. ISSN 1210-0404.
- CHOLENSKÝ, R. a M. KOPALOVÁ. *Jak získat informovaný souhlas pacienta v praxi*. Brno: Liga lidských práv, 2007, 73 s. Dostupné z: <http://llp.cz/publikace/jak-ziskat-informovany-souhlas-pacienta-v-praxi/>
- IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005, 94 s. ISBN 80-736-8069-6.
- JANÁČKOVÁ, L. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-807-3674-779.
- KONEČNÁ, H., D. SLOUKOVÁ a T. MARDEŠIČ. *Medicína založená na důvěře: o nebohém pacientovi v postmoderní době*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 155 s. ISBN 978-807-2628-780.
- KOPECKÁ, K. a M. KORCOVÁ. *Zdravotnická etika*. 2. vyd. Bratislava: Osveta, 2008, 119 s. ISBN 978-80-8063-278-6.
- KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Praha: Triton, 2004, 234 s. ISBN 80-725-4538-8.



- KŘÍŽOVÁ, E. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2006. 142 s. ISBN 80- 86429- 57- 1.
- KUŘE, J. *Kapitoly z lékařské etiky*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN Neuvedeno.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-802-4720-692.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-134.
- LAJKEP, T. *Etika v praxi: Informovaný souhlas. Zdravotnické noviny*. 2003, č. 2. ISSN 1805-2355.
- MÁČA, M. *Informovaný souhlas z pohledu etiky*. BARTŮNĚK, P. et al *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2011, s. 503-507. ISBN 978-80-247-3976-2.
- MACH, J. a E. PROKEŠOVÁ *Právní aspekty komunikace v lékařské praxi*. BARTŮNĚK, P., PTÁČEK R. et al *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 447-463. ISBN 978-80-247-3976-2.
- MACH, J. *Některé myšlenky profesora Pafka. Tempus Medicorum*. 2009, roč. 18, č. 12. ISSN 1214-7524.
- MACHULA, T. *Sebeurčení a autonomie jedince*. FISCHER, O., MILFAIT R. et al *Etika pro sociální práci*. 1. vyd. Praha: JABOK, 2008, s. 134-145. ISBN 978-80-904137-3-3.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MUNZAROVÁ, M. *Důstojnost člověka v kontextu lékařství*. BARTŮNĚK, P., MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
- NOVÁK, M. *Občan v systému zdravotnictví. Generace*. 2006, roč. 8, č. 5, s. 36-37. ISSN 1213-7626.
- PAFKO, P. *Chceme skutečně odvádět lékaře od pacienta k dokumentaci?. Zdravotnické noviny*. 2012, č. 7. ISSN 1805-2355.
- PAYNE, J. *Kořeny zla ve zdravotnictví i ve společnosti. Zdravotnictví v České republice*. 2007, č. 10, s. 68-69.
- PTÁČEK, R. *Význam komunikace v medicíně*. BARTŮNĚK, P., PTÁČEK, R. et al *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 37-45. ISBN 978-80-247-3976-2.
- SAMKOVÁ, J. *Informed consent of the patient in the Czech Republic in connection with the convention on human rights and biomedicine. Journal of Health Sciences Management and Public Health*. 2005, č. 2. Dostupné z: <http://medportal.ge/eml/publichealth/2005/n2/2.pdf>

- SEVEROVÁ, J. Sociální práce ve zdravotnictví. *Sestra*. 2005, č. 9. ISSN 1210-0404.
- SKÁLA, B. Informované souhlasy vedou k formalizaci medicíny. *Zdravotnické noviny*. 2012, č. 7. ISSN 1805-2355.
- SVOBODOVÁ, H. Důstojnost. HEŘMANOVÁ, J. et al *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, s. 71-84. ISBN 978-80-247-3469-9.
- SZANISZLÓ, I.M.V. Problematika informovaného souhlasu (vole pacienta) z etického pohľadu. In: *Informovaný súhlas a inštitút predchádzajúceho priania*. I. Humerník. 1. vyd. Bratislava: ELSA, 2011, s. 51-67. ISBN 978-80-89447-61-9.
- ŠIMEK, J. a L. ZAMYKALOVÁ. Informovaný souhlas ze sociologického pohľadu. *Časopis lékařů českých*. 2006, č. 5, s. 410-413. ISSN 0008-7335.
- ŠIMEK, J. Byla to autonomie ženy v porodnictví, která nás dovedla tam, kde jsme? *Psychosom: Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu*. LIRTAPS, 2010, VIII, č. 1, s. 45-47. ISSN 1214-6102.
- ŠOLTÉS, L., a kol. Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008. ISBN 80-8063-287-8.
- ŠUSTEK, P. a HOLČAPEK, T. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, 243 s. ISBN 978-807-3572-686.
- ŠUSTEK, P. Informovaný souhlas. *Vademecum pacienta*. Praha: Poradna pro občanství, občanská a lidská práva, neveden, s. 11-44. ISBN nevedeno.
- TATE, P. *Příručka komunikace pro lékaře: jak získat důvěru pacienta*. 1. vyd. Překlad Veronika Di Cara. Praha: Grada, 2005, 164 s. ISBN 80-247-0911-2.
- TATE, P. *The doctor's communication handbook*. 6th ed. Abingdon: Radcliffe Pub., 2010, 192 p. ISBN 18-461-9392-3.
- VONDRÁČEK, L. a M. LUDVÍK. *České ošetrovatelství 12: zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi 1*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2003, 74 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3376-7.
- VRUBLOVÁ, Y. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN nevedeno.
- ZAHUMENSKÝ, D. *Legislativní ochrana práv pacientů: Analýza vybraných témat*. 2008, 28 s. ISBN nevedeno.
- ZÍMOVÁ, P. a J. ZÍMOVÁ. Principy lékařské etiky: (2.část). *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2012, roč. 2, č. 3, s. 31-37. ISSN 1804-8137.
- ZÍMOVÁ, P. Principy lékařské etiky: (1.část). *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2012, roč. 2, č. 1, s. 46-59. ISSN 1804-8137.

## ***8. Přílohy***

### **8.1 Soubor otázek kladených lékařům**

### **8.2 Soubor otázek kladených pacientům/tkám**

### **8.3 Přepisy rozhovorů**

#### **8.3.1 Lékař 1**

#### **8.3.2 Lékař 2**

#### **8.3.3 Pacientka 1**

#### **8.3.4 Pacientka 2**

#### **8.3.5 Pacient 3**

#### **8.3.6 Pacientka 4**

#### **8.3.7 Pacient 5**

#### **8.3.8 Pacient 6**

#### **8.3.9 Pacient 7**

#### **8.3.10 Pacient 8**

#### **8.3.11 Pacient 9**

#### **8.3.12 Pacient 10**

#### **8.3.13 Pacientka 11**

### ***8.1 Soubor otázek kladených lékařům***

1. Co se Vám vybaví, když se řekne informovaný souhlas? Máte nějakou představu, co je to informovaný souhlas?
2. Co pro Vás, jako pro lékaře/lékařku, informovaný souhlas znamená?
3. Jaké spatřujete výhody informovaného souhlasu?
4. Jaké naopak nevýhody s sebou podle Vás informovaný souhlas nese?
5. Jak obvykle postupujete na Vašem pracovišti při získávání informovaného souhlasu?
6. Co je pro Vás důležité při volbě způsobu informování pacienta?
7. Máte vytvořené jednotné postupy pro informování pacientů?
8. Podle čeho se řídíte, jak velký časový odstup zvolit mezi informováním pacienta a provedením zákroku?
9. Podle čeho se řídíte, která rizika uvést a která ne?

## ***8.2 Soubor otázek kladených pacientům***

1. Co se Vám vybaví, když se řekne informovaný souhlas? Máte nějakou představu, co je to informovaný souhlas?
2. Poskytoval/a jste při hospitalizaci informovaný souhlas? K čemu? Jak to probíhalo?
3. Myslíte si, že by pacienti měli být informováni o zákroku, který jim bude proveden a na základě toho spolurozhodovat o další léčbě?
4. Jaké jste měl/a očekávání od informovaného souhlasu? / O čem jste si mysle/a, že budete po příchodu do nemocnice informován/a?
5. Jaké pocity jste měl/a poté, co Vás zdravotník informoval o zákroku, který Vám provede?
6. Dozvěděl/a jste se o lékaře všechny potřebné informace?
7. Které se sdělených informací byly pro Vás nejdůležitější?
8. Využil/a jste možnosti klást lékaři doplňující otázky při poučení? Pokud ne, tak z jakého důvodu?
9. Měl/a jste dostatek času na zvážení všech pro a proti a následné rozhodnutí mezi poučením a udělením souhlasu?

