



Szpitalne komisje etyczne jako składnik systemu opieki zdrowotnej w krajach demokratycznych

Kazimierz Szewczyk

W artykule charakteryzuję szpitalne komisje etyczne (SKE) jako jedną z form instytucjonalizacji bioetyki i jako element systemu opieki zdrowotnej. Daje to teoretyczne podstawy dalszym już bardziej praktycznym rozważaniom. Skupiam się w nich: 1. na omówieniu składu komisji i konsensusu jako warunku etycznej debaty i fundamentu autorytetu moralnego SKE, 2. na podaniu zadań szpitalnych komisji oraz 3. na wybranych zagadnieniach formalno-prawnych związanych z ustanawianiem i działaniem SKE. Pracę kończą konkluzje, w których stawiam uzasadniane analizami całości artykułu pytanie: czy powoływanie tych ciał w obecnych warunkach kulturowo-społecznych i politycznych naszego kraju nie jest przedwczesne?

I. Szpitalne komitety etyczne formą instytucjonalizacji bioetyki

Po drugiej wojnie światowej w USA rozpoczyna się okres intensywnych przemian instytucjonalnych w medycynie i w jej otoczeniu kulturalno-politycznym. Spowodowały one konieczność gruntownego przeformułowania dotychczasowego sposobu uprawiania refleksji nad etyczną stroną profesji lekarza, zazwyczaj nazywanego etyką lekarską¹. Kształtuje się „nowa etyka” coraz powszechniej określana mianem „bioetyki”. Jej powstanie, z powodu zakresu zmian, było rewolucją bioetyczną². Wychodząc poza granice Stanów Zjednoczonych rewolucja objęła Europę Zachodnią i rozprzestrzeniła się

¹ R.B. Baker, *The American Medical Ethics Revolution*, 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. 36 i n.

² K. Szewczyk, *Bioetyka i kodeksy*, Konferencja: *Filozoficzne i prawne aspekty kodeksów etyki lekarskiej*, Kraków 25-27 maja 2007, Forum „Diametros”;
<http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/?l=1&p=cnf4&m=44&jh=1&ih=80>

na całość świata. Upadek komunizmu dał warunki dla uprawiania bioetyki także w krajach Europy Wschodniej.

Bioetyka praktycznie od początku ma silnie zaznaczony wymiar instytucjonalny w postaci ciał zbiorowych różnego składu, rangi i zadań. Tristram Engelhardt stwierdza nawet, że „tym czym parlamenty dla rządów tym zdają się być etyczne komitety dla bioetyki”. Podobnie jak bioetyka, ciała te rozpowszechniają się na „całym globie”³. Ze względu na tematykę artykułu interesować mnie będą dwa ich typy: przede wszystkim szpitalne komisje etyczne i – marginalnie – komisje do spraw badań naukowych w medycynie z wykorzystaniem probantów, w Polsce niefortunnie nazwane komisjami bioetycznymi (KB).

Za pierwszy krok w rozwoju SKE można uznać ustanowienie w latach 40. ubiegłego wieku w kilku amerykańskich katolickich szpitalach lekarsko-moralnych zespołów badających zgodność praktyki szpitalnej z nauczaniem Kościoła. Kolejnym etapem było powołanie w 1961 roku kolegiального zespołu w centrum dializ w Seattle. Jego zadaniem było opracowanie kryteriów kwalifikowania pacjentów do tych zabiegów. Zespół nazwany „Boskim komitetem” był już bezpośrednio zaangażowany w podejmowanie decyzji w obszarze klinicznym⁴.

W 1975 roku zawiązał się komitet etyczny w Holandii i było to bodaj pierwsze bioetyczne ciało tego typu w Europie. Miał on „mieszany” charakter, co oznacza, że spełniał zarówno funkcje przynależne KB jak i SKE. Według danych z roku 2001 na terenie Holandii działa już kilka setek (*sic!*) komitetów etycznych, z czego większość to gremia wypełniające zadania SKE⁵.

W Japonii pierwszy SKE ustanowiono w 1982 roku w Szkole Medycznej uniwersytetu w Tokushimie. Zajmował się on stroną etyczną zapłodnienia *in vitro*⁶.

Szpitalne komisje etyczne, będąc instytucjonalizacją bioetyki, są jak i ona w swojej genezie, uzależnione od dwu rodzajów okoliczności: uwarunkowań wewnętrznych

³ H.T. Engelhardt, *Health Care Ethics Committees: Re-Examining Social and Moral Functions*, “HEC Forum” 1999, nr 2, s. 87.

⁴ N. Steinkamp, *Hospital Ethics Committee and Bioethics Consultation*, w: *Hospital Based Bioethics. A European Perspective*, red. R. Pegoraro, G. Putoto, E. Wray, PICCIN, Stampato 2007, s. 134.

⁵ H.H. van der Kloot Meijburg, R.H.J. der Meulen, *Developing Standards for Institutional Ethics Committees: Lessons from the Netherlands*, “Journal of Medical Ethics”, 2001, Supplement I, s. i36.

⁶ P. Kimura, *Ethics Committee for “High Tech” Innovations in Japan*, “Journal of Medicine and Philosophy”, 1989, nr 4, s. 458.

związanych ze zmianami w samej medycynie jako instytucji oraz determinant społeczno-politycznych stanowiących środowisko tych przemian. Krótka charakterystyka wymienionych czynników pozwoli lepiej zrozumieć istotę rewolucji bioetycznej i – co za tym idzie – naturę SKE i ich znaczenie dla współczesnych systemów opieki zdrowotnej.

Do najważniejszych uwarunkowań wewnętrznych należą:

a. coraz ściślejszy związek medycyny z nauką, co ukazuje zbitka pojęciowa „biomedycyna”.

b. Postęp technologiczny; dał on, między innymi, urządzenia bardzo ważące w kształtowaniu się bioetyki, jak dializatory i respiratory.

c. Upowszechnienie korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez pacjentów z różnych warstw społecznych i o różnym zapleczu kulturowym.

d. Lawinowo zwiększające się koszty uprawiania coraz bardziej wyrafinowanej technologicznie i coraz bardziej egalitarnej medycyny.

c. Rosnący wpływ medycyny na początek i koniec życia ludzkiego, częstokroć dotyczący istoty człowieczeństwa, uzyskiwany dzięki wiedzy i technologii.

d. Pojawienie się nowych dylematów etycznych i prawnych, nieznanych medycynie sprzed rewolucji bioetycznej, wywoływanych tym wpływem.

e. Konieczność zaangażowania w ich rozstrzygnięcie specjalistów nie będących lekarzami, na początku rewolucji przede wszystkim prawników – prawo z dotychczasowego „wroga źle uprawianej” sztuki lekarskiej zmienia się w pomocnika medyków zajmującego się „tymi samymi dylematami dotyczącymi życia i śmierci, z którymi zmagali się lekarze”⁷. Prawnicy są także niezbędni w budowaniu regulacji dotyczących związków medycyny z przemysłem biomedycznym.

Wielkość nakładów finansowych na medycynę rodzi potrzebę włączenia w proces podejmowania decyzji w medycynie ekonomistów – i to jest także istotna „porewolucyjna” nowość – oraz planistów opieki zdrowotnej; pojawiają się też etycy, teologowie i filozofowie. Medycyna zaś staje się składnikiem szerszego od niej systemu opieki zdrowotnej. Jest ona oczywiście elementem istotnym, bez którego nie byłoby systemu, jednakże tylko składnikiem, związanym wieloma relacjami z innymi częściami systemowej całości, takimi jak wspomniany już przemysł, prawo czy ekonomia.

⁷ A.R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, Oxford University Press, New York 2003, s. 11.

Zjawisko zasygnalizowane w ostatnim punkcie jest procesem socjalizacji medycyny odbywającym się poprzez włączanie w system osób spoza medycyny. Równocześnie zachodzi jej uspołecznienie poprzez otwarcie się systemu opieki zdrowotnej, a więc i medycyny, na otoczenie społeczno-polityczne. Szczególnie ważne dla ukształtowania się bioetyki były następujące czynniki tego środowiska:

a. ruch na rzecz praw i wolności człowieka jako jednostki i jako obywatela. Jego rezultatem było, charakterystyczne dla bioetyki, zakwestionowanie paternalizmu właściwego profesji lekarskiej. Zasada poszanowania autonomii pacjenta umożliwia mu – przynajmniej w teorii – coraz szersze uczestnictwo w procesie decyzyjnym, dotychczas będącym niemal wyłączną prerogatywą medyków.

b. Zróżnicowanie światopoglądowe demokratycznego państwa prawa, szczególnie wyraziste w USA, kraju zamieszkałym przez przybyszów z wielu kręgów kulturowych. Pospołu z ruchem na rzecz praw obywatelskich było ono istotnym czynnikiem wymuszającym przeniesienie autorytetu moralnego z profesji lekarskiej na całość społeczeństwa, które zyskało status suwerena moralnego.

Ruch na rzecz wolności i praw jednostki otworzył hermetyczną relację lekarz – pacjent na osobę podopiecznego. Uczynioną szczelinę poszerzyła właściwa demokracji konieczność uwzględnienia pluralizmu światopoglądowego jej obywateli. Prowadzi to do włączania w proces decyzyjny w systemie opieki zdrowotnej coraz większej liczby reprezentantów społeczeństwa.

Jedną z ważkich konsekwencji otwarcia się medycyny na społeczeństwo i nadania mu statusu suwerena moralnego jest konieczność informowania obywateli o działalności bioetycznych ciał kolegialnych po to, aby suweren mógł należycie spełniać swoją rolę. Socjalizacja systemu opieki zdrowotnej jest jednocześnie jego demokratyzacją.

Bioetyka stanowi konsekwencję obu wymienionych dróg procesu uspołecznienia medycyny i jednocześnie sama staje się potężną, „nie mającą precedensu historycznego” siłą socjalizującą naukę i praktykę medyczną⁸. Jest etyką systemów opieki zdrowotnej w

⁸ G. Lebeer, *Conclusions. Hospital Ethics Committee as Forum for Democratic Debates*, w: *Ethical Function in Hospital Ethics Committee. Biomedical and Health Research*, red. G. Lebeer, IOS Press, Amsterdam 2002, s. 193,

liberalnym i demokratycznym społeczeństwie i zarazem jednym z ważnych elementów tych całości⁹.

Włączenie medycyny w system opieki oraz jego demokratyzacja i socjalizacja tłumaczą przywołane wyżej spostrzeżenia Engelhardta. Bioetyka jako etyka takich systemów zmuszona jest do kolegialnego i demokratycznego podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej. Komisje są jej równie niezbędne jak parlamenty rządów. Natomiast przegląd determinant powstania bioetyki daje podbudowę pogładowi Jonathana Moreno, zgodnie z którym SKE nie mają poprzedników i stanowią „w istocie wytwór liberalnego, zachodniego i pluralistycznego społeczeństwa”¹⁰. Od siebie podkreśliłbym, że „zachodni” znaczy też na tyle bogaty, aby móc sprostać, w rozsądnym zakresie ekonomicznym, ciężarom postępu naukowo-technologicznego oraz wynikającym z umasowienia korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

Zamożność i demokracja parlamentarna jako gleba bioetyki pozwala zrozumieć rozprzestrzenianie się szpitalnych komisji etycznych w Europie. Jednak kłopot sprawia uznanie wspólnych dla USA i naszego kontynentu determinant powstania bioetyki za wystarczające wytłumaczenie tempa przyrostu SKE (przypominam przypadek Holandii), a także faktu, że na zachodzie Europy ciała te powstały „symultanicznie”, praktycznie bez żadnej łączności między nimi¹¹. Moim zdaniem światło na te okoliczności rzucają specyficzne czynniki sprzyjające powstaniu SKE. Należą do nich:

a. determinanty wynikające z samej narastającej komplikacji systemu opieki zdrowotnej. Coraz większe trudności sprawia zarządzanie szpitalami jako składnikami tej całości. Stąd w wielu krajach dyrekcje instytucji medycznych dawały bodziec do powoływania SKE jako ciał zarządzających jakością opieki. Równocześnie te czynniki, pospołu z coraz bardziej intensywnym i masowym korzystaniem ze świadczeń, prowadzą do przekształcania się opieki zdrowotnej w przemysł świadczeń. Pośpiech panujący w klinikach utrudnia dyskusowanie problemów medycznych i – przede

⁹ K. Szewczyk, *Bioetyka*, t. 1, *Medycyna na granicach życia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 41.

¹⁰ J.D. Moreno, *Ethics Committees and Ethics Consultants*, w: *A Companion to Bioethics*, red. H. Kuhse, P. Singer, Blackwell Publishers, Oxford 1998, s. 476.

¹¹ G. Lebeer, *Conclusions. Hospital Ethics Committee as Forum for Democratic Debates*, op. cit., s. 192.

wszystkim – ich moralnej strony, stając się dla samych lekarzy impulsem do poszukiwania platformy spokojnej deliberacji etycznej.

b. Determinanty biorące początek w rosnącej roli prawa stanowionego zarówno w systemie opieki jak i we współczesnych demokracjach. W opiece zdrowotnej jest także coraz więcej profesjonalnych dyrektyw etycznych. Pojawia się potrzeba ukonstytuowania forum służącego „przekładowi” tych ogólnych regulacji na dyrektywy etyczne obowiązujące w danym szpitalu i zarazem ośrodka służącego radami oraz konsultacjami etycznymi i prawnymi, co do stosowania opracowanych wytycznych¹². Nie można też wykluczyć chęci uniknięcia przez lekarzy ewentualnych procesów wytaczanych przez pacjentów/ich bliskich.

II. Szpitalne komisje etyczne elementem systemu opieki zdrowotnej

Wśród bioetyków panuje zgoda, że teoretyczne uzasadnienie SKE daje tzw. etyka kliniczna. Toczą oni jednak spór na temat jej afiliacji. Jedni twierdzą, że stanowi ona część – subdyscyplinę – etyki normatywnej jako nauki filozoficznej. Inni umieszczają ją w obrębie medycyny¹³. Spór o afiliację jest także sporem o status metodologiczny etyki klinicznej i w dużej mierze stanowi pochodną koncepcji na temat metodologii samej bioetyki. Doprowadził on do umocnienia się dwu przeciwstawnych stanowisk nie mających ustalonej nazwy. Na użytek referatu będę mówił o metodologicznej perspektywie filozoficznej (aplikacyjnej) i medycznej. Formuje się też trzecie stanowisko, nazwę je systemowym, najbardziej zgodne z bioetyką jako etyką systemów opieki zdrowotnej. Krótka charakterystyka tych stanowisk jest pożądana ze względu na ich znaczenie dla ustalania składu, sposobów pracy i zadań komisji.

