

STUDIA Z BIOETYKI I ANTROPOLOGII FILOZOFICZNEJ

3/2002



ARCHIWS

JAN HARTMAN
Czym jest dzisiaj bioetyka?

LESŁAW NIEBRÓJ
Zasada autonomii. Autorytet lekarza i posłuszeństwo pacjenta

TOMASZ SAHAJ
„Zdrowego człowieka kupię, może być używany”

MARIA NOWACKA
Sytuacja moralna lekarza w kontakcie z żywym dawcą organu do przeszczepu

SŁAWOJ MACIEJEWSKI, JERZY T. MARCINKOWSKI
Geneza i losy skarg przeciwko lekarzom w świetle materiałów Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

JOANNA USAKIEWICZ
„Dlaczego duch czy dusza jest tak cierpiąca, kiedy cierpi ciało?”
Anne Conway - cierpiący człowiek i filozof

WOJCIECH SŁOMSKI
Kilka uwag o personalizmie Emmanuela Mouniera

JAN RATAJCZAK, MIROSLAW ZABIEROWSKI
O samorealizacji przez przyjemności

SŁAWOMIR RAUBE
Wieczność, doczesność, rynek. Kilka uwag o etosie gospodarowania

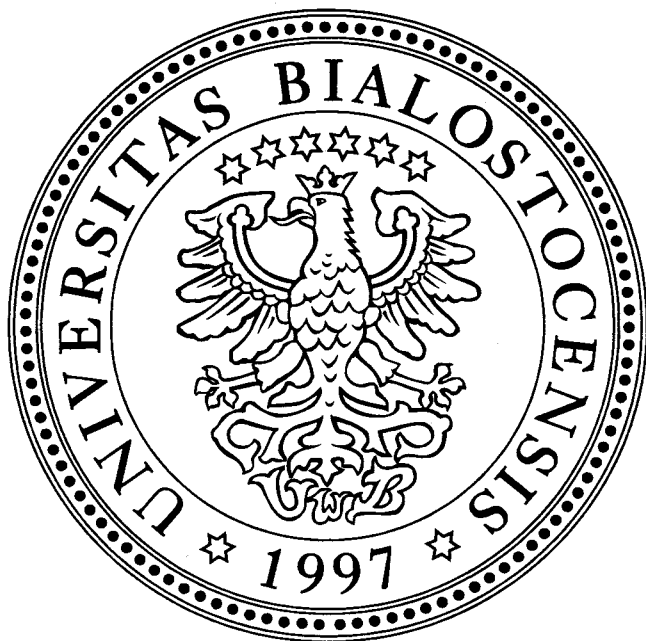


ARCHEUS

STUDIA Z BIOETYKI I ANTROPOLOGII FILOZOFICZNEJ

Redagują: Maria Nowacka i Jerzy Kopania

TOM 3



Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku
Białystok 2002

Projekt okładki i strony tytułowej:

Tadeusz Gajl



029456

11/02126

ADRES REDAKCJI:

Uniwersytet w Białymstoku

Zakład Bioetyki i Antropologii Filozoficznej

Plac Uniwersytecki 1

15-420 Białystok

tel. kom.: 0 604 45 19 86

e-mail: kopania@box43.pl

ISSN 1641-5973

Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku

15-097 Białystok, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 14, tel. (085) 7457059

e-mail: ac-dw@uwb.edu.pl, http://wydawnictwo.uwb.edu.pl

Druk: POLIGRAFIA Artur Milewski, Białystok

Nakład 200 egz. Format B-5. Papier offsetowy 80 g.

SPIS TREŚCI

JAN HARTMAN	
Czym jest dzisiaj bioetyka?	5
<i>What is bioethics today? – Summary</i>	15
LESŁAW NIEBRÓJ	
Zasada autonomii. Autorytet lekarza i posłuszeństwo pacjenta	17
<i>Principle of autonomy: physician's authority and patient's obedience – Summary</i>	27
TOMASZ SAHAJ	
„Zdrowego człowieka kupię, może być używany”	29
<i>„I'll buy a healthy human body, also a second-hand one” – Summary</i>	37
MARIA NOWACKA	
Sytuacja moralna lekarza w kontakcie z żywym dawcą organu do przeszczepu	39
<i>Moral situation of the physician in relation to the living donor – Summary</i>	54
SŁAWOJ MACIEJEWSKI, JERZY T. MARCINKOWSKI	
Geneza i losy skarg przeciwko lekarzom w świetle materiałów Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej ...	55
<i>Opinion concerning doctors of medicine activity in context of data collected by the regional spokesman for professional liability of chamber of doctors of medicine of Wielkopolska – Summary</i>	104
JOANNA USAKIEWICZ	
„Dlaczego duch czy dusza jest tak cierpiąca, kiedy cierpi ciało?”. Anne Conway – cierpiący człowiek i filozof	105
<i>„Why does the spirit or soul suffer so with bodily pain?": Anne Conway – the suffering woman and philosopher – Summary</i>	116

Dec 25/2010

WOJCIECH SŁOMSKI

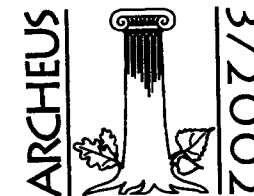
- Kilka uwag o personalizmie Emmanuela Mouniera 117
Some remarks on Mounier's personalism - Summary 127

JAN RATAJCZAK, MIROSŁAW ZABIEROWSKI

- O samorealizacji przez przyjemności 129
Self-realization by pleasures - Summary 141

SŁAWOMIR RAUBE

- Wieczność, doczesność, rynek. Kilka uwag o etosie gospodarowania 143
Eternity, earthliness, market. Some remarks on the ethos of economical acting
- *Summary* 153



JAN HARTMAN

CZYM JEST DZISIAJ BIOETYKA?¹

Po raz pierwszy filozofowie stali się niedawno uczestnikami, i to być może najważniejszymi uczestnikami, procesu, w którym powstaje nowa, istotna dyscyplina akademicka. Dyscyplina, która jest zresztą nie tylko działem „akademii”, ale pewnym fragmentem życia społecznego, który rozciąga się pomiędzy ściśle rozumianym światem akademickim, polityką oraz przestrzenią debaty publicznej, która odbywa się za pośrednictwem mass-mediów. Filozofowie wzięli oto na siebie odpowiedzialność za ukształtowanie, konsolidację i integrację wewnętrzną czegoś, co jeszcze jako jednolita i spójna dyscyplina nie istnieje, jakkolwiek są na to dobre widoki. Ta dyscyplina *in statu nascendi*, której powstawania jesteśmy świadkami, nosi nazwę „bioetyka”. Sama nazwa „bioetyka” predestynuje filozofów, a mianowicie etyków, którzy przecież są filozofami, do tego, aby odgrywali rolę promotorów i aktywnych współtwórców tej nowej domeny naukowej ekspercji, znajdującej się w procesie budowy.

Wszelako jednak proces ten bynajmniej nie jest oddany w ich ręce w sposób jednoznaczny i świadomy, a filozofowie nie są większością, lecz przeciwnie – mniejszością pośród tych sześciu czy siedmiu tysięcy pracowników naukowych z całego świata, którzy uważają się za trwale związanych z tą dziedziną, z dziedziną bioetyki. Filozofowie po raz pierwszy zostali postawieni w jednym szeregu, na

¹ Tekst ten jest zapisem wykładu habilitacyjnego autora, wygłoszonego 8 listopada 2001 roku przed Radą Wydziału Filozoficznego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

gruncie pewnego wspólnego zadania poznawczego, razem z przedstawicielami innych dyscyplin: z socjologami, psychologami, prawnikami, ekonomistami, a przede wszystkim lekarzami i biologami. Wprawdzie pozostawiono kompetencjom filozofów dbałość o możliwą metodologiczną koherencję i sprawność procesu konsolidacji tej dyscypliny, to jednakowoż większość członków tego środowiska, dużego i globalnego, zdominowanego zresztą przez Amerykanów, nie dysponuje takim pojęciem filozofii czy też nie akceptuje takiego pojęcia filozofii, w myśl którego jest to dyscyplina akademicka o charakterze fundującym lub syntetycznym w stosunku do wszystkich innych. Na takie rozumienie słowa „filozofia” i na związaną z nim uprzywilejowaną pozycję filozofowie nie mogą tu liczyć, pomimo że pozostawieni są z trudnym zadaniem, które wymaga pewnego autorytetu. Słowo „filozofia” przyjmuje w tym środowisku znaczenie, jakie ma w potocznej kulturze intelektualnej w Stanach Zjednoczonych: ogólny namysł nad istotnymi, z punktu widzenia osobowego oraz społecznego doświadczenia, aspektami rozmaitych zjawisk (w tym wypadku: zjawisk świata medycznego). Filozof więc to nie tyle specjalista w jakimś zakresie kompetencji akademickiej, lecz intelektualista zdolny do pogłębionej i popartej ogólną erudycją refleksji, nacechowanej roztropnością i wrażliwością. Podobnie i słowo „etyka” nie funkcjonuje w środowisku bioetycznym w znaczeniu dyscypliny akademickiej, lecz oznacza ogół standardów uczciwości i przyzwoitości oraz refleksję, w której są one wypracowywane i komentowane. Słowo „moralność” natomiast dość wyraźnie kojarzy się tu z domeną przekonań religijnych oraz obyczajów. Tym samym z góry przesądzone jest, że bioetyka powinna być wprawdzie nacechowana poważaniem dla rozmaitych przekonań moralno-religijnych oraz dla rozmaitych obyczajów, jednak sama nie może się w nie angażować, lecz powinna poprzestać na budowaniu warunków uczciwego, demokratycznego i równego współistnienia osób i wspólnot o różnych potrzebach, stylach życia, przekonaniach i możliwościach.

Bioetyka istnieje dopiero od około czterdziestu lat. Jest też chyba jedyną dyscypliną, w której filozofom dano głos ważny, liczący się, a jednocześnie mającą bezpośredni wpływ na rzeczywistość polityczną. Filozofowie uzyskują na gruncie bioetyki unikalną możliwość udziału w formułowaniu procedur oraz aktów legislacyjnych, które mają wpływ na życie i komfort życia milionów ludzi na całym świecie. Rodzi to szczególną odpowiedzialność filozofów, odpowiedzialność wyjątkową i bodaj nigdy dotąd w dziejach filozofii nie spotykaną.

Bioetyka powstała z potrzeby praktycznej, a mianowicie z potrzeby przeprowadzenia publicznej debaty nad dostępnością nowych, bardzo kosztownych, technik dializ dla uboższych części społeczeństwa. Sukces tej debaty, jaka odbyła się na początku lat 60. w USA, i jej konkluzywność spowodowała, że bardzo szybko na gruncie publicznym wytoczono kolejne zagadnienia praktyczno-moralne związane z życiem medycznym, zwłaszcza zaś bolesne zagadnienia jakoś kojarzące się

z traumą II Wojny Światowej, z praktykami nazistowskimi, ze zbrodniami nadużyciami w stosunku do więźniów obozów koncentracyjnych. Okazało się, że na Zachodzie – w samej Ameryce, ale także w krajach europejskich – są przypadki wykorzystywania osób ras innych niż biała i pochodzących z niższych warstw społecznych do eksperymentów medycznych, bez jawnej, świadomej, kompetentnej zgody z ich strony. Było to pole dyskusji o charakterze etycznym, na którym zaczęła się kształtować „bioetyka” jako nowa dyscyplina. Słowo „bioetyka” było pierwotnie skrótem od wyrażenia *biomedical ethics*, a wraz z upowszechnieniem się terminu „biotechnologia” zaczęło być uważane za skrót wyrażenia *biotechnological ethics*. Pierwszymi profesorami nowej dyscypliny, ekspertami, którzy podjęli się zorganizowania systematycznej praktyki akademickiej pod nową nazwą „bioetyka” byli David Thomas w Chicago (zmarły w 2002 r.), Tristram Engelhardt w Teksasie oraz Albert Jonsen w San Francisco. Powszechny wpływ bioetyki na życie medyczne, przynajmniej w USA, zaznaczył się już na początku lat osiemdziesiątych, a to głównie dzięki sławnemu opracowaniu zagadnień bioetycznych przez dwóch konserwatywnych autorów, Toma Beauchampa i Jamesa Childressa, w pracy *Principles of Biomedical Ethics* (Oxford 1979²).

O początków bioetyki minęło więc czterdzieści lat. Proszę sobie wyobrazić, że po tych czterech dekadach funkcjonowania owego akademickiego i publicznego forum dyskusji, gdzie na równych prawach głos zabierają lekarze, politycy, prawnicy, socjologowie i filozofowie, z pewną tylko niezbyt mocno zaznaczoną wspólną zgodą na to, że ci ostatni będą odgrywać w tej nader praktycznej dyscyplinie rolę moderatorów, rolę integrująco-syntezyjną, rolę tych, którzy formułują pewne konkluzje i dostarczają pewnych ogólnych ram pojęciowych i teoretycznych dla prowadzonych dyskusji, otóż po czterech dekadach istnienia tej dyscypliny zaszła ona tak daleko pod względem swego społecznego znaczenia, że nowy prezydent Stanów Zjednoczonych w swoim pierwszym dłuższym wystąpieniu programowym, 9 sierpnia 2001 roku, mówił głównie na tematy bioetyczne, odczytując tekst napisany przez profesora filozofii, po wcześniejszych bezpośrednich konsultacjach prezydenta z trzema innymi profesorami, bioetykami będącymi z pierwszego wykształcenia filozofami. Tekst ten był poświęcony stanowisku rządu amerykańskiego w kwestii możliwości finansowania ze środków federalnych badań nad komórkami macierzystymi. Oto spośród tych wszystkich zagadnień społecznych, z którymi musi się borykać rząd USA i o których musi do społeczeństwa mówić, wybór padł właśnie na kwestie bioetyczne, a sposób, w jaki konsultowane było odpowiednie

² Istnieje przekład polski zmienionego i rozszerzonego wydania z 1994 roku: T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, Książka i Wiedza, Warszawa 1996.

środowisko, a więc w tym wypadku środowisko bioetyczne, był najbardziej bezpośredni, najbardziej pełen zaufania, jak tylko można to sobie wyobrazić.

W tej chwili chciałbym skupić się na tym, co stanowi udział samych filozofów w tym środowisku, pomijając pewne inne rzeczy, o których zamierzałem jeszcze powiedzieć. Jak już wspominałem, nasze znaczenie w tym środowisku nie jest faktycznie zbyt wielkie, choć zadanie, jakie w nim mamy do spełnienia, jest zupełnie podstawowe. Na filozofach bowiem spoczywa odpowiedzialność za uzyskiwanie przez tę dyscyplinę samowiedzy naukowej, która zresztą bynajmniej nie jest analogiczna do tej, jaką dysponują inne nauki społeczne. Wynika to stąd, że bioetyka nie jest po prostu częścią świata akademickiego, gdyż w równym stopniu jest ona częścią świata medycznego, a do jej substancji należą dyskusje i debaty prowadzone także poza uczelniami – na konferencjach i w komitetach bioetycznych, które nie uważają się za część świata naukowego i faktycznie wprost do niego nie należą. Filozofowie pełnią tu więc rolę operatorów, moderatorów czy „syntetyków”, jakkolwiek natura samej dyscypliny wymusza na nich to, aby ich rozważania zawsze brały za punkt wyjścia konkretne zagadnienia praktyczne. Nimi to więc filozofowie, niezależnie od swych inklinacji w stronę ogólnej i abstrakcyjnej refleksji, muszą się faktycznie zajmować. Przeglądem tych zagadnień konkretnych zajmujemy się za chwilę. Nakreślę tylko, schematycznie i powierzchownie, typowe obszary tematyczne, jakim przyporządkować można publikacje w czasopismach bioetycznych oraz wystąpienia konferencyjne (a konferencje są tą formułą życia naukowego, z której bioetyka korzysta najchętniej).

Przed filozofami staje tu każdorazowo zadanie takiego przeformułowania klasycznych zagadnień etyki i klasycznych sporów w tej dziedzinie, aby można je było zidentyfikować w takim właśnie konkretno-kazuistycznym kontekście. Problematyka etyczna, która jest najbardziej *at stake*, najbardziej jest na rzeczy, to problematyka stosunku między pryncypializmem (etyką autonomiczną) a etyką utylitarystyczną (etyką konsekwencjalistyczną). W tym miejscu chciałbym szczególnie mocno podkreślić to, że najistotniejszym rysem metodologicznym i moralnym tego tak zróżnicowanego środowiska jest przekonanie, iż każda dyskusja dotycząca zagadnień moralnych musi nawiązywać do pewnej wiedzy empirycznej, wiedzy statystycznej oraz wiedzy konkretno-naukowej, która daje podstawy do oceniania możliwych konsekwencji planowanych czy rekomendowanych w danym wypadku rozwiązań, które też muszą być bardzo praktyczne w swym charakterze. Istnieje tu wymóg przechodzenia od sformułowań ogólnych, teoretycznych, pryncypialnych do pewnych rekomendacji konkretnych, a wręcz sformułowań legislacyjnych, owych tzw. *guidelines and recommendations*. Każda taka praktyczna, konkretna propozycja, choćby nie wiem jak abstrakcyjnie umocowana w dyskursie filozoficznym, musi mieć za sobą obrachunek kosztów i korzyści, a więc rachunek utylitarystyczny. Każda propozycja musi być więc poparta rozważeniem

kwestii następujących: czyje dobro jest w danym wypadku brane pod uwagę, jaka jest cena osiągnięcia tego dobra, kto cenę tę zapłaci. Brak tego rozeznania lub zwłaszcza odmowa zainteresowania tą stroną empiryczną zagadnienia, realnymi konsekwencjami zamierzonych czynów lub regulacji, na przykład w imię godności czystych ideałów, na które mielibyśmy się powoływać, jest uważane nie tylko za błąd metodologiczny – jest uważane także za coś niemoralnego. Jest to ogromnie ważne. Pragmatystyczny czy utylitarystyczny duch, który ze względu na amerykańską proveniencję dyscypliny tutaj dominuje, nakazuje traktować rachunek utylitarystyczny i utylitarystyczno-empirystyczny punkt widzenia jako *nakaz moralny*. Jeśli na przykład ktoś, rekomendując karanie kobiet za dokonywanie aborcji, powołuje się wyłącznie na pryncypia, nie zastanawiając się wcale nad tym, jakie działania społeczne i prawne mogą doprowadzić do realnego ograniczenia zjawiska aborcji, odmawiając przyjęcia tego punktu widzenia, tej formy troski, wtenczas jego głos nie może być brany pod uwagę. Tak w przypadku aborcji, jak i w przypadku wszystkich innych zagadnień bioetycznych, naszym obowiązkiem, jako bioetyków, jest zadać pytanie o to, w czym tkwi zło oraz jakie środki prowadzą do jego rzeczywistego ograniczenia, a nie o to, jakie sformułowanie prawne będzie najpełniejszym wyrazem pryncypium etycznego, które wiąże się z negacją tego zła. Może być bowiem czasem tak, że duża punitivność prowadzi do rezultatów negatywnych i szkodliwych.

Nie należy sądzić, że bioetyka znajduje się wciąż jeszcze w stadium agregacyjnego skupiska rozmaitych kompetencji, że jest tylko wolnym forum dyskusji nad istotnymi, ale jeszcze nie opracowanymi teoretycznie kwestiami życia publicznego w pewnym jego segmencie. Otóż nie. To stadium wyjściowe, stadium multidyscyplinarności, ma bioetyka już za sobą. Wykształcił się już bowiem nie tylko pewien obszar ściśle naukowych kompetencji własnych, obszar literatury ściśle bioetycznej, nie tylko kilka tysięcy osób identyfikuje jakiś względnie jednolity obszar naukowych dyskusji, nie tylko dochodzi do wzajemnego nakładania się, zachodzenia na siebie kompetencji uczestników debat bioetycznych, ale istnieją już ogólne teorie, koncepcje filozoficzne, które stanowią poważne propozycje pojęciowych ram dla całej dyscypliny. Przykładem może być kantowski z ducha system bioetyki T. Engelhardta, teoria zdrowia i choroby L. Nordenfelda, empirystyczny program uprawiania bioetyki J. Harrisa, zastosowanie etyki dyskursu do problematyki bioetycznej M. Kettnera, czy też koncepcja uprawiania bioetyki jako kazuistyki proponowana przez A. Jonsena. Można powiedzieć, że bioetyka, opuściwszy już poziom „multidyscyplinarności” znajduje się dziś w stadium pośrednim między „transdyscyplinarnością” a „interdyscyplinarnością”.

Obecnie przejdę do zapowiadanego naszkicowania tematyki szczegółowych debat bioetycznych. Wcześniej jednak chciałbym poczynić jeszcze pewne wyjaśnienie demarkacyjne. Otóż w niektórych kontekstach, zwłaszcza w prasie, termin

„bioetyka” pojawia się w bardzo szerokim znaczeniu, obejmującym tzw. „etykę środowiskową” i ekologię, a nawet to, co dawniej nazywano „higieną”, czyli społeczną świadomość zdrowotną i jej propagowanie. Nie ma powodu, aby zakazywać takiego szerokiego stosowania słowa „bioetyka”, jednakże trzeba uznać fakt, iż w sensie akademickim, profesjonalnym, bioetyka jest spadkobierczynią dawnej filozofii medycyny oraz etyki medycznej, wobec czego wszelkie publikacje i konferencje odbywające się pod jej szyldem dotyczą publicznych zagadnień ochrony zdrowia, stosunków pomiędzy lekarzami i pacjentami oraz badań naukowych w zakresie medycyny i biotechnologii. Sprawy ochrony środowiska, praw zwierząt, zdrowego i ekologicznego stylu życia pojawiają się w kontekście bioetyki tylko incydentalnie, mając swoje odrębne nisze akademickie i medialne. Dodatkowo należy jeszcze wyjaśnić, że istnieją dwa różne style uprawiania bioetyki i dwa, częściowo rozłączne, obszary jej akademickiego funkcjonowania: amerykański i europejski. Amerykańska bioetyka jest bardziej praktyczna a jednocześnie bardziej związana z prawem i polityką, europejska natomiast bardziej skłania się ku teorii, a w tym ku refleksji filozoficznej. W przedstawionym tu wyliczeniu najczęściej dyskutowanych zagadnień bioetyki obie te perspektywy potraktowałem łącznie, co jest o tyle usprawiedliwione, że coraz więcej publikacji i konferencji bioetycznych ma charakter transatlantyczny; nie zmienia to wszelako absolutnej dominacji języka angielskiego w tej dyscyplinie (dlatego podaję kilka popularnych terminów angielskich).

Najprostszy podział zagadnień bioetyki odróżnia zagadnienia ogólno-systemowe związane ze skuteczną i sprawiedliwą ochroną zdrowia (system opieki zdrowotnej, zdrowie publiczne), zagadnienia etyczne związane ze stosunkami lekarzy i pacjentów (autonomia pacjenta, prywatność, świadoma zgoda na badania etc.) oraz zagadnienia etyki badań klinicznych i biomedycznych. Znaczna część tematów bioetyki daje się też elegancko spolaryzować pod szyldami „zagadnień związanych z początkiem życia” i „zagadnień związanych z końcem życia”. Tutaj wszelako zostanie przedstawiony podział nieco bardziej skomplikowany, lecz mający tę zaletę, że odpowiada dość dobrze faktycznemu układaniu się zagadnień w praktyce akademickiej bioetyki, to znaczy w bioetycznych publikacjach i na konferencjach. Będę mianowicie odróżniał dwa podstawowe punkty widzenia, z których rozważa się problemy: punkt widzenia osoby oraz punkt widzenia organizacji stosującej pewne standardy i procedury. Ten podział aspektów zostanie skrzyżowany z bardziej przedmiotowym podziałem obszarów organizacyjnych, w których dana problematyka się pojawia. Będą to obszary następujące: laboratorium (lub klinika), zwykły szpital, krajowy system opieki zdrowotnej oraz indywidualna praktyka lekarska.

I. Z perspektywy laboratorium oraz kliniki przeprowadzającej doświadczenia i badania nad nowymi lekami i terapiami zasadnicze kwestie bioetyczne odnoszące się wprost do jednostki ludzkiej to:

- świadoma zgoda na badania (*informed consent*);
 - motywacja do udziału w badaniach (np. presja ekonomiczna, bieda) oraz kryteriów rekrutacji osób do badań;
 - odpowiedzialność za niepowodzenia w badaniach (szkody na zdrowiu, skutki zaniechania lub opóźnienia zastosowania dotychczas stosowanych procedur) oraz los chorych z grupy kontrolnej (otrzymującej placebo).
- Jeśli chodzi o etyczne aspekty procedur klinicznych, to najbardziej istotne są procedury i kwestie proceduralne następujące:
- kwestia kryteriów dopuszczalności przeniesienia badań do etapu klinicznego (badań na ludziach);
 - procedury rekrutacji osób do testowania leków i terapii (np. udział cudzoziemców, konieczność minimalizacji cierpień zwierząt);
 - procedury opiniodawcze i kontrolne, a w tym działalność Komitetów Etycznych (Bioetycznych);
 - procedury budowania świadomej zgody na badania i sprawdzania rozumienia przez uczestników badań ich medycznej istoty oraz występującego w nich ryzyka;
 - postępowanie z chorymi niedostatecznie ubezpieczonymi, a wymagającymi kosztownego leczenia;
 - kryteria dystrybucji usług deficytowych (zasady ustalania kolejności w dostępie do zabiegów);
 - zakres i cele stosowania preimplantacyjnych i prenatalnych badań genetycznych (PGD);
 - dozwolone sposoby pozyskiwania oraz wykorzystywania komórek macierzystych (*stem cells*);
 - procedury związane ze skanowaniem genomu, ochroną uzyskanych w ten sposób danych, wykorzystywaniem tych danych, patentowaniem technik genetycznych;
 - wprowadzanie modyfikacji genetycznych motywowane względami terapii i ew. względami pozazdrowotnymi oraz moralna dopuszczalność takich praktyk;
 - klonowanie terapeutyczne, klonowanie człowieka i jego moralna dopuszczalność.
- II. Inny nieco jest punkt widzenia szpitala czy nawet ambulatorium prowadzącego rutynową działalność terapeutyczną. W odniesieniu do konkretnego człowieka praktyka szpitalna rodzi najczęściej następujące kwestie etyczne:
- poszanowanie autonomii pacjenta (prawa do informacji o własnym stanie zdrowia i prawa do wyrażenia zgody bądź odmowy leczenia);
 - prymat dobra pacjenta (np. przed interesami ekonomicznymi i organizacyjnymi szpitala), tzw. *beneficence*;

- kwestia prywatności i dyskrecji oraz tajemnicy lekarskiej;
 - rola i prawa rodziny, jak również granice ważności oświadczeń woli członków rodziny (np. w kwestiach związanych z podtrzymywaniem życia albo ratowaniem z użyciem transfuzji krwi);
 - stwarzanie należytych warunków umierania.
- Procedury, których doskonaleniem zainteresowany jest szpital, to zwłaszcza:
- procedury opiniodawcze i kontrolne szpitalnych komitetów etycznych (ich funkcjonowanie stanowi szczególną troskę bioetyki amerykańskiej);
 - zagadnienia opieki paliatywnej i wstrzymywania procedur reanimacyjnych bądź podtrzymujących funkcje życiowe (zwł. ustalanie momentu śmierci i kryteria komendy DNR, czyli *do not resuscitate*, zaprzestań reanimacji);
 - postępowanie z osobami w demencji, a zwłaszcza kwestia poszanowania autonomii tych osób we wcześniejszych stadiach choroby; kwestia stosowania tzw. „pigułki szczęścia”;
 - autonomia pacjenta w leczeniu psychiatrycznym oraz specjalne wymagania chorych psychicznie (kwestia dyskrecji, ochrona osób trzecich, rola rodziny), reguły stosowania przymusu w psychiatrii;
 - procedury związane z aborcją;
 - procedury związane z transplantacją organów (postępowanie z dawcą i z biorcą) i tkanek;
 - procedury związane z zarządzaniem ryzykiem operacyjnym (np. w rozdzieleniu bliźniąt syjamskich);
 - ochrona praw personelu medycznego do powstrzymania się od udziału w budzących wątpliwości moralne procedurach;
 - ochrona personelu medycznego przed czynnikami szkodliwymi dla zdrowia (zakażenia, promieniowanie);
 - ochrona personelu medycznego przed agresją prawną ze strony pacjentów i ich adwokatów.

III. Obszar zagadnień związanych z systemem ochrony zdrowia, widzianym z punktu widzenia interesów pojedynczej osoby można zakreślić następująco:

- kwestie solidarności i opiekuńczości, a zwłaszcza dostępność usług medycznych dla osób ubogich oraz zasady wzajemności ubezpieczeniowej;
- kwestie priorytetów i, korelatywnie, zadań zdegradowanych (np. ze względu na statystyczną marginalność jakiejś jednostki chorobowej);
- kwestie moralne powstające na przecięciu publicznego i prywatnego sektora systemu ochrony zdrowia, a zwłaszcza zakres świadczeń (i dostępności leków) płatnych z ubezpieczenia publicznego (np. chirurgia plastyczna, zapłodnienia in vitro);
- los osób nie ubezpieczonych (obywateli oraz imigrantów) i odpowiedzialność gminy i państwa za ich kondycję zdrowotną;

- kwestia propagandy zdrowotnej i odpowiedzialności jednostki za swe własne zdrowie;
- kwestie równości i słusznego uprzywilejowania (np. dzieci, kobiet w ciąży i osób umierających).

Bardziej specjalistyczne kwestie związane z procedurami systemowymi, wtórnie przekładające się na losy poszczególnych chorych są następujące:

- organizacja badań profilaktycznych i populacyjnych zmierzające do ustalenia priorytetów epidemiologicznych i identyfikacji grup ryzyka (np. badania genetyczne w kierunku ryzyka zachorowania na raka piersi);
- kontrola obiegu pieniądza w systemie (oszczędność jako nakaz moralny);
- publiczna kontrola nad systemem (komitety i związki chorych, stowarzyszenia samopomocowe, prasa);
- systemowe zagadnienia sprawiedliwości rozdzielczej (gospodarka deficytem, skutki starzenia się społeczeństwa (*ageing problem*), solidarność międzypokoleniowa, kwestia usług niestandardowych i granic aspiracji zdrowotnych (*boutique medicine*), dobroczynność i jej funkcjonowanie w systemie);
- konwencje i standardy międzynarodowe leczenia (ujednolicone procedury i ich granice, tzw. *evidence based medicine*, EBM);
- globalne zagadnienia ekonomiczno-zdrowotne (problem głodu, skutki propagandy tamującej dystrybucję taniej żywności transgenicznej), zagadnienia solidarności międzynarodowej (np. pomoc w zwalczaniu gorączek zakaźnych, negocjacje z firmami farmaceutycznymi, profilaktyka AIDS w Afryce).

IV. Wreszcie zespół zagadnień związanych z działalnością poszczególnych lekarzy. W konkretnych stosunkach z poszczególnymi chorymi pojawiają się zwłaszcza kwestie następujące:

- prymat dobra pacjenta nad interesem lekarza;
- poszanowanie autonomii pacjenta;
- uczciwa ocena własnych kompetencji przez lekarza;
- lojalność wzajemna lekarza i pacjenta;
- odpowiedzialność lekarza za własne błędy w rozpoznaniu i leczeniu;
- prawo nie uczestniczenia w procedurach wątpliwych moralnie (jak np. eutanazja, wspomagane samobójstwo, aborcja).

Z proceduralno-organizacyjnego punktu widzenia praktyka lekarska nasuwa takie zagadnienia jak:

- standaryzacja procedur diagnostycznych i terapeutycznych (EBM) i jej granice;
- system kontroli działań lekarza i podział odpowiedzialności pomiędzy współpracownikami;
- stosunki pomiędzy lekarzami a pozostałym personelem medycznym;

- ochrona dóbr cywilnych (w tym ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej) lekarzy;
- „procedury wrażliwe” (eutanazja, wspomagane samobójstwo, aborcja);
- kodeksy etyki lekarskiej i procedury ich modyfikowania;
- procedury awansowe lekarzy i ich związek z praktyką podstawową terapeutyczną.

Każdy z wymienionych w tym dość obszernym wyliczeniu problemów wiąże się z co najmniej kilkoma trudnościami natury etycznej, których specyfikacji tu zaniedbam, pozostawiając to domyślności czytelników. Większość codziennej pracy bioetyków poświęcona jest zagadnieniom szczegółowym, zawierającym się w zarysowanych powyżej obszarach. Ponadto jednak na co dzień prowadzi się całkiem już filozoficzne debaty o istocie zdrowia i choroby, o kryteriach dobrego życia, o cierpieniu i śmierci, a wreszcie o samej bioetyce jako takiej: jej zadaniach, metodach, naturze organizacyjno-metodologicznej i funkcji społecznej. Siłą rzeczy nauka znajdująca się w fazie organizacji intensywnie zajęta jest określeniem własnej teoretycznej tożsamości oraz krytyczną analizą swych perspektyw poznawczych. Ciężar tych metodologicznych rozważań spoczywa głównie na bioetyce europejskiej, mającej, jak już wspominałem, w ogólności znacznie bardziej filozoficzne zacięcie.

