

Instytut Filozofii
Uniwersytetu Warszawskiego

PAWEŁ ŁUKÓW

Granice zgody:

autonomia zasad
i dobro pacjenta

Dla Paulinki



Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR
Warszawa 2005

jest to możliwe, charakterystyka tego dobra jest zbyt ogólnikowa (np. zdrowie, brak cierpienia), by dostarczać jasnych wskazówek działania – podstawowym celem badań prowadzonych w ramach etyki medycznej zgodnej z proponowanym jej rozumieniem będzie określenie sposobu ustalania dobra pacjenta w danym przypadku relacji pacjent–lekarz. Głównym celem etyki medycznej w tym ujęciu będzie zatem skonstruowanie modelu relacji lekarz–pacjent, w którym można będzie ustalić dobro pacjenta. Model taki przedstawi zależności między lekarzem i pacjentem oraz postulaty normatywne regulujące postępowanie stron omawianej relacji w trakcie ustalania dobra pacjenta.

W literaturze bioetycznej i medycznej występują rozmaite propozycje modeli relacji lekarz–pacjent i ich klasyfikacje. Najstarszy i obecny w bodaj wszystkich tradycjach medycznych jest paternalistyczny model relacji lekarz–pacjent, który Robert M. Veatch nazywa kapłańskim¹. Nazwa ta koresponduje z najdawniejszymi praktykami leczniczymi zdominowanymi przez elementy religijne i magiczne. Lekarza, który ustala dobro pacjenta, uznaje się tu za ostateczny autorytet nie tylko leczniczy, lecz także moralny, zaś od pacjenta wymaga się posłuszeństwa.

W opozycji do modelu paternalistycznego często formuluje się model kontraktualny². Zakłada on równość kompetencji moralnej pa-

1 Robert M. Veatch, „Models for ethical medicine in a revolutionary age. What physician-patient roles foster the most ethical relationship?”, *Hastings Center Report* 2, 3 (1972), s. 5–7.

2 Tamże. Własną koncepcję etyki medycznej bazującą na tym modelu Veatch nazywa zamiennie teorią opartą na umowie lub przymierzu między lekarzem i pacjentem, w: *A Theory of Medical Ethics*, New York, Basic Books 1981; autonomii lekarza i pacjenta jako podstawę swej teorii Veatch przedstawia na s. 197–213. Zastrzeżenia pod adresem koncepcji kontraktualnej można znaleźć w „The case for contract in medical ethics”, w: Earl E. Shelp (red.), *The Clinical Encounter. The Moral Fabric of the Patient-Physician Relationship*, Dordrecht, Reidel Publishing Co. 1983; zob. H. Tristram Engelhardt, Jr., *The Foundations of Bioethics*, New York–Oxford, Oxford University Press 1996, s. 319–332 oraz John P. Reeder, Jr., „Beneficence, supererogation, and role of duty”, w: Earl E. Shelp (red.), *Beneficence and Health Care*, Dordrecht, Reidel Publishing Co. 1982.

ROZDZIAŁ 2

RELACJA LEKARZ-PACJENT A AUTONOMIA

W rozdziale poprzednim argumentowałem za rozumieniem moralności zawodowej jako zestawu norm służących dobru elementarnemu klienta. Starłem się pokazać, że normy te są środkiem sprawowania bieżącej kontroli społecznej postępowania profesjonalisty, który dba o dobro klienta. W medycynie oznacza to, że normy moralności lekarskiej służą zapewnieniu jak najbardziej rzetelnej troski lekarza o dobro pacjenta. Twierdziłem też, że ze względu na nieistnienie we współczesnych społeczeństwach dostatecznie szeroko podzielanych przekonań moralnych oraz brak zgody na jedną teorię podzielanych etyki medycznej nie można pojmować jako uszczegółowienia norm adresowanych do jednostek niezależnie od ich ról zawodowych. Proponowałem natomiast rozumieć etykę medyczną jako ograniczoną teorię normatywną formułującą postulaty moralne w odniesieniu do relacji lekarz–pacjent. Taka etyka medyczna może być względnie niezależna od teorii moralnych i faktycznych przekonań moralnych członków społeczeństwa, w którym pewna grupa zawodowa świadczy opiekę zdrowotną. Propozycja ta stanowi odpowiedź na zagrożenie, z jednej strony, separacją norm moralności lekarskiej od norm adresowanych do jednostek niezależnie od ich przynależności zawodowej oraz, z drugiej strony, na fragmentację moralną współczesnych społeczeństw, która nie pozwala na zakorzenienie norm lekarskich w tzw. moralności ogólnej.

Ponieważ zasadnicza rola norm moralności zawodowej to ochrona dobra klienta, a nieistnienie szeroko podzielanych przekonań normatywnych nie pozwala wskazać, czym jest jego dobro – tam zaś, gdzie

cja i lekarza, którzy są zdolni decydować o sobie i samodzielnie ustalać priorytety moralne. Współpracę lekarza z pacjentem umożliwia zbieżność celów, która nie wymaga zaangażowania emocjonalnego stron. Pacjent zawiera umowę z lekarzem, oczekując zaspokojenia swoich potrzeb, lekarz zaś zawiera umowę w celu osiągnięcia korzyści przypadkowo związanych z korzyściami pacjenta. Obie strony są gotowe wypełnić warunki umowy jako środki do pożądaných przez siebie dóbr.

Kontraktualny model relacji pacjent-lekarz najczęściej bywa krytykowany za to, że sugeruje, iż każdy z kontrahentów traktuje drugą stronę jedynie jako źródło oczekiwanych korzyści, a nie jak jednostkę, której sama obecność i wchodzenie w daną relację może być lub jest wartościowe – niezależnie od korzyści, jakie strony umowy mogą czerpać z tej relacji³. Krytycy twierdzą, że relacja lekarz-pacjent należy do samodzielnie wartościowych związków międzyludzkich m.in. dlatego, że lekarz wkracza w intymne szczegóły życia pacjenta, a terapia może wymagać miesięcy lub lat współpracy, przez co posiadanie „swojego” lekarza to dla wielu pacjentów coś znacznie więcej niż zatrudnianie leczącego specjalisty⁴. Zastrzeżenia krytyków

3 Podkreśla to Charles Fried, „Rights and health care – beyond equity and efficiency”, *New England Journal of Medicine* 293 (1975), s. 241–245; zob. też Edmund D. Pellegrino, „Self-interest, the physician's duties, and the medical ethics: A philosophical and theological challenge”, w: Courtney S. Campbell, Andrew Lustig (red.), *Duties to Others*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers 1994; Daniel A. Moros, Rosamond Rhodes, Bernard Baumrin, James J. Strain, „Chronic illness and the physician-patient relationship: A response to the Hasting Center's 'Ethical Challenges of Chronic Illness'”, *The Journal of Medicine and Philosophy* 16 (1991), s. 161–181, zwłaszcza s. 170–173.

4 Zob. np. uwagi Edmunda D. Pellegrino o relacji uzdrawiającej między lekarzem a pacjentem w odróżnieniu od relacji terapeutycznej; „The healing relationship: The architectonics of clinical medicine”, w: *The Clinical Encounter*, dz. cyt. oraz tezy autorów „Chronic illness and the physician-patient relationship: A response to the Hasting Center's 'Ethical Challenges of Chronic Illness'”, dz. cyt., wskazujących na doniosłość kontaktów między lekarzem a pacjentem sprzed zaistnienia między nimi relacji lekarz-pacjent, s. 172; ta ostatnia praca zawiera też wiele innych cennych uwag wskazujących na nieadekwatność kontraktualnego modelu relacji między lekarzem a pacjentem.

budzi też obecne w tym modelu założenie zasadniczej faktycznej (w odróżnieniu od moralnej) równości lekarza i pacjenta⁵. Krytycy zwracają uwagę na różnice siły przetargowej stron jako potencjalnych negocjatorów umowy i odmienne zdolności decyzyjne: pacjent potrzebuje pomocy, bywa osłabiony chorobą i niepokojem, ma zdecydowanie ograniczoną wiedzę⁶. Model kontraktualny nie uwzględnia też odmienności perspektyw pacjenta i lekarza (zob. rozdział 3.), jak i dynamiki zdolności decyzyjnych pacjenta⁷. Jak zmienia się stan zdrowia, kondycja psychiczna i wiedza pacjenta, tak też może zmieniać się jego sprawność w podejmowaniu decyzji. Zdolności decyzyjne pacjenta bywają też wybiórcze. Może być on zdolny podjąć decyzję w jednej sprawie, ale już nie w innej⁸.

Odpowiedzią na trudności modelu kontraktualnego zdaje się model kolegialny⁹, oparty na metaforze współpracy darzących się

5 Zob. np. Howard Brody w: Robert M. Veatch (red.), *Medical Ethics*, Boston, Mass., Jones and Bartlett Publishers 1989, rozdz. pt. „The physician/patient relationship” oraz K. Danner Clouser, „Veatch, May, and models: A critical review and a new view”, w: *The Clinical Encounter*, dz. cyt.; William F. May, „Code, covenant, contract, or philanthropy: Various models for professional ethics are available to medicine”, *Hastings Center Report* 5, 6 (1975), s. 29–38.

6 Zob. H. Tristram Engelhardt, Jr., „Rights and responsibilities of patients and physicians”, w: M.D. Bayles, D.M. High (red.), *Medical Treatment of the Dying: Moral Issues*, Cambridge, Mass., Schenkman Publishing Co. 1978. Zob. też R.D. Masters, „Is contract an adequate basis for medical ethics?”, *Hastings Center Report* 5, 6 (1975), s. 24–28.

7 Edmund D. Pellegrino, David C. Thomasma, *For the Patient's Good. The Resurrection of Beneficence in Health Care*, Oxford, Oxford University Press 1988, s. 16–17.

