

**МЕДИЦИНСКИЯТ ПАТЕРНАЛИЗЪМ КАТО БЛАГОДЕЯНИЕ И ГРИЖА В
КОНТЕКСТА НА ИНДИВИДУАЛНАТА АВТОНОМИЯ И ОБЩЕСТВЕНОТО
ЗДРАВЕ**

КОНСТАНС ХЕСАПЧИЕВА

Софийски университет „Св. Климент Охридски“

konstans_ivova@abv.bg

**MEDICAL PATERNALISM AS BENEFICENCE AND CARE IN THE CONTEXT OF
INDIVIDUAL AUTONOMY AND PUBLIC HEALTH**

KONSTANS HESAPCHIEVA

Sofia University “St. Kliment Ohridski”

Abstract

The traditional model of medical ethics based on the principle of beneficence has been replaced by the individual model of autonomy, in which the leading moral principle is respect for autonomy. Autonomy is interpreted as an ability to make independent decisions, self-determination and control over one's own life. Paternalism is generally considered as no longer acceptable due to past cases of abuse in the doctor-patient relationship, as well as due to the fact that it is the patient who has to live with the outcome of a medical decision. In the context of medical practice, the patient in some respects is not only an autonomous person, but also a „suffering” person, and the doctor is committed to beneficence and to making decisions in the best interest of the patient. Therefore, under certain circumstances, paternalism can be considered as a form of concern, although the morality of its use needs to be justified insofar as it is a limitation of autonomy. The principle of respect for autonomy has no advantage over the principle of beneficence, and this is most evident in the context of public health and the choices that may threaten it.

Keywords: paternalism, beneficence, autonomy, care, public health, decision making

Въведение

Едни от основните проблеми, в чието лоно се заражда биоетиката, са тези, свързани с автономността и човешкото достойнство. Тяхното поставяне предизвиква множество етични въпроси и отваря широко поле за дискусии поради фундаменталния им характер. Разискването им неизменно проблематизира и преосмисля понятията за

личност, автономия и достойнство, както и моделите на взаимоотношението лекар – пациент. Традиционният модел на медицинската етика, в който това взаимоотношение е подчинено на патернализма, силно се проблематизира покрай разкритията за престъпните експерименти с човешки същества на процесите в Нюрнберг и по-късно в Тъскиги. Заклеймен като неприемлив и незачитащ човешкото достойнство, моделът е заменен от индивидуалния модел на автономията, при който водещ морален принцип е уважението към автономността в смисъла ѝ на способност за вземане на самостоятелни решения, самоопределение и контрол върху собствения живот. В настоящия контекст на пандемия от COVID – 19, на фона на наложените ограничения върху автономността и мерки, на компрометираните желания за реанимация или въздържане от такава, на отменените процедури за изкуствено оплождане поради ограничените ресурси и приоритизирането на общественото здраве за сметка на индивидуалната автономия, патерналистичното отношение и принципът на благодеянието заменя уважението към автономността. При дадените обстоятелства патернализмът може да се разгледа като грижа, при все че прилагането му се нуждае от оправданост, доколкото е ограничение на автономията. Принципът на автономията няма предимство над този на благодеянието и това най-ясно проличава в контекста на общественото здраве и изборите, които могат да го застрашат.

Основни понятия и дефиниции

В контекста на медицината, принципът на уважение към автономността е формулиран във връзка с медицинските експерименти с хора и като отговор срещу престъпленията, извършвани от медици по време на Втората световна война (Кънева, 2011: 61). Нюрнбергският процес и изработеният кодекс не само осъждат непростимото нарушаване на основното медицинско изискване – „не вреди“, но и дават начало на дискутиране в световен мащаб върху експериментите с човешки същества (Джонсън, 2011: 211). Първа точка от Нюрнбергския кодекс е именно изискването за уважение към автономността в смисъла ѝ на способност за вземане на самостоятелни решения, самоопределение и контрол върху собствения живот: „Доброволното съгласие на човешкия субект е абсолютно необходимо. Това означава, че засегнатото лице трябва да има правоспособността да даде съгласие; трябва да бъде в позиция, която позволява да

упражнява свободно правото си на избор, без употреба на какъвто и да е елемент на сила, измама, лъжа, принуда, хитрост, или друга скрита форма на ограничение или принуда; и трябва да има достатъчно познание и компетенция, за да вземе съзнателно решение“ (The Nuremberg Code 1947). Нюрнбергският кодекс определя насоката и на изискванията, включени в приетата през 1964 г. Декларация от Хелзинки на СМА. Така и биоетиката възниква не просто като продължение на медицинската етика, а в голяма степен като неин коректив, преосмисляйки взаимоотношението лекар – пациенти, противопоставяйки се на патернализма в практиката (Кънева, 2013: 19 – 21).

