

Barbara Maroszyńska-Jeżowska

Relacja pacjent – lekarz; refleksja normatywna

The patient – doctor relation: Normative reflection

Uniwersytet Jagielloński, Zakład Filozofii i Bioetyki CM UJ

Tradycja hipokratesowska sprzyjała powstaniu kanonu stale rozwijającej się, lecz możliwej do opanowania wiedzy medycznej przy w miarę dokładnie określonych pojęciach zdrowia oraz choroby. Role społeczne lekarza i jego powinności były wyraźne zarysowane. Intensywny rozwój nauki i techniki, nowoczesna organizacja służby zdrowia i opieki społecznej a przede wszystkim głębokie zmiany w systemie dominujących w naszych czasach wartości doprowadziły do istotnego zderzenia pomiędzy tradycyjną moralnością a możliwościami nauki. Warunki te sprzyjały powstaniu nowej dyscypliny filozoficznej – filozoficznej etyki medycznej (bioetyka), której podstawowym zadaniem jest określenie najistotniejszych problemów medycyny współczesnej, analiza i ocena metod stosowanych w rozstrzygnięciu tych problemów oraz pomoc w podejmowaniu właściwych decyzji. Czy zmienia się także *ethos* lekarski? Bowiem praca lekarza wbrew temu, co głosił Hipokrates przestaje być właściwie służbą i powołaniem, lecz staje się przede wszystkim sposobem zarobkowania. Nie ma w tym oczywiście nic nagannego, każda praca ma swoją wycenę. Nieprawidłowości pojawiają się wtedy, gdy kwestie materialne stają się dla lekarza priorytetowe kosztem jego powinności moralnych i zawodowych – mówi się wtedy często o dehumanizacji medycyny.

Programy społeczne opracowywane przez instytucje rządowe zawierają czasami dodatkowe wskazówki moralne dla badaczy i pracow-

ników służby zdrowia. Zasady moralne i sposób wykorzystania danych empirycznych są ze sobą ściśle związane. Przeprowadzanie analizy zysków i strat nie ma charakteru czysto empirycznego i nie jest wolne od wartościowania. Tego rodzaju techniki obciążone są ocenami moralnymi w punkcie wyjścia, w dalszej zaś kolejności wymagają korekty opartej na zasadzie sprawiedliwości.

Charakterystycznym rysem ludzkiego życia jest obecność w nim dylematów zmuszających do wysiłku umysłowego, konieczności wyprowadzania konkluzji i dokonywania wyborów. Dylematy moralne przybierają co najmniej dwie postacie:

Istnieją pewne argumenty, które wykazują, że dany czyn jest moralnie słuszny; oraz inne świadczące o tym, że jest on moralnie niesłuszny, ale żadne nie są rozstrzygające;

Może się zdarzyć, że istnieją wystarczające powody moralne, aby dokonać i zarazem nie dokonać danego czynu. W dylematach tego rodzaju człowiek ma obowiązek dokonać czynu ze względu na normy, które uznaje za wiążące, a jednocześnie ma obowiązek dokonania innego czynu, ze względu na inne normy. Racje jakie stają za wzajem wykluczającymi się czynami, są równie przekonujące i ważne, choć żadna nie dominuje nad pozostałymi.

Dylematy mogą powstawać nie tylko w wyniku zderzenia się niezgodnych ze sobą zasad i reguł, lecz także jako skutek trudnych wyborów.

Bez względu na to, jaki wariant postępowania wybieramy, jakiś inny obowiązek zostaje naruszony – który nie przestaje na nas ciążyć w sytuacji bezkonfliktowej.

