

normatywnej z teorią nie jest tak łatwa, jakby się to mogło wydawać na pierwszy rzut oka. Często jednak jest tak, że w pracach teoretycznych nie jest ważna ostateczna konkluzja, lecz droga, którą do niej autor dochodzi. Droga, którą przeszedł Jacek Hołówka w swej pracy *Relatywizm etyczny*, jest godna wysokiej oceny i zainteresowania ze strony wszystkich tych, którzy zajmują się praktyczną i teoretyczną moralnością.

Henryk Jankowski

LEKARZE O ETYCE LEKARSKIEJ

Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej. Red. T. Kielanowski. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1980, ss. 170.

Człowiek chory z pełnym zaufaniem powierza swoje życie i zdrowie lekarzowi, wierząc, że zrobi on wszystko, co w jego mocy, by uratować go przed śmiercią lub ulżyć mu w cierpieniu. Tego zaufania od wieków strzegły normy, które z czasem stały się podstawą etyki lekarskiej.

Sformułowanie pewnych zasad moralnych poprawnego wykonywania zawodu lekarza przypisuje się Hipokratesowi, na poły legandarnemu lekarzowi greckiemu z V w. p.n.e. Jak wykazały najnowsze badania historyków medycyny, Hipokrates jedynie rozwinął zasady głoszone już znacznie wcześniej przez egipskiego uczonego Imhotepa z XXVII w. p.n.e. Od tych zamierzchłych czasów charakter medycyny uległ daleko idącym zmianom. Nasuwa się pytanie, czy postęp wiedzy i techniki medycznej pociąga za sobą zmianę odwiecznych zasad moralnych, a jeśli tak, to na czym polega ta zmiana. Odpowiedź na to pytanie możemy znaleźć badając i porównując zbiory norm postępowania lekarskiego, takie jak przysięgi lekarskie i kodeksy deontologiczne, z których najstarsze polskie znane do dzisiaj pojawiły się już w XV w., a najnowszy *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza* uchwalony został przez Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Delegatów Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w listopadzie 1977; jest on rozwinięciem i uaktualnieniem pierwszego powojennego zbioru z 1967 r. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego postanowił uzupełnić ten zbiór swego rodzaju komentarzem, powierzając to zadanie gronu doświadczonych specjalistów. W ten sposób powstał pod redakcją Tadeusza Kielanowskiego zestaw artykułów zatytułowany *Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej*. Jak stwierdza w posłowniu Bogdan Kamiński, książka ta nie jest podręcznikiem, bo trudno o większą indywidualizację stylów, ale nie jest również monografią, bo pewne tematy wracają we wszystkich jej rozdziałach, a inne, dotyczące etyki lekarskiej, zostały w niej pominięte. Jest to „przede wszystkim zbiór wyznań grupy doświadczonych lekarzy, którzy niejedno widzieli i wiele rozumieją” (s. 170). Książka zawiera trzy działy:

- I. Zawodowa etyka lekarska.
- II. Odpowiedzialność lekarza.
- III. Polskie kodeksy deontologiczne.

Dział pierwszy wypełniają dwie obszerne prace: Tadeusza Brzezińskiego *Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej* i Józefa Bogusza *Zasady deontologiczne rodzone przez postępy wiedzy lekarskiej*. Dział drugi zawiera: Bolesława Popielskiego *Pogranicza etyki i prawa* i *Szczególne zagadnienia z pogranicza etyki i prawa*, Stefana Raszei *Z pogranicza etyki i cywilno-prawnej odpowiedzialności lekarza* i Zdzisława Marka *Niektóre przyczyny konfliktów między pacjentem a lekarzem*. W dziale ostatnim umieszczono, oprócz samego Zbioru *zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza*, artykuł Aleksandra Tulczyńskiego *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych*. Książkę kończy posłowie pióra Bogdana Kamińskiego.

Tadeusz Brzeziński szczegółowo omawia w swej pracy najważniejsze zasady etyki i deontologii lekarskiej, podkreślając zmiany, jakim one podlegają w naszych warunkach na skutek uspołecznienia służby zdrowia i znacznego rozszerzenia się obowiązków lekarza względem społeczeństwa. Po omówieniu wzoru osobowego lekarza, uwzględniającego jego stosunek do różnych dziedzin rzeczywistości, m. in. do natury i do kultury, autor analizuje najważniejsze problemy etyki lekarskiej, do których należą jego zdaniem:

- Tajemnica zawodowa lekarza.
- Zgoda na zabieg diagnostyczny i leczniczy.
- Obowiązek i prawo lekarza do udzielania pomocy.
- Postępowanie z nieuleczalnie chorym.