Autorzy reprezentujący filozoficzne ujęcie afiliacji bioetyki twierdzą, że przynależy ona do filozofii; w tym kontekście często mówi się o aplikacyjnym charakterze bioetyki. Dobrą rodzimą ilustrację takiego stanowiska daje pogląd Tadeusza Ślipki. Zgodnie z nim, „Bioetyka jest[...] po prostu integralną częścią etyki normatywnej

¹² H.H. van der Kloot Meijburg, R.H.J. ter Meulen, *Developing Standards for Institutional Ethics Committees*, op. cit., s. i37.

¹³ A. Slowter, *Embedding Clinical Ethics in a Health Care System: The Experience of the UK Clinical Ethics Network*, „Bioethica Forum” 2008, nr 1, s. 40.

jako zastosowanie ogólnych zasad etycznych do szczegółowych dramatycznych sytuacji ludzkiego życia”¹⁴. „W tej perspektywie – jak pisze komentator przywołanej definicji¹⁵ – bioetyka jest wyszczególnionym działem filozoficznej etyki szczegółowej”. W komentarzu podkreśla się, między 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”. Konsekwentnie można przyjąć, że etyka kliniczna jako dział bioetyki ma także tę zaletę.

Dla zwolenników perspektywy medycznej oddzielenie bioetyki i etyki klinicznej od praktyki medycznej jest nie zaletą, lecz poważną wadą, w skrajnych ujęciach dyskwalifikującą tę dyscyplinę. Przykładem takiego poglądu są sformułowania edytorialu zamieszczonego w „Lancet” w 1997 roku. Jego autor pisze z przekąsem o „etycznym przemyśle”, nie negując jednak całkowicie potrzeby jego istnienia. Jest on przydatny w badaniach decyzji podejmowanych przez lekarzy i rad jakich udzielają. Można go wykorzystać także do studium nad sposobami postępowania personelu w przypadku pojawienia się trudności etycznych. Aby jednakże mógł wypełnić te zadania „musi być zakorzeniony w praktyce klinicznej, a nie w fakultecie moralnej filozofii. Debaty dotyczące etycznych zagadnień są tak samo integralną częścią codziennej pracy lekarzy, jak wybór leczenia najlepszego dla pacjenta. Wydziały etyki oddzielone od lekarskiej profesji zanurzone w teorii i w spekulacji są całkowicie zbędne”¹⁶.

Ta zdecydowana krytyka stanowiska filozoficznego w całości bioetyki zawiera „ważną prawdę” będącą apelem do klinicznych etyków o „najwyższą pokorę, samokwestionowanie i ocenę”, stwierdzają zgodnie autorzy raportu dotyczącego rozwoju etyki klinicznej i komitetów etycznych – bioetycy i zarazem lekarze: Kanadyjczyk Peter A. Singer oraz amerykańanie Edmund Pellegrino i Mark Siegler¹⁷.

¹⁴ T. Ślipko, *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*, Wydawnictwo WAM, Kraków, s. 17.

¹⁵ T. Biesaga, *Bioetyka początku życia Tadeusza Ślipki*, w; *Bioetyka polska*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2004, s. 11-12.

¹⁶ Edytorial, *The Ethics Industry*, „Lancet” z dnia 27 września 1997.

¹⁷ P.A. Singer, E.D. Pellegrino, M. Siegler, *Clinical Ethics Revisited*, „BMC Medical Ethics” 2001, nr 1, s. 3; <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/2/1>

Według Sieglera etyka kliniczna *sensu stricto* jest zakresowo węższa od bioetyki i etyki medycznej¹⁸. Ta ostatnia wspólnie obejmuje także badania naukowe, podczas gdy etyka kliniczna jest wyłącznie etyką praktykowania medycyny. Powołując się na 30 lat uprawiania profesji i 20 lat zajmowania się etyką kliniczną stwierdza, że „etyka kliniczna jest „subdyscypliną medycyny, a nie prawniczą, teologiczną albo filozoficzną etyką” (s. 174). Co więcej, jak sugeruje tytuł artykułu (*Medical Ethics as Medical Matter*), Siegler w obszar subdyscyplin medycznych włącza całą etykę medyczną, a nie tylko jej kliniczną część.

W „pewnym niewielkim stopniu” ufundowanie etyki klinicznej przypomina filozoficzny i prawny fundament „tradycyjnej medycznej etyki” sięgającej szkoły Hipokratesa i służącej dobru chorego. Obu im taką filozoficzną podstawę daje bowiem relacja lekarz – pacjent: „spotkanie, w którym zbiegają się uniwersalne i niezmiennie ludzkie potrzeby i którego główny cel nie bardzo się zmienił od czasu Hipokratesa”. Jest nim zaspokajanie „zdrowotnych potrzeb ludzkich istnień proszących o pomoc przy użyciu naukowych i osobistych zdolności w sposób efektywny i skuteczny” (s. 175).

„Filozoficzność” ufundowania etyki klinicznej oznacza konieczność skupienia się w jej nauczaniu i w zastosowaniach praktycznych na etosie lekarza, a nie tylko na kazuistyce analizującej przykłady etyczne. Innymi słowy, niezwykle ważna dla etyki klinicznej jest nawiązująca do Arystotelesa etyka cnót. Służy ona kształtowaniu charakteru lekarza tak, aby mógł właściwie realizować główny cel profesji.

Rozważania poprzedniego punktu pozwalają, jak sądzę, ukazać archaiczność sporu i obu perspektyw. Można go nawet uznać za echo debaty toczonej w antycznej Grecji, u początków medycyny, między „dogmatykami” silnie wiążącymi sztukę leczenia z filozofią i „empirykami” chcącymi związki te rozluźnić.

Zwolennicy opcji medycznej nie doceniają znaczenia rewolucji bioetycznej i włączenia medycyny w wieloskładnikowy system opieki zdrowotnej radykalnie zmieniających „tradycyjną etykę medyczną”. Mark Siegler, podobnie jak Edmund Pellegrino, publikujący zazwyczaj w tandemie z Davidem Thomasem, chce zachować ciągłość tradycyjnej etyki hipokratesowej włączając w nią wartość jaką jest autonomia

¹⁸ M. Siegler, *Medical Ethics as Medical Matter*, w: *The American Medical Ethics Revolution*, op. cit., s. 171-172.

pacjenta. W tytule wspólnej książki Pellegrino i Thomasma mówi się o „odnowieniu” w bioetyce wartości jaką jest dobroczynienie – dobra fundamentalnego dla tradycji hipokratycznej¹⁹.

Pellegrino i Thomasma, zakorzeniając swoją koncepcję etyki lekarskiej w terapeutycznej relacji lekarz – jego podopieczny, jawnie kwestionują ujęcie bioetyki akcentującej prawa pacjenta i związane z nimi obowiązki lekarzy²⁰. Nie negując wagi tego odniesienia dla bioetyki i (w szczególności) etyki klinicznej, nie należy jednak lekceważyć włączenia medycyny w system opieki zdrowotnej. Wpłynęło ono bardzo istotnie na relację lekarz – pacjent czyniąc ją składnikiem tego systemu. Zmiany w całości opieki zdrowotnej wpływają na związki lekarzy z pacjentami, między innymi, przez włączenie wielu klinicystów w proces opieki i podejmowania decyzji, co nakłada na medyków obowiązki nieznane tradycji hipokratycznej.

Relacja lekarz – pacjent będąc elementem systemu opieki zdrowotnej „wypełnia” się także specjalistami w dziedzinie planowania świadczeń, ekonomiki medycyny, zarządzania, prawa i ubezpieczeń. Coraz częściej dołącza się do niej społeczeństwo, w ogromnej większości przypadków za pośrednictwem środków masowego przekazu, nierzadko przekazujących nam zniekształcony, wyolbrzymiający tzw. „straszne przypadki” obraz tej relacji.

Obóz zwolenników opcji medycznej wyodrębnia medycynę z całości systemowej, metodologicznie absolutyzując jej punkt widzenia. Filozofia i etyka normatywna pełnią wobec niej funkcje czysto usługowe. Absolutyzację medycyny umożliwia ugruntowanie relacji lekarz – pacjent w tradycji hipokratycznej, trafnie, zdaniem omawianej opcji, rozpoznającej kondycję człowieka i wynikające z niej powinności-cele sztuki medycznej.

Podobny błąd bagatelizowania znaczenia rewolucji bioetycznej i absolutyzacji własnego stanowiska popełniają również protagoniści perspektywy filozoficznej. W bioetyce omawiana opcja jest silnie związana z teologią i filozofią chrześcijańską. Jak pisze Albert Jonsen, dokonujący się w pierwszych powojennych dekadach postęp w naukach biologicznych i technologiach medycznych, spowodował konieczność

¹⁹ M. Reichlin, *Observations on the Epistemological Status of Bioethics*, „Journal of Medicine and Philosophy” 1994, nr 1, s. 84

²⁰ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford University Press, New York 1988.

ponownego przemyślenia wielu problemów etycznych. Pierwsi podjęli się tego zadania teologowie chrześcijańscy ujmując wyzwania etyczne w horyzoncie „natury i przeznaczenia człowieka”. Ujęcie to doprowadziło do „ponownego odkrycia tradycji” chrześcijańskiej w myśli normatywnej i do jej introdukcji w etykę medyczną²¹. Przykładem takiego „ponownego odkrycia” jest wzrost popularności doktryny prawa naturalnego, a także ujęcie przez Paula Ramseya relacji lekarz – pacjent jako szczególnego rodzaju przymierza²².

Opcja filozoficzna wyjmuje z systemu opieki filozofię, przede wszystkim odwołując się do tradycji chrześcijańskiej, absolutyzując jej punkt widzenia. Obie perspektywy wadliwie przeciwstawiają etykę normatywną medycynie. Tymczasem medycyna i filozofia, łącznie z etyką normatywną, stanowią części jednej całości – systemu opieki zdrowotnej – i powiązane są wieloma oddziaływaniami funkcjonalnymi. W konsekwencji obie opcje nie dostrzegają, że etyka kliniczna jest integralnym składnikiem systemu, a SKE – jako instytucjonalizację tego elementu – również są elementami systemu włączonymi w jego funkcjonowanie.

W trzeciej, systemowej, opcji medycyna, filozofia i bioetyka przynależą do systemu opieki zdrowotnej. Temu ostatniemu fakultetowi o tyle przyznaje się wyróżnioną perspektywę, że bioetyka jest miejscem zogniskowania się wszystkich elementów systemu i wpływu społeczeństwa jako suwerena moralnego na kształt i funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Dobitnie rzecz wyrażając można powiedzieć, że tylko bioetyka i społeczeństwo mają wyróżniony status w systemie; nie mają go bioetycy, medycy, prawnicy, politycy czy jakakolwiek inna partykularna grupa społeczna. Zgodna z ujęciem systemowym jest propozycja Jonsena zdefiniowania metodologicznego statusu bioetyki jako dyscypliny połowicznej²³.

W pierwszej „połowie” stanowi ona społeczny dyskurs, w którym uczestniczą obywatele, w tym przedstawiciele rozmaitych zawodów, dyskutując aktualne bioetyczne problemy. Instytucjonalnym forum debaty są zbiorowe ciała bioetyczne różnego rodzaju i szczebla, w tym szpitalne komisje etyczne.

²¹ A.R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, s. 34 i n.

²² P. Ramsey, *Pacjent jest osobą*, PAX, Warszawa 1977, s. 8 i n.

²³ A.R. Jonsen, *The Birth of Bioethics: The Origins of A Demi-Discipline*, „Medical Humanities Review”, 1997, nr 1, s. 9-21.

W drugiej „połowie” bioetyka jest akademicką dyscypliną uprawianą na uczelniach i w instytucjach naukowych. Tę część bioetyki, jak wiele fakultetów akademickich, charakteryzuje zróżnicowanie stanowisk badawczych i odwoływanie się do różnych podstaw teoretycznych. Reprezentanci poszczególnych stanowisk uczestniczą w komisjach, jako członkowie, bez wyróżnionego autorytetu moralnego, poznawczego bądź opartego na tradycji i dającego im formalną przewagę nad pozostałymi członkami. Inaczej mówiąc, nie mogą się powoływać na taki autorytet jako usprawiedliwienie roli depozytariusza etycznej prawdy.

„Połowicznemu” zdefiniowaniu statusu metodologicznego bioetyki i systemowej afiliacji szpitalnych komisji najbardziej odpowiada ujmowanie etyki klinicznej jako „etycznego myślenia o ‘wewnętrznej moralności’ lekarzy, pielęgniarek i pacjentów i o ‘zewnętrznej moralności’ społeczeństwa oraz o wielu powiązaniach między tymi dwoma rodzajami moralności”²⁴.

„Wewnętrzna moralność” personelu medycznego i jego podopiecznych jest odpowiednikiem zróżnicowania poglądów etycznych w bioetyce jako dyscyplinie akademickiej. „Zewnętrzna moralność” społeczeństwa stanowi analogon bioetyki jako dyskursu społecznego. Wielość powiązań łączy wymienione dwa rodzaje moralności w całość bioetyki czyniąc z niej (wyróżniony) element systemu opieki zdrowotnej. Refleksję nad tymi „moralnościami” i powiązaniem prowadzą członkowie SKE i w ten sposób wpływają na kształt bioetyki i systemu opieki zdrowotnej. W dużych wielospecjalistycznych szpitalach coraz większy wpływ na wiązanie zewnętrznej i wewnętrznej moralności ma kadra zarządzająca – menedżerowie i dyrektorzy instytucji opieki zdrowotnej.

III. Skład szpitalnych komisji etycznych

Każda ze zreferowanych perspektyw ujmowania bioetyki i etyki klinicznej ma wpływ na poglądy dotyczące składu SKE, wykształcenia jej członków i zadań komisji. Opcje filozoficzna i medyczna wspólnie faworyzują wyspecjalizowane kompetencje profesjonalne osób zasiadających w SKE. W komisjach budowanych pod ich wpływem,

²⁴ N. Steinkamp, *Hospital Ethics Committee and Bioethics Consultation*, op. cit., s. 133.

