

ODNOS LIJEČNIKA I PACIJENTA PREMA MEDICINSKOJ ETICI

Josip TALANGA, Zagreb

Sažetak

Elementarni odnos liječnika i pacijenta je asimetričan. Zato se čini da je tradicionalni paternalistički odnos prema pacijentu jedini ispravan. Međutim taj je odnos dio jednoga složenijega međuljudskog odnosa koji implicira potpunu pravnu i etičku jednakost. Iz toga proizlaze i dva druga odnosa liječnika i pacijenta, ugovorni, koji odgovara pravnom odnosu, i partnerski, koji pretpostavlja etičku autonomiju. Čini se da promicanjem partnerskog odnosa u kojemu liječnik i pacijent zajednički odlučuju proizlazi jedan paradoks, naime da se liječnik odriče svoje kompetencije. To može uzrokovati nesigurnost u liječnikovoj profesionalnoj svijesti, ali ozbiljnije je pitanje ugrožava li to liječnikov autoritet. Medicina primjenjuje (najčešće statistički provjerene) znanstvene spoznaje koje su kao takve vrijednosno neutralne. Zato se liječnik u svojem elementarnom odnosu prema pacijentu treba privremeno suzdržati od vrijednosnoga suda da bi mogao što više promicati partnerski model koji liječnikovu djelovanju daje potpuniji moralni karakter. Na promjenu paradigme od paternalističkoga prema partnerskome modelu utjecale su globalne tehničko-ekonomske promjene u suvremenoj medicini i rastući pluralizam vrijednosnih sustava. No bitni razlog za promicanje partnerskoga modela je respektiranje autonomije pacijenta i njezino uključivanje u proces liječenja.

Ključne riječi: medicinska etika, odnos liječnika i pacijenta, paternalistički liječnik, partnerski model, moralna autonomija pacijenta.

Tri elementarna odnosa

Na samome početku potrebno je pojasniti višeznačnost pojma 'odnos'. Pogledajmo nekoliko za nas interesantnih primjera u kojima je izražen neki određeni odnos:

1. čovjek ↔ čovjek [reciprocitet]
»Pacijent i liječnik međusobno se poštuju kao moralne osobe.«
2. građanin ↔ građanin [reciprocitet]
»Liječnik i pacijent jednaki su pred građanskim zakonom.«
3. liječnik → pacijent [jednostran, asimetričan odnos]
»Liječnik propisuje pacijentu terapiju.«

1. *odnos* imamo na primjer u općoj etici. Temeljna načela kojima opravdavamo naša moralna djelovanja moraju jednako vrijediti za svakoga čovjeka kao čovjeka. Zato kada hoćemo utvrditi univerzalna moralna načela, moramo pretpostaviti bezuvjetni reciprocitet u odnosu čovjeka prema čovjeku. Primjerice, ako dostojanstvo postuliramo kao najvišu vrijednost, onda to mora vrijediti za svaki moralni odnos među ljudima. Taj je odnos potpuno simetričan i recipročan. Dakle, samo ako već u polazištu međusobno uvažavamo ljudsko dostojanstvo, moralnost dobiva smisao. Svako odstupanje od toga mora imati neki moralni razlog, neko opravdanje. Primjerice ako nas netko napadne, moramo braniti svoje dostojanstvo. Ukoliko pritom i ozlijedimo napadača, naša je obrana opravdana jer nam je namjera bila samo da spriječimo ugrožavanje vlastitoga dostojanstva. Slično vrijedi za 2. *odnos* Da bismo postulirali jednakost svih građana, nužno je – dakako uz neke pretpostavke koje određuju što je građanin – međudnosu građana pripisati potpuni reciprocitet: svaki nejednak tretman građana mora imati za svrhu izglednu jednakost, primjerice invalide tretiramo kadšto na nejednak način, tj. u nečemu ih privilegiramo, da bi oni u nečemu drugom, što je još elementarnije, mogli biti jednaki svima drugima. Međutim, 3. *odnos* posve je drukčiji od prethodna dva. On je jednostran i asimetričan. Slično kao odnos roditelja i djeteta. U jednome smjeru taj odnos znači 'biti roditelj', a u drugom 'biti dijete'. Elementarni odnos liječnika i pacijenta sličan je tomu odnosu. 'Biti liječnik' i 'biti pacijent' primarno su jednostrani odnosi. Taj elementarni odnos mora biti takav jer inače bi liječnička struka postala suvišna. No ako bi se odnos liječnika i pacijenta svodio samo na 3. odnos, nastale bi neke neprihvatljive teškoće.