Problemy te stały się również przedmiotem rozważań Józefa Bogusza obok zasadniczego tematu jego artykułu, jakim są zmiany w etyce lekarskiej wywołane przez postęp wiedzy lekarskiej, ze szczególnym uwzględnieniem zasad regulujących warunki dopuszczalności badań na ludziach oraz zabiegów przeszczepiania narządów. Pozostałe artykuły zbioru poświęcone są zagadnieniom z pogranicza etyki i prawa oraz omówieniu historii kodeksów deontologicznych.

Pominęłam w tym omówieniu *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej* napisane przez wybitnego znawcę problemów etyki lekarskiej Tadeusza Kielanowskiego, ponieważ od tego, moim zdaniem, najciekawszego artykułu, chciałabym rozpocząć szersze przedstawienie treści książki. W swym wprowadzeniu Kielanowski zastanawia się, czy i w jakim stopniu współczesny rozwój nauk medycznych wpływa na zmianę sformułowanych przed wiekami zasad moralnych poprawnego wykonywania zawodu lekarza. Zdaniem autora, postęp wiedzy i techniki medycznej nie mógł pozostać bez wpływu na sytuację lekarza, któremu przyszło działać w zupełnie nowych warunkach i zmierzyć się z zupełnie nowymi problemami.

Aby na podstawie tekstu Kielanowskiego zobrazować te przemiany, spróbuję obrać za punkt wyjścia starożytną Hipokratesową zasadę *Salus aegroti suprema lex* (Dobro chorego naczelnym prawem) i poprzez analizę poszczególnych jej pojęć wykazać, jak bardzo treść tej przecież obowiązującej wciąż jeszcze zasady uległa zmianie i jakie były przyczyny tych zmian. Analiza ta będzie jednocześnie przedstawieniem problemów zawartych we wspomnianym *Wprowadzeniu* oraz częściowo również w innych pracach zbioru.

Już znaczenie pierwszego z terminów analizowanej zasady, mianowicie „dobro”, nasuwa wiele wątpliwości. Czym jest owo dobro? Czy należy je utożsamiać jedynie ze zdrowiem, czy może oznacza ono również inne doniosłe dla ludzi wartości, takie jak wolność czy godność. Jak wybierać w sytuacji, gdy są to wartości konfliktowe i jednocześnie ich zachowanie nie jest możliwe? „Często powtarza się, że zdrowie jest największym skarbem człowieka, ale prócz zdrowia musi człowiek po to, by się nie czuł nieszczęśliwy, posiadać wolność osobistą, czyli prawo decydowania, stanowienia o sobie, choć brzmi to paradoksalnie, musi człowiek posiadać obok

wszelkich wolności politycznych, społecznych, wolności przekonań i wypowiedzi, także wolność chorowania" (s. 8). W myśl etyki lekarskiej lekarz powinien tę wolność uszanować, rezygnując często z działań, do których z racji swego zawodu został zobowiązany. Kielanowski podkreśla prawo pacjenta do decydowania o sobie. Czy jednak można zawsze uszanować to prawo? Dotkliwym ograniczeniem wolności osobistej bywa nakładany na obywateli obowiązek poddawania się w przypadku chorób tzw. społecznych, takich jak gruźlica czy choroby nowotworowe, badaniom profilaktycznym i szczepieniom ochronnym. Czy i w tym przypadku lekarz ma uszanować prawo do autonomii pacjenta? Jest to przypadek konfliktu dwóch wartości: dobra pacjenta i dobra społeczności, której pacjent jest członkiem. Uznanie, że mniejszym złem będzie zmuszanie jednostki do poddania się pewnym niezbędnym zabiegom od niebezpieczeństwa zagrażającego większej grupie ludzi. Przedkładanie niekiedy dobra ogółu nad dobro jednostki wiąże się z nowymi zadaniami stawianymi współczesnej medycynie, takimi jak troska o podniesienie naturalnych walorów zdrowotnych społeczeństwa czy funkcje profilaktyczne.

Następne z pojęć analizowanej przeze mnie formuły, pojęcie „chorego”, w domyśle „chorego człowieka”, otwiera inny krąg problemów, przed jakimi staje lekarz. Kim jest człowiek? Jaka jest jego istota? Wiadomo, jak trudno stworzyć zadowalającą definicję człowieka uwzględniającą zarówno jego specyficzne własności, jak i precyzyjnie określającą początek i koniec jego istnienia. To wydawałoby się czysto teoretyczne i aksjologicznie neutralne zadanie ma olbrzymie znaczenie praktyczne. Problemy definicyjne bywają źródłem tak istotnych kontrowersji etycznych, jak kontrowersje dotyczące przerywania ciąży, odłączania urządzeń reanimacyjnych czy transplantacji narządów pobieranych ze zwłok.

