

Informovaný souhlas na gerontopsychiatrických odděleních

Autor: Mgr. Alice Holečková

Pracoviště: Fakulta humanitních studií UK

Abstract: The informed consent at geriatric psychiatric wards is – to the detriment of patients – a neglected topic. This article contains a commented enumeration of selected important issues that bind primarily to the informed consent. It points out that the problems are related to the continuing stigmatization of psychiatry and at the same time, to the fact that psychiatric patients among the seniors expect a paternalistic attitude of the physicians. Reduction of associated complications can be also expected from the functional system of guardianship.

Key words: geriatric, informed consent, psychiatry-stigma, empowerment, guardianship

„Stáří blázní“ a současná společnost

Stáří v realitě může mít nejrůznější, tedy i šťastné či alespoň „žitelné“ tváře. I tak přistupujeme k tomuto fenoménu s určitým negativním předpojatým postojem a připisujeme stáří nehezke a hlavně determinující charakteristiky. Nechceme být staří, se stářím bojujeme, což samo vyvolává obtíže. Mnozí z nás navíc boj se stářím a v současném světě dominující kult mládí integrovali nepozorovaně do struktury vlastní osobnosti. Oč méně je tato integrace bojovného přístupu ke stáří nahlížená, o to pevněji se vtiskává do našich postojů a jednání. Lidský zápas se stářím se tak často děje nereflakovaně a automaticky, že ten, kdo o věčné mládí neusiluje, se pak jeví až „nehygienicky“. Nebarvit si zšedivělé vlasy dnes vyvolává přinejmenším společenské rozpaky, nevyřčený odpor a otázky. „Nevyřčenost“ nejrůznějších nároků ve vztahu ke stáří vnáší do fenoménu stáří další potíže a více ho problematizuje.

Ale nejen se stářím je dnes spojeno mnoho potíží. Společností odvržené stáří se na smetišti nepříjemných společenských jevů objevuje společně s „bláznovstvím“, které samo o sobě představuje pro svého nositele přinejmenším stigmatizaci, sociální vyloučení, často i chudobu, bezdomovectví atd. A je-li jedna bytost „obtěžkána“ oběma neszazemi, tedy stářím i bláznovstvím současně, je život takového člověka v dnešním světě ztížený a od důstojného bytí často vzdálený na hony.

Ve společnosti, která vytváří tlak na věčné mládí, na jeho inteligenci a flexibilitu, taková společnost jistě jen obtížně vytvoří optimální životní podmínky pro „staré blázný“.

Stigmatizovaná (geronto)psychiatrie

Už René Descartes v podstatě spojil člověka s rozumem¹, ale i další filosofové, zejména ti osvícenští, v podstatě tvrdili, že člověk je člověkem právě proto, že disponuje rozumem, jenže duševně nemocní rozum dočasně, a někdy i narvalo, ztratili. I proto se o osvícenství hovoří jako o době, kdy se s duševně nemocnými nakládalo snad nejhůře.² Jednání s duševně nemocnými má totiž takovou podobu a povahu, jakou podobu má to, co si o duševní nemoci myslíme. V dobách, kdy byli duševně nemocní považováni za posedlé zlými duchy apod., tak se také s nimi podle této představy zacházelo. Ale ani dnes není snadné zakoušet na sobě společenské „regulace“, které odrážejí vztah k duševně nemocným.

Zrcadlem tohoto negativního vztahu a známým faktem je, že léčba duševních nemocí ve stáří, je z domácího prostředí přesouvána na gerontopsychiatrická oddělení léčeben a nemocnic, na domovy se zvláštním režimem atd., ačkoliv by opak byl žádoucí.³ Není v silách jednoho oboru, tedy psychiatrie, případně gerontopsychiatrie, postarat se o rapidně rostoucí počty osob s psychickým onemocněním ve stáří, zejména s demencemi, a tak se při péči o ně dělí jak více zdravotnických, tak i nezdravotnických oborů. Nicméně bolestivým bodem všech je neustálý nedostatek lůžek. Čekací doby na lůžka v určitých zařízeních jsou někdy i 6 a více let. Tento nedostatek vypovídá o charakteru společnosti, která jakoby se částečně distancovala od svých starých a duševně nemocných, ale také

¹ Např. BEČVÁŘ, J. *René Descartes - milovník rozumu*. Praha: Prometheus, 2010, s. 48.

² LAJKEP, T. Psychiatrie a etika II. *Zdravotnické noviny – příloha Lékařské listy*. 2003, roč. 52, č. 6, s. 17.

³ Např. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000, s. 25–26.

fakt, že po těchto typech lůžek neustále voláme, něco říká o nás, o rodinách, které nemají chuť nebo častěji kapacitu postarat se o své blízké samy. Někdy nám nezbyvá, než volit i zařízení, kterým třeba zcela nedůvěřujeme a máme vůči nim výhrady.

