

Pomoc i czyny obowiązkowe i ponadobowiązkowe w praktyce lekarskiej i bioetyce

Artykuł omawia problemy związane z użyciem słowa pomoc w odniesieniu do tych działań lekarzy, które obejmują leczenie i ratowanie życia. Autorki rozważają rozmaite modele relacji lekarz–pacjent na tle szeroko podzielanych wartości obecnych we współczesnych, pluralistycznych społeczeństwach liberalnych. Autorki twierdzą, że wypełnianie obowiązków lekarza, które są określone w umowie z pacjentem, nie wymaga działań altruistycznych i że wobec tego nie można go nazwać pomocą. Termin ten można jednak poprawnie zastosować do tych specjalności medycznych (jak onkologia, neonatologia, psychiatria czy opieka paliatywna), w których pacjenci są szczególnie podatni na skrzywdzenie oraz w długoterminowej opiece medycznej. W takich dziedzinach medycyny moralnie dobra praktyka polega na gotowości do wykroczenia poza obowiązki kodeksu medycznego. Gotowość taka wyraża się w trwałej dyspozycji do działania dla dobra pacjentów, a nawet w gotowości do poświęcenia części własnego dobra.

Współcześnie bioetyka nie może ograniczać się jedynie do analizy jednostkowych przypadków. Oczywiście jest, iż to one zwracają naszą uwagę na różnorodne problemy z zakresu etyki i medycyny, jak również inicjują dzisiejsze debaty na tym polu. Są one bez wątpienia ważnym elementem służącym wnikliwшему zrozumieniu problemu w całej jego złożoności i wielopłaszczyznowości. Istotne znaczenie kazuśw dla wypracowania przesłanek do działania podkreśla np. Stephen Toulmin, który twierdzi, iż praktyka kliniczna w sposób przekonujący dowodzi, że ani w postępowaniu ściśle medycznym, ani w ocenie moralnej zasady uniwersalne nie mogą być ostatecznym kryterium dla podejmowania decyzji¹. Uważamy jednak, iż chcąc wypracować i uzasadnić regulacje normatywne w obszarze bioetyki, nie możemy ograniczać się do analizy poszczególnych przypadków ani nawet do wyznaczania przypadków wzorcowych. Jednym z oczywistych powodów naszego przekonania

¹ S. Toulmin, *The primacy of practice medicine and Postmodernism*, [w:] *Philosophy of Medicine and Bioethics. A Twenty-Year Retrospective and Critical Appraisal*, ed. R.A. Carson, Ch.R. Burns, Dordrecht–Boston–London 1997, s. 41–53.

jest fakt, iż ocena każdego przypadku z perspektywy etycznej, czy nawet zakwalifikowanie go jako problemu do rozważań, zawsze wymaga przyjęcia określonej postawy etycznej, a co za tym idzie, pewnego spojrzenia z perspektywy określonych wartości, które podzielamy, i dóbr, które chcielibyśmy osiągnąć. Ograniczenie dyskusji bioetycznych do analizy indywidualnych przypadków nie daje, naszym zdaniem, wystarczających podstaw dla uzasadnienia przyjętych rozwiązań ani też nie wyznacza norm postępowania w obszarze bioetyki. Motywacji dla czynów moralnie dobrych oraz supererogacyjnych w dziedzinie działań regulowanych przez bioetykę, w tym również standardów dla moralnie dobrej praktyki lekarskiej, należy szukać we wspólnie podzielanych wartościach, zaś zasady bioetyczne należy ugruntować w teoretycznych podstawach.

Można oczywiście postawić pytanie, czy we współczesnych liberalnych społeczeństwach istnieją wspólnie podzielane wartości, czyli takie, które byłyby wspólne dla wszystkich członków społeczeństwa, a nie jedynie dla członków określonych zbiorowości. Wielu współczesnych filozofów podkreśla, że są one niezbędne dla funkcjonowania liberalnego społeczeństwa, wskazując przy tym różne źródła tych wartości². Paweł Łuków uważa, że wspólnie podzielane mogą być normy nie tyle związane z dobrym ludzkim życiem, ile np. normy dotyczące postępowania w sytuacjach, gdzie odnośnie do dobrego życia występują różnice poglądów³. Odpowiadając na postawione pytanie twierdząco, chcielibyśmy podkreślić, że opowiadamy się również za takim sposobem poszukiwania kryteriów moralnych w bioetyce, który odwołuje się do wspólnej praktyki⁴.

Stąd też nasze analizy dotyczące problemu etyki lekarskiej i proponowana przez nas perspektywa budowania modeli lekarz–pacjent prowadzone będą w odniesieniu do teoretycznych koncepcji normatywnych, które naszym zdaniem powinny stanowić fundament etyki lekarskiej. Musi ona, na co również zwrócimy uwagę, być uzupełniona o wartości i cnoty nabywane na drodze praktyki. Omówienie zaś definicji pomocy i czynów supererogacyjnych w etyce lekarskiej i w bioetyce będzie prowadzone dwutorowo. Z jednej strony przedstawimy hipotetyczne przypadki,

² Do grona tych filozofów zalicza się np. Will Kymlicka, który argumentuje, że współczesna kultura, afirmująca tolerancję i różnicowanie, jest wspólnym historycznym osiągnięciem, zatem z jednej strony musi być ona osadzona w praktykach wspólnotowych, z drugiej — musi mieć możliwość ich kwestionowania. Także Alasdair MacIntyre uważa, że współczesne liberalne państwo, podobnie jak każda wspólnota polityczna, do swojego przetrwania wymaga przestrzegania cnót. Por. A. MacIntyre, *Dziedzictwo cnoty*, przeł. A. Chmielowski, Warszawa 1996, s. 351.

³ P. Łuków, *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, Warszawa 2005, s. 84.

⁴ Warto podkreślić, że również bioetyka jako filozoficzna refleksja normatywna nad praktyką medyczną jest pluralistyczna. Jej przedstawiciele odwołują się do różnorodnych filozoficznych koncepcji i odmiennych sposobów uzasadnień norm moralnych. Jeżeli więc chcemy wypracować dyrektywy regulujące funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej pluralistycznego społeczeństwa, w tym m.in. społeczną czy też zawodową relację lekarz–pacjent, to dyskurs bioetyczny powinien respektować zarówno przekonania moralne wspólnie podzielane przez członków społeczeństwa, jak i wspólny, społeczny, krytyczny kontekst normatywny, i stanowić z nim spójną całość.

które będą stanowiły podstawę rozważań, ale też przykłady dla ogólnych twierdzeń; z drugiej strony wskażemy wartości i urzeczywistniające je normy, które naszym zdaniem powinny kształtować charakter relacji lekarz–pacjent, jak też stanowić motywację do podejmowania określonych działań, zwracając uwagę na filozoficzne fundamenty naszych rozważań.

Z wykonywaniem zawodu lekarza nieodłącznie związane jest nie tylko posiadanie kompetencji *stricte* medycznych, lecz także postępowanie zgodne z moralnością zawodową. Jednym ze źródeł norm moralności lekarskiej może być tradycja lekarska, wraz z ukształtowanym przez nią rozumieniem dóbr medycznych oraz wynikającymi z niego powinnościami lekarza⁵. Dokonanie takiego wglądu wymaga doświadczenia oraz praktyki i nie jest możliwe dla osób „z zewnątrz”. Dlatego też normy etyki lekarskiej, jak też cele medycyny, definiowane są tu przez samych lekarzy i zostają sprecyzowane, a następnie wyrażone, w kodeksie etyki lekarskiej i, w konsekwencji, w składanym przyrzeczeniu lekarskim. To tradycyjne podejście do etyki lekarskiej jest wyrazem przekonania o dominacji lekarza w kwestii decyzji medycznych w relacji lekarz–pacjent. Wynika ono z przeświadczenia, iż to właśnie rolę lekarza jest definiowanie dóbr medycznych, a co za tym idzie, także dobra pacjenta.

