

Marcin Jaranowski

<https://orcid.org/0000-0002-8590-6703>

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Dramaturgia artykułu 17. kodeksu etyki lekarskiej. Ujęcie sytuacji niepomysłnych rokowań z wykorzystaniem elementów aksjologii Józefa Tischnera

W niniejszym tekście proponuję czytelnikowi skupienie uwagi na jednym z artykułów kodeksu etyki lekarskiej (w jego obecnie obowiązującym kształcie) i rozwinięcie określonej interpretacji tego artykułu, z wykorzystaniem pojęć filozofii wartości Józefa Tischnera. Złożoność treści tego artykułu, oraz pewną oscylację zawartych w nim dyrektyw, postaram się przedstawić jako odzwierciedlającą trudne do rozstrzygnięcia konflikty między wartościami, pojawiające się w zmiennej sytuacji. Użycie słowa „dramaturgia” w tytule odnosi się dwojako do cech artykułu 17., które ma wyeksponować prezentowana interpretacja. Po pierwsze, postaram się pokazać, że artykuł ten posiada w sobie dramaturgię, rozumianą w sposób zbliżony do znaczenia literaturoznawczego: istnieje pewne napięcie w jego treści, ma on swoje „zwroty akcji” i przybliżył nam pewien rodzaj sytuacji, charakteryzującej się niepewnością wyboru wartości. Po wtóre, słowo „dramaturgia” wpisuje się w słownik aksjologii Józefa Tischnera – twórcy filozofii dramatu – której użyję jako podstawowego punktu odniesienia w rekonstrukcji etycznego wymiaru treści artykułu. Aksjologia Tischnera eksponuje pewną dynamikę, jaka wiąże się z realizacją wartości w sferze międzyosobowej: ukazuje dramat człowieka, który jest zmuszony podejmować decyzje, mogące przesądzić o czymś ocaleniu albo zgnie. Myśl

Marcin Jaranowski – dr hab. filozofii, prof. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Obszary jego zainteresowań stanowią przede wszystkim filozofia zła oraz etyka sytuacyjna. Autor między innymi książki *Rekonstrukcja zła. Etyczne aspekty opresji w świetle refleksji „ocalonych”* (Toruń 2015).

Tischnera jest również predysponowana do wyjaśniania moralnego znaczenia relacji lekarz–chory, w sytuacji niepomysłnych rokowań, ze względu na jej sytuacyjny oraz dialogiczny charakter, a także w związku z przekonaniem autora, że źródłową relacją międzyludzką należy opisywać jako naczyną tragizmem współzależności losu¹. Relacja lekarz–chory jest relacją dobrze odzwierciedlającą tę zależność. W toku rozważań sporadycznie będą odwoływał się także do ustaleń innych autorów, jednak będą one odgrywały rolę uzupełniającą.

We wprowadzeniu do tego artykułu istotne jest sformułowanie pewnych zastrzeżeń, związanych z jego powściągliwym zamysłem. Ujęcie elementu deontologii lekarskiej w ramach aksjologii Tischnera zostanie rozwinięte jako eksperyment myślowy, odnoszący pewien sposób myślenia o wartościach i zobowiązaniach moralnych do dylematycznej sytuacji moralnej. Ze względu na bezpośredniość tego odniesienia interpretacja nie będzie budowana w kontekście bogatej literatury dotyczącej deontologii lekarskiej oraz etyki kodeksowej. Interpretacja ta nie powstaje, aby konkurować z jakimkolwiek ujęciem deontologii lekarskiej zbudowanym na gruncie innych lub podobnych założeń teoretycznych. Artykuł 17. kodeksu etyki lekarskiej, po prostu przybliża tutaj pewien typ sytuacji, oraz dynamikę zobowiązań moralnych, które będą rozpatrywane z wykorzystaniem zasobów aksjologii Tischnera. Ze względu na ograniczenia objętościowe tekstu, skupię się w nim bardziej na pozytywnych aspektach realizacji wartości we wspomnianej sytuacji, niż na możliwych nieprawidłowościach i uchybieniach w działaniu lekarza. Mam nadzieję, że niniejszy tekst może być przydatny do zintegrowania i rozwinięcia namysłu etycznego, dotyczącego obowiązków i postaw moralnych lekarza wobec chorego, w sytuacji, gdy rokowania nie są pomyślne.

Ramy pojęciowe

Przyjmuję, że kodeksy etyki zawodowej, poprzez sposób, w jaki odnoszą się do wartości, mogą konsolidować etos grupy zawodowej. Najprostsza

1 Por. J. Tischner, *Filozofia dramatu*, Kraków 2006, s. 8.

definicja pojęcia „wartość” określa to słowo jako odnoszące się do tego, co cenne. W naukach społecznych można też spotkać się z pojmowaniem wartości jako tego, co wpływa na decyzje ludzkie. Tadeusz Tomaszewski określa na przykład wartość jako „stan rzeczy, który określa kierunek aktywności człowieka”². Patronujący przyjętej tutaj aksjologii Tischner rozumie wartość jako ideał domagający się jakiegoś działania³. Słowem: żyjący pośród wartości człowiek świadomie rozpoznaje to, co dla niego cenne i co skłania go do pewnego działania. Na poziomie ogólności, jaki na razie przyjęliśmy, działanie to określamy najczęściej jako realizację lub ochronę wartości (tego, co cenne). W praktyce jest to wykonywanie rozmaitych działań w sytuacji, w której pojawia się jakieś poczucie zobligowania do zrobienia czegoś (lub zaniechania działania, którego podejmować nie należy).

Kodeksy etyki powstałe w ramach etyki zawodowej⁴ możemy bez kontrowersji rozumieć jako systemy nakazów i zakazów postępowania, które wyznaczają ścieżki realizacji i ochrony wartości w działaniu i te wartości *explicite* wymieniają (często w introdukcji kodeksu). Tischner zauważa, że z trudnością przychodzi nam nazywanie „pracą” stałych i trudnych zajęć, które są niemoralne i niegodne, takich jak na przykład działania notorycznego złodzieja. Tłumaczy to spontanicznym wiązaniem pojęcia pracy z ideą „[e]thosu, godności i wzniosłości”⁵. W przypadku niektórych kodeksów wyraźniej eksponowana jest grupa wartości najistotniejsza dla etosu grupy zawodowej⁶. Dlatego też na przykład kłamstwo działającego

2 T. Tomaszewski, *Człowiek w sytuacji*, w: *Psychologia*, red. T. Tomaszewski, Warszawa 1982, s. 24; por. S. Blackburn, *Dictionary of Philosophy*, Oxford–New York 1996, s. 390.