Psychiatrie obecně navíc vyvolává v laické populaci nejrůznější fantazie, byť třeba podložené např. historickými nehumánně vyhlížejícími způsoby léčby, jako bylo poleptávání hlavy kyselinou, nejrůznější šokové terapie apod.⁴

I když je péče o duševně nemocné v současnosti nepochybně zcela jiná než v historii, způsoby léčby jsou moderní, humánní a snaha o dodržování etických zásad se zvyšuje, i tak některé potíže přetrvávají nebo se vynořují nové. Pokud by totiž současná psychiatrická péče nepotřebovala změny, nechystala by se v ČR její hluboká reforma. Ale zdá se, že zatím reforma se změnami v gerontopsychiatrické péči moc nepočítá.

Léčba a diagnostika duševně nemocných je jistě nesmírně náročná. Psychiatři si navíc stěžují na určitou stigmatizaci od kolegů lékařů, kteří si zvolili atraktivnější obory, jako jsou např. obory chirurgické. Existuje také poměrně rozšířený dojem, že psychiatři si studium psychiatrie vybírají právě proto, že sami trpí některou z psychických poruch. Podle této logiky by třeba každý sexuolog současně prováděl nezvyklé sexuální praktiky nebo na ně alespoň myslel, o čemž jsou mnozí laici přesvědčeni.

Podobné stigmatizace lékaři-psychiatři jistě unesou, ale projevy stigmatizace pro samotné pacienty jsou někdy neúnosné. Ne náhodou u seniorů dochází k velkému počtu dokonaných sebevražd.⁵ Je pravdou, že jsou konfrontováni s nejrůznějšími potížemi, u nichž je jen malá perspektiva, že se budou zlepšovat a tak musí senior své potíže včetně případného onemocnění přijmout, ačkoli si při první atace nemoci často myslí, že jde jen o ojedinělou a zejména dočasnou zkušenost. Většinou se ale ataka závažného onemocnění po čase objeví znovu a nemocní jsou tak konfrontováni nejen s vážností limitujícího onemocnění a s tím, že už třeba musí nově definovat své dosavadní cíle atd., ale vyrovnat se musí také s reakcemi okolí, které je často nemilosrdné. Někteří pak nevidí východisko a volí dobrovolný odchod ze života.

Etické problémy v gerontopsychiatrii

Etické problémy v psychiatrii jsou někdy obtížněji řešitelné, než v jiných oborech medicíny, a je jich hodně. Samotná jejich formulace by zabrala více, než tento vymezený prostor, ale shrňme, že současná lékařská etika stojí na několika základních etických principech: je jím respekt k autonomii pacienta, „dobřečinění“, neškození a spravedlnost.⁶ Tyto principy však mohou být v psychiatrické praxi obtížně aplikovatelné. Jedna věc je, že např. konkrétní ošetřující personál může mít někdy sníženou etickou vnímavost nebo trpět syndromem vyhoření a chovat se k pacientům nevhodně, ale někdy ani při nejvyšší míře etického citění nemůže zejména psychiatr např. autonomii pacientů zcela

⁴ DAVID, I. *Historie konceptu a léčení duševních poruch od starověku po novověk*, přednáška, lékařský seminář v PNB dne 12. října 2011.

⁵ ZIMULOVÁ, M. a kol. Stáří, deprese a suicidalita. In: *Sborník kongresu VIII. gerontologické dny Ostrava*. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2004, 115 s.

⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002, s. 52.

respektovat, a to především v případech, kdy pacient hrozí ublížením nebo ubližuje sobě či svému okolí.

V názoru na to, co je dobré pro pacienta, se nezdá hluboce rozchází pohled lékaře, společnosti či rodiny a pacienta samotného. I když už existuje celá řada vodítek, jako jsou Etické kodexy Světové psychiatrické asociace, Madridská deklarace, Evropská konvence o lidských právech, Helsinská deklarace a další důležitá doporučení, mnohé rozpory i tak přetrvávají.

Podle platné legislativy se má i psychiatrický pacient stát partnerem komunikace a ne jen objektem terapie.⁷ Je málo pacientů či jejich příbuzných, kteří by si stěžovali na neodbornost lékaře nebo na to, že by snad psychiatr nepostupoval v souladu s *lege artis*, ale stěžují si na to, že jsou jen pasivními objekty bez možnosti spolurozhodovat, že ošetřovatelé a sestry nejsou dost laskaví, že ošetřující lékař má na ně málo času, nelíbí se jim jistá „kasárenská disciplína“ v pobytových zařízeních, mají pocit, že jsou na obtíž apod. Takže i když je právu učiněno zadost, ne všechny legitimní nároky pacientů jsou právně vymahatelné. Schází něco, co má vnitřní a současně navenek vyjádřenou povahu. Chybí někdy jistá etičnost, protože „všechny zdravotní a ošetřovatelské úkony mají vždy morální dopad“.⁸

Autonomie pacienta

Hippokratův imperativ lékařům vlastně říká, že na prvním místě má být blaho pacienta, současné klima akcentuje spíše pacientovo svobodné nakládání se svým zdravím. Napomáhat má přitom existence celé řady etických kodexů upravujících práva pacientů a morální povinnosti lékařů a písemný informovaný souhlas je dnes jejich velmi významnou součástí vsazenou do současného paradigmatu partnerství v medicíně. Jím byl vytlačen paternalismus ve vztahu lékaře a pacienta a i když autonomie pacienta vyvolává řadu otázek a není bezvýjimečná, má být instrument informovaného souhlasu vyjádřením právě pacientovy autonomie vůle. Ta byla ovšem otázkou více filosofickou a teprve následně projevenou v právních úpravách, na něž je někdy nahlíženo jen jako na administrativní zátěž a že možná vztah s pacientem více formalizují. Záleží, jak tento nástroj uchopíme, přes veškeré potíže tak bezzubý není a může nám pomoci vztah s pacientem postavit na partnerskou úroveň skutečně, nikoli jen domněle.

