

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ В РОССИИ: ИСКАЖЕНИЯ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ

И. С. Мильникова ✉

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва

Еще основатели этического принципализма Т. Beauchamp и J. Childress отмечали, что сформулированные ими принципы биоэтики на практике могут вступать в противоречие, когда следование одному из них нарушает другой. Одно из наиболее непримиримых противоречий на сегодня — между принципом автономии и правилом информированного согласия и сформулированным десятилетием позже принципом уязвимости (один из принципов П. Кемпа) и необходимостью заботы о пациенте. Особенно остро это противоречие проявляется в России, где, без предварительного обсуждения медицинской и немедицинской общественностью, информированное согласие сразу было закреплено в качестве законодательной нормы, что породило массу злоупотреблений и искажений, усилило бюрократическое давление как на пациентов, сделав их еще более уязвимыми, так и на врачей, которые стали использовать информированное согласие в своих, иногда откровенно рыночных, интересах. Рост взаимного недоверия, которое иногда доходит до проявлений агрессивности, заставляет искать выход из сложившейся ситуации, который, с точки зрения автора, требует пересмотра концепции автономии пациента и информированного согласия с учетом признания глубокой уязвимости пациента и его потребности в неравнодушии и заботе со стороны медицинских работников — врачей и медицинских сестер. Здесь может помочь знакомство с трудами представителей этики заботы, феминистической этики и других этических направлений, а также с результатами «полевых» исследований, в ходе которых делается попытка в каждой конкретной ситуации совместить принцип свободы и заботу о пациенте.

Ключевые слова: информированное согласие, принцип автономии, этика выбора, принцип уязвимости, этика заботы

✉ **Для корреспонденции:** Ирина Сергеевна Мильникова
ул. Островитянова, д. 1, г. Москва, 117997; expert.med@mail.ru

Статья получена: 12.03.2021 **Статья принята к печати:** 26.03.2021 **Опубликована онлайн:** 31.03.2021

DOI: 10.24075/medet.2021.007

INFORMED CONSENT IN RUSSIA: MISUSE AND ABUSE

Mylnikova IS ✉

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Even T. Beauchamp and J. Childress, the founders of ethical principlism, noted that in practice the principles of bioethics, which they might have formulated, may conflict, and adherence to one principle may violate the other. To date, the conflict between the principle of autonomy and the doctrine of informed consent, and the principle of vulnerability formulated ten years later (one of the principles introduced by P. Kemp) and the necessity to take care of the patient is one of the major irreconcilable conflicts. This conflict is especially severe in Russia, where the informed consent was immediately enshrined as a statutory provision without prior discussion with the medical and non-medical communities, which gave rise to numerous opportunities for misuse and abuse, and stepped up the bureaucratic pressure both on patients, who became more vulnerable, and the physicians, who started using the informed consent to their advantage, sometimes being openly market-oriented. The growth of mutual mistrust, sometimes reaching the level of aggression, forces one to find a remedy for this situation. In the author's view, this requires revision of the patient's autonomy concept and the concept of informed consent considering the acceptance of the patient's intense vulnerability and the patient's need for the healthcare specialists' (physicians and nurses) personal involvement and care. It may be helpful to consult the writings of the ethics of care, feminist ethics and other ethical trends representation, as well as the results of field research aimed to combine principles of freedom and patient care in a given situation.

Keywords: informed consent, principle of autonomy, ethics of choice, principle of vulnerability, ethics of care

✉ **Correspondence should be addressed:** Irina S. Mylnikova
Ostrovityanova st. 1, Moscow, 117997; expert.med@mail.ru

Received: 12.03.2021 **Accepted:** 26.03.2021 **Published online:** 31.03.2021

DOI: 10.24075/medet.2021.007

Вступление

Будучи преподавателем биоэтики, автор имеет возможность опрашивать обучающихся — студентов, аспирантов, врачей и медицинских сестер о том, как они понимают смысл информированного согласия: чьи интересы защищает эта процедура. Подавляющее большинство, не сомневаясь, дает категорический ответ — интересы врача (медицинской сестры). И далее, поясняя свой ответ, говорят о том, что пациент должен отвечать за свой выбор, что врач не нянька своему пациенту и т.п. Создается впечатление, что многие современные врачи как будто забыли, а, может быть, и не знали, что информированное согласие было рождено для защиты пациента от врачебного произвола и является величайшим достижением в деле защиты прав человека, и не понимают, что его использование в интересах врачей может породить массу злоупотреблений и искажений, что весьма часто нарушает права пациентов, для защиты которых оно было

придумано. В чем причины этих заблуждений и каковы перспективы информированного согласия в российском здравоохранении?

