

# O granicach autonomii w sytuacji konfliktu między lekarzem a pacjentem

**prof. dr hab. Marian Machinek MSF**

Wydział Teologiczny, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

**Od Redakcji:** Artykuł jest oparty na wystąpieniu Autora na Sympozjum „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej – czy lekarz może postąpić wbrew woli pacjenta” (Warszawa, 12 kwietnia 2012 r.), zorganizowanym przez Medycynę Praktyczną we współpracy z Towarzystwem Internistów Polskich i Naczelną Izbą Lekarską.

## Wprowadzenie

Konflikty w relacji lekarz–pacjent są nieuniknione. Wynikają one nie tylko (jak w każdym innym przypadku międzyludzkiej komunikacji) z różnych charakterów i temperamentów czy chwilowego nastroju, ale także z samej specyfiki tej relacji. Jest ona ze swej natury asymetryczna, nie tylko z powodu różnic w poziomie wiedzy medycznej, ale także z racji sytuacji kryzysowej – sytuacji choroby, która od początku stawia pacjenta w roli proszącego o pomoc. Niemalże znaczenie odgrywają także czynniki systemowe (brak środków, procedury), z powodu których lekarz nierzadko nie jest w stanie, mimo dobrej woli, zaoferować pacjentowi właściwej pomocy. Sytuacja konfliktu zaostrza się, gdy ma on podłoże etyczne, a lekarzowi nie udaje się uzyskać zgody pacjenta na leczenie, bez którego nastąpi poważne pogorszenie jego stanu zdrowia lub nawet zagrożone będzie jego życie. W jaki sposób można zmniejszyć negatywny potencjał tego typu konfliktów w kontekście faktycznego pluralizmu światopoglądowego współczesnego społeczeństwa? Czy rozwiązanie powinno polegać na tym, że racja zostanie arbitralnie przyznana jednej ze stron, podczas gdy druga będzie zmuszona ustąpić? Czy lekarzowi wolno postąpić niezgodnie z wolą pacjenta? Próby udzielenia odpowiedzi na te pytania nie można rozpocząć inaczej, niż przez wskazanie na jeden z fundamentalnych wymiarów działania moralnego, jakim jest możliwość i prawo do stanowienia o sobie, czyli autonomia moralna.

## Czyja i jaka autonomia?

„Autonomia” należy do najmłodniejszych współczesnych słów. W wielu dyskusjach w obszarze bioetyki pretenduje ona do rangi ostatecznego punktu odniesienia, kończącego dyskusję. Klasyczne pojęcie autonomii można rozważać z różnych perspektyw. Jedną z nich jest perspektywa ontologiczna, zgodnie z którą autonomia jawi się jako podstawa możliwości działania moralnego. Zdolność do dokonywania wolnych i odpowiedzialnych wyborów należy do podstawowych zdolności osoby i jeśli tylko jej rozwój przebiega normalnie, na pewnym etapie swego życia jest w stanie korzystać z wolności, a więc też przejąć odpowiedzialność<sup>1</sup> za własne czyny – stanowić o sobie. I tu ujawnia się druga perspektywa – etyczna. Chodzi o faktyczną możliwość dokonywania wyborów w sprawach dotyczących własnej osoby, przy czym autonomia będzie tu oznaczać nie tylko możliwość, ale także powinność działania zgodnego z rozpoznaną przez rozum właściwą miarą.<sup>2</sup>

Szacunek wobec osoby jako autonomicznego podmiotu, który ponosi ostateczną odpowiedzial-

<sup>1</sup> Krzysztof Stachewicz, rozważając problem zasadności etyki lekarskiej, określa odpowiedzialność jako „dążność do spolegliwego zatroskania o sens wartości moralnie doniosłych”. Por. K. Stachewicz: Człowiek i jego etos: studia – szkice – polemiki z antropologii filozoficznej i etyki. Poznań, Wyd. Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, 2011: 399.

