

# Jerzy Brusio

---

## Autonomia jako dobro pacjenta we współczesnej praktyce medycznej

---

Symposium 6/1(9), 65-78

---

2002

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

O. mgr lic. Jerzy Brusilo OFMConv.

## **AUTONOMIA JAKO DOBRO PACJENTA WE WSPÓŁCZESNEJ PRAKTYCE MEDYCZNEJ**

1. Współczesna praktyka medyczna nie jest monolitem. Nie tylko ciągle zmienia się, unowocześnia i doskonali, ale rozgałęzia się na części mniej lub bardziej niezależne od siebie. Pomijając rozróżnienie na publiczną służbę zdrowia i prywatną praktykę leczenia, wydaje się, że na stałe oficjalną rangę medycyny posiada także medycyna komplementarna i niekonwencjonalna<sup>1</sup>. Interesuje nas jednak w tym miejscu szeroko pojęta konwencjonalna opieka zdrowotna w kontekście początku, trwania i końca życia ludzkiego, zmuszona do reform nie tylko w krajach o młodej, postkomunistycznej demokracji, ale i w wysoko rozwiniętych krajach zachodnich<sup>2</sup>, gdzie rosnąca ranga medycyny alternatywnej stanowi zagrożenie dla medycyny klasycznej i konwencjonalnej. Niewątpliwie polem konkurencji różnych systemów medycyny jest pacjent i dlatego warto przynajmniej zarysować zarówno cechy krytykowanej, a jednocześnie niesłuchanej dynamicznie rozwijającej się tradycyjnej „służby zdrowia”<sup>3</sup>, jak i przyrzeć się pojęciom związanym z wartością dobra dla człowieka chorego.

Można tu skorzystać z aksjologicznej typologii wartości, przyjmując chyba najbardziej wnikliwą koncepcję Dietricha von Hildebranda. Pomijając szczegółowe dystynkcje aksjologii i agatologii Hildebranda<sup>4</sup>, zwróćmy uwagę na poziom dobra w jego hierarchii wartości. W związku z tym interesuje nas zdrowie, przede wszystkim jako wartość dobra dla chorego, ponieważ cała opieka zdrowotna powinna być zorientowana w pierwszym rzędzie na zdrowie człowieka. Nawet rosnąca rola profilaktyki także skierowana jest na zachowanie zdrowia, co nie zmienia jakości tego dobra dla każdego człowieka, chorego czy zdrowego. Najwyżej (na trzecim poziomie wartości dobra w ujęciu Hildebranda) znajdują

się cechy, zalety moralne (np. wiara, godność czy odpowiedzialność), które chcielibyśmy widzieć u lekarzy i innych pracowników lecznictwa. Jeśli opieka medyczna nie jest skierowana ku dobru pacjenta, a postawa lekarza nie uosabia takich pojęć, jak szlachetność, bezinteresowność, odpowiedzialność, możemy mówić o kryzysie nie tylko systemu lecznictwa, ale i kryzysie wartości zawodu lekarskiego, etosu medycyny itd.

2. Oczywiście „dobro” jest dla nas wartością bezwzględną w znaczeniu klasycznym (Sokratesa i Platona) oraz współczesnym (Schelera i Hildebranda), tak jak to ujął jeden z filozofów: „Dobro nie jest podporządkowane żadnym popędom biologicznym czy psychologicznym ani też żadnym czynnikom kulturowym, lecz tylko i wyłącznie tej szczególnej instytucji, którą jest sumienie (...). Człowiek powinien czynić dobro nie dlatego, żeby mu się miało z tego powodu lepiej powodzić, nie dlatego, żeby dzięki temu miał się wynieść wyżej i rozwinąć bardziej swoją osobowość, lecz dlatego, że dobro jest dobrem. Tym, co zobowiązuje, jest suwerenność samego dobra jako takiego”<sup>5</sup>.

Dobro pacjenta może zatem być zobiektywizowane i absolutyzowane albo też subiektywizowane, potraktowane instrumentalnie, użytecznie i względnie. Nie jest łatwo wyróżnić, jakie dobro dominuje w danym przypadku człowieka chorego – nie tylko w sferze somatycznej czy w określonej strukturze opieki zdrowotnej, ponieważ praktyka medyczna nie zawsze jest podporządkowana osobie pacjenta. Można nawet założyć, że zazwyczaj istnieje konflikt interesów między podmiotowym dobrem pacjenta a przedmiotową praktyką leczniczą. To zderzenie podmiotu i przedmiotu medycyny jest wyczuwalne przede wszystkim wówczas, gdy uświadomimy sobie, że mamy do czynienia nie ze sztuką leczenia, ale z techniką, praktyką leczniczą.

Warto również zauważyć, że od niedawna w pojęciu pacjent nie zawsze można mieć do czynienia z człowiekiem. Od kontrspecjetycznego<sup>6</sup>, „rewolucyjnego” odkrycia Petera Singera, że człowiek nie jest wyjątkowym gatunkiem w świecie przyrody, „pacjentem” nazywa się też psa, czy kota w klinice weterynaryjnej i idąc za tą myślą, z punktu widzenia australijskiego etyka, wartość człowieka jako pacjenta może zostać zdeprecjonowana przez wartość zwierzęcia jako pacjenta<sup>7</sup>. Z tego

względu sam język, którym opisuje się człowieka, zmienia się w kierunku legalistycznego rozwodnienia kategorii antropologicznych (np. w dokumentach europejskich zamiast o osobie ludzkiej mówi się o jednostce lub istocie ludzkiej<sup>8</sup>), nabiera cech związanych z ewolucjonizmem i biologizmem (jako gatunek biologiczny, produkt ewolucji, jednostka<sup>9</sup>), albo utylitarystycznie określa się człowieka jako „przyszłą osobę” (np. nowonarodzone chore dziecko), „teraźniejszą osobę” lub „byłą osobę” (np. dorosły nieprzytomny chory)<sup>10</sup>.

