

## Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent. Prawne aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej

Konrad Wroński<sup>1</sup>, Roman Bocian<sup>2</sup>, Adam Depta<sup>3</sup>, Jarosław Cywiński<sup>1</sup>, Adam Dzik<sup>1</sup>

*Wprowadzenie.* Paternalizm jest częścią tradycyjnej medycyny, w której dominuje autorytarne podejście lekarza do pacjenta. Autonomia chorego w modelu paternalistycznym jest albo bardzo ograniczona, albo nie ma jej wcale. Od końca lat 80. XX wieku trwa krytyka paternalistycznego podejścia do chorego. W XXI wieku obowiązującym modelem w relacji lekarz-pacjent powinien być model partnerski, w którym pacjent ma dużą autonomię i sam podejmuje decyzję o proponowanej przez lekarza metodzie leczenia.

*Cel pracy.* Celem pracy było poznanie opinii pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent.

*Materiał i metody.* Grupa 500 pacjentów przebywających w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dr Mikołaja Pirogowa w Łodzi została poddana badaniu przeprowadzonemu ankietą własnego opracowania, w której zastosowano narzędzia badające opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent. Niezbędne obliczenia zostały przeprowadzone za pomocą pakietów: STATISTICA 7.1 i EXCEL 2008.

*Wyniki.* Z przeprowadzonego badania ankietowego wynika, że w stosunku do 369 (73,8%) respondentów, lekarze respektowali ich prawo do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia. 131 (26,2%) pacjentów było odmiennego zdania. W badaniu 464 (92,8%) respondentów uznało, że lekarze nie powinni stosować w relacjach lekarz-pacjent modelu paternalistycznego. Inne zdania było 15 (3,0%) respondentów, natomiast 21 (4,2%) ankietowanych nie miało zdania w tej kwestii.

*Wnioski.* Wyniki ankiety przeprowadzonej wśród pacjentów przebywających w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dr Mikołaja Pirogowa w Łodzi wskazują, że pacjenci chcą, aby lekarze respektowali ich prawo do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia. Zdecydowana większość ankietowanych uważa, że lekarze nie powinni obecnie stosować w relacjach lekarz-pacjent modelu paternalistycznego.

### **Patients' opinions about the paternalistic model in the doctor-patient relationship. Legal aspects of the patients' autonomy in health care**

*Introduction.* Paternalism is part of traditional medicine with a dominating authoritarian approach towards the patient. In the paternalistic model the patient's autonomy is limited or it does not exist. Since the late 1980s this model has been publicly criticized. In the twenty first century the obligatory model of the doctor-patient relationship should be a partnership model in which the patient enjoys a large autonomy and himself makes decisions as to the medical procedures suggested by the doctor.

*Objectives.* The objective of the research was to become familiar with patients' opinions concerning the paternalistic model in the doctor-patient relationship.

*Material and methods.* A group of 500 patients staying in Pirogow Hospital in Lodz was requested to complete a survey prepared by the authors, in which instruments were applied to examine patients' opinions about the paternalistic model in the doctor-patient relationship. The necessary calculations were done by means by followings packets: STATISTICA 7.1 and EXCEL 2008.

*Results.* The research has revealed that in case of 369 (73.8%) respondents doctors respected their right to a conscious participation in decision making concerning their health. 131 (26.2%) patients thought otherwise. In this research 464 (92.8%) respondents claimed that doctors should not apply a paternalistic model in their mutual relationships. 15 (3.0%) respondents thought otherwise and 21 (4.2%) respondents had no opinion in this matter.

<sup>1</sup> Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>2</sup> Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej  
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr M. Pirogowa w Łodzi

<sup>3</sup> Zakład Finansowania Ochrony Zdrowia  
Katedra Polityki Ochrony Zdrowia  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

*Conclusions.* The results of the survey conducted among patients staying in Pirogow Hospital in Lodz point to the fact that patients want doctors to respect their right to a conscious participation in taking decisions about their health. A vast majority of respondents think that doctors should not apply in the doctor-patient relationship a paternalistic model.

**Słowa kluczowe:** prawa pacjenta, paternalizm, autonomia, prawa człowieka

**Key words:** patients' rights, paternalism, autonomy, human rights

## Wstęp

Paternalizm jest częścią tradycyjnej medycyny, w której dominuje autorytarne podejście lekarza do pacjenta. Autonomia chorego w modelu paternalistycznym jest albo bardzo ograniczona, albo nie ma jej wcale. Od końca lat 80. XX wieku trwa krytyka paternalistycznego podejścia do chorego. W XXI wieku obowiązującym modelem w relacji lekarz-pacjent powinien być model partnerski, w którym pacjent ma dużą autonomię i sam podejmuje decyzję o proponowanej przez lekarza metodzie leczenia.