<sup>2</sup> Por. A. Pieper: Autonomie. W: W. Korff, L. Beck, P. Mikat, red.: Lexikon der Bioethik. Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus, 2000: 291–293.

ność za swoje czyny, stanowi jedno z podstawowych praw człowieka, uznanych i szanowanych zarówno w ramach demokratycznego porządku prawnego, jak też najważniejszych koncepcji antropologiczno-etycznych, z chrześcijańską włącznie. Wyraża się on zapewnieniem jednostce ochrony przed nieuprawnionym przymusem i naciskiem w podejmowaniu decyzji jej dotyczących. Ochrona ta otwiera przestrzeń wolności, która ma być przez jednostkę odpowiedzialnie zagospodarowana, dzięki kierowaniu się osądem rozumu przy podejmowaniu decyzji. Błędem byłoby utożsamianie autonomii decyzyjnej z dowolnością, z samowolą, niedbającą o moralną odpowiedzialność, a koncentrującą się jedynie na uwolnieniu od zewnętrznych wpływów, nakazów i zakazów. Już Immanuel Kant, uchodzący za klasyka w nowożytnej refleksji nad autonomią woli, wskazał na konieczność uniwersalizacji zasad, którymi się człowiek kieruje. Jak podkreślał Kant, „nie należy wybierać inaczej, jak tylko tak, żeby maksymy własnego wyboru były zarazem w tej samej woli zawarte jako ogólne prawo”.<sup>3</sup>

Zwiększona wrażliwość na kwestie autonomii pacjenta oraz jej respektowanie są niewątpliwymi osiągnięciami ostatnich dziesięcioleci XX wieku i owocem dłuższego procesu dowartościowania podmiotu i jego prawa do samostanowienia. Chociaż utożsamianie klasycznego podejścia oparte na tradycji hipokratejskiej z paternalizmem byłoby krzywdzącym dla tej tradycji uproszczeniem, to jednak nie ulega wątpliwości, że skłaniała się ona ku powierzeniu całej odpowiedzialności za proces leczenia lekarzowi, co wiązało się z wyłączeniem, a przynajmniej ograniczeniem roli pacjenta. Takie podejście było i pozostaje do dzisiaj sensowne w sytuacjach, w których pacjent z różnych względów nie jest zdolny do wzięcia odpowiedzialności za swoje decyzje. W przypadku faktycznych ograniczeń autonomii pacjenta lekarz staje się jego powiernikiem, podejmującym decyzje najbardziej dla niego korzystne. Powszechnie przyjmuje się jednak, że z chwilą odzyskania zdolności do samostanowienia, pacjent, jako

autonomiczny podmiot, powinien odzyskać także możliwość wpływania na proces terapeutyczny lub podejmowania decyzji w sprawach, które go dotyczą.

Już powierzchowny przegląd literatury bioetycznej pozwala stwierdzić, że jeżeli w kontekście relacji lekarz–pacjent mówi się dziś o autonomii, to ma się zazwyczaj na myśli autonomię pacjenta. Być może jest to związane z paternalizmem charakteryzującym dawne koncepcje relacji lekarz–pacjent. Trzeba jednak zadać pytanie: Co w tym kontekście z autonomią lekarza? Również on jest autonomicznym podmiotem, moralnie związanym odpowiedzialnością odpowiedzialnego działania. Nietrudno dostrzec konfliktowy potencjał, jaki niesie spotkanie dwóch stron, z których każda podnosi swoją moralną autonomię. Wydaje się, że rozwiązanie tego typu konfliktów umożliwi założenie, iż przy całej różnicy na płaszczyźnie etycznej i światopoglądowej obie strony przynajmniej odnoszą się do tych samych wartości fundamentalnych, jakimi są zdrowie i życie pacjenta. Wzajemna relacja obu stron nie jest zatem jedynie relacją usługową, bo nie dotyczy rzeczy, ale dotyczy podstawowych dóbr osoby, a w tym wypadku jej samej. Życie nie jest bowiem „czymś”, co osoba posiada, ale jest z nią tożsame: ochronie nie podlega wyabstrahowane życie, ale żyjąca osoba. Dzięki temu w relacji lekarz–pacjent tworzy się swego rodzaju wspólna przestrzeń etyczna, a w jej ramach możliwa jest wspólna troska o dobra podstawowe i wspólna za nie odpowiedzialność.