**3.** Na terenie medycyny, która ma troszczyć się o dobro pacjenta, musimy zobaczyć przede wszystkim osoby: lekarza i pacjenta. To nie jakaś machina biurokracji szpitalnej ma przynosić dobro osobie pacjenta, ale konkretny lekarz, pielęgniarka czy farmaceuta. Jeżeli uznamy, że dobro pacjenta jako wartość będzie „ważna”<sup>11</sup> dla lekarza na poziomie intelektualnym, estetycznym czy jako perfekcja w umiejętności, to współczesny system zdrowotny będzie zawsze etycznie niewystarczający. Potrzeba czegoś więcej dla dobra pacjenta. Owszem, mamy oszałamiający postęp genetyki, technik początków życia, nowych, skutecznych leków, możliwości przedłużania życia, ale niezbędny jest osobowy i ontyczny charakter wymagań wobec „służby zdrowia”. Wydaje się dziś, że kryzys odpowiedzialności, zagubienie godności osoby pacjenta, wartości dobra człowieka chorego sięga od Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej aż do gabinetu lekarskiego w małym miasteczku. Poważne braki w ustawodawstwie<sup>12</sup>, nieprzemyślane zarządzenia<sup>13</sup> i do tego jeszcze nieokreślone (obowiązujące wkrótce) przepisy Unii Europejskiej stawiają pod znakiem zapytania rzeczywiste dobro pacjenta i całą etykę medycyny.

Z punktu widzenia etyki lekarskiej historia medycyny wypracowała wiele teorii etycznych w zakresie stosunku lekarz-pacjent, w zakresie tego, co jest dobre dla chorego, co służy nie tylko jego zdrowiu (co stanowi problem biologiczny), ale i jego osobie (co wypełnia szeroko pojęty humanizm)<sup>14</sup>. Sięgając do najbardziej pierwotnych źródeł etyki, do Kodeksu Hipokratesa i do tradycji chrześcijańskiej w opiece nad chorym, w służbie człowiekowi cierpiącemu, można się zastanawiać nad etyką charakteru<sup>15</sup> i nad cnotami w praktyce medycznej, nad etyką opiekuńczą<sup>16</sup> czy nad wieloma ideałami medycyny, których brakuje u dzisiejszych lekarzy i za którymi tęsknią pacjenci<sup>17</sup>.

Okazuje się jednak, że nie tradycyjne wartości, nie dobra najwyższego poziomu są lansowane wśród utylitarystycznych etyków medycyny czy lekarzy i nie tradycyjne zasady sztuki lekarskiej są celem reform i zmian w praktyce medycznej. Budowane są raczej odhumanizowane struktury zaawansowanych technologii biomedycznych, stosowane są praktyki instrumentalnego wykorzystywania pacjentów (łącznie z pozbawianiem ich zdrowia czy przyspieszaniem ich śmierci). Dobro pacjenta staje się szyldem, które już nie jest faktycznym poszukiwaniem dobra, ale słowem – kluczem usprawiedliwiającym niepowodzenia współczesnej praktyki medycznej. Czy zatem można zweryfikować tzw. dobro pacjenta? Jeśli tak, to w jakim kontekście? Czy mamy dążyć do dóbr rzeczywistych: zaufania do lekarza, troski o osobę pacjenta, bezinteresowności i poświęcenia lekarza, umiejętności znoszenia cierpienia (w dwojakim znaczeniu), czy do dóbr lansowanych, takich jak autonomia pacjenta, jakość życia (tylko wolność od bólu), zdrowie całego społeczeństwa, sukces terapeutyczny, interes opieki społecznej i ubezpieczeń nad korzyściami indywidualnymi?

4. Otóż, moim zdaniem wydaje się, że wśród „dóbr lansowanych” zasadniczym postulatem dobra człowieka chorego jest **autonomia**<sup>18</sup>. Oczywiście można by tu poruszyć całą problematykę filozoficzną związaną z etyką deontologiczną Kanta, z tradycją filozofii hermeneutycznej<sup>19</sup>, można by zestawić zasadę autonomii z zasadą paternalizmu<sup>20</sup>, można by w końcu zbudować całą zasadę etyczności na podstawie autonomii osoby<sup>21</sup>, ale w tym miejscu chodzi raczej o stosunkowo wąski zakres samostanowienia pacjenta w sytuacjach postępu medycyny, zwłaszcza problemów podtrzymywania i przyspieszania życia.

Korzystając z badań Anselma Müllera, z punktu widzenia relacji lekarz-pacjent można wyróżnić podwójny wymiar autonomii. Pomijając pierwotne, polityczne znaczenie tego terminu<sup>22</sup>, można powiedzieć, że mamy do czynienia z: 1) *autonomią nietykalnego życia* jako wyborem między lepszym zdrowiem a wzrastającym cierpieniem oraz 2) *autonomią autorytetu preferencji*, czyli prawem pacjenta do samostanowienia i wyborem między ochroną życia a możliwością przyspieszenia śmierci<sup>23</sup>.

