

TADEUSZ BIESAGA

Wydział Filozoficzny PAT, Kraków

DOBRO PACJENTA CELEM MEDYCYNY I PODSTAWĄ ETYKI MEDYCZNEJ

1. Dobro wewnętrzne i zewnętrzne względem praktyki medycznej. 2. Bliższe określenie dobra pacjenta. 3. Sprawności, cnoty niezbędne do realizacji dobra pacjenta. 4. Dobroczynność czy autonomia?

1. DOBRO WEWNĘTRZNE I ZEWNĘTRZNE WZGLĘDEM PRAKTYKI MEDYCZNEJ

Wśród różnych współczesnych propozycji bioetyki w świecie anglo-amerykańskim, takich jak pryncypizm Toma L. Beauchampa, i Jamesa F. Childressa, kontraktalizm Roberta M. Veatcha czy kazusytyka Alberta Jonsena da się zauważyć nurt nawiązujący do etyki teleologicznej Arystotelesa, w której podstawowym pojęciem nie jest nakaz, kontrakt społeczny czy kazus, lecz dobro-cel danej aktywności praktycznej. Tęgo rodzaju etyka dobra i etyka prowadzących do niego cnot jest reakcją na etykę proceduralnie i kontraktalistycznie wyznaczanych przez społeczeństwo czy państwo nakazów moralnych.

„Wszelkie zarówno działanie, jak i postanowienie – czytamy na początku pierwszej księgi *Etyki nikomachejskiej* Arystotelesa – zdają się zdążać do jakiegoś dobra i dlatego trafnie określono dobro jako cel wszelkiego dążenia”¹. „Ponieważ zaś wiele jest rodzajów działania i wiele sztuk i rzemiosł oraz nauk, więc też rozliczne są cele: i tak celem sztuki lekarskiej jest zdrowie, celem sztuki budowania okrętów – okręt, celem sztuki dowodzenia jest zwycięstwo, a celem gospodarowania – bogactwo”².

¹ Arystoteles, *Etyka Nikomachejska*, 1095a 1-3.

² Tamże, 1095a 3-4.

Powrót do etyki teleologicznej, w której podstawą dobra i zła jest wewnętrzny cel danej czynności czy praktyki, został zaproponowany m.in. w głośnej pracy Alaisdaira MacIntyre'a *After virtue*. Propozycję tę na teren etyki medycznej przeszczepił m.in. Edmund D. Pellegrino.

Podstawowym pojęciem dla określenia moralności dla A. MacIntyre stał się cel wewnętrzny danej praktyce³. Dobra wewnętrzne danej praktyce przeciwstawia on dobrom zewnętrznym. Pierwsze są z nią związane istotowo. Można je osiągnąć tylko uczestnicząc w tej praktyce, przez czyny właściwe dla tej profesji. Można je osiągnąć będąc np. malarzem, lekarzem, piłkarzem, a nie tylko miłośnikiem malarstwa czy sportu⁴. „Dobra te można zdobyć wyłącznie drogą podporządkowania się danej praktyce poprzez określony stosunek do innych uczestników tej praktyki”⁵. Dobra wewnętrzne danej praktyce domagają się „akceptacji” od tego, kto ją podejmuje⁶; jest on przez nie „wzywany” do odpowiedniego postępowania⁷, stawiają one mu pewne „wymogi”⁸.

Dobra zewnętrzne względem danej praktyki, są zewnętrznymi, przygodnie z nią związane. Tak np. zdrowie pacjenta jako dobro jest istotowo związane z praktyką medyczną, a pieniądze, bogactwo, sława, władza są zewnętrznymi wobec tej praktyki i można je osiągać na wiele innych sposobów. Dobra zewnętrzne mają charakter antagonizujący, są przedmiotem konfliktów i walki. Dobra wewnętrzne w danej praktyce niejako bezkonfliktowo, ubogacają obie osoby np. w relacji pacjent – lekarz i przez to całą wspólnotę.