Oto jak w grubych zarysach prezentuje się problematyka bioetyki. Jest rzeczą zadziwiającą, jak daleko wychodzi ona poza to, co potocznie kojarzone jest ze słowem „bioetyka” (aborcja, eutanazja, wykorzystanie komórek macierzystych, odłączanie aparatów podtrzymujących życie, problemy związane z transplantacją organów). Uderzający jest również brak w tym wyliczeniu tak zasadniczej kwestii, jak korupcja w służbie zdrowia. Powód jest taki, że na Zachodzie korupcji tej prawie nie ma, a w każdym razie nikomu nie przychodzi do głowy traktowanie jej jako odrębnego zagadnienia w bioetyce (a nie jako zagadnienia kryminalistycznego); jeśli kwestia korupcji w ogóle się pojawia, to jedynie w wypowiedziach nielicznych przedstawicieli Europy pokomunistycznej (polska reprezentacja w bioetyce jest *nota bene* szczątkowa).

Prezentację młodej dyscypliny powinien dopełnić rzut oka na jej przypuszczalne przyszłe perspektywy. Otóż w tej sprawie panuje zgoda: przyszłość bioetyki wiąże się z narastającymi problemami wynikającymi z postępu biotechnologii i manipulacji genetycznych. Przed nami era społeczeństwa eugenicznego, w którym możliwe będzie nie tylko zapobieganie najróżniejszym ułomnościom wrodzonym, ale i modyfikowanie genomu już urodzonych ludzi, łącznie z udoskonalaniem ich funkcji poznawczych oraz drastycznym opóźnieniem procesów starzenia się tkanek. Perspektywy to są zawrotne i nie ulega kwestii, że bioetyka mierząc się z nimi, powiększy jeszcze swe brzemie odpowiedzialności, które już dziś jest znacznie większe niż cokolwiek, co dotychczas było udziałem filozofów.

JAN HARTMAN

WHAT IS BIOETHICS TODAY?

(Summary)

This article aims at a synthetic presentation of the origins, methodological profile and detailed topics of the relatively new discipline: bioethics. Specificity of the discipline *in statu nascendi* is explained in the article, as well as the unexpected variety of bioethical problems, even more expressive while the double-tracked: American and European development of this study field concerned. Being a philosopher, the author point out special and historically unique part of philosophers who deals, as bioethicists with powerful decisive processes as well as undertake the challenge of integrating into a form of academic unit what begins as a bunch of different studies on moral aspects of this or that practice, which is probably a kind of task philosophers meet for the first time. It is however not to suggest that philosophers are or are perceived as starring actors of the multidisciplinary science of bioethics; rather the opposite seems to prove right. Yet most of the article reports on the bioethics issues, listing them, not discussing. The whole of them was divided along with two criteria: topics connected to the point of view of an individual and topics related to the institutions and procedures. This division was crossed with another one, which differs organizational stands where moral questions rise: laboratory, hospital, general health care system, personal physician's practice.

Key words: **bioethics, philosophy, problems in bioethics.**

Adres do korespondencji

Address for correspondence

dr hab. Jan Hartman
Zakład Filozofii i Bioetyki UJ
Rynek 34
31-010 Kraków

LESŁAW NIEBRÓJ

ZASADA AUTONOMII
 AUTORYTET LEKARZA I POSŁUSZEŃSTWO PACJENTA

Wprowadzenie

„Może nigdy jeszcze kwestya autorytetu i wolności nie poruszała tak silnie całego świata cywilizowanego jak za naszych czasów. Problem ten, bardziej niż jakikolwiek, dzieli ludzi, czyniąc ich sobie obcymi, co więcej – sprawia, że przy pierwszej lepszej okazji, stronnicy dwóch wrogich obozów wypowiadają sobie walkę. Autorytet i wolność to dwie potęgi, które powinny współdziałać ze sobą w prawdziwej cywilizacji – obecnie jednak starają się wzajemnie sobie szkodzić, a uporczywa ich walka sprawia, że każda z nich staje się coraz bardziej jednostronna”¹.

Odwołanie się do powyższych słów F. W. Förstera, w kontekście pytania o model² relacji między lekarzem i pacjentem przełomu XX i XXI wieku, może

¹ F. W. Förster, *Autorytet a wolność*, Wyd. M. Szczepkowski, Warszawa 1913, s. 1. Zachowano oryginalną pisownię.

² Przyjmowane tu znaczenie terminu „model” wydaje się najbliższe pojęciu „modelu teoretycznego”, opisanego jako „sformalizowana lub na wpół sformalizowana teoria pewnego dość wąskiego fragmentu rzeczywistości, przy czym budując tę teorię poczyniono bardzo duże uproszczenia; R. Wawrzyńczak, *O różnych pojęciach modelu*, „Studia Filozoficzne” 7, 1976, s. 48. Takie rozumienie odpowiada także temu, co zgodnie z definicją J. Szczepańskiego, stanowi model w socjologii, czyli „jest pewnym symbolicznym przedstawieniem czy też obrazem pewnego pożądanego stanu rzeczy, o którym wiadomo, że w rzeczywistości nie występuje, a który służy do oceny zjawisk i stanów rzeczy zachodzących rzeczywistości”; J. Szczepański, *Elementarne pojęcia socjologii*, PWN, Warszawa 1970, s. 102.

uchodzić za błędne i to aż z dwu powodów. Po pierwsze, opinia ta spisana została w 1910 r., rodzą się zatem poważne wątpliwości, czy można powoływać się na nią, nie zmieniając znaczenia takich wyrażen jak: „nasze czasy” czy „obecnie”. Z drugiej strony, wiedząc, że autor odnosi się do innej sfery życia społecznego, może rodzić się pytanie, czy opinia F. W. Förstera kiedykolwiek mogła opisywać rzeczywistość tak specyficznej grupy społecznej, jaką tworzy lekarz i jego pacjent.

Nie można jednak zapomnieć, że proces, który u początków XX wieku doprowadził w wielu dziedzinach życia społecznego do radykalnego przeciwstawienia autorytetu i wolności, w medycynie przebiega ze znacznym opóźnieniem, dochodząc do znaczenia nie wcześniej niż w drugiej połowie XX wieku³. Pamiętać też trzeba, że te same dążenia, które spowodowały polaryzację „dwóch wielkich potęg” na początku wieku, pod koniec tegoż wieku dokonały tego samego w opornej na ich wpływy relacji lekarz – pacjent. Jeżeli zatem można bez zastrzeżeń stosować wypowiedź Förstera do naszych czasów, to właśnie dlatego, że zostaje ona odniesiona do praktyki medycznej.

Data przełomową dla tej praktyki jest zapewne sformułowanie w 1972 roku *A Patient's Bill of Rights*. Jak wszystkie daty przełomowe i ta ma z pewnością umowny charakter. Jednak właśnie wspomniany dokument był pierwszym (przynajmniej o tak wysokiej randze), który zobowiązywał lekarza do włączenia pacjenta, jako autonomicznego podmiotu⁴, w proces leczenia. Dokonała się niemalże rewolucyjna zmiana⁵, która spowodowała największy wyłom w tradycyjnej etyce hipokratejskiej⁶. Uczyniono to ponieważ zostało „rozpoznane, że osobowa relacja między lekarzem i pacjentem ma zasadnicze znaczenie dla świadczenia właściwej opieki medycznej (...); oczekując, iż poszanowanie dla deklarowanych praw przyczyni się do bardziej efektywnej opieki nad pacjentem oraz większego usatysfakcjonowania zarówno pacjenta, jak i jego lekarza oraz samej instytucji szpitala”⁷.

³ D. Gracia, *Fundamentos de bioética*, Eudema S. A., Madrid 1989; cytowane według tłumaczenia włoskiego, *Fondamenti di bioetica*, San Paolo, Milano 1993, s. 174.

⁴ Termin „autonomia” odnosi się nie tyle do „autonomii osoby”, co do „autonomicznych aktów wyboru”; por. tamże, s. 223-230 wraz z cytowaną tam literaturą.

⁵ Por. R. R. Faden, T. L. Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press, New York 1986, s. 94.

⁶ Por. Z. Szawarski, *Wprowadzenie – dwa modele etyki medycznej*, w: Z. Szawarski (red.), *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*, K i W, Warszawa 1987, s. 15.

⁷ Cyt. za: C. Taylor, C. Lillis, P. LeMone (red.), *Fundamentals of Nursing. The Art and Science of Nursing Care*, J. B. Lippincott Company, Philadelphia 1993, s. 68.

Następnych blisko trzydzieści lat zdaje się dowodzić, że – niewątpliwie szlachetne – intencje zwolenników promocji autonomii pacjenta, zaowocowały czymś zgoła przeciwnym względem tego, co było oczekiwane⁸. W teorii i praktyce medycznej relacja lekarz – pacjent zbudowana na fundamencie sformułowanych (wciąż nowych katalogów) praw, okazała się (najczęściej zresztą nie tylko) potencjalnie konfliktorodną. Jednostronne akcentowanie prawa pacjenta do autonomii doprowadziło w efekcie do ataków grożących realizacji tego prawa w odniesieniu do osoby lekarza⁹. Rodzi się potrzeba obrony praw lekarza¹⁰. Obrony jednak takiej, która – jako swoista antyteza wysiłków na rzecz zapewnienia realizacji praw pacjenta – będzie ostatecznie prowadzić ku swoistej „syntezie”: gwarancji dla realizacji dobra autonomicznych podmiotów relacji lekarz-pacjent¹¹.

Wydaje się istnieć dość powszechna zgoda w postrzeganiu wzajemnego odniesienia lekarza i pacjenta jako wysoce specyficznej relacji międzyludzkiej. Przy czym specyfika ta wynika przede wszystkim z „nierówności” (asymetryczności) tej relacji. Zachodzi przecież „pomiędzy zdrowym i kompetentnym lekarzem, który dąży do wyleczenia kogoś, a chorym i niekompetentnym pacjentem, który chce się wyleczyć”¹². Postrzegana jest „wyższość” lekarza i „niższość” pacjenta. Co prawda, zasada autonomii wskazuje na podstawową równość godności osobowej lekarza i pacjenta¹³, jest jednak przywoływana w medycynie raczej w kontekście nierówności, niż równości w relacji lekarz – pacjent. Powołuje się na nią, jako na

⁸ Stwierdzenie powyższe, świadomie spływające bogactwo osiągnięć i porażek omawianego okresu, zmierza jedynie do wskazania pewnej ogólnej tendencji, która zresztą ukazana jest tu w sposób niewątpliwie przejaskrawiony. Por. T. Biesaga, *Personalizm a pryncypializm w bioetyce*, w: T. Biesaga (red.), *Podstawy i zastosowania bioetyki*, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2001, 43-54.

⁹ Przykładem takiego ataku może być np. artykuł: E. Zielińskiej, M. Środy, W. Nowickiej, *Obowiązki i prawa w praktyce lekarskiej*, opublikowany w piśmie polskich Izb Lekarskich: „Gazeta Lekarska” 7-8, 1999, s. 21-22.

¹⁰ Por. L. Niebrój, *Model autonomii pacjenta: prawo lekarza do sprzeciwu sumienia*, „Medycyna po Dyplomie” 8, 9, 1999, s. 10-12.

¹¹ Ku takiemu właśnie celowi zmierzają różnorodne próby reinterpretacji modelu autonomii pacjenta. Komplementarnie pojawiały się także próby redefiniowania paternalizmu. Por. np.: H. Jones, *Autonomy and paternalism: partners or rivals?*, „British Journal of Nursing” 5, 6, 1996, s. 378-381; P. McGrath P., *Autonomy, discourse, and power: a postmodern reflection on principlism and bioethics*, „Journal of Medical Philosophy” 23, 5, 1998, s. 516-532; J. Nessa, K. Malterud, *Tell me what's wrong with me: a discourse analysis approach to the concept of patient autonomy*, „Journal of Medical Ethics” 24, 6, 1998, s. 394-400.

¹² I. Heszen-Niejodek, *Lekarz i pacjent. Badania psychologiczne*, „Universitas”, Kraków 1992, s. 16.

¹³ Równość osobowej godności zasadza się bardziej ogólnie na postrzeżeniu drugiego jako *alter-ego*. „To, co odkrywam w świetle prawdy o samym sobie, jako podmiocie powinności i zarazem jako jej adresacie-przedmiocie (co ode mnie jest mi należne), czyli w świetle prawdy o moralnej strukturze mego własnego «ja» dotyczy zarazem każdego drugiego podmiotu i adresata powinności, jako prawdy o strukturze jego własnego «ja». (...) W moim bowiem «ja», w moim

zobowiązującą do przełamania wspomnianej asymetrii, w myśl zasady: prawa pacjenta – obowiązki lekarza. Gdyby zaś była fundamentem dla rozpatrywania równości obu stron tej relacji, należałoby się raczej spodziewać sformułowania: prawa i obowiązki pacjenta – prawa i obowiązki lekarza. Takiemu jednak ujęciu – stosującemu się do odniesienia pomiędzy każdymi dwoma podmiotami moralnymi – można by postawić zarzut, że nie uwzględnia wspomnianej specyfiki tej właśnie relacji, jako realizującej się w obrębie spełniania praktyki medycznej (zignorowanie owej specyfiki czyniłoby zresztą *de facto* zbędną jakąkolwiek *etykę lekarską* czy *etykę medyczną*).

Fundamentalne znaczenie dla określenia relacji lekarz – pacjent w jej specyfice ma wyjaśnienie, czym jest owa *praktyka medyczna*. Medycyna zaś może być niewątpliwie opisana jako *praktyka* w tym znaczeniu, jakie terminowi temu nadaje A. MacIntyre. Autor *After Virtue* definiuje: „Przez «praktykę» mam na myśli wszelką spójną i złożoną formę społecznie ustanowionej, kooperatywnej działalności ludzkiej, poprzez którą dobra wewnętrzne wobec tej działalności są realizowane w procesie dążenia do realizacji wzorców doskonałości, które są charakterystyczne dla tej formy działalności i które po części ją definiują; dzięki tak pojętej działalności praktycznej ludzka zdolność do osiągnięcia doskonałości oraz ludzkie pojęcie celów i dóbr ulegają systematycznemu poszerzeniu”¹⁴.

Przy czym przez dobra wewnętrzne rozumiane są: (1) te, których nie można uzyskać (zidentyfikować, rozpoznać) inaczej, jak tylko uczestnicząc w danej praktyce (w praktyce medycznej) oraz (2) są definiowane za pomocą pojęć zaczerpniętych z praktyki. Dobra te, to z jednej strony doskonałość *wytworu* danej praktyki, z drugiej zaś, to przeżywanie całości lub (mniejszej czy większej) części życia człowieka jako życia spełniającego daną praktykę (*jako życia lekarza, ale także jako życia pacjenta*)¹⁵. Dobra wewnętrzne nie są zatem – w odróżnieniu od dóbr zewnętrznych – z daną praktyką związane tylko w sposób przygodny np. wyni-

«ego» odkrywam po prostu 'ego' jako 'ego', czyli każdego drugiego na równi z samym sobą – jako «alter ego». (...) Na mocy czego rodzi się zobowiązanie afirmacji każdej osoby tak, jak mojej własnej tzn. afirmacji dla samej osoby, gdzie «spełnić się» oznacza «stać się z wyboru sobą i w sobie». Oczywiście odpowiedzialność za takie spełnienie z natury rzeczy musi przypaść każdemu z osobna, ale równocześnie zobowiązanie to jest jedynym w swoim rodzaju wyjściem z siebie w miłości ku wszystkim drugim osobom w służbie ich własnego samospełnienia, a nawet wręcz w całkowitym darze z samego siebie dla sprawy ich samospełnienia”; T. Styczeń, *Osoba i jej wolność w blasku prawdy*, „Ethos” 44, 1998, s. 24-25. Powiązanie postrzeżenia ego z autonomią podmiotu, nawet jeżeli chronologicznie pierwotne, może być uznane za logicznie wtórne.

¹⁴ A. MacIntyre, *After Virtue. A Study in Moral Theory*, University of Notre Dame Press, Notre Dame 1984; cyt. za tłumaczeniem polskim: *Dziedzictwo cnoty. Studium z teorii moralności*, tłum. A. Chmielewski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996, s. 338.

¹⁵ Por. tamże, s. 342.

kający z umowy społecznej¹⁶. Prestiż¹⁷, status i pieniądze są zatem dla praktyki medycznej dobrami zewnętrznymi.

Wejście w praktykę medycyny zaczyna się w różnych momentach dla lekarza i pacjenta. Dla pierwszego z nich są to zapewne studia medyczne i pierwsze praktyki. Dla drugiego – z zasady – nawiązanie danej, konkretnej relacji lekarz – pacjent. Zarówno jednak dla jednego, jak i drugiego wejście w praktykę medycyny oznacza uznanie autorytetu panujących tu wzorców¹⁸. Jak zauważył Max Scheler: „działanie i chcenie człowieka – o ile w ogóle ma on osiągnąć wgląd w wartości (i znaleźć w nich podstawę możliwego chcenia i działania) – musi być wprawdzie określone przez autorytet i wychowane w taki sposób, aby znikły owe powody złudzeń jego wglądu w wartości. Człowiek musi wprawdzie uczyć się mniej lub bardziej na ślepo, obiektywnie słusznie i dobrze chcieć i działać, zanim będzie mógł uzyskać wgląd (*einsehen*) w to, co dobre jako dobre i będzie w stanie na podstawie owego wglądu (*einsichtig*) chcieć tego, co dobre i urzeczywistniać je”¹⁹.

Uznany w ten sposób autorytet umożliwia realizację dóbr wewnętrznych danej praktyki, co najmniej na dwa sposoby. Pierwszy, pozytywny, to wskazanie na dobra i wzorce w sposób uwolniony od subiektywizmu i emotywności²⁰. Drugi, negatywny – zgodnie z twierdzeniami psychoanalizy – związany z przyjęciem autorytetu jako realizacji ludzkiej potrzeby bezpieczeństwa, zapobieżeniu poczuciu bezsilności, osamotnienia czy lęku²¹. Co z kolei stanowi psychologiczne *datum* umożliwiające zaistnienie męstwa, które „objawia się w okolicznościach, w których możliwa jest obrona”²². Bez elementarnej odwagi przetrwanie jakiegokolwiek praktyki staje się niemożliwe. Praktyki realizujące się w obrębie wspólnot wymagają bowiem troski i zainteresowania o kogoś lub o jakąś sprawę. „Jeżeli ktoś

¹⁶ Por. tamże, s. 339-340.

¹⁷ Prestiż jest rozumiany jako forma fascynacji o podłożu bardziej emocjonalnym niż racjonalnym. Tym też różni się od autorytetu. O ile prestiż wynika z dystansu społecznego, o tyle autorytet buduje ten dystans. Por. B. Marcińczyk, *Autorytet osobowy: geneza i funkcje regulacyjne*, Uniwersytet Śląski, Katowice 1991, s. 27 oraz cytowana tam literatura.

¹⁸ Por. A. MacIntyre, *Dziedzictwo cnoty*, wyd. cyt., s. 342-343.

¹⁹ M. Scheler, *Pisma z antropologii filozoficznej i teorii wiedzy*, PWN, Warszawa 1987, s. 268-269. Analizy MacIntyry w tej kwestii brzmią – przy zachowaniu oczywistych różnic – niezwykle podobnie. Por. tenże, *Dziedzictwo cnoty...*, wyd. cyt., s. 343.

²⁰ Por. tamże, s. 343.

²¹ Por. B. Marcińczyk, *Autorytet osobowy...*, dz. cyt., s. 16.

²² Arystoteles, *Etyka nikomachejska* 1115b; tłum. D. Gromska, cyt. za: Arystoteles, *Dzieła wszystkie*, t. 5: *Etyka nikomachejska, Etyka wielka, Etyka eudemejska, O cnotach i wadach*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996, s. 135. Jakkolwiek Arystoteles – polemizując z Platonem – gotów jest nazywać mężnym jedynie tego, który zachowuje odwagę wobec śmierci na polu chwały, zaznacza wszakże, że: „człowiek mężny jest też nieustraszony na morzu i w chorobie”. Niezdecydowanie Arystotelesa co do tej kwestii powraca także w innych jego pismach; zob. tamże, przypis 43.

mówi, że troszczy się o kogoś, o jakąś wspólnotę lub o jakąś sprawę, że mu na nich zależy, ale zarazem nie ma ochoty ryzykować cierpienia lub niebezpieczeństwa dla tej osoby, wspólnoty czy sprawy, stawia pod znakiem zapytania prawdziwość swej troski czy zainteresowania”²³.

Uznanie autorytetu lekarza daje szansę pacjentowi na osiągnięcie dóbr wewnętrznych praktyki medycznej. Godnym uwagi wydaje się twierdzenie, że to pacjent, jako autonomiczny podmiot moralny „ma” autorytet, którym obdarza lekarza. Ten ostatni nie jest „właścicielem” autorytetu, mocą którego może przemawiać do dowolnego pacjenta. Lekarz zostaje obdarzony autorytetem przez konkretną osobę, zostaje mu on powierzony przez *tego właśnie* pacjenta i to odnośnie *tej* dziedziny medycyny, której dana relacja dotyczy. Pacjent zatem pozostaje zawsze kimś, kto uznaniem autorytetu rozporządza. Lekarz sprawuje autorytet (którym obdarzył go pacjent) w imieniu i dla pacjenta. Autorytet jest darem, jest charyzmatem²⁴. Stosownie zatem byłoby przyjąć – wbrew propozycji J. M. Bocheńskiego²⁵ – że to pacjent jest *podmiotem*, a lekarz *przedmiotem* autorytetu.

Autorytet, jakim pacjent darzy (gr. *charizesthai* – obdarowywać) lekarza może mieć dwie zasadnicze postaci²⁶. Jedną związaną z uznaniem urzędu, drugą – osoby. Autorytetem z charyzmatu urzędu zostaje obdarzony lekarz jako uczestniczący w praktyce medycznej. Precyzyjniej można by powiedzieć, że przyczyną autorytetu²⁷ jest uznanie dla praktyki medycznej, a lekarz spełnia bezosobowo (w rozumieniu psychologicznej osobowości) rolę jej symbolu²⁸. Zostaje on obdarzony autorytetem w sposób pośredni, a sam autorytet ma charakter formalny, tj. wynikający z uznania i/lub akceptacji dla pozaosobistych własności lekarza (jego pozycji, stanowiska, funkcji)²⁹.

²³ A. MacIntyre, *Dziedzictwo cnoty*, wyd. cyt., s. 346.

²⁴ Por. M. Weber, *Wirtschaft und Gesellschaft*, Tübingen 1956, cyt. wg tłumaczenia: *Economía y Sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*, FCE, México 1979, s. 856.

²⁵ Por. J. M. Bocheński, *Was ist Autorität?*, Herder Verlag, Freiburg, Basel, Wien 1974, cytowane wg polskiego tłumaczenia: *Co to jest autorytet?*, w: J. M. Bocheński, *Logika i filozofia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993, s. 202. Wątpliwości może budzić używanie takich terminów, jak „przedmiot” i „podmiot” w miejsce „poprzednika” i „następnika” relacji. Przyjmując stosowane terminy uznano *autorytet* Bocheńskiego.

²⁶ Por. M. Weber, *Economía y Sociedad*, wyd. cyt., s. 706.

²⁷ Por. J. M. Bocheński, *Co to jest autorytet?*, wyd. cyt., s. 212-216. Stosownie do rozwiązania proponowanego przez Bocheńskiego nie można mówić o autorytecie grupy społecznej, a tym bardziej pewnej praktyki. Przedmiotem (stosownie do przyjętej tu terminologii) autorytetu może być wyłącznie osoba. Interesujące mogłoby się okazać zbadanie, czy i jeżeli tak, to w jakiej zależności pozostaje od siebie to, co potocznie zwykle się określa mianem „autorytetu lekarzy” i „autorytetu praktyki medycznej (autorytetu medycyny)”.

²⁸ Można zapewne porównać w tym zakresie rolę lekarza do roli sędziego, o którym MacIntyre pisze, że jest bezosobowym autorytetem reprezentującym wspólnotę. Por. A. MacIntyre, *Dziedzictwo cnoty...*, dz. cyt., s. 315.

²⁹ Por. B. Marciniczyk, *Autorytet osobowy...*, dz. cyt., s. 61.

Autorytetem z charyzmatu swej własnej osoby zostaje obdarzony lekarz z racji przypisywanych mu przez pacjenta (rzeczywistych bądź rzekomych) cech stanowiących podstawę autorytetu³⁰, a dotyczących przede wszystkim wiedzy (w znaczeniu fachowości, ale z pewnością przede wszystkim mądrości³¹), moralności³² oraz etykiety³³. Autorytet taki jest bezpośredni i nieformalny, zakładający „osobistą perspektywę percepcji interpersonalnej, u której podłoża są podmiotowe, osobiste standardy danej jednostki”³⁴.

Ze względów moralnych wymagać należy od pacjenta, aby wyboru autorytetu dokonał w sposób rozumny, a więc także, aby mógł go uzasadnić. A „każde uzasadnienie autorytetu następuje albo przez wgląd bezpośredni, albo przez wnioskowanie”³⁵. Przy czym wgląd bezpośredni, stanowiący uzasadnienie autorytetu wyłącznie w bardzo szczególnych przypadkach, w praktyce medycznej może mieć zdecydowanie większe niż gdzie indziej znaczenie. Pacjent w bezpośredniej relacji z lekarzem może osiągnąć taki wgląd w jego osobowość, że znajduje w nim uzasadnienie dla przekonania o kompetencji i prawdomówności lekarza, a więc spełniania przez niego warunków koniecznych do uznania go za autorytet³⁶.

Uzasadnienie przyjęcia autorytetu przez wnioskowanie może opierać się bądź na doświadczeniu, jakie pacjent ma w stosunku do danego lekarza, bądź w oparciu o to, co wie o klasie³⁷ lekarzy. Wnioskowanie takie, jako indukcyjne, pozostaje

³⁰ Cechy stanowiące podstawę uznania w kimś autorytetu, bywają same określane mianem autorytetu. Wydaje się to jednak czymś niepoprawnym. Por. J. M. Bocheński, *Co to jest autorytet?*, dz. cyt., s. 198-200. Być może właśnie ugruntowane tradycją nieporozumienie polegające na utożsamieniu podstawy autorytetu z samym autorytetem, każe w posiadającym te cechy widzieć raczej *podmiot* niż *przedmiot* autorytetu. Jak silna jest owa tradycja dowodzić by mogło, że sam Bocheński, rozróżniając między jednym i drugim, przyjmuje jednak, że podmiotem autorytetu jest posiadający cechy stanowiące jego podstawę.

³¹ Por. Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, „Przegląd Filozoficzny. Nowa Seria” 1999/ VIII/1, ss. 145-160.

³² Dotyczy to z pewnością nie tylko określonego zbioru zagadnień tradycyjnie włączanych do etyki lekarskiej, warto przypomnieć, że już Galen porównując lekarza do filozofa, wymaga wolności od przywiązania do dóbr materialnych, czy przyjemności zmysłowych. Por. Ch. Daremberg, *Oeuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien*, J.-B. Baillière, Paris 1954, vol. I, s. 6.

³³ Komentarze Galena do dzieł Hipokratesa dowodzą jak wielkie znaczenie przywiązywano do etykiety lekarza. Por. D. Gracia, *Fondamenti di bioetica...*, dz. cyt., s. 99-103. Z psychologicznego punktu widzenia można by przyjąć, że dla autorytetu danej osoby najważniejsze znaczenie mają te z powyższej wymienionych elementów, które dotyczą cech dominujących jej osobowości. Por. B. Marciniczyk, *Autorytet osobowy...*, dz. cyt., s. 160.

³⁴ Ibidem, s. 61, przypis 54.

³⁵ J. M. Bocheński, *Co to jest autorytet?*, dz. cyt., s. 246.

³⁶ Por. tamże, s. 243-247.

³⁷ Termin „klasa” jest użyty zgodnie z jego znaczeniem w logice.

oczywiście zawodne, „a więc logicznie słabe – ale to słaba strona, właściwa każdej ludzkiej decyzji”³⁸.

Autorytet, jakim pacjent darzy lekarza, ma zarówno charakter autorytetu epistemicznego, jak i deontycznego, odnosząc się (odpowiednio) zarówno do klasy zdań, jak i dyrektyw. Autorytet epistemiczny przyznany lekarzowi oznacza dla pacjenta, gotowość uznawania za (w zasadzie) prawdziwe zdań wypowiedzianych do niego przez przedmiot autorytetu z zakresu medycyny; lub – precyzyjniej – że prawdopodobieństwo każdego zdania z tej dziedziny wzrasta w stosunku do stanu wiedzy pacjenta, o ile jest wypowiedziane przez lekarza³⁹. Autorytet epistemiczny to autorytet tego, który wie, rzeczoznawcy, eksperta, a „lekarz jest ekspertem, jedynym ekspertem, gdy chodzi o *techniczną* stronę leczenia, i to on potrafi najlepiej określić, w jaki sposób przywrócić funkcje uszkodzonego narządu lub zminimalizować skutki choroby. (...) Autorytet lekarza jest niewątpliwie uzasadniony w *technicznych* zagadnieniach leczenia”⁴⁰.

Niewątpliwie trudniej uzasadnić przypisanie lekarzowi autorytetu deontycznego. Jeżeli jednak uznać, że medycyna (w szczególności praktyka medyczna) nie jest tylko określoną wiedzą wyrażoną w zdaniach, lecz także sztuką, rzemiosłem czy – jakkolwiek inaczej nazwaną – formą działalności praktycznej⁴¹, można wówczas przyjąć, że warunkiem *sine qua non* jej realizacji jest istnienie określonych przełożonych, których zapewne najłatwiej byłoby w tej dziedzinie utożsamić właśnie z lekarzami.

Można by wszakże poddać dalej w wątpliwość zasadność stosowania dyrektyw przez lekarza w stosunku do autonomicznego pacjenta i domagać się zastąpienia ich odpowiadającymi im tzw. zdaniami praktycznymi⁴². Stosowanie dyrektyw wydaje się jednak uzasadnione pozycją lekarza jako przełożonego, a co więcej – może okazać się użyteczniejsze dla samego pacjenta, poprawiając jakość komunikacji pomiędzy nim a lekarzem. Próba „przetłumaczenia” dyrektyw na odpowiednie zdania praktyczne, która nie miałaby mieć charakteru czysto formalnego, domagałaby się wprowadzenia takich uzasadnień podjęcia określonych działań, które

zapewne musiałyby nawiązywać do wiedzy medycznej w stopniu przekraczającym nie tylko aktualny poziom tej wiedzy, ale i potrzeby pacjenta⁴³. Mówienie o autonomii pacjenta zakłada posiadanie przez niego *adekwatnej* (co do natury i konsekwencji działania) a nie *wyczerpującej* wiedzy medycznej⁴⁴.

Uznanie (także: uznawanie, czyli nieustanne potwierdzanie owego uznania) w lekarzu autorytetu wymaga od pacjenta aktywności podjęcia określonych aktów woli. Z aktywnością tą koresponduje jednak pewna bierność. Pacjent uznając autorytet lekarza, tym samym zgadza się na jego wpływ na swoje życie. Istotną cechą każdego autorytetu jest właśnie to, że jest on zdolny do wywierania wpływu i rzeczywiście go wywiera⁴⁵. Nie oznacza to – rzecz jasna – że każdy wpływ wynika z uznania autorytetu. Istnienie autorytetu jest warunkiem wystarczającym, ale nie koniecznym i wystarczającym istnienia wpływu.

Poddanie się wpływowi lekarza pozornie czyni biernym pacjenta, pomniejsza lub wręcz wyklucza jego autonomię, co w konsekwencji prowadzi do najbardziej jaskrawych form paternalizmu. Ten zaś nie może być etycznie usprawiedliwiony nawet tym, że pacjent wyraża (w ten czy inny sposób) zgodę na takie postępowanie lekarza wobec siebie.

Bierność pacjenta uznającego autorytet jest jednak tylko pozorna. W istocie bowiem świadomy wybór poddawania się wpływowi autorytetu wymaga podejmowania autonomicznych aktów woli. Jeżeli więc poddanie się wpływowi autorytetu oznacza rzeczywiście przyjęcie pewnej postawy biernej, to jednak towarzyszy temu aktywność na płaszczyźnie meta-przedmiotowej, tj. samego wybrania ulegania owemu wpływowi. Można by zatem twierdzić, że pacjent w działaniach spełnianych wobec niego przez lekarza jest bierny, będąc równocześnie aktywnym podmiotem wyboru poddania się wpływowi. O ile takie nastawienie woli jest stałe, tradycja zwykła nazywać je cnotą posłuszeństwa⁴⁶.

Uznając autorytet lekarza i doskonaląc się w cnotie posłuszeństwa (także) wobec tego autorytetu pacjent „równoważy” niesymetryczność relacji między nim a lekarzem, tym samym umożliwiając przebudowie tej relacji w przyjaźń. Przyjaźń bowiem domaga się pewnej równości, gdyż – jak zauważa Arystoteles – „różnice

³⁸ J. M. Bocheński, *Co to jest autorytet?*, wyd. cyt., s. 277.

