

# Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny

prof. PAT dr hab. Tadeusz Biesaga SDB  
Katedra Bioetyki Papieskiej Akademii Teologicznej  
w Krakowie

## Paternalizm i autonomizm

W latach 1970–1980 przeprowadzono w anglo-amerykańskiej bioetyce dość ostrą krytykę paternalizmu w praktyce medycznej. Sądzono nawet, że cała medycyna od czasów Hipokratesa była paternalistyczna i należy ją wyraźnie zmienić. Krytykę paternalizmu podjęto w imię obrony autonomii pacjenta. Szczególnie eksplikowano ją skrajnie w latach 1980–1990. Sformułowanie czterech zasad bioetyki (tzw. principizmu) przez Toma L. Beauchampa i Jamesa F. Childressa w ich pracy „Principles of biomedical ethics” („Zasady etyki medycznej”) opublikowanej po raz pierwszy w 1979 roku, nie zakończyło sporu, albowiem treść wymienionych zasad tej bioetyki, czyli autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości, nie została przez nich bliżej określona, co prowadziło do wzajemnego konfliktu tych zasad, w tym szczególnie do konfliktu autonomii pacjenta z autonomią i dobroczynnością lekarza, a nawet ze sprawiedliwością.<sup>1</sup> W konflikcie tym szczególnie promowano autonomię pacjenta jako zasadę pierwszą i nieodzowną. Absolutyzacja autonomii inspirowała tworzenie różnych modeli etyki lekarskiej, które zniekształcały zarówno właściwie rozumienie relacji lekarz-pacjent, jak i celu medycyny. Przyjrzymy się negatywnym efektem tego sporu i poszukamy pozytywnej propozycji.

Paternalizm w najogólniejszym znaczeniu nawiązuje do postawy ojca rodziny, który zdając sobie sprawę z tego, że małe dzieci nie są zdolne do świadomych i uzasadnionych wyborów, troszczy

się o ich dobro bez uwzględniania ich zdania w tej sprawie. Swoje pejoratywne czy negatywne znaczenie zyskał, gdy został zastosowany wobec ludzi dorosłych, zdolnych do podejmowania decyzji w sprawie własnego dobra. Traktowanie ich bowiem jak dzieci pomijało istotną cechę istot zdolnych do świadomej odpowiedzialności za siebie.

Paternalizm w medycynie jest krytykowany za to, że stosuje tego typu, wprawdzie dobroczynne, ale autorytarne podejście do pacjenta. Przejawia się ono na przykład w działaniu lekarza, który dla dobra pacjenta podejmuje się jego leczenia, ale pomija przy tym lub ogranicza jego autonomię. Przekreśla tym samym partnerstwo i świadome uczestnictwo pacjenta w terapii.

W celu bliższego sprecyzowania paternalizmu w medycynie wyróżniono w literaturze bioetycznej paternalizm umiarkowany i paternalizm radykalny.<sup>2</sup> „W paternalizmie umiarkowanym – pisze Joel Feinberg – uznaje się za słuszne przeciwstawienie się czyjemuś, skierowanemu przeciw sobie szkodliwemu działaniu, wtedy gdy jest ono wyraźnie niedobrowolne lub kiedy konieczna jest chwilowa interwencja do ustalenia, czy jest ono dobrowolne, czy nie”.<sup>3</sup> Na przykład dopuszczalne jest ograniczenie autonomii pacjenta po wypadku lub chorego psychicznie, którego działania nie są dobrowolne, skierowane są przeciw własnemu życiu w następstwie szoku czy depresji. Paternalizm radykalny posuwa się dalej, twierdząc, że wolno przeciwdziałać szkodliwemu działaniu pacjenta również wtedy, gdy przypuszczamy, że jest ono podjęte przez niego autonomicznie, dobrowolnie.

Podobnie definiuje paternalizm David Thomas. Radykalny paternalizm dopuszcza – jego zdaniem – działanie wbrew kompetentnym decyzjom pacjenta, natomiast umiarkowany paternalizm, kierując się najlepszym interesem chorego, dopuszcza podjęcie działań albo na podsta-

wie domniemanej zgody pacjenta, albo na podstawie usprawiedliwionego braku zgody, w przypadku jego małoletniości czy ciężkiej choroby.<sup>4</sup>

