

AUTONOMIA PACJENTA I LEKARZA A MODELE MEDYCyny

ks. Artur Aleksiejuk



MODELE RELACJI LEKARZ-PACJENT

- Paternalizm
- Autonomizm



PATERNALIZM

- Wywodzi się z patriarchalnego modelu rodziny
- Zasada „surowego i opiekuńczego ojca”
- Sposób opieki nad dziećmi i innymi podmiotami nieautonomicznymi
- Arbitralna ingerencja w dążenia, zamiary i czyny osób lub grup poddanych opiece

(Wielka Encyklopedia PWN, t. XX, s. 374)



PATERNALIZM W MEDYCYNIE

- Autorytarne podejście lekarza do chorego
- Lekarz decyduje, jakie leczenie jest dla chorego najlepsze
- Autonomia pacjenta jest ograniczona lub nie ma jej wcale



RODZAJE PATERNALIZMU

- **Paternalizm umiarkowany** (miękki, słaby) to działanie dla dobra chorego nie poprzedzone jego wyraźną zgodą
- **Paternalizm radykalny** (twardy, mocny) to działanie dla dobra chorego wbrew jego woli

Nie ma paternalizmu, gdy:

- celem działań nie jest dobro chorego,
- motywacja działań nie jest szlachetna,
- kiedy chory wyraził dobrowolną i świadomą zgodę będąc w pełni poinformowany.



PATERNALIZM UMIARKOWANY

„W paternalizmie umiarkowanym uznaje się za słuszną przeciwwskazywanie się czyjemuś, skierowanemu przeciw sobie, szkodliwemu działaniu, wtedy gdy jest ono wyraźnie niedobrowolne (*nonvoluntary*), lub kiedy konieczna jest chwilowa interwencja, dla ustalenia, czy jest ono dobrowolne czy nie”

(Joel Feinberg, *Legal Paternalism*, „Canadian Journal of Philosophy”, 1971, vol.1, s. 113)



RÓŻNICA MIĘDZY PATERNALIZMEM RADYKALNYM I UMIARKOWANYM

Radykalny paternalizm (*strong paternalism*) dopuszcza działanie wbrew kompetentnym decyzjom pacjenta, zaś paternalizm umiarkowany (*weak paternalism*), kierując się najlepszym interesem chorego, dopuszcza podjęcie działań, albo na podstawie domniemanej zgody pacjenta albo na podstawie usprawiedliwionego braku zgody, przypadku jego małoletniości, czy ciężkiej choroby. Według paternalizmu radykalnego wolno przeciwdziałać szkodliwemu działaniu pacjenta również wtedy, gdy przypuszczamy, że jest ono podjęte przez niego autonomicznie i dobrowolnie.

(D. Thomasma, *Beyond medical paternalism a patient autonomy: a model of physician conscience for the physician-patient relationship*, „Annals of Internal Medicine”, 1983, vol. 98, s. 243-248



ZASTOSOWANIE MODELU PATERNALISTYCZNEGO

- W przypadku osób, które nie mają autonomii, lub których autonomia jest ograniczona, na stałe lub tymczasowo
- Wobec chorego nieprzytomnego, chorego psychicznie (z zaburzeniami psychiatrycznymi, zagrażającego, bezkrytycznego, niezdolnego do świadomego i swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli) i wobec dzieci,



- W sytuacjach, gdy pacjentowi grozi utrata zdrowia lub życia
 - ❖ ryzyko paternalistycznego działania (ingerencji lub dezinformacji) nie ma wówczas istotnego znaczenia dla pacjenta
 - ❖ przewidywane korzyści proponowanego działania przewyższają możliwe szkody
 - ❖ ograniczenie działania zasady autonomii jest minimalne, a zakres paternalistycznego działania jest maksymalnie ograniczony