3 J. Tischner, *Etyka wartości i nadziei*, w: D. von Hildebrand, J. Kłoczowski, J. Paściak, J. Tischner, *Wobec wartości*, Poznań 1984, s. 67–68.

4 Na temat relacji pojęcia etyki zawodowej do pojęcia kodeksu etycznego zob. I. Lazari-Pawłowska, *Etyka zawodowa*, „Etyka” 4 (1969), s. 58–90; A. Sikora, *Pojęcie, rozwój i struktura polskich kodeksów etyki lekarskiej na tle etyki zawodowej*, „Poznańskie Studia Teologiczne” 13 (2002), s. 95–96.

5 J. Tischner, *Świat ludzkiej nadziei*, Kraków 2000, s. 73.

6 W sprawie sporu o możliwość całkowitego sprowadzenia etyk zawodowych do etyki ogólnej zob. K. Szewczyk, *Profesjonalna etyka lekarska: uzasadnienie jej odrębności oraz miejsca w edukacji etycznej studentów medycyny i lekarzy*, „Diametros” 18 (2021), s. 33–70; I. Lazari-Pawłowska, *Etyka zawodowa*, s. 58.

w ramach obowiązków zawodowych dziennikarza wobec odbiorcy informacji, ma nieco inną wagę moralną, niż kłamstwo, którego dopuszcza się lekarz wobec pacjenta. W obu przypadkach mamy do czynienia z przekroczeniem zakazu moralnego „nie kłam”, służącego potrzebie zaufania w życiu społecznym⁷, ale w pierwszym przypadku możemy dodatkowo mówić o działaniu niezgodnym z etosem zawodowym: takie naruszenia często są odbierane jako cyniczne, określane jako działania „niegodne” jakiegoś zawodu i związanej z nim roli społecznej.

Przechodząc do kwestii wartości i norm, warto odnotować, że Tischner jest autorem, który sprzeciwia się „etyce technologicznej”, rozumianej jako etyka oparta na normach, bez rozpoznania leżących u podstaw norm wartości. Zamyśl etyki, w ramach której zakłada się, że normy są wystarczającym wyznacznikiem działania, filozof porównuje do pomysłu drobiazgowego wyuczenia niezorientowanej w sztuce osoby, co powinna mówić udając eksperta na wystawie dzieł sztuki⁸. Warunkiem zrozumienia powinności moralnych jest umiejętność, którą Tischner nazywa czytaniem lub czuciem wartości (idea ta pojawia się już w myśli Dietricha von Hildebranda). W *Myśleniu według wartości* znajdujemy ilustrujący tę zdolność przykład:

Znajdujemy się w tej chwili w sali wykładowej. Są tutaj obok nas znajomi i nieznajomi [...] są także przedmioty, takie jak krzesła, okna, drzwi, są instrumenty wzmacniające głos. Każdy człowiek i każdy przedmiot wymaga od nas stosownego zachowania. Aby zachować się właściwie w tym naszym małym świecie, musimy umieć „czytać wartości”. Nie witamy się z krzesłami, nie usiłujemy szukać dla siebie miejsca na kolanach ludzi już siedzących. Bez koniecznej potrzeby nie siadamy tyłem do katedry. Nasz obecny świat jest niewątpliwie światem jakichś wartości, a my w nim jesteśmy istotami czytającymi wartości⁹.

7 Por. M. Ossowska, *Normy moralne. Próba systematyzacji*, Warszawa 1985, s. 114–117.

8 J. Tischner, *Myślenie według wartości*, Kraków 2005, s. 362.

9 J. Tischner, *Myślenie według wartości*, s. 479.

Wyjaśniając sens „czytania wartości” oraz przytoczonego przykładu, Tischner wskazuje na nieuchronne w doświadczeniu człowieka odczucie hierarchiczności dóbr, które powoduje, że czujemy, iż nie możemy zachowywać się w sposób dowolny. Nie potrafimy precyzyjnie umieścić wszystkich wartości na skali, ale nie potrafimy też żyć bez poczucia, że pewne dobra są ważniejsze, niż inne¹⁰. To rozpoznanie wiąże się naszymi nieustannymi dążeniami, oraz z towarzyszącym naszemu życiu poczuciem zobligowania, by to, co istotne lub cenne realizować, rozwijać czy chronić, często kosztem tego, co wydaje się nam mniej ważne i cenne. Można rzec, że doświadczenie hierarchii dóbr zamienia nasze działanie w postępowanie, organizuje naszą egzystencję, skłania do określania środków i celów naszej aktywności.

Aksjologia Tischnera, choć z uwagi na fundamentalny charakter rozważań jest z natury abstrakcyjna, jednocześnie stale uwzględnia sytuacyjny aspekt doświadczenia wartości. Już przytoczony wyżej przykład, w którym mowa o „małym świecie” sali wykładowej, wskazuje, że w ujęciu Tischnera rozpoznanie właściwego działania i zachowania wiąże się z oceną specyfiki najbliższych okoliczności. Sposób opisu zastosowany w tym przykładzie sprawia wrażenie, jakby był przywołaniem wypracowanego przez Williama Thomasa i Floriana Znanieckiego socjologicznego pojęcia „sytuacji”, którego definicja oparta jest na pojęciach wartości i postaw¹¹. Czytanie wartości zostało zilustrowane tak, jakby wiązało się ściśle z rozpoznaniem definicji sytuacji, a więc z interpretacją tego, co jest bardziej, a co mniej ważne w danych okolicznościach. To zaś prowadzi do wyboru odpowiedniego do tego rozpoznania działania. O ile jednak socjologowie odnoszą się do społecznie konstruowanego systemu wartości i oczekiwań, Tischner przyjmuje istnienie obiektywnej, wyczuwanej intuicyjnie hierarchii wartości¹².

