

Waldemar Kwiatkowski

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

APORIE WSPÓŁCZESNEJ MEDYCyny. O KONTRADYKTORYJNYM CHARAKTERZE LEKARSKICH POWINNOŚCI*

Sytuacja nowoczesnej bioetyki, w tym etyki lekarskiej, została określona przez zjawisko o globalnym charakterze, które z grubsza rzecz biorąc dałoby się określić jako przewartościowanie wartości.

Duchowe ufundowanie nowożytności, opierające się na klasycznych priorytetach, takich jak godne życie – ukierunkowywane na realizację tzw. wyższych wartości, prezentujących się w jakimś transcendentnym horyzoncie, czy to rozumianym jako przestrzeń dialogu ze sferą tego, co boskie, czy zgoła w wymiarze skromniejszym społeczno-ekonomicznym, czy wreszcie zakreślonym w etyczno-praktycznym obszarze służby społecznej, wraz z rozwojem nowoczesnej technologii zostało w istotnym stopniu zakwestionowane.

Zatem zjawisko to, właśnie jako globalne, dotyczy nie tylko interpretacji otaczającego nas świata i naszego w nim miejsca, ale także rozumienia naszych relacji z bliźnimi. Krótko mówiąc znacząco wpływa na poglądy teoriopoznawcze, etyczne, estetyczne. Z oczywistych względów moja uwaga skoncentruje się głównie na analizie przeobrażeń na gruncie aksjologicznym.

1. INSTRUMENTALIZACJA WARTOŚCI

W procesie owych przeobrażeń w odniesieniu do rozumienia wartości rzuca się w oczy narastający proces ich instrumentalizacji. Za tym określeniem kryje się tendencja do pozbawiania ich samoistnego charakteru, tj. czegoś, co jest przedmiotem naszych zabiegów i admiracji ze względu na wartość

* Praca wykonana w ramach badań statutowych Zakładu Etyki i Filozofii Medycyny UM nr 503-629-4.

samoistną, co jest niemożliwe do zastąpienia przez cokolwiek innego, a co przydaje naszemu życiu wyjątkowego blasku. Oczywiście mowa tu o potocznym oglądzie, o powszechnej skłonności, która bezrefleksyjnie wrasta w nasze życie¹.

W tym procesie narastającego zubożania aksjologicznego oglądu rzeczywistości (w sensie jakościowym, a nie ilościowym)² autonomiczność pewnych wartości z wolna traci rację bytu. Dotyczy to tych spośród nich, które nie dają się wkomponować w obowiązujący technologiczny ład, stając się poniekąd elementem go dezorganizującym. Co więcej, to właśnie ów technologiczny porządek nie zadowala się już tylko odkrywaniem wartości, lecz w coraz większym stopniu nastawia się na ich kreację stosownie do potrzeb własnej ekspansji. Nie bez przyczyny ulubionym mottem reklamowych sloganów jest „odkrywanie nowego, lepszego świata”. Jego zasadniczymi elementami konstrukcyjnymi są lodówki, suszarki do włosów czy samochody. „Lepszy świat” wypiera świat „zmurszałych wartości”, świat monumentalnego, bezużytecznego piękna gór czy świątyń. Wydaje się, że bezinteresowność autotelicznych wartości ciąży technologii. Z drugiej strony ich autorytet stara się często wprząc w marketingową strategię.

Przykładem dobrze ilustrującym ów proces, zawłaszczanie przez technologię wartości, jest zjawisko degradacji piękna. Piękno mianowicie, jako wartość od czasów Platona, współdefiniująca ostateczny metafizyczny ład świata, określająca definitywny horyzont dla spełnionej egzystencji człowieka szczęśliwego, na potrzeby dalszej ekspansji technologicznego ładu zostaje zredukowane do produktu marketingowego.

Czyjeś piękno fizyczne przestaje być przedmiotem bezinteresownego zachwyty – a jeśli nawet w ten sposób oddziałuje, to jest to widziane jako subiektywny element emocji, niemalże słabości – mało ważny zazwyczaj dla naszej egzystencjalnej strategii. Jego istotną rolę postrzega się w przydatności do rozwiązania jakiegoś marketingowego problemu. W ten sposób owo piękno fizyczne zamienia się w atrakcyjny wygląd, za pomocą którego można promować wizerunek firmy czy jej produkt. Pięknem manipuluje się, tworząc wzorce pięknej sylwetki, cery, włosów pod kątem potrzeb i możliwości firm farmaceutycznych, kosmetycznych, chemicznych („piękny blask podłogi”).

¹ Rzecz jasna nie odmawia się tu prawa do postaw koneserskich, związanych z wytrawnym znawstwem, ale ich swoista unikalność jeszcze dobitniej podkreśla analizowaną tendencję.

² Odróżnienie aspektu jakościowego i ilościowego w przypadku wartościującego oglądu rzeczywistości ma istotne znaczenie dla przedstawienia tez, które pojawiają się w niniejszym artykule. Anonsując późniejsze rozważania, można tu zaryzykować twierdzenie, że narastająca aksjologizacja świata (wspomniany aspekt ilościowy), w tym przypadku rozumiana jako jego instrumentalizacja, jednocześnie prowadzi do jakościowego wyjałowienia oglądu wartości (jest to niewątpliwie związane z procesem uniformizacji jakiemu poddaje się zarówno nasze otoczenie, jak i jego rozumienie).