„W moich badaniach – pisze E. Pellegrino – istotne jest MacIntyre'a rozróżnienie dóbr wewnętrznych i zewnętrznych wobec danej praktyki. Wewnętrznymi dobrami są te, których realizacja gwarantuje osiągnięcie standardów doskonałości istotnych dla danej praktyki. Dobrami zewnętrznymi są te, które bezpośrednio nie uczestniczą w osiągnięciu celów charakterystycznych dla danej praktyki. Działalność medyczna też jest pewną praktyką i może być analizowana w powyższy sposób. Doskonałość w leczeniu jest

³ A. MacIntyre, *Dziedzictwo cnoty*, tłum. z ang. A. Chmielewski, Warszawa 1996, 271.

⁴ Tamże, 344.

⁵ Tamże.

⁶ Tamże, 353.

⁷ Tamże, 361-362.

⁸ Tamże, 362.

dla niej dobrem wewnętrznym (*good internal to that practice*), a zarabianie pieniędzy jest względem niej dobrem zewnętrznym (*good external to that practice*)⁹.

Dobro wewnętrzne praktyce medycznej jako *telos* medycyny nie może być – zdaniem Pellegrino – rozumiane utylitarystycznie i konsekwencjonalistycznie. Nie chodzi tu bowiem o społeczny i ekonomiczny rachunek strat i korzyści. Nie chodzi o cele, jakie stawia sobie społeczność, państwo, ekonomiści, politycy itp. Te wszystkie cele są zewnętrzne i nieraz narzucane medycynie¹⁰. Nie konstytuują one dóbr i celów wewnętrznych medycynie jako takiej. Gdyby medycyna odeszła od swego wewnętrznego i specyficznego dla niej celu – dobra i realizowała np. cele ekonomii czy polityki, przestałaby być medycyną, a stałaby się ekonomią i polityką.

Medycyna często jest wciągana do realizacji celów zewnętrznych, narzucanych jej przez państwo, np. by uczestniczyć w egzekucji, aborcji, sekcji zwłok, w sądowym orzeczeniu czyjejsi poczytalności psychicznej itp. Nie może jednak utracić swego właściwego celu na rzecz celów innych, zewnętrznych względem medycyny.

„Celem medycyny – pisze Pellegrino – jest przywrócenie i rozwój zdrowia, a dokładniej – uzdrowienie (*to heal*), czyli wyleczenie z choroby (*to cure illness and disease*), a jeśli to jest niemożliwe, troska i pomoc pacjentowi, by żył mimo kontekstu bólu, dyskomfortu lub niepełnosprawności¹¹. Cel medycyny, sformułowany już w przysiędze Hipokratesa, w zasadniczej mierze pozostaje niezmienny przez stulecia, mimo nowych środków technicznych osiągnięcia tych celów. „Zobowiązanie leczenia wyrastające z relacji lekarz – pacjent, jest nadal ostatecznym celem tej profesji. Nie jest to cel do podważania. Jeśli medycyna utraciłaby ten cel, nie jest już medycyną¹²”.

Cel, jakim jest leczenie i troska o pacjenta, nie jest ustanawiany konwencjonalnie przez społeczność, obyczajowość czy kulturę.

⁹ E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine: A Paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions*, *Journal of Medicine and Philosophy* 26(2001)6, 562. Dyskusję z tą propozycją zob. F. G. Miller, H. Brody, *The Internal Morality of Medicine. An Evolutionary Perspective*, *Journal of Medicine and Philosophy* 26(2001)6, 581-599; R. M. Veatch, *The Impossibility of a Morality Internal to Medicine*, *Journal of Medicine and Philosophy* 26(2001)6, 621-642.

¹⁰ E. D. Pellegrino, art. cyt., 565.

¹¹ E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, New York, Oxford 1993, 53.

¹² Tamże, 60.

Wyrasta on z natury medycyny, z praktyki medycznej. Medycyna i cel, któremu ona służy, nie są wytworem społecznym, tak samo jak choroba i leczenie nie są tworem jakieś kultury, ale wyrastają z podstawowej kondycji człowieka. Fakt choroby (*fact of illness*) wpisany jest w kondycję ludzką. Człowiek staje się pacjentem nie z własnej woli, ani też w wyniku obyczajów społecznych i kulturowych. Dotknięty tym egzystencjalnym faktem, nie potrafi sobie sam radzić i poszukuje profesjonalnej pomocy. Relacja lekarz – pacjent nie jest jakimś sztucznym konstruktem, ale ustanowiona jest przez realne fakty, takie jak: choroba (*fakt of illness*), czynność danej profesji medycznej (*act of profession*) i czyn leczenia (*act of healing*). Relacja ta posiada wpisaną wewnętrzną celowość osiągnięcia dobra, dla którego zaistniała¹³.

