

Konflikty etyczne u kresu życia w relacji lekarz-pacjent

Refleksja w kontekście projektu powołania szpitalnych komisji etycznych

Marian Machinek MSF

Nie trzeba nikogo przekonywać, że konflikty między opinią lekarza a wolą pacjenta są specyficznym rodzajem konfliktów, bo też relacja pacjent-lekarz odbiega od szeregu innych relacji interpersonalnych. Istnieje cały szereg modeli, usiłujących opisać i sklasyfikować specyfikę tej relacji¹. Ich analiza ukazuje jej szczególną dynamikę, ale też ciążącą na niej historyczną hipotekę. Ewolucja w kierunku bardziej partnerskiego kształtu relacji lekarza do pacjenta, jaka dokonała się w ostatnich dziesięcioleciach, stanowi bezspornie zmianę pozytywną, odzwierciedlającą właściwą czasom współczesnym wrażliwość na osobową godność każdego człowieka i jego nieprzekazywalną odpowiedzialność za kształt własnego życia. Zniwelowanie dawnych problemów w omawianej relacji nie oznacza oczywiście uwolnienia jej od trudnych konfliktów etycznych. Docenienie roli pacjenta, a zatem przyznanie mu etycznej kompetencji w kwestii własnego leczenia, ale także znaczne poszerzenie możliwości medycyny, ujawniły nowe obszary, w których może do tego rodzaju konfliktów dochodzić. Zaostrzają się one szczególnie na ostatnim etapie życia, gdy zachodzi konieczność podejmowania przez pacjentów i lekarzy trudnych i brzemiennych w skutki decyzji. W pierwszej części niniejszego przedłożenia naszkicowany zostanie etyczny kontekst tych decyzji, by na tym tle, w części drugiej, zanalizować zasadność projektu powołania szpitalnych komisji etycznych.

1. Kontekst etyczny decyzji medycznych u kresu życia

Specyfika relacji lekarz-pacjent wynika z charakteru wartości i dóbr, które stanowią przedmiot działań lekarskich. Dotyczą one żyjącej osoby ludzkiej, która sama w sobie stanowi wartość wyjątkową i podstawową. Jej wyrazem jest zdolność i prawo do podejmowania istotnych decyzji egzystencjalnych. Wartość osoby zwykło się określać słowem *godność*, które to słowo wskazuje na jakościową różni-

¹ Zob. omówienie różnych aspektów tej relacji w: Siegrist [2000] s. 238-242 oraz Łuków [2005] s. 98 nn.

cę w stosunku do innych, mierzalnych wartości, charakterystycznych dla przedmiotów i istot żywych². Warto szerzej omówić istotne koordynaty, które składają się na etyczny kontekst relacji lekarz-pacjent, gdyż one stanowią o specyfice decyzji lekarskich podejmowanych u kresu ludzkiego życia.

a) *Autonomiczny pacjent*

Pojęcie autonomii pacjenta należy do centralnych pojęć współczesnego etosu lekarskiego. W reakcji na paternalizm, którego ekstremalnym wynaturzeniem były eksperymenty dokonywane przez nazistowskich lekarzy z całkowitym pogwałceniem dobra i woli pacjentów, wprowadzono zasadę obligatoryjnej zgody pacjenta na każde dotyczące go działanie medyczne. Obok dotychczas powszechnie uznanych etycznych zasad działania lekarskiego, formułujących powinności: działania dla dobra pacjenta, nie szkodenia oraz sprawiedliwości, pojawiła się powinność szacunku dla godności pacjenta. Bardzo szybko powinność ta zaczęła być rozumiana jako respektowanie autonomii pacjenta i zaczęła pretendować do rangi punktu odniesienia dla poprawnego rozumienia pozostałych trzech etycznych zasad działania lekarskiego. Pojawiły się też modele relacji lekarz-pacjent, w których lekarz postrzegany był jako jednostka działająca jedynie reaktywnie, czyli zgodnie z formułą: „powiedz mi, co mam zrobić, a ja to wykonam, wykorzystując moją wiedzę medyczną”. Takie podejście miało chronić pacjenta przed paternalizmem z jednej, oraz pryncypializmem z drugiej strony.

