

Tadeusz Biesaga SDB

CNOTY W PRAKTYCE MEDYCZNEJ W UJĘCIU EDMUNDA D. PELLEGRINO

VIRTUES IN MEDICAL PRACTICE – THE VIEWS OF EDMUND D. PELLEGRINO

SUMMARY

The paper recalls the revival of virtues in ethics in 80s and 90s of the 20th century. In the context of this renaissance, a particular concept of virtues in medical practise is outlined, i.e. the one formulated in the United States by a doctor and an influential ethicist in this field of study – Edmund D. Pellegrino. The novelty of his proposal lies in developing an appropriate virtues for medical practice and incorporating them into the reconstructed and renewed Hippocratic medical ethics. From the position of that ethics one may indicate a criticism of two other concepts of medical ethics, namely the principlism, that is the ethics of four principles of Tom Beauchamp and James Childress, and the contractualism of Robert M. Veatch.

KEYWORDS: Alasdair MacIntyre, Edmund D. Pellegrino, Tom Beauchamp, James Childress, Robert M. Veatch, ethics of medicine, virtues, fidelity to trust, compassion, prudence, justice, fortitude, temperance, integrity, effacement of self-interest

Historia etyki cnót w medycynie

Edmund D. Pellegrino rozwijał koncepcję etyki cnót w etyce medycznej zarówno w artykułach, jak i pozycjach książkowych. Do podstawowych należą artykuły: *The Virtuous Physician and the Ethics of Medicine* oraz *Character, Virtue,*

and Self-interest in the Ethics of the Professions (1985, 1989, 2008)¹, książka *The Virtues in Medical Practice* (1993)², artykuł *Toward a Virtue-based Normative Ethics for the Health Professions* (1995, 2008)³ oraz książka *The Christian Virtues in Medical Practice* (1996)⁴. Swoje pomysły prezentował w kontekście renesansu teorii cnót na terenie filozofii analitycznej, który zapoczątkowały publikacje takich myślicieli jak: Philipa Foot, *Virtues and Vices* (1978)⁵, William Frankena, *Beneficence in an Ethics of Virtue* (1982)⁶, Stanley Hauerwas, *A Community of Character* (1981)⁷. Zasadniczą rolę w tym procesie odegrał Alasdair MacIntyre ze swą sztandarową publikacją *After Virtue* (1981, 1984)⁸. W tej prowokującej pracy ujawnił on powody usunięcia teorii cnót z etyki nowożytnej i współczesnej, prowadzące do załamania się współczesnego dyskursu moralnego. W krytyce etyki nowożytnej i współczesnej nawiązał do racjonalnego dyskursu w teleologiczno-aretologicznej etyce Arystotelesa⁹. Edmund Pellegrino podjął ten pomysł i zastosował go na terenie etyki medycznej.

Historia miejsca i roli cnoty w etyce medycznej rozwijała się inaczej niż w etyce ogólnej. Zdaniem Pellegrino, jeśli etyka cnót na pięć albo sześć stuleci

¹ E.D. Pellegrino, *The Virtuous Physician and the Ethics of Medicine*, w: E. Shelp (red.), *Virtue and Medicine: Explanations in the Character of Medicine*, Dordrecht 1985, s. 237–255 (Philosophy and Medicine, 17); tenże, *Character, Virtue, and Self-interest in the Ethics of the Professions*, „Journal of Contemporary Health Law and Policy” 5 (1995), s. 253–277; przedruk w: E.D. Pellegrino, *The Philosophy of Medicine Reborn: a Pellegrino Reader*, red. H.T. Engelhardt, F. Jotterand, Notre Dame IN 2008, s. 231–244; por. T. Biesaga, *Etyka cnót w etyce medycznej*, „Medycyna Praktyczna” 3 (2006), s. 20–23; przedruk w: tenże, *Elementy etyki lekarskiej*, Kraków 2006, s. 76–82.

² E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, New York 1993.

³ E.D. Pellegrino, *Toward a Virtue-based Normative Ethics for the Health Professions*, „Kennedy Institute of Ethics Journal” 3 (1995), s. 253–277, przedruk w: *The Philosophy of Medicine Reborn: a Pellegrino Reader*, dz. cyt., s. 255–280.

⁴ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, D.G. Miller, *The Christian Virtues in Medical Practice*, Washington DC 1996.

⁵ Ph. Foot, *Virtues and Vices and Other Essays in Moral Philosophy*, New York 1978.

⁶ W. Frankena, *Beneficence in an Ethics of Virtue*, w: E. Shelp (red.), *Beneficence and Health Care*, Dordrecht 1982, s. 63–81.

⁷ S. Hauerwas, *A Community of Character*, Notre Dame IN 1981; A. MacIntyre, *After Virtue. A Study in Moral Theory*, Notre Dame IN 1981, 1984², tłum. pol. *Dziedzictwo cnoty. Studium z teorii moralności*, tłum. A. Chmielewski, Warszawa 1996.

⁸ A. MacIntyre, *After Virtue. A Study in Moral Theory*, dz. cyt.

⁹ Por. T. Biesaga, *Alasdaira MacIntyre’a krytyka etyki nowożytnej i współczesnej*, „Analecta Cracoviensia” 28 (1996), s. 3–14; tenże, *Niepowodzenia nowożytnego i współczesnego projektu etyki*, w: J. Pawica (red.), *Spór o etykę. Materiały z X Jagiellońskiego Sympozjum Etycznego*, Kraków 1999, s. 133–142.

została wyparta z etyki ogólnej, to z medycyny została w jakieś mierze usunięta dopiero w latach siedemdziesiątych XX wieku. Do tego czasu była ona w etyce medycznej dominującą normatywną teorią moralności. Historycznie początków tej etyki można szukać w przysiędze Hipokratesa. W średniowieczu jego etyka medyczna została połączona z tym, co wniosła religia chrześcijańska. Od tego czasu poprzez stulecia tego typu etyka medyczna, przekraczając granice kultur i narodów, łączyła lekarzy i tworzyła wspólnotę wartości na fundamencie cnoty dobroczynności, szacunku dla życia i wrażliwości wobec chorych¹⁰.

Okolo pół wieku temu rola cnót w etyce medycznej zaczęła się zmniejszać z trzech powodów. Po pierwsze, zaproponowano etykę czterech zasad Toma L. Beauchampa i Jamesa F. Childressa¹¹, która wielu lekarzom wydawała się bardziej przydatna w podejmowaniu klinicznych decyzji. Po drugie, społeczno-polityczne zmiany, powszechna edukacja, chęć demokratycznego uczestnictwa w podejmowaniu działań, zasłużona czy mniej zasłużona krytyka autorytetów skierowały opinię publiczną w stronę etyki bazującej na autonomii pacjenta i na kontraktualistycznych relacjach między pacjentem a lekarzem (*on autonomy-based, contractual relationships*). Relacje polegające na wzajemnej więzi i zaufaniu (*trust-based*) zeszły na dalszy, mało ważny plan. Po trzecie, religijny i filozoficzny konsensus stojący u podstaw etyki medycznej został osłabiony w kulturze zachodniej¹².

Dziś etyka lekarska ulega stopniowej destrukcji. Przysięga Hipokratesa, która stanowiła szkielet tradycyjnej etyki medycznej, jest w niebezpieczeństwie całkowitego rozmycia. Zdaniem niektórych bioetyków, m.in. Roberta Veatcha, przysięga ta jest czymś martwym i bezużytecznym¹³. Społeczeństwo optuje bowiem za autonomią i kontraktualistycznie sformułowanymi zaleceniami. Dziś trudno znaleźć jakiś wspólny zbiór norm, cnót, który mógłby charakteryzować dobrego lekarza. W związku z pluralizmem, relatywizmem i prywatyzacją moralności, etyka cnót winna się oprzeć na samej relacji le-

¹⁰ E.D. Pellegrino, *Toward a Virtue-based Normative Ethics for the Health Professions*, dz. cyt., s. 264.

¹¹ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New York 1979, 1989³, tłum. pol. *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jącórzyński, Warszawa 1996.

¹² E.D. Pellegrino, *Rationing Health Care: the Ethics of Medical Gatekeeping*, „The Journal of Contemporary Health Law and Policy” 2 (1986), s. 23–45; tenże, *Toward a Virtue-based Normative Ethics for the Health Professions*, dz. cyt., s. 264.

¹³ R.M. Veatch, *The Hippocratic Ethic is Dead*, „The New Physician” 1984, s. 41–42, 48; tenże, *Hippocratic, Religious, and Secular Medical Ethics: the Points of Conflict*, Washington DC 2012.

karz–pacjent, relacji, która ma służyć uzdrawianiu (*the healing relationship*). Trudno przewidzieć, czy z tego punktu rozwinie się ona w kierunku jakiejś filozoficznie uzasadnionej etyki normatywnej.