Sva tri odnosa rezultat su određenih apstrakcija. Konkretni se odnosi analiziraju i reduciraju na neke elementarne pretpostavke. 1. odnos upućuje na neke etičke pretpostavke međuljudskih odnosa, a 2. odnos izražava osnovni pravni odnos. U neposrednom kontaktu liječnika i pacijenta sva su tri odnosa neposredno dana te su podjednako relevantna i bitna. Moralna je dilema svakoga liječnika kada i kako dati primat jednomu od tih odnosa. Postoji li neko umijeće koje se može naučiti, a koje bi nas upućivalo kako riješiti takve dileme? Umijeće liječenja može se u najvećoj mjeri dobro naučiti. Dobar liječnik postaje se učenjem. No postoji li poduka u tome kako se postaje dobar čovjek? Ako i nađemo rješenje za taj problem – koji je toliko mučio Sokrata – jesmo li sigurni da će dobar čovjek biti dobar liječnik odnosno hoće li dobar liječnik biti dobar čovjek?

Pogledajmo još malo sva tri odnosa. Bez sumnje su sva tri odnosa elementarna i ne mogu se svesti jedan na drugi. Ali isto tako je jasno da su u konkretnom moralnom životu dani istodobno i da ih lučimo samo pojmovno kada za to postoji neki valjani razlog. Oko nečega se još možemo lako složiti. U kakvu su međusobnom odnosu sva tri odnosa? Odnos liječnika i pacijenta normiran je nekim zakonskim propisima koji tome odnosu postavljaju granice preko kojih se ne smije prelaziti. Prema tomu je jasno da je 1. odnos principijelno nadređen 3. odnosu.

Kao građanin, koji je slučajno i liječnik, možete prisiliti nekoga da ne koristi vaš privatni automobil, ali kao liječnik, koji je nužnošću i građanin, ne možete tu istu osobu prisiliti da uzima tablete protiv glavobolje. Isto tako 1. odnos mora biti principijelno najviši. Možemo ga izraziti moralnom sviješću ili savješću svakoga pojedinca. Bez obzira što je takoreći metaetičko utemeljenje naših moralnih načela – jesmo li dobri samaritanci, utilitaristi ili minimalistički legalisti – elementarni pravni odnos, dakle 2. odnos, mora respektirati moralne granice koje su izražene autonomijom savjesti, dakle 1. odnosom. Ako ste katolički vjernik, koji je uz to i liječnik, nikakvo vas zakonodavstvo ne smije prisiliti da provedete aktivnu eutanaziju. Hijerarhijski odnos između 2. i 3. odnosa trebao bi biti jasan i čvrst te je u najvećoj mjeri dan u pisanom obliku. Pritom prije svega mislim, osim idealnih uvjeta u našim apstrakcijama, na rješenja u dobro uređenim pravnim državama. Dileme oko 2. i 3. odnosa mogu nastati u krajnje nedemokratskim uvjetima ako pritom još i zakonodavstvo postane krajnje nemoralno. Zasad možemo takve slučajeve zanemariti. Hijerarhijski odnos između 1. i 2. odnosa nije i ne može biti konsenzualno kodificiran jer, iako se možemo složiti što su načela dobre demokracije, nikada se nećemo definitivno složiti što su univerzalni etički temelji. U posljednjih tridesetak godina došlo je do velikih pomaka u tradicionalnim vrijednosnim sustavima u smjeru vrijednosnoga, a to znači i metaetičkoga pluralizma. Zato je i najnovije europsko zakonodavstvo postalo krajnje otvoreno za jedan razložni moralni pluralizam, a posljedica je toga da zakoni koji reguliraju neke prijeporne moralne dileme postaju sve liberalniji. Primjer za to su zakoni koji se tiču pobačaja, eutanazije i istospolnih brakova, ili najnoviji slučaj u Nizozemskoj da se *de facto* legalizira poligamija.

Tri modela i paradoks odnosa liječnika i pacijenta

Imajući na umu vrijednosnu hijerarhiju od 1. prema 3. odnosu, možemo se sada pitati koji poznati modeli odnosa liječnika i pacijenta odgovaraju, odnosno nekako su primjereni tim odnosima koje smo analizirali.¹ Već na prvi pogled dobivamo sljedeću sliku:

- a) paternalistički model odgovara elementarnom odnosu liječnika i pacijenta (3)
- b) ugovorni model odgovara pravnom odnosu (2)
- c) partnerski odnos odgovara etičkom odnosu (1).

¹ Usp. R. M. VEATCH, *A Theory of Medical Ethics*, New York, 1981., 327–330 i H. P. WOLFF, »Arzt und Patient«, u: H.-M. SASS (ur.), *Medizin und Ethik*, Stuttgart, 1989., 184–211. Posebice Wolff ističe tri glavna modela (hipokratski, ugovorni i partnerski), koje inače zagovara još niz drugih autora. Prihvaćam te osnovne modele, ali im dajem drukčije obrazloženje.