Dobro wewnętrzne medycynie ujawnia się najbardziej w sytuacji pierwotnej, jaką stwarza medycyna kliniczna, w której lekarz staje twarzą w twarz z chorym oczekującym wyleczenia. Rzeczywistość kliniczna wprost wskazuje dobro pacjenta, a przez nie określa rolę lekarza, a nawet całej medycyny. „Wszyscy członkowie służby zdrowia stający bezpośrednio przed pacjentem są klinicystami. Każdy z nich zaangażowany jest w specyficzny sposób w relację ludzką z człowiekiem w potrzebie, która określa tę profesję jako specyficzną aktywność, np. pielęgniarstwo, psychologię kliniczną, stomatologię itp. Każda z nich ma za cel zdrowie jako dobro oraz spełnienie wszystkiego tego, co jest istotne dla zdrowia”¹⁴. Sytuacja kliniczna jest więc paradygmatem, jest *locus ethicus* dla etyki medycznej. To ona źródłowo określa, o jakie dobro chodzi i jakie niezbędne obowiązki z tego wynikają. To w niej inne dziedziny medycyny oraz cała polityka społeczna znajdują swoje spełnienie. W ten sposób dobrem pacjenta uzasadnione są inne dziedziny medycyny, rozwój badań, rozwój wiedzy medycznej, medycyna prewencyjna czy medycyna socjalna. „Kiedy wiedza i umiejętności wszelkich dziedzin medycznych są użyte do leczenia konkretnej osoby, wtedy cele tych dziedzin włączają się w cel medycyny klinicznej”¹⁵.

¹³ E. D. Pellegrino, *Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions*, Kennedy Institute of Ethics Journal 5(1995)3, 267.

¹⁴ Tenże, *The Internal Morality of Clinical Medicine*, art. cyt., 564.

¹⁵ Tamże.

„Moralność wewnętrzna medycynie (*an internal morality of medicine*) jest niezależna od tego, czy lekarz ją zaakceptuje, czy ją odrzuci. Przyjęcie zasad moralności wewnętrznej medycynie przez złożenie przyrzeczenia lekarskiego nie jest ustanowieniem jej moralnego autorytetu. Jej autorytet wyrasta bowiem z obiektywnego porządku moralności, który transcenduje (podmiotowe, subiektywne) ustawianie celów danej profesji”¹⁶.

Moralność wewnętrzna medycynie nie jest zamkniętym systemem, lecz jest otwarta na bliższe określanie dobra pacjenta, na określenie cnót, sprawności potrzebnych do realizacji tego dobra oraz nakazów, norm wskazujących to dobro. W ten sposób etyka troski o dobro pacjenta łączy się z etyką cnót i etyką zasad, norm.

2. BLIŻSZE OKREŚLENIE DOBRA PACJENTA

Na dobro pacjenta składają się – zdaniem E. Pellegrino – cztery składowe elementy: (1) dobro medyczne (*medical good*) określone wskazaniem medycznymi, (2) dobro przeżywane przez pacjenta według jego planów życiowych i oceny własnej sytuacji (*patient's concept of his own good*), (3) dobro pacjenta jako osoby (*good of the patient as a person*) i (4) dobro duchowe pacjenta (*spiritual good*)¹⁷.

Dobro medyczne wyznaczone jest przez aktualną wiedzę medyczną, sztukę lekarską, w której olbrzymią rolę odgrywają naukowe, techniczne i praktyczne zdolności lekarza, pozwalające mu właściwie wykorzystać posiadaną wiedzę i użyć właściwych środków do leczenia danej choroby. Dobrem tym jest przywrócenie fizjologicznych funkcji ciała i umysłu pacjenta, uwolnienie go od bólu przez użycie środków medycznych, operacje, psychoterapię itp.