Potrzebę obecności cnót w etyce medycznej ujawniła krytyka etyki zasad (*principle-based ethics*)¹⁴. Dostrzeżono abstrakcyjny charakter podawanych pryncypiów, oderwanie ich od kontekstu i złożoności podejmowania decyzji klinicznych. Stwierdzono, że pryncypizm rozwija *quasi*-legalistyczną, przerajonalizowaną etykę, w której tłumi się podstawowe odniesienia do chorego, ignoruje się współczucie i moralną, kreatywną aktywność. Po drugie, odrzucono brak związku i uzasadnień wybranych pryncypiów w jakimś systemie filozoficznych. Bez takich uzasadnień nie da się rozwiązać konfliktu między *prima facie* obowiązkami. Po trzecie, zauważono, że w formułowaniu moralnych sądów nie można pominąć podmiotu moralnego: działającej osoby. Życie moralne jest charakterystyczne dla istot ludzkich. Stosowanie zasad, reguł, kazusów zależy od wchodzących w grę osób, które dokonują tych analiz. Intencja osoby, moralny charakter działającego nie mogą być oddzielone od jego zachowania. Odrzucając intencję i cnoty działającego, stawiamy słuszność czynu (*right*) ponad jego dobrem (*good*).

Etyka zawodowa w kwestii celu i dobra, o które chodzi w medycynie, może stwarzać lepsze warunki dla szerszej zgody niż etyka ogólna. Relacja leczenia jest bowiem wpisana w naturę medycyny, stąd stanowi ona fenomenologiczną podstawę dla etyki zawodowej. Normatywna teoria etyki jako leczniczej relacji realizowanej na bazie cnót wymaga – zdaniem Pellegrino – trzech składowych elementów: (1) teorii medycyny, w której definiuje się jej *telos*, czyli dobro medycyny jako specyficznej aktywności; (2) definicji cnoty w ramach tej teorii i (3) określenia grupy cnót wyznaczonych przez tę teorię dla realizacji dobra przez służbę zdrowia.

Pierwszym zasadniczym elementem jest teoria medycyny, w której analizuje się trzy fenomeny: (1) relację leczenia konstytuującą medycynę i opiekę zdrowotną jako specyficzny rodzaj ludzkiej aktywności, braną w kontekście aktualnej sytuacji klinicznej; (2) fakt choroby; (3) akt profesji medycznej i akt medycyny (akt leczenia)¹⁵. Drugim nieodzownym elementem jest definicja cnoty. Edmund Pellegrino definiuje cnotę „jako cechę charakteru [*as trait of*

¹⁴ K.D. Clouser, B. Gert, *A Critique of Principlism*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2 (1990), s. 219–236.

¹⁵ E.D. Pellegrino, *Toward a Virtue-based Normative Ethics for the Health Professions*, dz. cyt., s. 267.

charakter], która habitualnie dysponuje tego, którą ją posiada do doskonałej intencji i czynu respektującego *telos* tej specyficznej ludzkiej aktywności. Cnota daje rozumowi siłę, aby dostrzec i zaakceptować motywację zmierzającą w doskonały sposób do osiągnięcia moralnego celu. (...) Są to cnoty rozumiane (w sensie MacIntyre'a), jako «wewnętrzne» danej praktyce. Ich posiadanie określa dobrą pielęgniarkę lub lekarza¹⁶.

Trzecim z wyróżnionych elementów jest sformułowanie listy cnót dobrego lekarza, pielęgniarki, pracowników służby zdrowia. Cnoty te winny być formułowane i określane w kontekście ich związku z celem medycyny. Pellegrino wymienia takie cnoty, jak: wierność pokładanemu zaufaniu i obietnicy (*fidelity to trust and promise*); dobroczynność (*benevolence*); niwelowanie własnego interesu (*effacement of self-interest*); współczucie i troska (*compassion and caring*); intelektualna uczciwość (*intellectual honesty*); sprawiedliwość (*justice*) i roztropność (*prudence*)¹⁷.

Cnoty te opisuje on w kontekście relacji lekarz–pacjent. Zasadnicze dla tej relacji są zaufanie i realizacja złożonych pacjentowi obietnic. Chory nie ma wyboru, musi zaufać lekarzowi. Na lekarzu ciąży natomiast odpowiedzialność, aby tego zaufania nie zawieść. Dobroczynność winna się realizować na tej właśnie płaszczyźnie. Aby owego zaufania nie zawieść, lekarz musi trzymać w ryzach tendencje do realizacji swojej korzyści, własnego interesu. Pacjent nie może być przedmiotem realizacji siły, prestiżu i korzyści. Współczucie i troska sprzyjają zaufaniu i je wzmacniają. W tym kontekście należy również rozumieć sprawiedliwość. Pierwszorzędną jest tu sprawiedliwość wobec osoby pacjenta, a nie wobec bezosobowych struktur społecznych, instytucji i organizacji medycznych. Nie wyklucza się tej drugiej perspektywy, ale pierwszą traktuje się jako pierwotną i nieodzowną dla przymierza zaufania (*covenant of trust*).

Zasadnicze cnoty w praktyce medycznej

Edmund Pellegrino dość obszernie opisał cnoty w swojej książce *The Virtues in Medical Practice* (1993)¹⁸. Mamy tam przedstawione kolejno: zaufanie (*fidelity to trust*), współczucie (*compassion*), roztropność (*phronesis*), sprawiedliwość (*justice*), odwaga (*fortitude*), umiarkowanie (*temperance*), integralność (*integrity*) i samoograniczenie (*self-effacement*).

¹⁶ Tamże, s. 268.

¹⁷ Tamże, s. 269–270.

¹⁸ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, dz. cyt.

Bez zaufania (*fidelity to trust*) nie jest możliwe życie społeczne. Człowiek jest bowiem z natury skierowany do funkcjonowania we wspólnocie osób i do osobowych więzi. Wspólnoty nie da się zbudować na relacjach „wróg”, „nieprzyjaciel”, lecz na relacjach „bliźni”. Usunięcie zaufania paraliżuje nasze działanie i nie pozwala budować nadziei na przyszłość. W zaufaniu komuś jesteśmy jednak zależni od czyjeś dobrej woli i dobrych motywacji. Jesteśmy przez to wystawieni na zranienie (*to become vulnerable*)¹⁹. Ze względu na ryzyko zależności od drugiego, zaufanie jest problematyczne. „Zaufanie staje się jeszcze bardziej problematyczne, kiedy podlegamy specyficznej zależności w chorobie, dzieciństwie lub w starszym wieku, lub kiedy potrzebujemy leczenia, sprawiedliwości, duchowej pomocy, lub nauczania się czegoś”²⁰. W takiej sytuacji musimy zaufać ludziom danej profesji. Obdarzamy zaufaniem lekarzy, prawników, duchownych, nauczycieli, aby móc skorzystać z ich wiedzy i zdolności. Jesteśmy zależni od tego, czy będą oni wierni pokładanemu w nich zaufaniu. Ufamy, że zaradzą oni naszej egzystencjalnej słabości i nie wykorzystają jej dla swych celów.

Etyka zawodowa pielęgnowała to zaufanie jako zasadniczą, istotną cechę moralności poszczególnych profesji, których przedstawiciele bezpośrednio troszczą się o człowieka. Ostatnio odwoływanie się do zaufania w etyce zawodowej zostało mocno podane w wątpliwość, potraktowane jako iluzja, propozycja, której w żaden sposób nie można zrealizować. Postawa braku zaufania, podejrzliwości zaczęła zwyciężać. W miejsce bliższych, osobowych relacji zaufania zaproponowano relacje kontraktu i jego realizacji. W etyce kontraktualistycznej relacja lekarz–pacjent została sprowadzona do aspektu czysto formalnego, handlowego. Lekarz nie powinien wchodzić w bliższe więzi z pacjentem. Należy zawrzeć z nim kontrakt, powołać rzecznika pacjenta lub inne instytucje do śledzenia procedury kontraktu, działania lekarza i doradzania pacjentowi. Lekarz winien skupić się na poprawnym wypełnianiu kontraktu zgodnie ze standardami przewidzianej procedury. Etykę nieufności podpira się dziś zarówno faktami empirycznymi, analizami opisującymi pewne negatywne zjawiska, jak i argumentami teoretycznymi. „W rzeczywistości zawodowej etyka nieufności – stwierdza Pellegrino – jest niebezpieczna, niszczy sama siebie, i ostatecznie w praktyce jest nie do zrealizowania. Świadczy to o tym, że

¹⁹ Tamże, s. 65.

²⁰ Tamże.



zaufania nie da się wykorzeńić, i że należy tym bardziej zbudować etykę zawodową na tym właśnie fundamencie²¹.

Zaufanie, zdaniem omawianego autora, to nie tylko rzeczywistość psychiczna czy społeczna, ale również międzyosobowa, moralna. Relacja osoby ufającej i tej, której się ufa, zawiera następujące istotne elementy: pierwszym jest przeświadczenie, że oczekiwania tego, który ufa, zostaną przez drugiego spełnione. Drugim elementem jest to, że osoba, której się zaufało, *implicite* lub *explicitie*, obiecuje działać dla dobra osoby ufającej. Trzecim elementem jest przekonanie, że konieczna jest roztropna swoboda działania osoby obdarzonej zaufaniem, aby mogła realizować to, co jej powierzono. Końcowym elementem jest wiara w dobrą wolę (*benevolence*) i dobry charakter (*good character*) osoby, której zawierzyliśmy.

