Kompetence pacienta a informovaný souhlas

Adam Doležal, Tomáš Doležal

¹Ústav státu a práva AV ČR, v. v. i., Praha

Otázka kompetence pacienta bývá v praxi často řešena bez většího teoretického konceptu. Takový přístup, zaměřený na zjišťování kompetence pouze na základě intuice a zkušeností lékaře, může však v některých případech vést k jejímu neadekvátnímu posouzení u konkrétního pacienta. V konečném důsledku pak může dojít k tomu, že bude respektováno rozhodnutí nekompetentní osoby nebo naopak nerespektováno rozhodnutí osoby kompetentní. Obě varianty mohou mít závažné etické, ale i právní důsledky. Tento článek se proto zabývá teoretickými i praktickými otázkami kompetence u zletilých pacientů.

Klíčová slova: autonomie, beneficence, bioetika, informovaný souhlas, kompetence.

Competence and informed consent

The issue of a patient's competence is often solved in practice without a major theoretical concept. Such an approach, focused only on the basis of intuitions and experiences of physicians, however, may lead in some cases to an inadequate assessment of competence of a particular patient. Ultimately, it can happen that the decision of an incompetent person will be respected or that the decision of the competent person will be disrespected. Both possibilities can have ethical as well as legal consequences. This article addresses both theoretical and practical issues of competence in adult patients.

Key words: autonomy, beneficence, bioethics, competence, informed consent.

Úvod

Doktrína informovaného souhlasu je v současné době nepochybně etickým i právním základem pro vztah lékaře a pacienta v klinické praxi. Až na některé zákonem stanovené výjimky, jako je např. neodkladná péče, ochrana veřejného zdraví apod., musí být jakékoliv rozhodování o medicínských výkonech podloženo souhlasem pacienta. Ten musí být náležitě informován o povaze, účelu, následcích i rizicích poskytovaných zdravotních služeb. Aby institut informovaného souhlasu naplňoval svůj základní účel, musí být osoba¹, která jej uděluje, dostatečně kompetentní. Hodnocení kompetence pacienta, adekvátnosti jeho duševních schopností pro rozhodování o medicínském postupu, bývá v medicínské praxi nezbytné. Lékaři jsou velmi často konfrontováni se situací, kdy musí rozhodovat o tom, zda pacient je skutečně schopný rozhodovat o své zdravotní péči. Většinou řeší celou situaci na základě nabytých zkušeností a vlastní intuice – typicky např. na základě chování pacienta (případně změn v jeho chování), jeho oblékání, jeho celko-

vého vnějšího vzhledu nebo jeho komunikace s lékařem, schopnosti pochopit a porozumět, co je mu sdělováno, apod.

Ačkoliv taková intuitivní rozhodnutí bývají mnohdy správná, přesto je vhodnější, pokud lékař rozhoduje na základě určitých teoretických a praktických znalostí o této problematice, tj. má určitou strategii, jak rozlišovat mezi kompetentním a nekompetentním pacientem (1). Rozhodnutí o kompetentnosti pacienta má totiž zásadní etický význam – rozhoduje se zde o tom, zda má lékař nebo jiný zdravotnický pracovník respektovat autonomní volbu pacienta ve formě informovaného souhlasu (případně informovaného odmítnutí) nebo zda má za pacienta rozhodovat jiná osoba. Kompetentní osoba je schopna činit vlastní smysluplná rozhodnutí, z tohoto důvodu má být respektována její autonomie. Na druhou stranu, pokud osoba není kompetentní k rozhodování, pak ani není schopna autonomního rozhodnutí. V takovém případě je princip autonomie upozaděn a na jeho místo nastupují etické principy beneficence a nonmaleficence – základním cílem je, aby pacientovi nebyla způsobena újma a aby narůstal jeho prospěch (2).

¹ Pro účely tohoto článku uvažujeme pouze o zletilých pacientech, přičemž kompetence u nezletilých osob má řadu vlastních specifik.

Za pacienta musí v takovém případě rozhodovat jiná osoba, která má povinnost jednat v nejlepším zájmu pacienta. Tak je chráněno dobro pacienta, jeho blahobyt (welfare). Z teoretického hlediska tak správné rozhodnutí o kompetenci přispívá k ochraně zásadních etických hodnot – autonomie a welfare (3), naopak nesprávné rozhodnutí je může zásadním způsobem poškodit. Posouzení kompetence má také nepochybně zásadní právní význam s možnými odpovědnostními následky, ať už se jedná o možný zásah do osobnostních práv pacienta (pokud není respektována vůle kompetentního pacienta), či dokonce možný trestněprávní postih v případě, kdy je např. respektováno odmítnutí pacienta podstoupit léčbu, která může zachránit jeho život, ačkoliv pacient v dané situaci není kompetentní.

Literární rešerše

V zahraničí existuje velké množství literatury, zabývající se jednak teoretickým konceptem kompetence v bioetice, a dále i jeho aplikací na konkrétní situace, spočívající v různých typech empirických testů. V českém prostředí existuje odborná literatura týkající se způsobilosti pacienta k právnímu jednání, případně psychologická a psychiatrická literatura věnující se sníženým mentálním schopnostem osob, nicméně až na některé výjimky (4, 5) chybí literatura zabývající se kompetencí v bioetice. Je zřejmé, že právní otázka omezení svéprávnosti člověka, resp. způsobilosti k danému právnímu jednání, je oblasti kompetence velice blízka, ale jak bude poukázáno níže, není s ní totožná. Podobně existuje blízká souvislost mezi duševní nemocí, jinou duševní poruchou, či mentálními poruchami v důsledku poškození mozku a nekompetencí, nicméně opět nelze mezi oběma kategoriemi udělat rovnítko (1).