Współcześnie jednak nie brak głosów, które nie negując zasady autonomii pacjenta, wskazują na niebezpieczeństwo jej przeakcentowania³. Próbuując odnieść się do tego zastrzeżenia, warto przyjrzeć się pokrótce znaczeniu pojęcia autonomii. Kantowskie pojęcie autonomii woli wskazuje w swoim podstawowym znaczeniu na podstawę możliwości działania moralnego zgodnego z rozpoznaną przez rozum miarą tego działania – moralną powinnością. Dopiero na takim założeniu można oprzeć zasadę poszanowania autonomii jednostki rozumianej jako wolność dokonywania odpowiedzialnych wyborów moralnych. Zasada respektowania autonomii rozumiana w sensie *negatywnym* (tzn. jako ochrona przed brakiem respektu wobec decyzji jednostki dotyczącej jej życia), zapewnia jedynie niezbędną przestrzeń i jest podstawowym warunkiem dla autonomii rozumianej w sensie *pozytywnym*. Tak rozumiana autonomia pozostaje zatem zadaniem moralnym i nie może zostać zredukowana do swobody samodzielnego i wolnego od nacisków

² Kant [2000] s. 51: „To, co ma cenę, można zastąpić także przez coś innego, jako jego równoważnik, co zaś wszelką cenę przewyższa, a więc nie dopuszcza żadnego równoważnika, posiada godność”.

³ Mieth [2008].

decydowania o własnym losie⁴. Zgodnie z klasyczną definicją autonomii, nie oznacza ona po prostu jak największej przestrzeni osobistej wolności decydowania, ale wiąże się z powinnością działania zgodnego z rozpoznaną przez rozum jako zobowiązująca normą tego działania. Działanie będzie wtedy autonomiczne, jeżeli będzie kierowane osądem rozumu. Jak to sformułował Kant, „[z]asada autonomii brzmi więc następująco: nie należy wybierać inaczej, jak tylko tak, żeby maksymy własnego wyboru były zarazem w tej samej woli zawarte jako ogólne prawo”⁵. Wyrazem autonomii, a zarazem powinnością autonomicznego podmiotu, jest więc przekroczenie egocentrycznej perspektywy i ocena własnych zamierzeń bądź działań z perspektywy tego, co ogólnoludzkie (Kant używa tu pojęcia *Menschheit* jako punktu odniesienia dla oceny działań ludzkich). Obok podkreślania wagi *etosu lekarza*, nie można więc pomijać kwestii *etosu pacjenta*.

Na jeszcze jeden aspekt warto zwrócić uwagę. Skupienie się na autonomii pacjenta, skądinąd (zważywszy, że autonomiczne działanie jest cechą charakterystyczną osoby ludzkiej) jak najbardziej słuszne, nie powinno prowadzić do swistego redukcjonizmu. Jego wyrazem byłoby postrzeganie pacjenta jako wyizolowanej monady, niezależnej od otoczenia i samowystarczalnej w dokonywaniu swoich etycznych wyborów. Człowiek w każdej sytuacji swego życia pozostaje bowiem istotą społeczną i dialogiczną. Ten wymiar ludzkiej natury nie może być postrzegany jedynie jako coś dodatkowego, uzupełniającego samoświadomy i wolny podmiot w jego autonomicznych decyzjach. Wymiar społeczny jest na tyle istotny, że nie można sobie wyobrazić autonomicznego podmiotu poza kontekstem dialogu z innymi podmiotami⁶. To właśnie w dialogu z otoczeniem człowiek wykształca swoją indywidualną tożsamość, ale też odkrywa istotne wartości i uczy się moralnego postępowania. Stwierdzenia te, odniesione do relacji lekarz-pacjent, nabierają szczególnej wagi. Proste odzwierciedlenie tej relacji jako zderzenia się dwóch autonomicznych podmiotów, z których każdy ma swoje prawa i obowiązki, nie oddaje specyfiki i dramatyzmu tej sytuacji. Jest to bowiem również spotkanie dwóch podmiotów, świadomych moralnej powinności działania zgodnie z rozpoznanymi jako zobowiązujące zasadami moralnymi.

Świadomość dialogicznego aspektu autonomii pacjenta będzie istotna w kontekście różnych oczekiwań, jakie pacjenci żywią w stosunku do lekarzy. Lekarz będzie spotykał pacjentów jednoznacznie komunikujących swoje oczekiwania i domagających się ich respektowania. Nie brak będzie jednak także pacjen-

⁴ Prat [2009] s. 124-125.

⁵ Kant [2000] s. 57.

⁶ Prat [2009] s. 116-118. Zob. także Pieper [2000] s. 289-293.

tów, którzy postawieni przed koniecznością samodzielnego dokonania istotnych wyborów, będą ją odczuwali jako psychiczny dyskomfort, a nawet jako obciążenie przekraczające ich siły. Ważniejsze od niezależności w dokonywaniu wyborów będzie dla nich poczucie akceptacji i życzliwości ze strony lekarza oraz zaufanie, że będzie on działał dla ich dobra.

