



## **Edukacja bioetyczna w Polsce – analiza problemu, opis trudności i propozycja zadań na najbliższą przyszłość**

**Kazimierz Szewczyk**

Tekst otwiera namysł nad definicją bioetyki. Następnie zastanawiam się: kogo nauczać, jakie są racje i cele edukacji bioetycznej, kiedy, w jakiej formie, jak i czego powinno się nauczać na fakultecie bioetycznym. Analizy zakończy – niestety, pesymistycznie brzmiąca – diagnoza najważniejszych trudności we wdrażaniu edukacji bioetycznej, uzasadniana całością wypowiedzi oraz postulaty pozwalające, moim zdaniem, na niewielkie złagodzenie wspomnianego pesymizmu.

### **1. Jak zdefiniować bioetykę, której powinno się nauczać?**

Bioetyka w ostatnich dwu dekadach stała się wręcz „nauką modną”. Spostrzeżenie to odnosi się przede wszystkim do USA, Kanady i krajów Europy Zachodniej. Także w Polsce coraz częściej mówi się o bioetyce, choćby w kontekście tzw. „ustawy bioetycznej” czy *Konwencji bioetycznej*, której pełna nazwa brzmi – przypomnę – *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny*.

Mimo rosnącej popularności bioetyka nie ma jednej powszechnie przyjmowanej definicji. Brak ten jest bodaj szczególnie dotkliwy w dyskusjach dotyczących edukacji bioetycznej. Akceptowana definicja wpływa bowiem znacząco na kształtowanie procesu nauczania, głównie zaś na wybór grup docelowych, ku którym się nauczanie kieruje, na dobór metod dydaktycznych, a także na formowanie celów edukacji. Dlatego też debatę o nauczaniu bioetyki w naszym kraju

rozpoczę od przedstawienia zarysu propozycji zdefiniowania tej dyscypliny będącego podstawą dalszych części tekstu.

Jedno z pierwszych formalnych ujęć bioetyki zostało podane przez filozofa Samuela Gorovitz'a w 1977 roku<sup>1</sup>. Definiuje on bioetykę jako „krytyczne badanie moralnych aspektów podejmowania decyzji w kontekstach opieki zdrowotnej i w obszarach obejmujących nauki biologiczne”.

Ujęcie Gorovitz'a można zakwalifikować do klasycznych bądź szerokich ujęć bioetyki. Obejmuje ono zarówno etykę systemów opieki zdrowotnej, jak i dyscyplinę często określaną mianem etyki środowiskowej czy ekologicznej. Dla obecnego opracowania jest to definicja zbyt szeroka, gdyż będę się w nim zajmował – przede wszystkim z racji wagi problemu i własnych zainteresowań – etyką systemów opieki zdrowotnej. Przyjmę w nim węższe – standardowe bądź regulatywne – zdefiniowanie bioetyki, jako etyki profesji i zawodów związanych z systemami opieki zdrowotnej, łącznie z etyką badań naukowych w biomedycynie<sup>2</sup>.

W koniecznym uproszczeniu: do profesji zaliczam lekarzy i pielęgniarki tworzących grupy mające oprócz wymiaru zawodowego także silnie zaznaczony aspekt etyczny swoich obowiązków<sup>3</sup>. Zawody cechuje brak tak eksponowanych norm etosowych. Przykładami zawodów związanych z systemem opieki zdrowotnej są menedżerowie zarządzający nim, planiści, prawnicy, ekonomiści a także bioetycy. Osobnej dyskusji wymaga status takich specjalizacji jak fizjoterapia.

Z analizy zakresowego ujmowania bioetyki wynika, że jej standardowa definicja może brzmieć następująco: bioetyka jest wielodyscyplinarną dziedziną nauki identyfikującą i krytycznie analizującą moralne aspekty podejmowania decyzji w systemie opieki zdrowotnej, łącznie z badaniami medycznymi jako elementem tego systemu. Tak zdefiniowana bioetyka jest także przedmiotem nauczania.

Podane ujęcie jest bardzo podobne do definicji „etyki medycznej” przedstawionej przez Görana Hermeréna z Wydziału Medycznego Uniwersytetu w

---

<sup>1</sup> S. Gorovitz, *Bioethics and Social Responsibility*, „Monist” 1977, nr 1, s. 3-15.

<sup>2</sup> K. Szewczyk, *Bioetyka*, T. 1, *Medycyna na granicach życia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 35-36.

<sup>3</sup> ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine, *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*, „Annals of Internal Medicine”, nr 3, z 5. 02. 2002, s. 243-246.

Lund<sup>4</sup>. Można oczywiście tak zdefiniowaną bioetykę nazywać etyką medyczną. Jednakże nazwa „bioetyka” jest, moim zdaniem, trafniejsza niż „etyka medyczna”. To ostatnie określenie:

a. w zbyt małym stopniu oddaje wieloskładnikową naturę systemu opieki zdrowotnej jako dziedziny bioetyki, sugerując jego zawężenie do (bio)medycyny. Tymczasem w jego skład wchodzi, między innymi, prawo, ekonomia, polityka zdrowotna, a także bioetyka. Jego elementem są też medyczne badania naukowe. Stąd też nie ma większej potrzeby wymieniać ich osobno w definicji. Zaczęli je stosować przede wszystkim autorzy odróżniający etykę kliniczną („etykę praktykowania medycyny”), od medycznej włączającej w obszar swoich zainteresowań „etykę medycznych naukowych badań”<sup>5</sup>. W pozostałych kontekstach rozróżnienie utrzymuje się, jak sędzę, wyłącznie na zasadzie tradycji i z chęci uniknięcia pomyłki redukcji etyki medycznej do wyłącznie etyki lekarskiej.

b. Nazwa „etyka medyczna” poprzez takie zawężenie nie dość akcentuje swój interdyscyplinarny charakter, zbyt eksponując znaczenie lekarzy w procesie podejmowania decyzji w opiece zdrowotnej. Należy podkreślić, że decyzje odnoszą się nie tylko do sytuacji klinicznych bezpośrednio powiązanych z indywidualnymi pacjentami. Wiele z nich dotyczy także problemów politycznych i ekonomicznych, jak np. ustalanie priorytetów w opiece zdrowotnej i alokacji zawsze deficytowych świadczeń zdrowotnych. Duża część procesów decyzyjnych służy ustalaniu dyrektyw etycznych kierujących postępowaniem personelu medycznego w poszczególnych instytucjach opieki zdrowotnej.

c. Dodatkowym, choć mimo to ważkim argumentem za przyjęciem proponowanej konwencji terminologicznej będzie rosnąca popularność nazwy „bioetyka” jako etyki systemów opieki zdrowotnej.

---

<sup>4</sup> G. Hermerén, *Why Do We Bioethics?* w: *Teaching Bioethics. Reports From a Seminar. November 1*, Nordic Council of Ministers, Copenhagen 2002, s. 26;  
<http://ncbio.org/nordisk/arkiv/2002-2.pdf>

<sup>5</sup> M. Siegler, *Medical Ethics as Medical Matter*, w: *The American Medical Ethics Revolution. How the AMA's Code of Ethics Has Transformed Physicians' Relationships to Patients, Professional, and Society*, red. R.B. Baker, A.L. Caplan, L.L. Emanuel, S.R. Latham, John Hopkins University Press, Baltimore 1999, s. 171.

Podana wyżej definicja bioetyki nie uwzględnia całości kontekstu formowania się bioetyki w USA, a następnie rozprzestrzeniania się jej na kraje Zachodu. Pokazuje wyłącznie zmianę instytucjonalną – powstanie systemu opieki – warunkującą „rewolucję bioetyczną”<sup>6</sup>. Nie wskazuje natomiast na równie ważne zewnętrzne czynniki tej rewolucji. Najważniejsze z nich to:

- a. ruch na rzecz praw i wolności jednostki i obywatela radykalnie kwestionujący paternalizm tradycji hipokratycznej w medycynie,
- b. światopoglądowo zróżnicowane społeczeństwo przejmujące funkcje suwerena moralnego,
- c demokratyczne państwo prawa sprzyjające powstaniu i umacnianiu obu wymienionych czynników,
- d. relatywna zamożność społeczeństwa umożliwiająca skonsumowanie demokratyzacji korzystania ze świadczeń oraz spożytkowanie rezultatów postępu naukowego i technologicznego w medycynie.

Po uwzględnieniu wymienionych czynników i zastrzeżeń, definicja bioetyki proponowana na użytek obecnej debaty brzmi następująco: *bioetyka jest wielodyscyplinarną dziedziną nauki identyfikującą i krytycznie analizującą moralne aspekty podejmowania decyzji w systemie opieki zdrowotnej, światopoglądowo zróżnicowanego, demokratycznego państwa prawa*. Tak zdefiniowana bioetyka jest także przedmiotem nauczania.

W pewnym uproszczeniu można też powiedzieć, że bioetyka jest etyką systemów opieki zdrowotnej w społeczeństwach demokratycznych.

Definicja ukazuje, jak sądzę, we właściwy sposób interdyscyplinarny i zarazem społeczny wymiar bioetyki. Podkreśla również jej kompleksowość<sup>7</sup>.

