1. VNÍMÁNÍ INFORMOVANÉHO SOUHLASU A JEHO DOPADU NA PROMĚNU VZTAHU MEZI PACIENTY A LÉKAŘI
   1. **Smysl informovaného souhlasu**

Vnímání informovaného souhlasu lékaři, od kterého se následně odvíjí i jejich postoj k jeho dosahování, souvisí s pohledem na hlavní smysl tohoto úkonu. Ptáček, Bartůněk a Mach (2017: 32) považují za hlavní smysl poskytnutí informací pacientovi umožnit mu ne/souhlasit s navrhovaným léčebným postupem či si zvolit alternativu. Pacient se má tak v „partnerské komunikaci“ s lékařem spolupodílet na své léčbě. Jako neméně důležitý však uvádějí smysl souhlasu jakožto „právní ochrany lékařů před případnými stížnostmi“. Haškovcová (2007: 29) se vyjadřuje k tomuto podobně. Uvádí, že informovaný souhlas má sloužit k poučení pacienta a k poskytnutí vhodné léčby, stejně jako k ochraně expertů. Tomu v podstatě odpovídají vyprávění participantů, která se vyznačovala třemi hlavními narativy. Tyto příběhy se však prolínaly, doplňovaly a proměňovaly na základě různých proměnných.

Zpovídaní lékaři ve svých vyprávěních ohledně vnímaného účelu informovaného souhlasu zohledňovali odlišné formy jeho podání pacientovi: jiné názory převažovali na smysl formální písemné podoby informovaného souhlasu a jiné postoje zastávali v souvislosti s ústním informováním pacienta. Prvním, nejčastěji zmiňovaným smyslem informovaného souhlasu mezi respondenty byla **právní ochrana lékařů.** Tento narativ protknul vyprávění všech mých participantů a vztahoval se k informovanému souhlasu jakožto způsobu, jak se bránit potenciálním stížnostem pacientů, což souvisí s nárůstem defenzivní povahy medicíny. Především byl však spojován s písemnou podobou informovaného souhlasu, což byla nicméně asociačně první představa s ním spojená u většiny zpovídaných lékařů. Dle respondentky Simony se tento účel v dnešní době stává tím nejzásadnějším v případě formální podoby souhlasu a slouží jako důkazně právní materiál o splnění jejích lékařských povinností.

*„V dnešní době se ten informovaný souhlas čím dál tím víc stává i obranným mechanismem pro nás. Protože tím, že já mu dám podepsat souhlas, on vyjádří souhlas, že s tím souhlasí, a když potom má s tím nějaký problém, tak já mám důkaz o tom, že jsem mu to vysvětlila. On s tím souhlasil a podepsal mi to. Takže je to i z právního hlediska pro mě vlastně obrana v dnešní době a čím dál víc se to dostává na popředí.“ (paní Simona, 55 let)*

I respondentka Daniela vnímá, že smysl informovaného souhlasu je v dnešní době důležitější pro lékaře, především jako právní ochrana, než je jeho význam pro pacienty: *„Je to spíš z důvodu toho, že pak spíš kryješ ty sama sebe. Takže to ani tak neděláš kvůli zdraví toho pacienta, ale spíš kvůli sobě." (paní Daniela, 37 let)*

Stejně tak paní Lenka hodnotí potřebnost informovaného souhlasu pro svou ochranu, jelikož bez něho by očekávala více problémů ze strany pacientů. Informovaný souhlas tak dle paní Lenky zastává místo absentující důvěry ve vztahu s pacientem: *„Já si třeba myslím, že ty souhlasy jsou nastavené dobře. Že jsem ráda, že jsou, protože pak nevznikají žádné takové nepříjemné situace.“ (paní Lenka, 27 let)*

Respondentka Zdena explicitně zdůrazňuje právní účel písemného informovaného souhlasu, avšak označuje ho též za pouhou **úřední formalitu, sloužící zdravotnické instituci**. Tento pragmatický příběh zmiňuje Felt, Bister, Strassnig a Wagner (2009), kteří ho popisují jako jeden z narativů, jak i samotní pacienti pohlíží na informovaný souhlas. Respondentka Zdena si představila sebe v situaci pacienta a dochází tak k závěru, že smysl písemného informovaného souhlasu pro pacienty je v praxi spíše mizivý.

*„Kdybych na to pohlížela, na ten informovaný souhlas, hlavní [smysl] podle mě je úřední a právní. Já teda nevím, jako většina lidí… já to vezmu jako z pozice ne lékaře, ale i z pozice pacienta nebo doprovodu rodinných příslušníků na různá vyšetření. Já to obvykle nečtu.“ (paní Zdena, 48 let)*

Formálně byrokratickou povahu informovaného souhlasu zmiňuje i respondentka Daniela. Pociťuje negativní proměnu ve vztahu lékaře s pacientem, přičemž příčinu nalézá v důrazu na písemnou podobu informovaného souhlasu. Ta dle jejího názoru přímo narušuje vztah s pacientem. Konkrétně zdůrazňuje, stejně jako respondentka Lenka výše, sníženou důvěru. V kontextu to propojuje též s úpadkem ústní domluvy, která dříve dle jejích zkušeností dominovala a vedla k navázání terapeutické vazby s pacientem. Domluvu a navázání důvěrného vztahu s pacientem dle jejích slov vytlačily formality informovaného souhlasu.