Предыстория информированного согласия. Россия (1924)

Впервые в мире обязательное получение согласия пациента на выполнение хирургической операции было законодательно закреплено Декретом ВЦИК и СНК РСФСР «О профессиональной работе и правах медицинских работников». Это произошло 1 декабря 1924 года. В ст. 20 Декрета указывалось, что «хирургические операции проводятся с согласия больных, а в отношении лиц моложе 16 лет и душевнобольных — с согласия их родителей или опекуна. Операцию, необходимую и неотложную для спасения жизни или важного органа, врач может произвести по консультации с другим врачом без согласия родителей или опекуна, когда они не могут быть

спрошены без риска опоздания и без согласия больного, когда он находится в бессознательном состоянии. Если консультация связана с риском опоздания, врач может решить вопрос об операции один. О всяком таком случае он должен донести отделу здравоохранения не позднее двадцати четырех часов».

Как видно из приведенного текста статьи Декрета, согласие распространялось только на область хирургических операций, не предусматривалось его письменное документирование, не рассматривался вопрос об отказе от операции. Вместе с тем, документ безусловно носил революционный характер и многие десятилетия, с небольшими изменениями, сохранял свою актуальность.

С 1970 по 1993 год основным документом, регламентирующим деятельность системы здравоохранения в СССР, были Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении от 19 декабря 1969 года 1 4589-VII (вступили в действие с 1 июня 1970 года). Статья 35 Основ о согласии на операцию практически полностью повторяла нормы, определенные в Декрете 1924 года: «Хирургические операции производятся и сложные методы диагностики применяются с согласия больных, а больным, не достигшим шестнадцатилетнего возраста, и психически больным — с согласия их родителей, опекунов или попечителей. Неотложные хирургические операции производятся и сложные методы диагностики применяются врачами без согласия самих больных либо их родителей, опекунов или попечителей только в тех исключительных случаях, когда промедление в установлении диагноза или проведении операции угрожает жизни больного, а получить согласие указанных лиц не представляется возможным».

Как видно, новый вариант статьи не устранил недостатки, которые были в варианте от 1924 года, и действовал в таком виде до 1993 года. В него не вносились правки, для отражения новых представлений о том, что такого рода согласие должно быть информированным и добровольным, которые уже завоевывали американскую и с отставанием стали проникать в европейскую медицину.

Рождение термина «информированное согласие» в Нюрнберге. Первые шаги биомедицинской этики в США. Принципиализм, автономия пациента и информированное согласие

Идея информированного согласия, как всем хорошо известно, была сформулирована в Нюрнбергском Кодексе по результатам суда над нацистскими врачами. Поначалу информированное согласие распространялось только на биомедицинские эксперименты с участием человека, но десятилетием позже стало все шире применяться в практике частного американского здравоохранения, став обязательной частью взаимоотношений врача и пациента. В дальнейшем информированное согласие легло в основу американского биоэтического принципиализма, утверждавшего уважение прав и свобод пациента. Согласно «отцам» новой биомедицинской этики, Т. Beauchamp и J. Childress, правило информированного согласия, наряду с правилами конфиденциальности и правдивости, обеспечивало соблюдение четырех базовых биомедицинских принципов, одним из которых являлся принцип автономии пациента (1976 г.). Представляя новый подход к моральному регулированию в биомедицине, Т. Beauchamp и J. Childress [1], сразу отмечали сложности, которые могут возникнуть в случае, если в определенных

обстоятельствах при выборе правильного решения столкнутся два или более базовых принципов биоэтики, например, «уважай автономию пациента» и «не навреди» или «твори благо» и «будь справедлив». Они подчеркивали, что принципы не связаны иерархически, и у принимающего решения есть возможность выбрать наиболее адекватную норму и следовать ей.