Автономията в биоетиката се разбира като способност за самоопределяне и взимане на самостоятелни решения и контрол на собствения живот. Тя се обвързва с възможността за самостоятелен избор сред налични алтернативи, незасегнат от външен натиск или принуда. Автономията на пациента е свързана с информираното съгласие, но и с преценка на способността и компетентността на пациента за вземане на автономни решения за здравето, лечението и собствения живот (Кънева, 2011: 63).

Бючъм и Чайлдрес формулират четири основни принципа на биомедицинската етика – уважение към автономията, принцип да не се вреди, принцип на благодеянието и принцип на справедливостта. Нито един от принципите няма преимущество над останалите и всеки един от тях може да надделее в конкретен контекст. Затова и самите автори подчертават, че индивидуалните избори могат да бъдат ограничавани, когато превес вземат конкретни морални съображения (Кънева, 2011: 64 – 69). От една страна, не трябва да забравяме изискването индивидът „да бъде чуван“, от друга, в контекста на медицинската практика човекът в някои отношения е възприеман не само с достойнството си на автономна личност, но също така и като „страдащ“, а лекарят е отдаден на благодеянието и взема решения в най-добрия интерес на пациента (Хофман, 2011: 41).

Патернализмът представлява „налагане на ограничения върху свободата на дадено лице с цел да бъде подпомогнато неговото или нейното собствено добро“ (Томпсън, 2011: 98). Затова и дотолкова, доколкото представлява ограничаване на свободата, патернализмът се нуждае от оправдание, за да бъде морално приемлив.

Индивидуално и обществено здраве

Тъй като именно пациентът е този, който ще живее с резултата от дадено лечение или отказ от лечение, и става въпрос за намеса в неговото тяло, имаме основание да предпочетем неговото виждане (Капоци и Роудс, 2011: 235). По отношение на индивидуалното здраве на пациента, патернализъмът е с отрицателна конотация. Признава се правото на пациента да откаже дори животоспасяващо лечение, независимо дали прогнозата е добра или лоша, стига да е „компетентен“ и пълнолетен. Вредата за пациента не може да оправдае патерналистична намеса от страна на лекаря. По друг начин стоят нещата, ако е заплашено здравето и благополучието на други хора или общественото здраве.

В литературата се разграничават различни видове патернализъм: според компетентността на пациента, според налагащия го авторитет, според основанията, които стоят зад употребата му. Интересни са възгледите за един нов, либертариански патернализъм. Кас Сънстейн и Ричард Талер твърдят, че хората имат нужда от „подбутване“, за да направят избора си. За разлика от традиционния патернализъм, при който изборът е изключен, при либертарианския патернализъм има възможност за избор, но потенциалните алтернативи се представят по такъв начин, че да направят дадените избори повече или по-малко вероятни (Dworkin, 2020). Подобно „подбутване“, разбира се, ни изправя пред редица етични въпроси. Ако се използва даден стимул, дали това ще постави хората в неравностойно положение? Дали подобен подход би компрометирал взаимоотношението лекар - пациент и би подкопал доверието в лекарите? Друг етичен проблем е възможността стимулът да компрометира автономния избор. Спорен е въпросът дали „подбутването“ в последна сметка не е манипулация (Blumental-Barby and Burroughs, 2012).

Най-значима е разликата в основанията, етичната оправданост и конотациите в употребата на патернализъм по отношение на индивидуалното и общественото здраве. Ако загрижеността за пациента не е достатъчна, за да оправдае патерналистична намеса от страна на лекаря, дори да става въпрос за животоспасяваща интервенция, то в контекста на общественото здраве проличава необходимостта от рамкиране и ограничаване на личната автономия.

Медицината се фокусира върху лечението на отделния пациент и водещо е взаимоотношението лекар-пациент. Общественото здраве се фокусира върху цялата популация и включва взаимоотношения с други професионални звена при прилагането на оценка и интервенции. При общественото здраве правителството има съществена роля поради своята отговорност към него и поради регулативната си функция.