Takie tradycyjne podejście cieszy się jednak coraz mniejszą akceptacją wśród dzisiejszych bioetyków, zdaniem których we współczesnych społeczeństwach liberalnych cała zbiorowość, a nie jedynie pewna grupa społeczna, definiuje dobro całego systemu opieki medycznej, którego medycyna jest tylko częścią. Obecnie ilekroć mówimy o opiece medycznej, mamy do czynienia ze zintegrowaną całością, w skład której obok medycyny wchodzi np. instytucje ubezpieczeniowe, instytucje zarządzające opieką zdrowotną, instytuty naukowe, regulacje prawne oraz przekonania społeczno–kulturowe. Autorytet lekarzy zostaje wzbogacony z jednej strony o dyskurs społeczny (komisje bioetyczne delegowane przez społeczeństwo), z drugiej zaś o bioetykę jako dyscyplinę akademicką⁶. Trzeba przy tym podkreślić, iż regulacje komisji bioetycznych nie odnoszą się do indywidualnych wyborów moralnych pacjentów, lecz do instytucjonalnego funkcjonowania opieki zdrowotnej, w tym także do postępowania lekarzy, rolą zaś akademickich bioetyków nie jest formułowanie w sposób ostateczny zasad postępowania, lecz jedynie sugerowanie i uzasadnianie różnych dróg dla rozwiązań problemów medycznych.

Wraz z zastąpieniem autorytetu lekarza normami definiowanymi przez społeczeństwo, w bioetyce pojawiła się wyraźna tendencja do rezygnacji z pojęcia *etosu* na rzecz terminu *etyka lekarska*, który swoim zakresem obejmuje zbiór fundamentalnych norm regulujących postępowanie lekarza wobec pacjentów, innych lekarzy oraz całego społeczeństwa⁷. W naszych rozważaniach dotyczących

⁵ P. Łuków, *Granice zgody*, dz. cyt., s. 62–77.

⁶ Na ten temat zob. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, Warszawa 2010, s. 43–75; H. Häyry, *Should the Decisions of Ethics Committees be based on Community Values?*, [w:] *Bioethics. An Anthology*, ed. H. Kuhse, P. Singer, Blackwell 2006, s. 719–724.

⁷ Por. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, dz. cyt., s. 78–79.

wymagań etycznych stawianych lekarzom chcielibyśmy jednak zachować używane w etyce pojęcie etosu, które wykracza poza etykę lekarską rozumianą jako zbiór norm i wartości krytycznie uzasadnionych przez teorie moralne i przyjętych w społecznym dyskursie. Oprócz owych norm i wartości, zawiera ono także wzorce postępowania, jak również oczekiwania wobec lekarzy, które są raczej domeną *phronesis* niż racjonalnego dyskursu, powstają jako wynik określonej społecznej praktyki i oczekiwań społeczno–kulturowych oraz podlegają nieustannym przemianom, tak jak nieustannym przemianom podlega rzeczywistość. Tak rozumiane pojęcie etosu wymyka się skończonemu opisowi, z jednej strony bowiem wspiera się na wzorcach postępowania, z drugiej jednak wymaga indywidualnego wglądu i umiejętności stosowania tych wzorców oraz zdolności dokonywania właściwego wyboru w konkretnych, niepowtarzalnych okolicznościach.

1. Wymagania etyczne wobec lekarza we współczesnych modelach relacji lekarz–pacjent

We współczesnej bioetyce na płaszczyźnie teoretycznych rozważań wyróżnia się szereg modeli relacji lekarz–pacjent. Najczęściej wspomniane to paternalizm, który w swojej najsilniejszej postaci cieszy się coraz mniejszą aprobatą zarówno wśród lekarzy, jak i pacjentów, ze względu na uznanie supremacji lekarza nad pacjentem oraz wynikających z niej różnorodnych problemów etycznych, takich jak ograniczanie autonomii pacjenta czy mówienie prawdy⁸. Kolejny z proponowanych modeli, określany jako partnerski, akcentuje współpracę i wzajemne zaufanie jednostek, propagując wspólne poszukiwanie środków pozwalających na osiągnięcie pożądanego dobra, jakim jest zdrowie pacjenta⁹. Innym modelem jest model przyjacielski, którego głównym wyznacznikiem jest poczucie emocjonalnej więzi, stanowiącej podstawę współdziałania w zakresie odpowiedniej terapii. Wydaje się, iż różnica między modelami przyjacielskim a partnerskim leży głównie w przewadze czynnika emocjonalnego nad racjonalnym¹⁰. Model kontraktowy, którego istotą jest posiadanie wspólnego celu, służącego realizacji nadrzędnych celów indywidualnych, kładzie nacisk na formalnoprawną stronę zobowiązania podjętego przez obie strony tej relacji. Polega on na wymianie dóbr i usług przy jednoczesnym uwzględnieniu autonomii i równości obu partnerów relacji oraz konieczności realizacji partyku-

⁸ Więcej na temat modelu paternalistycznego i jego odmian zob. P. Łuków, *Granice zgody*, dz. cyt., s. 104–126; G. Dworkin, *Paternalism*, <http://plato.stanford.edu/entries/paternalism/>; tenże, *Moral Paternalism*, <http://ucdavis.academia.edu/geralddworkin/Papers/87445/Moral-Paternalism>; tenże, *Paternalism*, „The Monist” 1972, nr 56, s. 64–84.

⁹ Por. J.F. Childress, M. Siegler, *Metaphors and Models of Doctor–Patient Relationship: Their Implications for Autonomy*, [w:] *Biomedical Ethics*, ed. T.A. Mappes, D. DeGrazia, New York 2001, s. 73; P. Łuków, *Granice zgody*, dz. cyt., s. 101–102;

¹⁰ Por. J.F. Childress, M. Siegler, *Metaphors and Models of Doctor–Patient Relationship*, dz. cyt., s. 74.

larnych interesów obydwu stron, aby cel ostateczny mógł zostać zrealizowany¹¹. Ostatnim z najczęściej wymienianych modeli jest model inżynierski, w którym akcent relacji przeniesiony zostaje na cele pacjenta i w którym uwypuklony zostaje antypaternalistyczny sposób uprawiania medycyny i bioetyki. W tym modelu lekarz staje się usługodawcą, ekspertem w zakresie właściwego funkcjonowania ciała, pojmowanego jako swoistego rodzaju maszyna¹².

Wydaje się, iż współcześnie nie jest możliwe wskazanie na jeden powszechnie obowiązujący model relacji lekarz–pacjent. Naszym zdaniem, specyfika różnych specjalizacji medycznych jest na tyle odmienna, iż wymaga przyjęcia istnienia różnych modeli. Uważamy, iż jeśli mowa o etosie zawodu lekarza, spośród wymienionych modeli jedynie dwa mogą służyć jako wzorce. Niektóre specjalizacje można będzie sytuować w obszarze modelu kontraktowego, inne zaś w obszarze modelu partnerskiego.

Rozwój medycyny oraz wykształcenie się różnorodnych jej gałęzi, a co za tym idzie, pojawienie się wielu specjalizacji, jest przyczyną zmiany sposobu postrzegania roli i obowiązków lekarza. W wyniku przemian społeczno–ekonomicznych zdezaktualizował się model paternalistyczny, pozostawiając otwartą drogę do realizacji pozostałych modeli. Uzasadniając przyjęcie określonych modeli relacji lekarz–pacjent, odwołamy się do, naszym zdaniem wciąż aktualnej, propozycji Edmunda Pellegrino, który w etyce medycznej opowiadał się za nierozzerwalnym związkiem etyki cnoty oraz etyki obowiązku¹³. Zdaniem Pellegrina w etyce medycznej powinniśmy mówić o trzystopniowym systemie wymagań etycznych. Na pierwszym i najbardziej ogólnym poziomie znajduje się przestrzeganie prawa; na drugim mamy do czynienia z uprawnieniami pacjentów i obowiązkami lekarza rozważanymi na poziomie etyki zawodowej; trzeci zaś poziom wyznacza praktykowanie cnoty.

Pierwszy stopień obejmuje wartości i normy uznawane przez społeczeństwo za fundamentalne. Należą do nich szeroko rozumiane przepisy prawa, takie jak ochrona uprawnień jednostki, jak również ich szczegółowe egzemplifikacje w postaci ochrony jednostek przed dyskryminacją czy eksperymentami medycznymi, a także obowiązek udzielenia pomocy w sytuacji zagrożenia życia¹⁴. Drugi poziom odnosi się do sfery *stricte* zawodowej i obejmuje deontologię lekarską oraz wymagania kodeksu. Zaliczyć tu można zasady takie jak dobroczynienie, prawdomówność, odpowiedzialność wobec pacjentów i zaspokajanie ich specyficznych potrzeb, do-

¹¹ Por. R. Veatch, *Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age*, Hasting Centre Report 1972, nr 2 (June), s. 6; P. Łuków, *Granice zgody*, dz. cyt., s. 100–101.