Nie inaczej rzecz się ma z wartościami zwanymi w literaturze etycznej witalnymi. Zdrowie, ujmowane od czasów medycyny Hipokratejskiej aż po dziewiętnasty wiek jako wartość autoteliczna³, w czasach rozprzestrzeniania się, a zwłaszcza dominacji, myślenia technologicznego przybiera postać wartości zrelatywizowanej – również dla sztuki lekarskiej. Składa się na to szereg przyczyn, o czym mowa będzie później. W tym miejscu można jedynie napomknąć, że myślenie to staje się swoistym elementem przetargu, towarem na tyle atrakcyjnym, że jest w stanie skłonić medycynę nawet do samoistnego kreowania potrzeb zdrowotnych⁴.

Owo „przewartościowanie wartości” jako element modelowania nowej rzeczywistości jest w gruncie rzeczy jedynie elementem bardziej zasadniczego procesu, który można określić mianem aksjologizacji rzeczywistości. To, co rzeczywiste, traci charakter autonomicznego faktu, stając się wartością, którą można przysposobić do zestawu innych wartości zestrojonych wedle określonych priorytetów: politycznych, ekonomicznych, estetycznych czy jakichkolwiek innych.

Moja fizyczna konstytucja, mój wygląd, może być faktem nieszczególnie absorbującym moją uwagę do czasu, gdy okaże się że ze względu na pewne braki i niedoskonałości zamyka mi drogę do kariery zawodowej. Owa fizyczna „mojość” z którą zdążyłem się żyć, a nawet zaprzyjaźnić przez sam fakt jej **istnienia**⁵ została wystawiona na wycenę i z jakichś powodów nie spełnia marketingowych oczekiwań, a zatem wymaga pewnego „dowartościowania”, swoistego „dokapitalizowania” za pomocą chirurgicznych czy kosmetycznych zabiegów, jeśli mam nie „wypaść z obiegu”. „Mojość” zatem przestaje być faktem w tym znaczeniu, jakie mu się nadaje w potocznym stwierdzeniu: „z faktami się nie dyskutuje” i staje się **towarem**. Hasła „wszystko na sprzedaż” i „każdego można kupić” nikogo już dzisiaj nie dziwią i dostatecznie jasno pokazują, jak mocno owa aksjologizacja rzeczywistości zadomowiła się w naszej świadomości – aksjologizacja jako **zakwestionowanie faktyczności** oraz jako **merkantylizacja wartości**.

³ W *Etyce Nikomachejskiej* Arystoteles powiada: „celem sztuki lekarskiej jest zdrowie”. Arystoteles (1956), 1094 a 8.

⁴ Czymże innym jest reklamowanie usług, dajmy na to, ultrasonograficznych, jak nie wyrobieniem u potencjalnych pacjentów przekonania, że bez poddania się specjalistycznej diagnostyce nie można czuć się zdrowo. Podobnie rzecz się przedstawia w przypadku polecenia preparatów odchudzających, które niosą ze sobą ryzyko wystąpienia poważnych skutków ubocznych.

⁵ To właśnie sam fakt mojego istnienia i jego nienaruszalności, wypowiedzany w stwierdzeniu „taki się urodziłem, taki los został mi zesłany” staje się sam w sobie wartością fundamentalną. Jednocześnie wyzwala we mnie możliwość przeżycia własnej jedyności jako czegoś, co nie da się niczym innym zastąpić. Niektórzy nazywają to szacunkiem dla życia. Etycy skłonni są nazwać tego rodzaju wartości „autotelicznymi”.

Medycyna jako rodzaj społecznie usankcjonowanej wiedzy i praktyki – do tego obarczona swoistym etycznym uposażeniem – w jakimś stopniu uczestniczy w zarysowanym wyżej procesie technologizacji rzeczywistości. Dlatego dopiero ukazanie jej własnej problematyki w takim szerokim kontekście daje jakąś szansę dostrzeżenia istoty dylematów i aporii, z jakimi przyszło i przyjdzie jej się zmagać.

2. APORIA PIERWSZA: RETORYKA NAUKOWEJ MEDYCyny WOBEK KLASYCZNEGO PRZESŁANIA SZTUKI LEKARSKIEJ

Takie sformułowanie aporii sugeruje nieusuwalny konflikt między zasadniczym nastawieniem towarzyszącym rozwijaniu nowoczesnej medycyny, opartej na nauce medycznej, a generalną intencją, jaką można przypisać tradycyjnemu sposobowi uprawiania sztuki lekarskiej. Owa różnica najwyraźniej ujawnia się w sposobie pojmowania pojęcia służebności, trwale wpisanego w pojęcie medycyny. Jego obecność można dostrzec zarówno w słowie **retoryka**, jak i **przesłanie**.

Służebność retoryki jawi się jako **sprzedajność**. Retoryka ma skłonność do „zaciągania się do służby”, służenia mniej lub bardziej przypadkowemu mocodawcy, zatem do pewnej wykalkulowanej uległości. W znaczeniu słowa **przesłanie** pobrzmiewa jakaś egzystencjalna powaga, misyjność – wypełniana bez względu na okoliczności, zdeterminowanie i ufność pokładane w wierze, że uczestniczy się w dobrej sprawie, sprawie jakiegoś porozumienia czy ugody.

Rodzi się pytanie, czy taka ocena jest sprawiedliwa, czy rzeczywiście przedstawia faktyczny stan spraw? Odpowiedź na nie wymaga znowu odwołania się do nieco szerszego horyzontu.

Przesłanie sztuki lekarskiej można krótko określić jako służbę zdrowiu rozumianemu w pewnym metafizycznym czy ontologicznym kontekście. Wspierać życie, to służyć bogactwu jego różnorodności wydanej przez naturę. Ściśle rzecz biorąc, oznacza to obowiązek strzeżenia właściwej natury żywej istoty, co w przypadku potocznie rozumianej medycyny można zawęzić do znaczenia troski o zdrowie i życie człowieka takim, jakim on jest właśnie z natury. Takie zaangażowanie sztuki lekarskiej i tradycyjnie pojmowanej medycyny, jako nauki o metafizycznym podłożu, przekłada się na dwie fundamentalne zasady: *zasadę czynienia dobra*, oraz imperatyw *primum non nocere*.

