

## Dyskusja po referatach profesorów H. Jankowskiego i B. Górnickiego. Przewodniczy prof. T. Kielanowski

Prof. dr M. Fritzh and: Rozpoczynamy naszą konferencję poświęconą tematowi: „Etyka a problemy zdrowia i rehabilitacji”. Konferencja ta jest jedną z corocznych konferencji organizowanych przez etyków. Po raz pierwszy na tej konferencji zabrakło wybitnej uczonej, pani profesor Marii Ossowskiej, która, jak wiadomo, niestety, zmarła. Chciałem prosić o oddanie Jej hołdu chwilą ciszy. Dziękuję bardzo.

Chciałbym bardzo serdecznie powitać wszystkich zebranych, a zwłaszcza przedstawicieli nauk medycznych, których pomoc na pewno bardzo się przyczyni do naszej lepszej orientacji w będących przedmiotem konferencji zagadnieniach.

Jaki jest cel naszej konferencji? Po pierwsze chodzi nam o to, żeby etycy podejmowali ważne społeczne problemy, takie jak właśnie problem zdrowia i rehabilitacji, aby uczestniczyli w dyskusji nad nimi i w ich rozwiązywaniu, nie ograniczając się jedynie do spraw wprawdzie doniosłych teoretycznie, ale oderwanych od bezpośredniej żywej praktyki. A więc idzie nam o ściślejsze powiązanie teorii z życiem. Po drugie — również idzie nam o to, żeby się konferencja przyczyniła do nawiązania stałego dialogu pomiędzy przedstawicielami nauk społecznych a przedstawicielami nauk przyrodniczych. Dlatego m. in. tak miła nam jest obecność przedstawicieli nauk medycznych. Uważamy, że taki dialog może być nader owocny teoretycznie i praktycznie, pragniemy integracji wysiłków badawczych humanistów i przyrodników.

Programu naszej konferencji nie obciążamy, nie ma tutaj wielu referatów, wiele jest natomiast czasu na dyskusję i to nie tylko przy stole obrad, lecz także w kularach. Dużą wagę przywiązujemy do osobistych kontaktów, które są najlepszą gwarancją późniejszej współpracy naukowej.

Prof. T. K i e l a n o w s k i: Za wygłoszenie referatów dziękuję i proponuję rozpoczęcie dyskusji nad treścią obu. Myślę, że moglibyśmy zacząć od dyskusji bardziej ogólnej i dopiero potem się zająć zagadnieniami tak szczegółowymi, jak problem tak zwanej punkcji transabdominalnej. Wyjaśniam uczestnikom nie będącym lekarzami, że chodzi tu o nakłucie macicy ciężarnej poprzez powłoki brzuszne, w celu pobrania wód płodowych. Po odwirowaniu punktatu można w nim znaleźć komórki płodu i rozpoznać w nich ewentualne błędy chromosomalne, jeżeli płód jest potworkiem; w takim wypadku można ciężą przerwać i nie dopuścić do urodzenia się potworka. I samo przerwanie stanowi problem moralny, i fakt, zdaniem niektórych, nie całkiem bezpiecznego zabiegu.

Przez referaty panów profesorów Górnickiego i Jankowskiego przewijało się zagadnienie wartościowania ludzkiego życia. Nas lekarzy, a jest nas tu czterech, nie licząc koleżanki docent Sokołowskiej, która jest lekarzem z wykształcenia, ale uprawia zawód socjologa medycyny i nie zajmuje się medycyną praktyczną — otóż nas

lekarzy uczono zawsze, że życia ludzkiego wartościować nie wolno. O życiu bezwartościowym, „życiu nie wartym życia” („lebensunwertes Leben”) mówili tylko hitlerowcy, uzasadniając tym akcje eksterminacyjne chorych i ułomnych.

Wspomniano w referatach, że trzeba czasem decydować, którego pacjenta ratować przy pomocy deficytowej aparatury, jeżeli nie można ratować wszystkich, którzy by tego wymagali. Teoretycznie problem taki istnieje, choć w praktyce zdarza się rzadko. Natomiast w praktyce istnieje problem podobny, a jest nim przyjęcie lub nieprzyjęcie ciężko chorego do szpitala, w którym jest bardzo mało miejsc. Problem taki musi rozstrzygać lekarz Izby Przyjęć i nie przychodzi mu to łatwo. Rozwiązanie problemu istnieje tylko jedno, mianowicie zwiększenie liczby łóżek szpitalnych.

W czasie minionej wojny (wszystkich minionych wojen) istniał problem pierwszeństwa operowania rannych. Kogo operować najpierw, swoich czy obcych? Opowiadał mi angielski lekarz, który brał udział w desancie na plaży Normandii i operował tam w namiocie bez przerwy przez 24 godziny, że obowiązywała go zasada dawania pierwszeństwa ciężiej rannym, bez oglądania się na fakt przynależności do własnej czy nieprzyjacielskiej armii. Jest to stanowisko zgodne z tradycyjną moralnością zawodu, która nie zezwala na czynienie różnic między ludźmi, różnic dyktowanych czymkolwiek innym, poza stanem zdrowia.