Terminologie, právní nazírání, generální a specifická kompetence

Samotný termín kompetence je termínem odvozeným z latinského výrazu *competens*, jehož význam značí býti *mocen, schopen něčeho, hoditi se, stačiti k něčemu* (6). V anglické terminologii se užívá termín *competence*, někdy však i termín *capacity*. Tradičně bývají vnímány jako synonyma, někteří anglicky mluvící autoři však vidí rozdíl v jejich použití v právním a v etickém kontextu (7, 8). Takové rozlišení však není časté a ani přesné. V tomto textu budeme používat termín kompetence, který je zavedený, byť v českém jazyce může mít i zavádějící konotace spojené s rozhodovací pravomocí (5). Tento termín je vhodný i proto, že se odlišuje od právního termínu způsobilosti k právnímu jednání. Lze říci, že kompetence je vždy kompetencí ke splnění určitého úkolu (9) – v případě informovaného souhlasu se pak kompetence vztahuje k rozhodování o medicínském výkonu, který bude činen pacientovi, tj. buď k jeho dobrovolnému odsouhlasení, nebo k jeho odmítnutí.

Tato definice, ačkoliv se zdá být vcelku jednoduchá a akceptovatelná, vede k závěru, který už se může jevit jako ne zcela intuitivní. Jestliže je totiž kompetence vždy v relaci s prováděným úkolem, znamená to, že osoba může být kompetentní k učinění informovaného souhlasu k relativně jednoduchému rozhodnutí, např. o léčbě zlomeného prstu, nemusí být např. už kompetentní k souhlasu k složitějším medicínským rozhodnutím (např. k rozhodování o léčbě při onkologickém onemocnění). Konečně to vede k dalšímu závěru, který je již problematictější –

může zde totiž existovat rozdíl mezi právním pojetím způsobilosti osoby k právnímu jednání (tj. způsobilosti k rozhodnutí o poskytované péči *de iure*) a kompetencí k rozhodování z hlediska faktického (*de facto*).

Tento problém vyplývá zejména z toho, že právní posuzování způsobilosti alespoň zpočátku inklinovalo k tomu, aby osoba byla chápána buďto jako způsobilá ke všem rozhodnutím, nebo naopak chápána jako k takovému rozhodování jako zcela nezpůsobilá. Občanský zákoník č. 40/1964 Sb., který byl účinný až do konce roku 2013, používal termín *způsobilost k právnímu úkonům*, které mohla být osoba na základě rozhodnutí soudu zcela zbavena.

Nový občanský zákoník (zákon č. 89/2012 Sb.) používá již modernější koncept *omezení svéprávnosti*, tj. osoba nemůže být zbavena způsobilosti k rozhodování zcela, ale pouze v míře, v níž k rozhodování není způsobilá (10). Současně je občanský zákoník postaven na zásadě, že by omezení svéprávnosti mělo být až tou nejzazší možností a nabízí člověku řadu podpůrných opatření (různé formy nápomoci při rozhodování). V oblasti rozhodování o omezení svéprávnosti je pak na soudech, aby rozhodly, v jaké míře a rozsahu bude svéprávnost u konkrétního člověka omezena. Bohužel je stále pravidlem, že v oblasti způsobilosti k rozhodování o péči o vlastní zdraví (poskytování zdravotních služeb) soudy často paušálně rozhodují tak, že osoba má být omezena v rozhodování o udělení souhlasu k jakémukoliv medicínskému výkonu, což může vést k eticky nepřijatelnému omezení autonomie pacienta. Vezměme si pro názornost následující případ:

Pacient J. trpí schizofrenií. Na návrh jeho matky soud rozhoduje o omezení jeho svéprávnosti, a to zejména s ohledem na jeho probíhající psychiatrickou léčbu. Soud na základě předložených důkazů rozhodne tak, že pan J. není nadále schopen rozhodovat o medicínských výkonech a omezí jej v jeho svéprávnosti tak, že „nadále nemůže činit rozhodnutí o poskytování zdravotních služeb o jeho osobě, včetně možnosti podání informovaného souhlasu nebo odmítnutí provedení zdravotnických výkonů.“ Po několika týdnech nucené hospitalizace je pan J. svěřen do ambulantní péče. Nadšen si jde zahrát fotbal a při něm dojde k úrazu kotníku, který je možné řešit operativně nebo konzervativně. Ačkoliv pan J. plně rozumí své situaci, chápe ji, i případné důsledky pro svou osobu, přesto za něj v důsledku soudního rozhodnutí musí rozhodovat jeho opatrovník.

Taková situace samozřejmě nabádá k jisté pochybnosti o učiněném právním závěru. Z etického hlediska totiž zcela popírá možnost autonomní volby osoby, která je k takovému jednání kompetentní. Původní právní hledisko vyplývá z tzv. generální (obecné) teorie kompetence. Tento přístup vychází z předpokladu, že ten, kdo je kompetentní k činění rozhodnutí v běžném každodenním životě, je kompetentní k činění rozhodnutí i v medicínské oblasti. Tato strategie vychází z toho, že základní schopnosti užívané v rozhodnutích činěných v běžném životě, jako jsou například obchodní transakce, rozhodování o bydlení apod., vyžadují obdobné schopnosti jako schopnosti ty, které jsou uplatňované při informovaném souhlasu. Lidé jsou podle této teorie buď obecně schopní činit většinu rozhodnutí, nebo naopak nikoliv. Implicitně se tedy předpokládá, že základní schopností je schopnost rozhodnout se na základě zvážení relevantních informací. Za nekompetentní by měla být považována pouze osoba, která trpí určitou disfunkcí, tj. má specificky oslabené některé schopnosti. Podle této teorie je osoba P

kompetentní pro jakýkoliv úkon, pokud je naplněn určitý obecný standard (míra) schopnosti. Taková osoba je schopna činit většinu úkolů, kterým je vystavena v běžném životě.