## Cel pracy

Celem pracy było poznanie opinii pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent.

## Materiał i metody

Sondaż poświęcony poznaniu opinii pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent został przeprowadzony w sierpniu i wrześniu 2008 r. wśród pacjentów przebywających w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dr Mikołaja Pirogowa w Łodzi.

W celu przeprowadzenia sondażu przygotowano ankietę. Wypełnienie ankiety było dobrowolne i anonimowe. Kwestionariusz ankiety zawierał 9 pytań zamkniętych. Przed rozdaniem każdej ankiety pytano chorego, czy wyraża zgodę

na udział w badaniu. Po otrzymaniu pozytywnej odpowiedzi pacjentom wręczano ankietę do wypełnienia.

Grupę badaną stanowiło 500 pacjentów przebywających w oddziałach i poradniach Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr Mikołaja Pirogowa w Łodzi, którzy wyrazili zgodę i poprawnie wypełnili ankietę.

Niezbędne obliczenia zostały przeprowadzone przy pomocy pakietów: STATISTICA 7.1 i EXCEL 2008.

## Wyniki

W badaniu uczestniczyło 500 osób, z czego 274 kobiety – co stanowiło 54,8% ogółu badanych i 226 mężczyzn – co stanowiło 45,2% ogółu badanych. Wiek osób, które były poddane badaniu, najczęściej zawierał się w przedziale od 45 do 65 lat, co stanowiło 68% ogółu ankietowanych pacjentów. W grupie ankietowanych pacjentów osoby z wykształceniem średnim stanowiły 62,8% ogółu badanych. 440 (88%) pacjentów, którzy wzięli udział w ankiecie, pochodziło z miasta zamieszkanego przez więcej niż 500.000 mieszkańców (Tab. I).

Z badania ankietowego wynika, że dominowali pacjenci korzystający z gabinetu lekarskiego co pół roku (301 pacjentów – 60,2% ogółu ankietowanych) (Tab. II), natomiast w przypadku korzystania z usług szpitala dominowali pacjenci korzystający z jego usług rzadziej niż raz w roku (73% ogółu pacjentów) (Tab. III).

Tab. I. Charakterystyka badanej grupy

		Liczba badanych	(%)
Wiek	do 25 roku życia	3	0,6
	od 25 do 45 roku życia	64	12,8
	od 45 do 65 roku życia	340	68,0
	powyżej 65 roku życia	93	18,6
	Razem	500	100,0
Płeć	kobiety	274	54,8
	mężczyźni	226	45,2
	Razem:	500	100,0
Miejsce zamieszkania	w mieście powyżej 500.000 mieszkańców	440	88,0
	w mieście od 25.000 do 500.000 mieszkańców	39	7,8
	w miejscowości poniżej 25.000 mieszkańców	14	2,8
	na wsi	7	1,4
	Razem	500	100,0
Wykształcenie	podstawowe	14	2,8
	zawodowe	72	14,4
	średnie	314	62,8
	wyższe	100	20,0
	Razem	500	100,0

**Tab. II. Częstość korzystania z usług przychodni przyszpitalnej i/lub gabinetu lekarza rodzinnego przez osoby biorące udział w ankiecie**

Częstość korzystania z usług przychodni przyszpitalnej i/lub gabinetu lekarza rodzinnego	liczba badanych	(%)
raz w miesiącu	27	5,4
raz na kwartał	111	22,2
co pół roku	301	60,2
rzadziej niż raz na rok	61	12,2
Razem	500	100,0

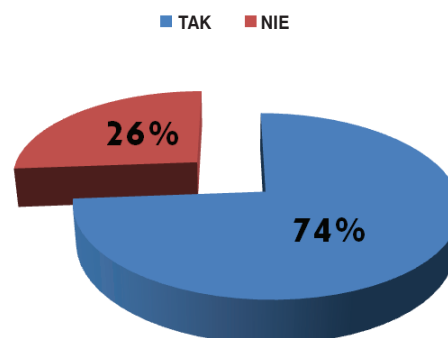
**Tab. III. Częstość korzystania z usług szpitala przez osoby biorące udział w ankiecie**

Częstość korzystania z usług szpitala	liczba badanych	(%)
raz w miesiącu	2	0,4
raz na kwartał	14	2,8
co pół roku	119	23,8
rzadziej niż raz na rok	365	73,0
Razem	500	100,0

Z przeprowadzonego badania ankietowego wynika, że względem 369 (73,8%) respondentów podczas udzielania świadczeń medycznych lekarze przestrzegali prawa pacjentów do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia (Ryc. 1). Wśród 500 ankietowanych, 131 (26,2%) miało inne zdanie na ten temat.