³⁹ Por. tamże, s. 240-242.

⁴⁰ F. Zerbe, *Paternalizm w stosunkach lekarz-pacjent*, „Ethos” 25-26, 1994, s. 179. Chociaż zdaniem cytowanego autora nawet w zagadnieniach dotyczących technicznej strony leczenia autorytet lekarza nie powinien być bezwarunkowy. Z czym można się oczywiście zgodzić, jeżeli przyjąć, że „bezwarunkowy” znaczy tyle co „ślepy”, „irracjonalny”.

⁴¹ „Medycyna uznaje przecież samą siebie za profesję polegającą na niesieniu pomocy i leczeniu”; A. G. Spagnolo, *Diagnostyczne i przedobjawowe badania genetyczne*, „Ethos” 44, 1998, s. 155.

⁴² Różnicę pomiędzy jednymi a drugimi ilustruje Bocheński, pisząc: „Z jednej strony jest dyrektywa *Działaj tak a tak*, z drugiej zdanie *Takie a takie działanie jest celowe*”; J. M. Bocheński, *Co to jest autorytet?*, wyd. cyt., s. 235.

⁴³ Każdą dyrektywę można przetłumaczyć na zdanie praktyczne według schematu zaproponowanego przez Bocheńskiego. Wydaje się jednak, że zabieg taki miałby charakter czysto formalny i w niczym nie przyczyniałby się do wzrostu poszanowania dla autonomii pacjenta.

⁴⁴ D. Gracia, *Fundamenti di bioetica*, dz. cyt., s. 226.

⁴⁵ Istnienie wpływu związanego z autorytetem stanowi jeszcze jedną istotną różnicę, która dzieli ten ostatni od prestiżu (per se pozbawionego tej własności). Tam, gdzie zakłada się możliwość istnienia autorytetu bez wpływu nie rozróżnia się pomiędzy nim a prestiżem. Por. B. Marcińczyk, *Autorytet osobowy...*, dz. cyt., s. 26-27. J. M. Bocheński jest skłonny nazwać autorytetem także taką osobę, wobec której zakładam gotowość poddania się jej wpływowi. Por. J. M. Bocheński, *Co to jest autorytet?*, dz. cyt., s. 205.

⁴⁶ Por. J. Woroniecki, *Katolicka etyka wychowawcza*, RW KUL, Lublin 1986, t. II/2, s. 140.

zdań pojawiają się (...) w przyjaźniach, które zakładają wyższość jednej ze stron; każda z nich bowiem może sobie rościć pretensje do tego, by miała więcej, a to jest kresem przyjaźni. (...) [Równocześnie jednak] zdaje się, że żądania obu stron są słuszne i że każda z nich powinna wyciągnąć z przyjaźni więcej – lecz nie tego samego: ten, kto ma wyższość – więcej objawów czci; ten, kto jest w potrzebie – więcej korzyści; bo nagrodą dzielności i dobroczynności jest cześć, a pomocą w potrzebie jest zysk”⁴⁷.

Realizacja dóbr wewnętrznych praktyki, jaką jest medycyna, stawia wobec lekarza, ale także wobec pacjenta, określone wymagania moralne dotyczące realizacji danych cnót. Dobra te można – jak zauważa MacIntyre – „zdobyć wyłącznie drogą podporządkowania się danej praktyce poprzez określony stosunek do innych uczestników tej praktyki. Musimy uczyć się rozpoznawać, co się komu należy; musimy być stale gotowi na wszelkie niezbędne ryzyko, jakiego praktyka może od nas wymagać; musimy także uważnie słuchać tego, co się do nas mówi o naszych niedoskonałościach i reagować z tą samą uwagą na fakty. Innymi słowy, musimy akceptować cnoty sprawiedliwości, męstwa i uczciwości...”⁴⁸. Posłuszeństwo dotyczy sprawiedliwości, kompetencja i prawdomówność – uczciwości, o męstwie była mowa wprost.

O ile dobra zewnętrzne wobec praktyk są „przedmiotem rywalizacji, w której muszą być zwycięzcy i przegrani (...) [gdym] ich cechą jest także i to, że im ktoś więcej ich posiada, tym mniejsza ilość pozostaje dla innych. [O tyle] dobra wewnętrzne są wprawdzie wynikiem dążenia do wyróżnienia się, bycia najlepszym, ale ich cechą jest to, że ich osiągnięcie jest dobrem dla całej wspólnoty biorącej udział w praktyce”⁴⁹.

Wraz z realizacją dóbr wewnętrznych praktyki medycznej rysuje się możliwość przekształcenia relacji lekarz – pacjent w przyjaźń, w arystotelesowski jej rozumieniu⁵⁰. Jednak zagadnienie, czy ukierunkowanie ku realizacji dóbr wewnętrznych pozwala nazwać relację lekarz – pacjent *przyjaźnią pierwszą* (pomiędzy ludźmi etycznie dzielnymi)⁵¹, czy pozostaje jedynie *przyjaźnią opartą na korzyści*, mogłoby stać się przedmiotem dalszych badań.

LESŁAW NIEBRÓJ

PRINCIPLE OF AUTONOMY
PHYSICIAN'S AUTHORITY AND PATIENT'S OBEDIENCE

(Summary)

Although respect for autonomy of the patient is still considered as an ethical standard, in recent years there has been an increasing criticism of nature and some consequences of the traditionally understood principle of autonomy. It seems necessary to reconsider this principle. This article seeks to make a contribution to this debate by using notions of authority and obedience to indicate the possibility of rebuilding the patient-physician relationship into the real alliance of two autonomous subjects. The concepts of “charismatic authority”, which is based on the personal authority of the physician, and “virtue of obedience” are recalled. The physician's wisdom, knowledge, morality and etiquette are examined as sources of the personal authority. The “charismatic authority” of the doctor is then analysed according to the distinction between the “epistemological” and the “deontological” authority. The conclusion may be reached that the discursive richness of these notions of authority and obedience can provide important insights to establish the correct understanding of the principle of autonomy in medical practice.

Key words: **patient's autonomy, authority, virtue of obedience**

Adres do korespondencji

Address for correspondence

dr Lesław Niebrój,
Śląska Akademia Medyczna
Zakład Filozofii i Etyki
ul. Medyków 12
40-752 Katowice

⁴⁷ Arystoteles, *Etyka nikomachejska* 1163 a-b.

⁴⁸ A. MacIntyre, *Dziedzictwo cnoty*, wyd. cyt., s. 344.

⁴⁹ Tamże, s. 343-344.

⁵⁰ Na ten temat por. propozycję P. Lain Entralgo, *La relación médico - enfermo: Historia y teoría*, Alianza, Madrid 1983. Por. D. Gracia, *Fundamenti di bioetica*, wyd. cyt., s. 703 oraz cytowana tam literatura.

⁵¹ Arystoteles, *Etyka eudemejska* 1235 b-1238 b; *Etyka nikomachejska* 1156 a-1157 b; 1162 b.

TOMASZ SAHAJ

**„ZDROWEGO CZŁOWIEKA KUPIE,
 MOŻE BYĆ UŻYWANY”**

W artykule omawiane są takie wstrząsające, a przecież współcześnie dziejące się – niemal na naszych oczach – zjawiska społeczne jak: łowienie, handel i przemyt ludzi, hodowanie zarówno embryonów ludzkich w celach handlowych, jak też i samych dzieci, macierzyństwo zastępcze, klonowanie i transplantacja nie zawsze zgodne z prawem i czyste etycznie. Artykuł zawiera raczej opis niż analizę filozoficzną czy socjologiczną tych zjawisk. Autorowi intelektualnych sił starcza tylko na tyle. Wygodnym wytłumaczeniem mógłby być brak odpowiednich narzędzi badawczych. Tak jednak nie jest, a prawda jest taka, że poraża i wyczerpuje mnie już samo powierzchowne referowanie tych problemów. Na więcej zabrakło intelektualnych mocy. Artykuł ten więc można nazwać protokołem współczesnych – ambiwalentnych etycznie – zjawisk społecznych.

Jako Europejczyk, humanista i filozof, intelektualny potomek Kartezjusza i Kanta, pragnąłbym widzieć świat jako twór racjonalny, jasno oświetlony czystym blaskiem rozumu. Świat rządony mądrymi prawami, które są sprawiedliwe dla wszystkich. Społeczeństwa kierowane zasadami etycznymi szanującymi prawa jednostek. W takim myśleniu o świecie i ludzkiej społeczności bynajmniej nie jestem osamotniony. Marzył o tym przecież Platon pisząc *Państwo*, Tomasz Morus w *Utopii*, Francis Bacon w *Nowej Atlantydzie* czy Tomasz Campanella w *Państwie słońca*. Utwory te nazwane zostały utopiami, a ten sposób myślenia o świecie – myśleniem życzeniowym. Nic dziwnego: świat nie jest taki, jak życzyliby sobie tego filozofowie. A na pewno nie jest takim współczesny świat.

Przyszło nam bowiem żyć w osobliwym świecie, za który jako jego współmieszkańcy powinniśmy przynajmniej częściowo czuć się odpowiedzialnymi. Stało się coś niedobrego i chyba nie jest to wyłącznie wina kapitalizmu. Wbrew intencjom Kanta i w niezgodzie z etyką chrześcijańską współcześni ludzie zostali poddani nowej formie zniewolenia: zostali uprzemysłowieni. Oto jeden ze skutków cywilizacyjnych na miarę XXI wieku: wszystko zostało zamienione w rzecz na sprzedaż, w towar. Nie tylko ludzie jako autonomiczne jednostki, jako pewne całości, „(...) nie tylko woda, morze i słońce, ale także organy ciała ludzkiego, krew, sperma, jajeczka, tkanka płodu stały się towarem – to zanik daru, bezinteresowności, życzliwej propozycji, oddanej przysługi, niemal całkowity zanik tego, co nie jest za pieniądze, a co skutkuje erozją wartości innych niż chęć zysku”¹.

Wielu ludziom z pewnością wydaje się, że handel ludźmi, handel takim osobliwym i wyjątkowym towarem, jakim jest człowiek, stanowi przykry i wstydlivy incydent towarzyszący epoce kolonialnej. Sądzą zapewne, że problem ten już dawno jest nieaktualny. Jeżeli w ogóle dopuszczają do siebie myśl o jakimś rodzaju zniewolenia, to raczej myśląc o „łowcach głów” (*head hunters* – poszukiwacze najlepiej wykwalifikowanych i najcenniejszych specjalistów w pewnych branżach), eksploatacji „zasobów ludzkich” w międzynarodowych koncernach bądź też transferach zawodników w piłce nożnej lub koszykówce (kupno, sprzedaż, wymiana, wynajem). W ostateczności wyobrażają sobie ofiary porwania dla okupu, zakładników wziętych siłą w akcjach terrorystycznych bądź jeńców (żołnierzy lub cywili) w nigdy nie kończących się wojnach na terenie całego świata. Wojnach czasem niepokojąco bliskich, bo na terenie byłego Związku Radzieckiego czy byłej Jugosławii. Ale handel żywymi ludźmi?!

A jednak proceder ten nadal zachodzi i to w niezmienionej od czasów archaicznych formie. Ojczyzną łowów i handlu niewolnikami była i jest Afryka, ale nie tylko. Porywa się z różnych plemion zwłaszcza młode kobiety oraz dzieci, gdyż one stanowią najbardziej chodliwy „towar”. Kupcami najczęściej są właściciele wielkich plantacji, traktujący ten nabytek jako tanią i wymienną siłę roboczą. Traktują ich jako niewolników, którymi w rzeczywistości się stali. Za takich pracowników jak oni nie trzeba płacić ubezpieczenia, ani martwić się ich zwolnieniami lekarskimi. Zużyta partia materiału ludzkiego zastępowana jest następną, równie taną, jeżeli nie jeszcze tańszą. Nieliczne istniejące organizacje pozarządowe zajmujące się wykupywaniem od handlarzy tych nieszczęśliwych w sposób niezamierzony, niejako niechcący, napędzają koniunkturę. Popyt wzmagają podaż. I tak zaczynają w grę wchodzić prawa ekonomii i rynku.

Znaczna część złapanych ludzi trafia również do domów publicznych i do przemysłu pornograficznego. Także dzieci. Zjawisko to zaczyna nabierać bardzo niepokojących rozmiarów, a problem nie dotyczy tylko Afryki, lecz w nie mniejszym stopniu Azji i Europy. Nadto zaś dramat polega na tym, że nie wszystkie ofiary zostały złapane przez handlarzy i wywiezione z rodzinnych stron. Wiele dzieci zostaje sprzedanych z premedytacją przez własnych rodziców. Z powodu dotkliwej biedy, aby pozbyć się niepotrzebnego kłopotu i kolejnego dziecka do wykarmienia, dla mizernego zysku. W Hondurasie istnieją farmy, na których „hoduje” się dzieci aż do momentu znalezienia na nie nabywcy. Jeszcze kilka lat temu w Gwatemali wojsko w ramach restrykcji zabierało dzieci przedstawicielom zbuntowanej opozycji i eksportowało je za granicę. W wersji łagodniejszej całkiem niedrogo można kupić sobie potomka i pomocnika życiowego w Chinach lub w Wietnamie. W najłagodniejszej wersji handel dziećmi przechodzi w komercyjną postać adopcji. W byłym Związku Radzieckim i Rumunii jest niepokojąco dużo legalnych adopcji. Tyle tylko, że rumuńskie dzieci nie są szczególnie cenne...

Handel ludźmi bez wątplenia istniał od zawsze, a jednym z jego przejawów jest prostytutka. Nie trzeba jednak kupować sobie człowieka na zawsze; można kupić go sobie na godziny. Zauważalna jest dziś z jednej strony duża migracja kandydatów i kandydatek na prostytutki z krajów biedniejszych do bogatszych, z drugiej zaś widoczne jest zjawisko turystyki seksualnej, kiedy bogaci turyści w poszukiwaniu wrażeń wyjeżdżają do krajów biednych, np. do Tajlandii. Obok zdeklarowanych i świadomych tego co robią prostitutek w czystej postaci, istnieje jeszcze cała gama indywiduów pośrednich. Są nimi różnego rodzaju dziewczyny do towarzystwa (na telefon), kurtyzany, kokoty, hetery, gejsze, utrzymanki, kochanki, business hostessy, które pomimo tego, że pośrednio oferują seks, nie uważają się za prostytutki i nie są też tak surowo potępiane przez społeczeństwo. Z roznegliżowanymi tancerkami tańczącymi na scenach nocnych klubów można negocjować co do dalszej części wieczoru. A pomyśleć, że jeszcze nie tak dawno oburzenie wywoływały fordanserki.

Dla tych, którzy z różnych powodów chcieliby się zabrać za nierozwiązywalny od wieków problem prostytutki, przydatna być może opowieść o niejakej Teodorze z Rzymu². Od małego dziecka przyuczana do „najstarszego zawodu świata” zrobiła niezwykłą karierę, której zwieńczeniem było wyjście za mąż za cesarza Justyniana w Cesarstwie Wschodnim. Dobrze znała okoliczności i trudy towarzyszące jej profesji i mając taką możliwość, postanowiła ulżyć niedoli nierządnic z Konstantynopola. Kazała wyłapać na ulicach blisko pół tysiąca prostitutek i usytuowała je w specjalnie na ten cel przygotowanym pałacu. Odtąd nic już nie

² Opowieść przytaczam za Jackiem Hołówną, *Etyka w działaniu*, wyd. Pruszyński i S-ka, Warszawa 2001, s. 147.

¹ E. Morin, A. B. Kern, *Ziemia – ojczyzna*, przeł. T. Jakielowa, PIW, Warszawa 1998, s. 86.

musiały robić, zwłaszcza nic brzydkiego. Wszystkie ich potrzeby i zachcianki były spełniane na bieżąco. Nie wolno im było „tylko” się sprzedawać. I co się okazało? Wiele z nich popełniło samobójstwo, jeszcze więcej popadło w apatię i depresję. Eksperyment zarzucono... Był zbyt niebezpieczny.

W tym miejscu warto przez chwilę zastanowić się, na ile swoje ciało można uznać za swoją własność i traktować je instrumentalnie. Pytanie to jest jak najbardziej aktualne w świecie, gdzie często ciało traktuje się nie tylko jako towar na pokaz (modelki, fotomodelki, hostessy), jako możliwe do wynajęcia narzędzie (sportowcy), ale też jako rzecz na sprzedaż (prostytutki). „Obecnie antropologia katolicka dokonała wielkiego wysiłku (...) ukazując w nowym świetle wagę i znaczenie ciała. To znaczy nie pomniejszając roli osoby, dostrzegła w cielesności ludzkiej wywodzące się z Boga źródło powinności moralnych. Dowartościowała w tym względzie ludzkie ciało”³. Przyznać trzeba, że także świecka etyka zwraca baczną uwagę na ciało ludzkie i postrzega w nim wielką wartość (bynajmniej nie tylko materialną). Znakomicie ujął ten problem Zbigniew Szawarski, pisząc: „Kiedy mówię «Oto moje ciało», to wcale nie znaczy, iż jest to moja własność. Znaczy to tyle, że moje ciało przynależy do mnie, że stanowi integralną część i być może fundament mojej tożsamości osobowej”⁴.

Dystrybucja, handel i transport żywego towaru jest bez wątpienia działalnością na tyle lukratywną, by zajmowały się nią zorganizowane grupy przestępcze. Przerzut uchodźców do różnych zamożnych krajów odbywa się niemal na przemysłową skalę. Mogłyby coś na ten temat powiedzieć polskie, czeskie czy włoskie służby graniczne. A przecież Polska jest tylko jednym z europejskich krajów przrutowych. Można sądzić, że wpływy z przemytu ludzi dorównują tym z nielegalnego handlu papierosami, alkoholem i narkotykami. Chińczycy, którzy udusili się w szczelnych kontenerach przy próbie przemylenia ich do Europy Zachodniej, za swą letalną podróż zapłacili prawdopodobnie po 25 tys. euro od osoby. Są to więc bardzo kosztowne wycieczki. Często tylko w jedną stronę.

Zastanawiające jest, na ile wyceniane bywa ludzkie życie. Pewnie zależy to od wielu różnych czynników i okoliczności. Lekarz pogotowia biorący udział w akcji ratunkowej, gdzie jest wiele ofiar w różnym wieku i w różnym stanie zagrożenia zdrowia i życia, musi taką kalkulację przeprowadzić błyskawicznie na miejscu. Ale są kontrakty z góry przewidujące koszt utraty poszczególnych części ciała, następstw konkretnych nieszczęśliwych wypadków, kalectwa, a nawet utraty życia. (To ostatnie najistotniejsze jest dla zawodowego mordercy przyjmującego zlecenie.) Większość z nas takie standardowe kontrakty podpisuje z firmami ubezpie-

zeniowymi. W umowie wszystko jest z góry zakontraktowane: ile za palec u ręki, ile za palec u nogi itd.

Czyżby nasze poszczególne części ciała i organy wewnętrzne miały jakąś wymiarną, materialną wartość? Tak, i to znaczną. Obliczono, że po podzieleniu na części proste, organizm dorosłego, zdrowego mężczyzny wart jest około miliona dolarów. To bardzo dużo. Znacznie więcej niż koszt żywego człowieka w całości. To za sprawą transplantologii powstały tego typu problemy. Transplantacje takich narządów, jak serce, płuca, nerki (a także skóry), dały wielu pacjentom nadzieję na powrót do zdrowia, poprawienie jakości życia, a wielu z nich uchroniły po prostu od śmierci. Ale nie wszystkich.

Popyt na narządy wewnętrzne jest bardzo duży, znacznie większy niż podaż. Każdy z oczekujących w kolejce po nerkę lub serce zdaje obie sprawy z ciężącego na nim wyroku śmierci, którego termin wykonania zbliża się znacznie szybciej niż w stosunku do innych ludzi. A przecież każdego z nich strzeże dodatkowo jego własny, indywidualny i nader surowy strażnik: immunologiczny układ odpornościowy. Dlatego czasem, dla niektórych, cena nie gra roli, zwłaszcza za odpowiedni immunologicznie narząd. Niekiedy w Internecie odbywają się aukcje poszczególnych narządów. Ceny dochodzą do astronomicznych rozmiarów. Warto zaznaczyć, że nie wszyscy filozofowie akceptują ten silny trend w medycynie, jakim jest transplantologia. Należy do nich między innymi Bogusław Wolniewicz, który napisał: „Wbrew tendencji naszej epoki trzeba rzeczy nazwać po imieniu: transplantacja jest to żerowanie na trupach, nowoczesne ludożerstwo, neokanibalizm”⁵.

Chińczycy, których jest obecnie ponad miliard dwieście milionów (co stanowi 1/6 ludzi na świecie), poradzili sobie z tym problemem w sposób pomysłowy i praktyczny. Po prostu traktują swoich obywateli jako naturalne zasoby, możliwe w każdej chwili do eksploatacji. Wykorzystują do tego celu swoisty recykling społeczny: partycjonują skazanych na śmierć. Ilość oficjalnych, efektywnych i publicznie wykonywanych egzekucji dochodzi tam do pięciu tysięcy rocznie. Nawet przedstawicielom Kościoła katolickiego – nieprzychylnie nastawionych do kary śmierci – ta myśl o pobieraniu narządów od skazańców nie była obca. Tak ujął to zagadnienie etyk katolicki: „Pobranie z żywego organizmu ludzkiego organu pojedynczego koniecznego do życia mogłoby być ewentualnie uznane za moralnie godziwe w jednym tylko wypadku: od zbrodniarza skazanego na śmierć”⁶.

Po kilku potyczkach zbrojnych w górskich wioskach Czeczenii znaleziono wiele wypatroszonych ciał ludzkich; nie tyle z powodów bestialstwa napastników (kimkolwiek byli), co raczej ze względów merkantylnych. W biednych prowincjach Indii

³ J. Kosiewicz, *Bóg, cielesność i miłość*, Fundacja Aletheia, Warszawa 1998, s. 156.

⁴ Z. Szawarski, „Kupię żywe oko”. *Rozważania o etyce transplantacji*, „Etyka” 33, 2000, s. 163.

⁵ B. Wolniewicz, *Neokanibalizm*, „Res Publica” 9-10, 1991, s. 116.

⁶ S. Olejnik, *W kręgu moralności chrześcijańskiej*, Ośrodek Dokumentacji i Studiów Społecznych, Warszawa 1985, s. 11, przypis 17.

ze sprzedaży swoich własnych nerek żyją mieszkający całym wiosek. W „cywilizowanych” państwach europejskich i w USA obrot narządami potraktowano jako nowy rodzaj biznesu. Zakłada się wprawdzie nie hurtownie, lecz znacznie lepiej brzmiałe „banki” narządów, krwi i materiału genetycznego. Odbywa się w ten sposób mniej lub bardziej skrywany handel ludzkimi częściami zamiennymi⁷.

Zjawisko klonowania otworzyło jeszcze więcej niebezpieczeństw i możliwości nadużyć w traktowaniu człowieka. Nie próbuje zaprzeczać, iż klonowanie takich dużych istot, jak ssaki jest ogromnym sukcesem nauki i zwiędzeniem wielu lat starań jej przedstawicieli. Niemniej jednak przetoż ten przyniósł ze sobą wiele problemów zarówno w medycynie, jak i w życiu społecznym. Już teraz wielu naukowców z różnych prywatnych instytutów biotechnologicznych rwie się do klonowania człowieka, a kilku przedstawicieli sekt religijnych jest skłonnych wyasygnować odpowiednie fundusze dla tych niecierpliwych pionierów, którzy się tego podejmą. Większość rządów europejskich oraz rząd USA, natoczyło kilkulatnią kwartantanę na klonowanie zarodków ludzkich. Czy będzie ona szczełna? Wątpię; w tym względzie jestem sceptykiem.

Kolejnemu rodzajowi handlu żywym towarem sprzyja instytucja macierzyństwa zastępczego. Matką zastępczą jest z reguły młoda kobieta, która za opłatą przewidzianą w kontrakcie podejmuje się zająć i urodzić dziecko z powierzonego jej (implantowanego) materiału genetycznego dawcy. Po zakończonym procesie inkubacji i po urodzeniu dziecka zobowiązana jest do jego zwrotnym przerwaniem wstąpieniem. Służby więc wyjątkowo jako żywy inkubator, a jej rola z góry wyznaczona jest jako instrumentalna. (To z pewnością nie spodobałoby się Kantowi). Dawcą jest na ogół mężczyzna ze związku, w którym konwencjonalne postępowanie nie odniosło rezultatu i nie przyniosło potomstwa. Zdarzają się również anonimowi dawcy, gdy partner jest bezpłodny. Odbiorcami noworodków są uszczęśliwieni przez trzecią osobę „rodzice”.

To zjawisko zyskuje na popularności szczególnie w USA, stając się do pewnego stopnia alternatywą, jak i konkurencją dla adopcji. Macierzyństwo zastępcze oferuje bowiem (pomijając aspekt techniczny zagadnienia) coś niezbędny dla niepełnych małżeństw lub związków homoseksualnych: dziecko w znacznym stopniu ma cechy przynajmniej jednego z partnerów. Bądź też dwojga, bo i to jest technicznie możliwe, po odpowiedniej „obróbec” materiału genetycznego. Wydaje się, że macierzyństwo zastępcze będzie robiło coraz większą karierę, a jako zjawisko społeczne będzie coraz bardziej przybierało na sile. Zjawisku temu bowiem sprzyja to, co dostarczalne (i odczuwalne) jest od kilkunastu lat:

⁷ Cennik poszczególnych narządów znaleźć można u J. Kopani, *Transplantacja – oznaka nowej moralności*, „Kwartalnik Filozoficzny”, t. XXVII, 1999 oraz u Toma Schimmecka, *Ille kosztuje człowiek*, „Stern” z 21 grudnia 2001.

jakosć męskiego nasienia gwałtownie obniza się, a co za tym idzie, także możliwości reprodukcyjne mężczyzn. Plemniki są coraz gorszej jakości, słabowie i nie w pełni sprawne. Dlatego właśnie – ale nie tylko – coraz więcej par ma problemy z zaszyciem w ciąży i posiadaniem potomstwa. Z tej strony więc kontinuitura na rynku jest zapewniona. Zwiększają się dzięki temu moce przerobowe lekarzy i prawników. Ci ostatni starannie i uważnie przygotowują odpowiednie umowy prawne z matkami zastępczymi. Zdarzają się już bowiem wypadki, gdy matki zastępcze, u których w czasie ciąży wzbudziły się uczucia macierzyńskie, dziecka oddać nie chciały. O tym, czyje jest to dziecko i do kogo winno należeć, decydował wówczas sąd.

Macierzyństwo zastępcze jest osobliwe pod kilkoma względami. Myliłby się ten, kto uznałby, że roli matki biologicznej podejmują się samotne kobiety z najniższych warstw społecznych; zdrowe, lecz biedne. To nie wględy materialne decydują o tym, że podejmują się one tej specyficznej umowy o dzieło! Potencjalne zyski są względnie niewielkie, gdyż umowy opiewają na sumę około 20 tys. dolarów amerykańskich. Poza tym w kontrakcie na dziecko zawarte jest szereg obowiązków, narzucających bardzo duży reżym życia na czas ciąży. W końcu „rodzice” zainwestowali i są zainteresowani powiększeniem swojego biologicznego kapitału. W umowach takich, obok zobowiązania się matki biologicznej do noszenia ciąży, urodzenia dziecka i wydanania go *rodzicom*, pojawiają się klauzule zobowiązujące matkę biologiczną do dołożenia starań w zapewnieniu zdrowia i bezpieczeństwa dziecka, powstrzymaniu się od picia alkoholu, palenia papierosów oraz używania narkotyków w okresie ciąży, ograniczenie aktywności życiowej, przestrzeganie określonej diety, regularnych wizyt u lekarza etc.”⁸ Ponadto w ustaleniach tego typu z reguły znajduje się punkt, zobowiązujący matkę zastępczą „do poddania się zabiegowi aborcji w wypadku, gdyby pód okazał się dotknięty wadą genetyczną lub wrodzoną”⁹.

Statystyki są zaskakujące i mówią o tym, że przeciętna matka zastępcza jest mężatką (sic!), z wyższym wykształceniem, aktywną zawodowo. Kobiety te są stabilne fizycznie, psychicznie i społecznie. Większość z nich urodziła wcześniej jedno lub więcej zdrowych dzieci. Stanowi to kryterium obiektywizujące wybór ich kandydatów; kryterium dostateczne, lecz jeszcze nie całkiem wystarczające. Biorąc pod uwagę kwalifikacje etyczne (niezgodność genetyczna¹⁰) i społeczne (są to często mężatki), proceder matek zastępczych nie znajduje akceptacji w oczach Kościoła katolickiego. Życie jednak toczy się swoim własnym torem.

⁸ O. Nawrot, *Macierzyństwo zastępcze – aspekty moralno-prawne*, „Etyka” 33, 2000, s. 178.
⁹ Tamże, s. 178.
¹⁰ „W opinii Kongregacji Nauki Wiary implantacja embrionu (...) w łonie matki, który ma genetycznie różną od niej konstrukcję, jest moralnie niedopuszczalna”; O. Nawrot, *Macierzyństwo zastępcze*,..., s. 187.

Wydawałoby się, że omówione zostały już najważniejsze kwestie i problemy związane ze współczesnym handlem ludźmi. Zostało jednak coś atrakcyjnego i ciekawego na koniec: pewna nowa i bardzo intratna forma handlu żywym towarem. Chodzi o skup i sprzedaż ludzkich komórek jajowych.

Nie każda kobieta, która w ramach kontraktu godzi się na urodzenie komuś dziecka, posiada tak bogaty zestaw własności psychofizycznych, jaki zadowalałaby odbiorców. Którzy rodzice nie chcieliby, aby ich ukochane dzieci miały wszystkie wymarzone przez nich cechy? Którzy rodzice nie dołożyliby wszystkich możliwych starań, aby tak się stało? Tym bardziej wtedy, gdy jest to możliwe i w zasięgu ich możliwości finansowych. Dlaczego mieliby ograniczać się tylko do potomka zdrowego, a nie pozwolić sobie na luksus zwiększenie prawdopodobieństwa, by był jeszcze dodatkowo mądry, silny, wysportowany itp.?

Klienci często są bogaci, kapryśni i wybredni. Nie chcą kupować byle czego. Zlecają poszukiwania dawczyń pośrednikom: wyspecjalizowanym agencjom, które rekrutują ochotniczki za pomocą ogłoszeń prasowych. W Stanach Zjednoczonych jest to zjawisko zyskujące stopniowo na popularności. Preferowane są oczywiście kobiety białe, jasnowłose i błękitnookie. Dobrze jest, gdy są wysokie i wysportowane. Doskonale, gdy obok wymienionych cech mają jeszcze dobre noty w indeksie. I te są najbardziej poszukiwane i najlepiej opłacane za produkt swojego organizmu¹¹. Ceny sięgają – w przeliczeniu – około 50 tysięcy euro. Dodatkową atrakcją jest możliwość osobistego kontaktu z dawczynią komórek jajowych, w celu bezpośredniego zweryfikowania jej zdolności intelektualnych, docenienia walorów fizycznych, przekonania się o sprawności fizycznej.

Fryderyk Nietzsche oczekiwał nadejścia supermana zwanego przez niego nadczłowiekiem. Być może nadchodzi czas, że będzie można kupić go sobie w supermarkecie. Lub wybrać z katalogu i zamówić w internetowym sklepie z dostawą do domu.

¹¹ W połowie lat 90' XX wieku członkowie Francuskiego Komitetu Bioetycznego wypowiedzieli się przeciwko takim zabiegom. „Tenże Komitet zdecydowanie odrzucił żądanie murzynki, która domagała się wykonania zabiegu polegającego na implantowaniu jej embriona rasy białej, gdyż takie właśnie dziecko chciała urodzić. (...) Zakazano handlowego użytkowania embrionów i odpłatnego pobierania komórek jajowych”; Z. Piątek, *Etyka biomedyczna i zasada tolerancji*, „Kwartalnik filozoficzny” XXII, 4, 1994, s. 53.

TOMASZ SAHAJ

“I’LL BUY A HEALTHY HUMAN BODY,
ALSO A SECOND-HAND ONE”

(Summary)

In this article the author discusses shocking, though taking place before our eyes, social phenomena such as: hunting, trading and smuggling people, production of human embryos and children for trade purposes, surrogate maternity, cloning and transplant. The foregoing are not always legal, not to mention their ethical assessment. Humbly acknowledging his intellectual limitations, the author describes them rather than conducts any philosophical or sociological analysis. Maybe the lack of proper instruments for such research would appear as a sufficient excuse, but the author doesn't want to use it. He admits that presenting those issues is exhausting and overwhelming enough. As a result, this article can simply be treated as the minutes of contemporary, ethically ambivalent, social phenomena.