Każdy człowiek szuka lekarza jako fachowej pomocy wtedy, gdy zauważa symptomy jakieś choroby. Potrzebując pomocy, w tym względzie staje się pacjentem. Nie może już sam sobie radzić, lecz dźwigając ciężar bólu, niepokoju i cierpienia, zwraca się po fachową pomoc, ufając, że wiedza lekarza i jego umiejętności są gwarancją skutecznej pomocy. Zaufanie w tej sytuacji jest czymś więcej niż zwykłą ufnością innym ludziom. Jest ono podobne do tego, jakie pokładamy w pilotach samolotów, strażakach, policjantach, od których zależy nasze bezpieczeństwo i życie²². W tych przypadkach stykamy się z czymś, co Niklas Luhmann nazywał „systemem zaufania”. Nie znamy tych osób, bezpośrednio nie nawiązujemy z nimi kontaktu, lecz ufamy im na zasadzie zaufania do systemu społecznych struktur, a więc do tego, że zostali do tej roli dobrze przygotowani, mają odpowiednie kompetencje i spełnią nasze oczekiwania.

W relacjach lekarz–pacjent też można wyróżnić zaufanie do struktur społecznych, do uniwersytetów medycznych, które kształcą i dają odpowiednie uprawnienia, do szpitali, które dbają o dobre funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej i osiągnięcia w leczeniu. Niemniej osobowy, bezpośredni i niejako intymny kontakt z lekarzem w powierzaniu siebie sprawia, że w relacji tej bierzemy pod uwagę nie tylko jego tytuły naukowe, ale i cechy osobowe, a szczególnie charakter. W wyborze lekarza posiadamy więcej wolności niż w wyborze pilota samolotu. Konsultacja z kilkoma lekarzami oraz z ich pacjentami pozwala nam sprawdzić osobowe i zawodowe referencje tych pierwszych.

²¹ Tamże, s. 67.

²² Tamże, s. 68.

Zaufanie do osoby lekarza rodzi się jako pierwsze, ważniejsze. Może być ono oczywiście wzmocnione zaufaniem do instytucji medycznych jako takich.

Relacja lekarz–pacjent jest szczególna dlatego, że w leczeniu trzeba odsłonić swoje prywatne życie wobec nieznanego człowieka. Odsłania się również życie społeczne, zawodowe czy rodzinne. Trzeba ujawnić swoje słabe strony, zarówno cielesne, ale i psychiczne, a nawet duchowe. „Nasze wady, fobie i słabości są ujawniane komuś obcemu. Nawet moje życie i umieranie angażuje jego uwagę i domaga się jego rady”²³. W tym wypadku wiara w system społeczny niewiele daje. Z naszym egzystencjalnym dramatem stajemy wobec konkretnego człowieka. Zawierzenie jemu może stworzyć przestrzeń bezpieczeństwa i nadziei. Oczekujemy czegoś więcej niż bezpieczeństwa społecznego – oczekujemy osobistego zaangażowania lekarza i podjęcia starań o nasze dobro. Dajemy mu kredyt zaufania i prawo do podejmowania niezbędnych do leczenia decyzji. Jednocześnie liczymy na to, że w swym postępowaniu nie zaniedba on tego, co niezbędne, ale nie przesadzi on też w swoich ingerencjach medycznych. Wzajemne zaufanie ma służyć konkretnemu celowi tych działań, tzn. wyzdrowieniu. „Musimy również ufać, że nasza słabość, podatność na zranienie nie będzie wykorzystana dla czyjeś władzy, zysku, prestiżu lub przyjemności. Większa wiedza lekarza czy prawnika oraz ich umiejętności praktyczne decydują o nierówności tej relacji. Nawet jeśli ktoś z nas byłby lekarzem lub prawnikiem, nasza zdolność obiektywności jest ograniczona przez chorobę lub przez proces sądowy. Wiemy, że możemy być oszukani lub skłonieni do takiej decyzji, jakiej chcą prawnik czy lekarz, a to dlatego, że oni wybierają fakty odnośnie tego, co trzeba zrobić, aby nam pomóc”²⁴.

Możemy oczywiście sami wiele wyczytać o naszej chorobie czy dowiedzieć się o niej od innych pacjentów, ale ostatecznie musimy wybierać między swoim sądem a sądem lekarza, który w oparciu o wiedzę i oddanie się sprawie naszego wyleczenia proponuje, co trzeba uczynić.

Lekarz i osoby podobnych zawodów nie mogą funkcjonować bez przyznania im jakiegoś zakresu swobody działania. Zmniejszenie tej swobody jest oczywiście ograniczeniem możliwości dokonania zła, ale również możliwości zrealizowania dobra. Kiedy to, co było możliwe, zostało powiedziane, przychodzi czas na działania lekarza. Nie da się przewidzieć i wcześniej omówić wszystkiego, co może się zdarzyć w procesie leczenia. Możemy sięgnąć do różnych

²³ Tamże.

²⁴ Tamże.

ksiązek medycznych, skonsultować się z ekspertami, którzy będą dawali różne propozycje. Możemy posłużyć się statystyką odnośnie ilości osób wyleczonych i ilości pacjentów, u których operacja czy leczenie zakończyło się śmiercią. Pomijając kwestie obiektywności tej wiedzy i stosowania tych informacji w stosunku do konkretnego lekarza, w końcu i tak musimy kogoś wybrać i powierzyć się komuś, kto według nas zrealizuje nasze pragnienia i uszanuje wartości.

Nawet najbardziej sceptyczni pacjenci w końcu i tak muszą dojść do wniosku, że to lekarz jest tym, od kogo zależy proces leczenia. To lekarz wypisuje zalecenia, przeprowadza procedurę, interpretuje uwagi innych członków służby zdrowia. Chcemy, aby był on adwokatem naszej sprawy, a nie tylko narzędziem polityki społecznej i ekonomicznej. „W zależności od jego charakteru i wierności pokładanemu zaufaniu, może on potraktować pacjenta jako przedmiot statystyki albo może stać się dla niego ostateczną ochroną przed takim systemem”²⁵.

Zaufania, zdaniem Pellegrino, nie można zastąpić kontraktem. Kontrakt może dać pacjentowi pewne poczucie bezpieczeństwa. W kontrakcie nie da się jednak wymienić wszystkich uwarunkowań. Należy zostawić możliwość swobody decydowania specjalistom, gdyż inaczej kontrakt może uniemożliwić realizację celu, dla którego został zawarty. Kontrakt oraz jego właściwe zastosowanie i realizacja nakreślonych w nim celów zakładają zaufanie do lekarza. „Poza tym cała koncepcja kontraktu między kimś, kto jest chory, kto doznał niesprawiedliwości, kto martwi się o swoje zbawienie, a specjalistą, który może na te potrzeby odpowiedzieć, jest iluzoryczna”²⁶. Kontrakt może być zawierany przez równych lub prawie równych sobie. Z taką równością nie mamy do czynienia w przypadku relacji z doktorem, prawnikiem, duchownym czy kapłanem”²⁷. Kontrakt odwołuje się do zaufania. Zakłada bowiem wspólny interes, wspólne dobro. Chodzi jednak o to, aby lekarz wzniosł się ponad prakseologię kontraktu i nie tyle formalnie, minimalistyczne i asekuracyjnie trzymał się litery kontraktu, co poświęcił swą uwagę pacjentowi i dynamicznej rzeczywistości choroby i zależności, w jakiej pacjent się znalazł.

Zarówno empirycznie, jak i racjonalnie można potwierdzić, że zaufania nie da się wykorzenić ani ze stosunków międzyludzkich, ani z relacji między pacjentem a lekarzem. Etyka medyczna zbudowana na nieufności i podejr-

²⁵ Tamże, s. 69.

²⁶ W.F. May, *The Physician's Covenant*, Philadelphia 1983.

²⁷ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, dz. cyt., s. 70.

liwości ostatecznie prowadzi do zniszczenia dobra, o które w niej chodzi. Niemniej fenomen zaufania jest rzeczywistością kruchą. Wiele zjawisk społecznych może zniszczyć tę niezbędną, ale delikatną sferę. Zniszczenie to jest szkodliwe zarówno dla pacjentów, jak i lekarzy. „Nieufność wobec specjalistów, szczególnie lekarzy i prawników, nie jest czymś nowym. Ich chciwość, przekupność, niekompetencja, nieuczciwość i brak wrażliwości nie są rzadkością”²⁸. Wiele z tych ocen jest usprawiedliwionych. Wyrastają one z trudnego doświadczenia chorych. W części są one uzasadnione nadużyciami lekarzy wobec pacjentów, w części buntem chorych wobec losu, który rzuca ich w ręce lekarzy i zmusza do płacenia za ich usługi. Lekarze ciągle wystawieni są na frustrację chorych, która rodzi się z utraty wolności i bezsilności wobec losu²⁹.