Възникват ситуации, в които се налага използването на политики, нарушаващи дадено морално съображение – например личната автономия – за сметка на общественото здраве. В такъв случай предложената политика трябва да отговаря на определени условия: да е ефективна, пропорционална и съществена за общественото здраве. Дори тогава нарушаването на общите морални съображения трябва да се сведе до минимум (Childress, Faden et al, 2002: 173).

Патернализъм в контекста на общественото здраве

В контекста на пандемията от COVID-19 фокусът е върху общественото здраве. Ето защо патерналистичната намеса, ограничаваща автономията, не се оправдава като „най-добрият интерес на пациента“, а се маскира като грижа за общественото здраве, тъй като така става по-лесно нейното оправдаване.

Етичните проблеми на патернализма в контекста на общественото здраве се изострят в случаите на недостиг на ресурси. Това води до необходимостта от триаж, при който основната задача е предотвратяване на високата смъртност, но който неизбежно компрометира принципа на уважение към автономията и принципа на справедливостта. Нещо повече – той дори не се основава на принципа за благодеянието като грижа за най-добрия интерес на пациента, а на принципа „не вреди“, но съотнесен спрямо другите пациенти.

Институтът за етични изследвания на Хейстингс предлага етична рамка за здравеопазване по време на извънредни ситуации в общественото здраве. Тяхната цел е да предоставят насоки за балансиране на грижите за пациентите със задълженията към обществото и справедливостта при разпределянето на недостатъчни ресурси. Необходими са планиране, защита и насоки. Планирането е важно, тъй като може да е необходимо да се вземат решения за триаж относно недостатъчни ресурси от лекарства,

машини, легла и персонал. Задължението за защита обхваща както уязвимите групи, така и самите лекари, които трябва да бъдат защитени (The Hastings Center, 2020).

Липсата на ресурси и извънредната ситуация, за която здравните системи се оказаха неподготвени, ни изправят пред трудни избори и променят фокуса на грижите от индивидуалното към общественото здраве. Приоритизират се принципът на благодеянието и принципът „не вреди“, за сметка на уважението към автономията. Етичното предизвикателство е доколко такава патерналистка намеса и ограничаване на автономията са морално оправдани.

Съществуват редица примери за понякога дори грубо нарушаване на автономията в контекста на пандемията от COVID-19. Като пример ще посоча, че по време на първия „локдаун“ в България планираните процедури по оплождане ин-витро бяха преустановени, поради възможността от заразяване с вируса. Това нарушава правото на самоопределяне и самостоятелно вземане на решения за собствения живот, но е временно и тази възможност може да бъде подновена по-късно. По-сериозно нарушаване на личната автономия се наблюдава спрямо решенията за края на живота и по-специално спрямо желанието за реанимация. През март 2021 г. Комисията за качество на грижите на Обединеното Кралство съобщава за 500 случая на пациенти, издали нареждане да не бъдат реанимирани без тяхното съгласие, съгласието на техните семейства, или упълномощено лице, посочено да взема решение вместо тях, ако това е необходимо (Mendonca, 2021). От началото на пандемията се изразяват опасения относно прекратяването на опитите за кардиопулмонална реанимация, без индивидуалните обстоятелства и желания на пациента да се вземат предвид. Ще представя казус: Джим, осемдесетгодишен мъж, е откаран в болница след претърпяна гръдна инфекция в началото на пандемията. Джим е компетентен възрастен, способен да се грижи за себе си и да взема решения за живота си. Около дванадесет часа след приемането му в болницата се обажда на дъщеря си Мелани. Той е разстроен и объркан и ѝ казва, че е подложен на натиск от лекаря да подпише документ за отказ от реанимация. Разстроен е, че се е съгласил, защото не иска да умре. Мелани казва на комисията, че се е опитала да говори с медицинския персонал за решението, но тъй като той е бил в състояние сам да взема решения относно собствения си живот, никой не е обсъдил решението с нея. Тя

се притеснява, че баща ѝ е уязвим, защото е болен и объркан. Джим умира в болницата (Mendonca, 2021).