Chociaż krytyka pewnych przejawów autorytaryzmu w praktyce medycznej słusznie uwypukliła rolę pacjenta, jego godność i wolność, to jednak absolutyzacja autonomii u podstaw etyki medycznej przyniosła też wiele szkód. Działo się tak dlatego, że po pierwsze: pojęcie autonomii czerpano z nurtów sceptycznych, podważających zdolność rozumu do rozpoznania obiektywnego celu medycyny, prawdziwego dobra osoby, pacjenta, a po drugie: pojęcie autonomii związane było z dualistyczną antropologią odziedziczoną po Kartezjuszu czy Kancie, w której czystą wolność przeciwstawiono wszystkiemu, co cielesne, jako względem niej zewnętrzne i jej zagrażające. W konsekwencji uznanie zdrowia za dobro, dobro ciała pacjenta, a nawet dobro jego psychiki, zostało uzależnione od jego decyzji, a więc przestało być obiektywnym dobrem człowieka jako takiego. Poza tym rozumienie relacji międzyludzkich zaczerpnięto z naturalistycznych interpretacji naszych zachowań, inspirowanych teorią walki egoistów Tomasza Hobbesa czy teorią walki o byt Karola Darwina, lub nawet walki klas Karola Marksa.

W tym kontekście spór paternalizm-autonizm okazał się sporem dwóch form tego samego indywidualizmu, sporem egoistycznej wolności pacjenta i egoistycznej wolności lekarza.<sup>5</sup> Zabrakło w nim odwołania się do obiektywnego celu medycyny, obiektywnego dobra pacjenta i wyznaczenia na tej postawie zasad dobroczynnego działania. To właśnie sama indywidualna decyzja, niezależnie od tego jaki czyn wyzwala, stała się źródłem dobra. Takie rozumienie autonomii prezentują choćby Robert Veatch czy Hugo Engelhardt. Dla pierwszego autonomia nadaje każdemu czynowi „znamię słuszności niezależnie od tego, czy czyn jest dobry, czy zły. (...) Respektowanie takiej autonomii jest moralnym obowiązkiem, nawet wtedy gdy nie prowadzi ona do jakiegokolwiek dobra”.<sup>6</sup> W ten sposób autonomia postawiona jest przed i ponad dobrem pacjenta. Podważa ona obiektywny świat wartości. Odtąd w pluralistycznym świecie można będzie mówić o pluralizmie przeróżnych wartości, uznanych za takie aktem decyzji. Wartości te nie mają więc żadnego transcendentnego uzasadnienia poza

własną wolnością, i jak chce utylitaryzm – poza własną korzyścią. W ten sposób, z punktu widzenia zabsolutyzowanej i egoistycznej wolności, zaczęto ustawiać relację pacjent-lekarz, proponując różne jej modele.

## Autonomia a różne modele relacji lekarz-pacjent

W literaturze bioetycznej wymienia się model legalistyczny, w którym z jednej strony jest lekarz, a z drugiej klient (*legalistic model: physician-client*), model ekonomiczny lub biznesowy, konsumencki, w którym lekarz ma do czynienia z konsumentem (*economic, consumer model: physician-consumer*), model negocjacyjny i kontraktalistyczny, w którym relacja między lekarzem a pacjentem ogranicza się do negocjacji lub do zawarcia kontraktu (*negotiated contract model*) oraz model religijny (*religious model*), w którym relacja między lekarzem a pacjentem jest rozumiana jako przyrzeczenie, zobowiązanie moralne i religijne.<sup>7</sup>

W modelu konsumpcyjnym lekarz traktowany jest jako sprzedawca produktów medycznych. Funkcjonuje on na podobnych zasadach jak inne usługi handlowe na wolnym rynku. Powinien proponować swoje sposoby leczenia, poinformować pacjenta o korzyściach i ryzyku, jakie ponosi, i oczywiście o kosztach. Może sformułować jakąś radę, ale nie powinien wpływać na czyjąś decyzję. To co pacjent uzna za korzystne dla siebie, jest decydujące, choćby nie było zgodne z wiedzą medyczną lekarza czy z jego sumieniem. Obowiązki lekarza ograniczone są do podania fachowych informacji, do wsłuchiwania się w życzenia pacjenta i przyjęcia jego decyzji. Pacjent decyduje, co wybierze i co kupi z supermarketu medycznego.<sup>8</sup>

W modelu negocjacyjnym lekarz i pacjent prowadzą dyskusję o tym, co uznać za wartościowe zarówno w dziedzinie wartości moralnych, jak i wartości witalnych, jaką jest zdrowie. Poza autonomią inne zasady bioetyczne są traktowane jako obojętne. Negocjacje decydują, co jest dobre, a co złe. Jeśli pacjent sobie czegoś życzy i lekarz to zaakceptuje, to wszystko w tych ramach jest dobre: na przykład rezygnacja z leczenia, obecność przy samobójstwie czy aktywna eutanazja. To nie natura relacji pacjent-lekarz determinuje treść

negocjacji czy treść kontraktu, ale odwrotnie – procedury negocjacyjno-kontraktalistyczne determinują rozumienie tej relacji i stosowne zasady działania.

