

MIEJSCE DELIBERACJI W PROCESIE PODEJMOWANIA DECYZJI O LECZENIU. KOMUNIKOWANIE MIĘDZY LEKARZEM I PACJENTEM W PERSPEKTYWIE SOCJOLOGICZNEJ

ALEKSANDRA WAGNER

Uniwersytet Jagielloński
Instytut Socjologii

ABSTRACT

The meaning of deliberation in the health care decision making process: Communication between doctors and a patients

The paper aims in discussing the conditions of deliberation between doctor and patient in the sociological perspective. Structural approach directs our attention to power relations in interaction of this type. What is a main barrier in replacing the paternalistic model with Shared Decision Making one is an asymmetry of power relation. Basing on literature review author comes to conclusion that the most important for patient participation is not necessary participating in decision, but taking a part in deliberation process that preludes it.

Key words: deliebrations, health care, SDM, paternalistic model

Wstęp

W ostatnich latach rośnie zainteresowanie partycypacją społeczną i deliberacją nad kluczowymi dla społeczeństwa i jednostek sprawami. Wiąże się to z uznaniem podmiotowego traktowania obywateli i ich interesów. Przewartościowaniu uległo także w pewnym sensie myślenie o wiedzy – coraz częściej dostrzega się,

że asymetria wiedzy nie tyle odnosi się do sytuacji, w której jedni wiedzę mają, a inni nie, lecz w której jedni wiedzą coś, a inni – coś innego. W tym znaczeniu wiedza jest traktowana jako konstrukt społeczny, będąc jednocześnie podstawą do działania dla jednostek (Stehr 2012, s. 8).

Wiedza ekspercka tym samym staje się jednym z dostępnych rodzajów wiedzy, a codzienne doświadczenia jednostkowe także stanowią jej cenny zasób – choć innego typu. Odzwierciedlenie tego sposobu myślenia można znaleźć choćby w promowaniu indywidualizacji podejścia do pacjenta i leczenia, czego przykład stanowi raport przedstawiony przez ekspertów ds. zdrowia Europejskiej Fundacji Naukowej (ESF) i Europejskich Badań Medycznych (EMRC). Zwraca się w nim uwagę na konieczność podjęcia wysiłków w celu realizacji medycyny personalizowanej – w systemach zdrowotnych Europy (Personalised Medicine for the European Citizens 2012).

W naukach społecznych pojęcie deliberacji w powiązaniu z partycypacją najczęściej pojawia się w refleksji nad życiem społecznym w skali makro (analizy ustroju politycznego, form demokracji, procedur rządzenia) lub mezo (analizy procedur zarządzania na poziomach samorządowych, dialogu instytucjonalnego czy międzygrupowego).

W odniesieniu do problematyki zdrowia pojęcia deliberacji i partycypacji pojawiają się przy okazji dyskusowania polityki publicznej ochrony zdrowia, praw pacjenta, etyki lekarzy, a także uregulowań prawnych z tym związanych (por.: Borek, Chwiałkowska 2014; Klich 2011). W tle pozostaje tu podmiotowość pacjenta, jego prawo do informacji i samostanowienia, jak również kwestie odpowiedzialności za podejmowane decyzje.

W niniejszym artykule będziemy się odnosić do poziomu mikro, zgodnie z założeniem, że to właśnie w relacji pacjent–lekarz, w dynamice ich wzajemnych interakcji strukturyzują się normy i zwyczaje. Jednocześnie relacja ta jest zwykle właśnie ostatecznym laboratorium działania odgórnych zmian i rozporządzeń.

Partycypacja jest tu więc rozumiana jako dobrowolny, świadomy i czynny udział pacjenta w procesie podejmowania decyzji dotyczących jego zdrowia, co odpowiada zakresowi semantycznemu tego pojęcia przyjętemu w literaturze (Guadanogli, Ward 1998, s. 329–331).