Key words: **philosophical anthropology, bioethics, ethics, modern medicine**

Adres do korespondencji

Address for correspondence

dr Tomasz Sahaj
Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu
Katedra Humanistycznych Podstaw Kultury Fizycznej
Zakład Filozofii i Socjologii
ul. Grunwaldzka 55
60-352 Poznań

MARIA NOWACKA

**SYTUACJA MORALNA LEKARZA
 W KONTAKCIE Z ŻYWYM DAWCĄ ORGANU
 DO PRZESZCZEPU**

Transplantacje narządów pobieranych od dawców żywych są dokonywane nie tak często jak przeszczepy ze zwłok. Jest tak z dwu powodów. Po pierwsze, są one ograniczone bądź do narządów parzystych – jak dotąd nigdzie nie zalegalizowano aktu pozbawienia się życia w celu ofiarowania narządu pojedynczego – bądź do fragmentów odnawialnych; po drugie zaś, nikt ochoczo nie pozbywa się jednego organu, mimo że pozostaje mu drugi. Ponieważ transplantacje *ex vivo* angażują nie tylko lekarza i biorcę, ale ponadto żywego i świadomego dawcę, więc rodzą one wątpliwości moralne zasadniczo innej natury niż te, których dostarczają transplantacje *ex mortuo*. Przede wszystkim niejasny jest status moralny lekarza; ratuje on życie swego pacjenta, ale kosztem dużego okaleczenia innego człowieka. Czy ma do tego moralne prawo?

Od żywego dawcy pobiera się do przeszczepów głównie nerkę. Wprawdzie przeszczepia się również fragmenty tkanek oraz jelit, ale tego rodzaju zabiegi mają mniejsze znaczenie. Jedynie transplantacja części wątroby – organu odnawialnego – ma istotny walor moralny. Transplantacje nerek od dawców żywych nie są tak liczne, jak transplantacje ze zwłok, ale w niektórych krajach stanowią znaczącą grupę przeszczepów¹. W Polsce wykonuje się ich najwyżej sześć

¹ Poniższe dane zaczerpnięto z: W. Rowiński, *Przeszczepianie narządów*, „Przegląd Piśmiennictwa Chirurgicznego” 22, 1994, s. 329-345, W. Sułowicz, *Wybrane aspekty transplantacji narządów*, „Przegląd Lekarski” 53, 3, 1996, s. 124-126, oraz V. Bonomini, G. Gozzetti, *Is Living Donation Still Justifiable?*, „Nephrology, Dialysis, Transplantation” 5, 1990, s. 407-409.

rocznie, co stanowi zaledwie 1% wszystkich rocznych przeszczepów nerek. W Anglii odsetek ten wynosi 5-8%, w USA 25%, tyle samo w krajach skandynawskich, choć w samej Norwegii aż 40%. Ośrodkiem wykonującym szczególnie dużo – do 60% – przeszczepów nerek od dawców żywych jest centrum transplantacyjne w Minneapolis (USA). Oczywiście liczba przeszczepów od żywego dawcy jest większa w tych krajach, w których są trudności z przyjęciem definicji śmierci mózgowej i zaakceptowaniem pobierania narządów od zmarłych; stąd w krajach Dalekiego i Bliskiego Wschodu przeszczepienia od dawców rodzinnych stanowią od 50 do 85%.

Z czysto «technicznego» punktu widzenia zabieg przeszczepienia narządu od dawcy żywego jest trudniejszy niż przeszczep ze zwłok – dodatkowo bowiem istnieje konieczność szczególnej precyzji pobrania z uwagi na życie i zdrowie dawcy. Ale za to przeżycie nerki od żywego dawcy jest lepsze niż nerki przeszczepionej ze zwłok – wynosi ono po 5 latach 74%, po 10 latach 61%, a po 20 latach 43%. Szansa na przeżycie pacjenta, któremu przeszczepiono nerkę brata lub siostry o tych samych antygenach zgodności tkankowej wynosi 95%, a w przypadku zgodności jednego haplotypu po przeszczepieniu nerki matki lub ojca – 85%. Dla dawcy sam zabieg pobrania nerki nie stanowi istotnego zagrożenia życia. Praktycznie wypadki śmiertelne nie zdarzają się, poważniejsze komplikacje występują w 1,8% przypadków, komplikacje drobne – w 15%. Według szacunków towarzystw ubezpieczeniowych, dawca nerki skraca swe życie o 5 lat². Stosunkowo dobre są wyniki przeszczepiania fragmentów wątroby. Ponieważ wątroba jest organem, którego tkanki odnawiają się, więc można pobrać z żywego dawcy fragment i wszczepić go spokrewnionemu biorcy. Ma to szczególne znaczenie w leczeniu dzieci z niewydolnością wątroby, dla których brakuje dostatecznej liczby narządów o odpowiednich rozmiarach. Sam zabieg pobrania segmentu wątroby od żyjącego człowieka jest w miarę bezpieczny – średnio notuje się 1 zgon na 300 operacji. Przeżycie chorych z czynnym przeszczepem dochodzi do 90%.

Wszystko to nie może jednak przesłaniać faktu, że dla żywego dawcy pobranie oznacza ciężkie zranienie jego organizmu. Oddanie jednej nerki naraża dawcę na wiele niebezpieczeństw: na bezpośrednie zagrożenie życia w czasie operacji, na możliwość różnorodnych powikłań pooperacyjnych, na codzienne ryzyko życia z jedną tylko nerką. Postępy medycyny ryzyko to zmniejszają, ale przecież dla moralnej oceny tego stanu rzeczy nie jest ważne, jaki jest stopień tego niebezpieczeństwa. „Czy niebezpieczeństwo to obliczamy w odsetkach, czy tylko w promi-
lach, nie to jest najważniejsze. Ważne jest to, że ono istnieje i nie jest równe zeru.

W razie wystąpienia niebezpieczeństwa nic nie pomogłyby obliczenia odsetkowe; ten jeden człowiek stanowiłby wtedy wszakże dla swej rodziny i dla siebie wartość równą stu procentom”³.

A sprawcą tego zranienia jest ten, kto z racji swego zawodu winien uzdrawiać, jeśli zaś już musi ranić, to w celu ratowania zdrowia. Po raz pierwszy w historii medycyny lekarz świadomie wykonuje działania przynoszące temu, na kim są one wykonywane, znaczny uszczerbek na zdrowiu i zmieniające na gorszą jakość jego życia. Nic dziwnego więc, że w środowisku lekarskim pojawiają się wątpliwości. „Czy w sytuacji, gdy biorca znajduje ‘odpowiedniego’ dawcę, lekarz ma moralne prawo zgodzić się na chirurgiczne okaleczenie zdrowej osoby po to, by polepszyć życie innej osoby? Operacja może przynieść korzyść pacjentowi, ale może znacznie pogorszyć jakość życia dawcy. A przecież *primum non nocere* (po pierwsze, nie szkodzić) jest starą zasadą etyczną medycyny”⁴.

Dodajmy do tego, że osobliwość sytuacji pobrania narządu od żywego dawcy bierze się też stąd, iż osoba będąca przedmiotem działań lekarza nie jest jego pacjentem. Rozwój życia społecznego już dawno temu stworzył i zalegalizował sytuacje, w których lekarz wykonuje czynności wobec osób nie będących jego pacjentami. Chodzi o sytuacje, kiedy lekarz zatrudniony jest w danej instytucji nie po to, aby leczyć jej pracowników, lecz aby badać osoby wchodzące z nią w taki czy inny związek; przykładem może być badanie kandydatów do pracy czy osób pragnących się ubezpieczyć. Osobliwość sytuacji polega na tym, że lekarz nie może uważać badanego za swego pacjenta, gdyż ten nim rzeczywiście nie jest⁵. Czy mimo to lekarza obowiązują jakieś (a jeśli tak, to jakie) powinności względem badanego, biorące się z tego tylko, iż lekarz poznał jego stan zdrowia? Gdzie przebiega wówczas granica lojalności lekarza wobec zatrudniającej go instytucji?

Sytuacja moralna lekarza zatrudnionego np. w instytucji ubezpieczeniowej wydaje się bardzo komfortowa w porównaniu z sytuacją lekarza pobierającego od żywego dawcy nerkę czy segment wątroby. Bardziej przypomina tę drugą sytuacja lekarza zatrudnionego w zakładzie penitencjarnym, gdy wymaga się od niego zbadania więźnia celem orzeczenia, czy jego stan zdrowia pozwoli mu znieść nałożoną karę, lub sprawdzenia stanu zdrowia podczas wymierzania tej kary. W obu wypadkach lekarz orzeka, czy organizm danego człowieka znieśli wykonanie określonych działań; ale tylko w wypadku pobrania narządu to sam lekarz owo niekorzystne

³ J. Bogusz, *Chirurgia a etyka*, PWN, Kraków 1972, s. 18.

⁴ V. Bonomini, G. Gozzetti, *Is Living Donation Still Justifiable?*, art. cyt., s. 408.

⁵ Zob. omówienie tego typu sytuacji w: T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacorzyński, Książka i Wiedza, Warszawa 1996, s. 453-455.

² Zob. R. Szulc, E. Chróścielewski, *Wybrane medyczo-prawne i etyczno-moralne problemy pobierania tkanek i narządów do przeszczepów*, „Polski Tygodnik Lekarski” XLVII, 18-19, 1992.

dla człowieka działanie wykonuje. Czy fakt, że w tym drugim wypadku człowiek ów miał swoje powody, aby dobrowolnie poddać się takim działaniom, jest wystarczającym usprawiedliwieniem moralnym dla lekarza?

W czasach, gdy transplantacje nerek dopiero zaczynano przeprowadzać, pionier tego rodzaju chirurgii w Polsce, prof. Jan Nielubowicz, tak pisał o swoich rozterkach moralnych spowodowanych faktem, że przecież okalecza dawcę: „Prawdę powiedziawszy, moment podjęcia decyzji wycięcia zdrowej nerki był dla mnie zawsze bardzo trudną chwilą. Przekonany zostałem dopiero wtedy, gdy zrozumiałem, że w nowoczesnym społeczeństwie bardzo podobne sytuacje spotykają się nie tylko ze zgodą, ale aprobatą i pochwałą. Nikt nie może potępić ojca czy matkę, którzy ratując swe dzieci rzucają się do płonącego domu, skaczą do rzeki lub wysysają jad żmii z rany. I nikt nie może im tego zabronić. Ten rodzaj heroizmu może być porównany z heroizmem dawcy nerki z tą różnicą, że dawca ma nieco więcej czasu, aby utwierdzić się w podjętej decyzji. To ostatnie właśnie czyni sytuację łatwiejszą dla nas obu: dawcy i mnie”⁶.

Ta postawa spotkała się z natychmiastową repliką ze strony dwu wybitnych prawników, Tadeusza Cypriana i Józefa Radzickiego. Odrzucili oni przede wszystkim odwoływanie się do opinii społecznej. „Aprobata i pochwała społeczeństwa nie może tu być miarodajna z punktu widzenia etyki. Przecież nikt ze społeczeństwa nie ponosi tego ryzyka, które bądź co bądź ponosi dawca po pozostawieniu mu jednej nerki”⁷. Autorzy nie rozwijają tego wątku, wydaje się jednak, że dotknęli oni tutaj kwestii bardzo istotnej. Czyn heroiczny może być (i być powinien) przedmiotem podziwu, ale podziw ten nie może przesądzać o etycznej dopuszczalności czynu – nie wszystkie rodzaje poświęcenia skłonni jesteśmy akceptować. To prawda, że dajemy moralne prawo jednemu człowiekowi do ryzykowania swego zdrowia i życia działaniem dla dobra drugiego człowieka; w szczególności dajemy to prawo rodzicom względem dzieci, małżonkom względem siebie czy ogólnie ludziom związanym ze sobą więzami uczucia. Zawsze jednak jest to działanie danego człowieka przez niego samego wykonywane. „Tymczasem przy oddawaniu nerki (nawet za zgodą, najczęściej osnutą głębokimi uczuciami), nie dawca powoduje uszkodzenie ciała, lecz ktoś inny. Tym kimś jest lekarz, którego zadanie polega przecież na niesieniu pomocy w postaci rozpoznawania, leczenia i zapobiegania chorobom”.

⁶ J. Nielubowicz, *Etyka a transplantacja nerek*, „Służba Zdrowia” nr 43 (1048) z 26 października 1969 r. W takich samych prawie słowach wypowiadał się J. Nielubowicz w dyskusji Etyczne aspekty transplantacji serca; zob. „Etyka” 4, 1969, s. 31.

⁷ T. Cyprian, J. Radzicki, *Etyka i prawo w transplantacji nerek*, „Służba Zdrowia” nr 46 (1051) z 16 listopada 1969 r. Dalsze cytaty pochodzą z tego artykułu. Polemizując z J. Nielubowiczem, autorzy odwołują się do cytowanego wyżej artykułu, nie zaś do głosu w dyskusji.

Prawnicy powołali się na obowiązującą wówczas, a pochodzącą z 1950 r., Ustawę o zawodzie lekarza⁸. Ich zdaniem, wynika z niej następująca konstatacja: „Lekarzowi wolno dokonywać zabiegów chirurgicznych na ciele pacjenta, jeżeli w ten sposób zostaje zrealizowany cel leczniczy. Zabieg ma więc swoje uzasadnienie w tym, że jest podjęty w celu leczniczym, a więc zakłada korzyść dla pacjenta, [a] lekarz spełnia swój obowiązek niesienia pomocy człowiekowi, który jej potrzebuje”.

Z pewnością autorzy wyprowadzają powyższą konkluzję z art. 1 cytowanej Ustawy, który głosił: „Wykonywanie zawodu lekarza obejmuje rozpoznawanie, leczenie i zapobieganie chorobom, a także wydawanie orzeczeń lekarskich”. Można ten zapis interpretować właśnie w ten sposób, iż lekarz może wykonywać zabiegi chirurgiczne na ciele pacjenta tylko wtedy, gdy w ten sposób realizuje cele lecznicze. Interwencja chirurgiczna jest więc uzasadniona tylko wówczas, jeżeli jej celem jest polepszenie stanu zdrowia pacjenta; zakłada się zatem, że działania lekarza motywowane są dobrem pacjenta. „Tych elementów nie można się dopatrzeć przy pobieraniu nerki od żywego dawcy, gdyż dawca tutaj nic nie zyskuje. Przeciwnie – traci zdrowie i ewentualnie ryzykuje skrócenie życia, a przecież zadaniem lekarza jest pomagać, a nie szkodzić”⁹. Prawnicy konkludują, że z punktu widzenia prawa karnego zabranie zdrowemu człowiekowi jednej nerki jest dopuszczeniem się przestępstwa ciężkiego okaleczenia i jako takie podpada pod stosowne przepisy kodeksu karnego.

Nie widzą oni także możliwości usprawiedliwienia czynu powołaniem się na zasadę działania w stanie wyższej konieczności. Warunkiem koniecznym stosowania tej zasady jest zachodzenie odpowiedniej proporcji dóbr osoby poświęcanej i osoby ratowanej. W omawianej sytuacji jedynym elementem pewnym jest okaleczenie dawcy, pozostałe elementy zaś (stan zdrowia dawcy i wyzdrowienie biorcy) mają jedynie pewien stopień prawdopodobieństwa. Innym warunkiem stosowania zasady działania w stanie wyższej konieczności jest niezbędność działania i ten warunek również nie jest spełniony, albowiem nie można wykluczyć możliwości pobrania nerki ze zwłok, choć w danej chwili może to być trudne i niepewne. Wreszcie nie jest spełniony warunek zachowania granic koniecznych dla realizacji celów działania; dla dawcy zachowanie tych granic jest z natury rzeczy wielkością stałą (utrata nerki), a dla biorcy (dalsze życie i polepszenie stanu zdrowia) jest wielkością nieznaną i raczej rosnącą. „Tak więc nawet powoływanie się na działanie w stanie wyższej konieczności dla zapewnienia bezkarności lekarzowi, byłoby w tym przypadku niezbyt uzasadnione. Wchodzi tu bowiem w grę zbyt

⁸ Zob. Ustawa z dnia 29 października 1950 r. o zawodzie lekarza, „Dziennik Ustaw” nr 50 z 29 października 1950 r., poz. 458.

⁹ T. Cyprian, J. Radzicki, art. cyt.

wiele czynności podważających czystość i niezawodność tej konstrukcji, stanowiącej wyłom w systemie prawa karnego i dlatego wymagającej interpretacji raczej ścieśniającej”¹⁰.

Z czysto prawnego punktu widzenia przy pobraniu zdrowego organu dokonuje się „poświęcenie dobra pełnowartościowego dla ratowania dobra z biologicznego punktu widzenia niepełnowartościowego”. I wprawdzie autorzy nie mówią tego wprost, ale z ich wywodów wynika, że nie są zwolennikami legalizacji prawnej tego rodzaju terapii. „Przyjmując za dopuszczalne zabieranie innej osobie narządów dla ratowania chorego człowieka, byłibyśmy już bardzo blisko sytuacji, w której za zgodą dawców zabijalibyśmy jednych dla ratowania drugich”¹¹.

Przedstawiona argumentacja jest w pełni zasadna – na gruncie obowiązujących wówczas przepisów prawa pobranie nerki od żyjącego dawcy musiałyby być zakwalifikowane jako przestępstwo ciężkiego okaleczenia. Ale pobrania od żywego dawcy stały się normalną procedurą leczniczą. W nowej, uchwalonej czterdzieści lat później Ustawie o zawodzie lekarza¹² odpowiednikiem cytowanego zapisu poprzedniej ustawy jest art. 2, p. 1, który głosi: „Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich”. Zapis ten jest bardziej rozbudowany od poprzedniego i można by argumentować, iż ogranicza on działania lekarskie wyłącznie do zabiegów leczniczych. Jednak kwestia pobrań od żywego dawcy została uregulowana pół roku wcześniej, w odrębnej Ustawie transplantacyjnej. Dopuszcza ona (w art. 9) pobranie komórek, tkanek i narządów od żywego człowieka w celu przeszczepienia innej osobie.

Możliwość tę obwarowano szeregiem warunków. Przede wszystkim pobranie może nastąpić na rzecz krewnego w linii prostej, osoby przysposobionej, rodzeństwa lub małżonka; tylko gdy przedmiotem pobrania jest szpik lub inna regenerująca się komórka lub tkanka, pobranie może nastąpić również na rzecz innej osoby. Zasadność i celowość pobrania ustala „lekarz mający dokonać przeszczepu”, samo pobranie zaś musi być poprzedzone badaniami „ustalającymi, czy ryzyko zabiegu nie wykracza poza przewidywane granice dopuszczalne dla tego rodzaju zabiegów i nie upośledzi w istotny sposób stanu zdrowia dawcy”. Oczywiście kandydat na dawcę musi zostać „szczegółowo poinformowany” o wszelkich zagrożeniach związanych z zabiegiem, przy czym informacji takiej ma udzielić lekarz nie biorący

¹⁰ Tamże.

¹¹ Tamże.

¹² Zob. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, „Dziennik Ustaw” nr 28 z 26 marca 1997 r., poz. 152.

bezpośredniego udziału w postępowaniu obejmującym przeszczepianie. Omawiany zapis dopuszcza nawet, aby dawcą była kobieta ciężarna; ocena ryzyka powinna wówczas obejmować także następstwa dla mającego się urodzić dziecka i potencjalna dawczyni musi być o tym ryzyku poinformowana. Kandydat na dawcę musi mieć pełną zdolność do czynności prawnych, a swoją zgodę ma wyrazić dobrowolnie, w formie pisemnej ze wskazaniem określonego biorcy; biorca może pozostać dla dawcy anonimowym tylko w przypadku pobierania szpiku lub innej regenerującej się komórki i tkanki. Zarazem kandydat na dawcę musi zostać uprzedzony, jakie skutki dla biorcy spowodowałoby jego wycofanie się w ostatniej fazie przygotowań do przeszczepu. Z kolei kandydat na biorcę musi zostać poinformowany o ryzyku, jakie zabieg stwarza dla dawcy, jak też musi wyrazić zgodę na przyjęcie przeszczepu od tego oto dawcy; dawca może pozostać dla biorcy anonimowym tylko w przypadku pobierania szpiku lub innej regenerującej się komórki i tkanki. Dodajmy, że dawcą może też zostać osoba bliska dawcy, ale nie będąca krewnym czy małżonkiem; w takich wypadkach Ustawa wymaga (w art. 10) przeprowadzenia na wniosek potencjalnego dawcy postępowania sądowego.

Jak widać, obecnie obowiązujące prawo dozwala lekarzowi na pogorszenie stanu zdrowia jednego człowieka, by dzięki temu uratować życie innego człowieka, przy czym prawo godzi się na daleko posuniętą dowolność interpretacyjną w ocenie ryzyka i korzyści planowanego zabiegu – zastrzeżenia, że ryzyko zabiegu nie może „wykraczać poza przewidywane granice dopuszczalne dla tego rodzaju zabiegów” oraz nie może „upośledzić w istotny sposób stanu zdrowia dawcy”, sformułowane są w terminach nieostrzych i pozostawiają lekarzowi dużą swobodę działania. Podkreślmy, że dobrowolna zgoda potencjalnego dawcy nie jest czynnikiem przesądzającym o moralnej dopuszczalności działań lekarza; z punktu widzenia etyki lekarskiej kwestią zasadniczą jest problem, czy lekarzowi wolno szkodzić jednemu człowiekowi, by pomagać drugiemu. Inaczej mówiąc, na ile rozwój medycyny nakazuje zrewidować prastare zasady medyczne: *salus aegroti suprema lex* oraz *primum non nocere*.

Rozpocznijmy od drugiej maksymy. Autorzy jednego z podstawowych współczesnych podręczników etyki medycznej omawiając zagadnienie nieszkodzenia w działalności medycznej, uznają, iż zasada (obowiązek) nieszkodzenia ma moc dominującą¹³. Możemy zaakceptować wyrządzenie komuś krzywdy, jeśli tylko w ten sposób zapobiegniemy krzywdzie innych; nie powinniśmy jednak akceptować wyrządzenia krzywdy jednym po to, by wyświadczyć jakieś dobro innym. Na przykład nie zaakceptujemy zabicia uwięzionego bandyty w celu pobrania od niego wątroby i serca, by w ten sposób uratować życie dwu niewinnych ludzi. Niestety

¹³ Zob. T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, wyd. cyt., s. 201-208.

autorzy nie stawiają pytania, czy zaakceptowalibyśmy pobranie od takiego więźnia nerki, który to czyn nie jest przecież równoznaczny z pozbawieniem go życia¹⁴. Ale nadrzędność zasady nieszkodzenia nie ma charakteru bezwzględny. „Nakaz dokonania czynu użytecznego nie musi zawsze przegrywać w starciu z zakazem wyrządzenia krzywdy. Wprawdzie niekrzywdzenie jest na ogół obowiązkiem najsilniejszym, ale wyważenie dwóch wspomnianych zasad, tak jak i wszystkich zasad moralnych, przebiega inaczej w różnych sytuacjach. Nie istnieje żadna reguła *a priori*, która w wiarygodny sposób ustalałaby pierwszeństwo zasady nieszkodzenia przed zasadą dobroczynności”¹⁵. Pobranie nerki od żywego dawcy jest niewątpliwie – obiektywnie rzecz ujmując – wyrządzeniem mu krzywdy. Przeszczepienie tej nerki pacjentowi jest wyświadczeniem mu dobra. Jak więc widać, akceptując pobranie nerki od żywego dawcy, uznajemy w tym przypadku wyższość zasady świadczenia dobra nad zasadą nieszkodzenia. Należy zatem rozważyć, jaka jest podstawa takiej decyzji.

Przede wszystkim należy uznać, że w tym kontekście nie można rozumieć zasady „po pierwsze, nie szkodzić” w jej tradycyjnym sensie. Dotychczas – to znaczy przed pojawieniem się możliwości pobierania tkanek i organów od osób żyjących – zasadę tę rozumiano w ten sposób, że lekarz wykonujący działania lecznicze na danej osobie, winien tak postępować, aby świadczyć pacjentowi wyłącznie dobro. Oczywiście rozwój medycyny wprowadził takie działania, które same w sobie są wyrządzeniem zła, ale zarazem są jedynym sposobem uratowania pacjenta. Z tego rodzaju działaniami spotykamy się zresztą już u początku praktyk medycznych – jako przykład może służyć amputacja kończyny zapobiegająca obumarciu całego ciała. Faktycznie więc zasadę *primum non nocere* należy rozumieć w sensie utilitarystycznym, jako głoszącą, że w rezultacie wszelkich działań medycznych suma wyrządzonego dobra musi przewyższać sumę wyrządzonego zła¹⁶. Ponadto zasadę tę w jej tradycyjnym rozumieniu należy odnosić do relacji między dwiema osobami: lekarzem i jego pacjentem. Czy tak rozumiana zasada *primum non nocere* może odnosić się do relacji między trzema osobami: lekarzem, biorcą i dawcą?

Odnosząc omawianą zasadę do relacji trójczłonowej, musimy również rozstrzygać, czy suma dobra przewyższa sumę zła, jednak to dobro i zło nie dotyczą

jednej tylko osoby, lecz rozkładają się na dwie osoby: dawcę i biorcę. Zauważmy przy tym, że dobro, które otrzymuje biorca, jest dobrem fizycznym (jest to jego życie i zdrowie), zaś dobro, które ewentualnie otrzymuje dawca, jest dobrem moralnym (świadomością, że złożona z samego siebie ofiara uratowała czyjeś życie). Z kolei zło, które dotyka dawcę, jest złem fizycznym (okaleczeniem), a zło, którego doświadcza biorca, jest złem moralnym (świadomością, że z jego powodu drugiego człowieka dotknęło zło fizyczne). Mamy więc do czynienia z sytuacją następującą: zło fizyczne wyrządzone dawcy generuje dobro fizyczne dla biorcy, a dobro moralne doznane przez dawcę skutkuje złem moralnym doświadczanym przez biorcę. Niewątpliwie lekarz jest współsprawcą zła fizycznego dawcy i współsprawcą dobra fizycznego biorcy. Dawca jest współsprawcą dobra fizycznego biorcy, współsprawcą zła fizycznego, którego sam doświadcza, oraz jedynym sprawcą dobra moralnego, którego sam doświadcza. Biorca jest współsprawcą zła fizycznego dawcy i jedynym sprawcą zła moralnego, którego sam doświadcza; on nie czyni dobra, lecz tylko go doznaje. Sytuację moralną dawcy i biorcy omówimy w dalszej części rozważań, teraz skupmy się na sytuacji lekarza.

Początkowo to jedynie lekarz rozważał, czy dane działanie medyczne przyniesie pacjentowi więcej dobra, czy zła; uznawano bowiem, że jedynie on jest zdolny dokonać bilansu przewidywanych strat i zysków, gdyż jedynie on dysponuje wymaganą wiedzą fachową. Obecnie jednak uznaje się, że to pacjent jako osoba autonomiczna ma prawo ostatecznego osądu, co jest, a co nie jest dla niego dobrem i złem w kontekście medycznym, i dlatego lekarz ma obowiązek właściwego poinformowania go, by uzyskać od niego świadomą zgodę na podjęcie określonych działań¹⁷. Faktycznie uznano więc, że wyznacznikiem takiej oceny nie są tylko dane o stanie organizmu, ale także osobowość i charakter pacjenta oraz wyznaczana przez niego hierarchia wartości.

Ta swoista rewolucja w stosunkach między lekarzem a pacjentem dokonała się stosunkowo niedawno. W wydanym w 1899 r. zbiorze aforyzmów *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej* wybitny lekarz, naukowiec i społecznik, Władysław Biegański, pisał: „Są prawdy, na których widok człowiek sam sobie oczy zasłania; są chwile, w których najszczęśliwszym jest niewidomy. Kto takie prawdy człowiekowi odślania, kto w takich chwilach zdejmuje bielmo z oka niewidomego, ten robi źle, ten czyni ich nieszczęśliwymi”¹⁸. Następnie zaś poczynił szczere wyznanie: „Gdybym był ciężko i beznadziejnie chory, nie pytałbym mojego lekarza o wiedzę, lecz

¹⁴ Zob. M. Nowacka, *Sytuacja moralna żyjącego dawcy narządów do przeszczepu*, w: T. Grabińska, M. Zabierowski (red.), *Quaestiones*, v. I, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2002.

¹⁵ Tamże, s. 203.

¹⁶ Niektórzy argumentują, że ponieważ coraz częściej w praktyce klinicznej czynienie dobra warunkowane jest w jakimś stopniu koniecznością czynienia zła, jak też nie da się oddzielić nieszkodzenia i czynienia dobra, więc zasada *primum non nocere* po prostu traci sens; zob. R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęśna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997, s. 91-96.

¹⁷ Szersze omówienie zagadnień poszanowania autonomii i wymogu świadomej zgody pacjenta można znaleźć w: T. L. Beauchamp, J. F. Childress, dz. cyt., s. 131-200, i w: R. Gillon, dz. cyt., s. 125-130.

¹⁸ W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o sztuce lekarskiej*, Wydawnictwo „Przegląd Koniński”, Konin 1997, s. 58-59.

o serce. Wolałbym, żeby mi zamknięto powieki z nadzieją na ustach, anizeli żeby mi powiedziano prawdziwą diagnozę – mój wyrok śmierci”¹⁹. Jeszcze w 1950 roku lekarz-psychiatra, bardziej znany jako popularyzator nauki, pisał: „Zawód lekarza jest pewnego rodzaju wiedzą tajemną – oznacza to, że pacjent nie zna szczegółów działań, które lekarz w stosunku do niego podejmuje. (...) Lekarz oczywiście pyta się chorego, czy zgadza się poddać operacji, pacjent jest także informowany o ogólnym przebiegu terapii. Nie informuje się go jednak o rozmiarach ryzyka, możliwych komplikacjach lub ewentualnej niepewności lekarza co do rozpoznania choroby. Inne postępowanie wobec pacjenta byłoby nie tylko okrutne, lecz także (...) mogłoby spowodować psychiczne obciążenie chorego, wpływając ujemnie na przebieg terapii. Zapoznanie pacjenta ze szczegółami leczenia nie pomaga w żaden sposób pacjentowi, który jest w zakresie medycyny laikiem. To morze milczenia we wzajemnym stosunku lekarza i pacjenta chory wypełnia zaufaniem do lekarza, który z kolei pozostaje skazany na samotność w dźwiganiu ciężaru odpowiedzialności”²⁰.

Powyższy cytat pozwala ujrzeć coś więcej niż tylko zmianę nastawienia lekarza do pacjenta. W istocie chodzi o to, że lekarz przestał być jedynym decydem w procesie leczenia – poszerzenie zakresu wolności decydowania o sobie wymaga ograniczenia zakresu autonomiczności decyzji ściśle medycznych. Ale takie rozszerzenie wolności pacjenta możliwe jest tylko wówczas, gdy uzna się, że w procesie leczenia obok czynników ściśle medycznych, a więc tych, które pozostają w gestii lekarza, równie ważne, a nieraz ważniejsze, są czynniki emocjonalne, woliatywne i moralne, a więc te, którymi kieruje się pacjent. Zasada *primum non nocere* nadal jest obligatoryjna, tzn. nadal obowiązkiem lekarza jest przeprowadzenie bilansu strat i zysków pacjenta, tyle że teraz lekarz musi uwzględnić jako składniki owego bilansu również uwarunkowania osobowościowe i system wartości pacjenta. Lekarz nie może wyrządzać pacjentowi szkody; ale to pacjent decyduje ostatecznie o tym, co jest dla niego szkodą, a co korzyścią²¹. W takich sytuacjach może oczywiście powstać konflikt między systemami wartości lekarza i pacjenta – wyraziste przykłady to kwestie aborcji i eutanazji – ale w sytuacji, gdy pacjent żąda czynu o charakterze medycznym skutkującego dobrem wedle jego systemu wartości, a czyn ten przynajmniej nie pozostaje w sprzeczności z zasadami moralnymi

¹⁹ Tamże, s. 60.

²⁰ H. von Ditfurth, *Dziedzictwo człowieka z Neandertalu. Między nauką a wiarą*, tłum. J. K. Nowca, Wydawnictwo „Parnas”, bmn., 1995, s. 195-196.

²¹ Nie wydaje się więc, aby słuszną była teza, iż „zasada *primum non nocere* w swej pierwotnej treści medyczno-biologicznej traci współcześnie swój obligatoryjny charakter na rzecz szerszego jej rozumienia, na mocy którego lekarza obowiązuje poszanowanie autonomii pacjenta i jego osobistej hierarchii wartości”; E. Klimowicz, *Dawstwo transplantantów w świetle zasad etyki lekarskiej*, „Edukacja Filozoficzna” 18, 1994, s. 71.

lekarza, to lekarz ma obowiązek spełnienia żądania. Odmowa spełnienia równałaby się zaniechaniu leczenia.