Debata: *Konflikt między opinią lekarza i wolą pacjenta – czy są nam potrzebne szpitalne komisje etyczne?* 26.09.2009

powinni zasiadać lekarze, pielęgniarki, paramedycy z jednej strony, z drugiej zaś etycy, których obecność winna być obligatoryjna, i prawnicy, choć nie zawsze obowiązkowo²⁵.

Reprezentantów wymienionych perspektyw różnią zapatrywania na rolę i miejsce etyka w tych ciałach. Zwolennicy aplikacyjnego charakteru bioetyki przyznają etykowi bardzo duże znaczenie w ramach SKE. Zyskuje on rangę „kluczowego elementu struktury” i nabywa statusu eksperta etycznego. Jego autorytet ugruntowany jest w pierwszym rzędzie w substancjalnej (treściowej) teorii etycznej odzwierciedlającej prawdę moralną.

Przyznanie etykowi kluczowej pozycji w SKE sprawia, że ciałom konstruowanym zgodnie z zaleceniami opcji filozoficznej grozi niebezpieczeństwo przyjęcia roli „moralnej policji”. W tej funkcji głównym zadaniem komisji jest etyczne dyscyplinowanie personelu medycznego będące substytutem prawnych i administracyjnych regulacji. Jak pokazuje przypadek szpitalnych komisji etycznych na Litwie, nie jest to tylko niebezpieczeństwo teoretyczne. Anonimowe studium rozpoczęte w 2001 roku pokazało, że większość SKE w tym kraju przyjęła funkcję takiego właśnie moralnego „odwachu”²⁶.

Zbyt duża w SKE dominacja etyka jako moralnego eksperta nad lekarzami i medycznym personelem pomocniczym może doprowadzić do lekceważenia strony medycznej diskutowanych przypadków i problemów. Przypomnę, że reprezentanci perspektywy filozoficznej za jej zaletę poczytują niezależność bioetyki od nauk szczegółowych, w tym także medycznych. Z empirycznych badań wynika, że takie bagatelizowanie medycyny naraża komisje na zarzut niekompetencji i groźbę utraty zaufania do tych ciał przez pracowników szpitali oraz pacjentów i ich bliskich²⁷.

W opcji medycznej pozycja etyka jest bardziej zróżnicowana, co stanowi odzwierciedlenie zmian zachodzących w obrębie tej perspektywy. Prowadzą one ku stanowisku systemowemu i polegają na otwieraniu się SKE na reprezentantów „laików”

²⁵ G. Lebeer, *Clinical Ethics Committee in Europe: Assistance in Medical Decisions, Fora for Democratic Debates, Or Bodies to Monitoring Basic Rights?*, w: *Ethics, Law, and Society*, vol. 1. red. J. Gunning, S. Holms, Ashgate Publishing, Aldershot 2005, s. 68-70.

²⁶ N. Steinkamp i wsp., *Regulation of Health Care Ethics Committees in Europe*, „*Medicine, Health Care and Philosophy*” 2007, nr 4, s. 464.

²⁷ R. Forde, *Doctors and Clinical Ethics Committees: Friends or Foes?*, „*Bioethica Forum*” 2008, nr 1, s. 48.

niebędących lekarzami, w tym również na pacjentów. W komisjach konserwatywnych budowanych pod dużym wpływem ideologii medycznej faktycznym autorytetem fachowym i moralnym są lekarze. Dużą rolę odgrywa właściwy dobór medyków do SKE. Przywiązanie świata lekarskiego do etyki cnót podpowiada, że członkami komisji powinni być lekarze będący także moralnie dobrymi ludźmi. W Polsce jego ilustracją jest aforyzm Władysława Biegańskiego. Zgodnie z nim, „nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem”²⁸.

Lekarze-dobrzy ludzie decydują o wspomnianej wyżej „wewnętrznej moralności” profesji i etyk niebędący medykiem spełnia zazwyczaj funkcje pomocnicze, między innymi, przekłada on moralne intuicje lekarzy na fachową etyczną terminologię. W istocie etyk, czy ktoś o podobnych do niego kwalifikacjach, nie jest kluczowy dla działania komisji. Wystarczy zainteresowanie bioetyką osoby mającej doświadczenie w praktykowaniu medycyny, gdyż o wiele bardziej ważne od formalnego wykształcenia są cechy osobowościowe kandydata na członka SKE, przede wszystkim jasność myślenia, elokwentność i zdolność umieszczania rozpatrywanych zagadnień w kontekście praktycznym²⁹. Słowem, etyk w opcji medycznej obligatoryjnie powinien wchodzić w skład komisji, jednakże daleko nie zawsze musi nim być osoba kończąca ten fakultet filozofii normatywnej. W naszym kraju bardzo dobrym przykładem budowania ciał zbiorowych pod wpływem tak konserwatywnie rozumianej opcji medycznej są komisje bioetyczne. Stosowne *Rozporządzenie* regulujące skład, tryb powoływania i funkcjonowanie KB stwierdza, że ciało to powinno liczyć od 11 do 15 członków. Dominują lekarze-specjaliści. Jako laicy niezwiązani z profesją medyczną wymieniani są duchowni, filozofowie i prawnicy. Komisja wybiera przewodniczącego będącego lekarzem.

Rozporządzenie nic nie wspomina o bioetycznym szkoleniu członków KB. Natomiast *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty* w art. 29 ust. 1. stanowi, że „Do składu komisji powołuje się osoby mające wysoki autorytet moralny i wysokie kwalifikacje specjalistyczne”. Wielce prawdopodobne, że autorom tego przepisu

²⁸ W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o sztuce lekarskiej*, PZWL, Warszawa 1957, s. 57.

²⁹ Por. A. Slowter i wsp., *Clinical Ethics Support Services in the UK: An Investigation of the Current Provision of Ethics Support to Health professionals in the UK*, „Journal of Medical Ethics” 2001, Supplement I, s. i6.

przyświecała idea, iż lekarz-dobry człowiek ma z definicji taki autorytet, a będąc klinicystą ma także wysokie kwalifikacje specjalistyczne. Intencja przywołanego sformułowania w odniesieniu do laików pozostaje zagadką. Czy autorytet moralny filozofa zajmującego się powiedzmy estetyką zrównoważy brak bioetycznych kwalifikacji? Być może rozwiązanie zagadki kryje się w założeniu, że laicy spełniają funkcje pomocnicze względem lekarzy-specjalistów, zawsze dążących do dobra probantów tylko z tej racji, iż są dobrymi ludźmi i lekarzami. Nie można też wykluczyć, że cytowany przepis jest ukłonem w kierunku opcji filozoficznej – teolog i filozof z racji kwalifikacji zawodowych obcuje z prawdą moralną i wspomaga w jej poszukiwaniu lekarza-dobrego człowieka.

Niezależnie jednak od przypuszczalnych intencji włączanie kryterium autorytetu do prawnych regulacji i zastępowanie nim wymogu szkolenia bioetycznego „wydaje się grubym nieporozumieniem”³⁰ i nie przystaje do realiów uprawiania badań medycznych i medycyny ukształtowanych rewolucją bioetyczną. Przypomnę, że w demokracjach pluralistycznych światopoglądowo suwerenem moralnym jest całość społeczeństwa i scedowanie autorytetu moralnego na jakąś grupę jego obywateli – np. lekarzy, teologów czy bioetyków – nie jest możliwe bez przyzwolenia pozostałych członków społeczeństwa.

Skład komisji formowanych pod wpływem konserwatywnej wersji opcji medycznej czyni je w teorii podatne na ekspercką dominację lekarzy. Teorię pozytywnie weryfikuje praktyka działania SKE. Dane napływające z USA pokazują, że „praktycznie każda szpitalna komisja etyczna jest zdominowana przez lekarzy”. Z reguły są oni także ich przewodniczącymi³¹. Taka struktura SKE może znacząco wpływać na wyniki pracy zespołu. W jednym ze szpitali teksańskich w okresie 2 lat komisja w 43 na 47 rozpatrywanych przypadków zgodziła się z oceną daremności leczenia dokonaną przez klinicystów³².

³⁰ O. Dryla, *Problem szkolenia członków komisji bioetycznych*, „Diametros” 2009, nr 19, s. 36; http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/pdf/diam19_dryla.PDF

³¹ R.M. Veatch, *Ethical Consensus Formation in Clinical Cases*, w: *Consensus Formation in Healthcare Ethics*, red. H.A.M.J. ten Have, H-M. Sass, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1998, s. 24.

³² R.D. Truog, *Tackling Medical Futility in Texas*, „New England Journal of Medicine”, z 5 lipca 2007, s. 3.

Wynik ten można interpretować optymistycznie, jako dowód na trafność decyzji zespołów lekarskich i bardziej pesymistycznie, jako niechęć członków SKE do wikłania się w konflikt lojalności z kolegami-lekarzami, brak odwagi sprzeciwiania się profesjonalnemu autorytetowi medyków albo jako przejaw pobieżnego traktowania problemów moralnych przez komisje.

Z drugiej strony, zbyt mocna pozycja teologów i filozofów jako autorytetów może zbliżyć SKE do ciał opcji filozoficznej. Silne osobowości w sprzyjających warunkach „moralności zewnętrznej” mogą doprowadzić do lekceważenia danych medycznych i do utraty zaufania przez komisję, bądź do jej ześlizgnięcia w funkcję moralnego policjanta.

SKE formowane w myśl założeń systemowych są ciałami o składzie i strukturze najbardziej demokratycznej w porównaniu z poprzednimi opcjami. Oprócz lekarzy różnych specjalności, pielęgniarek, paramedyków w ich skład wchodzi etycy, prawnicy, filozofowie, socjologowie, psychologowie, osoby duchowne, a także – choć rzadko – przedstawiciele pacjentów. Na spotkania komisji bywają zapraszani chorzy i ich bliscy jako strony uczestniczące w debacie i w procesie podejmowania decyzji.

Tytułem przykładu, komisja w szpitalu uniwersyteckim w Lozannie liczy 22 członków: 16 osób pracuje w szpitalu (szpitalny etyk, lekarze, pielęgniarki, pracownicy socjalni, prawnicy i protestancki kapelan), 6 członków – „obywateli” spoza szpitala (w tym 1 katolicki mnich) oraz zapraszani eksperci, jeśli sytuacja tego wymaga. Wspólną cechą łączącą komisje szwajcarskie jest włączanie w skład obywateli nie związanych z medycyną (w 87% przypadków) i wielodyscyplinarny skład – pracownicy systemu opieki zdrowotnej (85%), prawnicy (56%), teolodzy (52%) i etycy (46%). Zwraca uwagę brak pacjentów, co potwierdza sygnalizowane wcześniej niechętnie włączanie tej grupy w skład członków³³.

Zaleca się zapraszanie do składu komisji osób zarządzających szpitalem. Są dwa powody takiego zalecenia:

a. pragmatyczny – dla przetrwania SKE niezbędna jest akceptacja pracodawcy i finansowe wsparcie działalności komisji³⁴,

³³ S. Hurst i wsp., *The Growth of Clinical Ethics in a Multilingual Country*, op. cit., s. 19 i 21.

³⁴ H.H. van der Kloot Meijburg, R.H.J. der Meulen, *Developing Standards for Institutional Ethics Committees*, op. cit., s. i38.

b. oraz powód powiązany z zadaniami SKE – zarządzanie jakością usług, a nie tylko ich ilością staje się wyzwaniem dla dyrekcji szpitali szukających pomocy w komisjach³⁵.

W ciałach demokratycznych dla etyka rezerwuje się rolę metodologa, zazwyczaj tożsamą z zadaniem moderatora dyskusji ułatwiającego jej prowadzenie i pilnującego równego udziału wszystkich stron w dyspucie etycznej, nawet tych będących w mniejszości. Posługując się kalką z angielskiego – etyk spełnia funkcję „facylitatora”: ułatwacza debaty. Często funkcja ta jest identyfikowana z rolą konsultanta etycznego, działającego także samodzielnie, jak to często ma miejsce w USA. Niezależnie od afiliacji jest to rola bardzo skomplikowana. Konsultant powinien posługiwać się językiem medycyny, prawa i etyki, posiadać umiejętności psychologa, znać zagadnienia społeczne. Musi mieć talenty mediacyjne i zdolność wzbudzania zaufania wśród pacjentów i ich rodzin oraz członków zespołów medycznych. Jeśli jest opłacany przez szpital, może znaleźć się w konflikcie interesów. Słowem jest to „profesja niemożliwa”³⁶ aczkolwiek coraz bardziej potrzebna.

Jak podaje Nancy Dubler, 95% problemów kierowanych do konsultacji (w USA) dotyczy konfliktów. W większości przypadków można je rozwiązać odpowiednimi technikami mediacji i rozmowy. Mediacja jest „szczególnie przydatna w konfliktach dotyczących końca życia ponieważ czas jest tu istotny: debatowanie bez uzyskania decyzji nie jest opcją”³⁷. Moim zdaniem jednakże to kategoryczne stwierdzenie autorki jest zbytnim powiększaniem roli decyzyjnej SKE, kosztem ich funkcji doradczej.

Mediacja w komisjach jest bardzo ważna także i dlatego, że rzeczywista praca wielu tych ciał nie zawsze polega na moralnej analizie problemów i przypadków, lecz na zajmowaniu się zagadnieniami komunikacji między pacjentami i lekarzami, a także lekarzami i pozostałym personelem, ustalaniem faktów medycznych lub ukrytych błędów prawnych. Są to częste źródła konfliktów w relacji lekarz – pacjent, w szczególności niedostatki w komunikacji.

³⁵ G. Lebeer, *Conclusions. Hospital Ethics Committee as Forum for Democratic Debates*, op. cit., s. 194.

³⁶ J.D. Moreno, *Ethics Committees and Ethics Consultants*, op. cit., s. 480.

³⁷ N.N. Dubler, *Conflict and Consensus at the End of Life*, red., B. Jennings, G.E. Kaebnick, T.H. Murray, *Improving End of Life Care. Why Has It Been So Difficult?*, „Hastings Center Special Report” 2005, nr 6, s. S23-25.