Deliberacja zaś oznacza wspólny, racjonalny namysł – tu lekarza i pacjenta lub pacjenta i jego grupy wsparcia – nad istotnymi z punktu widzenia postępowania medycznego kwestiami. Celem artykułu jest próba znalezienia miejsca dla deliberacji w odniesieniu do dwóch przeciwstawnych modeli relacji pacjent–lekarz: wciąż funkcjonującego w praktyce modelu paternalistycznego oraz modelu SDM (*Shared Decision Making*) czy ISDM (*Informed Share Decision Making*)¹.

¹ O dwóch przeciwstawnych typach idealnych relacji pacjent–lekarz: paternalistycznym i partnerskim pisała w odniesieniu do polskiej służby zdrowia Antonina Ostrowska (2002).

Partycypacja pacjenta w procesach podejmowania decyzji o leczeniu

Partycypacja pacjenta w procesie podejmowania decyzji o leczeniu jest umocowana normatywnie w prawach człowieka i wywodzona jest z szerszej koncepcji podmiotowości pacjenta jako jednej z realizacji prawa człowieka do samostanowienia (Malgren i in. 2013).

Często sposób prowadzenia dyskursu akademickiego związanego z tą problematyką przybiera charakter powinnościowy. Światowa Organizacja Zdrowia od roku 1994 zaleca angażowanie pacjentów w sprawy związane z ich leczeniem, ich prawo do informacji i uczestniczenia w procesach decyzyjnych.

Partycypacja pacjenta już teraz jest zabezpieczona uregulowaniami legislacyjnymi w takich krajach, jak Szwecja, Finlandia, UK czy USA (Eldh i in. 2006), a tendencje zmierzające do indywidualizacji podejścia do pacjenta i leczenia znajdują odbicie także w przywołanym powyżej raporcie dotyczącym medycyny spersonalizowanej.

W empirycznych próbach operacjonalizacji zaangażowania pacjenta dużą rolę odgrywają takie zmienne, jak kontakt pomiędzy lekarzem a pacjentem, stopień redukcji kontroli i władzy personelu medycznego, przyzwolenie na niezależność pacjenta, dzielenie wiedzy (Sahlsten i in. 2008).

Charakterystyka relacji pomiędzy pacjentem i lekarzem wydaje się więc wysuwać tu na pierwszy plan. Najczęściej relacje te charakteryzowane są w literaturze w perspektywie psychologicznej. Wydaje się jednak, że analiza socjologiczna uwzględniająca czynniki związane z pozycjami społecznymi może tu wnieść coś nowego.

Wśród wymienionych powyżej zmiennych szczególną uwagę przykuwają te odnoszące się do kontroli i władzy personelu medycznego – mają one bowiem charakter strukturalny, są przypisane do pozycji². Pozostałe, takie jak kontakt interpersonalny – rozumiany jako sposób komunikacji, przyzwolenie na niezależność pacjenta oraz dzielenie wiedzy – są warunkowane przez zakres władzy i kontroli. Wszystkie one są składowymi procesu deliberowania, który w swych normatywnych założeniach ma zapewniać równość pozycji deliberujących aktorów (Fishkin 2009). W kolejnych częściach artykułu analizie porównawczej poddane zostaną dwa modele, traktowane jako typy idealne w rozumieniu weberowskim: model paternalistyczny (uznawany za tradycyjny) oraz model SDM, który w swych różnych wariantach ma odpowiadać na wyzwania związane z partycypacją pacjenta.

² Antonina Ostrowska (2002), charakteryzując typ relacji paternalistyczny, zauważa niesymetryczność relacji i posługuje się tutaj kategorią podległości, szukając jednak wyjaśnienia raczej w uwarunkowaniach kulturowych niż strukturalnych.

Model paternalistyczny jako model władzy

Obszerna literatura charakteryzująca ten model relacji pacjent–lekarz uchyla konieczność pogłębionego opisu (Thomasma 1983; Ostrowska 2002; Bujny 2007; Jarosz i in. 2012). Wyszczególnione zostaną więc tylko kluczowe cechy.

