

Autonomia jako wartość i problem moralny w relacji lekarz–pacjent

dr hab. Marian Machinek MSF

Wydział Teologii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Wprowadzenie: czy istnieje etyka „neutralna”?

Przed przystąpieniem do analizy zagadnienia autonomii w relacji lekarz–pacjent warto choćby krótko omówić kwestię bardziej podstawową, która dla tematyki autonomii okazuje się kluczowa. W medialnych debatach dotyczących problematyki bioetycznej dosyć często pojawia się postulat „neutralności” etyki. Jak się dowodzi, koncepcja etyczna opierająca się na podstawowych rozstrzygnięciach natury światopoglądowej, szczególnie religijnej, nie może być uznana za ogólnie obowiązującą. Zmuszałoby to bowiem także osoby niewierzące do przyjęcia argumentów religijnych i stanowiło wyraz nietolerancji. Z tego samego względu państwo powinno być, jak się powiada, laickie, a więc neutralne światopoglądowo. Czy zatem jedyną akceptowalną w dyskursie publicznym formą etyki miałyby być etyka „neutralna”?

Niewątpliwie istnieje swoista autonomia etyki polegająca na tym, że sądy etyczne, będące wynikiem racjonalnego normatywnego namysłu, nie wypływają *wprost* z przesłanek dostarczanych przez inne dziedziny ludzkiej wiedzy. Kto chciałby wyprowadzać oceny etyczne *wprost* z przesłanek biologicznych, psychologicznych czy socjologicznych, popełniłby tak zwany błąd naturalistyczny. Ta niezależność namysłu etycznego dotyczy w pewnym stopniu także przesłanek religijnych bądź też formułowanych przez inne dyscypliny filozoficzne, do których skądinąd sama etyka się zalicza. Porównując autonomię innych nauk i etyki, należy jednak stwierdzić, że autonomia etyki jest relatywna. Nierzadko pod pojęciem etyki „neutralnej”, która miałyby być wspólna i możliwa do przyjęcia zarówno przez wierzących, jak i niewierzących,

kryje się koncepcja etyczna opierająca się na agnostycznych czy wręcz ateistycznych rozstrzygnięciach światopoglądowych. Trudno bowiem mówić o etyce całkowicie „neutralnej”, gdyż abstrahując od określonej koncepcji człowieka, a więc spójnej wizji antropologicznej, do której należy także zajęcie stanowiska wobec kwestii religijnej, nie można byłoby jej w ogóle uprawiać. Żaden dyskurs etyczny nie toczy się w światopoglądowo neutralnej przestrzeni¹. Wyłączenie Boga z refleksji etycznej nie znajduje podstaw w ewidencji (nie sposób dowieść istnienia bądź nieistnienia Boga metodami naukowymi), ale należy do elementarnych rozstrzygnięć światopoglądowych. Czy jednak wynika z tego, że w dyskursie społecznym mamy do czynienia jedynie z pluralizmem etycznym – paletą różnych „etyk”, z których każda – przez nieuchronne wplątanie w jakiś światopoglądowy kontekst – pozostaje hermetycznie zamknięta dla inaczej myślących? Przy takim założeniu dialog społeczny albo musiałby być uznany za niemożliwy, albo też byłby zredukowany do formułowania najmniejszego wspólnego mianownika. Należy jednak rozróżnić *faktyczny pluralizm* poglądów dotyczących moralności oraz *pluralizm strukturalny*, będący podstawą funkcjonowania demokratycznego społeczeństwa, od *pluralizmu etycznego*. Uznanie wszystkich koncepcji etycznych za równoważne, czyli w równym stopniu słuszne i dobre, oznaczałoby kapitulację etyki. Realizacja jej celu, jakim pozostaje formułowanie norm etycznych, obejmuje także poszukiwanie i określenie tego, co słuszne i dobre. Warunkiem

¹ G. Virt: *Ethische Grundsatzüberlegungen* [W:] J. Pichler, red.: *Embryonalstammzelltherapie versus „alternative” Stammzelltherapien*. Verlag Österreich, Wien, 2002: 87–88.