## **8.3 Přepisy rozhovorů**

### *8.3.1 Lékař 1*

#### **Co se Vám vybaví, když se řekne informovaný souhlas?**

Informovaný souhlas. Zaprvé velkej posun z dřívější doby. Jednou jsem viděl díl Nemocnice na kraji města. Viděla jste to? Tam byl jeden nádhernej informovanej souhlas předoperační, když přijel krajskej odborník na impresi čelní dutiny toho pacienta, Rezek se jmenoval, kterej se před sálem ptal: „A co mi vlastně budete dělat?“ Načež krajskej odborník odvětil: „Prostě se to musí spravit a tom se nebude diskutovat.“ Takže asi tak vypadal informovanej souhlas 1970, takže pro mě když se řekne informovanej souhlas, tak určitě posun. Posun v tom smyslu, že ti pacienti vědí, co se jim bude dělat. Vědí, co se jim bude dělat, může to v nich vyvolat i spoustu jakoby dalších nepodložených otázek, ale který laikovi se dají poměrně snadno vysvětlit tak, aby je pochopil. Takže asi posun a určitě posun v medicíně.

#### **Co teda pro Vás, jako pro lékaře informovaný souhlas znamená?**

Pro mě osobně? Pro mě je to ochrana. Pro mě je to ochrana před tím, že jsem de facto... Právní ochrana, že jsem tomu pacientovi, když už ne ústně, protože to se nedá, časově se to nedá zvládnout probrat detailně s každým pacientem všechny aspekty toho chirurgického nebo traumatologického zákroku. To nejde. Nedá se to, je to záležitost na hodinu, na dvě. Prostě i v tom provozu, ať už ambulance nebo i vím, jak probíhá provoz u nás na úrazovce. Prostě nedá se to zvládnout. Pro mě to znamená ochrana právní v tom smyslu, že i když už mu to neřeknu já všechno doslova, tak ten pacient si to alespoň je s tím slovně nebo písemně, teda v té písemné formě, seznámený. A já mám potvrzení o tom, že jsem ho o tom informoval. Protože on to podepíše. Tak to pro mě znamená. Jedním, dvěma slovy – právní ochrana, že pacient byl informován. Pakliže by došlo k něčemu, k nějaké neočekávané perioperační komplikaci – řeknu: Ano, mluvili jsme o tom nebo jste alespoň byl informován, víte o tom, četl jste to, tady jste to podepsal. Jo? Asi tak.

### **Jaké spatřujete výhody informovaného souhlasu?**

Pro mě je to asi podobná odpověď. Taky jako ochrana toho pacienta. Z mého pohledu, vím, hodně čtu věci z právní ochrany, hodně probíhají diskuze na český lékařský komoře, třeba pan doktor Mach o tom hodně publikuje, toho asi znáte, četla jste některý, on myslím i teď ka v poslední dobu nějakou knihu, kterou si teda určitě seženu a koupím a přečtu, ale čtu ty diskuze, co probíhají a vlastně se tím zabývám, protože jsem v revizní komisi český lékařský komory, kde řešíme právě právní důsledky nebo spíš to nejsou zatím ještě právní, ale potenciaálně právní, protože to jsou stížnosti na lékaře, který přijdou na českou lékařskou komoru a můžou bejt i v souvislosti s tím informovaným souhlasem, často se tak stává. Že to je... Někdy je to i nepochopení ze strany lékaře a toho pacienta.

### **A nevýhody?**

Nevýhody... Takhle. Jsou určitý typy zákroků, kdy v uvozovkách adekvátně informovaný pacient ten zákrok podstoupí s menšími obavami než když mu to předvedete live. Protože kdybych mu promítnul, jak ten zákrok vypadá v reálu, třeba i videozáběry z operačního sálu, tak by na tu operaci v životě nešel. Otázka zněla nevýhody? Musím toho pacienta informovat tak, aby... Aby jste ho správně motivoval k tomu výkonu, protože když ten informovanej souhlas je příliš obsáhlej a je příliš detailní a toho pacienta více méně hodně... Je to podobný jako, když si člověk přečte lék a jeho nežádoucí účinky. Tak by to nejed. V žádným případě. A podobně je to s operací. Detailní informovaný souhlas je nevýhoda pro lékaře, že ten pacient má jednak jak při vši účtě spoustu dotazů, protože tomu většinou i nerozumí a jednak ho to zrazuje z toho výkonu, vytváří to v něm určité obavy, že ta operace, že ta operace vlastně je samá komplikace, která může nastat to to to Kterou si samozřejmě ten lékař při timingu tý operace nebo indikace sám uvědomuje, ale nemusí s tím seznámit toho pacienta. Může mu to klidně zůstat jako skrytý a myslím si, že to nepatří ke komplexnímu informování toho pacienta tak, aby věděl o všech komplikacích a v krajní případě smrt. To hrozí samozřejmě vždycky.

### **Jak obvykle postupujete na Vašem pracovišti při získání informovaného souhlasu?**

Máme určitý zaběhnutý postupy samozřejmě viz. ten informovaný souhlas, který máme předtištěný, týká se jednotlivých diagnóz nebo typu prováděných operací, ten je takovej unifikovanej. Ale vždycky je to hodně individuální. Jinak budete hovořit s dámou, jinak podle charakteru výkonu. Jinak podle toho jakěj může bejt ten výkon z hlediska závažnosti. Říkáme tomu compliance. To je vysvětlit tomu pacientovi tak, aby to pochopil. To znamená jinak to budu vysvětlovat doktorovi filosofie při vší úctě ke vzdělání, není to nějak, jako, neberte to nějak... jako nějaký rozkastrování, ale jinak to budu vysvětlovat starší dámě sedmdesátileté a jinak třicetiletému inženýrovi a nebo učiteli, To je diagnóza. A nebo učitelce, jo? To je jasný. Tej to budete informovat jinak. Takže to souvisí s tím detailním informováním. Tu starší dámu budu informovat jinak, jeho taky, tak aby... To je ta compliance, aby ten pacient pochopil, to znamená, aby to odpovídalo tomu jeho vzdělání pochopení a i úrovni těch informací, který mu můžu podat. Něco jinak pochopí inženýr, jinak to pochopí ta starší dáma. Když přede mnou bude pacientka, kterej je osmdesát let a když neodoperujeme ten krček, tak přesto, že ta její polymorbidita je významná, tak pro ni to znamená poměrně významný ohrožení na životě, tak jí budu tu compliance směřovat k tomu, abych jí zbavil obav z té operace, protože bavíme se teda o operacích. A ne vnutil jí myšlenku, ale přesvědčil jí o tom, že určitě to operační řešení, který jsme zvážili už v tej indikaci nebo zvážili i další lékaři – internista, kardiolog a podobně, že to operační riziko, který s sebou ten poměrně závažnej výkon nese na jedné straně tak na druhé straně ten benefit, kterej z toho ona může mít, že výrazně převažuje podle toho jí spíš ne přinutím, ale přesvědčím o tom, že ten operační zákrok je v jejím zájmu a nikoli ve zlepšení zdravotního stavu, ale de facto kdybychom tu pacientku neoperovali tak bychom jí ohrožovali na životě. Výsledky operační postupů u těhletých typů jsou mnohanásobně lepší.