10 J. Tischner, *Myslenie według wartości*, s. 48o; por. J. Tischner, *Etyka wartości i nadziei*, s. 68–69.

11 Zob. W.I. Thomas, F. Znaniecki, *Chłop polski w Europie i Ameryce*, t. 1, tłum. M. Metelska, Warszawa 1976, s. 85.

12 J. Tischner, *Etyka wartości i nadziei*, s. 71–77, por. J. Tischner, *Etyka wartości i nadziei*, s. 62–64.

W rozprawie *Etyka wartości i nadziei* Tischner podkreśla fundamentalne znaczenie umiejętności osadzenia wartości w konkretnych spotkaniach międzyludzkich. Filozofia wartości Tischnera w ogólności ma wyraźnie interpersonalny charakter. Czytamy: „Kluczem do aksjologii jest spotkanie z drugim”¹³. A ponieważ tylko w sytuacjach spotykamy realnych ludzi, doświadczenie wartości moralnych jest zawsze osadzone w jakichś okolicznościach. Umiejętność rozpoznania wartości w konkretnych relacjach autor nazywa „poczuciem rzeczywistości”. Tischner pisze, że zmysł rzeczywistości „odsłania to, jakie wartości są *hic et nunc* możliwe do zrealizowania”¹⁴. Czytamy również: „Bez poczucia rzeczywistości nawet najbardziej idealne wartości zostają bezpłodne”¹⁵. Dlatego też dla Tischnera fundamentalną i przewodnią wartością jest prawda, bowiem jej przewodnictwo umożliwi właściwe rozpoznanie rozmieszczenia pozostałych wartości w realnych okolicznościach. Jest to poznawczy warunek zabiegania o inne wartości: „[n]ie mogę tego zrobić bez jakiegoś namysłu, którego celem jest rozpoznanie sytuacji”¹⁶.

Przywołane cechy aksjologii Tischnera prowadzą nas do kilku wniosków związanych z tematem tego tekstu. Pierwszy mówi, że w dorosłym życiu „czytanie wartości” zawsze powinno wyprzedzać podporządkowanie się normom, operowanie nimi, oraz ich tworzenie; zatem warunkiem właściwego egzekwowania norm kodeksu etyki lekarskiej, jak każdego innego kodeksu, jest także wcześniejsza umiejętność czytania wartości w określonych okolicznościach. Po drugie, rozpoznanie wartości rozgrywa się w określonej sytuacji z udziałem innego człowieka. Idąc dalej w kierunku wyznaczonym przez ten sposób myślenia, możemy stwierdzić oczywiste istnienie podobieństw między sytuacjami, w których rozgrywa się interakcja osób w układzie wartości. Instytucje, których działanie jest podporządkowane pewnemu systemowi wartości tworzą charakterystyczne dla nich typy powtarzających się sytuacji. Tworzone przez grupy

13 J. Tischner, *Myślenie według wartości*, s. 485; por. J. Tischner, *Etyka wartości i nadziei*, s. 64.

14 J. Tischner, *Myślenie według wartości*, s. 487; por. J. Tischner, *Etyka wartości i nadziei*, s. 378–380.

15 J. Tischner, *Etyka wartości i nadziei*, s. 69; por. *Świat ludzkiej nadziei*, Kraków 2000, s. 70.

16 J. Tischner, *Etyka wartości i nadziei*, s. 75.

zawodowe kodeksy, mogą być rozumiane jako zawierające wskazówki i regulacje zachowania, które wynikają z długotrwałego doświadczenia tych grup. Powstanie systemu nakazów i zakazów postępowania w stosunku do odbiorcy, klienta czy pacjenta, nie musi być wyrazem odejścia od żywego spotkania z człowiekiem w kierunku moralności kazuistycznej, ale może być rozumiane jako przekazywanie spuścizny pozostałej po długotrwałym testowaniu jakiegoś wycinka rzeczywistości aksjologicznej, w której spotykają się ludzie w znanym układzie ról¹⁷. Autorzy kodeksów etyki zawodowej także są podmiotami moralnymi z „poczuciem rzeczywistości”, oraz poczuciem przynależności do pewnego środowiska społecznego, realizującego określone cele. Zatem kodeksy te mogą być rozumiane jako służące poznaniu swojego miejsca i powinności względem innych w konkretnym środowisku społecznym. W *Filozofii dramatu* czytamy:

„Jestem nauczycielem”, „jestem lekarzem”, „jestem studentem” – znaczy za każdym razem: jestem w określonym miejscu przestrzeni sensu, w której obok mojego istnieją również miejsca innych ludzi. Jak poszczególne słowo ma „swoje miejsce” w całości zdania, tak i ja „mam miejsce” pośród miejsc innych ludzi. Wiedząc, czym są owe miejsca, ludzie mogą się „poznać”, zanim jeszcze się spotkali. Jesteśmy dla siebie tym, czym nas czynią miejsca w przestrzeni sensu¹⁸.

Tym samym interpretuję przywołane podstawy aksjologii Tischnera jako dające możliwość rozumienia kodeksów etyki powstałych w ramach etyki zawodowej, w kategoriach dziedzictwa doświadczenia wartości, które jest związane z pewnym doświadczeniem „poczucia rzeczywistości”, z wiedzą o pewnych typach sytuacji, w jakich dochodzi do spotkania ludzi. Zatem nie jest to interpretacja, która sztywnym systemom norm moralnych przeciwstawiałaby spontaniczną wrażliwość na wartości.

17 Por. A. Sikora, *Pojęcie, rozwój i struktura polskich kodeksów etyki lekarskiej na tle etyki zawodowej*, s. 98–99.

18 J. Tischner, *Filozofia dramatu*, s. 228.

Dramat w relacji lekarz–chory

Istnieje pewna symptomatyczność relacji lekarz–chory dla aksjologii i etyki wypracowanej przez Tischnera. Już Emmanuel Lévinas, którego twórczość stanowiła jedną z głównych inspiracji dla filozofii Tischnera, umieścił w opisie umierającego Ja figurę lekarza, który poprzez możliwość pokładania w nim ostatniej nadziei, niejako równoważy moralnie wrogą inność śmierci¹⁹. Zarówno Lévinas, jak i Tischner, pracowali nad fenomenologicznymi opisami samej istoty etycznej relacji międzyludzkiej, zatem próby przełożenia ich na konkretne spotkania zawsze będą dyskusyjne. Niemniej uważam, idąc za sugestią Barbary Skargi, że tego rodzaju rozważania należy traktować jako ramy, które wręcz wymagają wypełnienia doświadczeniem²⁰. Także Tischner ilustruje twierdzenia swojej aksjologii przykładami konkretnych spotkań międzyludzkich, bodaj najchętniej sięgając po przykład miłosiernego Samarytanina. Istnieją spotkania, które bardziej niż inne odzwierciedlają ów fundamentalny dramat międzyludzki. Relacja lekarz–chory z pewnością jest w tym względzie szczególna.