Naglašavamo li u odnosu liječnika i pacijenta jednostrani, asimetrični odnos, jasno nam se kao tomu primjeren, nameće paternalistički odnosno tradicionalni hipokratski model. No ako izdvajamo zakonski utvrđene granice odnosa liječnika i pacijenta, u prvi plan dolazi model ugovora između liječnika i pacijenta. Isto tako, ako posebno ističemo samo etičke temelje tog odnosa, moramo se prikloniti partnerskom modelu. U novijim raspravama u medicinskoj etici često se euforički ističe promjena paradigme u odnosu liječnika i pacijenta: Treba napustiti stari paternalistički odnos izražen hipokratskim modelom i prigrliti jedan partnerski model!

Znamo da se liječnik često mora pitati što zakon dopušta ili što je moralno opravdano. Na taj način poseže za nekim načelima koja su nekako nadređena njegovim mogućnostima koje neposredno slijede iz njegove liječničke kompetencije. Takve dileme očividno vode do nečega što bih nazvao paradoksom odnosa liječnika i pacijenta. Kada god je liječnik u dilemi i pita što je zakonski i moralno dopušteno, prihvatit će nadređenost tih instanca i granice koje one određuju. Kada sam *in dubio*, slušam svoju savjest, a dobro je kada to i drugi čine. Iz toga bi trebalo također slijediti da već nekako *a priori* ugovorni i partnerski odnos trebaju dobivati prednost pred paternalističkim modelom.

Zašto je to u isto vrijeme paradoks? Zato što se liječnik odriče svoje elementarne funkcije i postaje sve manje liječnik što se više odriče paternalističkog odnosa prema pacijentu te s njim samo ugovara ili štoviše samo partnerski surađuje. Međutim, paradoks ne znači apsurd. Paradoksi samo izražavaju neki složeni odnos koji treba pojasniti, a koji je kao takav neprijeporan. No epistemički gledano, paradoks da se liječnik kao kompetentni zastupnik svoje struke mora odreći sve one benevolencije i spremnosti da pomogne pacijentu u nevolji – uz nedvojbeno znanje kako i kada treba pomoći – stvara nesigurnost u profesionalnoj svijesti liječnika. Samo napuštanje paternalističkog odnosa ne stvara takvu nesigurnost kao implicitna mogućnost da je promjenom paradigme možda ugrožen liječnikov strukovni autoritet. Paradoksalnost tako zadire u osnovni odnos liječnika i pacijenta.

Tko je pacijent i što je zdravlje?

Iz tradicije smo preuzeli različite medicinske izraze, pa tako i pojam pacijenta. To je osoba koja od nečega pati, *homo patiens*. Pacijent se na nešto žali i postoji opravdana sumnja da je bolestan. Izraz 'pacijent' dobro se uklapa u tradicionalni odnos liječnika i potencijalnoga bolesnika. Na što se odnosi pacijentova patnja? Prema starijoj hipokratskoj tradiciji dakako na tijelo. U tome je medicina zasad još uvijek uspješnija i egzaktnija jer bolje se nosi s čovjekovim tjelesnim strojem nego s njegovim duševnim tegobama. Zanimljivo je da se u 18. st. razlikovala medicina kao *medicina corporis* od filozofije koja je bila

medicina mentis. Tako je Immanuel Kant svoj rektorski govor 1788. naslovio *De medicina corporis quae philosophorum est* [O medicini tijela za filozofe]. U njemu Kant naglašava da je liječnička zadaća da pomogne intelektu svojom skrbi oko tijela, a zadaća je filozofa da pomogne oboljelom tijelu svojom skrbi oko intelekta. Takvo razmišljanje pretpostavlja funkcionalno jedinstvo tjelesne i umne naravi, a za Kanta znamo da pritom još zastupa i stav da duša nije supstancija koja bi bila odvojiva od tijela.

Moderna medicina nesumnjivo nastavlja tu pretpostavku da ne treba odvajati dušu i tijelo, nego da čovjek u pogledu zdravlja čini jednu cjelinu. Većina medicinskih kodeksa pripisuje liječniku dužnost da promiče 'zdravlje čovjeka'. Na prvi se pogled čini kao da je pretpostavljeno da liječnik uklanjanjem ili sprječavanjem bolesti promiče zdravlje. To bi značilo da je objekt njegova liječničkog djelovanja primarno bolest, a ne zdravlje. No ipak ostaje valjana i ona pretpostavka da je liječnikova dužnost skrb oko čovjekova zdravlja. Što je zdravlje? Leksička bi definicija glasila ovako:

A) »Zdravlje je stanje fizičkoga, mentalnog i duševnog blagostanja.«

Bez obzira na prijepornost jasnoga razlikovanja između fizičkoga, mentalnog i duševnog, ovdje nas više privlači izraz 'blagostanje'. Ovdje blagostanje sigurno znači 'stanje dobrog zdravlja'. Izraz 'blago' pod utjecajem staroslavenskoga zamjenjuje riječ 'dobro'. Primjerice, 'blagoslov' je prevedenica od 'eulogia' (dobro + govor). Blagostanje je vrijednosni izraz. Zdravlje kao blagostanje ima jasnu pozitivnu odredbu i zapravo predstavlja svrhu liječničke djelatnosti. Promicanje dobrog zdravlja moralna je dužnost liječnika, a ujedno svrha medicinske struke. Imamo dakle:

»Promicanje (dobrog) zdravlja«

- Moralni smisao: dužnost liječnika.
- Strukovni smisao: svrha liječničke djelatnosti.