**Podle čeho se řídíte, jak velký časový odstup zvolit mezi informováním pacienta a provedením zákroku?**

Není to pevně daný. Praktikuju to různým stylem, ty pacienty, který zvu na plánované výkony, to znamená, že ty který se ocitaj tady v ambulanci, tak je informuju už během toho vyšetření, co jim budeme provádět, bez ohledu na to, jakěj je časovej odstup mezi ambulantní indikací a tím zákrokem. Může být zítra a může být taky za měsíc nebo za



půl roku. To je různé. To je vlastně jakoby plánované výkony, to jedna kapitola a druhá kapitola jsou akutní výkony, kdy toho pacienta bezprostředně informujete, buď klidně při tom přijetí, ihned babičko ta noha je zlomená, musíme to spravit operací, nedá se s tím nic jiného dělat. Možná, že kolikrát i takhle informace je pro ně adekvátní a i to může být adekvátní informovaný souhlas toho pacienta nebo dostatečný informování o operaci. Samozřejmě jinak to je třeba když se jedná o jiný typ výkonu nebo na oddělení nebo někdy se tak stává, že to s nima probírám fakt až na operačním stole. Prostě může se to stát, operujete spoustu pacientů a pak vám přivezou dalšího a je to rozhovor nebo ten informovaný souhlas zase odeberáte. My víme, že by neměl odjet na sál bez podpisu informovaného souhlasu a rozhovorem s tím lékařem ještě na oddělení, no to souvisí taky jako by s takovým prostředím, ve kterém se má ten informovaný souhlas podávat. S klidem nebo s časovým prostorem, který na ten informovaný souhlas člověk má. To máte u těch odložitelných operací, u těch plánovaných. Ale u těch akutních kolikrát ten časový prostor tam není. Jo, setkal jsem se s tím, že jsem někdy nebyl ani schopen ten informovaný souhlas podat. Samozřejmě výkony z vitální indikace, život zachraňující výkony. Těžké úrazy, kdy toho pacienta ani nemůžete informovat. Přivezou ho zaintubovanýho rovnou ze sanity, to se informovaný souhlas prostě neseписuje. Ty výkony, co jsou z vitální indikace.

### **Podle čeho se řídíte, která rizika uvést a která ne?**

To souvisí s tím, o čem jsme mluvili. Adekvátní informování a nebezpečí příliš detailního informovaného souhlasu. Jednak to evokuje spoustu otázek u toho pacienta, což je časově náročný, dále pak spoustu obav, protože s tím, to je podrobný si přečte tohle se mi může při té operaci stát, to na to nejdu. Jo? Takže ten informovaný souhlas, ať už v tej písemnej nebo slovní podobě musí bejt koncipovaný, tak aby to ten poměrně stručně jasně a ten pacient pochopitelně pro něj. A byl seznámen s tím zásadním, co se může při té operaci stát. Nikoli do detailů, že tam bude... Volím to tedy podle pacienta, podle charakteru výkonu, podle závažnosti výkonu a podle akutnosti výkonu. To se nedá tak jako unifikovaně říct. Samozřejmě máme ty informovaný souhlasy, který jsou přednastavený, nad kterejma sme se v klidu zamýšleli a tam jsme uvedli některý ty zásadní věci, ale o některých nemusíme vůbec hovořit. Vycházíme z čistý empirie, kdy

člověk provádí ty výkony a když už jich provádí stovky, tak už ví, že některý komplikace nastávají nejčastěji, tak o těch je třeba se zmínit. Ale to je jenom empirický. To je čistě ze zkušenosti a nikoli z nějaký statistiky, která je z většího počtu pacientů nebo studie a podobně.

Ty informovaný souhlasy ani nemají jednotnou sémantiku, každá nemocnice si je tvoří sama, kolikrát i každé oddělení si je tvoří samo. Je tady snaha to určitým způsobem sjednotit, tak aby pacient, když jde na operaci v Berouně nebo v Budějčích, tak aby podepisoval tentýž informovaný souhlas a byl informován v podobným duchu. Je to, liší se to nemocnice od nemocnice, v tomhle to není. Možná že by... Ale to by se muselo tvořit na úrovni lékařské společnosti a... Já si myslím, že by to mělo bejt unifikovaný, že by to mělo bejt jednotný, takhle se to liší opravdu.

### *8.3.2 Lékař 2*

#### **Co se Vám vybaví, když se řekne informovaný souhlas?**

Pro mě je informovaný souhlas zákonná povinnost informovat pacienta o tom, co ho čeká, často se řeší písemnou formou.

#### **Co teda pro Vás, jako pro lékaře informovaný souhlas znamená?**

To je stejné, jako ta první otázka. Je to povinnost pacienta informovat, poměrně často také nutno vzít příslušný formulář, podepsat ho a s krátkým vysvětlením předat pacientovi.

#### **Jaké spatřujete výhody informovaného souhlasu?**

Již před legislativním ukotvením této povinnosti jsem se snažil svým pacientům vysvětlit vše, co jsem pro ně považovat za důležité... Pokud možno, co nejsrozumitelněji, protože se domnívám, že hlavním problémem v komunikaci mezi pacientem a lékařem je srozumitelnost a vzájemné pochopení. Proto nyní zcela zásadní rozdíl ve svém postupu nevidím. Za současné právní úpravy vyplývá vhodnost písemné formy toho informovaného souhlasu, to s sebou ale nese nevýhody, jak pro zdravotníky, tak pro pacienty. Pro pacienty je dobré to, že pokud je písemný informovaný souhlas dobře vypracován, tak si jej mohou pročíst opakovaně a vše poté lépe pochopit... Někdy

může jít o hodně složitou problematiku jako například u operace prsu pro zhoubný nádor, kde musím vysvětlit řadu léčebných modalit. Pro zdravotníky je zase výhodné to, že existuje nezpochybnitelný doklad o přesné podobě souhlasu včetně uvedených rizik.

### **Vidíte tedy nějaké nevýhody?**

Určitě, jde o další navýšení papírové dokumentace, jejíž rozsah je podle mého názoru již dávno útokem na celistvost ekosystémů planety Země (smích). Znamená to také více administrativní práce, složitější skladování dokumentace a podobně.

### **Jak obvykle postupujete na Vašem pracovišti při získání informovaného souhlasu?**

Na našem oddělení máme vypracovány podrobné písemné informované souhlasy na všechny běžné operace a další invazivní postupy. Plánovaný operační výkon je objednan při ambulantní návštěvě. Přitom při po vysvětlení podstaty operace předáme písemný informovaný souhlas s vysvětlením, že si jej přinese pokud možno podepsaný k hospitalizaci, při které bude operace provedena. Pokud by měl jakékoliv nejasnosti, přinese souhlas nepodepsaný a na vše potřebné se doptá. V případě akutní operace nebo invazivního výkonu se podepisuje souhlas přibližně při stanovení indikace a plánování daného postupu.

### **Co je pro Vás důležité při volbě způsobu informování pacienta?**

No, nejdůležitější je pro mě, aby pacient pokud možno co nejlépe pochopil, co mu vysvětluji. Vzhledem ke stresu, který s sebou rozhodování například o operaci přináší, to není samozřejmostí ani u inteligentních lidí.... Příkladem může být již zmiňovaná operace prsu pro zhoubný nádor. To je pro mnoho pacientek takovým stresem, že i po velice důkladném a podrobném informačním pohovoru při dalším kontaktu zjistíme, že si většinu nepamatují a někdy nepochopily ani ty nejdůležitější věci. Proto jim při předávání písemného souhlasu říkám, ať si ho opakovaně v klidu přečtou a většinou jim zaškrtnu tu část textu, kterou považuji za nejpodstatnější.

### **Podle čeho se řídíte, která rizika uvést a která ne?**

Informovaný souhlas na našem oddělení se sestává ze všeobecného úvodu a ze speciální části, která se týká konkrétní operace. Ve všeobecném úvodu je nejprve vysvětleno, co je účelem tohoto souhlasu a že jde o zákonnou povinnost vyplývající z přijetí mezinárodní úmluvy z Ovieda. Pak je zde vysvětlení, že není třeba se bát souhlas

podepsat, protože všechny uvedené komplikace jsou vzácné a hlavně to, že u operací, které jsou na našem oddělení prováděny, je obvykle vyšším rizikem danou operaci nepodstoupit, než její absolvování. Následuje soupis možných komplikací. Ten je velice podrobný, poměrně dlouhý a jsou zde použity formulace, které zahrnují rizika týkající se v podstatě všech tělesných systémů. Formulace byly voleny tak, aby neexistovalo riziko, které zde není zahrnuto. Prostě se chráníme. Tento postup jsem volil s vědomím toho, že byl před několika lety v Austrálii odsouzen oční lékař za to, že pacienta neupozornil na riziko poškození druhého oka.... Tedy ne toho, co bylo operováno. Tato komplikace se vyskytuje u přibližně jedné z deseti tisíc operací. Tento úvod je u všech našich souhlasů stejný a teprve pak následuje speciální část, která se u každé operace týká její konkrétní problematiky. Pokud zde jsou nějaká specifická rizika, jsou zde uvedena. Poslední věty zní jako protimluv, že jo? Pokud jsou ve všeobecném úvodu zmíněna všechna rizika, pak by v podstatě nebylo třeba specifická rizika uvádět. Přišlo mi však vhodnější je uvést zvlášť, i když je to vlastně podruhé.