autentycznego dyskursu nie jest (w ostateczności niemożliwa) eliminacja światopoglądowych przedzałożeń, ale ich uświadomienie i zwerbalizowanie². Pozwoli to uniknąć postawy, którą można by określić jako „błąd generyczny” (łac. *genesis* – pochodzenie), czyli oceny argumentów nie na podstawie ich wartości i słuszności, a jedynie pochodzenia (jeżeli zostały sformułowane przez osoby lub instytucje jednoznacznie zdeklarowane światopoglądowo, nie są brane pod uwagę w debacie publicznej).

Te wstępne uwagi, które okazują się istotne w każdej dyskusji bioetycznej, mogą być pomocne także w debacie związanej z zakresem i znaczeniem autonomii w tej specyficznej i newralgicznej formie komunikacji, jaka istnieje między lekarzem a pacjentem.

Wymiary i granice autonomii

Termin autonomia (gr. *autos* – własny, *nomos* – prawo) można niewątpliwie zaliczyć do kluczowych pojęć odzwierciedlających współczesne przemiany zachodzące w rozumieniu i praktyce zawodu lekarskiego. Na poziomie ogólnym zmiany te należy postrzegać pozytywnie, gdyż zdają się bardziej dowartościowywać podmiotowość pacjenta. Na poziomie zagadnień szczegółowych pojawia się jednak wiele pytań wymagających odpowiedzi. Jak wiele innych podstawowych pojęć etycznych, również termin autonomia bywa odmiennie rozumiany i definiowany. Należy przede wszystkim rozróżnić dwa jego znaczenia. Autonomię można z jednej strony rozumieć jako podstawową cechę ludzkiej natury, jaką jest zdolność do działania moralnego, to znaczy do świadomego i wolnego kierowania swoim postępowaniem, niezależnie od tego, czy jest ona przez konkretną osobę aktualizowana, czy też nie. Z drugiej strony pojęcie autonomii bywa definiowane jako aktualna zdolność do dokonywania wyborów moralnych, ale także jako prawo do formułowania i przyjmowania własnych zasad i kryteriów moralnych³.

Takie rozumienie autonomii wzbudza kontrowersje, które wzmagają się, gdy zostanie ono odniesione do relacji lekarz–pacjent. W stosunku do roszczenia radykalnej autonomii pacjenta wobec działań lekarskich można zgłosić szereg zastrzeżeń. O ile autonomia pacjenta, jeśli ma być rozumiana jako zakaz ingerencji lekarskich bez zgody pacjenta, należy do słusznych, zarówno etycznych, jak i prawnych standardów postępowania medycznego, o tyle rozumienie jej jako żądanie, które lekarz musiałby spełnić, nie może być uznane za właściwe. Byłoby ono równoznaczne z roszczeniem zawieszenia osądu etycznego, skierowanym do lekarza, który zostałby przez to zredukowany do roli biernego wykonawcy woli pacjenta. Widać tu wyraźnie istotne czynniki wyznaczające granicę każdej autonomii: stanowią ją wolność i prawa innych ludzi, w tym przypadku lekarza.

Obok tych podstawowych rozróżnień, do których przyjdzie jeszcze powrócić, należy uwzględnić dodatkowe aspekty. Faktyczna realizacja autonomii, czyli umiejętność odpowiedzialnego kierowania własnym życiem, jest zdolnością, którą człowiek zdobywa stopniowo i którą nie zawsze jest w stanie w pełni dysponować. Może się to ujawnić szczególnie w chwilach wielkiego stresu, a do takich należy obok czynników wpływających z wieku także sytuacja każdej poważniejszej choroby. Właśnie w takich warunkach widać z całą wyrazistością, że autonomia może być w pełni realizowana tylko w kontekście dialogu interpersonalnego⁴. Pacjent może aktywnie decydować o terapii jedynie po uzyskaniu od lekarza szczegółowych informacji na temat swojego stanu zdrowia, a i wtedy nie zawsze jest zdolny w pełni zdać sobie z niego sprawę i właściwie go ocenić. W informowaniu pacjenta co najmniej tak istotne, jak to, *co* się mu mówi, jest to, *jak* to się czyni oraz to, czy pacjent ufa lekarzowi. Okoliczności komunikacji lekarza z pacjentem będą w znacznym stopniu modyfikowały zakres faktycznej autonomii pacjenta. Nie można też pominąć dalszego kontekstu społecznego, który stanowią nie tylko