Przedstawiona argumentacja jest zasadna tylko przy zasadniczo szerszym od tradycyjnego rozumieniu leczenia, uwzględniającym nie tylko aspekty somatyczne, lecz także duchowe pacjenta. Wydaje się, że w tym właśnie kierunku zmierza rozwój medycyny. Potwierdzeniem tego jest definicja zdrowia podana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), wedle której „zdrowie jest stanem doskonałego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem choroby lub ułomności”²². Traktując tę definicję dosłownie, należałoby uznać, że nikt z nas nigdy nie był i nie będzie zdrowy. Dlatego należy sądzić, że definicja ta wskazuje na pewien stan idealny, jak też prowadzi do uznania, że obowiązkiem zawodowym i moralnym lekarza jest czynienie wszystkiego, na co pozwala mu jego wiedza i umiejętności zawodowe, by jak najbardziej zbliżyć pacjenta do takiego stanu²³.

Takie rozumienie zdrowia i wynikające stąd rozumienie powinności lekarza może służyć jako podstawa moralnego usprawiedliwienia chirurga pobierającego organ od żywego dawcy. Wprawdzie bowiem zgodnie z tradycyjnym rozumieniem działań leczniczych taki potencjalny dawca nie mógłby zostać uznany za pacjenta (pacjentem w tradycyjnym rozumieniu jest tylko człowiek chory somatycznie lub psychicznie), ale gdy uznamy, że zdrowie nie jest tylko brakiem choroby, wówczas pobranie narządu staje się działaniem leczniczym zmierzającym do zmiany poziomu samopoczucia psychicznego i społecznego dawcy. Inaczej mówiąc, lekarz ma moralny obowiązek pobrania narządu, jeśli w rezultacie tego samopoczucie psychiczne i społeczne dawcy polepszy się. Natomiast wyłącznie od samego dawcy, nie zaś od lekarza, zależy ustalenie, co znajduje się wyżej w hierarchii wartości: zdrowie fizyczne czy stan psychiczny. Z drugiej strony jednak akceptacja tej hierarchii wartości przez lekarza nie ma charakteru bezwzględnej – jej granicą jest warunkowane wiedzą lekarza rozpoznanie, jaki stopień fizycznego uszkodzenia cielesności dawcy jest dopuszczalny ze względu na przewidywalne dodatnie skutki zdrowotne u biorcy.

Oczywiście przedstawione usprawiedliwienie moralne lekarza wymaga spełnienia dwu warunków. Po pierwsze, lekarz musi dokonać oceny stopnia ryzyka, jaki pobranie stwarza dla życia i zdrowia dawcy. Po drugie, dawca musi kiero-

²² Cyt. za: R. Gillon, dz. cyt., s. 159.

²³ Jest to definicja typu holistycznego. Funkcjonuje bardzo wiele definicji zdrowia sformułowanych z różnych punktów widzenia i charakteryzujących się odmiennymi sposobami rozumienia kryteriów zdrowotności. Rozważania o zdrowiu i ochronie zdrowia wyodrębnia się jako swoją dyscyplinę badawczą, która określana jest nazwą „waleologia” (od łacińskiego *valens*, czyli zdrowy). Zob. J. Jaroń, *Środowiskowe aspekty waleologii*, w: W. Tyburski (red.), *Etyka środowiskowa – Teoretyczne i praktyczne implikacje*, TOP Kurier, Toruń 1998.

wać się wyłącznie motywami altruistycznymi. Jeżeli dawca sprzedaje swój narząd czy tkanki zmuszony do tego ciężką sytuacją materialną, działanie lekarza pobierającego transplant nie daje się wpisać w przedstawiony kontekst. Zauważmy, że ustawodawstwo transplantacyjne wymogi te wyraźnie formułuje. Omówione powyżej zapisy polskiej ustawy transplantacyjnej nakładają na lekarza obowiązek ustalenia stopnia ryzyka, jakie powstaje dla dawcy, oraz dopuszczają jedynie dawstwo altruistyczne. Ustawodawca zakłada przy tym, że wyłącznie motywami altruistycznymi kierują się dawcy, dla których biorca jest osobą najbliższą, a więc krewni w linii prostej, rodzeństwo czy małżonkowie; wobec dawców nie będących dla biorcy osobami najbliższymi stosuje się procedurę sprawdzającą motywy decyzji.

Jeżeli przedstawiona interpretacja jest zasadna, to pobranie od żywego dawcy nie tylko nie jest naruszeniem zasady nieszkodzenia, ale wręcz przeciwnie – odmowa pobrania byłaby wyrządzeniem szkody potencjalnemu dawcy. Już w początkach stosowania praktyk transplantacyjnych lekarze wskazywali, że w sytuacji istnienia głębokiej więzi emocjonalnej między potencjalnym dawcą a chorym potrzebującym przeszczepu odmowa pobrania staje się dla tego pierwszego większym złem niż wycięcie organu. „Amerykańscy klinicyści uważają, że jeśli chodzi tu o kogoś bliskiego, o stosunek między matką, córką, dzieckiem, to może się okazać, że śmierć tego dziecka wobec świadomości, że można je było uratować, gdyby matka dała nerkę, jest większym wstrząsem psychicznym i gorzej się odbije na zdrowiu matki, niż wycięcie nerki, bez której może ona żyć”²⁴. Lekarz wypowiadający te słowa podkreśla jednak, że jest tak tylko w wypadkach istnienia autentycznej więzi uczuciowej, a informacja o ryzyku, jakie pobranie stwarza dla dawcy, sprawia, że wiele osób początkowo chętnych, po przemyśleniu wycofuje się. „Część ludzi jednak stwierdza, że osoba chorego jest dla nich tak droga, że chcą się dla niej poświęcić”²⁵.

W kontekście więzi emocjonalnej – i tylko w takim kontekście – pobranie przez lekarza narządu od żyjącej osoby nie jest więc działaniem na szkodę dawcy, a wręcz przeciwnie, jest wyświadczaniem mu określonego dobra. Można zatem uznać, że nie tylko nie została naruszona zasada *primum non nocere*, ale także spełniona jest druga zasada, mianowicie *salus aegroti suprema lex*. Oczywiście nie należy zasady tej ograniczać do jej dosłownego przekładu: „zdrowie chorego prawem najwyższym”. Przede wszystkim dawca nie jest chorym w ścisłym sensie tego słowa; paradoksalnie, musi być on w dość dobrym stanie zdrowia (somatycznie), aby jego organ nadawał się do przeszczepu, oraz w pełni zdrow psychicznie,

²⁴ T. Orłowski w dyskusji *Etyczne aspekty transplantacji serca*, wyd. cyt., s. 22.

²⁵ Tamże, s. 23.

aby zdolny był do świadomego i dobrowolnego wyrażenia woli przekazania swego narządu. Jeżeli więc uznajemy, że dawca podpada pod łacińskie słowo *aegrotus*, to w sensie szerszym, zgodnym z cytowaną wyżej definicją zdrowia podaną przez Światową Organizację Zdrowia.

Ponadto łaciński termin *salus* nie może być rozumiany zawężająco jako zdrowie w sensie somatycznym, ani nawet z rozszerzeniem zakresu również na zdrowie psychiczne; jak wskazaliśmy, dawca musi być zdrow somatycznie i psychicznie. Właściwym tłumaczeniem będzie „dobro”, gdyż w przedstawionym kontekście moralna akceptacja działań lekarza jest wynikiem przeświadczenia, iż działa on dla dobra dawcy. Takie rozumienie omawianej maksymy jest w istocie zgodne z jej pierwotnym sensem. Jest ona bowiem parafrazą zasady sformułowanej przez Cyncerona – a raczej przejętej przez niego z Ustawy XII Tablic – w odniesieniu do wyższych urzędników państwowych. Rzymski prawnik, podkreślając wagę właściwego kierowania sprawami państwa, widział podstawę dobrych rządów we właściwym stosunku rządzących do rządzonych i nakazywał: „Dobro ludu niechaj będzie dla nich najwyższym prawem”²⁶. W oryginale łacińskim brzmi to: *Salus populi suprema lex esto*²⁷. Sentencja medyczna powstaje z zastąpienia jednego tylko słowa.

Podkreśliśmy, że opisana sytuacja stanowiąca kontekst moralnego usprawiedliwienia lekarza wyznaczana jest nie tylko przez potencjalnego dawcę, ale także przez biorcę, przez emocjonalną więź istniejącą między nimi, a nawet szerzej – przez cały układ związków rodzinnych dawcy i biorcy. Z jednej strony jest to sytuacja tragiczna, z drugiej zaś wzmacnia więzi emocjonalne i uczuciowe bliskich sobie ludzi. Jedynie w tym kontekście, nie zaś w kontekście dawstwa ze zwłok, mamy do czynienia ze świadomym i dobrowolnym złożeniem ofiary z samego siebie po to, by mógł żyć nadal drugi człowiek. Nieoczekiwanie ujawnia się nowy aspekt tego oto fragmentu *Przysięgi Hipokratesa*: „Do czyjegokolwiek domu wniknę, celem wejścia mojego będzie jedynie dobro chorego”²⁸. Nigdy dotąd lekarz nie wchodził do domu chorego w tak głębokim sensie słowa „dom”. I tylko w tym kontekście można sensownie mówić, że lekarz staje się pośrednikiem w akcie składania przez jednego człowieka daru z samego siebie, by również drugi człowiek mógł nadal żyć. Po złożeniu tego daru życie dawcy ma gorszą jakość somatyczną; ale uratowane zostaje życie biorcy i odtąd życie ich obu ma pełniejszy wymiar duchowy.

²⁶ Cynceron, *O prawach* 3, 3, 8, w: Marcus Tullius Cicero, *Pisma filozoficzne*, t. II, tłum. W. Koriatowski, PWN, Biblioteka Klasyków Filozofii, Warszawa 1960, s. 287.

²⁷ Zob. S. Kalinkowski, *Aurea dicta. Złote słowa*, Wydawnictwo Veda, Warszawa 1993, s. 111.

²⁸ Cytowane za: A. Tulczyński (red.), *Deontologia lekarska. Wybrane materiały do seminariów*, Warszawska Akademia Medyczna, Warszawa 1993, s. 7.

Należy jednak zastrzec się z całą stanowczością, że rozważana sytuacja ma charakter w jakiejś mierze idealny²⁹. W rzeczywistych decyzjach ofiarowania narządu istotną rolę odgrywać mogą czynniki presji rodzinnej, społecznej czy obyczajowej i zapewne nie zawsze ofiara dawcy jest czynem istotowo dobrowolnym. Ten aspekt zagadnienia pozostaje jednak poza możliwością dogłębnej oceny przez lekarza; nawet, jeśli u lekarza pozostają nie do końca rozwiane wątpliwości co do intencji dawcy, musi on ostatecznie uwierzyć, że kierują nim motywacje altruistyczne. Wszelako to ograniczenie nie zmienia zasadności moralnej akceptacji działań lekarza. Możliwość nierównego traktowania przez lekarza dawcy i biorcy na niekorzyść tego pierwszego – a z powodów natury psychologicznej niebezpieczeństwo tego rodzaju zachowań jest realne – zostaje w jakimś stopniu wyeliminowana zakazem przeprowadzania przez tego samego lekarza badania potencjalnego dawcy i kwalifikowania go do pobrania oraz dokonywania transplantacji.

Zasadność takiej akceptacji zostaje natomiast zniesiona wówczas, gdy sam lekarz dopuszcza możliwość pobrania narządu, mimo że wie, iż dawcą kierują względy inne niż altruistyczne, np. chęć zarobku, a tym bardziej, gdy lekarz wie lub choćby podejrzewa, iż zgoda dawcy jest w jakiś sposób wymuszona. Ciągły brak organów do przeszczepów sprawia, że presja środowisk transplantologicznych jest bardzo silna i coraz częściej spotykana jest argumentacja, że człowiek ma pełne prawo decydowania o swoim ciele, a więc z punktu widzenia lekarza pobranie narządu ofiarowanego altruistycznie i pobranie narządu sprzedanego jest tym samym. Można oczywiście uznać takie stanowisko, ale należy być świadomym jego konsekwencji, a te są dwojakie. Po pierwsze, dokonuje się w ten sposób zasadnicza instrumentalizacja zdrowia dawcy – nie jest ono w takich sytuacjach traktowane przez lekarza jako dobro samo w sobie, lecz staje się jedynie środkiem chronienia dobra innej osoby³⁰. Po drugie, istotowej zmianie ulega samo rozumienie zawodu lekarza, tzn. przestaje on być rozumiany jako swoista misja czy powołanie na służbę człowiekowi, a staje się zwyczajną umiejętnością wykonywania określonych działań opartą na znajomości ludzkiego organizmu.

Ta druga konsekwencja warta jest namysłu. Być może zmierzamy w kierunku odarcia zawodu lekarza z owego nimbu służebności, powołania i posłannictwa. Zawód lekarza stawać się może coraz bardziej zwyczajną profesją, nie różniącą się od innych umiejętności fachowych, wykonywaną dla celów zarobkowych, a jeśli nawet w zgodzie z własnymi zainteresowaniami i w poczuciu realizacji samego

²⁹ Zapewne dlatego lekarz woli określić przeszczep od żywego dawcy jako wybór mniejszego zła. Tak ujmuje sprawę M. Sych, *Ethical Aspects of Organ Donation*, „Proceedings of the 8th European Congress of Anaesthesiology”, Warsaw, Poland, September 9-15, 1990, Warsaw 1990 oraz tenże, *Aspekty etyczne pobierania narządów do przeszczepów*, „Polski Przegląd Chirurgiczny” 64, 3, 1992 (artykuł ten powtarza większość ustaleń wcześniejszego referatu kongresowego).

³⁰ Por. E. Klimowicz, art. cyt., s. 68.

siebie, to przecież niekoniecznie z pasją służenia człowiekowi. Może się też okazać, że owe postawy służebne wprawdzie występowały i występują nadal w środowiskach medycznych, ale w odniesieniu do zawodu lekarskiego jako takiego są jedynie pięknym ideałem, często nawet skrywającym postawy egoistyczne³¹. Analogiczna zmiana rozumienia dokonała się już dawno w odniesieniu do zawodu adwokata. Teoretycznie powołaniem adwokata (w Polsce tradycyjnie tytułowanego mecenasem, czyli opiekunem) jest służenie człowiekowi, co uzasadniane jest tym, że żaden człowiek nigdy nie jest dogłębnie zdeprawowany i musi być ktoś, kto pomoże odsłonić jego strony pozytywne, ukazać okoliczności łagodzące i wskazać na szansę poprawy. A przecież jako oczywistość traktujemy sytuację, kiedy adwokat broni sprawy, o której wie, że jest niesłuszna, krzywdząca drugą stronę, on zaś liczy na wygraną nie z racji jej słuszności, lecz z powodu swych lepszych umiejętności zawodowych, większej biegłości w wykorzystywaniu luk prawnych, niż te, którymi dysponuje strona przeciwna.

Jest jakaś analogia między adwokatem świadomie podejmującym się sprawy niesłusznej a lekarzem pobierającym narząd od dawcy wynagradzanego. Granica, do jakiej skłonni jesteśmy zaakceptować motywacje kierujące żywym dawcą, staje się wyznacznikiem naszego rozumienia samej istoty profesji medycznej. Jeśli posuniemy się za daleko, popadniemy w sprzeczność. Z czysto ludzkich pobudek i emocji oczekiwac będziemy od lekarzy służebnej troski o nas i nasze zdrowie, argumentując, że przecież zawód lekarza nie tyle jest zawodem, co powołaniem do służby człowiekowi; jednocześnie zaś oczekiwac będziemy od lekarza, by sprawnie wykonał zleconą czynność, kierując się wyłącznie umiejętnościami fachowymi, bez angażowania własnego sumienia. A sprzeczności nie dają się realizować.

³¹ Cytowany powyżej Władysław Biegański tak oto oceniał sytuację w środowiskach lekarskich drugiej połowy XIX wieku: „Skąd lekarz ma dziś czerpać ideały etyczne? Jako uczeń medycyny widzi w klinikach i szpitalach tylko bałwochwalczą cześć dla wiedzy, erudycji i ciekawych przypadków; jako lekarz, spotyka w praktyce bezwzględna gonitwę za groszem, zawiść i walkę o byt. Wśród takich warunków nawet najgorętsza dusza wystygnać musi”; W. Biegański, dz. cyt., s. 23-24. Nie miał nadto nadziei, że sytuację mogą poprawić działania instytucjonalne: „Upadającą etykę lekarską chcą dziś ratować przez instytucję izb lekarskich i sądów honorowych. Daremne starania! Nikt nie stawia grobli w czasie wylewu. Skutki zaniedbania wychowawczego nie naprawia się postrachem”; tamże, s. 38.

MARIA NOWACKA

MORAL SITUATION OF THE PHYSICIAN IN RELATION TO THE LIVING DONOR

(Summary)

In the article the author discusses the problem of the moral situation of a physician receiving an organ from a living donor. The question is discussed whether in such a situation two traditional medical principles – *primum non nocere* and *salus aegroti suprema lex* – are not violated. It is pointed out that this situation leads to two consequences: (1) the donor's health becomes explicitly instrumental; (2) the medical profession is no longer understood as a kind of humanitarian mission or a vocation but it becomes a normal job and a competence to perform particular actions based on the knowledge of human body.

Key words: living donor, physician, medical profession

Adres do korespondencji

Address for correspondence

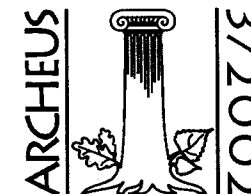
dr Maria Nowacka

Uniwersytet w Białymstoku

Zakład Bioetyki i Antropologii Filozoficznej

Pl. Uniwersytecki 1

15-420 Białystok



SŁAWOJ MACIEJEWSKI
JERZY T. MARCINKOWSKI

GENEZA I LOSY SKARG PRZECIWKO LEKARZOM W ŚWIECIE MATERIAŁÓW OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

I. CZĘŚĆ OPISOWA

1. Cel badań

Celem głównym pracy jest analiza genezy i losów skarg przeciwko lekarzom wniesionych do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Celami szczegółowymi są:

1. Poznanie najczęstszych okoliczności i przyczyn kierowania skarg przeciwko lekarzom do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.
2. Poszukiwanie cech wyróżniających lekarzy, przeciwko którym zostały wniesione skargi – w oparciu o analizę ich wieku, płci, specjalizacji lekarskiej.
3. Ocena działalności okręgowego rzecznika odpowiedzialności lekarskiej poprzez analizę zasadności odmów wszczęcia postępowania bądź umorzenia postępowania wyjaśniającego.
4. Ocena trafności kwalifikacji prawnej czynów zabronionych, popełnionych przez lekarzy, dokonanej przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej – w świetle wyroków sądu lekarskiego.

2. Teren badań

Terenem badania był obszar działalności Wielkopolskiej Izby Lekarskiej (WIL), który ulegał zmianom w okresie objętym badaniami. W 1989 roku – w okresie reaktywacji izb lekarskich – obowiązywał (wprowadzony w 1975 roku)

podział Polski na 49 województw. WIL – po ówczesnych dyskusjach na temat jej obszaru działalności – objęła ostatecznie 4 województwa: poznańskie, leszczyńskie, konińskie i kaliskie. Sejm uchwalił latem 1998 r. nowy podział administracyjny kraju (obowiązujący od 1 stycznia 1999 roku) na 16 województw, 208 powiatów ziemskich, 64 powiaty grodzkie (miasta) i 2489 gmin. Po tej reformie administracyjnej przybyło do obszaru działalności WIL wraz z dawnym woj. pilskim 496 538 mieszkańców.

Obecnie obszarem działalności WIL jest województwo wielkopolskie, które obejmuje obszar 29 942 km² z 31 powiatami, 4 miastami na prawach powiatów, 226 gminami. W chwili utworzenia (1 stycznia 1999 roku) obszar województwa zamieszkiwało 3345 tys. ludności, natomiast w dniu 30.06.2001 r. liczba mieszkańców – według GUS – wynosiła 3 363 282.

3. Liczba lekarzy na terenie WIL

Na dzień 31 grudnia 2001 roku WIL posiadała zarejestrowanych ogółem 11 969 lekarzy medycyny i lekarzy stomatologii. Lekarzy medycyny było 9322 (77,9% ogółu członków WIL), w tym 4948 kobiet i 4374 mężczyzn. Lekarzy stomatologii było 2647 (22,1% ogółu członków WIL), w tym 2030 kobiet i 617 mężczyzn. W badaniach dotyczących okresu sprzed 31 grudnia 2001 roku zaistniała konieczność kierowania się liczbami szacunkowymi. Wynikało to z braku dokładnej rejestracji członków WIL, w szczególności w pierwszych latach jej działalności, których liczba podlegała nieustannym zmianom w związku z przystępowaniem corocznie do pracy nowych roczników absolwentów akademii medycznych, napływem lekarzy z innych izb lekarskich, przechodzeniem lekarzy do innych izb, wyjazdami za granicę, zgonami lekarzy. Liczba lekarzy na terenie WIL wyraźnie się zwiększyła od 1 stycznia 2000 roku, kiedy to obszar działalności WIL powiększono o teren byłego województwa pilskiego.

4. Rozmieszczenie kadry lekarskiej

Rozmieszczenie lekarzy jest w znacznym stopniu nierównomierne. Wiadomo, że lekarze praktykują przede wszystkim w dużych miastach, zwłaszcza posiadających wydziały lekarskie. Ta „reguła” nieregularnego rozmieszczenia kadr potwierdza się w sposób bardzo wyraźny na obszarze działalności WIL, gdyż prawie połowa ogółu lekarzy (48,6%) jest zatrudniona w Poznaniu, m.in. dlatego, że mieści się tu Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego.

Nierównomierność rozmieszczenia kadry lekarskiej jest wyraźnie widoczna, gdy analizuje się wskaźniki lekarzy na 10 tysięcy mieszkańców. Na przykład wskaźnik ten jest blisko sześciokrotnie wyższy w Poznaniu niż w dawnym województwie

konińskim z wyłączeniem miasta Konina, przy czym różnice są jeszcze większe (nawet ponad sześciokrotnie), gdy analizuje się lekarzy, niż lekarzy stomatologii (ponad pięciokrotnie).

5. Specjalizacje lekarskie

Specjalizacje lekarskie na obszarze działalności WIL – według badań J. T. Marcinkowskiego z 1999 roku¹ – posiadało 77,2% lekarzy medycyny (5503 osób) i mniej, bo 51,2%, lekarzy stomatologów (885 osób). Przepuszczalnie wysoki odsetek stomatologów bez specjalizacji (48,8%) wynika z faktu, że ich posiadanie nie daje wymiernych korzyści, tj. nie wpływa na prowadzenie własnego gabinetu.

Wśród lekarzy medycyny najczęstszymi specjalizacjami są: choroby wewnętrzne, pediatria i chirurgia ogólna. Wśród stomatologów specjalizacje – według częstości ich występowania – przedstawiają się następująco: 1) stomatologia ogólna, 2) stomatologia zachowawcza, 3) chirurgia stomatologiczna, 4) protetyka stomatologiczna, 5) stomatologia dziecięca, 6) chirurgia szczękowa, 7) paradontologia. Jednocześnie jednak największa jest na terenie WIL liczba lekarzy i lekarzy stomatologów, którzy nie posiadają specjalizacji.

Zauważalna jest feminizacja zawodu lekarza, a jednocześnie czynnik płci ma wybitne znaczenie w wyborze specjalizacji. Specjalizacjami zdecydowanie zdominowanymi przez kobiety są: 1) stomatologia dziecięca (92%), 2) transfuzjologia (86%), 3) okulistyka (85%), 4) stomatologia zachowawcza (82%), 5) stomatologia ogólna (80%), 6) pediatria (78%), 7) rehabilitacja medyczna (78%). Specjalizacjami o wyraźnej przewadze kobiet są: 1) alergologia (75%), 2) medycyna szkolna (75%), 3) mikrobiologia (75%), 4) paradontologia (75%), 5) diabetologia (73%), 6) neonatologia (72%), 7) higiena szkolna (71%), 8) diagnostyka laboratoryjna (70%), 9) reumatologia (69%), 10) dermatologia i wenerologia (68%), 11) medycyna rodzinna (68%), 12) choroby płuc (66%).

Specjalizacjami, gdzie przewaga kobiet jest niewielka, są: 1) neurologia dziecięca (64%), 2) neurologia (63%), 3) analityka kliniczna (62%), 4) radioterapia onkologiczna (61%), 5) foniatria (58%), 6) hematologia (57%), 7) medycyna nuklearna (57%). Równowaga płci jest zachowana w takich specjalizacjach jak: 1) patologia onkologiczna (55%), 2) chirurgia stomatologiczna (55%), 3) choroby wewnętrzne (54%), 4) radiodiagnostyka (54%), 5) choroby zakaźne (54%), 6) protetyka stomatologiczna (54%), 7) anestezjologia (53%), 8) psychiatria (53%), 9) psychiatria dzieci i młodzieży (50%), 10) otolaryngologia (49%), 11) endokrynologia (47%), 12) epidemiologia (45%).

¹ Zob. J. T. Marcinkowski (red.), *Wielkopolska Izba Lekarska i warunki pracy w opiniach lekarzy*, Wielkopolska Izba Lekarska, Poznań 1999.

Względnie mało kobiet wybiera takie specjalizacje jak: 1) chirurgia szczękowa (41%), 2) gastroenterologia (38%), 3) kardiologia (37%), 4) balneologia i medycyna fizykalna (37%), 5) położnictwo i ginekologia (33%), 6) nefrologia (33%), 7) seksuologia (29%), 8) patomorfologia (27%), 9) chemioterapia nowotworów (27%), 10) medycyna społeczna (26%). Najmniej kobiet jest w takich specjalizacjach jak: 1) chirurgia dziecięca (22%), 2) chirurgia onkologiczna (21%), 3) medycyna sądowa (21%), 4) higiena ogólna (20%), 5) medycyna sportowa (20%), 6) medycyna ogólna (18%), 7) organizacja ochrony zdrowia (16%), 8) neurochirurgia (11%), 9) ortopedia i traumatologia (10%), 10) chirurgia klatki piersiowej (9%), 11) chirurgia ogólna (8%), 12) urologia (8%), 13) medycyna pracy, 14) kardiochirurgia, 15) medycyna lotnicza.

Lekarze WIL według płci, rodzaju specjalizacji i wskaźnika na 10 tysięcy mieszkańców (według J. T. Marcinkowskiego²)

Specjalizacja ³	Liczby lekarzy			Wskaźnik na 10 000 mieszkańców	Stopień feminizacji (% kobiet)
	kobiety	mężczyźni	ogółem		
LEKARZE MEDYCyny					
bez specjalizacji	873	754	1627	5,49	54
choroby wewnętrzne	746	624	1370	4,62	54
pediatria	756	211	967	3,26	78
chirurgia ogólna	44	505	549	1,85	8
położnictwo i ginekologia	161	333	494	1,66	33
anestezjologia	176	157	333	1,12	53
okulistyka	193	33	226	0,76	85
otolaryngologia	101	105	206	0,69	49
neurologia	115	66	181	0,61	63
dermatologia i wenerologia	107	51	158	0,53	68
choroby płuc	99	50	149	0,50	66
radiodiagnostyka	80	67	147	0,49	54
psychiatria	77	68	145	0,49	53
ortopedia i traumatologia	14	121	135	0,45	10
organizacja ochrony zdrowia	18	91	109	0,37	16
medycyna społeczna	26	75	101	0,34	26
medycyna ogólna	16	73	89	0,30	18

² 13,0% ogółu lekarzy posiadało dwie specjalizacje a 1,0% aż trzy specjalizacje.

³ Por. tab. 3, w której przedstawiono odsetkową strukturę specjalizacji lekarskich – od najczęstszych do najrzadziej występujących.

Specjalizacja	Liczby lekarzy			Wskaźnik na 10 000 mieszkańców	Stopień feminizacji (% kobiet)
	kobiety	mężczyźni	ogółem		
rehabilitacja medyczna	62	17	79	0,27	78
medycyna pracy	0	76	76	0,26	0
medycyna rodzinna	52	24	76	0,26	68
chirurgia dziecięca	16	56	72	0,24	22
reumatologia	48	21	69	0,23	69
pozostałe specjalizacje	34	18	52	0,17	65
patomorfologia	14	37	51	0,17	27
urologia	4	45	49	0,16	8
kardiologia	17	29	46	0,15	37
choroby zakaźne	24	20	44	0,15	54
radioterapia onkologiczna	27	17	44	0,15	61
analitka kliniczna	21	13	34	0,11	62
chirurgia onkologiczna	6	23	29	0,10	21
neonatologia	21	8	29	0,10	72
alergologia	21	7	28	0,09	75
balneologia i medycyna fizykalna	10	17	27	0,09	37
epidemiologia	10	12	22	0,07	45
neurochirurgia	2	16	18	0,06	11
endokrynologia	8	9	17	0,06	47
medycyna sądowa	3	11	14	0,05	21
gastroenterologia	5	8	13	0,04	38
foniatria	7	5	12	0,04	58
medycyna szkolna	9	3	12	0,04	75
chemioterapia nowotworów	3	8	11	0,03	27
chirurgia klatki piersiowej	1	10	11	0,04	9
diabetologia	8	3	11	0,04	73
kardiochirurgia	0	11	11	0,04	0
neurologia dziecięca	7	4	11	0,04	64
diagnostyka laboratoryjna	7	3	10	0,03	70
higiena ogólna	2	8	10	0,03	20
medycyna sportowa	2	8	10	0,03	20
psychiatria dzieci i młodzieży	5	5	10	0,03	50
patologia onkologiczna	5	4	9	0,03	55
mikrobiologia	6	2	8	0,03	75
hematologia	4	3	7	0,02	57
higiena szkolna	5	2	7	0,02	71

Specjalizacja	Liczby lekarzy			Wskaźnik na 10 000 miesz- kańców	Stopień feminizacji (% kobiet)
	kobiety	mężczyźni	ogółem		
medycyna nuklearna	4	3	7	0,02	57
seksuologia	2	5	7	0,02	29
transfuzjologia	6	1	7	0,02	86
nefrologia	2	4	6	0,02	33
medycyna lotnicza	0	5	5	0,02	
ortodoncja	0	5	5	0,02	
farmakologia kliniczna	0	3	4	0,01	
fizjologia kliniczna	1	3	4	0,01	
medycyna morska i tropikalna	2	2	4	0,01	
chirurgia plastyczna	1	2	3	0,01	
audiologia	2	0	2	pon. 0,01	
geriatria	2	0	2	0,01	
oświata zdrowotna	0	2	2	0,01	
farmakologia	1	0	1	pon. 0,01	
neuropatologia	0	1	1	pon. 0,01	
otolaryngologia dziecięca	1	0	1	pon. 0,01	
toksykologia	0	1	1	pon. 0,01	
LEKARZE STOMATOLOGII					
bez specjalizacji	649	195	844	2,85	77
stomatologia ogólna	515	126	641	2,16	80
stomatologia zachowawcza	145	32	177	0,57	82
chirurgia stomatologiczna	65	52	117	0,39	55
protetyka stomatologiczna	54	47	101	0,34	54
stomatologia dziecięca	93	8	101	0,34	92
chirurgia szczękowa	7	10	17	0,06	41
paradontologia	9	3	12	0,04	75

6. Materiał badawczy

Materiał badawczy stanowiła dokumentacja obejmująca lata 1991-2001 z danych Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (ORzOZ) Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz Okręgowego Sądu Lekarskiego (OSL) Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

A. DOKUMENTACJA OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Z akt ORzOZ wynotowano następujące dane: datę złożenia skargi lub wszczęcia postępowania przez ORzOZ po uzyskaniu przez niego informacji uprawdopodobniających popełnienie przez lekarza czynu zabronionego, zarzuty stawiane lekarzowi znajdujące się w treści skargi, ocenę zarzutów znajdujących się w skardze przez ORzOZ i zastępców ORzOZ (zORzOZ) oraz kwalifikację czynów według KEL i ustawy o zawodzie lekarza (UoZL), sposób załatwienia sprawy przez ORzOZ i zORzOZ:

- odmowa wszczęcia postępowania,
- wszczęcie postępowania wyjaśniającego,
- umorzenie postępowania wyjaśniającego,
- wniosek o ukaranie do OSL WIL⁴,
- przekazanie skargi do izby lekarskiej właściwej dla danego lekarza,
- zawieszenie postępowania wyjaśniającego,
- przekazanie sprawy do prokuratury,
- inny sposób załatwienia skargi.

W sprawach, w których zostało złożone odwołanie do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (NRzOZ) przy Naczelnej Radzie Lekarskiej (NRL) w Warszawie na decyzję ORzOZ wynotowano następujące sposoby załatwienia:

- a) utrzymanie w mocy decyzji ORzOZ,
- b) zalecenie wszczęcia postępowania wyjaśniającego lub ponowne przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego,
- c) przekazanie sprawy innemu ORzOZ,
- d) rozpoznanie sprawy przez NRzOZ,
- e) inny sposób załatwienia sprawy.