*„Informovaný souhlas je asi spíš formální záležitost, no. Mi to přijde, že aby to bylo teda na papíře zaznamenaný. (…) Dneska si myslím, že těch informovaných souhlasů je zbytečně moc. Podepisovat se dává snad úplně všechno. Dřív bylo nejdůležitější se s tím pacientem domluvit, navázat s ním vazbu, vzájemnou nějakou důvěru. Dneska je hlavní papír s podpisem.“ (paní Daniela, 37 let)*

Podobný názor sdílí participant Karel. Díky své mnohaleté praxi nabídl porovnání způsobu informování pacienta na počátku své kariéry a nyní a poskytl svůj pohled na proměnu vztahu s nemocnými. Ve vyprávění, vztahujícímu se k počátku své praxe zdůrazňuje a pozitivně hodnotí aspekty vztahu, jež paní Daniela považuje v dnešní době kvůli písemnému souhlasu za chybějící. Ve vyprávění pana Karla je znatelně negativní hodnocení dopadu „dokumentování“ na vazbu s pacientem i na svou práci.

*„Když já jsem začal, tak ta informovanost byla bez nějakého dokumentování. Nebyly žádné papíry, které by pacienti podepisovali. Snažili jsme se, protože už tenkrát na to byli tlaky, aby se ten pacient informoval, ale vše bylo na ústní bázi. Prostě se jim to řeklo. (…) Bylo to vždy s maximální snahou doktora udělat to nejlepší pro pacienta. Výhodou bylo, že doktor nebyl až tak úplně svázaný. Prostě bylo to tak, že ten pacient se vložil do našich rukou s maximální důvěrou, že uděláme to potřebné.“ (pan Karel, 57 let)*

Téma důvěry však bylo v rozhovorech poměrně silné téma, ve kterém si respondenti mnohokrát protiřečili. Zatímco výše byl zmíněn spíše pokles důvěry, respondentka Hana předpokládá, že pacienti stále důvěřují snaze a záměru lékařů nemocným pomoci, nikoliv uškodit. Odkazuje se tak k jasně vymezené roli lékaře, o které očekává, že bude pacientům známa. Tématem povědomí o vymezení role lékaře a pacienta se zabývají Jordens, Montgomery a Forsyth (2013), kteří potvrzují, že role lékaře, spjatá s očekáváními, je pro pacienty explicitně známa. Jako důkaz důvěry pacientů uvádí lékařka Hana spolehnutí se většiny pacientů pouze na ústní formu informování od lékaře. Tento fenomén spoléhání se na ústní informace a nečtení písemných formulářů souhlasu popisují též autoři Felt, Bister, Strassnig a Wagner (2009). V této souvislosti však poté považuje lékařka Hana informovaný souhlas za pouhou formalitu či dokonce za zdánlivě zbytečný pro pacienty.

*„Ale zase na druhou stranu, když to vezmu, jak se to dělá, jak se spousta věcí podepisuje… je to úplně formální záležitost. Když to těm lidem doneseš, tak oni se dole podepíšou a nevědí. Jako malinký, to ani není procento, to je možná promile, který si to fakt čtou. Prostě oni předpokládají, že jim nechceš ublížit. Asi doufám teda. Takže já v podstatě obecně bych řekla, že si to lidi stejně nečtou. Takže z tohohle pohledu to je vlastně jako zdánlivě zbytečný." (paní Hana, 54 let)*

Nečtení písemných informovaných souhlasů za projev důvěry považuje i respondentka Lenka, která spadá do skupiny mladších lékařů. Stejně jako paní Hana je toho názoru, že většina pacientů nadále věří, že k roli lékařů se pojí snaha pomáhat. Současně však naznačuje též očekávaní, které je pro ni spjaté s rolí pacientů. Tato očekávání jsou dle Jordens, Montgomery a Forsyth (2013) spíše implicitní a jejich neplnění může ústit v napětí ve vztahu mezi lékařem a pacientem. Očekáváním, které paní Lenka nastiňuje, je podepsání formálního souhlasu, sloužícímu lékařům a zdravotnické organizaci. Současně lze však říci, že přímo očekává, že pacient formulář číst nebude a spokojí se s ústně sdělenými informacemi, které lékař uzná za zásadní. Dalo by se tedy říci, že lékařka očekává důvěru od pacienta a jakýsi paternalistický přístup k této věci.