Nieufność wobec lekarzy, jak twierdzi Pellegrino, gwałtownie wzrosła w ostatnich trzech dekadach minionego stulecia. Przyczyniło się do tego wiele faktów z zewnątrz, jak i z wewnątrz medycyny, które doprowadziły do kryzysu etyki zawodowej. Są to: komercjalizacja usług medycznych poprzez reklamę i biura usługowe, gwałtownie rosnące dochody niektórych lekarzy, akceptacja podejmowania przez lekarzy od 5 do 9 prac poza szpitalem, stosowana rynkowa praktyka szpitali i pewne grupy lekarzy „zapłać przed leczeniem” itp. W konsekwencji wśród pacjentów umacnia się przekonanie, że lekarze są coraz mniej dostępni, mniej interesują się pacjentami, a bardziej niż dotychczas dążą do zdobywania pieniędzy. W tej sytuacji chorzy na własną rękę poszukują przyczyn choroby, domagają się od swych lekarzy niekończących się informacji o proponowanych badaniach i w końcu sami zalecają lekarzowi, które wybrać. Wzajemne zaufanie zastąpiono podejrzliwością. Pacjent i lekarz podchodzą do siebie jak do potencjalnych wrogów, a nie jak do przyjaciół³⁰. „Pacjent postrzega lekarza jako tego, kto coraz mniej interesuje się nim samym, a coraz bardziej jego pieniędzmi, coraz mniej zainteresowany jest służbą w szpitalu, a coraz bardziej czasem poza tą służbą”³¹.

Oczywiście, można dostrzec również pozytywne przemiany w medycynie. Większe wykształcenie społeczeństwa, większa niezależność decyzji pacjentów, przeciwstawienie się paternalizmowi specjalistów. Jest to krok w kierunku dojrzałych i bardziej uczciwych stosunków lekarz–pacjent. Na tym tle rodzi

²⁸ Tamże, s. 71. Por. też M.B. Mahowald, *The Physician*, w: R.W. Clarke, R.O. Lawry (red.), *The Power of the Professions*, Lanham MD 1988, s. 119-131.

²⁹ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, dz. cyt., s. 71.

³⁰ Tamże, s. 72.

³¹ Tamże, s. 71.

się jednak coraz trudniejszy do rozwiązania problem związany z absolutyzacją autonomii pacjenta. Lekarz coraz częściej musi stawać w obronie swego moralnego prawa odrzucenia tego, co nieetyczne. „Coraz trudniej wyznaczyć granicę między właściwą ochroną autonomii pacjenta a niebezpieczeństwem deprecjacji ekspertyz medycznych”³².

Relacja z lekarzem staje się relacją formalno-prawną. Trudno powiedzieć, dlaczego rzecznik, który przecież szuka korzyści, podlega naciskom społecznym czy naciskom rodziny, mógłby lepiej prowadzić leczenie niż lekarz. Sytuacja lecznicza pacjenta komplikuje się jeszcze bardziej. Chory rzucony jest między różne opinie jego świeckich adwokatów i opinie lekarza. Ten ostatni, pod naciskiem rzecznika kontraktu, a wraz z tym pod naciskiem różnych tendencji ekonomicznych, społecznych czy rodzinnych, może się asekurować i dążyć nie tyle do wyleczenia, ale do tego, co przeważa w tych tendencjach. Formalna, legalistyczna, kontraktualistyczna relacja prowadzi do minimalizmu³³. „Lekarze będą ograniczać swoje zaangażowanie do tego, co literalnie zapisano w umowie. Czują się zwolnieni z funkcji tego, który wspiera, doradza i chroni dobro pacjenta”³⁴. Etyka kontraktualistyczna stawia u swych podstaw zysk. Wykluczona jest jakaś pozaplanowa posługa pacjentowi, która wymagałaby czegoś, co nie przyniesie lekarzowi korzyści.

W zaufaniu, w dialogu lekarza z chorym kształtuje się pojęcie całościowego dobra pacjenta. Dobro medyczne dostrzegane przez lekarza jest tylko komponentem całościowego dobra pacjenta. Na lekarzu ciąży odpowiedzialność określenia dobra medycznego, ale pacjent nie powierza mu określenia dobra całościowego. Od lekarza wymaga się dokładnej wiedzy, bycia ekspertem w tej dziedzinie. Winien on jednak zdawać sobie sprawę, że pacjent nie powierzył mu określenia całościowego dobra, do którego zmierza. Dobro medyczne winno być wkomponowane w dobro pacjenta – ale w określeniu tego dobra to nie lekarz, lecz właśnie pacjent jest ekspertem. Jest to bowiem jego świat wartości, jego dobro. Lekarz, budując relację zaufania, musi nauczyć się słuchać i rozumieć wyłaniające się całościowe dobro pacjenta³⁵.

„Współczucie [*compassion*] – pisze Pellegrino – jest jedną z istotnych cnót praktyki medycznej. Dobry lekarz nie może stosować mechanicznie zaleceń,

³² Tamże, s. 72.

³³ Tamże, s. 79.

³⁴ Tamże, s. 73.

³⁵ Tekst wyżej zaczerpnięto, przepracowano i skrócono z: T. Biesaga, *Spór o podstawy etyki medycznej. Teleologizm E.D. Pellegrino a kontraktualizm R.M. Veatcha*, Kraków 2014, s. 161–187.

wybierając z literatury medycznej lub katalogu leków, tak jak z książki kucharskiej, określony przepis³⁶. To właśnie osobowa więź z pacjentem pozwoli mu rozpoznać jego specyficzną sytuację. Można to osiągnąć, jak mówi sama nazwa tej cnoty, przez współodczuwanie tego, co czuje drugi. Chodzi o wczucie się w jego trudną sytuację. Łacińskie *compatior* znaczy „współcierpię”. Chodzi nie o tylko o zauważenie tego, co drugi czuje, ale o coś więcej, o przeżywanie jego cierpienia, uczestniczenia w nim, wzięcia go na siebie. Ten, kto współczuje, dostrzega i przeżywa to, co złego wyrządziły temu tu cierpiącemu jego choroba, jego utrapienia i zmartwienia. Postawa współcierpienia pozwala mu to pojąć.

Współczucia lekarza czy pielęgniarki nie da się zmierzyć jakimś psychologicznym testem. Przejawia się ono bowiem w całej dynamice odniesień do pacjenta. Jest ono obecne we wzajemnych reakcjach. Pacjent dostrzeże różnice między ogólną ogładą służby zdrowia, grzecznym, ale bezosobowym podejściem a przejściem się przez określonego lekarza czy pielęgniarkę jego losem.

„Na współczucie składa się uczucie, postawa, słowa, gesty, język. Współczucie jest też cnotą w klasycznym sensie. Znaczy to, że posiada moralny i intelektualny wymiar³⁷. W wymiarze moralnym możemy nazwać współczucie cnotą moralną leczenia. W leczeniu chodzi bowiem o to, aby „kogoś uczynić znów całym sobą” (*make whole again*). Bez poznania i czucia różnych niuansów kłopotliwej sytuacji konkretnego pacjenta nie jest to możliwe. Lekarz nie prowadzi leczenia we właściwym sensie, gdy w swym działaniu przekreśla to, co pacjent czuje, gdy okazuje mu brak zainteresowania czy szacunku, czy też obojętność wobec sposobu widzenia rzeczy przez pacjenta. Nie jest możliwe przywrócenie harmonii ciała i ducha w pacjencie, jeżeli lekarz w stosunku do niego sam wprowadzałby swoim zachowaniem dysharmonię. Leczenie nie jest właściwym leczeniem, jeśli niszczy jakieś sfery życia osoby ludzkiej. Czyniąc to, lekarz podważa pokładane w nim zaufanie. Niszczy jego przekonanie, że wiedza medyczna jest użyta dla jego dobra. Podcina możliwości efektywnego użycia tej wiedzy. Narzędzie jest używane, ale nie prowadzi do tych skutków, jakich oczekują chore osoby. Współczucie jest niezbędne dla osiągnięcia celu medycyny. Prowadzi ono do pełnego podejścia do realizacji tego celu i jest moralnie wymagane.

³⁶ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, dz. cyt., s. 79.

³⁷ Tamże, s. 80.

Oprócz moralnego wymiaru współczucia posiada ono również wymiar poznawczy. Stwarza ono bowiem warunki dla głębszego zrozumienia wagi osobistych problemów pacjenta. To odkrycie jest odkryciem poznawczym dla leczenia choroby. Chodzi bowiem o pomoc i leczenie konkretnego człowieka, a nie o jakąś pomoc abstrakcyjną. Cel, jakim jest leczenie, można osiągnąć na wiele sposobów. Chodzi o taki sposób, który będzie służył nie tylko dobru medycznemu, ale dobru, o które pacjentowi chodzi, dobru całego człowieka jako istoty cielesno-duchowej.

„Ścisłe medyczne dobro musi być dopasowane do specyficznej sytuacji pacjenta, jego historii życia, aspiracji, nadziei, przegranych, lęków i pragnień, i to w tym momencie, w którym decyzja powinna być dokonana w zgodności z tym, jak to wszystko odbiera pacjent dla swej przyszłości”³⁸. Konieczny jest więc dialog i umiejętność włączenia dobra medycznego w całe dobro pacjenta.