Konflikt między obowiązkami moralnymi a interesem własnym rodzi często dylematy praktyczne ale nie moralne. Jeśli racje moralne walczą o pierwszeństwo z racjami pozamoralnymi, pojawia się trudne pytanie, o to, które z nich wybrać? Nawet jeśli wybór nie ma wagi dylematu. Uważa się czasem, że istnieje wiele rodzajów dylematów praktycznych, lecz nigdy moralnych, bowiem myśl o sprzecznych obowiązkach jest niespójna logicznie – jedyna powinność, to powinność wynikająca z powiększenia najwyższej wartości¹.

Niemniej jednak konflikt taki przeradza się w dylemat, gdy nie jest możliwe odwołanie się do najwyższej zasady, pozwalające na wybranie najwyższej powinności. Pojawia się wówczas potrzeba moralnego uzasadnienia, jak mówił John Devey „refleksja zaczyna się z wyobrażeniem sobie możliwych linii postępowania”². Wybór wiąże się uznaniem jednej z nich jako moralnie uzasadnionej. Celem jest wykazanie, że żywione przekonanie albo podejmowane działanie wspiera na wystarczających racjach. Problemem jest odróżnienie wartości racji sądu moralnego od jego konkluzywności. Czym innym będzie w konsekwencji uzasadnienie wartościowe ale niekonkluzywne (wystarczające do uzasadnienia), a czym innym uzasadnienie wartościowe i konkluzywne.

Często wspiera się to rozumowanie także postulatem zgodności z sumieniem. Sumienie jako cnota zatwierdzająca wymóg dokładnego rozpoznania własnych przekonań, do którego podstawą powinny być zewnętrzne normy moralne oraz znajomość faktów składających się na sytuację, w której przyszło działać. Dopiero po spełnieniu tych warunków można orzec, że działanie zgodne z sumieniem jest uzasadnione. Z grubsza biorąc człowiek postępuje zgodnie z sumieniem, jeśli stara się ustalić co jest słuszne i zamierza to czynić, a zarazem wkłada w to

działanie odpowiedni wysiłek i jest do niego odpowiednio motywowany³. Cnota zgodności z sumieniem wyraża – jak się często podkreśla – te same treści co etyka kantowska, chociaż obecna jest także w utylityzmie, gdzie sumienie jest wyrazem stałego i poważnego zaangażowania się w przestrzeganie zasady użyteczności. We wszystkich prawie teoriach etycznych sumienie pomaga w ostrożnym interpretowaniu sytuacji moralnej, w uszczegółowianiu norm – które powinno się przestrzegać, wybieraniu z dwóch niezgodnych norm – przeważającej, przeciwdziałaniu wypadkom naruszania norm oraz minimalizowaniu okazji do ich łamania.

Reasumując: kiedy napotykamy na poważne konflikty sumienia w opiece zdrowotnej i w innych dziedzinach życia, powinniśmy stosować rozwiązania oparte na ustalonych procedurach oraz takich cnotach jak sumienie. John Rawls zauważa: „w czasach społecznego zwątpienia i utraty wiary w tradycyjne wartości pojawia się skłonność do oparcia się z powrotem na prawości: prawdomówności i szczerości, racjonalności i zaangażowaniu – albo – jak niektórzy mówią autentyczności”⁴.

Zasady moralne poprawnego wykonywania zawodu lekarza są prawdopodobnie tak stare jak zawód lekarski. Ich sformułowania przypisywane Hipokratesowi (V w. p.n.e.) były standardem do przełomu XIX i XX w. Chociaż ewolucja myśli lekarskiej odbywała się stale i systematycznie przez wieki, okazało się jednak w naszych czasach w epoce medycyny technologicznie zupełnie zmienionej, w epoce coraz częściej przebiegających zmian warunków życia społeczeństw i towarzyszących temu zmian warunków świadczenia usług lekarskich okazało się, że tradycyjne hipokratesowskie normy etyczne stały się niedostateczne.