To zvuči lijepo i nema razloga za ikakvo osporavanje. Dobro je da su svrha i cilj liječnikove djelatnosti izraženi vrijednosnim izrazom 'blagostanje'. Svrhsishodnost, napose uz dodatni atribut dobrote, daje visok moralni dignitet nekoj profesiji. No svrha je nešto što dolazi na koncu, nešto što je rezultat jedne cjelovite radnje te zato može biti regulativna moralna vrijednost. Svrha je normativni ideal koji nije sadržan u samoj radnji, nego usmjerava tu radnju kao cjelinu prema jednom određenom cilju kao rezultatu.

Međutim, premda svrha mora imati vrijednosno određenje, napose ako je shvaćamo kao idealni, normativni zahtjev, možemo se pitati treba li zaista predmet neposredne liječničke djelatnosti biti vrijednosno shvaćeno stanje pacijenta,

njegovo dobro zdravlje. Medicina je primijenjena prirodna znanost te u spoznajnom pogledu teži objektivnoj, vrijednosno neutralnoj istini. Dakle u onom elementarnom odnosu liječnika i pacijenta neposredni predmet liječnikove 'stručno-znanstvene znatiželje' nije dobro zdravlje pacijenta, nego je:

B) »Fizičko, mentalno i duševno stanje pacijenta.«

Zašto moramo naglasiti tu trivijalnu istinu? Upravo da bismo izbjegli zavrzlake paternalizma. Uvođenje vrijednosnog aspekta u stručno-znanstveni, objektivistički pristup ima za posljedicu rigorozno obvezivanje za taj vrijednosni aspekt. Vrijednosno neutralni pristup odnosno privremeno suzdržavanje od vrijednosnoga suda omogućuje najmanje tri važne stvari:

- a) Olakšava prelaženje s jednoga na drugi ili treći model odnosa liječnika i pacijenta. Time se izbjegava rigidnost pristupa i dileme oko apriornoga primata nekoga modela.
- b) Povećava otvorenost za respektiranje autonomije pacijenta u odlučivanju. Time se olakšava put prema partnerskom odnosu liječnika i pacijenta.
- c) Uključuje kontinuirano i dugoročno praćenje fizičkoga, mentalnoga i duševnoga stanja svih ljudi. Time se omogućuje preventivna briga oko zdravlja.

U budućoj medicini svako stanje pacijenta mora doći u horizont medicinske struke, a pacijent je svaki građanin obuhvaćen medicinskom skrbi. To znači da će se postupno izgubiti razlika između bolesnih i zdravih ljudi. Spoznaje oko genetski uvjetovanih sklonosti za određene bolesti, te učestalost alergija i psihičkih bolesti, pridonijet će tomu da se umjesto bolesti uzimaju samo određena paradigmatička stanja kao povod za nešto drukčiji medicinski tretman od stalnoga praćenja zdravlja.

Utjecaj suvremenih promjena na odnos liječnika i pacijenta

Dvije velike, globalne promjene utjecale su na klasični odnos liječnika i pacijenta. To su tehničko-ekonomske promjene u suvremenoj medicini i pluralizam vrijednosnih sustava.

Tehničko-ekonomske promjene u suvremenoj medicini. Vrlo su dojmivi uspjesi suvremene medicine u gotovo svim područjima. Nove mogućnosti utvrđivanja i liječenja bolesti omogućene su razvojem novih tehnologija i bile su donedavno nezamislive. Inače tehnika kao takva nije ni nehumana ni humana. Međutim, njezina neutralnost implicira osebujnu vlastitu zakonomjernost koja nažalost pridonosi izvjesnoj anonimnosti medicine. Tako dijagnostika sve manje može bez

uporabe kompjutera i popratnih programa. Isto tako sve veća ovisnost o razvijenoj tehnici vidljiva je u području terapije. Porast specijalizacije ima neke dalekosežne posljedice kako za liječnika tako i za pacijenta. Često se nazire gubitak neposrednog i cjelovitog liječničkog autoriteta zbog podijeljenosti kompetencije na sve više autonomnijih autoriteta. Odgovornost postaje manje direktna, a sve više indirektna. Iako tu odgovornost preuzima više osoba, što je korisno u slučaju specijalističkih dijagnoza, ipak je to ujedno raspodijeljena odgovornost koja upravo zbog te raspodijeljenosti može oslabiti i postati anonimna. U isto vrijeme pacijent može doživjeti otežano stjecanje cjelovite obaviještenosti o svojem zdravstvenom stanju upravo zbog nedostatka ili umanjenoga kontakta s liječnikom njegova potpunog povjerenja. Pacijent postaje nesiguran i sumnjičav u pogledu jasnog uvida u svoje stanje.