Powyższe rozumienie powinności lekarskich współgra z ujęciem patologii jako zachwiania owej naturalnej organicznej harmonii czy też jako jej wypaczenia przez jakieś destrukcyjne procesy zachodzące w organizmie pacjenta. Chodzi w tych powinnościach o uzdrowienie chorego, o „przywroćenie go samemu sobie”, odzyskanie przez niego właściwej mu istoty, utraconej w czasie choroby oraz tak potrzebnego nam na co dzień poczucia tożsamości. Kto z nas nie czuje się w czasie choroby „nieswojo”?

Naukowa medycyna z pozoru realizuje zbliżony scenariusz. Jej również chodzi o zdrowie, tyle, że troszcząc się o nie, ulega jego technologicznej wykładni. Nie jest to oczywiście interpretacja sformułowana zgodnie z rygorami naukowego postępowania. Jej rola polega na oddziaływaniu podskórnym, jej właściwym miejscem jest obrzeże naukowych, politycznych czy ekonomicznych debat. Technologiczna wizja życia i zdrowia jest bowiem wpisana w logikę technologicznie zorganizowanej rzeczywistości. Ale rzeczywistość, pojęta jako świat „totalnej wartości”, staje się przedmiotem wszelkiej zorganizowanej manipulacji. Wokół nas coraz mniej jest natury, coraz więcej za to kultury. Nie jesteśmy już w stanie wytrwać przy naturze, czerpać z niej inspiracji do własnego życia. Jesteśmy opanowani przez „metafizykę pożądania”, która rządzi technologiczną rzeczywistością. Nie koncentrujemy się na tym, czym jesteśmy i co jest wokół nas, lecz zabiegamy o to, czym możemy być, co można zmienić w naszym otoczeniu. Nie wystarcza nam bycie sobą, lecz szukamy możliwości nowego zdefiniowania siebie wedle sugerowanych opcji, trędów, mód. W ten sposób moja własna egzystencja staje się **wartością wymienną**.

Nowoczesna medycyna wydaje się poddawać bez większych oporów tego rodzaju tendencji. Psychosomatyczna tożsamość człowieka staje się przedmiotem jej manipulacji, swoistą zmienną funkcji określonej przez technologiczny rynek, sterujący opiniotwórczymi mediami. Jeśli podstawową kategorią na rynku pracy jest dyspozycyjność, naukowa medycyna angażuje się w stosowne programowanie ludzkiego organizmu. Jeśli jest nią, z kolei, psychomotoryczna wydajność – tak wysoko ceniona w świecie wyczynowego sportu – wtedy jest ona gotowa dostarczyć odpowiednich środków farmakologicznych, ewentualnie zabiegów fizykoterapeutycznych przystosowujących organizmy sportowców do nadzwyczajnych obciążeń. Równie skutecznie medycyna obsługuje środowiska artystyczne lub świat mediów oferując całą gamę środków i zabiegów odmładzających, upiększających, odchudzających. Co więcej, medycyna nie ogranicza się jedynie do odpowiedzi na zapotrzebowanie rynku, ale niejako z własnej inicjatywy stara się kreować, może nie tyle zdrowotne potrzeby, ile zapotrzebowanie na medyczne usługi. Ma skłonność do ulepszania świata i ludzkiego życia. Budzi to często sprzeciw. Krytykuje się tego rodzaju zapędy medycyny jako wykraczanie poza jej własne kompetencje, narzucanie swoich kryteriów poprawności czy normalności. Jedno z najbardziej spektakularnych świadectw takiej nadmiernej medykalizacji życia wiąże się z protestem pewnego amerykańskiego stowarzyszenia skupiającego ludzi obdarzonych niskim wzrostem (The Society of Little People of America) przeciwko badaniom inżynierii genetycznej nad zapobieganiem karłowatości oraz nad terapią umożliwiającą osiągnięcie normalnego wzrostu. Zdaniem członków tej organizacji mamy do czynienia z bezprecedensowym zamachem na ludzką godność, ze skłonnością do

rugowania naturalnej odmienności przynależnej ludzkiej populacji, prawa do fizycznej inności – przekładającej się na ukształtowanie unikalnej osobowości, a w reszcie z nieuprawnionym stosowaniem „terroru genetycznych norm” (Knoepffler 2001: 384).

Ta osobliwa kontrowersja daje do myślenia. Dochodzi w niej w istocie do zderzenia dwóch sposobów myślenia, rywalizujących na gruncie medycyny. Jeden z nich podporządkowuje powinności medycyny i opieki medycznej instrumentalnie traktowanej istocie człowieka, drugi wychodzi z założenia, iż człowiekowi bez względu na jego psychofizyczną konstytucję przysługuje godne traktowanie, które wynika właśnie z przyrodzonej godności wpisanej w unikalność tejże konstytucji. Innymi słowy: jeśli ktoś odbiegający od potocznie bądź naukowo rozumianej normy jest w stanie zaspokajać swe egzystencjalne potrzeby, zadowalająco określić swoje miejsce w społeczności, wtedy wszelką próbę zmiany w jego psychofizycznym statusie – nawet jeśli przyświeca jej szlachetna intencja – należy uznać za niedopuszczalną ingerencję w wewnętrzny, autonomiczny układ wartości i preferencji. Pierwszy sposób postrzegania medycyny, to taki, w którym dała się ona uwieść mirażom technologicznych możliwości leczenia, naprawiania i poprawiania natury ludzkiej i uczynienia jej dyspozycyjną dla aksjologicznie skonstruowanego świata. Drugi zaś wychodzi z założenia, że to, co zrządzone mocami przyrody zasługuje na najwyższy szacunek, że należy tego pilnie strzec, naprawiać jedynie w wyjątkowych sytuacjach. Możliwości dialogu między tymi dwoma stylami myślenia wydają się ograniczone.