Nie umniejszając w niczym generalnej zasady, że zgoda pacjenta jest niezbędnym warunkiem podjęcia (bądź zaniechania) wobec niego działań lekarskich, trzeba zaznaczyć, że zgoda ta będzie zawsze wynikiem dialogu pacjenta z osobami należącymi do dwóch kręgów: jednym z nich będzie lekarz wraz z całym personelem medycznym, drugim – będzie rodzina i najbliższe otoczenie pacjenta oraz osoby będące dla pacjenta osobami „ważnymi”. Przestrzenią, w jakiej pacjent będzie podejmował autonomiczną i bazującą na solidnej informacji decyzję dotyczącą zastosowanej bądź zaniechanej w jego przypadku terapii, będzie więc dialog z wyżej wymienionymi osobami.

Podkreślanie niezbędności dialogu w podejmowaniu decyzji może spotkać się z zarzutem, że sprzyja to wywieraniu wpływu na pacjenta, który łatwo może przerodzić się w nacisk, zmierzający do podjęcia preferowanej przez lekarza bądź otoczenie decyzji. Czynnikiem pogłębiającym ten wpływ byłaby tu labilność pacjenta, lęk i przygnębienie związane z niepomyślną diagnozą bądź też nieskuteczną terapią. Jednak właśnie labilna psychiczno-duchowa sytuacja pacjenta sprawia, że formą wpływu i nacisku może stać się również chłodna neutralność ograniczająca się do suchej, aczkolwiek wyczerpującej informacji i gotowość zaakceptowania bez komentarza każdej decyzji pacjenta. Taką postawę pacjent bardzo łatwo może zinterpretować jako obojętność, co potęguje poczucie osamotnienia i bezsensu podejmowania jakichkolwiek terapeutycznych wysiłków.

b) Życie ludzkie jako wartość podstawowa

Decyzje u kresu życia będą z konieczności decyzjami, które mogą zmodyfikować jego długość, np. przedłużając okres agonalny. We wszystkich szeroko omawianych w mediach sytuacjach konfliktowych u kresu życia, istotnym czynnikiem, o jaki toczył się spór, była wartość ludzkiego życia i relacja tej wartości do autonomii pacjenta. Zarówno artykuł 2.1. Kodeksu etyki lekarskiej⁷ oraz Przyrzeczenie lekarskie⁸, jak też art. 38 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej⁹, nie pozosta-

⁷ „Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu [...]”.

⁸ „[...] przyrzekam [...] służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu”.

⁹ „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”.

wiają wątpliwości co do tego, że życie ludzkie należy do wartości najwyższych. Powinno ono zatem podlegać ochronie ze strony państwa. Jego poszanowanie stanowi jednak również racjonalny imperatyw moralny dla każdego żyjącego człowieka. To właśnie jego podtrzymanie w postaci troski o powrót pacjenta do zdrowia, stoi w centrum relacji lekarza i pacjenta. Nawet, gdyby zaakceptować skądinąd dyskusyjny model tej relacji jako stosunku usługodawcy do usługobiorcy, nie można nie wskazać na specyfikę tej „usługi” i będącego jej przedmiotem „dobra”.

Po pierwsze, życie jest dobrem podstawowym, a więc również podstawową wartością. Wszystkie inne dobra istotne dla bycia człowiekiem mogą być osiągnięte jedynie przez żyjącą osobę ludzką. W etyce personalistycznej zwykło się mówić w tym kontekście o wartości autotelicznej.

Należy także podkreślić – to po drugie – że życie jest nie tylko ściśle związane z jednostką, ale z nią tożsame. Nie jest niczym egzystującym obok jednostki, czy też dodanym do jej istnienia, ale jest nią samą – żyjącą ludzką osobą. Stąd precyzyjnie należałoby właściwie mówić nie tyle o *ochronie życia ludzkiego*, jakby było ono „czymś” w człowieku, ale o *ochronie żyjącego człowieka*. Wartością zasługującą na najwyższy szacunek i ochronę jest żyjąca istota ludzka. Warto w tym miejscu wskazać na niepodzielność postulatu ochrony życia: jeżeli ma ono być skutecznie chronione na płaszczyźnie prawa, jego ochrona musi również być uznana jako powinność moralna. To, wydawać by się mogło, oczywiste stwierdzenie, nabiera szczególnego znaczenia, gdy próbuje się etycznie uprawomocnić odebranie sobie życia, a czyn ten interpretuje się jako wyraz niezbywalnej ludzkiej autonomii. Takie uzasadnienie jest wyrazem radykalnie dualistycznej koncepcji człowieka, w ramach której życie należałoby do dóbr „zewnętrznych” wobec wolnego podmiotu, którymi ten, jako swoimi, swobodnie mógłby dysponować. Tymczasem samobójstwo dokonane w imię autonomii (również medycznie wspomagane, bądź też wykonane przez osobę trzecią na prośbę samobójcy) oznacza ostateczny zamach na autonomię, gdyż wraz z utratą życia ona sama zostaje ostatecznie i nieodwołalnie unicestwiona.