Protikladem k této teorii pak je specifická teorie kompetence, která pro každé rozhodnutí vyžaduje odlišné schopnosti i odlišnou míru těchto schopností. Podstatný je tedy kontext dané situace, časový rámec rozhodování, složitost rozhodnutí, i jeho následky. Schematicky lze specifickou teorii kompetence znázornit následovně: Osoba P je kompetentní pro dané rozhodnutí, pokud má v konkrétním okamžiku v dané situaci schopnosti $S_1, S_2, S_3, \dots, S_n$ vyžadované pro specifické konkrétní rozhodnutí (11).

Teorie specifické kompetence více odpovídá skutečnosti a potřebám člověka. Z etického hlediska je přijatelnější, protože více respektuje autonomii osoby, když je tato autonomie zohledňována kontextuálně v každém okamžiku, v každé situaci, v každém rozhodnutí a s ohledem na konkrétní osobu. Na druhou stranu je zřejmé, proč je pro právní účely pragmaticky vhodnější obecná teorie kompetence – podle ní lze totiž jednodušeji hodnotit kompetenci osoby. Tato teorie je ovšem neudržitelná, neboť koncept respektu k autonomnímu rozhodování nabourává zcela zásadním způsobem a moderní právní řády ji již opouštějí. K ilustraci uveďme následující příklad:

Pan A, 72letý muž, trpí příznaky Alzheimerovy choroby. V minulosti již několikrát obdaroval svým majetkem neznámé lidi, proto se jeho rodina rozhodla a navrhla, aby byla omezena jeho svéprávnost pro oblast civilního závazkového práva. Soud tak i rozhodl a ustanovil mu opatrovníka. Nyní je muž v nemocnici a lékař mu vysvětluje, že při jeho nemoci je vhodné brát určitý typ léčiv, ačkoliv mají jen nízký prospěch. Zároveň vysvětluje některá možná rizika. Pacient v daném momentě je zcela lucidní, komunikativní, léčbě plně rozumí a po komunikaci s lékařem souhlasí.

Podle obecné teorie kompetence by ovšem pan A. neměl být schopen činit žádná zavazující rozhodnutí, protože je nekompetentní. Podle specifické teorie však pan může pan A. být nekompetentní pro uzavírání smluv, nicméně zároveň může být zcela kompetentní pro rozhodnutí ve věci jeho léčby (tj. braní daných léčiv). Specifická teorie kompetence navíc odpovídá již nastavené teorii kompetence jako kompetence směřující ke splnění konkrétního úkolu (*task oriented competence*).

Standardy, resp. schopnosti nutné pro hodnocení kompetence

Pokud akceptujeme teorii specifické kompetence, pak je pro oblast rozhodování v medicínských věcech nutné nastavit jistá kritéria, podle nichž má být v dané situaci kompetence posuzována. V teorii se mluví o standardech kompetence (12), které musí být naplněny, aby osoba mohla být považována za kompetentní. Jinými slovy, pro praktické hodnocení kompetence konkrétního pacienta nás zajímá, jaké musí mít schopnosti (abilities), aby byl považován za osobu schopnou samostatného rozhodování o vlastní léčbě. Nejedná se přitom o schopnosti, které lze odvodit pouze z klinického stavu osoby (duševní nemoci, duševní poruchy, poruchy funkčnosti centrální nervové soustavy apod.), ale spíše o specifické funkční schopnosti osoby relevantní pro konkrétní rozhodování. I když mentální poruchy mají přímý vliv na tyto schopnosti, nelze

jen na základě psychologické nebo psychiatrické diagnózy rozhodnout, zda je schopna učinit samostatně volbu z nabízených alternativ (1).

Ačkoliv v odborné literatuře existuje jistý rozptyl (1, 2, 11, 12) ohledně schopností, které jsou určující pro hodnocení toho, zda je osoba kompetentní či nikoliv, lze dojít k závěru, že podstatné jsou zejména následující kategorie schopností:

- **schopnost pracovat s informacemi**, zejména schopnost relevantní informace přijímat, rozumět jim, chápat jejich důležitost pro vlastní situaci, ve které se pacient nalézá, vnímat důsledky možných medicínských procesů, a konečně i schopnost udržet informace po relevantní dobu v paměti;
- **kognitivní schopnosti rozvažování**, zejména rozvažování o důvodech léčby, kognitivní analýza alternativ medicínských postupů, schopnost tyto medicínské postupy zvažovat a řadit je podle důležitosti a koherenci s hodnotami, které osoba zastává, schopnost vztahovat důsledky k vlastní osobě, a konečně sem spadá i emocionální vybavenost, jeho schopnost přijmout a pracovat s alternativami;
- **rozhodovací schopnosti**, tj. schopnost se v konkrétní situaci rozhodnout (např. jsou osoby s patologickou neschopností provést rozhodnutí a nést za něj důsledky), schopnost i přes pochybnosti se zavázat k takovému rozhodnutí a konečně i schopnost takové rozhodnutí vyjádřit navenek.