Operując dalej pojęciami Tischnera, możemy stwierdzić, że relacja lekarz–pacjent wcale nie byłaby dramatyczna, gdyby lekarz odnosił się do pacjenta w sposób nieodróżniający go od przedmiotu. Tylko osoba może być podmiotem dramatu²¹. W filozofii Tischnera to właśnie doświadczenie moralnego aspektu relacji międzyosobowej zmienia wydarzenia i fakty w dramat. Dzięki świadomości aksjologicznej oraz moralnej, a więc świadomości tego, że pacjent ma „jakieś roszczenie, które zobowiązuje”²², lekarz widzi pacjenta w horyzoncie dobra i zła. Wtedy to czas i przestrzeń przestają być jedynie wyznacznikami granicy sytuacji, ale stają się także sceną dramatu. Scenę tę wypełniają również przedmioty, ale już jako tło i armatura spotkania ludzi.

19 E. Lévinas, *Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrżności*, tłum. M. Kowalska, Warszawa 1998, s. 281.

20 Zob. wypowiedź Skargi przywołaną przez Ryszarda Kapuścińskiego: R. Kapuściński, *Ten inny*, Kraków 2006, s. 29.

21 Por. J. Tischner, *Myslenie w żywiole piękna*, Kraków 2005, s. 159.

22 J. Tischner, *Filozofia dramatu*, s. 7.

Dramat międzyludzki to okoliczność, kiedy los jednego człowieka jest zależny od decyzji i zaniechań drugiego człowieka. Jak to metaforycznie ujmuje Tischner: w jego rękach jest zguba i ocalenie²³. Te słowa przywołują na myśl przede wszystkim oczywistą zależność pacjenta od lekarza, ale należy też mieć na uwadze zależność przeciwną. Mimo asymetryczności tej relacji zazwyczaj pacjent także posiada możliwości oraz instrumenty, choćby prawne, by wpływać na los lekarza. Nawet gdyby chory był niezdolny do jakiegokolwiek działania oraz pozbawiony wszelkich praw, wciąż może uczestniczyć w dramacie lekarza jako osoba, do której odnoszą się jego wybory. Bowiem – jak pisze Tischner – „[k]ażdy wybór określonej wartości ludzkiej skierowany poza nas jest zarazem wyborem czegoś mniej lub bardziej ludzkiego wewnątrz nas”²⁴. Zatem dramat „zguby i ocalenia” jest też zawsze częścią losu lekarza, który w relacji z pacjentem jedynie wydaje się „bezpieczny”, ze względu na to, że znajduje się w pozycji niosącego pomoc. W istocie jednak podejmuje decyzje, które testują jego człowieczeństwo, może więc ocalić lub stracić także siebie²⁵.

Idee i wartości, które sprawiają, że to co się dzieje w trakcie spotkania może być bardziej lub mniej ważne, właściwe lub niewłaściwe, dobre lub złe, nazywane są przez Tischnera „zapleczem” spotkania²⁶. Można więc powiedzieć, że próbując odkrywać system idei i wartości, jakie leżą u podstaw przepisów artykułu 17., odsłaniamy również zaplecze spotkania lekarza i chorego, którzy podejmują ze sobą dialog na scenie dramatu.

Normatywna i aksjologiczna struktura artykułu 17

Treść artykułu 17. brzmi następująco:

W razie niepomysłnej dla chorego prognozy, lekarz powinien poinformować o niej chorego z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym

23 J. Tischner, *Myślenie według wartości*, s. 482–483.

24 J. Tischner, *Myślenie według wartości*, s. 381.

25 Por. J. Tischner, *Myślenie w żywiole piękna*, s. 161.

26 J. Tischner, *Filozofia dramatu*, s. 13.

rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji²⁷.

W aspekcie opisowym artykuł odnosi się do sytuacji pojawienia się niepomysłnych informacji o stanie zdrowia pacjenta, którymi najpierw dysponuje lekarz. Treść drugiego zdania wskazuje, że mowa także o informacjach potencjalnie obciążających chorego w takim stopniu, iż odebranie tych wiadomości może spowodować poważne pogorszenie stanu zdrowia psychofizycznego. Zatem możemy przyjąć, że artykuł dotyczy między innymi sytuacji skrajnej, kiedy wiadomości prognozują śmierć chorego w nieodległym czasie.

W aspekcie normatywnym przepisy zawarte w artykule 17. dotyczą sposobu postępowania z tymi informacjami w odniesieniu do stanu oraz zachowania pacjenta. Treść normatywna dzieli się wyraźnie na trzy części. Pierwsza część (pierwsze zdanie paragrafu) nakazuje lekarzowi przekazanie niepomysłnych przewidywań, oraz informuje, w jaki sposób należy to zrobić. Druga część (drugie zdanie do średnika) wskazuje wyjątek zwalniający lekarza z obowiązku przekazania informacji. To odstępstwo usprawiedliwiają okoliczności, w których stosunek ciężaru informacji do odporności psychofizycznej chorego jest na tyle niekorzystny, że lekarz jest przekonany, iż ujawnienie prognozy zasadniczo pogorszy stan pacjenta. Z kolei treść trzeciej części (po średniku) wyznacza wyjątek od ważności wyjątku z części drugiej. Jest to „zwrot” w normatywnej wymowie całego artykułu. Okazuje się bowiem, że nie tylko lekarz może decydować o możliwości zawieszenia nakazu, o którym mowa w części pierwszej, ale może mieć na to wpływ także chory.