Mimo to jednak – po trzecie – życie będąc wartością podstawową, nie jest wartością absolutną i najwyższą. Zarówno laicka, jak i chrześcijańska myśl etyczna kwalifikuje jako moralnie dobre, wręcz heroiczne, akty ofiarowania życia w imię ochrony ojczyzny, w obronie życia innych ludzi czy też wolności sumienia. Nie sposób uznać życia za wartość ostateczną także z tego względu, że – i to po czwarte – jest ono wartością przemijającą. Jeśli tylko wydłużyć odpowiednio czas obserwacji, śmiertelność istot ludzkich jest bez wyjątku stuprocentowa. Życie człowieka stanowi element jego kondycji, której cechą jest przemijalność: śmierć nieuchronnie kończy jego bieg.

W sytuacji choroby, szczególnie tej zmierzającej nieuchronnie ku totalnemu wyniszczeniu organizmu i śmierci, może dojść w relacji lekarz-pacjent do spotkania i – w niektórych sytuacjach także do konfliktu – istotnych powinności: ochrony życia oraz ochrony szacunku dla autonomii, rozumianej jako odpowiedzialność jednostki za swoje życie. Gdyby pierwszą z nich podnieść do rangi normy absolutnej, pomijając drugą, należałoby sformułować powinność podtrzymywania życia za wszelką cenę, wszelkimi środkami i w każdej sytuacji, która w równym stopniu dotyczyłaby decyzji pacjenta, jak i powinności lekarza. Gdyby jednak skłonić się ku tej drugiej, z całkowitym podporządkowaniem pierwszej, wtedy w ekstremalnym przypadku do powinności lekarza należałoby zaliczyć w jednakowym stopniu ochronę życia, jak i jego odbieranie (bądź asystowanie przy tymże), zależnie od życzenia pacjenta – w obu przypadkach z wykorzystaniem całej wiedzy lekarskiej i zdobyczy techniki medycznej.

Alternatywa powyższa nie może być rozwiązana jedynie poprzez poszukiwanie kompromisu, gdyż między życiem i śmiercią nie istnieje stan pośredni¹⁰. Raczej należy rozważyć specyficzny charakter obu omawianych wartości, które mogą być uszanowane jedynie łącznie, a nie przeciw sobie. W podejmowaniu decyzji medycznych u kresu życia pacjenta istotnym kryterium decyzyjnym będzie niewątpliwie bliskość śmierci. Chociaż z jednej strony jest to kryterium nieostre, gdyż zazwyczaj nie sposób z matematyczną dokładnością przewidzieć czas zgonu pacjenta, to jednak doświadczenie lekarskie pozwala na uzyskanie moralnej pewności, wystarczające do podjęcia decyzji. Klasyczną sytuacją, w której pojawia się tytułowy problem niniejszego przedłożenia będzie więc faza terminalna choroby śmiertelnej, a zatem sytuacja postępującego wyniszczenia organizmu przy jednoczesnym wyczerpaniu możliwości terapii, co w stosunkowo bliskim czasie doprowadzi do śmierci. Nie powinno się jej w tej sytuacji postrzegać w kategoriach choroby, z którą walka wszelkimi środkami należy do moralnych powinności lekarza, ale w kategoriach nieuchronnego finału życia ludzkiego. Zgoda na nadchodzącą nieuchronnie śmierć, wyrażona w zaniechaniu zabiegów przedłużających umieranie, będzie wyrazem akceptacji ludzkiej kondycji i działaniem jak najbardziej właściwym. Z etycznego punktu widzenia sytuację śmiertelnej choroby należy odróżnić od sytuacji choroby czy upośledzenia nie prowadzącego do śmierci¹¹.

¹⁰ Stwierdzenie to nie pretenduje oczywiście do rangi medycznej definicji śmierci, która jest procesem i z tego punktu widzenia można by jak najbardziej mówić o stanach pośrednich. Dotyczy ono etycznego wymiaru celu, jaki przyświeca działaniom lekarskim.