Zgodnie z proponowaną definicją akcentującą wymienione własności, bioetyka nie jest etyką stosowaną – „aplikującą” teorii normatywne etyki ogólnej do poszczególnych sytuacji podejmowania decyzji w systemie opieki zdrowotnej. Nie

---

<sup>6</sup> K. Szewczyk, *Szpitalne komisje etyczne jako składnik systemu opieki zdrowotnej w krajach demokratycznych*, Polskie Towarzystwo Bioetyczne, Debata: *Konflikt między wolą lekarza i wolą pacjenta – czy są nam potrzebne szpitalne komisje etyczne?* Kraków 26 września 2009, s. 3-6;

[http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk\\_konflikt\\_1.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_konflikt_1.pdf)

<sup>7</sup> T.S. Shannon, *An Introduction to Bioethics*, Paulist Press, New Jersey 1997, s. 8.

stanowi także subdyscypliny medycyny. Jest natomiast tak samo suwerennym składnikiem systemu opieki zdrowotnej jak medycyna, prawo czy ekonomia i tak samo jak te dziedziny złączonym w funkcjonalną całość z pozostałymi elementami systemu.

## **2. Kogo powinno się nauczać bioetyki?**

Jest to pytanie o „grupy docelowe”, do których należy kierować edukację bioetyczną. Odpowiedź na nie wynika z zaproponowanej wyżej definicji bioetyki – szczególnie z kompleksowości i społecznego wymiaru tej dyscypliny.

a. W literaturze przedmiotu często przyjmuje się zawężoną perspektywę, słabo biorącą w rachubę wymienione cechy i koncentrującą się „raczej z pragmatycznych niż z normatywnych powodów” na nauczaniu bioetyki przede wszystkim na lekarskich studiach przeddyplomowych<sup>8</sup>.

Także i ja z tych samych względów będę pisał przede wszystkim o dydaktyce bioetyki dla przyszłych lekarzy. Jednakże wielodyscyplinarność tej dziedziny nie pozwala zapominać o innych słuchaczach fakultetów medycznych i studentach specjalizacji niemedycznych. Bezwzględnie należy zastanowić się krytycznie nad bioetyczną edukacją przyszłych pielęgniarek. Punktem wyjścia takiej debaty powinien być namysł nad różnicą między etyką lekarską i pielęgniarzką warunkującą wybór celów i treści nauczania.

b. Bardzo istotne jest także podyplomowe nauczanie lekarzy (i innych specjalności medycznych). W polskich realiach konieczna byłaby refleksja nad programem, metodą jej nauczania i celami kursu bioetyki dla stażystów, (jeśli staż nie zostanie zlikwidowany). W obecnie obowiązującym curriculum uderza silne przywiązanie do tradycji deontologicznej, manifestowane umieszczeniem w nim przedwojennego i dziewiętnastowiecznego (sic!) kodeksu etyki lekarskiej oraz wykład jako metoda nauczania, najmniej efektywna, jak będę pisał niżej<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> C. Myser, *How Bioethics is Being Taught: A Critical Review*, w: *A Companion To Bioethics*, red. H. Kuhse, P. Singer, Blackwell Publishers, Oxford 1998, s. 495-96.

<sup>9</sup> <http://www.abc.com.pl/serwis/du/2004/0553.htm>

c. Wskazana byłaby ustawiczna edukacja bioetyczna praktykujących lekarzy, w szczególności klinicyстів. Jedną z jej form mogłyby być kompetentne i cieszące się autorytetem szpitalne komisje etyczne.

d. Ważna jest edukacja bioetyczna studentów fakultetów niemedycznych, w szczególności mam na myśli przyszłych prawników i filozofów. Dla części z nich będzie to przydatne w przyszłej pracy zawodowej, np. prawnikom praktykującym prawo medyczne (bioprawo); inni dzięki tej edukacji staną się swiatlejszymi uczestnikami społecznych debat bioetycznych.

e. Społeczne i demokratyczne zorientowanie bioetyki w całości społeczeństwa widzi niezmiernie ważną grupę edukacyjną. Suweren moralny powinien mieć wiedzę i umiejętności bioetyczne wystarczające do podejmowania rozumnych decyzji, poprzedzanych równie rozumną i kompetentną debatą, np. nad zapłodnieniem *in vitro*, by przywołać polski kontekst. Uważam, że edukacja bioetyczna społeczeństwa prowadząca do ideału „obywatelstwa biomedycznego” jest jednym z podstawowych obowiązków osób i instytucji zaangażowanych w uprawianie bioetyki. Pod terminem obywatelstwa biomedycznego „rozumie się demokratyzację medycyny. Polega ona nie tylko na udziale obywateli niezwiązanych z medycyną w decyzjach dotyczących ich leczenia i opieki. Jego ideą regulatywną jest współdecydowanie całego społeczeństwa – ogółu obywateli – o formach organizacji, przyjmowanych priorytetach świadczeń i funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej”<sup>10</sup>. Kształcenie bioetyczne studentów fakultetów medycznych i niemedycznych dobrze służy urzeczywistnianiu wspomnianego ideału.

f. Obywatelstwa biomedycznego nie zbuduje się bez czynnego, rozumnego współdziałania polityków. Powinni stanowić grupę intensywnej edukacji bioetycznej. Jak bardzo jest ona potrzebna polskim politykom pokazują obecne „debaty” dotyczące aborcji, eutanazji, testamentowej dyspozycji życiem, ekonomicznych aspektów opieki zdrowotnej i innych zagadnień bioetycznych.

g. Bioetyki muszą nauczać kompetentni nauczyciele. A tych *dramatycznie* brakuje. Jak Zachód długi i szeroki słyhać narzekanie na ich niepokojący deficyt.

---

<sup>10</sup> K. Szewczyk, *Szpitalne komisje etyczne jako składnik systemu opieki zdrowotnej w krajach demokratycznych*, op. cit., s. 25.

Dziwić może popularność bioetyki jako wręcz wspomnianej nauki modnej z niechęcią do jej studiowania i nauczania. Polska nie jest tu wyjątkiem. Jestem pewien, że również Polska nie jest wyjątkiem, choć trudno mi to udowodnić, gdyż dostępne dane są bardzo ogólnikowe<sup>11</sup>.

### 3. Dlaczego powinno się nauczać bioetyki?

Jest pytanie o racje i cele bioetycznej edukacji. Ze względów podanych w poprzednim punkcie ograniczę się do wskazania racji i celów edukacji lekarzy na szczeblu przed- i podyplomowym.

#### A. Racje

Dwoje angielskich bioetyków podzieliło je na dwa rodzaje: defensywne (negatywne) i ofensywne (pozytywne)<sup>12</sup>.

a. Ich zdaniem argumentami często przytaczanymi przez medyków są powody „czysto defensywne”. Wśród nich poczesne miejsce zajmuje potrzeba ochrony przed „stereotypowymi oskarżeniami pacjentów świadomych swoich praw”. Albowiem, „w medycznej demonologii ta rażąca niewdzięczność skutecznie zastąpiła mikroba jako wroga numer jeden publicznego zdrowia”.

W Polsce spotykamy się z nieco mniej „bioetycznymi” sposobami obrony przed takimi podopiecznymi – myślę o popularnym w kręgach medycznych pomysle powoływania rzecznika ochrony praw lekarza i coraz głośniejszych narzekaniach na agresywność chorych. Jest to bardzo niepokojące zjawisko. Jego efektem może być rozpad na dwa zwalczające się wrogie obozy dotychczasowej wspólnoty leczących i leczonych, fundowanej na relacji lekarz – pacjent.

---

<sup>11</sup> J. Suchorzewska, *Nauczanie etyki w uczelniach medycznych – stan obecny. Zbiorne opracowanie ankiet*, w: *Nauczanie etyki w uczelniach medycznych*, red. J. Suchorzewska, M. Olejniczak, Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2007, s. 202.

<sup>12</sup> D.L. Dickenson, M.J. Parker, *The European Biomedical Ethics Practitioner Education Project: An Experiential Approach To Philosophy and Ethics in Health Care Education*, „*Medicine, Health Care and Philosophy*” 1999, nr 3, s. 231-32.

Do defensywnych racji studiowania bioetyki cytowani autorzy zaliczają także rosnącą wśród lekarzy potrzebę nabywania i rozwijania umiejętności krytycznego myślenia i analiz tradycyjnie łączonych z etyką. Są one pomocne medykom w radzeniu sobie z wyzwaniami wynikającymi z postępu w biomedycynie i rosnącej roli regulacji etycznych oraz prawnych w państwach demokratycznych.

b. Najważniejsze racje pozytywne wypływają, według mnie, z podanej wcześniej definicji bioetyki. Zasygnalizuję kilka z nich:

- edukacja bioetyczna lekarzy i przyszłych lekarzy jest bardzo ważna ze względu na wkład tej profesji w budowanie obywatelstwa biomedycznego i uspołecznienie procesu decyzyjnego w systemie opieki zdrowotnej.

- Uzasadnieniem nauczania bioetyki jest także właściwy demokracjom pluralizm światopoglądowy społeczeństw<sup>13</sup>. Wymaga to od medyków wiedzy o zróżnicowaniu systemów wartości pacjentów i umiejętności radzenia sobie z nim. Rozpoznanie tej różnorodności przez adeptów medycyny przyczyni się do polepszenia zalecanej przez UNESCO „opieki ukierunkowanej na pacjenta” (*patient centred care*)<sup>14</sup>. Termin stanowi skrótowy zapis nakazu „respektowania godności każdego pacjenta – uznania autonomicznego wyboru przez kompetentnego pacjenta uczestnictwa w decyzjach dotyczących opieki i leczenia”, także spisanych w formie oświadczeń *pro futuro*.

- Edukacja bioetyczna pokazuje słuchaczom, że praktykowanie medycyny jest przedsięwzięciem moralnym, co podkreśla jej ukierunkowanie na dobro pacjenta, różnie definiowane, jednak zawsze silnie przez świat medyczny akcentowane. Przyszli lekarze i lekarze dzięki niej są uwrażliwiani na pozornie „miękkie” problemy etyczne w praktyce lekarskiej. Pozwala im także dostrzec, że dylematy etyczne nie są wyłącznie wynikiem osobistych trudności w radzeniu sobie z

---

<sup>13</sup> C. Myser, *How Bioethics is Being Taught*, op. cit., s. 486.