W modelu kontraktowym każdej z dwu antagonistycznych, nieufnych i podejrzliwych autonomii chodzi o zawarcie korzystnego dla siebie kontraktu. W tym celu pacjent może prowadzić negocjacje w asyście opłaconych przez siebie lekarzy ekspertów oraz swoich prawników, którzy będą czuwać nad tym, aby z lekarzem będącym wykonawcą usługi zawrzeć jak najbardziej korzystny dla siebie kontrakt. Lekarz wykonawca, lękając się podpisania niekorzystnie sformułowanej dla siebie umowy, też musi zasiąść do negocjacji ze swoimi prawnikami, którzy będą czuwać nad korzystnym dla niego sformułowaniem kontraktu. Każda strona chce osiągnąć korzyści kosztem drugiej. Pacjent chce wynegocjować maksymalne korzyści za maksymalnie niską cenę. Lekarz odwrotnie – chce spełnić życzenia mało wymagającego pacjenta, które od niego niewiele wymagają, i chce unikając trudnych żądań, wykluczyć ryzykowne zobowiązania, których niespełnienie skończyłoby się rozprawą i wyrokiem. Musi on też przewidywać, że pacjent chce wynegocjować zobowiązania, których nie da się spełnić, aby później otrzymać za to wysokie odszkodowanie. Tego rodzaju podejrzliwość i nieufność rozwijana po obu stronach relacji lekarz-pacjent będzie sprzyjać rozwojowi biurokracji, bogaceniu się prawników, którzy towarzysząc obu stronom przed leczeniem, w trakcie leczenia i po jego zakończeniu, będą mogli najwięcej skorzystać z terapii pacjenta i ciężkiej pracy lekarza. Lekarz kontraktowy, mimo że w trakcie leczenia odkrył lepsze metody terapii, dla swego bezpieczeństwa musi się trzymać procedur zapisanych w kontrakcie.

Konstruowanie i egzekwowanie kontraktu instytucjonalizuje wzajemną nieufność, gdyż kontrakt grozi sądem. Lekarzowi nie będzie więc zależało na rzeczywistym wyleczeniu pacjenta, ale na legalnym spełnieniu wymagań kontraktu. „Nie ma żadnych dowodów na to – zaznacza Edmund Pellegrino – że relacja bazująca na nieufności i kontrakcie bardziej chroni autonomię pacjenta, jak ta bazująca na zaufaniu, na przyrzeczeniu i zobowiązaniu”.<sup>9</sup>

W rzeczywistości model konsumpcyjno-kontraktalistyczny dehumanizuje naturę relacji le-

karz-pacjent, a przez to niszczy etos lekarski, i właściwie pojęty cel i powołanie lekarskie. W tym ujęciu relacja lekarz-pacjent jest relacją proceduralną, instrumentalną i legalistyczną. „Kreowana w tym modelu etyka jest jedną z tych – pisze E. Pellegrino – która w najmniejszym stopniu pobudza osobiste zaangażowanie i zaufanie. W rzeczywistości rozwija ona bardziej nieufność niż zaufanie. Niszczy etos medycyny, ponieważ strony kontraktu nadają etyce medycznej dowolne, wybrane przez nich znaczenie. Za jedyne zło moralne uważają niewystarczające przestrzeganie przyjętego kontraktu”.<sup>10</sup>

W modelu tym błędnie przyjmuje się z góry równość podmiotów w sile negocjacji kontraktu. „Pacjent jest istotą cierpiącą i podatną na zranienie, potrzebuje pomocy, nie ma możliwości, by sobie samemu pomóc, jest w bólu, w zaniepokojeniu, w lęku, a być może w rozpaczce. Trudno sobie wyobrazić zawieranie ważnego kontraktu, w którym jedna ze stron jest tak zależna od drugiej, od informacji koniecznych dla dokonania wyboru, od kompetencji drugiej strony w realizacji decyzji, która została podjęta”.<sup>11</sup> Fakt choroby pacjenta i jej kompetentna znajomość przez lekarza daje temu drugiemu olbrzymią przewagę w tym kontrakcie. Osobisty charyzmat lekarza wraz z jego wiedzą zwiększa jego wpływ na decyzje pacjenta. Monopolizacja wiedzy medycznej umożliwi lekarzowi specjalistyczne działania, niezależne od wynegocjowanego kontraktu, który zawsze jest czymś ogólnym. Nie jest on moralnie zobowiązany, by używać wszystkich możliwości do leczenia pacjenta, lecz jedynie, by spełnić wynegocjowany kontrakt. W ten sposób konsumpcyjno-kontraktalistyczny model szkodzi przede wszystkim pacjentowi.