### *8.3.3 Pacientka 1*

**Co se Vám vybaví, když se řekne informovaný souhlas? Máte nějakou představu, co je to informovaný souhlas?**

Já nevím, to je ten papír, ne?

**Informovaný souhlas znamená vykonávání diagnostických a léčebných úkonů pacientovi zásadně pouze s jeho svobodným a dobrovolným souhlasem po předcházejícím přiměřeném informování. Poskytovala jste při hospitalizaci informovaný souhlas? K čemu?**

Jo. Protože to ti přijde sestřička, tak nějak tě jako seznámí fofrem, o co asi v tom papíře jde. Jo, že oni jsou povinni informovat jako o tom, jak no... A i s tím domácím řádem nebo já nevím co všechno. Jo? No a že jako jestli chci, tak ať to podepíšu. No, takže takhle. Já jsem je ani moc neposlouchala, co říkali.

**Jak to probíhalo?**

No, já jsem... Oni mi neřekli, co mi budou dělat. Ne, já jsem chtěla vědět, chtěla jsem i mluvit s tím doktorem, jako jsem čekala, kdy přijde ten doktor, co mě bude operovat. A ten vůbec nepřišel. Ale třeba jsem byla sama, jo? Protože naopak ta vedle, co byla, tak za ní přišel doktor, jako. Ta měla jenom nějaký ty vazy. A řek' jí, že on jí bude operovat, jmenuju se takhle a takhle, jo? Budu Vás operovat a uděláme tohle, že jako vezme vlákno z nějaké jiné té šlachy a prostě udělají tudletu plastiku a té to řekli, ale za mnou nikdo nepřišel.

### **O čem jste si myslela, že budete po příchodu do nemocnice informována?**

Jo, já jsem se chtěla zeptat, co to vlastně bude. Čekala jsem a potom jsem se ptala při vizitě, co vlastně mě čeká, tak mi to tak nějak vysvětlili, že už se to tak nedělá... Protože doktorka tady mi řekla, že to bude tady a tady jo (ukazuje na koleno)? A že celej kloub se vymění. Jo? No... A on mi řek' ten doktor, že to ne, že se bude dělat opravdu jen ta... Víceméně sestry mi to řekly. A potom .. E... Jana, ségra, byla na tom loni, říkala: „ Hele a zeptej se, jestli ti to budou cementovat. Nebo bez cementování. Jo?“ Tak já jsem věděla prd, co je co, tak jsem se ptala potom toho jednoho doktora a von řek' , že to už se dávno nedělá, aby se to necementovalo, že se to tou kostí nějakým tím, že se to cementuje.

### **Dozvěděla jste se všechny potřebné informace?**

Kdybych se nezeptala, tak nevím ani tohleto. Chtěla jsem vědět všechno.

### **Která informace byla pro vás nejdůležitější?**

Co mi vlastně tam budou dělat, protože já jsem fakt nevěděla, jako jestli to budou jenom ty... Nedokázala jsem si to představit. A pak právě Ale to bylo víceméně po té operaci mi ta rehabilitační, co mi nosila tu botu. Jo? Tu dlahu, tak mi přinesla ten papír, kde jsou teda poučení, co se tam udělalo. Jo? S tím kloubem, že se to jako jo? No a jako na to domácí, potom, když se přijde domů na to cvičení. To znamená takovýhle propínání, podržet no a tak. Jo, ale to bylo až po tý operaci, před ne. Já jsem vlastně neviděla toho doktora, co mě operoval za celou dobu, co jsem tady. Pořád se ptám, kterej to je. Vím, jak se jmenoval, protože on někdo přišel... Večer před tou operací nám přišli říct, kdo kdy bude, v kolik hodin a kdo nás bude operovat. Jo? To nám řekli doktor se sestrou při té večerní vizitě, ale jako to jméno mi nic neříkalo. Ještě jsme se ptali, proč

podepisujeme tolika papírů a oni říkali, že se musí krýt, že je víc lidí, který si stěžují, jo potom, když se něco nepovede.

**Myslíte si, že by pacienti měli být informováni o zákroku, který jim bude proveden a na základě toho spolurozhodovat o další léčbě?**

Jo, to jo.

### *8.3.4 Pacientka 2*

**Co se Vám vybaví, když se řekne informovaný souhlas? Máte nějakou představu, co je to informovaný souhlas?**

Ne, vůbec nic.

**Informovaný souhlas znamená vykonávání diagnostických a léčebných úkonů pacientovi zásadně pouze s jeho svobodným a dobrovolným souhlasem po předcházejícím přiměřeném informování. Poskytovala jste při hospitalizaci informovaný souhlas?**

Asi jsem musela, ne? Při nástupu jsem podepisovala nějaký papíry.

**A četla jste je? Víte, co v nich bylo?**

Ne, nečetla. Ne, oni mi prostě řekli: „Máte trombózu, musíte ležet, buďte v klidu.“ Teď už najíždím druhéj tejden. 13 dní. Krev mám dobrou, tu jsem měla i minulý týden, ale říkali, že ultrazvuk jsem měla špatnej. Že se mi to vyhnalo až do stehna. Jenomže já si myslím, že už to bylo v tom stehně předtim, jenomže tam nebyl ten doktor, co byl teďkon na tom ultrazvuku. Takže trochu sranda. Není to moc příjemný, když vás furt děsí, že můžete umřít. To bych ani vědět nemusela.

**A víte, k čemu informovaný souhlas slouží? K čemu jste ho poskytovala?**

Ne, netuším.

**Myslíte si, že by pacienti měli být informováni o tom zákroku, který se jim bude provádět?**

No, já si myslím, že jo.

**Myslíte si, že je dobře, že pacienti mohou spolurozhodovat o léčbě?**

No, určitě.

**Měla jste nějaká očekávání ohledně informovaného souhlasu, když než jste nastoupila do nemocnice?**

Ne, já jsem přišla na kontrolu pouze a zjistili mi, že mám trombózu. Tak jsem pak nastoupila rovnou do nemocnice. Já jsem to měla po úrazu. Mě vypadlo koleno, spadla jsem na nohu a od toho se mi udělala ta trombóza.

**Dozvěděla jste se při nástupu do nemocnice všechny potřebné informace?**

Doktorka, tak ta mi vlastně řekla, že tady budu tak pět, šest dní. To je všechno. Jinak bych chtěla vědět strašně moc věcí. Ten doktor to tak zkrátí a zaobalí.

**Využila jste možnosti klást doplňující otázky lékaře, se kterou jste hovořila?**

Ne, tady se s váma moc nebaví.

**Jak to myslíte?**

No, čekárna byla plná lidí, mě vzali přednostně, protože já jsem přijela sanitou, protože já jsem z X a jsem neměla kdo by mě sem odvez na tu kontrolu. Tak ten sanitář mě pozval jako přednostně, protože potřeboval rozvezt ještě další lidi a pak už do X nejel. No, tak mě tam poslal a pak už mě neodvez.

**A měla jste dostatek času na zvážení všech pro a proti?**

Ne, po ultrazvuku přijel pan bratr a řekl: „No, slečínko, teď už musíte na vozíčku. Vy máte trombózu, to už nesmíte nic.“ To bylo všechno.

**Která z informací je pro vás nejdůležitější?**

Třeba procentuálně, kolik lidí na to umírá. Jaká je šance, jestli se to znovu pak vrací ta trombóza.

Pozn. Písmenem X bylo nahrazeno bydliště pacientky

### *8.3.5 Pacient 3*

**Co se Vám vybaví, když se řekne informovaný souhlas? Máte nějakou představu, co je to informovaný souhlas?**

No, tak to je pro mě španělská vesnice.

**Informovaný souhlas znamená vykonávání diagnostických a léčebných úkonů pacientovi zásadně pouze s jeho svobodným a dobrovolným souhlasem po předcházejícím přiměřeném informování. A poskytoval jste teda informovaný souhlas při nástupu do nemocnice?**

No, já bych řekl, že jo, podepisoval jsem nějaký papíry. Nějaký jsem vyplňoval, takže jsem něco podepisoval, takže vím, o co tak zhruba kráčelo.