<sup>14</sup> UNESCO, Division of Ethics of Science and Technology, *Guide No 2. Bioethics Committee at Work: Procedures and Policies*, Paris 2005, s. 9 i 12;  
<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001473/147392e.pdf>

codziennością uprawiania sztuki lekarskiej, bądź też efektem zarządzeń administracji systemu opieki<sup>15</sup>.

W polskich realiach edukacyjnych wagę tego celu powiększają dwie okoliczności. Pierwszą jest bardzo silne, przynajmniej w warstwie werbalnej, przywiązanie lekarzy do etyki cnót akcentującej wpływ indywidualnego charakteru na postępowanie profesjonalne medyka. Zgodnie z aforyzmem Władysława Biegańskiego, „nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem”<sup>16</sup>, pojawiające się trudności etyczne środowisko skłonne jest uważać za przywarę charakterologiczną niezbyt dobrego lekarza.

Równocześnie źródło wielu dylematów etycznych, przede wszystkim dotyczących sprawiedliwego finansowania i rozdziału świadczeń zdrowotnych, lekarze, łącznie z ich przedstawicielami, umieszczają *wyłącznie* po stronie instytucji zarządzających: Ministerstwa Zdrowia i trzymającego kasę Narodowego Funduszu Zdrowia. Obie okoliczności wzmacniają się wzajemnie: Zamiast współpracować z instytucjami (i suwerenem) w podejmowaniu moralnie właściwych decyzji lokacyjnych, dobry lekarz walczy o interes chorego ze złą instytucją.

- Za nauczaniem bioetyki przemawia też szczególna własność relacji lekarz – pacjent, w której podopieczny jest osobą podatną na zranienie, często szukającą u lekarza nie tylko poprawy stanu zdrowia, ale empatii i pociechy w swojej niedoli. W podobnym związku często pozostają także bliscy pacjenta. Inaczej mówiąc, jest to relacja bardzo podnosząca coś co można nazwać „poziomem treściowej etyczności spotkania”<sup>17</sup>. Liczą się w nim – niekiedy bardzo – przejawy zwykłej uprzejmości trywialne w innych kontekstach. Przykładem może być uśmiech, czy ton jakim komunikowana jest niepomyślna diagnoza.

- Nauczanie bioetyki jest także edukacją humanistyczną. Jest ona niezbędna dla formowania elit intelektualnych. Lekarze są taką elitą i za taką się uważają. W zmedykalizowanych społeczeństwach zachodnich medycy sprawują rząd dusz –

---

<sup>15</sup> D.L. Dickenson, M.J. Parker, *The European Biomedical Ethics Practitioner Education Project*, op. cit., s. 232.

<sup>16</sup> W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o sztuce lekarskiej*, PZWL, Warszawa 1957, s. 57.

<sup>17</sup> D. Seedhouse, *Against Medical Ethics: A Response To Cassel*, „Journal of Medical Ethics” 1998, nr 1, s. 14-15.

kształtują nasze lęki i nadzieje w stopniu o wiele większym niż inne profesje. Z tego powodu ciąży na nich – również w skali społecznej – ogromna odpowiedzialność za podejmowane decyzje.

## **B. Cele**

W literaturze przedmiotu najczęściej wymienia się następujące trzy grupy celów nauczania bioetyki, mając na uwadze przede wszystkim edukację przyszłych i już praktykujących lekarzy:

a. cele poznawcze (kognitywne). Według Anny Szczęsnej realizacja tej grupy zadań obejmuje trzy „nieco odmiennie obszary”<sup>18</sup>:

- wiedzę „o aktualnych dyskusjach bioetycznych”. Ma ona dostarczyć słuchaczom, po pierwsze, informacji o historycznym, kulturowym i politycznym zapleczu takich debat, jak np. niedawnej dyskusji o zapłodnieniu pozaustrojowym oraz o „ujawniających się w nich konfliktach wartości lub wizji dobrego życia (np. chrześcijańskiej lub liberalnej)”. Po drugie, realizacja tego obszaru celów kognitywnych ma dać wiedzę o przypadkach wzorcowych „i sposobach ich faktualnej i etycznej konceptualizacji” oraz znajomość stosowanych argumentów za lub przeciw takiemu lub innemu rozstrzygnięciu analizowanych kasusów paradygmatycznych.

- Funkcją drugiego obszaru celów poznawczych jest zapoznanie słuchaczy z zasadami i teoriami etycznymi. Jednakże wiedza ta – zdaniem autorki – pełni „rolę tylko pomocniczą, aplikacyjną lub hermeneutyczną”.

- Trzeci obszar zarezerwowany jest dla wiedzy o „obowiązujących środowisko medyczne regulacjach deontologicznych i prawnych”. Jak zauważa A. Szczęsna, studenci często wskazują na te regulacje „jako na najważniejszy element nauczania etyki medycznej, widząc w nich ‘te właściwe’ rozwiązania moralnych problemów ich przyszłego zawodu”. Obserwację tę potwierdza także i moje doświadczenie dydaktyczne. Duże przywiązanie przyszłych lekarzy do gotowych

---

<sup>18</sup> A. Szczęsna, *Miedzy teorią etyczną a sprawnością zawodową*, w: *Nauczanie etyki w uczelniach medycznych*, op. cit., s. 106 i n.

„produktów regulacyjnych”, szczególnie w etyce powinno, moim zdaniem, zaniepokoić nauczycieli bioetyki.

b. Drugą grupę celów tworzą cele praktyczne (behawioralne). Jak podaje Catherine Myser, wiążą się one z takimi „profesjonalnymi umiejętnościami” jak specyficzna dla bioetyki sztuka komunikacji z pacjentami i ich bliskimi. Ważne jest także wyrobienie umiejętności zastosowania zdobywanej wiedzy etycznej i zdolności analitycznych, nabywanych w trakcie dyskusji kasusów wzorcowych, do wymogów dobrej praktyki klinicznej<sup>19</sup>.

Ta grupa celów, zgodnie z zaproponowaną definicją bioetyki, powinna przede wszystkim wyrabiać umiejętność podejmowania decyzji będącą efektem zdolności dostrzegania i rozwiązywania problemów moralnych. Na szczeblu nauczania przeddyplomowego sprawność ta obejmuje głównie decyzje dotyczące indywidualnych przypadków. Ważna jest też zdolność osiągnięcia pełnego konsensusu w procesie decyzyjnym. Na poziomie podyplomowym i w bioetycznej edukacji permanentnej funkcją celów praktycznych powinno być także ćwiczenie umiejętności tworzenia dyrektyw etycznych i ich stosowania w praktyce klinicznej. Tak sformułowane cele praktyczne powinny być – jak sądzę – nadrzędnym zadaniem kształcenia bioetycznego. Podzielam tym samym pogląd Anny Szczęsnej.

c. Ostatnią grupę celów tworzą zadania afektywne. Według źródeł literaturowych zanalizowanych przez C. Myser, dotyczą one postaw i wiążą się z doskonaleniem, wspieraniem, utrzymywaniem, albo co najmniej „nieumniejszaniem, ‘cnotliwego’ lub ‘humanistycznego’ charakteru, osobowości, cech szczególnych i/albo zachowania studentów medycyny”.

W odróżnieniu od poprzednich celów nie jest on powszechnie akceptowany. Tę rezerwę dobrze oddaje zawarta w wypowiedzi Myser gradacja, będąca swoistym „zmniejszaniem się ambicji” omawianego celu. Tytułem przykładu: zespół autorów artykułu w „New England Journal of Medicine” sądzi, że nauczanie bioetyki jest „planowane nie dla ulepszania moralnych charakterów przyszłych lekarzy, lecz dla wyposażenia tych, którzy mają zdrowy moralny charakter w intelektualne narzędzia

---

<sup>19</sup> C. Myser, *How Bioethics is Being Taught*, op. cit., s. 487.

i interakcyjne umiejętności dawania temu moralnemu zachowaniu jego najlepszej behawioralnej ekspresji”<sup>20</sup>.

Bardziej radykalni są dwaj prominentni bioetycy kanadyjscy. Ich zdaniem, budowanie charakteru, albo wpajanie cnót nie jest celem edukacji bioetycznej lekarzy, chociaż może okazać się to wtórną korzyścią realizacji dwu pierwszych zadań<sup>21</sup>.

Można z dużym prawdopodobieństwem założyć, że w polskiej kulturze medycznej, przywiązanej do etyki cnót i kształcenia dobrego lekarza, oba przywołane stanowiska nie spotkają się z aprobatą i zrozumieniem. O sile tego przywiązania świadczy tytuł pierwszej po transformacji ustrojowej konferencji poświęconej nauczaniu bioetyki w uczelniach medycznych. Przeprowadzona przez Polską Akademię Umiejętności 10 lutego 1997 roku z inicjatywy Komisji Etyki Medycznej nosiła nazwę: *Kształtowanie postaw etycznych lekarzy*<sup>22</sup>.

Jednakże na korzyść obu stanowisk przemawia fakt, że ludzie na studia przychodzą już w dużej mierze etycznie uformowani, choć daleko nie zawsze są tego świadomi. Dlatego też jako kompromisowe ujęcie tej grupy zadań przyjmę pogląd A. Szczęśnej. Funkcję celów afektywnych widzi ona w rozbudzaniu wrażliwości moralnej słuchaczy. Wrażliwość zaś definiuje jako „zdolność do trafnego osądu moralnego”. Jej kształcenie polega „na udzielaniu pomocy w rozpoznaniu własnej tożsamości moralnej [jako], warunku trafnego sądu”.