Со временем выяснилось, что в американской медицине среди других принципов и правил наибольший вес приобрел принцип уважения автономии пациента и правило информированного согласия, которое позволяет его реализовать. При этом под автономией понимается признание права пациента на собственную точку зрения, свободу выбора и действия, основанные на собственных ценностях и убеждениях [1]. Реализуя этот принцип, врач не только должен проявлять уважительное отношение к личности пациента, но и поддерживать и укреплять его способность к автономному выбору, ограничивая лишь в том случае, если этот выбор представляет угрозу для других людей. Неудивительно, что такую этику стали называть этикой выбора. В дальнейшем ее стали противопоставлять этике заботы, о чем речь пойдет ниже. Частное здравоохранение США, на которое распространились идеи консюмеризма, охватившие все американское общество, переживавшее послевоенный экономический подъем, легко впитало в себя именно этот вариант биоэтического принципиализма — с упором на уважение свободы выбора пациента, как потребителя медицинских услуг.

Первые шаги биоэтики в Европе. Критика американского принципиализма. Принцип уязвимости и новый подход к информированному согласию

Европейская биоэтика шла с отставанием от американской, примерно на 10–15 лет. Срок небольшой, но его хватило, чтобы понять, что разрыв между принципами «уважай автономию пациента» и «делай благо» может быть непримиримым. Европейский гуманизм с его идеями социальной солидарности не смог в полной мере принять американскую этику выбора. На вопрос «насколько «нравственны» принципы биомедицинской этики», предложенные Т. Beauchamp и J. Childress, европейские биоэтики часто дают отрицательный ответ. [2] Признав несовершенство четырех принципов американской биоэтики, но и не отходя полностью от принципиализма, европейская биоэтика предложила другой набор базовых принципов — уважения автономии, достоинства, целостности и уязвимости, а, говоря об автономии, наполнила это понятие иным содержанием, делая акцент на свободе личности в самом широком ее понимании, не ограничивая только правом на выбор. Одновременно большое значение придавалось принципу уязвимости пациента, характеризующему состояние его беспомощности и зависимости и обосновывающего моральную ответственность ближних проявить заботу о том, кто сам не способен позаботиться о себе. Таким образом, в споре между правом на выбор или правом на заботу европейская биоэтика отдала приоритет заботе. Так сформировалось противостояние двух подходов к моральному регулированию в биомедицине — этика выбора и этика заботы.

Их противостояние распространилось и на понимание информированного согласия: европейская этика заботы не отрицает правила информированного согласия,

но трактует иначе — не как необходимость обеспечить пациенту условия для самостоятельного и ответственного выбора, но как помощь пациенту найти приемлемый для него путь к выздоровлению (уменьшению страданий, повышению качества жизни), отвечающий его ценностям и возможностям. Такой подход требует не просто информирования, но качественного, эмпатийного межличностного взаимодействия между врачом и пациентом. Сторонники этики выбора видят в таком подходе проявления осуждаемого ими патернализма, лишаящего пациента его свободы, совершенно упуская из внимания, что формальная процедура информированного согласия часто сочетается с полным равнодушием к пациенту. И возникает проблема, которая состоит не «не в том, что другие пытаются командовать вами, а в том, что никому нет до вас дела». [3]. В логике этики заботы информированное согласие может стать проявлением неравнодушия к человеку, которое также естественно как протянуть руки человеку, падающему на улице, чтобы поддержать его. Надо сказать, что дискуссии по поводу двух подходов к решению моральных проблем в медицине продолжаются и по сей день.

Информированное согласие в России. Законодательные акты 1993 и 2011 гг.

Однако вернемся в Россию, где на волне «перестройки», в 1993 году, были приняты новые *Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан*. Их принятие подвело законодательную базу под перевод российского здравоохранения на рыночные рельсы. Медицинская помощь превратилась в услугу, врач — в поставщика услуг, пациент — в клиента. Отношения «врач-пациент» приравнивали к отношениям покупателя и продавца, на них распространили законодательство о правах потребителя. В этих условиях информированное согласие стало трактоваться в контексте заключаемой между двумя сторонами сделки о предоставлении услуг, где поставщик обязан информировать клиента о потребительских свойствах услуги, и не имеет права навязывать ее. Именно эта идеология была заложена в статью 32 Основ, которая гласила, что «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина». В следующей, 33 статье Основ давалось уточнение, что «Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения», а «при отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия». Статья 34 допускала возможность оказания медицинской помощи без согласия «в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации».