Roztropność (*prudence*) jest cnotą niezbędną w medycynie. Jest to zasadnicza sprawność harmonizująca inne sprawności w realizacji pełni człowieczeństwa, celu całej aktywności ludzkiej. Na terenie medycyny cel lekarza jako człowieka łączy się z celem jego profesji, celem medycyny. Roztropność kształtuje inne cnoty, gdyż odnosi się do wszystkich środków, które są w naszej dyspozycji. Dzięki niej dostrzegamy związek między cnotami i to, jak wspólnie dopełniają się one w naszym życiu moralnym. Ona konkretyzuje realizację innych cnót, takich jak męstwo, umiarkowanie, sprawiedliwość itd.

Roztropność winna przenikać lekarską uczciwość. W erze autonomii pacjenta, i uświadomionej jego zgody ma on prawo do informacji na temat swojej choroby. Niemniej informacją tą można manipulować zarówno w sensie zbyt dużo lub zbyt mało szczegółów, jak i w sensie selekcji jednych danych i pomijania innych. Wykształcony lekarz jest świadomy, jak użyć swej wiedzy dla zyskania przychylności, podbudowania swego autorytetu, dla podjęcia takiej decyzji przez pacjenta, jaka jest dla jego dobra najlepsza.

Lekarz w przekazywaniu informacji nie może być bez troski. Nie może rzucać różnorodnymi informacjami bez uwzględnienia sytuacji i jej znaczenia dla chorego i rodziny. Nieroztropnie rzucone informacje mogą być szkodliwe zarówno dla leczenia, jak i dla autorytetu lekarza. Informacja winna być odpowiednio podana. Ani za pośpiesznie, ani za późno, ani za scjentystycznie, ani zbyt chaotycznie. Musi być włączona w sytuację egzystencjalną pacjenta

³⁸ Tamże, s. 81.

i w jego leczenie. Musi wyrastać z międzyosobowego doświadczenia i roztropności. Roztropność nie jest ani asekuracją, ani kalkulacją, ani jasnowidztwem.

Brak roztropności w informowaniu pacjenta, np. przez przedstawienie mu zbyt silnego zagrożenia, może uniemożliwić dalsze leczenie. Natomiast zdawkowe albo błędne informacje mogą zniszczyć zaufanie, niezbędne w relacji leczniczej. To właśnie dla zaistnienia i trwania relacji leczniczej pacjent–lekarz konieczne jest roztropne odnoszenie się do pacjenta ze swoją wiedzą, ze swoimi propozycjami i decyzjami³⁹.

Roztropność powinna przewyżczać mocną wersję paternalizmu (*the strong version of paternalism*), który utrudnia albo uniemożliwia pacjentowi zapoznanie się z danymi choroby i wyrażenie swoich pragnień. Niemniej wielu etyków akceptuje słabą wersję paternalizmu (*weak paternalism*), co umożliwia lekarzowi leczenie w sytuacjach chorobowych, kiedy trudno wymagać od pacjenta przemyślanej decyzji⁴⁰. Od pacjenta, który uległ wypadkowi i jest w szoku, trudno wymagać decyzji, czy zgadza się na zabiegi ratujące mu życie; trudno oczekiwać od pacjenta w ciężkim stanie, np. ciężko poparzonego, a nawet takiego, u którego umysł jest dość mocno przyćmiony przewlekłą chorobą, aby podejmował wyraźnie racjonalne decyzje.

W takich trudnych przypadkach lekarze kierują się zasadą ratowania życia, przywilejem terapii względem chorego. W ciężkich sytuacjach roztropność sugeruje, w jaki sposób zwracać się do pacjenta. Może być bowiem tak, że przedstawienie mu choroby od jej najczarniejszej strony podkopie w nim wszelkie nadzieje i doprowadzi do odrzucenia przez niego wszelkiej terapii, a nawet pchnie go do żądania eutanazji albo do popełnienia samobójstwa. W takich sytuacjach trudno powiedzieć, co wyraża właściwy szacunek dla osoby pacjenta: czy podważenie przesadną informacją nadziei, co jest niejako wyrokiem śmierci, czy podtrzymywanie niepełną informacją złudnej nadziei przez przemilczanie najtrudniejszych stron choroby. Można powiedzieć, że oba rozwiązanie są niewłaściwe⁴¹.

W wydawaniu sądu klinicznego akcentuje się w literaturze głównie cnoty intelektualne, które są istotne w decyzjach naukowych. Roztropność jest jednak czymś więcej niż właściwym wykorzystaniem wiedzy naukowej. Łączy ona cnoty intelektualne i moralne. Same intelektualne sprawności są niewy-

³⁹ Tamże, s. 88.

⁴⁰ Tamże.

⁴¹ Tamże, s. 89.

starczające. Praktyka moralna jest zarówno przedsięwzięciem intelektualnym, jak i moralnym. Nie należy ich oddzielać.

Roztropność w praktyce medycznej powinna integrować w lekarzu zarówno jego rozum, wolę, jak i serce. Sfera emocjonalna powinna również być włączona w działanie dla pacjenta. Opanowanie, integracja i włączenie sfery uczuć do motywacji w działaniu są istotne, albowiem nieuporządkowane uczucia, ambicje, pragnienie prestiżu i bogactwa zniekształcają działanie medyczne. Roztropność chroni przed podporządkowaniem troski o pacjenta naszym subiektywnym przyjemnościom i korzyściom. Przez swój element intelektualny broni lekarza zarówno przed hipertrofią, jak i atrofią emocjonalną. Strzeże ona lekarza zarówno przed emocjonalizacją postępowania, jak też przed zniszczenia jego serdecznych, emocjonalnych odniesień do pacjenta.

Sprawiedliwość (*justice*) we współczesnej medycynie wiąże się głównie z dostępem do środków medycznych i z ich dystrybucją. Sprawy ekonomiczne zdominowały dziś etykę medyczną. Sytuacja ta, oprócz korzyści, rodzi szereg zagrożeń. Wzrasta nacisk, aby szpital był przedsiębiorstwem konkurującym z innymi na wolnym rynku. Rodzi się przy tym pytanie: czy tego rodzaju instytucje ekonomiczne będą służyć wszystkim pacjentom, czy tylko tym, których na to stać? Czy w tej sytuacji przetrwa lekarz, dla którego dobro pacjenta ma być najwyższym nakazem?

Cnota sprawiedliwości jest sprawnością dania komuś tego, co mu się należy. Realizacja tego, co się drugiemu należy, obejmuje cały kompleks dóbr. To, co się komuś należy, wyznacza przede wszystkim godność każdej osoby. Stosunki ludzkie są jednak dalekie od doskonałości. Nietrudno w historii znaleźć przykłady naruszania zarówno sprawiedliwości rozdzielczej, jak i wymiennej. Nie wiadomo, jak wyrównać sprawiedliwie krzywdy tym, których przodkowie byli niewolnikami? Jak nie powtarzać nierówności w systemach społecznych, które ciągle ewoluują? Jak zrekompensować osobie, która dalej cierpi z powodu niekompetencji lekarza?

W teorii sprawiedliwości podkreśla się odniesienie do dobra wspólnego. Czyni się to tym bardziej, że opieka zdrowotna jest rzeczywistością społeczną, publiczną. Można jednak tak przyporządkować opiekę zdrowotną do globalistycznie rozumianego dobra ludzkości, że przekreśli się dobro konkretnej osoby, konkretnego pacjenta. Taka kalkulacja nie jest właściwa, gdyż sprawiedliwość musi przede wszystkim wziąć pod uwagę to, co się należy indywidualnej osobie danej wspólnoty, co się należy osobie pacjenta.

W cnocie sprawiedliwości wymienia się trzy ważne elementy: rozdzielczość dóbr, wymiennność dóbr oraz zadośćuczynienie, naprawienie krzywd. Sprawiedliwość dystrybutywna odnosi się do dobra wspólnego. Wymienna i naprawcza koncentruje się na indywidualnym dobru danej osoby. Arystoteles rozwinął tak rozumianą sprawiedliwość przez opis innej cnoty społecznej, a mianowicie przyjaźni. Przyjaźń inaczej miłość jest należna drugiej osobie dla jej wewnętrznej godności.

Św. Tomasz, pogłębiając w duchu chrześcijańskim sprawiedliwość, złączył ją nie tylko z przyjaźnią między ludźmi, ale z teologiczną cnotą miłosierdzia. W tej perspektywie cnoty społeczne zyskują dodatkowe impulsy w kierunku altruizmu, którego brakowało w myśleniu Greków. Stało się tak dlatego, że dostrzeżono dobro w postaci miłującej się wspólnoty, w której obecny jest Bóg. Ta perspektywa wspólnoty z miłującym Bogiem wzmacnia altruizm w rozdziale dóbr.

Według św. Tomasza, altruizm wynika z etyki miłości i miłosierdzia w nien przekać cnotę sprawiedliwości i związane z nią działania w przewyciężaniu nierówności, w trosce o przyszłe pokolenia, w walce o pokój, w trosce o naprawę zniszczeń środowiska naturalnego. Sprawiedliwość legalna, ludzka nigdy nie była wystarczająca. W żadnym okresie historii nie potrafiła ona zbliżyć się do ideału wspólnoty. Dzieje się też tak dlatego, że sprawiedliwość legalna zajmuje się sprawami ogólnymi. Jak owe ogólne zasady właściwie zastosować do indywidualnej osoby, jak się zachować mimo braku sformułowanych przepisów, zależy od miłości i roztropności drugiego człowieka.