3. APORIA DRUGA: KONFLIKT POWINNOŚCI

Powyższa dychotomia na swój sposób przejawia się w sferze rozumienia lekarskich powinności. Odmienny sposób podejścia do nich, jakoś ugruntowany w różnicach traktowania swoistych zadań medycyny i sztuki lekarskiej, rzutuje bezpośrednio na kształtowanie się relacji między lekarzami i pacjentami. To zaś wpływa na ocenę jakości usług medycznych, odpowiada za poczucie bezpieczeństwa, jakie może nam dać opieka medyczna, do której mamy zaufanie.

Etyka lekarska, ufundowana na klasycznej sztuce lekarskiej, powinności oraz obowiązki lekarzy⁶ odnosi bezpośrednio do pacjenta i w bezpośrednim

⁶ Rozróżnienie między pojęciem obowiązku i powinności, którym się tu posługuję, nawiązuje do tego jakie można spotkać m. in. u Czesława Znamierowskiego. Zob.: Znamierowski 1957: 250. Zgodnie z powyższym, powinności wypływają z osobistego zaangażowania, którego podstawą jest uczucie życzliwości. Natomiast obowiązek nie wymaga już tego rodzaju aktywności, zakłada pewien element rutyny, często pozbawiony wsparcia takich pozytywnych emocji.

kontakcie z nim niejako je dookreśla. Pacjent, z którym lekarz ma do czynienia, jest ostateczną instancją, która je uprawomocnia, podobnie jak działania, jakie lekarz wobec niego podejmuje. Krótko mówiąc, owe powinności krystalizują się jako próba adekwatnej odpowiedzi na fakt fizycznej obecności pacjenta, tj. na jego sposób prezentacji dolegliwości, jego zachowanie, które już na pierwszy rzut oka ukazuje stopień fizycznego i mentalnego upośledzenia. Taki kontakt i takie bezpośrednie oględziny, gdy chorobę prezentuje sam chory, a nie tylko wyniki testów diagnostycznych, dają podstawę do leczenia pacjenta, a nie jedynie jego choroby. Taki rodzaj uprawiania sztuki lekarskiej można nazwać **spolegliwym**. Bierze on w opiekę osobę cierpiącą, usunięcie choroby traktując jako środek wiodący ku uzdrowieniu. Innymi słowy: *celem działania lekarza jest dobro pacjenta, środkiem zaś – właściwie dobrana terapia*.

Dla sztuki lekarskiej, ugruntowanej na osiągnięciach nowoczesnej medycyny, tego rodzaju ideał jest trudno osiągalny, jeśli w ogóle możliwy. Technologicznie ukształtowana medycyna i sztuka lekarska rządzą się swoimi prawami. Ceną korzystania z drogich procedur diagnostyczno-terapeutycznych jest poddanie terapii rachunkowi ekonomicznemu, rygorowi możliwie efektywnego wykorzystania środków leczniczych oraz racjonalnego zagospodarowania czasu specjalistów przeszkolonych w ich stosowaniu. W tym złożonym układzie wzajemnie powiązanych elementów, na które składa się sprawne funkcjonowanie medycznej technologii i infrastruktury, określa się następnie właściwe miejsce pacjenta – w taki sposób, aby jego obecność w jak najmniejszym stopniu zakłóciła tę pragmatyczno-ekonomiczną logikę medycznego kombinatu. Pacjent, niezależnie od intencji lekarzy, zostaje potraktowany instrumentalnie. Paradoksalnie bowiem, im szybciej zrezygnuje ze swych podmiotowych roszczeń, tym więcej na tym zyska jako chory, tym skuteczniejsza i tańsza okaże się jego terapia.

W świetle tego ostatniego stwierdzenia mogłoby się wydawać, że różnica między **spolegliwą** opieką medyczną, a jej technologicznym odpowiednikiem jest drugorzędna, wręcz nieistotna. Jednak wniosek ten wydaje się nie do końca uzasadniony.

Różnicę tę – oraz jej znaczenie – łatwo wychwycić, jeśli przyjrzymy się uważnie temu, co jawi się jako bezpośredni obiekt zainteresowania obu rodzajów sztuki lekarskiej. Zdaniem H. G. Gadamera, rysującą się tu różnicę doskonale oddaje język niemiecki. Mianowicie to, czym zajmuje się **spolegliwy** lekarz niemiecki – on sam zapewne określiłby słowem *Leib*. Brzmi w tym terminie nie tylko odniesienie do życia w ogóle (*das Leben*), ale również do całej sfery przeżyciowej (*das Erleben*) z konstytuującymi ją lękami i nadziejami.

Medycyna technologiczna dostarcza lekarzowi pacjenta w postaci *Körper* – w znaczeniu ciała ludzkiego, ale rozumianego jako jakiś materialny układ

o określonych fizjologicznych parametrach, którego defekt da się jakoś obmierzyć i usunąć za pomocą odpowiednich terapeutycznych narzędzi (Gadamer 1996: 134).