**A víte, k čemu informovaný souhlas slouží?**

Já si myslím, že asi doktoři, aby byli zase tak trochu krytí. Když teď jsou nějaký zákony udělaný.

**A jak to teda probíhalo, když jste poskytoval informovaný souhlas?**

Tak sestřička pak přišla a zeptala se mě, v tom papíru měli napsáno prostě různé věci. Tak jsem to podepsal.

**A myslíte si, že je dobré, že jsou pacienti informováni o tom, co se s nimi bude dít?**

No, určitě, myslím si, že jo. Jo, možná, že ta pravda je někdy trochu tvrdší nebo měkčí, no, ale já myslím, že jo.

**A myslíte, že je i dobře, že pacienti mají možnost spolurozhodovat o léčbě?**

No, já myslím, že stoprocentně.

**Měl jste nějaká očekávání od informovaného souhlasu?**

No, jak bych Vám to řekl. Když mi to řekli, tak jsem to vzal jako, já jsem teda spokojenej, že mi to takhle řekli, protože ... Mě jako přijde takový... Takhle Vám to řeknu.

**A měl jste nějaká očekávání od informovaného souhlasu?**

Hlavně, jak to se mnou vypadá, jestli jako v mém případě mi nohu vemou nebo nevemou. No, byl jsem takovej celej našponovanej, když mi řekli, že je to na dobrý cestě, tak jsem si vcelku odfouknul.

**A jaké jste měl pocity?**

Ulevilo se mi, samozřejmě.

**A dozvěděl jste se všechny potřebné informace?**

No, já, co jsem potřeboval, tak jo.



**A které ze sdělených informací byly pro vás nejdůležitější?**

Že mi tu nohu nevemou. Zatím teda.

**A využil jste možnosti klást doplňující otázky?**

Ne, ne, nepotřeboval jsem. Tady na nás personál jako milej a pan doktor teda pan primář, ten prostě je v pohodě. Ten se na mě usmívá. Ne, jako fakt, zatím bez problémů.

**A měl jste dostatek času na zvážení všech a proti?**

Jo, jo.

#### *8.3.6 Pacientka 4*

**Co se Vám vybaví, když se řekne informovaný souhlas? Máte nějakou představu, co je to informovaný souhlas?**

Nic.

**Informovaný souhlas znamená vykonávání diagnostických a léčebných úkonů pacientovi zásadně pouze s jeho svobodným a dobrovolným souhlasem po předcházejícím přiměřeném informování. Poskytovala jste informovaný souhlas při nástupu do nemocnice?**

Musela jsem.

**A víte, k čemu jste ten informovaný souhlas poskytovala?**

Nevím.

**A jak to probíhalo, když jste poskytovala informovaný souhlas?**

Já jsem přišla, prvně jsem šla na to, jak jsou takový ty vyšetření. No a pan doktor mi vzal krev, moč a stolici a ve stolici jsem měla krev. Takže pan doktor volal nějakýmu a dostala jsem se sem. Když jsem přišla sem do nemocnice, tak mi řekli, co mi je a od té doby jsem tady sedm tejdnu. Byla jsem na operaci.

**A hovořila jste před operací s lékařem?**

No, musela, protože já mám vysokej tlak a jak jsem šla na sál, tak já měla dvě stě deset na sto dvacet. Tam se mnou jako museli diskutovat.

**A čem jste spolu hovořili?**

No, říkal, že udělají všechno pro to, aby to bylo dobrý.

**A ještě o něčem? Popisoval Vám například, jak bude zákrok probíhat?**

Ne, já jsem to nechtěla vědět. Mě stačí po operaci.

**A myslíte si, že by pacienti měli být informováni o zákroku?**

Jo, určitě. Je to i na psychiku lepší.

**A myslíte si, že by pacienti měli mít možnost spolurozhodovat o léčbě?**

No a myslíte, že ten pacient je natolik vzdělaný, aby o tom mohl rozhodovat? Já myslím, že ne.

**A ani po tom, co by byl lékařem náležitě poučen?**

Ne, doktor je doktor a ten ví nejlíp. Víte, já si myslím, že tak padesát na padesát – kdo chce ať si rozhoduje a kdo nechce, tak ne.

**A jaká jste měla očekávání od toho informovaného souhlasu?**

Já jsem... To, co jsem čekala... To, co jsem potřebovala, tak tu informaci jsem dostala.

**Jaké pocity jste měla poté, co Vás zdravotník informoval o zákroku, který Vám provede?**

No, tak různý, ale věřila jsem, že to bude to dobrý. Že mi to pomůže. Že to bude dobrý. Byla jsem ráda, že všechno vím. Pro mě teda to bylo lepší. Já mám radši krutou pravdu než sladkou lež.

**Dozvěděla jste se všechny potřebné informace?**

Dozvěděla, tady ano. Jsem byla i na těch předoperačních vyšetřeních, všechno jsem to dostala...

**Které se sdělených informací byly pro Vás nejdůležitější?**

Že mi to pomůže, že je to v můj prospěch.

**Využil/a jste možnosti klást lékaři doplňující otázky při poučení?**

Ptala, ptala... Ptala jsem se.... Když jsem dostala potom z histologie potom nález, tak jsem se ptala no a jako dobrá informace bylo to, že nemusím na chemoterapii. Takže to bylo fajn.

**Měla jste dostatek času na zvážení všech pro a proti a následné rozhodnutí mezi poučením a udělením souhlasu?**

Měla, měla...

### 8.3.7 Pacient 5

**Co se Vám vybaví, když se řekne informovaný souhlas? Máte nějakou představu, co je to informovaný souhlas?**

To je ten papír, co jsem podepisoval, ne? ´

**No, nejen to. Informovaný souhlas znamená vykonávání diagnostických a léčebných úkonů pacientovi zásadně pouze s jeho svobodným a dobrovolným souhlasem po předcházejícím přiměřeném informování. A víte, k čemu jste ho poskytoval?**

No, aby vy jste sem mohla potom přijít a ptát se nás na to, ne? Ne, tam to bylo napsaný, já jsem si to četl. Já sem si to radši přečet, protože jsem si říkal, že kdybych náhodou přišel o nohu, jestli za to budu moct nebo ne. Já jsem totiž špatně to, víte, šlápnul a asi mám křížový vazy špatný. A taky meniskus. Akorát to, jsem dostal trombózu. No, je to aby se kryli, ne? Kdybys umřel, tak seš s tím seznámenej, že můžeš umřít.

**Jak to probíhalo, když jste poskytoval informovaný souhlas?**

To já to měl v pohodě. Já jsem přišel po svejch a udělali mi normálně prohlídku a jakoby před nástupem. No a že v pohodě. Nějaký papíry mi dala ta doktorka, tady si to přečtete. No, vlastně, když vás přijmou, když vás vezou sem na pokoj, tak je to vyšetření, jo všechno napíšete, podepíšete, jako přečtete si to a... Ona mi řekla, tady si to přečtete, tady si označte, že je to levá noha. Jo? Tak já jsem si to přečet a myslím pohoda. Ale to asi záleží na tom, v jakým stavu toho pacienta přivezou, ne? A co s ním potřebujou dělat. To oni potřebujou, ne? Že můžou operovat. Jak říkám, záleží na to, jestli člověk přijede sám nebo o přivezou támhle s houkačkou.

**Myslíte si, že by pacienti měli být informováni o zákroku, který jim bude proveden a na základě toho spolurozhodovat o další léčbě?**

Tak oni napíšou jenom, že bude ta operace a je to tak, že když by někdo umřel, tak tohle. Já jak sem si to čet tak tam už je to automaticky zaškrtnutý – tam bylo-souhlasím, že právě, aby mohli nahlížet studenti a tohleto. To mě právě překvapilo. Ale hlavně teda to, že to bylo zaškrtnutý, že souhlasím.

**Jaké jste měl očekávání od informovaného souhlasu? O čem jste si myslel, že budete po příchodu do nemocnice informován?**

No, já jsem počítal, že budu za tři dny doma a ... to se nějak nestalo, jinak jsem neočekával nic.