„*Jednou tady byl pacient, který si to celé přečetl, ale jinak to nečetl nikdo nikdy. Kromě tohoto jednoho pacienta. Prostě důvěřují, že děláme něco, co je pro ně prospěšné. (…) Tak počítám, že pak nebude problém s tím podpisem na papír. Že to pak prostě dopodepíše, spíš jako kvůli nám, abychom my to měli v té dokumentaci (…) Takže to mají celé probrané, že to ani číst nemusejí. My jim to, co považujeme za důležité z toho, tak jim to řekneme. A jim to většinou stačí a pak jen prostě podepíšou nějaký papír.“* *(paní Lenka, 27 let)*

I z výpovědi lékaře Michaela bylo znatelné očekávání ohledně „normálního“ chování pacientů, kterým je nečtení formulářů a spolehnutí se na ústní poučení. I pan Michael tedy považuje paternalistické jednání pacientů ve vztahu k písemným souhlasům a důvěru ve vztahu za přirozené: „*Tak 90 % [pacientů reaguje] úplně normálně. V klidu to podepíšou, ani to nečtou*. (…) *Stačí jim to, co jim já řeknu. Já jim řeknu ty zásadní informace, někteří si k tomu přečtou ten papír, ale to je fakt menšina. (…) Takže se spoléhají na to, co jim řeknete, a to jim stačí.“ (pan Michael, 29 let)*

Jelikož pan Michael není české národnosti a má zahraniční praxi, nabídl v rozhovoru porovnání vztahu lékaře s pacientem mezi Českou republikou a zemí východní Evropy. Explicitně zdůraznil především důvěru, kterou v Česku vypíchl a v zemi původu ji naopak označil za chybějící aspekt ve vztahu.

*„Těch, kteří přijdou k lékaři a spoléhají se na to, co jim lékař řekne, tak těch já si vážím. Vážím si té důvěry. (…) A musím říct, že tady ta důvěra v Česku… já jsem tady hrozně rád, že tady si lidé váží názorů lékaře. V Rusku to tak vůbec nefunguje. Tam ta důvěra není.“ (pan Michael, 29 let)*

S hodnocením přínosu písemného informovaného souhlasu jako mizivého či zbytečného pro pacienty souhlasí respondentka Zdena, která ho přímo označila jako nutné zlo pro nemocné jedince, pro které v dané situaci informovaný souhlas působí spíše jako zátěž. V této souvislosti zmíním myšlenku autorky Lupton (1997), která pojednává o emoční specifičnosti situace nemoci, a je toho názoru, že může vést k paternalistickému postoji od pacienta.

*„No jako nutné zlo. A prostě tam přinesete nějaký papír, řeknete: musíme, promiňte, musíte nám to tady podepsat. (…). Jako prostě jsem tady, tak něco podepíšu. Bez toho to nepůjde, ale že bych se, jako… kdyby mi bylo nevolno a byla jsem ve stavu, kdy člověk většinou přichází do nemocnice (…) a kdy člověku je třeba nevolno, zvrací, motá se mu hlava. Tak zrovna teda papír číst nebudete.“ (paní Zdena, 48 let)*

Zatímco předchozí typy vnímání souhlasu, tedy jako právní ochrany a byrokracie, mají nádech negativního hodnocení informovaného souhlasu, pozitivnější linie příběhu participantů směřovala k **respektu názoru pacienta a podpoře spolurozhodování**. Zahrnovala poučení o zákroku v souvislosti s právem pacientů na autonomní rozhodování o svém těle. Zásadní je zmínit, že tento přístup směřoval téměř výhradně u většiny respondentů k ústní podobě informování pacienta. Autonomie nemocného a respektování jeho individuality je jedním ze základních principů lékařské etiky, které popisuje Beauchamp a Childress (2001) a jednou z hlavních motivací, stojících za vznikem informovaného souhlasu (Ptáček, Bartůněk, Mach 2017: 261).

Respondentka Simona nahlédla na proces informovaného souhlasu z pozice pacienta, což ji dovedlo k zdůraznění důležitosti toho být informován o své situaci v případě zdravotního problému a došla tak jako jediná ze zpovídaných lékařů ke smyslu písemného souhlasu, který by sloužil též pacientovi. Ovšem z jejích slov je znát určitý nádech toho, že tento účel písemného formuláře je v praxi spíše normativním ideálem.

*„No já si myslím, že když na něco jdu, tak bych měla vědět, do čeho jdu a co to obnáší z mého pohledu. (…) No to záleží, z jakého pohledu se to bere. Z pohledu pacienta by měl být dokonale informovaný o tom, co ho čeká, co se s ním plánuje a pro něj výhody, nevýhody. V tom souhlasu je třeba přesně popsané, jak ten výkon se provádí.“ (paní Simona, 55 let)*

Respondentka Simona tento smysl, stejně jako ostatní participanti, spojuje především s ústním informováním nemocného, opět tedy zdůrazňuje důležitost mezilidské domluvy a komunikace. Uvádí však respekt názoru pacienta jako zásadní ve své praxi a podporuje tak ideu přechodu od paternalistického k partnerskému vztahu.