Jeżeli przerywamy wczesną ciążę, a więc decydujemy o życiu płodu, to nie czynimy tego w celu zabijania, ale na odwrót, w celu ratowania życia, w tym wypadku życia matki. Dotyczy to także przerywania ciąży z tak zwanych wskazań społecznych, bo urodzenie się nieupragnionego dziecka (np. poczętego w drodze gwałtu), może stanowić dla matki sytuację tragiczniejszą niż śmierć. Problemów moralnych tu zresztą, jak w całej medycynie — nie brak.

Proszę uprzejmie o zabieranie głosu i zapewniam, że nie będę wkraczał, jeżeli ktoś zechce dyskutować od razu problemy szczegółowe.

Prof. M. Fritzhand: Czy lekarz ma prawo decydować o tym, czy życie ludzkie w pewnym momencie rozwoju choroby jest jeszcze godne tego, aby zabiegać o jego przedłużenie? Sądzę, że kryteria, dotyczące tej sprawy, nie mogą być ustalane przez lekarzy jako lekarzy. Ustalenie ich należy do opinii publicznej, do szerokiej dyskusji, w trakcie której winny się rodzić odpowiednie normy moralne i przepisy prawne. Oczywiście, w tej dyskusji mogą i powinni również brać udział lekarze jako lekarze, a więc jako ludzie znający się na sprawach związanych z medycyną, a jednocześnie jako po prostu ludzie, jako członkowie określonej społeczności którzy posiadają określone poglądy moralne i chcieliby przekonać do nich innych uczestników toczącej się dyskusji.

W moim przeświadczeniu, nawet po ustaleniu się już pewnych norm moralnych i prawnych, dotyczących sprawy, kiedy jeszcze życie człowieka zasługuje na miano życia ludzkiego, życia godnego zabiegów o jego dalsze podtrzymanie — nie należy pozostawiać decyzji w konkretnych wypadkach w rękach samych lekarzy. Orzeczenia tego rodzaju winny podejmować zespoły, w skład których — obok lekarzy — wchodziłoby również określeńni ustawowo przedstawiciele społeczeństwa. I to nie tylko i nie przede wszystkim ze względu na możliwość nadużyć ze strony lekarza (np. gdy jest mu potrzebny jakiś z organów umierającego dla ratowania życia innego chorego). Także i przede wszystkim dlatego, że pozostawienie tego rodzaju decyzji w rękach samych lekarzy w jakimś, kto wie, czy nie poważnym, stopniu, utrudniałoby wykonywanie przez nich swego zawodu, wywołując nieufność i strach przed nimi chorych i ich rodzin. Mogłoby również ujemnie wpływać na wrażliwość

moralną lekarzy, którzy powinni być wychowywani w duchu najwyższego poszanowania dla życia ludzkiego. Wreszcie, a na to już nie poradzi ani zespolowość decyzji, ani fakt udziału w zespołach przedstawicieli świata nielekarskiego, bardzo ciężko będzie wielu lekarzom wykonywać wydany przez takie zespoły „wyrok”. Niejeden zgadza się, że przestępcą za takie to a takie zbrodnie należy pozbawić życia. Ale w jak ciężkim położeniu znalazłby się, gdyby kazano mu osobiście posadzić skazańca na fotelu elektrycznym. Czy mamy prawo moralne wymagać od lekarza, aby spełniał orzeczenia zespołu, z którymi nawet się zgadza? Jakoś nie umiem sobie odpowiedzieć na to pytanie. Chociaż oczywiście analogia między zaniechaniem w pewnych określonych jednoznacznie sytuacjach starań o przedłużenie czyjegoś życia a spełnieniem wyroku sądowego jest nad wyraz powierzchowna i nie daje podstaw do jakichkolwiek poważnych wniosków.

Prof. T. Kielanowski: Wykonawcom zawodu lekarskiego wciąż narzuca się pytanie, kto jest człowiekiem, bo definicji nie ma. Czy 4-tygodniowy płód w łonie matki jest człowiekiem? Czy noworodek pozbawiony mózgu (bezmózgowiec) wskutek wady rozwojowej jest człowiekiem? A osobnik dorosły, pozbawiony trwale życia psychicznego wskutek zniszczenia kory mózgowej przez proces chorobowy?

Sredniowiecze interesowało się tym problemem, a potworki były nieraz uważane za istoty spłodzone przez kobietę z szatanem, tak że nie uważano ich za ludzi i nie chrzczono, albo chrzczono warunkowo („jeżeli jesteś człowiekiem, chrzczę cię imieniem...”).

Lekarze definicji człowieka nie ustanowią na pewno, traktują więc wszystkich jednakowo. Czy zdobędą się jednak na definicję filozofowie?