Spróbujmy zrekonstruować ogólne aksjologiczne podstawy nakazów z artykułu 17. Zauważmy, że w pierwszej części powinność lekarza w zarysowanej sytuacji nie wynika ze związania celu jego działania z naczelnymi

27 Kodeks dostępny na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej: https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf (01.03.2022).

wartościami w samym etosie lekarskim: wartościami życia, zdrowia czy dobrostanu psychofizycznego chorego. Ochronie tych wartości służy dopiero wyjątek od nakazu, nakreślony w części drugiej. W pierwszej części, a potem w trzeciej, normy kierują lekarza ku realizacji innych celów, związanych z wartością przypisaną pacjentowi jako osobie oraz wartościami poznawczymi.

Zwróćmy uwagę na te wartości, które wiążą się z osobą chorego. Z innych partii kodeksu dowiadujemy się, że pacjent ma prawo do szacunku, który obliguje lekarza do uczciwej pomocy w zrozumieniu tego, co się z nim dzieje. Szczerość i prawdomówność lekarza są realizacją zarówno ogólniejszej moralnej wartości uczciwości wobec innej osoby, jak i wartości poznawczych, związanych z rzetelną reprezentacją faktów w sprawozdaniu, które przekazuje lekarz. Pacjent ma moralne prawo poznać prawdę, które łączy się tutaj z prawem do pozostawania w relacji zaufania wobec osoby, która go leczy. Na uznanie wartości zaufania wskazuje już artykuł 12. kodeksu, gdzie współwystępuje ono z uznaniem godności pacjenta. Pojęcie zaufania wskazuje na istotną wartość w etosie lekarskim, choć z pozoru może się ona wydawać drugorzędna. Zauważmy, że w artykule 12. kodeks daje poparcie prawu pacjenta do wyboru lekarza, odwołując się właśnie do wartości zaufania. W obecnej treści kodeksu także naruszenie godności zawodu lekarza określane jest w kategoriach podważania zaufania do zawodu (art. 1). Te dwa sposoby operowania pojęciem godności (godność pacjenta oraz godność zawodu lekarza) można rozróżnić, odwołując się do podziału znaczeń terminu godność rozwijanego przez Adama Rodzińskiego. Każdej osobie ludzkiej przysługuje fundamentalna godność osobowa, która jest trwała, niezbywalna i zobowiązująca do ochrony, niezależnie od tego, co dana osoba czyni i jak postępuje. Z kolei godność osobowościowa jest wartością, która wiąże się z nabytymi cechami i umiejętnościami osoby, w tym także kwalifikacjami zawodowymi, jest od nich zależna i podlega zmianie. Może się zdarzyć, że działania niemoralne podejmowane przez osobę będącą lekarzem obniżą jego godność osobowościową, co można opisać również jako naruszenie godności zawodu. Od dwóch poprzednich rozumień terminu godność Rodziński odróżnia jeszcze godność osobistą,

która wiąże się z subiektywnym poczuciem własnej wartości, jakie posiada dana osoba²⁸.

To, iż w kodeksie przyjmujemy uniwersalny i niezbywalny charakter godności osobowej pacjenta nie ulega wątpliwości. Lekarz nie jest instruowany, którzy pacjenci są godni jego pomocy, a którzy nie, których należy traktować z uznaniem, a których można ignorować, czy też kiedy pacjent traci godność. Już przyrzeczenie lekarskie zawiera deklarację, że osoby, które znalazły się w sferze odpowiedzialności zawodowej lekarza, są pod tym względem równe i wymagają takiego samego oraz trwałego poszanowania. Warto zwrócić uwagę na to, że pacjent ma nie tylko wynikające z ogólnych norm, moralne prawo do zaufania lekarzowi, ale wręcz jest skazany na to zaufanie, gdyż pomiędzy lekarzem a pacjentem często występuje daleko idąca dysproporcja wiedzy dotyczącej zdrowia pacjenta. Na gruncie tej wiedzy lekarz podejmuje decyzje w sprawie ingerencji w ciało pacjenta, czasami bardzo inwazyjnej lub długotrwałej. Natomiast pacjent, na jej podstawie, może określić między innymi możliwość lub utratę możliwości realizacji jakichś wartości. Sądzę, że możemy bez ryzyka błędu przyjąć, iż moralne prawa, które przywołałem w tym akapicie, wiążą się z przypisaniem pacjentowi wartości godności osobowej (art. 12.), zaś artykuł 17. stoi na straży respektowania tej wartości. Uznaję bowiem, że istnieje pewien związek godności osobowej z prawem do wiedzy o swojej sytuacji. Jeśli przyjmimy – raz jeszcze posłużę się definicją Rodzińskiego – że osoba to byt skierowany do „własnego, samodzielnego wybierania między następczącymi się do realizacji wartościami”²⁹, to łatwo wyobrazić sobie, że można ograniczyć ten wybór, utrudniając danej osobie rozpoznanie wartości możliwych do zrealizowania w danych okolicznościach. W takim przypadku ograniczona zostaje zdolność, którą Tischner nazywa „poczuciem rzeczywistości”, i która pozwala właściwie rozpoznać powinności w sytuacji. Możliwość uczestnictwa w świecie wartości może

28 Por. A. Rodziński, *U podstaw kultury moralnej*, „Roczniki Filozoficzne” 16 (1968) nr 2, s. 43–47; G. Hołub, *Godność pacjenta jako człowieka – norma podstawowa etyki lekarskiej*, https://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/89635.godnosc-pacjenta-jako-czlowieka-norma-podstawowa-etyki-lekarskiej (16.09.2013).

29 A. Rodziński, *U podstaw kultury moralnej*, s. 43.

zostać ograniczona, gdy przed pacjentem ukrywa się informacje, będące istotnymi dla tematu jego życia i zdrowia. Zgodnie z metaforą Tischnera, dla niezorientowanego pacjenta pewne wartości mogą w ten sposób stać się „bezpłodne”, a więc nie wywoływać odpowiedniego do okoliczności poczucia powinności; na przykład mogą być zagrożone, ale pacjent nie będzie czuł się zobligowany do ich ochrony.