**Využil jste možnosti klást lékaři doplňující otázky při poučení?**

Jo, tak třeba zrovna dneska jsem se ptal, co a jak. No a oni mi řekli, odebrali jsme vám krev, tak to jsem jako věděl, toho jsem si všimnul. Ale jako jak dopadly ty výsledky, co a jak a... Tak stejně nic nevím. To ne, jako tak chtěla bych vědět, jak to vypadá. Maj tady podle mě málo lidí. Málo personálu, ale... Jako pak i jako i sestra je nepříjemná. Neodvedou potom takovou tu kvalitní práci, jak by chtěla, protože když je tu pětaticet lůžek, jo? Každou chvíli tady někdo zvoní, chce něco. Asi jak je léto, ale mě přijde, že je to tady tak nějak furt, ne? Je tu jedna sestra a jedna ta ne? Sanitářka.

**A proč jste se nezeptal lékaře?**

Toho tady člověk moc nevidí.

**Jaké pocity jste měl poté, co Vás zdravotník informoval o zákroku, který Vám provede?**

Špatný (smích). Já jsem vlastně přišel z jinýho důvodu, proč jsem tu teď, než jsem měl bejt. Takže já ani nevím...

**Dozvěděl/a jste se o lékaře všechny potřebné informace?**

No, před tou operací jo. Ta doktorka mi říkala, co mi jako budou dělat a všechno mi řekli.

**Které se sdělených informací byly pro Vás nejdůležitější?**

Tak samozřejmě. Klamavý. Zklamaný informace. Jakože tady třeba budu dlouho nebo tak... Já jsem měl přijít na tři dny a jsem tu tejdén.

**Měl jste dostatek času na zvážení všech pro a proti a následné rozhodnutí mezi poučením a udělením souhlasu?**

No, mě se ptala, když jsem byl u doktora, jestli chci nebo nechci. Jako dost času jsem měl, jako já jsem řekl, jako on se mě ptal, jestli chci nebo nechci, ale já říkám, to bych byl sám proti sobě, kdybych nechtěl. Kdybych nechtěl, ne? Tak jsem řek jako že jo, no,

že přece nebudu trpět. Takže to, jsem říkal, že chci. A oni řekli, jo, tak přidejte v úterý mezi osmou a devátou a ve středu se na to podíváme.

### 8.3.8 Pacient 6

**Co se Vám vybaví, když se řekne informovaný souhlas? Máte nějakou představu, co je to informovaný souhlas?**

Informovaný souhlas? Jako nějaký potvrzený souhlas.

**Částečně ano. Informovaný souhlas znamená vykonávání diagnostických a léčebných úkonů pacientovi zásadně pouze s jeho svobodným a dobrovolným souhlasem po předcházejícím přiměřeném informování. A víte, k čemu jste ho poskytoval?**

No, aby měli papír nějaký, ne? Kdyby se něco stalo, tak aby neměli pak průser.

**Jak to probíhalo?**

Já jsem byl po bouračce, mě přivezli a no, před operací. Když jsem byl nejvíc ve stresu, tak jsem podepisoval nějaký papíry, co mi přinesly sestry. Já jsem to podepisoval snad před každým zásahem? Ne, jednou jsem ho podepisoval. Jednou, možná tady taky. To už si nepamatuju. Ale vím, že bylo těch papírů dost. Ale nevím, jako jestli konkrétně těchhle. Bylo těch papírů tolik, že jsem to ani nečetl, ale je to chyba, ale. To já vím. Měli by to dělat nějakou záživnou formou.... Třeba na empéetrojkách. Jako jinak doktoři oni moc nemluví. Oni šáhnou na břicho, zeptaj se bolí? Nebolí?

**Myslíte si, že by pacienti měli být informováni o zákroku, který jim bude proveden a na základě toho spolurozhodovat o další léčbě?**

No, určitě. No, ono to podle mě nesouvisí s informovaností.

**Jaké jste měl očekávání od informovaného souhlasu? O čem jste si myslel, že budete po příchodu do nemocnice informován?**

Já jsem měl očekávání, aby mě to už přestalo bolet. Já jsem ani nechtěl nic vědět, já nemůžu vědět, co budou dělat ty chirurgové. A jakoby oni si se mnou vyhráli, takže tam člověk nemůže... Já měl koleno podrcený a na sedmkrát pánev. Takže prostě já jsem byl rád, že mi kdokoliv co s tím něco udělal. Prostě mi to bylo jedno. Já jsem jim úplně

všechno podepsal. Hlavně jsem chtěl, ať už to mám zoperovaný. Já jsem jim prostě věřil. Já jsem dal na svojí intuici. Protože tam ty doktoři vypadali opravdu jako profesionální. Což se třeba jako tady o tom říct nedá (smích). Tam ten primář, to víte, to byl pan doktor. Jako všechna čest jim. Prostě jsem jim tam věřil víc, no. Ale tady bych si stejně taky musel nechat pomoci, takže bych udělal to samý.

**Využil jste možnosti klást lékařům doplňující otázky při poučení?**

Ale ne, tak tady maj strašnej fofr. Tak mě přijde, že maj strašně málo lidí. Jinak se jako ptám, jako to musíte, ale taky někdy a pak mě to třeba štve. Jako že pak musím čekat zase.

**Jaké pocity jste měl poté, co Vás zdravotník informoval o zákroku, který Vám provede?**

Já? Dobrý. Protože mě už to bylo jedno, já už jsem hlavně chtěl, abych už měl po operaci. Já jsem maximálně spolupracoval a maximálně jsem chtěl, aby to bylo hotový. Protože já jsem chtěl... Bylo mi jedno, co se mnou udělaj, jen aby to přestalo bolet.

**Dozvěděl/a jste se o lékaře všechny potřebné informace?**

No, tak mi to tam vždycky tak vychrlil. Ale tak já jsem z nich měl respekt. Co já s ním můžu řešit. Řek, no, tady máte kolínko, no. Řekli mi, co mi je, vid', česka, tohle. Takže to zoperujeme, tohle odstraníme. No a pak další den byla ta pánev. Tak je to ňák marný. Tam se ten doktor nemá čas vykecávat, že jo? Tam to jde jako na provázku, takže... Až jsem jako čuměl, že tam jsou, že operujou do jedenácti do večera. Celej den od rána. Takže jako spíš jsem je nechtěl zdržovat. Vždyť tam nejsem sám. Věděl jsem, že mají čtyři lidi nadstav. Takovídle zdržování, to už moh jít další a další.

**Které se sdělených informací byly pro Vás nejdůležitější?**

To nevím. Který byly nejdůležitější? Ty.... Všechny jsou důležitý.

### 8.3.9 Pacient 7

**Co se Vám vybaví, když se řekne informovaný souhlas? Máte nějakou představu, co je to informovaný souhlas?**

Zrovna jsem to tady názorně viděl. To je při pacient podepsat, že souhlasí s jakýmkoli vyšetřením.

**No, nejen s vyšetřením. Informovaný souhlas znamená vykonávání jakých koliv jak říkáte diagnostických, ale také léčebných úkonů pacientovi zásadně pouze s jeho svobodným a dobrovolným souhlasem po předcházejícím přiměřeném informování. Poskytoval jste při hospitalizaci informovaný souhlas?**

Jo, jsem musel.

**K čemu?**

No, aby ... já nevím, jak bych to řekl... Doktor neudělá žádný vyšetření bez souhlasu pacienta. Proto je to zavedený.

**Jak to myslíte?**

Kdybych to nepodepsal, tak mi tady nepomůžou.

**Jak to probíhalo?**

No, tak já jsem přišel s úrazem, takže já jsem byl vyšetřenej a potom až jsem podepisoval.... Vlastně ten informovanej souhlas s vyšetřením jako takovým. Teď bych měl podepisovat další s CT vyšetřením.

**Myslíte si, že by pacienti měli být informováni o zákroku, který jim bude proveden a na základě toho spolurozhodovat o další léčbě?**

Záleží na psychice každého jednotlivce. Jako je to dobrý, vím, co mě čeká, asi takhle, ale že by mě to uklidnilo, to ne.

**A vy osobně, vyhovuje Vám, že jste informován?**

Mě to jako spíš vyhovuje.

**O čem jste si myslel, že budete po příchodu do nemocnice informován?**

No, tak v mém postavení jsem nečekal vůbec nic, kromě aby začali s tím zbavení bolesti.