Даже поверхностный взгляд на закон 1993 года позволяет убедиться, что в его основе лежит американский биоэтический принципализм, т.е. концепция, основанная на разработке принципов, когда главной ценностью для врача является не столько благо больного, сколько его (как потребителя) право на свободный выбор. Не будучи отрефлексированными общезначимостью на

поле биоэтики, эти принципы были сразу закреплены в качестве закона. Надо сказать, что такой подход стал некоторой неожиданностью и для российских врачей и для российских пациентов, и дальнейшая практика применения правил информированного согласия в нашей стране осуществлялась не как результат осознанной потребности пациентов быть автономными и иметь право на выбор, и не как результат понимания врачами своей ответственности за реализацию этого права пациента. И те и другие пассивно подчинились необходимости, продиктованной законом, под довольно жестким административным давлением. Чек-лист любой проверяющей инстанции имеет сегодня раздел о соблюдении прав пациента, в рамках которого проверяется, в частности, оформление информированного согласия пациентов. Нарушения по этому разделу относят к грубым нарушениям лицензионных требований с вытекающими отсюда правовыми последствиями и являются поводом для возбуждения дел об административных правонарушениях. Пример судебного постановления приведен ниже.

В приемное отделение больницы машиной скорой помощи была доставлена пациентка с паратонзиллярным абсцессом. Дежурный отоларинголог при осмотре абсцесса не увидел, поставил диагноз «лакунарная ангина», и температурящую больную отправили в инфекционную больницу, где ей оказали необходимую помощь. Это история попала каким-то образом в зону внимания проверяющих органов, которые обнаружили, что, осмотрев больную, врач не оформил должным образом историю болезни и «в нарушение требований ст. 20 Федерального закона 1 323-ФЗ при осмотре больной дежурным врачом-отоларингологом не оформлено информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (т.е. на осмотр. — Прим. автора). При таких обстоятельствах дежурный врач-отоларинголог был привлечен к административной ответственности по ч. 3 ст. 19.20 КоАП РФ в виде штрафа» (из постановления Самарского областного суда от 20.11.2013 1 4а-847/2013).

Впрочем, к счастью, наш закон не приравнивает оказание медицинской помощи без информированного согласия к насилию, как это происходит в некоторых штатах США. Хотя, отсутствие правильно оформленного информированного согласия может быть признано судом как доказательство ненадлежащего выполнения врачом своих профессиональных обязанностей, что необходимо для признания его виновным в причинении вреда здоровью или смерти пациента.

Развитие практики информированного согласия в таких условиях привело к грубым искажениям его смысла и откровенным злоупотреблениям со стороны медицинских работников. Принятие новых «Основ охраны здоровья граждан Российской Федерации» в 2011 году, которые уточнили необходимый объем информирования пациента, формальную сторону его оформления в медицинской документации, а также разрешив оказывать экстренную медицинскую помощь без согласия пациента, не изменило ситуации, в целом.

О каких искажениях и злоупотреблениях идет речь? Эпиграфом к этой части нашей публикации могла бы стать известная фраза из басни И.А. Крылова «Волк и ягненок»: «У сильного всегда бессильный виноват». И в самом деле, обладая более сильной позицией в отношениях с пациентами, врачи довольно быстро обнаружили потенциал процедуры информированного согласия в деле защиты своих прав и интересов. Им удалось частично

переложить тяжкое бремя взвешивать соотношение пользы и риска и принимать решение о медицинском вмешательстве на плечи пациента. Будучи задуманным для защиты от врачебного произвола, информированное согласие в руках врачей превратилось в необходимый для пациента момент, когда он, испытывая недоумение и страхи, растерянность и зависимость, остро чувствует свою уязвимость. Возникла ситуация распределенной ответственности: «я же говорил вам о возможных последствиях, но **вы сами выбрали** эту операцию...».

Ситуация усугублялась еще и тем, что искушаемый рынком, врач, как продавец услуг, научился манипулировать информацией, чтобы продать то, что выгодно и отказаться от продажи того, что принесет убыток. В этом смысле весьма показательным обращением к «настоящим и будущим пациентам» онкологических клиник, которое 2018 году разместил на корпоративной странице в Фейсбуке руководитель онкологической клиники Михаил Ласков — его обнаружил в сети и привел в своей статье «Логика заботы versus логики выбора в современных концепциях медицинской практики» В.Л. Лехциер (2019 г.) [4]. Итак, обращаясь к пациентам М. Ласков пишет: «... у большой, как и у маленькой онкологической хирургии, должны быть только две настоящие цели: продление жизни (в том числе, выздоровление от рака, если это возможно) и ее качество. Ни «а вам слабо?», ни «мы единственные, кто...», ни «а у нас на работе...» автоматически не означает, что эти две цели будут достигнуты». Далее он приводит список «наиболее циничных онкологических операций», сравнивает согласие на них с «покупкой ложной надежды» и призывает пациентов принимать решение, только взвесив все «за» и «против». Заканчивает свое обращение краткой фразой: «Операции «на слабо» не наш выбор». Пример иллюстрирует возможность выгодной «продажи ложной надежды» вопреки благу больного, не нарушая при этом его права на свободный выбор.