Dobro to jest dobrem instrumentalnym, którego pragnie pacjent, a które realizuje lekarz przez swoje kompetencje medyczne i słuszne decyzje. Ponieważ jest ono dobrem zasadniczym dla medycyny, często jest mylone z pełnym dobrem pacjenta. Mimo że jest ono dobrem niezbędnym, to jednak nie jest dobrem wystarczającym we właściwie pojętej medycynie. Musi być ono zharmonizowane z innymi wymiarami dobra pacjenta. Inaczej prowa-

¹⁶ Tamże, 565.

¹⁷ E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, New York 1988, 74-91; E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine*, art. cyt., 569.

dzi do dehumanizacji medycyny i depersonalizacji samej relacji lekarz – pacjent.

Stąd konieczność zainteresowania się dobrem przeżywanym przez pacjenta. Chodzi o jego osobiste preferencje, wartości i wybory; o to, jak on chce przeżywać swoje życie, jak widzi on dobrodziejstwa i ciężary zaproponowanego leczenia. W dobru tym odbija się w jakiś sposób niepowtarzalność każdej osoby i specyficzność jej świata wartości. Wchodzi tu w grę wiek, status, zawód, zaangażowanie społeczne, kulturowe i religijne. „Aby służyć osobistemu dobru pacjenta, dobro medyczne musi być umiejscowione w kontekście planu życiowego i sytuacji życia tego oto pacjenta”¹⁸.

Dobro medyczne i dobro osobiste pacjenta należy następnie odnieść do dobra człowieka jako takiego, czyli do dobra osoby. Tego właśnie dobra poszukiwali Arystoteles i św. Tomasz jako *telos* ludzkiego życia. Jest to dobro właściwe człowiekowi. W charakterystyce tego dobra ważne jest uszanowanie godności ludzkiej, traktowanie osoby jako celu samego w sobie, a nie jako środka do osiągnięcia innych celów. Wsobna wartość osoby nie może być określana na podstawie zdrowia, wykształcenia czy pozycji społecznej. To właśnie relacja lekarz – pacjent ma być zbudowana na odniesieniu do osoby jako takiej, a nie na jej różnych cechach. Na podstawie afirmacji godności osoby możemy formułować dalsze zasady zachowania się wobec niej takie, jak zasada dobroczynności, nieszkodzenia, autonomii i sprawiedliwości.

W amerykańskiej bioetyce zasady te przyjmowane są jako oczywiste *prima facie*. Podstawą ich przyjęcia jest nie tyle godność osoby, ale obyczajowość społeczna (*common morality*). Nie jest to mocne i właściwe uzasadnienie moralności względem osoby i pacjenta. Zmieniające się obyczaje i przekonania społeczne mogą bowiem też zmienić moralne zachowania względem osoby. W etyce klasycznej i personalistycznej dobro człowieka jest niezależne od umowy i obyczajów społecznych. Ugruntowane jest ono w jego godności i w jego naturze. Nie może być konwencjonalnie ustalane. Wyklucza to, co np. dopuszcza choćby konwencja bioetyczna, pozwalając, aby poszczególne państwa określały czy embriion ludzki

¹⁸ E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine*, art. cyt., 569.

jest istotą ludzką, czy nie i by przyznawały lub odbierały należne mu z natury prawo do życia.

W sytuacji klinicznej dobro medyczne i dobro osobiste pacjenta muszą być spójne i muszą wspierać dobro człowieka jako takiego. Jeśli lekarz ignoruje dobro osobiste pacjenta, narusza dobro osoby jako istoty racjonalnej, wolnej, zdolnej do samodeterminacji. Jeśli podważa wartość życia biednego lub upośledzonego, czyni to samo. Jeśli wystawia pacjenta na ryzyko niewspółmierne do korzyści, nawet jeśli pacjent wyraził zgodę, narusza zasadę dobroczynności i unikania zła.

Poza dobrami materialnymi człowiek ceni dobra duchowe. Można je wiązać z przeżywaną przez niego religią, ale są to dobra szersze niż tylko religijne. Chodzi o te dobra, które nadają życiu ludzkiemu ostateczny sens. Dla nich człowiek dokonuje największych poświęceń. Za tymi dobrami stoją osobiste przekonania drugiego człowieka, jego wiara i religia. W klasycznym ujęciu człowieka, z punktu widzenia jego cielesno-duchowej natury, duchowe przeznaczenie człowieka jest ostatecznym dobrem. Wpisane w nas prawo natury ludzkiej pozwala drogą rozumu odkryć nasze skierowanie do Absolutu, nasze ostateczne przeznaczenie.