B. DOKUMENTACJA OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO

Z akt OSL WIL wynotowano wszystkie istotne fakty, a w szczególności decyzje OSL. Złożone wnioski rozpatruje się tutaj w następujący sposób: odsyła się sprawę celem uzupełnienia materiału dowodowego (przesłuchania dodatkowych świadków, dostarczenia opinii biegłych), przeprowadza postępowanie sądowe lub zawiesza postępowanie na wniosek ORzOZ. Okręgowy Sąd Lekarski w postępowaniu procesowym wydaje orzeczenie:

- a. uniewinnienia lekarza od zarzutów,
- b. ukarania lekarza upomnieniem,
- c. ukarania lekarza naganą,

⁴ W przypadku równoczesnego postępowania przeciwko lekarzowi, prowadzonego przez prokuraturę lub sąd, kwalifikację poszerza się o artykuły Kodeksu Karnego.

- d. wstrzymania prawa wykonywania zawodu,
- e. odebrania prawa wykonywania zawodu.

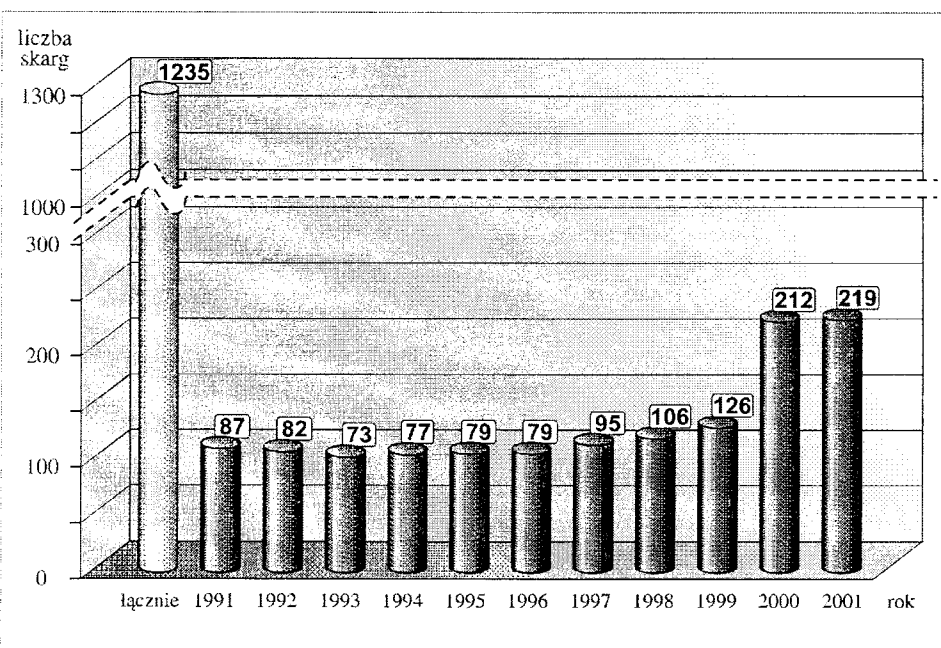
Odwołanie od orzeczenia OSŁ do NSŁ przysługuje osobie skarżącej, ORzOZ, jak i lekarzowi uznanemu za winnego.

W postępowaniu wyjaśniającym przed ORzOZ i przed OSŁ i NSŁ, lekarzowi przysługuje prawo korzystania z pomocy prawnej upoważnionego adwokata. Obrońcą przed sądem może także być lekarz poproszony o to przez obwinionego lub wyznaczony z urzędu przez Izbę Lekarską.

7. Omówienie wyników badań

A. LICZBA I POCHODZENIE SKARG

W latach 1991-2001 wpłynęło ogółem do ORzOZ WIL 1235 skarg. ORzOZ i jego zastępcy rozpatrzyli 1188 skarg. Nie załatwione skargi (47 skarg) przeszły na rok 2002. Analizując liczby złożonych skarg w poszczególnych latach obserwuje się najpierw niewielki ich spadek, od 87 w 1991 r. do 73 w 1993 r., kiedy było ich najmniej, a potem systematyczny wzrost, przy czym liczba skarg wyraźnie narastała od 1999 r., co obrazują następujące wyliczenia: w trzech pierwszych



Ryc. 1. Liczby skarg zgłaszanych do ORzOZ WIL w latach 1991-2001

latach obserwacji (1991-1993) złożono w biurze rzecznika 242 skargi, co stanowiło tylko 19,6% ogólnej liczby skarg z okresu objętego badaniami; w ostatnich trzech latach (1999-2001) wpłynęło aż 557 skarg, co stanowiło 45,1% wszystkich skarg. W 2001 r. złożono trzykrotnie więcej skarg, niż w 1993 r., kiedy było ich najmniej (ryc. 1).

B. LICZBA SKARG W ZALEŻNOŚCI OD MIEJSCA ZAMIESZKANIA OSOBY SKARŻĄCEJ

Stwierdzono w ostatnich 3 latach obserwacji (lata 1999-2001) wyraźny wzrost liczby skarg wnoszonych do ORzOZ WIL przez obywateli z małych miejscowości (do 50000 mieszkańców) w porównaniu do okresu lat 1991-1998. Ilustrują to poniższe liczby (tab. 1.): w latach 1991-1993 wpłynęły 82 skargi z miejscowości do 50 tys. mieszkańców, a z miejscowości większych (ponad 50 tys. mieszkańców) – 140, co daje odpowiednio 36,9% i 63,1%; w latach 1999-2001 liczby te przedstawiały się odpowiednio 230 do 241 skarg (48,8% do 51,2%).

Tabela 1. Liczba skarg w zależności od wielkości miejsca zamieszkania osoby skarżącej

Rok	Liczba mieszkańców w miejscowości zamieszkiwanej ⁵ przez osobę skarżącą					
	do 5.000	do 25.000	do 50.000	do 100.000	powyżej 100.000	inne zgłoszenia
1991	4	13	9	11	43	7
1992	9	12	11	8	34	8
1993	6	12	6	13	31	5
1994	7	18	1	12	33	6
1995	7	11	9	6	28	18
1996	8	9	3	4	27	28
1997	9	18	5	9	35	19
1998	7	16	6	7	36	34
1999	23	15	9	17	39	23
2000	29	38	21	29	59	36
2001	32	29	34	28	69	27
Razem	141 13,7%	191 18,7%	114 11,1%	144 14%	434 42,4%	211

⁵ Inne zgłoszenia dotyczyły: biegłych sądowych, lekarzy orzeczników ZUS, pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego, skarg na instytucje: Kasę Chorych, Pogotowie Ratunkowe, szpitale itd.

W sposób precyzyjniejszy liczby skarg w zależności od wielkości miejsca zamieszkania osoby skarżącej przedstawiają wskaźniki na 10 000 mieszkańców zamieszczone w tab. 2.

Tabela 2. Wskaźniki liczb skarg na 10 000 mieszkańców w zależności od wielkości miejsca zamieszkania

Rok		Liczba mieszkańców w miejscowości zamieszkiwanej przez osobę skarżącą				
		do 5.000	do 25.000	do 50.000	do 100.000	powyżej 100.000
1991	l. mieszk.	61 992	906 221	795 007	292 853	681 707
	l. skarg na 10.000 mieszk.	0,65	0,14	0,11	0,38	0,63
2001	l. mieszk.	149 988	1 146 127	887 018	369 478	681 707
	l. skarg na 10.000 mieszk.	2,13	0,25	0,38	0,76	1,01

C. POCHODZENIE SKARG

Skargi do ORzOZ WIL wnoszone były przez:

- „pokrzywdzonych” pacjentów lub członków rodzin;
- prokuratury (nadsyłały doniesienia mówiące o podejrzeniu naruszenia norm etycznych przez lekarza lub grupę lekarzy);
- sądy powszechne (informowały o toczącym się procesie karnym lub o wyroku, jaki zapadł w sprawie przeciwko lekarzowi⁶);
- zakłady pracy (donosiły o naruszeniu zasad deontologii przez lekarzy w sprawach o wydanie zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy lub orzeczeń zdolności do podjęcia pracy);
- ZUS, Kasy Chorych, Pogotowie Ratunkowe, dyrektorzy szpitali, kierownicy NZOZ, itp.;
- prezesi izb lekarskich, pielęgniarek i położnych, weterynaryjnych, komisje etyki i bioetyki izb lekarskich, rzecznicy dyscyplinarni ds. nauczania akademickiego (informowali o podejrzeniach o wykroczenie);
- instytucje pozarządowe, charytatywne i wyższej użyteczności publicznej.

W sposób szczegółowy pochodzenie skarg ilustruje poniższa tab. 3.

Tabela 3. Udział ilościowy i procentowy poszczególnych podmiotów zgłaszających do ORzOZ skargi – podejrzenie o naruszenie KEL

Składający skargi	n	%
pokrzywdzeni, rodziny, prawni reprezentanci	1026	83,08
izby: lekarskie, pielęgniarek i położnych, weterynaryjna; Komisja Etyki Lekarskiej WIL, NRL, rzecznik dyscyplinarny ds. nauczania akademickiego	59	4,78
prokuratury	38	3,08
sądy	2	0,16
policja	1	0,08
Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, Departament Zdrowia przy Sejmiku Wielkopolskim i inne instytucje administracji państwowej	16	1,29
kasy chorych, szpitale, niepubliczne i publiczne zakłady opieki zdrowotnej, gabinety lekarskie, pogotowie ratunkowe	51	4,13
zakłady pracy	17	1,38
instytucje wyższej użyteczności, stowarzyszenia	14	1,13
postępowania wszczęte z urzędu	11	0,89

Pokrzywdzeni, ich rodziny i prawni reprezentanci złożyli w latach 1991-2001 (p. 1 tab. 3.) 1026 skarg (83,1% ogółu skarg), natomiast na pozostałe podmioty przypadało tylko 209 skarg (16,9% ogółu skarg). W tej ostatniej grupie mieściło się 97 skarg niewłaściwie skierowanych (następnie przekazanych do ORzOZ). Tylko 112 skarg (9,1% ogółu skarg) pochodziło z instytucji wymienionych w p. 2-10 w tab. 3. Pochodzenie skarg, które w latach 1991-2001 wpłynęły do ORzOZ WIL było wyraźnie zróżnicowane.

Rzecznik – zgodnie z §19 rozporządzenia MZiOS z dnia 26 września 1990 roku – ma obowiązek wszczęcia z urzędu postępowania wyjaśniającego w oparciu o wiarygodne informacje. Postępowania z urzędu najczęściej wszczynane były w oparciu o informacje prasowe, radiowe czy telewizyjne. W okresie 1991-1997 nie wszczęto postępowania z urzędu, natomiast w latach 1998-2001 wszczęto z urzędu 7 spraw (co stanowiło 0,57% z ogółu 1235 zgłoszonych skarg).

8. Zarzuty zawarte w skargach do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Kwalifikację poszczególnych nieprawidłowości medycznych lekarzy w procesie leczenia, a także skargi na nieetyczne zachowanie lekarzy, ustalano na podstawie: (1) skarg w przypadku odmowy wszczęcia postępowania lub (2) skarg, dokumen-

⁶ W tych przypadkach, niezależnie od decyzji prokuratora czy sądu, rzecznik wszczynał postępowanie wyjaśniające.

tacji lekarskiej, opinii biegłych i w wyniku przesłuchań świadków – po wszczęciu postępowania wyjaśniającego.

A. KLASYFIKACJA PRZYCZYŃ ZŁOŻENIA SKARG

Ogólną klasyfikację przyczyn złożonych skarg do ORzOZ przedstawiono w tab. 4. Przedstawiała się ona (w odsetkach złożonych skarg) w sposób następujący:

- błąd terapeutyczny – 39,5%;
- nieetyczne postępowanie lekarzy – 24,0%;
- błąd diagnostyczny – 22,3%;
- błąd organizacyjny – 3,8%;
- inne nieprawidłowości – 10,4%.

Z powyższego wyliczenia wynika, że są zasadnicze trzy przyczyny składania skarg: błąd terapeutyczny, błąd diagnostyczny oraz nieetyczne postępowanie lekarzy.

B. SKARGI O POPEŁNIENIE BŁĘDU MEDYCZNEGO

Szczególniej uwadze musi podlegać wzrost liczby skarg pod adresem lekarzy o spowodowanie śmierci pacjenta. W większości tych skarg „podłoże” stanowiła nieznamość realiów, to jest procesu chorobowego. Zawiniła być może niepełna informacja lekarska – w tych przypadkach rodzina obiecuje sobie znacznie więcej, aniżeli pozwalają na to aktualne możliwości medycyny. W latach 1991-1998 (8 lat) wpłynęło do Biura ORzOZ 90 skarg o spowodowanie zgonu, a w latach 1999-2001 (3 lata) wniesiono 99 skarg. Pozostałe zarzuty obejmowały pełen wachlarz działalności lekarskiej. Największa liczba skarg dotyczyła podstawowych dziedzin medycyny i to w przedstawionej kolejności: choroby wewnętrzne (z podspecjalizacjami, jak kardiologia, nefrologia, endokrynologia, pulmonologia itd.) dalej skargi dotyczyły schorzeń chirurgicznych i ortopedycznych, ginekologii z położnictwem i pediatrii. Zarzuty były także kierowane pod adresem lekarzy takich specjalności, jak: medycyna sądowa, anatomia patologiczna czy radiologia.

Jak wykazano poniżej (tab. 4), najczęstsze zarzuty stawiane lekarzom w skargach (39,5% ogółu skarg) dotyczyły błędu terapeutycznego (np. niewłaściwego zaopatrzenia pourazowego, niewłaściwej terapii farmakologicznej). W trakcie leczenia szpitalnego błąd terapeutyczny był często powiązany z błędem organizacyjnym (np. zła organizacja bloku operacyjnego, brak jednolitej opieki lekarskiej za sprawą lekarzy kontraktowych itd.). W dalszej kolejności skargi dotyczyły błędu diagnostycznego. Rozpatrując ten element zarzutu wychodzono z tezą, że „błędne rozpoznanie jest jednoznaczne z błędnym wnioskowaniem”⁷.

⁷ H.-H. Schrömbgens (red.), *Błędna diagnoza w praktyce ogólnolekarskiej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996, s. 14.

Tabela 4. Ogólna klasyfikacja przyczyn złożonych skarg

Rok	Skargi ogółem	Przyczyny złożonych skarg				
		błąd diagnostyczny	błąd terapeutyczny	błąd organizacyjny	nieetyczne postępowanie lekarzy	inne nieprawidłowości
1991	87	13	33	2	26	13
	100%	14,9%	37,9%	2,3%	30,0%	14,9%
1992	82	14	27	6	24	11
	100%	17,1%	32,9%	7,3%	29,3%	13,4%
1993	73	7	35	0	29	2
	100%	9,6%	47,9%	0%	39,7%	2,8%
1994	77	13	12	3	35	14
	100%	16,9%	15,6%	3,9%	45,4%	18,2%
1995	79	18	26	3	20	12
	100%	22,8%	32,9%	3,8%	25,3%	15,2%
1996	79	27	26	4	15	7
	100%	34,1%	32,9%	5,1%	19,0%	8,9%
1997	95	28	23	1	18	25
	100%	29,5%	24,2%	1,1%	18,9%	26,3%
1998	106	36	29	3	29	9
	100%	34,0%	27,3%	2,8%	27,4%	8,5%
1999	126	37	47	5	22	15
	100%	29,4%	37,3%	4,0%	17,4%	11,9%
2000	212	43	112	9	38	10
	100%	20,3%	52,8%	4,3%	17,9%	4,7%
2001	219	39	118	11	41	10
	100%	17,8%	53,9%	5,0%	18,7%	4,6%
Razem ⁿ %	1235	275	488	47	296	129
	100	22,3	39,5	3,8	24,0	10,4

Na spóźnione lub błędne rozpoznanie wpływ miały następujące elementy pracy lekarza:

- niedokładnie zebrany wywiad;
- niestarannie przeprowadzone badanie lekarskie;
- zbyt wolno prowadzona diagnostyka;
- badania przeprowadzane etapowo zamiast kompleksowo;
- opóźnianie konsultacji specjalistycznych;
- poniechane konsultacje.

Ten wątek diagnostyczny skarg szczególnie często zaczął uwidaczniać się wraz z reorganizacją systemu opieki zdrowotnej i powstaniem kas chorych (oszczędność w zlecaniu podstawowych badań, spóźnione kierowanie na badania rentgenow-

skie itd.). W wielu przypadkach dotyczyło to także braku należytej staranności czy zachowania ostrożności (pozostawienie chorego w domu lub nie przyjęcie do szpitala).

Należy stwierdzić, że wiele zarzutów pod adresem lekarzy było bezzasadnych, stąd duża liczba odmów wszczęcia postępowania czy umorzeń wszczętych postępowań, a w razie odwołania do NRzOZ, utrzymanie postanowienia ORzOZ w mocy. W wielu przypadkach rzecznik stwierdzał, mimo stawianych zarzutów, że lekarz swoje obowiązki spełnił z najwyższą starannością, a jego postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne było na odpowiednio wysokim poziomie, adekwatne do współczesnej wiedzy i możliwości medycyny. Nie zostały jednak spełnione życzenia chorego czy rodziny, co do jakości uzyskanego końcowego rezultatu – uzyskania dobrostanu lub wyleczenia całkowitego.

C. NIEETYCZNE POSTĘPOWANIE LEKARZY

Korespondencja kierowana do ORzOZ to nie tylko pisma procesowe pod postacią zarzutów, ale także uwagi pod adresem nieetycznie postępujących lekarzy w formie listu informującego. Skargi na nieetyczne, nietaktowne, aroganckie zachowanie lekarzy były liczne; stanowiły aż 24,0% ogółu skarg (tab. 4, tab. 5).

Do postępowania niezgodnego z KEL należy zaliczyć w kolejności występowania (tab. 5): niewłaściwe, często aroganckie zachowanie lekarza wobec chorego

Tabela 5. Naruszenie etyki lekarskiej jako element skargi

Rok	Zarzuty podnoszone w skargach			
	Przyjmowanie korzyści materialnych	nieetyczne zachowanie lekarza	skargi lekarzy na lekarzy	inne nieprawidłowości*
1991	1	19	6	0
1992	3	16	5	0
1993	1	16	7	5
1994	3	26	3	3
1995	0	14	3	3
1996	0	7	1	7
1997	1	15	0	2
1998	0	13	4	12
1999	0	15	1	6
2000	0	27	3	8
2001	2	32	0	7
Razem	n	200	33	53
	%	0,8	2,7	4,3

* inne nieprawidłowości dotyczą fałszowania dokumentacji, poświadczania nieprawdy.

i jego rodziny – 200 skarg (16,2%); fałszowanie dokumentacji lekarskiej, poświadczanie nieprawdy, wydawanie orzeczeń lekarskich bez badania pacjenta – 53 skargi (4,3%); przyjmowanie lub wymuszanie nienależnych gratyfikacji finansowych – 10 skarg (0,8%).

Należy zaakcentować obecność takich zarzutów jak: fałszowanie dokumentacji lekarskiej, poświadczanie nieprawdy, a także wydawanie opinii lekarskich bez badania lekarskiego, co stanowiło aż 4,3% ogółu skarg (tab. 5).

D. SKARGI NA LEKARZY STOMATOLOGÓW

Skargi na lekarzy stomatologów charakteryzuje odmiennność od skarg na lekarzy medycyny. Dotyczą one przede wszystkim usług protetycznych, w mniejszym stopniu stomatologii zachowawczej i chirurgii szczękowej.

Stwierdzono znaczny wzrost skarg. O ile w latach 1991-1993 (3 lata) wpłynęło 20 skarg to w latach 1999-2001 (3 lata) skarg tych było ponad 3-krotnie więcej – 67 skarg. W pierwszych 3 latach poddanych analizie skargi stomatologiczne stanowiły tylko 8,3% wszystkich skarg za ten okres, natomiast w ostatnich 3 latach (1999-2001) skargi te stanowiły już 12% wszystkich skarg (tab. 6).

Tabela 6. Skargi przeciwko lekarzom i zakładom stomatologicznym

Rok	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Razem 149	4	9	7	9	6	9	17	20	22	17	28

E. SKARGI LEKARZY NA LEKARZY

W okresie poddanych analizie 33 lekarzy zgłosiło skargi na innych lekarzy, co stanowiło 2,7% wszystkich skarg. Postępowanie wyjaśniające podjęto we wszystkich sprawach. Rozpatrywanie tych skarg – w ocenie wszystkich rzeczników – należy do najtrudniejszych spraw, bardzo niechętnie przyjmowanych do prowadzenia. Niemal w każdej takiej sprawie rzecznik słyszy pod swoim adresem uwagi o nierzetelność, o brak umiejętności i wiedzy, a w środowisku lekarskim jest często pomawiany o stronniczość. W celu poprawnej oceny sporu rzecznicy często korzystali z opinii Komisji Etyki i Bioetyki WIL. Próby polubownego zakończenia sporu rzadko kończyły się pomyślnie.

F. KORUPCJA WŚRÓD LEKARZY

Szeroko komentowane w społeczeństwie, a jeszcze bardziej uwypuklane przez media, zjawisko korupcji wśród lekarzy nie znalazło wyraźniejszego odbicia w liczbach wniesionych skarg, było ich tylko 0,8% (tab. 5)⁸.

⁸ Zob. *Lamanie praw pacjentów – mit czy rzeczywistość*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, czerwiec 1996, s. 4.

G. SKARGI NA LINII KASA CHORYCH – LEKARZ

Skargi dotyczące nieprawidłowości organizacyjnych na linii kasa chorych – lekarz były kierowane do dyrektora kasy chorych.

H. NIEZADOWOLENIE Z ORZECZENIA LEKARZA-ORZECZNIKA ZUS LUB OPINII LEKARZA-BIEGŁEGO SĄDOWEGO

Część skarg o naruszenie norm deontologicznych (2,1%) dotyczyła niezadowolenia z orzeczenia lekarza-orzecznika ZUS lub opinii lekarza-biegłego sądowego (skargi te zawiera kolumna „inne nieprawidłowości” w tab. 4).

Większość skarg została zakończona odmową wszczęcia postępowania wyjaśniającego z informacją, że kompetentną jednostką do rozpatrzenia skargi jest dyrekcja ZUS lub prezes Sądu Okręgowego. Skargi owe dotyczyły niezadowolenia z wydanego orzeczenia lub opinii na potrzeby sądu.

I. REKLAMOWANIE SIĘ LEKARZY

Osobnym zagadnieniem nieetycznego postępowania lekarza jest kwestia prowadzenia reklamy, która wykracza poza dozwolone ramy informacji. Prowadzenie reklamy przez lekarza jest naruszeniem KEL oraz UoZL i winno podlegać ocenie sądu lekarskiego. Uchwała NRL z kwietnia 1998 r. precyzuje kwestię informowania społeczeństwa o działalności medycznej lekarza. Zakaz autoreklamy jest podobnie interpretowany w wielu krajach europejskich, m.in. w Hiszpanii, Niemczech, Francji. „Reklama (...), z której polska służba zdrowia korzysta często i gęsto, kolorowa i krzykliwa, jest w Niemczech zabroniona lub tak bardzo ograniczona w wymiarze, treści lub ilości. Szyld musi mieć taki a nie inny wymiar, taką a nie inną treść, a ogłoszeń reklamowych w gazecie nie wolno umieszczać w ogóle”⁹. Podobnego zdania jest Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu¹⁰. W latach objętych niniejszą analizą ORZOZ nie prowadził postępowania w sprawie o reklamę.

9. Charakterystyka lekarzy, na których złożono skargi

A. WIEK OBWINIANYCH LEKARZY

W tab. 7 i tab. 8 przedstawiono korelacje pomiędzy liczbami skarg na lekarzy a wiekiem lekarzy. Wskazują one, że najbardziej obciążeni skargami byli lekarze w wieku 40-50 lat, na których wpłynęło 474 zarzutów (38,4% ogółu skarg), a następnie lekarze w wieku 30-40 lat – 296 skarg (24,0% ogółu skarg).

Tabela 7. Skargi przeciwko lekarzom – wg roku urodzenia lekarzy – w odniesieniu do ogólnej liczby 1235 wniesionych skarg

Wyszczególnienie		Rok urodzenia lekarzy				
		do 1940	1941-1950	1951-1960	1961-1970	po 1970
Liczba skarg	n	147	267	474	296	51
	%	11,9	21,6	38,4	24,0	4,1

Tabela 8. Skargi przeciwko lekarzom w odniesieniu do grup wiekowych

Wyszczególnienie		Rok urodzenia lekarzy				
		do 1940	1941-1950	1951-1960	1961-1970	po 1970
Liczba lekarzy		2012	1372	2260	2518	1160
Liczba skarg	n	147	267	4174	296	51
	%	7,3	19,5	21,0	11,8	2,2

Z powyższej analizy wynika, że największa liczba skarg (62,4%) przypadła na lekarzy będących w wieku największej aktywności zawodowej i o największej liczbie świadczonych usług medycznych.

B. PŁEĆ OBWINIANYCH LEKARZY

Z tabel 9, 10, 11, 12 i 13 wynika, że znacznie częściej skargi dotyczyły lekarzy-mężczyzn. W ciągu 11 analizowanych lat na 6978 (przeciętna statystyczna) lekarzy-kobiet wpłynęło łącznie 429 skarg. Przeciętnie w ciągu jednego roku kalendarzowego wnoszono skargi na 0,56% ogółu lekarzy-kobiet. Lekarzy-mężczyzn zarejestrowanych w analizowanym okresie było przeciętnie 4991; złożono na nich ogółem 806 skarg. Przeciętnie w ciągu jednego roku kalendarzowego wnoszono skargi na 1,47% lekarzy-mężczyzn. Z powyższych danych można wyliczyć, że wskaźnik skarg składanych na lekarzy-mężczyzn był ponad 2,5-krotnie wyższy niż na lekarzy-kobiety.

Tabela 9. Płeć lekarza a liczba złożonych skarg

Płeć lekarza		Razem	Kobiety	Mężczyźni
Liczba skarg	n	1235	429	806
	%	100,0	34,8	65,2

⁹ Z. Szczepański, *Niechlujstwo w medycynie*, „Wiadomości Położniczo-Ginekologiczne”, 1 (23), 2001, s. 31.

¹⁰ Zob. E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Liber, Warszawa 2001, s. 332.

Tabela 10. Stosunek liczby skarg na lekarzy medycyny-kobiety do ogólnej liczby rejestrowanych lekarzy-kobiet

liczba lekarzy kobiet	liczba skarg na lekarzy-kobiety	
	n	%
4948	351	7,1

Tabela 11. Stosunek liczby skarg na lekarzy medycyny-mężczyzn do ogólnej liczby rejestrowanych lekarzy-mężczyzn

liczba lekarzy mężczyzn	liczba skarg na lekarzy-mężczyzn	
	n	%
4374	755	17,3

Tabela 12. Stosunek liczby skarg na lekarzy stomatologów w zależności od płci

Wyszczególnienie	Liczba skarg razem	Lekarze stomatolodzy			
		kobiety		mężczyźni	
		liczba skarg		liczba skarg	
		n	%	n	%
liczba / udział skarg	129	78	60,5	51	39,5

Tabela 13. Stosunek liczby skarg na lekarzy stomatologów w zależności od płci do liczby zarejestrowanych lekarzy

Wyszczególnienie		Lekarze stomatolodzy		
		Razem	Kobiety	Mężczyźni
Zarejestrowani lekarze		2647	2030	617
Liczba skarg	n	129	78	51
	%	4,9	3,9	8,3

C. SPECJALIZACJE OBWINIANYCH LEKARZY

Oceniono skargi na lekarzy poszczególnych specjalności oraz lekarzy bez specjalizacji. Na 1087 skarg na lekarzy medycyny zarzuty na specjalistów dotyczyły

963 osób, co stanowi 88,6%, natomiast nie-specjalistów – tylko 124 osoby, co równa się 11,4% ich ogółu.

Liczby skarg na lekarzy poszczególnych specjalności były wyraźnie zróżnicowane (tab. 14). Dla precyzyjniejszego przedstawienia tego zróżnicowania dokonano obliczeń szacunkowego wskaźnika liczby skarg na 1000 lekarzy danej specjalności w ciągu 1 roku (tab. 15). Dla tych celów szacunkowych przyjęto liczbę aktywnych zawodowo lekarzy na ok. 10000, spośród 11969 zarejestrowanych przez WIL. Pomniejszenie miało na celu uwzględnienie osób w wieku emerytalnym, przebywających okresowo poza granicami kraju, przebywających na zwolnieniach lekarskich oraz matek na urloпах macierzyńskich i wychowawczych.

Tabela 14. Liczba złożonych skarg w odniesieniu do specjalizacji obwinionych lekarzy

Specjalizacja	Liczba skarg
anestezjologia	26
chirurgia + ortopedia	166
dermatologia + laryngologia	9
ginekologia i położnictwo	85
interna ogólna	222
podspecjalizacje internistyczne (alergologia, endokrynologia, kardiologia, nefrologia, pulmonologia, reumatologia)	111
medycyna ogólna	41
medycyna pracy	11
medycyna sądowa + anat. patologiczna + radiologia	15
neurologia + neurochirurgia	17
okulistyka	37
onkologia+chemioterapia nowotworowa	3
pediatria + neonatologia	120
psychiatria	59
stomatologia	149
(w tym: skargi na placówki stomatologiczne, chirurgia szczękowa, chirurgia stomatologiczna stomatologia protetyczna stomatologia zachowawcza)	20 33 86 10
urologia	19
skargi lekarzy na lekarzy	33
bez specjalizacji	124

Tabela 15. Liczba złożonych skarg w odniesieniu do specjalizacji obwinionych lekarzy oraz według szacunkowego wskaźnika liczby skarg/1000 lekarzy danej specjalności/1 rok

Specjalizacja	Liczba skarg / 1000 lekarzy / 1 rok
stomatologia protetyczna	78,2
urologia	35,2
psychiatria	34,6
podspecjalizacje internistyczne (alergologia, endokrynologia, kardiologia, nefrologia, pulmonologia, reumatologia)	26,5
medycyna ogólna	22,5
chirurgia szczękowa, chirurgia stomatologiczna	22,4
chirurgia + ortopedia	18,6
ginekologia i położnictwo	15,6
okulistyka	14,9
interna ogólna	14,7
medycyna pracy	13,2
pediatria + neonatologia	10,9
stomatologia	7,7
neurologia + neurochirurgia	7,3
anestezjologia	7,1
bez specjalizacji	6,9
medycyna sądowa + anat. patologiczna + radiologia	6,1
stomatologia zachowawcza	5,1
onkologia+chemioterapia nowotworowa	3,9
dermatologia + laryngologia	2,1

Z tych szacunkowych wyliczeń wynika, że specjalizacje lekarskie można przykładowo podzielić na cztery grupy – posługując się wskaźnikiem liczby skarg na 1000 lekarzy danej specjalności w okresie 1 roku:

1. bardzo duża liczba skarg: stomatologia protetyczna, urologia, psychiatria, podspecjalizacje internistyczne (alergologia, endokrynologia, kardiologia, nefrologia, pulmonologia, reumatologia), medycyna ogólna
2. duża liczba skarg: chirurgia szczękowa, chirurgia stomatologiczna, chirurgia, ortopedia, ginekologia i położnictwo, okulistyka, interna ogólna

3. średnia liczba skarg: medycyna pracy, pediatria, neonatologia, stomatologia, neurologia, neurochirurgia, anestezjologia
4. mała liczba skarg: bez specjalizacji, medycyna sądowa, anatomia patologiczna, radiologia, stomatologia zachowawcza, onkologia, chemioterapia nowotworowa, dermatologia, laryngologia.

10. Sposoby załatwienia skarg przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej

A. KWALIFIKACJA OGÓLNA SKARG WEDŁUG POSTANOWIEŃ ORZOZ

ORZOZ WIL przejął z 1990 r. cztery sprawy nie zakończone postanowieniem. W latach 1991-2001 wpłynęło 1235 spraw. Nie rozpatrzono na koniec 2001 r. 47 spraw, które przeszły na 2002 rok. Decyzje podjęte przez ORZOZ w latach 1991-2001 przedstawia tab. 16. Wynika z nich bardzo istotny wniosek, a mianowicie, iż tylko 9,3% skarg znalazło potwierdzenie i w postaci wniosku zostało skierowane do OSL.

Tabela 16. Kwalifikacja skarg w postanowieniach ORZOZ

Rok	Liczba skarg	Kwalifikacja skarg			
		odmowy	umorzenia	wnioski do OSL	inne**
1991	87	26	39	3	19
1992	82	20	23	3	11
1993	73	36	31	9	16
1994	77	50	26	3	5
1995	79	51	12	7	12
1996	79	41	11	10	11
1997	95	47	15	9	25
1998	106	49	34	8	9
1999	126	55	36	21	15
2000	212	103	44	11	10
2001*	219	123	63	26	10
Razem	1235	601	334	110	143
	100%	50,6%	28,1%	9,3%	12,0%

* rozpatrywanie 47 będzie kontynuowane w roku 2002.

** inne – skargi niewłaściwie adresowane (patrz wyżej: niezadowolony z orzeczenia lekarza-orzecznika ZUS lub opinii lekarza-biegłego sądowego, skargi na linii pacjent – kasa chorych, niewłaściwej działalności placówki medycznej np. szpitala, czy pracy pielęgniarki lub różnych gremiów orzekających, a także placówek niemedyceńskich, np. urzędów skarbowych).