---

<sup>20</sup> C. M. Culver i wsp., *Basic Curricular Goals in Medical Ethics*, “New England Journal of Medicine” z 24. 01. 1985, s. 253.

<sup>21</sup> M.F. McKneally, P.A. Singer, *Bioethics for Clinicians: 25. Teaching Bioethics In the Clinical Setting*, “Canadian Medical Association Journal”, z 17. 04. 2001, s. 1164.

<sup>22</sup> *Kształtowanie postaw etycznych lekarzy*, „Prace Komisji Etyki Medycznej”, nr 8, red. K. Gibiński, Polska Akademia Umiejętności, Kraków 1997.

#### 4. W jakiej formie i kiedy powinno się nauczać bioetyki?

Odpowiedzią na pierwszą część postawionego pytania są propozycje dwu alternatywnych modeli przeddyplomowego nauczania bioetyki: jako osobnego przedmiotu i jako cyklu zajęć ściśle złączonego z przedmiotami klinicznymi<sup>23</sup>.

Druga część pytania doczekała się w literaturze dosyć zgodnej odpowiedzi: bioetyki należy nauczać przez wszystkie lata studiów (integracja pionowa) i w sposób skorelowany z resztą medycznego curriculum na każdym roku (integracja pozioma).

Zwolennicy formalnego wyodrębnienia bioetyki i nadania mu statusu samodzielnego przedmiotu obawiają się, że;

a. trzonem fachowców nauczających bioetyki zintegrowanej z fakultetem medycznym będą klinicyści, traktowani przez władze uczelni, studentów (i przez siebie samych) jak eksperci w sprawach etycznych. Niepokój ten, przynajmniej częściowo, może mieć podstawę w stanowisku dwu prominentnych bioetyków kanadyjskich. Według nich głównymi nauczycielami bioetyki powinni być „zainteresowani w niej i cieszący się szacunkiem klinicyści”. W odróżnieniu od nauczycieli nieklinicystów są oni praktykami i nabywają wiedzy w czynnej pracy z pacjentami. Należy ich tylko zachęcać, aby przeszli dodatkowe szkolenie z etyki<sup>24</sup>.

Dominacja klinicystów w dydaktyce spowoduje zamykanie dyskusji omawianych na zajęciach zagadnień w kręgu partykularnej tradycji medycznej i umocni istniejące *status quo*<sup>25</sup>. W polskich warunkach może to być przede wszystkim wzmacnianie paternalizmu, przywiązania do tradycyjnej deontologii i nie zawsze wskazanej solidarności członków profesji. Z punktu widzenia przyjętej w tekście definicji bioetyki jest to poważna wada tego modelu, znacznie utrudniająca uspołecznienie i demokratyzację procesu decyzyjnego w medycynie.

---

<sup>23</sup> K. Szewczyk, *Etyka medyczna i jej nauczanie*, „Prace Komisji Etyki Medycznej”, op. cit. s. 36-38.

<sup>24</sup> M.F. McKneally, P.A. Singer, *Bioethics for Clinicians*, op. cit., s. 1163-64.

<sup>25</sup> B. Nicholas, *Teaching of Medical Ethics: Power and the Teaching of Medical Ethics*, „Journal of Medical Ethics” 1999, nr 6, s. 510.

b. Scedowanie zasadniczego ciężaru dydaktyki na lekarzy i zintegrowanie z kliniką zwiększy wpływ tzw. „ukrytego curriculum” na edukację bioetyczną. „Terminu ‘ukryte curriculum’ używa się do opisu niezamierzonego przekazywania mniemań i zachowań przeciwstawianego intencjonalnemu nauczaniu wiedzy i umiejętności. Ukryte curriculum jest tworzone przez wartości przyjmowane implicity w instytucji nauczającej i przesyłane poprzez przekazy słowne i niewerbalne”<sup>26</sup>.

Cytowani autorzy obawiają się, że wystawienie studentów na realne życie kliniki może wywierać na nich większy – często negatywny – wpływ niż formalne nauczanie. Ich obawy znajdują empiryczne potwierdzenie. Badania francuskie pokazują „istnienie erozji etycznej klinicznej wrażliwości w trakcie kształcenia przeddyplomowego”<sup>27</sup>. Także polscy autorzy z Lublina stwierdzają podobne niepokojące zjawisko. Z ich studium wynika, że „im bliżej uzyskania dyplomu i podjęcia życia zawodowego, tym mniejsza potrzeba i znaczenie oceny i refleksji etycznej w poszczególnych ‘działaniach’ lekarzy”<sup>28</sup>.

Można przyjąć założenie, że główną przyczyną tych wysoce niekorzystnych procesów jest omawiane zjawisko. Stąd właściwa dydaktyka bioetyki „wymaga, aby lekarze i studenci rozpoznawali wielką rolę ukrytego curriculum w efektywnym nauczaniu”<sup>29</sup>.

Inne negatywne oddziaływania stwierdzili angielscy autorzy. Badania przeprowadzone przez nich w „jednej z medycznych szkół Zjednoczonego Królestwa” pokazały, między innymi, w jaki sposób poprzez ukryte curriculum wpajana jest adeptom medycyny „waga hierarchii” w świecie lekarskim, mianowicie „poprzez edukację, której elementem jest upokarzanie” studentów przez nauczycieli lekarzy. Incydenty te mają miejsce „szczególnie w czasie lat klinicznych” i w

---

<sup>26</sup> Ch. Masson, L. Brazeau-Lamontagne, *Paradigms, Emperor’s Clothes Syndrome, and Hidden Curriculum*, „Joint, Bone, Spine” 2006, nr 5, s. 581-82.

<sup>27</sup> J.H. Barrier i wsp., *Comparison of Medical Ethical Competencies of Pregraduate Third and Sixth Year Students During Their Internal Medical Hospital Rotations*, „Revue de Médecine Interne” 2005, nr 2, s. 128.

<sup>28</sup> K. Patryn, J. Sak i wsp., *Czy etyka jest istotna w procesie podejmowania decyzji w medycynie? Analiza przekonań studentów Wydziału Lekarskiego*, w: *Nauczanie etyki w uczelniach medycznych*, op. cit., s. 156.

<sup>29</sup> Ch. Masson, L. Brazeau-Lamontagne, *Paradigms, Emperor’s Clothes Syndrome, and Hidden Curriculum*, op. cit., s. 582.

szpitalach<sup>30</sup>. Wspominam o nim, gdyż jest ono jedną z ważnych przeszkód w demokratyzacji i socjalizacji medycyny i całego systemu opieki zdrowotnej. Utrudnia także współpracę lekarzy z personelem pomocniczym, przede wszystkim z pielęgniarkami.

c. Złączenie bioetyki z fakultetem medycznym i wpływ ukrytego curriculum wzmocni tendencję do przyjmowania zdroworozsądkowych rozstrzygnięć problemów etycznych w klinice i nasili niechęć do szerszego, filozoficznego i kulturowo-społecznego, spojrzenia na moralną stronę profesji lekarskiej i podejmowania decyzji w systemie opieki zdrowotnej.

d. Podnoszone są obawy, że zajęcia z bioetyki całkowicie zintegrowane z programem nauczania na fakultetach medycznych wymkną się spod kontroli nauczycieli odpowiedzialnych za ich nauczanie<sup>31</sup>. Spowoduje to trudności w opracowaniu spójnego i logicznego sylabusu oraz we właściwej jego realizacji.

Krytycy formalnego wyodrębnienia bioetyki w osobny przedmiot przytaczają następujące argumenty:

a. sprzyja ono postawie „zaliczyłem bioetykę i mogę o niej zapomnieć”. Moja praktyka nauczycielska pozwala mi stwierdzić, że jest to postawa nader wśród studentów rozpowszechniona, szczególnie wśród przyszłych medyków mających dzięki specyfice studiów doskonale rozwiniętą tzw. pamięć krótką.

b. Nie jest w stanie ukazać wszechobecności dylematów moralnych w medycynie (a także w systemie opieki zdrowotnej). Inaczej mówiąc, utrudnia zrozumienie faktu, że medycyna jest w pierwszym rzędzie działalnością moralną i ten jej aspekt jest stale obecny w procesach decyzyjnych.

Ta obawa przyjmuje niekiedy skrajną postać. Jej przykładem jest pogląd Davida Seedhousa. Twierdzi on, że nie ma takiej specjalności jak „etyka medyczna”. Są dwa powody tego stanu rzeczy. Po pierwsze, „nie jest możliwe odróżnienie problemów etycznych od nieetycznych w opiece zdrowotnej istot żywych.

---

<sup>30</sup> H. Lempp, C. Seale, *The Hidden Curriculum In Undergraduate Medical Education: Qualitative Study of Medical Students' Perception of Teaching*, „British Medical Journal”, 02. 10. 2004, s. 771.

<sup>31</sup> K. Mattick, J. Bligh, *Teaching and Assessing Medical Ethics: Where Are We Now?*, „Journal Medical Ethics” 2006, nr 2, s. 184.