¹² Por. J.F. Childress, M. Siegler, *Metaphors and Models of Doctor–Patient Relationship*, dz. cyt., s. 74; P. Łuków, *Granice zgody*, s. 102–103; E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, *Four Models of the Physician — Patient Relationship*, JAMA 1992; nr 16 (267), s. 2221–2226.

¹³ E. Pellegrino, *The Virtuous Physician and the Ethics of Medicine*, [w:] *Biomedical Ethics*, ed. T. A. Mappes, D. DeGrazia, New York 2001, s. 68–71.

¹⁴ E. Pellegrino, *The Virtuous Physician*, dz. cyt., s. 69.

chowanie tajemnicy lekarskiej oraz poszanowanie autonomii, jak również pewien stopień empatii i troski. Praktyka lekarska pokazuje, iż zasady te w wyjątkowych sytuacjach mogą wchodzić ze sobą w konflikt, nie dając ostatecznej odpowiedzi co do wyboru sposobu postępowania¹⁵. Dlatego też Pellegrino wprowadza dodatkowy, trzeci poziom, który godzi normatywne wymagania etyki zawodowej i etycznego dyskursu z niedającą się podporządkować jednej zasadzie rzeczywistością. Dopiero uświadomienie sobie moralnej złożoności jednostkowych przypadków jest pierwszym krokiem na drodze do dokonania odpowiedzialnego wyboru. Trzeci poziom wychodzi poza obszar prawa czy obowiązku zawodowego i obejmuje praktykowanie cnót, które zyskują tutaj głębszy wymiar¹⁶. „Oczekujemy, iż człowiek cnotliwy będzie postępował w sposób słuszny i dobry, nawet jeśli postępowanie to wymagać będzie poświęcenia siebie lub istotnych własnych interesów. Etyka cnót rozszerza pojęcia, takie jak dobra wola, dobroczynienie, sumienność, współczucie, wierność przyjętym zasadom, daleko poza zakres wyznaczony przez obowiązek”¹⁷.

Proponowany przez Pellegrina trzeci poziom wymagań etycznych pokazuje, że wybór działania dokonany przez lekarza w sytuacji konfliktu zasad nie musi być wyborem arbitralnym, subiektywnym czy irracjonalnym. Ponieważ etyka zasad nie daje możliwości racjonalnego usprawiedliwienia jakiegokolwiek stanowiska w sytuacji konfliktu norm, aby znaleźć oparcie dla sądów moralnych podzielanych przez lekarza i pacjenta, należy wyjść poza statyczny opis relacji lekarz–pacjent, ujętej w ramy deontologiczne, i zwrócić się w stronę racjonalności wywodzącej się z tradycji ludzkiego działania, kształtowanej w różnorodnych kontekstach ludzkiej współpracy i określającej wzajemne relacje oraz więzi międzyludzkie. Innymi słowy, należy szukać ich w racjonalności wymagającej cnót moralnych. Taki sposób uzasadniania standardów moralnych i definiowania dóbr został zaproponowany w filozofii przez Arystotelesa¹⁸ i jest współcześnie kontynuowany przez Alasdaira MacIntyre’a¹⁹.

¹⁵ Tamże; K.D. Clouser, *Common Morality as an Alternative to Principlism*, „Kennedy Institute of Ethics Journal” 1995, Vol. 5, nr 3 (September), s. 219–236; B. Gert, Ch.M. Culver, K.D. Clouser, *Bioethics. A return to Fundamentals*, Oxford 1997, s. 71–92.

¹⁶ E. Pellegrino, *The Virtuous Physician*, dz. cyt., s. 69.

¹⁷ Tamże.

¹⁸ W tradycji zapoczątkowanej przez Arystotelesa, dóbr, które człowiek ma osiągnąć w działaniu, nie można poznać na drodze dyskursywnej. Wiedza taka oparta jest na roztropności, ta zaś może rozwijać się tylko przez zaangażowanie w konkretne sytuacje, rozwiązywanie konkretnych problemów, wymaga doświadczenia i jest przez doświadczenie nieustannie weryfikowana. W myśli Stagiryty roztropność (racjonalność praktyczna) jest tożsama z cnotą i polega na posiadaniu określonych dyspozycji do działania, dzięki którym działanie, jakie wybiera posiadający je człowiek, jest dobre. Por. *Etyka Nikomachejska*, ks. I, 1098a–b; ks. VI, 1141a–b, 1144a.

¹⁹ Tradycja filozoficzna, do której nawiązuje MacIntyre, ujmuje człowieka jako uczestnika licznych praktyk. Praktyka to określona, społecznie ustanowiona forma działalności, nakierowana na dobra, których osiągnięcie wymaga współpracy. Każda praktyka posiada zatem swoje dobra wewnętrzne, zdefiniowane za pomocą pojęć wywodzących się z niej samej, dlatego dóbr tych nie da się rozpoznać, zrozumieć i uzyskać z zewnątrz, bez uczestnictwa w tej praktyce. Dobra wewnętrzne to pewne wzory

Powyżej przedstawiony podział na modele relacji lekarz–pacjent nie w pełni odpowiada realiom współczesnej praktyki medycznej, również z powodu zmian, jakie zaszły w relacjach między członkami społeczeństwa²⁰. W ich wyniku, jak również na skutek intensywnego rozwoju specjalizacji medycznych, przemianom uległo postrzeganie profesji lekarza. Zmiana ta przyszła wraz ze zwiększeniem się ilości relacji, w jakie wchodzimy we współczesnym świecie. Obecnie nie funkcjonuje już wyobrażenie lekarza, którego praktyka medyczna swoim zakresem obejmowałaby leczenie wszystkich chorób i dolegliwości. Współcześnie, kiedy posługujemy się zwrotami takimi jak: „mój lekarz”, „idę do lekarza”, prawie zawsze mamy na myśli konkretnego specjalistę. Ponadto w ciągu naszego życia mamy kontakt nie z jednym, ale często z wieloma lekarzami. Co więcej, w tym samym czasie możemy wchodzić w relacje z kilkoma specjalistami jednocześnie, dlatego też nie jesteśmy w stanie stworzyć bliskiej więzi z nimi wszystkimi. Liczba pacjentów jednego lekarza zwiększyła się wielokrotnie na przestrzeni wieków, co powoduje, iż nie możemy rościć sobie prawa, aby wymagać od lekarza gotowości do budowania emocjonalnych czy nawet partnerskich relacji z każdym pacjentem ani też oczekiwać każdorazowo poświęcenia przez niego własnych interesów. Znaczna część specjalizacji nie wymaga także trwałego kontaktu lekarza z pacjentem i pozostaje tymczasowa, a nawet jednorazowa. Złożoność, a także często nagłość procedur medycznych powoduje, iż w podejmowaniu decyzji czynnik etyczny zaczyna odgrywać mniejszą rolę niż czynnik *stricte* medyczny. Wszystko to sprawia, iż w dzisiejszych czasach nasze oczekiwania wobec lekarzy muszą zostać ograniczone do wypełnienia obowiązków z poziomu prawa stanowionego oraz etyki zawodowej, wedle klasyfikacji Pellegrina. To, czego powinniśmy wymagać od lekarza, to rzetelne wypełnianie przez niego obowiązków zawodowych i stosowanie się do prawa obowiązującego w danej społeczności i kraju — iluzją będzie oczekiwanie czegoś więcej.

Istnieją jednak również takie specjalizacje, które wymagają od lekarza większego zaangażowania, troski, a nawet czasem poświęcenia własnych interesów dla dobra podopiecznego. Należą do nich bez wątpienia te wszystkie specjalizacje, w których terapia i opieka nad pacjentem jest długotrwała, jak również wówczas, gdy mamy w nich do czynienia z pacjentem delikatnym i szczególnie podatnym na zranienie.

działania, wzory doskonałości i posłuszeństwa określonym zasadom, które kształtują charakter, dyspozycje do działania, wrażliwość, a także nadają sens i treść życiu jednostek zaangażowanych w określoną praktykę. Dobra wewnętrzne nie mogą być więc przedmiotem rywalizacji, co więcej, uzyskanie ich przez jednostki jest dobrem dla całej wspólnoty, do której jednostki te należą. Do osiągnięcia dóbr wewnętrznych wobec praktyk niezbędne jest posiadanie i przestrzeganie cnoty. Cnota to stała wewnętrzna dyspozycja do działania, która określa stosunek jednostki zarówno do dóbr, jak i do innych ludzi, z którymi jednostka jest związana w dążeniu do ich uzyskania.