Prawnik w SKE zaczyna być postrzegany jako „pierwszy protektor pacjentów”. Jednakże jego roli nie można redukować wyłącznie do tej funkcji. Zasadniczym zadaniem prawnika jest bowiem pilnowanie standardów demokratycznej debaty na forum komisji. Baczy on aby prawo nie było błędnie interpretowane i aby każda ze stron dyskursu etycznego była wysłuchana w procesie umożliwiającym odtworzenie rzeczywistego stanu rzeczy. Ochrona standardów demokratycznej debaty jest także najefektywniejszym sposobem protekcji interesów pacjentów. Tak zdefiniowane zadania prawnika współgrają z wcześniej wymienionymi powinnościami etyka. Ułatwianie dyskusji i dbałość o równy udział wszystkich zainteresowanych stron stanowi podstawowy warunek demokratycznej debaty. Etyk musi gwarantować, że zasady etyki i filozofii nie będą używane do wspierania najbardziej arbitralnych ideologicznych pozycji niweczających demokrację³⁸.

Obserwatorzy pracy SKE w Europie Zachodniej dostrzegają w niektórych krajach proces demokratyzacji tych ciał: przechodzenia od specjalistycznych *think tank*, budowanych pod dominującym wpływem perspektywy medycznej, do miejsc dających instytucjonalną możliwość dyskusowania etycznej strony praktyki klinicznej przez dyskutantów prezentujących różne światopoglądy. Zwieńczeniem tej ewolucji ku demokratyzacji opieki zdrowotnej i procesu decyzyjnego są budowane we Francji fora dla etycznej refleksji (*Espaces de réflexion éthique*). Pierwsze forum założone zostało w 1995 przy paryskim szpitalu publicznym przez filozofa Emmanuela Hirscha.

Espaces éthique obecnie są tworzone na regionalnym i ponadregionalnym szczeblu. Pracują w łączności ze szpitalami publicznymi i uniwersyteckimi. Są to, jak wskazuje nazwa, miejsca interdyscyplinarnych spotkań i dyskusji problemów etycznych w opiece zdrowotnej, gromadzenia dokumentacji oraz edukacji etycznej, w tym poprzez organizowanie tematycznych konferencji. Są też swoistymi obserwatoriami praktyki w opiece zdrowotnej. Członkowie forum uczestniczą w organizacji społecznej debaty bioetycznej poprzez informowanie i konsultowanie obywateli w kwestiach bioetycznych. Będąc „miejscami refleksji” ciała te nie biorą udziału w procesie podejmowania decyzji w oddziałach szpitalnych, w zamian służą zespołom klinicznym edukacją i stwarzaniem

³⁸ G. Lebeer, *Conclusions*, op. cit., s. 199.

warunków do etycznego namysłu nad swoją pracą, z dala od pośpiechu panującego w klinikach³⁹.

Niepokojąca jest jednak powolność procesu demokratyzacji SKE. Wyraźny jest jeszcze opór lekarzy przeciwko otwarciu się tych ciał na obecność osób spoza szpitala i profesji medycznych. Szczególnie niechętnie wprowadza się na obrady komisji pacjentów i/albo ich bliskich. Guy Lebeer z dużą dozą pesymizmu konkluduje, że „europejskie komitety są albo odgradzone od otoczenia, albo – w najlepszym przypadku – współzarządzane w zażyłym aliansie mocnego medycznego autorytetu z profesjonalizującą się nową grupą: etykami”⁴⁰.

IV. Konsensus jako warunek debaty etycznej i fundament autorytetu moralnego szpitalnych komisji etycznych

Wielość określeń na funkcję etyka w demokratycznych SKE opcji systemowej bioetyki pokazuje, że pod przebraniem roli kryje się problem ugruntowania moralnego autorytetu etycznego konsultanta (moderatora, facylitatora)⁴¹. Nie mając go etyk nie może być uznany za eksperta moralnego. Pytanie o podstawę autorytetu bioetyka jest jednocześnie pytaniem o autorytet moralny komisji oraz o to, w jaki sposób można połączyć dwie „połowy” bioetyki w dyskursie etycznym prowadzonym na forum SKE. Moim zdaniem jest to zagadnienie teoretyczne bardzo jeszcze słabo opracowane i podane niżej propozycje nie są całkowicie zadowalające od strony koncepcyjnej, w praktyce działania komisji mogą się jednakże zupełnie dobrze sprawdzać. Popularność tych ciał dowodzi pośrednio, że tak właśnie jest.

Zwolennicy opcji filozoficznej moralny autorytet etyka i jego roszczenia do bycia etycznym ekspertem zakorzeniają, jak pisałem, w teorii etycznej, służącej formułowaniu norm moralnych. Jest on ekspertem w aplikacji teorii moralnej do konkretnych kasusów. Przykładami takich substancjalnych teorii są: etyka prawa naturalnego, utilitaryzm, a także etyka czterech zasad (pryncypializm) Toma Beauchampa i Jamesa Childressa,

³⁹ N. Steinkamp i wsp., *Regulation of Health Care Ethics Committees in Europe*, op. cit., s. 464.

⁴⁰ G. Lebeer, *Clinical Ethics Committee in Europe*, op. cit. s. 70.

⁴¹ D.J. Casarett, F. Daskal, J. Lantos, *Expert in Ethics? The Authority of the Clinical Ethicist*, „Hastings Center Report” 1998, nr 6 s. 6.

dominująca w tzw. bioetyce standardowej⁴². Przypomnę, że są to zasady poszanowania autonomii pacjenta, dobroczynienia, nieszkodzenia i sprawiedliwości.

W demokracjach zróżnicowanych światopoglądowo nie można jednak, jak wspomniałem, uznać słuszności jednej teorii oddalając inne bez zgody suwerena, bądź osób, których to bezpośrednio dotyczy. Dlatego część etyków, bliskich opcji systemowej, opowiada się za przeciwnym, czysto proceduralnym i opartym na głosowaniu, ugruntowaniu autorytetu ciał zbiorowych w bioetyce i etyka w roli mediatora. Procedurą jest konsensus. Stanowi on warunek właściwego prowadzenia dyskursu etycznego i zarazem jego cel. Skoro SKE, podobnie jak pozostałe komisje, są w bioetyce funkcjonalnymi odpowiednikami parlamentów, a konsensus jest pojęciem importowanym z polityki, to również w szpitalnych komisjach można go osiągać zwykłą większością głosów. Taki konsensus zazwyczaj nazwa się politycznym. Etyk byłby tu ekspertem ułatwiającym osiągnięcie celu bez pomijania w debacie poglądów jakiegokolwiek uczestnika etycznego dyskursu. W swojej pracy może się odwoływać do różnych koncepcji etycznych i filozoficznych.

Krytykę rozwiązania proceduralnego opartego na głosowaniu przeprowadza Jonathan Moreno, jednocześnie podając ciekawą propozycję ugruntowania autorytetu moralnego komisji i etyka jako mediatora⁴³. Jego zdaniem odwoływanie się do konsensusu politycznego jest błędne z trzech powodów:

a. SKE służąc etycznemu myśleniu o „wewnętrznej moralności” białego personelu i „moralności zewnętrznej” społeczeństwa są tym samym miejscem refleksji łączącej opiekę nad pacjentem z zarządzającym szpitalem. Menedżerowie zaliczają się do politycznej i biurokratycznej struktury społecznej. SKE, będąc instytucjonalizacją bioetyki, jest także taką strukturą. Natomiast sfera opieki nad pacjentem oparta jest częstokroć na konsensusie konsylium lekarskiego. Szpitalny komitet etyczny łącząc opiekę z biurokratyczną strukturą wiąże te dwie sfery, co nadaje doświadczeniu jego członków i ich eksperckim sądom specjalne znaczenie. Zwykle głosowanie czyniłoby z SKE strukturę biurokratyczną zapoznającą wagę opieki. Złączenie opieki z instytucją

⁴² T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, KiW, Warszawa 1996.

⁴³ J. Moreno, *Ethics by Committee: The Moral Authority of Consensus*, „Journal of Medicine and Philosophy” 1988, nr 4, s. 411-432.

polityczną odróżnia też SKE od komisji bioetycznych i parlamentów, które mogą odwoływać się do głosowania i konsensusu politycznego.

b. W rozpowszechnionym mniemaniu niewłaściwe jest osadzanie etycznych kwestii jedynie na głosowaniu.

c. Nie sposób narzucić całemu personelowi szpitalnemu jakiegoś poglądu, lub rozwiązania, bez akceptacji wszystkich członków komisji postrzeganych jako reprezentanci stron. Jest to powód ściśle praktyczny.

Moreno w wyniku przeprowadzonej krytyki stwierdza, że autorytet szpitalnych komisji etycznych musi być oparty na procedurze poszukiwania pełnego konsensusu wszystkich członków i zaangażowanych stron. Aby konsensus mógł spełniać tę funkcję nie można czynić z niego celu pracy SKE. Celem tym jest bowiem ustalenie w wyniku etycznej deliberacji przedmiotu kontrowersji etycznych bez dalszej niezgody. Stąd wnioskuje, że zadaniem członków komisji jest rozjaśnianie etycznie problematycznej sytuacji. Konsensus zaś to nie „abstrakcyjny cel” lecz „warunek procesu kooperatywnej rekonstrukcji kłopotliwej sytuacji”. W jej wyniku powinien być osiągnięty stan, w którym wszystkie ukryte wartości zostaną rozpoznane i możliwie w pełni uwzględnione.

Generalnie rzecz ujmując, oparta na konsensusie kooperacja jest procedurą uzyskiwania odpowiedzi na dwa pytania:

1. Czy zostały rozważone wszystkie racjonalne względy dotyczące istoty moralnego problemu i czy jakiś wzgląd nie został pominięty?

2. Czy uzyskiwane opinie są zbieżne w sposób umożliwiający spójne (koherentne) podejście do problemu?

Rozpoznanie etycznie kłopotliwej sytuacji nie zawsze musi kończyć się jej rozstrzygnięciem. Proces uzyskiwania odpowiedzi na postawione pytania może z powodzeniem doprowadzić do większej etycznej niepewności; im więcej rozpatrzymy racjonalnych względów, tym większa może być niespójność podejścia do problemu. Nie wolno jednak poczytywać tego za wadę procedowania SKE. Przeciwnie, jest to zaleta i wyróżnik komisji etycznych, dążących nie do konsensusu, lecz do „pełnego i otwartego wydobywania na jaw problemu w atmosferze samo-świadomości o procesie” tego wydobywania.

Empirycznym potwierdzeniem tez J. Moreno może być rozbiór 6 konfliktowych kazuśw dyskutowanych przez norweskie SKE. Dotyczyły one kontynuowania terapii u poważnie chorych dzieci. W dwóch przypadkach komisje nie dały żadnych wskazówek rozwiązania konfliktu. W „konkluzji” autor rozbioru stwierdza, że najważniejszym zadaniem SKE „jest ujawnianie i analiza wartości, łącznie z sądami wartościującymi skrytymi w ‘obiektywnych medycznych faktach’. [...] Stąd też najistotniejszym wyzwaniem dla SKE jest nie tyle dawanie rad i bycie postrzeganym jak mini sąd, ile zapewnianie, że wartości zostaną rozpoznane i potraktowane w kompetentny sposób”⁴⁴.

Nastawienie komisji „aż do ekstremum” na proceduralną metodę postępowania sprawia, że SKE w swojej pracy zazwyczaj odwołują się do świeckich systemów (bio)etycznych i unikają odniesienia do jednej fundującej filozofii, zakładającej, iż jeden rodzaj postępowania jest moralnie słuszny, a inny nie⁴⁵. Tytułem ilustracji: w komisjach szwajcarskich⁴⁶ najpopularniejsze są odwołania do etyki czterech zasad Beauchampa i Childressa oraz klinicznego pragmatyzmu. Wykorzystywane są także: kazuistyka, filozofia egzystencjalna, elementy tradycji katolickiej obok tradycji oświecenia i *Przewodnik etycznych deliberacji* opracowany przez kanadyjskich autorów⁴⁷.

W przeciwieństwie do pryncypializmu, kliniczny pragmatyzm inspirowany pracami amerykańskiego filozofa Johna Deweya jest u nas mało znaną koncepcją. Używany do rozwiązywania moralnych problemów w praktyce klinicznej, składa się z 11 serii kroków:

1. oceny medycznej kondycji pacjenta,
2. ustalenia i wyjaśnienia klinicznej diagnozy,
3. oceny: zdolności pacjenta do podejmowania decyzji, jego poglądów religijnych, wartości, preferencji i potrzeb,
4. rozważenia sytuacji rodzinnej i wkładu opieki członków rodziny i innych bliskich związanej z dobrostanem pacjenta,

⁴⁴ R. Forde, *Doctors and Clinical Ethics Committees*, op. cit., s. 46, 49.

⁴⁵ J.D. Moreno, *Ethics Committees and Ethics Consultants*, op. cit., s. 476.

⁴⁶ S. Hurst i wsp., *The Growth of Clinical Ethics in a Multilingual Country: Challenges and Opportunities*, „Bioethics Forum” 2008, nr 1, s. 15-24.

⁴⁷ P. Monette i wsp., *Guide for Ethical Deliberation*, w: *Ethical Deliberation in Multiprofessional Health Care Team*, red. H. Doucet, J-M. Larouche, K.R. Melchin, University of Ottawa Press, Ottawa 2001, s. 187-216.

5. rozważenia instytucjonalnych rozwiązań i norm społecznych mogących wpływać na opiekę nad pacjentem,

6. identyfikacja uszeregowania moralnych względów mających znaczenie dla przypadku, prowadzona w analogiczny sposób do klinicznego procesu diagnostyki różnicowej,

7. zaproponowanie przewidywanych celów opieki i przedstawienie planu postępowania zawierającego możliwe leczenie i sposoby opieki,

8. negocjacje etycznie akceptowalnego planu postępowania,

9. implementacji zgody na ten plan,

10. oceny rezultatów działania,

11. podejmowania okresowego przeglądu i modyfikacji przebiegu postępowania zgodnego z rozwojem przypadku⁴⁸.