Už slovo pacient z latinského „*patior*“ slovník překládá jako trpět, podléhat, a právě utrpení, bolest či nejistota, kterou pacient zakouší, významně oslabuje jeho pozici, a tak je na místě otázka, kdy je rozhodnutí pacienta skutečně autonomní, a navíc „*je nutné předpokládat, že lékař je téměř vždy v pozici, kdy chce své rozhodnutí o postupu léčby pacientovi vnutit, neboť je předpokládá jako správné. Na základě vlastní specializace, erudovanosti, se oproti pacientovi nachází ve zvýhodněném postavení. Pacient – nevědomý a neznalý – tak stojí téměř bezbranný vůči diagnostikovi, který využívá své vědomosti jako zbraň. Svobodný souhlas pak není svobodný.*“⁹ I přesto, je informovaný souhlas určitým vystoupením lékaře z pozice moci a je sdělením, že pacienta nechce uchopovat jen jako

⁷ LAJKEP, T. Etika a právo v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, 6, s. 301–302.

⁸ FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetřovatelství*. Pomocný učební text. 1. vydání. Brno: IDVPZ Brno, 1998, s. 8.

⁹ DOLEŽAL, A. Informovaný souhlas jako vyjádření autonomie vůle nebo reflexe paternalistického vztahu? *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2011, vol. 1, s. 367.

objekt, ale snaží se podchytit jeho subjektivitu. „*Informovaný souhlas není ničím jiným, než potvrzením paternalistického, ale důvěrného stavu, stvrzením přísahy o vzájemné důvěře, fikcí psycho-emocionálního pouta, které sice možná neexistuje, nicméně musí být alespoň fingováno proto, aby pacient získal důvěru k lékaři i k léčbě jako procesu znovuoživení vlastní svobody a možnosti jednání svého Já.*“¹⁰ Z uvedeného je patrné, že v současné době je diskutován jakýsi neopaternalismus, v rámci něhož se počítá jak s limitujícím stavem pacienta a jeho ne-objektivitou, tak také s ne-objektivitou lékaře, který bude prosazovat takovou léčbu a řešení, která bude odpovídat jeho míře znalostí a přesvědčení, a navíc je třeba počítat s erudicí lékaře, která sama vytváří jistou převahu nad pacientem. Celá doktrína o informovaném souhlasu a autonomii pacienta se tak ale neruší, nýbrž transformuje. Cizojazyčná literatura mluví o „*Rethinking Informed Consent*“, kdy má pacient cítit úlevu v bezpečném spolehnutí se na rozhodnutí lékaře, k němuž má ale důvěru vybudovanou na osobních vztazích s ním.¹¹ Institut jakéhosi osobního, rodinného či domácího lékaře, který blízké a důvěrné vztahy zakládá, však v našich podmínkách takovou tradici nemá a přetrvává odděleně poskytovaná péče, přičemž hranice jsou dány věkem, oborem apod.

Informovaný souhlas na gerontopsychiatrických odděleních

Informovaný souhlas má být projevem pacientovy vůle a musí být poučený, kvalifikovaný a svobodný. Právě tyto pojmy vyvolávají řadu otázek, jak uvádí H. Haškovcová, profesorka lékařské etiky, která se tématu informovaného souhlasu jako vůbec první autorka věnovala poté, co vyšla vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, která upravuje formální náležitosti zejména písemného informovaného souhlasu.¹²

Otázky jsou složité zodpověditelné v teorii, a tak i v praxi bývá informovaný souhlas spjat s nejrůznějšími potížemi. V lékařských oborech jako je např. chirurgie, má-li pacient rozhodnout např. o určitém invazivním zákroku, musí lékař pacienta poučit a pokud je třeba, tak i použít zjednodušený přístupnější slovník, aby pacient smyslu, způsobu provedení a případným rizikům určitého zákroku porozuměl alespoň do určité míry. Jen tak je možné se kvalifikovaně rozhodnout. Pak takový pacientův souhlas s daným zákrokem lze považovat za projev jeho vůle.

Potíže s informovaným souhlasem pacientů mají ale na psychiatrii svá specifika.

Rozhodovací schopnosti pacienta jsou pro podpis informovaného souhlasu klíčové a tyto schopnosti bývají u duševně nemocných zpochybňovány. Výzkumy vědců z Výzkumného psychiatrického centra v Marylandu a dalších odborníků, kteří měřili rozhodovací dovednosti zejména u schizofrenních pacientů, ukázaly, že by bylo stigmatizující považovat duševně nemocné za ty, kteří o sobě nemohou rozhodovat. Tito nemocní mají jen větší časový nárok a potřebu na to, aby jim byl obsah informovaného souhlasu vysvětlen a byli poučeni. Výsledky jejich výzkumů doslova říkají, že je třeba „většího vzdělávacího zásahu“, který má deficity plynoucí z duševního onemocnění

¹⁰ Tamtéž, s. 369.