*„Ale všecko vlastně s tím člověkem proberu a záleží i na jeho názoru.“ (paní Simona, 55 let)*

Tento význam informovaného souhlasu zmiňuje i pan Vojtěch, který poukazuje na specifičnost situace nemoci a bolesti, kterou pacient prožívá a odůvodňuje tím nárok nemocného na rozhodování. Jedná se o individuální situaci, o které musí každý jedinec na základě svých osobních možností zhodnotit, co je pro něho nejschůdnější variantou. Lékař sehrává roli rádce, ovšem podle pana Vojtěcha není v podstatě možné, aby lékař univerzálně zvolil nejlepší možnost pro každého nemocného. To může souviset i s narušením blízkého vztahu (Haškovcová 2007).

*Nakonec jsou to oni, kdo tu operaci podstoupí a kdo po té operaci potom budou rehabilitovat a tak. A zároveň jsou to oni, kdo třeba s těmi bolestmi teď musí fungovat a žít. Takže to rozhodnutí je opravdu čistě na nich. To já jim jen můžu nabídnout nějaké varianty. Ale rozhodnout se musejí oni. A pak jak se rozhodnou, tak to už prostě potom respektuju*.“ *(Pan Vojtěch, 28 let)*

Participant Vojtěch v této souvislosti poukazuje na ideu přesunu od paternalistického k partnerskému vztahu a přímo ji pojí s myšlenkou informovaného souhlasu. Ovšem je nutné opět upozornit, že v kontextu hovoří spíše o ústním informování pacienta: „*Nějak to postavit do roviny, kdy pacient potom rozhoduje sám a s nějakou naší spíš radou, nebo tím, že něco doporučíme, tou situací ho provedeme, než že bychom to rozhodovali za něj.“ (pan Vojtěch, 28 let)*

Ústní informování pacienta ve smyslu respektování jeho názoru uvedla i respondentka Daniela. Konkrétně se vztahovala k situaci, kdy se informovaný pacient rozhodne odmítnou nabízenou léčbu. Respondentka naznačuje možnou omylnost lékaře, o které se v návaznosti na proměnu statusu lékaře zmiňuje Lupton (1997). Autorka píše o sesazení lékařů „z božské pozice“, k čemuž přispělo nejen vyšší vzdělání společnosti a tendence v dnešní společnosti méně respektovat profesionály, ale též upozorňování na chyby odborníků v masových médiích.

*„Tak většinou se bavíme o těch postupech, co by bylo nejvhodnější dál. Pokud to nechce, tak prostě nechce. Ale je seznámený s těmi našimi postupy, co my bychom udělali, nebo to, co by bylo nejlepší, nebo to, co se jako prostě dělá ze zkušenosti. A to je o tom poučený vždycky. (…) Je to jejich volba. Mají možnost volby a pokud si myslí, že to tak bude lepší, tak třeba jo, třeba ne, nevím. (…) Nějaké postupy jim byly navržené, když nesouhlasí nebo chtějí to jinak, tak mají na to právo.“ (paní Daniela, 37 let)*

Respondentka Hana taktéž zdůrazňuje ústní povahu informovaného souhlasu ve smyslu přínosu pro pacienta a současně vyzdvihuje respekt názoru nemocného. Poskytnuté informace tak mají pacientovi sloužit především k vlastnímu vyhodnocení rizik.

*„Záleží, kolikrát co jsem mu to vysvětlovala. Tak pokud jsem mu to vysvětlovala jednou, tak mu to vysvětlím klidně ještě jednou. A řeknu mu to, co když neudělá tak, jak je mu nabízeno, co mu to přinese, nebo odnese, jaké bude mít následky. Ale pokud ten člověk i přesto, že mu to opakovaně vysvětlím z mého pohledu dobře a hojně, a prostě řeknu mu všechno, no tak ho nechám při jeho rozhodnutí.“ (paní Hana, 54 let)*

Názor ohledně vyhodnocování rizik zmiňuje i respondent Vojtěch. Aby tento účel mohl informovaný souhlas splňovat, je zde však několik podmínek. Těmi je třeba předpokládaná schopnost a ochota pacienta rizika zhodnocovat a na základě toho se rozhodovat, což jak bylo nastíněno v teoretické části, ne vždy v praxi funguje: „…*že se na základě toho a toho rozhodne, že to vyšetření chce podstoupit i s těmi riziky.“ (pan Vojtěch, 28 let)*

Respondentka Zdena popisuje svou snahu v souvislostí s ústním vysvětlováním, stejně jako respondentka Hana výše. Současně však v momentě, kdy pacient zvolí postup, který se liší od ideální představy lékařky, respondentka Zdena vyzdvihne písemnou formu souhlasu opět v souvislosti s právní ochranou sebe sama. Upozorňuje na přesun odpovědnosti na pacienta, který informovaný souhlas umožňuje, a naznačuje existenci určité hranice mezi snahou zajistit pacientovi nejlepší péči a vědomím svých povinností jakožto lékařky, které jsou právně vyhraničené. Sdíleníodpovědnosti za zdraví pacienta obecně vede k tomu, že odpovědnost tak plně neleží na odbornících a informovaný souhlas proto v tomto podání lze chápat jednak jako podporu angažovanosti pacientů, ale současně též slouží lékařům pro vyhnutí se soudním sporům.