Чтобы избежать претензий, врачи, забыв о внушаемой им со студенческих лет истине, что в у раненых победителей раны заживают быстрее, чем у побежденных, стали довольно безжалостно информировать больных об опасностях, которыми им грозят предлагаемые медицинские вмешательства. Бланки информированного согласия, часто на несколько страниц, заполненные мелким шрифтом, переполненные непонятными терминами, пугают больных. Как сказала одна пациентка в частном разговоре, у меня создалось впечатление, что я должна подписать себе смертный приговор. Известны трагические случаи, когда больной не выдерживал эмоционального удара, получив информацию о предстоящем вмешательстве (печальная история смерти Е. Евстигнеева, внезапно скончавшегося в предоперационной после того, как кардиохирург проинформировал его о высоких рисках предстоящей операции).

Еще один пример злоупотребления информированным согласием мы нашли в «Дневнике больничного охранника» лауреата Букеровской премии Олега Павлова [5]. Работая охранником в приемном отделении одной из московских больниц, будущий писатель наблюдал сцену, прямо связанную с информированным согласием.

Мужик с влажной гангреной... С ним жена, сын, а потом еще подъехал старший. Ему сказали, что ногу надо ампутировать, — а он отказался. По виду вполне приличный — но если довел себя до такого состояния, то сам. Он из тех, кто боится что-то делать, пугается своей

болезни... Отправились они из больницы восвояси, потому что не смогли убедить врачей «просто его полечить». Мать плаксива, растерянна, никакого мужества в ней нет. Младшенький очень трепетный, — и она его тиранила, а он только подчинялся. Старший же приехал на своей машине, сразу стал командовать, покрикивать, начал "все улаживать" с врачами, хотя, в конце концов и ему это не удалось. Отец такой же плаксивый, будто гангреной-то изнеженный... Но тоже покрикивал, распорядился гнойной ногой: как взять, куда переложить, как замотать. Когда сделали ему перевязку из снисхождения, то жаловался, что плохо сделали...

Эта ситуация — демонстрация чудовищного равнодушия к больному, которому «де факто» отказали в медицинской помощи и, скажем честно, обрекли на смерть. При этом можно не сомневаться, что если бы врача спросили, считает ли он, что выполнил свой врачебный долг перед больным с влажной гангреной, то можно не сомневаться, что он ответил бы, что — да, безусловно выполнил. Больной отказался от операции, отказ оформлен «в надлежащем порядке» — какие тут претензии? Между тем в данном случае мы наблюдаем типичный пример принятия решения под воздействием «порочной воли», когда переживаемые боль, тревога, страх оказывают негативное влияние на способность психически нормального человека к эффективной волевой регуляции своих действий. «Порочность воли» — это юридический термин; доказательство порочности воли лица, участвующего в сделке, позволяет суду признать ее незначительной. Если бы больной с гангреной одновременно с отказом от ампутации подписал еще завещание, его родственники могли бы оспорить его в суде, ссылаясь на порок воли под воздействием тяжелого заболевания. Интересно, что решение больного относительно медицинского вмешательства в аналогичной ситуации сомнению не подвергаются.

В рассматриваемом случае «надлежащим образом оформленный отказ» освободил врача от необходимости позаботиться о не очень приятном, судя по описанию, больном. Хотя его можно было бы госпитализировать, обезболить, назначить дезинтоксикационную и антибактериальную терапию, перевязать, а также успокоить и еще раз доходчиво рассказать о его проблеме и необходимости ампутации. Но это длинный путь, а оформить отказ гораздо проще.