² Tenze: Von der Genesis zur Gentechnik. Salzburger Theologische Zeitschrift, 1998; 2: 125–140.

³ Th.E. Hill: Autonomy of moral agents [W:] L.C. Becker, C.B. Becker, red.: Encyclopedia of Ethics, t. 1, wyd. II. Routledge, New York/London, 2001: 112.

⁴ Zob. szerokie omówienie zasady autonomii widzianej z perspektywy pacjenta: E.H. Prat: Das Autonomieprinzip aus der Perspektive des Patienten. Imago Hominis, 2009; 16 (2): 115–128.

prawa i wolność innych ludzi, ale także szeroko rozumiany wymiar aksjologiczny współżycia społecznego⁵. Niezbędnym czynnikiem warunkującym pokojowe współistnienie jest niewątpliwie uznanie i promowanie wysokiej wartości życia i zdrowia ludzkiego. W decyzjach dotyczących własnego życia i zdrowia każda osoba powinna wziąć to pod uwagę. Jedno z istotnych pytań, które należy sformułować w odniesieniu do problematyki autonomii w kontekście terapeutycznym, będzie zatem brzmiało następująco: czy życie i zdrowie są jedynie wartościami *subiektywnymi*, pozostającymi niejako do wolnej dyspozycji jednostki, czy też stanowią także wartości *obiektywne*, będące źródłem powinności moralnej nie tylko dla lekarza, ale także dla pacjenta? Różne odpowiedzi na to pytanie pozostają w ścisłym związku z odmiennymi koncepcjami etyki medycznej.

Rozumienie autonomii jako probiez koncepcji medycyny

Rozumienie pracy lekarza jako „służby” czy też „posługi” jest niejednokrotnie uważane za problematyczne (a przynajmniej staroświeckie) i może zostać zakwestionowane. Pamiętając o tym zasadniczym zastrzeżeniu, można mimo wszystko sformułować pytanie: komu/czemu służy lekarz?

Odpowiedź 1: życiu i zdrowiu pacjenta

Taka odpowiedź wydaje się oczywista, oddaje klasyczne wyobrażenie o zadaniach lekarza. Życie jako wartość podstawowa jest warunkiem zachowania zdrowia, a to, jak głosi znana definicja WHO, oznacza **pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Chociaż w świetle tej maksymalistycznej definicji, gdyby chciał ją rozumieć literalnie, trzeba by uznać większą część ludzkości za chorą⁶, to jednak wskazuje ona na fundamentalne znaczenie**

zdrowia jako jednej z najistotniejszych wartości w życiu człowieka. Mimo to powyższa odpowiedź na pytanie o cel służby lekarskiej nie jest w pełni właściwa. Zbyt wielkie jest tu niebezpieczeństwo „usamodzielnienia” tych wartości, niejako ponad integralnie rozumianym dobrem pacjenta jako osoby. Podejście takie było charakterystyczne dla krytykowanej wielokrotnie postawy paternalistycznej, w której ramach chroni się życie i zdrowie pacjenta, tracąc z oczu jego samego. Pacjent może bardzo szybko zostać zredukowany do „przypadku”, do chorego narządu, a miejsce relacji lekarza do pacjenta jako osoby zajmuje relacja lekarza do „dobra”.