Konsekwentnie etyka medyczna nie może być przedmiotem studiów”. Po drugie, „Etyka medyczna nie ma rozstrzygającego rdzenia wiedzy albo teorii i jest pasożytem na moralnej filozofii i klinicznej praktyce”<sup>32</sup>. Za częściowe usprawiedliwienie tej skrajności można uznać datę opublikowania artykułu. Jak będę pisał niżej, był to dopiero początek „bioetycznej rewolucji dydaktycznej” i fakultet ten zaczynał dopiero znajdować miejsce w medycznym curriculum.

c. Wyodrębnienie bioetyki sprzyja zdominowaniu nauczania przez filozofów bądź teologów, co może skutkować przeładowaniem programu ogólnymi teoriami etycznymi bez znacniejszego odniesienia do praktyki medycznej i uczynić bioetykę przedmiotem nudnym, mało zrozumiałym i w odczuciu studentów nieprzydatnym. Bioetyka nauczana w ten sposób będzie traktowana przez władze i establishment lekarski uczelni jako przedmiot mało poważny (*silly subject*) i mający bardzo luźny związek z życiem klinik. Może pojawić się wówczas niebezpieczeństwo zlecenia jej dydaktyki ludziom bez bioetycznego specjalistycznego przygotowania, zarówno filozofom/teologom, jak i lekarzom – „a to by było gorsze niż nieprzydatność” przedmiotu<sup>33</sup>.

Bioetyka traktowana jako „miękka opcja” i niefachowi nauczyciele mogą kusić do ograniczania czasu przeznaczanego na jej nauczanie, zawsze przecież będącego dobrem deficytowym. W Polsce z moich fragmentarycznych obserwacji wynika, że jest to bardzo realne zagrożenie i obawiam się, iż nasza debata je potwierdzi.

d. Krytycy wyodrębniania bioetyki niepokoją się też efektem odwrotnym od poprzedniego. Włączanie ekspertów bioetycznych w proces decyzyjny może spowodować nie tylko oddzielenie jego aspektów etycznych od faktualnych, lecz także stworzyć pokusę do rezygnowania przez lekarzy z osobistej odpowiedzialności za podejmowane decyzje. Eksperci bioetycy mogą być traktowani jako osoby legitymizujące wątpliwe posunięcia<sup>34</sup>.

---

<sup>32</sup> D. Seedhouse, *What I Actually Said About Medical Ethics: a Brief Response To Toon*, „Journal of Medical Ethics” 1995, nr 1. s. 45.

<sup>33</sup> D.L. Dickenson, M.J. Parker, *The European Biomedical Ethics Practitioner Education Project*, op. cit., s. 232.

<sup>34</sup> G. Hermerén, *Why Do We Bioethics?*, op. cit., s. 38.

Obecnie panuje powszechna zgoda, że nauczanie bioetyki powinno być zintegrowane pionowo i poziomo z resztą medycznego kursu zarówno w edukacji przed jak i podyplomowej<sup>35</sup>. Podejmowane są także studia doktoranckie. Ich przykładem o rozbudowanym curriculum są studia oferowane przez Case Western Reserve University – największej prywatnej badawczej uczelni stanu Ohio<sup>36</sup>. Niestety, są kłopoty z pełną integracją. Powoduje je wiele czynników. Jednym z najważniejszych jest brak dostatecznie wykształconej kadry bioetyków. Zjednoczone Królestwo, o ile mi wiadomo, wysuwa się na pierwsze miejsce w łączeniu kursu bioetyki z całością programu nauczania<sup>37</sup>.

Nie ma natomiast tak powszechnego konsensusu, co do stopnia integracji poziomej. Cytowani już kanadyjscy autorzy postulują nauczanie bioetyki „przy łóżku albo w klinice” i – przypomnę – przez lekarza interesującego się bioetyką. Tak ścisłe złączenie pozbawia bioetykę, jak sądzę, statusu formalnie oddzielnego przedmiotu. Kanadyjczycy nie znają jednak „modelu” takiego nauczania. Moim zdaniem może nim być nauczanie bioetyki na uniwersytecie w Maastricht. Grupa 7-8 studentów w trakcie zajęć klinicznych z położnictwa i ginekologii, interny, neurologii i pediatrii spotyka się – w zależności od czasu przeznaczanego na każdy przedmiot – co 2, 3 albo 4 tygodnie w porze *lunchu*. Godzinne zajęcia prowadzone są przez klinicystę i „moralnego filozofa” i przeznaczone są na dyskusję przypadku prezentowanego przez studenta, najlepiej dotyczącego pacjenta, którego badał<sup>38</sup>.

„Zorientowany na kazusy” model przyjęty w Maastrich – jak wynika z przywołanego artykułu – ma przynajmniej część wad, na które wskazywali zwolennicy formalnej niezależności bioetyki, przede wszystkim – niedostatki w teoretycznym ugruntowaniu bioetyki, i to mimo obecności filozofa moralnego.

Zbudowanie „tandemu nauczającego” – klinicysta i bioetyk – jest powszechnie zalecane przed autorów piszących o dydaktyce bioetyki. Następujące powody zadecydowały o wprowadzeniu tego rozwiązania na uniwersytecie w Lund:

---

<sup>35</sup> C. Myser, *How Bioethics is Being Taught*, op. cit., s. 493.

<sup>36</sup> <http://www.case.edu/med/bioethics/phd.htm>

<sup>37</sup> K. Mattick, J. Bligh, *Teaching and Assessing Medical Ethics*, s. 183.

<sup>38</sup> H.A.M.J. ten Hale, *Ethics in the Clinic: a Comparison of Two Dutch Teaching Programmes*, „Medical Education” 1995, s. 34-38;

a. klinicysta może kompetentnie przedstawić i wyjaśnić stronę medyczną omawianego przypadku/problemu oraz odpowiedzieć na ewentualne pytania i wątpliwości studentów dotyczące tej materii,

b. etyk profesjonalnie jest przygotowany do przedstawienia w ten sam sposób etycznego aspektu przypadku/problemu,

c. bioetyk może pomóc w badaniu konsekwencji rozmaitych założeń normatywnych w świetle, których dyskutowany jest przypadek/problem,

d. obaj efektywniej niż w pojedynkę, przyczyniają się do rozwijania konstruktywnego dialogu ze studentami<sup>39</sup>. Od siebie dodam jeszcze, że tandem nauczający:

e. skutecznej może zapobiegać pokusie, z jednej strony, nadmiernemu wysyceniu zajęć problematyką teoretyczną i związaną z tym nudą, z drugiej zaś – zbyt niemu ich uproszczeniu i zdominowaniu przez zdroworozsądkowy dyskurs medyczny. W stylizacji pozytywnej ujmując tę zaletę:

f. tandem edukacyjny pozwoli na właściwe wyważenie zasygnalizowanych przez A. Szczęsną trzech obszarów poznawczej grupy celów nauczania bioetyki. Dostarczając wiedzy o aktualnych debatach biotycznych, nie utopi jej jednocześnie w teoretycznych spekulacjach albo nie rozpuści w kodeksowych unormowaniach jako produktach regulacyjnych, dostarczających gotowych rozwiązań.

Aby zapobiec wspomnianemu już niebezpieczeństwu utraty kontroli nad zintegrowanym procesem dydaktycznym, potrzebny jest silny ośrodek odpowiadający za ten proces i kierujący nim, np. Katedra Bioetyki. Jest on także niezbędny, aby skutecznie przeciwstawiać się skłonności władz uczelni do uznania bioetyki za niepoważny przedmiot. Kłopot organizacyjny sprawia konieczność uwzględniania wielodyscyplinarnej natury bioetyki. Nie bardzo wiadomo jak pogodzić oba te wymogi. Czy rozbudowywać już istniejące jednostki organizacyjne, np. w katedrze tworząc zakłady nauk niezbędnych dla nauczania i uprawiania bioetyki, w tym przede wszystkim psychologii, socjologii i prawa. Co jednak z klinicystami, czy mają podlegać kierownikowi katedry? Pytanie jest istotne, jeśli zważyć, że bioetyki uczą się nie tylko na wydziałach lekarskich. Autorka *Raportu*

---

<sup>39</sup> G. Hermerén, *Why Do We Bioethics?*, op. cit., s. 33-34.

kończącego przywoływane nordyckie seminarium *Teaching Bioethics*, jako możliwe rozwiązanie proponuje klasterową organizację, w której różne fakultety i jednostki organizacyjne wspólnie pracują tworząc Nordycki Instytut Bioetyki<sup>40</sup>.

W Polsce proces łączenia należałoby zacząć na poziomie uczelni. W realiach naszego kraju najwłaściwsze ze względów czysto pragmatycznych jest nauczanie bioetyki jako formalnie wyodrębnionego przedmiotu.

## 5. Jak powinno się nauczać bioetyki?

W literaturze przedmiotu wyrażana jest powszechna zgoda, że nauczanie bioetyki powinno odbywać się w małych seminaryjnych grupach 7-8, maksymalnie 12 osób. Wykłady dla większej liczby słuchaczy należy ograniczyć do minimum, lub zrezygnować z nich całkowicie. Z moich doświadczeń dydaktycznych wynika, że optymalna liczba wykładów to 3 jednostki po dwie godziny lekcyjne każda. Powinna je prowadzić osoba kierująca w uczelni/wydziale nauczaniem bioetyki, zazwyczaj szef zakładu. Wykłady służą bowiem podaniu podstawowych teoretycznych wiadomości o przedmiocie i (samo)prezentacji osoby kierującej jego nauczaniem. Jak pisałem w punkcie omawiającym cele kształcenia, wiedza teoretyczna pełni rolę pomocniczą w dyskusji kazuśw wzorcowych i nie powinna być zbytnio separowana od seminariów.