Aż w 90,7% spraw rzecznicy nie dopatrzili się podstaw do skierowania wniosku o ukaranie do sądu lekarskiego, co jest niezmiernie wymowne; tylko co 10 skarga była dostatecznie umotywowana.

B. POSTĘPOWANIE ORZOZ WOBEC SKARG O SPOWODOWANIE ZGONU PRZEZ LEKARZA

Osobnemu omówieniu poświęcono skargi, u podłoża których leżała śmierć pacjenta. Zgon był przyczyną złożenia 189 skarg, co stanowiło 15,3% ogółu skarg. ORzOZ i jego zastępcy uznali za winnych naruszenia norm etycznych i skierowali wnioski do OSL przeciwko 28 lekarzom, co stanowiło 14,8% wszystkich skarg o spowodowanie zgonu. Pełen zakres podjętych decyzji w tej bardzo trudnej kwestii przedstawia tab. 17.

Tabela 17. Postępowanie ORzOZ wobec skarg o spowodowanie zgonu przez lekarza

Rok	liczba skarg*	odmowa wszczęcia	umorzenie postępowania	wniosek do OSL	inne	
1991	16	1	4	3	6	
1992	17	1	2	2	4	
1993	22	3	4	6	7	
1994	7	3	3	0	2	
1995	9	4	6	1	3	
1996	6	4	3	0	0	
1997	4	2	3	0	2	
1998	9	0	5	1	0	
1999	19	2	11	4	1	
2000	41	10	16	4	0	
2001	39	13	25	7	1	
Razem	n	189	43	82	28	26
	%	15,3*	24,1	45,8	15,6	14,5

* procent spośród wszystkich skarg; kolumny 3-6 stanowią uszczegółowienie kolumny 2. Suma kolumn 3-6 nie jest zgodna z kolumną 2, gdyż 10 (5,2%) spraw będzie kontynuowane w 2002 r. Udział procentowy uwzględnia wyłącznie skargi rozpatrzone.

C. ODWOŁANIA OD DECYZJI ORZOZ DO NRZOZ

Od decyzji ORzOZ przysługuje skarżącemu prawo do odwołania do NRzOZ. W okresie poddanym analizie zwraca uwagę wzrost odwołań od decyzji ORzOZ. W latach 1991-1993 odmówiono wszczęcia postępowania wyjaśniającego lub umo-

rzono postępowanie w 175 sprawach, a odwołano się do NRzOZ w 10 sprawach, co stanowiło 5,7%. Natomiast w latach 1999-2001 odmówiono wszczęcia lub umorzono postępowanie w 424 sprawach, a odwołano się w 184 przypadkach, co stanowi 43,4% wydanych decyzji.

D. POSTANOWIENIA NRZOZ W SPRAWACH ODWOŁAŃ OD DECYZJI ORZOZ

W postanowieniach NRzOZ godnym uwagi jest wysoki odsetek utrzymania decyzji ORzOZ WIL, co świadczy o staranności i wysokim profesjonalizmie lekarzy, którzy pracowali w charakterze rzeczników.

Tabela 18. Kwalifikacja skarg w postanowieniach NrZOZ

Rok	Odmowa lub umorzenie przez ORzOZ	Odwołanie od decyzji ORzOZ do NRZOZ	Kwalifikacja odwołań od postanowień ORzOZ w postanowieniach NRzOZ		
			Utrzymanie w mocy postanowienia ORzOZ	Zwrot spraw do ponown. rozpatrzenia	Inne
1991	65	4	3	1	0
1992	43	4	3	1	0
1993	67	2	2	0	0
1994	76	25	16	0	0
1995	63	21	25	3	0
1996	52	19	15	4	2
1997	62	29	25	3	0
1998	83	25	20	5	0
1999	91	25	20	5	0
2000	147	69	20	15	0
2001	186	90	54	20	1
Razem	935	313	203	57	3
		33,5%	77,2%	21,7%	1,1%

Tab. 18 uwzględnia daty zgłoszeń skarg; należy zwrócić uwagę na fakt, że rozpatrywanie części przypadków zamknięte zostaje w następnych latach. Na postanowienie ORzOZ o odmowie i umorzeniu postępowania wyjaśniającego złożono do NRzOZ 313 odwołań od decyzji, co stanowiło 33,5% wszystkich postanowień ORzOZ. NRzOZ na rozpatrzone 263 utrzymał w mocy 203 postanowienia ORzOZ, co stanowiło 77,2% liczby odwołań; do ponownego rozpatrzenia skierował 57 spraw (tj. 21,7%). W inny sposób załatwił 3 skargi¹¹ (1,1%).

¹¹ Brak informacji od NRzOZ o szczegółach załatwienia skarg.

11. Sprawy rozpatrywane przez Okręgowy Sąd Lekarski WIL

Działalność Sądu Lekarskiego, który z założenia jest sądem koleżeńskim, stanowi formę rachunku sumienia naszej zawodowej działalności.

Krzysztof Linke¹²

W ocenie skarg należy także uwzględnić działalność Sądu Lekarskiego WIL. Eugeniusz Piotr Wąsiewicz – prezes Sądu Lekarskiego WIL I i II kadencji – pisze: „Sąd lekarski nie jest sądem koleżeńskim, lecz koleżeńsko-profesjonalnym – posiada możliwość posługiwania się w orzekaniu kodeksem postępowania karnego – wiele spraw kierowanych do sądu kończyło się odwołaniem do instancji wyższej. Sąd lekarski działał w oparciu o Ustawę o izbach lekarskich. Główną trudnością w spełnianiu obowiązków spoczywających na sądzie lekarskim był fakt, iż Ustawa o izbach lekarskich wprowadziła do grona obrońców prawników profesjonalnych nie dając przez to «równowagi» w sądzie lekarskim”¹³. Do OSŁ WIL w latach 1991-2001 wpłynęło 142 wniosków o ukaranie lekarza, przy czym liczba tych wniosków wykazywała tendencję rosnącą (tab. 19). W tej liczbie mieściło się 110 wniosków skierowanych przez ORzOZ WIL. Pozostałe wnioski zostały przekazane do rozpatrzenia przez NRzOZ lub NSL. Tego rodzaju decyzje świadczą o uznaniu poprawności działań Sądu Lekarskiego WIL.

Tabela 19. Wnioski o ukaranie złożone do OSŁ WIL
(w tym przez ORzOZ WIL)

liczba	okres											
	I kadencja				II kadencja				III kadencja			
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
wszystkie wnioski	3	7	4	11	3	8	10	9	10	21	25	34
wnioski ORzOZ WIL	-	3	3	9	3	7	10	9	8	21	11	26

12. Postanowienia OSŁ WIL

Przez okres 11 lat poddanych ocenie OSŁ WIL wydał orzeczenia w 119 sprawach. Najczęściej orzeczono upomnienie (39,5% spraw) a następnie uniewinnienie

¹² J. T. Marcinkowski (red.), *Wielkopolska Izba Lekarska i warunki pracy w opiniach lekarzy*, wyd. cyt., s. 108.

¹³ Tamże, s. 106.

(34,5%), naganę (11,8%), umorzenie (5,0%), sąd polubowny (5,0%), zawieszenia prawa wykonywania zawodu (4,2%); przypadków pozbawienia prawa wykonywania zawodu nie było (tab. 20).

Tabela 20. Orzeczenia OSŁ WIL

Rok	Wyroki OSŁ WIL						
	uniewinnienie	upomnienie	nagana	zawieszenie prawa wykonywania zawodu	pozbawienie prawa wykonywania zawodu	umorzenie	sąd polubowny
1991	2	3	2	0	0	0	0
1992	0	2	1	0	0	0	1
1993	2	4	0	1	0	1	2
1994	2	0	0	0	0	0	1
1995	1	6	1	0	0	0	1
1996	4	5	0	0	0	0	1
1997	1	2	2	0	0	3	0
1998	5	4	1	0	0	0	0
1999	4	10	4	0	0	0	0
2000	12	5	0	1	0	1	0
2001	8	6	3	3	0	1	0
Razem 119	41	47	14	5	0	6	6
%	34,5	39,5	11,8	4,2	0	5	5

13. Odwołania od orzeczeń OSŁ WIL do NSL

Na orzeczenia OSŁ WIL odwołano się łącznie 33 razy do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL); w 17 przypadkach odwoływali się skazani, w 10 pokrzywdzeni, w 6 ORzOZ. Zaobserwowano tendencję coraz częstszego odwoływania się od orzeczeń OSŁ (tab. 21).

NSL wydał w ww. sprawach następujące orzeczenia:

- utrzymano w mocy orzeczenia OSŁ WIL w 13 sprawach,
- uchylono decyzje OSŁ w 7 sprawach,
- zwrócono do ponownego rozpoznania przez ORzOZ 2 sprawy,
- umorzono z powodu przedawnienia sprawy przed II instancją (NSL) – 2 sprawy,
- pozostałych 9 spraw znajduje się w trakcie rozpatrywania.

Na orzeczenie II instancji (NSL) przysługuje prawo złożenia wniosku o rewizję nadzwyczajną do prezesa NRL.

Tabela 21. Odwołania od orzeczenia OSL WIL

Rok	Odwołujący się		
	skazani	ORzOZ	pokrzywdzeni
1991	0	0	0
1992	0	0	0
1993	1	0	0
1994	0	0	2
1995	2	0	0
1996	2	0	0
1997	1	0	2
1998	2	1	2
1999	3	1	1
2000	5	3	2
2001	1	1	1
Razem	17	6	10

II. DYSKUSJA

1. Wzrost liczby skarg przeciwko lekarzom

Powołanie ORzOZ i OSL spowodowało wzrost skarg w latach 1989-1990 (od 59 do 61 skarg), w stosunku do lat wcześniejszych, kiedy to ich liczba nie przekraczała 35 skarg rocznie (według informacji byłych członków Komisji Kontroli Zawodowej). Był to sygnał, że powołane izby lekarskie zyskały uznanie w oczach społeczeństwa. Równocześnie niezadowolenie ze świadczonych usług medycznych stale wzrastało, czego wyrazem był coroczny wzrost liczby wnoszonych zarzutów pod adresem lekarzy w okresie objętym badaniami.

A. CZY LICZBA SKARG NA LEKARZY JEST DUŻA?

Na terenie Wielkopolski na dzień 1 stycznia 2002 zarejestrowanych było 11969 lekarzy. Przyjmując szacunkowo, że w okresie badanym każdego dnia udzieliło pomocy przeciętnie około 10 000 lekarzy i zaniżając liczbę dzienną świadczonych usług do dziesięciu, mnożąc przez 25 dni pracy uzyskujemy miesięcznie sumę 2,5 miliona porad lekarskich, operacji małych i dużych na terenie Wielkopolski. Ta suma pozwala zrozumieć ogrom niesionej pomocy! Biorąc pod uwagę podaną

wyżej symulację i dane zamieszczone w części I niniejszego opracowania, liczbę wpływających skarg należy uznać jako stosunkowo niewielką, co nie zwalnia jednak korporacji lekarskiej w dążeniu do dalszej poprawy świadczonych usług.

B. RZADKIE DOSTATECZNE UMOTYWOWANIE SKARG

Należy jednakże podkreślić, że tylko co 10 skarga posiadała podstawę do wszczęcia postępowania i złożenia wniosku o ukaranie lekarza do OSL, co ukazują tabele z decyzjami ORzOZ (tab. 16).

C. WPLYW MASMEDIÓW

Dla zilustrowania skargi nie umotywowanej w tym miejscu omówimy sprawę, której nadano rozgłos ogólnokrajowy, w dziennikach telewizyjnych podawano jako najważniejszą informację dnia¹⁴. Sprawa (Ds. 91/99) dotyczyła dziewczynki ze zmianą rozrostową w obrębie zatoki szczękowej. Proces chorobowy toczył się już od około 9 miesięcy. Ze względu na uwidocznienie się zmiany i zniekształcenie twarzoczaszki rodzice dziecka dopiero wtedy podjęli próbę leczenia. Pierwsza placówka, w której znalazło się dziecko, przystąpiła do zdiagnozowania histologicznego guza. Wynik histopatologiczny uzyskano w ciągu 6 dni. Rodzice, nie czekając na wynik, podjęli starania o umieszczenie dziecka w klinice akademickiej w Poznaniu. Kasa chorych w godzinę po opuszczeniu szpitala przez dziecko – jeszcze przed uzyskaniem właściwego rozpoznania – wyraziła zgodę na leczenie poza własnym regionem. Ze względu na zadłużenie szpitala, brak kompetentnego skierowania (według wymogów kasy chorych) odmówiono przyjęcia. Równocześnie załatwiono natychmiastową hospitalizację dziewczynki w klinice akademickiej w obrębie własnej kasy chorych, gdzie kierownikiem ośrodka był konsultant krajowy. Matka dziewczynki nie przyjęła propozycji i rozpoczęła „bój” poprzez telewizję, obrażając placówkę, która guz diagnozowała, ośrodek poznański a także klinikę do której dziecko miało się udać. Wobec rozgłosu nadanego sprawie przez media ORzOZ zażądał wyjaśnień w sprawie, a po ich uzyskaniu odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego. W uzasadnieniu postanowienia czytamy, że dziecko „pojawiło się bez skierowania i bez wyniku badania histopatologicznego”. Na żądanie lekarza dostarczono po 3 dniach „skierowanie wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”. W zakończeniu postanowienia o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego czytamy: „Działalność oddziału laryngologicznego i pracowni anatomopatologicznej tej placówki była jak najbardziej prawidłowa, a przedstawiona dokumentacja świadczy o dużej fachowości, rzetelności i staranności zespołu lekarskiego. Nadanie sprawie rozgłosu ogólnokrajowego przez Telewizję

¹⁴ Telewizja Polska: Wiadomości, Teleskop, Teleexpress, wrzesień 1999.

Poznańską, z pominięciem wielu istotnych faktów, uważam za wysoce nieetyczne działanie dziennikarskie. W trakcie prowadzonego postępowania sprawdzającego nie stwierdzono żadnych uchybień etycznych oraz zawodowych ze strony lekarzy”.

D. WPŁYW TRANSFORMACJI USTROJOWEJ

Aktualnie wzrasta wyraźnie nie tylko liczba skarg o naruszenie przez lekarzy KEL, norm deontologicznych¹⁵ oraz przepisów prawnych państwa kierowanych do rzeczników odpowiedzialności zawodowej izb lekarskich¹⁶, ale także prokuratur i sądów powszechnych – najprawdopodobniej w wyniku następstw transformacji ustrojowej zapoczątkowanej w Polsce w 1989 r. Tak więc wzrost skarg, zarówno do ORZOZ, prokuratury jak i do sądu, w tym także z powództwa cywilnego, można łączyć ze wzrostem świadomości w społeczeństwie a także z nabyciem pewnej odwagi w samodzielnym działaniu ogółu społeczeństwa. Dochodzące informacje o organizacji ochrony zdrowia w krajach zachodnich i istniejących ustawach prawnych regulujących stosunki lekarz – pacjent i o prawach pacjenta akceptowanych przez rządy krajów demokratycznych, stały się zachętą do występowania z roszczeniami wobec lekarzy.

2. Warunki pracy lekarzy

Warunki, w jakich aktualnie działa lekarz, są nierzadko trudne. Dlatego warto tutaj przytoczyć symptomatyczną opinię: „Warunki w jakich przyszło nam pracować i płace za naszą trudną, odpowiedzialną pracę, po wielu latach ślęczenia nad książką, urągają wszelkim zasadom przyzwoitości. Dlatego z naszej strony musi zostać spełniony najważniejszy warunek, tj. dbałość o własną godność i prestiż. Jeśli każdego dnia nie będziemy się sami cenić – szanować, to nie będziemy zasługiwali na uznanie w oczach społeczeństwa. Walka o «rynek zbytu» naszych umiejętności zaostrza się i często przekracza ramy dobrego wychowania. Podważanie umiejętności swoich koleżanek i kolegów oraz wytykanie wątpliwych bardzo często błędów, z równoczesnym gloryfikowaniem własnej osoby, jest dość nagminnym zjawiskiem. Chcemy, jak nasi dawni koledzy z czasów Tytusa Chałubińskiego, Ludwika Rydygiera, Jana Mikulicza-Radeckiego oraz z czasów naszych dziadów i ojców, być powszechnie szanowani nie tylko za posiadaną wiedzę i wykonywany zawód, ale również za prawość i wysoką kulturę osobistą. Niechaj omijają nasz zawód uczynki niegodne (wydawane zaświadczenia niezgodne z prawdą, zwolnienia lekarskie z pracy za jałmużnę). Starajmy się razem walczyć o godność oraz szacu-

¹⁵ Zob. B. Hołyst, *Wiktymologia*, PWN, Warszawa 1997, s. 325.

¹⁶ Jest to rola prokuratora w korporacji lekarskiej.

nek dla naszego zawodu i by uznanie manifestowało się nie tylko w postaci gołych słów, ale w widocznej poprawie naszych miejsc pracy, a nade wszystko w godziwej zapłacie – by każdemu starczało pieniędzy na książkę, sympozja i wolnego czasu na naukę”¹⁷.

3. Rozważania nad etyką lekarską

Prawdziwym źródłem naszych etycznych doświadczeń jest człowiek.

ks. Józef Tischner¹⁸

„Klucz do poprawy dwustronnej relacji lekarz – pacjent i do skutecznego wdrażania całego postępu w praktyce lekarskiej leży w etyce”¹⁹. Dzisiejszy polski kodeks lekarski pragnie utrwalić następujące wartości, jak godność człowieka (prawa pacjenta), powinność lekarza wobec chorego a także akcentować autorytet lekarza²⁰. Ma on zapewnić dwa fundamentalne prawa pacjenta – prawo do życia i prawo do autonomii.

Jak z powyższego wynika, w KEL poczesne miejsce zajmuje godność ludzka, której nie należy pominąć w stosunkach chory – lekarz. W świecie lawinowego postępu nauk medycznych nie wolno zapominać o rzeczywistym dobru chorego dla technicznych sukcesów medycznych. W tym miejscu rodzą się sprzeczne obowiązki. „Albo będziemy ratowali życie pacjenta kosztem pogwałcenia jego autonomii moralnej, albo też uznajemy jego swobodną i przemyślaną decyzję, ale kosztem jego życia”²¹. Etyka mówi o moralnych powinnościach lekarza, często odwołuje się do sumienia lekarskiego dla pomyślności w życiu i spełnienia sztuki posłannictwa. Zbigniew Szawarski uważa, że „sumienie nie może być podstawą etyki, gdyż nasze sumienie jest w istocie rzeczy rezultatem naszego wychowania moralnego”²². Dalej twierdzi: „Nie ma takiej zbrodni i takiego zła, którego nie popełniono by kiedyś w imię obowiązku moralnego i sankcjonującego ów obowiązek

¹⁷ J. T. Marcinkowski (red.), *Wielkopolska Izba Lekarska i warunki pracy w opiniach lekarzy*, wyd. cyt., s. 104.

¹⁸ J. Tischner, *Etyka wartości i nadziei*, w: tenże, *Wobec wartości*, Wydawnictwo W drodze, Poznań, 1984, s. 53-149.

¹⁹ R. Szulc (red.), *Wybrane problemy deontologii lekarskiej*, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 1999, s. 12.

²⁰ F. Zerbe, *Paternalizm w stosunku lekarz – pacjent*, w: R. Szulc (red.), *Wybrane problemy deontologii lekarskiej*, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 1999, s. 47-56.

²¹ Z. Szawarski, *Czego oczekiwać od etyki lekarskiej?*, „Medycyna po Dyplomie”, 11, 5, 2002, s. 31.

²² Tamże, s. 36.

sumienia”²³. W Stanach Zjednoczonych uważa się powszechnie, że co jest zgodne z prawem, to na pewno jest moralne i zgodne z sumieniem. Odmiennego zdania był Władysław Biegański, który uważał, że najlepszym sędzią jest sumienie. KEL nie jest aktem prawnym, nie pociąga więc skutków prawnych, lecz odwołuje się do stojących ponad prawem wyższych wartości moralnych.

Godnym uwagi są działania czynione przez różne stowarzyszenia działające na rzecz pacjentów wraz ze środowiskiem lekarskim, poprzez ich przedstawicieli – członków NRL. Na I Konferencji „Dobro Chorego – Dobrem Lekarza – Obszary Współpracy” w dniu 9 kwietnia 2002 r. w Warszawie uchwalono „Deklarację o współpracy środowiska lekarskiego ze stowarzyszeniami działającymi na rzecz chorego”²⁴.

4. Naruszenia Kodeksu Etyki Lekarskiej (z uwzględnieniem UoZL)

W oparciu o zebrany materiał Biura ORZOZ WIL stwierdzono naruszenia treści następujących aktów prawnych stanu lekarskiego, czyli KEL i UoZL.

1. Brak staranności w postępowaniu medycznym, w postaci podjęcia leczenia – a co gorsze – nie podjęcia leczenia (stwierdzenie zgonu) bez dokładnego zebra-
nia wywiadu, lub powierzchownego badania, a także – co nie było rzadkością – bez badania, stanowi naruszenie art. 8 i 9 KEL (UoZL: art. 2 ust. 1, art. 4, art. 30, art. 37). „Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta”.
2. Naruszenie art. 2 pkt. 1 i 2, art. 3, 69 polegające na odmowie udzielenia pomocy lekarskiej (UoZL: art. 38, art. 39.).
3. Odmowa leczenia z naruszeniem art. 7, bez udzielenia należnej informacji o możliwości uzyskania pomocy medycznej (UoZL: art. 38, art. 39).
4. Podejmowanie zadań medycznych bez należytej wiedzy i przygotowania merytorycznego (art. 10), a także w warunkach nie spełniających stawianych wymagań, co może chorego narazić na dodatkowe przykrości (art. 11) (UoZL: art. 2, art. 4, art. 50).
5. Brak szacunku, życzliwości i kulturalnego traktowania chorego i jego rodziny stanowiło częstą przyczynę skarg, wobec naruszenia KEL (art. 12). (UoZL: art. 31, art. 32, art. 33, art. 34, art. 36, art. 40).
6. Postępowanie medyczne lekarza winno być dla chorego zrozumiałe. Informację o chorobie i sposobach leczenia, o ewentualnych powikłaniach a także

²³ Tamże.

²⁴ „Gazeta Lekarska” 5 (136), 2002, s. 13.

o rokowaniu należy podać w sposób zrozumiały. Na każde postępowanie diagnostyczne czy terapeutyczne, szczególnie inwazyjne, należy uzyskać zgodę chorego lub jego prawowitego opiekuna (KEL art. 13, 15, 16, 17; UoZL: art. 31, art. 32, art. 33, art. 34, art. 40). Uchybienia tym ustaleniom etycznym były powodem częstych skarg²⁵. „Bez zgody pacjenta, dla dobra pacjenta jest przestępstwem”.

7. Szczególnym tematem jest zachowanie tajemnicy lekarskiej. Jest to kanon zawodu lekarskiego uświęcony nie tylko prawem ale i wielowiekową tradycją. Naruszenie tajemnicy lekarskiej powoduje nie tylko niezadowolenie osoby, której to dotyczy, ale także oburzenie społeczne (KEL art. 23, 24; UoZL art. 40). Tajemnicą objęte są wszystkie posiadane informacje uzyskane na drodze postępowania lekarskiego, nie tylko o stanie zdrowia, ale o życiu osobistym, rodzinie, kontaktach osobistych czy posiadanym majątku²⁶. Lekarz ma prawo i obowiązek naruszyć tajemnicę lekarską, gdy przepisy (art. 25, 26) zwalniają od jej zachowania lub polecają jej ujawnienie „jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób” (UoZL art. 40). Kodeks etyczny w art. 27 przewiduje odstępstwo od zachowania tajemnicy lekarskiej w wyniku łamania praw człowieka. Art. 13 pkt 2 UoZL, nakłada obowiązek powiadomienia organów powołanych do ścigania przestępstw o zabójstwie, ciężkim uszkodzeniu ciała, samobójstwie, zatruciu oraz o obrażeniach ciała powstałych w wyniku przestępstwa. Za zaniechanie tego obowiązku (umyślne lub nieumyślne) lekarz odpowiada za wykroczenie z art. 26 pkt 5 UoZL. Ujawnienie tajemnicy lekarskiej ma swoje odniesienia w k.k. i k.c. Skargi o naruszenie tajemnicy lekarskiej w prezentowanym okresie zdarzały się bardzo rzadko.
8. Obowiązkiem lekarza jest prowadzenie dokumentacji lekarskiej – KEL art. 28. (UoZL art. 41)²⁷. Dowodem na dokonania diagnostyczne, terapeutyczne, rehabilitacyjne, zgodnie z wolą chorego jest dokumentacja lekarska. Rodzaje dokumentacji i sposób prowadzenia określa rozporządzenie MZiOS z 30 lipca 2001 r. (D.U. nr 83 poz. 903) oraz z dnia 10 sierpnia 2001 r. (Dz.U. nr 88 poz. 966). W sprawach rozpatrywanych przez ORZOZ podstawową dokumentację w sprawie stanowi historia choroby z leczenia szpitalnego, ambulatoryj-

²⁵ Zob. „Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej” nr 3, 1998, s. 30; tamże, nr 5, 1998, s. 23; A. Gubiński, *Kodeks Etyki Lekarskiej – Komentarz*, Wielkopolska Izba Lekarska, Warszawa, 1995, s. 37.

²⁶ A. Gubiński, *Kodeks Etyki Lekarskiej – Komentarz*, wyd. cyt., s. 140; S. Maciejewski, *Z notatnika Rzecznika – Dokumentacja lekarska*, „Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej”, nr 3, 1998, s. 30; „Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej”, nr 5, 1998, s. 23.

²⁷ „Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej”, nr 5, 1998, s. 30.

- nego czy gabinetu lekarskiego. Po zapoznaniu się z bardzo liczną dokumentacją (patrz: liczba spraw) należy jednoznacznie stwierdzić, że lekarze w Polsce nie przywiązują należytej wagi do prowadzonej dokumentacji. Można szacunkowo stwierdzić, że około 90% dokumentacji jest prowadzone niestarannie, nieczytelnie, nie pozwala na prześledzenie toku leczenia, rozumowania lekarskiego. Posiada liczne braki w postaci nie ujęcia w dokumentacji przeprowadzonych konsultacji, badań laboratoryjnych, radiologicznych itd. Często w całej dokumentacji brak rozpoznania lekarskiego i wydawanych zaleceń lekarskich. O chorobie pacjenta można się jedynie domyślać z zaordynowanych leków lub raportów pielęgniarskich. Złą dokumentację spotyka się niezależnie od statusu i doświadczenia lekarza – równie często w szpitalu w prowincjonalnej miejscowości, w prywatnym gabinecie, czy w placówce akademickiej – klinice. W dokumentacji brak zgody chorego na leczenie, operacje, zabiegi inwazyjne czy ewentualne poszerzenie zakresu zabiegu operacyjnego (UoZL art. 32, art. 33, art. 34). W razie konieczności przeprowadzenia natychmiastowej operacji lub jej poszerzenia bez posiadania wymaganej akceptacji, zgodnie z UoZL należy dokonać natychmiast po zabiegu, właściwego wpisu do dokumentacji o wykonanych czynnościach z uzasadnieniem (UoZL: art. 34 ust. 7, art. 35)²⁸. Artykuł 40 i 41 KEL mówi jakie warunki musi spełnić lekarz, wydając zaświadczenie lekarskie (UoZL: art. 2, ust. 1, art. 4, art. 42). Naruszenie tych artykułów jest powodem wielu skarg. Dotyczy to bardzo różnych poświadczeń między innymi: zwolnień lekarskich, zwolnień z uczestnictwa w procesie sądowym karnym, zaświadczeń dla sądu w procesie cywilnym, zaświadczeń dla zakładu pracy o przydatności lub nieprzydatności do pracy.
9. Osobnym problemem są zarzuty pod adresem lekarzy sądowych, lekarzy orzeczników ZUS lub biegłych lekarzy powołanych przez prokuraturę czy sąd, a do spraw najbardziej niechętnie prowadzonych przez rzeczników należą sprawy naruszenia dobrych obyczajów między lekarzami.
 10. Zmiany organizacyjne służby zdrowia stały się źródłem wielu głębokich konfliktów między lekarzami. Powodem zatargów są kontrakty z Regionalną Kasą Chorych, podbieranie wzajemne chorych (art. 65), wzajemna nieuczciwa walka o wynajem lokalu, informacje o „niefachowości i nieuczciwie lekarza” (szczególnie wśród stomatologów) przekazywane pacjentom. Budzi niesmak złe odnoszenie się młodych lekarzy, szczególnie obejmujących stanowiska administracyjne, do swych niedawnych nauczycieli, którzy jeszcze nie tak dawno całą wiedzę i doświadczenie przekazywali swym

²⁸ „Gazeta Lekarska” nr 10 (93), 1998, s. 36.

- początkującym kolegom²⁹. Wszystkie te nieprawidłowości naruszają KEL w art. 52, 53³⁰.
11. Niechęć do konsultowania swego postępowania medycznego lub wrogi stosunek do chorego lub rodziny, którzy zdecydowali się na opinię lub konsultację innego lekarza, jest naruszeniem art. 54 (UoZL art. 37).
 12. Godnym szczególnej uwagi, według rzecznika, jest art. 57, który w części drugiej mówi o współpracy lekarzy „z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień”. Na terenie działalności WIL dotyczy to przede wszystkim współpracy z „lekarzami” rosyjskimi (UoZL art. 2, ust. 1, 2; art. 5, ust. 1; art. 6, 7, 9, 58). Pewnej grupy lekarzy dotyczy pierwsza część art. 57 o „posługiwaniu się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe lub bezwartościowe” (UoZL art. 4).
 13. Artykuł 63 zabrania prowadzenia reklamy i mówi o niezgodnym z etyką „użyczeniem swego nazwiska dla celów komercyjnych” (UoZL art. 2, art. 56).
 14. Trudnym w ocenie jest naruszenie art. 64 UoZL, który dotyczy lekarzy narkomanów i alkoholików. Pozostaje do rozwikłania dylemat, czy danego lekarza należy zaliczyć do grona lekarzy łamiących KEL, czy zakwalifikować do osób uzależnionych, wymagających leczenia odwykowego.

5. Główne przyczyny niezadowolenia pacjentów z opieki lekarskiej

W Polsce po okresie transformacji ustrojowej – dokonywanej od 1989 roku – i zmianie stosunku struktur władzy państwowej do obywatela, obserwujemy wyraźny wzrost liczby skarg kierowanych do rzeczników odpowiedzialności zawodowej, a także do prokuratur i sądów powszechnych. Zwiększenie świadomości społeczeństwa w związku z nawałem informacji i szerokimi możliwościami naocznego sprawdzenia stanu opieki lekarskiej w krajach zachodnich, stało się przyczyną zwiększenia wymagań wobec rodzimego środowiska medycznego. Mimo dużego zaangażowania zawodowego lekarzy i chęci dorównania kolegom z krajów Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych, niedociągnięcia powstałe przez wiele lat władzy totalitarnej, szczególnie widoczne w wyposażeniu i w dostępie do najnowszych światowych osiągnięć, nie pozwoliły na uzyskanie zadawalających wyników w relacjach pacjent – lekarz. „Ostatnie pokolenia wychowały się na «cudach medycyny». Niewłaściwa popularyzacja wielkich odkryć wpoila przekonanie, że życie musi być wolne i od bólu, i od śmierci, a jeśli już ta śmierć ma nastąpić, to w nieokreślonym

²⁹ „Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej” nr 3 (76), 1999, s. 24.

³⁰ D. Czarnecki, „Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej”, 22 (88), 2002.

czasie”³¹. Dzisiaj – w 2002 roku – można stwierdzić, że cała społeczność lekarska wytrzymuje porównanie z zachodnimi kolegami. Nadal jednak pozostają niedociągnięcia w wyposażeniu w nowoczesny sprzęt wszystkich placówek medycznych, mimo olbrzymiego postępu i w tym kierunku.

W ostatnich latach zaostrzyła się intensywność dyskusji prowadzonej w środkach masowego przekazu, na temat odpowiedzialności zawodowej lekarzy oraz złego stanu sanitarno-epidemiologicznego, bezpieczeństwa i higieny pracy w szpitalach. Zdzisław Marek pisze: „Na przełomie lat 1998/99 problematyka medyczna znowu gości na łamach czasopism i dzienników oraz na ekranach telewizorów. Jak zwykle, informacje o rzeczywistych, obiektywnych trudnościach w pracy lekarzy o wiele trudniej znajdują zrozumienie aniżeli te o nieprawidłowym postępowaniu lekarzy, o popełnionych błędach”³².

Pojawiają się artykuły prasowe z szokującymi opinię społeczną tytułami jak: „Placówki zdrowia zabijają więcej ludzi, niż ginie ich w wypadkach drogowych”, „Niechlujnie, brudno, zabójczo niebezpiecznie”, „Połowa znajdującego się w naszych szpitalach sprzętu kwalifikuje się wyłącznie na śmietnik” (w tygodniku „Wprost” w 2001 r.).