*„A tam já můžu jim to několikrát vysvětlit, že to bude lepší a jinak, a důležitost. Ale pokud ten člověk je zarytý, tak prostě si tam napíšu, že byl poučen a nechce. A tím pro mě to končí. Jako některý lidi nezlomíte no. (…) Já jsem jako strašně uklidnila od doby, kdy jsem se naučila si to napsat: poučen, rozhodl se. A ta zodpovědnost na mě neleží. Teď už děj se vůle boží. Já můžu jim tak vyhromovat, říct jim, jak to vidím, ale zároveň už to pak nehrotit. Protože to je život toho člověka a on se může rozhodnout.“ (paní Zdena, 48 let)*

Vnímání přesunu odpovědnosti na pacienta je výrazné ve výpovědi paní Lenky. Na rozdíl od paní Zdeny, u které lze vidět, že si na přesun odpovědnosti díky informovanému souhlasu musela zvykat, považuje paní Lenka – jejíž celou praxi v nemocnici formality informovaného souhlasu protkávají – přesunutí břemena zodpovědnosti na pacienta za přirozené, automatické. Současně zdůrazňuje rozvolnění důvěrného vztahu s pacientem, což dle Haškovcové (2007) je důsledkem větší specializace lékařů oproti dřívější době. Tento aspekt proměny vztahu zmiňoval výše již lékař Vojtěch, který taktéž spadá do skupiny mladších zpovídaných lékařů.

*„Pro mě většina těch případů končí tím, že zavřu dveře a odcházím domů. Jako že to není něco, na co bych pak myslela doma… je to jeho volba. No a těch pacientů je prostě hodně. Takže to není, jako že bych se tady upnula na toho pacienta a přemýšlela bych nad tím, jakou udělal volbu. Prostě ji udělal no. A je to jeho zdraví.“ (paní Lenka, 27 let)*

Respekt pacientova názoru v souvislosti s přesunem zodpovědnosti za rizika zdůrazňuje též respondentka Hana: *„Nemusím v podstatě souhlasit s ničím, ale pak každý je zodpovědný za své zdraví. Takže pak když řeknu, že ho nechci, a když mi doktor vysvětlí, že to mám mít, a já to přesto nechci, tak už je to moje rozhodnutí a musím si za to nést ta rizika. Takže z tohoto pohledu to určitě jako smysl má.“ (paní Hana, 54 let)*

Smysl informovaného souhlasu se pro respondentku Danielu odvíjel od typu vyšetření a lišil se na základě povahy konkrétního informovaného souhlasu. V případě rizikovějších vyšetření kladla silnější důraz na ústní poučení, jehož cílem je, aby jedinec mohl vyhodnotit rizika léčby, sám se rozhodnout a spolupodílet se tak na svém uzdravení, což vypovídá v tomto případě o určité podpoře partnerského vztahu mezi lékaři a pacienty. V případě informovaných souhlasů s vyšetřeními, která nevystavují podle názoru lékařky pacienta přílišným rizikům, je důraz na ústní poučení mezi participanty menší a převládá vnímání formálního smyslu písemného souhlasu. Respondentka Daniela toto ilustruje na dvou případech vyšetření CT mozku na základě rizikovosti.

*„(…) A my, co jako dáváme ty souhlasy, třeba na ty vyšetření, tak to jsou různý ty CT, ale tak to samozřejmě spíš informuješ. Tak většinou my děláme nativní CT, ty jsou takový, že to vyloženě žádnou kontraindikaci nemá. (…) A většinou já to považuju spíš za důležité, když se podává kontrastní látka. Kdy je riziko, že ten člověk by fakt mohl být ohrožený třeba na zdraví, na životě. Tak to nějakým způsobem se na to víc doptáš, nebo zjistíš. Tak to si myslím, že jsou takový situace, který pak si jako opravdu myslíš, že by to ten člověk měl vědět.“ (paní Daniela, 37 let)*

Rozdíl ve vnímaném smyslu informovaného souhlasu se dle typu a běžnosti vyšetření ocitl i u pana Vojtěcha. Rozebral tak blíže implicitní očekávání, kladené na přístup pacientů k informovanému souhlasu, tedy že budou angažovaněji přistupovat ke komplikovanějším záležitostem a informované souhlasy s „běžnými“ vyšetřeními budou pojímat jako formalitu: *„Ale jinak když to jsou takové ty každodenní vyšetření, nebo tak, tak tam to podepisují automaticky.“ (pan Vojtěch, 28 let)*

Obecně lze zhodnotit, že smysl souhlasu, který by šel označit jako „pro pacienta“ byl participanty zmiňován spíše v souvislosti s ústním shrnutím písemných informací lékařem, a významnější byl především v případě získávání souhlasu pacienta s rizikovými či méně běžnými a známými vyšetřeními. Jako zásadní se tak smysl souhlasu jevil jako „pro lékaře“, tedy jako úřední, ale především právní záležitost, až s druhotným důrazem na poskytnutí informací pacientovi. To souhlasí se zjištěními autorů Felt, Bister, Strassnig a Wagner (2009), že informovaný souhlas se ve zdravotnictví stává formalizovanou rutinou, ve které se zajištění svobodné volby pacientů stává druhotné.