Odpowiedź 2: autonomii pacjenta

W kontekście dzisiejszego przenoszenia akcentu na znaczenie samostanowienia dokonuje się często przeformułowania klasycznej zasady działania lekarskiego. Już nie *salus*, ale *voluntas aegroti suprema lex esto*. Wola pacjenta, jego autonomiczna decyzja ma się stać dla lekarza wytyczną działania. Takie podejście ma ustrzec pacjenta przed lekarskim paternalizmem, czyli nierespektowaniem prawa do decydowania o własnym życiu. Paradoksalnie pojawia się tu jednak niebezpieczeństwo analogiczne do wyżej omówionego: wola pacjenta zostaje w pewnym sensie „urzeczwiona”, oddzielona od niego samego, postrzegana jako dobro absolutne. Lekarz zostaje zredukowany do instancji spełniającej życzenia pacjenta. Radykalnie rozumiana, koncepcja ta nie bierze pod uwagę ani wiedzy i kompetencji lekarza, ani też jego integralności moralnej (sumienia). Lekarz pozostaje jednak autonomicznym podmiotem.

Odpowiedź 3: żyjącemu i autonomicznemu pacjentowi

Życie nie jest „czymś” dodatkowym, dobrem odrębnym od osoby, ale określa ją samą. Zdrowie jest optymalnym stanem tego życia, a zatem jego przywrócenie/utrzymanie powinno być także celem działania lekarskiego. To samo odnosi się do autonomii. Nie można chronić życia i zdrowia

⁵ Th.E. Hill: *Autonomy of moral agents*, dz. cyt.: 113–114.

⁶ Definicja WHO doczekała się wielu krytycznych opracowań. Zob. np. M. Beck: *Gesundheit als Sinnersatz? Kritische Anmerkungen zur WHO-Definition von Gesundheit*. *Imago Hominis* 2008; 15 (4): 328–334.

w oddzieleniu od dobrostanu całej osoby. Zatem relacja lekarz–pacjent będzie się opierała na pewnym konsensie etycznym: życie i zdrowie będą w jego ramach głównymi wartościami moralnymi zarówno dla lekarza, jak i pacjenta. Obydwie strony tej relacji budują wspólną „przestrzeń etyczną”, która nie wymaga negocjacji ani im nie podlega (Kodeks etyki lekarskiej, art. 2). W ramach tego kontekstu lekarz powinien respektować autonomię pacjenta. Wspólna przestrzeń etyczna może oczywiście zostać naruszona przez każdą ze stron. Jeżeli czyni to lekarz – powinien ponieść konsekwencje za działanie niezgodne z etosem lekarskim. Ale również pacjent może naruszyć wspólną przestrzeń etyczną przez żądania działań godzących w wartości zdrowia i życia. Takie podejście, które oznacza respektowanie nie tylko autonomii obu stron relacji lekarz–pacjent, ale także wspólnych dla tej relacji wartości, zostanie teraz odniesione do specyficznej problematyki autonomii w pracy lekarza ginekologa i położnika.

Problematyka autonomii w pracy ginekologa

Perspektywa „medycyny usługowej”

Refleksja nad etycznym wymiarem pracy lekarza musi brać pod uwagę kontekst kulturowy. Kontekst ten obejmuje nie tylko zjawiska pozytywne, zmierzające ku coraz efektywniejszej promocji osoby ludzkiej, jej godności i wolności, ale także przemiany i tendencje niepokojące i negatywne. Jak medycyna powinna się odnieść do upowszechniania się zachowań, które niosą ze sobą zagrożenia dla zdrowia bądź generują problemy zdrowotne? Wiele z nich dotyczy obszaru prokreacji. Sfera ta została w znacznym stopniu dotknięta zjawiskiem hipermedykalizacji, objawiającej się gotowością do (często niepotrzebnego) zażywania znacznych ilości preparatów farmaceutycznych. Domaganie się przez pacjentów przepisywania specyfików medycznych, ale też zbytnia hojność lekarzy w tym względzie, nie mogą być w skali społecznej postrzegane jako zjawiska korzystne. Mnożą się głosy wskazujące na zależność między wzrastającym zakresem zjawiska niepłodności