Zgodnie z zasadami *salus aegroti suprema lex est* oraz *primum non nocere* lekarz kieruje się przede wszystkim dobrem chorego. Dobro to definiuje w kategoriach zdrowia, lekarz więc arbitralnie podejmuje decyzję o leczeniu, mając na uwadze przede wszystkim jego skuteczność. Ponosi przy tym wyłączną odpowiedzialność za podjęcie decyzji o sposobach leczenia. Wymóg ten wpisany jest w rolę społeczną lekarza, ta zaś przynależy do zajmowanej pozycji społecznej. Rolę rozumieć możemy jako nakaz podjęcia najlepszej dla pacjenta, w rozumieniu lekarza, decyzji. Do zasobów, z których pełniący rolę lekarza może skorzystać, należy specjalistyczna wiedza i dostęp do narzędzi diagnostycznych.

Rolę społeczną lekarza kształtuje także oczekiwanie pacjenta: że bez zbędnej zwłoki zostanie mu udzielona możliwie skuteczna pomoc. Najważniejsza jest tu wiarygodność lekarza wspierana wieloma mechanizmami społecznymi – rygorystycznymi warunkami dopuszczenia do zawodu, wysokim statusem pozycji wpływającym między innymi z etosu zawodowego. Mechanizmem redukującym niepewność pacjenta traktowanego w tym modelu jako obiekt poddawany diagnozie jest zaufanie.

Model paternalistyczny można scharakteryzować za pomocą strukturalnego modelu władzy według koncepcji Petera Blaua (Szmatka 1989). Przy czym władzę rozumie się tu jako możliwość skłonienia jednostki do podjęcia działań nawet wbrew jej woli.

Według Petera Blaua władza jest relacją asymetryczną – może posiadać ją tylko jedna strona interakcji. Istnieje wiele czynników wzmacniających uprzywilejowaną pozycję posiadającego władzę i zabezpieczającą jej zakres. Do najważniejszych należą: dysponowanie dobrem, bez którego poddany nie może się obejść (postrzega on je jako konieczne), brak alternatywnych dostawców owego dobra, nieprzyjmowanie zapłaty w zamian za oferowane dobro, brak możliwości wymuszenia otrzymania owego dobra przez poddanego.

W przypadku lekarza istotnym dobrem byłoby zdrowie i życie pacjenta. Lekarz, posiadając środki leczenia warunkujące dostęp do aparatury, leków, miejsc w szpitalu i specjalistycznej wiedzy, nie przyjmuje bezpośrednio od pacjenta żadnej formy zapłaty. W warunkach polskiego systemu zdrowotnego – gdzie czas oczekiwania i dostęp do specjalistów eliminuje w zasadzie projektowany przez reformę element konkurencji między placówkami medycznymi, gdzie zdecydowana większość pacjentów korzysta z państwowej służby zdrowia, a większość leków dostępna jest na receptę – pacjent znajduje się w sytuacji pełnego podporządkowania.

Z założenia opresyjność relacji władzy w modelu paternalistycznym łagodzona jest przez zaufanie: pacjent ufa lekarzowi, że ten jest kompetentny i kieruje się

jego dobrem. Zaufane ma tu więc charakter systemowy i jest funkcjonalne jako mechanizm zabezpieczający władzę lekarza. Potwierdzają to historyczne opisy kształtowania się roli lekarza (por. Biesaga 2005).

W sytuacji atrofii zaufania aktorzy społeczni podejmują wiele działań zmierzających do odwrócenia owej relacji podporządkowania lub zmniejszenia zakresu władzy lekarza, a tym samym zapewnienia sobie możliwości wpływania na decyzje. Do najlepiej rozpoznanych w życiu społecznym należą:

- **m e c h a n i z m y k o r u p c y j n e** – pacjent stara się „odwdzięczyć” lekarzowi za oferowaną pomoc, przyjmując tym samym aktywną strategię wpływania na zachowanie lekarza. Podobnie działa mechanizm powoływania się na znajomości – tutaj zamiast kapitału ekonomicznego wykorzystywany jest kapitał społeczny jako element transakcji;
- **k o a l i c j a z m e d i a m i** – przykładem tego rodzaju strategii mogą być nagłaśniane ostatnio sprawy rodziców, bezradnych wobec odmowy udzielenia pomocy ich dzieciom. Idące za tym oburzenie opinii publicznej i polaryzujące wypowiedzi polityków są skutecznym mechanizmem wspierającym dochodzenie roszczeń przez aktorów bezradnych na swoich pozycjach systemowych (klienci systemu opieki zdrowotnej). Strategie owe są realizowane najczęściej *post factum*, mogą jednak służyć jako „straszak” wobec aktorów medycznych dzierżących władzę. Skuteczność tego rodzaju rozwiązań jest jednak krótkoterminowa, podkopują one bowiem społeczne zaufanie do roli lekarza. Na podobnym mechanizmie oparte jest poszukiwanie pomocy w organizacjach pozarządowych dysponujących kapitałem ekonomicznym i symbolicznym (np. kompetencjami prawnymi), którego często brakuje indywidualnym pacjentom w konflikcie z instytucjami służby zdrowia. W obu przypadkach mamy do czynienia z wejściem w koalicję z silniejszym aktorem społecznym, dysponującym jakimś kapitałem, który może być przekształcony we wpływ i władzę;
- **d o c h o d z e n i e r o s z c z e ń n a d r o d z e s ą d o w e j** – z uwagi na liczne bariery (kompetencje, koszty, czas, przekonanie o solidarności środowiska lekarzy, trudności w udowodnieniu zaniedbań) stosowane w ostateczności.

Ten ostatni mechanizm, wykorzystywany o wiele skuteczniej w zachodnich społeczeństwach, zaowocował specyficzną zmianą w zakresie modelu paternalistycznego. Chodzi o przeniesienie odpowiedzialności na pacjenta. Przy zachowaniu głównych charakterystyk modelu paternalistycznego, braku procedur partycypacyjnych i braku faktycznej deliberacji nad decyzjami, od pacjenta wymaga się podpisania zgody na leczenie, a także podpisania oświadczeń wyrażających w różnym zakresie akceptację związanego z nimi ryzyka.

Ostrowska, interpretując model partnerski, wskazuje jego funkcjonalność w zakresie uwalniania lekarza od ciężaru wyłącznej odpowiedzialności za diagnozę i leczenie (Ostrowska 2002, s. 186). Stwierdzając dominację w Polsce modelu paternalistycznego, w tym właśnie hipotetycznie dostrzega także niższy niż

w innych krajach europejskich stopień podporządkowania Polaków zaleceniom lekarzy (Ostrowska 2002, s. 195). Zabiegi wymagania od pacjenta przyjęcia odpowiedzialności za leczenie, przy jednoczesnym braku procesu deliberacji, wskazywałyby tu jednak na proces ochrony uprzywilejowanej pozycji lekarza w relacji paternalistycznej przy jednoczesnym zmniejszeniu ciężaru odpowiedzialności za decyzję.

Pacjent, kierując się troską o swe kluczowe dobro – zdrowie, w zasadzie nie dysponuje alternatywą, zmuszony jest więc ową odpowiedzialność przyjąć. Przykładowo, w Polsce mamy system szczepień obowiązkowych (podstawa prawna Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi). Za uchylenie się od tego obowiązku rodzicom dziecka grozi kara. Jednocześnie coraz częściej wymagana jest pisemna zgoda rodziców. Choć przed przystąpieniem do zabiegu lekarz kwalifikuje dziecko do niego, wykonując rutynowe badanie, to rodzic ostatecznie wyraża zgodę na szczepienie oraz podpisuje deklarację świadomości tego, że mogą wystąpić liczne, szkodliwe skutki uboczne. Partycypacja rodziców jest więc fasadowa. W polskich przepełnionych poradniach zdrowia nie ma warunków, czasu ani procedur zabezpieczających niezbędną w tym przypadku deliberację rodziców i lekarza nad kwestiami ryzyka, zagrożeń i korzyści szczepień ochronnych. Komunikacja ma więc z konieczności charakter instrukcji, co robić w przypadku wystąpienia niepożądanych reakcji na szczepienie. Rodzic podpisuje „zgodę”, w rzeczywistości nie może jednak się nie zgodzić, bez narażenia się na sankcje administracyjne. Brak dobrowolności kwestionuje z założenia ową „zgodę”.

