



O nauczycielach bioetyki i naszym powracaniu do Europy

Włodzimierz Galewicz

W mojej poprzedniej wypowiedzi postawiłem tezę, że nieliczni profesjonalni, a więc „pierwszorzędni” nauczyciele bioetyki muszą być – nieco paradoksalnie mówiąc – nauczycielami drugiego stopnia: uczącymi innych, o wiele liczniejszych już nauczycieli, którzy nauczają jej jak gdyby *implicite*. Nie jestem jednak pewien, czy zdołałem objaśnić tę tezę na tyle dokładnie, by ustrzec ją od możliwych nieporozumień. Do niejakiego samokrytycyzmu w tym względzie skłaniają mnie również (tak miłe skądinąd) uwagi Krzysztofa Marczewskiego. Mówiąc o przemianach, które dokonują się ostatnio w biomedycynie, zmuszając gnuśnych czasem bioetyków do nieustannej aktualizacji ich wiedzy, prof. Marczewski przestrzega nas bowiem najpierw: „'Nauczający uczących', będą musieli szybko poszerzyć zakres swoich zainteresowań, albo nie będą mieli uczniów”, następnie zaś dodaje: „Bioetyka (...) nie jest częścią etyki wywodzącej się po prostu z filozofii. Nie da się chyba 'na poważnie', a zwłaszcza konstruktywnie, zajmować bioetyką nie wychodząc poza swoją macierzystą dyscyplinę, choćby to była filozofia”. Z tej sekwencji zdań można by wnosić, że nauczaniem uczących bioetyki – zgodnie z moją propozycją – mają zajmować się głównie lub wyłącznie filozofowie.

Otóż chciałbym podkreślić, że nie miałem zamiaru proponować niczego takiego. W dotychczasowym toku naszej debaty zarysowała się kontrowersja, czy bioetyka jest nauką inter- lub multidyscyplinarną. Jakkolwiek jednak rozstrzygnęlibyśmy ten ciekawy spór, nie ulega wątpliwości, że profesjonalny nauczyciel bioetyki powinien łączyć kompetencje z co najmniej trzech dziedzin: filozoficznej etyki, biomedycyny oraz (bio)prawa. Jeżeli więc „z pierwszego wykształcenia” jest on filozofem, to musi „jakoś” doksztalić się w naukach

biomedycznych i prawnych, jeżeli prawnikiem – w biomedycynie oraz w filozofii, jeżeli zaś lekarzem lub biologiem – zarówno w filozofii, jak w prawie.

„Jakoś doksztalić się” – łatwo powiedzieć. Zainteresowani będą jednak chcieli wiedzieć, jak; a wcześniej być może zapytają, po co. I tu zapewne okaże się, że obracamy się w dość swojskim błędnym kole: podaż profesjonalnych bioetyków nie może się rozwinąć, ponieważ nie widać zapotrzebowania, a zapotrzebowania nie ma co rozbudzać, skoro nie widać podaży. I w rezultacie nie ma wielu zainteresowanych.

Nie jestem pewien, co można zrobić, by wyrwać się z tej cyrkularnej mizერი. Mam jednak niejasne poczucie, że coś powinniśmy zrobić i że ta powinność nie obarcza tylko naszych maruderów filozofów (ociągających się i potykających w powrotnej drodze do Europy).

Weźmy pod uwagę choćby jeden szczegół, o którym pisał już Kazimierz Szewczyk: „Standardy kształcenia dla kierunku studiów: Kierunek Lekarski, punkt 19. Kształcenie w zakresie etyki lekarskiej”. Ten „standard” sformułowany jest dosyć oszczędnie:

Treści kształcenia: Podstawowe pojęcia etyki oraz deontologii ogólnej i lekarskiej. Kodeks etyki lekarskiej. Regulacje dotyczące etyki zawodowej lekarza w Polsce i na świecie. *Efekty kształcenia – umiejętności i kompetencje:* rozumienia i uzasadniania ponadczasowych lekarskich norm etycznych; rozumienia i stosowania wzorów postępowania zawodowego i badawczego w medycynie.

Pominę już tutaj osobliwe zestawienie „etyki oraz deontologii ogólnej i lekarskiej” (czym właściwie jest owa „deontologia ogólna”, jeśli odróżnia się ją od etyki?) i podobnie jak prof. Szewczyk skupię się na owych „ponadczasowych lekarskich normach etycznych”, których rozumieniem ma się wykazać adept medycyny. Rzeczą pouczającą będzie porównać ten punkt z analogicznym miejscem w kryteriach akredytacyjnych dla uczelni medycznych, jakie formułuje¹ World Federation for Medical Education. Otóż w sekcji 2.4 tych kryteriów, mówiącej o roli

¹ Na swojej stronie:

www.sund.ku.dk/wfme/Activities/Translations%20of%20Standard%20Documents/WFME%20Standard.pdf.

nauk behawioralnych i społecznych, a także etyki medycznej w nauczaniu studentów medycyny, jako „basic standard” sformułowany zostaje wymóg:

The medical school must identify and incorporate in the curriculum the contributions of the behavioural sciences, social sciences, medical ethics and medical jurisprudence that enable effective communication, clinical decision making and ethical practices.

Do tego zaś (jako Quality development) dodaje się jeszcze następujący postulat:

The contributions of the behavioural and social sciences and medical ethics should be adapted to scientific developments in medicine, to changing demographic and cultural contexts and to health needs of society.

Przytoczony standard, podobnie jak polski, jest wprawdzie również dosyć lapidarny, ale różnicy nie da się przeoczyć. Od studentów medycyny „w świecie” wymaga się tutaj, aby uczyli się *dostosowywać* normy etyki lekarskiej do przemian zachodzących w biomedycynie i do zmiennych zdrowotnych potrzeb społeczeństwa. Polscy młodzi medycy nie muszą właściwie przyswajać sobie tej umiejętności. Wystarczy, jeśli z grubsza rozumieją abstrakcyjne („ponadczasowe”) zasady etyczne, w rodzaju maksymy „primum non nocere”, a to, co mają w konkretnym przypadku uczynić, ażeby spełnić te ogólne normy (np. nie wyrządzić matce większej szkody niż zarodkowi, albo na odwrót), to ma już im chyba podszeptać „sumienie”.

Nie jestem pewien, kto formułował standardy akredytacyjne dla polskich uczelni medycznych, ale ośmielę się zgadnąć, że chyba nie filozofowie.