¹¹ Např. MANSON, Neil C. – O'NEILL, Onora. *Rethinking Informed Consent in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

¹² HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas: proč a jak*. Praha: Galén, 2007, s. 25 nebo ŠUSTEK, P. – HOLČAPEK, T. *Informovaný souhlas*. Praha: Aspi, 2007, 260 s.

kompenzovat, a popisují podpis informovaného souhlasu s duševně nemocnými jako třeba i několikátýdenní proces, v rámci něhož je třeba zhruba po sedmi dnech, kdy jsme s pacientem o informovaném souhlasu hovořili, znovu zrevidovat, zda pacient důsledkům jeho podpisu dobře porozuměl. Výzkum také potvrdil, že to není nutně sama psychóza, co ovlivňuje rozhodovací schopnosti nemocného, ale vliv má naopak kognitivní deficit.¹³

Ten se pochopitelně týká chorob, jako jsou různé druhy demencí a Alzheimerova choroba. Ukázalo se, že i mírná forma demence značně zhoršuje způsobilost poskytovat souhlas a rozhodovací schopnosti jsou alespoň v některé ze složek značně narušené, a to buď ve schopnosti porozumět, nebo uvědomit si nebo dedukovat.¹⁴ V zahraničí je pro tyto situace zavedena praxe určitého „dvojitého informovaného souhlasu“, kdy souhlas s určitým výkonem podepíše jak sám pacient, který je omezený na právní způsobilosti, tak také jeho opatrovník nebo jiný zástupce. Tato praxe je nově zavedena také u nás, kdy například souhlas s tím, že pacient si nechá svůj invalidní nebo starobní důchod posílat do psychiatrické léčebny podepíše jak pacient sám, tak také jeho opatrovník. Nicméně zastupující osoba pacienta nemusí nutně a vždy sledovat výhody pacienta a ani tento „dvojitý souhlas“ neřeší vše.

Duševní onemocnění, byť třeba jen přechodně, vylučuje reálný náhled pacienta na toto své onemocnění. Souhlas s léčbou někdy vlastně zahrnuje i souhlas s faktem, že v nutných případech bude pacient omezován, a s tím může nemocný jen těžko souhlasit. Duševně nemocný navíc sám sebe za nemocného jednoduše nepovažuje a podivné pro něho bývá právě jeho okolí. A má-li duševně nemocný např. právě přijímaný do psychiatrické léčebny podepsat souhlas s hospitalizací a léčbou a porozumět jejím důsledkům, musí být nejprve jeho psychický stav kompenzován, alespoň do té míry, aby mohl informovaně o setrvání na psychiatrii rozhodnout. Jinak se může stát, jak zdůrazňuje H. Haškovcová, že písemný informovaný souhlas nebude ani poučený ani platný.¹⁵

Pokud tedy nemocný při přijetí na psychiatrii s hospitalizací nesouhlasí, je třeba, aby pracovníci psychiatrické léčebny nebo nemocnice zahájili tzv. detenční řízení. To v praxi znamená, že 24 hodin po přijetí nemocného je informován o tomto přijetí soud. Nejdéle do 7 dnů přijíždí zhodnotit stav pacienta pracovník soudu, znalec, který by měl sepsat znalecký posudek a určit, zda je hospitalizace nutná či nikoliv. Je-li pacientův stav kompenzován či alespoň stabilizován (jak tomu nejdéle do několika málo týdnů obvykle bývá), pacientovi se předkládá informovaný souhlas s léčbou k podpisu znovu. Před samotným podpisem by měl být pacient pochopitelně nejdříve poučen ústně. Pokud pacient souhlas podepíše, jeho hospitalizace se tak z nedobrovolné mění na dobrovolnou. Pokud nepodepíše a důvody k hospitalizaci trvají, trvá i „detenční režim“.

I tato praxe má však nejrůznější průběhy. Do zvolení nové vlády v lednu 2014 bylo v ČR pravdou, že pacient, který byl hospitalizován dobrovolně (respektive podepsal-li informovaný souhlas s hospitalizací), za hospitalizaci od podpisu informovaného souhlasu platil 100 Kč za den. I když jsou

¹³ CARPENTER, W. T. et al. Decisional Capacity for Informed Consent in Schizophrenia Research. *Archives of General Psychiatry*. 2000, 57, s. 533–538 nebo WIRSHING, D. A. et al. Informed Consent: Assessment of Comprehension. *The American Journal of Psychiatry*. 1998, 155, s. 1508–1511.

¹⁴ KIM, Scott Y. H. et al. Assessing the Competence of Persons with Alzheimer's Disease in Providing Informed Consent for Participation in Research. *The American Journal of Psychiatry*. 2001, 158, s. 712–717.