V rámci snahy o definování standardů bylo často prováděno empirické testování jednotlivých osob, u nichž bylo podezření na sníženou míru kompetence (zejména s ohledem na jejich medicínskou diagnózu). Mezi nejznámější metody testování patří zejména MacCat-T (1), HCcat (13), Aid to Capacity Evaluation (ACE) (14) a test podle anglického zákona na Mental Capacity Act (15) pro zkoumání kompetence v klinických situacích, kdy se nejedná o neodkladnou nebo akutní péči, případně systém CURVES (8), který byl vyvinut pro použití v situacích neodkladné a akutní péče.

Ačkoliv mají tyto empirické nástroje relativně slušné výsledky, nelze je použít na každou situaci a vykazují určitou míru chybovosti (11). Navíc vyžadují také čas pro jejich provedení a spolupráci v rámci ošetřujícího týmu (8). Z tohoto důvodu může být pro praxi daleko důležitější nastavit si jistá obecná pravidla pro hodnocení kompetence, která je důležité respektovat.

Praktické principy

Pro praxi je základní pravidlo, podle něž se předpokládá, že osoba je kompetentní, dokud se neprokáže opak. Mluví se o tzv. *presumpci kompetence*. Nekompetentnost osoby musí být prokázána. Důvodem existence tohoto pravidla je etická hodnota autonomie, a zejména skutečnost, že takové rozhodnutí bude odrážet hodnoty, preference a přání pacienta. Jako důkaz nekompetence však nemůže sloužit pouhá duševní nemoc nebo jiná duševní porucha, či poškození centrální nervové soustavy. Tyto příznaky zvyšují pravděpodobnost toho, že osoba bude nekompetentní, nejsou však samy o sobě postačující – musí ještě dojít i k funkčním deficitům u schopností uvedených v předchozím oddíle. I soudy v USA, jejichž rozhodnutí mají precedenční význam, učinily řadu rozhodnutí, že diagnóza mentální retardace, demence nebo duševní nemoci neznamená bez dalšího nekompetentnost

k rozhodování (1). Vždy totiž rozhoduje aktuální stav osoby a aktuální účinky nemoci na tuto osobu.

Pokud existují určité pochybnosti o některé ze shora uvedených schopností člověka, je vhodné posuzované osobě pomoci, aby zvládla učinit vlastní smysluplné rozhodnutí. Taková pomoc nebude poskytována, když osoba postrádá pro dané rozhodnutí zcela schopnosti porozumět informacím, či s nimi pracovat. Pokud je však možné, že s pomocí jiných bude schopna učinit rozhodnutí, pak je vhodné takovou pomoc zabezpečit. Opět je zde totiž ve hře hodnota autonomního rozhodnutí – kompetentní osoba, byť s nápomocí, je o sobě samé většinou schopna činit nejlepší rozhodnutí. Lékaři ani jiní zdravotníci pracovníci by proto osobu neměli pokládat za nekompetentní, dokud nebyly učiněny veškeré pomocné kroky a ty se ukázaly jako neúspěšné. Za pomocné kroky lze pokládat např. různé druhy komunikace (např. nonverbální komunikace), používání znázorňovacích pomůcek (fotografie, obrázky, zvukové nahrávky apod.) nebo zaměření na vylepšování komunikačních schopností a jiných schopností souvisejících se schopností učinit rozhodnutí, případně medicínská podpora (např. použití podpůrných léků nebo naopak vysazení těch léků, které pacienta mohou utlumovat apod.) (15). Ve složitějších případech je vhodné a v řadě případů, pokud je to fakticky možné, nezbytné získat názor od psychologa, psychiatra nebo jiného obdobného odborníka (15). Taková odborná pomoc může být podpůrná z důvodů etických i z důvodu právních, zejména s ohledem na právní jistotu posuzujícího lékaře. Konečně se nabízí i možnost pomoci osoby blízké, při jejíž přítomnosti osoba lépe komunikuje a je schopna se lépe rozhodovat. Důležitým faktorem může být i prostředí a náležitá doba k rozhodování (1). Teprve pokud ani tyto podpůrné kroky nevedou k výsledku, je možné osobu považovat za nekompetentní k danému rozhodnutí, nikoliv však k rozhodování jako takovému. Platí totiž, že kompetence se může měnit v průběhu času, stejně tak se změnou situace.

Důležité pravidlo je také, že člověk má právo na iracionální rozhodnutí. Jen z toho důvodu, že činí nemoudré rozhodnutí, nelze dovozovat, že je nekompetentní. Typickým případem jsou situace, kdy osoba podle názoru lékaře iracionálně odmítá medicínský výkon, který by jí mohl výrazně pomoci. Taková situace je zřejmě jedna z nejobtížnějších pro posouzení – na jednu stranu i relativně zdravý pacient může jednat v určité situaci nekompetentně, protože např. z důvodu stresu po úrazu nedokáže správně vnímat a zpracovat podávané informace nebo správně zhodnotit situaci, ve které se nachází. Případně se u pacienta může objevit např. psychická obrana popření či vytěsnění informací. Na druhou stranu naopak lékař nesmí paternalisticky zasahovat v takové situaci, kdy se pouze odlišuje jeho hodnotový systém od pacientova. Pokud je pacientova projevovaná vůle konzistentní s jeho dlouhodobě projevovanými preferencemi, pak lze očekávat, že takové rozhodnutí je koherentní s jeho vlastním hodnotovým systémem a nelze jej považovat za neautonomní. Ačkoliv existují i teorie, které za autonomní považují pouze rozumné rozhodnutí (16), většina odborníků uznává, že autonomii je nutné respektovat i v případě rozhodnutí, které může samotného pacienta poškodit. Typickým příkladem jsou odmítnutí na základě víry nebo kulturních souvislostí (17). Ačkoliv někteří autoři odmítají, že by lékaři měli iracionální rozhodnutí pacienta respektovat (18), tvoří v bioetice pouze minoritní názorovou skupinu. Z právního

hlediska je náboženské nebo morální přesvědčení pacienta, které lékař (nebo většinová společnost) považuje za iracionální, nutné respektovat jako projev jeho autonomie.