Takie podejście nie jest jednak powszechnie podzielane. W toczącej się obecnie debacie bioetycznej niejednokrotnie kwestionuje się ową wspólną przestrzeń etyczną, co uruchamia dodatkowy konfliktowy potencjał.

## **Dobro czy interes pacjenta?**

Przesunięcie akcentów w definiowaniu relacji lekarz–pacjent można dostrzec, obserwując ewolucję pojęć ją charakteryzujących. Na szczególną uwagę zasługuje tu para pojęć „dobro pacjenta” oraz „interes pacjenta”, wyznaczających podstawowe i najwyższe kryterium działań lekarskich. Współwystępowanie obu pojęć w niektórych doku-

<sup>3</sup> I. Kant: Uzasadnienie metafizyki moralności. Tłum. M. Wartenberg. Kęty, Wyd. Antyk, 2001: 57

mentach i opracowaniach dotyczących etyki lekarskiej mogłoby wskazywać na to, że można je rozumieć zamiennie. Tak jest na przykład w Kodeksie Etyki Lekarskiej (KEL), który przytacza jedną z najstarszych zasad postępowania lekarskiego w jej łacińskiej formie: *Salus aegroti suprema lex esto* (art. 2.2). Ta pochodząca z tradycji starożytnej a przyjęta i pogłębiona w myśli chrześcijańskiej zasada opisuje dobro pacjenta szerokim pojęciem *salus*, chociaż łacina zna także inne pojęcie dobra – *bonum*. Pierwsze z nich w języku teologicznym może nabrać specyficznego znaczenia, oznaczając zbawienie, a więc ostateczne spełnienie i uszczęśliwienie człowieka, jednak w ramach przytoczonej zasady należy to pojęcie rozumieć zgodnie z jego pierwotnym znaczeniem – wyraża ono zdrowie i bezpieczeństwo. W KEL występuje wprawdzie także pojęcie interesu pacjenta, jednak wydaje się, że chce być ono rozumiane jako dobro pacjenta. Przez wyakcentowanie konieczności uzyskania zgody na leczenie KEL zdaje się sugerować, że w konkretnej sytuacji dobro pacjenta jest definiowane zarówno przez lekarza, jak i samego chorego. Podkreślenie znaczenia życia i zdrowia jako wartości wiodących wskazuje na element obiektywizujący, stanowiący wspólny punkt odniesienia.<sup>4</sup> Dobro pacjenta będzie miało tu charakter całościowy.<sup>5</sup>

Szereg publikacji, a nawet oficjalnych dokumentów dotyczących relacji lekarz–pacjent nie posługuje się już jednak pojęciem dobra pacjenta, zastępując je pojęciem interesu. Nie chodzi przy tym jedynie o pewien zabieg językowy, ale o próbę oparcia relacji lekarz–pacjent na innym etycznym fundamencie. Oba pojęcia (dobra i interesu) nie tylko nie są tu zamiennie, ale zdają się ze sobą