Dr Z. Szawarski: Jak Państwo pamiętają, kilka lat temu Redakcja „Etyki” zorganizowała podobną dyskusję na temat moralnych problemów transplantacji serca. Pod wpływem prof. Kotarbińskiego zebrani zgodnie uznali, że właściwie nie ma nic zdrożnego we wszelkiego rodzaju przeszczepach, a w szczególności w przeszczepianiu serca. Jedynym wyjątkiem był prof. Manteuffel, który spytał, czy rzeczywiście za wszelką cenę człowiek musi żyć? Było to pytanie klasyczne, pytanie, które już kiedyś stawiał Sokrates, pytanie, na które — mam wrażenie — niejako profesjonalnie narażony jest lekarz.

Dzisiaj prof. Kielanowski rozpoczął naszą dyskusję od równie dramatycznych pytań: czy lekarz ma prawo oceniać życie ludzkie, czy nie? Co to jest właściwie człowiek, kiedy się zaczyna człowieka (by nie pytać, kiedy człowiek się kończy), jakie są właściwe kryteria człowieczeństwa?

Są to pytania i filozoficzne, i medyczne; pytania, na które niezwykle trudno jest odpowiedzieć. Mam wrażenie, że nie osiągniemy tutaj porozumienia ani żadnej jednoznacznej odpowiedzi na tego typu pytania. Natomiast wydaje się, że byłoby rzeczą właściwą, i jest to zadanie chyba realne, abyśmy uświadomili sobie, jakie przyczyny spowodowały, że nagle współcześnie w medycynie zaczynają powstawać tak dramatyczne problemy, że coraz więcej miejsca poświęca się problemom z pogranicza etyki i medycyny, że powstają specjalne instytuty, takie jak np. Institute of Society, Ethics and Life Sciences w Hastings-on-Hudson (USA), poświęcony wyłącznie studiowaniu i uprawianiu tzw. bioetyki, że powstają specjalne serie wydawnicze, jak wielka seria Fundacji CIBA, poświęcona wyłącznie analizie prawnych i moralnych konsekwencji najnowszych odkryć w medycynie. Rzecz niezwykle istotna. Nawet publicyści coraz częściej się tym zajmują, jak świadczy cho-

ciażby dyskusja w „Polityce”. Także nasza konferencja jest niejako naturalną reakcją na aktualną sytuację w medycynie.

Należałoby więc — moim zdaniem — skoncentrować się przede wszystkim na analizie przyczyn istniejącego stanu rzeczy. Nie obawiałbym się użyć tutaj słowa kryzys aksjologiczny. Jest to w istocie swego rodzaju kryzys, może nie kryzys technik medycznych, ale z całą pewnością kryzys orientacji aksjologicznej. Mam wrażenie, że gdybyśmy zaczęli poszukiwać źródeł kryzysu, to sprowadziłyby się one do dwóch rodzajów czynników: po pierwsze — zmiany metodologii, zmiany stosowanych w medycynie technik badawczych i terapeutycznych i — po drugie — do zmiany w orientacji aksjologicznej.

Proszę zwrócić uwagę, jeśli laikowi w ogóle wolno mówić o medycynie, że do XIX w., do czasów Claude Bernarda medycyna operuje wyłącznie metodą obserwacji jako techniką zdobywania wiedzy. Dopiero na przełomie XIX i XX w. zaczyna się stosować szerszą metodę eksperymentalną. Właściwie każda najnowsza technika terapeutyczna jest metodą eksperymentalną.

I tu już się rodzą pierwsze problemy natury moralnej. Dzięki zmianie technik zdobywania wiedzy, dzięki wzrostowi liczby informacji uzyskiwanej przez nauki uboczne czy usługowe względem medycyny, np. chemia, farmacja, elektronika, rzeczywiście powstają pewne problemy dotyczące granic eksperymentu: kiedy, w jaki sposób, jak dalece można ingerować?

Bardziej złożona jest druga przyczyna. Mam wrażenie, że medycyna tradycyjna, jeśli wolno użyć tego słowa, Hipokratesowa, była aksjologicznie monolityczna. Akcentowano jedną wartość, jeden w miarę zwarty, wspólny, niesprzeczny system zasad i powinności, które lekarz mógł bez większych wyrzutów sumienia realizować. W końcu medycyna była nastawiona wyłącznie na indywidualium, na jednostkę, na zdrowie pacjenta. W tej chwili, kiedy się uprawia nauki lekarskie, wchodzi się nieustannie w konflikty z innymi wartościami. Lekarz w praktyce lekarskiej jest narażony na konieczność uwzględniania innych wartości aniżeli zdrowie pacjenta. Wielki spór o eutanazję to nie jest jedynie kwestia racji jednostki, która pragnie umrzeć. Tu w grę wchodzi również wartości ekonomiczne, czy stać nas na utrzymywanie przy życiu ludzi nieuleczalnie chorych, czy nie stać. Kwestia bezpieczeństwa ewentualnego dawcy organu niezbędnego do transplatacji, kwestia konfliktu wartości poznawczych i dobra pacjenta, to niektóre tylko przypadki kolizji wartości zdrowia i innych wartości. Podejrzewam, że postulaty zahamowania badań w zakresie genetyki biorą się przede wszystkim z obawy przed zbyt niebezpieczną kolizją między właśnie potrzebami wiedzy a możliwością nadużycia, możliwością złego wykorzystania owej wiedzy prawdziwej, którą moglibyśmy zdobyć.

