



Również i w Polsce kształcenie nauczycieli bioetyki jest potrzebą chwili - uwagi na marginesie tekstu Marka Olejniczaka

Kazimierz Szewczyk

Uwagi M. Olejniczaka do mojej wypowiedzi inicjującej debatę są w przeważającej części polemiką z przedstawioną w niej definicją bioetyki i prowadzą *de facto* do jej całkowitego odrzucenia. W obronie tego ujęcia, przywołam najważniejsze zastrzeżenia i wątpliwości przedstawione przez Polemistę, opatrując je krótką ripostą.

1. Autor zapytuje: dlaczego w podanej definicji bioetyki „chodzi o moralne aspekty podejmowania decyzji, a nie po prostu o moralne aspekty spełniania czynów[...]”? Powodów takiego ujęcia jest wiele. Z braku miejsca przypomnę tylko, że:

a. medycyna jest skazana na podejmowanie decyzji i to w warunkach niepewności zarówno dotyczących kwestii *sensu stricto* medycznych, jak i etycznych. Część lekarzy skłonna jest nawet do przesadnego podkreślania tej niepewności również w codziennych, banalnych sytuacjach: „W tej dziedzinie nigdy nie ma całkowitej pewności – zwykle podanie aspiryny też jest do pewnego stopnia eksperymentem i też się może źle skończyć”¹.

¹ S. Zagórski, *Dni Bartka były policzone (rozmowa z hematologiem prof. Wiesławem Jędrzejczakiem)*, „Duży Format” (dodatek do „Gazety Wyborczej”), z dnia 2 kwietnia 2007, s. 8;

<http://wyborcza.pl/1,76842,4028963.html>

Niepewność etyczną zauważa sam M. Olejniczak wspominając o „przekazywaniu studentom „wiedzy na temat różnych systemów etycznych” i „różnorodności stanowisk etycznych”.

Deontologiczny sięgający XIX wieku model uprawiania bioetyki podejmowanie decyzji ceduje głównie na lekarzy. Rozwój naukowo-technologiczny w medycynie, zmiany organizacyjne włączające ją w system opieki zdrowotnej i stawiające na wspólną pracę zespołów medycznych oraz przekształcenia w środowisku kulturowym systemu, przede wszystkim akcentowanie zasady poszanowania autonomii (decyzyjnej) pacjentów sprawiły, że proces decyzyjny znacznie się skomplikował. Z tego punktu widzenia ujmowana bioetyka ma służyć pomocą w jego prowadzeniu. Czyni to demokratyzując i uspołeczniając proces decyzyjny, jeśli to możliwe, w sposób uwzględniający „różnorodność stanowisk etycznych”. Stąd w definicji bioetyki jest tak znaczący akcent położony na decyzje.

O zjawisku tym wspominałem w referacie na konferencję *Konflikty między opinią lekarza a wolą pacjenta – czy są nam potrzebne szpitalne komisje etyczne?*². Nawiasem mówiąc, jest to tekst bardzo istotny również i dla tej debaty, gdyż przedstawiam w nim uzasadnienie ujęcia bioetyki pełniejsze niż w obecnym wprowadzeniu.

Podkreśla się też niedobór badań empirycznych nad podejmowaniem decyzji przez pacjentów i jednostki organizacyjne systemu opieki zdrowotnej. W tym kontekście akcentuje się konieczność ukonstytuowania „empirycznej etyki”, szczególnie w obszarze

² K. Szewczyk, *Szpitalne komisje etyczne jako składnik opieki zdrowotnej w krajach demokratycznych*; http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_konflikt_1.pdf

postanowień dotyczących zasad rozdzielnictwa świadczeń medycznych, zawsze przecież deficytowych³.

b. Decyzja zawsze poprzedza czyn, nie zawsze jednak musi prowadzić do jego podjęcia. Decyzje podejmowane są zarówno „przy łóżku” pacjenta, jak i w jednostkach organizacyjnych coraz wyższego poziomu od zakładów opieki zdrowotnej – szpitali, hospicjów – poprzez ciała reprezentujące poszczególne specjalizacje lekarskiej aż do komisji bioetycznych szczebla krajowego.