konkurować. Już nie *salus*, ale *voluntas aegroti* (wola pacjenta) ma stanowić naczelną zasadę działania lekarza. W odróżnieniu od podejścia zakładającego wspólną przestrzeń etyczną, jaka łączy pacjenta i lekarza, i implikuje ich wspólną odpowiedzialność, lansowane jest podejście subiektywistyczne, w którym nie ma już obiektywnych wartości etycznych, zobowiązujących obie strony. Pozostaje jedynie wola pacjenta autonomicznie formułującego swoje życzenia. Takie rozumienie interesu wywodzi się z tradycji utylitarystycznej i jest charakterystyczne dla utylitarystyki preferencyjnej.<sup>6</sup> Własne życie i zdrowie nie są tu już rozumiane jako wartości podstawowe, których respektowanie jest istotnym elementem szacunku do siebie samego, ale stają się one dobrami, którymi ich „właściciel” może dysponować dowolnie, byleby nie naruszał interesów innych osób. Jeżeli nawet pacjent zechce realizować swoją autonomię za cenę swojego życia czy zdrowia (np. w przypadku autoagresji, eutanazji) bądź też za cenę życia i zdrowia tych, którzy nie są w stanie formułować swoich interesów (np. w przypadku aborcji), zgodnie z tą koncepcją lekarz powinien udzielić mu w tej materii fachowej pomocy. Rola lekarza jest tutaj jedynie reaktywna: ma on za zadanie przedstawić pacjentowi paletę możliwości medycznych i zastosować się do wybranej przez niego opcji. By uniknąć eskalacji preferencji wprowadza się odpowiednie procedury i warunki, które muszą być zachowane, by działania lekarskie mogły być uznane za właściwe. Etyczność postępowania ogranicza się zatem do przestrzegania procedur i technicznej poprawności stosowanych środków. Opieranie relacji lekarz–pacjent na takiej nieograniczonej odpowiedzialnością autonomii tego ostatniego sprawia, że lekarz zostaje zepchnięty do rangi biernego wykonawcy woli pacjenta, co byłoby jednoznaczne z koniecznością rezygnacji z własnej kompetencji etycznej. Powoływanie się na autonomię moralną, na przykład ze strony lekarza korzystającego ze sprzeciwu sumienia, będzie tu traktowane jako naganne ograniczanie

<sup>4</sup> Już samo sformułowanie, że powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego (art. 2.1) wskazuje na obiektywne wartości, podstawowe dla każdej osoby ludzkiej, a nie jedynie dla pojedynczego chorego.

<sup>5</sup> Współczesna medycyna zdaje się ponownie doceniać znaczenie całościowego podejścia do pacjenta, rezygnując z jednostronnego paradygmatu mechanicznego. Człowiek nie jest jedynie biochemiczną żywą maszyną, ale cielesno-duchową osobą, której dobrostan nie może być postrzegany jedynie przez pryzmat chorego organu. Por. G. Maio: *Plädoyer für die Wiederentdeckung einer Kunst des Maßes in der Medizin*. Imago hominis, 2011; 18 (4): 271–173.

<sup>6</sup> Por. np. P. Singer: *Praktische Ethik*. Stuttgart, Philipp Reclam Verlag, 1994; 36 nn.

dostępu pacjenta do świadczeń.<sup>7</sup> Tak jednostronne wyakcentowanie autonomii pacjenta trudno uznać za uzasadnione.

## Zgoda pacjenta jest wynikiem dialogu

W tle jednostronnej koncentracji na woli pacjenta można rozpoznać nierealistyczną, jak się zdaje, wizję realizacji autonomii osoby w konkretnej sytuacji. Autonomia nie realizuje się nigdy w etycznej próżni. Jak każdy człowiek, tak i pacjent nie jest etycznie samowystarczalną monadą, ale istotą społeczną i dlatego dialogiczną. Nie można sobie wyobrazić autonomicznego podmiotu poza kontekstem dialogu z innymi podmiotami. Tylko w ten sposób osoba jest w stanie rozpoznać moralne dobro i nauczyć się je konsekwentnie wybierać. Relacja lekarz–pacjent nie może być postrzegana jako konfrontacja dwóch autonomicznych podmiotów, ale należy ją widzieć jako spotkanie osób, świadomych z jednej strony swej niezbywalnej etycznej kompetencji, ale też powinności działania zgodnie z zasadami moralnymi rozpoznanymi jako wiążące.

W kontekście obu przedstawionych i – jak można było dostrzec – rozbieżnych koncepcji należy widzieć rozumienie kwestii zgody pacjenta. Czy postrzeganie jej wyłącznie jako jednostronnej decyzji pacjenta, a wymóg jej uzyskania jako wyraz respektowania prawa pacjenta do decydowania o sobie, oddaje całą złożoność tego zagadnienia? Wyrażenie zgody należy raczej widzieć jako proces, jako wynik dialogu pacjenta, nie tylko z lekarzem, ale także z najbliższymi oraz ludźmi dla niego