¹⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas: proč a jak*. Praha: Galén, 2007, s. 34.

dnes regulační poplatky za pobyt zrušeny, zůstává možná jisté reziduum v tom, že si ti pacienti, kteří souhlas s hospitalizací nepodepsali, stěžují, že nemají výhody těch pacientů, kteří souhlas podepsali. Jde zejména o možnost vycházek či propustek a mají pocit, že i když se jejich zdravotní stav objektivně zlepšil, vzdalují se dimisi, protože až teprve podepsání souhlasu s hospitalizací je v jejich pohledu prý chápáno jako doklad a „symptom“ úzdravy.

Pobyt v rámci „nedobrovolné hospitalizace“ totiž pacient nehradil. A regulační poplatky za hospitalizaci měly někdy ještě ten důsledek, že pobíral-li pacient důchod (ať už starobní nebo invalidní) a musel-li platit kromě hospitalizace také nájem a další běžné poplatky, to často pro pacienta znamenalo zadlužit se nebo svoje (u psychiatrických pacientů tak běžné) dluhy zvětšit, a tak si komplikovanou životní situaci zhoršit. Sociální pracovnice pečující o sociální situaci pacientů na přidělených pavilonech neřídka motivovaly vedoucí lékaře, aby konkrétnímu pacientovi nedávali „dobrovolný vstup“ (čili informovaný souhlas) podepsat, neboť pacient je zadlužený a je třeba mu nejprve pomoci zajistit určité dávky, z nichž by postupně splácela pacientovy dluhy. Případně by mu z jeho dávek našetřila peníze na to které následné zařízení a teprve potom by mohl pacient souhlas s hospitalizací podepsat, až se jeho finanční situace zlepší. Pak se i ten pacient, který by jinak souhlas s hospitalizací ochotně podepsal, stával pacientem nedobrovolně hospitalizovaným, aby hospitalizaci nemusel hradit.

Již bylo uvedeno, že ruku v ruce s hospitalizací na psychiatrii a s duševním onemocněním jako takovým, jde silná stigmatizace těchto nemocných. Se stigmatizací zvláště u gerontopsychiatrických pacientů navíc souvisí i fakt, že vyrůstali v období, kdy skutečnost, že byl někdo v „blázinci“ vyvolával kromě rozpaků někdy také odpor a další nepříjemné reakce. Nikde jinde jsem neviděla tak silné rozčarování, když pacient zjistil, že se ocitl právě na psychiatrii. Mladší ročníky někdy hospitalizaci na psychiatrii zvládají o něco lépe. Vyjádření typu: „*to bych byla raději mrtvá, než být v blázinci*“ nejsou na gerontopsychiatriích takovou výjimkou. Podepsat tu informovaný souhlas a (v myšlení seniora) tak stvrdit, že jsem vlastně blázen, bývá pro pacienty někdy nepřekonatelné. Jenže destigmatizace duševně nemocných se už tito senioři zřejmě nedočkají a tak někteří zůstávají v silném odporu vůči vlastní psychiatrické diagnóze a hospitalizaci dál, i když někdy zlomeně rezignují a souhlas podepíše s tím, že „*už je to stejně jedno, protože stejně brzo umřu*“ apod. Popsané smutné důsledky pak někdy vidíme v případech jako když starší dáma (68 let), která se poměrně statečně vyrovnala s úmrtím obou svých dospělých dětí a také se smrtí svého manžela, se s hospitalizací na psychiatrii nesmířila. I když původně s hospitalizací souhlasila, bylo to jen s příslibem, že v rámci pobytu podstoupí jen určitá vyšetření a vrátí se domů. Když ale pochopila, že se odtud domů už nedostane, začal se její stav rapidně zhoršovat. Ošetřující lékařka s propuštěním nesouhlasila, protože se důvodně obávala, že by tato pacientka domácí pobyt a péči o sebe samu nezvládla. Dotyčná zemřela po třech měsících po přijetí na mozkovou mrtvici.

V nemocnicích a léčebnách existuje také fenomén „sociálních hospitalizací“. Důvodem trvání hospitalizace bývá fakt, že pacient jednoduše nemá, kam jít, a tak se hospitalizace stává vlastně „domovem důchodců“, hospitalizací ze sociálních důvodů. Je otázkou, co je pak třeba uvádět do zdravotnické dokumentace, aby z ní bylo patrné, že trvají důvody pro hospitalizaci.

S informovaným souhlasem ale souvisí nepochybně určitá poučenost pacientů o způsobech, průběhu a možných dopadech léčby. V rámci psychiatrie jde vlastně o to, aby bylo před zahájením

podávání léků, zejména pak antipsychotik, pacientovi vysvětleno, jaké konkrétní léky mu budou podávány, proč a jaká bude mít léčba nežádoucí rizika. Např. určitá konkrétní antipsychotika¹⁶, přináší pacientům sice úlevu od psychických potíží, ale jejich podávání znamená někdy pro pacienty různá rizika, jde např. o značné přibývání na váze. Tento nepříjemně vnímaný důsledek léčby pacienti zjistí často, až když mají na váze o 20 kg více. Dalšími nepříjemnými důsledky některých léků, je „syndrom neklidných nohou“, koulení očí (tzv. stropky), extrémní slintání apod. Informovat pacienta o těchto možných účincích ještě před léčbou a navíc takového, který je třeba paranoidní, to by jistě mnoho užítu nepřineslo, a to ani pacientovi ne, léky totiž nejprve duševně nemocného určitým způsobem „zpřístupní“ nejen pro léčbu, ale i pro racionální debatu a pro spolupráci s lékařem. Bez zahájené léčby k postavení jejich vztahu na partnerskou úroveň může dojít jen obtížně. Přes uvedené problémy se v praxi nezdá stávat, že většina pacientů písemný informovaný souhlas podepíše už v době, kdy s ním racionální debata nemohla být vzhledem k akutní fázi jeho onemocnění vedena.