W badaniu ankietowym nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności w grupie mężczyzn, jak i kobiet,

Czy podczas udzielania świadczeń medycznych, lekarze przestrzegali Pana(i) prawo do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących Pana(i) zdrowia?

**Ryc. 1. Opinia respondentów na temat respektowania przez lekarzy prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia**

w odniesieniu do ich opinii na temat przestrzegania przez lekarzy prawa pacjentów do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia ( $p > 0,05$ ) (współczynnik kontyngencji C-Pearsona 0,01) (Tab. IV).

W przeprowadzonym badaniu nie stwierdzono również istotnej statystycznie zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych pacjentów, a ich opinią na temat przestrzegania przez lekarzy prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia ( $p > 0,05$ ) (współczynnik kontyngencji C-Pearsona 0,10) (Tab. V).

Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między wykształceniem pacjentów a ich opinią na temat

**Tab. IV. Opinia respondentów na temat respektowania przez lekarzy prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia a płeć ankietowanych**

Płeć ankietowanych	Czy podczas udzielania świadczeń medycznych, lekarze przestrzegali Pana(i) prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących Pana(i) zdrowia?				Razem liczba badanych
	tak		nie		
	liczba badanych	(%)	liczba badanych	(%)	
Kobieta	201	40,2	73	14,6	274
Mężczyzna	168	33,6	58	11,6	226
Razem	369	73,8	131	26,2	500

**Tab. V. Opinia respondentów na temat respektowania przez lekarzy prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia a wiek ankietowanych**

Wiek ankietowanych	Czy podczas udzielania świadczeń medycznych, lekarze przestrzegali Pana(i) prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących Pana(i) zdrowia?				Razem liczba badanych
	tak		nie		
	liczba badanych	(%)	liczba badanych	(%)	
do 25 lat	3	0,6	0	0,0	3
od 25 do 44 lat	42	8,4	22	4,4	64
od 45 do 65 lat	259	51,8	81	16,2	340
powyżej 65 lat	65	13,0	28	5,6	93
Razem	369	73,8	131	26,2	500

**Tab. VI. Opinia respondentów na temat respektowania przez lekarzy prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia a wykształcenie ankietowanych**

Wykształcenie	Czy podczas udzielania świadczeń medycznych, lekarze przestrzegali Pana(i) prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących Pana(i) zdrowia?				Razem liczba badanych
	tak		nie		
	liczba badanych	(%)	liczba badanych	(%)	
Podstawowe	10	2,0	4	0,8	14
Zawodowe	58	11,6	14	2,8	72
Średnie	226	45,2	88	17,6	314
Wyższe	75	15,0	25	5,0	100
Razem	369	73,8	131	26,2	500

**Tab. VII. Opinia respondentów na temat respektowania przez lekarzy prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia a miejsce zamieszkania ankietowanych**

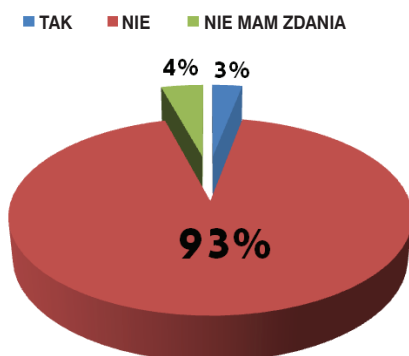
Miejsce zamieszkania	Czy podczas udzielania świadczeń medycznych, lekarze przestrzegali Pana(i) prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących Pana(i) zdrowia?				Razem liczba badanych
	tak		nie		
	liczba badanych	(%)	liczba badanych	(%)	
Miejscowość powyżej 500.000 mieszkańców	322	64,4	118	23,6	440
Miejscowość od 25.000 do 500.000 mieszkańców	30	6,0	9	1,8	39
Miejscowość poniżej 25.000 mieszkańców	12	2,4	2	0,4	14
Wieś	5	1,0	2	0,4	7
Razem	369	73,8	131	26,2	500

przestrzegania przez lekarzy prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia ( $p > 0,05$ ) (współczynnik kontyngencji C-Pearsona 0,07) (Tab. VI).

W analizie statystycznej badania nie stwierdzono także zależności między miejscem zamieszkania ankietowanych, a ich opinią na temat przestrzegania przez lekarzy prawa do świadomego udziału pacjentów w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia ( $p > 0,05$ ) (współczynnik kontyngencji C-Pearsona 0,05) (Tab. VII).