a obecnością w środowisku naturalnym dużej ilości hormonów i substancji o analogicznym oddziaływaniu na organizm ludzki. Mimo zwiększonej świadomości ekologicznej zagrożenia płynące z tego, że „pływamy po oceanie hormonów i podobnych do nich substancji” (Johannes Huber), nie są doceniane. Świadomość zagrożeń ustępuje naciskowi na lekarzy oraz placówki medyczne ze strony zarówno producentów, jak i pacjentów. Lekarz wykonuje swoją pracę w sieci wielostronnych zależności, będących źródłem presji. Obok czynników ekonomicznych, wynikających z gratyfikacji ze strony koncernów farmaceutycznych, ale także warunków konkurencji w czasach przynajmniej częściowo prywatyzowanej służby zdrowia, lekarz jest konfrontowany z żądaniami i oczekiwaniami pacjentów, które są potęgowane ofensywną reklamą.

Gotowość do nadmiernego używania specyfików farmaceutycznych jest jednym z wyrazów współczesnej wiary w postęp medyczny. Ślepa wiara w terapeutyczną moc techniki medycznej staje się widoczna na przykład w kontekście prokreacji wspomaganie medycznie. Wprawdzie zgodnie z definicją WHO niechęcianą bezdzietność należy uznać za chorobę⁷, jednak określenie, kto jest tą chorobą dotknięty, będzie już zależało od czasu obserwacji. Przy wydłużeniu tego okresu i zastosowaniu nowoczesnych metod diagnostycznych znaczna liczba par doczekałaby się ciąży. Zamiast tego cały wysiłek zostaje skoncentrowany na wykorzystaniu metod zapłodnienia pozaustrojowego, postrzeganych jako jedynie skuteczne. Za niekorzystną tendencją kulturową należy w tym kontekście uznać także odkładanie poczęcia dziecka. Postawę taką ocenia się jako wyraz wolności prokreacyjnej, a przecież, jak się okazuje, to „wiek jest największym kilerem płodności” (Birgitta von Lehm). Niepłodność okazuje się niejednokrotnie nie tyle losowym nieszczęs-

⁷ Kwestia ta budzi kontrowersje i jest dyskutowana, zwłaszcza w kontekście złożonej problematyki definicji zdrowia i choroby. Mimo oczywistej dysfunkcji organizmu, która odgrywa tu ważną rolę, głównym czynnikiem wywołującym u pacjenta poczucie choroby jest jednak, jak sądzą niektórzy, czynnik socjokulturowy. Por. H.-P. Schreiber: *Ethische Probleme technischer Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung* [W:] A. Bondolfi, H. Müller, red.: *Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag*. Ärzteverlag, Basel–Bern, 1999: 158.

ciem, ile bezpośrednim skutkiem osobistych decyzji i stylu życia.

Czy wobec tych tendencji, które wynikają wprawdzie z pragnienia promocji samostanowienia osoby, ale prowadzą do powstania problemów zdrowotnych, medycyna ma ograniczyć się do pasywnego wzięcia ich pod uwagę jako uprawnionego kontekstu kulturowego i dostosowania wytycznych postępowania lekarskiego do nowych oczekiwań pacjentów? Czy raczej etycznym obowiązkiem środowiska medycznego jest aktywne kształtowanie świadomości społecznej i wpływanie na modyfikację zachowań pacjentów w ramach dobrze rozumianych działań profilaktycznych i promocji zachowań prozdrowotnych?

Czy można mówić o „autonomii prokreacyjnej”?