Oczywiście, w pluralistycznej społeczności konieczne jest ustanowienie wypracowywanych w ciągłych dyskusjach, w politycznych i prawnych debatach, jak i w prawniczych interpretacjach pewnych standardów. Standardy te powinny być jednak rozumiane jako minimum tego, co możemy dać drugiemu. Prezentują one bowiem ograniczoną mądrość społeczną, dość wąskie formy dobroczynności, sprzeczne ze sobą oczekiwania oraz różne interpretacje dobra wspólnego. Stąd bardzo ważne jest – według Johna Rawlsa – nasze własne zaangażowanie, by postępować sprawiedliwie, mając na uwadze dobro wspólne.

Wielokrotnie maksymalistyczne, globalistyczne projekty dobra wspólnego ignorują i podporządkowują tym projektem dobro konkretnej osoby. Lekarz nie może w konkretnej sytuacji klinicznej zapomnieć o dobru konkretnej osoby, konkretnego pacjenta. Fundamentem sprawiedliwości jest nie tylko



odniesienie do dobra wspólnego, ale w sprawiedliwości rozdzielczej i wymiennej – do dobra indywidualnej osoby.

Największym problemem sprawiedliwości rozdzielczej jest dziś zapewnienie równego dostępu do opieki medycznej wszystkim obywatelom, zarówno bogatym, jak i biednym. W samych Stanach Zjednoczonych jest około 50 milionów obywateli nieubezpieczonych lub zbyt nisko ubezpieczonych, zdanych na łaskawość szpitali. Tymczasem medycyna komercyjna dyktuje swoje wymagania. Narzuca lekarzom jako pracownikom szpitala swoje zasady. Dyktuje lekarzowi, kogo i jakie przypadki opłaca się leczyć, a jakich się nie opłaca. Próbuje zredukować lekarza do portiera (*gatekeeping*), który jednych, wysoko ubezpieczonych może wpuścić do szpitala i może ich leczyć, a innych, nieubezpieczonych czy nisko ubezpieczonych nie może przyjąć. Rosnące koszty terapii i technologii medycznych sprawiają, że rachunek ekonomiczny staje się czynnikiem decydującym o dostępie do terapii medycznych. W tym kontekście pojawiają się niepokojące sugestie, by wysokie technologie medyczne były dostępne tylko do pewnego okresu życia człowieka. Wpływa to na traktowanie starości czy też ciężkich schorzeń jako braku produktywności społecznej i obciążenia społecznego. Może to generować postawy proeutanatyczne i proaborcyjne. Lekarz, realizując sprawiedliwość, powinien być głównie adwokatem i obrońcą każdego pacjenta.

Męstwo (*fortitude*) przy współczesnej organizacji opieki zdrowotnej jest bardzo trudno praktykować lekarzowi. Dzieje się tak dlatego, że poddany on jest licznym państwowym przepisom prawnym, przepisom różnych instytucji ubezpieczeniowych, przepisom szpitala oraz różnym oczekiwaniom ze strony otoczenia i pacjentów. Rozbudowywane ciągle regulacje zmagają się z dokładnym wyliczaniem i zredukowaniem kosztów terapii. Mają one zarówno pozytywne, jak też negatywne skutki. Pozytywnie pozwalają one kontrolować koszty i przyglądać się temu, co dostawcy opieki zdrowotnej otrzymują za swoje usługi. Od strony negatywnej mamy do czynienia – zdaniem Pellegrino – z utratą profesjonalnej wolności⁴². Przepisy dotyczące zwrotu kosztów za usługę pomocy czy opieki medycznej decydują bowiem, co lekarz może robić, a czego nie może. Prowadzi to do wykluczania pomocy i opieki zdrowotnej względem biednych, starych, nieubezpieczonych albo niewystarczająco ubezpieczonych. Wyrafinowane przepisy firm ubezpieczeniowych i innych organizacji i dostawców środków medycznych sprawiają, że lekarze sprzedają swoje usługi

⁴² Tamże, s. 112.

szpitalom i organizacjom zdrowia, które zapewniają budynek i zabezpieczenie finansowe działalności, ale za to zarządzają również lekarzem, wyznaczając mu, ilu i jakich pacjentów może przyjąć.

W tego typu dążącej do zysku „medycynie korporacyjnej” lekarz indywidualnie ma coraz mniej do powiedzenia. Spycha się go do pozycji portiera (*gatekeeper*) wyznaczającego, kto ma wejść i jakie usługi medyczne może otrzymać. Zmierza się do tego, aby lekarz był sprzedawcą produktów i usług medycznych, które nie tylko mają zrównoważyć wydatki, ale przynosić zyski różnym inwestorom, spółkom, organizacjom, jako właścicielom i zarządcom opieki zdrowotnej. W tym systemie trudno jest lekarzowi okazać odwagę, przeciwstawić się nierównościom w dostępie do terapii medycznych, nierównościom w przyjmowaniu pacjentów do danej instytucji medycznej i ująć się za pacjentem, którego terapia może być kosztowna i obciążyć instytucję finansowymi stratami. Można mieć nadzieję, że lekarz wyposażony w cnotę odwagi pokona swoje lęki powodowane komercyjną, społeczną i biurokratyczną presją i nie umniejszy realizacji właściwego dobra pacjenta.

Cnota umiarkowania (*temperance*) chroni lekarza przed odgrywaniem roli cudotwórcy, roli Boga (*playing God*), który wszystko może⁴³. Zarówno dawniej, jak i obecnie lekarz podlega pokusie odgrywania kogoś potężniejszego, niż wyznaczają mu realne możliwości. Sprzyja temu szybki rozwój technologii medycznych oraz spektakularne, nowe dokonania medyczne. Medycyna swoimi dokonaniem wpisuje się w ogólną atmosferę wiary w postęp, która charakteryzuje naszą epokę. Sprzyja to nadużywaniu technologii nie tylko wobec przyrody, co już zauważamy, ale wobec człowieka. Nadużycia te przejawiają się w nieuzasadnionym przedłużaniu życia, w uporczywej terapii, w przepełnionych OIOM-ach, w odłączaniu od urządzeń podtrzymującej życie, w aktywnej eutanazji. Wiele urządzeń medycznych jest od lat w powszechnym użytku, stąd lekarzom grozi rutyna, czyli automatyczne podłączanie pacjentów, bez głębszej analizy, czy jest to potrzebne, czy nie ma innych metod terapii, jak tylko owo uzależnianie pacjentów od urządzeń technicznych.

Wiara w potęgę medycyny i medycznej technologii prowadzi do zawłaszczania życia ludzkiego, które staje się uzależnione od decyzji lekarza i woli pacjenta oraz od stopnia zaawansowania technologicznego danego ośrodka medycznego. Skutkuje to zarówno nieuzasadnionym przedłużaniem umierania i cierpienia, jak też arbitralną decyzją o eutanazji. Panowanie nad życiem pa-

⁴³ Tamże, s. 120.

pacjenta w decyzjach odłączania aparatury podtrzymującej jego życie prowadzi do oceny wartości jego dalszego życia. Ocenia się w tym jego status materialny, jakość biologiczną jego życia oraz przydatność czy korzyść społeczną. Lekarz łatwo może się stać w tym procederze sędzią życia i śmierci.

Zawierzenie w terapii tylko urządzeniom technicznym może osłabić personalne relacje lekarz–pacjent. Leczenie staje się wtedy bezosobowym obcowaniem pacjenta z maszynami, do których jest podłączony.

W związku z tym cnota umiarkowania powinna dysponować lekarza do odpowiedzialnego użycia potęgi technologii medycznych dla dobra pacjenta. Powinna go ustrzec od zaniedbań w zastosowaniu tych technologii, jak też w ich nadużywaniu. Winna ukierunkować go w poszukiwaniu równowagi między tymi skrajnościami.

Cnota integralności (*integrity*) w praktyce medycznej jest warunkiem właściwej realizacji autonomii lekarza i pacjenta. Autonomia w ostatnich latach stała się dominującą zasadą działania. Złożyły się na to różne siły: dążenie do demokracji uczestniczącej, nieufność wobec autorytetów, rozwój powszechnej edukacji, konfrontacja z wyzwaniami technologii oraz ingerencja prawa i ekonomii w etykę medyczną. W indywidualizmie amerykańskim prawo do autonomii wywiedziono jeszcze z bardziej wąskiego uprawnienia, to jest z prawa do prywatności, gdzie granicą autonomii jest zło wyrządzane drugiemu, ale nie jest nim zło wyrządzane samemu sobie. W wyniku różnych prądów społecznych i podbudowujących je teoretyków wolności, etyka medyczna przesunęła się od paternalizmu medycznego do autonomizmu pacjenta. Taki stan zagraża autonomii i integralności osobowej i moralnej lekarza.