8 Allen E. Buchanan, Dan W. Brock, *Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making*, New York, Cambridge University Press 1989, s. 18–20. Zob. też Charles Culver, Bernard Gert, *Philosophy in Medicine: Conceptual and Ethical Problems in Medicine and Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press 1982, s. 56–60 oraz Daniel Wikler, „Paternalism and the mildly retarded”, *Philosophy and Public Affairs* 8, 4 (1979), s. 377–392.

9 Model taki zdają się zalecać Edmund D. Pellegrino i David C. Thomasma w: *A Philosophical Basis of Medical Practice*, New York-Oxford, Oxford

wzajemnym zaufaniem jednostek, które dążą do rozwiązania wspólnego problemu, tj. zwalczania choroby. Równie kompetentni moralnie uczestnicy relacji lekarz-pacjent określają wspólny cel działań, co pozwala im wierzyć, że partner dołoży starań, by zrealizować wspólne zamierzenie. Wspólny cel sprawia, że relacja lekarza i pacjenta staje się wartościowa dla stron nie tylko dzięki temu, że pozwala im osiągnąć ich indywidualne dobra, lecz także dobro im wspólne, które wykracza poza ich interesy, a relację pacjent-lekarz kształtuje jako relację między osobami. Autorzy modeli kolegialnych chętnie stosują metaforykę przymierza i przyjaźni. Zasadniczą trudnością tego modelu wydaje się przecenianie możliwości pacjentów w dotarciu do lecarskiego pojmowania choroby, przez co stosuje się tu część zarzutów adresowanych do modelu kontraktualnego.

Obok tych trzech modeli w literaturze można znaleźć również propozycję modelu inżynierskiego, w którym lekarza traktuje się jako specjalistę odpowiedzialnego za realizację celów wyznaczonych przez pacjenta¹⁰. Z założenia model ten ma być moralnie neutralny,

University Press 1981, s. 64-66, którzy proponują traktować relację lekarz-pacjent jako przyjacielską; zob. też „The healing relationship: The architectonics of clinical medicine”, dz. cyt. Do pewnego stopnia to ujęcie relacji lekarz-pacjent obecne jest w koncepcji Veatcha posługującego się pojęciem przymierza między lekarzem a pacjentem; analogiczną koncepcję relacji profesjonalista-klient w odniesieniu do zawodu adwokata przedstawia Charles Fried w: „The lawyer as a friend: The moral foundations of the lawyer-client relation”, w: Maynard E. Pirsig, Kenneth F. Kirwin (red.), *Cases and Materials on Professional Ethics*, wyd. IV, St. Paul, Minn., West Publishing Co. 1984.

¹⁰ Takie widzenie relacji lekarz-pacjent proponuje Michael Bayles w „Physicians as body mechanics”, w: John W. Davis, Barry Hoffmaster, Sarah Shorten (red.), *Contemporary Issues in Biomedical Ethics*, Clifton, N.J., Humana Press 1979. Krytykę modelu relacji lekarz-pacjent jako relacji między klientem a specjalistą przedstawiają James F. Childress i Mark Siegler w: „Metaphors and models of the doctor-patient relationships: Their implications for autonomy”, *Theoretical Medicine* 5 (1984), s. 17-30, a także Edmund D. Pellegrino i David C. Thomasma w: *The Virtues in Medical Practice*, Oxford, Oxford University Press 1993, s. 56.

aby unikać problemu moralnej regulacji relacji lekarz-pacjent. Podobnie jak modele kontraktualny i kolegialny, zakłada on jednak po rozumieniu lekarza z pacjentem w kwestii celów.

Modele kontraktualny, kolegialny i inżynierski wiążą się z doktryną świadomej zgody pacjenta na leczenie¹¹. We wszystkich trzech modelach przyjmuje się, że uzależniając swe postępowanie od autoryzacji przez pacjenta, lekarz respektuje autonomię pacjenta rozumianą jako prawo do decydowania o sobie. Dzięki powiązaniu autonomii z zabieganiem o świadomą zgodę pacjenta, które obecnie jest w tych trzech modelach, można podzielić je na dwie główne grupy, w zależności od tego, gdzie upatruje się w nich źródła przekonania o dobru pacjenta. W pierwszej grupie znajduje się paternalizm, w którym źródłem przekonania o dobru pacjenta jest lekarz, w drugiej zaś modele oparte na koncepcji autonomii pacjenta. Te dwa zasadnicze modele relacji pacjent-lekarz omówię w najbliższych dwóch podrozdziałach.

Paternalizm i oparty na nim model relacji pacjent-lekarz są przedmiotem częstych krytyk w literaturze bioetycznej i filozoficznej. Rzadko jednak można tam znaleźć taką jego definicję, która z góry nie przesądzałaby kluczowych kwestii moralnych omawianej relacji. Nazwanie działań paternalistycznymi często równa się ich pojęciu bez wyraźnego podania racji. Sytuacja ta wymaga zbadania pojęcia paternalizmu, na których krytyki te się operują, i ustalenia, czy może ono być podstawą modelu relacji lekarz-pacjent. Dlatego w pierwszym podrozdziale (2.1.) niniejszego rozdziału przedstawię standardowe rozumienie paternalizmu. Będę twierdził, że niezależnie od słuszności przynajmniej części krytyk paternalizmu, stosowane w nich pojęcie jest wadliwe, ponieważ z góry przesądza kwestię dopuszczalności aktów paternalizmu i paternalistycznych modeli relacji pacjent-lekarz. W zamian proponuję aksjologicznie neutralną definicję paternalizmu, która posłuży za podstawę oceny trafności pa-

¹¹ Ten wymóg przyjmuje dwie formy modalne: czasem postrzega się go jako odwołanie na uprawnienie pacjenta do decydowania o sobie, a czasem jako odwołanie na obowiązek pacjenta decydowania o sobie; zob. Carl Schneider, *The Practice of Autonomy: Patients, Doctors, and Medical Decisions*, New York, Oxford University Press 1998, s. 10.

ternalistycznego modelu relacji pacjent-lekarz. Będę twierdził, że taki model jest błędny z aksjologicznie neutralnego powodu polegania na nieuzasadnionych uogólnieniach. Choć więc definicja ta nie przesądza z góry dopuszczalności aktów paternalizmu, to każe odrzucić model paternalistyczny.

W podrozdziale drugim (2.2.) omówię pojęcie kluczowe dla pozostałych trzech modeli relacji lekarz-pacjent, tj. pojęcie autonomii, które najczęściej ma wymiar deskryptywny, kiedy to autonomię traktuje się jako pewną zdolność jednostki, oraz normatywny, kiedy autonomię uznaje się za uprawnienie. Omawiając autonomię, odróżnię jej dwie wersje: autonomię działania i autonomię osoby, a następnie wykażę, że chociaż pojęcia te umożliwiają oparcie na nich modelu relacji pacjent-lekarz, to model taki nie nadaje się do przyjęcia, ponieważ, po pierwsze, z góry przesądza kwestię dobra pacjenta, a po drugie – nie wyjaśnia, na czym polega wartość autonomii. Brak przekonujących racji na rzecz wartości autonomii sprawia, że oparty na nim model relacji lekarz-pacjent nie zawiera dostatecznego uzasadnienia zabiegania o zgodę pacjenta. Zabieganie o zgodę jawi się jako, w najlepszym razie pozabawiony większego znaczenia moralnego, rytuał podobnie myślących. Autonomizm, tj. oparte na tych dwóch koncepcjach autonomii modele relacji pacjent-lekarz, nie dostarcza więc atrakcyjnej alternatywy dla paternalizmu.

2.1. Paternalistyczny model relacji lekarz-pacjent

Model relacji lekarz-pacjent, w którym normy postępowania oraz odpowiednie oceny i decyzje formułuje się z perspektywy lekarza, obecny jest w tradycji hipokratesowej. Zgodnie z zapatrywaniami autora bądź autorów tzw. Przysięgi Hipokratesa, lekarz powinien działać dla dobra pacjenta¹², które w traktacie *O sztuce lekarskiej* zostało zdefiniowane jako „zupełne chorych od cierpień

¹² „Sposób życia urządzić będą chorzy dla ich dobra podług sił moich i zdolności, dalekim będąc od wszelkiego uszkodzenia i krzywdy wszelkiej”, w: Aleksander Tulczyński (red.), *Deontologia lekarska. Wybrane materiały do seminariów*, Warszawa, Warszawska Akademia Medyczna 1981, s. 6.

uwolnienie, bólów ostrości przytępienie, wreszcie całkowicie przez chorobę oświadczyć poniechanie”¹³. Zdając sobie sprawę z ograniczonych możliwości medycyny, autor *Epidemii*, wchodzących w skład *Corpus Hippocraticum*, zaleca pomaganie pacjentom i unikanie szkody im¹⁴. W wypełnianiu tych zaleceń lekarzowi ma pomagać przestrzeganie normy paternalizmu: „Opiekując się pacjentem, rób to wszystko spokojnie i umiejętnie, większość rzeczy przed nim ukrywając. Niezbędne polecenia wydawaj z pogodą i łagodnością, odwracając jego uwagę od wykonywanych u niego zabiegów; czasem zgani go ostro i zdecydowanie, a czasem pociesz, okazując troskę i zainteresowanie, niczego nie ujawniając w kwestii jego przyszłego lub obecnego stanu”¹⁵. Zatajanie informacji zalecane w tradycji hipokratesowej zapewne pośrednio służyło dobru pacjentów, m.in. dzięki temu, że pozwalało uzyskać dobro publiczne grupy zawodowej lekarzy, jakim jest zaufanie pacjentów. Ujawnianie diagnozy i prognozy przez lekarza dysponującego skromną wiedzą medyczną mogło w przypadku niesprawdzenia się przewidywań wystawić zaufanie pacjenta do lekarza na próbę. Takie postępowanie wydaje się tym bardziej uzasadnione, że w okresie powstawania medycyny hipokratesowej lekarze walczyli o uznanie odrębności swego zawodu od zajęć rzemieślników i znachorów¹⁶.