W tym kontekście należy rozumieć pojęcia autonomii prokreacyjnej i zdrowia reprodukcyjnego, które w ostatnich latach zadomowiły się w literaturze bioetycznej. Pojęcie autonomii prokreacyjnej (*procreative autonomy*) ma swoje uzasadnienie, jeżeli oznacza osobistą wolność podjęcia aktywności zmierzającej do poczęcia dziecka. Jej uprawnionym elementem może być też oczekiwanie świadczeń lekarskich, o ile zmierzają one do zachowania/przywrócenia właściwego funkcjonowania organizmu. Pojęcie to staje się jednak kontrowersyjne, gdy zostanie oddzielone od szerokiego kontekstu działania moralnego osoby, a więc również od związku z odpowiedzialnością⁸. Takie usamodzielnienie pojęcia autonomii prokreacyjnej prowadzi do „urzeczowionego” podejścia do zdolności prokreacyjnej, która zostaje zredukowana do rangi „dobra”, którym się dysponuje, odrębnego od osoby. W miejsce modelu obustronnej troski o życie i zdrowie pojawia się wtedy model zamówienia usługi przez klienta i jej realizacji przez usługodawcę według życzeń klienta. Z pola widzenia lekarza znika integralnie rozumiane

dobro pacjenta, który zostaje zredukowany do rangi partnera transakcji⁹.

Powyższe uwagi dotyczą analogicznie pojęcia „zdrowia reprodukcyjnego”. Troska o nie należy niewątpliwie do obowiązków lekarza, gdyż stanowi ono istotny element wspomnianego wyżej wspólnego kontekstu etycznego relacji lekarz–pacjent. Problemy etyczne mogą się pojawić w zależności od definicji tego pojęcia, szczególnie wtedy gdy środki/usługi medyczne mają być aplikowane bez wskazań medycznych. Odnosi się to nie tylko do kontekstu zdrowia reprodukcyjnego. Zdrowy organizm bywa poddawany działaniu środków farmakologicznych lub ingerencji chirurgicznej, by pacjent mógł osiągnąć wyznaczone przez siebie cele, na przykład poprawę walorów estetycznych (niektóre formy medycyny kosmetycznej), osiągnięcie lepszych wyników sportowych (doping), ucieczkę od nieakceptowanej rzeczywistości (środki odurzające) czy też swobodę zachowań seksualnych (antykoncepcja hormonalna). Wątpliwości pogłębiają się tam, gdzie poddawanie zdrowego organizmu działaniu środków farmakologicznych jest związane z poważnymi działaniami niepożądanymi. Mielibyśmy wtedy do czynienia z trudną do rozwiązania aporią: wyrazem troski o zdrowie byłoby podawanie specyfików szkodliwych dla zdrowia. Żądanie przepisywania specyfików (realizowanie usług), które mają być aplikowane bez wskazań medycznych, oznacza opuszczenie przez pacjenta wspólnego dla obu stron etycznego kontekstu i powinno prowadzić do odmowy takich usług ze strony lekarza.

Żądanie działań nieetycznych – klauzula sumienia

Dotykamy tutaj problematyki związanej z tak zwaną klauzulą sumienia. Podkreślanie prawa lekarza do odmowy świadczeń niezgodnych z osądem jego sumienia jest niezbędnym dopełnieniem autonomii pacjenta. Nie ulega jednak wątpliwości, że w praktyce relacja lekarz–pacjent nie

⁸ E. Schockenhoff: Fortpflanzungsfreiheit und verantwortliche Elternschaft. Zeitschrift für medizinische Ethik, 2003; 49: 381–383.

⁹ G. Maio: Ist eine marktorientierte Medizin überhaupt noch Medizin? Imago Hominis, 2008; 15 (4): 299–301.