Spadek zaufania do ekspertów, w tym także lekarzy, kwestionowanie trafności podejmowanych arbitralnie decyzji, nagłaśniane błędy w sztuce – wszystko to w praktyce ostatnich lat spowodowało krytykę modelu paternalistycznego i poszukiwanie innych modeli relacji pacjent–lekarz.

Jednym nich jest właśnie SDM, w którym odpowiedzialność za decyzje dotyczące zdrowia pacjenta jest dzielona między lekarza i pacjenta (Matthias i in. 2013). Model ten postuluje dzielenie się takimi zasobami, jak specjalistyczna wiedza lekarska oraz wartości i indywidualne doświadczenia pacjenta, wspólne rozważenie dostępnych środków leczenia, analiza ryzyka z nimi związanego i w rezultacie świadome podjęcie decyzji przez pacjenta. Zmniejszony znacznie ciężar odpowiedzialności lekarza okupiony jest jednak obniżeniem jego pozycji (mowa tu o relacji partnerskiej, poziomej) wobec pacjenta i zmniejszeniem zakresu władzy (przez dobrowolne wyzbycie się kontroli lekarz staje się bardziej doradcą niż decydem). Model *Shared Decision Making* postuluje symetryczną komunikację pomiędzy lekarzem i pacjentem, opartą na wymianie wiedzy. Zasoby tej wiedzy, choć pochodzące z różnych źródeł (specjalistyczna, fachowa wiedza lekarza i oparta na doświadczeniu, wartościach i indywidualistycznych preferencjach pacjenta wiedza potoczna) traktowane są jako równocenne.

Pomimo licznych wymiarów uzasadniania słuszności modelu SDM (filozoficznego: pacjent będzie żył z konsekwencjami decyzji o leczeniu – powinien

mieć na tę decyzję wpływ; psychologicznego: pacjent zaangażowany w decyzję będzie skuteczniej realizował jej postanowienia i etycznego: prawo do samostanowienia jest fundamentalnym prawem człowieka) wydaje się on mało przystający do praktyki, szczególnie w warunkach polskich.

Po pierwsze, wymaga kompleksowej transformacji całego otoczenia systemu służby zdrowia, zmierzającej do zapewnienia pacjentom pełnego dostępu do informacji, edukowania lekarzy w zakresie komunikacji, a pacjentów w zakresie partycypacji, a także znacznego nakładu czasu przeznaczanego na deliberację – wspólny namysł lekarza i pacjenta nad sposobami leczenia wymaga czasu, którego najczęściej nie ma – raz z powodu permanentnego deficytu czasu polskich lekarzy, dwa – z uwagi na postęp choroby i konieczność podejmowania decyzji właśnie pod presją czasu.

Po drugie, trudnym, a nawet niemożliwym do spełnienia warunkiem jest także uzyskanie symetrycznej komunikacji. W sytuacji, gdy jedna strona dysponuje specjalistyczną, zdobywaną latami wiedzą teoretyczną i doświadczeniem klinicznym, a druga – w najlepszym przypadku dysponuje wiedzą fragmentaryczną, pozyskaną z różnych, nie zawsze weryfikowanych źródeł, do tego obarczoną słabościami wiedzy potocznej, kolektywnej czy medialnej – zawsze będziemy mieli do czynienia z sytuacją braku symetrii (Brody 1980; Haug, Lavin 1981; Emanuel, Emanuel 1992).

Asymetrię pozycji pogłębiają dodatkowo emocjonalne zaangażowanie pacjenta, jego często gorsza kondycja psychiczna i fizyczna, co jest związane z chorobą, a także ograniczenia natury psychologicznej, które sprawiają, że część pacjentów wcale nie pragnie uczestniczenia w procesie decyzyjnym (Florin i in. 2006, 2008).