²⁰ Więcej na temat podważania konieczności konstruowania modeli relacji lekarz–pacjent zob. K. Szewczyk, *O bezsensie i potrzebie konstruowania modeli relacji lekarz–pacjent*, „Diametros” 2010, nr 25 (w druku); G. Clarke, R. Hall, G. Rosencrance, *Physician – Patient Relations: No More Models*, „American Journal of Bioethics” 2004, nr 2, s. 16–19.

Zaliczyć możemy do nich na przykład onkologię, opiekę paliatywną, neonatologię czy psychiatrię, w tych wszystkich bowiem dziedzinach lekarza powinno cechować pewnego rodzaju powołanie, wyrażające się we wrażliwości i empatii, oraz dyspozycje ukształtowane w wyniku praktykowania cnoty. Dlatego też do etosu tego rodzaju specjalizacji, i tylko takich, włączyć należy trzeci poziom wymagań proponowany przez Pellegrina, przez co relacja lekarz–pacjent staje się znacznie bardziej wymagająca w sensie dyspozycyjnym, jak i emocjonalnym.

We wspomnianych specjalizacjach kładziemy nacisk na dobrą wolę (*benevolence*), czyli stałą wewnętrzną dyspozycję do działania na rzecz pacjenta, która jest istotnym elementem etosu lekarza działającego w tych obszarach medycyny. Można postawić pytanie, czy samo dobroczynienie (*beneficence*), które jest wpisane w zasady z drugiego poziomu, czyli zasady etyki zawodowej, wystarcza, aby wypełnić zakres pojęcia np. etosu lekarza onkologa. Odpowiadając, twierdzimy, iż samo wypełnianie zasad etyki zawodowej nie jest wystarczającym elementem etosu, bowiem o ile dobroczynienie odnosi się jedynie do działania na rzecz innych, to dobra wola zawsze jest skojarzona z dyspozycją cnotliwego człowieka do takiego działania.

Naszym zdaniem, w dzisiejszych realiach większość relacji lekarz–pacjent może zostać oparta na modelu kontraktowym, który ograniczony zostałby do wypełniania wymogów etyki zawodowej oraz stosowania prawa stanowionego. Wydaje się on realnym kompromisem między poszanowaniem autonomii z jednej strony oraz pokładaniem ufności w moralnej postawie lekarza i jego medycznych umiejętnościach z drugiej. Na taką cechę modelu kontraktowego zwraca uwagę Kazimierz Szewczyk, twierdząc, iż „obsesja autonomii jako wolności decyzyjnej została tu znacznie złagodzona wiernością, zaufaniem i powiernictwem”²¹. Uważamy również, że zmiany społeczne i kulturowe, które miały miejsce w społeczeństwach demokratycznych, doprowadziły do tak silnego zróżnicowania poglądów moralnych i potrzeb zdrowotnych ich członków, na co zwraca uwagę Robert Veatch, iż współcześnie właściwie nie jest możliwe pełne zrozumienie lekarza przez pacjenta, przez co pacjent jest zmuszony do zrozumienia i samodzielnej oceny własnych potrzeb zdrowotnych, a co za tym idzie większej samodzielności w podejmowaniu decyzji²². Wymóg większej odpowiedzialności za podejmowane decyzje dotyczące własnego zdrowia jest tym bardziej uzasadniony, im większej wolności oraz poszanowania autonomii domagamy się jako członkowie społeczeństwa, a także coraz częściej jako pacjenci²³.

W analizie tego problemu należałoby wziąć pod uwagę jeszcze dwa istotne czynniki. Po pierwsze, w wyniku powszechnej edukacji zdrowotnej oraz rewolucyjnych

²¹ K. Szewczyk, *O bezsensie i potrzebie konstruowania modeli relacji lekarz–pacjent*, dz. cyt.

²² R. Veatch, *Abandoning Informed Consent*, „Hastings Center Report” 1995, nr 2, s. 5–12.

²³ Wydaje się, że taki kierunek przemian społecznych jest efektem popularyzacji liberalnych koncepcji wypracowanych m.in. przez Johna Stuarta Milla i funkcjonujących jako standard w sferze działań politycznych. Por. J.S. Mill, *O wolności*, przeł. A. Kurlandzka, Warszawa 2006, s. 178–200.

zmian, jakie dokonały się w społeczeństwie, a dotyczących naszego postrzegania zdrowia, jak też czynników zdrowia sprzyjających i niesprzyjających, mamy większą świadomość swoich potrzeb zdrowotnych, a co za tym idzie większe oczekiwania, iż zostaną one zaspokojone w sposób profesjonalny. Po drugie, coraz większa i bardziej dostępna wiedza medyczna jest przyczyną stopniowego ograniczania naszej zależności i bezwarunkowego zaufania wobec lekarzy jako wszytkowiedzących profetów, co z kolei sprawia, iż coraz mniej polegamy wyłącznie na wiedzy konkretnego lekarza i jego umiejętnościach.

Choć zgadzamy się z Pellegrinem, iż zaufanie stanowi jeden z najważniejszych komponentów relacji lekarz–pacjent²⁴, uważamy, iż w zwykłych, codziennych relacjach, w jakie wchodzimy z wieloma ludźmi, w tym także lekarzami, musi ono zostać ograniczone zarówno ze strony nas, jako pacjentów, jak i lekarzy. Prawdziwe „przymierze”, jak je nazywa Veatch²⁵, możliwe jest dopiero wówczas, gdy obie strony relacji będą sobie zdawały sprawę zarówno z obowiązków, jakie ono nakłada, jak i z jego ograniczeń.

Model kontraktowy, którego jesteśmy zwolennikami w najbardziej podstawowych formach opieki medycznej, nie wystarcza jednak do opisu wszystkich relacji lekarz–pacjent z uwagi na jego słabe strony, na które zwracają uwagę krytycy tego modelu²⁶. Zgadzamy się, że w przypadku długotrwałej terapii relacja między lekarzem a jego podopiecznym może wykraczać daleko poza ramy tradycyjnie rozumianego kontraktu, choćby z tego powodu, iż zaczyna ona obejmować swoim zakresem intymne sfery życia pacjenta, jak również, iż nie uwzględnia ona dynamicznego rozwoju decyzji i stanowiska pacjenta zmieniającego się w czasie. Dlatego też niektóre specjalizacje, a szczególnie te wymienione powyżej, powinny zostać wpisane w obszar modelu partnerskiego. Nie zgadzamy się jednak z zarzutem, iż model kontraktowy jest zupełnie nieadekwatny do opisu relacji lekarz–pacjent z uwagi na istotową różnicę między stronami, z których jedna jest osłabiona chorobą i niepokojem oraz ma ograniczoną wiedzę medyczną. Uważamy, że w sposób zadowalający można za jego pomocą opisywać podstawowe relacje układu lekarz–pacjent, które nie wymagają długotrwałej terapii ani poświęcenia własnych dóbr przez lekarza.

Te dwa modele normatywne wystarczają do opisanía relacji lekarz–pacjent i stanowią podstawę działania zmierzającego do osiągnięcia zdrowia oraz sprawnego funkcjonowania opieki medycznej we współczesnych społeczeństwach. Naszym zdaniem, właśnie w tym kierunku należy poszukiwać form współpracy między lekarzami i pacjentami, stawianie bowiem zbyt wysokich i trudnych do spełnienia wymagań moralnych w ramach każdej praktyki lekarskiej czy jakichkolwiek zobowiązań zawodowych powoduje, iż nie sposób im sprostać, co w konsekwencji

²⁴ E. Pellegrino, *Trust and Distrust in Professional Ethics*, [w:] *Ethics, Trust, and the Professions: Philosophical and Cultural Aspects*, Washington D.C. 1991, s. 72.

²⁵ R. Veatch, *Abandoning Informed Consent*, dz. cyt., s. 11.