Pokud je pacient u lékaře, resp. jiného zdravotnického pracovníka v dlouhodobější péči, poslouží jako kritérium pro uvažování o nekompetentnosti zejména, pokud osoba opakovaně činí nerozumná rozhodnutí, která ho vystavují signifikantnímu riziku způsobení újmy, nebo v případě, pokud je jeho rozhodnutí v rozporu s jeho charakterem či je očividně nesmyslné (1). Právě v takové dlouhodobější péči může být vhodné oslovit odborníka s psychologickým nebo psychiatrickým vzděláním. Poněkud odlišná je situace v případě neodkladné péče, což bude rozebráno níže v tomto textu.

Časový faktor

Konečně je vhodné si vždy uvědomit, že kompetence je proměnlivá v souvislosti s časem. Pacient, který je jeden den dostatečně kompetentní k rozhodování, může být druhý den již nekompetentní a obráceně. Dokonce tu může být rozdíl mezi pacientem a jeho schopnostmi ráno a jeho schopnostmi ve večerních hodinách (19). I proto generální teorie kompetence, tj. omezení pro všechna rozhodnutí při poskytování zdravotních služeb, nemůže být správná. V tomto smyslu je důležité upozorňovat i lékaře, aby pacienta, který je omezen právně ve svéprávnosti, nepovažovali automaticky za nekompetentního a neschopného k rozhodování v dané situaci (20).

Z toho důvodu je také nezbytné, aby v rámci dlouhodobější péče byla neustále prováděna revize rozhodnutí o kompetenci. Tomu odpovídá i etické pojetí informovaného souhlasu, které nemá být pouhé jednostranné odsouhlasení navrhovaného medicínského postupu, ale poučená dohoda, ke které pacient a lékař dospívají na základě dlouhodobého probíhajícího dialogu (tzv. *shared-decision making*) (21). Tedy i kompetence musí být neustále přezkoumávána, protože pacient může být v některých situacích lucidní a byl by poškozen, pokud by jeho rozhodování nebylo respektováno. S větší mírou podávání informací totiž může narůstat orientace osoby, její náhled na situaci a bude tak schopna spíše učinit adekvátní rozhodnutí, které odpovídá jejímu skutečnému přání.

Poněkud odlišná situace je při neodkladné péči. Neodkladná péče je v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), definována v ustanovení § 5 odst. 1 písm. a) jako péče, „jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí“. Úsudek o neodkladnosti péče je vhodné zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Pro tuto péči platí, že ji pacientovi lze bez souhlasu poskytnout, pokud zdravotní stav neumožňuje pacientovi tento souhlas vyslovit (§ 38 odst. 3 zákona o zdravotních službách). To nepochybně neznamená pouze to, že není schopen artikulovat souhlas, ale že je skutečně k takovému udělení informovaného souhlasu nekompetentní, tj. nemá k jeho udělení náležitou schopnost. I tady je nejvíce problematická situace, kdy pacient odmítá léčbu a lékař

pochybuje o jeho kompetenci. Pokud totiž pacient není kompetentní, pak je možné provést medicínský výkon při neodkladné péči i proti jeho vůli.

Příklad

25letý pacient s diagnózou mírné mentální retardace (development delay), který byl při soudním řízení shledán jako svéprávný, byl hospitalizován s vážnou komunitní pneumonií. Pacient žil sám. Nacházel se v kritickém stavu, rozvíjelo se u něj akutní respirační selhání, přesto odmítal intubaci a mechanickou ventilaci. Zároveň byl informován, že bez poskytnutí lékařské pomoci s vysokou pravděpodobností zemře. Pacient sděluje lékařům, že rozumí, nicméně i nadále navrhovanou léčbu odmítá. Zdravotnický tým se pokouší neúspěšně sehnat rodiče pacienta. Důvodem pro odmítání je pacientův strach z neinvazivní ventilace a ze zavedení endotracheální trubice. Ze strany lékaře je mu nabídnuta sedace pro uklidnění, pacient však i nadále provedení výkonu odmítá.