Nie jest łatwo zharmonizować te cztery rodzaje dobra pacjenta. Może być bowiem tak, że dobro wynikłe z osobistych życzeń pacjenta przekreśla inne wymienione dobra. To znów inne działania czy to osobiste, społeczne, naukowe np. samookaleczenie, eksperymenty na embrionach, eutanazja – przekreślają dobro osoby jako takiej lub jej dobra duchowe. „Dobro osobiście uznane przez pacjenta – pisze E. Pellegrino – nie może się stać prawem moralnym. Musi być poddane testowi moralnej słuszności wyznaczonej przez bardziej fundamentalne źródła dobra niż preferencje pacjenta. Danie pierwszeństwa dobru preferowanemu przez pacjenta absolutyzuje jego autonomię i przekreśla autonomię lekarza”¹⁹. Żądanie, aby lekarz w swej moralnej aktywności był moralnie, aksjologicznie neutralny, jest zadaniem przekreślającym jego człowieczeństwo i jego profesję. „Lekarz tak samo jak pacjent nie może być użyty jako środek”²⁰. Etyczne konflikty, które mogą powstać między leka-

¹⁹ Tamże, 572.

²⁰ Tamże. Zob. też Tenże, *Commentary: Value Neutrality, Moral Integrity, and the Physician*, *Journal of Law, Medicine and Ethics* 28(2000)1, 78-81.

rzem, pacjentem, rodziną czy innymi pracownikami służby zdrowia, nie mogą usprawiedliwiać utylitarystycznego, legalistycznego, libertariańskiego okaleczenia celu medycyny, zniekształcać dobra pacjenta, czy dobra lekarza. Etyka nie może być sprowadzana do taktyki rozwiązywania konfliktów.

Dobra te w każdej profesji posiadają tę samą hierarchię. Zdaniem E. Pellgrino dobra duchowe są najwyżej, później dobra osoby jako takiej, następnie dobro, tak jak je widzi dla siebie drugi człowiek, i na najniższym poziomie – dobro techniczne realizacji celu danego zawodu. Z punktu widzenia danej profesji działanie jest słuszne (*right*), jeśli na pierwszym miejscu podporządkowuje się realizacji celu tej *technie*; jest dobre (*good*), jeśli podporządkowuje się trzem następnym wymiarom dobra.

3. SPRAWNOŚCI, CNOTY NIEZBĘDNE DO REALIZACJI DOBRA PACJENTA

W realizacji dobra pacjenta niezbędne są odpowiednie do tego sprawności, które lekarz, służba zdrowia powinni posiadać. Przy czym nie chodzi tylko o sprawności techniczne, ale szerzej również o sprawności osobowe, umożliwiające realizację nie tylko dobra medycznego, ale całościowego dobra pacjenta. Można to jedynie osiągnąć na drodze nabycia przez lekarza odpowiednich cech charakteru, sprawności, czyli cnot.

Cnota w sensie Arystotelesa to „trwała dyspozycja, dzięki której człowiek staje się dobry i dzięki której spełniać będzie należycie właściwe sobie funkcje”²¹. „Cnota – pisze A. MacIntyre – jest nabytą ludzką cechą, której posiadanie i przestrzeganie umożliwia nam osiągnięcie dóbr wewnętrznych wobec praktyk, jej brak natomiast osiągnięcie tych dóbr skutecznie nam uniemożliwia”²². Znaczy to, że ich brak uniemożliwi pełną realizację dobra, o które w medycynie chodzi.

W wykonywaniu powołania lekarza niezbędne są – zdaniem E. Pellegrino – następujące cnoty: (1) wierność i stałość w zaufaniu (*fidelity to trust and promise*), bez której nie jest możliwa interpersonalna relacja lekarz – pacjent i właściwe leczenie; (2) trzymanie w ryzach swoich korzyści (*effacement of self-interest*), gdyż chory łatwo podatny jest na zranienia, jest zależny od potęgi lekarza

²¹ Arystoteles, *Etyka Nikomachejska* 1106a 22-25.