Decyzje „przy łóżku” najczęściej zakończone są konkretnymi czynami, choć nie zawsze. Czasem o podjęciu czynu bądź zaniechaniu decyduje sąd, niekiedy – jak w Teksasie – szpitalna komisja etyczna, w przypadku uznania leczenia za terapię daremną i jego wstrzymania⁴.

Bioetyka jest dyscypliną pomagającą zminimalizować sądowe zakończenia procesu decyzyjnego. Jego demokratyzacja zmniejsza liczbę procesów poprzez umiejętne łagodzenie konfliktów między opinią lekarza a wolą pacjenta. Temu, między innymi, celowi służą regulacje etyczne tworzone przez szpitalne komisje etyczne i ciała wyższego szczebla. Są one czymś w rodzaju „zamrożonego rezultatu procesu decyzyjnego”, czyli ustaleniem, które bezpośrednio nie prowadzi do czynu, lecz pośrednio reguluje podejmowanie decyzji – częściej niż w sytuacji braku takich regulacji – zwięźzionych czynem.

2. Polemista stawia kolejne pytanie: „dlaczego bioetyka miałaby dotyczyć wyłącznie decyzji podejmowanych w demokratycznym państwie prawa – czy w krajach niedemokratycznych nie ma dylematów

³ J. Richardson, *Empirical ethics: Or the Poverty of Ethical Analyses in Economics and the Unwarranted Disregard of Evidence in Ethics*, Centre for Health Program Evaluation, Monash University, Heidelberg West 2001.

⁴ R.D. Truog, *Tackling Medical Futility in Texas*, „New England Journal of Medicine”, z 5 lipca 2007, s. 4.

bioetycznych albo wartość moralna takich samych czynów może w nich być inna?”. Jedną z konstytutywnych cech bioetyki jest demokratyzacja procesu podejmowania decyzji w systemie opieki zdrowotnej. W krajach niedemokratycznych jest to niemożliwe, albo – co najmniej – bardzo utrudnione. Na przykład w Chinach, gdzie krucho z przestrzeganiem praw jednostki, państwo zawłaszcza decyzje prokreacyjne. Prawodawca chiński stworzył tym samym „dylemat bioetyczny”, będący efektem braku demokracji. Z drugiej strony, okłamywanie umierających starszych osób nie jest w tym kraju problemem bioetycznym, gdyż członkowie rodziny mają tam przekazywany tradycją mocny obowiązek moralny oszczędzania cierpień swoim rodzicom. Demokratyzacja Chin na modłę zachodnią – jeśli do niej dojdzie – sprawi, że ten „rodzinny przywilej terapeutyczny” stanie się dylematem bioetycznym. Nadto, jeśli nawet można wskazać dylematy bioetyczne w biednych krajach afrykańskich dyktatur – to nie ma tam bioetyki, aby pomagała je rozstrzygać, co najwyżej zachodni bioetycy wydają regulacje zapobiegające „kolonializmowi probantów”.

Że wartość moralna „fizycznie” takich samych czynów może być różna w zależności od kraju i jego kultury pokazuje przykład Japonii. U nas katolicyzm doprowadził w transplantologii wręcz do sakralizacji „daru życia”. W Kraju Kwitnącej Wiśni, zapewne pod wpływem szintoizmu, dopiero bardzo niedawno przyjęto definicję śmierci mózgu.

3. Marek Olejniczak stwierdza, że „Etyka, pomimo tego, że jest filozofią praktyczną, ma przecież charakter kontemplacyjny, tzn. próbuje zrozumieć rzeczywistość, w której żyjemy, odkryć prawdę o tym, co dobre, a co złe”. Autor przedstawia tu wizję etyki wywodzącą się z metafizyki czy też klasycznej filozofii greckiej, zakładającej w bycie -

Pitagorejskim stadionie - rozumny i rozpoznawalny porządek, także aksjologiczny. Pojawiają się tu trzy trudności.

Po pierwsze nie wszyscy w społeczeństwie demokratycznym muszą ten model akceptować i właściwie nie byłoby to pożądane, gdyż dla demokracji pluralizm światopoglądowy nie jest jakąś ustrojową ułomnością, lecz stanem, który należy aktywnie podtrzymywać – sprzyjać temu zróżnicowaniu.