S informovaným souhlasem v tomto ohledu souvisí také to, že léčba antipsychotiky je velmi obtížná, nežli se např. podaří najít lék, který u konkrétního pacienta „zabere“, trvá to někdy dlouho a může to zasahovat do důvěry mezi lékařem a pacientem, který si situaci interpretuje jako: „Vy na mě zkoušíte léky.“

Prevencí nedůvěry je jistě např. pacientova možnost o léčbě spolurozhodovat. V rámci hospitalizace pacient může svou léčbu ovlivnit. Např. při vizitách sdělí lékaři, že „ten žlutý prášek, který mi dáváte ráno, ten mi dělá špatně, ale ten, co mi dáváte navečer, ten mi dělá moc dobře“ apod. Někdy však pochopitelně více než pacient rozhoduje lékař. O těchto změnách pacient v určitých případech informován není (pacienti by nejraději samozřejmě nebrali žádné léky), nebo si tyto informace o léčbě a jejích změnách nepamatuje, zvláště pak pacient s demencí.

Ze strany pacientů seniorů se otázky na nežádoucí účinky léků, na změnu léčby apod. mnoho neobjevují, i když výjimky pochopitelně existují. Nicméně diskuse nad léčbou jsou u mladších ročníků mnohem častější. Důvodů je jistě více, ale tento fakt je v souladu s tím, co uvádí H. Haškovcová, že totiž starší pacienti se často cítí lépe v paternalistickém vztahu mezi lékařem a pacientem a do určité míry jim vyhovuje to, že lékaři rozhodují za ně.¹⁷ Existují ale i takoví pacienti senioři, kteří jsou ochotni a schopni o sobě rozhodovat i při hospitalizaci na psychiatrii, a v takových případech neobstojí tradiční předsudek, že takoví pacienti by „stejně nerozuměli“ poučením od lékaře.

Mezi další „souhlasy“, které pacienti v psychiatrických léčebnách podepisují, patří také souhlas s podáváním informací třetím osobám, jako jsou rodinní příslušníci nebo jiné blízké osoby. Někdy jsou vztahy mezi nimi silně narušeny faktem, že to byly právě osoby blízké, které svou maminku či tatínka nechaly hospitalizovat a do emočních vztahů případně bludné či paranoidní myšlení „nasedá“ nejlépe, proto se i tento souhlas někdy získává jen obtížně. Nově, podle nového občanského zákoníku, mohou mít pacienti dvě novinky českého práva a to důvěrníka nebo podpůrce, kteří nemusí být současně příbuznými pacientů a které mohou pacienti na základě smlouvy o nápomoci v určitém smyslu zplnomocnit k jednání např. ve věcech ochrany práv pacienta. I když pojem důvěrník není v zákoně blíže vysvětlen, může být tato podpora pro pacienty smysluplná, to ale

¹⁶ FRANKLOVÁ, V. Cipralex perorální kapky v léčbě agitovanosti seniorů s demencí. *Psychiatrie pro praxi*. 2013, 14 (1), s. 30–33.

¹⁷ HAŠKOVCOVÁ, H. Informovaný souhlas u seniorů v dlouhodobé péči. *Praktický lékař*. 2012, č. 6, s. 344–345.

zřejmě ukáže až praxe. Nicméně obecně má nový občanský zákoník platný od 1. 1. 2014 více akcentovat osobnost člověka a autonomii jeho vůle a svobody jeho jednání.¹⁸

Někdy je třeba v rámci hospitalizace na psychiatrii získat pacientův souhlas pro nejrůznější specifická vyšetření nebo zákroky. Jedním z příkladů může být např. souhlas s provedením elektrokonvulzivní terapie známější veřejnosti pod názvem „elektrošoky“. Jde o léčebnou metodu, která laickou veřejnost děsí, a to zvláště díky hollywoodské filmové produkci, ale jde o metodu účinnou, probíhající v narkóze. Pacient, který je k ní indikován, musí být pečlivě informován o jejích rizicích a průběhu, a to platí nejen pro elektrokonvulzivní terapii. Praxe navíc podle mých zkušeností nejčastěji vypadá tak, že pacient o provedení elektrokonvulzivní terapie sám požádá, protože s ní už buď udělal dobrou zkušenost, nebo k ní lékař pacienta motivuje teprve tehdy, je-li pacient na jiné formy léčby rezistentní. Ještě dodejme, že na gerontopsychiatrii nebývá tato metoda indikována tak často a byla jsem svědkem jen situací, kdy byla zrealizována jen u silně depresivních pacientů-seniorů, u nichž nebyla přítomna jiná komorbidní duševní onemocnění.