Analizując wymienione pojęcia autonomii chorego, można stwierdzić, że w założeniu omawianej idei samostanowienia kryje się potrzeba

uwolnienia od poniżającej zależności od innego człowieka (niekoniecznie lekarza), „aby nie zależeć od innych w sposób ubliżający”<sup>24</sup> jego godności. Rzeczywiście – jak mówią etycy – choroba, zwłaszcza ciężka, nieuleczalna czy terminalna, obfituje w sytuacje, gdzie dyskrecja, intymność i godność człowieka chorego jest wystawiona na poważne ograniczenie. Dodatkowo ból, samotność i bezradność może być wielką ceną za niezależność od opieki medycznej. Czy jest możliwa „absolutna autonomia”? Czy jednocześnie jest dobrem dla pacjenta? Przecież chociaż każdy życzy sobie maksymalnej niezależności (nawet w zdrowiu), to musi zdać się na innych i z tego powodu jego autonomia może mieć tylko niepełną, względną wartość<sup>25</sup>. Jednocześnie z doświadczenia wiemy, że wolność nawet zdrowego człowieka ma swoje granice, więc postulat bezwzględnej wolności pacjenta nie może mieć racji bytu. Jak zatem powyższe dwa rodzaje autonomii można uzasadnić w praktyce medycznej?

**5.** Przykładem pierwszej sytuacji „nietykalnego życia” i wyboru lepszego zdrowia jest tzw. medycyna substytucyjna, polegająca na zastępowaniu chorych organów zdrowymi, pochodzącymi z przeszczepu lub uzyskiwanymi sztucznie zaawansowanymi technologiami. Począwszy od pierwszego przetoczenia krwi możliwości medycyny substytucyjnej rosną lawinowo i reklama doskonałych maszyn i tworzyw wywiera niesłychanie silną presję na chorych, którym wydaje się, że można technologicznie zastąpić każdą tkankę, każdy narząd w imię nieograniczonego wręcz przedłużenia czynności organizmu. Pierwszym pytaniem chorego może być: „Jak bardzo musi on zrezygnować ze swej wolności, aby przedłużyć własne życie”. Dalej pacjent w imię swej nienaruszalnej autonomii może nie mieć już wyboru: „kiedy zacząć leczyć”, ale musi sobie postawić pytanie: „kiedy zaniechać leczenia”<sup>26</sup>.

Wiąże się z tym też problem medycyny życzeniowej, czyli żądań pacjentów w imię autonomii i wolności o dowolny, niekiedy nieograniczony dostęp do środków medycznych, wymuszanie zastosowania najnowszych metod i terapii, niekończący się katalog wymagań i życzeń. Dotyczy to szczególnie chirurgii plastycznej, nadużywania leków hormonalnych i dopingujących, „aby jak najdłużej, jak to możliwe, przypominać obowiązujący model urody, który ma przyciągać miłość, zapewniać sukces i podziw”<sup>27</sup>.

Niewątpliwie we wspomnianych przypadkach chodzi o nadkonsumpcję luksusowej medycyny dla nielicznych i brak powszechnego dostępu do podstawowych środków medycznych dla wielu. Czy zatem autonomia jednych nie powoduje uzależnienia drugich? Pojawia się tu wśród wielu zagadnień etycznych nie tylko sprawa dobra chorego, ale również kwestia życia jednych i śmierci drugich, ponieważ już nie chodzi o zakres samej medycyny życzeniowej<sup>28</sup>.

**6.** W drugiej sytuacji problem autonomii pacjenta w wyborze między życiem a śmiercią niesie ze sobą jeszcze więcej pytań. Są to o tyle istotne zagadnienia, że dotyczą sytuacji granicznych w życiu ludzkim i w opiece medycznej. Korzystając z terminologii użytej w cytowanym artykule Müllera, autonomię, jaka towarzyszy człowiekowi, który chce przyspieszyć swoją śmierć (czy to przez samobójstwo, czy za pomocą eutanazji), też można określić jako „autorytet preferencji”. Chodzi o autorytet preferowanej wartości pragnienia śmierci, która u przyszłego samobójcy ma zostać uznana bezwarunkowo lub przynajmniej warunkowo. Autonomia pacjenta, który decyduje o swojej śmierci, ma polegać na tym, że nie ważne jest dla niego, czy skłonić się ku życiu, czy skłonić się ku śmierci, lecz istotny jest własny wybór, własna wola, niekiedy nawet w majestacie zgody z własnym sumieniem<sup>29</sup>.