¹¹ Ślipko [2009] s. 431-435. Por. także Eibach [1998] s. 106-195.

2. Problematyka szpitalnych komisji etycznych

Nakreślona problematyka etyczna sprawia, że decyzje dotyczące sposobu i zakresu interwencji medycznych u kresu życia (bądź ich zaniechania), mogą okazać się trudne. W wielu krajach europejskich problemy te są rozwiązywane w oparciu o powoływane na różnych szczeblach kliniczne komisje etyczne. Stanowią one jedną z form gremiów zajmujących się problematyką bioetyczną.

a) Zadania komisji etycznych

U początku powstania komisji etycznych w kontekście biomedycznym stały właśnie konflikty wyżej omówionych dwóch fundamentalnych powinności etycznych: powinności ratowania życia ludzkiego, która od wieków wyznaczała cel działań lekarskich i stanowiła także o szacunku dla zawodu lekarza oraz powinności szacunku dla woli i decyzji pacjenta z racji jego prawa do stanowienia o własnym życiu. Za istotny impuls w kierunku powszechnego tworzenia w Stanach Zjednoczonych istniejących już sporadycznie od lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku komisji etycznych uznaje się zazwyczaj przypadek, jaki miał miejsce w 1975 r. w Stanach Zjednoczonych. Chodziło o decyzję odłączenia od respiratora Karen Ann Quinlan (1954-1985), pacjentki, która po spożyciu mieszanki leków i alkoholu znajdowała się w permanentnym stanie wegetatywnym. Spór między dyrekcją szpitala a rodzicami Karen o dopuszczalność odłączenia respiratora został rozstrzygnięty dopiero przez decyzję sądu. Postęp medyczny i związany z tym wzrost liczby podobnych przypadków wpłynęły stymulująco na powstawanie komisji etycznych, związanych najpierw z ośrodkami medycznymi, a później również powoływanych przez ośrodki uniwersyteckie czy izby lekarskie. Stopniowo zaczęto także tworzyć narodowe i ponadnarodowe komisje etyczne.

Oczywiście zakres działania i zadania różnych rodzajów komisji mogą być bardzo różne. Niektórzy dokonują rozróżnienia między klasycznymi medycznymi z jednej a politycznymi komisjami etycznymi z drugiej strony¹². Proces globalizacji i integracji europejskiej przyniósł ze sobą konieczność powołania struktur ponadnarodowych, jak np. Steering Committee on Bioethics (CDBI), działający przy Parlamencie Europejskim czy też International Bioethics Committee działający pod auspicjami UNESCO. Niezależnie od różnych zadań tych gremiów, generalnie chodzi o przeprowadzenie szerokiej konsultacji i dyskusji dotyczącej etycznej dopuszczalności działań lekarskich bądź szerzej – ingerencji człowieka w biosferę.

¹² Altner [2000] s. 682.

Wymienia się trzy grupy celów, jakim komisje bioetyczne mają służyć: edukacja, monitorowanie decyzji politycznych oraz konsultacja etyczna¹³. Proponując drogi rozwiązywania skomplikowanych dylematów w praktyce medycznej, praca komitetów ma się przyczynić do edukacji etycznej, do upowszechnienia standardów etycznych i uwrażliwienia na problematykę etyczną w tym zakresie. Niewątpliwie również komitety bioetyczne, szczególnie jeśli działają na płaszczyźnie ogólnonarodowej bądź też ponadnarodowej, będą odgrywały znaczącą rolę w konsultowaniu ustanawianych norm prawnych dotyczących praktyki medycznej. Inicjują one zazwyczaj szeroką dyskusję w zakresie bioetyki i stanowią platformę, na której mogą spotkać się różne poglądy i punkty widzenia. Wreszcie komitety etyczne, szczególnie istniejące i działające w ramach placówek służby zdrowia, mają spełniać funkcje konsultacyjne, tzn. doradzać i pomagać w znajdowaniu etycznie poprawnych rozwiązań szczególnie skomplikowanych przypadków, jakie pojawiają się w praktyce medycznej. Trzy wymienione grupy zadań będą oczywiście w różny sposób realizowane w ramach różnych rodzajów komisji etycznych. Z racji omawianego przedmiotu warto rozważyć rolę i zadania, jakie miałyby spełniać szpitalne komisje etyczne w Polsce.

b) Komu i po co są potrzebne szpitalne komisje etyczne?