Впрочем, надеясь на защиту в виде правильно оформленного бланка информированного согласия, врачи не вполне правильно оценивают его реальную роль в случае возбуждения уголовного дела или гражданской претензии со стороны пациента. Складывающаяся судебная практика позволяет сделать вывод о том, что судьи часто соглашались с истцом, который считает, что врачи, информируя, что-то недоговорили или исказили, что не позволило ему принять правильное решение, и если бы он знал полную правду о предлагаемом вмешательстве или последствиях отказа от него, то принял бы иное решение. Иногда истец говорит, что плохо понимал сказанное, сильные боли (одышка, страх и т.п.) мешали ему сосредоточиться, а врач еще использовал непонятные термины. Так, нам известен обвинительный приговор врачу травм пункта по статье «Неоказание медицинской помощи», который принял отказ пациентки от предложенной им помощи. Молодая женщина, сидящая в холле, странно выглядела и находящаяся рядом с ней пациентки сказали об этом врачу. Он вышел из кабинета и,

обратившись к ней, спросил, все ли в порядке, а в ответ получил грубую ругань, которую расценил как отказ от помощи. Врач удалился, продолжив прием, а через 2 часа ему сообщили, что в приемной — труп. Это была та самая женщина, а причиной смерти, как показало вскрытие, оказалась тяжелая двухсторонняя пневмония. Защищаясь в суде, врач делал упор на то, что не мог нарушить правило информированного согласия в отношении больной, которая высказала резкий протест против его вмешательства. Суд не принял его объяснений, указав на то, что за два часа до смерти от пневмонии больная вероятнее всего находилась в состоянии глубокой гипоксии и не могла адекватно реагировать на предложение помощи.

Помимо откровенных искажений и злоупотреблений, будучи в большинстве случаев абсолютно формальной процедурой, информированного согласия увеличило бюрократическое давление на больных, его все чаще ассоциируют с насилием, оно вызывает рост недоверия к врачам и даже агрессию. В ответ на просьбу подписать бланк может раздаться: «Что, ж... свою решили прикрасить?». Так, вместо защиты своего права на свободный выбор пациент получил бессмысленную с его точки зрения процедуру, еще больше отдаляющую его от врача.

Подводя итог, можно заключить, что действующая в стране практика информированного согласия не отвечает интересам пациентов и медицинского сообщества и должна быть пересмотрена. Здесь мы видим, как нормы биоэтики из «щита», который играет роль защиты пациента, преждевременно, без предварительного глубокого обдумывания и проведения пилотных исследований закрепленные в качестве норм закона, превращаются в меч, несущий боль и недоверие (Wolf SM, 2004). [6]. Где же искать основания для необходимого пересмотра?

Современная этика в поисках баланса между правом на выбор и правом на заботу

В поисках разумного наполнения «процедуры» информированного согласия, действующей в России, имеет смысл познакомиться с текущим зарубежным опытом, где в настоящее время активно изучается именно эта проблема — как совместить свободу выбора и заботу об уязвимом пациенте? Поиски ответа ведут не только философы, но и биоэтики-практики, проводящие «полевые исследования», когда этические дилеммы, связанные с информированным согласием, в различных клинических ситуациях решают практикующие врачи и медицинские сестры. Изучается и мнение больных. Причем упор делается на медицинских ситуациях, где больной находится в наиболее уязвимом состоянии и часто не может обходиться без посторонней помощи и поддержке. Исследуются сочетания выбора и заботы в геронтологии, паллиативной помощи, на стадии постановки диагноза в онкологической помощи и т. п.

Так, в исследовании John MacArthey и др., 2017 г. обсуждалась «амбивалентная» пастырская модель, предполагающая дружелюбные отношения врача и пациента на стадии постановки онкологического диагноза,

когда у пациента есть возможность и сделать свободный выбор и одновременно принять заботу со стороны врача. [7]. «Когда отношения складываются хорошо, я готов полностью положиться на эксперта», — таково мнение одного из опрошенных пациентов. Другая пациентка рассказала, что узнав свой диагноз, она почитала статьи в Интернете, брошюры, которые ей дал врач, но у нее была потребность обсудить, как болезнь изменит ее жизнь, что будет дальше. «Я искала «няню», которая бы объяснила бы мне все...». В статье Swartz A.K., 2018 г., отстаивающей принципы европейской биоэтики в ее феминистическом варианте, обсуждая проблему взаимодействия врача и уязвимого пациента, ставит вопрос о недопустимости принуждения к автономии, столь распространенного в современной медицине, устроенной «по мужским законам». [8]. Таким образом, на наших глазах рождается концепция «относительной автономии» и «ограниченного патернализма», когда степень относительности или границы определяются ситуационно в ходе межличностного взаимодействия врача и пациента в совершенно конкретной ситуации. Мы бы позволили назвать подобную концепцию ситуационной этикой.