- Wobec pacjentów, którzy mogą być niebezpieczni dla siebie lub dla innych osób; wówczas dopuszczalny jest nawet paternalizm radykalny pod warunkiem, że:
 - ❖ uwzględnia się preferencje chorego,
 - ❖ istnieje odpowiednia procedura lecznicza,
 - ❖ choroba znacznie ogranicza zdolność chorego do rozumienia i do porozumiewania się na temat leczenia,
 - ❖ jakość opieki i leczenia zastosowanego pod przymusem jest wyższa od jakości opieki i leczenia, które można zastosować bez przymusu,
 - ❖ miejscem leczenia jest środowisko najmniej ograniczające swobodę pacjenta i uwzględniające jego potrzeby medyczne, społeczne i inne.
 - ❖ leczenie takie jest poddane - zgodnie z ustawą - kontroli sądowej.
 - ❖ psychiatra musi przyjmować postawę paternalistyczną i musi ją udźwignąć



KRYTYKA PATERNALIZMU

- Rozpoczęła się w latach 70-tych XX w. w USA
- Podjęto ją w imię obrony autonomii pacjenta
- Próba zakończenia sporu – sformułowanie czterech zasad etyki medycznej (tzw. zasad *prima facie*) w 1979 r.:
 - ❖ Treść zasad pryncypializmu (autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości) nie została przez nich bliżej określona,
 - ❖ Doprowadziło to do wzajemnego konfliktu tych zasad, w tym szczególnie do konfliktu autonomii pacjenta z autonomią i dobroczynnością lekarza, a nawet ze sprawiedliwością.
 - ❖ Powstanie różnych modeli etyki lekarskiej, które zniekształciły właściwe relacje lekarz-pacjent, rozumienie etosu i celu medycyny oraz powołania lekarskiego



POZYTYWNE SKUTKI ODKRYCIA AUTONOMII PACJENTA

- Uwypuklenie roli pacjenta w procesie diagnostycznym i terapeutycznym
- Podkreślenie godności i wolności pacjenta
- Pełniejsze uczestnictwo pacjenta w terapii
- Uczestnictwo pacjenta w wyborze przedstawianych mu metod leczniczych
- Reforma prawodawstwa medycznego i zasad etyki lekarskiej
- Wprowadzenie lepszej ochrony pacjenta przed nadużyciami, błędami i niekompetencją lekarzy



BŁĘDNE POJĘCIE AUTONOMII

- **Wolność przeciw rozumowi** – wyprowadzanie pojęcie autonomii z nurtów sceptycznych, podważających zdolność rozumu do rozpoznania obiektywnego celu medycyny, prawdziwego dobra osoby, pacjent
- **Wolność i technokratyczne uprzedmiotowienia ciała** – związanie pojęcia autonomii z dualistyczną antropologią odziedziczoną w spadku po Kartezjuszu czy Kancie, w której czystą wolność przeciwstawiono wszystkiemu, co cielesne. W konsekwencji uznanie za dobro zdrowia, dobro ciała pacjenta, a nawet dobro jego psychiki, zostało uzależnione od jego decyzji, a więc przestało być obiektywnym dobrem człowieka jako takiego



○ Teoria walki egoistycznych wolności

Zaczerpnienie rozumienia relacji międzyludzkich z naturalistycznych interpretacji naszych zachowań, inspirowanych teorią walki egoistów Tomasza Hobbesa, czy teorią walki o byt Karola Darwina, czy nawet teorią walki klas Karola Marksa.

SKUTKI:

- Spór paternalizm-autonomizm okazał się sporem dwóch form tego samego indywidualizmu: sporem egoistycznej wolności pacjenta i egoistycznej wolności lekarza
- W sporze zabrakło odwołania się do obiektywnego celu medycyny, obiektywnego dobra pacjenta i wyznaczenia na tej podstawie zasad dobroczyнного działania (podważa obiektywny świat wartości)
- Sama indywidualna decyzja, niezależnie jaki czyn wyzwała, stała się źródłem dobra.