W europejskiej literaturze przedmiotu wyczuwalne jest zniecierpliwienie wielości odwołań filozoficznych w etycznej debacie SKE i dominacją w niej koncepcji wywodzących się z kultury Stanów Zjednoczonych, jak przywołany pryncypializm i pragmatyzm kliniczny. Jego przejawem są propozycje scalenia tej wielości w bardziej lub mniej szerokie koncepcyjne ramy. Należy do nich postulowana „etyka partnerstwa”⁴⁹. Jest ona budowana na fundamencie prawnej ochrony autonomii pacjenta, kulminującej w świadomej zgodzie. Jednakże, jak wskazuje jej nazwa, etyka partnerstwa wymaga, aby zgodna z prawem ochrona była kierowana ideałem moralnym maksymalizującym traktowanie drugiego (pacjenta, lekarza i wszystkich zainteresowanych stron) jak partnera.

Ważnym czynnikiem nasilającym tendencję scalającą jest i ta okoliczność, że SKE jako ciała *sensu stricto* etyczne powinny odwoływać się do treściowych teorii normatywnych, a nie wyłącznie do czysto proceduralnych, jak komisje bioetyczne. Dla tych ostatnich podstawowym proceduralnym dokumentem jest kilkakrotnie nowelizowana *Deklaracja helsińska*. Zdaniem cytowanego już zespołu autorów z 8 krajów Starego

⁴⁸ D. Felleman, *Pragmatism and Clinical Practices*, „Journal of Social Work, Values, and Ethics” 2005, nr 1;

<http://www.socialworker.com/jswve/content/view/full/14/34/>

⁴⁹ D. Beyleveld, R. Brownsword, *Ethics Committee: Public Interest, Private Interest, and the Ethics of Partnership*, w: *Ethical Function in Hospital Ethics Committee*, op. cit., s. 134-145.

Debata: *Konflikt między opinią lekarza i wolą pacjenta – czy są nam potrzebne szpitalne komisje etyczne?* 26.09.2009

Kontynentu „wielu bioetyków i bioetycznych organizacji zajmuje się ustalaniem treściowej ‘europejskiej’ moralności”⁵⁰. Jako przykłady wymieniane są *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny* Rady Europy z 1997 roku i *Deklaracja barcelońska* z 1998 roku⁵¹.

Pierwszy dokument zawiera podstawowe zasady kierujące podejmowaniem decyzji w kontrowersyjnych moralnych sytuacjach wynikających ze stosowania najnowszych medycznych technologii. *Deklaracja barcelońska* jest w Polsce mało znana. Stanowi ona rezultat prac międzynarodowego zespołu, prowadzonych w ramach projektu BIOMED II zatytułowanego *Podstawowe zasady etyczne w europejskiej bioetyce i bioprprawie*, koordynowanego przez kopenhaskie Centrum Etyki i Prawa⁵². Prace podjęto z wyraźną intencją zbudowania zestawu zasad alternatywnych w stosunku do pryncypiów Beauchmpa i Childressa. *Deklaracja* zawiera 4 zasady bioetyki: autonomii, godności, integralności i podatności na zranienie (*vulnerability*). Autonomia – odmiennie niż w etyce czterech zasad zakorzenionej w amerykańskim indywidualizmie, języku praw i utylitaryzmie – ujmowana jest w kontekście opieki nad innymi osobami, podporządkowanej regułom solidarności społecznej, odpowiedzialności i sprawiedliwości.

Bardzo ważna dla budowania „europejskiej moralności” jest zasada podatności na zranienie. Można w niej także widzieć postulowaną, kluczową normę regulującą pracę SKE. Wyraża ona dwie podstawowe idee:

a. idee skończoności i kruchości życia; u ludzi jako istot zdolnych do autonomii te dwie cechy są „podstawą możliwości i konieczności wszelkiej moralności”.

b. Normę wynikającą z *vulnerability* nakazującą opiekę nad podatnymi na zranienie.

Jak pisze koordynator projektu Peter Kemp: „Poszanowanie *vulnerability* nie jest żądaniem doskonałego i nieśmiertelnego życia, lecz rozpoznaniem jego skończoności i, w szczególności, rozpoznaniem obecności cierpienia w ziemskiej egzystencji człowieka”.

⁵⁰ N. Steinkamp i wsp., *Regulation of Health Care Ethics Committees in Europe*, op. cit., s. 472-73.

⁵¹ 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

⁵² Por. też: K. Szewczyk, *Bioetyka*, T. 1, *Medycyna na granicach życia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 73-75 i 95-98.

Budowanie „europejskiej moralności” jest także procesem scalania dwu „połówek” bioetyki. Pod rygiem utraty swobody badań akademickich oraz naruszenia zasad poszanowania pluralizmu światopoglądowego i subsydiarności, nie może ono doprowadzić do wchłonięcia bioetyki jako dyscypliny akademickiej przez bioetyczny dyskurs społeczny. Dlatego treść tej moralności – jej reguły i zasady – powinna być na tyle ogólnie sformułowana, aby pomieścić zwolenników różnych poglądów filozoficznych wyrastających ze wspólnego Europejskiego fundamentu, który za Johnem Rawlsem nazwę „kulturą podłoża”⁵³. Składają się na nią tradycja filozoficzna, moralna i religijna danej kultury, np. europejskiej. Moim zdaniem *Deklaracja barcelońska* jest zbiorem pryncypiów spełniającym ten warunek i może być dogodnym punktem wyjścia do dyskusji nad wspólną kulturą podłoża bioetyki naszego kontynentu i kraju.

V. Zadania szpitalnych komisji etycznych

Dla celów dydaktycznych zadania SKE podzielić można na dwa rodzaje: funkcje globalne i lokalne. Używam nazwy „lokalne”, gdyż nie wyklucza *a priori* obecności jakiegoś celu nadrzędnego wobec nich, choć daleko nie zawsze *explicite* wypowiedzianego i zarazem nie zakłada, że taki cel globalny istnieje. Niezależnie zaś czy przyjmujemy, czy nie jego istnienie – obecnie funkcjonujące komisje nastawione są na realizację funkcji lokalnych, być może w myśl hasła: „myśl globalnie, działaj lokalnie”.

Zwolennicy opcji medycznej za podstawowe zadanie całościowe etyki klinicznej i jej instytucjonalizacji uznają, jak pisze Mark Siegler, „poprawę opieki klinicznej i generalnie efektów medycznych”⁵⁴. Niestety, w przywoływanym już raporcie dotyczącym postępów w etyce klinicznej i rozwoju komitetów, którego Siegler jest współautorem, stwierdza się, że „mimo, iż nastąpił znaczny rozwój w sferze etyki klinicznej, to zadanie poprawienia efektów klinicznych nie zostało osiągnięte”⁵⁵.

⁵³ J. Rawls, *Liberalizm polityczny*, tłum. A. Romaniuk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998, s. 45.

⁵⁴ M. Siegler, *Medical Ethics as Medical Matter*, op. cit., s. 173.

⁵⁵ P.A. Singer, E.D. Pellegrino, M. Siegler, *Clinical Ethics Revisited*, op. cit., s. 4.

Podobny cel stawiają przed SKE redaktorzy dokumentu wydanego przez UNESCO. Jest nim „polepszenie opieki ukierunkowanej na pacjenta”⁵⁶. Zwraca uwagę doprecyzowanie poprzedniego sformułowania. Opieka w instytucjach systemu zdrowotnego ma być ukierunkowana na podopiecznego. Jest to nowy termin. Potrzeba jego wprowadzenia, zdaniem redaktorów cytowanego przewodnika, wynika z faktu, że pracownicy systemu opieki nie zawsze słuchają głosu pacjentów i ich przedstawicieli. Natomiast spotkania członków SKE powinny być okazją do ustalenia czy poglądy i żądania pacjentów i ich bliskich zostały wzięte pod uwagę. Stąd też termin „opieka ukierunkowana na pacjenta” (*patient centred care*) 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*.

W porównaniu z celem działania SKE, podanym przez zwolenników opcji medycznej, zadanie komisji w sformułowaniu UNESCO jest bardziej precyzyjne i, jak sądzę, łatwiejsze zarówno do realizacji, jak i weryfikacji.

Jako globalne zadanie komisji wymienia się w literaturze przedmiotu udział w budowie „obywatelstwa biomedycznego” (*biomedical citizenship*). Pod tym terminem 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.

Nadzieję na realizację tego celu daje wzrost liczby SKE i przede wszystkim, zasygnalizowana wyżej, ich ewolucja prowadząca w kierunku francuskich *Espaces éthique*. Jednakże, jak stwierdza Lebeer, czasy jeszcze nie dojrzały do tak optymistycznego rozwiązania⁵⁷. Utrudnia je wspomniana powolność procesu demokratyzacji SKE i silny jeszcze opór lekarzy przeciwko otwarciu się tych ciał na obecność osób spoza szpitala i profesji medycznych.

⁵⁶ 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>

⁵⁷ G. Lebeer, *Clinical Ethics Committee in Europe*, op. cit., s. 71.

Za swoisty kontrapunkt trzech opisanych pozytywnych celów globalnych uznać można pogląd wyrażony przez Nancy King⁵⁸. Według niej, niezależnie jaką liczbę funkcji przypiszemy SKE, należy zawsze pamiętać, że ciała te często działają w obszarze fatum ludzkiego i ludzkiej tragedii – duża część rozpatrywanych spraw dotyczy zaprzestania/niepodjęcia leczenia podtrzymującego życie. W takim kontekście rola szpitalnych komisji jest podobna do tej jaką spełniał chór w greckiej tragedii. On nie działał, lecz dawał rady i podtrzymywał protagonistów komentując moralnie tragiczny los bohatera. SKE jako chór mogłaby „przechowywać pamięć o walce, która się właśnie zakończyła; zaś pamięć ta ze swej strony służyłaby jako materiał moralnej refleksji przy przyszłych okazjach.

W literaturze powtarzają się następujące pięć grup zadań, które nazwałem funkcjami lokalnymi:

1. stwarzanie warunków dla moralnej debaty nad poszczególnymi przypadkami i prowadzenie takiej debaty, łącznie z etycznymi konsultacjami. To zadanie SKE nazywane jest też konsultacjami *a priori* czy pomocą *a priori* w podejmowaniu decyzji.

2. Redagowanie dyrektyw kierujących postępowaniem personelu szpitala (innych instytucji opieki zdrowotnej) w moralnie kontrowersyjnych sytuacjach i przypadkach.

3. Rozwijanie działalności edukacyjnej dla zespołu szpitala i dla swoich członków.

4. Dbanie o właściwe przestrzeganie praw pacjenta.

5. Jako pewnego rodzaju interesującą ciekawostkę można dodać piątą funkcję – wymóg aprobaty przez SKE decyzji lekarzy uznania leczenia za daremne (*futile*). Taki obowiązek nakłada na komisje *ustawa o oświadczeniach woli stanu Teksas (The Texas Advance Directives Act)*. Gdy zachodzi konieczność uzyskania aprobaty SKE proceduje jak „sędzia i sąd zastępczy z prawną mocą do autoryzowania działań klinicystów podejmowanych wbrew życzeniom pacjenta i rodziny”⁵⁹.

Pierwsze trzy zadania należą do tradycyjnych, rzec można – „klasycznych” – funkcji komisji szpitalnych. W nich znajduje zastosowanie pełen konsensus jako metoda procedowania. Dwa ostatnie są nowością. Omówię je pokrótce.

⁵⁸ N. King, *The Ethics Committee as Greek Chorus*, „HEC Forum” 1996, nr 6, s. 346-54; R. Gillon, *Clinical Ethics Committees – pros and cons*, „Journal of Medical Ethics” 1997, nr 4, s. 204.

⁵⁹ R.D. Truog, *Tackling Medical Futility in Texas*, op. cit., s. 4.

A. Konsultacje *a priori*

Stwarzanie warunków dla moralnej debaty nad poszczególnymi kazusami i kierowanie taką debatą, łącznie z etycznymi konsultacjami, realizowane bywa w trzech różnych organizacyjnych formach⁶⁰:

a. etycznych konsultacji prowadzonych przez profesjonalnego etyka; jak wspominałem jest to niezbyt popularna w Europie forma wypełniania omawianej funkcji SKE. Do zadań konsultanta należy dawanie rad dotyczących interpretacji moralnego problemu napotkanego w leczeniu pacjenta i pokazywania dostępnych sposobów jego rozwiązania.

Do zalet tej formy organizacyjnej wypełniania pierwszej funkcji należą:

- „wpasowanie w medyczną kulturę” akceptowanych i rozpowszechnionych konsyliów lekarskich,
- korzystanie w procesie decyzyjnym z wiedzy i umiejętności profesjonalnego etyka,
- łatwość dostępu do etyka i jego mobilność – może nawet pełnić dyżury, także pod telefonem,
- duża znajomość przez etyka przypadku – ma możliwość zapoznania się z pacjentem, z jego bliskimi i z historią jego choroby.

Krytycy indywidualnych etycznych konsultacji podkreślają, że ekspertyzy etyczne nie powinny stanowić efektu pracy pojedynczej osoby, lecz muszą być tworzone w poszukującej konsensusu debacie wszystkich stron, zaangażowanych w moralnie trudną sytuację. Wskazuje się także na ograniczenia wynikające z braku wielodyscyplinarnej perspektywy, co pospołu z „wpasowaniem w medyczną kulturę” konserwuje i wzmacnia dominację lekarzy z ich ujęciem moralności. Z przeglądu zalet i wad wynika, że jest to sposób silnie związany z medyczną opcją uprawiania bioetyki.

b. Kolejną formą organizacyjną pierwszego zadania jest dyskusja przypadku w ramach komisji. Sprzyja ona systemowej perspektywie bioetyki i demokratyzacji SKE. Problemem jest zwiększony, w porównaniu z poprzednim sposobem, dystans od „łóżka

⁶⁰ N. Steinkamp, *Hospital Ethics Committee and Bioethics Consultation*, op. cit., s. 141 i n.

chorego”. Dla jednych autorów jest to zaleta, gdyż większy dystans pozwala na większe zróżnicowanie perspektywy i neutralizuje wady poprzedniej formy, dla innych – wada utrudniająca zapoznanie się ze szczegółami przypadku.