Pro podobné situace je dlouhodobé vyhodnocování pacientovy kompetence na základě jejího přezkoumávání nemožné a je nutné učinit rozhodnutí. Podobný případ může nastat v situaci, kdy pacient ve stavu silné opilosti s tržnou ránou na hlavě odmítá jakékoliv ošetření a hospitalizaci z důvodu zjištění, zda nehrozí otřes mozku a vnitřní krvácení. Jedním z nástrojů, který se v medicínské praxi využívá, je navržený systém CURVES, který ovšem respektuje výše zmiňované teorie o kompetenci a standardech schopností, které musí být naplněny. CURVES je mnemotechnický nástroj sestavený kolektivem okolo Granta Chowa, skládající se z následujících položek:

- C – Choose and Communicate, tj. pacient musí být schopen rozhodnout se mezi více možnostmi a musí být schopen vyjádřit své preference, přání a názory, ať už verbálně, písemně nebo pomocí znakové řeči či jiných komunikačních nástrojů;
- U – Understand; tj. pacient musí rozumět průběhu léčby, chápat a uvědomovat si rizika a následky a možné alternativní postupy;
- R – Reason; tj. pacient musí být schopen uvažovat a prokazovat adekvátní vysvětlení toho, proč souhlasí nebo nesouhlasí s navrhovanou léčbou;
- V – Values; tj. pacientovo rozhodnutí musí být konzistentní s jeho hodnotovým systémem, při neodkladné péči bude někdy u pacienta obtížně zjištělné,
- E – Emergency; musí existovat skutečné nebezpečí pro zdraví nebo život pacienta, pro nějž lze vyhodnotit péči jako neodkladnou, pokud tomu tak není, je nutné získat souhlas pacienta nebo zástupný souhlas;
- S – Surrogate; tj. ošetřovatelský tým se má pokud možno snažit u pacienta, u nějž jsou pochyby o kompetenci, snažit kontaktovat možného zástupce, případně zajistit dokumenty, které vyjadřují pacientovy předběžné pokyny, přání, či jeho hodnotové názory (typicky např. dříve vyslovené přání, ale také jiné možné přání ohledně budoucí léčby) (8).

Kdy v praxi uvažovat o hodnocení kompetence pacienta v dlouhodobé péči?

V situaci, kdy má ošetřující lékař dlouhodoběji pacienta ve své péči, lze zkoumat podezření na nedostatečnou kompetenci podrobněji. Vždy se lze navíc opřít o názor dalších osob, jako je např. rodina pacienta, jeho

blízcí nebo zdravotnický personál, který se o pacienta staral, případně nemocniční psycholog či psychiatr.

Kdy existují důvody pro hodnocení kompetence pacienta? Jedním z důležitých důvodů mohou být náhlé změny v pacientově chování, např. pokud se proměňují jeho povahové rysy. Obzvláště citlivá taková situace může být u starších pacientů. Podobně mohou jako alarmující příznaky sloužit změny mentálního stavu, např. když osoba vykazuje náhlou špatnou orientaci a neschopnost adekvátně reagovat v nastalých situacích apod. (1)

Významnou roli hrají samozřejmě některé typy medicínských diagnóz – např. delirium, demence, encefalopatie, syndromy organického narušení mozku nebo případně psychiatrické onemocnění (schizofrenie, deprese, bipolární porucha apod.) (22). Opět je třeba zdůraznit, že přítomnost jedné z těchto diagnóz automaticky neznamená nekompetenci, ale je důvodem k tomu, aby byla při rozhodovacím procesu důkladněji zkoumána. Důležité mohou být i jiné klinické faktory, např. výsledky MMSE (orientační diagnostický test) poukazující na sníženou orientaci. Kompetenci mohou snižovat i některá léčiva či souhrn medikace a vzájemné působení léčiv. Více riziková taková situace může být u osob, u kterých je již podezření na snížení některé z relevantních schopností. Konečně jistým faktorem může být i věk, když problematické se mohou jevit zejména osoby velmi mladé (posuzování jejich kompetence však není předmětem tohoto článku) a naopak osoby v pokročilém věku, kdy je riziko duševní poruchy vyšší (23).

Důvodem pro zahájení přehodnocování pacientovy kompetence může být již rozebírané iracionální odmítání navrhované léčby, což bylo rozebráno výše. Podobným signálem ale může být i situace, kdy pacient zcela bez rozmyslu souhlasí s léčbou, která je extrémně invazivní nebo riskantní. I na tuto situaci je třeba dávat pozor, zejména v případě, kdy se jedná o rychlý, zřejmě nepromyšlený souhlas. Důvodem tu také může být pacientova neschopnost odmítat návrhy lékaře, protože je v podřízené roli a nedokáže se vzepřít názoru autority. To nemusí být vždy důvodem nekompetence, naopak pacienti často ponechávají rozhodnutí na lékařovi, nicméně takové podřízení nesmí být patologické (např. pokud se jedná o vysoce úzkostného pacienta či pacienta s poruchou osobnosti) (24).

Někteří autoři doporučují, aby byly při hodnocení kompetence zohledněny také následky rozhodnutí, a to zejména při odmítnutí zákroku, které může mít fatální nebo velice vážné zdravotní následky (25). Mluví se o tzv. modelu pohyblivé kompetence (*the sliding scale model*). Závažnost následků hraje podle nich roli z toho důvodu, že 1. stupeň očekávané újmy způsobené rozhodnutím na určitém stupni schopností se může pohybovat od minimální až po smrt, 2. hodnota pacientova sebe-určení může být velmi závislá na rozhodnutí, které činí; tj. v určitém okamžiku může zájem o pacientovo blaho překonat i zájem na jeho autonomní volbě (12). Tato teorie zahrnuje do kompetence i kontext situace medicínského rozhodování. Ve stručnosti tvrdí, že čím je riziko negativních následků větší (resp. čím je následek závažnější), tím musí mít jednáající více schopností. Mezi jeho schopnostmi a stupněm rizika musí být tedy přímá úměrnost, vyšší míra rizika značí vyšší míru schopností. Ačkoliv tato teorie bývá spíše odmítána, přesto lze ji brát jako

opodstatněnou pro své praktické dopady – v závažnější, více rizikové situaci, je vhodné věnovat větší pozornost pacientově kompetenci (7).