Artykuł 17. dotyczy przypadku, w którym pacjent, domagając się informacji o rokowaniach, chce znaleźć się pośród osób świadomych sytuacji, w jakiej sam się znajduje, a więc chciałby, aby umożliwiono mu „obiektywne spojrzenie na świat”³⁰, które wspomaga wybór adekwatnego wobec jego sytuacji myślenia i działania. Może na przykład odpowiednio ustosunkować się do swojego życia i zdrowia, gdy są one zagrożone. Jednakże problem nie dotyczy jedynie wartości witalnych. Ukrywanie przed pacjentem informacji, może być rozumiane jako przyczynianie się do zaburzenia jego „obiektywnego spojrzenia na świat”, potrzebnego także do rozpoznania właściwych sposobów realizacji innych wartości. Wprowadzany w błąd pacjent, może nie mieć w ogóle rozeznania, „jakie wartości są *hic et nunc* możliwe do zrealizowania”. Nieświadomy zagrożenia może nie wiedzieć, jak ustosunkować się wobec wartości moralnych w jego sytuacji. Może zakładać, że dysponuje czasem na odroczenie naprawienia jakiejś relacji z bliską osobą, choć w rzeczywistości nie ma na to czasu. Oczywiście należy zastrzec, że powyższe wyjaśnienia nie dotyczą przypadków, gdy stan zdrowia pacjenta po prostu nie pozwala na świadome ustosunkowanie się do własnej sytuacji.

Ustaliliśmy, że artykuł 17. odsyła nas przede wszystkim do wartości, których realizowanie nie jest specyficzne dla zawodu lekarza. Zinterpretowałem go jako zapis służący ochronie godności pacjenta, realizacji wartości poznawczych oraz wzmacniający etos lekarza jako godnego zaufania. Zauważmy przy tym, że normy nakazujące rzetelne przekazywanie informacji stanowią rdzeń innych kodeksów etyki zawodowej, choćby dziennikarza lub nauczyciela, ale nie rdzeń etyki lekarskiej. Nakaz prawdomówności – jak już zostało wspomniane – jest elementem etyki ogólnej, powszechnie

30 Por. J. Tischner, *Etyka wartości i nadziei*, s. 75.

akceptowanym nakazem społecznym. Dopiero wyjątek z części drugiej artykułu jest nakierowany na wartości kluczowe dla pracy lekarza. Lekarz, inaczej niż dziennikarz czy nauczyciel, zwraca szczególną uwagę na wpływ informacji na stan zdrowia odbiorcy. Jednak trzecia część artykułu stawia ograniczenia w realizacji tych dóbr, które to ograniczenia sprawiają, że ochrona naczelných wartości w pracy lekarza nie może się odbywać kosztem godności pacjenta. Jak powiada Dietrich von Hildebrand, samo zwodzenie innej osoby to „stawianie siebie ponad godnością człowieka”³¹. W tym przypadku przepisy zapobiegają stawianiu wartości witalnych ponad godnością. Tischner utrzymuje i przestrzega, że zinterpretowanie podstawowego charakteru wartości witalnych (życie i zdrowie są wartościami podstawowymi w tym sensie, że są potrzebne, aby realizować inne wartości) w taki sposób, jakby były one wartościami najwyższymi, prowadzi do „błędu witalizmu”. Wbrew pozorom, taka absolutyzacja wypaczałaby

Wyniesienie godności w kodeksie jest na tyle priorytetowe, iż w sytuacji, gdy pacjent wyraźnie wyraża chęć poznania rokowań, lekarz powinien przekazać mu niepomysłne wiadomości, nawet jeśli doprowadzi to do cierpienia pacjenta, pogorszenia jego stanu zdrowia, czy wręcz przybliży go do zgonu. Zatem zestaw norm i wyjątków w artykule 17. dowodzi istnienia u podstaw tych przepisów założenia, że także dla lekarza godność osobowa pacjenta jest wartością wyższą niż jego zdrowie i życie. Można rzec, że w etyce zawodowej lekarza zdrowie, życie i komfort pacjenta są wartościami pierwszoplanowymi, ale nie najwyższymi. Tischner zakłada, że sytuacje i postawy, w których człowiek wybiera godność (wartość duchową) kosztem życia (wartości witalnej), świadczą o ludzkiej potrzebie nadania życiu sensu wyższego, niż dobrostan fizyczny. Wskazują na „potrzebę szczególnego skierowania życia w kierunku czegoś, co jest «większe niż życie»”³². Zatem artykuł 17. może być rozumiany jako jeden z wyrazów takiej potrzeby w deontologii lekarskiej. Wartość godności porządkuje

31 D. von Hildebrand, *Fundamentalne postawy moralne*, tłum. E. Seredyńska, w: D. von Hildebrand, J. Kłoczowski, J. Paściak, J. Tischner, *Wobec wartości*, s. 44.

32 J. Tischner, *Etyka wartości i nadziei*, s. 77–78.

tutaj i orientuje wartość życia i zdrowia, nakładając na ich realizację pewne ograniczenia, i oddając pole temu, co wyższe³³.

Artykuł 17. a kolizja wartości

Jako, że artykuł 17. ogranicza realizację i ochronę pewnych wartości, można go też rozumieć jako artykuł wyrażający bardziej podstawową kolizję wartości, występującą w jakichś okolicznościach. Nie jest to interpretacja nowatorska. Na przykład na gruncie ujęcia Iji Lazari-Pawłowskiej, można uznać, że treść artykułu dotyczącego złych rokowań, odzwierciedla możliwe zderzenie wartości rozpoznawalne w etyce lekarskiej w ogóle. W artykule *Etyki zawodowe jako role społeczne* czytamy:

Zazwyczaj można wskazać jakieś określone dobro, które stanowi główny cel działalności danej grupy zawodowej. Z dobrem tym może jednak kolidować jakieś inne dobro, które również zostało powierzone pieczy tej samej grupie zawodowej. Na przykład w myśl deontologii lekarz winien troszczyć się o zdrowie pacjenta, ale jednocześnie winien liczyć się również z innego rodzaju wartością, jaką jest prawo człowieka do samostanowienia o własnym losie³⁴.