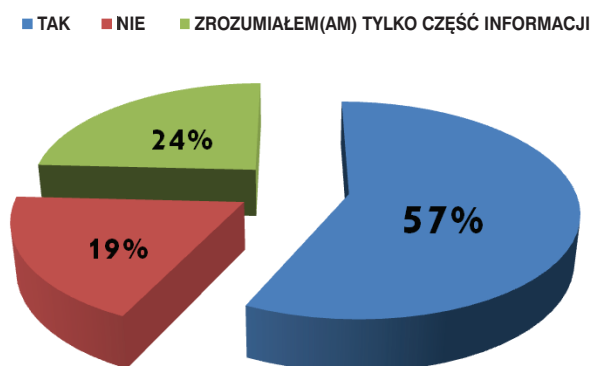
W przeprowadzonym badaniu 464 (92,8%) pacjentów uznało, że lekarze nie powinni stosować w relacjach z nimi modelu paternalistycznego (Ryc. 2). Innego zda-

Czy uważa Pan(i) że lekarze mogą stosować w relacjach lekarz-pacjent podejście paternalistyczne?



**Ryc. 2.** Opinia respondentów na temat możliwości stosowania przez lekarzy podejścia paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent

Czy informacje udzielone Panu(i) przez lekarza(y) o stanie Pana(i) zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych były przekazywane w sposób dla Pana(i) prosty i zrozumiały?



**Ryc. 3.** Opinia respondentów na temat udzielania przez lekarzy informacji o ich stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych

nia było 15 (3,0%) respondentów, natomiast 21 (4,2%) ankietowanych nie miało w tej kwestii zdania.

W przeprowadzonej ankiecie 285 (57,0%) respondentów uznało, że informacje o ich stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych były przekazane przez lekarzy w sposób prosty i zrozumiały (Ryc. 3). Innego zdania było 94 (18,8%) badanych, natomiast 121 (24,2%) respondentów stwierdziło, że zrozumiało tylko część przekazywanych im przez lekarzy informacji.

## Omówienie

Wyniki ankiety przeprowadzonej wśród pacjentów przebywających w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dr Mikołaja Pirogowa w Łodzi wskazują, że w stosunku do większości respondentów lekarze respektowali ich prawo do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia (Ryc. 1). Zdecydowana większość ankietowanych jest przeciwna stosowaniu przez lekarzy paternalistycznego podejścia w stosunku do pacjentów (Ryc. 2). Niestety wciąż istnieje duża grupa pacjentów, którzy uważają, że informacje o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych nie są przekazywane przez lekarzy w sposób dla nich prosty i zrozumiały (Ryc. 3).

Obecnie każdy chory przebywający w zakładzie opieki zdrowotnej ma dużą autonomię i sam decyduje o swoim zdrowiu i życiu. Personel medyczny powinien dokładnie znać akty prawne odnoszące się do autonomii pacjenta i wiedzieć, jakie konsekwencje prawne grożą za naruszenie prawa chorego do autonomii.

### Model paternalistyczny a partnerski w relacjach lekarz-pacjent

Słowo paternalizm pochodzi od łacińskiego słowa *pater*, które znaczy ojciec. Definicja paternalizmu w encyklopedii PWN brzmi następująco: „*paternalizm to doktryna z zakresu polityki społecznej, według której stosunki między pracownikami w skali przedsiębiorstw powinny być regulowane przez te same zasady, które rządzą dużą rodziną, charakteryzującą się dużym zaufaniem, autorytetem ojca i podporządkowaniem dzieci...*”. Socjologiczne znaczenie definicji paternalizmu brzmi następująco:

„*Paternalizm, doktryna społeczno-polityczna ujmująca ogół stosunków społecznych w sposób zbliżony do zasad rządzących życiem rodziny. Według paternalizmu niektóre jednostki lub grupy społeczne winny być kontrolowane, ochraniane i kierowane przez inne osoby lub grupy, ponieważ nie są wystarczająco kompetentne do kierowania własnym postępowaniem. Zasada ta przenoszona jest na stosunki między właścicielami przedsiębiorstw i pracownikami (np. w Japonii) oraz wykorzystywana w kształtowaniu polityki międzynarodowej.*” W Słowniku wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych Władysława Kopalińskiego paternalizm zdefiniowany został jako: „*ojcowski*” *stosunek do podwładnych; zasady i taktyka działania rządów (pracodawców) zajmujących się zaspokajaniem osobistych potrzeb obywateli i normowaniem ich postępowania jako osób prywatnych, a także ich stosunku do państwa (do pracodawcy) i do innych obywateli.*”

Profesor Gerald Dworkin, wybitny filozof, definiuje paternalizm jako: „*naruszenie czyjejs wolności postępowania, które uzasadnia się racjami odnoszącymi się wyłącznie do dobra, powodzenia, szczęścia, potrzeb, interesów bądź wartości osoby poddawanej przymusowi*” [1].