²² A. MacIntyre, dz. cyt., 344.

i medycyny; (3) intelektualna uczciwość (*intellectual honesty*), aby pacjent znał prawdę i świadomie włączał się w leczenie; (4) współczucie (*compassion and caring*), gdyż zrozumienie uczuć ludzkich jest nieodzowne we właściwym leczeniu; (5) odwaga (*courage*) w realizacji dobra pacjenta w erze komercjalizacji, depersonalizacji i ekonomizacji życia zawodowego, w tym również medycyny; (6) sprawiedliwość (*justice*) i roztropność (*prudence*) we włączeniu dobra wynikłego z użycia techniki, w dobro pacjenta i w dobro osoby²³. Etyki troski o dobro pacjenta nie da się zrealizować bez etyki cnót (*virtue-based ethics*)²⁴.

4. DOBROCZYNNOŚĆ CZY AUTONOMIA?

W wyniku wyraźnego ujęcia dobra pacjenta oraz niezbędnych sprawności do jego osiągnięcia można też rozstrzygnąć, której zasadzie w bioetyce przyznać pierwszeństwo. W bioetyce zasad T. Beauchampa i F. Childressa wymienia się cztery: autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości. Nietrudno dostrzec konflikt między zasadą autonomii pacjenta a dobroczynności lekarza, czy zasadą autonomii a sprawiedliwości społecznej. „Dobroczynność – pisze D. E. Pellegrino – jest *primum principium* wszelkiej etyki, ogólnej jak i zawodowej, a to dlatego, że jej podstawowym celem jest czynienie dobra i unikanie zła”²⁵. Aby nie prowadziła ona do paternalizmu, należy ją realizować przez zaufanie (*beneficence-in-trust*). Pacjent nie ma wyboru – musi zaufać lekarzowi. Na lekarzu ciąży odpowiedzialność, aby tego zaufania nie zniszczyć. Ono bowiem umożliwia właściwą realizację dobroczynności.

Propozycja pierwszeństwa dobroczynności w zaufaniu dostrzega rolę autonomii pacjenta czy lekarza, ale odrzuca autonomizm w bioetyce, w etyce lekarskiej czy w ujęciu relacji lekarz – pacjent. Autonomię przeciwstawia się w bioetyce zarówno paternali-

²³ E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine*, art. cyt., 576. Opracowanie poszczególnych cnót zob. E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, dz. cyt., 65-164; E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The Christian Virtues in Medical Practice*, Washington 1996, 51-67.

²⁴ Dyskusja wokół tej propozycji: zob. R. M. Veatch, *Justice in Health Care: the Contribution of Edmund Pellegrino*, *Journal of Medicine and Philosophy* 15(1990)3, 269-287; H. T. Engelhardt, *The Crisis of Virtue: Arming for the Cultural Wars and Pellegrino at the Limes*, *Theoretical Medicine* 18(1997), 156-172; E. D. Davis, *Phronesis, Clinical Reasoning, and Pellegrino's Philosophy of Medicine*, *Theoretical Medicine* 18(1997), 173-195.

²⁵ E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine*, art. cyt., 576.

zmowi, jak i tyranii społecznej. „Autonomia, samodecydowanie, prawo do prywatności – pisze Pellegrino – stały się symbolami przeciwdziałania nadużyciom autorytetu przedstawicieli różnych zawodów, instytucji i rządu. Szacunek dla autonomii chce zrównoważyć ogromny nacisk wiedzy ekspertów, która chce ogrywać zasadniczą rolę w prywatnych i publicznych decyzjach w uprzemysłowionej, technologicznie zorientowanej społeczności. Autonomia wyzywa do ochrony moralnych i osobowych wartości każdej indywidualnej osoby, a przez to do obrony jej integralności”²⁶. Przeciwstawia się autorytaryzmowi i paternalizmowi lekarza. Umożliwia pacjentowi jakąś kontrolę decyzji i sposobów leczenia, które dotyczą przecież jego życia.

Niemniej autonomia i paternalizm wyrastają z tego samego indywidualizmu i egoizmu etycznego, w którym głosi się teorię walki, konfliktów, wzajemnej podejrzliwości i nieufności²⁷.