Próbując odpowiedzieć na pytanie: „Czy są nam potrzebne szpitalne komisje etyczne?”, należałoby najpierw określić bliżej ów zbiorowy podmiot, który taką potrzebę zgłasza. Kto i w jakim celu mógłby być zainteresowany powstaniem takich komisji? Projekt ich powołania będzie miał zapewne swoich zwolenników i przeciwników. Zwolennicy mogą w pierwszej linii wskazywać na środowisko lekarskie, które mogłoby być zainteresowane ich powstaniem. Zaznaczyć trzeba przy tym, że potrzeba powołania takich komisji wcale nie musi być znakiem braku kompetencji etycznej pracowników służby zdrowia. Nie ulega wątpliwości, że wprowadzenie w szpitalną codzienność zdobyczy współczesnej wiedzy i techniki medycznej, zwiększyło niepomniernie stopień skomplikowania decyzji medycznych. Już samo pojęcie uporczywości terapeutycznej wskazuje na możliwość niecelowego, a więc i etycznie problematycznego wykorzystania możliwości medycyny. Szpitalna komisja etyczna mogłaby zatem stanowić istotną pomoc w poszukiwaniu właściwego postępowania w trudnych sytuacjach, szczególnie w obliczu decyzji o ograniczeniu, zaniechaniu bądź zaprzestaniu terapii u kresu życia pacjenta. Chodzi zatem o ułatwienie procesu decyzyjnego, dzięki uwzględnieniu aspektów etycznych każdorazowej sytuacji. Oczekiwanie, że orzeczenia komisji

¹³ Aulisio [2004] s. 842-846.

mogą stanowić dodatkową ochronę lekarza w obliczu ewentualnych roszczeń prawnych pacjenta bądź jego rodziny, wydają się być mało realistyczne.

Powołaniem szpitalnych komisji etycznych mogliby być również zainteresowani pacjenci, stający w obliczu trudnych decyzji dotyczących własnego leczenia. Również rodzina i najbliższe otoczenie chorego może poszukiwać wsparcia i pomocy w formie konsultacji przy podejmowaniu decyzji w imieniu pacjenta, tam, gdzie on sam nie jest już w stanie tego uczynić, czy też np. przy interpretacji pozostawionego przez niego rozporządzenia. Należy, jak się wydaje odróżnić sytuacje, gdy decyzje mają być podejmowane na podstawie aktualnie wyrażonej woli świadomego pacjenta, od tych, których podstawą miałyby być jego życzenie wyrażone *pro futuro*.

Kwestia tzw. rozporządzenia pacjenta (*Patientenverfügung*)¹⁴ ma swoją odrębną problematykę. Szczególnie kontrowersyjny jest problem mocy zobowiązującej takiego rozporządzenia. Nie można nie brać pod uwagę odmiennej perspektywy, z jaką o ewentualnej chorobie myśli zdrowy człowiek. Może się ona radykalnie zmienić, gdy stanie się on rzeczywiście pacjentem. Badania przeprowadzone w Niemczech w kontekście planowanej prawnej regulacji oświadczeń pacjenta dokonanych *pro futuro* pokazują np., że gotowość do poddania się chemoterapii jest znacznie większa u ankietowanych, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową, niż u respondentów zdrowych, pytanych o taką możliwość na wypadek, gdyby zapadli na tę chorobę¹⁵. Z faktu, że większość respondentów tych badań pragnie, by w razie ich niezdolności, decyzje o podjęciu lub zaniechaniu działań lekarskich były podejmowane w ramach konsultacji lekarzy z najbliższymi, zdaje się wynikać, że rozporządzenia pacjenta należałoby traktować jako dokumenty wprawdzie istotne i pomocne, ale wymagające interpretacji. Dla omawianego w niniejszym przedłożeniu tematu istotny może być także fakt, że większość respondentów wspomnianych badań nie życzyło sobie, by w podjęciu tego typu decyzji byli zaangażowani prawnicy lub inne osoby trzecie, nie należące do grona rodziny¹⁶.

Głosy sceptyczne wobec projektu powołania szpitalnych komisji etycznych będą zapewne wskazywały szczególnie na tendencję do rozmywania osobistej

¹⁴ Używam tu pojęcia stosowanego w dyskusji bioetycznej w obszarze języka niemieckiego. Inne określenie to np. „testament życia”, czy „testament pacjenta”. W literaturze angielskojęzycznej używa się pojęcia „living will”.

¹⁵ Jak podaje przeprowadzający te badania Stephan Sahm, ordynator w jednej z klinik we Frankfurcie nad Menem, jedynie w bardzo niewielkiej liczbie przypadków faktyczna sytuacja chorego pokrywa się rzeczywiście z tym, co wcześniej zapisał w swoim rozporządzeniu, Sahm [2009].