Od momentu rozwoju myśli lekarskiej i form praktyki lekarskiej, czyli od czasów starożytnych, autorytet lekarza zawsze był niepodważalny, a chory bezgranicznie

wierzył lekarzowi. Hipokrates uważał, że lekarz powinien „*urządzać sposób życia chorego*”, a także podejmować za niego jedynie słuszne decyzje co do dalszej diagnostyki i leczenia choroby. Hipokrates, ucząc lekarzy, mówił następująco: „*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 zgań go ostro i zdecydowanie, a czasem pociesz, okazując troskę i zainteresowanie, niczego nie ujawniając w kwestii jego przyszłego lub obecnego stanu.*”

W modelu paternalistycznym w relacji lekarz-pacjent występuje autorytarne podejście lekarza do chorego [1-5]. Lekarz decyduje za pacjenta, jakie leczenie jest dla niego najlepsze [5-8]. Decydowanie chorego na temat swojego życia i zdrowia jest albo bardzo ograniczone, albo nie ma go wcale [9-16].

Obecnie paternalizm możemy podzielić na:

- paternalizm mocny – wtedy, gdy decyzja podjęta przez pacjenta, który ma zdolność do decydowania o sobie, nie jest w ogóle brana pod uwagę przez lekarza przy dalszym leczeniu chorego i
  - paternalizm słaby – wtedy, gdy decyzja lekarza ma priorytet, a lekarz postępuje wbrew woli chorego, ale wynika to z faktu, że chory utracił zdolność samodecydowania o swoim zdrowiu i życiu (np.: z powodu choroby psychicznej czy depresji).
- Według etyków Beauchampa i McCullougha w niektórych sytuacjach paternalizm powinien być dozwolony. Takie sytuacje mogą wystąpić wtedy, gdy:
- brak interwencji lekarza lub niestosowanie się chorego do zaleceń lekarskich mogłyby spowodować u pacjenta ryzyko związane z trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, a nawet śmierć (np.: brak zgody chorego na operację pękniętego tętniaka aorty brzusznej na pewno doprowadzi do jego śmierci);
  - ryzyko wystąpienia powikłań po interwencji lekarskiej jest niskie;
  - podczas interwencji ryzyko ograniczenia autonomii chorego jest minimalne.

Jednym z pierwszych ludzi krytykujących paternalistyczne podejście lekarza względem chorego był w XIX wieku angielski filozof John Stuart Mill, który uważał, iż: „*Nie można (nikogo) zmusić do uczynienia lub zaniechania czegoś, ponieważ tak będzie dla niego lepiej, ponieważ go to uszczęśliwi, ponieważ zdaniem innych osób będzie to mądrym lub nawet słusznym postępkim.*” Ale dopiero w latach 80. XX wieku w literaturze medycznej przewija się fala krytyki paternalizmu, która doprowadziła do wielkich zmian w relacjach lekarz-pacjent [17-26]. Obecnie występującymi coraz rzadziej pozostałościami po paternalistycznym modelu relacji lekarz-pacjent jest: wprowadzanie w błąd pacjenta, zatajanie prawdy lub w skrajnych przypadkach nawet okłamywanie chorego, czy stosowanie środków przymusu względem chorego [27-33].

Obecnie obowiązującym modelem relacji lekarz-pacjent jest model partnerski. W modelu tym to pacjent ma dużą autonomię i sam decyduje o dalszych metodach

diagnostyki lub/i leczenia swojej choroby. W XXI wieku lekarz staje się doradcą, którego głównym zadaniem jest przedstawienie choremu wszystkich możliwych metod diagnostyki lub/i leczenia po to, aby chory mógł wybrać taką metodę leczenia, która jest dla niego możliwa do zaakceptowania. Ostateczna decyzja wyboru metody diagnostycznej lub/i leczniczej pozostawiona jest choremu [34-40].

Autonomię każdego chorego możemy rozpatrywać w dwóch aspektach:

- moralnym – tj. prawa jednostki do działania według swojego postanowienia i
- prawnym – tj. prawa jednostki do decydowania o sobie, ale jego decyzje nie mogą naruszać istotnych praw innych jednostek.

Według etyków Beauchamp'a i Childress'a „wszystkie teorie autonomii podzielają przekonanie, iż można mówić o autonomii wtedy, gdy spełnione są dwa warunki:

- wolność (niezależność czynników kontrolujących) oraz
- spontaniczne działanie (zdolność do intencjonalnego działania)” [41].

Faden i Beauchamp uważają, że chory działa autonomicznie tylko wtedy, gdy „jego działanie jest:

- intencjonalne czyli zamierzone,
- oparte na zrozumieniu adekwatnej informacji o rozpatrywanym postępowaniu medycznym,
- wolne od nacisków kontrolujących” [42].