Cnota integralności osobowej i moralnej jest umiejętnością połączenia w sobie pozostałych cnót, aby wytrwale realizować cel medycyny, jakim jest dobro pacjenta, nie niszcząc przy tym swej tożsamości osobowej i tożsamości danej profesji. Przy zalegalizowaniu bowiem coraz to nowych uprawnień pacjenta – takich jak poinformowana zgoda, wola wyrażona za życia odnośnie stosowania lub odłączenia urządzeń podtrzymujących życie w stanach terminalnych, wola dokonania aborcji czy spełnienia eutanazji – może dochodzić do częstych konfliktów między pacjentami a lekarzem. To właśnie integralność powołania lekarskiego wraz z wewnętrznymi medycynie celami i wartościami, w tym zasadami moralnymi, chroni przed zredukowaniem go do sprzedawcy usług medycznych. Lekarz winien posiadać skryształizowaną osobowość moralną i umieć z jednej strony w sytuacjach konfliktu uszanować decyzje pacjen-

ta, z drugiej – odstąpić od czynności, które są niezgodne z etyką jego profesji i jego sumieniem. Ma on prawo do odwołania się do klauzuli sumienia. Może to czynić w dwojaki sposób. Po pierwsze, w razie szoku chorobowego, choroby psychicznej czy innego ciężkiego stanu pacjenta winien mu pomóc w scaleniu siebie, by był zdolny do świadomej i odpowiedzialnej decyzji. Choroba bowiem zakłóca naszą cielesno-duchową integralność i może prowadzić albo do przesadnego skupienia się na swej chorobie z pominięciem innych sfer naszego życia, albo do załamania się psychicznego i rezygnacji. Lekarz winien pomóc pacjentowi scalić się w zintegrowaną całość, aby decyzje pacjenta były oparte na równowadze osobowej i przez to stały się autonomiczne.

W przypadku jednak, gdy decyzje autonomiczne pacjenta są sprzeczne z zasadami etyki medycznej i zasadami moralnymi lekarza, nie ma innego wyjścia, jak rozejść się w atmosferze wzajemnego szacunku. Nie można zmuszać lekarza do czynów, które są niezgodne z jego profesją i jego sumieniem. To właśnie również w takich decyzjach okazuje się, czy mamy do czynienia ze zintegrowaną osobą lekarza, czy też z niewolnikiem społecznym i zawodowym. Integracja osobowa i moralna lekarza ma doniosłe znaczenie, a to dlatego, że na terenie etyki medycznej rozgrywają się dziś prawie najważniejsze spory etyczne, decydujące nie tylko o przyszłości etyki medycznej, ale etyki szczegółowej i etyki w ogóle.

Najmniej popularną cnotą w praktyce medycznej jest trzymanie w ryzach swoich korzyści (*effacement of self-interest*). Skrajny indywidualizm zakorzeniony w społeczności amerykańskiej, indywidualistyczny narcyzm, skupienie się na swoich korzyściach oraz potęga medycyny sprawiają, że lekarzowi trudno działać altruistycznie i traktować dobro pacjenta jako pierwszorzędne względem swojej korzyści. Nasila się przekonanie i ogarnia ono coraz szersze gremia lekarskie, że niemożliwa jest dalsza praktyka zasad etyki hipokratejskiej, w której dobro pacjenta było pierwszym i najwyższym nakazem. Narasta przeświadczenie, że jeśli lekarz nie weźmie pierwszorzędnie pod uwagę swojego własnego interesu, to zostanie zniszczony przez siły komercjalizacji, konkurencji, regulacji państwowych, nadużyć, wrogość mediów i publiczności oraz innych panujących i wrogich mu społeczno-ekonomicznych procesów⁴⁴. Procesy te zmierzają do zredukowania profesji medycznej do instytucji usługowej, biznesowej i technologicznej. W tej optyce decydująca jest własna korzyść lekarza czy instytucji medycznej, która usprawiedliwia odrzucenie do-

⁴⁴ Tamże, s. 144.

tychczasowych zasad hipokratejskiej etyki medycznej, a nawet się tego domaga. Tendencja ta w rzeczywistości prowadzi do likwidacji etyki medycznej na rzecz etyki biznesu i handlu. W ten sposób profesja medyczna może stracić swoją niezależność etyczną w stosunku do państwa, społeczeństwa i innych zawodów. Stąd przeciwstawienie się tym tendencjom zmierza do uratowania autonomii profesji medycznej i specyfiki etyki tego zawodu. Trzymanie w ryzach swoich korzyści, altruistyczne podejście do pacjenta, dobroczynność w zaufaniu są warunkiem humanizmu medycznego. W sytuacji bowiem walki na rynku o zysk, terapia wielu pacjentów biednych, nieubezpieczonych albo niewystarczająco ubezpieczonych, a do tego podatnych przez fakt choroby na zranienie, zostanie ograniczona lub wprost niepodjęta.

Cnoty a zasady, normy i pojęcie dobra

W dyskusji o podstawy etyki padają różne propozycje dotyczące tego, który z czterech faktów etycznych winien być punktem wyjścia dla teorii etycznej. Jeśli tym faktem jest dobro, mamy do czynienia z etyką agatologiczną, jeśli jest nim cnota – etyka przybiera charakter aretologiczny, jeśli nim jest wartość, ma ona charakter aksjologiczny, jeśli za podstawowy fakt uzna się normę, powinnośc – mamy do czynienia z etyką deontonomiczną. Wpływ na wybór takich a nie innych danych w punkcie wyjścia etyki mają wcześniej przyjęte założenia filozoficzne, zarówno metafizyczne, epistemologiczne, antropologiczne, jak i etyczne. Wybrany punkt wyjścia decyduje o charakterze etyki i generuje odpowiednie trudności w zbudowaniu koherentnej teorii etycznej, włączającej pozostałe podstawowe dane etyczne.

Współczesny renesans cnót w etyce ogólnej i szczegółowej jest wprawdzie pożyteczny, ale generuje podobne trudności. W etyce aretologicznej skupiamy się na podmiocie działającym, na jego dyspozycjach do moralnie dobrego działania, co jest nieodzowne w postępowaniu moralnym, ale niewystarczające do zaproponowania pełnej teorii etycznej. Trzeba bowiem określić, co jest cnotą, jaki jest katalog owych cnót oraz czy same cnoty wystarczają do rozpoznania zarówno dobra, jak i norm moralnych. W odpowiedzi na powyższe pytania potrzebujemy kryterium dobra i zła oraz zasad, norm moralnych, pozwalających stwierdzić, które czyny są dobre, a które złe, by na tej podstawie wyróżnić, jakie sprawności są wymagane do realizacji dobrych czynów. Jeśli nie określimy dobra niezależnie od opisu sprawności moralnych, to naszemu rozumowaniu grozi błędne koło, w którym dobro określimy poprzez cnoty,

a cnoty poprzez dobro. Dobrym moralnie aktem byłby taki czyn, który spełnia człowiek cnotliwy, a człowiekiem cnotliwym byłby ten, kto realizuje czyny moralnie dobre. Jeśli nie znajdziemy kryterium dobra i zła moralnego, to trudno będzie uzasadnić związek między sprawnościami moralnymi i dobrymi czynami⁴⁵. W określeniu moralnego charakteru czynu musimy więc sięgnąć poza cnoty, do innej rzeczywistości.

Niektórzy we wskazaniu właściwego punktu wyjścia w etyce sięgają po różne pryncypia, zasady etyczne. We wspomnianej wyżej etyce medycznej Toma Beauchampa i Jamesa Childressa, za przykładem W.D. Rossa, przywołuje się cztery *prima facie* zasady, takie jak zasada autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości. Przyjęte w apriorycznej intuicji beztreściowe zasady, nie posiadając wyrażonej treści, nie dają możliwości rozstrzygnięcia konfliktów między nimi. Bez odwołania się bowiem do jakiejś koncepcji dobra nie da się powiedzieć, jaki czyn jest dobrodziejstwem, sprawiedliwością, a jaki szkodzi moralnie człowiekowi. W związku z tym w pryncypizmie w praktyce zasadniczą rolę odgrywa autonomia – indywidualne decyzje, które w oparciu o swoje subiektywne czy społeczne tendencje kreują to, co dla danej jednostki w danej chwili wydaje się dobrem czy złem.

Oderwanie tego typu etyki zasad od antropologii czy ogólnej teorii etycznej uniemożliwia nadanie tym zasadom jakiejś określonej treści. Inaczej mówiąc, nie wiemy, z jakiej antropologii wywodzimy pojęcie wolności, dobroczynności czy sprawiedliwości. Próba uniknięcia sporów na terenie antropologii i oderwanie przez pryncypizm etyki od filozofii człowieka prowadzą do niekończących się sporów w poszukiwaniu rozstrzygnięć konfliktu zasad między sobą. Indywidualna autonomia wchodzi bowiem w konflikt choćby ze sprawiedliwością, nieszkodzeniem czy dobroczynnością.

Nie podważając tego, że autonomia jest warunkiem niezbędnym postępowania moralnego, trzeba jednak pamiętać, że nie jest ona warunkiem wystarczającym. Chodzi nam bowiem nie tylko, abyśmy decydowali, ale aby nasze decyzje były racjonalne, czyli uzasadnione realnie rozpoznany dobrem osoby ludzkiej.