Właśnie ów konflikt leży u podstaw dynamiki zaleceń zawartych w artykule. Są to instrukcje postępowania w sytuacji kolizji wartości³⁵. Nie oznacza to jednak, że kodeks stara się niwelować możliwe konflikty moralne. Adam Sikora pisze, że zgoła żadna etyka zawodowa „nie może być [...] traktowana jako podjęcie starań mających na celu rozstrzygnięcie wszystkich możliwych sytuacji moralnych, a zwłaszcza moralnych konfliktów”³⁶. Etyka lekarska także nie realizuje takiego celu, a we wskazaniu na napięcie

33 J. Tischner, *Etyka wartości i nadziei*, s. 79.

34 I. Lazari-Pawłowska, *Etyki zawodowe jako role społeczne*, w: *Etyka. Pisma wybrane*, red. P.J. Smoczyński, Wrocław-Warszawa-Kraków 1992, s. 86.

35 Por. I. Lazari-Pawłowska, *Etyki zawodowe jako role społeczne*, s. 89.

36 A. Sikora, *Pojęcie, rozwój i struktura polskich kodeksów etyki lekarskiej na tle etyki zawodowej*, s. 97.

pomiędzy normami postępowania, nie ma niczego nadzwyczajnego. Możemy zyczliwie założyć, że zazwyczaj faktycznie lekarz chce być zarówno uczciwy wobec pacjenta, jak i chronić go przed poważnym cierpieniem. Zatem sytuacja, w której te postawy stają się trudne do pogodzenia, może przyczynić się do powstania niepewności co do właściwego kierunku postępowania³⁷. Jak zauważa Tischner, istnieją okoliczności, w których mamy poczucie równoczesnego zobligowania wobec różnych wartości, ale jednocześnie „realizacja jednej wartości wiąże się z możliwością zaprzeczenia drugiej”³⁸. Gdyby te niedające się pogodzić poczucia powinności były całkowicie symetryczne, przeniesienie ich w sferę działania byłoby niemożliwe. Jednocześnie jednak – zakłada w innym miejscu krakowski filozof – właśnie konieczność działania w określonej sytuacji, w odróżnieniu od teoretycznej dyskusji, sprzyja właściwemu rozpoznaniu hierarchii wartości i podjęciu właściwej decyzji³⁹.

Szałę zatem musi przechylić dynamika sytuacji spotkania z pacjentem. Tischner wierzy, że takie okoliczności ponownie wymagają wykorzystania „zmysłu rzeczywistości”, który pozwala rozeznaczyć się w możliwościach realizacji wartości w konkretnym czasie i miejscu. Ideałem etycznym jest „«utrafić» w wartość najbardziej właściwą spośród tych, których domaga się dana sytuacja”⁴⁰. Wymaga to wiedzy oraz wyczucia. Sądzę, że rolę, jaką odkrywa artykuł 17. (będącą też jedną z ról, jaką Kodeks Etyki Lekarskiej odgrywa w ogólności), jest oparte na doświadczeniu podpowiadania, na co lekarz powinien zwrócić uwagę, by odnaleźć się w sytuacji aksjologicznej kolizji. Proponuję interpretację, zgodnie z którą w tym miejscu kodeks prowadzi lekarza pomiędzy zagrożeniami, jakie zderzenie to do niego przybliży. Jednak według tej wykładni konflikt wartości obligujących lekarza nie zostaje w ten sposób zlikwidowany. Artykuł pomaga raczej w czymś, co Tadeusz Tomaszewski nazywa „rozwiązaniem sytuacji”⁴¹.

37 Warto mieć na uwadze, że w ostatnich latach praktyka lekarska wykazuje tendencję do wzmacniania imperatywu prawdopodobności wobec pacjenta.

38 J. Tischner, *Myślenie według wartości*, s. 385.

39 J. Tischner, *Etyka wartości i nadziei*, s. 77.

40 J. Tischner, *Myślenie według wartości*, s. 377.

41 T. Tomaszewski, *Człowiek w sytuacji*, s. 20.

Będąc w posiadaniu informacji, które mogą przytłoczyć pozostającego w ciężkim stanie pacjenta, lekarz znajduje się w sytuacji zadaniowej: trzeba zdecydować, co zrobić z informacjami, czy i jak je przekazać, jak zareagować na ewentualne pytanie pacjenta. Te decyzje będą także decyzjami manewrującymi pomiędzy wartościami. Jednak kodeks nie może w tym miejscu zastąpić indywidualnych ustaleń lekarza, bowiem to lekarz jest podmiotem konkretnej sytuacji, od którego zależy los człowieka. Staje się odpowiedzialny za te decyzje⁴². W terminologii Tischnera, lekarz znajduje się gdzieś pomiędzy „głosami”, z których pewne są imperatywami zakazu (np. niedopuszczalności ukrywania prawdy), a inne imperatywami nakazu (np. zobowiązania do ochrony życia i zdrowia). By postąpić właściwie musi sam kierować się poczuciem rzeczywistości i ocenić, który ideał powinien przeniknąć we właściwy konkret⁴³. A ponieważ niektóre elementy sytuacji zarysowanej w artykule 17. są czysto subiektywne, lekarz musi samodzielnie ją określić. To on musi ocenić, kiedy jest „głęboko przekonany” o niepożądanych skutkach zmierzenia się pacjenta z prawdą, oraz kiedy żądanie pacjenta, aby ją poznać, staje się odpowiednio „wyraźne”. Na to ostatnie odczucie może mieć wpływ także pacjent, który dzięki temu zachowuje prawa uczestnika dialogu w omawianej sytuacji.