Kako izbjeći još drastičniji utjecaj tih posljedica? Jedno je rješenje daljnji rad na profiliranju liječnika opće medicine. Može li on preuzeti ulogu pedijatra i ginekologa, i još štošta? Ako može i za to stekne dodatno obrazovanje, postoji ipak opasnost da zbog uvećane zahtjevnosti rada počne sve više umanjivati svoju izravnu odgovornost prenoseći je na druge specijaliste. Važno je dakako koliko vremena može posvetiti svakomu pacijentu. Ako nije pod prisilom globalnoga faktora ekonomske isplativosti medicinske skrbi, tada može i u proširenoj kompetenciji obiteljskoga liječnika lakše podnijeti sveukupnu odgovornost kao liječnik potpunoga povjerenja. Drugo je rješenje u sustavnom poticanju preventivne medicine – osmišljeni rad sa zdravima. Savjetovanje i promicanje zdravoga života, upućivanje na faktore koji uzrokuju određene bolesti, praćenje alergija i nasljednih bolesti – sve to dodaje tradicionalnom kurativnom elementu medicinske prakse još preventivni i zdravstveno-pedagoški element. I jedno i drugo rješenje medicinski rad približava partnerskom odnosu liječnika i pacijenta.

S tehničkim napretkom u medicini s jedne strane i proširenjem zdravstvenog osiguranja na sve društvene slojeve s druge strane povezani su sve veći troškovi održavanja učinkovitoga sustava zdravstvene skrbi. Limitiranje osnovnih sredstava te povećana ekonomska odgovornost medicinskih stručnjaka nameću odnosu liječnika i pacijenta model ugovora. Liječnik se osigurava od proizvoljnoga tumačenja svoje odgovornosti, a pacijent postaje svjestan granica usluge koju dobiva ugovorom. Bez obzira na nužnost restrukturiranja u zdravstvu, najbolniji je dio financijskih redukcija, napose u hrvatskom zdravstvu, to što se administrativnim zahvatima smanjuje vrijeme koje liječnik posvećuje pacijentu. Vi možete i stručno i moralno biti dobar liječnik i imati urođeni osjećaj za komunikaciju s pacijentima, tj. biti karizmatičan liječnik, no ako pacijentu ne posvećujete dovoljno vremena, postajete anonimni autoritet, stvarate nesigurnost i nepovjerenje kod pacijenta. To dakako ima i povratno djelovanje na samoga liječnika jer dobiva osjećaj da prisilno postaje površan i bezosjećajan.

Pluralizam vrijednosnih sustava. Jedna druga skupina pojava – pluralizam vrijednosnih sustava – također je utjecala na promjenu recepcije suvremene medicine. Živimo u sve otvorenijim društvima, politički i etički liberalizam postaju sve dominantniji, sve više se zagovara pluralizam ne samo mišljenja nego i temeljnih vrijednosti, itd. Koja od tih pojava najviše utječe na odnos liječnika i pacijenta? Svakako zahtjev za moralnom, političkom i svjetonazorskom autonomijom svakoga građanina. U odnosu liječnika i pacijenta taj je zahtjev izražen u idealu prosvijećenoga i obaviještenoga odnosno odgovornoga pacijenta te se veže uz odbacivanje paternalizma u medicini. Odgovorni pacijent mora u određenoj mjeri sudjelovati u donošenju bitnih odluka. Činjenica pluralizma u suvremenom građanskom društvu također pridonosi sve većem prelaženju na partnersku paradigmu.

Promjena paradigme u medicinskoj etici?

Sveukupne globalne promjene uzrokovale su promjenu tradicionalne percepcije liječnika. Pacijent ga više ne doživljava kao osobni autoritet, nego prije svega kao stručni autoritet. To je zapravo pozitivna strana tih promjena jer paternalizam je danas postao najzahtjevniji model odnosa liječnika i pacijenta.

No znači li to da trebamo redefinirati etiku u medicini ili postoji potreba za jednom novom etikom u medicini? Nova etika to ne može biti jer bi to ujedno značilo ukidanje ili nadilaženje dosadašnjih etičkih sustava. Najnovije moralne dileme u medicini ipak nisu dovoljno radikalne da bi dovele do ukidanja nekih tradicionalnih etičkih načela ili potpunog odbacivanja nekih razložnih sustava vrijednosti. Prije će biti da je potrebno redefinirati ulogu etike u medicini.