²⁶ Por. P. Łuków, *Granice zgody*, dz. cyt., s. 100, przyp. 4.

jest przyczyną obniżania standardów moralnych²⁷. Żądania empatii i gotowości do poświęceń, kierowane wobec lekarzy wszystkich specjalizacji i w każdej sytuacji, formułowane przez społeczeństwo, są niemożliwą do spełnienia iluzją, przenoszenie zaś ciężaru odpowiedzialności wyłącznie na lekarza, przy jednoczesnym roszczeniu pacjenta do uwzględniania jego autonomii, jest postępowaniem niemoralnym.

2. Pomoc a supererogacja w praktyce lekarskiej

Jedno z pierwszych zdań Kodeksu Etyki Lekarskiej zawiera zobowiązanie i przyrzeczenie lekarza, aby „według najlepszej [jego] wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc”²⁸. Pojawia się tu pytanie o to, co należy rozumieć przez zwrot *pomoc choremu*. Potocznie przez „pomoc” rozumie się każde działanie zorientowane na korzyść innego. W tym sensie pomocą byłoby kształcenie studentów, budowanie mieszkań czy też udzielenie świadczenia medycznego przez lekarza. Naszym zdaniem jednak, takie rozumienie terminu „pomoc” jest nadużyciem. W definicję pomocy wpisany jest bowiem przede wszystkim brak wynagrodzenia za działanie czy też nawet brak oczekiwania nagrody albo rekompensaty. Co więcej, udzielenie pomocy wiąże się z motywacją czysto altruistyczną, jak też z poświęceniem jakiejś części swoich istotnych interesów. Jednym z czynników motywujących do podjęcia działania nakierowanego na pomoc jest asymetria, w której beneficjent z relacji pomagający–potrzebujący jest z definicji słabszy, a jego działanie ani możliwości nie wystarczają do zaspokojenia jego podstawowych potrzeb. Tym samym wszystkie te działania, które wynikają z obowiązków zawodowych, nie wchodzą w zakres sfery działań, do których stosujemy termin „pomoc”. Rzetelne wypełnianie obowiązków zawodowych przez lekarza w ramach modelu kontraktowego, polegające m.in. na udzieleniu porady lekarskiej, postawieniu właściwej diagnozy i zastosowaniu odpowiedniej terapii czy przywracaniu właściwego funkcjonowania organizmu, nie spełnia żadnego z powyższych kryteriów, dlatego też termin „pomoc” nie może mieć tutaj zastosowania. Wypełnienie obowiązków i stosowanie się do kodeksu etyki zawodowej nie wymaga od lekarza niczego więcej ponad wypełnianie zobowiązań wynikających z kontraktu zawartego między jego równorzędnymi stronami²⁹.

²⁷ Obarczenie lekarzy, a nawet studentów medycyny, zbyt wielką odpowiedzialnością prowadzi do utraty wśród lekarzy poczucia troski o pacjenta, zanikania umiejętności podejmowania decyzji, a także niezdolności do komunikacji z pacjentem, co jest zjawiskiem coraz częstszym w środowisku lekarzy. Na ten temat zob. np. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, *Drugi język medykalizacji*, [w:] *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, red. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko, Wrocław 2000, s. 194–201.

²⁸ *Kodeks Etyki Lekarskiej*, http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/kel.

²⁹ Wskazując na model kontraktowy, chciałobyśmy odwołać się do tradycji kontraktualistycznej, reprezentowanej w filozofii przez Johna Locke’a, Jean-Jacquesa Rousseau, Immanuela Kanta, a współcześnie Johna Rawlsa. W tej tradycji zasady kontraktu są wyrazem moralnych władz człowieka i mają regulować wszelkie działania w sferze publicznej bądź stanowić publicznie uznaną podstawę określającą nienaruszalne uprawnienia i wolności. W koncepcji Rawlsa zasady kontraktu określają warunki społecznej sprawiedliwej kooperacji osób. Są to tzw. zasady sprawiedliwości, wokół których

O działaniach nakierowanych na pomoc innemu możemy mówić dopiero wówczas, gdy w relacjach lekarz–pacjent wyjdziemy poza model kontraktowy i będziemy rozpatrywać te specjalizacje, których działanie normuje model partnerski. W modelu partnerskim istotnym elementem etosu lekarza jest gotowość do wykraczania poza obowiązki wyznaczone przez kodeks. Wyraża się ona nie tylko w dobroczynieniu, lecz także w stałej dyspozycji woli do bezinteresownego działania na rzecz innego. Wszystkie powyżej wymienione istotowe elementy pojęcia „pomoc”, takie jak altruizm, gotowość do poświęcenia własnych interesów, asymetria relacji oraz brak oczekiwania rekompensaty czy nagrody za działanie, są realizowane w modelu partnerskim. Biorąc pod uwagę klasyfikację Pellegrina, dopiero trzeci poziom zobowiązań moralnych jest obszarem, na którym lekarz, poprzez działania zorientowane na pomoc innemu, może praktykować cnotę.

Praktykowanie cnoty byłoby jednym z wyznaczników budowania wzorców moralnych w obrębie praktyki lekarskiej, co naszym zdaniem jest niezbędnym elementem etosu niektórych specjalizacji medycznych. Poza oczywistym nadzorem w kwestiach *stricte* medycznych rolą mentora jest także wdrażanie młodych adeptów sztuki lekarskiej do pewnej praktyki moralnej przez własne wybory, czyny i postawę. Naszym zdaniem, powrót do tradycji kultywowania cnót moralnych poprzez przykład jest jedyną realną możliwością przekazywania wiedzy moralnej i urzeczywistniania etosu lekarza.

Wydaje się też, że praktykowanie cnoty nie musi być ograniczone jedynie do działań ukierunkowanych na osiągnięcie zdrowia, jak chciałby Pellegrino³⁰. Może ono także polegać na np. obecności podczas ostatnich chwil życia przy łóżku chorego, pomocy pacjentom w sporządzeniu testamentu woli, a nawet spełnieniu prośby terminalnie chorych i cierpiących pacjentów o pomoc w samobójstwie³¹.

W dyskusji o pomocy oraz obowiązkach lekarza wobec jego podopiecznych zasadne jest postawienie pytania o czyny ponadobowiązkowe (supererogacyjne). Czy w praktyce lekarskiej i szeroko rozumianej bioetyce możemy w ogóle mówić o supererogacji? A jeśli tak, to czy czyny supererogacyjne są specyficznym rodzajem aktów moralnych w tych sferach naszego działania?

Ażeby podjąć te rozważania, przyjmujemy, że w etyce daje się wyróżnić klasę czynów ponadobowiązkowych, a jednocześnie wykraczających poza podstawowe

powinny być zorganizowane instytucje społeczne. Ze sprawiedliwymi instytucjami wiążą nas zobowiązania wynikające z zasady rzetelności. Zobowiązania te są przyjmowane dobrowolnie (ich treść zależy od danej instytucji czy praktyki) i są zobowiązaniami moralnymi wobec osób, które w ramach danej praktyki czy instytucji współdziałają. Por. J. Rawls, *Teoria sprawiedliwości*, przeł. M. Panufnik, J. Pasek, A. Romaniuk, Warszawa 2009, s. 175.

³⁰ E.D. Pellegrino, *Praxis as a Keystone for the Philosophy and Professional Ethics of Medicine: The Need for an Arch-Support: Commentary on Toulmin and Wartofsky*, [w:] *Philosophy of Medicine and Bioethics*, dz. cyt., s. 80.

³¹ Por. T. Beauchamp, *The Principle of Beneficence in Applied Ethics*, <http://plato.stanford.edu/entries/principle-beneficence/>.

rozumienie pomocy³². Podobnie jak czyny zorientowane na pomoc, czyny supererogacyjne określa brak oczekiwania nagrody czy jakiegokolwiek rekompensaty, jak również asymetria relacji pomagający–potrzebujący. W przypadku czynów ponadobowiązkowych asymetria ta jest większa, z wyraźnym zaakcentowaniem słabości strony potrzebującej. Czyny supererogacyjne cechuje także motywacja altruistyczna, wypływająca ze współczucia, ale przede wszystkim zdolności do przedłożenia dobra innego człowieka nad własne, a ponadto brak jakiegokolwiek jednostkowej korzyści dla pomagającego.