Důsledky nekompetence

Po zhodnocení kompetence mohou nastat tři situace – ošetřující lékař dospěje k názoru, že pacient je kompetentní nebo nekompetentní, případně není zcela rozhodnut a chce podstoupit další doporučené kroky. Kromě neodkladných situací, u nichž je postup nastíněn výše v tomto článku, lze vždy doporučit, aby rozhodnutí o jednoznačné nekompetentnosti bylo činěno s velkou mírou opatrnosti. Veškeré postupy včetně úvah o kompetenci, na základě nichž došlo ke konečnému rozhodnutí, je samozřejmě vhodné zapsat do zdravotnické dokumentace.

Pakliže je pacient kompetentní, je třeba jeho rozhodnutí respektovat, i když se jeví jako iracionální. Možné dilema nastává v již zmiňované situaci, kdy je pacient kompetentní, nicméně na základě soudního rozhodnutí je omezen ve svéprávnosti pro udělení informovaného souhlasu. V takovém případě ustanovení § 35 odst. 1 v kombinaci s ustanovením § 35 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách vyžaduje, aby byl názor pacienta zjištěn, nicméně s ohledem na ustanovení občanského zákoníku je nutné vyžadovat v takovém případě zástupný souhlas opatrovníka. Opatrovník však musí jednat v nejlepší zájmu pacienta, tj. musí v případě kompetentního pacienta, který je omezen ve svéprávnosti, respektovat jeho rozhodnutí. Pokud tomu tak není, pak z hlediska etického by měla být dána možnost obrátit se na soud pro přezkoumání opatrovníkova rozhodnutí.

Jestliže lékař ani po konzultacích s ošetřovatelským týmem není zcela přesvědčen o tom, zda je pacient kompetentní, je vhodné činit veškeré možné kroky, aby se pacient mohl rozhodnout sám. Možná je samozřejmě i konzultace s odborným specialistou. Vždy je však nutné přihlížet k presumpci kompetence pacienta v případě pochybností. Každopádně i tady platí, že pacient musí být informován, jako kdyby kompetentní byl, se snahou podávat mu informace pro něj nejpříjemnější možnou formou.

V případě, kdy ošetřující lékař, případně ošetřovatelský tým, dospějí k jednoznačnému závěru, že pacient je nekompetentní, pak je nutné, aby jeho zájmy zastupovaly jiné osoby, případně instituce. V takovém případě vždy platí, že rozhodnutí činěná za osobu, u níž je sledována nekompetence, musí být činěna v souladu s jejími nejlepšími zájmy. Nejlepší zájmy osoby přitom nejsou objektivním konceptem vztahovaným k některé obecné osobě, ale vždy musí odrážet hypotetické subjektivní přání, zájmy a hodnoty osoby, pokud někdy v minulosti byla schopná je vyjádřit. Tedy, není-li souhlasu, mělo by zástupné rozhodování odrážet hypotetickou vůli zastupované osoby (15, 20).

Dříve kompetentní osoba může pro takové situace navíc svou vůli dát najevo již dopředu, a to několika možnými způsoby. Tradičním, právně akceptovaným způsobem, jsou tzv. dříve vyslovená přání (*advance directives*). Dříve kompetentní pacient v nich může vyslovit své pokyny ohledně situace, kdy již nebude ve stavu vyjádřit svou aktuální vůli. Takové dříve vyslovené přání musí být vyspecifikované ke konkrétní medicínské situaci, navíc jsou na něj kladeny ze zákona specifické formální požadavky. Dříve vyslovená přání musí být respektována, pokud zde nejsou přímo uvedené zákonné výjimky (§ 36

zákona o zdravotních službách). Protože požadavky na dříve vyslovená přání jsou z hlediska formálních náležitostí stanovených zákonem velmi přísné (a to nejen v ČR, ale i v zahraničí), umožňuje legislativa v řadě právně vyspělých zemí respektovat také tzv. hodnotová vyjádření (*values history*), na která není kladen požadavek formálnosti, ale z jejich obsahu se dovozují hypotetická přání dříve kompetentního pacienta pro situace, které přesně nemohl specifikovat a které nastaly (26). Ačkoliv jsou z etického hlediska taková hodnotová vyjádření velmi vhodnou pomůckou pro určení hypotetických přání pacienta a tedy i jeho nejlepších zájmů v situaci, kdy už není kompetentní, v České republice nemají právní závaznost a o jejich právním ukotvení se ani neuvažuje. Přesto je nutno je i v ČR považovat za podstatný zdroj informací o názorech a přáních zastupované osoby a klást na ně zřetel při určení jejího nejlepšího zájmu.

Konečně takový pacient nemusí projevovat dopředu svá obsahová přání ani hodnoty, ale může se rozhodnout o osobě, která ho bude zastupovat v případě, že již on sám toho nebude schopen, mluví se o zástupném rozhodování. V tomto případě půjde o osobu, kterou si dopředu zvolí sám pacient (volený zástupce). Takový zástupce musí jednat v intencích zástupčího oprávnění a v souladu s nejlepšími zájmy pacienta, přičemž nejlepší zájem pacienta není vymezen pouze objektivně (medicínská prospěšnost), ale důležitou roli hraje i subjektivní stránka (preferenze a hodnoty určitého člověka) (15, 20). Pokud osoba takto zvolena není, musí rozhodovat jiná osoba, se kterou počítá zákon. V českém právním řádu se bude typicky jednat o opatrovníka nebo o osobu podle ustanovení § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách. Taková osoba má vždy hájit nejlepší zájmy pacienta a snažit se respektovat jeho hypotetická přání.