Jako wady wymienia się także stosunkową dużą bezwładność tej formy wynikającą z liczebności komisji i konieczności wcześniejszego ustalenia planu spotkań SKE. Kolejną niedogodność ma charakter socjologiczny – w zamkniętych grupach dochodzenie do konsensusu podlega raczej wpływom silnych przywódców/autorytetów, w mniejszym zaś stopniu zależy od jakości argumentów.

c. Organizacyjną formą pośrednią realizacji pierwszej funkcji komisji są etyczne dyskusje przypadku, prowadzone w kręgu zespołu leczącego i kierowane przez facylitatora. Zaletami tego podejścia są, między innymi, aktywne włączenie zespołu we wspólne wydobywanie na jaw trudności etycznych i poszukiwanie optymalnego ich rozwiązania, względna bliskość łóżka chorego, duży wkład w edukację moralną białego personelu. Etyczna ekspertyza jest tu dziełem zbiorowym uzyskiwanym poprzez etyka. Jeśli jest on niedostępny, co może mieć miejsce szczególnie w małych instytucjach opieki, jego rolę powinien wypełniać etycznie przygotowany pracownik. Bardzo pożądane byłoby nawiązanie łączności komisji z uniwersyteckimi katedrami bioetyki.

Nieodzownym warunkiem właściwie moderowanej deliberacji jest nadanie jej odpowiedniej struktury dzięki użyciu protokołów. Są to listy pytań przekładających strukturę określonego sposobu argumentacji na metodę dyskusji o przypadku. Norbert Steinkamp wyróżnia trzy rodzaje takich metod: nastawione na rozwiązywanie problemów, ukierunkowane na rozumienie i interpretację oraz takie, których celem jest, akcentowane przez Moreno, ustalenie w wyniku etycznej deliberacji przedmiotu sporu i kontrowersji etycznych bez dalszej niezgody. Jest to podział bardzo schematyczny i w praktyce komitetów często się zaciera. Przykład protokołu podają w *Załączniku III* przywoływane już dyrektywy UNESCO⁶¹.

Zdaniem Guya Lebeera funkcja pomocy *a priori* w medycznych decyzjach szczególnie wypełniana w dwu ostatnich formach (b. i c.) jest „zdecydowanie rzadka w europejskich SKE”. Nie znaczy to jednak, że nie jest wcale realizowana. W niektórych

⁶¹ UNESCO, Division of Ethics of Science and Technology, *Guide No 2. Bioethics Committee at Work*, op. cit., s. 70.

<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001473/147392e.pdf>

krajach naszego kontynentu, przede wszystkim w Szwecji, działają instytucje etycznego konsultanta i debaty nad kazusami prowadzone są według pierwszej formy (a.). Być może – zastanawia się cytowany autor – przyczyną małej popularności omawianej funkcji w Europie jest obawa lekarzy, że ich moc decyzyjna zostanie przez komisje znacząco osłabiona. „Stąd odrzucenie funkcji ‘etycznej konsultacji’ i implikowanej przez nią etycznej eksperckości jest usprawiedliwiane uznaniem roszczeń lekarzy do etycznej kompetencji bądź nawet autorytetu”⁶².

Kolejną możliwą determinantę nikłego zainteresowania etyczną debatą *a priori* stanowi pogląd, że etyka nie jest domeną specjalistów lecz zadaniem dla nas wszystkich, ponieważ ma do czynienia z naszym pragnieniem poszukiwania ostatecznego sensu życia. I tak na przykład redaktorzy norweskiego projektu uregulowania działalności komisji uznali za kluczowe podkreślenie nieeksperskiego ugruntowania etyki. Według nich, wykształcenie etyczne jest ważne jednakże nie może stanowić warunku *sine qua non* działania SKE. Pojawia się wątpliwość czy nie mamy tu do czynienia z systemową opcją bioetyki doprowadzoną do skrajności.

Niewykluczone, że hamujący wpływ na tę działalność wpływa prawnie nieustalony status członków komisji niebędących lekarzami, np. kwestia dopuszczenia do tajemnicy lekarskiej czy odpowiedzialności za skutki rad dotyczących terapii. Generalnie na Starym Kontynencie i w Stanach Zjednoczonych obowiązuje „podwójnie opcjonalne” podejście do konsultacji *a priori*, co oznacza, że zarówno zgłaszanie przypadku do komisji/konsultanta jest dobrowolne, jak i dobrowolne jest przyjęcie przez lekarzy rady udzielonej przez te instancje.

Natomiast w USA „przeciwnie niż w Europie, rozważana funkcja „bez wątpienia przyciąga największą uwagę” komisji. Według Moreno prawdopodobnym powodem tak dużego zainteresowania jest to, że konsultacje są „najbardziej ‘seksowną’ (sic!) funkcją, jakkolwiek potencjalnie najulotniejszą i wymagającą najwięcej pracy”⁶³. Myślę, że na popularność konsultacji wpłynęła też, zasygnalizowana przy okazji cytowania N. Dubler, skłonność do zbytniego akcentowania roli decyzyjnej SKE, kosztem ich funkcji doradczej.

⁶² G. Lebeer, *Clinical Ethics Committee in Europe*, op. cit., s. 67.

⁶³ J.D. Moreno, *Ethics Committees and Ethics Consultants*, op. cit., s. 478.

B. Redagowanie dyrektyw etycznych

Jest to najczęstsze zadanie Europejskich SKE, w szczególności dla komisji powoływanych z inicjatywy dyrekcji i jednocześnie funkcja najbardziej zgodna z jednej strony z systemową afiliacją bioetyki, z drugiej – z ujęciem SKE jako ciał refleksji etycznej. Nierzadko punktem wyjścia budowania dyrektyw są tzw. konsultacje *casusów a posteriori*. Podobnie jak w przypadku konsultacji *a priori* często są to indywidualne przypadki dotyczące zaprzestania/niepodejmowania leczenia podtrzymującego życie. W takich sytuacjach przedsięwzięte decyzje mogą dotyczyć podstaw człowieczeństwa i kształtu systemu opieki zdrowotnej oraz naszych ugruntowanych wyobrażeń na temat fundamentalnych wartości. Jednakże wytyczne będące rezultatem refleksji *a posteriori* silniej dotykają wymienionych sfer, gdyż tracą ulotność właściwą decyzjom *a priori*.

Zasygnalizowany wpływ potwierdza tezę o bioetyce – i w szczególności etyce klinicznej – jako elemencie systemu opieki zdrowotnej. Rezultaty prac zinstytucjonalizowanych jej form częstokroć oddziałują znacząco na pozostałe instytucje systemu, w tym także na „wewnętrzną moralność” pracowników opieki zdrowotnej i pacjentów oraz na „zewnętrzną moralność” społeczeństwa, co zwrotnie wpływa na całość systemu w warstwie organizacyjnej i etycznej.

Warta przywołania jest argumentacja Roberta Burta pokazująca wyższość dyrektyw nad konsultacjami *a priori* indywidualnych *casusów* w przypadkach dotyczących terapii i opieki na krańcu życia⁶⁴. Przypomnę, że obszar „decyzji terminalnych” jest jednym z najobfitszych źródeł problemów moralnych współczesnej medycyny, mających wspomniane przed chwilą systemowe reperkusje. Stanowi on częsty przedmiot zainteresowania komisji szpitalnych. O jego znaczeniu świadczy 5 cel SKE – wymóg aprobaty przez SKE decyzji lekarzy uznania leczenia za daremne.

Dla pełni obrazu dodam, że obecnie na drugi obszar zagadnień moralnych i związanych z nim deliberacji etycznych na forach SKE wyrastają kwestie obejmujące bioetyczny wymiar i konsekwencje wprowadzania różnych modeli finansowania

⁶⁴ R.A. Burt, *The End of Autonomy*, red., B. Jennings, G.E. Kaebnick, T.H. Murray, *Improving End of Life Care*, op. cit., s. 9-13.

świadczeń zdrowotnych. Jego siła systemowego oddziaływania zaczyna dorównywać przyjmowanym rozwiązaniom w opiece i terapii podejmowanych u schyłku życia⁶⁵.

Burt argumentację rozpoczyna od przypomnienia, że wagę zasady autonomii w decyzjach dotyczących życia i śmierci zaczęto akcentować w odpowiedzi na paternalistyczne stosowanie przez lekarzy agresywnego i bolesnego leczenia, które nie dawało żadnych realnych szans sukcesu. Jednakże w obliczu śmierci autonomia jest w dużej mierze pozorna, a to ze względu na ambiwalencję emocjonalnego nastawienia wobec niej. W koniecznym skrócie rzecz ujmując: wiemy wprawdzie, że moralne potępienie śmierci jako biologicznie nieuniknionej jest nonsensowne, nie mniej jednak coś nieświadomianego popycha nas w tym właśnie kierunku – uznania zaprzestania/niepodjęcia leczenia, nawet daremnego, za działanie moralnie złe. Ten „podskórny” bodziec nie jest wyłącznie wynikiem strachu przed skończonością, lecz przede wszystkim stanowi efekt naszej niemożności zrozumienia śmierci.

Ambiwalencja tendencji sprawia, że oświadczenia woli nie staną się na tyle powszechne, aby SKE mogły zrezygnować z indywidualnego rozpatrywania *a priori* problemów związanych z decyzjami terminalnymi odnoszącymi się do osób trwale pozbawionych świadomości. U pacjentów świadomych takie jednostkowe konsultacje są bardzo czasochłonne i obciążające emocjonalnie wszystkie zaangażowane strony. Ponadto, podświadoma skłonność do kwalifikowania niezgody na leczenie – nawet daremne i bolesne – za moralne zło sprawia, że pacjenci podejmując taką decyzję czują się winni przedwczesnego skrócenia życia. To już nie lekarz jest napiętnowany za przerwanie/niepodjęcie leczenia, lecz sam chory obarcza się winą. Podobnie skłonne jest postępować jego otoczenie: bliscy i przyjaciele.

Według Burta najlepszym wyjściem z tej trudnej psychologicznie i moralnie sytuacji jest zwrot w kierunku „wspólnego dzielenia decyzji”, czyli opracowania dyrektyw regulujących postępowanie i opiekę w obliczu śmierci. Ważną inicjującą rolę w tym projekcie, moim zdaniem, mogą i powinny spełniać szpitalne komisje etyczne redagując takie wytyczne na poziomie własnej instytucji opieki zdrowotnej i współuczestnicząc w tworzeniu dyrektyw obejmujących całość systemu opieki.

⁶⁵ UNESCO, Division of Ethics of Science and Technology, *Guide No 1. Establishing Bioethics Committee*, Paris 2005, s. 36;
<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139309e.pdf>

Dla właściwego wypełniania funkcji sporządzania pisemnych dyrektyw istotne są: życzliwe wsparcie dyrekcji, co bardzo silnie podkreśla literatura przedmiotu, wielodyscyplinarny skład komisji oraz sposób argumentacji stosowany podczas, zazwyczaj czasochłonnych, etycznych deliberacji – musi być przekonujący dla zarządu i pracowników szpitala⁶⁶.

C. Działalność edukacyjna szpitalnych komisji etycznych

Zadanie to spełnia rolę łącznika między dwiema poprzednimi funkcjami SKE⁶⁷. Z jednej strony bowiem kultywując klimat przychylny etycznej refleksji, dostarczając odpowiedniej informacji i ułatwiając proces bioetycznej edukacji, komisje poprawiają jakość etycznych konsultacji *a priori*, z drugiej zaś dzięki tym samym działaniom odgrywają znaczącą rolę w opracowywaniu etycznych dyrektyw i w ich właściwym stosowaniu przez indywidualnych konsultantów i całość SKE podczas wypełniania pierwszej roli.

Bardzo ważną powinnością edukacyjną skierowaną do lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu pomocniczego szpitala, jest kształcenie umiejętności wzajemnego komunikowania się, w szczególności rozmowy z pacjentami i ich bliskimi. Wagę tych umiejętności pokazuje, między innymi, cytowana już analiza 6 konfliktowych przypadków dotyczących kontynuowania terapii u poważnie chorych dzieci⁶⁸. Pokazała ona dwa powody etycznych konfliktów bardzo często, jak pamiętamy, pojawiających się w takich przypadkach:

a. niemożność zrozumienia przez rodziców, że leczenie daremne niczemu innemu nie służy, jak tylko wielce prawdopodobnemu przedłużaniu cierpienia ich dzieci. Jak sądzę, jest to też jeden z ważnych powodów konfliktów między lekarzami a bliskimi dorosłych pacjentów. W takich sytuacjach rodzice/bliscy szukają pomocy u prawników i przed sądami. Autor analiz przypuszcza, że pomoc lekarzy i pielęgniarek udzielana bliskim w radzeniu sobie, z tym co nieuniknione, zmniejszyłaby częstość konfliktów.

⁶⁶ N. Steinkamp, *Hospital Ethics Committee and Bioethics Consultation*, op. cit., s. 139.

⁶⁷ tamże, s. 140.

⁶⁸ R. Forde, *Doctors and Clinical Ethics Committees*, op. cit., s. 49.

b. nieumiejętność klinicystów satysfakcjonującego komunikowania się z rodzicami. Dodam od siebie, że i poprzednie źródło konfliktów ma swe główne źródło w brakach komunikacji, będącej jednym z istotnych elementów świadczenia pomocy w radzeniu sobie z nieuchronnością losu.

Należyte wypełnianie funkcji edukacyjnych przez SKE mogłoby znakomicie zredukować liczbę konfliktów i zmniejszyć możliwe do uniknięcia cierpienie pacjentów i/ albo ich bliskich. Wspomniana rola chóru greckiego, absolutyzując, zarazem podkreśla znaczenie zadania edukacyjnego komisji.

W USA omawiana funkcja SKE cieszy się najmniejszą atencją ich członków⁶⁹. W Europie natomiast docenia się jej wagę, o czym świadczą francuskie *Espaces éthique*. Przypomnę, że istotą ich misji jest edukowanie szpitalnych załóg w szkoleniach mających szeroką etyczno-kulturowo-społeczną perspektywę. W Polsce, jak miemam, byłoby to także bardzo ważne, być może nawet pierwszoplanowe zadanie komisji, a to ze względu na pustynię bioetyczną będącą dominującym elementem naszej perspektywy (z niewielką tylko przesadą rzecz wyrażając).