¹³ *Hipokratesa O sztuce lekarskiej*, przeł. Witold Klinger, wstępem zaopatrzył Adam Wrzosek, Poznań, nakładem Adama Wrzosa 1937, s. 13.

¹⁴ Hipokrates, *Επιδημιών (Epidemie)*, i, xi, w: *Hippocrates with an English translation by W. H. S. Jones*, Cambridge, Mass., Harvard University Press 1984, t. I, s. 164-165.

¹⁵ Por. Hipokrates, *Περί εὐχρημοσύνης (Dekorum)* xvi, w: *Hippocrates*, dz. cyt., t. II, s. 297-299.

¹⁶ Ludwig Edelstein, „The distinctive hellenism of Greek medicine”, w: Lilian Temkin, Owsei Temkin (red.), *Ancient Medicine: Selected Papers of Ludwig Edelstein*, Baltimore, Johns Hopkins University Press 1967; Darrel A. Amundsen, Gary B. Ferngren, „Evolution of the patient-physician relationship: Antiquity through the Renaissance”, w: *The Clinical Encounter*, dz. cyt.; Paul Carrick, *Medical Ethics in Antiquity. Philosophical Perspectives on Abortion and Euthanasia*, Dordrecht, Reidel Publishing Co. 1985, zwłaszcza rozdz. I.

Relację między lekarzem a pacjentem przedstawioną w pismach hipokratesowych można opisać za pomocą metafory zawartej w pojęciu paternalizmu. Lekarz odnosi się do pacjenta podobnie jak ojciec do wymagającego troski dziecka. Cechą charakterystyczną tej metafory jest to, że dobro jednostki będącej przedmiotem troski określa się z perspektywy opiekuna. Chociaż opiekun przyjmuje własną perspektywę, to celem jego działań w relacji z podopiecznym nie jest dbałość o własne dobro. Określając, co jest dobrem podopiecznego, opiekun albo odwołuje się do uznawanych przez siebie norm o zasięgu uniwersalnym, albo stara się ustalić dobro podopiecznego na podstawie wiedzy o nim. W kontekście medycyny odpowiednikiem perspektywy opiekuna-lekarza są domniemanie powszechnie normy moralne wiązane z „powołaniem” medycyny (omówione w dziale 1.2.2.) lub też wyobrażenia lekarza o tym, co leży w najlepszym interesie pacjenta. W tym też sensie normy moralności lekarskiej formułowane z punktu widzenia lekarza składają się na paternalizm medyczny: dobry lekarz dba o dobro chorego, kierując się własną oceną stanu i dobra pacjenta¹⁷.

2.1.1. Definicja paternalizmu

Standardowe rozumienie paternalizmu – i pochodnego względem niego paternalizmu medycznego – wywodzi się ze stanowiska normatywnego J.S. Milla, który co prawda nie używał słowa „paternalizm”, lecz podkreślał doniosłość swobody jednostki w decydowaniu o tym, co stanowi jej dobro wtedy, gdy działania mają bezpośredni wpływ tylko na nią. Swoje stanowisko Mill uzasadniał użytecznością

¹⁷ Spadkiem po paternalizmie hipokratesowym jest artykuł 6 *Kodeksu etyki lekarskiej, tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004, zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy zjazd Lekarzy*, Warszawa 2004: „Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu, zgodnych z aktualnym stanem wiedzy”. Paternalistyczny ton tego artykułu łagodzi nieco art. 15, poświęcony zgodzie pacjenta na postępowanie medyczne.

powstrzymywania się od interwencji w swobodę wyboru i działania obywateli¹⁸. Jego zdaniem, obywatela nie wolno „zmusić do uczynienia lub zaniechania czegoś, ponieważ tak będzie dla niego lepiej, ponieważ go to uszczęśliwi, ponieważ w opinii innych osób będzie to mądrym lub nawet słusznym postępkim”¹⁹. Nawiązując do Milla, Gerald Dworkin definiuje paternalizm w klasycznym już artykule pt. „Paternalism”, jako „naruszenie czyjejs wolności postępowania, które uzasadnia się racjami odnoszącymi się wyłącznie do dobra, powodzenia, szczęścia, potrzeb, interesów bądź wartości osoby poddawanej przymusowi” bez względu na to, czy dany akt paternalizmu ogranicza swobodę osób, których interesy nie są powodem podejmowania go, czy nie²⁰.

Zaproponowane przez Dworkina i dominujące w literaturze rozumienie paternalizmu jest podstawą definiowania paternalizmu medycznego jako naruszenia wolności pacjenta w imię jego własnego dobra. Wolność pacjenta może naruszać nie tylko lekarz lub pielęgniarka, lecz także każdy, kto rozmyślnie podejmuje działania w celu wpłynięcia na pacjenta, aby poddał się zabiegom medycznym podejmowanym dla jego dobra. Tak właśnie rozumieją paternalizm me-

¹⁸ John S. Mill, „O wolności”, w: *Utylitaryzm. O wolności*, przeł. Maria Ossowska, Amelia Kurlandzka, Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe 1959, odpowiednio s. 132–133 i 131.

¹⁹ Tamże, s. 129.

²⁰ Gerald Dworkin, „Paternalism”, w: Samuel Gorovitz, Andrew L. Jameton, Ruth Macklin i in. (red.), *Moral Problems in Medicine*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall 1983 (pierwodruk w *Monist* 56, 1 (1972), s. 64–84), s. 185, zob. też s. 188. Podobnie, choć z odmiennym rozłożeniem akcentów, paternalizm rozumie większość autorów; zob. np. H.L.A. Hart, *Law, Liberty, and Morality*, New York, Vintage Books 1966; Allen Buchanan, „Medical paternalism”, *Philosophy and Public Affairs* 7, 4 (1978), s. 370–390; Joel Feinberg, *The Moral Limits of the Criminal Law*, t. III: *Harm to Self*, Oxford–New York, Oxford University Press 1986; Donald VanDeVeer, *Paternalistic Intervention. The Moral Bounds of Benevolence*, Princeton, Princeton University Press 1986. Choć w zgodzie ze standardowym rozumieniem tego pojęcia, VanDeVeer rozumie paternalizm wężej, ograniczając akty paternalizmu do działań wbrew pragnieniom bądź zamiarom beneficjenta (s. 22).

dyczny Tom L. Beauchamp i Laurence B. McCullough. W *Medical Ethics. The Moral Responsibilities of Physicians* definiują go za pomocą pojęcia autonomii i dobra pacjenta: działaniem jest paternalistyczne, gdy stanowi zamierzone naruszenie autonomii jedynie w imię troski o dobro pacjenta²¹.

J.S. Mill dopuszczał wyjątki od zakazu paternalizmu państwowego. Pierwszy dotyczy obowiązkowego szkolnego, usprawiedliwionego tym, że objęte nim osoby nie mają wykształcenia, które pozwoliłoby im docenić wartości wiedzy; drugi wyjątek dotyczy osób, którym brak zdolności właściwego ocenienia odległych przyszłych konsekwencji swych działań²²; trzeci obejmuje decydowanie za osoby niepełnoletnie²³. Podobnie postępuje idący w ślady Miilla Dworkin, kiedy twierdzi, że ustawy paternalistyczne są usprawiedliwione, gdy można je traktować jak „polis ubezpieczeniowe” na wypadek, gdyby obywatela nie mogli

²¹ Tom L. Beauchamp, Laurence B. McCullough, *Medical Ethics. The Moral Responsibilities of Physicians*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall 1984, s. 84. Rozumienie autonomii jako prawa jednostki do decydowania o sobie jest rozpowszechnione w anglosaskiej literaturze przedmiotu; zob. J. Feinberg, który – dostrzegając rozmaite interpretacje prawa do samostanowienia – utożsamia prawo do samostanowienia z autonomią (*Harm to Self*, dz. cyt., s. 57–68), podczas gdy VanDeVeer z prawem do kierowania własnym życiem (dz. cyt., s. 58–63). Tak rozumianą autonomię czasem odróżnia się od autonomii jako prawa do decydowania o swych przekonaniach moralnych i od wolności jednostki; zob. np. Richard J. Arneson, „Mill versus paternalism”, *Ethics* 90, 4 (1988), s. 470–489, który przypisuje Millowi koncepcję autonomii jako prawa jednostki do wyboru swych przekonań moralnych (s. 476); por. też zbliżone stanowisko Isaiaha Berlina w artykule „John Stuart Mill i cele życia”, w: tenże, *Cztery eseje o wolności*, przeł. Hanna Bartoszewicz i in., Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN 1994, na który powołuje się Arneson. Poniżej wybieram zwrot „prawo do decydowania o sobie” w intencji objęcia nim zarówno prawa jednostki do postępowania zgodnie z własnymi przekonaniami moralnymi, jak i jej prawa do kształtowania tych przekonań.

²² John S. Mill, *Zasady ekonomii politycznej i niektóre jej zastosowania do filozofii społecznej*, t. II, przeł. Edward Taylor, Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe 1966, s. 798–808.

²³ Mill, „O wolności”, dz. cyt., s. 129–130.

działała dla swego dobra zgodnie ze swymi przekonaniami i gdyby powstalo niebezpieczeństwo podjęcia przez nich decyzji dalekosiężnych, potencjalnie groźnych i nieodwracalnych. Wśród powodów tej niezdolności może znaleźć się nieumiejętność docenienia szczególnej wartości pewnych dóbr, uleganie presji psychologicznej i spolecznej, a także brak zrozumienia i trafnej oceny zagrożenia²⁴.