* 1. **Vliv internetových zdrojů informací na vnímání informovaného souhlasu a vztahu mezi lékaři a pacienty**

Zatímco v době, kdy převládal paternalistický model vztahu mezi pacienty a lékaři, se pacienti spoléhali téměř výhradně na informace, jež jim poskytl jejich ošetřující lékař, dnes se situace mění (Haškovcová 2007). Pacienti přicházejí k lékaři informovaní, znalejší[[1]](#footnote-1), což jim dává větší moc. To ústí k již zmiňované proměně ve vztahu s lékařem a odlišnému způsobu komunikace mezi těmito aktéry (Timmermans 2020, Glajchová 2016). Větší znalost pacientů může být v určitých případech užitečná a může usnadňovat informování, ale může vést též k narušení vztahu a snížené důvěře v experty. Někteří pacienti pak mají tendenci problematizovat postavení lékaře, „kontrolovat“ nabízený léčebný postup nebo i vyžadovat konkrétní vyšetření či léčbu, která nemusí být vždy vhodná. Velkým problémem, vedoucím ke zhoršené spolupráci, je nízká validita zdrojů informací pro nemocné, kterou nejsou schopni vždy posoudit. Lékaři tak musí být při své práci ostražitější (Glajchová 2016). K problematice, jak nové zdroje informací ovlivnily proces informovaného souhlasu, se vyjádřili zpovídaní lékaři. Participanti zastávali dva hlavní postoje, které se nevylučují a zahrnují současně hodnocení dalších zdrojů informací pro pacienty jako pozitivní pro proces informování, stejně tak jako komplikaci spolupráce.

Všichni participanti se shodli, že v dnešní době pacienti přicházejí znalejší. Pan Vojtěch tak poznamenává, že většina písemných informovaných souhlasů není pro pacienty prvotním a jediným zdrojem informací:

„*asi jsem se ani nesetkal s tím, že by se lidem dávalo podepsat něco, kde vůbec nevědí, co podepisují.“ (pan Vojtěch, 28 let)*

Paní Lenka to rozvádí tak, že záleží na typu vyšetření, přičemž u „běžných“ vyšetření uvádí, že formální informování pacienta se stává až zbytečné: „U *CT, tam to nějak extra nevysvětlujeme, protože většinou se jich zeptám, jestli na něčem takovém byli, nebo jestli vědí, co to je. Většina lidí prostě ví.“ (paní Lenka, 27 let)*

S touto myšlenkou souhlasí i paní Hana. Písemný informovaný souhlas podle ní ztrácí v některých případech na svém významu hlavního zdroje informací pro pacienty a ústní informování mění svou povahu: *„Oni už mají většinou plánované věci nastudované z jiných zdrojů, než je informovaný souhlas. (…) Takže se zeptají na něco, co si přečetli než na to, co je napsané v informovaným souhlasu“ (paní Hana, 54 let)*

Další shoda panovala ohledně toho, že předem informovanější pacienti jsou častěji mladšího věku, přičemž starší pacienti stále spíše upřednostňují paternalistické techniky, což se shoduje se zjištěními autorky Lupton (1997). To lze ilustrovat na výpovědi lékařky Simony.

„*Ti mladší, kteří si ještě většinou kolem najdou fůru informací všude jinde, na internetu a tak, tak ti potom třeba se doptávají dál. Ale ti starší lidi, se kterými já většinou pracuju, tak těm většinou stačí to, co jim řeknu.“ (paní Simona, 55 let)*

První postoj, který lékaři naznačovali, byl spíše **negativním hodnocením dohledávání informací pacienty**. Z výpovědí bylo opět patrné téma důvěry, jelikož zjišťování informací nad rámec těch, které pacientům poskytují, považovali lékaři často za projev nedůvěry, neakceptování jejich autoritní pozice experta a narušování očekávaných rolí ve vztahu.

*„Mají pocit, že si to načetli, takže jsme si ohledně znalostí o jejich nemoci na stejné úrovni.“ (paní Daniela, 37 let)*

Respondentka Hana dává přímo do souvislosti rostoucí právní smysl souhlasu s proměnou populace a společnosti. S narušením tradičního paternalismu ve zdravotnictví ve spojitosti s angažovanějším přístupem nemocných, vnímá lékařka taktéž pokles důvěry ve vztahu mezi lékařem a pacientem, což dle její výpovědi vede k nárůstu byrokracie a větší potřebě právní ochrany v souvislosti s proměnou pozice lékaře. Pocit nedůvěry popisuje Glajchová (2016) jako poměrně typický pro lékaře ve veřejném sektoru.