Pogledajmo prvo neke takoreći konsenzualno prihvatljive etičke temelje liječnikova djelovanja:

1. pomaganje
2. odgovornost
3. diskrecija

Pomoć pacijentu izražena je pozitivno kao pružanje pomoći, a negativno kao sprječavanje štete. U medicinskoj tradiciji shvaćalo se kao načela *bonum facere* i *primum non nocere*. Nisu rijetki konflikti između pozitivno i negativno shvaćenoga načela beneficijencije. Kadšto je nužno uskratiti nešto što bi moglo imati dobre posljedice da ne bi nastala velika popratna šteta i poništila dobro, primjerice neki operativni zahvati ili terapije zbog vjerojatne štete nisu provedivi. U sredinama niske zdravstvene kulture najčešće su rješenja tih konflikata prepuštena intuiciji samoga liječnika. Samosvjesni, prosvijećeni pacijenti u takvim situacijama mogu sudjelovati u donošenju konačnih odluka.

Odgovornost je dužnosno načelo i odnosi se na moguće posljedice djelovanja ili propusta liječnika. Ta odgovornost ima stručnu i ljudsku stranu. Stručna strana je u najvećoj mjeri objektivno provjerljiva i zadaća je struke provoditi kontrolu stručnoga rada da bi se mogućnost pravnih sporova svela na minimum. Ljudska strana ima svoje granice u liječnikovoj savjesti kao izrazu sveukupne moralne svijesti pojedinca. Koliki treba biti udjel ljudskoga faktora nemoguće je objektivno odrediti ili pravno normirati.

Diskrecija je klasična dužnost liječnika u odnosu na pacijenta. Ona jamči respekt pacijentova dostojanstva i stvara odnos povjerenja. Samo iznimno liječnik može biti oslobođen te diskrecije, primjerice u slučaju epidemije ili kada to nalaže neki sud. Najnovija je dilema zaštita datoteke pacijenta jer sve više znanja o pacijentu biva pohranjeno na kompjutorima. To se naročito odnosi na sve veće spoznaje o udjelu genetskih faktora u nastanku nekih bolesti.

Sva tri načela zastupljena su u tradicionalnoj medicini. Njihova je valjanost neprijeporna. Ali ipak se mogu shvatiti na različite načine, ovisno kako strogo se shvaća razina moralnoga obvezivanja. Načelo pomaganja u nekoj paternalističkoj varijanti autonomiju djelovanja tematizira samo u odnosu na liječnika koji iz perspektive svoje struke čini što je najbolje moguće. Suvremena medicina je suočena s činjenicom da pacijent mora biti što je više moguće uključen u proces liječenja. Uključivanje pacijenta može imati različita opravdanja. No čak i najjednostavnije pragmatično opravdanje – jer se empirijski pokazalo da je liječenje uspješnije ako pacijent u njemu sam aktivno sudjeluje – ima svoje dublje utemeljenje u respektiranju moralne autonomije pacijenta. Onaj tko aktivno sudjeluje suodlučuje, a to pretpostavlja autonomni subjekt. Uključivanje pacijenta u liječenje, koliko je to moguće, ujedno znači da pacijent postaje također suodgovoran za svoje stanje. I u ovome slučaju pretpostavlja se autonomija pacijenta. Kada god se ostvari suodgovornost pacijenta, liječnik se dijelom rasterećuje nelagode da – pored potpune stručne odgovornosti koju nitko ne može preuzeti osim njega – mora sam snositi i potpunu moralnu odgovornost. Treće tradicionalno načelo štitilo je bolesnika od neugodnih posljedica koje bi mogle nastati ako bi se u njegovoj okolini ili uopće javnosti s lakoćom moglo saznati o naravi njegove bolesti. No u nekoj jačoj, izričito paternalističkoj varijanti toga načela liječnik zadržava za sebe (i svoju struku) 'cijelu istinu' o pacijentovu stanju, a pacijentu kaže samo dio istine. To se nekada često prakticiralo u slučaju smrtonosnih bolesti. Išlo se i dalje pa se nije samo prešućivala istina, nego se išlo i na takozvano 'dobrohotno zavaravanje' teško bolesnih pacijenata. Preinake i dopune koje su prvo i drugo načelo stekli u suvremenoj medicini – prije svega dosljednijom primjenom načela autonomije kako na liječnika tako i na pacijenta – rezultirale su, također u vezi s trećim načelom, jednim dodatnim zahtjevom za obostranom iskrenošću u relaciji liječnik i pacijent.