Dobro chorego naczelnym prawem – zasady tej dzisiaj nikt nie podważa – niezależnie od materialnej opłacalności tego zawodu⁵, ponieważ z niej wypływają wszelkie normy szczegółowe etyki zawodowej lekarza. Starania o właściwe ustawienie materialne lekarza w społeczeń-

1 T. Beauchamp, J. Childress: *Zasady etyki medycznej*. Książka i Wiedza, Warszawa 1996, s. 21.

2 John Devey: *Theory of the Moral Life*. New York 1960, s. 135.

3 T. Beauchamp, J. Childress: *Zasady etyki medycznej*. Książka i Wiedza, Warszawa 1996, s. 495.

4 John Rawls: *Teoria sprawiedliwości*. PWN, Warszawa 1994, s. 703–704.

5 *Etyka i deontologia*, praca zbiorowa pod red. T. Kielanowskiego. PZWL, Warszawa 1985, s. 24 i następne.

stwie nie zmieniają jednak w niczym podstawowego prawa, że podejmowanie przez lekarza odpowiedzialności za życie i zdrowie pacjentów usytuowane jest – ze względu na ich prawa podmiotowe – ponad kategoriami odpłatności za świadczone usługi.

Ukrytym założeniem świeckiej, liberalnej i pluralistycznej tj. współczesnej nam kultury jest to, że żadna jednoznaczna teza o istocie człowieka i jego powołaniu nie jest dostępna, ponieważ nie jesteśmy w posiadaniu żadnego, dającego się zadawalająco obronić pojęcia prawdziwego powołania człowieka lub prawdziwej istoty natury ludzkiej, które mogłoby zostać uznane powszechnie za wartość. Często się twierdzi, że etyka zawodu lekarskiego jest w szczególności sposób autonomiczna. Wolny zawód lekarza miał chronić i przekazywać swoje wartości w bardzo zróżnicowanych kontaktach społecznych i kulturowych. Stanowcze domaganie się aby być wolnym zawodem, a nie jedynie fachem, w charakterystyczny sposób pociąga za sobą rozszczenie, aby stać na straży pewnych wartości. Wartości, do których lekarze uznają się zobligowani w zmieniającym się społecznym i moralnym otoczeniu są co najmniej trojakiemu rodzaju:

- 1) bezwarunkowe poświęcenie się ochronie życia i zdrowia,
- 2) podtrzymywanie zaufania żywionego przez pacjenta do lekarza,
- 3) oczekiwanie utrzymania autonomii w wydawaniu sądów lekarskich dla lekarza i społeczność lekarskiej.

MacIntyre zauważa, że: tradycyjne dla etyki lekarskiej zalety moralne nie dają się w żaden prosty sposób wywieść z inwariantnych ludzkich zalet. Aby zaliczyć je do zalet moralnych musimy odwołać się do pewnych przekonań odnoszących się do szczególnej wartości, jaką upatrujemy w ochronie ludzkiego życia⁶.

Pytanie brzmi: czy te wartości mogą obecnie dostarczyć adekwatnego kryterium etycznego praktyce lekarskiej, w społeczeństwie o postępującym zróżnicowaniu systemów moralnych i nieskrępowanego rozwoju technologicznej medycyny.

Ad (1) Współczesne kodeksy etyczne (także polski Kodeks Etyki Lekarskiej) zaliczają życie do naczelných wartości. Oprócz życia w regulacjach kodeksowych pojawiają się kolejne dobra, a mianowicie: zdrowie, niesienie ulgi w cierpieniu, zapobieganie chorobom i dbałość o zdrowie społeczeństwa. Ustalenie, która z tych wartości jest priorytetowym dobrem w medycynie – jest problematyczna również pod względem moralnym. Towarzyszące temu procesowi trudności w definiowaniu takich pojęć jak: „zdrowie”, „choroba”, „życie” czy „stan terminalny” powodują, że w codziennej praktyce lekarskiej działania zmierzające do przywrócenia zdrowia bardzo często przekształcają się w czynności ratujące życie, te zaś są trudno odróżnialne od zabiegów przedłużających jedynie umieranie chorego. Zastosowanie kryterium użyteczności pozwala ukazać ujemne konsekwencje; każdej z tych propozycji sformułowania naczelnej zasady etyki medycznej⁷.