A więc do najważniejszych barier modelu SDM w warunkach polskich można zaliczyć:

- **b a r i e r y s y s t e m o w e:** brak czasu – brak możliwości poświęcenia pacjentowi czasu, który umożliwiłby deliberowanie nad możliwościami leczenia; brak programów szkoleniowych wyposażających lekarzy w kompetencje związane z komunikowaniem wartości, pokonywaniem barier komunikacyjnych itp.; brak procedur związanych z partycypacją pacjentów i deliberacją w procesie podejmowania decyzji;
- **b a r i e r y z w i ą z a n e z p o z y c j a m i:** lekarz i pacjent, asymetria pozycji pacjent–lekarz w wymiarze władzy i statusu;
- **b a r i e r y p s y c h o l o g i c z n e:** niezdolność lub niechęć do świadomego podjęcia odpowiedzialności za swoje leczenie, ograniczenia kognitywne i bariery emocjonalne pacjentów.

Występuje jednak wiele czynników, które sprzyjają podmiotowości pacjentów i służą partycypacji:

- **demokratyzacja wiedzy** – upowszechnienie źródeł wiedzy naukowej, popularyzowanie wiedzy przez media, zjawisko *inteligentnych tłumów* (rozproszona, kolektywna wiedza dostępna w internecie – tworzenie się sie-

ci społecznych wokół wybranych problemów zdrowotnych) (Rheingold 2002);

- wzrastający poziom wiedzy w społeczeństwie;
- malejące zaufanie do systemów eksperckich;
- upowszechnienie modeli partycypacyjnych w innych sferach życia społecznego (konsultacje społeczne, angażowanie obywateli w tworzenie polityk publicznych; tworzenie się społeczeństwa obywatelskiego (instytucji wspierających obywateli pacjentów, np. organizacji działających na rzecz pacjentów).

Przegląd literatury poświęconej praktyce partycypacji pacjentów w procesach podejmowania decyzji medycznych skłania raczej do wniosku, że obecnie najbardziej pożądane przez pacjentów są systemy mieszane. Pacjenci, szczególnie starsi (a oni stanowią znaczącą i wciąż rosnącą grupę beneficjentów służby zdrowia), oczekują od lekarza zainteresowania w wysłuchaniu ich punktu widzenia, obiekcji oraz uwzględnienia uwarunkowań indywidualnych sytuacji życiowych, lecz w ostatecznym rozrachunku to lekarz ma podjąć decyzję. Co więcej, badania pokazują, że aktywni pacjenci, zadający pytania, domagający się informacji, w rezultacie wywołują u lekarzy podejście w większym stopniu skupiające się na nich. To z kolei skutkuje lepszym zrozumieniem w relacji lekarz–pacjent i większą satysfakcją z prowadzonego leczenia (Cegala 2012).

Niezależnie od realizowanego modelu zaufanie pacjenta do lekarza jest więc kluczowym mechanizmem warunkującym w ogóle funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Co ciekawe, zaufanie to nie musi być symetryczne. Jak dowcipnie zilustrowano to w popularnym serialu „Doktor House” zaufanie lekarza do pacjenta może być czasem wręcz dysfunkcjonalne.

Istotą w aktualnej sytuacji wydaje się nie to, kto podejmuje ostateczną decyzję, ale jak przebiega proces dochodzenia do niej. Zaangażowanie pacjenta dotyczy więc przede wszystkim procesu deliberacji – wspólnego racjonalnego namysłu nad istotnymi kwestiami. Proces ten powinien obejmować, jeśli takie jest życzenie pacjenta, także osoby z jego otoczenia tworzące tak zwane sieci wsparcia (rodzina, przyjaciele, grupy wsparcia). W obecnej sytuacji zaangażowanie rodzin w proces leczenia i profilaktyki zdrowotnej pacjenta wydaje się wciąż niewystarczające (Jarosz i in. 2012).

Choć z założenia proces deliberacji ma charakter racjonalny, wyeliminowanie emocji i czynników irracjonalnych jest tutaj niemożliwe. Należałoby jednak zapewnić choremu wsparcie umożliwiające ich konstruktywne wykorzystanie lub chociaż poradzenie sobie z nimi. Interesujące stadium kompatybilności elementów intuicyjnych i deliberatywnych w procesie podejmowania decyzji o leczeniu można znaleźć w pracy M. de Vries i innych (2013).