„Czy lekarz musi dać pierwszeństwo szacunkowi wobec sumienia pacjenta oraz jego samostanowienia?”<sup>30</sup>. Niewątpliwie odpowiedź na to pytanie zakłada okoliczności, w jakich są preferowane wartości przez pacjenta i czy jego życzenia nie stoją w konflikcie z życzeniami innych (np. rodziny chorego). W zakresie omawianego autorytetu preferencji można podać kilka powodów, aby autonomia pacjenta została uwzględniona w działaniach medycznych:

a) chory sam wie najlepiej, co dla niego jest dobre, ma życzenie takiej, a nie innej wartości i taki jest jego interes;

b) niezależnie od tego, co pacjent sobie życzy, jest dla niego satysfakcjonujące, że spełniły się jego oczekiwania;

c) zdolność do autonomii życiowej, do własnych planów i wyobrażeń w określeniu siebie należy do godności człowieka, stanowi wartość godną szacunku<sup>31</sup>;

d) na preferowane wartości w autonomii pacjenta ma wpływ wiele czynników społecznych i ekonomicznych, ukształtować żądania mogą media, opinie innych pacjentów lub uwarunkowania psychologiczne;

e) istotne znaczenia mają również czynniki duchowe, światopoglądowe, z których szczególnym przykładem jest sprzeciw Świadków Jehowy wobec transfuzji krwi podyktowany ich doktryną religijną (pacjenci tej sekty nie tyle żądają jakichś preferencji, co sprzeciwiają się wartościom ogólnie przyjętym)<sup>32</sup>.

7. Okazuje się, że autonomia jako autorytet preferencji jest problemem bardzo rozległym i każdy z podanych powodów (podobnie jak pewnie wiele innych) posiada ograniczone znaczenie we współczesnej praktyce medycznej, zwłaszcza jeśli chodzi o trudne sytuacje żądania śmierci i odmowy leczenia z powodów religijnych. Generalnie rzecz biorąc, żądania pacjenta w imię jego autonomii nie mogą mieć zastosowania jako „prawo do bezprawia” (*Recht auf Unrecht*), ponieważ ograniczenie oczywiście wynika z praw innych osób. Poza tym słusznie się uważa, że niedojrzałość emocjonalna, oszukiwanie siebie, naciski społeczne i błędy w ocenie sytuacji stawiają pod znakiem zapytania autorytet preferencji wielu żądań chorych. Zatem chorzy nie zawsze wiedzą, co jest dla nich najlepsze, jaką wagę ma oczekiwane dobro i trzeba niekiedy wręcz ograniczyć znaczenie autonomii, aby osiągnąć żądane dobro<sup>33</sup>. Czy wobec tego lekarz nie powinien uwzględniać i spełniać czyichś żądań, które są obiektywnym dobrem, ale wymagają ograniczenia autonomii pacjenta? Albo – jak to widać na przykładzie Świadków Jehowy, czy system zdrowotny powinien brać pod uwagę racje nawet sprzeczne z obiektywnym interesem pacjenta?

Rozstrzygnięcie wszystkich problemów konfliktu autonomii pacjenta z powinnościami opieki zdrowotnej przekracza ramy tego artykułu, niemniej jednak niekiedy lekarz powinien spełnić albo przynajmniej przyjąć jako prawo żądanie pacjenta sprzeczne z jego własnym dobrem, rozumianym z punktu widzenia celów medycyny<sup>34</sup>. Jako pewne podsumowanie znaczenia autonomii jako autorytetu preferencji możemy potraktować „przypadek, kiedy wprawdzie interesom drugiego nie służy to, czego on sobie życzy, ale ważne są przeżycie i świadomość tego, że jego życzenia spełnią się. Jeżeli tutaj spełnienie życzenia nie szkodzi



poważnie życzącemu, to nie ma tu większego problemu. Inaczej jest, gdy chodzi o coś ważnego. A tam, gdzie chodzi o życie i śmierć, powinno być jasne, że lekarzowi nie wolno zastosować się do prośby pacjenta, aby spełnić jego życzenie, jak długo **on sam** (podkreśl. autora) jest przekonany o tym, że to, o co się prosi – tutaj: śmierć na żądanie – nie jest niczym dobrym dla pacjenta<sup>35</sup>. Oczywiście analizowane sytuacje nie wyczerpują klinicznych przypadków zastosowania lub ograniczenia autonomii pacjenta, niemniej jednak uświadamiają złożony charakter żądań, a nawet nacisków<sup>36</sup> chorych wobec lekarzy.

8. Mając na uwadze dobro pacjenta, który jest „autonomiczny” i może żądać od lekarza respektowania swoich praw, pamiętajmy, że nie może on wymagać określonego leczenia. Jeśli lekarz odmówi leczenia *cortizonem*, środkiem powodującym szkodliwe skutki uboczne, wówczas nie narusza on autonomii pacjenta, choćby ten był przekonany o skuteczności danego lekarstwa. Jeszcze wyraźniej widać konflikt interesu autonomii pacjenta z możliwościami opieki zdrowotnej tam, gdzie w decyzjach medycznych chodzi o przyspieszenie śmierci lub pomoc w samobójstwie. Nie jest leczeniem zabójstwo, jeśli dokona go lekarz<sup>37</sup>, chociaż najnowsza historia przynosi fakty o udziale lekarza w procederze zabijania nazywanym eufemistycznie „nadzorem nad zakończeniem życia na żądanie i pomocą w samobójstwie”<sup>38</sup>.