„ważnymi”, z autorytetami, do których się odwołuje.<sup>8</sup> Ewentualny początkowy konflikt nie musi być ostatnim słowem w relacji lekarz–pacjent, jeżeli tylko obie strony, obok swojej niewątpliwej i wymagającej wzajemnego szacunku autonomii, uznają także wspólną odpowiedzialność i wspólną troskę za wartości podstawowe. By tak było, rola lekarza nie może zostać ograniczona do przekazania pacjentowi suchej informacji o sytuacji i prognozie na przyszłość oraz o dostępnych możliwościach leczenia. Lekarz nie jest tu jedynie neutralnym obserwatorem, który powinien starannie ukrywać swoje poglądy w zakresie tego, co dla pacjenta dobre; może i powinien wejść w dialog z pacjentem, formułując i wyrażając także własną opcję i zalecenie.

Zwolennicy koncepcji podkreślających autonomię pacjenta zapewne podniosą w tym miejscu zastrzeżenie, wskazując na niebezpieczeństwo wywierania nacisku na pacjenta oraz manipulacji, zmierzającej do tego, by przystał na opcję wyrażoną przez lekarza. Niebezpieczeństwo takie rzeczywiście istnieje. Pogłębia je labilność pacjenta, związana z lękiem i przygnębieniem z powodu niepomyślnej diagnozy, nieskutecznej terapii bądź też pozbawiającej nadziei prognozy na przyszłość. Jednak formą nacisku może być również chłodna neutralność lekarza, przekazującego „suchą informację”. Pacjent może zinterpretować taką postawę nie tyle jako wyraz szacunku dla jego samosta-

<sup>7</sup> W uchwalonym 15 marca 2012 stanowisku Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN w sprawie etycznych problemów medycyny reprodukcyjnej i genetyki klinicznej oraz konieczności ich regulacji prawnej, wyraźnie akcentuje się autonomię decyzyjną pacjenta. Jednocześnie w stanowisku wyrażony zostaje głęboki niepokój wobec sposobu korzystania lekarzy z klauzuli sumienia. Nie ma tu mowy o wspólnej trosce o życie i zdrowie, a jedynie o „przekonaniach moralnych” lekarza, poprzez które mogą zostać pogwałcone „fundamentalne prawa reprodukcyjne” pacjentów. Por. <http://www.bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/stanowisko%20kb%20nr%201-2012.pdf> (21 V 2012).

<sup>8</sup> W kontekście rozumienia zgody jako wyniku dłuższego procesu trzeba by umieścić także wyrażenie zgody *pro futuro*, gdy pacjent, biorąc pod uwagę możliwość zaistnienia w przyszłości sytuacji, gdyby sam nie był w stanie sobą rozporządzać, formułuje listę procedur, na które się zgadza, jak i tych, na które nie wyraża zgody. Badania przeprowadzone w 2009 r. przez Stephana Sahma wskazują, że jedynie w niewielkiej liczbie przypadków faktyczna sytuacja chorego pokrywa się z tym, co wcześniej zapisał w swoim rozporządzeniu. Zmienia się także stopień gotowości pacjenta do akceptacji interwencji lekarskich, gdy sytuacja choroby nie jest już jedynie teoretyczną możliwością, ale staje się smutną rzeczywistością. Jedynie mniejszość respondentów domagała się ścisłego przestrzegania ich pisemnych lub ustnych rozporządzeń. Większość respondentów wyraziła życzenie, by ich rozporządzenia były interpretowane przez lekarzy przy współudziale rodziny. Por. S. Sahm: *Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Ärztliches Handeln an den Grenzen von Ethik und Recht*. Frankfurt am Main, Campus Verlag, 2006.

nowienia, ile jako obojętność, potęgującą poczucie osamotnienia i bezsensu wobec jakichkolwiek terapeutycznych wysiłków.