AUTONOMIA I RÓŻNE MODELE RELACJI LEKARZ-PACJENT

- Model legalistyczny
- Model ekonomiczny (biznesowy)
- Model konsumencki
- Model negocjacyjny
- Model kontraktalistyczny
- Model religijny



MODEL KONSUMENCKI

- Lekarz traktowany jest jako sprzedawca produktów medycznych i funkcjonuje na podobnych zasadach jak sprzedawca usług handlowych na wolnym rynku
 - Lekarz proponując swoje sposoby leczenia powinien poinformować pacjenta o korzyściach, ryzyku i kosztach
 - Lekarz może sformułować jakąś radę, ale nie powinien wpływać na decyzję pacjenta
 - Decydujące jest to, co pacjent uzna za korzystne dla siebie, 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
- 

MODEL NEGOCJACYJNY

- Lekarz i pacjent dyskutują o tym, co należy uznać za wartościowe zarówno w dziedzinie wartości moralnych, jak i witalnych (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 (np. rezygnacja z leczenia, eutanazja itp.)
- 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.



MODEL KONTRAKTALISTYCZNY

- Lekarz i pacjent, dwie antagonistyczne, nieufne i podejrzliwe autonomie dążą do 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, angażuje do negocjacji prawników, którzy będą czuwać nad korzystnym dla niego sformułowaniem kontraktu



- Każda strona chce osiągnąć maksimum korzyści kosztem drugiej strony (pacjent chce wynegocjować maksymalne korzyści za maksymalnie niską cenę, zaś lekarz odwrotnie – chce spełnić życzenia mało wymagającego pacjenta, które od niego niewiele wymagają, i chce unikając trudnych zadań, wykluczyć ryzykowne zobowiązania, których niespełnienie skończyłoby się rozprawą i wyrokiem)
- Sytuacja sprzyja rozwojowi biurokracji i bogaceniu się prawników
- Lekarz kontraktowy, mimo że w trakcie leczenia odkrył lepsze metody terapii, dla swego bezpieczeństwa musi się trzymać procedur zapisanych w kontrakcie



KRYTYKA

- Dehumanizacja relacji lekarz – pacjent
- Destrukcja etosu i powołania lekarza
- Destrukcja zaufania
- Nierówność podmiotów w sile negocjacji
- Destrukcja etosu medycyny (strony kontraktu nadają etyce medycznej dowolne i arbitralne znaczenie, a jedynym złem jest niewystarczające przestrzeganie zawartego kontraktu)
- Destrukcja wolności i sumienia lekarza poprzez eliminację swego świata wartości (klauzula sumienia), także wynikający z etosu zawodu
- Rozładowanie napięć między autonomiami poprzez eliminację spornych wartości
- Medycyna i lekarz staje się agencją usługową



PRÓBA PRZEZWYCIĘŻENIA SŁABOŚCI PATERNALIZMU I AUTONOMIZMU (PROPOZYCJA E. PELLEGRINO)

- **Właściwe zrozumienie celu medycyny**

Cel medycyny – troska o dobro pacjenta

Dobro pacjenta – dobro medyczne, osobiste, osobowe i ostateczne

- **Właściwe pojęcie relacji lekarz-pacjent**

Punkt wyjścia – dobroczynność (troska o egzystencjalną kondycję pacjenta) realizowana we wzajemnym zaufaniu (*beneficence in trust*)



○ **Autonomia w służbie dobra pacjenta**

Autonomia pacjenta i lekarza ma być podporządkowana potrzebom pacjenta, jego dobru, nie odwrotnie.

To nie autonomia, ale osoba jest wartością absolutną

W chorobie, która nie jest czymś konwencjonalnym i tylko subiektywnym, ale realnym egzystencjalnym stanem drugiego człowieka, konieczna jest realna i egzystencjalna odpowiedź, która wyznacza sposób podejścia do realizacji terapii i sposób włączenia w nią autonomii (określa się, czy pacjent w określonym wieku i stanie jest zdolny czy niezdolny do aktów w pełni autonomicznych)



○ Godność i wolność pacjenta

Godność osoby nie należy redukować do jej wolności. Z wolności bowiem płyną godne i niegodne zachowania ludzkie.