Podane przez Miilla i Dworkina przypadki usprawiedliwionego paternalizmu zaliczają się do słabego paternalizmu. Słaby paternalizm polega na ograniczaniu autonomii jednostki, która utraciła (trwale lub czasowo) zdolność decydowania o sobie. Paternalizm mocny polega natomiast na ograniczeniu czyjejs autonomii zarówno w sytuacji, gdy jednostka ma zdolność decydowania o sobie, jak i wówczas gdy ją utraciła²⁵. Beauchamp i McCullough słusznie uważają, że przypadki uznawane za słaby paternalizm w rzeczywistości opierają się na wskazywaniu okoliczności, które ograniczają zdolność jednostki do decydowania o sobie (cierpienie, stres, zaburzenia spowodowane lekami itd.)²⁶, a więc i do korzystania z odpowiedniego prawa. Słaby paternalizm nie jest zatem paternalizmem, lecz sytuacja, w której nie można szanować autonomii jednostki (jej prawa do decydowania o sobie), ponieważ jednostka ta nie ma autonomii (zdolności do decydowania o sobie) lub ma ją w znacznym stopniu ograniczoną. Wbrew intencjom Miilla i Dworkina, podawane przez nich racje nie usprawiedliwiają wyjątków od ogólnej zasady zakazującej paternalizmu, lecz opisują sytuacje, w których jednostki nie mogą działać autonomicznie. Beauchamp i McCullough postulują wobec tego porzucenie podziału na te dwa rodzaje paternalizmu.

Rezygnując z dzielenia paternalizmu na słaby i mocny, a jednocześnie dążąc do ujęcia potocznych intuicji o dopuszczalności aktów paternalizmu w wyjątkowych okolicznościach, badacze ci twierdzą, że naruszenie autonomii pacjenta jest dopuszczalne, gdy: (1) ryzyko

²⁴ Dworkin, dz. cyt., s. 196–199; analogicznie usprawiedliwienie zasad paternalistycznych ujmuje John Rawls w *Teorii sprawiedliwości*, przeł. Maciej Pamulnik, Jarosław Pasek, Adam Romaniuk, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN 1994, s. 341–344.

²⁵ Beauchamp, McCullough, dz. cyt., s. 91.

²⁶ Tamże, s. 93–94.

spowodowane brakiem interwencji lekarza lub niewypełnienia jego zaleceń przez pacjenta jest bardzo znaczne, (2) ryzyko związane z interwencją jest względnie małe, a (3) spowodowane tą interwencją ograniczenie autonomii pacjenta jest niewielkie²⁷.

Chociaż na pierwszy rzut oka trafne, proponowane przez Beauchampa i McCullougha usprawiedliwienie paternalizmu okazuje się błędne w sposób analogiczny do usprawiedliwień paternalizmu słabego. Usprawiedliwienie to nie stosuje się do działań, które zgodnie z podaną definicją są paternalistyczne, usprawiedliwia zaś działania, które pod tę definicję nie podpadają. Dzieje się tak dlatego, że ustalenie, czy dany akt paternalizmu jest dopuszczalny, wymaga znajomości dobra pacjenta, a wszystkie teoretycznie możliwe sposoby ustalenia tego dobra albo respektują autonomię, wobec czego podjętych na tej podstawie działań nie można uznać za paternalistyczne, albo każą uznać, że w danym wypadku nie trzeba respektować autonomii, wobec czego postępowanie również nie będzie paternalistyczne, albo naruszają autonomię, którą należy respektować, i wobec tego nie są usprawiedliwione.

Aby dostrzec powyższe zależności, należy zauważyć, że warunki (1) i (2) zakładają wiedzę lekarza o dobru, w imię którego on sam działa, ponieważ tylko w ten sposób może on mierzyć wielkość ryzyka interwencji lub jej braku. Znając rodzaj dóbr istotnych dla pacjenta oraz ich względne wielkości, lekarz może dokonywać szacunków, jak wielka jest potencjalna strata bądź korzyść interwencji medycznej lub jej braku. O tym więc, czy działanie stanowi akt dopuszczalnego paternalizmu, będzie decydowało to, czy lekarz ma trafną wiedzę o dobru pacjenta, co z kolei zależy od tego, czy czerpie ją z właściwych źródeł.

Ponieważ odwoływanie się do autonomii pacjenta jest uzasadnione tym, że przekonania o dobru potencjalnego beneficjenta działają są istotnym źródłem koncepcji jego dobra, naturalną hipotezą jest założenie, że wiedza lekarza o dobru będzie w zasadniczej części pochodziła od pacjenta. Wówczas jednak postępowanie zgodne z tymi przekonaniemami nie będzie naruszało autonomii pacjenta, tj. nie będzie aktem paternalizmu, a wobec tego nie będzie aktem paternali-

²⁷ Tamże, s. 98-99 oraz 100.

zmu dopuszczalnego. Wchodząc w relację z lekarzem, informując go o swoich problemach i oczekiwaniach, pacjent upoważnia go do działania zgodnie z jego lekarskimi przekonaniemami. Gdyby było inaczej, przekazywanie tych informacji lekarzowi byłoby bezprzedmiotowe. Aby zatem doszło do aktu paternalizmu zgodnie z koncepcją Beauchampa i McCullougha, trzeba przyjmując inne źródła wiedzy lekarza o dobru pacjenta.

Te inne źródła mogą być dwóch rodzajów. Pierwszy to obiektywistyczna koncepcja dobra pacjenta, a drugi to prywatne przekonania lekarza o tym dobru. Jeżeli źródłem wiedzy o dobru pacjenta jest obiektywistyczna koncepcja tego dobra, to odwoływanie się w procesie decyzyjnym do przekonania pacjenta o jego dobru traci uzasadnienie, ponieważ niezależnie od tych przekonania obiektywna wiedza na ten temat zawsze będzie musiała otrzymać pierwszeństwo. Autonomia pacjenta staje się istotna tam, gdzie istnieje sceptycyzm w kwestii obiektywnych źródeł wiedzy o dobru. Korzystanie z autonomii, przy równoczesnej wierze w obiektywne źródła wiedzy o dobru, staje się pustym rytuałem, który nie wnosi niczego do wiedzy o dobru. Przypisywanie jednostkom autonomii opiera się na przekonaniu, że mogą one wnieść istotny bądź decydujący wkład w ustalenie, co jest ich dobrem. Obiektywistyczne źródła wiedzy o dobru pacjenta nie wchodziły w skład teorii moralności korzystających z tego rodzaju koncepcji autonomii.

Zakładając jednak, że zwolennik omawianej definicji paternalizmu uznaje obiektywne źródła wiedzy o dobru jednostki, paternalizm staje się możliwy tylko w sensie zignorowania przekonania pacjenta, lecz nie w sensie naruszenia jego prawa do decydowania o sobie. Jeżeli bowiem obiektywne źródła wiedzy o dobru pacjenta wymagają niebrania pod uwagę jego przekonania, to oznacza to, że zgodnie z tymi źródłami jego prawo do decydowania o sobie albo nie istnieje, albo zostaje w danych okolicznościach zawieszona. Działanie na podstawię tak uzyskanej wiedzy o dobru pacjenta nie będzie zatem naruszało jego autonomii, nawet jeśli faktycznie ma on zdolność decydowania o sobie. Ewentualna niezgodność przekonania pacjenta o jego dobru z obiektywnie uzasadnionym przekonaniem lekarza mogłaby świadczyć o utracie przez pacjenta zdolności do rozpoznania swego dobra, a wówczas akt paternalizmu wobec niego będzie

trzeba uznać za przypadek słabego paternalizmu, który – jak zauważyli Beauchamp i McCullough – nie jest paternalizmem.

Jeżeli z kolei źródłem wiedzy lekarza o dobru pacjenta są osobiste przekonania lekarza, które nie aspirują do obiektywności, to postępowanie na ich podstawie można uznać za paternalistyczne, lecz nie spełnia ono podanych przez Beauchampa i McCullougha warunków dopuszczalności paternalizmu. Jeżeli bowiem podstawą działania lekarza są jego osobiste przekonania o dobru pacjenta, niezależnie od tego, jaki mają związek z przekonaniami pacjenta o jego dobru bądź z autentycznym dobrem pacjenta, to działanie lekarza będzie naruszało autonomię pacjenta, a zarazem nie będzie dokonywane w imię jego dobra. W ten sposób zostaną naruszone dwa pierwsze warunki dopuszczalnego paternalizmu. Choć więc postępowanie lekarza spełnia w tym scenariuszu definicję paternalizmu, to nie spełnia ono warunków jego dopuszczalności.

Takie działanie można uznać za paternalistyczne również w sensie potocznym, w którym jawi się ono jako złe. Zło tego postępowania nie polega jednak po prostu na naruszeniu autonomii pacjenta, lecz na działaniu wbrew jego dobru. Byłoby ono również nie do zaakceptowania, gdyby w wyniku choroby pacjent nie dysponował autonomią w sensie zdolności do decydowania o sobie. O złu tego postępowania decydowałby nie jego (słaby) paternalizm, lecz naruszenie dobra pacjenta. Paternalistyczny charakter takiego postępowania nie musi zatem polegać na naruszeniu autonomii pacjenta. Jeśli jest ono paternalistyczne, to dlatego, że źródłem lekarskiego przekonania o dobru pacjenta nie jest pacjent. Wydaje się zatem, że o tym, czy działanie jest paternalistyczne, decyduje nie po prostu to, czy narusza ono autonomię, lecz to, skąd pochodzi przekonanie o dobru beneficjenta. Naruszenie wartości dotyczy natomiast kwestii oceny moralnej paternalistycznego działania.

Akty paternalizmu należy zdefiniować szerzej, niż ma to miejsce w definicji Dworkina czy Beauchampa i McCullougha. Alternatywną, intuicyjnie trafniejszą definicję paternalizmu można sformułować następująco: akt paternalizmu jest to działanie dla cudzego dobra na podstawie przekonania o dobru, które nie pochodzi od beneficjenta tego działania, tj. od osoby, dla której dobra zostaje ono podjęte. Paternalizm nie musi polegać na naruszeniu wybranego przekonania

moralnego (np. prawa jednostki do decydowania o sobie) w imię czyjegoś dobra. Polega on na działaniu ze względu na przekonania moralne niepochozące od osoby, dla której dobra działanie to się podejmuje. Kluczowym elementem tego ujęcia paternalizmu nie jest naruszenie wybranej normy moralnej uznawanej przez beneficjenta czy też naruszenie jakiejś normy w ogóle, lecz źródło koncepcji dobra, które stanowi uzasadnienie działania. Paternalizm „polega na twierdzeniu przez jedną osobę, że lepiej wie, co jest dobre dla innej osoby niż ta osoba. Polega na zastąpieniu przez osobę ingerującą paternalistycznie koncepcji dobra innej osoby, która to koncepcja należy do tej osoby, swoją koncepcją jej dobra”²⁸.