¹⁶ Tamże. Zob. także Sahm [2006] s. 185.

odpowiedzialności lekarza i zastępowanie jej zbiorowymi (a więc w efekcie często anonimowymi) decyzjami gremiów, by „zastąpić głos sumienia urzędową pieczęcią”¹⁷. Gdyby komisje te miały się stać obligatoryjnym elementem w pracy lekarza, a nie jedynie gremium doradczym w sprawach trudnych, należałoby się obawiać, jak twierdzą krytycy, że staną się one dodatkowym instrumentem nadzoru bądź też – w połączeniu z wpływami bieżącej polityki – sposobem modyfikacji standardów etycznych zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem rządzących.

Spośród trzech omówionych już wyżej funkcji, jakie przypisuje się komisjom etycznym, w przypadkach szpitalnych komisji etycznych funkcja konsultacyjna wydaje się być zatem najistotniejsza¹⁸. Z racji, że decyzja dotycząca zastosowania bądź zaniechania działań terapeutycznych jest podejmowana w dialogu lekarza z pacjentem, komisje mogą ułatwiać komunikację, szczególnie tam, gdzie zostaje ona zakłócona przez czynniki pozamerytoryczne (np. brak zaufania pacjenta do lekarza). Badania empiryczne powstrzymują jednak przed zbyt wygórowanymi oczekiwaniami w tej dziedzinie. Doświadczenia pracy szpitalnych komisji etycznych zebrane w ostatnim ćwierćwieczu w USA wskazują na to, że w większości przypadków pacjenci skłaniają się ku poszukiwaniu indywidualnej konsultacji etycznej, bądź też porady małych zespołów, składających się jedynie z części członków komisji¹⁹.

Najsłabsza wydaje się w przypadku szpitalnych komisji etycznych funkcja monitorująca decyzje polityczne. Komisje te zajmowałyby się nie tyle etycznymi konsekwencjami zastosowania nowych technik medycznych, ile konkretnymi przypadkami klinicznymi. Mimo to ich praca miałaby niewątpliwie również polityczne konsekwencje. Komisje te z konieczności gromadziłyby bowiem dokumentację analizowanych przypadków klinicznych. Ich rozstrzygnięcia byłyby też niewątpliwie komentowane i omawiane w szerszym kontekście, co z biegiem czasu pozwoliłoby na gromadzenie baz danych oraz porównywanie poszczególnych rozstrzygnięć. W dalszej perspektywie miałyby one istotne reperkusje nie tylko w

¹⁷ Wolniewicz [2001] s. 157.

¹⁸ Tak też zdaje się widzieć rolę komisji etycznych wydana przez Papieską Radę ds. Pracowników Służby Zdrowia „Karta Pracowników Służby Zdrowia” (nr 8): „Pracownicy służby zdrowia, a szczególnie lekarze, nie mogą być pozostawieni sami sobie obciążeni przekraczającą ich możliwości odpowiedzialnością wobec coraz bardziej złożonych i dyskusyjnych przypadków klinicznych, zrodzonych zarówno z możliwości biotechnologicznych, z których wiele jest jeszcze w fazie eksperymentalnej, jak i z wagi społeczno-technicznej niektórych zagadnień. Aby ułatwić im podejmowanie decyzji i czuwać nad właściwym ich spełnianiem, w głównych centrach szpitalnych należy popierać powstawanie komitetów etycznych. W owych komitetach kompetencja i ocena lekarza konfrontują się i integrują z innymi formami obecności przy chorym. Ma to służyć zarówno godności chorego, jak i sprawie samej odpowiedzialności medycznej” (Szczygieł [1998] s. 555-556).

¹⁹ Aulisio [2004] s. 844.

zakresie etosu lekarskiego, ale także społecznego stosunku do analizowanych powyżej wartości podstawowych.

W tym kontekście warto wskazać na pojęcie „ochrony norm” (*Normenschutz*)²⁰. Należy ona do zadań państwa, ale jej celem nie jest, wbrew pozorom, jedynie zachowanie prawno-etycznego status quo. Nie można nie doceniać symbolicznego znaczenia fundamentalnych wartości na całą strukturę porządku prawno-etycznego społeczeństwa. Chcąc skutecznie chronić podstawowe wartości demokracji, państwo nie może ograniczyć się do egzekwowania przestrzegania prawa. Żadne prawo nie jest w stanie regulować wszystkich przejawów stosunków międzyludzkich (taka wizja byłaby zresztą przerażająca!). By prawo mogło być skuteczne i nie stało się jedynie martwą literą, państwo musi dbać również o zachowanie standardów etycznych, a więc także o promocję podstawowych wartości, które mają podlegać ochronie. Rozważając kwestię powołania szpitalnych komisji etycznych nie można ignorować wpływu, jaki ich praca będzie miała na społeczne postrzeganie takich podstawowych wartości, jak: nieredukowalna wartość każdej żyjącej istoty ludzkiej oraz autonomia jednostki.