Pewnym wyjściem z tej trudności jest zastosowanie imperatywu kategorię Kant w drugim jego sformułowaniu: „postępuj tak, byś człowieczeństwa tak w swojej osobie, jako też w osobie każdego innego, używał zawsze zarazem jako celu, nigdy tylko jako środka”. Uwzględnienie konsekwencji płynących z tego nakazu pozwala usytuować troskę o pacjenta jako osobę, za najwyższe dobro medycyny, „a wtórnie dopiero – i nigdy tylko – o jego życie, zdrowie czy minimalizowanie cierpienia”⁸.

Ad (2) Współczesna medycyna postawiła lekarzy wobec nowych problemów. Sporo dyskutuje się obecnie na ten temat, o czym świadczą takie zagadnienia jak: udział pacjentów w eksperymentach klinicznych mających na celu ocenę wartości leku, świadoma zgoda, kwestia prawdziwości lekarza w informowaniu pacjenta o stanie jego zdrowia, czy problem udziału pacjenta w procesie podejmowania decyzji dotyczących sposobu jego leczenia. Podejmowane przez lekarza w codziennej praktyce decyzje kliniczne mają określony aspekt etyczny, nie ograniczają się jedynie do problemów naukowych – takich jak: rozpoznanie choroby, czy wybór naj-

6 Alasdair MacIntyre: *Jak zalety moralne stają się występami*. Znak nr 284, s. 189, Kraków 1978.

7 Interesującej analizy problemu w tej materii dokonuje Kazimierz Szewczyk. [W:] K. Szewczyk: *Dobro, zło i medycyna*. PWN, Warszawa 2001, s. 172–178.

8 Tamże, s. 196–197.

skuteczniejszego sposobu leczenia. Ludzie szukający porady lekarza wskazują na następujący aspekt medycyny klinicznej – a mianowicie subiektywne odczucie choroby i subiektywne odczucie zdrowia. Swoistym przykładem realizacji przez chorego swych praw osobowych, jest aktywny udział we wszystkich fazach procesu decyzyjnego związanego u początków z racjonalnym i swobodnym wyrażeniem zgody na sposób leczenia, eksperymenty medyczne czy kontrolowane próby kliniczne. Zaufanie, jakie powinno określać stosunek pacjenta do lekarza, opierało się w przeszłości na założeniu wspólnej utrwalonej moralności; lekarz mógł mieć utwierdzone przekonanie, że poglądy jego pacjenta dotyczące cierpienia, śmierci, godności ludzkiej będą w zasadzie podobne do jego własnych. Pacjent z kolei, mógł zasadnie przypuszczać, że przekonania te będą respektowane. Zatem pacjent poddając się zabiegom medycznym mógł z ufnością zakładać, że tym samym nie rezygnuje ze swojej moralnej autonomii. W sytuacji, gdy dominuje pluralizm moralny, ta relacja nie jest tak jednoznaczna. Ocena wartości (jakości) indywidualnego życia nie leży zresztą w możliwości lekarskiego rozeznania.

Ad (3) W perspektywie układu lekarz – pacjent decyzje za pacjenta podejmuje lekarz. W układzie partnerskim decyzja o sposobie kuracji należą do pacjenta. Trzeba go zatem zrozumieć i wyczerpująco poinformować o chorobie i wszelkich możliwych sposobach leczenia. Ale to i tak do końca nie zlikwiduje układu zależności pacjenta od lekarza, ponieważ to nie pacjent definiuje swoje potrzeby i oczekiwania, lecz robi to za niego lekarz, który wykonuje usługę medyczną. Partnerstwo w układzie pomiędzy lekarzem a pacjentem zaczęło się rozwijać już w końcu XIX wieku; wymuszone przez pacjentów rozczarowanych do poszczególnych lekarzy, możliwościami medycyny, bądź błędami w sztuce lekarskiej. Wszystko wskazuje na to, że układ paternalistyczny będzie w odwrocie. Następują gwałtowne zmiany obyczajów – szacunek do różnych autorytetów upada, zmniejsza się również dystans między pacjentem a lekarzem. Prawo pacjenta do informacji o stanie swojego zdro-