Taka medycyna nie ma już czasu dla pacjenta, nie przemawia do niego ustami lekarza, cierpliwie wysłuchującego jego żalów i te żale do pewnego stopnia leczącego, lecz językiem skomplikowanych terapeutycznych procedur, głuchych na jego lęki, którego nie jest on w stanie w żaden sposób zrozumieć i przyswoić. Ta niewspółmierność cierpienia chorego i stosowanej terapii buduje mur niezrozumienia, wzajemnych animozji i rozczarowań. Choroba staje się nie przypadłością, lecz przekleństwem⁷.

4. APORIA TRZECIA: KONFLIKT ETYKI I TERAPII, CZYLI SPÓR O PIERWSZEŃSTWO MIĘDZY ETYCZNYMI PRZYNCYPIAMI A TERAPEUTYCZNĄ SKUTECZNOŚCIĄ

Nikt już nie żywi złudzeń, zdając sobie sprawę, że skuteczność technologicznej medycyny jest na ogół obciążona wysokim poziomem ubocznych negatywnych skutków związanych ze stosowaniem nowoczesnych terapii. Zasadniczo takie działania kłóci się z uznaną za źródłową zasadę – regułą *primum non nocere*. Jej dosłowne odczytanie nie pozostawia żadnych złudzeń. Każde postępowanie lekarskie, które wywołuje u pacjenta jakieś istotne negatywne skutki zdrowotne – zanim zostanie osiągnięty założony pozytywny rezultat, podlega negatywnej ocenie etycznej. Oczywiście rygorystyczne przestrzeganie tego imperatywu można uznać za przeżytek, za próbę odebrania medycynie naprawdę skutecznego oręża w walce z chorobami, za przejaw anachronicznej postawy dyktowanej sentymentem za niegdysiejszym światem, w którym panowały proste, przejrzyste zasady moralne. Ale z drugiej strony nie wolno zapominać, że bezkrytyczne przyzwolenie na inwazyjną medycynę, w praktyce sankcjonuje coraz bardziej okaleczające operacje, dla których usprawiedliwieniem jest argument ratowania coraz bardziej abstrakcyjnie rozumianego zdrowia czy życia. Przykład operacji hemisomatektomii wyraźnie udobitnia rysujące się tu zagrożenia. Rozprzestrzenianie się technologicznej wizji świata nie może stanowić usprawiedliwienia dla prób wyrugowania z etyki lekarskiej tej ważkiej zasady. Stanowi ona swoisty zawór bezpieczeństwa, chroniący przed zakusami instrumentalnego traktowania życia. Medycyna jednak predestynowana jest do przywracania zdrowia, nie zaś do walki ze śmiercią. Jej zaangażowanie w tego rodzaju działania oznaczałoby przyzwolenie na **produkowanie** form życia coraz bardziej wyalienowanych z rzeczywistości.

⁷ Na temat złożoności procesu komunikacji w medycynie wypowiadają się m. in. R. M. Veatch oraz W. E. Stempsey (1999: 95–116).

Mimo wszystko nie sposób całkowicie zrezygnować z inwazyjnych terapii w imię jakichś, nawet najszlachetniejszych, etycznych imperatywów, jeśli odbierają one nadzieję na przedłużenie życia czy poprawienie stanu zdrowia chorego.

5. PROBLEM SPRAWIEDLIWOŚCI W MEDYCYNIE

W dyskusji na temat kształtu medycyny i opieki medycznej żadną miarą nie da się pominąć kwestii sprawiedliwości. Nie chodzi tu tylko o problem sprawiedliwego rozdziału środków medycznych, o właściwą ich alokację – kwestię niezwykle istotną w sytuacji znacznego ich niedoboru. Sprawiedliwość bowiem stanowi jedno z najważniejszych kryteriów społecznej oceny funkcjonowania zjawisk opartych na relacjach międzyludzkich, która to ocena nie zadowala się obiektywną charakterystyką ich stanu, lecz – kierując się ku sferze subiektywnych odczuć i emocji – definiuje poziom społecznego zaufania do służby zdrowia. Tak rozumiane pojęcie sprawiedliwości jest zatem elementem konstytuującym pierwotną przestrzeń ludzkiej egzystencji. Nie jest więc niczym wtórnym, epifenomenalnym, lecz jednym z podstawowych odniesień do otaczającego nas świata – budującym jego fundamentalne rozumienie i umożliwiającym jego dalsze interpretacje. Krótko mówiąc, postrzegając świat, jednocześnie bezwiednie poddajemy go ocenie ze względu na dochowanie wierności lub sprzeniewierzenie się temu, co uznajemy za sprawiedliwe. Owo wewnętrzne poczucie sprawiedliwości daje o sobie znać, gdy spontanicznie reagując na rozwój wydarzeń powiadamy „to nie jest sprawiedliwe”, lub kiedy z zadowoleniem konstatujemy „sprawiedliwości stało się zadość”.

Sprawiedliwość jest, jak się zatem wydaje, jedną z najbardziej elementarnych ludzkich potrzeb. Jej ranga rośnie tam, gdzie w grę wchodzi zagrożenie wartości najistotniejszych. Bez wątpienia medycyna i służba zdrowia mają do czynienia z wartościami dla każdego ważnymi: zdrowiem i życiem ludzkim.

6. SPRAWIEDLIWOŚĆ DYSTRYBUTYWNA

Z pewną przesadą, choć uzasadnioną tokiem prowadzonych tu rozważań, można stwierdzić, że najważniejszym zadaniem nowoczesnej medycyny jest już nie tyle ochrona zdrowia i życia, co racjonalne i efektywne nimi zarządzanie. Teza ta jest o tyle usprawiedliwiona, że nie w każdym przypadku angażuje się wszelkie dostępne środki dla ratowania zagrożonego życia pacjenta, że w wielu – nawet krytycznych – sytuacjach, zanim zostaną

uruchomione jakieś nadzwyczajne procedury, trzeba wcześniej uzyskać zgodę wyższych medycznych instancji na ich użycie.