jest równoważna. Z racji swojej wiedzy, a także dystansu do sytuacji życiowej pacjenta, pozycja lekarza wydaje się uprzywilejowana. Nie można także zapominać, że działanie lekarza dotyczy właśnie podstawowych dóbr pacjenta. Nie oznacza to jednak, że moralna integralność lekarza musi ustąpić wobec roszczeń pacjenta. Motywowane prawem do samostanowienia żądanie współudziału lekarza w realizacji nawet bardzo istotnych dóbr osobistych kosztem dobra podstawowego, jakim jest własne zdrowie i życie, może i powinno się spotkać z odmową ze strony lekarza. Moralne prawo do odmowy świadczeń lekarskich jest szczególnie istotne w sytuacjach, w których ginekolog ma do czynienia nie z jedną pacjentką, ale z dwojgiem pacjentów w wyjątkowy sposób zależnych od siebie (poczęcie, ciąża). Celem troski i terapeutycznych działań lekarskich powinno być życie i zdrowie obydwójga, chociaż nie zawsze udaje się obydwójgu w jednakowym stopniu pomóc. Respektując własny etos zawodowy, ale także fundamentalny szacunek dla każdej istoty ludzkiej, lekarz może i powinien odmówić świadczeń opartych na arbitralnym określeniu jakości czy wartości życia ludzkiego, jak to się dzieje w przypadku aborcji. Forsowane na forum organizacji międzynarodowych propozycje uznania prawa do bezpłatnej antykoncepcji i aborcji za element zdrowia reprodukcyjnego oraz zaliczenia tego prawa w poczet podstawowych praw jednostki wynikających z godności osoby należy uznać za wysoce problematyczne. Zmiany te prowadziłyby wprost do ubezwłasnowolnienia moralnego lekarza i pogwałcenia jego moralnej integralności.

Prawo lekarza do sprzeciwu sumienia zostało ostatnio potwierdzone przez Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy. Chociaż w czasie poprzedzającej dyskusji chciano ograniczyć prawo do sprzeciwu sumienia wyłącznie do sfery indywidualnej i zakazać takiego sprzeciwu instytucjom (szpitalom i innym placówkom służby zdrowia), w rezolucji nr 1763 uchwalonej 7 października 2010 roku stwierdza się z naciskiem, że żaden szpital, placówka czy osoba nie mogą być przedmiotem jakiegokolwiek presji czy dyskryminacji ani nie mogą ponosić jakiegokolwiek odpowiedzialności w wypadku, gdy odmówią przeprowadzenia abor-

cji czy eutanazji lub wzięcia udziału w którymś z tych zabiegów¹⁰.

Zakończenie

Dowartościowanie autonomii pacjenta stanowi niewątpliwie pozytywny zwrot we współczesnej etyce medycznej. Radykalny paternalizm lekarza, równoznaczny z nieliczeniem się z opinią pacjenta, nie może być uznany za etyczną miarę działań lekarskich. Nie można go jednak również zastępować równie nieograniczoną autonomią pacjenta. Autonomia ta jest ze swej natury relatywna i musi być z jednej strony postrzegana w kontekście ogólnej kondycji pacjenta, z drugiej zaś znajduje naturalną granicę w autonomii lekarza. Zasada autonomii pacjenta powinna być przez niego samego rozumiana nie tylko w szerokim kontekście moralnej odpowiedzialności za własne wybory i postępowanie, ale także uzupełniona o właściwe rozumienie autonomii lekarza. Nie jest on w relacji terapeutycznej po prostu usługodawcą, który ma przede wszystkim zadowolić klienta, ale podmiotem moralnym, pragnącym odpowiedzialnie kierować swoim postępowaniem w świetle pryncypiów zawodowego etosu. Nabiera to szczególnego znaczenia w kontekście przedmiotu jego działań: jest nim osoba ludzka wraz z jej podstawowymi dobrami – życiem i zdrowiem, które zajmują w „atlasie” aksjologicznym człowieka wyjątkowe miejsce. Autonomia lekarza i autonomia pacjenta będą właściwie dowartościowane wtedy, gdy obie spotkają się w obszarze wspólnej troski o fundamentalne wartości życia i zdrowia.

¹⁰ Council of Europe – The Parliamentary Assembly, The right to conscientious objection in lawful medical care – Resolution 1763 (2010), no. 1: *No person, hospital or institution shall be coerced, held liable or discriminated against in any manner because of a refusal to perform, accommodate, assist or submit to an abortion, the performance of a human miscarriage, or euthanasia or any act which could cause the death of a human foetus or embryo, for any reason.*