wia i prawo do podejmowania decyzji o swoim leczeniu powoli, ale stopniowo zostaje wpisywane w akty prawne, kodeksy etyki lekarskiej; powstające różne formy samoorganizacji pacjentów (grupy samopomocowe, stowarzyszenia pacjentów o charakterze konsumenckim oraz federacje stowarzyszeń o zasięgach krajowych) ograniczają autonomię lekarską. Ochrona zdrowia, ratowanie życia, ulga w cierpieniu – to dobra, które obowiązany jest świadczyć każdemu swojemu pacjentowi bez różnicy. W tradycji było to bardziej zobowiązanie moralne lekarzy, niż relacja dwustronna, upoważniająca pacjentów do roszczeń. Autonomia lekarzy i autonomia pacjentów znajduje punkt porozumienia w postulacie troski o chorego, tzn. wolność lekarzy jest wolnością pozytywną do troszczenia się o pacjenta i ponoszenia odpowiedzialności za sposób korzystania z tej wolności; wolność pacjenta jest wolnością negatywną w millowskim tego słowa znaczeniu⁹, to znaczy, iż „pacjentowi nie wolno – w sensie moralnym – domagać się świadczeń, które byłyby objawem bez troski w stosunku do niego”¹⁰.

W kraju, gdzie system prawny jest przedmiotem permanentnych analiz i modyfikacji, związanych z oczekiwaniami społeczeństwa moralnie zróżnicowanego, sytuacja decyzyjna lekarza jawi się jako szczególnie skomplikowana. Tradycje etyki zawodowej, przynajmniej w odniesieniu do niektórych zawodów, sięgają epoki starożytnej. Współczesna problematyka etyki zawodu uległa znacznemu poszerzeniu w stosunku do grup zawodowych tradycyjnie uchodzących pod tym względem za wyróżnione – np. lekarzy; przyczyna wzrostu zainteresowania etyką zawodu, legitymizującego się swoistym „powołaniem”, wiąże się z powiększeniem sfery konfliktów moralnych, towarzyszących rozwojowi nauk medycznych. Na tym tle kwestia moralnych kwalifikacji tej grupy zawodowej powinna uzyskać swoją – co najmniej równą – pozycję w stosunku do kwalifikacji czysto zawodowych; dotyczących wiedzy i innych umiejętności związanych z rozpoznawaniem i leczeniem chorób. Znajduje to wyraz w składanej przysiędze lekarskiej. Już sam wymóg fachowości i rzetelności zawodowej ma zabarwienie moralne. Wysoka wiedza zawo-

9 J. S. Mill: *Utylitaryzm, o wolności*. PWN, Warszawa 1959.

10 Kazimierz Szewczyk: op. cit., s. 198.

dowa może sprzyjać realizacji określonych wartości moralnych, a respektowanie tych wartości może skłaniać do pogłębiania wiedzy fachowej i lepszego jej wykorzystania. Obowiązków zawodowych i moralnych nie można więc oddzielać od siebie. W niektórych przypadkach nie pokrywają się ze sobą. W zasadzie obowiązki zawodowe dotyczą technicznej strony czynności zawodowych, podczas gdy reguły etyki zawodu – wewnętrznych kwalifikacji człowieka, określają jego postępowanie, z punktu widzenia dobra i zła moralnego, sprawiedliwości i niesprawiedliwości. Rdzeń etyki lekarskiej stanowią dyrektywy elementarne i ogólnoludzkie¹¹. Te właśnie reguły są trwałymi elementami etyki zawodu, swoistość tej etyki polega również i na tym, że przedstawiciele tego zawodu decydują o istotnych, z punktu widzenia człowieka, dobrach – to jest o jego życiu i zdrowiu. Pozostając w tej optyce – lekarze przyjmują na siebie powinność służenia tym dobrom – które automatycznie stają się naczelnymi wartościami generującymi postawy etyczne i inne działania w obrębie tego zawodu.