Zarówno etyka zasad, jak i etyka cnót wymaga określenia dobra, które to dobro zasady i normy nakazują i co do którego chcemy w praktyce nabyć odpowiednie sprawności moralne. Nasze działanie, zmierzając do realizacji jakiegokolwiek dobra, jest działaniem celowym. W poszukiwaniu dobra pomocne

⁴⁵ Tamże, s. 18.



jest arystotelesowsko-tomistyczne teleologiczne ujęcie natury osoby ludzkiej. Nie chodzi nam bowiem tylko o dobro doraźne, ale o przyporządkowanie wielu dóbr dobru ostatecznemu osoby ludzkiej. To podejście za Alasdaiem MacIntyre'em można zastosować również do poszczególnych praktyk zawodowych, a za Edmundem Pellegrino do praktyki medycznej. Celem praktyki medycznej jest dobro pacjenta, czyli dobro medyczne, dobro przeżywane przez pacjenta, dobro pacjenta jako osoby i dobro ostateczne pacjenta. Ten wewnętrzny cel medycyny pozwala ustalić normy i obowiązki, jakie są wymagane do jego realizacji, czyli rozwinąć filozofię medycyny i etykę medyczną. Jest to etyka zbudowana na realnej kondycji człowieka, na fakcie choroby, który podważa tę kondycję, oraz na fakcie medycyny i na akcie medycznym, które przez terapię medyczną zmierzają do scalenia człowieka w całość cielesno-duchową, przywracając naszemu ciału właściwe funkcjonowanie w naszej osobie.

Wydaje się, że we właściwej teorii etycznej należy wyjść od koncepcji dobra i zła moralnego czy od kryterium dobra i zła i dopiero na tej podstawie przejść do formułowania norm moralnych i odpowiednich sprawności moralnych, czyli cnót. Odcinanie się w tym zadaniu od antropologii i metafizyki jest osłabianiem filozoficznego wymiaru etyki na rzecz doraźnych, pragmatycznych rozstrzygnięć. Taką etykę medyczną zaproponował Edmund Pellegrino i została ona opracowana na terenie polskim w książce *Spór o podstawy etyki medycznej*⁴⁶.

Mimo trudności w wyraźnym powiązaniu cnót z zasadami, normami i określonym dobrem w koherentną teorię etyczną, nie ulega wątpliwości ich ważność w postępowaniu moralnym oraz w praktyce medycznej. Etyka jest dziedziną praktyczną i bez nabycia sprawności do postępowania moralnego samo poprawne przedstawienie dobra, jak też opis norm moralnych nie uczynią nas istotami moralnymi. To nie sama świadomość tego, co dobre, a co złe, świadomość swoich obowiązków moralnym czyni nas dobrymi, ale dobre czyny i nabywanie w nich sprawności intelektu, woli i uczuć jako niezbędnych warunków realizacji tych dóbr i obowiązków. Stąd człowiek, lekarz, który nabył nie tylko sprawności medyczne i techniczne, ale specyficzne dla swej profesji sprawności moralne, przez cnotę zaufania, współczucia, roztropności, sprawiedliwości, męstwa, umiarkowania, integralności i trzymania w ryzach swoich korzyści, potrafi przewycięzać zarówno swój interes, jak też intere-

⁴⁶ T. Biesaga, *Spór o podstawy etyki medycznej. Teleologizm E.D. Pellegrino a kontraktualizm R.M. Veatcha*, dz. cyt.

sy społeczeństwa, państwa i w pełni realizować dobro pacjenta. Każdą, nawet najlepszą teorię można interpretować w szczegółowych sytuacjach z korzyścią dla siebie, dlatego to właśnie sprawności moralne lekarza, cnoty chronią go przed tym błędem i wpływają na podjęcie przez niego lepszych rozwiązań, niwelujących bolesne skutki błędnych teorii i decyzji⁴⁷.

Bibliografia

- T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, wyd. 1, Oxford University Press, New York 1979, 1989³, tłum. pol. *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzynski, Książka i Wiedza, Warszawa 1996.
- T. Biesaga, *Alasdaira MacIntyre'a krytyka etyki nowożytnej i współczesnej*, „*Analecta Cracoviensia*” 28 (1996), s. 3–14.
- T. Biesaga, *Elementy etyki lekarskiej*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2006.
- T. Biesaga, *Etyka cnot w etyce medycznej*, „*Medycyna Praktyczna*” 3 (2006), s. 20–23.
- T. Biesaga, *Niepowodzenia nowożytnego i współczesnego projektu etyki*, w: J. Pawica (red.), *Spór o etykę. Materiały z X Jagiellońskiego Sympozjum Etycznego*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999, s. 133–142.
- T. Biesaga, *Spór o podstawy etyki medycznej. Teleologizm E.D. Pellegrino a kontraktualizm R.M. Veatcha*, UPJPII, Kraków 2014.
- K.D. Clouser, B. Gert, *A Critique of Principlism*, „*Journal of Medicine and Philosophy*” 2 (1990), s. 219–236.
- Ph. Foot, *Virtues and Vices and Other Essays in Moral Philosophy*, Oxford University Press, New York 1978.
- W. Frankena, *Beneficence in an Ethics of Virtue*, w: E. Shelp (red.), *Beneficence and Health Care*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht 1982, s. 63–81.
- S. Hauerwas, *A Community of Character*, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 1981.
- A. MacIntyre, *After Virtue. A Study in Moral Theory. A Study in Moral Theory*, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 1981, 1984², tłum. pol. *Dziedzictwo cnoty. Studium z teorii moralności*, tłum. A. Chmielewski, PWN, Warszawa 1996.
- M.B. Mahowald, *The Physician*, w: R.W. Clarke, R.O. Lawry (red.), *The Power of the Professions*, University Press of America, Lanham MD 1988, s. 119–131.
- W.F. May, *The Physician's Covenant*, Westminster Press, Philadelphia 1983.
- E.D. Pellegrino, *Character, Virtue, and Self-interest in the Ethics of the Professions*, „*Journal of Contemporary Health Law and Policy*” 5 (1995), s. 253–277.

⁴⁷ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, dz. cyt., s. 29.

- E.D. Pellegrino, *Rationing Health Care: the Ethics of Medical Gatekeeping*, „The Journal of Contemporary Health Law and Policy” 2 (1986), s. 23–45.
- E.D. Pellegrino, *The Philosophy of Medicine Reborn: a Pellegrino Reader*, red. H.T. Engelhardt, F. Jotterand, University of Notre Dame Press, Notre Dame IN 2008.
- E.D. Pellegrino, *Toward a Virtue-based Normative Ethics for the Health Professions*, „Kennedy Institute of Ethics Journal” 3 (1995), s. 253–277.
- E.D. Pellegrino, *The Virtuous Physician and the Ethics of Medicine*, w: E. Shelp (red.), *Virtue and Medicine: Explanations in the Character of Medicine*, Reidel Publishing Co, Dordrecht, 1985, s. 237–255 (Philosophy and Medicine, 17).
- E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, D.G. Miller, *The Christian Virtues in Medical Practice*, Georgetown University Press, Washington DC 1996.
- E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York 1993.
- R.M. Veatch, *Hippocratic, Religious, and Secular Medical Ethics: the Points of Conflict*, Georgetown University Press, Washington DC 2012.
- R.M. Veatch, *The Hippocratic Ethic is Dead*, „The New Physician” 1984, s. 41–42, 48.

ks. prof. dr hab. Tadeusz Biesaga SDB, prof. UPJPII (ur. 1950), filozof, etyk, bioetyk, teoretyk etyki medycznej. Kieruje Katedrą Bioetyki na Wydziale Filozoficznym Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie. Rozwija antropologię i etykę personalistyczną Karola Wojtyły i jego uczniów. Korzysta w tym z badań zarówno nad etyką I. Kanta, M. Schelera, D. v. Hildebranda, R. Ingardena jak również nad etyką Arystotelesa i św. Tomasza z Akwinu. Z punktu widzenia personalizmu realistycznego przeprowadza krytykę utilitaryzmu w etyce ogólnej, w bioetyce i etyce lekarskiej. Jest autorem 6 książek naukowych, 145 artykułów oraz redaktorem 5 dzieł zbiorowych. Autorskie pozycje książkowe to: *Dietricha von Hildebranda epistemologiczno-ontologiczne podstawy etyki*, Lublin 1989; *Zarys metætyki*, Kraków 1996; *Spór o normę moralności*, Kraków 1998; *Elementy etyki lekarskiej*, Kraków 2006; *Spór o etykę medyczną. Teleologizm E.D. Pellegrino a kontraktualizm R.M. Veatcha*, Kraków 2014; *Podstawy etyki i bioetyki*, Kraków 2016. Redaktorskie pozycje książkowe to: *Podstawy i zastosowania bioetyki*, Kraków 2001; *Systemy bioetyki*, Kraków 2003; *Bioetyka polska*, Kraków 2004; *Bioetyka personalistyczna*, Kraków 2006; *Od autonomii osoby do autonomii pacjenta*, [współred. G. Hołub, P. Duchliński, T. Biesaga], Kraków 2013. Strona domowa: www.biesaga.info