Problem eutanazji jest raczej ewidentnym przykładem ograniczeń autonomii „nietykalnego życia” pacjenta, ale czy w przypadku wspomnianej sytuacji odmowy leczenia (transfuzji krwi) u Świadców Jehowy również nie występuje niewystarczalność zasady autonomii? Prawo medyczne określa zarówno w Kodeksie etyki lekarskiej (art. 13 i 15)<sup>39</sup> oraz w przepisach normatywnych (art. 19 punkt 1, podpunkt 3 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 30 VIII 1991 r.<sup>40</sup> i art. 32 ust. 1 Ustawy o zawodzie lekarza z 5 XII 1996 r.)<sup>41</sup> i Kodeksie karnym (art. 191 § 1)<sup>42</sup>, że lekarza obowiązuje przede wszystkim zasada autonomii chorego w postaci zgody pacjenta na leczenie, chociaż lekarzowi wolno wpłynąć na zmianę decyzji pacjenta i wolno na wniosek chorego nie informować o leczeniu<sup>43</sup>. Jednak chociaż „każdy człowiek ma prawo określać, co w danej sytuacji stanowi jego dobro i ma prawo ustalać swoją drogę do szczęścia”<sup>44</sup> i zgoda pacjenta jest podstawowym i najważniejszym warun-

kiem legalności leczenia<sup>45</sup>, to ograniczenia autonomii, np. u Świadków Jehowy, występują przynajmniej w sytuacji odpowiedzialności nie tylko za swoje życie, ale i życie innego człowieka, gdy kobieta w ciąży odmawia transfuzji krwi przy zabiegu cesarskiego cięcia (co jest konieczne dla życia kobiety i urodzenia zdrowego dziecka)<sup>46</sup>. Niewątpliwie tego typu konflikt interesów w etyce współczesnej praktyki medycznej nie jest wyjątkowy ani sporadyczny, a społeczne uwarunkowania dobra pacjenta nie dotyczą tylko Świadków Jehowy<sup>47</sup>.

9. Omówione zagadnienie autonomii pacjenta we współczesnej praktyce medycznej nie jest kompletne. Podsumowując je jednak już na tym etapie, można stwierdzić, że mimo niewątpliwych korzyści związanych z godnością chorego, z wartościami personalistycznymi samostanowienia pacjenta, dążenie do dobra chorego tylko pod kątem jego autonomii nie wydaje się właściwe. Podejrzewam, że wspomniane na początku inne dobra lansowane (jakość życia jako wolność od bólu, prymat zdrowia społecznego, interes firm farmaceutycznych, opieki społecznej, ubezpieczeń) również nie spełnią oczekiwań pacjentów, którzy mimo odzyskanego zdrowia przestają czuć się ludźmi, tracą „dobrostan”<sup>48</sup>, coś głębszego niż tylko samo zdrowie.

Można odnieść wrażenie, że postępujące reformy opieki zdrowotnej w Polsce, deklaracje dysydentów służb medycznych i ton etyków medycyny budują nową perspektywę medycyny XXI wieku, że jesteśmy świadkami nowego, wysokiego poziomu praktyki medycznej skierowanej ku człowiekowi, ku pacjentowi i dla jego dobra. Rzeczywiście potrzeba takiego nowego spojrzenia. Wiek XX przyniósł nie tylko olbrzymi postęp w dziedzinie nauk przyrodniczych, pozwolił na odkrycie niesłychanych możliwości diagnozy i terapii, ale jednocześnie ujawnił poważne zagrożenia i niebezpieczeństwa zarówno ewoluujących systemów zdrowia, jak i praktyk niegodnych lekarza i sprzecznych z hipokratesowymi ideałami sztuki medycznej, ze szkodą dla „dobra” pacjenta rozumianego nie tylko jako samostanowienie.

Biorąc pod uwagę zarysowane tylko zagadnienie autonomii jako nietykalnego życia oraz autonomię pacjenta w kontekście autorytetu preferencji, widać ograniczenia samostanowienia chorego, względność sytuacji wyborów, żądań i dobra leczonego. W realiach trudności z infor-

mowaniem pacjenta, w sytuacjach granicznych, w rozbudowanym systemie wolności osobistej i tolerancji światopoglądowej można zaryzykować twierdzenie, że autonomia pacjenta zainteresowana swoim dobrem (niekiedy względnym) często stoi w konflikcie z dobrem wyrażanym przez opiekę zdrowotną (jeżeli reprezentuje ona hipokratesowy model *primum non nocere* i *salus aegroti suprema lex*). „Poszukiwanie postawy zadowalającej z etycznego punktu widzenia, zależy w sposób zasadniczy od tego, jaką przyjmuje się koncepcję samej medycyny. Chodzi ostatecznie o odpowiedź na pytanie, czy medycyna pozostaje w służbie osoby ludzkiej oraz jej godności w tym, co jest w osobie jedyne i transcendentne, czy też uważa się za czynnik życia społecznego, służący interesom zdrowych, którym ma być podporządkowana troska o chorych”<sup>49</sup>.