Osoba będąca adresatem aktu paternalizmu może, lecz nie musi, uznawać prawo do decydowania o sobie, a paternalistyczne zachowanie wobec niej nie musi być naruszeniem tego prawa; równie dobrze może ono polegać na naruszeniu jakiegoś innego przekonania moralnego, bez względu na to, czy osoba, dla której dobra działanie to się podejmuje, uznaje prawo jednostki do decydowania o sobie, czy nie. Działanie może też być paternalistyczne, nie naruszając żadnej normy uznawanej przez jego adresata, o ile tylko przekonania działającego o dobru adresata nie pochodzą od tego ostatniego. To, że działanie jest aktem paternalizmu nie przesądza o jego moralnej kwalifikacji. O niej może rozstrzygać to, czy narusza ono dopuszczalne przekonania moralne adresata, niezależnie od tego, czego przekornie wadzającego transfuzję krwi u świadka Jehowy i ignorującego wolę pacjenta nie musi polegać na naruszeniu jego prawa do decydowania o sobie (bo może on – słusznie lub błędnie – takiego prawa sobie nie przypisywać), lecz na skazaniu pacjenta (w jego opinii) na wieczne potępienie. Dobro paternalistycznego działania lekarza, który ratując życie ofiary wypadku, nie uzyskuje jej zgody na swoje postępowanie z powodu ograniczeń czasowych, nie ma natomiast związku z poszanowaniem jej prawa do decydowania o sobie (nawet jeśli sobie je ona przypisuje), lecz na zgodności przekonania lekarza o powinności udzielenia pomocy ofiarom wypadków z ich (domniemanym) prze-

²⁸ Dan W. Brock, „Paternalism and autonomy”, *Ethics* 98, 3 (1988), s. 550–565, zwłaszcza s. 559.

konaniem o potrzebną otrzymaniu tej pomocy. Domniemanie lekarza wydaje się tu usprawiedliwione rozsądnym założeniem, że w przeciwieństwie do samobójców, ofiary wypadków pragną (bądź uważają za moralnie wskazane) uzyskać pomoc w sytuacji zagrożenia życia.

Proponowana tu rozszerzona definicja paternalizmu jako działania dla cudzego dobra na podstawie koncepcji dobra, która nie pochodzi od beneficjenta, podobna jest do stanowiska Bernarda Gerta i Charlesa M. Culvera, którzy – po podaniu przykładów aktów paternalizmu, wydających się nie naruszać swobody działania, możliwości decydowania lub postępowania adresata tych aktów²⁹ – definiują paternalizm następująco: „A postępuje paternalistycznie wobec S wtedy i tylko wtedy, gdy zachowanie A (poprawnie) wskazuje, że A sądzi, iż: (1) jego działanie służy dobru S, (2) ma on kwalifikację, by działać na rzecz S, (3) jego działanie polega na złamaniu jakiejś reguły moralnej (lub robieniu tego, co będzie od niego wymagało jej złamania) w odniesieniu do S, (4) jego działanie na rzecz S jest uzasadnione niezależnie od przeszłej, obecnej bądź łatwo spodziewanej (wolnej i opartej na informacji) zgody, (5) S sądzi (być może fałszywie), że na ogół wie, co służy jego (S) własnemu dobru”³⁰.

Punkt (3) definicji Gerta i Culvera odbiega od proponowanego pojęcia paternalizmu w tym, że ogranicza paternalizm do naruszenia jakiejś normy moralnej³¹. Definicja ta zakłada, że każdy

²⁹ Bernard Gert, Charles M. Culver, „Paternalistic behavior”, *Philosophy and Public Affairs* 6, 1 (1976), s. 45–57, zwłaszcza s. 46 i 47; nieco zmieniona wersja tego artykułu wraz z uproszczeniem, lecz zdaniem autorów w istocie równoważną, definicją paternalizmu (s. 130) znajduje się w ich książce pt. *Philosophy in Medicine*, dz. cyt., s. 126–142.

³⁰ Gert, Culver, „Paternalistic behavior”, dz. cyt., s. 49–50. Podobnie zdaje się rozumieć paternalizm Brock, dz. cyt., przyjmujący dominujące rozumienie autonomii, które opiera na analizie preferencji. Brock wierdzi, że pragnienie decydowania o sobie jest powszechne u wszystkich ludzi (s. 561–562), co upodabnia jego stanowisko do wskazanego poniżej uniwersalizmu.

³¹ Pod tym względem najbliższa mojej propozycji jest definicja Johna Kultgena, *Autonomy and Intervention. Parentalism in the Caring Life*, New York, Oxford University Press 1995, który twierdzi, że akt paternalizmu to będące interwencją w cudze życie działanie podjęte niezależnie od autoryzacji ze strony beneficjenta, przy czym działający sądzi, że działa w imię dobra beneficjenta; s. 62.

akt paternalizmu jest naruszeniem normy (choć naruszenie to nie przesądza o niedopuszczalności danego aktu paternalizmu), a razem sugeruje niezależny od przekonania działających kontekst normatywny, w którym dochodzi do naruszenia reguł. Ze względu na ten uniwersalizm³² obecny w założeniu kontekstu normatywnego niezależnego od przekonania działających, koncepcja ta, tak jak u Beauchampa i McCullougha, sugeruje uprzywilejowanie wybranego zestawu norm. W ten sposób stanowisko to może wykluczać z kręgu paternalizmu działania, które naruszają przekonania moralne i ich adresata, lecz respektują domniemanie obiektywne normy moralne. Zasadnicza różnica między stanowiskiem Gerta i Culvera a standardowym polega na tym, że autorzy ci nie rozstrzygają, jaka wartość zostaje naruszona w akcie paternalizmu, lecz tylko twierdzą, że jakaś wartość jest naruszona. Przez to w koncepcji tej również wydaje się brakować miejsca dla uzasadnionego paternalizmu, choć ów brak nie jest spowodowany naruszeniem prawa jednostek do decydowania o sobie.

Rozszerzone ujęcie paternalizmu różni się również od jego definicji przedstawionej przez Donalda VanDeVeera, który twierdzi, że akty paternalizmu są to (1) rozmyślne działania, które (2) w przekonaniu działającego sprzeciwiają się pragnieniom, intencjom lub dyspozycji potencjalnego beneficjenta i (3) są podejmowane w celu wspierania korzyści tego beneficjenta³³. To ujęcie paternalizmu jest zawężone podwójnie. Po pierwsze, przyjmując, że działań paternalistycznych dokonuje się wbrew pragnieniom, intencjom bądź dyspozycjom beneficjenta (warunek 2), VanDeVeer wyklucza z paternalizmu działania w sytuacjach, w których działający nie może ustalić, co jest dobrem beneficjenta, a jest przekonany, że powinien interweniować, jak np. w przypadku ratowania życia osoby nieprzytomnej. Osoba taka nie ma w danej chwili żadnych pragnień czy zamiarów, a mimo to na ogół interwenkuje w takich sytuacjach uznaje się za przydatki paternalizmu.

³² Określenie to zapożyczam od Brocka, dz. cyt., s. 559; zob. też jego „Paternalism and promoting the good”, w: Rolf Sartorius (red.), *Paternalism*, Minneapolis, University of Minnesota Press 1983.

³³ VanDeVeer, dz. cyt., s. 22.

Po drugie, ujęcie VanDeVeera pomija kluczowe zagadnienie źródła wiedzy o tym, co stanowi dobro potencjalnego beneficjenta i zdaje się zakładać wybrany kontekst normatywny aktów paternalizmu. W odróżnieniu od warunku (2) definicji VanDeVeera, warunek (3) nie mówi o pragnieniach, intencjach i dyspozycjach, lecz o korzyści tego ostatniego. Sugeruje to możliwość rozbieżności pragnień i korzyści beneficjenta. Propozycja VanDeVeera wydaje się przez to opierać na tezie, że działania można kwalifikować jako paternalistyczne lub nie po rozstrzygnięciu, jaki jest kontekst normatywny, w którym są one dokonywane. Choć zatem sama definicja paternalizmu nie przesądza wybranego kontekstu normatywnego, to zdaje się stosować w wybranych kontekstach normatywnych, tj. w takich, w których można sensownie odróżnić przedmioty pragnień jednostek od tego, co jest dla nich korzystne.

Rozumienie paternalizmu jako działania dla czyjegoś dobra na podstawie przekonania o dobru beneficjenta, które nie pochodzi od niego, pozwala wyróżnić trzy formy paternalizmu. W pierwszej występuje niezgodność między przekonaniem beneficjenta o własnym dobru a koncepcją jego dobra wyznaczaną przez działającego, który nie zasięga opinii beneficjenta w sprawie jego koncepcji własnego dobra. Paternalista może w tym przypadku być przekonany, że działająca w imię obiektywnego dobra beneficjenta lub że posiada kwalifikacje wystarczające do ustalenia tego dobra i nie musi zasięgać opinii adresata swoich działań. W kontekście relacji pacjent-lekarz przykładem takiego paternalizmu może być postępowanie lekarza na podstawie uogólnień i stereotypów, jak np. opinia głosząca, że znajomość złej diagnozy pozbawia pacjentów nadziei i gotowości do współpracy. Ta forma paternalizmu przyjmuje zatem postać oszustwa. Drugi rodzaj paternalizmu również polega na niezgodności między przekonaniem beneficjenta o jego własnym dobru a koncepcją tego dobra, którą posługuje się działający, lecz tym razem działający zna przekonania beneficjenta o jego własnym dobru i mimo to działa na podstawie swojej koncepcji jego dobra. Przykład takiego postępowania to okłamywanie pacjenta mimo jego wyraźnych deklaracji, że chce znać diagnozę, nawet jeśli jest bardzo nieopiniuszna. Lekarz działa wówczas na podstawie własnego przekonania o dobru pacjenta i temu przekonaniu daje w praktyce pierwszeń-

stwo, podporządkowując w ten sposób pacjenta swoim decyzjom. Tę formę paternalizmu można nazwać stosowaniem przemocy w nieco rozszerzonym sensie tego słowa. Te dwie formy paternalizmu (oszustwo i przemoc) łączy przyznawanie zaleceń medycznemu statusowi norm moralnych, które są „obiektywne”, w odróżnieniu od „subiektywnych” opinii pacjentów³⁴.