Svéprávnost a opatrovnictví

Dalším souvisejícím problémem k odborné diskuzi je způsobilost k právním úkonům, respektive nově se znovu přikročilo k pojmu svéprávnost, kterou také novelizuje nový občanský zákoník 89/2012 Sb. Opatrovníkem pacienta se může stát buď osoba blízká, nebo je jím ustanoven veřejný opatrovník z úřadu, kde má pacient trvalé bydliště. Pokud je pacient na svéprávnosti omezen, pak pobyt na psychiatrii „schvaluje“ (podepisuje) opatrovník. V takových případech musí mít pacient souhlas opatrovníka i v případě, že by chtěl být propuštěn. Nový občanský zákoník také říká, že pacient nemůže být svéprávnosti zbaven zcela, jak tomu mohlo být do 1. 1. 2014. Nově musí být vždy přesně vymezeno, pro jaké úkony je osoba na svéprávnosti omezena. Jde většinou o zacházení s určitým množstvím financí, s nímž daná osoba může nakládat, pro podpisy různých smluv apod. Někdy je omezení svéprávnosti opravdu nutné, i když může vyvolávat obavu o práva pacienta. Existují totiž případy, a není jich málo, kdy by nemocnému prospělo, že byl v určité době na svéprávnosti omezen. Jde o ty případy, kdy např. soused docílil toho, že duševně nemocná seniorka na něho převedla vlastnictví svého bytu, a za jeho asistence mu převedla celoživotně naspořenou a tedy značnou sumu peněz. Soused se pak dotyčné seniorky elegantně zbavil tak, že byla umístěna do psychiatrické nemocnice. Přestože ošetřující lékařka iniciovala soudní proces, který měl zajistit této poškozené seniorce nápravu, nedošlo k ní. V době přepisu bytu a transferu peněz nebyla ještě demence této paní diagnostikovaná, i když už onemocnění probíhalo, a protože ve stejné době nebyla paní na psychiatrii hospitalizovaná, byla proto *de iure* svéprávná a mohla se svým majetkem nakládat, jak chce. Po necelém půlroce tato pacientka v hospitalizaci zemřela, sousedovi finanční obnos i byt zůstal.

Jsou-li pacienti trpící demencí hospitalizovaní, představuje to pro ně jistou formu ochrany před jejich rozhodnutími, která jim neprospívají. Rozhodne-li se např. konkrétní pacient darovat někomu z ošetřujícího personálu majetek, musí tak učinit mimo hospitalizaci. Mají-li tedy pacienti

¹⁸ Dostupné např. z: <<http://www.uplnezni.cz/zakon/89-2012-sb-obcansky-zakonik/>>, staženo dne 3. 3. 2014.

plnou svéprávnost a nejsou-li aktuálně hospitalizováni, jsou považováni *de iure* za svéprávné, ačkoliv nezřídká činí rozhodnutí, která jsou závažná, často nevratná a nevykazují někdy skutečné známky rozmyslu, *de facto* jsou „nesvéprávní“. To však neznamená, že by nemohli o hospitalizaci, o zařízení, do kterého mají být umístěni, spolurozhodovat. Situace je řešitelná obtížně, ale jistým krokem by mohlo být včasné přidělení veřejného opatrovníka. Pokud je opatrovníkem ustanovena osoba blízká, vnáší to do situace jisté výhody, pokud má však opatrovník poctivé úmysly.

Veřejné opatrovnictví je také velké téma a je jasné, že přetížený pracovník úřadu může, přes veškeré úsilí, někdy jen těžko přesně zmapovat, co přesně pacient skutečně, nikoli domněle, potřebuje, a zajistit mu příléhavé plnění jeho potřeb.

V souvislosti s duševním onemocněním se často mluví o sociálních potížích, které tento typ onemocnění doprovází. Nemocní nemají kde bydlet, práci si neudrží, nájmy nemají z čeho hradit, jsou jim zřizována chráněná pracovní místa a chráněná bydlení, kterých je stále nedostatek, stejně jako i terénních služeb (terénní psychiatr, sestra, sociální pracovník), které by pomáhaly nemocné udržet v domácím prostředí. Tragédií je podle mého soudu zpoplatnění uvedených služeb.

U seniorů s duševním onemocněním je situace obdobná. Nejen že tyto služby pro seniory téměř chybí, ale pokud se u seniorů objeví psychické problémy, hospitalizace se zdá být řešením, jenže je jen málokdy krátkodobá. Pacient, který přišel na psychiatrii původně třeba jen na krátkou hospitalizaci a mělo jít o hospitalizaci řekněme diagnostickou, setrvává v léčbě půl roku i déle a jeho dovednosti k tomu, aby se mohl vrátit domů, rychle mizí, ať už vzhledem k nemoci a její progresi, nebo vzhledem k „hospitalismu“, kdy pacientovy schopnosti sebezpečí slábnou z nedostatku podnětů a tréninku jeho kompetencí v déledobé hospitalizaci. Zkušební propustka domů po několika měsících hospitalizace ne vždy dopadne uspokojivě a často k ní ani není odvaha ze strany odpovědného lékaře, a s postupujícím časem odvahu ztrácí dokonce sám pacient, stejně jako předtím schopnosti.