Dlatego też wydaje się rzeczą pożyteczną, aby filozofowie medycyny, bo taka specjalność powinna istnieć, zainteresowali się przede wszystkim próbą identyfikacji owych zbieżnych, niebezpiecznych, zapalnych punktów, gdzie zderzają się współcześnie wartości różnych porządków, wartości ekonomiczne, wartości moralne, wartości poznawcze, wartości polityczne, wartości demograficzne i wartości medyczne i niejako przeprowadziwszy rejestr tych wartości, wtedy dopiero postawił problem możliwości ich pogodzenia.

Obawiam się, że gdybyśmy przeprowadzili takie badania, okazałoby się, że tradycyjny model medycyny zorientowanej na jednostkę, model hipokratesowy, właściwie należy do przeszłości i wtedy prawdopodobnie, odpowiadając na pytanie prof. Kielanowskiego, nie pytalibyśmy, czy lekarz ma prawo wartościować życie człowieka, ale być może pytalibyśmy, czy rzeczywiście lekarz ma moralny obowiązek wartościować życie człowieka, bo nie jest wykluczone, że w wy-

niku dalszego rozwoju naszej cywilizacji, w wyniku konieczności w miarę kompromisowego pogodzenia owych aktualnie nie do pogodzenia wartości, zostanie nałożony na lekarza obowiązek wartościowania ludzkiego życia, tak jak już się to teraz stało praktycznie w przypadku zabiegów prowadzonych na unikalnej aparaturze. I być może w ten sposób zostanie również rozwiązany problem dobrowolnej eutanazji.

Doc. M. Sokółowska: Chciałabym, żeby konferencja nie ograniczała się jedynie do dramatycznego problemu eutanazji. Wobec tego zwracam uwagę na inne zagadnienia.

Bardzo interesujący był referat prof. Jankowskiego. Chciałabym wrócić do zagadnienia, które on poruszył na początku, mianowicie kiedy mówił o niekwestionowanym celu medycyny i niekwestionowany cel medycyny zdefiniował jako zdrowie. Otóż twierdę, iż ten niekwestionowany cel medycyny dlatego jest nie kwestionowany, że nigdy nie był przedmiotem badań filozofów i socjologów, z punktu widzenia orientacji filozoficznej i socjologicznej, jaka nie była dotąd stosowana do systematycznych badań instytucji medycyny. Nie wiemy, co się w tej instytucji przez wieki działo. Znamy ją tylko poprzez głosy jej przedstawicieli. Mieli oni zawsze ogromny szacunek społeczny, przyjmowano więc bezkrytycznie także ich poglądy na medycynę, nie rozwijając własnych. Toteż dzisiaj — gospodarz naszej narady mówi: „Jeżeli laikowi wolno mówić o medycynie...” Jest to jedyna „nietykalna” dziedzina życia społecznego, funkcjonująca w historii i do dzisiaj prawie bez kontroli społecznej. Tak że właściwie nie wiemy, co kryło się pod nieprecyzyjnym hasłem „zdrowie”. Można przypuszczać, że chodziło o usunięcie cierpienia, o wyleczenie z choroby. Za to właśnie uzdrowiciel miał zawsze niezwykle wysoki prestiż w społeczeństwie i do dziś go ma. Natomiast gdyby się mówiło „powrót do zdrowia”, to zagadnienie byłoby jeszcze bardziej skomplikowane. W obecnym obrazie chorób i sytuacji demograficzno-medycznej, starzy, przewlekle chorzy, którzy przeważają w placówkach zdrowia, do zdrowia nie wrócą. Medycyna przemieniła swój obraz: mniej ratuje życie, a głównie przedłuża życie, co niekoniecznie idzie w parze z powrotem do zdrowia. Poza tym wchodzi na obszary wyraźnie społeczne. Np. rehabilitacja — to jest powrót nie tylko do zdrowia, ale także, czy głównie, do społeczeństwa. To już zupełnie inna kategoria.

Te luźne uwagi można by oczywiście rozbudować, stosując podejście alternatywne do tradycyjnego, dotąd jedyne, podejścia medycznego: filozoficzne, historyczne, socjologiczne. Lekarze muszą przecież widzieć uprawiane przez siebie czynności inaczej aniżeli przedstawiciele tych nauk. Dotąd jest tak, że kiedy wchodzi oni w swych badaniach na teren instytucji medycyny, to bezkrytycznie poddają się jej potężnej ideologii i cele pracowników służby zdrowia traktują jako swoje. Mamy np. ten problem z socjologami, którzy wchodzi do szpitala. Najchętniej włożyliby białe fartuch i pomagali lekarzom i pielęgniarkom w ich czynnościach, natomiast gubi się główny cel ich pobytu w szpitalu. Wobec tego nadal nie znamy medycyny. Nie ma żadnej dobrej historii medycyny. Osiągalne są jedynie historie odkryć medycznych, ślizgamy się w tych książkach od odkrycia do odkrycia, nie znamy rzeczy najważniejszych: w jakim kontekście kulturowym i społecznym żyli i pracowali lekarze, jak przebiegały procesy przekształcania się nienaukowych uzdrowicieli w naukowych, kto zabezpieczał potrzeby zdrowotne tak zwanego ludu itd.