Zakończenie

Jak trudne są decyzje dotyczące stosowania, zakresu czy zaniechania terapii u kresu ludzkiego życia, tak niełatwe, chociaż niewątpliwie potrzebne, jest również stworzenie odpowiednich instrumentów strukturalnych, pomagających te decyzje podejmować. Podsumowując analizę kontekstu moralnego i projektu powołania szpitalnych komisji etycznych warto raz jeszcze podkreślić istotny moment: z racji, że podjęcie takiej decyzji nie może się dokonać inaczej jak w kontekście dialogu lekarza z pacjentem, kluczowym celem wszystkich tworzonych struktur i standardów postępowania musi pozostać ułatwienie wzajemnej komunikacji. Jeżeli szpitalne komisje etyczne mogłyby się przyczynić do rozwiązywania trudnych dylematów etycznych u kresu ludzkiego życia, projekt ich powołania należałoby uznać za godny poparcia.

²⁰ Reinhard Merkel wskazuje na znaczenie ochrony norm w kontekście dyskusji dotyczącej statusu embrionu ludzkiego. Chociaż neguje on prawomocność wywodzenia powinności jego ochrony w oparciu o zakaz naruszania praw podstawowych bądź nakaz solidarności, to jednak widzi konieczność ochrony wypływającą z powinności ochrony istotnych dla społeczeństwa norm podstawowych. Dla Merkela ochrona taka będzie oczywiście jedynie względna i ograniczona, Merkel [2002] s. 40-45.

Bibliografia

- Altner [2000] – G. Altner, *Ethik-Kommissionen*, [w:] *Lexikon der Bioethik*, Gütersloher Verlagshaus, t. 1, Gütersloh 2000, s. 682-691.
- Aulio [2004] – M. P. Aulio, *Ethics Committees and Ethics Consultation*, [w:] S. G. Post (red.), *Encyclopedia of Bioethics*, Ed. Thomson/Gale, t. 2, New York ³ 2004, s. 841-847.
- Eibach [1998] – U. Eibach, *Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid? Euthanasie und »lebensunwertes« Leben*, R. Brockhaus Verlag, Wuppertal 1998.
- Łuków [2005] – P. Łuków, *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005.
- Kant [2001] – I. Kant, *Uzasadnienie metafizyki moralności*, tłum. M. Wartenberg, Wyd. Antyk, Kęty 2001.
- Merkel [2002] – R. Merkel, *Forschungsobjekt Embryo. Verfassungsrechtliche und ethische Grundlagen der Forschung an menschlichen embryonalen Stammzellen*, Deutsche Taschenbuch Verlag, München 2002.
- Mieth [2008] – D. Mieth, *Grenzenlose Selbstbestimmung? Der Wille und die Würde Sterbender*, Patmos Verlag, Düsseldorf 2008.
- Prat [2009] – E. H. Prat, *Das Autonomieprinzip aus der Perspektive des Patienten*, „Imago Hominis“ (16) 2009 z. 2, s. 124-125.
- Pieper [2000] – A. Pieper, *Autonomie*, [w:] *Lexikon der Bioethik*, Gütersloh 2000, t. 1, s. 289-293.
- Sahm [2009] – S. Sahm, *Zur Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Stellungnahme zur Anhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages*, 04.03.2009, w: <http://www.dgpalliativmedizin.de/sn/090304%20Stellungnahme%20Sahm.pdf> (15.09.2009).
- Sahm [2006] – S. Sahm, *Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Ärztliches Handeln an den Grenzen von Ethik und Recht*, Campus Verlag, Frankfurt am Main 2006.
- Siegrist [2000] – J. Siegrist, *Arzt-Patient-Beziehung. Zum Problemstand*, [w:] *Lexikon der Bioethik*, Gütersloher Verlagshaus, t. 1, Gütersloh 2000, s. 238-242.
- Ślipko [2009] – T. Ślipko, *Bioetyka. Najważniejsze problemy*, Wyd. Petrus, Kraków 2009.
- Szczygieł [1998] – K. Szczygieł, *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Wydawnictwo Biblos, Tarnów 1998.
- Wolniewicz [2001] – B. Wolniewicz, *O tzw. bioetyce*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” (5) 2001 Suplement I do nr 1, s. 155-165.