Tako trima spomenutim načelima, uza sve potrebne promjene u njihovoj osnovnoj intenciji, možemo dodati još dva načela koja markiraju promjenu paradigme u medicini:

4. autonomija pacijenta
5. obostrana iskrenost

Autonomija pacijenta dobiva svoju punu valjanost u sredinama visoke zdravstvene kulture, a drugdje u slučaju dobro obaviještenoga pacijenta. Ta se autonomija očituje u pristanku na temelju dovoljne obaviještenosti (*informed consent*). Provođenje te autonomije štiti pacijenta i rasterećuje liječnika. Ali njezina radikalna primjena također može omogućiti širenje defenzivne medicine u kojoj liječnik preuzima odgovornost samo za stručno-tehničku stranu svojega djelovanja. Ako bi se autonomija liječnika i pacijenta isključivo temeljila na ugovornom modelu, primjerice slučaj legalizirane aktivne eutanazije mogao bi imati vrlo negativne posljedice za one koji ne žele sudjelovati u tome procesu. Prevaga ugovornoga modela vodila bi do striktnije pravne regulative i licenciranja tanatologa – onih koji bi bili ovlaštene za provođenje aktivne eutanazije. Nelagodu stvara kod većine pacijenata i sama pomisao na takav vid specijaliziranja. Partnerski odnos ne rješava *a priori* takve slučajeve, ali njihovo rješavanje stavlja u jedan humaniji kontekst.

Iskrenost je obostrana dužnost liječnika i pacijenta. Sa strane liječnika to znači da pacijent ima pravo čuti punu istinu o dijagnozi, prognozi i terapiji. Dakako, iskrenost sa strane pacijenta uvjet je za objektivnu prosudbu njegova stanja. Gdje su granice iskrenosti? Postoji li bezuvjetna dužnost iskrenosti u odnosu liječnika i pacijenta? Tradicionalni princip *primum non nocere* svakako je nadređen dužnosti bezuvjetne iskrenosti. Ipak postoje slučajevi kada nema smisla voditi dobronamjerni i iskreni razgovor s nekim pacijentima, primjerice s malom djecom ili nekim psihijatrijskim bolesnicima. U suvremenoj američko-zapadnoeuropskoj medicini mogućnost prešućivanja istine pacijentu svodi se na vrlo sužen broj slučajeva. Za većinu terminalnih bolesti preporučuje se liječniku da kaže cijelu istinu. Što je razlog tome drastičnom i direktnom pristupu? Kao razlog navodi se moralna autonomija pacijenta odnosno dužnost da se pacijentu omogući da svoje posljednje dane života odredi i oblikuje prema vlastitoj volji. To je dobar razlog jer je moralan. Ali u zdravstvenoj praksi nemali utjecaj na takav pristup imali su i visoki troškovi liječenja mnogih beznađnih slučajeva. Naime, produžetak liječenja često je samo pogoršavao kvalitetu života, a povećavao sveukupne troškove liječenja. Iako se ne smije zanemariti taj ekonomski faktor koji je pogodovao prevladavanju prvo ugovornoga, ali potom i partnerskoga modela, ipak je pozitivna strana toga procesa definitivno etabliranje partnerskoga modela.

Tri modela odnosa liječnika i pacijenta

Pogledajmo još jednom tri osnovna modela i pokušajmo analizirati i usporediti njihove prednosti i nedostatke.

Paternalistički model

Taj model izražava elementarni odnos liječnika i pacijenta i kao takav nikada ne može biti dokinut. Iz egzistencijalne ugroženosti pacijenta i liječnikova pružanja pomoći u nevolji, što ujedno daje dignitet liječničkoj profesiji, očito je da taj elementarni model već u sebi *prima facie* nosi paternalističke pretpostavke. No ovisi o drugim pretpostavkama mora li se i kao takav realizirati. Hitna pomoć nastradalima, teške infekcije, neodložne operacije pacijenata koji su izgubili svijest, itd. – u svim takvim situacijama liječnik ne može biti drukčije nego samo paternalistički nastrojen. Neki specijalisti, primjerice pedijatri, mogu prema svojim pacijentima biti samo paternalisti iako uključivanjem roditelja u širem smislu mogu realizirati i druge modele odnosa. Kod nekih teških bolesti kada pacijent potpuno gubi osjećaj za realnost i treba samo humani tretman, napuštanje paternalističkoga pristupa imalo bi samo loše posljedice. Međutim, taj klasični odnos liječnika i pacijenta najzahtjevniji je za liječnika jer on preuzima svu težinu kako stručne tako i moralne odgovornosti. U sredinama niske zdravstvene kulture, primjerice u siromašnim zemljama trećega svijeta, klasični model potpuno prevladava. Nažalost, i u Hrvatskoj još uvijek dominira. Međutim, kod nas prevladava još jedan aspekt koji je uvjetovan besplatnom medicinskom skrbi u socijalizmu. Prosječni pacijent gaji prema cjelokupnom sustavu zdravstvene skrbi paternalistička očekivanja – liječnik je onaj koji mora ispuniti svoju dužnost i bezuvjetno pomoći pacijentu. Zato je uza sve neugodne i nemilosrdne reforme u zdravstvu liječnik kod nas često konfrontiran s pacijentom koji po svojoj zdravstvenoj kulturi odgovara razini paternalističkoga pristupa, ali je zahtjevan u svojim očekivanjima.