В заключение

Недопустимо е решенията за отказ от реанимация да се вземат без подходящи разговори с пациента и без отчитане на неговите желания и нужди. Можем ли да оправдаем подобен безпрецедентен натиск за решение в края на живота на фона на липсата на ресурси? Достатъчно ли е да се позовем на натиска върху здравната система и общественото здравеопазване, за да оправдаем подобно нарушаване на личната автономия, наистина ли е извънредно положението в момента и допустимо ли е такова грубо пренебрегване на изискването пациентът „да бъде чуван“?

Въпреки че основното задължение на лекаря е да се ангажира с благосъстоянието на пациента и патерналистичната намеса трябва да представлява вземането на решения в най-добрия интерес на пациента, бихме ли могли да оправдаем подобен натиск в интерес на общественото здраве и кога приключва загрижеността за страданието на пациента? Може ли „рационалното“ използване на недостатъчни ресурси и предотвратяването на високата смъртност да зачеркне автономния избор за реанимация?

С пренебрегването на принципа за уважение към личната автономия и грижата за отделния пациент превръщаме човека от автономна личност и страдащ пациент (към когото лекарите изразяват загриженост, макар и с патерналистично отношение), в безлична част от статистика. Както отбелязва Джордж Агич, същинският смисъл на принципа за зачитане на автономията е да се отнасяме към индивидите като към уникални такива, а не просто като към членове на множество (Агич, 2011: 301).

ЛИТЕРАТУРА

- Джонсън, А.** (2011). *Раждането на биоетиката*. С., ИК „Критика и хуманизъм“.
- Кънева, В.** (2013). *Граници на биоетиката*. С., УИ „Св. Климент Охридски“.
- Агич, Д.** (2011). Преоценка на автономността при дългосрочна грижа. – В: Кънева, В. (Съст.). *Автономия и биоетика*. Т.1., С., ИК „Критика и хуманизъм“, 284 – 306.
- Капоци, Д., Роудс, Р.** (2011). Етика в практиката. – В: Кънева, В. (Съст.). *Автономия и биоетика*. Т.1., С., ИК „Критика и хуманизъм“, 233 – 236.

- Кънева, В.** (2011). Принципът на автономията в биоетиката. – В: Кънева, В. (Съст.). *Автономия и биоетика*. Т. 2., С., ИК „Критика и хуманизъм“, 60 – 77.
- Томпсън, Д.** (2011). Патернализмът в медицината, правото и публичните политики. – В: Кънева, В. (Съст.). *Автономия и биоетика*. Т.1., С., ИК „Критика и хуманизъм“, 96 – 142.
- Хофман, Т.** (2011). Към актуалността на Кантовото понятие за автономия в биоетиката. – В: Кънева, В. (съст.) *Автономия и биоетика*. Т.2., С., ИК „Критика и хуманизъм“, 23 – 46.
- Berlinger, N., et al.** (2020). Ethical Framework from Health Care Institutions & Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to the Coronavirus Pandemic. – In: *The Hastings Center*, March 16, 2020. Available at: <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>. [Accessed 9.11.2021]
- Blumenthal-Barby, J., Burroughs, H.** (2012). Seeking Better Health Care Outcomes: The Ethics of Using the “Nudge”. – In: *The American Journal of Bioethics*, 12 (2), 1 – 10.
- Childress, J.** (2020). Paternalism in Healthcare and Health Policy. – In: *Oxford Medicine online*, Oxford University Press 2020. Available at: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199798483.001.0001/med-9780199798483-chapter-3> . DOI: 10.1093/med/9780199798483.003.0003
- Dworkin, G.** (2020). Paternalism. – In: *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Sep 9. 2020. Available at: <https://plato.stanford.edu/entries/paternalism/> . [Accessed 9.11.2021]
- Mendonca, D.** (2021). More than 500 people in UK were put on do-not-resuscitate orders without consent. – In: *CNN*, March 18, 2021. Available at: <https://edition.cnn.com/2021/03/18/uk/uk-do-not-resuscitate-consent-pandemic-gbr-intl/index.html> . [Accessed 9.11.2021]
- The Nuremberg Code** (1947). Permissible Medical Experiments. – In: *British Medical Journal*, 7070 (313), Dec 7, 1996, p.1448. Available at: https://media.tghn.org/medialibrary/2011/04/BMJ_No_7070_Volume_313_The_Nuremberg_Code.pdf . [Accessed 9.11.2021]