Absolutyzacja roli fenomenalistycznie, deskryptywnie i funkcjonalistycznie rozumianej autonomii pozwala też takim bioetykom jak Hugo Engelhardt, Peter Singer czy Zbigniew Szawarski wykluczać pewnych ludzi z grona osób i podważać ich prawo do życia. W ten sposób tacy pacjenci jak embrion ludzki, noworodki, dzieci i niepełnosprawni dotknięci ciężkimi wadami, psychicznie i terminalnie chorzy, wykluczani są z grona osób, a to z tej przyczyny, że nie ujawniają oni aktualnie aktów autonomii i odpowiedzialności za swoją przyszłość i swoje interesy. Tą drogą promowanie

autonomii pacjenta zostało skierowane przeciw niemu samemu, przeciw najsłabszym, ciężko chorym i stało się zasadą usprawiedliwiająca eliminację słabych przez silnych.

Autonizm niszczy również wolność i sumienie lekarza. Proponuje on bowiem, aby napięcia między dwoma absolutnymi autonomiami rozstrzygnąć poprzez eliminację spornych wartości. Mechanizm jest prosty: to co drażni pacjenta, klienta, konsumenta, trzeba wyeliminować. Lekarz ma być neutralny. Ma się pozbyć swojego świata wartości i sumienia. Nie tylko ma akceptować wszystko, czego klient i konsument sobie życzy, ale ma eliminować swój świat wartości, również ten wynikający z etosu jego zawodu.<sup>12</sup> W ten sposób medycyna i lekarz stają się agencją usługową, spełniającą zachcianki społeczeństwa i dyktujący państwa.

### „Dobroczynność w zaufaniu” u podstaw etyki medycznej

Zdaniem Edmunda Pellegrino tym, co pozwala przezwyciężyć słabości zarówno paternalizmu, jak i autonomizmu, jest właściwe rozumienie celu medycyny jako specyficznej praktyki oraz właściwe rozumienie relacji lekarz-pacjent. Celem medycyny jest troska o zdrowie pacjenta. Dobro pacjenta to dobro medyczne, dobro osobiste pacjenta, jego dobro osobowe i dobro ostateczne. Punktem wyjścia i odniesienia oraz główną zasadą etyki medycznej nie jest więc autonomia lekarza czy pacjenta, ale dobroczynność względem pacjenta, realizowana we wzajemnym zaufaniu (*beneficence-in-trust*).

Dobroczynność jest właściwą odpowiedzią na wezwanie pomocy, zawiera ona w sobie troskę o pacjenta. Jego problemy zdrowotne stają się pierwszym przedmiotem obopólnego zaangażowania. Dobroczynność koncentruje się – jak to szeroko opisuje Pellegrino – na egzystencjalnej kondycji pacjenta. Choroba nie jest czymś konwencjonalnym, czymś tylko subiektywnym, ale realnym, egzystencjalnym stanem drugiego człowieka.<sup>13</sup> Ten stan wymaga też egzystencjalnej i realnej odpowiedzi, wyznacza on sposób podejścia do realizacji terapii, sposób włączenia w nią autonomii. Określa, czy pacjent w określonym wieku i stanie jest zdolny czy niezdolny do aktów