Trzecia forma paternalizmu polega na tym, że należące do działającego przekonania o dobru beneficjenta zgadzają się z wyobrażeniem beneficjenta o własnym dobru, lecz koncepcja dobra beneficjenta, którą posługuje się działający, nie pochodzi od działającego. Ten paternalizm, który nazwiemy dobroczynnością, może występować tam, gdzie istnieje szeroko lub powszechnie podzielana koncepcja dobra jednostki i nie ma potrzeby zasięgnięcia opinii beneficjenta. Przykładem tej formy paternalizmu w medycynie jest postępowanie lekarza w społeczeństwie, nazywanym przez MacIntyre'a przedliberalnym, tj. takim, w którym istnieje powszechnie podzielana koncepcja dobrego życia i zgodny z nią moralny podział pracy³⁵. Taki charakter miały zapewne zalecenia moralne zwykle wiązane z tradycją hipokratesową, która – jak się sądzi – powstała w kulturze cechującej się istotną zbieżnością przekonań moralnych członków społeczeństwa, którym lekarze świadczyli usługi³⁶. Przekonania o dobru jednostki, które żywił lekarz, były zarazem przekonaniem jego pacjentów, co mogło uprawniać go do działań według własnego osądu³⁷.

34 Robert M. Veatch charakteryzuje takie postępowanie jako oparte na pokusie „uogólnienia znawstwa”; zob. „Models for ethical medicine in a revolutionary age...”, dz. cyt., s. 5-7; Colleen D. Clements, Roger C. Sider, „Medical ethics assault upon medical values”, *Journal of the American Medical Association* 250, 15 (1983), s. 2011-2015.

35 Zob. dział 1.2.1; Alasdair MacIntyre. „Patient as agent”, w: Stuart F. Spicker, H. Tristram Engelhardt, Jr (red.), *Philosophical Medical Ethics: Its Nature and Significance*, Dordrecht, Reidel Publishing Co. 1977.

36 Por. Jay Katz, *The Silent World of Doctor and Patient*, New York, The Free Press 1984, s. 6; MacIntyre, dz. cyt., s. 205-206, 210.

37 Wydaje się, że w starożytnym społeczeństwie greckim dostrzegano odmienność zapatrywań na dobro członków różnych warstw społeczeństwa, wymagającą odpowiedniego podziału pracy wśród lekarzy. Pomimo właściwego

Inne przykłady tej trzeciej formy paternalizmu to postępowanie lekarza pozostającego w stosunku dużej zżyłości z pacjentem, wynikłej z częstych kontaktów między nimi w długim czasie (tradycyjny ideał lekarza rodziny; długotrwała choroba) i działanie w sytuacji braku jakichkolwiek wątpliwości odnośnie do przekonań pacjenta o jego dobru (prosta procedura ratująca życie, która jest mało ryzykowana i gwarantuje wysoką jakość życia). Jeszcze inny, przynajmniej teoretycznie możliwy, przypadek tej formy paternalizmu występowałby tam, gdzie istniałaby wyraźna procedura ustalania koncepcji dobra pacjenta, niewymagająca odwoływania się do jego opinii, choć być może je dopuszczająca. We wszystkich tych przypadkach, które wydają się teoretycznymi możliwościami lub wyidealizowanymi obrazami przeszłości, istniałaby podstawa do formułowania modelu paternalistycznego jako źródła pouczenia o dobru pacjenta, z tym jednak, że dobro pacjenta nie byłoby problemem do rozwiązania, lecz z góry założoną lub uzgodnioną tezą moralną.

Ta trzecia forma paternalizmu (działanie dla dobra beneficjenta bez odwoływania się w tej sprawie do jego opinii, lecz zgodnie z jego rzeczywistymi lub rozsądnie domniemanymi przekonaniem) wydaje się przypadkiem błędnie interpretowanym w argumentach na rzecz wyjątków od zakazu paternalizmu jako naruszenia autonomii. Kiedy Dworkin mówi, że paternalistyczna ustawa to „polisa ubezpieczeniowa” na wypadek ograniczenia autonomii obywatela, to odwołuje się do tezy, że można rozsądnie oczekiwać, iż obywatel zgodziłby się na

zmianom społecznym i politycznym, zachodzącym z Grecji w V i IV w. p.n.e., różnicowania poglądów moralnych obywateli, brak prawnej regulacji zawodu lekarskiego i rozmaitość rodzajów medycyny uprawianych w tym okresie umożliwiłyby pacjentom wybór lekarzy, których zapatrywania moralne uznawali za zbieżne czy identyczne z własnymi. Jak podaje Platon („Prawa” (720), Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe 1958, s. 422-423), odróżniano lekarzy wolnych obywateli, którzy sami byli ludźmi wolnymi, od lekarzy niewolników, którzy byli niewolnikami. Inne były też normy rządzące relacjami między lekarzami i pacjentami obydwu grup. Wydaje się, że postępowanie lekarzy niewolników odznaczało się względnie dużym paternalizmem w porównaniu z lekarzami wolnych obywateli.

postępowanie zgodne z taką ustawą, gdyby jego zdolność do korzystania z prawa do decydowania o sobie nie była ograniczona. Oznacza to, że można ocenić, co jest dobrem obywatela, bez faktycznego odwołania się do jego zdolności i prawa decydowania o sobie. Jeśli bowiem można rozsądnie oczekiwać, że korzystając z tego prawa, ktoś zgodziłby się na paternalistyczne postępowanie wobec niego, to albo – w przypadku gdy, według koncepcji zgody milczącej lub wyraźnej³⁸, zgody takiej udzielił wcześniej lub udzielił po fakcie – nie można tego działania (zgodnie z pojęciem paternalizmu jako naruszenia prawa jednostki do decydowania o sobie) uznać za akt paternalizmu, albo działanie to – jeżeli, według koncepcji zgody hipotetycznej³⁹, beneficjent zgody takiej faktycznie nie udzielił – jest usprawiedliwione nie dzięki zgodzie beneficjenta, lecz dlatego, że jest rozsądne⁴⁰. O tym, czy paternalizm jest dopuszczalny, decyduje tu teza głosząca, że można ustalić, co jest dobrem beneficjenta, bez faktycznego odwoływania się do jego deklaracji. Wówczas ocena moralna aktów paternalizmu nie zależy od naruszenia autonomii, lecz naruszenia norm (wśród których może, ale nie musi, wystąpić norma wymagająca poszanowania autonomii), które można uznać za rozsądne z punktu widzenia beneficjenta.

Proponowane rozszerzone rozumienie paternalizmu pozwala podobnie do propozycji Culvera i Gerta⁴¹) przewyżczyć trudność

³⁸ Pojęciem zgody wyraźnej beneficjenta upoważniającej do interwencji paternalistycznych postuluje się Rosemary Carter w: „Justifying paternalism”, *Canadian Journal of Philosophy* 7, 1 (1977), s. 133-145. Zgodę hipotetyczną wykorzystuje John Hodson w: „The principle of paternalism”, *American Philosophical Quarterly* 14, 1 (1977), s. 61-69.

³⁹ Zob. Dworkin, dz. cyt., oraz Rawls, dz. cyt.

⁴⁰ Zob. Douglas N. Husak, „Paternalism and autonomy”, *Philosophy and Public Affairs* 10, 1 (1981), s. 27-46, zwłaszcza s. 34-35.

⁴¹ Autorzy ci twierdzą, że działanie paternalistyczne jest usprawiedliwione, jeżeli powszechnie praktykowane naruszenie reguły moralnej zapobiega większemu złu niż nienaruszenie jej; zob. „The justification of paternalism”, *Ethics* 89, 2 (1979), s. 199-210, zwłaszcza s. 203. To usprawiedliwienie paternalizmu ma, pomimo dystansowania się autorów od utilitaryzmu i powoływania na powinnowactwo ze stanowiskiem Kanta, charakter konsekwencjalistyczny i w takim też zakresie jest zbliżone do argumentacji właściwej utilitaryzmowi reguł.

stanowiska standardowego, czyli przesądzenia z góry (jak to miało miejsce w poglądach Dworkina, Beauchampa i McCullougha) moralnej kwalifikacji paternalizmu. Ową otwartość oceny aktów paternalizmu umożliwia to, że ujęcie to nie zakłada wybranego kontekstu normatywnego przypisyującego decydowaniu jednostki o sobie szczególną wartość⁴². Rozszerzone rozumienie paternalizmu sprawia, że niezależnie od tego, czy jednostka przypisuje sobie prawo do decydowania o sobie, czy nie, postępowanie paternalistyczne wobec niej jest możliwe, o ile źródłem przekonań o dobru tej jednostki nie jest ona sama, bez względu na to, czy występuje zgodność między jej koncepcją własnego dobra a koncepcją tego dobra należącą do osoby, która działa na jej rzecz. Upieranie się przy standardowej definicji paternalizmu sugerowałoby swoiste fetyszyzowanie prawa jednostki do decydowania o sobie w sposób, który kazałby poświęcać dla niego wszystkie inne prawa i dobra lub godzenia się na nierozsądne i autodestrukcyjne działania jednostek⁴³.