Technologicznie zorganizowana medycyna posługuje się swoiście rozumianym pojęciem sprawiedliwości. Bliższe jej jest jego rozumienie prawnicze niżli etyczne. To zrozumiałe, zważywszy na konieczność ekonomiczno-pragmatycznego podejścia do problemów, z jakimi się boryka.

Nowoczesna opieka medyczna wymaga rozbudowy menedżerskiego aparatu, niezbędnego dla skutecznego sterowania całą rozbudowaną infrastrukturą, którą daje jej do dyspozycji nowoczesna nauka i technologia medyczna. Pragmatyka siłą rzeczy wyprzedza etykę. Oczywiście nie wchodzi tu w rachubę jakaś świadoma i celowa deprecjacja etycznych założeń funkcjonowania służby zdrowia, ale konieczność zachowania, a następnie efektywnego wykorzystania posiadanego technologicznego potencjału. Albowiem technologiczne możliwości medycyny rządzą się niejako swoimi prawami, których nie da się w żaden sposób zignorować, jeśli nie chce się go zmarnotrawić.

Dlatego niezbędny staje się nowy projekt bioetyki, który byłby w stanie zdefiniować ów szczególny stan chwiejnej równowagi między uzasadnionymi oczekiwaniami pacjentów a prakseologicznymi zasadami organizującymi podstawowe funkcje służby zdrowia. Równowagę tę gwarantuje sprawiedliwa dystrybucja opieki zdrowotnej⁸. Pojęcie sprawiedliwości w ten sposób wprowadzone otrzymuje znaczenie pewnego rodzaju kompromisu uzasadniającego konieczność ograniczenia roszczeń do opieki medycznej. Potrzebę takiej reglamentacji udowadnia się za pomocą ekonomiczno-pragmatycznej argumentacji, tj. przez wykazanie korzyści płynących z optymalnego wykorzystania środków, jakimi dysponuje medycyna. Etyczne zobowiązania służby zdrowia zostają przykrojone do możliwości efektywnego wykorzystania owych medycznych zasobów.

Dobro pacjenta zatem zostaje wtopione w szerszy horyzont, który obejmuje wymóg stosowania zasady tzw. rozszerzonego nakazu lekarskiego. Oznacza to, że sprawiedliwe zastosowanie zasady czynienia dobra w medycynie

⁸ Oczywiście względy natury technologiczno-organizacyjnej, jakkolwiek istotne dla sprawnej dystrybucji dóbr, jakie oferuje medycyna w ogólności i opieka medyczna w szczególności, nakładają się na bardziej pierwotne rozstrzygnięcia, których przedmiotem jest ustalenie tego, co winno być zdefiniowane jako sam obiekt dystrybucji. W tej kwestii nie ma jednak zgodności. Można go określić jako podstawowe potrzeby zdrowotne związane z naturalnym funkcjonowaniem typowego reprezentanta ludzkiej populacji (ściślej gatunku) lub zgodnie z duchem propozycji WHO jako zespół warunków umożliwiających satysfakcjonującą egzystencję (fizyczny, psychiczny, społeczny dobrostan). O ile zatem pierwszy pogląd sugeruje takie rozumienie **sprawiedliwej** dystrybucji opieki zdrowotnej, która adekwatnie odpowiada na potrzeby ochrony zdrowia w znaczeniu najbardziej elementarnym, o tyle w drugim przypadku taka dystrybucja byłaby nastawiona na realizację indywidualnych preferencji w granicach możliwości danego systemu społecznego. Powyższe kwestie interesująco rozwija N. Daniels (1999: 215–235).

nie ogranicza się do troski o konkretnego chorego, ale swym zasięgiem obejmuje niejako uniwersum pacjentów – również rozumianych w znaczeniu potencjalnie chorych. Pozwala to w pewnych przypadkach zignorować faktyczne potrzeby określonego pacjenta w sytuacji, gdy jego leczenie jawi się jako nieracjonalne i nadmiernie obciążające społeczeństwo czy też odbierające szanse na skuteczne leczenie innym potrzebującym, krótko mówiąc naraża w sposób istotny dobro wspólne.

Tak rozumiany, **sprawiedliwy** podział opieki medycznej, wymaga przestrzegania zasady egalitaryzmu, tj. nefaworyzowania kogokolwiek ze względu na jego osobiste walory oraz zasady optymalności, wedle której owo dobro (leczenie) winno być udzielane w takiej mierze, w jakiej pozwalają na to okoliczności (Szaniawski 1994: 463–475; Ajdukiewicz 1985: 363–376).

Owo „wypośrodkowanie” między jednostkową potrzebą nieograniczonego korzystania z dobrodziejstw medycyny a tym, co ona jest faktycznie w stanie zaoferować każdemu choremu, jest nawiązaniem do Arystotelesowskiego rozumienia sprawiedliwości (Arystoteles 1956: 1133 10–25). Jednak sam akt sprawiedliwego zasądzenia tego, co każdemu się należy wymaga, zdaniem Stagiryty, **prawości**, która jest w stanie korygować sprawiedliwe prawo wszędzie tam, gdzie ono nie domaga na skutek zbyt ogólnego sformułowania (Arystoteles 1956: 1137a 27).