Jakie kryteria mogą pomóc lekarzowi w ocenie sytuacji konfliktu z pacjentem? Przede wszystkim lekarz musi ocenić faktyczny stopień autonomii pacjenta. Może się bowiem zdarzyć, że konflikt wcale nie ma podłoża etycznego, ale na odmowę pacjenta wpływa splątanie bądź błędna ocena sytuacji. Istotne będzie też odniesienie roszczeń pacjenta do zakresu kompetencji i obowiązków lekarskich, szczególnie wtedy, gdy pacjent podejmuje próbę wprzęgnięcia lekarza do realizacji celów pozamedycznych.<sup>9</sup> Istotnym kryterium będzie także dobro osób trzecich, gdy pacjent pragnie realizować własną autonomię kosztem innych (np. żądanie dokonania aborcji). Chociaż, jak to już wspomniano, życie i zdrowie powinny być uznane za wartości podstawowe, nie oznacza to jednak powinności ich ocalenia za wszelką cenę. Raz jeszcze należy podkreślić, że powinność ochrony odnosi się do żyjącej osoby, a nie do wyizolowanych i abstrakcyjnych dóbr, nawet gdyby miały być one podstawowe. Istotnym kryterium będzie więc także rokowanie i przewidywana nieuchronność śmierci. Uznanie, że nadejście śmierci nie musi być porażką lekarza, ale stanowi naturalny kres życia każdej istoty ludzkiej, może prowadzić zarówno do tego, że lekarz uszanuje odmowę pacjenta wobec terapii uporczywej, jak też, że przeciwstawi się próbie wymuszania działań pozornych i bezcelowych, szczególnie, jeżeli są one kosztowne.

Wskazanie na wspólną przestrzeń etyczną, w ramach której lekarz i pacjent są wspólnie odpowiedzialni za wartości podstawowe zdrowia i życia, nie zawsze prowadzi do złagodzenia konfliktu. Może się zdarzyć, że pacjent mimo wysiłków lekarza nie wyraża zgody na zaproponowane leczenie, opuszczając tym samym wspólną przestrzeń

<sup>9</sup> Chodzi np. o żądanie przepisania specyfików medycznych poza kontekstem terapeutycznym, dla osiągnięcia wyznaczonych sobie celów i korzyści. KEL formuluje *explicite* zakaz stosowania środków dopingowych (art. 75). Podobna logika może towarzyszyć sytuacji, gdy lekarz spotyka się z żądaniem przepisania narkotyku lub np. hormonalnych środków antykoncepcyjnych, którą mają zostać zaordynowane bez wskazań lekarskich.

etyczną. Trudno sobie wyobrazić, by wobec świadomego i jasno wyrażającego swoją wolę pacjenta lekarz stosował przemoc, stosując środki lecznicze wbrew jego woli. Trudno sobie jednak także wyobrazić sytuację, w której lekarz musiałby spełniać żądania pacjenta, będąc przekonanym o ich szkodliwości lub też czując się wykorzystanym przez pacjenta do realizacji roszczeń przekraczających kontekst terapeutyczny. Dotyczy to również sytuacji usług medycznych uznanych za legalne i dostępne.

## Zakończenie

Rozwiązanie konfliktów na płaszczyźnie etycznej między lekarzem a pacjentem wydaje się możliwe jedynie wtedy, gdy przy całym uznaniu pluralizmu światopoglądowego przyjmie się pewne minimum etyczne, tzn. wspólną dla obydwu stron przestrzeń etyczną wyznaczoną przez uznanie życia i zdrowia za wartości podstawowe. Przeakcentowanie autonomii jednej ze stron relacji oraz pozbawienie jej wspólnego punktu odniesienia musi prowadzić do zredukowania znaczenia drugiej strony i pomniejszenia jej prawa do podejmowania autonomicznych decyzji. Gdyby miejsce wspólnej troski o dobro miała zająć powinność realizacji interesu pacjenta, niezwiązanego żadnym etycznym kodeksem, oznaczałoby to pozbawienie lekarza jego autonomii moralnej. Miejsce słusznie krytykowanego niedysyjszego paternalizmu zajęłaby równie niesprawiedliwa pacjentokracja. Aby tak się nie stało, należy raz jeszcze podkreślić znaczenie budowania zaufania w relacji lekarz–pacjent. Jak stwierdził w jednym z wywiadów prof. Andrzej Szczeklik: „bezpośredni kontakt pozostaje jedną z najistotniejszych rzeczy. Wtedy dopiero rodzi się zaufanie między lekarzem a chorym, bez którego nie ma właściwej medycyny”.