Rozszerzona definicja paternalizmu nie zmusza do przyjęcia, że w skład przekonań normatywnych jednostki wchodzi prawo decydowania o sobie ani do założenia uniwersalnie obowiązujących norm moralnych, aby działania można było opisywać jako paternalistyczne lub nie. Stanowisko to nie wymaga też odrzucenia istnienia takiego prawa. W tym sensie koncepcja ta – w odróżnieniu od stanowiska Culvera i Gerta – jest aksjologicznie neutralna, tj. niezależna od wybranego rodzaju zapatrywań moralnych bądź od konkretnej koncepcji życia moralnego. Dopuszcza wiele stanowisk normatywnych, których normy mogą wymagać ochrony przed nieusprawiedliwionym paternalizmem, a pozwalać na paternalizm oparty na zgodności przekonań działającego i beneficjenta. Uzależnienie dopuszczalności paternalizmu od zgodności przekonań działającego o dobru beneficjenta z jego własnymi przekonaniami o tym dobru nie jest konse-

⁴² Definiując dopuszczalny paternalizm, Dworkin mówi o czynach, na które jednostka zgodziłaby się, gdyby w chwili podejmowania aktów paternalizmu wobec niej, miała pełnię władz racjonalnych, dz. cyt., s. 195. Odwoływanie się tu do zgody ujawnia przypisywanie szczególnej mocy legitymizującej działaniom innym w imię czyjegoś dobra.

⁴³ Zob. np. Feinberg, *Harm to Self*, dz. cyt., s. 59.

kwencją uznania prawa jednostek do decydowania o sobie, lecz oznacza tylko, że zgodność taka gwarantuje, iż nie zostaną naruszone ważne przekonania beneficjenta. Oznacza to również, że w przypadku koncepcji normatywnych, w których takie prawo jednostkom się przypisuje, można je respektować przez dążenie do uzgodnienia przekonań o dobru beneficjenta i działającego.

2.1.2. Akty paternalizmu a paternalizm uogólniony

W literaturze bioetycznej dominują zdecydowanie negatywne oceny paternalizmu oraz opartego na nim modelu relacji pacjent–lekarz. Powodem tego stanu rzeczy jest to, że autorzy tych krytyk korzystają z aksjologicznie nieneutralnego pojęcia paternalizmu jako naruszenia autonomii pacjenta. Model oparty na tym pojęciu paternalizmu musi zatem także zasługiwać na jednoznaczne potępienie. Jeżeli jednak przyjąć proponowane wyżej rozszerzone pojęcie paternalizmu, które nie przesądza moralnej oceny aktów paternalizmu, a przez to nie może też przesądzać zasadności modelu paternalistycznego, to pojawia się pytanie, czy i pod jakimi warunkami można ten model uznać za zdolny dostarczać norm postępowania w relacji lekarz–pacjent. Nie jest to ocena moralna – ta bowiem musiałaby zakładać jakiś zestaw norm, a więc znowu przesądzałaby z góry problem moralnego uporządkowania relacji pacjent–lekarz – lecz ocena teoretyczna. Ma ona na celu ustalenie, czy model paternalistyczny może – a jeśli tak, to po spełnieniu jakich warunków – stanowić ramy dochodzenia do przekonań o dobru pacjenta w konkretnym przypadku jego relacji z lekarzem.

Omawiając klasyczny przypadek paternalizmu medycznego, jakim jest okłamywanie pacjenta i zatajanie przed nim informacji dotyczących stanu jego zdrowia⁴⁴, Allen Buchanan definiuje paternalizm

⁴⁴ Wybór okłamywania pacjentów i zatajania przed nimi informacji jest trafny, ponieważ jest to najbardziej powszechna postać paternalizmu medycznego, która w pewnych okresach stała się przyjętą praktyką. W XVII w. biskup Jeremy Taylor twierdził, że okłamywanie pacjentów jest usprawiedliwione ich dobru, czym wyjaśniał istnienie przysłówia „Mentiris ut medicus”; zob. *Doctor dubitantium, or, The Rule of Conscience in All Her General Measures*:

następująco: „ingerencja w swobodę działania jednostki lub w jej swobodę dostępu do informacji bądź też rozmyślne rozpowszechnianie błędnych informacji, gdy domniemanym uzasadnieniem ingerencji lub wprowadzania w błąd jest to, że dokonuje się go dla dobra osoby, w której wolność się ingeruje lub którą się wprowadza w błąd”⁴⁵. Autor przytacza trzy argumenty podawane w obronie paternalizmu lekarskiego. Argument z zapobiegania szkodzie pacjenta głosi, że niepomyślne wiadomości mogą wywołać u niego zachowania, które będą przynosiły mu szkody, np. samobójstwo⁴⁶. Kontraktualna wer-

Serving as a Great Instrument for the Determination of Cases of Conscience: in Four Books, London 1660, s. 488. Świadcetwa literackie świadczą o rozpowszechnieniu opinii o okłamywaniu pacjentów przez lekarzy również w późniejszych okresach podaje James Fletcher w: *Morals and Medicine. The Moral Problems of: The Patient's Right to Know the Truth, Contraception, Artificial Insemination, Sterilization, Euthanasia*, Princeton, N.J., Princeton University Press 1960, s. 34–35. Przegląd argumentów podawanych przez lekarzy w obronie zatajania prawdy podaje F.F. van Oosten w: „The so-called therapeutic privilege” or “contra-indication”: Its nature and role in non-disclosure cases”, *Medicine and Law* 10 (1991), s. 31–41. Zwyczaj okłamywania pacjentów przez lekarzy omawia też Sissela Bok w: *Lying: Moral Choice in Public and Private Life*, New York, Vintage Books 1999, s. 221–226.

⁴⁵ Buchanan, dz. cyt., s. 372.

⁴⁶ Tamże, dz. cyt., s. 377; argument tego typu podaje np. Joseph Collins, „Should doctors tell the truth?”, w: Helga Kuhse, Peter Singer (red.), *Bioethics. An Anthology*, Oxford, Blackwell 1999. W rzeczywistych przekonaniach lekarzy argument o zapobieganiu szkodzie często przyjmuje postać troski o niepozbanianie pacjenta nadziei; zob. cytowane przez Buchanana empiryczne badania Donalda Okena „What to tell cancer patients: A study of medical attitudes”, *Journal of the American Medical Association* 175 (1961), s. 1120–1128. Wydaje się, że w tej wersji argument ten przypisuje wiedzy o stanie zdrowia i prognozie dla pacjenta rolę jedynej podstawy nadziei. Ogromnym źródłem nadziei często są jednak przekonania religijne; zob. C.B. Cohen i in., „Prayer as therapy. A challenge to both religious belief and professional ethics”, *Hastings Center Report* 30, 3 (2000), s. 40–47; omówienie wpływu przekonania światopoglądowych, w tym religijnych, na skuteczność terapii można znaleźć w: Thomas A. Droegge, *The Faith Factor in Healing*, Philadelphia, Trinity Press 1991.

sja tego argumentu głosi, że pacjent może, w drodze umowy z lekarzem mającym świadczyć mu usługi medyczne, upoważnić lekarza do zatajania informacji, które w opinii tego ostatniego mogą przynieść pacjentowi szkodę⁴⁷. Z kolei argument z niezrozumienia odwołuje się do twierdzenia, że pacjenci nie potrafią zrozumieć uzyskiwanych informacji, co sprawia, że udzielanie im ich jest bezcelowe⁴⁸.

Z punktu widzenia powyższej dyskusji argument z niezrozumienia można pominąć, gdyż jest on w zasadzie identyczny z obroną paternalizmu słabego, czyli działania dla dobra pacjenta, który (czasowo lub trwale) nie ma koncepcji swego dobra. Wazniejsze wydają się dwa pozostałe argumenty i związane z nimi kontrargumenty. Buchanan wysuwa pod adresem zarówno argumentu z zapobiegania szkodzie pacjenta, jak i jego wersji kontraktualnej tezę, że lekarz nie ma wystarczającej kompetencji, aby ocenić, czy powiędzenie prawdy lub zatajenie jej będzie służyło bądź szkodziło pacjentowi. Lekarz może korzystać tutaj albo z uogólnień dotyczących reakcji pacjentów na złe wiadomości, albo ze szczegółowej wiedzy o pacjencie. Uogólnienia, zdaniem Buchanana, są fałszywe, a ocena wpływu informacji na pacjenta wymaga kompetencji psychiatrycznej, którą lekarz na ogół nie dysponuje⁴⁹.

Wskazywanie na zawodność uogólnień jest bez wątpienia trafne. Istotnie, brak potwierdzenia, że wszyscy lub prawie wszyscy pacjenci reagują na złe wiadomości autodestrukcyjnie⁵⁰. Bardziej uzasadnio-

⁴⁷ Buchanan, dz. cyt., s. 383.

⁴⁸ Tamże, s. 386; ten argument akceptuje np. Eugene G. Laforet, „The fiction of informed consent”, *Journal of the American Medical Association* 235 (1976), s. 1579–1584; zob. też Franz J. Ingelfinger, „Informed (but uneducated) consent”, *New England Journal of Medicine* 287 (1972), s. 465–466 oraz Terrence F. Ackerman, „Why doctors should intervene”, *Hastings Center Report* 12, 4 (1982), s. 14–17.

⁴⁹ Buchanan, dz. cyt., s. 379, 382–384.