Teraz zagadnienie, które mi się nasunęło w związku z bardzo ciekawym refe-

ratem prof. Górnickiego. Otóż wydaje się, że jednym z podstawowych problemów etycznych współczesnej medycyny, o którym wspomniał Profesor, jest brak pojęć nie tylko deontologicznych, ale może przede wszystkim w stosunku do grupy czy zbiorowości. Częściowo te zagadnienia poruszył dr Szawarski. Dotychczas cały aparat pojęciowy medycyny jest przeznaczony dla jednostki i cała medycyna oparta jest na takim pojęciu. Największą chyba trudnością teoretyczną, z jaką muszą się uporać socjologowie medycyny, jest problem konfrontacji tej jednostkowej medycyny z badaniem społeczeństwa.

Mamy do czynienia z dwoma typami orientacji lekarskiej: jeden — to orientacja tradycyjna, nastawiona na jednostkę, to co się zazwyczaj utożsamia z pojęciem lekarza — uzdrowiciela, główny trzon zawodu lekarskiego. Cały główny nurt nauk medycznych i nauczania odnosi się do jednostki. Na naszych oczach powstaje drugi typ orientacji lekarskiej — nastawiony na grupę. Nazwa „lekarz” niezupełnie pasuje do fachowców tego rodzaju, gdyż nie zajmują się leczeniem. Chodzi tu o epidemiologów, organizatorów służby zdrowia, lekarzy zdrowia publicznego. W przyszłości będą oni zapewne bliżsi socjotechnikom niż lekarzom jednostkowym. W każdym razie sędzę, że musimy rozróżnić te dwa typy orientacji lekarskiej. Drugi nie ma jeszcze własnej aparatury pojęciowej i nie ma też podstaw deontologicznych. Jasne jest, że nie pasują tutaj normy jednostkowej medycyny.

Prof. J. Jaroszyński: Trochę się zdziwiłem programem konferencji, to znaczy rozumiem go w ten sposób, że wybrano pewien wstęp, a następnie nie wiem dlaczego te trzy zagadnienia, którymi są eutanazja — tak krótko mówiąc, to jest niewłaściwa nazwa, zdrowie psychiczne — to też się niewłaściwie nazywa, rehabilitacja i deontologia. Natomiast nie ma niczego, co by nawiązywało do innych dziedzin dla mnie jeszcze medycyny, dla pani docent Sokołowskiej niezupełnie — wszystko jedno, od którego końca zaczniemy, jak się to będzie nazywało, czy zdrowie publiczne, jak się teraz nazywa, czy choćby profilaktyka w starym znaczeniu, chociaż oczywiście w referacie ogólnym prof. Górnickiego te tematy zostały częściowo poruszone.

Druga sprawa to jest taka konkretna wypowiedź. Mnie wprowadzie deontologii jeszcze uczono i jeszcze czegoś tam z filozofii i psychologii, ale to było dawno, do tego się już nie wraca, ale w każdym razie bym zaryzykował jedno trudne, na pewno nie dla wszystkich odpowiednie do przyjęcia stwierdzenie: Należałoby proponować, żeby etyka lekarska, choćby na razie w odniesieniu do tej medycyny w węższym sensie „uzdrowicieli czy przedłużających życie”, była autonomiczna.

Doc. A. Glińska: Zabierając głos pod koniec dyskusji muszę stwierdzić, że wiele moich myśli zostało już wcześniej wypowiedzianych przez poprzednich dyskutantów, dlatego je pomnę. Ograniczę się do kilku uwag i pytań, jakie nasuwały mi się w czasie słuchania referatów.

Dobrze się stało, że nie rozpoczęliśmy naszej dyskusji bezpośrednio po referacie prof. Jankowskiego, ponieważ jego doskonałym uzupełnieniem i uszczegółowieniem był referat prof. Górnickiego. Prof. Jankowski, chyba słusznie, ograniczył się do przedstawienia poruszonych w referacie problemów w sposób generalny. Ich uszczegółowienie i rozwinięcie znaleźliśmy nie tyle w wygłoszonym przez prof. Górnickiego referacie, ile raczej w przygotowanych przez niego tezach. Wydaje się jednak, że na postawione pytanie o to, czy istnieje potrzeba odwoływania się

zawsze do rozstrzygnięć aksjologicznych i na czym te rozstrzygnięcia powinny się opierać — odpowiedzi obu referentów są nieco odmienne.