Beauchamp i Childress uważają także, iż „w medycynie istnieje wciąż pokusa, by władzy, jaką posiada lekarz, używać do pogłębienia stanu uzależnienia pacjentów, a nie do umacniania ich autonomii. Wypełnienie obowiązku poszanowania dla autonomii pacjentów polega na ich przysposobieniu do przezwyciężenia owej zależności i odzyskania kontroli nad swym życiem w takim stopniu, w jakim jest to możliwe lub, w jakim sobie tego życzą” [41].

### Aspekt prawny autonomii pacjenta

W XXI wieku paternalistyczny model relacji lekarz-pacjent nie jest możliwy do zastosowania nawet wśród najmłodszych pacjentów. Działanie paternalistyczne może być uzasadnione tylko wtedy, gdy pacjentowi grozi bezpośrednia utrata życia (np. w przypadku pękniętego tętniaka aorty brzusznej, gdy pacjent jest nieprzytomny w momencie przyjęcia do szpitala).

Obecnie prawo do autonomii jest podstawowym prawem pacjenta przebywającego w zakładzie opieki zdrowotnej. Autonomię pacjenta podczas pobytu w szpitalu regulują akty prawne zapisane w:

- Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej;
- ustawie o zakładach opieki zdrowotnej;
- ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, a także w
- Kodeksie Etyki Lekarskiej.

W najważniejszym akcie prawnym obowiązującym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej – czyli w Konstytucji – w rozdziale poświęconym prawom i obowiązkom obywatela znajdują się następujące zapisy, mówiące o prawie jednostki do wolności w podejmowaniu decyzji:

- artykuł 30: „Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”.
- artykuł 31: „1. Wolność człowieka podlega ochronie prawnej. 2. Każdy jest obowiązany szanować wolność i prawa innych. Nikogo nie wolno zmuszać do czynienia tego, czego prawo mu nie nakazuje. 3. Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw”.
- artykuł 32: „1. Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. 2. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny”.
- artykuł 37: „1. Kto znajduje się pod władzą Rzeczypospolitej Polskiej, korzysta z wolności i praw zapewnionych w Konstytucji.”
- artykuł 39: „Nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody.”
- artykuł 40: „1. Każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą. Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie.”
- artykuł 47: „Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym.”

Przez autonomię rozumiemy, że pacjent ma prawo do zaakceptowania lub odrzucenia proponowanego przez lekarza postępowania terapeutycznego, czy też diagnostycznego. Aby chory mógł podjąć taką decyzję świadomie, musi mieć kompetencję decyzyjną, czyli:

- możliwość oceny korzyści i strat płynących z proponowanego postępowania diagnostycznego i/lub terapeutycznego;
- ocenę ryzyka płynącego z proponowanego postępowania medycznego;
- pełne zrozumienie informacji przekazanej przez lekarza i
- gotowość do wzięcia pełnej odpowiedzialności za podejmowane przez siebie decyzje.

Lekarz ma prawny obowiązek przekazania choremu wyczerpujących informacji na temat choroby i możliwych metod jej diagnostyki lub/i leczenia. Po przekazaniu pełnych informacji choremu, to pacjent powinien wyrazić zgodę lub odmówić wykonania zaproponowanych procedur diagnostycznych lub/i leczniczych. Akty prawne mówiące o obowiązku lekarza do udzielania pacjentowi informacji i respektowania prawa chorego do świadomego podejmowania decyzji dotyczących jego życia i zdrowia zostały zapisane w:

- artykule 12. Kodeksu Etyki Lekarskiej: „1. Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów,

szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności. 2. Relacje między pacjentem, a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo wyboru lekarza”.

- artykuł 13. Kodeksu Etyki Lekarskiej: „1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. 2. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały. 3. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych, i spodziewanych korzyściach związanych z wykonaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego”;
- artykuł 14 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „Lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy”;
- artykuł 18 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „Lekarz leczący nie może sprzeciwiać się, by chory zasięgał opinii o stanie zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza. Na życzenie pacjenta powinien ułatwić mu taką konsultację”;
- artykuł 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty: „1. Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.”;
- artykuł 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty: „1. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta.”;
- artykuł 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty: „1. Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. 2. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31”;
- artykuł 19 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej: „1. Pacjent ma prawo do: 2) informacji o swoim stanie zdrowia, 3) wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji.”

Przepisy dotyczące przekazywania pełnej informacji choremu i jego zgody odnoszą się również do eksperymentu medycznego. W artykuł 24 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zapisano, iż: „1. Osoba, która ma być poddana eksperymentowi medycznemu, jest uprzednio informowana o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium. 2. W przypadku gdyby natychmiastowe przerwanie eksperymentu mogło spowodować niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia jego uczestnika, lekarz obowiązany jest go o tym poinformować.”