Pytanie „kim jest człowiek” można nieco przeformułować i zapytać, kto powinien być przedmiotem naszej troski, świadczenia dobra lub ochrony przed złem, czyli kto jest naszym bliźnim. Kto jest człowiekiem dla lekarza? Czy jest nim również osobnik w mundurze wrogiego wojska, przestępca, upośledzony psychicznie, nieuleczalnie chory, niedołączy. Współcześnie, coraz częściej generalna odpowiedź na pytanie o istotę współrodzajową idzie w kierunku uniwersalizmu etycznego. Uniwersalizm etyczny najwcześniej reprezentowany był przez etykę lekarską. I jest on współcześnie przez tę etykę z całą mocą podkreślany. Zasada 8 kodeksu z 1977 r. głosi: „Lekarz powinien sumiennie, starannie i z najgłębszym poczuciem odpowiedzialności wykonywać swoje obowiązki w stosunku do każdego chorego, niezależnie od jego wieku, poziomu umysłowego, zajmowanego stanowiska, pozycji materialnej, narodowości, przekonań politycznych, wyznania lub innych względów” (s. 162). Kielanowski stwierdza (s. 9) „żadnego wpływu na postępowanie lekarza nie może wywierać ani sympatia, ani niechęć do chorego, nawet takie jego cechy, które by mogły w innych sytuacjach budzić uczucia potępienia czy obrzydzenia; nawet mundur wrogiego, nieprzyjacielskiego wojska, które napadło na kraj lekarza, nie zwalnia go od udzielania najlepszej opieki, na jaką go stać”.

Wiele kłopotów sprawia definicja zdrowia i choroby szczególnie, gdy dotyczy ona stanu tych sfer człowieka, które nie dość dokładnie zostały poznane i opisane, jak np. sfera zjawisk psychicznych. Problem definicji zdrowia psychicznego ma już swoją bogatą literaturę, trudności nie ominęły jednak również pojęcia zdrowia odnoszącego się do całego organizmu ludzkiego. Lekarz w swej codziennej praktyce musi posługiwać się jakąś normą, czy to przy kwalifikowaniu ludzi na leczenie w szpitalach psychiatrycznych, czy przy orzekaniu o zdolności lub niezdolności do pracy ludzi chorych lub uważających się za chorych, o poczytalności lub niepoczytalności ludzi oskarżonych o popełnienie karygodnych czynów, czy przy

przyznawaniu renty oraz innych świadczeń, czy wreszcie przy pełnieniu funkcji publicznych z racji zagrożeń społecznych związanych z chorobą pojedynczego człowieka. Nieostrość pojęcia zdrowia i choroby bywa przyczyną wielu rozbieżności.

„Dobro chorego naczelnym prawem” dla lekarza. Przyjrzyjmy się teraz ostatniemu członowi tej maksymy. Wiemy już, że nie zawsze tak jest, jak ona głosi. Znane są sytuacje, w których ważniejsze od dobra konkretnego pacjenta stają się inne wartości. Może to być wspomniane dobro zbiorowości kolidujące z dobrem poszczególnych jednostek, postęp nauki osiągany przez nieliczenie się z dobrem pacjenta, a zdarza się również, że działanie lekarza wyznaczone jest przez chęć zysku, a nie przez troskę o pacjenta.

Tak można krótko scharakteryzować główne tendencje zmian w etyce lekarskiej. Chciałabym teraz, opierając się na artykule Tadeusza Brzezińskiego, omówić szerzej jeden ze szczegółowych problemów tej etyki, mianowicie zagadnienie tajemnicy zawodowej lekarza. Hipokratesowa zasada „cokolwiek bym podczas leczenia czy poza nim w życiu ludzkim ujrzał czy usłyszał, czego nie należy rozgłaszać, będę milczał, zachowując to w tajemnicy” podlega współcześnie pewnym ograniczeniom. „Zmiana celu medycyny, zwrócenie się jej ku społeczeństwu, a nie tylko jednostce, wymaga od lekarza relatywnego traktowania problemu tajemnicy zawodowej i odstępowania od niej tam, gdzie jej zachowanie mogłoby stanowić szkodę społeczną. Stąd tendencje do liberalizacji w kwestii zachowania tajemnicy lekarskiej. Czy zawsze w pełni uzasadnione?” (s. 35) pyta Tadeusz Brzeziński.

W *Zbiorze zasad etyczno-deontologicznych* tajemnicy zawodowej lekarza dotyczą dwie zasady 4 i 11. „W stosunku do osób powierzonych jego opiece lekarz obowiązany jest zachować takt i dyskrecję jako wyraz szacunku dla osobowości chorego... Wszelkie wiadomości o chorym i o jego otoczeniu, uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu, objęte są tajemnicą. Nie wolno ich rozgłaszać ani ujawniać z wyjątkiem przypadków przewidzianych w obowiązujących przepisach prawnych. I wtedy jednak zakres okoliczności podlegających ujawnieniu powinien być ograniczony ściśle do celu, do jakiego następuje ujawnienie. Zachowanie tajemnicy zawodowej obowiązuje nie tylko za życia leczonych, ale także po ich śmierci” (s. 162).