Prof. Jankowski nie zastanawiał się nad tym, czy należy uprawiać aksjologię, ale postawił przed sobą pytanie: jak ją należy uprawiać i na pytanie to zaproponował konkretną odpowiedź. Natomiast prof. Górnicki zakończył swe rozważania nieco innym akcentem. Może nie całkowicie pesymistycznie, ale w sposób ostrożny stwierdził, że wszelkich zagadnień moralnych przy pomocy aksjologii rozwiązać się nie da, że lekarz zawsze musi dokonywać rozstrzygnięć indywidualnych, podejmować decyzje opierając się na swym własnym sumieniu. Być może, tak bywa w praktyce, ale jaki stąd płynie wniosek? Czy ma to oznaczać, że lekarz za podjęte decyzje ma odpowiadać tylko przed samym sobą? Musi chyba istnieć jakieś inne, obiektywne kryterium oceny decyzji lekarza. Inaczej pozostanie nam jako owo kryterium tylko zgodność decyzji lekarza z jego własnym sumieniem, co może rodzić określone niebezpieczeństwa, związane z subiektywnością dokonywanych wyborów.

Druga moja uwaga dotyczy takich sytuacji konfliktowych w pracy lekarza, które wiążą się z realizacją zasad egalitaryzmu, sprawiedliwości, równości świadczeń dla wszystkich pacjentów. Są to na przykład sytuacje, w których nie jest możliwe udostępnienie wszystkim potrzebującym unikalnej aparatury czy nowych i rzadkich lekarstw. W dyskusji oceniano te sytuacje jako przejściowe, stwierdzając, że zlikwiduje je rozwój techniczno-ekonomiczny, który wyrówna poziom popytu i podaży. Stan taki nie wydaje mi się ani możliwy, ani pożądany. Fakt uznania, że dysponujemy dostatecznymi środkami, by jak najlepiej zaspokoić wszystkie potrzeby leczenia oznaczałby kres medycyny, rozumiany jako jej stagnacja, brak nowych poszukiwań, pomysłów, rozwiązań. Natomiast jej rozwój nieustannie rodząc coraz to nowe dysproporcje między tym, czym medycyna aktualnie dysponuje, a potrzebami stawiać będzie lekarzy przed koniecznością dokonywania wyborów, kogo w pierwszej kolejności obdzielić nowymi i rzadkimi środkami.

W kwestii rozstrzygania konfliktowych sytuacji moralnych w praktyce lekarskiej sądzę, że wybory, jakie w nich muszą być dokonywane, nie polegają wyłącznie na alternatywie realizacji jakiejś wartości albo jej naruszenia. Istnieją również sytuacje bardziej skomplikowane, o czym mówi dr Szawarski. Często powstaje konieczność wyboru pomiędzy dwoma różnymi wartościami, chociażby z tych, jakie zaproponował w swym referacie prof. Jankowski. Są nimi: życie, wolność i sprawiedliwość, które nie zawsze mogą zostać równocześnie zrealizowane. Może zaistnieć sytuacja, w której pacjent wyrazi życzenie, aby skrócić jego męczarnie, przyspieszyć śmierć. Lekarzowi zrobić tego nie wolno, musi wartość życia przedkładać nad inną wartość, jaką jest poszanowanie wolności pacjenta. Podobnie przedstawia się sprawa w wypadku ratowania życia samobójcy, który tego sobie nie życzy.

Prof. T. Kielanowski: Nawet na życzenie pacjenta, żeby mu obciąć zdrową nogę, nie wolno nam tego robić.

Doc. A. Glińska: Zmierzam do stwierdzenia, że dla ukierunkowania wyborów moralnych nie wystarczy uznanie określonych wartości, ale potrzebna jest również ich hierarchizacja.

Dalsza sprawa, którą chciałam poruszyć, dotyczy rozumienia istoty wolności. Kwestia ta podjęta została w związku z oceną metod wpływania na regulację urodzeń. Otóż' wówczas, gdy przez propagandę, przydziały tranzystorów, czy inne

rodzaje „perswazji”, o których mówił prof. Jankowski, wpływa się na ograniczanie ilości urodzeń, traktowane jest to jako naruszanie wolności człowieka, jego naturalnego prawa do posiadania. Jest w tym ujęciu pewien tradycjonalizm i jednostronność, które wyrażają się w sprzeciwie tylko wobec takich posunięć, które zmierzają do ograniczania urodzeń. Natomiast gdy dąży się do zwiększania wielodzietności stosując podobne środki (np. przydziały mieszkań), nikt tego nie krytykuje; uznajemy, że nie narusza to wolnego prawa do wyboru.

Ostatnia kwestia, o której pragnę mówić, została tu już poruszona, warto jednak jeszcze raz do niej powrócić. W naszych czasach nieustannie zmienia się status społeczny lekarzy, zakres ich kompetencji staje się coraz szerszy. Dzisiejszy lekarz nie tylko leczy, ale zapobiega chorobom, organizuje służbę zdrowia, bywa rzeczoznawcą sądowym, członkiem komisji orzekających o niezdolności do pracy, o inwalidztwie. Ta wielopłaszczyznowość funkcji sprawia, że jeśli lekarz będzie chciał pozostać wyłącznie rzecznikiem interesów pacjentów, to częstokroć będzie wchodził w kolizję z pewnymi ogólniejszymi interesami społecznymi.