W sytuacji, gdy chory nie wyraża zgody na proponowane leczenie, lekarz powinien postępować następująco:

- ustalić z pacjentem powody odmowy proponowanego procesu diagnostycznego lub/i leczniczego;
- do czasu podjęcia przez pacjenta ostatecznej decyzji o leczeniu, lekarz powinien zapewnić choremu jak najlepsze warunki opieki medycznej, która będzie zgodna z wolą chorego;
- próbować rozmawiać i przekonywać chorego do zmiany decyzji o leczeniu;
- w sytuacji szybkiej i nieoczekiwanej zmiany decyzji chorego należy ponownie sprawdzić jego kompetencje i
- zawsze leczyć chorego zgodnie z jego ostateczną decyzją.

Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, lekarz zawsze ma obowiązek poszanowania godności pacjenta pomimo, iż chory może nie wyrażać zgody na proponowane postępowanie diagnostyczne lub/i terapeutyczne. Odpowiednie zapisy dotyczące tej kwestii znajdują się w artykuł 36 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty: „1. Lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta.”

#### **Prawne konsekwencje łamania prawa chorego do autonomii**

Lekarz, który łamie prawo pacjenta do samodecydowania o swoim zdrowiu i życiu, naraża się na konsekwencje prawne, które zostały zapisane w artykuł 19a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej: „1. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta, o których mowa w art. 18 ust. 2 i ust. 3 pkt 1 oraz w art. 19 ust. 1 pkt 1-4 i ust. 3, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie artykułu 448 kodeksu cywilnego.”

W artykuł 448 Kodeksu cywilnego znajduje się zapis mówiący, iż: „W razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia. Przepis 445 §3 stosuje się.”. Artykuł 445 §3 Kodeksu cywilnego mówi, iż: „Roszczenie o zadośćuczynienie przechodzi na spadkobierców tylko wtedy, gdy zostało uznane na piśmie albo gdy powództwo zostało wytoczone za życia poszkodowanego.” Zgodnie z artykułem 449 Kodeksu cywilnego roszczenia zawarte w artykuł 445 Kodeksu cywilnego nie mogą zostać zbyte: „Roszczenia przewidziane w artykuł 444-448 nie mogą być zbyte, chyba że są już wymagalne i że zostały uznane na piśmie albo przyznane prawomocnym orzeczeniem.”

## Podsumowanie

W XXI wieku model paternalistyczny w relacji lekarz-pacjent dopuszczalny jest tylko w wyjątkowych sytuacjach. Szeroko rozumiana autonomia chorego jest obecnie jego największym i najważniejszym dobrem, chronionym między innymi przez artykuły zapisane w kodeksie cywilnym.

Obecnie także wśród przedstawicieli Kościoła słychać głosy mówiące o tym, że lekarz powinien uszanować wybór leczenia dokonany przez pacjenta. W roku 1995 Stolica Apostolska wydała Kartę Pracowników Służby Zdrowia, w której zapisano, iż: „*Relacja lekarz-pacjent jest relacją ludzką: dialogiczną, a nie przedmiotową. Pacjent nie jest anonimowym indywiduum, wobec którego stosuje się zdobycze medycyny, lecz odpowiednią osobą, wezwaną do współuczestniczenia w poprawie stanu własnego zdrowia i wyleczenia z choroby. Winien mieć możliwość osobistego wyboru, a nie być jedynie zdany na decyzje i wybory drugich osób.*”

**Dr n. med., mgr zarz. Konrad Wroński**  
Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 5  
im. gen. dyw. Bolesława Szareckiego w Łodzi  
pl. Hallera 1, 90-647 Łódź  
e-mail: konradwronski@poczta.wp.pl