Vzhledem již k výše uvedenému lze jen znovu zopakovat, že kompetenci pacienta je vždy znovu a znovu nutné přezkoumávat a, kdykoliv je to možné, se snažit zjistit její přání a názory, i pokud bude osoba posouzena jako nekompetentní.

Závěr

V tomto článku bylo poukázáno na problematiku zjišťování kompetence pacienta. Bylo poukázáno na to, že kompetence se může v průběhu času neustále měnit. Z etického i právního hlediska je proto nezbytné kompetenci pacienta sledovat a opakovaně ji přezkoumávat. V článku bylo načrtnuto několik teoretických k této otázce. Dále pak byla zdůrazněna hodnota správného úsudku o kompetenci v rovině morální i právní nabídnuta byla také řada praktických rad a postupů, které by měly být zohledněny při posuzování kompetence. Základní premisa veškerého hodnocení spočívá v tom, že kompetentní osoba má právo na autonomní volbu, i kdyby se lékaři jevila jako iracionální. Z toho důvodu je zdůrazňována presumpce kompetentní osoby. Je zjevné, že existuje řada možných nabídek pomoci, které mohou osobě, jevící se na první pohled jako nekompetentní, pomoci k adekvátnímu vyslovení informovaného souhlasu. Specifická situace je pak v případě řešení neodkladných situací, u nichž je nutné rozhodovat bez možného dlouhodobého hodnocení kompetence pacienta.

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

LITERATURA

1. Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals. Oxford University Press: New York 1998. ISBN -13 978-0-19-510372-4.
2. Faden RR, Beauchamp TL. A history and theory of informed consent. Oxford University Press: New York 1986. ISBN 01-950-3686-7.
3. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making Health Care Decisions: A Report on the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient- Practitioner Relationship, Volume One: Report. 1982. [cit. 2020-09-17] Dostupné z WWW: <https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/559354/making_health_care_decisions.pdf>.
4. Payne J. Lze určit kompetenci nemocného? Čas. Lék. čes. 2004; 6: 405–407.
5. Šimek J. Lékařská etika. Praha: Grada Publishing 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.
6. Pražák J, Novotný F, Sedláček J. Latinsko-český slovník. A-K. Praha: Státní pedagogické nakladatelství 1955.
7. Beauchamp TL, Childress JF Principles of biomedical ethics. Oxford University Press: New York 2009. ISBN 978-0-19-533570-5
8. Chow GV et al. CURVES: A Mnemonic for Determining Medical Decision-Making Capacity and Providing Emergency Treatment in the Acute Setting. CHEST 2010; 137(2): 421–427.
9. Culver C, Gert B. Philosophy in Medicine. Oxford University Press: New York 1982. ISBN 978-0195029796.
10. Lavický, P. et al. Občanský zákoník: komentář. C.H. Beck: Praha 2015. ISBN 978-80-7400-529-9.
11. White, BC. Competence to consent. Georgetown University Press: Washington, D.C. 1994. ISBN 978-087-8405-596.
12. Buchanan AE, Brock DW. Deciding for others: the ethics of surrogate decisionmaking. Cambridge University Press: New York 1989. ISBN 05-213-1196-9.
13. Janofsky JS, McCarthy RJ, Folstein MF. The Hopkins Competency Assessment Test: A Brief Method for Evaluating Patients' Capacity to Give Informed Consent. Hosp Community Psychiatry 1992; 43(2): 132–136.
14. Etchells EE, et al. Assessment of Patient Capacity to Consent to Treatment. J Gen Intern Med. 1999; 14(1): 27–34.
15. Office of the Public Guardian. Mental Capacity Act Code of Practice. Code of practice giving guidance for decisions made under the Mental Capacity Act 2005. 2013. [cit. 2020-09-17] Dostupné z WWW: <<https://www.gov.uk/government/publications/mental-capacity-act-code-of-practice>>.
16. Ekström LW. Alienation, Autonomy and the Self. Midwest Studies in Philosophy 2005; 29 (1): 45–67.
17. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně. Stanislav Juhaňák – Triton: Praha 2019. ISBN 978-80-7553-653-2.
18. Savulescu J, Momeyer RW. Should informed consent be based on rational beliefs? J Med Ethics 1997; 23(5): 282–288.
19. Cutter MAG, Shelp EE. Competency. A Study of Informal Competency Determinations in Primary Care. Springer: Dordrecht 1991. ISBN 978-0792313045.
20. Kennedy I et al. Principles of medical law. Oxford University Press: Oxford (UK) 1998. ISBN 978-0198258087.
21. Katz J. The silent world of doctor and patient. Johns Hopkins University Press: Baltimore 2002. ISBN 08-018-5780-5.
22. Berg JW, Appelbaum PS. Informed consent: legal theory and clinical practice. Oxford University Press: New York 2001. ISBN 978-0195126778.
23. Weithorn LA, Campbell SB. The Competency of Children and Adolescents to Make Informed Treatment Decisions. Child Dev. 1982; 53(6): 1589–1598.
24. Lidz CW et al. Barriers to Informed Consent. Annals of Internal Medicine 1983; 99(4): 539–543.
25. Drane JF. The Many Faces of Competency. Hastings Cent Rep 1985; 15(2): 17–21.
26. Doležal A. Dříve vyslovená přání (Advance Directives). Právní a etické úvahy. Časopis zdravotnického práva a bioetiky 2017; 7(2): 1–15.