**Jaké pocity jste měl poté, co Vás zdravotník informoval o zákroku, který Vám provede?**

Tak oni doteď pořád ještě neví, co se mnou je. Tak to byl úraz, může bejt vnitřní zranění, cokoliv. Ale tak jo, každý další vyšetření je určitej pokrok, nemůžu říct v léčbě, když neví, co mi je, ale v zjišťování, proč mě to bolí.

**Dozvěděl jste se o lékaře všechny potřebné informace?**

Zatím jo. Co jsem potřeboval, tak jsem se dozvěděl.

**Které se sdělených informací byly pro Vás nejdůležitější?**

..... Totiž... Specifikace těchhle slov, já nevím, jak bych to řek. Nevím, jak bych to formuloval..... Asi jako až budu vědět, co se mnou je, zatím pořád jsem jenom v očekávání toho, co přinese vyšetření. Další. Já jsem se ještě pořádně nic nezvěděl, protože to pořád bolí a neví, co to je.

**Využil jste možnosti klást lékaři doplňující otázky při poučení?**

No jistě, snažil jsem se ptát, ale doktor, když neví sám pořádně, tak vám nemůže odpovědět a vymejšlet nějakej ... Žádněj lékař si nevymýšlí, takže vám neřekne nic. Zeptám se po vyšetření CT, se zeptám, no. Samosebou.

**Měl jste dostatek času na zvážení všech pro a proti a následné rozhodnutí mezi poučením a udělením souhlasu?**

Jo, tak to jo. Hlavně oni pořád neví, co se mnou je.

### *8.3.10 Pacient 8*

**Co se Vám vybaví, když se řekne informovaný souhlas? Máte nějakou představu, co je to informovaný souhlas?**

No tak mám, já abych řek, no, ale z X mám.... Tam jsem přišel....doktorka si ke mně sedla a vysvětlila mi všechno, co mi budou dělat. Jak to bude se mnou a všechno. Tak mě přestaly starosti hned, jak mi to řekla. Já na ně už nepomýšlím.

**Poskytoval jste při hospitalizaci tady v nemocnici informovaný souhlas?**

Jo, jo. No, tady se mi zdá dost divný, že já musím dát souhlas, jestli půjdu na cétěčko. To snad musí rozhodnout doktor, ne? Jestli tam mám jít nebo nemám. Je to divný.



**Myslíte si, že by pacienti měli být informováni o zákroku, který jim bude proveden a na základě toho spolurozhodovat o další léčbě?**

No, mě jako překvapilo jo? ..... On Vám tam byl takovej starej děda a jeho kamarád tam přines vlčáka. Do nemocnice. A já jsem se pak ptal tý doktorky jsem říkal jako sem můžou psi? A ona říká ano. My tady máme dokonce ležení pro ty psy. Ono to hrozně pomáhá jako těm nemocnejm. Když jsou na tole vázaný...Když jsou na tohle vázaný na ty zvířata, tak jo.

**O čem jste si myslel, že budete po příchodu do nemocnice informován?**

No... Já jsem věděl, že budu v nemocnic podepisovat informovaný souhlas, protože to bylo buď jo nebo ne.

**Jak to myslíte?**

No, buď nastoupím a podepíšu nebo nenastoupím a bude to špatný.

**Jaké pocity jste měl poté, co Vám paní doktorka vysvětlila, co Vám provede?**

Co mi prostě všechno budou dělat a jaký jsou závěry, když se to potom povede. A... No a bylo to vynikající. Dali mi tady k srdíčku nějaký stenty, ale jinak to bylo vynikající.

**Dozvěděl jste se o lékaře všechny potřebné informace?**

Všechno. Tam úplně všechno v těch X<sup>1</sup>.

**Které se sdělených informací byly pro Vás nejdůležitější?**

Nejdůležitější..... Asi to o tom psovi (smích).

**Využil jste možnosti klást lékaři doplňující otázky při poučení?**

No, měl jsem třeba dotaz, jak oni se můžou Tady z té nohy trefit do tepny v srdíčku, to mi nebylo jasný. A ta doktorka mi to dokázala perfektně vysvětlit. A .... Mi tam dali takový péra... Ještě teďka chrastím...

**Měl jste dostatek času na zvážení všech pro a proti a následné rozhodnutí mezi poučením a udělením souhlasu?**

Jo, jo, to bylo doopravdy vynikající.

Pozn. Písmenem X bylo nahrazeno jméno nemocnice

### 8.3.11 Pacient 9

**Co se Vám vybaví, když se řekne informovaný souhlas? Máte nějakou představu, co je to informovaný souhlas?**

Informovaný souhlas? No, tak to já myslím, že je třeba před operací ...ehm... Dát souhlas jakože s tou operací.

**Ano, ale nejen s operací. Informovaný souhlas znamená vykonávání diagnostických a léčebných úkonů pacientovi zásadně pouze s jeho svobodným a dobrovolným souhlasem po předcházejícím přiměřeném informování. A poskytoval jste tady při hospitalizaci informovaný souhlas?**

No, tak... Jak jsem tady s tou nohou, zatím ne, ale dříve jsem byl několikrát v nemocnici na operaci třeba, tak to jsem poskytoval.

**A víte k čemu jste ten informovaný souhlas poskytoval?**

.... Ten souhlas, vlastně ten, ten je s tou operací nebo vlastně s tím zákrokem, no...

**A jak to teda probíhalo, když jste poskytoval informovaný souhlas?**

No, tak to potom probíhalo tak, že přišla ... nějaká zdravotní sestra nebo já nevím, co no a položila mi pár otázek. Hlavně, jestli jsem byl na operaci, zabalili mi ty nohy a tak... Nějak. Jak bych vám to řekl. Pak mi řekla, tady podepište, že ste byl poučenej. Asi tak bych to řekl.

**Myslíte si, že by pacienti měli být informováni o zákroku, který jim bude proveden a na základě toho spolurozhodovat o další léčbě?**

Jo, musím říct, že je to velmi dobře. Já jsem byl na operaci taky se žlučníkem...A tam jsem byl taky informován, ale to už je asi pět let.

**Jaké jste měl očekávání od informovaného souhlasu? O čem jste si myslel, že budete po příchodu do nemocnice informován?**

O,tak ani ne...

**Jaké pocity jste měl poté, co Vás zdravotník informoval o zákroku, který Vám provede?**

No, tak na tom žlučníku, když jsem byl... Tak to bylo dobře to vědět... .... Bylo to takový, nevím. Neuklidnilo mě to, ale bylo to dobrý.

**Dozvěděl jste se o lékaře všechny potřebné informace?**

Jo.

**Které se sdělených informací byly pro Vás nejdůležitější?**

Nejdůležitější bylo... Když jsem... Když mi potom sdělili, když jsem to měl zahojený, tak kdy už půjdu domů.

**Využil jste možnosti klást lékaři doplňující otázky při poučení?**

Ani ne... Mě ani nic nezajímalo.

**Měl jste dostatek času na zvážení všech pro a proti a následné rozhodnutí mezi poučením a udělením souhlasu?**

No moc času jsem neměl, protože mě to bolelo (smích). Ale jinak jo.

### *8.3.12 Pacient 10*

**Co se Vám vybaví, když se řekne informovaný souhlas? Máte nějakou představu, co je to informovaný souhlas?**

No, něco málo.

**A co?**

No, ten jsem tady poskytoval. Mě se vybaví jen tři řádky, na jednom bylo pacient, na druhým doktor a na třetím už nevím.

**A víte, k čemu jste ten informovaný souhlas poskytoval?**

No, aby mi mohli dělat ty ty... Všechny vyšetření.

**Ano, informovaný souhlas znamená vykonávání nejen diagnostických, ale také léčebných úkonů pacientovi zásadně pouze s jeho svobodným a dobrovolným souhlasem po předcházejícím přiměřeném informování. A jak to probíhalo, když jste poskytoval informovaný souhlas?**

Já si jenom pamatuju, jak mi dali papír s deskama řekli mi tady to podepište.

**A můžu se zeptat kdo?**

Asi ty sestry, co tam byly.

**Myslíte si, že by pacienti měli být informováni o zákroku, který jim bude proveden a na základě toho spolurozhodovat o další léčbě?**

Záleží na jejich stavu. Když jsou schopný, tak by to měli vědět a i spolurozhodovat... Asi jo...

**Jaké jste měl očekávání od informovaného souhlasu? O čem jste si myslel, že budete po příchodu do nemocnice informován?**

Já jsem nepočítal, že se dostanu do nemocnice, já jsem měl autonehodu a při cestě do nemocnice jsem myslel na plně jiný věci.