A zatem pozostaje powrót do hipokratesowych i chrześcijańskich źródeł godności medycyny, dobra chorego i szlachetności leczącego. Budowana współcześnie personalistyczna alternatywa „ewangelii cierpienia”<sup>50</sup>, zaufania do lekarza, troski o osobę pacjenta, współczucia, miłości bliźniego i godności człowieka oczekuje na szersze zastosowanie we współczesnej praktyce medycznej.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Por. B. Jonas Wayne, J. S. Levin, *Podstawy medycyny komplementarnej i alternatywnej*, Kraków 2000, s. 10.
- <sup>2</sup> Por. F. Compagnoni, *Prawa człowieka. Geneza, historia i zaangażowanie chrześcijańskie*, Kraków 2000, s. 95.
- <sup>3</sup> Właściwie powinno być: „służby człowiekowi zdrowemu” lub „służby chorym”, w sensie obiektywnym pojęcie służby jest obecnie poważnie zdewaluowane do znaczeń subiektywnych i utylitarystycznych.
- <sup>4</sup> Por. przyp. 11, a szerzej i szczegółowo na ten temat w podręczniku filozofii: J. Galarowicz, *Na ścieżkach prawdy. Wprowadzenie do filozofii*, Kraków 1992, s. 576-579.
- <sup>5</sup> R. Guardini, *Wolność, łaska, los. Rozważanie o sensie istnienia*, w: tenże, *Koniec czasów nowożytnych. Świat i osoba. Wolność, łaska, los*, Kraków 1969, s. 253-254.
- <sup>6</sup> Por. P. Bortkiewicz, *Przed wszystkim etyka*, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza Wydział Teologiczny, Poznań 2000, s. 68. „Pojęcie *kontraspecjizmu* jest neologizmem, który stosuję na oznaczenie poglądów antropologicznych i etycznych Petera Singera, które przeczą wyjątkowości człowieka w świecie przyrody jako gatunku i nakazują postępowanie wobec niego wyłącznie na poziomie kalkulacji kosztów związanych z eliminacją bądź ochroną gatunków biologicznych”. Tamże, s. 67-68.
- <sup>7</sup> „(...) Życie dziecka, które się narodziło, ma mniejszą wartość niż życie świni, psa czy szympansa (...). Lepiej byłoby, gdybyśmy używali do eksperymentów medycznych raczej ludzi z uszkodzonym mózgiem niż zwierząt”. P. Singer, *Practical Ethics*, Cambridge 1979, s. 150.

- <sup>8</sup> W Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 1948 roku jednoznacznie mówi się tylko o „osobie ludzkiej”, a w Europejskiej Konwencji Bioetycznej z 1997 roku oprócz pojęcia „osoby ludzkiej” (*person*) również mówi się często o „istocie ludzkiej” (*human being*) lub niekiedy o „jednostce ludzkiej”. Por. B. Gronowska, T. Jasudowicz, C. Mik (red.), *Prawa człowieka. Dokumenty międzynarodowe*, wydanie III, Toruń 1996, s. 17-18. Można te ograniczenia traktować formalnie jako wynikające z trudności znalezienia wspólnej terminologii uwarunkowanej prawem międzynarodowym [por. O. De Dinechin, *Założenia etyczne europejskiej konwencji o biomedycynie*, „Przegląd Powszechny” 5 (1997), s. 25] albo też jako odzwierciedlenie gorącej dyskusji merytorycznej w zagadnieniach szczegółowych np. statusu prawnego dziecka poczętego, czy jest człowiekiem czy nie? (por. M. Schooyans, *Aborcja a polityka*, Lublin 1991, s. 54).
- <sup>9</sup> Por. P. Bortkiewicz, *Przed wszystkim etyka*, dz. cyt., s. 61.
- <sup>10</sup> Prof. Szawarski w kontekście powyższego zróżnicowania osób ludzkich proponuje zmianę pojęcia osoby jako pacjenta na pojęcie „pacjenta moralnego”, który nie byłby osobą w ogólnie przyjętym znaczeniu jako podmiot moralny. Por. Z. Szawarski, *Zrozumieć człowieka umierającego*, z. Wystąpienie na sesji bioetycznej Konferencji „Zrozumieć człowieka”, dn. 7 XII 2001 r. w Oświęcimiu-Harmęczach, s. 3-4 (msp).
- <sup>11</sup> Wspomniany wyżej Hildebrand zwraca uwagę na pomocnicze pojęcie „ważności”, ponieważ określa ono poziom dobra w hierarchii wartości. W związku z tym możemy wyróżnić: a) dobro ważne ze względu na to, co subiektywne, zadowalające i miłe (np. rozrywka, przyjemność); b) dobro ważne ze względu na pewne jakości, estetykę, cechy intelektu, sprawności (np. zdrowie) i c) dobro ważne ze względu na osobę, zalety moralne, ontyczne (np. wiara w Boga, godność czy odpowiedzialność). Por. J. Galarowicz, *Na ścieżkach prawdy*, dz. cyt., s. 576-579.
- <sup>12</sup> Wiceminister zdrowia Aleksander Nauman w wypowiedzi w głównym wydaniu „Wydarzeń” TV Puls, dn. 28 I 2002 r. stwierdził, że brakuje obecnie 330 rozporządzeń Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej do już uchwalonych ustaw w tym resorcie.
- <sup>13</sup> Mam na myśli decyzje Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z początku kwietnia 2002 r., który chcąc obniżyć ceny leków poprzez zmiany listy leków refundowanych raczej bardziej przysłużył się interesom firm farmaceutycznych, postarał się o dochód dla budżetu państwa, ale nie pomnożył dobra pacjentów, którzy muszą więcej zapłacić za lekarstwa od 7% do 20%.
- <sup>14</sup> Por. E. Rużyło, *Etyka i medycyna*, 1999, s. 57.
- <sup>15</sup> Por. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996, s. 72-80.
- <sup>16</sup> Por. tamże, s. 96-106.
- <sup>17</sup> „Bronić medycyną, pewnej idei medycyny dzisiaj – to bronić tradycji humanistycznej, bardzo zagrożonej u progu XXI wieku. Wiele rzeczy zmienia się na naszych oczach i nie panujemy nad wszystkimi czynnikami tej zmiany. Ale są punkty zaczepienia, które trzeba utrzymywać. Między nimi jest medycyna, jej jakość, jej honor, postępowanie tych, którzy ją wykonują, ich postawa wobec choroby, wobec życia, śmierci i swojego obowiązku”. L. Israël, *Eutanazja czy życie aż do końca*, Kraków 2002, s. 175-176.
- <sup>18</sup> Por. J.D. Arras, B. Steinbock, *Ethical Issues in Modern Medicine*, Fifth Ed., Mayfield Publishing Company, London – Toronto 1999, s. 51-76. Promocja autonomii pacjenta jest również obecna w programach tzw. służby zdrowia (w postaci praw pacjenta), w mediach i reklamie środków medycznych oraz w głośnych procesach sądowych przeciwko lekarzom i opiece zdrowotnej.
- <sup>19</sup> Autonomia jest tu rozumiana w kontekście wolności jednostki jako konstytutywna właściwość osoby ludzkiej, która myśli, wybiera i postępuje bez przymusu. Por. H.R. Wulff, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny. Wprowadzenie*, Warszawa 1993, s. 237.
- <sup>20</sup> Zasada pozwalająca działać w imieniu innych. Filozofowie medycyny wyróżniają tu: paternalizm prawdziwy, upoważniony i nieupoważniony. W przypadkach pomniejszonej autonomii, w etyce medycznej zaleca się postępowanie paternalistyczne, chociaż w niektórych sytuacjach leczniczych decyzje paternalistyczne powinny być wcześniej zdeterminowane przez pacjenta.