Z pozycji tak rozumianej autonomii proponuje się kilka modeli relacji lekarz – pacjent, w których relacja ta jest błędnie ujęta. Wymienia się np. model konsumpcyjny (*the consumer model*), model kontraktowy (*contract model*) i model negocjacyjny (*negotiated model*)²⁸.

W modelu konsumpcyjnym opieka zdrowotna potraktowana jest tak samo jak inne usługi handlowe proponowane na wolnym rynku. Służba zdrowia ma podawać różnorodne sposoby leczenia, oceniać ich dobre i złe strony, koszty leczenia, korzyści i ryzyko dla pacjenta. Lekarz jest od podawania solidnych informacji, może sformułować też jakąś radę, ale nie może wpływać na czyjąś decyzję. To, co pacjent uznaje za wartościowe, jest decydujące. Obowiązki lekarza ograniczone są do kompetentnych informacji, do ochrony i rozszerzania u pacjenta zdolności podejmowania samodzielnej decyzji.

W modelu negocjacyjnym lekarz może podjąć dyskusję z pacjentem o tym, co wartościowe w odniesieniu do zdrowia i w odniesieniu do moralnych wartości w ogólności. Tak jak w modelu konsumpcyjnym obie strony są autonomicznymi osobami chcącymi

²⁶ E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, dz. cyt., 55.

²⁷ E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *For the Patient's Good*, dz. cyt., 49.

²⁸ E. J. Emanuel, L. Emanuel, *Four Models of the Physician-Patient Relationship*, *Journal of the American Medical Association* 1992, vol. 267, no. 16, 221-226.

zawrzeć kontrakt, ale w tym wypadku akcent położony jest na dyskusję i negocjacje, na bardziej intensywne przebadanie wszystkich szczegółów przed podjęciem takiego kontraktu. Mimo to, również w tym modelu to nie natura relacji pacjent – lekarz determinuje treść kontraktu, ale decyzja pacjenta. Pacjent i lekarz mogą zrobić cokolwiek, na co się zgodzą. Może to być asystencja przy samobójstwie, czy aktywna eutanazja.

„Powyższe przykłady wyprowadzonych z autonomii modeli relacji lekarz – pacjent – pisze E. Pellegrino – czynią ją jednak relacją głównie instrumentalną i proceduralną. W swej istocie są to propozycje legalistyczne i sugerowana przez nie etyka jest tą, która w minimalnym stopniu włącza osobowe zaangażowanie i zaufanie (*is one of minimal personal commitment and trust*). W rzeczywistości opierają się one bardziej na nieufności, niż zaufaniu. Niszczy istnienie wspólnej medycznej moralności, ponieważ strony kontraktu nadają etyce medycznej jakiegokolwiek znaczenie, które wybierają. Za jedyne zło moralne uważa się niewystarczające przestrzeganie przyjętego kontraktu”²⁹.

„Mimo że inspirowane autonomią modele wydają się chronić prawa pacjenta do samodeterminacji, to jednak przy bliższej analizie one są w znacznej mierze iluzoryczne a nawet niebezpieczne dla obu stron. Po pierwsze, przeczają one fakt, że lekarz i pacjent nie są równymi w sile negocjacji. Pacjent jest istotą cierpiącą i podatną na zranienie, gdyż on czy ona potrzebuje pomocy, nie posiada możliwości, by się wyleczyć, jest w bólu, w zaniepokojeniu, w lęku, a być może w rozpacz. Trudno sobie wyobrazić ważny kontrakt, w którym jedna strona jest tak zależna od drugiej, od informacji koniecznych dla dokonania wyboru, zależna od kompetencji drugiej strony w realizacji decyzji, która została podjęta”³⁰. Model bazujący na autonomii daje więc olbrzymią władzę lekarzowi.

Nie jest on moralnie zobowiązany użyć wszystkich możliwości dla leczenia pacjenta, lecz jedynie spełnić wynegocjowany kontrakt. Kompetentna znajomość przez lekarza choroby pacjenta daje mu olbrzymią przewagę w tym kontrakcie. Osobisty charyzmat lekarza wraz z jego wiedzą, daje mu nieograniczone możliwości wpływu na decyzje pacjenta. Monopolizacja medycznej wiedzy umożliwia le-

²⁹ E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, dz. cyt., 56.