Wypracowanie praktyk deliberacji na poziomie mikro pozwoli następnie wyjść poza interakcje lekarz–pacjent i skupić się na mechanizmach kształtowania postaw i wiedzy związanych z aktywnym angażowaniem się w procesy podejmowania decyzji medycznych. Główną rolę pełnią tutaj media, zwłaszcza

w obliczu nasilającej się medykalizacji dyskursu publicznego. Zmediatyzowane zasoby wiedzy, a także powstające *ad hoc* internetowe sieci społeczne zapewniają niespotykaną do tej pory dynamikę wzajemnych oddziaływań wiedzy naukowej i potocznej, generując rezerwuari wiedzy rozproszonej, aktywowanej dzięki wspomnianym już inteligentnym tłumom (*smart mobs*) (Rheingold 2002).

Niezliczone fora pacjentów i ich rodzin organizujące sieciowe zasoby wiedzy i doświadczenia dzięki wyszukiwarkom internetowym są łatwo i szybko dostępne. Sieciowe zasoby wiedzy oferują niejako na równych prawach wiedzę pochodzącą z naukowych periodyków, jak i przesady, miejskie legendy, informacje mylące, czasem nawet szkodliwe. Wszechobecny „dr Google” przyczynia się więc do zwiększenia świadomości pacjentów, ale także do eskalacji lęków i frustracji. Weryfikacja w sieci diagnozy uzyskanej od specjalisty lub wręcz samodiagnozowanie się pacjenta i zgłaszanie się do gabinetu lekarskiego wyłącznie po receptę choć irytujące dla lekarzy, są zjawiskami, które najprawdopodobniej będą się nasilać. Wszystko to sprzyja „odczarowaniu” wiedzy lekarskiej i transformacji roli lekarza od występowania w charakterze wyłącznego dysponenta wiedzy (i władzy) w kierunku bycia partnerem i przewodnikiem pacjenta po coraz bardziej specjalistycznej oraz, przeciwnie, coraz to bardziej zmediatyzowanej dziedzinie wiedzy medycznej.

Troska o kwestię zdrowia i związaną z tym odczuwaną jakość życia, już w tej chwili bardzo wysoka w społeczeństwach zachodnich (Eurobarometr 2009, 2013), czyni z dostępności usług medycznych podstawowe wyzwanie dla społeczeństwa przyszłości. Najnowsze wyniki badania konsumenckiego w odniesieniu do usług medycznych w Polsce nie napawają optymizmem. Polska nie tylko wypada słabo na tle innych krajów europejskich, lecz także odnotowuje spadek wartości owego indeksu w stosunku do lat ubiegłych (Euro Health Consumer Indeks 2014). W tej sytuacji angażowanie pacjentów w sprawy ich zdrowia wydaje się drogą, od której nie ma odwrotu.

Artykuł powstał dzięki wsparciu Narodowego Centrum Nauki
na mocy decyzji nr 2011/03/D/HS6/05874

Bibliografia

- Biesaga T. (2005). Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny. *Medycyna Praktyczna*, nr 6.
- Borek E., Chwiłkowska A. (2014). Partycypacja pacjentów w procesie podejmowania decyzji w ochronie zdrowia w Polsce (Patients participation and shared decision-making in the Polish healthcare system). *Journal of Health Science*, nr 1 (4).
- Bostick N.A., Sade R., McMahon J.W., Benjamin R. (2006). Report of the American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs: Withholding information from patients: Rethinking the propriety of ‘therapeutic privilege’. *The Journal of Clinical Ethics*, nr 17, s. 302–306.