- Por. J. Rawls, *A Theory of Justice*, Oxford 1971, s. 248-249.
- <sup>21</sup> Z najnowszych badań myśli filozoficznej Kanta, Fichtego i Hegla wyłania się wspólne dla nich „praktyczne jądro”, jakim jest „sprawstwo wolności (autonomii) w działaniu rozumnej istoty we wszystkich niemal dziedzinach życia indywidualu, obywateli, społeczności, państw (...)”. E. Nowak-Juchacz, *Autonomia jako zasada etyczności. Kant, Fichte, Hegel*, Wrocław 2002.
- <sup>22</sup> W starożytności „autonomia” oznaczała miasto-państwo, które niezależnie ustanawiało sobie prawa, bez podlegania obcym rządóm. Po zapożyczeniu tego terminu przez filozofię, społeczne, polityczne znaczenie „autonomii” zostało przeniesione na ideę samostanowienia przez jednostkę w zastosowaniu do nieokreślonego indywidualu. Por. A.W. Müller, *Prawo do eutanazji. Eutanazja a autonomia*, „Homo Dei” kwiecień-czerwiec 2(2001), s. 12.
- <sup>23</sup> Por. Müller Anselm Winfried, *Prawo do eutanazji*, art. cyt., s. 11-12.
- <sup>24</sup> Tamże, s. 13.
- <sup>25</sup> Por. tamże.
- <sup>26</sup> Por. J. Kałuża, *Problemy współczesnej medycyny w świetle encykliki „Evangelium vitae”*, w: J. Brusilo (red.), *Evangelium Vitae. Dobra Nowina o życiu ludzkim. Materiały na temat encykliki Jana Pawła II „Evangelium vitae” oraz dyskusja o karze śmierci*, Kraków 1995, s. 23.
- <sup>27</sup> L. Israëł, *Eutanazja*, dz. cyt., s. 36.
- <sup>28</sup> „W tym świetle liberalizacja prawa do aborcji jawi się raczej jako pewna dodatkowa forma medycyny luksusowej, która odciąga personel i środki od zajęć lekarskich w ściślejszym tego słowa znaczeniu i jeszcze bardziej pozbawia ludzi wielu prostych i skutecznych środków, które się zarzuca, ponieważ nie są wystarczająco lukratywne”. M. Schooyans, *Aborcja a polityka*, dz. cyt., s. 45-46.
- <sup>29</sup> Jest to osobny problem, który pomijam. Jednakże trzeba odnotować uwagę Autora, że sumienie pacjenta w kresu życia może się mylić w sytuacji nieuleczalnej choroby i że sumienie pacjenta może nie mieć znaczenia w praktyce lekarskiej. Por. A.W. Müller, *Prawo do eutanazji*, art. cyt., s. 14.
- <sup>30</sup> W. Jens, H. Küng, *Menschwürdig sterben*, 1999, s. 60; cyt. za: A.W. Müller, *Prawo do eutanazji*, art. cyt., s. 14.
- <sup>31</sup> Por. tamże, s. 15.
- <sup>32</sup> Por. T. Wiwatowski, *Stanowisko Świadców Jehowy wobec opieki medycznej*, w: M. Szeroczyńska, B. Wołoszczuk-Gębicka, T. Wiwatowski, *Zabiegi chirurgiczne u Świadców Jehowy. Aspekty medyczne i prawne*, Warszawa 2001, s. 9-10.
- <sup>33</sup> Por. A.W. Müller, *Prawo do eutanazji*, art. cyt., s. 15.
- <sup>34</sup> Mam na myśli cele tradycyjnej medycyny hipokratesowskiej, ponieważ zupełnie inaczej wygląda sprawa intencji lekarza w innych odniesieniach aksjologicznych, np. w „nowoczesnej” medycynie holenderskiej czy w mentalności lekarzy tajgetejskich. Por. R. Fenigsen, *Eutanazja. Śmierć z wyboru*, Poznań 1997, s. 15-23 oraz w kontekście wyjaśnienia terminu „tajgetejski”, s. 13, tamże.
- <sup>35</sup> A.W. Müller, *Prawo do eutanazji*, art. cyt., s. 15-16. Można dyskutować z Autorem w zakresie owego „przekonania”, czy chodzi o przekonanie rozumowe, czy o zmianę swoich zasad. W obu przypadkach nie zgodziłbym się z cytowanym poglądem, że istnieje jakakolwiek racja (przekonanie), aby eutanazji dokonać w imię autonomii, żądania pacjenta.
- <sup>36</sup> Zagadnienie dotyczy przymusu wobec lekarza wykonania życzenia pacjenta z powodu tzw. układów „przywilejów czy nakazu urzędowego. Jeżeli lekarz jest zwolniony od odpowiedzialności w zakresie wykonywania życzeń pacjenta z racji przymusu, to pacjent (wbrew opinii Anselma Müllera) nie ma „prawa do tego, że wykonamy jego życzenie”. *Notabene*, nie mamy tutaj już do czynienia z problemem autonomii. Por. A.W. Müller, *Prawo do eutanazji*, art. cyt., s. 16.
- <sup>37</sup> Por. tamże, s. 16.