w pełni autonomicznych. Zarówno autonomia pacjenta, jak i lekarza ma być podporządkowana potrzebom pacjenta, jego dobru, nie odwrotnie. To nie autonomia, ale osoba jest wartością absolutną. Godności osoby nie należy redukować do jej wolności. Z wolności bowiem płyną godne i niegodne zachowania ludzkie. Kryterium dobra jest godność, a nie wolność. To poprzez szacunek dla osoby szanujemy jej autonomię. Szanujemy autonomiczne wybory świętego, gdyż są dobrymi wyborami, ale nie szanujemy autonomicznych wyborów przestępcy, gdyż są złymi wyborami. Autonomia pacjenta jest aspektem jego dobra, ale nie jest aspektem jedynym.<sup>14</sup> Na dobro pacjenta, oprócz dobra osobistego, przeżywane przez niego, w którym autonomia odgrywa pierwszorzędną rolę, składa się również dobro medyczne, określane przez wiedzę i sztukę medyczną, dobro pacjenta jako osoby oraz jego dobro ostateczne, ku któremu człowiek zmierza. Całościowo traktowane dobro wyznacza sposób działania.<sup>15</sup> Respektowanie autonomii pacjenta sprzyja realizacji jego dobra, maksymalizuje dobroczynność względem niego.<sup>16</sup> Dlatego należy ją włączyć w osiągnięcie całościowego dobra pacjenta. Najlepiej można to uczynić na gruncie wzajemnego zaufania. Zaufanie bowiem, budując więź międzyludzką, włącza bezboleśnie naszą wolność w realizację dostrzeżonych wartości. Buduje przestrzeń bezpieczeństwa dla chorego. Budzi jego wiarę w ludzi, wiarę w ich dobroczynne działania. Środowisko zaufania jest środowiskiem terapeutycznym.

W celu zbudowania zaufania lekarz powinien mieć odpowiednie cechy życia osobowego i moralnego. Niezbędne jest nabycie różnorodnych, ludzkich cnót intelektualnych i moralnych. Trzeba się stać dobrym człowiekiem, aby być dobrym lekarzem. Lekarz szczególnie musi być wierny wewnętrznej moralności swej profesji. Wszelkie cele zewnętrzne względem medycyny, takie jak pieniądze, władza, prestiż powinny zejść na drugi plan. Lekarz nie może być na usługach państwa, polityków, koncernów przemysłowych czy jakichś ideologii. Chory pacjent jest w centrum jego działań. Wady, które niszczą zaufanie, to chciwość, przekupność, niekompetencja, nieuczciwość i brak wrażliwości. Wśród różnych zalet lekarza, szczególnie przydatne są: wierność i stałość w realizacji pokładanego w nim zaufania, współczucie, intelektualna uczciwość, roztropność, sprawiedliwość,

odwaga oraz trzymanie w ryzach swoich korzyści.<sup>17</sup> Lekarz wyposażony w takie zalety moralne stwarza warunki dla zaufania, nie uchybiając autonomii pacjenta, i osiągnie więcej w terapii niż lekarz kontraktowy. Wyzwała on bowiem w sobie i w pacjencie wszystkie psychiczne i duchowe siły sprzyjające zdrowiu.

## Przypisy

1. Zob. Chyrowicz B.: Bioetyka prima facie. *Znak*, 1998; 515/4: 156–160
2. Feinberg J.: Legal paternalism. *Can. J. Philos.*, 1971; 1: 105–124. Thomasma D.C.: Beyond medical paternalism and patient autonomy: a model of physician conscience for the physician-patient relationship. *Ann. Intern. Med.*, 1983; 98: 243–248
3. Feinberg J.: dz. cyt.: 113
4. Thomasma D.C.: dz. cyt.: 244
5. Pellegrino E.D., Thomasma D.C.: For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York, Oxford University Press, 1988: 49
6. Veatch R.M.: Justice in health care: the contribution of Edmund D. Pellegrino's philosophy of medicine. *J. Med. Philos.*, 1990; 15: 280
7. Thomasma D.: dz. cyt.: 243. Emanuel E.J., Emanuel L.L.: Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 1992; 267: 2221–2226. Pellegrino E.D., Thomasma D.C.: The virtues in medical practice. New York, Oxford University Press, 1993: 56. Donovan D.K.: The physician-patient relationship. W: Thomasma D.C., Kissell J.L., red.: The health care professional as friend and healer. Washington, Georgetown University Press, 2000: 13–23
8. Donovan D.K.: dz. cyt.: 19
9. Pellegrino E.D., Thomasma D.C.: The virtues in medical practice. dz. cyt.: 57
10. Tamże: 56
11. Tamże
12. Pellegrino E.D.: Commentary: Value neutrality, moral integrity and physician. *J. Law Med. Ethics*, 2000; 28/1: 78–80
13. Pellegrino E.D.: Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. *Kennedy Inst. Ethics J.*, 1995; 5: 267
14. Pellegrino E.D., Thomasma D.C.: For the patient's good: the restoration of beneficence in health care, dz. cyt.: 82
15. Tamże: 74–91. Pellegrino E.D.: The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *J. Med. Philos.*, 2001; 26: 569
16. Veatch R.M.: dz. cyt.: 278–279
17. Pellegrino E.D., Thomasma D.C.: The virtues in medical practice, dz. cyt.: 65–164