⁵⁰ Badania wskazują, że niepokój, odmowa leczenia czy obniżenie współpracy pacjenta z lekarzem w sytuacji udzielania pacjentom szerokiej informacji o leku i ryzyku związanym z jego stosowaniem należą do rzadkości; zob. Kimberly A. Quaid, Ruth R. Faden, Eileen P. Vining, John M. Freeman, „Informed consent for a prescription drug: Impact of disclosed information on patient

ne wydaje się twierdzenie, że reakcje są różnicowane, wobec czego brak podstaw do uogólnień. Akty paternalizmu lekarskiego mogą być usprawiedliwione tylko na bazie drobiazgowej analizy sytuacji i cech psychologicznych konkretnego pacjenta. Jednak wbrew Buchananowi błędem wydaje się żądanie od lekarza, który by miał taką analizę przeprowadzić, kompetencji psychiatrycznej, gdyż w ten sposób żąda się od niego zbyt wiele. Akceptując racje Buchanana, należałoby wymagać ekspertyzy psychiatrycznej również w prostych sytuacjach medycznych, kiedy to zwykle niewymagająca szczególnej ostrożności czynność lekarza (zlecenie badań specjalistycznych) może wzbudzić w pacjencie podejrzenia, które doprowadzą go do śmierci lub samobójstwa. Pragnący uniknąć takich niebezpieczeństw lekarz praktycznie nie mógłby wykonywać swojego zawodu, nawet gdyby posiadał wysokie kwalifikacje psychiatryczne.

Podobne wątpliwości budzą kontrargumenty Buchanana do kontraktualnej wersji argumentu z zapobiegania szkodzie pacjenta. Według tej wersji argumentu, paternalizm może być uzasadniony upoważnieniem lekarza przez pacjenta do zatajania prawdy i wprowadzenia pacjenta w błąd. Zakładając kontraktualną teorię uzasadnienia norm moralnych, można by twierdzić, że uzasadnienie to nie musi być wyraźne i może przyjąć kształt analogiczny do „polis ubezpieczeniowej” z argumentu Dworkina. Zdaniem Buchanana, oprócz polegania na uogólnieniach, argument kontraktualny każe uznać, że zgadzając się na zatajanie przed nim prawdy lub okłamywanie przez lekarza, pacjent pozbawiałby się możliwości sprawdzenia, czy pozostałe warunki umowy są respektowane oraz zerwania umowy, gdy lekarz-kontrahent ich nie respektuje⁵¹.

Argument typu polis ubezpieczeniowej jest wyraźnie błędny, ponieważ – jak to już wykazałem – reprezentuje tzw. słaby paternalizm, a więc nie spełnia warunków standardowej definicji paternalizmu. Je-

understanding and medical outcomes”, *Patient Education and Counseling* 15 (1990), s. 249–259. Elizabeth Kübler-Ross w książce *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, przeł. Irena Dolezal-Nowicka, Poznań, Media Rodzina of Poznań 1998, wskazuje, że kluczowe znaczenie dla reakcji pacjenta na niepo-
myślne wiadomości ma sposób przekazywania ich przez lekarza (s. 45–54).

⁵¹ Buchanan, dz. cyt., s. 385.

zeli natomiast umowę między lekarzem a pacjentem rozumieć jako porozumienie zawarte faktycznie, to kontrargument Buchanana nie uwzględnia możliwości selektywnej autoryzacji lekarza do decydowania za pacjenta, tj. upoważnienia, które dotyczy określonych typów sytuacji⁵², czego przykładem mogą być tak szczegółowe dokumenty, jak rozpoznawany w wielu systemach prawnych nakaz odstąpienia od resuscytacji (*DNR order*) czy polecenie ograniczenia leczenia (*limited treatment order*). Wówczas pacjent nie musi się pozbawiać narzędzi kontroli wywiązywania się lekarza z zawartej umowy. Dodatkowych zabezpieczeń wywiązywania się lekarza z umowy mogą dostarczać prawne i instytucjonalne rygory, którym podlegają lekarze (np. obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej, wymóg konsultacji ze specjalistami itd.). Ponieważ taka autoryzacja lekarza przez pacjenta zakłada wkład pacjenta w koncepcję dobra, która dostarcza podstaw moralnych dla działań lekarza, te ostatnie nie byłyby paternalistyczne ani w sensie standardowym, ani w sensie tu proponowanym, a ryzyko niewywiązania się partnera z umowy nie wydaje się większe od ryzyka nierzetelności wszystkich profesjonalistów. Tym, co uzasadnia działania lekarza, jest tu korzystanie przez niego z wiedzy o dobru na podstawie informacji uzyskanych od pacjenta.

Argumenty Buchanana wskazują potrzebę odróżnienia uogólnionych przekonań, które nie mając podstaw empirycznych, stają się przesadami, od ustaleń dotyczących konkretnych osób i sytuacji. Ustalenie dobra pacjenta na podstawie uogólnień, które są błędne poznaczono, nie jest błędne moralnie dlatego, że – jak zgodnie z standardowym rozumieniem paternalizmu sugeruje Buchanan – postępowanie według nich narusza czyjeś prawo do decydowania o sobie. Ustalenie dobra pacjenta na podstawie uogólnień jest błędne moralnie dlatego, że zakłada identyczność sytuacji wszystkich pacjentów, a czasem też przekonania moralnych, co skutkuje identycznym traktowaniem sytuacji i osób, które mogą być różne. Błąd identycznego traktowania jest błędem nieuzasadnionego paternalizmu przez to, że zakłada, iż przekonania moralne pacjenta nie mają znaczenia w do-

⁵² Zob. Donald VanDeVeer, „The contractual argument for withholding medical information”, *Philosophy and Public Affairs* 9, 2 (1980), s. 198–205, zwłaszcza s. 202–203.

chodzeniu do koncepcji jego dobra. Jeżeli zatem odrzucić paternalizm uogólniony z powodu polegania na nieuzasadnionych uogólnieniach, to wydaje się, że dopuszczalne mogą być akty paternalizmu w postaci okłamywania pacjentów lub zatajenia przed nimi prawdy, podejmowane w wyniku analizy ich sytuacji⁵³.

Argumenty Buchanana ujawniają porażkę uzasadnienia paternalizmu uogólnionego, pojmowanego zgodnie zarówno ze standardowym, jak i z rozszerzonym rozumieniem tego pojęcia. Próby uzasadnienia paternalizmu uogólnionego zakładałyby uogólnienia dotyczące pacjentów i ich przekonań moralnych. Ze względu na różnicowanie tych przekonań wśród członków współczesnych społeczeństw i względną izolację społeczną części lekarzy prowadzącą do pewnej separacji ich poglądów moralnych⁵⁴, uogólnienia te musiałyby być fałszywe co najmniej w niektórych przypadkach relacji pacjent-lekarz. Niezależnie zatem od definicji paternalizmu, oparty na nim model relacji lekarz-pacjent wydaje się błędny dlatego, że albo zakłada wybrany kontekst normatywny, albo opiera się na nieuzasadnionych uogólnieniach. Natomiast według rozszerzonej definicji paternalizmu dopuszczalne będą akty paternalizmu oparte na analizie sytuacji i wykorzystaniu procedur pozwalających prawomocnie ustalić dobro pacjenta bez czerpania od niego informacji na ten temat.



2.2. Modele autonomii

W literaturze filozoficznej i praktyce medycznej występuje wiele, czasem wzajemnie niezgodnych, koncepcji autonomii, które przedstawia się jako alternatywę dla paternalizmu. Czasem autonomię utożsamia się ze swobodą działania, suwerennością jednostki, wolnością woli i godnością; innym razem z integralnością moralną, indywidualnością, niezależnością, odpowiedzialnością, samowiedzą czy

⁵³ Takie stanowisko zajmuje Roger Higgs, „On telling patients the truth”, w: *Bioethics. An Anthology*, dz. cyt.

⁵⁴ David J. Rothman, *Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*, New York, N.Y., Basic Books 1991, zwłaszcza s. 133-140.

akceptacją samego siebie; jeszcze innym razem autonomię utożsamia się z krytyczną refleksją, wolnością od zobowiązań, nieobecnością zewnętrznych przyczyn, znajomością własnych interesów⁵⁵. Te rozmaite pojęcia autonomii zwykle mają aspekt deskryptywny i normatywny. Na poziomie opisu autonomia charakteryzuje zdolność jednostki do decydowania o sobie, zaś na poziomie normatywnym – prawo jednostki do decydowania o sobie bądź też wartość życia zgodnie z własnymi wyborami. Autonomia rozumiana normatywnie służy zatem ochronie zdolności do decydowania o sobie. W obecnych w literaturze modelach relacji lekarz-pacjent ochronie autonomii służy zabieganie o świadomą zgodę pacjenta na postępowanie medyczne – stało się to niemal powszechnie przyjętym standardem etyki medycznej.

W powyższej ogólnej charakterystyce pojęcia autonomii widać, że bazujące na nim modele relacji pacjent-lekarz nie są neutralne aksjologicznie. Jako podstawę w ustalaniu dobra pacjenta zakładają one wybrane przekonania moralne. Ów brak aksjologicznej neutralności może skłaniać do przekonania, że tego rodzaju modele relacji lekarz-pacjent nie zasługują na przyjęcie, ponieważ z góry przesądzą zagadnienie moralnego jej uporządkowania. Sama neutralność aksjologiczna właściwa tym modelom nie musi jednak ich dyskwalifikować, ponieważ norma poszanowania autonomii to szczególny postulat moralny. Autonomia jest w tych modelach swego rodzaju metawartością, tj. wartością, której ochrona służy porządkowaniu w relacji lekarz-pacjent pozostawia bez rozstrzygnięcia do czasu podjęcia decyzji i uprawomocnienia jej w postaci świadomej zgody pacjenta w konkretnych przypadkach tej relacji.

Niezależnie od tego, jak wiele z góry przesądza normatywny aspekt autonomii, sprawą pierwszorzędnej wagi, z punktu widzenia wypracowania godnego akceptacji modelu relacji lekarz-pacjent, jest uzasadnienie normatywnej tezy o potrzebie ochrony autonomii.

⁵⁵ Gerald Dworkin, *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge, Cambridge University Press 1988, s. 6; na tej samej stronie znajdują się odsyłacze do prac autorów proponujących niektóre z tych rozmaitych koncepcji autonomii. Również wiele sensów autonomii omawia Joel Feinberg w: *Harm to Self*, dz. cyt., s. 28-51.