



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

Deficitek az orvos-beteg/páciens kapcsolatban – esélyek és lehetőségek bioetikai és egészség- szociológiai vizsgálatok metszéspontjain

RÓZSA ERZSÉBET¹

ABSZTRAKT

Az alábbi írás az orvos-beteg/páciens kapcsolat témakörét állítja középpontba, szociokulturális perspektívába illesztett bioetikai alapelvek mentén. Német szakirodalomra támaszkodva, a szerző amellet foglal állást, hogy az orvos-beteg kapcsolat orvos-páciens- kapcsolattá válása a modern medicina egyik feltétele és alapeleme. Ennek teljesüléséhez szükséges a páciens autonómiája elvének, önrendelkezési jogának és a tájékozottságon alapuló beleegyezési jogának elterjesztése és napi gyakorlattá válása a magyar egészségügyben is. Ez a civilizációs kihívás az egészségügy minden érintettjének/szereplőjének közös érdeke, ami nem más, mint a medicina minden összetevője (beleértve a magatartási mintákat) színvonalának a modern medicina kritériumaihoz és sztenderdjeihez való igazítása. Ebben interdiszciplináris együttműködést kínál a bioetika többek között az egészségszociológiának.

KULCSSZAVAK: orvos-beteg/páciens kapcsolat, bioetika, szociológia, interdiszciplinaritás, szociokulturális perspektíva, modernizáció, modern medicina, civilizációs deficitek és kihívások

ABSTRACT

Deficiencies in the doctor-sick people/patient relationship. Chances and possibilities at the intersection of bioethical and sociology of health investigations

This paper brings into focus the theme of doctor-sick people/patient relationship by means of boethical principles interpreted in sociocultural perspective. The author, based on German literature, holds that the transformation of docor-sick people relationship [Arzt-Kranke-Verhältnis] into doctor-patient relationship [Arzt-Patient-Verhältnis] is one of the conditions and elements of modern medicine. Its realization requires disseminate and making general the patient's principle of autonomy, his right to self determination and his right to informed consent in Hungarian patient care. This civilization challenge – namely the adjustment of the quality of all elements of medicine (including attitudes) to the criteria and standards of modern medicine – is the interest of all concerned in health care. In this setting interdisciplinary work is being offered by bioethics, for example to the sociology of health.

KEYWORDS: doctor-sick people/patient relationship, bioethics, sociology, interdisciplinarity, sociocultural perspective, modernization, modern medicine, civilization deficits and challenges

¹ Debreceni Egyetem, Filozófiai Intézet, egyetemi tanár.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

Problémafelvetés: szociokulturális perspektíva és interdiszciplinaritás mint metodológiai alapvetés

Meghatározó jelentőségű tudásterületnek a címben megadott téma számára a bioetika tekinthető, ugyanakkor az orvosi etika vagy az orvosi szociológia is mértékadó diszciplínái e kérdéskör kutatásának. Az alábbi írásban a bioetikában releváns szociokulturális perspektíva előtérbe állításával kívánok rámutatni interdiszciplinaris együttműködési lehetőségekre és esélyekre, amelyek keretében meggyőződésem szerint az orvos-beteg/páciens kapcsolat érzékeny és sokszálú, ellentétes érdekekkel terhelt problémaköre, amiből itt csak néhány elemet villantunk fel, nagyobb eredményességgel vizsgálható.

Gondolatmenetem főként *német szakirodalomra* támaszkodik, jóllehet a szóban forgó fejlemények tematizálása nem választható le az ebben élenjáró angolszász történekekről. A német bioetika fejlődéstörténete több szempontból is sajátos vonásokat mutat fel, amit egy másik írásomban tártam fel (Rózsa 2015: 105–133). Itt talán a legfontosabb annak kiemelése, hogy a német orvosi és bioetika, miként az orvosi szociológia is, a *plurális értékeket tartalmazó (elfogadó, toleráló-gyakorló és legitimáló) modern társadalom realitását, ennek etikai és jogi normáit, beleértve a beteget mint személyt megillető jogok egyre növekvő jelentőségét tekinti irányadónak.*² Ez a szociokulturális perspektíva minden érintett diszciplínában érzékelhető, és azt juttatja kifejezésre, hogy az orvos-páciens kapcsolat vizsgálata és normálása számára elengedhetetlen a medikális kontextustényezőknél *túli*, szélesebb és komplexebb társadalmi etikai és jogi normák, illetve kontextusok tematizálása, ami végső soron a medicinális praxisba való átültetést szolgálja. Jól mutatja ezt a német bioetika széles körű intézményesülése, ami az elmúlt 10-15 évben e tudásterület 1980-as években induló fontosabb fejlődési szakaszainak egyfajta lezárását jelenti.³ Különböző intézmények, kutatóközpontok, tanácsadó testületek segítik a jelzett értelemben bioetikailag orientált, interdiszciplinaris kutatási eredmények gyakorlati hasznosítását. Többek között a törvényalkotók számos bioetikailag már többé-kevésbé tisztázott kérdés további jogi rendezésének kihívásával szembesülnek napjainkban is. Erre példa a közelmúltból az ún. Sterbehilfe (halálba segítés)-törvény. A közvetlen és a közvetett halálba segítés különböző variánsairól folytatott viták az elmúlt években állandóan napirenden voltak és széles közvélemény előtt zajlottak, az írott médiában vagy a tévéadások fő műsoridejében. A *német társadalom egészség-és betegség-tudatának magas szintjét* ez a tény önmagában is jelzi. Ahogyan az is, hogy a közjegyző által hitelesített rendelkezések száma az életvégi helyzetekről egyre szaporodik.⁴ Az előregedő német társadalom tagjai növekvő számban készülnek a várhatóan nehéz

² Ennek a szemléletmódnak jellemző példája Michael Quante tanulmánykötete. Vö: Quante 2012.

³ A bioetikai németországi intézményesüléséről Vö. Ach – Rutenberg 2002: 138–182.

⁴ A páciens rendelkezések bioetikai és orvosetikai dilemmáinak kérdésköréhez lásd: Schöne-Seifert 2007: 56–64.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

életvégi helyzetekről idejében, még tudatuk teljes birtokában és törvényesen rögzített formában dönteni. Ez a széleskörű jelenség kifejezi az elmozdulást az orvos-páciens kapcsolatban az erős orvosi paternalizmustól a páciens önmeghatározása irányába. Ez egészen addig terjed, hogy egyre többen vallják a saját halálról való szabad döntés jogát.⁵ A német társadalom és a széleskörű társadalmi reflexió ezen újabb szociokulturális jelenségei nem kis mértékben a bioetikai diskurzusok és az interdiszciplináris kutatások nyilvánosság elé tárásának a javára írhatók.⁶

A magyar helyzettel összevetve már maga a fogalomhasználat is kifejezésre juttatja a koncepcionális különbségeket és az eltérő fejleményeket. A magyar köznyelvben és részben a szakirodalomban, valamint a kórházi illetve klinikai gyakorlatban a 'beteg' kifejezés használata teljesen természetes. A német szakirodalomban viszont, legyen az orvosi etikai vagy bioetikai irányultságú, vagy éppen egészségpszichológiai kutatás, csak elvétve fordul elő a beteg (Kranke) kifejezés. Többnyire a 'páciens' megjelölés használata jellemző az orvoslás gyakorlatában is. E fogalomhasználat egyik aspektusa, hogy részben amerikai, részben hazai viták, főként azonban a plurális életformákat elfogadó, toleráló, legitimáló társadalmi realitás hatására a páciens 'személy'-státusza egyre nagyobb jelentőséget nyer az orvos-páciens kapcsolat etikai, jogi vagy szociológiai vonatkozásainak vizsgálatában, és a medicina mindennapjaiban is terjedőben van.⁷ Egyre gyakoribb tapasztalat, hogy az orvos bemutatkozik a páciensnek, akit igyekszik a kapcsolat teljes időtartama alatt a nevével szólítani.

A nálunk elterjedt 'beteg' kifejezés viszont eleve negatív tartalmakat sugall, és olyan asszociációkat idéz elő, amelyek a kiszolgáltatottságot, a ráutaltságot, az alárendeltséget hangsúlyozzák. Ebben a kifejezésben semmi utalás nincs arra, hogy egy személyről lenne szó, aki történetesen valamilyen természetű betegség állapotába került, amely állapot viszont nem szünteti meg automatikusan személy-státuszát. A magyar kifejezés, 'az orvos-beteg' kapcsolat szemantikája *eleve paternalisztikus*

⁵ A halállal való szembesülés problémaköre a modern medicina számára is komoly kihívást jelent. Az orvosi praxisban felmerülő etikai dilemmákhoz és vitákhoz összefoglaló áttekintést ad Schöne-Seifert 2007: 109–136. – Michael Quante egyik legújabb írásában a páciens, mint személy autonómiájához kapcsolja az önrendelkezésen alapuló suicidet. Vö. Quante 2016: 9–40.

⁶ Tegyük hozzá: a nyilvánosság előtt és a nyilvánosságban zajló bioetikai viták nem kímélik magát a bioetikát sem. Ehhez lásd: Ach – Runtenberg 2002: 183–212. – Az első nagy feltűnést keltő kritikát a bioetika kapcsán Peter Singer német egyetemre való meghívása váltotta ki. Vö. Anstötz et al. 1995.

⁷ Bettina Schöne-Seifert a személy bioetikai fogalma körüli vitákról ad informatív áttekintést, bár ő maga nem híve a modern orvosi etikában a személy-fogalom erős státuszának. Vö. ehhez: Schöne-Seifert 2007: 73–76. – A német bioetikusok közül Michael Quante markánsan erős státusz tulajdonít a személy-létnek, ezen belül különösen a biográfiai önzonosságnak. Vö. ehhez magyarul is megjelent munkáit: Quante 2010a, 2010b. Schöne-Seifert erre vonatkozó kritikai megjegyzéséhez: uő 2007: 47, 63–64. – Elisabeth Hildt szisztematikus monográfiája az autonómiáról részletesen feltárja ennek szerkezeti elemeit, és ezt, nem pedig a páciens személy-státuszát tartja kulcsfontosságúnak az orvos-páciens kapcsolat jellegének meghatározásában is. Vö: Hildt 2006: 115–154. – A magyar nyelvű irodalomból a bioetikai kérdéseknek a személyes identitással való összefüggéséhez vö. Csejtei – Juhász 2010: 296–307. – A személy-fogalom bioetikai aspektusairól még lásd Rózsa 2011: 47–62.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

jellegű: elfedi, vagy teljesen figyelmen kívül hagyja a pácienshez, mint személyhez tartozó elidegeníthetetlen jogokat és normákat.

Az *asszimetria* az orvos illetve az érintett egészségügyi szereplők *szaktudása* révén eleve adott. Ám a hazai gyakorlatban a szaktudás alkalmazásán túl is érvényesül, átszövi az egész orvos-páciens kapcsolatot. Széleskörű tapasztalat, hogy a beteg a magyar egészségügyi intézményekben gyakran nem a saját személyét megillető normák és jogok tudatában lévő félként, páciensként, személyként kerül kapcsolatba az egészségügyi személyzettel: ő maga sem így tekint magára, és nem is így viszonyulnak hozzá. Az egészségügy labirintusába bekerülő beteg gyakran a *teljes kiszolgáltatottság* helyzetét kénytelen meg tapasztalni, s ezen lényegében semmit nem változtat az ún. tájékoztató beszélgetés sem, ami többnyire az orvos jogi biztonságát garantáló nyomtatvány aláírásának formális aktusában merül ki. Mindez nem csak idő kérdése, ami az egészségügyben (is) köztudottan a legnagyobb hiánycikkek egyike. Sokkal inkább egy *történelmi-civilizációs deficitekkel terhelt* kontextust juttat kifejezésre. Ebbe beleértendők olyan empirikus tényezők, mint hosszú, rég idejétmúlt tradíciók töretlen továbbélése, törvényesen elfogadhatatlan anyagi érdekek dominálása bizonyos orvosi körökben, a változó körülményekhez alkalmazkodni képtelen, sőt éppen e változások ellenében ható magatartási minták továbbélése az orvostársadalomban, de a beteg magatartásában is. A hatékony és humán modern orvosláshoz elengedhetetlenül hozzátartozó és azzal adekvát magatartási minták helyett a történelmi-civilizációs és szocializációs deficitekkel teli, egy hierarchikus, zárt, magasabb rendű társadalmi réteg képét közvetítő magatartási megnyilvánulások még mindig széles körben jellemzőek. Mindez erőteljesen gátolja a korszerű és adekvát interakciós formák, a *szakmai és normatív kompetenciák* (beleértve az orvos szakmai és emberi felelősségvállalását) *ésszerű, szakszerű és hatékony megosztásának és a megfelelő együttműködési formáknak a kialakulását és elterjedését*. Holott erre nem csak a páciens részéről lenne igény, hanem az orvostársadalom fiatalabb generációinak tagjai részéről is. Az etikai, jogi és szociokulturális anomáliákkal terhelt áthagyományozott attitűd mindmáig rányomja bélyegét a magyar egészségügy szereplőire, interakciós és kommunikációs formáira, különösen az orvos-páciens kapcsolatra. Márpedig az orvostól és az orvosi hivatásról *korszerűsítésre* szoruló kép (és önkép) letisztulása és helyére kerülése az egészségügy érintett szereplőinek hosszabb távon alapvető és közös érdeke lenne: elvégre egy modernizálódást preferáló társadalom középtávon sem épülhet premodern, anomáliákkal teli magatartási mintákra és működési mechanizmusokra. Ha mégis, akkor ez egy újabb történelmi visszalépés veszélyével fenyeget. Szükség lenne az egészségügy szereplői önképének, hivatásbeli szerepének korrekciója azon magától értetődő feltevés mellett is, hogy a *páciens gyógyulása, jóllétének szándéka és akarása* a hippokratészi alapelvek és a *minden egyes orvos által elfogadott orvosi eskü szellemében* továbbra is a medicina megkérdőjelezhetetlen, elsődleges értékének számít. Feltételezve azt is, hogy a



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

modern medicina szószólói, képviselői és alkalmazói Magyarországon nem csak a fejlett technológiák és a korszerű szakmai kompetencia mellett kötelezik el magukat, ami nálunk mindig is erős kötődés volt, hanem a modern társadalom megfelelő értékorientációi mellett is.⁸

E problémák etikai (és jogi) *normatív* vonatkozásainak beazonosítására és artikulálására nem az egészségügy szereplői belső köreinek szánt orvosi etika, hanem a *komplex kontextusokat integráló, interdiszciplináris bioetika kínálja a leginkább adekvát megközelítési lehetőséget*. Az a bioetika, amely már csak interdiszciplinaritása okán is, nyitott más tudásterületekkel, így az egészségügyet empirikusan vizsgáló tudományokkal való együttműködésre.⁹ Ebben az értelemben a *bioetika és az egészségpszichológia kooperációja* sokat ígérő vállalkozás lehet: 1. ilyen irányú kutatási együttműködésük hozzájárulhat a modernizációs deficitnek, jelesen az áthagyományozott, torz és a mai világban inadekvát magatartási minták beható, empirikusan alátámasztott, és normatív megfelelően értékelt kutatásához, 2. lehetséges opciók feltárásával kiutat mutathatna fel ahhoz, hogy *a magyar egészségügy ne csak technológiájában és szakmai kompetenciájában feleljen meg a modern medicina elvárásainak, ami a magyar egészségügy egyik erőssége volt, hanem a megfelelő érintkezési és magatartási minták és normák befogadásában és gyakorlásában is*.

Az orvos-páciens kapcsolat változásai a modern társadalom és a modern medicina kontextusában

Az orvoslás cselekvési tereinek interakciós történései az orvos-páciens kapcsolaton alapulnak, amely kapcsolat különböző szakterületek (medicínatörténet, egészségpszichológia, medicínális jog, orvosi etika, stb.) normatív és empirikus kutatásainak tárgya. Bár különböző történelmi korszakokban és kultúrákban különböző minták érvényesültek, ma az antikvitásból származó hippokratészi medicinában és előzményeiben kialakult orvos-páciens kapcsolat uralja az orvoslási gyakorlatot.¹⁰ Nem csak a 20. században, hanem jóval korábban is felmerültek kérdések az *orvosilag megengedhető etikai határaitra* vonatkozóan.¹¹ Napjainkban az egyik fő kérdés, hogy

⁸ A modern medicina etikai normáinak kulturális alapvetéséhez vö. Krefš 2003.

⁹ A bioetika más diszciplínákhoz való viszonyáról vö. az alábbi újabb német nyelvű áttekintő összefoglalást: „Schnittstellen zu anderen Disziplinen und gesellschaftlichen Bereichen”. In: Sturma – Heinrichs (szerk.) (2015): *Handbuch Bioethik*: 439–471. – Jelen tanulmányban támaszkodom e kézikönyv szócikkeire.

¹⁰ Jelen tanulmány számára igen hasznosnak bizonyult J. Schildmann és J. Vollmann megfelelő szócikke, amelyben a legfrissebb átfogó áttekintést találjuk erről a témáról. Vö. uó: Arzt-Patient-Verhältnis. In: *Handbuch Bioethik*, 2015: 194–199.

¹¹ Álljon itt egy a biomedicinális összefüggést preferáló kiegészítő megjegyzés, amely arra hívja fel a figyelmet, hogy más kultúrákban is voltak hasonló előírások. A taoista orvos Sun Simiao a 7. században, a konfucianus Gong Tingxian a 15. században rögzítette tanait az orvosi cselekvések etikai alapvetésére vo-



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

milyen határok között és milyen értelemben marad releváns és etikailag orientáló a hippokratészi eskü a Hippokratész utáni medicinában.¹²

Németországban a 20. század utolsó évtizedében a felvilágosítás, a tájékoztatás illetve a döntéshozatal elemzése képezték az orvos-páciens-viszony tudományos vizsgálatának egyik súlypontját. Ez a kérdéskör azonban nem választható le az utóbbi évtizedek azon társadalmi változásairól, amelyek a személy mint önérték és az életformák pluralitása elterjedésében ragadhatók meg. Így a páciens autonómiájának tiszteletben tartása és az önmeghatározásra/önrendelkezésre való joga¹³, mindegyiknek a társadalmi elfogadottsága és a jog eszközeivel történt/történő legitimálása és erkölcsi normaként való megerősítése lett az etikai-normatív vizsgálódások másik súlypontja. A beteg státusza módosult e fejlemények eredményeként, amikor páciens-státuszt nyert, akinek a személyéhez beteg állapotában is tiszteletben tartandó jogok járulnak. Ezen túl a hagyományos orvoslás munkafeltételei és teljesítő-képessége is alapjaiban átalakultak a 20. században: a specializálódás, a szakorvosi képzés, a teammunka, a betegbiztosítás stb. új paramétereket jelentenek a medicinális praxis számára. A fentiek eredményeként a *hagyományos orvosi praxist és etikát* a szélesebb – társadalmi, technológiai, jogi, etikai, kulturális stb. – kontextusban felmerülő kérdések és problémák sokasága és sokfélesége következtében a *bioetikai* elmélet és praxis irányába tolták el: egyre inkább elfogadottá vált, hogy az orvoslás új módjait és terápiáit ebben a tág és komplex kontextusban lehet és kell megfelelően értelmezni.

Ha túlzónak is tűnik Hans-Martin Sassnak, a német bioetika doyenje-nek alábbi reménykedése, mégis idézzük fel annak érzékeltetésére, hogy milyen változások indultak el a német társadalomban az orvos-beteg kapcsolat területén kb. negyedszázada.¹⁴ Sass így fogalmaz: „Reménykedjünk abban, hogy egy olyan páciensorientált medicina jön létre, amelyben a páciens világképe ugyanolyan befolyást gyakorol a diagnózisra, a prognózisra és a terápiára, mint a vérképe. Abban is reménykedjünk, hogy azon etikai problémák iránti érdeklődés, amelyek a medicinával, az egészség-

natkozóan. A paternalista tradíciónak megfelelő tanokról van szó, amelyben a konfucianus orvosi etika a hippokratésziével találkozik. Ezek a mértékadó nézetek és Paracelsus munkásságának lényege abban van, hogy az orvoslást, mint empirikus tudományt emancipálták a filozófia generalizáló hatása alól, ugyanakkor a kísérleti eredményeket visszacsatolták a filozófiai ethoszhoz. Vö.: Hans-Martin Sass 2006: 6. – Jelen tanulmányban e kötet írásaira is támaszkodtam.

¹² A modern technológiai fejlemények következtében változó orvos szerep a filozófus (és orvos) Karl Jaspers számára is fontos újraértelmezendő kérdés volt. Vö.: Jaspers, K. 1986.

¹³ A „Selbstbestimmung” terminus magyar megfelelőjeként mind az önmeghatározás, mind az önrendelkezés jelentés alkalmazása tűnik a megfelelő fordításnak – a mindenkori szövegkörnyezet függvényében. Vö. ehhez: Rózsa 2011, 7. és 11. lábjegyzet: 49. és 51.

¹⁴ Hans-Martin Sass egykori bochumi professzor meghatározó szerepet játszott abban, hogy a bioetika Németországban gyökeret vert. A Kennedy Institute of Ethics vendégprofesszoraként főleg a kilencvenes évek elejétől sok ma vezető német bioetikust hozzásegített ösztöndíjas meghívásokhoz. Vö. Rózsa 2015: 115–117. – Az amerikai bioetika németországi megismertetéséhez hozzájárult az alábbi könyve is: Sass 1988.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

gel, a betegséggel függnek össze, hozzájárul a jobb páciensetikához, valamint az egészséggrizikókban és ezek elkerülésében való tájékozottság növekedéséhez. Nem az elmélet javai, hanem az abból táplálkozó praxis javai döntenek végső soron a jó vagy a rossz medicináról” (Sass 2006: 16). Ezt az alternatívát Sass abban az összefüggésben javasolja, hogy az orvosi felelősség és a páciens autonómiája közötti feszültségekre, amelyek részben az újabb technológiai fejlemények következményei, az orvoslás gyakran úgy reagál, hogy *agresszív apparátus-medicínába* menekül, a rendkívül bővülő technológiai lehetőségeket kihasználva. A páciens számára ez a túlkezelés veszélyét hozza magával (a sugárkezelések jellemzően ebben a körbe tartoznak). Ezt az etika defenzív pozíciója is lehetővé tette a múlt század 80-as és 90-es éveinek fordulóján. Márpedig Sass szerint az etikának is offenzívvé kell válnia, és rá kell kérdeznie arra, hogy szabad-e etikusan azt tenni, amire technikailag képesek vagyunk? (Sass 2006: 8.) Az *offenzív etika* Sass fogalomhasználatában a páciens olyan értelmű támogatását jelenti, miszerint értékékképzete éppolyan fontos kell, hogy legyen, mint pl. a vérképe, s a differenciált diagnosztikában egyenjogú státuszt kell kapnia pl. az angioscopiával. Az orvosi diagnosztikai adatok ugyanis önmagában véve nagyon keveset árulnak el az egészség, a betegség, a fájdalom, a jóllét, a nem-jóllét komplex tényállásáról.¹⁵

Ha Sass követelése nem is valósult meg teljes mértékben, az azonban vitathatatlan, hogy az orvos-páciens-kapcsolat a német egészségügyben jelentős mértékben *elmozdult egy bioetikailag orientált korszerű orvosi etika alapelvei és praxisa irányába*. A 90-es évektől fellendülő német bioetikai kutatások, projektek komoly támogatása, valamint az intézményi formák és keretek különböző szintű és jellegű (pl. törvényhozói vagy tanácsadói) funkciókra történő kiépítésének korszaka az új évezredben önmagukban is jelzésértékűek ezen viszonylag fiatal tudásterület sikerességéről, társadalmi befogadottságáról és hatékonyságáról (ehhez részletesebben: Rózsa 2015: 105–133). Sikerességük (egyik) titka, hogy képesek voltak a *modern medicina minden aspektusát* (szakmai, technológiai, társadalmi-kulturális, humán és személyi összetevőit) *megfelelő módon* (interdiszciplinárisan) és *arányosan* (a technikai és a humán tényezők együttes figyelembe vételével) tematizálni.

A (bio)medicinális diskurzus és a modern medicina néhány kulcsfontosságú aspektusa

Az utóbbi évtizedek orvosi etikai vitáira és a medicina mindennapi gyakorlatára hivatással voltak a bioetikai viták mellett a jogi fejlemények is, amelyek eredményeként

¹⁵ Schöne-Seifert nem személy-elméleti kérdések bevonásának, hanem a pszichológia alkalmazásának tulajdonít fontos szerepet a modern medicina különféle szituációiban.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

a páciens jogainak megerősítésére került sor.¹⁶ E kontextusokban formálódott ki a tájékoztatáson alapuló beleegyezés (informed consent; informierte Einwilligung) követelménye, amelyet először embereken végzett orvosi kísérletekben kísérleti alanyokra alkalmaztak, s mára az orvoslási gyakorlat természetes elemévé vált.¹⁷ A beteg tájékoztatása és a beavatkozásba való beleegyezése, ennek alapos, megfontolt, a tényezők mérlegelésén nyugvó előkészítése napjainkban az orvosi cselekvés etikai és jogi alapvetését képezi a modern társadalmakban.¹⁸

Az alábbiakban a modern medicina alábbi aspektusait vizsgáljuk:

1. Az orvos-páciens kapcsolat szociológiai aspektusai.
2. Az orvos-páciens kapcsolat különböző modelljei.
3. Normatív értékelés és empirikus kontextustényezők.
4. Aktuális viták az orvos-páciens kapcsolatáról a modern medicinában.

1. AZ ORVOS-PÁCIENS KAPCSOLAT SZOCIOLÓGIAI ASPEKTUSAI

Az orvos-páciens kapcsolat az egészségügy legkisebb interakciós rendszere, amely a huszadik század közepétől elméleti és empirikus szociológiai vizsgálatok tárgya.¹⁹ Az orvos-páciens kapcsolatot bioetikai témaként vizsgáló Schildmann és Vollmann (2015) a *szociológiai alapvetést veszik kiindulópontnak* (Schildmann – Vollmann

¹⁶ A jogi fejleményekhez vö. Schildmann – Vollmann 2015: 194. – Thomas Gutmann egy kantianus ihletésű jogfilozófiai megalapozásra tette a hangsúlyt az autonómia és a páciens-jogok kérdésében. Lásd ehhez: Gutmann 2001: 1–27. – Magyarországon az 1997-es Egészségügyi törvény fontos előrelépés volt az orvos-páciens kapcsolat jogi eszközökkel történő rendezésében. Kétségtelen hiányossága azonban, hogy nem építettek be szankciókat a törvénybe olyan esetekre, amikor az orvos-páciens kapcsolat jogi normáit megsértik.

¹⁷ A 'tájékoztatáson alapuló beleegyezés' kifejezés használatában Kőműves Sándor fordításához csatlakozom. Ti. ez a kifejezés pontosabban adja vissza az angol és német nyelven elterjedt, illetve a magyar jogi nyelvben is használatos 'tájékozott beleegyezéssel' szemben a kifejezni kívánt tartalmat. Lásd ehhez: Kőműves 2012: 302.

¹⁸ A megfelelő tájékoztatás és a megfontolt beleegyezés tartalmi jegyeit részletesen elemzi Schöne-Seifert 2007: 91–96, valamint Hildt 2006: 115–154. – Hildt a prediktív genetikai diagnosztika kontextusában behatóan tárgyalja az autonómia és a tájékozottságon alapuló beleegyezés sajátos kérdéseit. Az autonómia elve ebben a sajátos kontextusban specifikálásra szorul. Hildt azt hangsúlyozza, hogy nem az egyéni döntéshozó áll a középpontban, hanem a konkrét döntési szituációra való reflexióval kitágított tájékoztatás és beleegyezés. Emögött azt a megfontolást találjuk, hogy az önmeghatározó életterv és életvezetés, és nem egy elszigetelt, pontszerű döntés az autonómia megfelelő elvének a helyes kiindulópontja. Ennek részletes feltárásába be kell vonni olyan nézőpontokat is, amelyek családi és társadalmi kontextusokból adódnak. Egy ilyen háttér előtt a prediktív genetikai diagnosztika eredményének ismerete nem terhelő még nehéz élethelyzetekben hozott döntések számára sem – szögezi le Hildt. Az önképre és az egyéni élettervre vonatkoztatva ugyanis adekvátan tematizálhatók a genetikai vizsgálati eredmények hatásai. Vö. Hildt 2007: 474–447.

¹⁹ Az orvos-páciens közötti interakció különböző, változóban lévő aspektusainak az etikai tanácsadás és a jogalkotás szempontjából történő elemzéséhez vö. Vieth 2006: 24–26.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

2015: 194–199). Ebben arra is hivatkoznak, hogy az orvosi hivatást gyakorlók példáján dolgozták ki a szociológiában a professzionalitás identifikálását, ami később a szociológia egyik tematikai súlypontja lett. Emellett szociológiai kutatásokat idéznek, amelyeket az orvos-páciens kapcsolat strukturális jellegzetességeiről, valamint azokról az elvárásokról végeztek, amelyek az orvos- és a páciens-szereppel kapcsolatban felmerülnek. Az asszimetrikus orvos-páciens kapcsolat szerkezeti jegyei közé tartozik az orvosi szakértők és a páciensek közötti információs távolság, valamint az ezzel kapcsolatos definíciós hatalom és a döntéshozatal irányítása az orvos részéről (Siegrist 1998: 238–42). Az orvos- és a páciens-szerep jellegzetességeit Talcott Parsons dolgozta ki több mint fél évszázaddal ezelőtt (Parsons 1951, idézi: Schildmann – Vollmann: 2015: 195). Eszerint az orvosi szerep többek között *univerzalizmusra kötelez* a páciensekkel való egyenlő bánásmód értelmében, továbbá *funkcionális jellegre* azon dolgok vonatkozásában, amelyekről az orvos-páciens kapcsolat keretében tárgyalnak, valamint *érzelmi semlegességre*. Azok a pácienssel szembeni normatív szerep-elvárások, amelyeket Parsons megfogalmazott, többek között olyanokat tartalmaznak, mint az orvosi előírások betartásának kötelezettsége a páciens részéről és a mindennapi tennivalók, pl. a háztartási munka vagy a hivatásbeli tevékenység alóli mentesség.

Parsons megfontolásait az orvos-páciens kapcsolatról különböző okokból kritizálták. Nem sokkal művének megjelenése után közzétett egyik kritika a krónikus betegségek hiányos megjelenítésére hivatkozik Parsons modelljében. Ugyanis a páciensek a megbetegedés menetében szakismereteket nyerhetnek a tünetekről, a diagnosztikus módszerekről és a lehetséges terápiás eljárásokról, ami aztán figyelembe veendő az orvos-páciens kapcsolatban is. Az orvosi teljesítmények kitágult spektruma, ami a nem-beteg állapotok javulására vonatkozó ajánlatokat is felöleli, további ok arra, hogy a Parsons által konceptualizált orvos-páciens kapcsolat csak korlátozottan egyeztethető össze a modern egyézségügy és betegellátás adottságaival. Parsons modelljének korlátolt érvényessége a mai modern medicina szempontjából elsősorban pl. olyan jelenségben nyilvánul meg, amely krónikus megbetegedések esetében a *szakértői tudás módosulására* hívja fel a figyelmet. A páciens mint *érintett*, ugyanakkor az orvosi szaktudás értelmében *laikus*, viszont önmegfigyelésen és tapasztaláson alapuló *aktivitásaiban* olyan tudásra tesz szert, amit *releváns tudásként* figyelembe lehet és érdemes venni az orvos-páciens kapcsolat keretében. Ez a fajta tudás kihat az orvos-páciens kapcsolat jellegére is: a páciens megfigyelései az orvos által elismert releváns tudásterületként csökkentik információs távolságát az orvosi szaktudáshoz képest, valamint relevánsként elismert „tudása” gyarapíthatja az adott szaktudás spektrumát, illetve e megfelelő befogadása és alkalmazása esetén hozzájárulhat saját egészségügyi állapota tényleges javulásához is. A releváns tudás ilyen és hasonló differenciálódása és bővülése egy újfajta, hatékonyabb együttműködési forma kiképződéséhez és elterjedéséhez vezethet az orvos-beteg kapcsol-



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

lat bizonyos területein, ami a páciens nézőpontjának, tapasztalatainak bevonása révén pszichésen és fizikailag is szignifikánsan emelheti a javulás vagy a gyógyulás esélyét.²⁰

Az orvosi teljesítmények kibővült technikai spektruma, a növekvő orvosi cselekvési kínálat további okként jelölhető meg arra, hogy a Parsons által konceptualizált orvos-páciens kapcsolat csak korlátozottan hozható összhangba a modern egészségügyi és betegellátás adottságaival. Másként fogalmazva: a múlt század közepe táján szociológiai szempontból releváns modell érvényességét az orvoslás technológiai fejleményei, a medicinális cselekvések bővülő spektruma illetve jogi és etikai paramétereinek differenciálódása és átalakulása (így a tájékoztatáson alapuló beleegyezés és a páciens önrendelkezési jogának elterjedése) megkérdőjelezték illetve korlátozták. A változásoknak ez az iránya és jellege az egészségügy szereplőit, illetve a szereplők cselekvési, interakciós és kommunikációs formáit érintő *újabb szociológiai paraméterek felállítását és az ezeknek megfelelő modellek kimunkálását* valószínűsíti – állapítják meg a szerzők 2015-ben (!) (Schildmann – Vollmann 2015: 195). Vagyis Németországban is akad még tennivaló a modern medicina újabb technológiai lehetőségei, törvényes keretei, valamint a megfelelő érintkezési/magatartási modellek közötti távolságok leküzdésében. S e tennivalók tematizálásában a szociológiának kiemelt szerepet tulajdonítanak a német bioetikusok.

A medicina szerkezeti változása és ennek az orvos-páciens kapcsolatra való kihatása még a modern társadalmakban sem zárult le. A változásokról alkotott mai képnek ezért csak időben behatárolt érvényessége lehet, az orvoslás technológiai tényezőiben szakadatlanul zajló haladás, a páciens releváns tudása bevonásának lehetősége, ennek ma még nem belátható következményei, valamint a szociális-ökonomiai változások (az anyagi források szűkülése vagy éppen a magatartási minták módosulásai) közötti folyamatos interakciók keretei között (Wolff [1989] 2006: 184).

2. AZ ORVOS-PÁCIENS KAPCSOLAT KÜLÖNBÖZŐ MODELLEI

A természettudományok és a technológia fejleményei által egyre inkább alakított medicina sikerei, a kórházak és az intézményesített egészségügy egyéb létesítményeinek terjedése, az államháztartásból finanszírozott egészségügy kiépítése, valamint az orvosi társadalom professzionalizálódása azok a tényezők, amelyek a 20. század folyamán az *asszimmetrikus orvos-beteg kapcsolatot hozták kedvező helyzetbe, az orvosi szaktudás felértékelődése révén* (Vö. Beauchamp – Faden 2008: 111–114, Siegler 1985, Siegrist 1998, illetve Vollmann 2008). Ugyanakkor az 1960-as évek

²⁰ A szakértői tudás módosulása az orvos-páciens kapcsolat újabb prognosztizálható fejleménye. Ennek részletesebb kifejtéséhez vö. Rózsa 2016c: 153–158.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

elejétől kezdve a polgárok, illetve a személyek jogai tiszteletben tartásának követelése el kezdett kiterjedni az orvosi intézkedésekre vonatkozó döntésekre is.²¹ Ennek hatására vezették be először az USA-ban a klinikai gyakorlatba a *tájékoztatóson alapuló beleegyezés* követelményét (Vö. Vollmann 2008, valamint Heinrichs 2015: 58–65). Eszerint az *önmeghatározásra/önrendelkezésre* képes betegnek megfelelő *információk* birtokában abba a helyzetbe kell kerülnie, hogy olyan döntést hozzon, amely összhangban van *saját személyes értékkezdeteivel*. A döntésnek önkéntesen, *saját szabad* akaratból kell történnie, megengedhetetlen befolyástól vagy manipulációtól mentesen. E fejlemények következtében az *autonómia* etikai elve a páciens *önmeghatározása/önrendelkezése* jelentésében, valamint a beteg akaratának tiszteletben tartása értelmében számos etikai tételben (és jogrendszerben) elsőbbséget élvez a modern medicinában más etikai elvekkel szemben, mint pl. a jöttetés vagy a károkozás kerülése.²²

Ezek a változások alapjaiban kihatottak az orvos-páciens kapcsolatra, annak korábban érvényes modelljeire (Vö. Siegrist 1998: 232–242). A német szakirodalomban, részben angolszász hatásra különböző modelleket különítettek és különítenek el. Első lépésben idézzük fel Hanns P. Wolff három modelljét! Wolff először 1989-ben publikált írásában arra figyelmeztet, az orvoslásban zajló alapvető szerkezeti változások még nem zárultak le. Ilyen körülmények között szerinte nincs szükség új normák felállítására a medicinában, hanem a cél sokkal inkább az állapotfelmérés a modellek megfogalmazásakor.²³ A medicina e *változóban lévő realitására* kell támaszkodni, s nem pszichológiai vagy másfajta *konstrukciókat* létrehozni, amikor az orvoslás etikai alapelveit akarjuk megfogalmazni – hangsúlyozza Wolff. Ezen erőteljes, sok gyakorló orvosnál megfigyelhető igény egyik címzettje nyilvánvalóan az (egészség)szociológia, amely a normák valamint a normakövető vagy a normaszegő magatartási formák empirikus kontextustényezőit hitelesen fel tudja tárni.

A korábbi generációkban az orvos-páciens kapcsolat erősen paternalisztikus jellegű volt, amely az orvos szakmai és emberi tekintélyére alapozódott (Wolff 2006: 206). Feladatát abban látta, hogy a beteget vezesse annak legjobb érdekében. A beteg bizalmon nyugvó alárendeltséget hozott be ebbe a viszonyba. Vagyis a szakmaiságon alapuló, eleve adott asszimetrián túl a kapcsolat szociális értelemben is hierarchikus jelleget öltött, amit a beteg magatartása is legitimált. Laikusként nem várt el felvilágosítást, és nem volt ahhoz hozzászokva, hogy megkérdőjelezzen orvosi utasításokat. A medicina szekularizálódása, technicizálódása és ökonomizálódása egyfelől, másfelől a pluralista társadalom értékváltozásai és a polgárok önmeghatá-

²¹ Ehhez lásd a paternalizmus-vitáról az egyik legújabb, etikai és jogi aspektusokat átfogó összefoglaló írást: Drüber – Gutmann – Quante 2015: 122–128.

²² Vö. Siegler 1985: 713–715, Vollmann 2008. – Az autonómia sokrétű témaköréhez vö. a jórészt német nyelvű irodalomból összeállított kötetet: Duffner – Kőműves – Rózsa (szerk.): 2016.

²³ Az orvoslás szerkezeti változásához vö. Wolff 2006: 184–192. – Vö. Schöne-Seifert kiegészítő-aktualizáló megjegyzéseit Wolff modellezéséhez: uő. 2007: 88–91.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

rozási/önrendelkezési joga, ennek gyakorlása elkezdtek aláadni ezt a hagyományos viszonyt. Mindez magával vonta az orvos és a beteg önképének megváltozását: a beteg pácienssé lett önmaga és az orvos számára is.

A fentiek alapján az orvos-páciens viszony három, egyénileg variálható formája kristályosodott ki Wolff megfogalmazása szerint.

1. A *hippokratészi modell* vonatkozási területe a szükség és a segítségre utaltság antropológiai alaphelyzete.²⁴ A segítségnyújtási kötelezettség ebben a modellben a hippokratészi hagyomány orvosi paradigmájának része. Ez a forma a páciens egzisztenciális fenyegetettsége állapotában többnyire spontán lép fel. A páciens szerepe passzív, vagy azért, mert fizikailag vagy pszichikailag képtelen az önrendelkezésre, vagy azért, mert önkéntes korlátozásból az orvos kezébe adja magát. Az orvos szerepe viszont aktív. Akut helyzetekben, pl. baleseti ellátásnál, sürgős operációknál vagy az intenzív osztályon ez a modell érvényes. A szükséges beavatkozás a kimenetel esélyeitől függetlenül történik. A páciens tartós egzisztenciális fenyegetettségek, pl. bizonyos rosszindulatú daganatos betegségek vagy AIDS esetében az emberi odaforulás kerül az orvosi ellátás előterébe. Ilyen helyzetekben az orvos paternalista döntései értelmesek, esetenként elkerülhetetlenek, és ha racionálisan megalapozhatóak, akkor etikailag igazoltak. A hippokratészi eskünek is végső soron a *felelősségetika* képezi az alapját: magába foglalja az orvos szakmai és emberi felelősségét és ezáltal azt, hogy adott esetben kész a páciens jóllétét a saját érdekei felé rendelni.

2. A *szerződéses modell* ott élvez hallgatólagos érvényességet, ahol az orvos mint medicinális szolgáltatásokat nyújtó ajánlattevő és a páciens mint a szolgáltatások iránt érdeklődő kapcsolatba lépnek egymással (Wolff 2006: 207–208.). Olyan speciális diagnosztikai vagy terápiás szolgáltatások esetében kerül erre sor, amelyekben az orvos és a páciens közvetlen kapcsolata csekély. Példa erre a labormedicina, a sugárdiagnosztika, a sugárterápia, az aneszteziológia vagy az endoszkópia. A páciens az orvostól időben behatárolt reparáló szolgáltatásokat vár el. A szerződéses modell egyenlő módon veszi figyelembe mindkettőjük érdekeit. Sok vonatkozásban hasonlít ez a modell az ügyvéd és az ügyfele kapcsolatának modelljéhez. Azonos elveken nyugszik a két modell: a kliens autonómiája, az őszinteség, a bizalom tartoznak ezen elvek közé. A kliens érdekeinek védelmére vonatkozó professzionális kötelezettség az előzetesen egyeztetett szakmai szolgáltatások teljesítésére korlátozódik.

3. A *partnerségi modell* abból a tapasztalatból vezethető le, hogy gyakori krónikus megbetegedéseknél, mint cukorbetegség, magas vérnyomás, veseelégtelenség, a javuláshoz az orvos és a páciens teljesítményére egyaránt szükség van (Wolff 2006: 208–209). Az orvos tanácsadó szakértőként lép fel, a beteg pedig aktív, saját felelős-

²⁴ Wolff 2006: 206–207. – Habermas is hivatkozik az egyébként sokat vitatott bioetikai könyvében erre az antropológiai alaphelyzetre, az ember testi-természeti-biológiai létéből eredő egzisztenciális ráutaltságra és kiszolgáltatottságra. Ebben az összefüggésben a morális rend törekény konstrukciónak bizonyul – szövege le. Vö. Habermas 2005: 62–69. – Vö. ehhez: Rózsa 2014.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

séggel rendelkező munkatárs. Elvárják tőle a megállapodások betartását, valamint a rendszeres önmegfigyelést és önkontrollt, az adatok rögzítését pl. a vérnyomásról, a pulzusról, a testsúlyról. Ebben a modellben az orvos segít a betegnek abban, hogy az saját magán segíthessen. Hasonló együttműködési modellek érvényesek a preventív medicinában, vagy a pszichoterápiában. Ez a modell annál sikeresebb, minél inkább hasonló egymáshoz az orvos és a páciens képzettségben, intelligenciában, élettapasztalatban. Ha az orvos érdektelen és képtelen ilyen kapcsolatra, akkor eleve sikertelen ez a modell. A partnerségi modell etikai strukturálásában elsőbbséget élvez a páciens önrendelkezési joga és a saját magával szembeni felelőssége, illetve az önfegyelem képessége, valamint az orvos részéről a szakmai kompetenciáján túllépő felelősség. Ez utóbbi főleg akkor érvényes, ha az orvos hosszabb időtartamú kötődést alakít ki a pácienssel és adott esetben a páciens saját magával szemben kell megvédenie (Wolff 2006: 209).

Mindegyik modell konkrét szituációra vonatkoztatott *interakciós és kommunikációs keretként* értendő, amelyen belül minden orvos-páciens kapcsolat a maga *egyediségében és egyszerűségében* bontakozik ki. A különböző modellek között vegyített formák lehetségesek, az egyik modell átmehet egy másikba. Egy magas vérnyomásban szenvedő beteg friss infarktussal a klinikai kezelés fázisában a hipokratészi modell védelme alatt tudhatja magát. Ám az ehhez kapcsolódó hosszabb időtartamú kezelés idején különböző paraméterek (vérnyomása) önkontrolljára is szükség lesz, aminek realizálása célszerűbb a partnerségi kapcsolatban.

Kerülendő az összehasonlító etikai értékelés a modellek között. Mindegyik meghatározott körülményeknek felel meg és ezek között alkalmazandó, viszont más feltételek mellett lehet akár nem megfelelő is. A legmagasabb követelményeket a hippokratészi modell állítja fel az orvossal szemben. Napjainkban az orvosi szolgáltatások anonimizálódása és eltárgyasítása zajlik, ezért ez a hagyományos modell veszélyeztetett helyzetbe kerül. E tendencia alapján a szerződéses modell terjedése prognosztizálható a mindennapi orvoslásban. A partnerségi modell jelentősége pedig abban a mértékben fog növekedni, amilyen mértékben a páciens önmagával szembeni felelősségét mind ő maga, mind az orvos elfogadja. Ha viszont nem sikerül a medicinában zajló technikai haladást, valamint a megfelelő etikai és jogi normákat és a páciens önmagával szembeni felelősségét, valamint az ennek megfelelő új együttműködési formák kialakítását egy integrált koncepcióban egyesíteni, akkor a medicinának nagy problémákkal kell szembesülnie.

Komoly okok szólnak amelyett, hogy a *medicinának az etikai és normatív jellege, s nem a technikai profilja lesz a meghatározó tényező a jövőben*. Az ellátás minőségét egy adott intézményben elsősorban nem a technológiai felszereltsége, még csak nem is a rendelkezésre álló szaktudás önmagában, hanem a *páciensekkel való bánásmód, valamint az egészségügy összes érintettje, szereplője* (beleértve a páciens, hozzátartozóit, képviselőjét) *közötti együttműködési formák milyensége* fogja megadni. Ez a váltás részben annak a bizalomnak a mértékétől is függ, amelyet egy adott



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

társadalom az egészségüggyel szemben és a páciens az orvossal szemben kifejez. Ennek a bizalomnak az elnyerése és védelme azonban előfeltételezi, hogy minden szereplő számára fel- és elismerhető a *szakmai kompetencia és a többszereplőssé vált/váló etikai reflexió*, valamint az, hogy a megfelelően *megosztott felelősség és az együttműködési formák az összes érintett között* együttesen irányítják a döntéseket és cselekvéseket a medicinában (Wolff 2006: 210).

Az újabb bioetikai diskurzusokban és a medicina mindennapjaiban a *tájékoztatás és a döntéshozatal kérdései* kerültek előtérbe, amit Schildmann és Vollmann az orvos-beteg kapcsolat különböző formáira alkalmaznak.²⁵ Szerintük ez a súlypont az orvos és a páciens kapcsolatában *alapvető fordulatot* hozott, amit a felvilágosítás és a döntéshozatal ideáltipikus modellfelfogásaiban mutatnak be. Elemzésükben az Ezekiel Emanuel és Linda Emanuel által kidolgozott kritériumokhoz kapcsolódnak (Emanuel – Emanuel 2008: 101, 104). Az alábbi kritériumokról van szó: 1. Az orvos-beteg közötti interakció célja, 2. A döntéshozatalban résztvevő orvosok és betegek feladatai, 3. A döntés ellenőrzésének bevonása. Ennek alapján a következő ideáltipikus modellfelfogásokat különböztetik el.

Paternalisztikus döntéshozatal: A paternalisztikus döntéshozatal, amelyet hipokrátészi modellnek is neveznek, azt a célt tűzi ki, hogy olyan döntést hozzanak, amely a beteg egészségi értelemben vett *jóllétét a lehető legjobban* szolgálja. Az orvos feladata, hogy ennek megfelelő terápiát javasoljon, amely a rendelkezésre álló szakmai ismereteken, valamint saját klinikai szakmai tapasztalatain alapul. A beteg jólléte e modellképzet szerint *objektív*. A páciens szerepe az egészséget előnyben részesítő magatartás és életvezetés betartására szorítkozik, aminek támogatnia kell a kezelések sikerességét. Ebben a modellképzetben a *jöttveés* etikai alapelve mindenképpen *elsőbbséget* élvez a beteg autonómiájának etikai elvével szemben.

Tájékoztatáson alapuló döntéshozatal: Az orvos-beteg interakció célja a páciens tájékoztatáson alapuló döntése, amelynek bázisa 1. lehetőleg átfogó ismeretek a rendelkezésre álló medicinális opciókról, 2. a páciens saját értéképpozeteinek való megfelelés. Ezt a modellt az irodalomban „szerződéses modellnek”, „tanácsadási modellnek”, „tudományos modellnek”, „fogyasztói modellnek” is nevezik. Az orvos feladata az, hogy a döntéshozatal számára releváns információkat adjon. A páciens feladata a kapott információk mérlegelése, valamint az orvosi beavatkozásról való döntés. Az orvos értéképpozetei nem befolyásolhatják döntését. A döntéshozatal ezen modellképzetének *központi értéke a páciens autonómiájának* etikai elve, erre alapozott önrendelkezési joga, ami fölötté áll a páciens orvosilag meghatározott, „objektív” jóllétének.

²⁵ Schildmann – Vollmann 2015: 195. – A döntéshozatal elemeit bioetikai vitákban azóta is mértékadóan tárgyalja T. L. Beauchamps és R.R. Faden tanulmánya. Vö: Beauchamps – Faden 2008: 111– 114. – A szabad és tájékozottságon alapuló egyetértés posztmodern értelmezéséhez vö. Engelhardt, T. H. 2008:106–108.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

Interpretatív döntéshozatal: az orvos-páciens interakció célja egy olyan döntés, amely megfelel a páciens preferenciáinak. Ez azt is jelenti, hogy a preferenciák között nem feltétlenül az autonómia élvez elsőbbséget. *Az orvos feladata, hogy támogassa a páciens érték-képzeteinek tisztázásában, tudatosításában.* A páciens érték-képzetei ugyanis nem feltétlenül rögzítettek: gyakran csak részben van tudatában saját érték-képzeteinek. Az orvos segíti a páciens érték-képzetei, diszpozíciói és habitusa tudatosításában. Annak érdekében, hogy *olyan döntést hozzon, amely saját preferenciáinak a leginkább megfelel.* Az autonómia és a jóttevés viszonyában itt az előbbi áll előtérben. Vagyis ez a modell-képzet az előzőnek egyik tovább differenciált és finomított változata, *akkor is, ha adott esetben nem az autonómia a páciens legfőbb preferenciája.* Az autonómia jogi védelme és etikai támogatottsága a bázisa és biztosítéka annak, hogy adott esetben akár más természetű érték-képzetek esetében sem sérül az autonómia elve. Az orvos kötelessége az autonómia elvét abban az esetben is védelmezni és biztosítani, ha az nem szerepel a páciens közösen beazonosított, tudatosított preferenciái között. Az orvos ebben a változatban *tanácsadóként* áll a páciens mellett egy olyan döntés előkészítésének folyamatában, amely a páciens saját preferenciáinak a leginkább megfelel.

Deliberatív döntéshozatal: az orvos-páciens interakció célja itt egy olyan döntés, amely mind a páciens személyes érték-képzeteit és ezeknek megfelelő habitusát, mind az egészségvonatkozású, orvosilag definiált értékeket figyelembe veszi. Az orvos feladata, hogy a terápiáról való döntéshozatal számára *releváns információk közvetítése után részt vegyen a pácienssel folytatott diskurzusban.* Ennek lefolyásában egészségvonatkozású, részben a beteg által bevont érték-képzetek (és releváns tapasztalatok) megnevezésére és mérlegelésére kerül sor. Az orvosnak meg kell győznie a páciens orvosilag releváns értékekről, ugyanakkor a manipuláció vagy a kényszerítés minden formája kerülendő. Az autonómia és a jóttevés viszonya szempontjából az orvos a *barát vagy a tanító* szerepét veszi át, aki saját érték-képzeteit és habitusát is behozza a döntési folyamatba.

Az ideáltipikus orvos-páciens kapcsolat formáinak meghatározása és fogalmi lehatárolása elsődlegesen a *páciens autonómiájának* és a *jóttevésnek* az etikai elvein orientálódik. Tom L. Beauchamp és James F. Childress négy elvének tételéhez kapcsolódva, a fenti két etikai elv (a jóttevés és az autonómia) mellett a *károkozás kerülésének* elve és az *igazságosság* veendő figyelembe a *középsztintű etikai elvek* vonatkozásában (Beauchamps – Childress 2013). Ezen elvek segítségével lehet vizsgálni és értékelni az orvos-páciens kapcsolat mindenkor konkrét normatív problémáit – a megfelelő empirikus kontextustényezők figyelembe vétele mellett.²⁶

²⁶ A Beauchamps és Childress által kidolgozott és többször módosított elméletet „liberális modellként” írja le Johann Ach és Beate Runtenberg, ami szerintük paradigmaváltást hozott a bioetikában. Ugyanitt bemutatják azokat a főbb kritikai kifogásokat, amelyek ezt a modellt érték, majd a fontosabb alternatív tételeket és elméleti javaslatokat. Vö. Ach – Runtenberg 2002: 54–74, 81–106.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

A károkozás kerülésének elvét sokan a legfontosabb normának tartják az orvosetikai vitákban. A másik féllel szembeni szándékos károkozásról való lemondás kötelezettsége az orvos-páciens kapcsolatban létrejövő *bizalom* alapja. Emellett az orvos elköteleződése a károkozás kerülésének parancsa mellett előfeltétele mind az orvosi hivatás tekintélyének, mind az orvos kompetenciájának. Példa erre a páciensről való személyes és bizalmas információkhoz való hozzájutás és annak etikailag megfelelő kezelése. Az *igazságosság* etikai alapelve az orvos-páciens viszony vonatkozásában részben lefedhető az univerzalizmus Parsons által kialakított szerepnormájával. Ebben az értelemben a helyesen cselekvő orvos feladata az, hogy minden páciensét megfelelően kezelje, és ne tegyen megalapozatlan különbséget az egyes betegek között. Ugyanakkor valódi, konkrét gyakorlati kihívást jelent a szűkös eszközök és tartalékok elosztásakor az orvosok számára az igazságosság elvének érvényesítése a klinikai gyakorlatban. Pl. megszorító vagy racionalizáló intézkedések végrehajtása, mint a korlátozott büdzsé az ambuláns szektorban vagy az ún. Diagnosis Related Groups (DRG) az osztályokon az egyes orvos felelősségi területe: neki kell döntenie, hogyan lehet igazságosan elosztani a páciensek között a rendelkezésre álló javakat és tartalékokat.

Ez a magyar egészségügy egyik égető, ha nem a legégetőbb problémája, ami köztudottan kedvez a korrupciós formáknak (e fejtegetéshez vö. Schildmann – Vollmann 2015: 195–197). Gyakran nem csak etikai, hanem megfelelő jogi eszközök bevetésére is szükség lenne e súlyos probléma kezeléséhez. Ez a széleskörű tapasztalat is erősíti azt a többé-kevésbé (sajnos, inkább kevésbé) tudatosított társadalmi igényt, hogy a páciensek betegjogi, személy- és személyiségjogi tudatának kialakulása az igazságosság-elv elterjedésének is elengedhetetlen feltétele és eleme a magyar egészségügyben.

A páciens önmeghatározása, a jóttevés, a károkozás kerülése és az igazságosság, vagyis az orvos-beteg kapcsolat négy alapelve azonban nem kizárólagosak, ha az etikai kihívásokat vizsgáljuk az orvos-páciens kapcsolatban. Egy további alternatív etikai tételt javasolnak az *erényetikai* modellekben (virtue ethics), amelyekben az orvos magatartása és beállítottsága áll a középpontban. Ezt képezi le az orvosi ét-hosz. Abból kiindulva, hogy az etikai alapelvek alkalmazása végső soron az egyes morálisan cselekvő személyek diszpozíciójától és beállítottságától függ, erényetikai elméleti tételeket javasolnak ezekben a modellekben, amelyek az orvosi etikai ki- és továbbképzés alapvetéséül szolgálhatnak (Pellegrino 2006a: 65–71, Pellegrino 2006b: 40–68).

Ám attól függetlenül, hogy milyen etikai tételeket és modelleket alkalmaznak az orvos-páciens kapcsolat morális aspektusainak elemzésére, a mindenkori konkrét orvos-beteg interakció normatív értékelése *empirikus kontextustényezőktől* is függ. A következőkben ezt néhány morálisan releváns kontextustényező példáján világítjuk meg.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

3. NORMATÍV ÉRTÉKELÉS ÉS EMPIRIKUS KONTEXTUSTÉNYEZŐK

Az a *konkrét kontextus*, amelyben a diagnózisra, a kezelési lehetőségekre és a prognózisra vonatkozó információk közvetítésre kerülnek, és amelyben meghozzák a döntéseket, *releváns empirikus tényező a konkrét orvos-páciens kapcsolat értékeléséhez*. Emellett figyelembe veendő, hogy egy meghatározott empirikus kontextus célkitűzéséből és egyéb elemeiből *közvetlenül* nem vezethető le normatív értékelés, pl. abból, hogy az adott orvos milyen sajátos kórházi körülmények között, pontosan mennyi idő alatt, milyen alapossgal végezte el az adott páciens tájékoztatását. Egyszerűen fogalmazva: egyes esetekből nem lehet túl messzire vezető következtetéseket levonni. Ugyanakkor az egyes esetek összegyűjtése az empirikus kutatás számára fontos adatbázist képez, aminek bevonása hozzájárulhat a normatív értékelés megalapozottságához. A morálisan vagy szociokulturálisan releváns kontextustényezőket – s ilyen lehet a pácienssel való bánásmód elavult morális és szociokulturális *mintája*, s nem egyszerűen egy konkrét esete – mindig *normatív* etikai koncepciókkal és elméletekkel kell kapcsolatba hozni. Etikai (és jogi) normatív alapvetésre támaszkodva, valamint ismert, morálisan (és/vagy szociokulturálisan) releváns tényezők alapján és empirikus adatbázist *is* bevonva lehetséges az orvos-páciens kapcsolat *adekvát normatív értékelése*. Fontos, hogy ez a *többdimenziós értékelés* konkrét, morálisan és/vagy szociokulturálisan releváns információs bázisra támaszkodjon, s ne egyszerűen konceptualizáljon, ami éppúgy az egyoldalúság veszélyét hordozza, mint az empirikus adatokból *közvetlenül* levezetett normatív értékelés, azaz a túláltalánosítás közismert jelensége.

A döntéshozatal fent megnevezett mindegyik modellje számára adottak *orvosi etikai (szociológiai, jogi) kontextusok*, amelyek e modellek valamelyikét előnyben részesítik. Ez érvényes a paternalisztikus döntéshozatal gyakran bírált modelljére is. Erre példa lehet az a szituáció, amikor a legrövidebb időn belül kell intézkedni a páciens életének megmentéséért, illetve állapotának stabilizálásáért. Az ilyen szituációkban nincs lehetőség a megfelelő intézkedések kivitelezése *előtt* a páciens releváns értékkepzeteinek, diszpozícióinak, habitusának bevonására és értelmezésére. Ilyen helyzetekben az orvos azon feltételezés mellett cselekszik, hogy az általa megcélzott életmentés, illetve az élet fenntartása, valamint a károk megakadályozása vagy csökkentése összhangban van a páciens preferenciáival és érték-habitusával. Lehetséges, hogy utólag kiderül: ez a premissza nem volt korrekt. Ennek ellenére etikailag igazoltnak tűnik az orvos paternalisztikus eljárása a vázolt szituációban. Az is kétségtelen, hogy nem minden olyan szituációban lehet igazolni az életmentő vagy életet fenntartó intézkedéseket, amelyben sürgősen kell cselekedni. Az etikailag nem igazolható paternalisztikus cselekvésnek lehet egy olyan szcenáriója, mint pl. a vérátömlesztés egy olyan páciensnél, akiről tudni lehet, hogy egy ilyen intézkedést minden helyzetben elutasít (pl. Jehova tanúi).



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

A fent jelzett releváns kontextusok mellett további érvényes empirikus tényezők is belejátszanak az orvos-páciens viszony etikai értékelésébe. Erre kínálnak példát olyan *szituatív tényezők*, mint az orvos-beteg kapcsolat tartóssága illetve időtartama. Így az etikai értékelés számára releváns az a megkülönböztetés, hogy vajon sok éve létező kapcsolat van-e a háziorvos és a páciens között, vagy a klinikára éppen felvett páciens és az osztályos orvos között az első, kezdeti kapcsolatról van-e szó. Az első esetben az orvosnak lehetősége adódik arra, hogy érvényesítse a páciens preferenciáit a kezelést illetően életveszélyes helyzetben. Az is lehetséges, hogy a háziorvos a páciens ellátásának lefolyásában megnevezi a páciens ambivalens érzéseit, fenntartásait meghatározott orvosi beavatkozásokkal (pl. irreverzibilis kómába került beteg mesterséges táplálással történő hosszabb távú életben tartása) szemben. Az osztályos orvos számára viszont csak korlátozottan lehetséges a páciens preferenciáinak árnyalt elemzése az első kapcsolatfelvétel keretében. Az etikai elemzésnek és értékelésnek egy ilyen konkrét esetben el kell ismernie, hogy az osztályos orvosnak szituációfüggően korlátozott lehetőségei vannak a tájékoztatás és a döntéshozatal alakításában. Ugyanakkor megoldások kidolgozására van szükség ahhoz, hogy lehetségessé váljon a páciens preferenciáinak normatív perspektívában megkövetelt figyelembe vétele hasonló esetekben. A háziorvos és az osztályos orvos közti jobb együttműködés, ennek kidolgozása és sztemderként való elterjesztése lehet egy reális opció.

A strukturális keretfeltételek ugyancsak releváns kontextustényezők, mint pl. egy magas szintű munkamegosztásos kórházi rendszer struktúrája. A mindenkori speciálisan arra kiképzett orvosok különböző diagnosztikai és terápiás intézkedéseinek kivitelezése morális/etikai és szociokulturális/szociológiai perspektívából egyaránt pozitívan értékelendő, mivel ez a jó orvosi ellátási minőség támogatását juttatja kifejezésre az adott intézményben. Ugyanakkor ez a munkamegosztás az orvos-páciens kapcsolatra nézve azt is jelenti, hogy az egyes specialisták számára meglehetősen nehéz, ha nem lehetetlen a beteget érintő összes információ integrálása. Ezen túl a rendelkezésre álló idő és az orvos kommunikációs kompetenciája is empirikus keretfeltételt képeznek az orvos-páciens kapcsolat megfelelő alakításához. Ezeket a tényezőket részben az orvos is képes befolyásolni, pl. a kommunikációs kompetenciák javítását célzó továbbképzésen való részvétellel. A játéktér a rendszerfüggő adottságok miatt azonban behatárolt. Ilyen adottság a beszélgetések honorálása, ennek megoldatlansága (Vö. Schildmann – Vollmann 2015: 197–198). Az előre elvárt „hálapénz” a tájékoztató beszélgetésen nyilvánvalóan elfogadhatatlan mind etikai, mind jogi értelemben. A beteg pácienssé válása, személy-státuszának és az ahhoz tartozó jogoknak a tudatosítása és érvényesítési képessége az orvos-beteg kapcsolatban csökkentheti az ilyen fajta kiszolgáltatottságát.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

4. AKTUÁLIS VITÁK AZ ORVOS-PÁCIENS KAPCSOLATRÓL A MODERN MEDICINÁBAN

Az orvos-páciens kapcsolat alakításában mind etikai-normatív, mind klinikai-orvoslási, mind szociokulturális (magatartási minták) perspektívából elengedhetetlenek az *interdiszciplináris* kutatások. Különösen igaz ez a döntéshozatal és a tájékoztatás sokat vitatott, központi jelentőségű kérdéskörére. Konkrét példa a *participatív döntéshozatal* (shared decision making/ partizipative Entscheidungsfindung) lehet. Az orvos-páciens kapcsolatnak e modellje mellett száll síkra a 1990-es évektől sok tudós, orvos valamint egészségügyi csoportok képviselői (Scheibler – Pfaff 2003. Idézi: Schildmann – Vollman 2015: 199). Az orvos-páciens kapcsolat fentebb referált modelljeitől elhatárolva, ebben a modellben az orvos-páciens kapcsolat *alakítási folyamata egyes lépéseinek beazonosításában van a lényeg*. A döntéshozatal fölötti normatív kontroll helyett az egyes lépések beazonosítása kerül a középpontba, ami lehetővé teszi a *páciens preferenciáinak megfelelő bevonását* a tájékoztatásba és a terápiáról való döntésbe. Ennek az *együtműködési modellnek* az orvoslás praxisában való hatásáról átfogó empirikus vizsgálat készült (Vö. Rockenbauch – Schildmann 2011: 399–408).

Az egészségügyi ellátásban alkalmazott új és állandóan bővülő technológiák olyan etikai kérdéseket vetnek fel, amelyeknek komoly jelentősége van az orvos-páciens kapcsolat átalakulásában. De nem csak az orvoslás permanensen bővülő technológiái, hanem a változó orvosi tudás *szakmai körökön túli elérhetőségének* technológiái is részei ennek a folyamatnak. Példaként álljanak itt olyan kérdések, amelyeket az internet és más médiák lehetséges hatásai idéznek elő a *páciens információs- és részvételi magatartásában* a tájékoztatást és a döntéshozatalt illetően. Olyan kérdések, amelyek a *professzionális* orvosi tevékenységgel szemben felállított követelményekre irányulnak, tekintettel a sok esetben problematikus orvoslási információkra az interneten és más médiákban. A *telemedicina* kihatása az orvos-páciens kapcsolatra, különösképpen az orvos és a páciens közötti, egyre inkább redukált személyes kapcsolat aspektusaira olyan kutatási kérdésköröket hoznak felszínre, amelyek modern információs technológiákat is bevonó interdiszciplináris vizsgálatokat igényelnek.

További kérdések merülnek fel az orvos-páciens kapcsolat vonatkozásában az orvoslásról a modern kommunikációs technológiák által nyerhető bővülő tudás kontextusában. Jó példát szolgáltatnak erre jelenleg a genetikai információk, amelyek széleskörű társadalmi érdeklődést váltanak ki.²⁷ Elengedhetetlennek tűnik adekvát stratégiák kifejlesztése ezen adatok megfelelő szakmai betagolásához, valamint fele-

²⁷ A legismertebb német filozófus, aki magát inkább szociológusnak vallja, etikai fenntartásokat fejezett ki a genetikai információkkal és a génállományba való technikai beavatkozási lehetőségekkel kapcsolatban. Vö.: Habermas 2005. Ez a megnyilvánulása sok bioetikust és orvost irritált, és többen hozzá nem értéssel vádolták meg. – A genetikai kutatások és alkalmazások etikai problémáinak egyik első német nyelvű szisztematikus feldolgozására Kurt Bayertz vállalkozott. Vö. Bayertz 1987.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

lősségteljes integrációjához a klinikai gyakorlatba, továbbá a megfelelő ismeretterjesztő tevékenység. Mindezen új és szaporodó jelenségeknek a megfelelő tematizálása és gyakorlati kezelése megköveteli a medicina, a bioetika, a jogrendszer, valamint további szakterületek, mint az egészségpszichológia és a médiatudományok képviselőinek szoros együttműködését. Az interdiszciplinaritás igényét a vázolt mélyreható és sokrétű változások önmagukban is sokszorosan alátámasztják.²⁸

Kitekintés

Az orvos-páciens kapcsolat egyre komplexebbé válik a modern medicinát meghatározó, permanenssé vált technológiai és társadalmi változások következtében. E háttér előtt különösen nem közömbös, hogy az érintettek (az egészségügy összes szereplője, beleértve a páciens meg a finanszírozót is) hogyan reagálnak ezekre a változásokra. Az orvos *kizárólagos* szakmai és emberi tekintélyének ideje már csak a technológiai fejlemények következtében is *lejárt*. S nem csak a plurális értékorientációjú modern társadalmakban, hanem a modernizációval és a demokratizálódással (történeti okokból ismétlődően) küszködő *kelet-európai társadalmakban is*. Ám ebben a régióban az ehhez a változáshoz való megfelelő viszony, a szükséges új magatartási minták, köztük a korszerű orvos-szerep elsajátítása-kimunkálása, illetve az önrendelkezési joga tudatában lévő, kellően tájékozott, megfelelő felelősségtudattal rendelkező páciens magatartási mintájának kifermálódása és elterjedése még várat magára. A kölcsönös tiszteleten, az orvosi szakmai kompetencia elismerésén és a páciens mint személy elismerésén alapuló kooperációs formák itt még nem kristályosodtak ki. Régi autoriter és avitt minták követése egy olyan helyzetben, amelyben a betegjogok és személyiségjogok egyre nagyobb teret kapnak, s amelyben a modern orvosi technológiák elterjedése feltartóztathatatlan, meglehetősen visszas helyzetet teremt. (Ez kedvez a zavarosban halászás híveinek.) Legalább ilyen súlyú deficit a páciens szándékos kiskorúsítása és alárendelt helyzetének nem ritkán megalázó gesztusokkal történő konzerválása, elvégre ez az attitűd ellentétes az orvosi esküben deklarált, s az eskütétel által minden egyes orvos által akceptált közös céllal is: a páciens egészségének helyreállításával vagy javításával. Ez az etikailag, jogilag és szociokulturálisan egyaránt elfogadhatatlan helyzet nyilván nem tartható a végtelenségig.

Látszólag aprónak tűnő lépésekkel is lehet ellene tenni.

A 'beteg' kifejezésnek a (német etikában és gyakorlatban elterjedt) 'páciens' kifejezéssel való helyettesítése a magyarországi orvosi etika és praxis egyik sürgető feladatának és egyúttal a holtpontról való elmozdulási lehetőségnek is tűnik. Ez a jelentéktelennek látszó elem valójában jelentős tartalmi változást indíthat el. A meg-

²⁸ Az interdiszcipliáris orvosetikai kutatásokhoz vö. Wynsberghe – Gastmanns 2009: 469–476.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

nevezés megváltoztatása természetesen nem vonja automatikusan magával, hogy attól kezdve a betegeket páciensként és személyként kezelik az egészségügyi intézményekben. De elindíthat egy olyan folyamatot, amelyben az orvos illetve az egészségügy szereplői másként kezdenek tekinteni a megbetegedett személyre, aki a páciensük lett. E folyamat további fontos eleme lehet és kell, hogy legyen, hogy a beteg sem csupán betegként tekint önmagára, hanem tudatában lesz személy-mivoltának és az ezt megillető normáknak (tisztelet, önrendelkezés, tájékozottságon alapuló bejegyzés stb.) és jogoknak. Nem csak a betegjogoknak, hanem a személyiségi és emberi jogoknak is. Ezeket a jogokat ideiglenesen, pl. egy műtét idejére fel lehet és fel is kell függeszteni. Pl. úgy, hogy erre az időre delegálja e jogai egy részét az orvosra, más jogait a családtagjaira. Anélkül, hogy lemondana ezekről a jogokról, amelyek eltulajdoníthatatlanul hozzá tartoznak személy-létéhez – beteg állapotában is.²⁹ Egy ilyen irányú változás átformálhatja az eleve asszimétrikus orvos-páciens kapcsolatot: csökkentheti az asszimetria kemény hierarchiává és kizárólagos dominanciává alakulásának veszélyét, arra a területre szűkítve azt, ahová tartozik: a szakmaiság területére. Az orvos szakmai kompetenciája ilyen módon nem válna, nem válhatna kérdésessé, ugyanakkor nem telepedne rá az orvos-páciens kapcsolat minden elemére. A szakmai alapokon nyugvó önkorlátozás, a páciens emberi méltóságának és az őt, mint személyt megillető jogoknak a tiszteletben tartása az orvos részéről olyan elengedhetetlen feltételek, amelyek teljesülése nélkül *esély sincs* a korszerű orvos-páciens kapcsolat kialakítására, az ennek megfelelő érintkezési-magatartási minták kikristályosodására és a közös cél érdekében kialakítandó hatékony együttműködésre. Csak a berögződött, társadalmilag is gátló, káros minták továbbörökítésére.

Az emberi méltóság alapelve (a német alkotmányban a legmagasabb értékű norma), valamint a személyt megillető normák, jogok a társadalmi érintkezési formák magától értetődő elemeivé váltak a modern plurális értékeken alapuló társadalmakban. Ez a civilizációs folyamat az egykori keleti tömb országokban sok tekintetben még várat magára. Ez a történelmi-civilizációs deficit mindmáig rányomja bélyegét a magyar egészségügy szereplőire, interakciós formáira, különösen az orvos-páciens kapcsolatra.³⁰ A modern medicina plurális elveket valló, az egyének önrendelkezését és jogait elismerő és a gyakorlatban érvényesítő kontextualizálására és ennek

²⁹ Quante magyarul is hozzáférhető munkái ebben a vonatkozásban is tanulóanyagokra érdemesek. Az erős orvosi paternalizmustól nem egyszerűen a páciens, mint személy autonómiája felé való elmozdulást tekinti döntőnek, hanem az együttműködésre való nyitottságot. Ti. a személyes autonómia tiszteletben tartása mellett ennek komplexitását is figyelembe kell venni. A páciens meghatározott életterületekre vagy beavatkozásokra vonatkozóan felhatalmazhat másokat, pl. az orvost, miközben e „másodrendű” választása mellett autonómiája mégis megőrződik. „A személyes autonómiába belefér – egyfajta munkamegosztás keretein belül – az autonómiáról való részleges lemondás is.” Vö. Quante 2010a: 290.

³⁰ Az a kérdéskör, amit ez a tanulmány vizsgál, elsődlegesen nem egészségpolitikai természetű, hanem jóval összetettebb, történelmi-szociológiai okokra is visszavezethető problémahalmazt jelöl. Ugyanakkor az csak üdvözlendő, ha az egészségpolitika támogatja a medicina *komplex, azaz nem csak technológiai és szakmai modernizálódását*. Az egészségpolitika témaköréhez vö. Huster (2014): Gesundheitspolitik: 235–245.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

a folyamatnak a támogatására a bioetika sokkal inkább lehetőséget kínál, mint az orvosi etika, amely az orvos-beteg/páciens duális kapcsolatára és interakciójára koncentrálnak és szűkül. A bioetika nyitottsága és interdiszciplináris jellege révén számos támpontot kínál az egyre összetettebb orvos-páciens kapcsolat és interakciós forma komplex vizsgálatára, többek között egészségpszichológiai kutatásokkal való termékeny együttműködésre.³¹

Irodalom

- Ach, J. S. – Runtenberg, C.: (2002): *Bioethik: Disziplin und Diskurs. Zur Selbstaufklärung angewandter Ethik*. Campus Verlag, Frankfurt am Main
- Ach, J. – Lüttenberg, B. – Quante, M. (eds.) (2014): *Themen und Positionen der Bioethik*. Mentis Verlag, Münster
- Anstötz, Ch. – Hegselmann, R. – Kliemt, H. (szerk.) (1995): *Peter Singer in Deutschland. Zur Gefährdung der Diskussionsfreiheit in der Wissenschaft*. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main/Berlin/Bern/New York/Paris/Wien
- Bayertz, K. (1987): *Gen-Ethik. Probleme der Technisierung menschlicher Fortpflanzung*. Rowohlt Verlag, Reinbek
- Beauchamps, T. L. – Faden, R. R. (2008): *Bedeutung und Elemente des Informierten Einverständnisses*. In: Wiesing, U. (szerk.): *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*. Reclam, Stuttgart: 111–114.
- Beauchamp, T. L. – Childress, J. F. (2013): *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, New York – Oxford
- Csejtei, D. – Juhász, A. (2010): Új jelenségek és lehetőségek a biomedicinális etikában, különös tekintettel a személyes identitásra. Utószó. In: Quante, M. (2010a.): *Személyes élet és emberi halál*. Id. kiad: 296–307.
- Düber, D. – Gutmann, T. – Quante, M. (2015): *Paternalismus*. In: *Handbuch Bioethik*. Id. kiad. 122–128.
- Emanuel, J. E. – Emanuel, L. L. (2008): *Vier Modelle der Arzt-Patient-Beziehung*. In: *Ethik in der Medizin*. Id. kiad. 101–104.
- Engelhardt, T. H. (2008): *Freies und informiertes Verständnis*. In: *Ethik in der Medizin*. Id. kiad. 106–108.
- Gutmann, T. (2001): *Freiwilligkeit als Rechtsbegriff*. C. H. Beck Verlag, München

³¹ Ez a tanulmány a WWU Münster KFG-projektjének keretében készült. Ezért a lehetőségért köszönettel tartozom a projekt vezetőinek, akik bizalmat szavaztak ennek az írásomnak is, valamint a kollégáknak a szakmai kérdésekben mutatott segítőkészségért. Köszönöm továbbá Kőműves Sándor és Kovács Gábor önzetlen segítségét.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

- Habermas, J. (2005): *Die Zukunft der menschlichen Natur*. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik. Bővített kiadás. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Heinrichs, B. (2015): Informierte Einwilligung. In: *Handbuch Bioethik*. Id. kiad. 58–65.
- Hildt, E. (2006): *Autonomie in der biomedizinischen Ethik*. Genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung. Campus Verlag, Frankfurt/New York
- Huster, S. (2014): Gesundheitspolitik. In: Ach, J. – Lüttenberg, B. – Quante, M. (eds.): *Themen und Positionen der Bioethik*. Mentis Verlag, Münster: 235–245.
- Jaspers, K. (1986): *Der Arzt im technischen Zeitalter*. Piper, München
- Kőműves, S. (2012): Technikai eredmények és demokratikus értékek párbeszéde. Utószó. In: Quante, M.: *Emberi méltóság és személyes autonómia*. A magyar kiadást szerkesztette: Kőműves S./Rózsa E. Meditor Bioetikai sorozat, Debrecen University Press, Debrecen: 289–308.
- Kreß, H. (2003): *Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin*. Kohlhammer, Stuttgart
- Parsons, T. (1951): *The Social System*. Routledge & Kegan Paul Ltd., California
- Pellegrino, E. D. (2006a): Der tugendhafte Arzt und die Ethik der Medizin. In: *Medizin und Ethik*. Id. kiad.: 40–68.
- Pellegrino, E. D. (2006b): Toward a reconstruction of medical morality. In: *American Journal of Bioethics*, 6/2: 65–71.
- Quante, M. (2010a): *Személyes élet és emberi halál*. A magyar kiadást szerkesztette: Rózsa, E. – Loboczky, J. Líceum Kiadó, Eger.
- Quante, M. (2010b): *Személy*. A magyar kiadást szerkesztette: Rózsa, E. – Loboczky, J. Líceum Kiadó, Eger
- Quante, M. (2012): *Emberi méltóság és személyes autonómia*. In: Kőműves, S. – Rózsa E. (Szerk.): *Demokratikus értékek az élettudomány összefüggésében*. Meditor Bioetikai sorozat, Debrecen University Press, Debrecen
- Quante, M. (2016): Assistierter Suizid aus philosophischer Sicht. In: M.Quante/E. Schockenhoff (2016): *Autonomie am Lebensende*. Assistierter Suizid aus philosophischer und moraltheologischer Sicht. Verlag der Akademie Franz Hitze Haus, Münster: 9–40.
- Rockenbauch, K. – Schildmann, J. (2011): Partizipative Entscheidungsfindung (PEF): eine systematische Übersichtarbeit zu Begriffsverwendung und Konzeptionen. In: *Das Gesundheitswesen*, 73/7: 399–408.
- Rózsa, E. (2011): Szabadság és természet. A humán jelleg és a személy tematikája a kortárs német bioetikában. In: *Meditor*, 1, Debrecen, 47–62.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

- Rózsa, E. (2014): Gyakorlati tudás a filozófiai antropológia, a bioetika és az alkalmazott etika perspektíváiban. Reflexiók Biczó Gábor Az alkalmazott antropológia és a gyakorlati értékű tudás: a történeti előzmények, a kritikai fordulat és az etikai önreflexió társadalomfilozófiai háttére című írására. In: *Tabula*. A Néprajzi Múzeum online folyóirata (ISSN 2064-7190), 15/2. [http://tabula.neprajz.hu/neprajz.07.152.php?bm=1&kr=A_10_%3D%222014%2015\(2\)%22](http://tabula.neprajz.hu/neprajz.07.152.php?bm=1&kr=A_10_%3D%222014%2015(2)%22) (Utolsó letöltés: 2015.08.27.)
- Rózsa, E. (2015): Bioetika Németországban versus bioetika. In: *Századvég*, 76: 105–133. Online: http://szazadveg.hu/ld/i5u6s9h4s3n8w1c0j7t9_Szazadveg_76_Bioetika_netre.pdf (Utolsó letöltés: 2015.08.27.)
- Rózsa, E. (2016a): Orvos-beteg/páciens kapcsolat- változó medicinális és társadalmi kontextusban. In: *Az autonómia és határai*. Id. kiad. 219–246.
- Duffner, A. – Kőműves S. – Rózsa, E. (szerk.) (2016b): *Az autonómia és határai*. Kortárs német és magyar bioetikai írások. Debrecen University Press, Meditor sorozat, Debrecen
- Rózsa, E. (2016c): Részvétel, laikusság és kompetenciák – az orvos-beteg együttműködési modell perspektívájából. In: *Replika*, 100(5): 153–158.
- Sass, H.-M. (1988): *Bioethik in den USA*. Springer, Heidelberg
- Sass, H.-M. (szerk.) (2006): *Medizin und Ethik*. Reclam, Stuttgart 1989. Javított, a bibliográfiát megújított kiadás: 1999, utánnymomás: 2006.
- Scheibler, F. – Pfaff, H. (szerk.) (2003): *Shared Decision-Making*. Juventa Verlag, Weinheim
- Schildmann, J. – Vollmann, J. (2015): Arzt-Patient-Verhältnis. In: *Handbuch Bioethik*. Id. kiad.: 194–199.
- Schöne-Seifert, B. (2007): *Grundlagen der Medizinethik*. Alfred Kröner Verlag, Stuttgart
- Siegler, M. (1985): The progression of Medizin. From physician Paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony. In: *Archives of Internal Medicine*, 145/4: 713–715.
- Siegrist, J. (1998): Arzt-Patient-Beziehung. In: Korff, W. – Beck, L. – Mikat, P. (Ed.): *Lexikon der Bioethik*. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh: 238–242.
- Sturma, D. – Heinrichs, B. (2015): *Handbuch Bioethik*. J. B. Metzler, Stuttgart – Weimar.
- Vieth, A. (2006): *Einführung in die Angewandte Ethik*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Vollmann, J. (2008): *Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

- Wiesing, U. (2008): *Ethik in der Medizin*. Ein Studienbuch. Reclam, Stuttgart 2000, 2004, 2008. Jelen írásban a 2008-as, aktualizált kiadásra támaszkodtam.
- Wolff, H. P. (2006): Arzt und Patient. In: H.-M. Sass (szerk.): *Medizin und Ethik*. Id. kiad. 184–211.
- Wynsberghe, A. van – Gastmanns, Ch. (2009): Telepsychiatry and the meaning of in-person contact: a preliminary ethical appraisal. In: *Medicina, Health Care, and Philosophy*, 12/4: 469–476.