*„Ale asi si člověk musí víc dávat pozor, co jim říká a jak jim to říká. Protože dneska je větší prostor na to, si všechno zjišťovat, ověřovat, mají jiný informační zdroje. Zkontrolují si to na internetu, vygooglují si to, jestli to, co jsme jim řekli, jestli to tak je nebo ne. No tak proto si myslím, že je i daleko větší počet těch všech informovaných souhlasů. I na věci, které dřív by ani nenapadlo, že na tom musíme dát informovaný souhlas.“ (paní Hana, 54 let)*

Změnu generace a doby vnímá i lékařka Zdena. Internetové zdroje informací podle ní vedou k tomu, že lidé o informování od lékaře a celkově o proces informovaného souhlasu méně stojí: *„Když jsem začínala, tak nebyly sociální média, nebyl internet, nebylo možno si leccos vyhledat. A lidi vlastně možná i o ty informace bych řekla víc stáli. Byla jste jedním z mála, kdo jim mohl nějakou informaci podat.“ (paní Zdena, 48 let)*

Paní Zdena dodává, že je ochotna s pacienty probrat informace, které si zjistili, není tak proti angažovanému přístupu nemocných, avšak je nutné, aby nezpochybňovali její pozici a expertní vědění.

*„Nemám ráda ty, co vám řeknou, že už si to všechno našli na internetu a všechno ví. A říkají nesmysly, protože neznají kontext. (…) Záleží na osobnosti člověka. Jestli je ochoten přijmout, že budeme diskutovat, vysvětlovat. Jestli vás chce akceptovat. To je jedině o tom. (…) Spíš je otázka, do jaké míry ten člověk s těmi informacemi chce pracovat, a má zájem se o tom bavit“ (paní Zdena, 48 let)*

Stejný postoj sdílí i pan Vojtěch a pan Karel. Klíčové je, aby pacient byl ochoten lékaře respektovat a nepovažoval informace z internetu za validnější zdroj znalostí než lékaře. Lékaři poukazují na nutnost vyvracování mylných informací. Jedná se o časově náročnější a komplikovanější komunikaci a proces informování, což může být pro experta frustrující*:*

*„Určitě se nebude pracovat dobře s někým, kdo je přesvědčený o svojí pravdě a tu už odmítá opustit. Když si někdo něco někde přečte a chce vlastně jenom potvrdit to svoje přesvědčení, tak to asi bude náročné vyvracet.“ (pan Vojtěch, 28 let)*

*„Tak ti si něco přečtou na internetu, dojdou k nějakému názoru a ten názor přede mnou prezentují a jsou velmi těžko odklonitelní v tom, že by měli přiznat, že to špatně pochopili. Nepřiznají si, že něco mohli špatně pochopit.“ (pan Karel, 57 let)*

Podobně se k tématu vyjadřuje pan Michael, který explicitně zdůrazňuje narušování rolí aktérů interakce jakožto laika a experta. Dopady dohledávání informací hodnotí negativně jak pro sebe, tak pro pacienta a pro celý proces informování.

„*Oni si vše přečtou a jsou z toho akorát nervózní a napjatí. A ještě ti, co si přečtou špatnou informaci. A musím jim to znovu stejně všechno vysvětlit, naopak ještě je to horší tím, že často si stojí na něčem, co si načetli, a nechtějí si nechat vysvětlit, že to špatně pochopili. Protože to nejsou doktoři, ale pacienti. Sice si to přečíst můžou, ale často nemají schopnosti na to, aby to správně pochopili. A to pak akorát komplikuje práci, trvá to víc času.“ (pan Michael, 29 let)*

Velmi negativním aspektem dohledávání informací se pro lékaře jeví požadování konkrétní léčby či vyšetření pacientem. Reakce lékařů byla většinou shodná a znamenala opětovné vysvětlování a vyvracení, které když nevedlo k odklonu nemocných od požadavku, tak lékaři ustoupili a když to bylo možné, tak vyšetření pacientům dopřáli, přestože ho považovali za zbytečné. Lékaři přenechali na pacientovi, aby nesl sám rizika za takto nevhodný postup. Zde vyvstává zvýšená moc pacientů a původ ohrožení veřejného zdraví, na které upozorňuje Timmermans (2020), ale též defenzivní povaha medicíny, pro níž je typické provádění nadbytečných vyšetření.

*„Vysvětluji jim to, opakovaně. Ale někdy jsou fakt urputní. A je pravda, že možná nesprávně z našeho pohledu, ale že abychom od nich měli pokoj, tak jim to dopřejeme.“ (paní Hana, 54 let)*

Lékař Michael požadování léčby pacientem označuje za projev proměny vztahu a rolí lékaře a nemocného. Kritizuje narušování pacienty pozici lékaře jako autority, experta, za kterým nemocní přišli pro pomoc: „*Oni přijdou a řeknou, co já mám udělat. A to už pak není pacient-lékař, to už je jiný vztah. Pacient nemůže říkat lékaři, co má udělat.“*

Jako zásadní se však jeví validita zdrojů, ze kterých pacienti čerpají. Na základě toho lékaři odlišovali, zda je pacient „dobře“ či „špatně“ informován, což ovlivňuje následně proces informování od lékaře. Negativně byly hodnoceny především sociální sítě jako zdroj informací kvůli specifičnosti prožitku nemoci. Autory příspěvků, ze kterých nemocní čerpají jsou další pacienti, nikoliv experti, od kterých by měly být validní údaje získávány. Avšak sečtělé jedince, které mají validní informace a jsou ochotni o nich diskutovat, **lékaři hodnotili pozitivně**.