Zatem o sprawiedliwym postępowaniu decyduje nie tylko dobrze skonstruowana reguła postępowania, ale przede wszystkim jej trafne zastosowanie, tj. takie, które ma na względzie dobro zarówno jednostki, jak i ogółu. Owa prawość wiąże się z pewnego rodzaju odwagą w znaczeniu wzięcia na siebie odpowiedzialności za decyzje, których nie daje się wprost wywieść z prakseologicznych paradygmatów, jak i etycznych pryncypiów. Na gruncie medycyny takie sytuacje nie należą do rzadkości. Podstawą słusznego wyboru jest tu trafne odróżnienie tego, co jest niepodważalnym prawem pacjenta od tego, co daje się zinterpretować jako możliwe do zakwestionowania roszczenie. Tego rodzaju umiejętność pozwala zawęzić zakres owej nieokreśloności towarzyszącej próbom podjęcia etycznie słuszych decyzji, choć całkowicie jej nie eliminuje⁹.

Takie rozwiązanie problemu nie rozwiewa jednak wszelkich wątpliwości. Ich źródłem są trudności związane z osiągnięciem przynajmniej elementarnej spójności przy podejmowaniu prób rozstrzygania tego rodzaju kwestii. Nie ulega bowiem wątpliwości, że usiłuje się tu pogodzić ze sobą dwa niewspółmierne porządki: prakseologiczno-ekonomiczny z egzystencjalno-etycznym. Rozwiązanie tego dylematu przez ograniczenie się do przyjęcia postulatów związanych z pojęciem dystrybtywnej sprawiedliwości wydaje

⁹ Różnicę między prawem i roszczeniem analizuje m. in. B. Bandman (1978: 35–43). Na potrzeby niniejszych rozważań w zupełności wystarczy intuicyjne rozumienie tego rozróżnienia.

się niewystarczające. Dlatego niezwykle istotne jest kreślenie warunków, które umożliwią doświadczenie sprawiedliwości w porządku egzystencjalnym. Co prawda liczne grono ekonomistów, pragmatyków zaangażowanych w prace nad konstrukcją funkcjonalnego systemu opieki zdrowotnej, a także spora część lekarzy i etyków zdaje się niedostrzegać wagi takiego rozumienia sprawiedliwości, ale o jego faktycznym znaczeniu przesądzają postawy pacjentów domagających się od służby zdrowia swoistych gwarancji bezpieczeństwa zdrowotnego i bezstronności w rozstrzyganiu bądź co bądź kwestii życia i śmierci. W dobie zaniku globalnych konfliktów to nie politycy o niej decydują, ale medycyna i medycy. Jeśli zatem w gestii szeroko rozumianej służby zdrowia leży ochrona tych najcenniejszych – dla przeciętnego człowieka – wartości, to zaspokojenie potrzeby sprawiedliwej troski o nie buduje zaufanie do medycznych instytucji i ludzi w nich służących.

7. EGZYSTENCJALNE ROZUMIENIE SPRAWIEDLIWOŚCI

Przywołane tu pojęcie **sprawiedliwej troski** służy usprawiedliwieniu oczekiwań pacjentów skierowanych do służby zdrowia w ogólności, a w szczególności do lekarzy, do których udają się w poszukiwaniu pomocy. Ta banalna gra znaczeniem słowa **sprawiedliwość** ma na celu oddanie prostoty postawy chorych. Chodzi w niej o odzyskanie godności w jakiś sposób zakwestionowanej przez chorobę. Usprawiedliwienie roszczeń do zdrowia jest apelem do lekarzy o uznanie prawa pacjenta do życia, prawa do prolongaty istnienia istoty upośledzonej przez niepomyślny los. Jest to na swój sposób akt desperacji. Jeśli pacjenci oczekują od lekarzy zaangażowania się w ich niedolę, to nie wymagają od nich cudów w sytuacji, gdy pełne wyleczenie nie jest już możliwe, ale **poświadczenia** swojego prawa do życia i zdrowia. Istotą sprawiedliwego potraktowania chorych przez leczących jest adekwatna postawa to prawo poświadczająca. Właściwy sens sprawiedliwości objawia się, jak twierdzi Arystoteles, nie poprzez samotnie pielęgowaną cnotę (tu: biegłość w sztuce leczenia), ale przez czyn sprawiedliwy, który swymi konsekwencjami angażuje inną osobę. Sprawiedliwość zatem, to szczególna jakość **praktycznego stosunku** do innego człowieka wypływająca z uznania „cudzego dobra” (Arystoteles 1956: 1130a 3) za podstawę tego odniesienia. Wymaga ona zatem zniesienia naturalnego **egotyzmu** – czasem posuniętego do postaci **egoizmu**, zrobienia bliźniemu miejsca koło siebie. Dzięki tego rodzaju gościnności lekarz w tym sensie sprawiedliwie traktuje pacjenta (służąc mu swoją osobą w najbardziej elementarnym tego słowa znaczeniu), że pozwala mu zachować ludzką godność. Tym samym deprywacyjny charakter choroby zostaje w jakimś stopniu zniwelowany.

Pacjent przywrócony w ten sposób solidarnej ludzkiej społeczności może odkryć właściwy sens sprawiedliwych roszczeń płynących z rozpoznania własnej sytuacji. Upewniony, troskliwą postawą lekarza, co do swych praw, świadomy gwarancji sprawiedliwego traktowania, w końcu sam doświadcza sensu „cudzego dobra”. Dostrzega innych cierpiących, uznaje ich prawo do nadziei nadejścia lepszych czasów. Nie domaga się zatem „czegoś więcej dla siebie” niż inni otrzymują. Sprawiedliwość przyjmuje postać wyrzeczenia jako wyrzeczenia się niesłusznych, krzywdzących innych, roszczeń. Konieczność dzielenia się niedolą z innymi staje się oczywista. Ograniczenia oraz niedomagania opieki jaka jest nad chorym roztaczana, nie są już tak uciążliwe.