Nie tylko na tej płaszczyźnie mogą się rodzić konflikty o szerszym znaczeniu. Mogą to być również konflikty wynikające ze spełniania różnych ról społecznych przez tego samego człowieka. Określone obowiązki lekarza wynikają zarówno z jego przynależności do grupy zawodowej, jak i do grupy narodowej. Według prof. Górnickiego konfliktów między tymi obowiązkami być nie może, jedynym bowiem zadaniem lekarza jest udzielenie pomocy ludziom jej potrzebującym, bez względu na ich jakiegokolwiek osobiste cechy. Według mnie sprawa ta nie wydaje się być tak jednoznaczna. Po wojnie, w czasie procesu przeciwko załodze i niemieckim lekarzom pracującym w obozie koncentracyjnym w Dachau oskarżeni wysunęli zarzut, że polscy lekarze-więźniowie wykonywali w tym obozie bezwartościowe szczepionki przeciwtyfusowe przeznaczone dla armii faszystowskiej, naruszając w ten sposób zasady etyki lekarskiej. Pisał o tej sprawie prof. Kielanowski, podkreślając konflikt ról społecznych i obowiązków owych więźniów: roli lekarza i roli Polaka, odmiennie określających stosunek wobec wrogów.

Podobnych konfliktów nie da się całkowicie wyeliminować. Należy uświadamić sobie ich istnienie i mieć odwagę dokonywania w nich wyborów, które w tego typu sytuacjach konfliktowych mogą być tylko wyborami mniejszego zła.

Prof. H. Jankowski: Chętnie bym zrezygnował z głosu, gdyby nie problem metodologiczny, który nasunął się w związku z wypowiedzią prof. Kielanowskiego. W swym wystąpieniu prof. Kielanowski zadał pytanie: „Czy lekarz ma prawo wartościować życie swych pacjentów?” Pytanie to można sformułować inaczej: „Czy lekarze mają prawo czynić to, co czynią masowo i na co dzień?” Z wypowiedzi prof. Górnickiego wynika, iż w praktyce klinicznej bez przerwy należy podejmować decyzje, kogo należy przyjąć do kliniki, a kogo nie, kogo podłączyć do unikalnej aparatury, kogo zaś nie. Gdy obracamy się w sferze czystej powinności, musielibyśmy stwierdzić, że lekarze nie mają moralnego prawa czynić tego, co faktycznie czynią. Uważam, że praktyka wynikająca z aktualnej sytuacji wymaga właśnie racjonalizacji i analizy. Co więcej, praktyka taka wymaga stworzenia takich kryteriów, które byłyby pomocne przy podejmowaniu decyzji, chociaż w sferze czystej powinności owe kryteria nie zawsze mogłyby być usprawiedliwione. Nikt wtedy nie może ogólnie scharakteryzować reguł wartości egzystencji potencjalnych pacjentów. Ale dokonywanie wyborów w praktyce wymaga przyjęcia określonych kryteriów.



Prof. B. Górnicki: Zadano pytanie, czy można wartościować życie. Instytucjonalnie przez wieki nie można było na to jednoznacznie odpowiedzieć. Prawdopodobnie stanowisko takie podlegać będzie stale rewizji. Natomiast mnie się tylko wydaje, że zawsze wprowadzanie i rozwój nowych metod leczenia, nowych metod diagnostycznych będą tworzyły konflikty i stale nowe sytuacje, bo liczba nowej aparatury terapeutycznej będzie niedostateczna i zawsze będzie egzystował przejściowy deficyt w tym zakresie. Od tego zjawiska nie możemy uciec i zawsze będziemy musieli wartościować, kogo do tej można powiedzieć zaprogramowanej i prototypowej niemal aparatury podłączyć. Tak jest np. — że mamy jedyny w Polsce ośrodek hemodializy dla dzieci. Kolejki są tam długie i lekarze muszą wartościować, któremu dziecku przedłużyć życie, a któremu nie. Jesteśmy jak ten Minos, Eak i Radamantes, i reprezentujemy w Instytucie Pediatrii tych wszystkich trzech sędziów w Hadesie i to jest nie tylko merytorycznie niesłychanie trudna sprawa, ale i moralnie trudna. Tutaj decydować może zasada pierwszeństwa albo zasada efektu. Niektóre dzieci dają absolutną szansę przeżycia do okresu transplantacji, inne nie mają takiej szansy. Jeśli ja mam dwoje dzieci tego typu, to będę podłączał to dziecko, które daje szansę przeżycia wieloletniego. Czyli element społeczny tu decyduje. Natomiast wydaje mi się, że jest jedna sprawa niepodważalna: nikt nie ma prawa decydować o życiu drugiego. Dla mnie to jest zasada naczelna. Wydaje mi się, że co byśmy nie mówili na temat eutanazji czy ortotanazji, wyżej wymieniona zasada winna być uszanowana, wszelka inna byłaby nieludzka, a poza tym jesteśmy związani nakazami prawa.