*„Když to mají načtené dobře, tak ty jsou dobrý. Aspoň vědí, do čeho jdou (…) Špatní jsou ti, co to sdílejí na sociálních sítích a sbírají informace od druhých, které jsou leckdy zavádějící, protože každý všechno vnímá jinak“ (paní Simona, 55 let)*

Respondentka Zdena informovanost pacientů z validních zdrojů hodnotí velmi kladně a je toho názoru, že přispívá k fungujícímu vztahu mezi lékařem a pacientem. Zajímavý je poznatek, že lékařka preferuje, když pacienti jsou nad rámec informovaní ze zdrojů, které jim ona konkrétně doporučí. Jedná se tedy o ojedinělou situaci, kdy dohledávání informací pacientem působí jako projev důvěry v lékaře, nikoliv naopak.

*„Když mají zájem o kontakty na weby, které jsou adekvátní a jsou k tomu připravené. A to, co já jim řeknu, je pro ně důležitý (…) Protože si říkáte, jako tady já vám můžu pomoct ještě jinak, než jenom napíšu léky. Ale můžu vám předat víc tím, že se ten člověk rozumně zeptá a má o to zájem.“ (Zdena, 48 let)*

I pan Vojtěch hodnotí vlastní zdroj informací pacientem jako pozitivní, když je správný. Přínos vidí v usnadnění procesu informování od lékaře. Zdůrazňuje tak pacientovi znalosti jako něco, co má pouze pomoci pochopit a vstřebat informace, které mu podává lékař, nikoliv je nahradit: „V*lastní zdroj informací, že si o tom už něco někde přečetli a něco o tom vědí, někdy potom vede k tomu, že je snazší jim něco vysvětlit.“ (pan Vojtěch, 28 let)*

Lze tak zhodnotit, že lékaři vidí jak negativní, tak pozitivní aspekty dohledávání informací pacienty na proces informovaného souhlasu. Nemocní však musí důvěřovat lékaři, čerpat z validních zdrojů a zachovávat respekt k názoru lékaře. Požadování konkrétní léčby je jevem, který se ukázal jako stále častější, a vypovídá o přehnané moci některých pacientů v určitých momentech. V určitých částech interakce tak nadále přetrvává paternalismus, jindy se situace dostala přes partnerský vztah až po diktování si léčby pacientem. Závisí na okolnostech, typu a preferenci pacienta, diagnóze a přístupu a osobnosti konkrétního lékaře, jak bude proces informování probíhat.

ZDROJE:

BEAUCHAMP, Tom L. a CHILDRESS, James Franklin. *Principles of biomedical ethics*. 5. ed. Oxford: Oxford Univ. Press, 2001. ISBN 0195143310.

FELT, Ulrike; BISTER, Milena D.; STRASSNIG, Michael a WAGNER, Ursula. Refusing the information paradigm: informed consent, medical research, and patient participation. Online. *Health (London, England: 1997)*. 2009, roč. 13, č. 1, s. 87-106. ISSN 1363-4593. Dostupné z: https://doi.org/10.1177/1363459308097362. [cit. 2024-03-05].

GLAJCHOVÁ, Alena. Zranitelnost lékařské profese jako důsledek rostoucí autonomie pacientů. Online. *Lidé města*. 2016, roč. 18, č. 1, s. 3-27. ISSN 1212-8112. [cit. 2024-03-02].

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas*. Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-735-6.

JORDENS, Christopher F. C.; MONTGOMERY, Kathleen a FORSYTH, Rowena. Trouble in the gap: a bioethical and sociological analysis of informed consent for high-risk medical procedures. Online. *Journal of bioethical inquiry*. 2013, roč. 10, č. 1, s. 67-77. ISSN 1176-7529. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/s11673-012-9414-7. [cit. 2024-03-02].

PTÁČEK, Radek; BARTŮNĚK, Petr a MACH, Jan. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-334-0.

TIMMERMANS, Stefan. The Engaged Patient: The Relevance of Patient–Physician Communication for Twenty-First-Century Health. Online. *Journal of health and social behavior*. 2020, roč. 61, č. 3, s. 259-273. ISSN 0022-1465. Dostupné z: https://doi.org/10.1177/0022146520943514. [cit. 2024-03-02].

1. Avšak jednání pacientů není univerzální. Nemocní reagují při interakci s lékařem v situaci nemoci odlišně na základě mnoha faktorů (Haškovcová 2007). [↑](#footnote-ref-1)