Streszczenie

Tradycja hipokratesowska sprzyjała powstaniu kanonu stale rozwijającej się, lecz możliwej do opanowania wiedzy medycznej przy w miarę dokładnie określonych pojęciach zdrowia oraz choroby. Role społeczne lekarza i jego powinności były wyraźne zarysowane. Intensywny rozwój nauki i techniki, nowoczesna organizacja służby zdrowia i opieki społecznej a przede wszystkim głębokie zmiany w systemie dominujących w naszych czasach wartości doprowadziły do istotnego zderzenia pomiędzy tradycyjną moralnością a możliwościami nauki. Warunki te sprzyjały powstaniu nowej dyscypliny filozoficznej – filozoficznej etyki medycznej (bioetyka), której podstawowym zadaniem jest określenie najistotniejszych problemów medycyny współczesnej, analiza i ocena metod stosowanych w rozstrzyganiu tych problemów oraz pomoc w podejmowaniu właściwych decyzji. Czy zmienia się

także *ethos* lekarski? Bowiem praca lekarza wbrew temu co głosił Hipokrates przestaje być właściwie służbą i powołaniem, lecz staje się przede wszystkim sposobem zarobkowania. Nie ma oczywiście w tym nic nagannego, każda praca ma swoją wycenę. Nieprawidłowości pojawiają się wtedy, gdy kwestie materialne stają się dla lekarza priorytetowe kosztem jego powinności moralnych i zawodowych – mówi się wtedy często o dehumanizacji medycyny.

Słowa kluczowe: **postęp medycyny, etyka, osoba ludzka, wartości w nauce**

Summary

Hippocratic tradition was conducive to evolving of a canon of medical knowledge, constantly developing but feasible to be acquired, with rather precisely defined concepts of health and disease. Social roles of a physician and his duties were clearly depicted. Enormous progress of contemporary science and technology along with modern organization of health care and social care systems, and, above all, profound changes in hierarchies of values nowadays led to a clash between traditional morality and open possibilities of modern science. These circumstances gave rise to a new domain of philosophical reflection – philosophical medical ethics or bioethics. Among its main tasks there are: redefinition of essential problems of present-day medicine, analysis and evaluation of methods of solving these problems, and support in making proper decisions. The question is whether physician's ethos undergoes the similar changes. Physician's job – contrary to Hypocrites – becomes less and less a service and vocation and changes itself into the way of earning money for living. Apparently, there is nothing wrong in this process, since every work has its price. Situation goes wrong only when economic aspects begin to dominate over moral and professional obligations of a physician. And it is just situation, which is usually called „dehumanisation of medicine”.

11 „Wiemy i to, że choćby największe istniały między ludźmi różnice stanowe, klasowe, społeczne, gospodarcze, polityczne, kulturalne – wszystkie są tylko cienką powłoką na soczystym owocu, który jest wspólnym nam bogactwem człowieczeństwa”. – Stefan Wyszyński. [W]: Stefan kardynał Wyszyński, nauczanie społeczne 1946–1981. ODISS, Warszawa 1990, s. 10.

Key words: **progress of medicine, ethics, human person, values in science**

Adres do korespondencji

dr Barbara Maroszyńska-Jeżowska
Zakład Filozofii i Bioetyki CM UJ
Rynek Główny 34
31-010 Kraków
e-mail: mzmarosz@cyf-kr.edu.pl