A teraz zasadnicze pytanie. Czy lekarz ma tworzyć prawo, czy tworzyć je mają prawnicy bez lekarza? Czy istnieje tzw. sumienie prawne i odmienne od niego sumienie lekarskie? Sprawa jest bardzo trudna, czy medycyna ma być regulowana przez prawników i prawo, czy tworzyć ma oddzielny, niezależny kodeks moralny i oddzielne, biologiczne prawodawstwo? Właściwie wszystko do tego się sprowadza.

Lekarze mają prawo swoje koncepcje rozwiązać według własnego kodeksu moralnego, a zastrzeżenia lekarzy szwedzkich, duńskich, w tej chwili tak samo holenderskich, angielskich, amerykańskich i argentyńskich w stosunku do obowiązujących norm prawnych są uzasadnione. Natomiast prawnicy opierają się bardzo ściśle na zasadzie przestrzegania kodeksów prawnych i mnie się wydaje, że ta walka jest z góry przegrana dla lekarzy. To jest jedno zagadnienie.

Drugie zagadnienie — czy egzystuje u nas filozofia i logika medycyny? Trzeba sobie powiedzieć, że w międzywojennym okresie przedmiot ten nazywał się historia i filozofia medycyny. Wielka szkoda, że w źle zrozumiałym interesie medycyny zlikwidowano ten przedmiot. W swoim czasie Instytut Historii Medycyny i Organizacji Ochrony Zdrowia w Moskwie postulował, żeby utrzymać filozofię medycyny w ramach historii medycyny. U nas filozofia została jak gdyby odebrana historii medycyny z wielką szkodą dla tego przedmiotu i naprawdę dobrze byłoby, żeby wprowadzić z powrotem choćby takie zagadnienie: logika dla medyków.

Jest zagadnieniem ciągle dyskusyjnym może zbytnie spraktyczowanie studiów medycznych, pośpiech w uzyskaniu odpowiedniej sumy wiedzy w ciągu krótkiego czasu. Wpłynęło to m.in. na zlikwidowanie logiki dla medyków, oderwanie historii medycyny od filozofii medycyny, ograniczenie deontologii lekarskiej do niewielu godzin wykładowych. Stąd też może jakiś wniosek na ten temat na naszej konferencji powinien się znaleźć. Medycyna rzeczywiście staje się bardzo faktograficzną i użytkową wiedzą. Wszelkie próby tworzenia podręczników medycyny o charakterze etnograficznym czy socjologicznym nie wychodziły, bo po prostu nie

miał ich kto napisać. Doc. Sokołowska ma rację, że nikt nie jest do tego przygotowany. Lekarze mają słabe wiadomości z zakresu socjologii i nikt się nie odważy, żeby napisać podręcznik „medycyny społecznej”. To musi napisać zespół. Nie jestem pewien, czy rzeczywiście brak nam aparatury pojęciowej w stosunku do grupy problemów socjologicznych? Nad tym trzeba będzie dyskutować.

Jeżeli mówimy, że nikt nie ma prawa decydować o życiu i śmierci drugiego człowieka, to jest to zasadą generalną, ale przecież lekarz musi decydować dlatego, że w zagadnieniach konfliktowych takich problemów, o których mówiłem przed chwilą, jest sporo. Nie można powiedzieć, że ich nie ma dlatego, że są one niewygodne. Zasada niedecydowania o życiu i śmierci jest zasadą generalną, ale od niej są odstępstwa, które stwarza życie. Nie ma czasem innego wyjścia, konieczność decyduje, ale ta konieczność decyzji będzie nam towarzyszyła stale, jak cień chińskiego smoka w bajce chińskiej. Właściwie ten cień przerasta egzystencję, ale jest warunkiem postępu w medycynie. Umasowienie terapii nigdy nie nadaży za postępiem. Dlatego zawsze będą istniały deficyty i zawsze będzie konieczność decydowania w wielu różnych nowych układach.

Deontologia jest zbiorem zasad postępowania lekarskiego, ale nikt nie może powiedzieć ze ścisłością matematyczną, kim jest człowiek. Wydaje się, że m.in. jest to jakiś zespół cech i jeżeli wielu z tych cech brakuje, to jest *sui generis* — odczłowieczenie. W wielu jednak przypadkach, kiedy człowiek jest sztucznie utrzymywany przy życiu, zwłaszcza w przypadkach odmóżdżenia, lekarz staje przed konfliktem ortotanazji. Czy należy przerwać leczenie i zaprzestać walki o życie? Ale takie rozważania noszą cechy nieczłowiecze.

Prof. T. Kielanowski: Dziękuję panu profesorowi Górnickiemu. Chciałem przestrzec tych z Państwa, którzy nie są lekarzami, żeby uwierzyli, że to jest czasem trudny zawód, który od lat uprawiamy i będziemy uprawiać.