Najbardziej polecaną podstawą nauczania na seminariach jest kazuistyka<sup>41</sup>, przy założeniu, że dobór przykładów uwzględni zarówno kazusy paradygmatyczne i klasyczne, w tym rzadkie i egzotyczne, jak i przypadki z codziennej praktyki medycznej. Bardzo ważne dla nauczania bioetyki jako etyki systemów opieki zdrowotnej w społeczeństwach demokratycznych, jest szerokie uwzględnianie kontekstu społecznego, ekonomicznego, politycznego i instytucjonalnego omawianych kazuśw<sup>42</sup>.

---

<sup>40</sup> H. Klungland, *Teaching Bioethics. Group Report and Final Discussion*, w: *Teaching Bioethics*, op. cit., s. 141.

<sup>41</sup> A. Przyłuska-Fischer, *Rola case-studies w nauczaniu bioetyki*, w: *Nauczanie etyki w uczelniach medycznych*, op. cit., s. 132-138.

<sup>42</sup> C. Myser, *How Bioethics is Being Taught*, s. 492.

Jako metodę dydaktyczną wykorzystywaną na seminariach powszechnie zaleca się nauczanie problemowe. Jak stwierdza zwolennik tej metody, wprowadzonej w uniwersytecie w Oslo, reprezentuje „ona powrót do kameralnej skali i przestrzeni nauczania przyjętej przez starożytnych gigantów etyki, Sokratesa i Platona: *moralnego dialogu w małych grupach uczestników*”<sup>43</sup>.

Bardzo podobną metodę dydaktyczną poleca i stosuje Dieter Birnbacher, niemiecki filozof i etyk, zespoły seminaryjne nazywając „sokratejskimi grupami roboczymi” (SGR)<sup>44</sup>. Jego zdaniem grupy te nie są już „dialogiem między nauczycielem a studentem, ale ‘polilogiem’, w którym każdy z uczestników wspólnej dyskusji spełnia funkcję położnej filozoficznych odkryć każdego innego dyskutanta, w celu wydobycia na światło jedną i tylko jedną filozoficzną prawdę dzieloną przez grupę jako całość”. Polilog ćwiczy zatem umiejętność osiągnięcia konsensusu. A czasem pokazuje, że nie jest on możliwy.

Metodę sokratejskich grup roboczych można potraktować jako przystosowanie nauczania problemowego do natury i zadań bioetyki. Pozwala ona na zachowanie jej wielodyscyplinarności i ważnej funkcji jaką jest demokratyzacja i uspołecznienie medycyny/systemu opieki zdrowotnej. Umożliwia także, pisze Birnbacher, lepsze uwzględnianie Sokratejskiej idei etyki „jako raczej *praktyki* aniżeli *teorii*, jako *aktywności* raczej niż *obiektu doktryny*”. Aktywistyczne ujęcie etyki koresponduje z przyjętą definicją bioetyki zogniskowanej na procesach podejmowania decyzji w systemie opieki.

SGR, bardziej niż klasyczne nauczanie problemowe, wyznacza nauczycielom rolę „facylitatora” dyskusji, generalnie kierującego się regułą niedyrektywności. „Jego zadanie, twierdzi D. Birnbacher, nie polega na *uczeniu* uczestników, lecz na *prowadzeniu* dyskutantów do ich własnych konkluzji”. Bioetyk-facylitator jest szeroko uznawany w literaturze przedmiotu i jest zgodny z nurtem demokratyzacji i

---

<sup>43</sup> J.H. Solbakk, *Problem Based Learning In Medical Ethics: Possibilities and Problems*, w: *Teaching Bioethics*, op. cit., s. 111-120.

<sup>44</sup> D. Birnbacher, *The Socratic Method In Teaching Medical Ethics: Potentials and Limitations*, „*Medicine, Health Care and Philosophy*” 1999, nr 2, s. 219-224.

socjalizacji medycyny, opierającym zgodę i decyzję na pełnym konsensusie zainteresowanych stron<sup>45</sup>.

Jednakże w nauczaniu bioetyki, szczególnie na poziomie przeddyplomowym, tak rygorystycznie przestrzegana funkcja facylitatora i reguły niedyrektywności jest postulatem, jak sądzę, tyleż niemożliwym do spełnienia, co szkodliwym. Niemożliwym między innymi dlatego, że studenci często „oczekują od nauczyciela wyrażenia zdania, czasami tylko przez ciekawość, czasami by się nim przejąć lub je zwalczać”<sup>46</sup>. Tę obserwację A. Szczęśnej potwierdza także moja praktyka dydaktyczna. Zgadza się z nią również Birnbacher. Taki treściowy wkład nauczyciela może być w pewnych okolicznościach „niesłuchanie pomocny”, np. przy wyprowadzaniu dyskusji z impasu, w który wpadła. Dlatego też proponuje on złagodzenie tej reguły.

Całkowita niedyrektywność może być szkodliwa jeśli ją odniesiemy do rezultatów dyskusji. Inaczej mówiąc, bezstronność będąca uzasadnieniem omawianej zasady, odnosić się powinna tylko do uczestników sokratejskich grup roboczych i ich poglądów. Nauczyciel musi natomiast baczyć, aby decyzja będąca efektem dyskusji była zgodna, najogólniej mówiąc, z treściowymi, społecznie akceptowanymi standardami moralnymi. Powinien ją także konfrontować z obowiązującym prawem i regulacjami etycznymi.

Autorzy zajmujący się dydaktyką bioetyki są także zgodni, że na jej nauczanie powinno się przeznaczać ok. 50-60 godzin lekcyjnych. Klinicysta Krzysztof Marczewski proponuje – „Minimalny wymiar zajęć: 50 godzin i 6 punktów ECTS. Pożądany wymiar zajęć: 60 godzin – 8 punktów ECTS”. Postuluje także ramowy podział programu nauczania: „część podstawowa, jednolita w U(nii) E(uropejskiej) 60%; część specyficzna dla każdego z krajów (regionów?) 40%”<sup>47</sup>.

Z mojego doświadczenia wynika, że optymalna liczba godzin przeznaczona na nauczanie bioetyki w formie wyodrębnionego przedmiotu wynosi 6 godzin

---

<sup>45</sup> K. Szewczyk, *Szpitalne komisje etyczne jako składnik systemu opieki zdrowotnej w krajach demokratycznych*, op. cit., s. 16 i n.

<sup>46</sup> A. Szczęśna, *Między teorią etyczną a sprawnością zawodową*, op. cit., s. 110.

<sup>47</sup> K. Marczewski, *O potrzebach i perspektywach nauczania etyki medycznej w Unii Europejskiej do roku 2025*, w: *Nauczanie etyki w uczelniach medycznych*, op. cit., s. 46.

wykładów i ok. 50-54 godzin seminariów. W łódzkim Uniwersytecie Medycznym, w którym pracuję, rozpoczynaliśmy (pod inną nazwą) nauczanie bioetyki na Wydziale Lekarskim od 30 godzin wykładów i 60 seminariów. Władze Wydziału ograniczyły pensum do 10 godzin wykładów i 40 seminariów – co oscylowało wokół optimum, choć wykładowcom mającym grupy bardziej zaciekawione przedmiotem nie starczało czasu na wyczerpanie wszystkich zagadnień.

W obecnym roku akademickim (2009/10), przy moim sprzeciwie, Władze podzieliły równo pulę godzin 25 na wykłady i 25 na seminaria. Przedstawione analizy pokazują, że jest to rozwiązanie ze wszech miar niekorzystne. Podyktowane zostało przyjętą przez Uczelnię polityką oszczędzania finansów przez ograniczanie liczby zajęć w małych grupach i „przerzucanie” godzin na wykłady.

Godnym odnotowania postulatem wynikającym z wielodyscyplinarnego charakteru bioetyki jest propozycja nauczania w wielospecjalistycznych grupach studenckich, np. składających się z przyszłych lekarzy i pielęgniarek, którzy w życiu zawodowym będą musieli współpracować<sup>48</sup>.

## **6. Co powinien uwzględniać program nauczania bioetyki?**

W tym punkcie, z powodów już wymienionych, odpowiedź na postawione pytanie ograniczę do nauczania przeddyplomowego studentów medycyny.

W przeciwieństwie do obszernej dyskusji dotyczącej metodyki nauczania, o samej treści programów bioetyki mówi się mało. Tym bardziej godny odnotowania jest *The European Biomedical Ethics Practitioner Education Project* prowadzony w latach 1996-1997 w ramach programu BIOMED II<sup>49</sup>. Jego uczestnicy z „całej Europy” (Polski nie było wśród nich) identyfikowali „palące problemy” bioetyki w ich krajach oraz opracowywali odnoszące się do nich przypadki i artykuły. Na podstawie tego materiału w londyńskim Imperial College School of Medicine opracowano 7 następujących „modułów” nauczania:

---

<sup>48</sup> C. Myser, *How Bioethics is Being Taught*, s. 495.

<sup>49</sup> D.L. Dickenson, M.J. Parker, *The European Biomedical Ethics Practitioner Education Project*, op. cit., s. 232-236.

- a. dystrybucja zasobów i ich racjonowanie,
- b. prawa dzieci i młodzieży,
- c. opieka długoterminowa nad osobami w podeszłym wieku,
- d. zdrowie i choroby psychiczne,
- e. autonomia i wybór pacjenta,
- f. decyzje u końca życia.

Warto zauważyć, że pierwszy z modułów silnie wiąże się z zakresowym ujęciem bioetyki jako etyki systemów opieki zdrowotnej.