W ten sposób egzystencjalne doświadczenie sprawiedliwości, jako gotowość rezygnacji z własnych roszczeń w imię solidarności ze wspólnotą cierpiących, odnajduje się w sąsiedztwie granic wytyczonych przez wymagania sprawiedliwości dystrybtywnej.

UWAGI KOŃCOWE

Mimo wszelkich różnic każda z zarysowanych wyżej postaci medycyny ma coś istotnego do zaproponowania pacjentom. Technologizacja rzeczywistości wraz z całym dobrodziejstwem inwentarza stała się faktem nieodwracalnym. Pojawia się zatem pytanie czy te dwa sposoby pojmowania medycyny da się jakoś zadowalająco zmediatyzować? Odpowiedź na to pytanie nie jest oczywista, choć można się powołać na próby jej udzielenia. Sięgają one czasów propagowania tzw. medycyny psychosomatycznej. Na gruncie niemieckiej filozofii medycyny duże zasługi w tym zakresie położył m. in. Viktor von Weizsäcker, który postulował ustanowienie w ramach prowadzonej przez lekarza terapii rodzaju egzystencjalnej wspólnoty, jednoczącej leczonego i lezonego („ein bipersonell Mensch”) wokół wspólnego celu, jakim – bez wątplenia – jest powodzenie leczenia w granicach jego możliwości (Weizsäcker, Wyss, 1957: 110). Nie można tu pominąć autora *Allgemeine Psychopathologie*, Karla Jaspersa, głoszącego potrzebę ucłowieczenia choroby, a więc i samego procesu terapii (Jaspers 1958: 171–183, 284–307).

Te klasyczne już stanowiska są współcześnie kontynuowane w duchu swoistej „medycyny dialogu”. Przykładem takiego sposobu rozwiązywania etycznych dylematów związanych z uprawianiem sztuki lekarskiej, obciążonej skutkami technologicznego uwikłania, mogą być choćby propozycje Hildy Lindemann Nelson, propagującej feministyczne podejście do problemu właściwych kontaktów między lekarzem i pacjentem, które m. in. sugeruje uprzywilejowanie punktu widzenia pacjenta jako podstawy dalszych negocjacji odnośnie do wyboru i sposobu prowadzenia terapii (Veatch, Stempsey 1999: 144).

Wydaje się, że sam fakt uporczywego podejmowania tego rodzaju problemów zarówno przez etyków, jak i samych lekarzy dobrze wróży wspólnocie pacjentów i lekarzy oraz idei ich wzajemnego porozumienia.

BIBLIOGRAFIA

- Ajdukiewicz K., 1985, *O sprawiedliwości*, [w:] *Język i poznanie*, t. 1, PWN, Warszawa.
- Arystoteles, 1956, *Etyka Nikomachejska*, PWN, Warszawa.
- Bandman B., 1978, *Rights and Claims*, [w:] *Bioethics and Human Rights*, ed. by E. L. Bandman, B. Bandman, Little, Brown and Company, Boston.
- Daniels N., 1999, *Health Care Needs and Distributive Justice*, [w:] *Meaning and Medicine. A Reader in the Philosophy of Health Care*, ed. J. Lindemann Nelson and H. Lindemann Nelson, Routledge, New York and London.
- Gadamer H. G., 1996, *The Enigma of Health. The Art of Healing in a Scientific Age*, Polity Press, Cambridge.
- Jaspers K., 1958, *Arzt und Patient* oraz *Die Idee des Arztes*, [w:] K. Jaspers, *Philosophie und Welt. Reden und Aufsätze*, R. Piper & Co Verlag, München.
- Knoepffler N., 2001, *Ethical Aspects in Gene Therapy*, [w:] *Ethics in Medicine*, A. Schauer, H.-L. Schreiber, Z. Ryn, J. Anders (Hg.), Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Lindemann Nelson H., 1999, *A Feminist View of What's Happening with Patient*, [w:] *Meaning and Medicine. A Reader in the Philosophy of Health Care. A Reader in the Philosophy of Health Care*, ed. J. Lindemann Nelson and H. Lindemann Nelson, Routledge, New York-London.
- Szaniawski K., *O pojęciu podziału dóbr*, [w:] *O nauce, rozumowaniu i wartościach*, PWN, Warszawa 1994.
- Veatch R. M., Stempsey W. E., 1999, *Incommensurability: Its Implications for the Patient/Physician Relationship*, [w:] *Meaning and Medicine. A Reader in the Philosophy of Health Care. A Reader in the Philosophy of Health Care*, ed. J. Lindemann Nelson and H. Lindemann Nelson, Routledge, New York-London.
- Weitzsäcker von V., Wyss D., 1957, *Zwischen medizin und Philosophie*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Znamierowski Cz., 1957, *Oceny i normy*, PWN, Warszawa.

Waldemar Kwiatkowski

APORIES OF MODERN MEDICINE ABOUT CONTRADICTIONAL CHARACTER OF PHYSICIAN'S DUTIES

Contemporary medicine changes its visage under the influence of new technologies. This process is complex and its nature is ambiguous. Although the technologies applied by medicine open new opportunities for diagnostics, therapy and prophylaxis, they also – on the other

hand – make medicine more invasive and associate its increasing therapeutical efficiency with variety of undesirable side effects, that being nearly impossible to justify ethically basing on traditional deontological codes. The author's aim is to sketch basic apories of contemporary bioethics, especially medical ethics, and their interpretation in the perspective of just medicine, that would be able to reconcile the patients' hopes (arisen by progresses of medical sciences) with opportunities given to the doctors' in the limits defined by technologically organized health care system.