Jde o téma obsažné a nejen s propuštěním, ale i s přijetím do psychiatrické hospitalizace mohou být potíže. Neexistuje třeba zákonný způsob, jak hospitalizovat pacienta, který neublíží sobě nebo druhým, přitom hospitalizaci evidentně potřebuje, i když je pravdou, že někdy se i závažné psychické potíže dají zvládnout pomocí ambulantně terénních služeb, kterých je však nedostatek. Příbuzní duševně nemocných tak před pracovníky rychlé záchranné služby musí situaci zdramatizovat, přesněji řečeno lhát, aby se indikovaný pacient, který třeba odmítá nutné léky, do hospitalizace dostal. Na druhou stranu byl hospitalizován i muž, který jen kouřil na dálničním mostě a na kterého kdosi zavolal záchrannou službu s tím, že projevuje sebevražedné chování. Tento pán si v nedobrovolné hospitalizaci pobyl týden, než se vše vysvětlilo, protože věta: „*Já nejsem blázen.*“ na psychiatrii nezněla přesvědčivě. Ačkoli byl k tomu motivován, souhlas s léčbou nepodepsal, aby tak nestvrdil, že jsou k hospitalizaci důvody.

Informovaný souhlas zkrátka je a ještě asi bude důležitým a typickým etickým problémem, ke kterému bude třeba vyjádření odborníků z oboru zdravotnictví, právní vědy i filozofie.

Závěr

Nemocní senioři, zejména ti, které postihlo duševní onemocnění, to nemají lehké. Jsou často pasivními objekty odkázanými nejen na faktickou pomoc, ale i na rozhodnutí svých příbuzných a profesionálů, lékařů. Informovaný souhlas je nástrojem, který by jim měl usnadnit život a léčbu a pomoci orientovat se v nepříznivé situaci. V praxi se však nejčastěji písemný informovaný souhlas stává buď formalitou, protože pacient jeho obsahu nerozumí, nebo mu rozumí, ale neztotožňuje se s ním. Přesto ho podepíše a je s pravidly hospitalizace předstíraně konformní. Informovaný souhlas pak neplní svou základní funkci, být projevem svobodné vůle, být nemocné duše.

Psychicky nemocní senioři cítí rozčarování, že se ocitli na stigmatizovaných odděleních psychiatrie. Je logické, že chtějí především domů. Přitom od všech, kteří se na léčbě a nezbytné hospitalizaci podílejí, očekávají ochranu. Roli tu hraje i jistá disciplinovanost seniorů v léčbě a spolehnutí se na paternalistický vztah mezi jím a lékařem. Je nutné duševně nemocné seniory ochránit, vzhledem k jejich oslabené schopnosti pohybovat se v realitě, a to i tehdy, když nemají na své duševní onemocnění náhled. I tak je kromě ochrany třeba ponechat jim současně i určité rozhodovací kompetence, mezi které nepochybně patří i možnost poučeně a svobodně se vyjádřit.

Referenční seznam:

- BEČVÁŘ, J. *René Descartes – milovník rozumu*. Praha: Prometheus, 2010, ISBN 80-7196-082-9, 48 s.
- CARPENTER, W. T. et al. Decisional Capacity for Informed Consent in Schizophrenia Research. *Archives of General Psychiatry*. 2000; 57, s. 533–538.
- DOLEŽAL, A. Informovaný souhlas jako vyjádření autonomie vůle nebo reflexe paternalistického vztahu? *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2011, vol. 1, s. 361–371.
- FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství. Pomocný učební text*. 1. vydání. Brno: IDVPZ Brno, 1998, ISBN neuvedeno, 60 s.
- FRANKLOVÁ, V. Ciprex perorální kapky v léčbě agitovanosti seniorů s demencí. *Psychiatrie pro praxi*. 2013; 14 (1), s. 30–33.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas: proč a jak*. Praha: Galén, 2007, ISBN 978-80-7262-497-3, 105 s.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002, ISBN 80-7262-132-7, 272 s.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000, ISBN 80-7262-034-7, 191 s.
- LAJKEP, T. Etika a právo v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, 6, s. 301–302.
- LAJKEP, T. Psychiatrie a etika II. *Zdravotnické noviny – příloha Lékařské listy*. 2003, roč. 52, č. 6, ISSN 0044-1996, s. 17
- MANSON, Neil C. – O'NEILL, Onora. *Rethinking Informed Consent in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007. ISBN 978-0-521-69747-7, 211 s.
- KIM, Scott Y. H. et al. Assessing the Competence of Persons with Alzheimer's Disease in Providing Informed Consent for Participation in Research. *American Journal of Psychiatry*. 2001, 158, s.712–717.
- ŠUSTEK, P. – HOLČAPEK, T. *Informovaný souhlas*. Praha: Aspi, 2007, 260 s.
- WIRSHING, D. A. et al. Informed Consent: Assessment of Comprehension. *American Journal of Psychiatry*. 1998, 155, s. 1508–1511.
- ZIMULOVÁ, M. a kol. Stáří, deprese a suicidalita. In: *Sborník kongresu VIII. gerontologické dny Ostrava*. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2004. ISBN 80-02-01670-X, 115 s.