Owo współczucie wiąże się z kolejną istotną cechą czynów tej klasy, a mianowicie gotowością do poświęcenia nie tylko własnych interesów, jak było w przypadku pomocy, lecz nawet własnych dóbr materialnych, zdrowia czy życia. Kolejną ważną cechą wyróżniającą czyny supererogacyjne spośród czynów zorientowanych na pomoc jest brak oczekiwania analogicznego zachowania ze strony innych w podobnych sytuacjach.

Chcemy wyraźnie zaznaczyć, iż kiedy mówimy o własności odróżniającej czyny obowiązkowe wchodzące w zakres etyki zawodowej lekarza od czynów supererogacyjnych, nie uznajemy tych drugich za lepsze moralnie. Taką właśnie moralną wyższość czynów supererogacyjnych nad wypływającymi z obowiązku sugeruje choćby James Urmson we wzorcowym artykule *Saints and Heros*³³. Uważamy, że ta propozycja jest nieadekwatna do opisu supererogacji, tak prosty bowiem i absolutny podział na czyny „lepsze” moralnie, czyli supererogacyjne, i „gorsze” moralnie, czyli obowiązkowe, sugeruje, że można być lepszym niż tylko dobrym, a zatem bycie dobrym człowiekiem nigdy nie wystarcza. Z takim zaś przekonaniem nie możemy się zgodzić.

Tak rozumiana supererogacja przekracza wszystkie trzy akceptowane przez nas poziomy wymagań moralnych i nie może zostać wpisana w etos zawodu jakiegokolwiek specjalizacji, nie tylko dlatego, że z definicji wykracza ona poza etos, ale przede wszystkim ponieważ, jak uważamy, w medycynie nie ma miejsca na czyny supererogacyjne, które rozgrywałyby się między lekarzem a pacjentem. W tym sensie zgadzamy się z przeciwnikami supererogacji, którzy, jak Marcia Baron³⁴, twierdzą, iż w codziennej sferze moralności nie ma potrzeby wyróżniania czynów supererogacyjnych, czyny bowiem wynikające z obowiązku wystarczają do określenia tego, co słuszne i pożądane. Ponieważ, jak słusznie zauważa Baron, ludzie skłonni są stosować się jedynie do tego, co nakazuje kodeks moralny, każdy trudny czyn wynikający z obowiązku i wymagający jakiegoś poświęcenia traktować mogą

³² Na temat sporu o istnienie czynów supererogacyjnych zob. A.M. Kaniowski, *Supererogacja. Zagubiony wymiar etyki. Czyny chwalebne w etykach uniwersalistycznych*, Warszawa 1999, s. 87–143; D. Heyd, *Supererogation*, <http://plato.stanford.edu/entries/supererogation/>.

³³ J.O. Urmson, *Saints and Heros*, [w:] *Essays in Moral Philosophy*, ed. A. Melden, Seattle 1958, s. 198–216.

³⁴ M. Baron, *Kantian Ethics and Supererogation*, „The Journal of Philosophy” 1987, nr 84, s. 237–262, [za:] A.M. Kaniowski, *Supererogacja*, dz. cyt., s. 104–107.

jako czyn supererogacyjny, a więc taki, którego nie można od nich wymagać. Takie przekonanie może doprowadzić do zawężania obszaru czynów obowiązkowych. Przyjmując rozumowanie Baron, pragniemy zauważyć, iż naszym zdaniem jest ono słuszne jedynie w obszarze regulowanym przez etyki zawodowe.

Czyny supererogacyjne możliwe są jedynie w obrębie relacji człowiek–człowiek, a nie specjalista–beneficjent, w tym również lekarz–pacjent. Tym samym, choć nie możemy wyróżnić specyficznych, w tym wypadku medycznych, czynów supererogacyjnych, możemy jednak na nie wskazać, odwołując się do szeroko rozumianej bioetyki.

3. Obowiązek a supererogacja w bioetyce

Kontynuując powyższe rozważania dotyczące obowiązku i supererogacji w praktyce lekarskiej, skupimy się obecnie na rozróżnieniu obu tego rodzaju czynów w relacjach międzyludzkich w całym obszarze działań ukierunkowanych na pomoc choremu.

W naszych analizach proponujemy szczególne rozumienie obowiązku w obszarze bioetyki. Podczas gdy obowiązek w praktyce lekarskiej wynika z kodeksu, a przede wszystkim z kontraktu czy „przymierza”, w bioetyce w uzasadnianiu tego, co obowiązkowe, należy przyjąć perspektywę społeczną. Uznajemy, iż naszym obowiązkiem moralnym jest realizacja dobra wspólnego, definiowanego w filozofii jako wspólny cel podzielany przez członków danej wspólnoty, którym jest rozwój fizyczno–psychiczno–moralny jej członków, czyli realizacja ludzkich możliwości zdrowotnych, fizycznych, intelektualnych oraz cnót na indywidualny sposób. Dobro to, które określane jest przez MacIntyre’a jako wewnętrzne³⁵, może być urzeczywistnione jedynie w społeczeństwie praktykującym cnotę. Tak rozumiane społeczeństwo musi być wspólnym przedsięwzięciem jednostek³⁶, nakierowanym na takie dobro, jakie określilibyśmy mianem dobrostanu społecznego, a mianowicie określonej wiedzy, także medycznej, poziomu i dostępności świadczeń, w tym zdrowotnych, dochodu, określonych wolności, takich jak wolność słowa czy decyzji. Praktykowanie cnoty, tak istotne dla rozwoju indywidualnego, nie jest możliwe jedynie w perspektywie jednostkowej. Musi ono być nakierowane na drugiego oraz polegać na współpracy pojmowanej także jako gotowość do wychodzenia poza własne interesy. Praktykowanie cnoty, przynoszące korzyści zarówno praktykującemu, jak i innym członkom wspólnoty, jest możliwe zarówno w przypadku cnót takich jak dobroczynienie i sprawiedliwość, co jest naszym zdaniem oczywiste, jak i w przypadku tych cnót, które niesłusznie bywają uważane za egotyczne, takich jak oszczędność, roztropność czy odwaga³⁷. Wynika z tego, iż zależność między dobrostanem a cnotą jest relacją zależności wzajemnej. Z jednej strony niemożliwe jest praktykowanie cnoty bez urzeczywistniania dobra

³⁵ A. MacIntyre, *Dziedzictwo cnoty*, dz. cyt., s. 339–340, 348–349.

³⁶ J. Rawls, *Liberalizm polityczny*, dz. cyt., s. 47–56.

³⁷ Więcej na temat cnót egotycznych zob. np. J.S. Mill, *O wolności*, dz. cyt., s. 179.

wspólnego, z drugiej jednak osiągnięcie dobrostanu społecznego jest warunkowane praktykowaniem cnoty przez jednostki.

Nasze analizy dotyczące czynów obowiązkowych i ponadobowiązkowych ograniczone zostaną do zagadnień związanych z dawstwem organów, tkanek oraz komórek, współczesna bioetyka bowiem obejmuje swoim zakresem tak wiele różnorodnych problemów, iż omówienie ich wszystkich przekracza ramy tej pracy. Uważamy jednak, iż wzięcie pod uwagę przykładów z innych obszarów bioetycznych prowadziłyby do podobnych wniosków.

Poniższe analizy można potraktować jako punkt wyjścia do dalszej debaty nad etycznymi i prawnymi aspektami współczesnego społeczeństwa transplantacyjnego, którego urzeczywistnienie jest możliwe dzięki intensywnemu rozwojowi transplantologii oraz wzrastającej świadomości, iż może ona z powodzeniem służyć ratowaniu życia i polepszaniu jego jakości. Według Einke-Henner Kluge, takim społeczeństwem jest wspólnota dzieląca przekonanie, iż szczególnie dawstwo organów *ex mortuo* jest naszym moralnym obowiązkiem³⁸.

W odróżnianiu czynów supererogacyjnych i obowiązkowych w bioetyce przyjmujemy dwa kryteria oceny danego działania: 1) inwazyjność procedury medycznej, konsekwencje zdrowotne dla dawcy oraz doniosłość organu czy tkanki dla organizmu; 2) rodzaj relacji i więzi łączącej biorcę i dawcę oraz fakt, czy działanie jest zorientowane na pomoc konkretnej osobie, czy też odbiorca jest anonimowy.