Po drugie, jak sam Autor zauważa, o czym już wspominałem, że etyka kontemplacyjna nie dotarła jak dotychczas do tej jedynej uznanej powszechnie „prawdy o dobru”.

Po trzecie, obecnie „rzeczywistość, w której żyjemy” podlega tak szybkim metamorfozom, że nim ją zaczniemy na dobre kontemplować, ona już się zmieniła, jak mawiał klasyk, „o 360 stopni”. Jednym z istotnych czynników przemian jest biomedycyna.

Na marginesie: nie widzę związku zasygnalizowanego przez Autora między kontemplacyjną naturą etyki, a brakiem „powodu do rozpacz” ewentualnością zawłaszczenia bioetyki w Polsce „przez medyków i Kościół”. Czyżby byli oni w posiadaniu tej prawdy o dobru? I tylko niewiele czasu przeznaczanego na perswazyjną argumentację dzieli nas od powszechnej społecznej akceptacji tej prawdy. Byłby to jednak stan niwelujący demokrację. I nie wiem, czy bym go chciał. Przyznaję jestem, niech będzie – apologetą demokracji. Stąd, jak słusznie zauważa Anna Szczęsna, przedstawiona we wprowadzeniu do debaty definicja bioetyki nie jest neutralna, bo być nie może⁵. Opowiadając się

⁵ A. Szczęsna, *Uwagi do wprowadzenia...*, s. 3;
http://www.ptb.org.pl/pdf/szczesna_educacja_1.pdf

za nią, niejako automatycznie trzeba zaakceptować demokrację, także moralnie.

Jeśli zaś medycy i Kościół nie dysponują prawdą o dobru – niech zostawią bioetyce swobodę działania, jedynie przekonując obywateli do swoich racji. A nawet w pierwszym przypadku, czas oczekiwania należałoby wypełnić aktywnością bioetyczną, by minimalizować sumę cierpienia możliwego do usunięcia.

Zadaniem bioetyki nie jest odkrywanie „prawdy o dobru”, jeśli nawet taka istnieje obiektywnie. Jej cel jest skromniejszy i zarazem bardziej realny. Jako tzw. bioetyka regulatywna (regulacyjna) ustala w demokratycznym procesie decyzyjnym zasady o charakterze dyrektyw etycznych, czyli wspomnianych „zamrożonych rezultatów procesów decyzyjnych”. Anglosasi nazywają je czasem „regułami kciuka” (*rules of thumb*)⁶ wskazującymi systemowi opieki instytucjonalny kształt, sposób podejmowania w nim decyzji i kierunek przemian, które – my jako obywatele/zainteresowanie strony/społeczeństwo – uważamy za moralnie pożądany/służący najbardziej optymalnie realizacji cenionych przez nas wartości moralnych. Ostateczną instancją etyczną jest całość społeczeństwa, bo któż inny w ustrojach demokratycznych może nim być? Czyja prawda o dobru, jeśli taka jest, ma być powszechnie zaakceptowana?

4. Polemista obawia się, że bioetyka miast poszukiwać prawdy o dobru „będzie ‘na pasku’ ‘suwerena moralnego’, jakim jest demokratyczne społeczeństwo [...] stanie się pobłażliwym wyrazicielem opinii publicznej”. Przyznaję, czai się tu takie niebezpieczeństwo o tyle,

⁶ J.F. Childress, *A Principle-Based Approach*, w: *A Companion to Bioethics*, red. H. Kuhse, P. Singer, Blackwell Publishers, Malden 1998, s. 66.

o ile nawet parlamentowi ono zagraża („demokracja sondażowa”). Jednak w dojrzałych demokracjach jest ono minimalne zarówno w odniesieniu do bioetyki, jak i parlamentów. W bioetyce jest dodatkowo pomniejszane przez sposób wyłaniania kolegialnych ciał – komisji etycznych różnego szczebla, będących dla bioetyki tym, czym parlamenty dla rządów⁷ oraz – i przede wszystkim – przez stosowany w nich sposób procedowania. W odróżnieniu od „głosujących” parlamentów decyzje podejmowane są przy pełnym konsensusie wszystkich stron. Jeśli jest nieosiągalny nie ma decyzji. Konsensus jest także fundamentem moralnego autorytetu tych ciał⁸.