Проблема лишь в том, что она требует со стороны врача больших ресурсных затрат, отвлечения его внимания от решения того, что считают чисто медицинскими проблемами. Причем современный врач научен решать именно эти проблемы, рассматривая общение с пациентом как обременительную обязанность, которая, строго говоря, является даже не обязанностью, а дополнительной нагрузкой, от которой хочется улизнуть всякими доступными способами, чтобы погрузиться в «настоящую медицину». Большинство врачей не согласны быть «веселыми пастырями» или «заботливыми нянями» для своих пациентов. Между тем, как выясняется по данным исследований, многие пациенты ждут от врачей не только свободного выбора, но и того, чтобы с ними «нянчились». Как ответит медицина на этот запрос пациентов, которым «дали свободу», но лишили заботы, покажет время. Однако растущая пропасть недоверия между ними не позволяет затягивать решение этой проблемы.

Выводы

На наших глазах в ближайшее время будет происходить пересмотр представлений об информированном согласии, его перевод на более гуманистические рельсы. Уже в настоящее время формируется новая, ситуационная этика, когда баланс между выбором и заботой устанавливается в каждом конкретном случае в ходе полноценного межличностного взаимодействия врача и пациента. Возможно, поиски такого баланса потребуют кардинального пересмотра представления врачей об их профессии, в которой значительно усилится гуманитарная составляющая, а также изменят организационную структуру здравоохранения, которая с ростом числа уязвимых больных (старение населения) будет дополнена полноценным сектором гуманитарного сопровождения высоко технологичной медицинской помощи.

Литература

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford university press; 1994; 512 p.
2. Christen M, Ineichen C, Tanner C. How "moral" are the principles of biomedical ethics?--a cross-domain evaluation of the common morality hypothesis. BMC Med Ethics. 2014; Jun 17:15–47
3. Mol A., The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice. London: Routledge; 2008; 166 p.
4. Лехциер В. Л. Логика заботы versus логики выбора в современных концепциях медицинской практики. Интеракция. Интервью. Интерпретация. 2019; 11(20): 36–53. DOI: <https://doi.org/10.19181/inter.2019.20.2>.
5. Павлов О. «Дневник больничного охранника». М.: Издательство «Время»; 2012; 126 с.
6. Wolf SM, Law & bioethics: from values to violence. Journal of Law, Medicine & Ethics. 2004; 32: 293–306
7. MacArtney JI, Malmström M, Overgaard Nielsen TL, Evans J., et al. (2017) Patients' initial steps to cancer diagnosis in Denmark, England, and Sweden: what can a qualitative, cross country comparison of narrative interviews tell us about potentially modifiable factors?, BMJ Open, 7, e018210.
8. Swartz AK, A Feminist Bioethics Approach to Diagnostic Uncertainty. Am J Bioeth. 2018; 18(5):37–39 DOI: 10.1080/15265161.2018.1447046. PMID: 29697339.

References

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford university press; 1994; 512 p.
2. Christen M, Ineichen C, Tanner C. How "moral" are the principles of biomedical ethics?--a cross-domain evaluation of the common morality hypothesis. BMC Med Ethics. 2014; Jun 17:15–47
3. Mol A., The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice. London: Routledge; 2008; 166 p.
4. Lehcier VL. Logic of care versus logic of choice in modern concepts of medical practice. Interactive. Interview. Interpretation. 2019; 11(20): 36–53. Russian.
5. Pavlov O. "Diary of the hospital guard." M.: Vremya Publishing House; 2012; 126 p. Russian.
6. Wolf SM, Law & bioethics: from values to violence. Journal of Law, Medicine & Ethics. 2004; 32: 293–306
7. MacArtney JI, Malmström M, Overgaard Nielsen TL, Evans J., et al. (2017) Patients' initial steps to cancer diagnosis in Denmark, England, and Sweden: what can a qualitative, cross country comparison of narrative interviews tell us about potentially modifiable factors?, BMJ Open, 7, e018210.
8. Swartz AK, A Feminist Bioethics Approach to Diagnostic Uncertainty. Am J Bioeth. 2018; 18(5):37–39 DOI: 10.1080/15265161.2018.1447046. PMID: 29697339.