W przypadku dawstwa krwi i szpiku inwazyjność procedury medycznej jest na tyle niska, iż sytuuje ją w obszarze zabiegów, które nie powodują stałego uszczerbku na zdrowiu. Ponadto ich regeneracja następuje stosunkowo szybko, a ich oddanie nie wpływa w sposób istotny na tryb życia, aktywność czy samopoczucie psychofizyczne dawcy. Z drugiej strony korzyści wypływające z dawstwa krwi i szpiku zarówno dla konkretnych jednostek, jak i ogólnospołeczne, są bezsporne. Powszechne dawstwo tych komórek i tkanek zwiększa dostępność i skuteczność procedur medycznych wymagających zastosowania krwi, preparatów krwiopochodnych czy szpiku, a tym samym przyczynia się do polepszenia zdrowostanu społecznego³⁹. Wszystkie te argumenty są, naszym zdaniem, wystarczające, aby uznać dawstwo krwi i szpiku za obowiązek moralny. Uważamy, iż kontekst, w jakim rozgrywa się to działanie (oddanie krwi czy szpiku), rodzaj relacji, jaka łączy biorcę i dawcę, a także to, czy dawca odpowiada na bezpośrednie wezwanie konkretnej osoby, czy też biorca jest nieznan, nie ma znaczenia dla uznania tego działania za obowiązkowe.

W przypadku dawstwa organów zasadnym wydaje się postawienie pytania, czy w tym obszarze działań można mówić o jakimkolwiek obowiązku. Rozważmy najpierw kwestię transplantacji *ex mortuo*. Kryteria inwazyjności oraz konsekwencji

³⁸ E.-H.W. Kluge, *Organ Donation and Retrieval: Whose Body is it Anyway?*, [w:] *Bioethics. An Anthology*, dz. cyt., s. 483–486.

³⁹ Na temat innego sposobu uzasadniania propagowania powszechnego dawstwa krwi zob. R.M. Titmuss, *Why Give to Strangers?*, [w:] *Bioethics. An Anthology*, dz. cyt., s. 479–482.

zdrowotnych dla dawcy nie mają w tym przypadku żadnego zastosowania. W sytuacji coraz bardziej zwiększającego się medycznego zapotrzebowania na organy ratujące zdrowie i życie innych, a tym samym przyczyniające się do powiększenia dobra wspólnego całego społeczeństwa, uzasadnione wydaje się przekonanie, że dotychczasowe bardzo liberalne stanowisko w kwestii pośmiertnych przeszczepów musi zostać zweryfikowane. Współcześnie strony dyskusji, odwołując się do Millowskiej zasady poszanowania autonomii, uzasadniają brak zgody na pośmiertne pobranie organów do przeszczepu racjami religijnymi (zakaz pod groźbą potępienia, wykluczenia ze wspólnoty religijnej czy niedostąpienia zbawienia), psychologicznymi (poczucie obrazy czy też gwałtu na ciele), estetycznymi oraz brakiem wiedzy dotyczącej śmierci (osobom takim trudno jest uznać za zmarłego człowieka, u którego mimo iż stwierdzono śmierć mózgową, podtrzymywane są jeszcze funkcje krążeniowo –oddechowe). Naszym zdaniem tylko pierwszy z wymienionych powodów jest istotny przy uzasadnieniu odmowy pośmiertnego dawstwa organów. Wszystkie trzy pozostałe są moralnie wątpliwe. Mimo iż uznajemy zasadę autonomii za jedną z kluczowych wartości współczesnego społeczeństwa, przy rozważaniu problemów pośmiertnego dawstwa organów uważamy, że niezbędne jest spojrzenie na dany problem z perspektywy społecznej, uwzględniającej wartość, jaką jest dobro wspólne. Tym samym uważamy, że poza przypadkiem odmowy wynikającej z racji religijnych pośmiertne dawstwo organów jest naszym obowiązkiem moralnym bez względu na rodzaj więzi istniejącej między dawcą a biorcą, a także w tych wszystkich przypadkach, kiedy biorca jest anonimowy⁴⁰.

Ostatnim analizowanym przez nas zagadnieniem z dziedziny transplantologii będzie wzbudzające najwięcej kontrowersji moralnych dawstwo organów *ex vivo*. W przeciwieństwie do powyżej rozważanych przypadków, w kwestii dawstwa organów *ex vivo* mamy do czynienia z dużą inwazyjnością procedury medycznej, a tym samym poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi dla dawcy. Można, rzecz jasna, różnicować stopień tych konsekwencji w dawstwie różnego rodzaju organów; inne konsekwencje będzie miało dawstwo np. części wątroby, inne zaś nerki. Niemniej oczywiste jest, iż każdy rodzaj dawstwa organów *ex vivo* wiąże się z poważną interwencją chirurgiczną, co więcej, obciążony jest długotrwałą rekonwalescencją, jak

⁴⁰ Uznanie pośmiertnego dawstwa organów za obowiązek moralny postuluje wielu współczesnych bioetyków i lekarzy. Więcej na ten temat zob. *Organ Donation. Opportunities for action. Committee on Increasing Rates of Organ Donation Board on Health Sciences Policy*, ed. J.F. Childress, C.T. Liverman, Washington 2006; R. Veatch, *Transplantation Ethics*, Washington 2000; R.J. Howard, *We Have an Obligation to Provide Organs for Transplantation After We Die*, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-6143.2006.01419.x/pdf>; B. Saunders, *Normative consent and opt-out organ donation*, „Journal of Medical Ethics” 2010, nr 36/2, s. 84–87; D. Birnbacher, *Etyczne zagadnienia transplantacji*, przeł. K. Sapkowski, „Etyka” 1997, nr 30, s. 137–148. Na temat krytyki uznawania pośmiertnego dawstwa za obowiązek moralny zob. np. M. Potts, J.L. Verheijde, M.Y. Rady, D.W. Evans, *Normative consent and presumed consent for organ donation: a critique*, „Journal of Medical Ethics” 2010, nr 36/8, s. 498–499.

również często znacznym ubytkiem zdrowia. Tym samym dawstwo takie jawi się jako dużego rodzaju poświęcenie własnego zdrowia dla dobra innego człowieka. Mimo to trudno jednoznacznie ocenić, czy korzyści odniesione w tym przypadku, czyli ratowanie życia innego (a co za tym idzie, w pewnym sensie osiągnięcie dobra wspólnego) zdecydowanie przewyższają inne wartości, takie jak poszanowanie autonomii woli, decyzji czy myśli. Dawstwo organów *ex vivo* nie może więc być, jak uważamy, określane mianem obowiązku.

Rozpatrując drugi rodzaj stosowanego przez nas kryterium, a mianowicie charakter relacji między dającym a potrzebującym, należy się zastanowić, czy dawstwo organów *ex vivo* można uznać za czyn supererogacyjny. Najpierw rozpatrzmy relację, w której biorcę łączy z dawcą silna więź emocjonalna. Biorąc pod uwagę pozostałe kryteria przywoływane przez nas zarówno w przypadku transplantacji, jak i definicji supererogacji, może się wydawać, iż dawstwo organów *ex vivo* należy zakwalifikować do grupy czynów nadobowiązkowych. Jednakże naszym zdaniem taka zdecydowana kwalifikacja rodzi wątpliwości. Jednym z kryteriów czynu supererogacyjnego jest brak jakiegokolwiek partykularnej korzyści dla działającego, czyli w naszym przypadku dla dawcy. Naszym zdaniem zasadne jest postawienie inicjującego dalszą debatę pytania, a mianowicie: czy w przypadku dawstwa organów *ex vivo* mimo altruistycznej motywacji dawca rzeczywiście nie odnosi żadnej korzyści? Biorąc pod uwagę ogół sytuacji, odnosimy wrażenie, że w tym przypadku również dawca odnosi pewnego rodzaju, choć oczywiście niekalkulowaną, korzyść (tzn. brak dotkliwego cierpienia po stracie ukochanej osoby, możliwość utrzymania dotychczasowych pozytywnych relacji z innymi członkami rodziny czy zachowania dotychczasowego sposobu funkcjonowania w danej społeczności).