Kryterium dobra jest godność, a nie wolność.

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. Na dobro pacjenta składa się:

- ❖ dobro medyczne, określane przez wiedzę i sztukę medyczną,
- ❖ dobro pacjenta jako osoby
- ❖ dobro ostateczne, ku któremu człowiek zmierza.

Całościowo brane dobro wyznacza sposób działania.

Respektowanie autonomii pacjenta sprzyja realizacji jego dobra i maksymalizuje dobroczynność względem niego.



○ Zaufanie i terapia

Realizacja dobra pacjenta powinna dokonywać się na bazie wzajemnego zaufania

Zaufanie budując więź międzyludzką, włącza bezboleśnie naszą wolność w realizację dostrzeżonych wartości.

Zaufanie buduje przestrzeń bezpieczeństwa dla chorego, budzi jego wiarę w ludzi, wiarę w ich dobroczynne działania.

Zaufanie jest czynnikiem terapeutycznym



○ **Zaufanie do lekarza jako czynnik terapeutyczny**

Dla zbudowania zaufania koniecznym jest aby lekarz posiadał określony poziom życia osobowego i moralnego

Aby być dobrym lekarzem trzeba być dobrym człowiekiem

Lekarz musi być wierny wewnętrznej moralności swej profesji

Wszelkie zewnętrzne cele względem medycyny, takie jak: pieniądze, władza, prestiż winny 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



○ Cnoty lekarza potrzebne do zaufania

- ❖ wierność i stałość w realizacji pokładanego w nim zaufania
- ❖ współczucie, intelektualna uczciwość, roztropność, sprawiedliwość i odwaga
- ❖ trzymanie w ryzach swoich korzyści

Lekarz wyposażony w takie zalety moralne, stwarza warunki dla zaufania i nie uchybiając autonomii pacjenta osiągnie więcej w terapii, niż lekarz kontraktowy. Wyzwala on w sobie i w pacjencie wszystkie psychiczne i duchowe siły sprzyjające zdrowiu

AUTONOMIA A DOBRO

Sytuacja

Pacjent jest ciężko chory i domaga się od lekarza informacji na temat stanu swego zdrowia i rokowaniach na przyszłość. Czy lekarz powinien przekazać mu prawdę o jego kondycji zdrowotnej gdy ma powody przypuszczać, że nie wyjdzie mu to na dobre, a nawet informacja ta przyczyni się do znacznego pogorszenia zdrowia, a nawet zagrożenia życia?



Jak powinien postąpić lekarz?

- Czy lekarz powinien kierować się względem na jak najlepiej rozumiany interes pacjenta, a więc troszczyć się o jego dobro i nie wyrządzać mu szkody?
- Czy powinien kierować się szacunkiem dla autonomicznych podstaw jego woli, czyli nie wzbraniać mu informacji, które pacjent chce uzyskać ani też nie narzucać mu tych, których pacjent sobie nie życzy?



Stanowisko radykalnego paternalizmu

- Lekarz powinien się czuć moralnie zobligowany za każdym razem wybierać takie postępowanie, które uważa za najbardziej zgodne z interesem pacjenta, nawet gdyby nie było ono zgodne z jego wolą (pacjent nie zawsze wie, co będzie dla niego najlepsze);
- Ukrycie prawdy, która mogłaby się okazać ponad jego siły, nawet gdyby pacjent dopraszał się o nią, uważane jest za usprawiedliwione



Stanowisko czystego autonomizmu

- Dla lekarza rozstrzygająca jest zawsze wolicjonalna postawa pacjenta
- Lekarz mógłby wprawdzie starać się wpłynąć na jego decyzję odnośnie stopnia poinformowania lub próbować ją zmienić
- Lekarz nie ma prawa zanegować decyzji pacjenta lub jej ignorować



Próba kompromisu

„Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji” (art. 17 KEL)



DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ

