

Rózsa Erzsébet

Részvétel, laikusság és kompetenciák – az orvos-beteg együttműködési modell perspektívájából

A modern társadalom szinte áttekinthetetlenül bonyolult és egyre inkább bonyolódó strukturái ránehezednek a rá irányuló tudományos kutatás episztemológiai és alkalmazott tudásterületi (tudományetikai, társadalomkritikai, hermeneutikai stb.) intencióira, kérdésfeltevéseire és a megfelelő módszerek kimunkálására. Ezzel a problémahalmazzal minden kutatónak szembesülnie kell – a saját speciális kutatási területén és a saját megközelítési nézőpontjából. Ugyanis nem önmagában a kutatás „tárgyának” körülhatárolása vált problematikussá: az is újra meg újra kérdésként merül fel, *hogyan* közelítsünk ahhoz, amit fel akarunk tártani. A megfelelő módszer ideiglenes szabályaira irányuló igény, úgy tűnik, legalább annyira időszerű napjainkban, mint Descartes idejében volt. A társadalomtudományok és hozzájuk kapcsolódva az alkalmazott filozófia/filozófiák ma is kénytelenek ezzel a problematikával újra meg újra szembesülni. A megfelelő, nem csak a „tárgynak”, hanem a *kutatás minden résztvevője* („szubjektuma”) szempontjainak adekvát „hogyan” keresése és kimunkálása állandó és mindig megújuló kihívást jelent. A résztvevői perspektívák, amelyek pl. a kulturális antropológiában vagy a bioetikában *eleve nem csak tudományos jellegűek* lehetnek, a tárgyilagossnak, objektívnek tartott, tudományos megfigyelői perspektívát is más megvilágításba helyezik és befolyással vannak arra.

A fenti összetett és átfogó kérdéskörből mindössze néhány aspektust emelek ki, amelyeket az alkalmazott filozófiával érintkező bioetika tudásterületének azon szeletén kívánok felvilágot látni és részben illusztrálni, amellyel néhány éve alkalmam van foglalkozni. Ezt a címben jelzett fogalmakra és konstellációikra koncentrálni teszem. Ebben *nem episztemológiai/ismeretelméleti megfontolások* vezetnek, amelyek fontosságához egyébként nem férhet kétség. Most azonban a gyakorlati tudás kimunkálásának folyamatára, ennek néhány aspektusára összpontosítok, ahogyan a címben jelölve van, és ahogyan a *Replika* körkérdése megkívánja. Mindazonáltal leszögezendő: minden gyakorlatunk tartalmaz valamilyen mértékben,

arányban és funkcióban megfigyelői szempontokat és perspektívát is, így a résztvevői perspektívára való összpontosítás már ezért is csak korlátozott érvényességű lehet.

A bioetika, illetve a biomedicinális etika mint diszciplína és mint a medicinaiban alkalmazott tudásterület egyik alapkérdése az *orvos-beteg kapcsolat*ra irányul.¹ Ez a kapcsolat a tágabb értelemben vett, kutatási szempontból is releváns együttműködési formák egyik típusa. Olyan együttműködési forma, amelynek gyakorlatára vonatkozóan évezredekre visszamenően volt, ma is van etikai (és jogi) szabályozás. A Kr. e. 4. század óta léteznek előírások, elvárások arról, hogy mi a helyes, mi az ajánlott, mi a nemkívánatos vagy tiltott ebben a kapcsolatban, illetve együttműködésben. Ez a szabályozás a különböző kultúrákban nagy múltra tekint vissza, néhány közös, és legalább annyi eltérő vonást mutatva fel. Gondoljunk csak Hippokratészre, akinek a Kr. e. 4. századból származó tanai az orvosi esküben mindmáig fennmaradtak. De a taoista orvoslás is tartalmaz hasonló etikai hagyományokat (vö. Sass 2006 [1989]: 5–6).

Az orvos-beteg kapcsolat az *egyik legősibb együttműködési forma*, amelyben a résztvevők nem csak a beteg gyógyítására alkalmazandó *szakmai-gyakorlati tudásra* támaszkodnak gyakorlataikban, hanem e kapcsolat mint együttműködési forma *etikai szabályozására* is tekintettel vannak. Ezért ez a kapcsolati alakzat a társadalomtörténetben ismert együttműködési formáknak az egyik alapvető, korszakokon és kultúrákon átívelő ideáltípusának tekinthető. Ebben az együttműködési formában az elvárt szakmai kompetenciához olyan a gyakorlatokhoz rendelt tudásetikai szabályozás kapcsolódik, amely kivételesen magas normativitással rendelkezik és rendelkezett mindig is. Ez a magas normativitás nem véletlen: e normativitásnak egzisztenciális fundamentuma van. Mégpedig azért, mert az egészségre és a betegségre, az életre és a halálra vonatkozó szakmai-gyakorlati tudásnak *eminens és közvetlen értelemben vett egzisztenciális jelentése és jelentősége* van.² Ennek ellenére, vagy talán éppen ezért, ennek az együttműködési modellnek a tanulmányozása nemcsak filozófiai-etikai jelentőséggel rendelkezik, hanem a társadalomtudományok számára is kínálhat hasznosítható belátásokat és tanulságokat.

Ez az ősi együttműködési forma a modern orvoslás feltételei között alapjaiban átalakult és máig átalakulóban van. Évezredekben át az orvos dominálta e kapcsolatot, míg a beteg alárendelt, passzív magatartást tanúsított, s az orvosba vetett teljes bizalma alapján mindent kritika és fenntartás nélkül elfogadott, amit az orvos kijelentett, javasolt stb. Az orvost esküje, annak etikai tartalma kötelezte: a beteg jólléte mint legfőbb cél és a károkozás kerülésének szándéka vezette. A modern medicina feltételei között azonban ezek az etikai szabályok önmagukban egyre kevésbé működőképesek. A hagyományos orvosi etika kiegészítésre szorul, aminek nem csak az orvoslás technológiájában bekövetkezett változásokban keresendő az oka (az orvosok specializálódása, a medicinából kivesző holisztikus látásmód és ennek következményei, így a beteg eltárgyasítása az orvoslás technikai apparátusának túlsúlya eredményeként stb.).

A modern medicina technológiai fejleményei mellett különböző társadalmi mozgalmak és szerkezeti változások is fontos szerepet játszottak abban, hogy az 1960-as évektől a modern társadalmakban alapjaiban megváltozott (változóban van) az orvos-beteg kapcsolat:

1 Ehhez a kérdéskörhöz lásd Rózsa (2016: 219–242).

2 Ennek az egzisztenciális megalapozottságnak néhány alapvető filozófiai és bioetikai összefüggését állítja középpontba munkáiban Michael Quante (Quante 2010 [2002]; vö. Rózsa 2016).

a beteg autonómiája (önmeghatározása, önrendelkezése), valamint a tájékozottságon alapuló beleegyezése, ennek törvényes rögzítése és jogi garantálása ahhoz vezetett, hogy a *betegből páciens lett*. Ez természetesen kihatott a hagyományos együttműködési forma tartalmára és elemeire, így az orvos-beteg kapcsolat jellegére. Számunkra talán most a legérdekesebb ebből a *résztevői perspektíva változása*, mely mind a szaktudást megjelenítő orvos, mind a laikusnak tekintett beteg oldalán végbement, illetve napjainkban is zajlik. Egyik alapvető új fejlemény ezen az együttműködési formán belül a beteg páciensstátuszának jogi és etikai rögzítése – ezzel ugyan az alá-fölé rendeltségen alapuló hagyományosan hierarchikus viszony önmagában véve még nem vált egyenrangúvá. Egy ilyen változást az orvos szakmai kompetenciája eleve lehetetlenné is tesz. A beteg törvényesen biztosított autonómiája, páciensstátuszának elismerése, önrendelkezési jogai ugyanis soha nem helyettesíthetik azt a szaktudást és az ennek megfelelő résztevői (és megfigyelői) perspektívát, aminek alkalmazására a betegnek páciensként is szüksége van és mindig is szüksége lesz.

A modern orvoslás gyakorlatában az orvos-beteg/páciens együttműködési formán belüli, a teljes dominanciát és alárendeltséget felváltó aszimmetriának leginkább egy olyan változata terjedt el a medicinális, társadalmi, jogi-politikai fejlemények hatására, amely mindkét szereplő/résztevő perspektívájára, valamint újraprendező *együttműködésére* messzemenően kihatott: az együttműködésben a *kölcsönös egymásra utaltság*, valamint a *másik résztevői perspektíva tisztelete és bevonása* került előtérbe a hatékony együttműködés érdekében. Ezt nevezik a bioetikában, illetve a biomedicinális etikában gyenge orvosi paternalizmusnak.

E röviden jelzett mélyreható változások további transzformációkat indukáltak ezen együttműködési forma egyes elemeit illetően. Az elemek közül most csak a *részvétel és a laikusság/szakmai kompetencia relációira* összpontosítunk.

A részvétel lehetősége a társadalmi gyakorlatok legkülönfélébb szféráiban a modern egyén mint *személylét-státusz felértékelődésének* következtében hallatlanul kitágult: ez a modernitás jól ismert, széles körben elterjedt, az élet minden szféráját átszövő alapjelensége.³ Az orvos-beteg kapcsolaton és együttműködési formán belül ez a felértékelődés a beteg, illetve a páciens autonómiájának jogi és etikai normájában jut kifejezésre (vö. az 1997-es magyar egészségügyi törvénnyel).⁴ Átfogó értelemben az emberi és személyiségi jogok egész skálája jelzi ezt az alapvető társadalomszerkezeti elmozdulást. A páciens autonómiája elismerendő és tiszteletben tartandó – mégpedig az egészségügyi személyzet minden szereplője részéről. Ám ez nem csak jogokkal ruhazza fel a beteget/páciens. Ebben az összefüggésben lép be az *aktív részvétel* szempontja: míg a hagyományos orvoslásban a beteg egészségéért úgyszólván csak az orvosa volt felelős, a modern medicinában a páciens is felelősséggel tartozik saját egészségéért meghatározott feltételek mellett. Ez a változás az eddigi együttműködésben ugyancsak alapvető elmozdulást juttat kifejezésre: az orvos korábbi *osztatlan felelőssége* helyébe a *felelősség megosztása* lép. Ez a felelősségmegosztás nem csak az orvos és a beteg/páciens között érvényesül: a gondozók, a család, a hozzátartozók vagy a törvényes képviselő is belépnek ebbe az együttműködési formába saját felelősségi kompetenciákkal: mindnyájan releváns, de eltérő szempontú és tartalmú tudást képesek hozzátenni a beteg/páciens állapotával kapcsolatos „információs bázishoz”.

3 A személylét filozófiai és az autonómia bioetikai elveinek szoros összefüggése mellett érvel Michael Quante fent említett munkáiban.

4 Vö. ehhez az 1997. évi CLIV. törvényt az egészségügyről: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154. TV (letöltve: 2016. október 12.).

A felelősség megosztása azzal is összefügg, hogy a páciens mint személy elismerésére és tiszteletére épülő betegjogok nem jelenthetik azt, hogy bármit megtehet, bármit igényelhet. Például egy beavatkozásról való döntés több opció fennállása esetén nem lehet irreális, példának okáért egy aránytalanul drága eljárás követelése vagy a páciens egészségére káros beavatkozáshoz való makacs ragaszkodás. A beteg felelősségi kompetenciájának, amiben az aktív részvétele megnyilvánul, megfelelőnek/adekvátnak és arányosnak kell lennie. Ezt a megfelelőséget és arányosságot a felelősség különböző, lehetőleg *minden releváns szempontjának mérlegelésével* lehet kimunkálni. A felelősség megosztásának és ezáltal a résztvevői perspektíva differenciálódásának további aspektusa, hogy a beteg/páciens a modern orvoslásban nem egyetlen orvossal kerül kapcsolatba, hanem különböző szakorvosokkal, szakápolókkal, illetve a különféle technikai-szakmai kompetenciákkal rendelkező alkalmazottakkal is. Vagyis nem csak a beteg/páciens, hanem az orvoslás oldalán is tovább osztódik a felelősség. Ez természetesen nem kínálhat alapot vagy okot arra, hogy a résztvevők másokra mutogassanak. A felelősség megosztásának kritériumai pontosan meghatározandók és előírandók az egészségügyi intézmény működési rendjében.

Az orvos-beteg együttműködés vázolt *differenciálódása* nagy kihívás minden érintett számára – de esély is egyben. Esély arra, hogy a technikailag kibővült opciók közül a páciens számára a leginkább megfelelőt a „közös bölcsesség”, azaz az egymás között felosztott és egymással megosztott, kommunikált, különböző elemekből összeálló *tudás* (az orvos, illetve az érintett egészségügyi személyzet szaktudása, a beteg önmegfigyelésének adatai, adott esetben a hozzátartozók tapasztalatai és ezekre alapozott feltevései pl. a beteg értékpreferenciáiról élet és halál határhelyzetében) és az ugyancsak megosztott és kommunikált *felelősség* alapján nagyobb valószínűséggel lehet kiválasztani.

Az aktív részvétel a beteg/páciens részéről azt jelenti, hogy él a *betegjogokkal*. A részvétel előfeltételezi az érintettséget. A beteg nem egy tárgy, amin technikai manipulációt hajtanak végre, hanem *személy*, akinek személy mivoltához nem csak betegjogai tartoznak hozzá, hanem saját biográfiája, saját értéképzetei, saját világnézete is. A beavatkozás az együttműködés egyik csúcspontja. Ebben a domináns aktív részvétel nem a betegé: az orvos (vagy egy team) hajtja végre megfelelő gyakorlatokban. Ám ennek a beavatkozásnak a „tárgya” egy személy, akit éppen e sajátos mivolta révén megilletnek tiszteletben tartandó jogok, így személyiségi és betegjogok. E jogok érvényesek az orvosi kísérletekben önként részt vevő személyekre is. Ily módon a gyakorlatok jogi és etikai *korlátozásai minden résztvevői perspektívát érintenek*.

A beteg nem vagy elsősorban nem a jogai alapján, hanem *saját életútja, életterve, értékei kontextusában* érintett, involvált mindabban, ami vele (passzívan) vagy az ő aktív részvételével történik. Érdekelt (*inter esse*) abban, hogy mi, miért és hogyan történjen. Ez az érintettség vezethet aktív részvételi igényhez, de nem feltétlenül vezet. Ma is sokan vannak, akik nem kívánnak élni betegjogaikkal, hanem inkább az erős paternalisztikus eljárást választják: az orvosra bízzák magukat, adott esetben az életüket. Vagy bizalom az alapja ennek a hozzáállásnak, vagy a hálapénz/paraszolvencia hatékonyságába vetett (vak)hit...

Ha viszont a beteg aktívan akar együttműködni a kezelési folyamatban, akkor az érintettséghez hozzákapcsolódik a *laikus pozíció módosításának szükségessége*. Mert a beteg, akár jogai tudatában lévő páciensként is, mégiscsak laikus, bármennyit is tud a betegségről, bármilyen intelligens és magasan képzett. A laikusságnak fokozatai vannak. Egy sok tapasztalattal rendelkező kórházi ápoló vagy műtős betegként laikus, de más szinten, mint pl. egy történelemtanár, főleg, ha éppen olyan betegséget szerzett, amellyel korábban már

találkozott munkája során. Laikus a szakorvos (pl. szívsebész) megfelelő szakmai tudásához viszonyítva, de nem olyan laikus, mint az említett tanár. A beteg/páciens/érintett laikusságát hivatott enyhíteni, illetve korrigálni, de semmiképpen nem megszüntetni a törvényben is előírt *tájékoztató beszélgetés*.

A tájékoztató beszélgetés közvetlen célja az orvos részéről a beteg meghatározott kezelésbe való beleegyezésének megszerzése. Ez a gyakorlatban többnyire formális, gyors és mellékes aktus. Pedig a tájékoztató beszélgetés lényege és valódi célja éppen az lenne, hogy maga a beteg értse meg, mi a betegsége, milyen lehetséges beavatkozási opciók vannak, s ezeket családtagokkal vagy más bizalmi személyekkel megbeszélje, mérlegelje, összevesse eddigi életvezetésével, az életéről és terveiről alkotott elképzeléseivel, értékpreferenciáival. A laikus betegben ebben az informálódási, mérlegelő, tanulási folyamatban – vagyis az aktív részvétel menetében – lényegi emocionális, esetleg normatív változások is lejátszanak, amely változások fő vonatkoztatási pontja a saját személye, élete, egészsége és betegsége.

Az a tudás, ami ebben a folyamatban kikristályosodik, a modern medicinában egyre inkább „*hozzáadott értéket*” képvisel. A páciens bevonásának terjedő gyakorlata ugyan nem kínál tudományos megalapozottságú szakmai kompetenciát, mégis nyereség az adott folyamathoz tartozó *egész tudástartomány* számára. A beteg/páciens/érintett a tájékoztatás és az ezt követő önreflexió, illetve normatív és praktikus mérlegelés eredményeként – aktív résztvevőként – kimunkál a saját gyógyulása és közvetve az orvos szakmai tudásanyaga számára is hasznosítható és értékesíthető tudást. Ennek a tudásnak a bevonása az orvos-beteg együttműködésbe az adott, konkrét eset sikeres kezelésére *eleve* több esélyt ad, mint amivel az a beteg rendelkezik, aki feltétel nélkül rábízta magát az orvosra. Ti. az orvosnak nincsenek, többnyire nem is lehetnek ismeretei a beteg biográfiájáról, értékképzeteiről, félelmeiről, élettervéről, azaz betegségének *tényleges kontextusáról*, ami távolról sem azonos pl. a kórházi szoba által nyújtott körülményekkel. A személyes élet kontextusának, azaz a mindenkori konkrét eset tényleges keretfeltételének bevonása ebben az értelemben bővíti/bővítheti az orvos (az egészségügyi személyzet) szakmai kompetenciáján alapuló, a megfelelő gyakorlatokban hasznosítható tudástartományt. Az aktív beteg/páciens tapasztalatainak közlésével, mérlegelési szempontjainak kinyilvánításával, az orvoshoz és a személyzethez intézett kérdéseivel stb. a modern medicina *konstitutív* elemévé válhat és válik. Láthatjuk, hogy ebben a modellben kitüntetett jelentőségű, hogy a *laikus aktív résztvevő* legyen. Ezzel szemben a beteg passzív attitűdje révén tudásdeficit keletkezik az adott eset kezelésének várható kimenetelét illetően. A tudástöbblet vagy a tudáshiány nem csak az adott esetet gazdagítja vagy károsítja meg: általánosítható, a modern medicina szakmai kompetenciáinak tartományába beépíthető tudásnyereségről vagy e tudás hasznosításának az elmulasztásáról is szó van.

A páciens aktív részvétele nem más, mint reflektált érintettségének kifejeződése és kommunikálása *egy többszörösen megosztott kooperációs* és megfelelően kommunikált *struktúrában*. Az ebben a keretben kifejtett részvétel a modern medicina egyik *konstitutív elemévé* vált, *illetve válhat*. Ez a modell annak a részvételértelmezésnek a megerősítésére kínál lehetőséget, miszerint a szakmai kompetencia korántsem azonos az adott szakterület teljes tudástartományával. Egy szakterület, pl. a biomedicinális etika teljes tudástartományába és gyakorlatai többségébe egyre inkább növekvő mértékben bevonásra kerül a szakmailag laikus, de saját életkontextusait tudatosító, kommunikáló aktív résztvevő az általa kimunkált tudásterülettel együtt. Ezen a tudásterületen viszont a beteg/páciens – a szakmailag laikus – rendelkezik elsődleges tudáskompetenciával. A tudásformák, -kompetenciák és felelőségek osztódásának és multiplikálódásának vagyunk tanúi és résztvevői egyben.

Hivatkozott irodalom

- Rózsa Erzsébet (2016): Orvos-beteg/páciens kapcsolat – változó medicinális és társadalmi kontextusban. In *Az autonómia és határai. Kortárs német és magyar bioetikai írások*. Annette Duffner, Kőműves Sándor és Rózsa Erzsébet (szerk.). Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó, 219–242.
- Quante, Michael (2010 [2002]): *Személyes élet és emberi halál*. Rózsa Erzsébet és Loboczký János (szerk.). Eger: Líceum.
- Sass, Hans-Martin (2006 [1989]): Einführung. In uő (szerk.) *Medizin und Ethik*. Stuttgart: Reclam Verlag, 5–16.
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. Interneten: http://net.jogtar.hu/r/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.
TV (letöltve: 2016. október 12.).