**Jaké pocity jste měl poté, co Vás zdravotník informoval o zákroku, který Vám provede?**

Já vlastně doteď ani nevím, co mi dělali a co mi vlastně je.

**Dozvěděl jste se o lékaře všechny potřebné informace?**

Ne, já bych toho chtěl vědět strašně moc. Vlastně úplně všechno, ale nic nevím.

**Využil jste možnosti klást lékaři doplňující otázky při poučení?**

Jo, já se ptám pořád, třeba kdy mi tohle sundají (ukazuje na kanylu na ruce). Ale ještě mi to neřekli. Ale jinak jsem se odpověď vždycky dozvěděl.

### *8.3.13 Pacientka 11*

**Co se Vám vybaví, když se řekne informovaný souhlas? Máte nějakou představu, co je to informovaný souhlas?**

Informovaný souhlas? (smích) To je podle mě blbost... Nepodepíšeš, máš smůlu. Jako co si tak pamatuju, ta je to, že člověk dává souhlas, že můžou koukat do dokumentace ... Nějaký studenti, případně někdo z rodiny. To je asi tak všechno, co si člověk může vybavit...

**Informovaný souhlas znamená vykonávání diagnostických a léčebných úkonů pacientovi zásadně pouze s jeho svobodným a dobrovolným souhlasem po předcházejícím přiměřeném informování. A víte, k čemu jste ho poskytovala?**

To mi nikdo neřek jo, ale já jako nejsem blbá, mě je jasný, že oni se musí nějak krejt, že jo. S tím, že tam napíšou riziko, já nevím... Daj ti papír, kde napíšou, co se ti může stát při anestezii, no tak... A když se chceš zeptat doktora anesteziologa na něco, tak akorát přijde, řekni ti když jdeš na řadu, co máš za prášky a nazdar. Oni si myslím nemaj čas,

oni by měli čas, kdyby jim nedávali tolika papírů, jo? Ono je to všechno na papíře, ale praxe je úplně jiná.

### **Jak to probíhalo?**

No, on mi ten doktor jako řek, já se jmenuju takhle a budu vás operovat, ale když jsem se ho ptala konkrétně, tak mi nic neřek. Řek mi jenom, že mi vemou prsa a daj mi implantáty, to je všechno. A když jsem se ptala na dobu pobytu, tak mi bylo řečeno minimálně tři dny a hned druhý den po operaci mě vyhodili, tak nevím. To víš, bylo to přes pojišťovnu, neplatila jsem si tu plastiku sama, tak jsem nemohla zabírat místo. Oni teď zkracujou doby. Koukne na tebe doktor, vytáhnou ti drény a jdeš domů, že se nemůžeš hejbat, nemůžeš dejchat nic, tak to už je nezajímá.... Tak oni ty doktoři hážou všechno na ty sestry. No. Tady je to úplně o ničem to zdravotnictví. Kdybych měla možnost bejt ve vládě, tak bych v první řadě změnila zdravotnictví. Protože to jde tak... Myslím, že tady budem za chvíli jak na Ukrajině. Nemáš peníze, nebudeš mít léčbu. To mi přijde jako úplně to samý jako s poplatkama. Já jsem jednou to zapoměla zaplatit třicet korun na ambulanci na onkologii a šla jsem na kapačku, ty mě hnali hned dolu, že musím zaplatit poplatek, jinak mi nedaj chemo, jo? Že budu vedená hned jako dlužník. Říkám jo, vono to dvě hodiny nepočká, než sejdu dolů, ty jo...Kde mi teda vyšli vstříc, tak to bylo v X na gynekologii, to bylo asi tím, že mě operoval můj doktor. Ten mi řekl všechno, i to, pro č mi dali podepsat ten papír, že mi nemůžou dát žádný hormony, nic, protože to je v mým případě kontraindikovaný. Tam jedině jo.

### **Využila jste možnosti klást lékaři doplňující otázky při poučení?**

No, já jsem taky z toho oboru jako, ale to je ono, no... To, co si sama nezjistím, to nevím. No, ono když vám řeknou diagnóza novotvar v prsu zhoubnej, tak ono je to docela zajímavý, že jo. To si pod tím můžu představit cokoliv. Oni to nechcú moc vysvětlovat tyhle věci. Nejvíc se mi líbí, když se ptaj: „Chcete být informován napůl nebo úplně?“ Já jako nevím, co myslí tím napůl, ale asi jako, že mi zalžou nebo, co. Já fakt nevím. Tak vám řeknou jenom půlku a druhou půlku si domysli....Já nevím tak já jsem si informace většinou sháněla sama a když jsem se na něco zeptala, ne teda na tý gyndě, ale třeba jinde, tak tam mi bylo řečeno, že nemaj čas na to mi to vysvětlit, že maj spoustu práce. Ono hlavně po zákroku, když se zeptáš doktora, co dělal, tak... Když mi

bylo řečeno, že mi dělali tu nekrektomii, tak mi bylo řečeno, že mi odřízli to, co mi tam odumřelo... Vybrali to a dali tam kůži z břicha. A ve čtvrtek přijdte na kontrolu. A to jsem si ještě musela doktora chytout na chodbě.

**Myslíte si, že by pacienti měli být informováni o zákroku, který jim bude proveden a na základě toho spolurozhodovat o další léčbě?**

Tak oni kdyby to vysvětlovali tak, jak maj tak je to úplně o něčem jinym, jo. Kdyby měli lidský přístup k těm lidem a nebrali je jako kus masa, ale jako lidi, tak by to bylo jiný, no. Ale takhle nevim, to nemá podle smysl. Možná kdyby se doktorům za to něco nabídlo, že jo... Zdravotnictví jde doslova do prdele. Asi tak. Jo, ale když vám řeknou všechno, co maj, tak je to dobrý. Jako já pak hledám všude, třeba na internetu na různých diskuzních fórech a tam se ty bláho dočtu občas věci. No, ale mělo by to tak bejt, že si k tobě sedne doktor a řekne ti, jak to bude, ale neděje se tak. Je to o ničem.

**Dozvěděla jste se o lékaře všechny potřebné informace?**

Oni vlastně jako nemaj vůbec zájem o pacienty, dělaj si svoje a .... A hlavně nepodaj informace ani, co můžeš po operaci dělat, nemůžeš, čemu se máš vyhnout... Je to prostě nezáměr doktorů, oni nechcú prostě. Kdyby chtěli, tak si vždycky těch pět minut najdou, na to, aby ti řek, co můžeš a nemůžeš po tej operaci dělat, že jo. Já si myslim, že operace prosu jako, odstranění obou dvou prsů a dání implantátů, což je asi tak na dvě hodiny operace, takto není žádný banální zákrok a aby mě pustili... V pondělí ráno mě odoperujou a v úterý ráno mě pustí domů, tak to mi přijde docela ubohý. Proto já to teďka řeším tak, když jsou nějaké operace nebo to, když nemám informace tak hmmm píšu do X nebo do X na ty kliniky a ptám se těch jiných doktorů no. Hledám možnosti někde jinde. Teďka jsem třeba objednaná do X. No, ty prsa se jim v podstatě nepovedly, tak jsem hledala někoho, kdo by mi moh pomoci a ... našla jsem si primáře... Pan primář plastický a estetický chirurgie. Jsem mu psala, co se mi stalo a s čím potřebuju pomoci... A on vlastně druhý den mi odepisoval osobně, dal mi telefonní číslo, kde jsme si domluvily konzultaci, že mi určitě pomůže, takže ochota doktora, kterej je z druhýho konce republiky a ... Je jiná než tady.

**Jaké jste měla očekávání od informovaného souhlasu? O čem jste si myslela, že budete po příchodu do nemocnice informována?**

Jaký asi může mít člověk očekávání od informovaného souhlasu? Žádný....

**Měla jste dostatek času na zvážení všech pro a proti a následné rozhodnutí mezi poučením a udělením souhlasu?**

No, on totiž není ani jako čas si to prostudovat, jo? Dostatek času na zvážení?

V žádném případě... Hned na příjmu – všechno podepište, prohlídne vás doktor a jestli chcete, tak se ho na něco zeptejte. Doktor tě prohlídne a nazdar.

Pozn. Písmenem X byla nahrazena jména nemocnic.