Niestety, uczestnikom projektu nie udało się osiągnąć konsensusu, co do szczegółowej treści tych modułów. Na przeszkodzie stanęło, wyspecyfikowane właśnie w tym projekcie, trojkie rozumienie autonomii pacjenta i przyjmowanych sposobów rozstrzygania konfliktów etycznych:

a. model deontologiczny bazujący na kodeksach, charakterystycznych dla krajów południowej Europy (Włochy, Francja) oraz Irlandii. Dodam, że ten model jest także przyjmowany w Polsce przez środowiska lekarskie i część wykładowców nauczających bioetyki. W sposobie tym pacjent ma pozytywny obowiązek podporządkowania się zaleceniom lekarza i maksymalizowania swojego zdrowia. Interesujące byłoby zbadanie jak ten model wpływa na ukryte curriculum, czyli na zderzenie oficjalnego nauczania o wadze praw pacjenta z tradycją kultywowaną w świecie medycznym, nakazującą podopiecznym paternalistyczne w istocie rzeczy podporządkowanie się dyspozycjom lekarza.

Z modelem tym nieodłącznie wiąże się zasygnalizowane już akcentowanie etyki cnót i roli dobrego-lekarza w procesie decyzyjnym. Dlatego też w ostatniej instancji to siłą jego oddziaływania można, jak mierniam, wytłumaczyć wspomnianą, rysującą się, groźbę rozpadu wspólnoty leczących i leczonych na dwa wrogie obozy. Omawiane zagrożenie już zaczyna nabywać instytucjonalnego ciała: powoływania rzeczników obrony praw lekarza jako swoistej kontry Rzecznika Praw Pacjenta.

b. Model liberalny oparty na prawach, przyjmowany w Zachodniej Europie, przede wszystkim w Anglii i Holandii. Pacjent uzyskuje w nim negatywne prawo

pominięcia lekarskich opinii. Inaczej mówiąc, model ten akcentuje negatywny aspekt zasady poszanowania autonomii pacjenta.

Sposób liberalny jest najbardziej zbliżony do bioetyki uprawianej w USA, w szczególności do etyki czterech zasad Beauchampa i Childressa. Różni go istotnie, między innymi, odmienne pojmowanie autonomii. Pryncypium to (i wartość) odmiennie niż w etyce czterech zasad zakorzenionej w amerykańskim indywidualizmie, języku praw i utylitaryzmie – ujmowane jest w kontekście opieki nad innymi osobami, podporządkowanej regułom solidarności społecznej, odpowiedzialności i sprawiedliwości<sup>50</sup>. Moim zdaniem, omawiany model jest godny implementacji w Polsce, gdyż dobrze wyważa akceptowanie jednostkowych praw pacjentów ideą uspołecznienia procesu decyzyjnego w systemie opieki, zawartą w postulowanej definicji bioetyki.

c. Model społeczno-welferystyczny, właściwy krajom nordyckim. Koncentruje się na pozytywnych prawach i uprawnieniach obywateli do powszechnej opieki zdrowotnej. Rozwiązywanie konfliktów powierza urzędnikom państwowym, np. rzecznikom praw obywatela. Jest to, jak sądzę, model właściwy zamożnym krajom, mającym zaufanie do władz administracyjnych, a z oboma tymi wyróżnikami w Polsce nie jest najlepiej.

Mimo braku konsensusu, co do treści programu nauczania bioetyki, spowodowanego wymienionymi okolicznościami, wydano podręcznik będący jednym z efektów projektu<sup>51</sup>.

Jako przykład sylabusu bioetyki dla wybranej specjalizacji lekarskiej może służyć program Kanadyjskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej<sup>52</sup>.

---

<sup>50</sup> P. Kemp, *Final Report to the European Commission on the Project "Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw 1995-1998. Part B"*, Copenhagen 1999; [http://ec.europa.eu/research/biosociety/pdf/final\\_rep\\_95\\_0207.pdf](http://ec.europa.eu/research/biosociety/pdf/final_rep_95_0207.pdf)

zob. też: K. Szewczyk, *Bioetyka*, t. 1, *Medycyna na granicach życia*, op. cit., s. 73-75 i 94-98.

<sup>51</sup> M. Parker, D. Dickenson, *The Cambridge Medical Ethics Workbook. Case Studies, Commentaries and Activities*, Cambridge University Press, Cambridge 2001.

<sup>52</sup> <http://www.cfpc.ca/English/cfpc/communications/health%20policy/Bioethics%20Curriculum/default.asp?s=1>

## 7. Edukacja bioetyczna w Polsce – trudności i postulaty

Ze względu na inicjujący debatę charakter tekstu i jego już zbyt długą, przestanę wyłącznie na zasygnalizowaniu najważniejszych, moim zdaniem, przeszkód edukacji bioetycznej i podaniu kilku postulatów pozwalających na ich – co najmniej – złagodzenie. Mam nadzieję, że dyskusja pozwoli na sformułowanie kolejnych wskazówek umożliwiających właściwe nauczanie bioetyki, ujmowanej zgodnie z definicją podaną na wstępie tekstu.

Zasadnicza trudność we wdrożeniu na wydziałach lekarskich (bo do nich się tylko ograniczę) właściwego treściowo i formalnie nauczania bioetyki wynika z sytuacji politycznej Polski. Jesteśmy krajem „transformacji ustrojowej” budującym, mniej lub bardziej udanie, struktury demokratycznego państwa i społeczeństwa. Na determinanty polityczne właściwe krajom Europy Środkowej i Wschodniej dokonujących transformacji nakładają się specyficznie polskie czynniki kulturowe, sprzyjające konserwowaniu modelu deontologicznego rozwiązywania procesów decyzyjnych oraz niebagatelnemu światopoglądowemu wpływowi Kościoła katolickiego.

Między tymi okolicznościami dochodzi do wzajemnego wzmacniania się, hamującego tempo rewolucji bioetycznej. Nieomal mocą samej definicji bioetyki, jako etyki systemów opieki zdrowotnej w społeczeństwach demokratycznych, rewolucja bioetyczna może bowiem w pełni dokonać się w krajach o ugruntowanej demokracji i strukturach obywatelskich. Teza ta znalazła solidne poparcie empiryczne<sup>53</sup>.

Aby wdrażanie bioetyki do programów nauczania na fakultetach medycznych nie było tylko fasadą rewolucji bioetycznej powinna jej towarzyszyć – nazwę ją – „rewolucja edukacyjna”. A tę cechuje dosyć duża bezwładność. Na przykład w Anglii lekarze praktycy i ciała ich reprezentujące zaczęli dopiero (i już) od pierwszej połowy lat 90. ubiegłego wieku domagać się nauczania bioetyki i przestali ją

---

<sup>53</sup> N. Steinkamp i wsp., *Regulation of Health Care Ethics Committees in Europe*, “*Medicine, Health Care and Philosophy*” 2007, nr 4, s. 461-475.

traktować „jako wrzutki podstępnie podsuniętej przez filozofów żądnych zamienić gaje akademii na ekscytacje izby przyjęć”<sup>54</sup>.

W cytacie tym kryje się też dobrze zakamuflowana niechęć filozofów i teologów „głównego nurtu” do ich kolegów zajmujących się uprawianiem i dydaktyką mało ich zdaniem angażującej intelektualnie, podatnej na ekscytacje, bioetyki. W konsekwencji bioetycy poświęcający się jej całkowicie – co najmniej do czasu rewolucji edukacyjnej – byli traktowani jak autsajderzy z „wnętrza” własnej dyscypliny macierzystej i jednocześnie jako „obcy”, przybysze z zewnątrz medycyny: byli być może czymś „więcej niż gościem, ale nie całkiem jeszcze rodziną”<sup>55</sup>. W tym „syndromie osierocenia” przejawia się również brak zrozumienia dla systemowej natury bioetyki będącej składnikiem systemu opieki, a nie częścią medycyny czy filozofii.

O dużej bezwładności rewolucji edukacyjnej bodaj najbardziej spektakularnie świadczy, sygnalizowany już, dojmujący deficyt nauczycieli bioetyki. Obawa o skutki ich niedoboru wyrażana jest praktycznie we wszystkich cytowanych w tekście publikacjach anglojęzycznych.

W Polsce – kraju transformacji ustrojowej – rewolucja bioetyczna jest jeszcze w stadium początkowym, rzecz można, zaczyna się dopiero tlić. Za tak niekorzystną diagnozą przemawiają:

a. instytucjonalna słabość bioetyki. Nie mamy opiniotwórczego ciała na szczeblu państwa, jak Narodowa Rada Bioetyki, funkcjonującego w wielu krajach. Z jednym, o ile wiem, chwalebny wyjątkiem, nie ma szpitalnych komisji etycznych, na które istnieje spontaniczne, „oddolne” ze strony klinicystów, zapotrzebowanie w państwach Europy Zachodniej. Można je uznać także za przejaw dokonanej rewolucji dydaktycznej.

b. Pełne luk bioprawo. O jego zapóźnieniu dowodnie świadczy ostatnia dyskusja wokół projektu „ustawy Gowina” i testamentowej dyspozycji życiem.

c. Skłonność świata lekarskiego do redukowania bioetyki do przepisów kodeksowych, traktowanych jak zasady dedukowane „z ogólnych norm etycznych”

---

<sup>54</sup> D.L. Dickenson, M.J. Parker, *The European Biomedical Ethics Practitioner Education Project*, op. cit., s. 232.

<sup>55</sup> B. Nicholas, *Teaching of Medical Ethics*, op. cit., s. 511.

(Art. 1 paragraf 1. *Kodeksu etyki lekarskiej*). Przepis ten nie pozostawia wątpliwości, że etyka lekarska jest dla autorów KEL etyką aplikacyjną (szczegółową). „Aplikatorem” zaś może być praktycznie jedynie profesja medyków. Tezę tę poświadcza stanowisko Konstantego Radziwiłła Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Nie ma on wątpliwości, że redaktorami kodeksu czyli „ekspertami” w „dziedzinie etyki lekarskiej” mogą być „przede wszystkim członkowie samorządu [lekarskiego – K. Sz.]”<sup>56</sup>.