³⁰ Tamże.

karzowi specjalistyczne działania niezależne od wynegocjowanego kontraktu, który zawsze jest czymś ogólnym.

Kryjąca się za modelem autonomii podejrzliwość i nieufność w stosunku do lekarza, uruchamia w nim wszelkie możliwości obrony przed pacjentem. Konstruowanie i egzekwowanie kontraktu od razu tworzy nieufność w stosunku do lekarza, który na podstawie tego kontraktu może być postawiony przed sądem. Koncentruje się więc on na sformułowaniu wygodnego kontraktu i legalnym jego spełnieniu, a nie na wyleczeniu pacjenta. „Nie ma żadnych dowodów na to, że relacja bazująca na nieufności i kontrakcie bardziej chroni autonomię pacjenta, niż bazująca na zaufaniu, czyli na przyrzeczeniu i zobowiązaniu (*on a covenant rather than a contract*)”³¹. Podsyćanie więc egoizmu i nieufności między lekarzem a pacjentem prowadzi do atomizacji jednostek, niszczy wspólnotę ludzką, prowadzi do alienacji i neurozy człowieka, który jest istotą społeczną.

Szacunek dla samookreślenia się pacjenta, dla jego integralności jako osoby jest koniecznym wymaganiem relacji międzyosobowych i winien być obecny również w działaniach medycznych. Niemniej właściwie rozwijana międzyosobowa relacja lekarz – pacjent może się dokonać jedynie przez dobroczynność w zaufaniu. Wzajemne zaufanie pozwala włączyć wolność pacjenta i wolność lekarza w realizowanie dobra pacjenta.

Przeciw autonomizmowi trzeba powiedzieć, że tym, co sprawia, iż czyn jest moralnie dobry, nie jest wolność, ale dobro, do którego zmierzamy i którego bronimy. Dobro to jest zadane naszej wolności. Musimy je poznać, określić i realizować. „Wolność nie stoi naga, ale jest ubrana w »powinność«; jesteśmy wolni uczynić to, co jest powinno»³². Powinność nas nie zmusza, niemniej odrzucenie tego, co moralnie powinno, mimo że dokonane w wolności, jest złem moralnym. Wyizolowanie i oderwanie aktu decyzji od dobra osoby, od powinności względem innych osób jest konstruktem sztucznym i szkodliwym. Niszczy bowiem międzyosobową relację i uniemożliwia osobowy dialog o dobro³³. Szacunek dla godności osoby, jest czymś szerszym, niż szacunek dla jej decyzji. Szczególnie ujawnia

³¹ Zob. W. F. May, *The Physician's Covenant*, Philadelphia 1983.

³² E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *For the Patient's Good*, dz. cyt., 45.

³³ Tamże, 46.

nia się to w przypadku chorób, które te decyzje pacjentowi uniemożliwiają.

Podsumowując, należy więc stwierdzić, że odkrycie dóbr wewnętrznych praktyce medycznej, opis dobra pacjenta w kontekście personalistycznie ujętej relacji lekarz – pacjent, oraz odpowiednich sprawności, z których zasadnicza jest dobroczynność w zaufaniu – zarysowuje podstawy etyki medycznej. Przeciwstawia się ona zarówno autonomizmowi, jak też heteronomizmowi etycznemu, w którym jakieś procesy zewnętrzne względem osoby, eksperci, politycy czy państwo ustala normy dla medycyny.

PATIENT'S GOOD AS THE GOAL OF MEDICINE AND BASIS OF MEDICAL ETHICS

Summary

The article constructs a concept of the goal of medicine. The author begins with the distinction introduced by A. MacIntyre between internal and external good in medical practice. The article mentions Pellegrino's four ingredients of patient's good. The good consists of a) medical good, b) good experienced by the patient, c) good of a patient as a person and d) spiritual good of a patient. One of the fundamental conditions of realizing the goal of medicine is an integral approach to the ingredients of that good of a patient and acquiring by a physician specific skills proper to his profession, i. e. virtues which enable him to realize this good properly.