- <sup>38</sup> Jest to tytuł holenderskiej ustawy o eutanazji z 10 IV 2001 r., por. [www.minbuza.nl](http://www.minbuza.nl).
- <sup>39</sup> „Art. 13: Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji lekarskich dotyczących jego zdrowia. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały. Pacjent ma prawo zapoznać się ze stopniem ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanymi korzyściami związanymi z wykonywaniem tych zabiegów, a także z możliwościami zastosowania innego postępowania medycznego (...); art. 15: Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeśli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia swej zgody, powinien ją wyrazić przedstawiciel ustawowy bądź osoba stale opiekująca się pacjentem. Wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez tej zgody może być dopuszczone tylko w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta albo innych osób. W razie niewyrażenia zgody na proponowane postępowanie lekarz powinien nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską”. M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, wyd. V uaktualnione i rozszerzone, Toruń 2001, s. 312.
- <sup>40</sup> „Pacjent ma prawo do (...) wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy po uzyskaniu odpowiedniej informacji”. Tamże, s. 403-404.
- <sup>41</sup> „Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta”. Tamże, s. 337.
- <sup>42</sup> „Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2”, Kodeks karny po nowelizacjach z 2001 r., Warszawa 2002, s. 63.
- <sup>43</sup> Por. M. Szeroczyńska, *Zasady legalności zabiegu transfuzji krwi u Świadców Jehowy*, w: M. Szeroczyńska, B. Wołoszczuk-Gębicka, T. Wiwatowski, *Zabiegi chirurgiczne u Świadców Jehowy. Aspekty medyczne i prawne*, Warszawa 2001, s. 64-69.
- <sup>44</sup> T. Brzeziński, *Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej*, w: T. Kielanowski (red.), *Etyka i deontologia lekarska*, wyd. II zmienione i rozszerzone, Warszawa 1985, s. 61.
- <sup>45</sup> Por. A. Zoll, *Zgoda pacjenta jako warunek legalności leczenia*, w: A. Wiekłuk (red.), *Prawa pacjenta a postawa lekarza*, Kraków 1996, s. 9-18.
- <sup>46</sup> Konkretna sytuacja wystąpiła w USA, w kraju, gdzie zasady demokracji i tolerancji dla odmiennych przekonań i wyznania (w Polskiej Konstytucji z 1997 r. por. art. 47 i 53) spotkały się w tym przypadku z zasadą samostanowienia i prawem do odmowy działania lekarskiego. Sądy amerykańskie wydały w analogicznym stanie faktycznym dwa sprzeczne wyroki (sprawa *Georgetown College, D. C. Cis.*, 1964 oraz sprawa Sądu Apelacyjnego Dystryktu Columbia, *Re Ac*, 1990). Cyt. za: M. Szeroczyńska, *Zasady legalności zabiegu transfuzji krwi*, dz. cyt., s. 69.
- <sup>47</sup> Narastający konflikt interesów między pacjentem a koncernami farmaceutycznymi, między prawami pacjenta a budżetem kas chorych, między chorymi terminalnie a ubezpieczeniami społecznymi czeka na osobną analizę.
- <sup>48</sup> W definicji „zdrowia” z Konstytucji Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podkreśla znaczenie „dobrostanu” (*well-being*) jako społecznego środowiska odpowiedniego człowiekowi. Por. J.M. Mann, L. Gostin, S. Gruskin, T. Brennan, Z. Lazzarini, H. Fineberg, *Health and Human Rights*, w: J.M. Mann, S. Gruskin, M.A. Grodin, G.J. Annas (red.), *Health and Human Rights*, New York – London 1999, s. 8.
- <sup>49</sup> Jan Paweł II, *Podstawy deontologii lekarskiej. Przemówienie do uczestników zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego 29 X 1983 r.*, w: K. Szczygiel (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998, s. 205.
- <sup>50</sup> Por. Jan Paweł II, *List Apostolski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*, w: K. Szczygiel (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998, s. 159-164.