Z powyżej wymienionych powodów uważamy, że absolutne wyznaczenie linii demarkacyjnej między obowiązkiem a supererogacją w przypadku dawstwa *ex vivo*, w której biorca i dawca pozostają w bliskich relacjach, a także zakwalifikowanie takiego czynu do jednej z tych grup jest niemożliwe. Dlatego też proponujemy uzupełnienie tego podziału o jeszcze jedną, dodatkową kategorię czynów moralnych, wprowadzając do dyskusji szereg kategorii czynów sytuujących się pomiędzy obowiązkiem a supererogacją⁴¹. Będą to działania określane jako pożądane, mile widziane, zalecane, tolerowane, znośne, a także takie, które nie powinny mieć miejsca, oraz całkowicie nie do przyjęcia⁴². Naszym zdaniem, spośród wyżej wymienionych kategorii czynów dawstwo organów *ex vivo* między bliskimi sobie osobami należy uznać za czyn moralnie pożądany.

Ostatnim z możliwych do rozpatrzenia przykładów jest dawstwo organów *ex vivo* w przypadku, gdy dawca odpowiada na bezpośrednie wezwanie biorcy, mimo

⁴¹ A.M. Kaniowski, *Supererogacja*, dz. cyt., s. 405.

⁴² Podobną koncepcję można znaleźć u niemieckiego fenomenologa Herberta Spiegelberga. Więcej na ten temat zob. H. Spiegelberg, *Sollen und Dürfen. Philosophische Grundlagen der ethischen Rechte und Pflichten*, bearbeitet und herausgegeben von Karl Schumann, Dordrecht–Boston–London 1989, s. 64–65, [za:] A.M. Kaniowski, *Supererogacja*, dz. cyt., s. 405, przyp. 28.

że nie pozostaje z nim w bliskiej relacji lub nawet jest dla niego zupełnie obcą osobą⁴³. Uważamy, iż jedynie tego typu działania można zakwalifikować do grupy czynów supererogacyjnych. Wyrażna jest tu bowiem asymetria relacji pomagający –potrzebujący, a działanie pomagającego jest altruistyczne oraz wynika z troski i współczucia. Co więcej, dawca, co jest dla nas oczywiste, przedkłada dobro innego człowieka nad własne zdrowie bez oczekiwania jakiegokolwiek nagrody czy rekompensaty. Nie ma w takiej sytuacji również oczekiwania analogicznego zachowania ze strony innych w podobnych sytuacjach⁴⁴.

4. Podsumowanie

Rewolucyjne odkrycia medyczne oraz w ich konsekwencji pojawienie się wielu nowych specjalizacji, a także przemiany społeczno–kulturowe, których świadkami jesteśmy od kilkudziesięciu lat, wymusiły inne niż tradycyjne spojrzenie na relacje łączące lekarza z jego pacjentami. Funkcjonujący dotychczas jako standard model paternalistyczny okazał się nieprzystający do realiów współczesnego świata i musiał zostać zastąpiony przez takie modele, które respektują wartości i zasady przyjęte przez demokratyczne społeczeństwa. Spośród proponowanych przez bioetyków wzorców relacji lekarz–pacjent, naszym zdaniem dwa (kontraktowy i partnerski) w sposób zadowalający godzą wymagania profesji lekarskiej

⁴³ Zdajemy sobie sprawę, że w przypadku tak rozumianych czynów supererogacyjnych rodzi się problem wynikający z pojawienia się pokusy uzyskania materialnych korzyści ze sprzedaży organów. Zagrożenie upowszechnienia się handlu organami w sytuacji, gdy prawo dopuszcza transplantacje *ex vivo* między niespokrewnionymi ze sobą osobami, jest głównym argumentem w debacie przeciwca zalegalizowaniu dawstwa organów dla osób obcych. Być może dla niektórych jest to wystarczającą przesłanką dla uzasadnienia tak rygorystycznego prawa. Jednak jedną z jego niepożądanych konsekwencji jest uniemożliwienie działania z zupełnie altruistycznych powodów w tych konkretnych sytuacjach. Powszechnie panujące nieprawdziwe przekonanie o nielegalności dawstwa między osobami obcymi powoduje, iż społeczna świadomość transplantacyjna jest niska. Należy zaznaczyć, że nawet w prawie polskim ustawodawca zezwala na pobranie komórek, tkanek lub narządu od osób niebędących krewnymi w linii prostej, rodzeństwem, osobą przysposobioną lub małżonkiem. Wymagana jest jednak wówczas zgoda sądu rejonowego wydana w postępowaniu nieprocesowym. Istnienie takich regulacji prawnych oznacza, że czyny takie są możliwe i mogą zaistnieć w sprzyjających okolicznościach. Umożliwienie transplantacji pomiędzy osobami emocjonalnie związanymi (np. przyjaciółmi), choć w żaden sposób niespokrewnionymi, a nawet obcymi, otwiera drogę dla tego typu działań altruistycznych i ponadobowiązkowych. Zob. ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, rozdz. 3, art. 13.

⁴⁴ Odpowiadając na możliwy zarzut, iż taka sytuacja jest hipotetycznie możliwa, ale we współczesnym świecie pozostająca jedynie w sferze pragnień, można przywołać przypadek z sierpnia 2010 r., który naszym zdaniem spełnia wszystkie wyżej wymienione kryteria oraz doskonale ilustruje taką kategorię czynów. Na izbę przyjęć Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie został przyjęty 6-letni chłopiec, który po zatruciu muchomorem sromotnikowym wymagał przeszczepu wątroby. Ponieważ rodzice i krewni chłopca nie mogli zostać dawcami, przez 9 dni poszukiwano dawcy wątroby dla chłopca. Po nagłośnieniu przypadku przez media do CZD zgłaszały się niespokrewnione z chłopcem osoby, wyrażając chęć bycia dawcą, mimo iż taki apel nie został wystosowany. Na ten temat zob. http://warszawa.gazeta.pl/warszawa/1,95190,8260204,6_latek_zatruty_grzybami_ma_juz_nowa_watrobe__Operacja.html.

z etycznymi standardami dzisiejszego społeczeństwa, tworząc etos zawodu lekarza. Uważamy, iż zakres wymagań wobec lekarza w ramach kontraktu powinien zostać ograniczony do rzetelnego wypełniania obowiązków zawodowych, w przypadku zaś relacji opartych na partnerstwie powinien zostać rozszerzony o pojęcie cnoty. Stawiający wysokie wymagania etyczne model partnerski zakłada głębsze relacje z drugim człowiekiem i gotowość niesienia mu pomocy nawet kosztem własnych dóbr i interesów. Choć w zakres tak rozumianej relacji obok obowiązku wchodzi pojęcie pomocy, nie możemy tu mówić o supererogacji, na którą nie ma miejsca w etykach zawodowych. Działania supererogacyjne rozgrywają się, naszym zdaniem, jedynie w sferze relacji człowiek–człowiek. Przykładem takich czynów w obszarze bioetyki może być dawstwo organów *ex vivo* między osobami niebędącymi krewnymi w linii prostej, rodzeństwem, osobą przysposobioną czy małżonkiem. Jedynie takie dawstwo jest, naszym zdaniem, czynem ponadobowiązkowym, podczas gdy każde dawstwo *ex mortuo* oraz dawstwo szpiku czy krwi powinno być uznane za obowiązek moralny.

Pragniemy podkreślić, iż wszystkie powyżej analizowane przez nas hipotetyczne przypadki nie mają na celu przedstawienia hierarchii czynów moralnych. Zakwalifikowanie danych działań do poszczególnych grup (czyny obowiązkowe, ponadobowiązkowe) nie jest równoznaczne z uznaniem jednych za bardziej wartościowe moralnie niż pozostałe. Uważamy, iż spełnianie czynów supererogacyjnych przy jednoczesnym lekceważeniu obowiązków moralnych nie jest postawą moralnie słuszną.

Help, Obligatory and Supererogatory Acts in Medical Practice and Bioethics

The article discusses the problems concerning the use of the term *help* with reference to physician's actions, which include treatment and saving life. The authors consider various models of physician–patient relationship against the background of the commonly shared values in modern pluralistic liberal societies. The authors claim that performance of physician's duties which are stipulated by the contract with the patient does not require any altruistic actions, and consequently, it cannot be called *help*. However the term *help* can be applied adequately in those medical specialties (like oncology, neonatology, psychiatry or palliative care) in which patients are particularly vulnerable and in need of long–term medical care. In such areas of medicine morally good medical practice involves willingness to surpass the duties determined by a medical code. Such willingness is expressed in constant disposition to acts for the good of patients and even in one's readiness to sacrifice some of one's own good.