## Piśmiennictwo

- Dworkin G. *Theory and practice of autonomy*. Cambridge University Press 1988.
- Former MJ. Paternalism in health care. *Nurs Outlook* 1981; 29: 284-90.
- Siegler M. Who should decide? Paternalism in health care, by James F. Childress. *Perspect Biol Med* 1985; 28: 452-6.
- O'Neill O. Paternalism and partial autonomy. *J Med Ethics* 1984; 10: 173-8.
- Loewenstein G, Brennan T, Volpp KG. Asymmetric paternalism to improve health behaviors. *JAMA* 2007; 298: 2415-7.
- Weale A. Invisable hand or fatherly hand? Problems of paternalism in the New Perspective on health. *J Health Polit Policy Law* 1983; 7: 784-807.
- Hofmann B. Technological paternalism: on how medicine has reformed ethics and how technology can refine moral theory. *Sci Eng Ethics* 2003; 9: 343-52.
- Schain WS. Patients' rights in decision making: the case for paternalism versus paternalism in health care. *Cancer* 1980 suppl.; 46: 1035-41.
- Baergen R, Baergen C. Paternalism, risk and patient choice. *J Am Dent Assoc* 1997; 128: 481-4.
- Takala T. Genetic ignorance and reasonable paternalism. *Theor Med Bioeth* 2001; 22: 485-91.
- Kjellin L, Nilstun T. Medical and social paternalism. Regulation of and attitudes towards compulsory psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88: 415-9.
- Silber TJ. Justified paternalism in adolescent health care. Cases of anorexia nervosa and substance abuse. *J Adolesc Health Care* 1989; 10: 449-53.
- Thomasma DC. Beyond medical paternalism and patient autonomy: a model of physician conscience for the physician-patient relationship. *Ann Intern Med* 1983; 98: 243-8.
- Miles SH. Paternalism, family duties, and my Aunt Maude. *JAMA* 1988; 259: 2582-3.
- Grill K, Hansson SO. Epistemic paternalism in public health. *J Med Ethics* 2005; 31: 648-53.
- Gillon R. Paternalism and medical ethics. *Br Med J* 1985; 290: 1971-2.
- Stan NH. Deconstructing paternalism – what serves the patient best? *Singapore Med J* 2002; 43: 148-51.
- Mesler MA. The philosophy and practice of patient control in hospice: the dynamics of autonomy versus paternalism. *Omega* (Westport). 1994-1995; 30: 173-89.
- Moncur C. Counterpoint: is patient control of treatment always appropriate? *Arthritis Care Res* 1990; 3: 167-70.
- Pollard MR, Brennan JT Jr. Disease prevention and health promotion initiatives: some legal considerations. *Health Educ Monogr* 1978; 6: 211-22.
- Shye D, Javetz R, Shuval JT. Patient initiatives and physician-challenging behaviors: the views of Israeli health professionals. *Soc Sci Med* 1990; 31: 719-27.
- Pecchioni LL, Nussbaum JF. The influence of autonomy and paternalism on communicative behaviors in mother-daughter relationships prior to dependency. *Health Commun* 2000; 12: 317-38.
- Komrad MS. A defence of medical paternalism: maximizing patient's autonomy. *J Med Ethics* 1983; 9: 38-44.
- Crelinsten GL. The physician-societal relationship: autonomy not paternalism. *Bus Prof Ethics J* 1990; 9: 79-82.
- Matthews E. Can paternalism be modernized? *J Med Ethics* 1986; 12: 133-5.
- Ten CL. Paternalism and levels of knowledge: a comment on Rainbolt. *Bioethics* 1989; 3: 135-9.
- Drane JF. Medical paternalism and a new style of medical ethics. *Linacre Q* 1985; 52: 210-7.
- Gillon R. Paternalism and medical ethics. *Br Med J* 1985; 290: 1971-2.
- Miles SH. Paternalism, family duties, and my Aunt Maude. *JAMA* 1988; 259: 2582-3.
- Former MJ. Paternalism in health care. *Nurs Outlook* 1981; 29: 284-90.
- Silber TJ. Justified paternalism in adolescent health care. Cases of anorexia nervosa and substance abuse. *J Adolesc Health Care* 1989; 10: 449-53.
- Shye D, Javetz R, Shuval JT. Patient initiatives and physician-challenging behaviors: the views of Israeli health professionals. *Soc Sci Med* 1990; 31: 719-27.
- Loewenstein G, Brennan T, Volpp KG. Asymmetric paternalism to improve health behaviors. *JAMA* 2007; 298: 2415-7.
- Thornicroft G, Slade M. Comparing needs assessed by staff and by service users: paternalism or partnership in mental health? *Epidemiol Psychiatr Soc* 2002; 11: 186-91.
- Shinar D, Schechtman E, Compton R. trends in safe driving behaviors and in relation to trends in health maintenance behaviors in the USA: 1985-1995. *Accid Anal Prev*. 1999; 31: 497-503.
- Feenan D. Medical records: law, paternalism and harm. *J R Coll Physicians Lond* 1995; 29: 401-4.
- Chin JJ. Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy. *Singapore Med J* 2002; 43: 152-5.
- Christensen M, Hewitt-Taylor J. Empowerment in nursing: paternalism or maternalism? *Br J Nurs* 2006; 15: 695-9.
- Bailey S. Ethically defensible decision-making in health care: challenges to traditional practice. *Aust Health Rev* 2002; 25: 27-31.
- Miller FG, Wartheimer A. Facing up to paternalism in research ethics. *Hastings Cent Rep*. 2007; 37: 24-34.
- Beauchamp TL, Childress JF. *Zasady etyki medycznej*. Warszawa 1996.
- Faden RR, Beauchamp TL. *A history and theory of informed consent*. Oxford: Oxford University Press; 1986.

Otrzymało: 5 stycznia 2009 r.

Przyjęto do druku: 6 marca 2009 r.