Ugovorni model

Taj model ima neupitnu valjanost i primjenu u nekim područjima kao što su laboratorijske analize, dijagnoza i terapija ozračivanjem, anesteziologija, endoskopija, neka područja kirurgije itd. U primarnoj praksi imamo ugovorni odnos – koji postaje kod nas sve učestalija pojava – kada pacijent ciljano odlazi liječniku da ga liši neke očite tegobe. Pacijent ugovara s liječnikom da provede neke 'popravke' na njegovu tijelu. Ugovorni odnos podjednako uzima u obzir interese i liječnika i pacijenta. Liječnik može odlučiti hoće li, kako i kada provesti ugovoreni 'posao', a pacijent može potpuno samostalno odlučiti što i u kolikoj mjeri to hoće. Moralni je okvir takva odnosa liječnika i pacijenta sklopljeni ugovor koji primarno štiti prava jednoga i drugoga. Etički temelj takvog odnosa jest zlatno pravilo:

»Što želiš da drugi čine tebi, to čini drugima.« Takva moralnost kompatibilna je s utilitarizmom.

Partnerski model

Spoznaja o vrijednosti partnerskog odnosa liječnika i pacijenta očita je iz iskustva kako se najbolje tretiraju neke kronične bolesti kao što su dijabetes, visoki tlak, dijaliza bubrega itd. U takvim je situacijama očito da i liječnik i pacijent moraju partnerski surađivati u liječenju takvih bolesti. Liječnik je stručnjak koji daje savjete, a pacijent postaje aktivni, suodgovorni suradnik. On pomaže pacijentu da si sam pomogne. Slični suradnički odnos vrijedi u preventivnoj medicini i psihoterapiji. Dakako, partnerski model pretpostavlja viši stupanj zdravstvene kulture, a najperspektivnije se provodi s inteligentnim, prilagodljivim, obrazovanim i iskusnim pacijentom. No, s druge strane, partnerski model će zakazati ako je liječnik nekomunikativan i nesiguran u sebe te nezreo i nezainteresiran. Partnerski model u najvećoj mjeri omogućuje ravnotežu moralne odgovornosti između liječnika i pacijenta, a istodobno jamči neupitnost liječnikove stručne kompetencije.

Činjenica je da se u suvremenoj medicinskoj praksi događa prijelaz od klasičnoga paternalističkog modela prema partnerskom. Za liječnika postaje podjednako važno kakva je krvna slika pacijenta, dakle njegovo zdravstveno stanje, i kakva je njegova vrijednosna slika, dakle kakve nazore zastupa o životu i svijetu u kojemu živi.² Možemo reći da doživljavamo promjenu osnovne paradigme. Međutim, pogrešno je tvrditi kako to ujedno znači da klasični hipokratski model treba nestati. On ostaje elementaran u smislu elementarnog odnosa i bezuvjetno imperativan u određenim situacijama. Uspostavljanje nove paradigme znači transformaciju elementarnog odnosa prema uvjetima i zahtjevima koje nalaže samo stanje pacijenta – uz ne samo dobru volju, nego i bezuvjetni zahtjev, da se što je više moguće realizira partnerski odnos. U svakodnevnoj praksi to znači postojanje mješovitih i kombiniranih modela te, ovisno o danostima, prelazak s jednoga na drugi model. Svakako se treba suzdržati od apriornog vrednovanja i vrijednosnoga suprotstavljanja pojedinih modela jer svaki od njih ima svoj smisao i vrijednost. No ipak možemo reći da promjena paradigme znači imperativ kako za liječnika tako i za zdravstveno osviještenoga pacijenta da se promiče partnerski model.

² H.-M. SASS, u: *Medizin und Ethik*, str. 9: »das Wertbild des Patienten ist ebenso wichtig wie sein Blutbild«.

*Summary**THE RELATIONSHIP OF DOCTOR AND PATIENT TOWARD THE MEDICAL ETHICS*

The basic relationship of the physician to the patient is asymmetric. That is why it the traditional paternalistic relationship to the patient prima facie appears to be the only correct one. However, this relationship is a part of the complex human relations that imply legal and partnership relations that presume ethic autonomy. It seems that promoting partnership relations, where the doctor and patient make joint decisions generates a paradox, namely, that the doctor renounces his competencies. This could cause insecurity in a doctor's professional responsibility. A more serious question is, does this challenge the doctor's authority. Medicine applies scientific (most frequently statistically confirmed) knowledge that recognises which of these values are neutral. That is why in basic relationships towards patients the physician needs to suspend any value judgment in an effort to promote the partner like model offering a complete moral nature to the doctor's activities. The change from the paradigm of the paternalistic to the partnership model has been influenced by global technological and economic changes in modern medicine and by the increasing pluralism of value systems. However, the essential reason to promote the partnership model is the respect for the patient's autonomy and, including the patient into the process of healing.

Key words: medical ethics, doctor-patient relationship, paternalistic physician, partnership model, patient's moral autonomy.