- Brody D.S. (1980). The patient's role in clinical decision-making. *Annals of Internal Medicine*, nr 93, s. 718–722.
- Bujny J. (2007). Prawa pacjenta. Między autonomią, a paternalizmem. Warszawa.
- Cegala D.J., Chisolm D.J., Nwomeh B.C. (2012). Further examination of the impact of patient participation on physicians' communication style. *Patient Education and Counseling*, nr 89 (1), s. 25–30.
- Eldh A.C., Ekman I., Ehnfors M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*, nr 13 (5), s. 503–514.
- Emanuel E.J., Emanuel L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, nr 267 (16), s. 2221–2226.
- Eurobarometr, Jakość życia w miastach europejskich: obawy i nadzieje mieszkańców ośrodków miejskich, Październik 2013 (Quality of life in cities). Euro Health Consumer Indeks 2014, [on-line] http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=7&Itemid=54 (dostęp: 14.04.2015).
- Falkum E., Forde R. (2001). Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship, Attitudes among Norwegian physicians. *Social Science and Medicine*, nr 52, s. 239–248.
- Florin J., Ehrenberg A., Ehnfors M. (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: A comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, nr 15, s. 1498–1508.
- Florin J., Ehrenberg A., Ehnfors M. (2008). Clinical decision-making: Predictors of patient participation in nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, nr 17, s. 2935–2944.
- Guadagnoli E., Ward P. (1998). Patient participation in decision-making. *Social Science Medicine*, nr 3 (47), s. 329–339.
- Haug M.R., Lavin B. (1981). Practitioner or patient who's in charge? *Journal of Health and Social Behavior*, nr 22, s. 212–219.
- Jarosz M.J., Kawczyńska-Butrym Z., Włoszczak-Szubzda A. (2012). Modele komunikacyjne relacji lekarz – pacjent – rodzina. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, nr 18 (3), s. 212–218.
- Klich A. (2011). Paternalizm czy współodpowiedzialność? Stosunek lekarz–pacjent a zgoda pacjenta na zabieg medyczny w polskim porządku prawnym. *Prawo i Medycyna*, <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=1031> (dostęp: 14.04.2015).
- Malmgren R.N.M., Törnvall R.N.E., Jansson R.N.I. (2013). Patients with hip fracture: Experiences of participation in care. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878124113000865> (dostęp: 10.02.2015).
- Matthias M.S., Salyers M.P., Frankel R.M. (2013). Re-thinking shared decision-making: Context matters. *Patient Education and Counseling*, nr 91, s. 176–179.
- Personalised Medicine 2012, http://www.esf.org/fileadmin/Public_documents/Publications/Personalised_Medicine.pdf (dostęp: 14.04.2015).
- Rheingold H. (2002). *Smart Mobs: The Next Social Revolution*. Cambridge.
- Sahlsten M.J.M., Larsson I.E., Sjöström B., Plos K.A.E. (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nursing Forum*, nr 43, s. 2–11, doi:10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x.
- Szmatka J. (1989). *Małe struktury społeczne. Wstęp do mikrosocjologii strukturalnej*. Warszawa: PWN.
- Stehr N. (2012). Knowledge and non-knowledge. *Science, Technology & Innovation Studies*, nr 1 (8), s. 3–12.
- Thomasma D. (1983). Beyond medical paternalism and patient autonomy: A model of physician conscience for the physician-patient relationship. *Annals of Internal Medicine*, nr 98 (2), s. 243–248.

de Vries M., Fagerlin A., Witteman H.O., Scherer L.D. (2013). Combining deliberation and intuition in patient decision support. *Patient Education and Counseling*, nr 91, s. 154–160.

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest omówienie warunków deliberacji pomiędzy lekarzem a pacjentem w perspektywie socjologicznej. Przyjęta perspektywa strukturalna kieruje uwagę w stronę relacji władzy i podległości istniejącej w omawianym typie interakcji. Z tego względu asymetria pozycji społecznych w systemie ochrony zdrowia staje się podstawową barierą we wdrożeniu modelu partnerskiego czy też SDM – *Shared Decision Making* w miejsce dominującego w Polsce modelu paternalistycznego. Opierając się na literaturze przedmiotu, artykuł kończy się hipotetycznym wnioskiem, że dla partycypacji pacjenta mniejsze znaczenie może mieć sam fakt podjęcia decyzji o diagnozie i terapii przez lekarza, co właśnie proces do jej dochodzenia i podmiotowy udział pacjenta w procesie deliberacji poprzedzającym ową decyzję.

Słowa kluczowe: deliberacja, opieka zdrowotna, SDM, model paternalistyczny