D. Dbałość o przestrzeganie praw pacjenta.

Jak zauważa Lebeer jest to „całkowicie nowe” rozumienie zadań szpitalnych komitetów etycznych⁷⁰. Cytowany autor poważnie niepokoi się, że realizując tę misję SKE przestaną być ciałami demokratyzującymi medycynę i czyniącymi ją bardziej etyczną lecz przekształcą się w miejsca obserwacji przestrzegania tych praw i inicjowania akcji służących budzeniu wagi tych praw. Grożąc takim przekształceniem, sygnalizowana funkcja „w sposób oczywisty” stawia pod znakiem zapytania konsultacyjne zadania komisji, gdyż trudno sobie wyobrazić aby strzeżenie praw nie wiązało się z władzą egzekwującą ich poszanowanie. Zdaniem Lebeera „Europa daleka jest od uczynienia takiego kroku”. Niewielu klinicystów będzie chętnych do zasiadania w ciele mającym upoważnienia do nakładania sankcji, jak coś w rodzaju „sądu praktykowania medycyny”.

⁶⁹ J.D. Moreno, *Ethics Committees and Ethics Consultants*, op. cit., s. 478.

⁷⁰ G. Lebeer, *Clinical Ethics Committee in Europe*, op. cit., 71.

O ile mi wiadomo, tylko Izrael zdecydował się na bezpośrednie powiązanie działalności SKE z zadaniem kontroli przestrzegania praw pacjenta⁷¹. Komisje są umocowane prawnie w *ustawie o prawach pacjenta*, przyjętej przez Kneset w 1996 roku. Do ich funkcji, między innymi, należy konsultowanie takich spraw jak:

a. dopuszczenie do zatajenia przed pacjentem informacji ważnej dla uzyskania świadomej zgody,

b. zezwolenie na ujawnienie informacji wbrew woli pacjenta w celu ochrony zdrowia publicznego, albo trzeciej strony.

Są to bardzo wąsko zorientowane cele i daleko im do zakresu zadań stawianych przed SKE Starego Kontynentu. Jednak nic nie stoi na przeszkodzie, aby i takie funkcje włączyć w sferę zainteresowań komisji, pilnując by nie przekształciły się w mini-sądy.

VI. Szpitalne komisje etyczne – wybrane zagadnienia formalno-prawne

W tym paragrafie zajmę się: omówieniem powodów nakazujących oddzielić SKE od KB, typami regulacji prawnych normujących ustanawianie i funkcjonowanie szpitalnych komisji oraz sposobami powoływania członków tych ciał.

A. Argumenty za oddzieleniem szpitalnych komisji etycznych od komisji bioetycznych

Na początku większość SKE w Zachodniej Europie miała mieszany charakter, spełniając jednocześnie zadania komisji etycznych i KB. Obecnie to rozwiązanie jest zarzucane. Są trzy rodzaje powodów tej decyzji:

a. Powody praktyczne:

- Iwiał część czasu i wysiłku mieszanych ciał zajmowała analiza protokołów prób klinicznych i innych badań, tak że nie było już praktycznie miejsca na działalność właściwą SKE. Była ona i nadal jest marginalizowana i spychana na daleki plan. W komisjach greckich i belgijskich etyka kliniczna została „drastycznie zredukowana,

⁷¹ N.S. Wenger, O. Golan, C. Shalev, S. Glick, *Hospital Ethics Committee in Israel: Structure, Function and Heterogeneity in the Setting of Statutory Ethics Committee*, „Journal of Medical Ethics” 2002, nr 3, s. 177-182.

literalnie przytłoczona zadaniami związanymi z etyką badań naukowych⁷². Do podobnych wniosków prowadzi obserwacja pracy mieszanych komisji w Chorwacji i Słowacji⁷³.

- Oddzielenie obu typów komisji może sprzyjać wzrostowi znaczenia SKE wyzwolonych od dominacji KB.

b. Powody teoretyczne:

- etyczna konieczność oddzielenia badań naukowych od praktykowania medycyny, gdyż są to „dwa różne przedsięwzięcia”⁷⁴. Pojęcie „naukowe badanie terapeutyczne” zawiera wewnętrzną sprzeczność – jest oksymoronem czymś, co nie może istnieć. Rozpoznając tę sprzeczność zrezygnowano w ostatnich redakcjach *Deklaracji helsińskiej* z podziału prób klinicznych na badawcze i terapeutyczne.

- Różnica celów: praktykowanie medycyny, mówiąc hasłowo, nakierowane jest na dobro pacjenta przy respektowaniu jego autonomii, natomiast w badaniach naukowych dobro probanta jest jednym z aspektów w porządku wartości, np. prawdy, czy dobra przyszłych pacjentów, zysków firm farmaceutycznych czy naukowej kariery klinicysty. Stąd w etyce badań naukowych mamy do czynienia z o wiele większym konfliktem interesów niż w etyce klinicznej⁷⁵.

- Konieczność oparcia działalności SKE przede wszystkim na treściowych teoriach moralnych i filozoficznych, podczas gdy KB odwołują się do postanowień proceduralnych.

c. Powód formalny. Jest on konsekwencją *sensu stricto* etycznego charakteru SKE. W komisjach bioetycznych stosuje się procedurę głosowania zwykłą większością głosów. W komisjach etycznych, jak pisałem, dąży się do osiągnięcia pełnego konsensusu. Stąd KB zawsze muszą podjąć jakąś decyzję, natomiast SKE mogą poprzestać na wyjaśnieniu rozbieżności stanowisk w konsultowanym kazusie.

B. Typy regulacji prawnych

⁷² G. Lebeer, *Clinical Ethics Committee in Europe*, op. cit., s. 67.

⁷³ N. Steinkamp i wsp., *Regulation of Health Care Ethics Committees in Europe*, op. cit., s. 463 i 467.

⁷⁴ J. Katz, „*Ethics and Clinical Research*” Revisited, „*Hastings Center Report*” 1993, nr 5, s. 37.

⁷⁵ K. Szewczyk, *Bioetyka*, T. 2, *Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, op. cit., s. 55-57.

Steinkamp ze współpracownikami podają następującą kombinatorykę typów przepisów prawnych normujących powoływanie i działanie SKE na naszym kontynencie:

- a. regulacje centralne i szczegółowe, lub mocne (*strict*),
- b. centralne i słabe, lub luźne (*weak*)
- c. oraz lokalne słabe (s. 469).

Unormowania centralne ustanawiane są na poziomie narodowym albo ponadnarodowym (europejskim), lokalne – poniżej tego poziomu. W pierwszym typie uprawnienia regulacyjne spoczywają albo na ustawodawcach, albo agencjach rządowych (np. ministerstwach), albo na narodowych lub europejskich komisjach bioetycznych i innych globalnych organizacjach. Inaczej mówiąc, mogą one mieć rangę ustawy albo rozporządzenia odpowiedniego ministra lub prawnie zobowiązujących dyrektyw narodowych czy ponadnarodowych ciał bioetycznych. W typie drugim „prerogatywami ustanawiającymi” dysponuje lokalna administracja, organizacje opieki zdrowotnej i poszczególne szpitale.

Regulacje szczegółowe nakładają na komisje wymóg podporządkowania się, uprzednio dokładnie zdefiniowanym, moralnym i proceduralnym standardom. SKE bywają wyposażone we władzę kontrolowania stopnia przestrzegania przez pracowników opieki zdrowotnej ustanawianych przez nie wytycznych. Słabe przepisy prawne pozostawiają komisjom więcej przestrzeni dla samodzielnego uprawiania refleksji etycznej. Istotą tych przepisów jest ułatwienie etycznej dyskusji w obrębie SKE i szpitali.

Na wybór centralnej bądź lokalnej regulacji mogą wpływać szeroko definiowane determinanty polityczne i kulturowe. W Europie Zachodniej konstytuowanie się szpitalnych komisji etycznych przebiegało symultanicznie i „od dołu w górę”, będąc – jak pisałem – przede wszystkim lokalną inicjatywą, głównie samych lekarzy, a także menedżerów opieki zdrowotnej. Taki tryb powoływania komisji będzie sprzyjał lokalnym regulacjom, choć nie jest to jakaś bezwyjątkowa reguła. Natomiast w krajach Europy Środkowej i Wschodniej proces tworzenia SKE był niemal odwrotny, tzn. odbywał się „z góry w dół” jako inicjatywa organów centralnych. Wszystkie trzy badane

kraje tego regionu mające komisje – Chorwacja, Litwa i Słowacja – mają regulacje centralne.

Przywołani przed chwilą autorzy tę odmiennosc wiążą z ustrojem politycznym. Stara Europa cieszy się już ugruntowaną demokracją, Nowa – to „kraje przejściowe” dopiero budujące demokrację (s. 468). Czynnikiem tym nie można jednak wytłumaczyć dlaczego również w Stanach Zjednoczonych SKE powstawały według wzorca „z góry w dół”. Norbert Steinkamp i koledzy, ze względów podyktowanych tematem ich opracowania, nie ustosunkowują się do zasygnalizowanego problemu.

Według wysuniętej przez nich hipotezy mocne i słabe uregulowania „korespondują” z odmiennymi ideami dotyczącymi zadań SKE i leżącymi u ich podstaw różnicami w pojmowaniu etyki medycznej. Przypisywanie komisjom władzy rozwiązywania konfliktów i nadzoru moralnego może wymagać mocniejszych i bardziej szczegółowych przepisów. Jeżeli zaś SKE są postrzegane głównie jako ciała umożliwiające i ułatwiające refleksję etyczną, wówczas właściwe są łagodne przepisy. Chorwacja, Litwa i Słowacja mają szczegółowe i centralne regulacje, Belgia i Francja – centralne lecz łagodne, Holandia i Zjednoczone Królestwo – lokalne i łagodne.

Łagodne regulacje sprzyjają demokratyzacji medycyny i budowie biomedycznego obywatelstwa, ułatwiają edukację etyczną i redagowanie wytycznych. Moim zdaniem raport Steinkampa i kolegów pokazuje, że procesy te szybciej i łatwiej zachodzą w krajach o ugruntowanych tradycjach liberalnych i demokratycznych.

Omawiany raport sugeruje też, jak sądzę, że w krajach Europy Środkowej i Wschodniej słabo jeszcze ugruntowana demokracja, stanowi istotny czynnik spowalniający rewolucję bioetyczną będącą kardynalnym warunkiem procesu uspołeczniania medycyny. Praca komisji skupia się na zadaniach kontrolnych i na rozwiązywaniu konfliktów, mniej na edukacji i tworzeniu dyrektyw.

Jak widać na przykładzie Francji, ustanawianie przepisów na szczeblu centralnym nie wyklucza socjalizacji medycyny. Steinkamp i współpracownicy zakładają, że centralne regulacje mogą:

- a. wzmocnić znaczenie SKE,
- b. poprawić porównywalność i spójność doradztwa,

c. dzięki tej poprawie skoordynować działanie komisji na szczeblu kraju, co prowadzi do wykorzystania lokalnie opracowanych dyrektyw w pozostałych placówkach opieki zdrowotnej i w ewentualnych aktach prawnych (s. 470).

Kluczowy dla demokratyzacji opieki zdrowotnej jest stopień szczegółowości przepisów. Zbyt silne zaprzeczają idei subsydiarności i są niezgodne z systemowym ujęciem bioetyki, nazbyt łagodne mogą uwalniać komisje od odpowiedzialności za udzielane rady, redagowane dyrektywy i prowadzoną edukację. A jest to bardzo wielostronna odpowiedzialność przed:

- a. organami ustawodawczymi i wykonawczymi państwa,
- b. władzami szpitala stosującymi dyrektywy ustalone przez SKE,
- c. klinicystami pracującymi z zastosowaniem dyrektyw,
- d. całym społeczeństwem, poprzez ułatwianie uczestnictwa w refleksji etycznej⁷⁶.

Biorąc pod uwagę wszystkie za i przeciw autorzy omawianego raportu konkludują, że dla demokratycznego ułatwiania etycznej refleksji i debaty, przy zachowaniu wymogu odpowiedzialności, najwłaściwszym standardem byłaby regulacja centralna i łagodna. Zarówno w krajach o ustabilizowanej demokracji jak i w warunkach transformacji ustrojowej będzie to ideał godny spełnienia, do którego należy dążyć. Skłonni są jednak dopuścić do jego kontekstowych modyfikacji. W sytuacji transformacji bądź „kryzysu przejścia” może np. okazać się, że niezbędne będzie uznanie za główny cel SKE funkcji doradczych w rozwiązywaniu konfliktów lub monitorowania zgodności instytucji opieki zdrowotnej „z podstawowymi pryncypiami etyki”. W takich przypadkach konieczny byłby bardziej szczegółowy typ regulacji (s. 472).

W krajach o „ciągle jeszcze przeważających autorytarnych strukturach” kontrolna funkcja komisji może przejściowo przeważać nad doradczą. Wówczas także są potrzebne bardziej mocne przepisy. Generalnie w warunkach transformacji ustrojowej, stwierdzają autorzy, chodzi przede wszystkim o powołanie SKE. W trakcie ich działalności będzie można stworzyć warunki instytucjonalno-prawne dla stopniowego dorastania komisji do demokratycznych zadań.

Według Joanny Różyńskiej, polskiej współautorki raportu, przyszłe SKE w naszym kraju powinny mieć prawne regulacje na szczeblu narodowym, aby zapewnić

⁷⁶ G. Lebeer, *Conclusions. Hospital Ethics Committee as Forum for Democratic Debates*, op. cit., s. 205.

możność ich rozliczania i odpowiedzialności (s. 466). Są to, jak deklaruje autorka, regulacje centralne i – jak można sądzić – o dużym stopniu szczegółowości. W ten sposób unormować trzeba:

1. Zadania SKE
2. liczebność i skład komitetu
3. wymagania stawiane członkom
4. reguły powoływania, finansowania i funkcjonowania
5. procedury konsultacji przypadków
6. przechowywanie materiałów konsultacyjnych
7. kontrolę procedowania i rekomendacji.

Mam poważne wątpliwości czy proponowana przez Steinkampa i współpracowników strategia „lepiej powołać szpitalne komisje etyczne kosztem niezbyt demokratycznej modyfikacji właściwych im zadań, niż nie tworzyć ich wcale” jest w Polsce postępowaniem słusznym. Przyczyny moich wątpliwości leżą zarówno po stronie „wewnętrznej moralności” lekarzy, jak i „moralności zewnętrznej”. Medycy są jeszcze bardzo silnie przywiązani do paternalizmu i wyłącznego decydowania o kształcie „etyki lekarskiej”. Natomiast w „moralności zewnętrznej” dalecy jesteśmy od rzeczywistego szacunku dla pluralizmu światopoglądowego, i w tym tkwi jeden z powodów niedowładów polskiej demokracji.