Polski „model deontologiczny” rozstrzygania konfliktów i podejmowania decyzji, sprzyja silnemu paternalizmowi i lekceważy demokratyczny wymiar procesu decyzyjnego. Co więcej, akceptujący go samorząd lekarski uzurpuje sobie kuriozalny w demokracji przywilej *de facto* cenzurowania prawa stanowionego. Zgodnie z Art. 5 KEL „Izba lekarska jest zobowiązana[...] do starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej”.

d. Właściwa dla transformacji ustrojowej obecność wciąż jeszcze „autorytarnych struktur”<sup>57</sup> w tym także światopoglądowych. Taką strukturą usiłuje być jeśli nie całe środowisko lekarskie, to jego reprezentacja, co próbowałem wykazać w poprzednim podpunkcie. I w dużej mierze jej się to udaje. Drugą bardzo silną strukturą autorytarną jest Kościół katolicki. Relacje między Kościołem, demokracją i bioetyką są skomplikowane i nie ma miejsca w tym tekście na ich analizę. Wspomnę tylko, że jego członkowie uprawiający refleksję etyczną nad medycyną są zwolennikami etyki aplikacyjnej.

Tytułem przykładu dla księdza Tadeusza Ślipki „Bioetyka jest[...] po prostu integralną częścią etyki normatywnej jako zastosowanie ogólnych zasad etycznych do szczegółowych dramatycznych sytuacji ludzkiego życia”<sup>58</sup>. „W tej perspektywie – jak pisze komentator przywołanej definicji<sup>59</sup> – bioetyka jest wyszczególnionym działem filozoficznej etyki szczegółowej”. W komentarzu podkreśla się, między

---

<sup>56</sup> K. Radziwiłł, Wypowiedź na Konferencji “Medycyna – Etyka – Ekonomia”, “Puls”, 2003, nr 9;

<http://www.nil.org.pl/xml/oil/oil68/gazeta/numery/n2003/n200309/n20030912>

<sup>57</sup> N. Steinkamp i wsp., *Regulation of Health Care Ethics Committees in Europe*, op. cit., s. 472.

<sup>58</sup> T. Ślipko, *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*, Wydawnictwo WAM, Kraków 1994, s. 17.

<sup>59</sup> T. Biesaga, *Bioetyka początku życia Tadeusza Ślipki*, w; *Bioetyka polska*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2004, s. 11-12.

innymi, że etyka normatywna przynależy do filozofii, jest właśnie „etyką filozoficzną”. Zaletą tak pojmowanego ujęcia ma być to, że „uniezależnia bioetykę od nauk szczegółowych i medycznych”. „Ogólne zasady etyczne” są pryncypiami „filozofii chrześcijańskiej”, jak stwierdza T. Ślipko, a więc partykularnej.

Efektom światopoglądowego zawłaszczania bioetyki przez samorząd medyków i Kościół może być specyficznie polska odmiana syndromu osierocenia, mianowicie nauczanie tego przedmiotu, łącznie z opracowaniem szczegółowego sylabusu, będzie powierzane w zależności od sytuacji, np. kadrowej, zatrudnionym w uczelni klinicytom bez przygotowania etycznego albo filozofom bądź teologom, lekceważącym „szczegółową” wiedzę medyczną i reprezentującym partykularną orientację etyczną. Niżej będę postulował dokonanie rodzaju inwentaryzacji kadr, programów, sposobów i czasu nauczania bioetyki w poszczególnych uczelniach medycznych.

Ponadto przywołane ujęcia bioetyki zmuszają do postawienia pytania: czy „ogólne normy etyczne” w ujęciu redaktorów KEL mają takie samo pochodzenie co „ogólne zasady etyczne” w rozumieniu T. Ślipki? Odpowiedź pozytywna świadczy o sile Kościoła jako autorytarnej struktury światopoglądowej, negatywna – domaga się pełniejszego uprawomocnienia tej „ogólności”. Czy są to tzw. uniwersalne zasady etyki ogólnoludzkiej, do której odwołują się politycy związani światopoglądowo z Kościołem. Według Jarosława Gowina, „polityk ustanawiając prawo powinien kierować się[...] uniwersalnymi zasadami moralnymi i wiedzą naukową<sup>60</sup>”.

Pełniejsze uzasadnienie jest konieczne przede wszystkim z powodu umieszczenia w ministerialnych *standardach kształcenia* bardzo podobnie brzmiącego sformułowania. Z powodu dydaktycznej wagi warto przywołać *standardy* w całości<sup>61</sup>.  
*„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

---

<sup>60</sup> M. Suchodolska, *Teraz jest dobry moment by uregulować in vitro (rozmowa z Jarosławem Gowinem)*, „Polska Dziennik Łódzki”, z dnia 21. 10. 2009, s. 24.

<sup>61</sup> Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, *Standardy kształcenia: kierunek lekarski*; [http://www.bip.nauka.gov.pl/gallery/23/71/2371/54\\_kierunek\\_lekarski.pdf](http://www.bip.nauka.gov.pl/gallery/23/71/2371/54_kierunek_lekarski.pdf)

ponadczasowych (podr. – K.Sz.) lekarskich norm etycznych; rozumienia i stosowania wzorów postępowania zawodowego i badawczego w medycynie”.

Wspomniane sformułowanie to oczywiście „ponadczasowe normy”. Jednakże dydaktycy bioetyki twierdzą, że uczący tego przedmiotu powinni wiedzieć, że nie ma „zestawu uniwersalnych wartości” czy norm, które można „bezkrytycznie włączać do praktyki społecznej takiej jak medycyna”<sup>62</sup>.

Przedstawione minima programowe są realizacją skrajnej postaci deontologicznego modelu uprawiania etyki lekarskiej. Całkowicie zapoznają rewolucję bioetyczną i są zakorzenione niemal całkowicie w „przedrewolucyjnej” lekarskiej etyce kodeksowej. Świadczą też, że bioetyczna rewolucja edukacyjna jest jeszcze bardzo odległą perspektywą.

Przedstawiona pesymistyczna diagnoza – jeśli jest prawdziwa – skłania do oszczędnego formułowania postulatów naprawy istniejącego stanu rzeczy, gdyż najważniejszym czynnikiem korekty jest czas, którego upływ pozwoli – miejmy taką nadzieję – na zbudowanie pełnej demokracji, wzrostu zamożności społeczeństwa i dokonanie się rewolucji bioetycznej oraz dydaktycznej. Do najważniejszych postulowanych zadań należy:

a. opracowanie i uruchomienie systemu kształcenia bioetyków nauczycieli i uczonych. Kształcenie to jest tym bardziej pożądane, że ze względu na multidyscyplinarność tej dziedziny tradycyjna droga nabywania kompetencji przez indywidualne badania własne jest daleko niewystarczająca<sup>63</sup>. Wskazane byłyby wielodyscyplinarne studia doktoranckie. Dobrym miejscem uruchomienia takich studiów są uczelnie łączące fakultet medyczny z niemedycznym, jak – między innymi – Uniwersytet Jagielloński. Niestety, jest to logistycznie skomplikowane (dobór fachowej kadry) i kosztowne przedsięwzięcie.

b. Sporządzenie *szczegółowej* inwentaryzacji kadr, programów, metod, czasu nauczania bioetyki i jej integracji z curriculum medycznym w poszczególnych uczelniach. Na początek na wydziałach lekarskich.

---

<sup>62</sup> B. Nicholas, *Teaching of Medical Ethics*, s. 512.

<sup>63</sup> H. Klungland, *Teaching Bioethics*. op. cit., s. 139.

c. Przystąpienie do tworzenia silnego ośrodka zajmującego się edukacją bioetyczną, na wzór postulowanego przez kraje nordyckie. Powinny się do niego przyłączać ośrodki uczelniane (Katedry), tworząc sieć bioetyczną. Bez takiego ośrodka trudno będzie je budować. Zostaną zdominowane i zawłaszczone przez wymienione opcje światopoglądowe – medyczną albo filozoficzną.

Będzie się też nasilać, już obecna, tendencja do traktowania bioetyki jako humanistycznego *silly subject* i redukcji liczby zajęć, zamieniania seminariów na wykłady, podkradania godzin i oddawania ich niedopensowanym jednostkom organizacyjnym, reprezentującym fakultet medyczny oraz do wielu innych nieprawidłowości. Powoduje ją przede wszystkim właściwe polskim uczelniom: etatyzm i system finansowania sprawiający, że „uniwersytet staje się luźną konfederacją małych przedsiębiorstw-wydziałów o wąskiej ofercie intelektualnej”<sup>64</sup>.

Wskazane jest też nawiązanie przez postulowany ośrodek współpracy międzynarodowej. Problem stanowi jego usytuowanie i finansowanie. Nieocenione byłoby w tym przypadku ciało o randze narodowej komisji bioetycznej.

d. W polskich realiach dominacji modelu deontologicznego i związanym z tym modelem akcentowaniem cnót i wzorca osobowego dobrego lekarza, z jednej strony, a z drugiej – usprawiedliwiania strajków polegających na odchodzeniu od łóżek i powoływania rzeczników praw lekarza jako kontry Rzecznika Praw Pacjenta, bardzo pożądane byłoby zainicjowanie badań nad ukrytym curriculum i jego wpływie na efekty nauczania bioetyki.

---

<sup>64</sup> J. Thieme, *Zróbmy sobie Oksford*, „Gazeta Wyborcza”, z 26. 10. 2009, s. 18.