Sztuka osiągnięcia konsensusu mogłaby być również dobrym przykładem w edukacji bioetycznej polityków. M. Olejniczak podejrzewa, że taka edukacja może być „lobbingiem bioetycznym”. Nie widzę w nim nic nagannego jeśli celem tego kształcenia będzie uświadomienie klasie politycznej, że w demokracji państwo powinno być neutralne światopoglądowo we wszystkich sferach. Z braku miejsca i czasu dam jeden przykład. Decyzją, kiedy w życiu prenatalnym mamy do czynienia z osobą ludzką, jest decyzją *sensu stricto* światopoglądową, dzielącą obywateli nawet dojrzałych demokracji. Politycy powinni to wiedzieć. W konsekwencji stanowione przez nich prawo nie może ingerować w pierwszy trymestr ciąży, pozostawiając kobiecie decyzję o kontynuowaniu ciąży albo o jej usunięciu. Można oczywiście wprowadzić obowiązek konsultacji tego drugiego postanowienia, jak to uczyniono w Niemczech.

⁷ H.T. Engelhardt, *Health Care Ethics Committees: Re-Examining Social and Moral Functions*, „HEC Forum” 1999, nr 2, s. 87.

⁸ J. Moreno, *Ethics by Committee: The Moral Authority of Consensus*, „Journal of Medicine and Philosophy” 1988, nr 4, s. 411-432.

Niestety w naszych realiach nie dysponujemy takimi kolegiальnymi ciałami, w zamian mając polityków, eufemistycznie mówiąc, bioetycznie niedouczonech. Sytuacja się zapętlą i trzeba przede wszystkim czasu do jej naprawy.

5. Marek Olejniczak stwierdza, że wielodyscyplinarność bioetyki odbierze „jej właściwą tożsamość, jaką jest bycie – było nie było – etyką, czyli dyscypliną filozoficzną, która ma celu odkrywanie prawdy o dobru[...]”. Autor przyporządkował bioetykę etyce filozofii projektu metafizycznego, o tym już wiemy. Przypominam, że są też inne projekty filozoficzne. Czy bioetyka preferowanego przez Polemistę projektu nie zwyrodnienie w rodzaj policji moralnej? To byłoby złe i dla niej, i dla demokracji. To raz, a dwa także medycy chcą sobie bioetykę zawłaszczyć, o czym pisałem we wprowadzeniu.

Tymczasem bioetyka jest osobną dziedziną nauki. Multidyscyplinarność należy do jej natury/definicji. Świadczy o tym:

- a. jej geneza – „ojcami założycielami” byli, teologowie, filozofowie, medycyny, biologowie,
- b. rodzaj umiejętności i wiedzy, jaką powinien posiadać bioetyk,
- c. skład ciał bioetycznych.

Ciała te zdaniem Jonathana Moreno są „miejscami spełniania się społecznej inteligencji”⁹. Realizuje się ona, jak pisałem w innym miejscu, „w rzeczywiście inteligentnej debacie moralnej. Podobnie jak każda analiza i badanie, także i deliberacja etyczna wymaga odpowiedniej informacji i technik stosowanych w różnych profesjach, ważnych dla funkcjonowania demokratycznego społeczeństwa. Skład komisji musi uwzględniać ten wymóg. Ich członkowie zbierają się, aby użyć

⁹ J. Moreno, *Ethics by Committee: The Moral Authority of Consensus*, op. cit., s. 428.

swoich zdolności do rozjaśniania problematycznych sytuacji. Każda specjalizacja ma w tym swój udział, łącznie z doświadczeniem bycia pacjentem”¹⁰.

W konkluzji, *Uwagi* Marka Olejniczaka napawają mnie smutkiem z domieszką nikłej satysfakcji. Wzmacniają diagnozę braku nauczycieli bioetyki takiej, jak ją zdefiniowałem we wprowadzeniu (smutek) i dają mizerną satysfakcję z potwierdzenia diagnozy.

¹⁰ K. Szewczyk, *Szpitalne komisje etyczne jako składnik opieki zdrowotnej w krajach demokratycznych*, op. cit., s. 39.