Niedowład ten może negatywnie odbić się na uspołecznieniu i demokratyzacji szpitalnych komisji etycznych, w najlepszym wypadku prowadząc do petryfikacji, rzekomo przejściowych, kontrolnych zadań SKE. Grozi nam wówczas wariant litewski i przekształcenie komisji w „moralny odwach”, co może skompromitować samą ideę SKE i zahamować ledwie raczkującą rewolucję bioetyczną.

C. Powoływanie członków SKE

Szpitalne komisje etyczne formowane w myśl założeń systemowych są – jak to określa Moreno – „miejscami spełniania się społecznej inteligencji”⁷⁷. Ze swej strony, realizuje się ona w rzeczywiście inteligentnej debacie moralnej. Podobnie jak każda

⁷⁷ J. Moreno, *Ethics by Committee: The Moral Authority of Consensus*, op. cit., s. 428.

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

Przywołane zdania podkreślają wagę moralnego znaczenia reprezentacji społecznej w SKE. Przypominają też, że ciała te nie są parlamentami w ścisłym znaczeniu tego słowa, ani rodzajem sądów rozstrzygających moralne problemy. Płyną z nich trzy następujące praktyczne wskazówki:

1. komisje – o czym dokładniej pisałem już w punkcie III – muszą być ciałami na tyle licznymi i zróżnicowanymi, aby zapewnić reprezentację społeczeństwa zdolną sprostać zadaniom stawianym przed SKE. Ich skład może być modyfikowany w zależności od aktualnego celu pracy.

2. Członkowie komisji, co do zasady, nie powinni być wybierani w głosowaniu jak parlamentarzyści, ani powoływani jak sędziowie czy też delegowani przez administracyjne władze. Konstytuowanie składu SKE jest jego budowaniem. Ważna dla udanego zbudowania jest potrzeba i chęć utworzenia komisji. Inicjatywa może wyjść od klinicystów szpitala bądź dyrekcji. W pierwszym przypadku niezmiernie ważne, jak pisałem, jest poparcie zarządzających instytucją opieki, w drugim – lekarzy i personelu pomocniczego, szczególnie pielęgniarek. Bez udziału tych ostatnich SKE nie mogą w pełni prawidłowo spełniać swoich zadań.

Kluczowe dla przeżycia i funkcjonowania komisji jest ich odpowiednie finansowanie i jest to jeden z ważnych powodów włączenia dyrekcji w prace inicjujące powstanie SKE i – jeśli to możliwe – dokooptowanie do składu członków.

Najlepszym sposobem budowania składu są konsultacje w obrębie zainteresowanych grup, prowadzące do wyłonienia najlepszych kandydatów, którzy – po wyrażeniu zgody i ewentualnym dopełnieniu innych formalności – staną się członkami komisji. Wskazane czy wręcz konieczne byłoby zaangażowanie w konsultacje i wyłanianie członków ośrodków pozaszpitalnych. Mam na myśli uniwersyteckie zakłady bioetyki, prawa, socjologii, psychologii, a także komisje etyki okręgowych rad lekarskich oraz analogicznych instytucji reprezentujących pielęgniarki i położne. Można

też nawiązać kontakt z kościołami w celu wyłonienia osób duchowych/teologów zajmujących się bioetyką.

Kłopot w szpitalnych komisjach etycznych, podobnie jak w KB, sprawia wyłanianie kandydatów reprezentujących pacjentów – nie bardzo wiadomo do kogo i do jakiej organizacji się zwrócić. Niewykluczone, że jest to jeden z powodów – oprócz niechęci środowisk lekarskich – niedostatecznego zaangażowania przedstawicieli pacjentów w prace komisji.

Przewodniczącego komisji powinni wybierać członkowie ze swego grona. Może nim być lekarz, choć nie musi. Lekarz jako przewodniczący może zwiększać autorytet komisji w oczach pracowników szpitala. Jednakże z jego wyborem wiąże się niebezpieczeństwo zdominowania SKE przez profesjonalny autorytet lekarza i opcję medyczną uprawiania bioetyki. Jest to zagrożenie całkiem realne, jak pokazuje cytowany wynik prac komisji jednego ze szpitali teksańskich i psychologia małych grup (przypomnę: ich członkowie mają skłonność do akceptowania poglądów silnej osobowości).

Należy pamiętać, że tworzenie szpitalnej komisji etycznej „zabiera czas i wymaga wiele wysiłku”⁷⁸. Konstruowanie jej w procesie budowania i konsultacji jest szczególnie czasochłonne i wymaga zaangażowania nie tylko w czasie wolnym.

3. Trzecia praktyczna wskazówka wynika z faktu, że warunkiem osiągnięcia celów przez demokratyczne SKE, jako miejsca spełniania się społecznej inteligencji, jest pełen konsensus. Jego budowanie jest wspólną – kooperatywną – powinnością wszystkich członków i jako takie zależy od ich chęci do dialogu opartego na wzajemnym słuchaniu, refleksji i przychylnym rozważaniu zgłaszanych normatywnych żądań, przy uwzględnianiu człowieczej podatności na zranienie. Aby mogła się spełniać społeczna inteligencja potrzebny jest staranny dobór składu komisji z osób predestynowanych do takiego dialogu. „Jedna nieugięta (*obdurate*) osoba potrafi zburzyć ważność stojącego się konsensusu”⁷⁹.

VII. Konkluzje

⁷⁸ H.H. van der Kloot Meijburg, R.H.J. ter Meulen, *Developing Standards for Institutional Ethics Committees*, op. cit., s i37.

⁷⁹ D.J. Casarett, F. Daskal, J. Lantos, *Expert in Ethics?*, op. cit., s. 9.

Z przeprowadzonych rozważań wynikają, jak sędzę, wnioski dotyczące, z jednej strony, potrzeby powoływania szpitalnych komisji etycznych w naszym kraju, a z drugiej, uzasadniające obawy co do ewentualnej przedwczesności takich działań.

Potrzebę powoływania SKE uzasadniają:

1. „natura” tych ciał. Komisje – będąc formą instytucjonalizacji bioetyki – mogłyby się znacząco przyczynić do demokratyzacji i uspołecznienia polskiej medycyny, silnie jeszcze paternalistycznej. Jak pisze Tadeusz Zielonka, „Polscy lekarze zbyt często decydują o losach chorego, nie uwzględniając jego stanowiska, co jest wyrazem paternalistycznego, lub wręcz przedmiotowego traktowania pacjenta”⁸⁰.

Konsekwencją demokratyzacji i socjalizacji na poziomie relacji lekarz – pacjent byłoby szersze niż dotychczas włączenie pacjentów w procesy decyzyjne dotyczące ich leczenia i postulowane przez UNESCO ukierunkowanie opieki na pacjenta. Na szczeblu społecznym działalność komisji mogłaby doprowadzić do otwarcia się systemu opieki zdrowotnej na społeczeństwo, ułatwiając obywatelom wpływ na funkcjonowanie i kształt systemu, np. na przyjmowane w nim priorytety oraz umożliwiając spełnianie roli suwerena moralnego.

Obywatelskie uspołecznienie jest bardzo ważne ze względu na trwającą w naszym kraju reformę systemu. Ta zaś „nigdy nie jest jednorazowym aktem” powierzonym wyłącznie fachowcom, lecz procesem; „zawsze składa się z całego łańcucha następujących po sobie przekształceń”⁸¹. Społeczeństwo powinno być do nich przygotowane i je akceptować, a można to osiągnąć angażując szerokie kręgi obywateli w debatę nad kierunkami procesu reformowania i sposobami ich osiągnięcia.

Rola suwerena moralnego jest też niezwykle istotna dla powodzenia reform, gdyż „Fundamentalne zasady systemu powinny być definiowane w kategoriach wartości”. Duża ich część to dobra moralne, przede wszystkim sprawiedliwość i solidarność⁸². Ich rozumienie i interpretacja powinna być dziełem nas wszystkich.

⁸⁰ T.M. Zielonka, *Na marginesie Kodeksu etyki lekarskiej*, „Gazeta Lekarska” 2000, nr 5, s. 20.

⁸¹ Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia, *Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Szansa przewyciężenia kryzysu*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004, s. 14
http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/szwsoz_220304.pdf

⁸² tamże, s. 15.

2. Uzasadnieniem są też (lokalne) zadania spełniane przez szpitalne komisje etyczne. Mam na myśli przede wszystkim redagowanie dyrektyw i funkcje edukacyjne SKE. Dostępne dane sugerują, że w Polsce podobnie jak w innych krajach, obszarem najbardziej konfliktogennym są decyzje dotyczące przerwania/niepodejmowania leczenia uznanego przez lekarzy za daremne. Za takim wnioskiem przemawiają badania intensywiisty Pawła Andruszkiewicza. Wynika z nich, że aż 60% polskich lekarzy przyznaje się do pozorowanych działań resuscytacyjnych podejmowanych w przypadkach z góry skazanych na niepowodzenie z powodu znacznego zaawansowania choroby. Motywem tych nieetycznych działań jest lęk przed zarzutem nieudzielenia pomocy⁸³.

Wielce prawdopodobna wysoka częstotliwość konfliktu „między opinią lekarza a wolą pacjenta”/rodziny w sytuacjach terminalnej fazy choroby mogłaby zostać pomniejszona przez opracowanie etycznych dyrektyw dotyczących postępowania personelu w takich sytuacjach oraz poprzez jego edukację, w szczególności obejmującą zagadnienia właściwej komunikacji. Szpitalne komisje mogłyby być także – jako ciała refleksji etycznej – niezwykle ważnym ośrodkiem edukacji pacjentów/bliskich oraz całego społeczeństwa, obejmującej opiekę i leczenie u kresu życia.

Analizy przeprowadzone w artykule, pokazując potrzebę powoływania SKE, jednocześnie skłaniają do pytania: czy powoływanie tych ciał w obecnych warunkach kulturowo-społecznych i politycznych naszego kraju nie jest przedwczesne? Jego postawienie uzasadniają przede wszystkim następujące okoliczności:

1. Instytucjonalna słabość bioetyki. Mimo, że byliśmy pierwszym państwem, w którym rozpoczęła się transformacja ustrojowa, to rewolucja bioetyczna jest u nas jeszcze w fazie początkowej, optymistycznie rzecz ujmując. Nie mamy narodowego ciała bioetycznego. Próby powołania takiego gremium skończyły się fiaskiem. Obecnie rozważane jest ustanowienie Polskiej Rady Bioetycznej, ale jest ono, jak mniemam, bardzo dalekie od finału. Nie ratyfikowaliśmy *Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny*, zaś bioprawo jest jeszcze szczątkowe.

⁸³ P. Andruszkiewicz i wsp., *Analysis of Attitudes of Physicians Towards Decision to Attempt or Not to Attempt CPR in Poland*, „Intensive Care Medicine” 2006, nr 32, s. 90.

2. Kadrowa słabość bioetyki. W Polsce mamy jedynie niewielu bioetyków związanych z perspektywą systemową, których można wykorzystać w powoływaniu i działalności komisji.

3. Przestarzały program edukacji bioetycznej. Nauczanie bioetyki na wydziałach lekarskich *de facto* zapoznaje rewolucję bioetyczną i jest zakorzenione niemal całkowicie w „przedrewolucyjnej” lekarskiej etyce kodeksowej. Potwierdzeniem tej diagnozy są, między innymi, ministerialne standardy kształcenia w „zakresie etyki lekarskiej”. Obejmuje ono: „Podstawowe pojęcia etyki oraz deontologii ogólnej i lekarskiej. *Kodeks etyki lekarskiej*. Regulacje dotyczące etyki zawodowej lekarza w Polsce i na świecie”.

Realizacja tego programu ma dać słuchaczom umiejętności „rozumienia i uzasadniania ponadczasowych (*sic*) lekarskich norm etycznych, rozumienia i stosowania wzorców postępowania zawodowego i badawczego w medycynie”⁸⁴. Wykaz kompetencji pokazuje wyraźnie, że podstawą standardów kształcenia jest konserwatywna perspektywa medyczna podbudowana opcją filozoficzną. Wpływ tej drugiej ujawnia sformułowanie o „ponadczasowych” normach. Akcent położony na wzorce wskazuje na afiliację medyczną etyki, podkreślającą wagę etyki cnót i wzorca „dobrego lekarza” dla właściwego uprawiania profesji lekarskiej. Przypomnę, że obie opcje (bio)etyki niedoceniały znaczenia rewolucji bioetycznej.

4. Cechy „moralności wewnętrznej” środowisk lekarskich mogące utrudniać demokratyczne powoływanie i funkcjonowanie SKE. Niedostrzeżenie konsekwencji rewolucji bioetycznej jest bodaj najważniejszą z nich. Sprzyja to kultywowaniu postaw paternalistycznych i niechęci otwierania się profesji na pacjentów, pielęgniarki i fachowców zawodowo niezwiązanych z medycyną. Zasygnalizowany autarkizm bardzo utrudnia demokratyzację i socjalizację SKE.

5. Właściwości „moralności zewnętrznej” spowalniające przebieg rewolucji bioetycznej i w sposób bezpośredni mogące wpływać na proces wyłaniania komisji, ich składu i zadań. Jak ponownie pokazała dyskusja wokół zapłodnienia *in vitro*, w moralności społecznej dużo ważą moralnie „autorytarne struktury” – by użyć

⁸⁴ Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, *Standardy kształcenia: kierunek lekarski*; http://www.bip.nauka.gov.pl/_gALLERY/23/71/2371/54_kierunek_lekarski.pdf

Debata: *Konflikt między opinią lekarza i wolą pacjenta – czy są nam potrzebne szpitalne komisje etyczne?* 26.09.2009

sformułowania stosowanego przez Steinkampa i wsp. – dążące do jednostronnych i mało liczących się z wymogami demokracji rozstrzygnięć etycznych.

Wymienione determinanty mogą doprowadzić do przewagi funkcji kontrolnych SKE, a nawet do ich przekształcenia w rodzaj policji moralnej. Taki scenariusz, jak wspominałem, nie jest wykluczony, a jego realizacja byłaby kompromitacją idei etycznych komisji szpitalnych i samej bioetyki. Stąd też moje obawy, co do przedwczesności powoływania SKE. Być może podczas naszej Konferencji zostaną one rozproszone (albo wzmocnione).