Dopuszcza się możliwość naruszenia tajemnicy w pewnych wyjątkowych przypadkach. Są one określone w odpowiednich ustawach o zwalczaniu chorób społecznych oraz w przepisach prawnych dotyczących obowiązków lekarza względem organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości. „Idea tych ustaw jest ochrona interesów społeczeństwa, kosztem rezygnacji z dyskrecji względem jednostki. Decyduje o tym nie zbędność zachowania w danym przypadku tajemnicy, ale konieczność zapewnienia bezpieczeństwa społecznego, nawet kosztem ujawnienia tajemnicy lekarskiej” (s. 36). Jest to więc znowu wybór w sytuacji konfliktowej mniejszego zła, o czym nie wolno zapominać; należy dbać o to, by naruszenie tajemnicy zawodowej lekarza ograniczać do naprawdę niezbędnego minimum. Nie jest to łatwe zadanie dla lekarza obciążonego współcześnie tak różnorodnymi obowiązkami wynikającymi z pracy w uspołecznionej służbie zdrowia i z pełnienia funkcji publicznych

W swojej recenzji zwróciłam uwagę głównie na problemy etyczne zawodu lekarskiego dotyczące relacji lekarz — pacjent. Inne problemy omawiane w książce odnoszą się w równej mierze do ludzi wielu zawodów czy nawet do ludzi w ogóle.

Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej stanowią znakomity prze-

wodnik moralny po różnorodnych sytuacjach, w których życie współczesne stawia lekarza. Jest to przewodnik szczególnie cenny dla młodych adeptów tego trudnego i odpowiedzialnego zawodu.

Anna Grochocka

PRAKTYCZNE PYTANIA ETYKI MEDYCZNEJ

Robert M. Veatch, *Case Studies in Medical Ethics*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts and London, England, 1977, ss. 420.

Chociaż moralne problemy medycyny rozważane były w historii myśli etycznej od czasów starożytnych, to datujące się od początku lat pięćdziesiątych wzmożone zainteresowanie bioetyką związane jest przede wszystkim ze współczesnymi osiągnięciami biologii i medycyny oraz modyfikacją roli zawodowej lekarza i zadań stawianych przed służbą zdrowia. Rozwój technologii i wiedzy medycznej oraz rozszerzenie obowiązków zawodowych lekarza o działalność profilaktyczną nie tylko zintensyfikowały tradycyjne problemy etyki medycznej, ale również zrodziły wiele nowych problemów moralnych dotyczących np. dopuszczalności moralnej badań prenatalnych i zabiegów przerywania ciąży, stosowania nowych, sztucznych form prokreacji, eutanazji, sztucznego podtrzymywania przy życiu osób nieuleczalnie chorych, przeprowadzania eksperymentów medycznych na ludziach itd. Doniosłość problemów moralnych współczesnej medycyny skłoniła Institute of Society, Ethics and Life Sciences w Hastings-on-Hudson do wprowadzenia w 1970 r. programu etyki medycznej na jednej z uczelni medycznych w Stanach Zjednoczonych¹. Zdaniem Roberta M. Veatcha, który brał udział w opracowywaniu tego programu, etyka medyczna nie powinna dłużej pozostawać jedynie na marginesie edukacji medycznej, ponieważ „a moral mistake can be literally a life-or-death disaster” (s. V). Należy zatem zmienić dotychczasowy system kształcenia przyszłych lekarzy, który kształtuje studentów na technicznych geniuszy i moralnych głupców. Etyka medyczna — jak sądzi Veatch — nie może pozostawać jedynie w gestii profesjonalistów medycznych, gdyż rozważane w jej ramach problemy moralne dotyczą nie tylko etyki zawodowej lekarza, lecz sięgają do podstawowych praw człowieka i istotnych wartości moralnych ogniskujących się wokół życia, śmierci i zdrowia.

Książka *Case Studies in Medical Ethics* wyróżnia się swoim charakterem spośród innych prac z dziedziny bioetyki. Pomyślana była przede wszystkim jako pomoc w realizowaniu programu etyki medycznej w uczelniach medycznych, prawniczych, teologicznych i pedagogicznych oraz na niektórych wydziałach uniwersyteckich². Adresowana jest zatem do studentów — zarówno przyszłych lekarzy, jak

¹ Program etyki medycznej realizowany był w Columbia University's College of Physicians and Surgeons.

² Na wydziałach biologii, socjologii, filozofii i religii.