Podsumowanie

Z punktu widzenia przyjętej aksjologii artykuł 17. kodeksu etyki lekarskiej posiada dynamikę, która bierze się z kolizji wartości, w tym przypadku przede wszystkim moralnych (godność, zaufanie), witalnych (zdrowie, życie, ulga w cierpieniu) oraz poznawczych (prawda). Założyłem, inspirując się myślą Tischnera, że warunkiem odczytania sensu norm moralnych jest wcześniejsza umiejętność „czytania wartości”. Przyjęcie sytuacyjnych przesłanek w ramach tej aksjologii eksponuje konieczność rozpatrywania wywołwanego przez czucie wartości zobligowania w kontekście możliwości, jakie dają konkretne okoliczności. Umiejętność, którą Tischner

42 Por. J. Tischner, *Etyka wartości i nadziei*, s. 71.

43 J. Tischner, *Etyka wartości i nadziei*, s. 69–70.

nazywa „poczuciem rzeczywistości”, pozwala ocenić zobligowanie do realizacji lub ochrony wartości witalnych z jednej strony, a wartości moralnych i poznawczych z drugiej, w sytuacji niepomyślnych rokowań. Umiejętność ta odgrywa istotną rolę zarówno dla uczestnictwa pacjenta, jak i lekarza w sytuacji tego typu. Uwzględniając rzeczywiste okoliczności, lekarz podejmuje decyzję pomiędzy wartościami, a odebrane informacje służą pacjentowi do oceny jego sytuacji. Pomimo tego, że omawiany artykuł przy pierwszym spojrzeniu może sprawiać wrażenie ściśle dyrektywnego, nie unieważnia on autonomii decyzji lekarskich. Zapis w kodeksie nie może zastąpić decyzji lekarza, które wymagają oceny realiów *hic et nunc* oraz uwzględnienia jego subiektywnej percepcji tej sytuacji. Uwzględni również rolę pacjenta, którego postawa w komunikacji z lekarzem może przesądzić o tym, że lekarz przestanie być zobligowany do ochrony wartości witalnych za cenę prawdy i godności pacjenta, godności wyrażającej się także w moralnym prawie do rozeznania się we własnej sytuacji oraz prawie do samostanowienia. Zgodnie z myślą Tischnera, wybór ochrony godności pacjenta wiąże się z ograniczeniem i zorganizowaniem sposobu obowiązywania wartości witalnych i podporządkowuje je wyższemu sensowi.

Bibliografia

- Blackburn S., *Dictionary of Philosophy*, Oxford–New York 1996.
- Hildebrand D. von, *Fundamentalne postawy moralne*, tłum. E. Seredyńska, w: D. von Hildebrand, J. Kłoczowski, J. Paściak, J. Tischner, *Wobec wartości*, Poznań 1984, s. 11–52.
- Hołub G., *Godność pacjenta jako człowieka – norma podstawowa etyki lekarskiej*, https://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/89635.godnosc-pacjenta-jako-czlowieka-norma-podstawowa-etyki-lekarskiej (16.09.2013).
- Kapuściński R., *Ten inny*, Kraków 2006.
- Kodeks Etyki Lekarskiej*, https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf (01.03.2021).
- Lazari-Pawłowska I., *Etyka zawodowa*, „Etyka” 4 (1969), s. 58–90.
- Lazari-Pawłowska I., *Etyka zawodowa bez kodeksu*, „Etyka” 27 (1994), s. 177–180.

- Lazari-Pawłowska I., *Etyki zawodowe jako role społeczne*, w: *Etyka. Pisma wybrane*, red. P. J. Smoczyński, Wrocław–Warszawa–Kraków 1992, s. 84–91.
- Lazari-Pawłowska I., *Problemy etyki sytuacyjnej*, w: *Etyka. Pisma wybrane*, red. P. J. Smoczyński, Wrocław–Warszawa–Kraków 1992, s. 42–58.
- Lévinas E., *Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrżności*, tłum. M. Kowalska, Warszawa 1998.
- Ossowska M., *Normy moralne. Próba systematyzacji*, Warszawa 1985.
- Rodziński A., *U podstaw kultury moralnej*, „Roczniki Filozoficzne” 16 (1968) nr 2.
- Sikora A., *Pojęcie, rozwój i struktura polskich kodeksów etyki lekarskiej na tle etyki zawodowej*, „Poznańskie Studia Teologiczne” 13 (2002), s. 95–109.
- Szewczyk K., *Profesjonalna etyka lekarska: uzasadnienie jej odrębności oraz miejsca w edukacji etycznej studentów medycyny i lekarzy*, „Diametros” 18 (2021), s. 33–70.
- Tischner J., *Etyka wartości i nadziei*, w: D. von Hildebrand, J. Kłoczowski, J. Paściak, J. Tischner, *Wobec wartości*, Poznań 1984, s. 55–149.
- Tischner J., *Filozofia dramatu*, Kraków 2006.
- Tischner J., *Myslenie według wartości*, Kraków 2005.
- Tischner J., *Myslenie w żywiole piękna*, Kraków 2005.
- Tischner J., *Świat ludzkiej nadziei*, Kraków 2000.
- Thomas W. I., Znaniecki F., *Chłop polski w Europie i Ameryce*, t. 1, tłum. M. Metelska, Warszawa 1976.
- Tomaszewski T., *Człowiek w sytuacji*, w: *Psychologia*, red. T. Tomaszewski, Warszawa 1982, s. 17–36.

Abstrakt

Dramaturgia artykułu 17. kodeksu etyki lekarskiej. Ujęcie sytuacji niepomysłnych rokowań z wykorzystaniem aksjologii Józefa Tischnera

Tekst prezentuje interpretację aksjologicznego tła artykułu 17. kodeksu etyki lekarskiej, w której wykorzystane są przede wszystkim elementy filozofii wartości Józefa Tischnera. Autor posługuje się pojęciami aksjologii, by opisać szczególną dynamikę deontologii zawartej w artykule dotyczącym sytuacji informowania pacjenta o niepomysłnych rokowaniach co do jego stanu zdrowia. Zamiast opisów

powszednich sytuacji tego typu, czytelnik otrzymuje inspirowaną przede wszystkim filozofią Tischnera rekonstrukcję układu wartości i roszczeń, w którym znajduje się lekarz.

Słowa kluczowe: aksjologia, kodeks etyki lekarskiej, etos, Józef Tischner, filozofia dramatu

Abstract

The Dramaturgy of Article 17 of the Code of Medical Ethics. An Axiological approach

The text presents an interpretation of the axiological background of Article 17 of the Polish Code of Medical Ethics. The interpretation uses elements of Józef Tischner's philosophy of values. The author employs the concepts of axiology to describe the special dynamics of deontology contained in Article 17, which refers to the situation of informing the patient about an unfavorable prognosis regarding his health. Instead of descriptions of everyday situations of this type, the reader receives a reconstruction of the system of values and demands in which the doctor resides, inspired by Tischner's philosophy.

Keywords: axiology, Code of Medical Ethics, ethos, Józef Tischner, philosophy of drama