Liczby skarg, zawiadomień o dokonaniu przestępstw i pozwów kierowanych do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej izb lekarskich, prokuratur i sądów przeciwko lekarzom i zakładom opieki zdrowotnej wyraźnie wzrosły w ostatnich latach. W sprawozdaniu ORZOZ WIL dra med. Stanisława Kawczyńskiego do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za okres od 1 stycznia 1996 roku do 30 czerwca 1996 roku czytamy: „Reasumując sprawozdanie, należy stwierdzić, że w związku z pogarszającą się kondycją publicznej służby zdrowia można domniemywać, że liczba osób niezadowolonych z jakości świadczeń usług medycznych będzie wzrastać”. Szczególnie dotyczy to powództw wytaczanych w sądach przeciwko lekarzom i zakładom opieki zdrowotnej o odszkodowania w procesach cywilnych. Między innymi jest to wyraźnie widoczne w narastających liczbach opinii sędowo-lekarskich wydawanych przez zakłady medycyny sądowej akademii medycznych (np. dokumentacja Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu) oraz w liczbach skarg kierowanych do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Obecnie wiedza społeczna o możliwościach zakażenia się np. wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C w związku z działaniami medycznymi oraz uzyskania z tego tytułu odszkodowań po wygraniu procesu sądowego – jest bez wątpienia coraz większa.

³¹ H.-H. Schrömbgens, *Błędna diagnoza w praktyce ogólnolekarskiej*, wyd. cyt.

³² Z. Marek, *Błąd medyczny*, Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 1999, s. 9.

Ponadto na wzrost liczb skarg przeciwko lekarzom i zakładom opieki zdrowotnej w dużym stopniu wpływają niepowodzenia lekarskie (głównie z powodu niedostatków finansowych) po wprowadzaniu od 1 stycznia 1999 roku reformy systemu opieki zdrowotnej oraz działalność takich organizacji, jak np. Stowarzyszenie Obrony Praw Pacjenta z siedzibą w Tarnowie. Według Zdzisława Marka skargi są składane, gdy oczekiwania chorych przekraczają możliwości medycyny. Już przed laty Jaegermann stwierdził, że źródła konfliktów i niezadowolonych chorych leżą u podstaw każdego niemal leczenia, ponieważ chory zawsze oczekuje więcej, niż można dać³³. Rozpatrując skargi wniesione, nie można jednakowo traktować, jak uważa Andrzej Zoll, „niepowodzenie lekarskie” i „błąd lekarski”³⁴.

Należy jednak stanowczo stwierdzić, że często wnoszone skargi są w pełni uzasadnione. Dowodzi tego przedstawiona liczba wniosków kierowanych przez ORZOZ do Sądu Lekarskiego. Wiele spraw zostało umorzonych, nie z uwagi na niewinność lekarza, lecz – zgodnie z kodeksem postępowania karnego – ze względu na niemożność udowodnienia winy nieetycznego zachowania, gdy w zajściu uczestniczą tylko dwie osoby: poszkodowany chory i lekarz. „Bardzo trudne do udowodnienia winy są zarzuty dotyczące niewłaściwego stosunku lekarza do pacjenta, w tym o korupcję. Podczas takich postępowań brakuje dokumentów potwierdzających oskarżenie. Brakuje także świadków i osób, które potwierdziłyby wersję jednej ze stron”³⁵.

Wśród licznie wymienianych zarzutów pod adresem lekarza wymienia się brud i nieład w pomieszczeniach gabinetowych, a także ubiór lekarza często nie grzeszący świeżością. „Lekarz powinien być ubrany schludnie i czysto. Niestety rzeczywistość odbiega często od tej zasady. (...) Czystość powinna być obecna i w poczekalni, i w sekretariacie i w sanitariacie, i w samym gabinecie lekarza. Cechą wspólną gabinetów lekarskich powinna być czystość, gdyż jest ona wykładnikiem dbałości lekarza o pacjenta” – mówi Stanisław Radowicki³⁶.

Brak poczucia stabilności i bezpieczeństwa w społeczeństwie polskim rodzi patologie i oskarżenia. „Lekarz i chory stoją po jednej stronie barykady. Po drugiej – choroba” – twierdzi Zbigniew Czernicki, Naczelnny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej NRL. „W przypadku choroby człowiek zawiera niepisaną umowę z lekarzem. Obie strony zobowiązują się do jak najdalej posuniętej współpracy oraz

³³ E. Baran, Z. Marek, K. Jaegermann, *Uwagi o ustaleniu związku przyczynowego w opiniach sądowo-lekarskich*, „Archiwum Medycyny Sądowej” 25, 1976, s. 241-247.

³⁴ A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, PZWL, Warszawa 1988.

³⁵ G. Ciechomska, *Skazani na siebie*, „Gazeta Lekarska” nr 5 (136), 2002, s. 12.

³⁶ S. Radowicki, *Naszymi oczami*, „Wiadomości Położniczo-Ginekologiczne” nr 1 (23), 2001, ss. 20, 23.

wzajemnego i bezwarunkowego zaufania. Nieprzestrzeganie tych zasad i wzajemna zła opinia o sobie obniżają skuteczność procesu leczniczego. Dlatego społeczeństwo powinno dążyć do stworzenia lekarzom jak najdoskonalszych warunków pracy, a przede wszystkim przyjaznej wokół nich atmosfery³⁷. Wtedy liczba niezadowolonych pacjentów z dużym prawdopodobieństwem zmniejszy się, co stanie się dodatkową zachętą do dalszej pracy przez lekarzy.

6. Niewłaściwe komunikowanie się lekarzy z pacjentem i jego rodziną

Wiele skarg dotyczy nieetycznego zachowania lekarzy. Fakt ten jest trudny do zrozumienia i wyjaśnienia, gdyż niewłaściwe postępowanie powoduje, iż lekarz traci pacjentów. Ponadto złe i aroganckie zachowanie deprecjonuje całe środowisko lekarskie. Osoby skarżące, jak i informujące o nieetycznym zachowaniu, zdawały sobie często sprawę, że udowodnienie winy lekarzowi jest często niemożliwe, gdyż w czasie incydentu bardzo często obecne były tylko dwie osoby: lekarz i pacjent. Rzecznik, aby postawić zarzuty lekarzowi, musi udowodnić jego winę. Często pacjenci zbulwersowani zachowaniem lekarza, pod wpływem chwilowych emocji piszą skargę, zdając sobie w późniejszym czasie sprawę, że udowodnienie złego zachowania będzie bardzo trudne. Nie można usprawiedliwić zachowań aroganckich. „Między postępowaniem stanowczym a niegrzecznym znajduje się przepaść. Do stanowczej decyzji lekarz ma prawo, natomiast do ordynarnego zachowania – nie ma prawa żadnego!”³⁸

Można sądzić, że ogólny upadek dobrych obyczajów objął także szeregi lekarskie. Dyskutując na temat naruszeń KEL (KEL art. 12, UoZL art. 31), należy przytoczyć wyrok wydany przez Sąd Najwyższy z dnia 21 czerwca 1976 roku. W sprawie tej uczennica szkoły handlowej, lat 15, została poddana obowiązkowym badaniom laboratoryjnym w związku z praktyką w sklepach spożywczych. Badania serologiczne krwi wypadły pozytywnie, a więc wskazywały na istnienie choroby wenerycznej, której faktycznie nie było. Lekarka dermatolog poinformowała pacjentkę o wyniku badania, wmawiając utrzymywanie stosunków seksualnych, i zażądała podania kontaktów oraz wyjaśnień co do losów rzekomo urodzonego dziecka. Lekarka nie dawała wiary wyjaśnieniom małoletniej dziewczynki. Taki stosunek lekarki spowodował wystąpienie głębokiej depresji psychicznej. Lekarka także odmówiła prośbie matki o ponowne przeprowadzenie rozmowy z córką. Małoletnia popełniła samobójstwo. W procesie odszkodowawczym Sąd Najwyższy

orzekł, iż wywołanie przez lekarza, u osoby małoletniej, na skutek postępowania sprzecznego z zasadami współżycia społecznego, dotyczącymi ochrony osobowości człowieka, jego godności i pozycji w społeczeństwie, stanu zagrożenia jej osobowości wiadomością o jej chorobie, może być uważane za pozostające w normalnym związku przyczynowym z targnięciem się tej małoletniej na swoje życie, jeżeli nie ma przekonywujących podstaw do łączenia samobójstwa z nienormalnością psychiczną ofiary³⁹. Ginekolog Romuald Dębski mówi: „Sądzę natomiast, że najistotniejsze jest, aby rozmowa z pacjentką była życzliwa”⁴⁰.

Godnym uwagi w tym miejscu jest przytoczenie paru rad z książki *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*. Lekarz winien zdać sobie sprawę, czego oczekuje od niego pacjent. Pacjent pragnie opieki lekarskiej, doradztwa i wsparcia w trudnych chwilach choroby. Chory obawia się diagnozy, koniecznego leczenia, objawów (cierpienia, upokorzenia), samotności i braku nadziei. Lekarz w swojej pracy oczekuje od chorego pełnego zaufania (należy je zyskać), spełniania zaleceń (jego argumentacja musi być zrozumiała), przestrzegania ustalonych norm. Zyskanie przychylności pacjenta jest często rzeczą niełatwą a rozmowy bywają trudne. Pacjenci bywają różni, mówi się, że pacjent jest wybuchowy, konfliktowy, bierny, zależny, perfekcyjny, sztywny, histeryczny, domagający się, narzekający, nieufny itd.⁴¹

7. Udział prawników w postępowaniu przed rzecznikiem i sądem lekarskim

W czasie prowadzonego postępowania wyjaśniającego (i na każdym dalszym jego etapie) przez ORZOZ lub jego zastępcę, przeciwko lekarzowi, zgodnie z paragrafem 15 rozporządzenia MZiOS z dnia 26 września 1990 roku „W sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy” (Dz. U. 64, poz. 406) lekarzowi przysługuje prawo ustanowienia obrońców spośród lekarzy lub adwokatów. Najczęściej jednak lekarz ma do czynienia z adwokatem jako z przeciwnikiem w procesach z powództwa cywilnego.

Analiza spraw sądowych dowodzi, że istnieją adwokaci wyspecjalizowani w sprawach o odszkodowania za poniesione szkody. Zdzisław Marek tak o tym pisze: „Powstaje «nowa specjalność prawnicza», której głównym celem jest wyszukiwanie niezadowolonych pacjentów i namawianie ich, aby występowali z roszczeniami przeciwko lekarzom. Doszło już do organizowania kancelarii adwo-

³⁹ IV CR 193/76, OSPiKA 1977, poz. 106.

⁴⁰ „Wiadomości Położniczo-Ginekologiczne”, nr 1 (23), 2001, s. 16.

⁴¹ J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwki, *Komunikowanie lekarza z pacjentem*, Astrum, Wrocław 2000.

³⁷ G. Ciechomska, *Skazani na siebie*, „Gazeta Lekarska” nr 5 (136), 2002, s. 12.

³⁸ „Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej”, styczeń 2001, s. 22.

kackich, które zajmują się wyłącznie dochodzeniem takich roszczeń za rzekome błędy lecznicze, za poniesione «szkody psychiczne» nie tylko z powodu błędów leczenia, ale niewłaściwego stosunku personelu medycznego do pacjenta w czasie jego pobytu w szpitalu, za nie spełnione do końca oczekiwania, za wycierpiane bóle i inne dolegliwości, o których lekarz odpowiednio wcześniej nie uprzedził i szczegółowo ich nie wyjaśnił»⁴². Świadczy o tym treść pisanych przez nich pozwów oraz profesjonalizm wypowiedzi przed sądami. Są szczególnie dobrze obznajomieni z problematyką medyczną, znają szeroko trudności, z jakimi boryka się w pracy lekarz, i wyszukują słabe punkty w sprawie. Z tych powodów są trudnymi przeciwnikami dla lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej podczas procesów.

Podnoszona jest nie tylko kwestia odszkodowania za uszczerbek na zdrowiu, zwiększone koszty utrzymania, koszty leczenia, ale także obniżenie aktywności życiowej z powodu ograniczeń w zakresie wyboru kierunku nauki, zawodu, uprawiania sportu oraz kontynuowania działalności zawodowej zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, łącznie z okresową bądź trwałą niezdolnością do pracy, konieczność zmiany stylu życia, w tym konieczność przestrzegania diety, ograniczenia w życiu codziennym, uciążliwości dla domowników i innych osób z uwagi na konieczność przestrzegania zasad profilaktyki w związku z możliwością zakażenia innych osób (m.in. drogą płciową).

Warto podkreślić, że w ocenie wysokości odszkodowania podnoszony jest nie tylko stopień ciężkości cierpień fizycznych na skutek niepowodzenia lub błędu w postępowaniu lekarskim, ale także cierpienia psychiczne w analizie odpowiedzialności pozwanego za odległe następstwa rozpatrywanego czynu.

Prawnik dla uzyskania korzystnego wyroku w procesie cywilnym pragnie posiadać wyrok skazujący przed sądem lekarskim. Z tego powodu często nakłania stronę „pokrzywdzoną” do składania skargi przeciwko lekarzowi do ORzOZ. Przed rzecznikiem i sądem pragnie, posługując się posiadaną wiedzą prawniczą, uzyskać korzystny wyrok dla swojego klienta, kierując jego poczynaniami. Spotkania z prawnikami często pozostawiają niemiłe wrażenie na lekarzach-rzecznicach i lekarzach-sędziach. Adwokat pragnie wykazać swoją wyższość prawniczą, pomijając fakty merytoryczne, medyczne, jako sprawy wagi drugoplanowej. Podobnie przedstawia się udział prawnika jako obrońcy obwinionego lekarza. I tu na plan dalszy schodzą kwestie medyczne, a uwypukla się sprawy proceduralne. Często jedyną formą obrony jest przedłużanie postępowania przed rzecznikiem i sądem w celu uzyskania przedawnienia sprawy. Jedną z form stosowaną dla uzyskania takiego rezultatu jest nie zgłaszanie się naprzemiennie na przesłucha-

nia lub rozprawy sądowe obwinionego lekarza i adwokata, składanie wniosków o przesłuchanie kolejnych świadków lub zgromadzenie dodatkowego materiału dowodowego⁴³.

8. Funkcjonujące w Polsce systemy opieki zdrowotnej i ich ocena na podstawie skarg do ORzOZ

Okres analizy skarg na działalność medyczną lekarzy obejmuje dwa różne systemy organizacyjne opieki zdrowotnej. Pierwszy okres to lata 1989-1998, czas funkcjonowania państwowej służby zdrowia pozostałej po okresie PRL-u. To czas ubóstwa finansowego, ogromnych zaniedbań po socjalistycznych rządach, a także wielkich inicjatyw olbrzymiego grona lekarzy w dążeniu do nadrobienia poniesionych przez lata strat⁴⁴. To okres starań o poprawę wyglądu placówek medycznych, wzbogacania ich w nowoczesny sprzęt, pogłębiania wiedzy dzięki pojawieniu się nowych, szerokich możliwości dostępu do źródeł fachowej wiedzy i informacji medycznej. Ostatnie lata XX wieku upłynęły na realizacji Ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. W Ustawie tej w rozdziale 4 „Świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego” z art. 31, 31a, 31b, 31c, 31d dowiadujemy się o prawach przysługujących każdemu ubezpieczonemu obywatelowi Rzeczypospolitej Polskiej. Dotyczy to profilaktyki zdrowotnej, a w razie choroby pełnej diagnostyki i leczenia, w tym także koniecznej rehabilitacji. Powołano regionalne kasy chorych, upadają placówki państwowe, szczególnie w sektorze poradnianym świadczenia zostają przejmowane przez placówki prywatne, co przede wszystkim widoczne jest na terenie województwa wielkopolskiego. Lecznictwo szpitalne – jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej – podejmuje działalność opierając się na kontraktach z kasami chorych.

Narzucone oszczędności finansowe spowodowały redukcję personelu lekarskiego, pielęgniarzkiego i technicznego. Wiele placówek przeszło na system kontraktowy, co spowodowało znaczne zmniejszenie liczby pracujących na oddziałach lekarzy i pogorszenie jakości świadczeń medycznych⁴⁵. Wprowadzenie Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym spowodowało wzrost niezadowolenia w społeczeństwie. Do omówionych trudności dochodzi cała rzesza skarg na poradnictwo ambulatoryjne, czyli na świadczenia lekarzy pierwszego kontaktu, na ograniczenia diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne. Chory nie przyjmuje do wia-

⁴³ Zob. Sprawozdania roczne ORzOZ WIL do NRzOZ za lata 1998-1999.

⁴⁴ B. Hołyst, *Wiktymologia*, wyd. cyt., s. 317.

⁴⁵ Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, 2 (88), 2002, s. 9.

⁴² Z. Marek, *Błąd medyczny*, wyd. cyt., s. 14.

domości zapisu Ustawy: „Ubezpieczony ma prawo do podstawowych świadczeń”. Wszystkie te nieprawidłowości prowadzą do opóźniania świadczenia poprawnej pomocy lekarskiej. Wprowadzono reformę, rozbudowano nie tylko oczekiwania lekarzy, ale też sferę zadaniową pacjentów. Zgodnie z informacjami przekazywanymi przez środki masowego przekazu choremu należy się „wszystko, natychmiast, zawsze, wszędzie, no i oczywiście za darmo. Chory ma prawo...”⁴⁶. Niezrozumiały jest dla społeczeństwa wymóg skierowań np. na leczenie stomatologiczne, kobiet ciężarnych od ginekologa na kolejne konsultacje specjalistyczne czy na badania profilaktyczne (mammografia).

Odpowiadając na postawione w tytule pytanie o satysfakcję pacjentów z aktualnie funkcjonującej opieki zdrowotnej należy stwierdzić, że wzrost skarg – szczególnie w ostatnich trzech latach – mówi o niezadowoleniu społeczeństwa z jej funkcjonowania. Niezadowolenie dotyczy także „świadcziodawców”, czyli lekarzy. Dariusz Czarniecki pisze: „Reforma jest oszustwem. Lekarze są oszukani. Pacjenci czują się oszukani”⁴⁷. Do izb lekarskich winna należeć organizacja ochrony zdrowia (warunek – zmiana Ustawy o izbach lekarskich) przy udziale placówek naukowych, gdyż gremia te najlepiej poznały potrzeby chorego i możliwości lekarza.

9. Ocena pracy rzecznika przez samorząd lekarski, lekarzy i skarżących

„Jak mało osób jest chętnych do tej niełatwej i niewdzięcznej pracy świadczą ostatnie (2001 rok – przyp. aut.) wybory. Rzecznik musi posiadać odpowiednią wiedzę, duże doświadczenie, chęć uzupełnienia wiedzy prawniczej, odwagę bycia bezstronnym i sprawiedliwym, a nade wszystko posiadać «czyste ręce»”⁴⁸. Ustawą z dnia 17 maja 1989 roku powołano po wielu latach ponownie izby lekarskie, a z nimi rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz okręgowe sądy lekarskie. Ich organem prasowym jest „Biuletyn Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej” wydawany w Poznaniu i Warszawie od 1999 roku.

Ustrój sądów lekarskich i kształt odpowiedzialności zawodowej lekarzy określa rozdział 6 i 7 wspomnianej Ustawy. Zakres kognicji sądów lekarskich normuje *expressis verbis* art. 41, który stanowi, iż członkowie samorządu lekarzy mogą zostać pociągnięci do odpowiedzialności za takie postępowanie, które ocenione

zostało jako sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej, oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza. Niestety wiedza znacznej części grona lekarskiego na temat funkcjonowania organu dyscyplinarnego, tj. rzecznika i sądu lekarskiego, jest bardzo mała. O trudnej pracy rzeczników świadczą poniższe wypowiedzi: „Rzecznik Okręgowy i jego zastępcy pochodzą z wyboru. Ma to być gwarancją uczciwości i zaufania środowiska, nie poprawia jednak wiedzy prawniczej i rozumienia zagadnienia”⁴⁹. „Funkcja Rzecznika Okręgowego to zajęcie niewdzięczne, ponieważ bardzo rzadko udaje się zadowolić obie strony: skarżącego i obwinionego. Jedna ze stron jest zwykle niezadowolona”⁵⁰. „Prawdą jest, że być rzecznikiem jest bardzo trudno: często traci się przyjaciół, jest się oskarżanym o stronniczość, niektórym trudno obwinać kolegę. W działaniu swym rzecznicy starają się być bezstronni na linii pacjent – lekarz, a jednocześnie przez rzetelne rozpatrywanie skarg zyskać godność dla naszego zawodu”⁵¹.

Ze szczególną przyjemnością zapoznali się rzecznicy z wynikami ankiety opublikowanej w książce *Lekarze wielkopolscy wobec Izby Lekarskiej* pod redakcją J. T. Marcinkowskiego, w której respondenci mówią o wymogach stawianych rzecznikom i o ich jakże często niewdzięcznej pracy. Wydaje się również, że dla pewnej grupy lekarzy (19%), wobec braku rozeznania dla toku rozpoznawania sprawy, ocena działalności jest skrajnie rozbieżna: „falszywie pojęta solidarność grupowa”, „interpretują przepisy nie broniąc lekarzy”⁵².

Rzecznicy napotykać często też na zarzuty ze strony skarżącej, np. następującej treści: „nie życzę sobie, aby Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej rozpatrywał sprawę, bo nie wierzę w sprawiedliwość lekarską, «bo stanowicie klikę», «bo kruk krukowi oka nie wykole»” (sprawa nr 77/99). Skarżący, po otrzymaniu nie satysfakcjonującego orzeczenia, w odwołaniach do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, stwierdzają, że rzecznik kryje swego kolegę-lekarza, że broni go przed sprawiedliwością. Często zdarzają się telefony z pogróżkami i szkalujące listy do rzeczników, w większości kierowane na adresy domowe. „Wielka praca i odpowiedzialność, uznanie dla tych, którzy zdecydowali się podjąć funkcję rzecznika”⁵³.

⁴⁹ „Biuletyn Informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej” nr 4/5, Warszawa-Poznań, s. 174-175.

⁵⁰ J. T. Marcinkowski (red.), *Wielkopolska Izba Lekarska i warunki pracy w opiniach lekarzy*, wyd. cyt., s. 102.

⁵¹ Tamże, s. 105.

⁵² Tamże, s. 41-43.

⁵³ Tamże, s. 42.

⁴⁶ D. Czarniecki, „Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej”, 2 (88), 2002, s. 22.

⁴⁷ Tamże.

⁴⁸ Sprawozdanie ORzOZ WIL za lata 1998-2001 do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

10. Rola mediów w kształtowaniu opinii społecznej o pracy lekarzy

*Błąd łatwiej można dostrzec niż prawdę,
bo błąd leży na wierzchu, a prawda w głębi.*

Johann Wolfgang Goethe

Obserwacje poczynione w ostatnich latach na temat pracy dziennikarzy i roli mediów – prasy, radia a nade wszystko telewizji – w kreowaniu wizerunku środowiska lekarskiego pozwalają stwierdzić że generalnie media zajmują postawę nieprzychylną. Środowisko medyczne odnosi wrażenie, że podobnie jak w „okresie budowy socjalizmu”, tak i obecnie dla odwrócenia uwagi od trudności ekonomicznych kraju i w celu zdobycia jak największej liczby czytelników podejmuje się tematy medyczne i przedstawia je się w sposób tendencyjnie katastroficzny. Tytuły artykułów: „Anioł śmierci”, „Pijany lekarz jedzie operować”, „Ile pan dziś zabił?”, „Operacja przyczyną śmierci”, „Łowcy skór” same ukazują stosunek mediów do społeczności lekarskiej⁵⁴.

To media prowadzą dochodzenie, przywdziewają togę, wydają wyroki jeszcze przed ogłoszeniem postanowienia przez sąd powszechny. „Prasa, radio, telewizja na ogół nie są przychylnie środowisku lekarskiemu. Największą krzywdę, bezpośrednio lekarzowi, a pośrednio całej korporacji lekarskiej, czynią artykuły, audycje, programy mówiące o «błędach lekarskich», o «nieetycznym postępowaniu» po wysłuchaniu jednej strony, często dodając swój komentarz bez sprawdzenia jakichkolwiek faktów. Większość tych informacji opatrzona jest tytułem bulwersującym społeczeństwo. Znaczna część wszczętych przez rzecznika z urzędu postępowań wyjaśniających, po ukazaniu się artykułu, wskazuje na bezpodstawność zarzutów...”⁵⁵. Tylko sporadycznie ukazują się sukcesy polskich lekarzy i naukowców w niesieniu pomocy osobom nieuleczalnie chorym.

To media próbują sterować leczeniem udzielając porad lekarskich, szczególnie na łamach kolorowych tygodników. Hans-Jakob Mattern pisze: „Fragmentaryczna «wiedza medyczna» szerzona przez media i przyswojona przez odbiorcę może zachęcić go do symulowania określonego obrazu chorobowego. W efekcie może dojść do nadużycia naruszającego zasady prawidłowych relacji lekarz – pacjent”. Dalej zaś pisze: o fakcie „nagłaśniania przez oficjalne media – często w sposób sensacyjny – «nowinek» technicznych i farmaceutycznych, które – udekorowane w szaty

«postępu» – eskalują postawę roszczeniową pacjentów”⁵⁶. Na potwierdzenie powyższego stwierdzenia, podanego przez profesora Uniwersytetu w Heidelbergu, cytuję za jednym z tygodników kobiecych instruktaż: „Skorzystaj z naszych wskazówek, a łatwiej ci będzie ocenić, czy twój lekarz jest prawdziwym fachowcem, czy raczej powinnaś poszukać innego”⁵⁷. Dalej wylicza się badania, jakie lekarz winien przeprowadzić. Często czasopisma kobiece udzielają rad, jak można samemu prowadzić leczenie.

Z powyższych uwag oczywiście nie należy wysnuwać wniosków dyskredytujących działalność mediów. Należy równocześnie stwierdzić, że dzięki wytężonej i rzetelnej pracy wielu dziennikarzy ukazują się w mediach programy, artykuły oparte o rzetelne informacje, wskazujące na istniejące nieprawidłowości w świecie medycznym. Wydawanie zwolnień lekarskich jako usprawiedliwień przed sądem w procesie karnym, przyjmowanie korzyści materialnych za usługi pseudo-medyczne, leczenie postrzelonych w bójkach gangsterów z pominięciem obowiązującego lekarza zgłoszenia powyższego faktu – te wszystkie działania wskazują na istniejące nieprawidłowości w środowisku lekarzy. W tych medialnych działaniach izby lekarskie i każdy lekarz winien wspierać pracowników mediów w walce o oczyszczenie szeregów korporacji lekarskiej⁵⁸. Nadal uważa się, że wolność słowa czyni z mediów czwartą władzę, która jest niezwykle cenną zdobyczą demokracji.

Należy wspomnieć, że media (prasa, radio, TV) mają szerokie pole działania w kształtowaniu opinii społecznej i krzewieniu informacji sprzyjających zdrowiu. Na wyróżnienie zasługuje cykliczna audycja pod redakcją Jacka Michalaka w regionalnym kanale poznańskiej TV, nosząca tytuł „Medycyna i Ty”, ukazująca trud pracy i osiągnięcia, a także możliwości lekarzy wielkopolskich. Podobnie pochlebną opinię wyrażamy o aktualnie emitowanym serialu telewizyjnym „Na dobre i na złe”, którego akcja toczy się na terenie szpitala i częściowo dotyczy życia rodzinnego pracowników. Obiektywnie przedstawia on trudności diagnostyczne, z którymi musi borykać się lekarz wielokrotnie każdego dnia. Ukazuje niepokój operatora o rezultat przeprowadzonej operacji, stresogenność zawodu lekarskiego – łącznie z zastąpieniami, zawałami, nieprzespanymi nocami i okradaniem rodziny z czasu dla niej przeznaczonego. Środowisko lekarskie nie jest przeciwne podawaniu do publicznej wiadomości informacji sprawdzonych, rzetelnie przedstawionych czy prawomocnych wyroków sądowych lekarzy, którzy naruszyli prawo.

⁵⁶ H. J. Mattern, w: H.-H. Schrömbgens, *Błędna diagnoza w praktyce ogólnolekarskiej*, wyd. cyt., s. 21.

⁵⁷ „Przyjaciółka” z 1 lutego 2002 r.

⁵⁸ *Lekarze gangsterów*, „Newsweek” 20, 2002, s. 12; B. Hołyst, *Wiktymologia*, wyd. cyt., s. 323; Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 r. (Dz. U. Nr 139 poz. 646) o zmianie Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o zmianie niektórych innych ustaw.

⁵⁴ „Gazeta Wyborcza” z dnia 23 stycznia 2002; „Gazeta Wyborcza” z dnia 28 stycznia 2002; „trybuna” z dnia 25 stycznia 2002.

⁵⁵ S. Maciejewski, *I tak się zaczęło...*, „Biuletyn Informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej”, Warszawa-Poznań, 1, 1999, s. 99-104.

11. Wizerunek lekarza w oczach pacjenta

Często skargom na nieetyczne zachowanie lekarza towarzyszy zarzut niewłaściwego wyglądu lekarza i jego gabinetu. Profesor Stanisław Radowski tak mówi: „Lekarz powinien być ubrany schludnie i czysto. Niestety rzeczywistość odbiega często od tej definicji”⁵⁹. Szwedzka lekarka, będąc w Polsce korzystała z pomocy lekarskiej i tak o niej pisze: „Nawet prywatnie nie ma gwarancji, że przyjmie cię czysty i schludnie wyglądający ginekolog”⁶⁰.

W kwestii nieetycznych zachowań przytoczmy wypowiedź dra med. Stanisława Kawczyńskiego: „Jednak skargi dotyczące błędów lekarzy okazały się niejednokrotnie wiele mniej skomplikowane od spraw dotyczących konfliktów między lekarzami lub skarg na nieetyczne zachowanie lekarzy”⁶¹.

12. Skargi składane przez chorych psychicznie

Warte omówienia są skargi składane przez psychicznie chorych. W większości skargi są wielostronicowe, trudne do odczytania i ustalenia zarzutów. „Osobnym problemem są chorzy psychicznie wnoszący skargi na lekarzy, z uwagi na to, że nie zgadzają się z postawioną diagnozą lub wnioskiem o ubezwłasnowolnienie. Są oni bardzo natarczywi i często odgrażają się Rzecznikowi i pracownikom jego sekretariatu. Niejednokrotnie poświęcałem im wiele godzin, by uzyskać akceptację (choć częściowo) dla podejmowanych decyzji – tak relacjonuje ORZOZ WIL I i II kadencji dr med. Stanisław Kawczyński⁶².

13. Trudności w poruszaniu się lekarzy w istniejącym ładzie prawnym

Należy, za Barbarą Świątek, zwrócić uwagę, że często stosowana metoda przedkładania pacjentom do podpisu różnych „oświadczeń” jest doskonałym przykładem braku świadomości prawnej lekarzy. Oświadczenia takie, jako niezgodne z prawem, nie mają żadnego prawnego znaczenia i nie zabezpieczają lekarza przed ewentualnym pociągnięciem go do odpowiedzialności. Żądanie podpisywania nie-

⁵⁹ „Wiadomości Położniczo-Ginekologiczne”, 1 (23), 2001, s. 20.

⁶⁰ Tamże, s. 14.

⁶¹ J. T. Marcinkowski (red.), *Wielkopolska Izba Lekarska i warunki pracy w opiniach lekarzy*, wyd. cyt., s. 101.

⁶² Tamże, s. 102.

zgodnych z prawem oświadczeń uwłaszcza godności zawodu lekarza i nie powinno mieć miejsca⁶³.

14. Skargi z powodu zgonu pacjenta

Jak wynika z tab. 17, do Biura ORZOZ WIL w latach 1991-2001 wpłynęło 189 skarg, gdzie podstawą zarzutu był zgon członka rodziny, co stanowiło 15,3% wszystkich skarg. Zakończono postępowanie w 179 sprawach. W większości tych spraw zarzut spowodowania zgonu pacjenta był bezpodstawny, o czym świadczą następujące fakty: odmowa wszczęcia postępowania miała miejsce w 43 sprawach co stanowi 24,1%. Wszczęto i umorzono postępowanie w 82 sprawach, co daje 45,8% spraw. Skierowano do Sądu Lekarskiego 28 wniosków o ukaranie, co stanowi 15,6% spośród wszystkich rozpatrzonych skarg wniesionych z tytułu spowodowania zgonu.

Dla zobrazowania postępowania rzecznika w przypadku tak ciężkiego zarzutu, jak posądzenie o zaniedbanie lekarskie i spowodowanie zgonu, omówimy kilka skarg związanych ze śmiercią chorego. W niektórych z nich wina lekarza jest ewidentna, ale są także takie, w których postępowanie było poprawne i lekarz nie może ponosić winy za zgon pacjenta.

Przykład 1 – brak winy lekarza

Prokuratura Rejonowa zawiadomiła ORZOZ o podejrzeniu naruszenia zasad etycznych, przez liczny zespół lekarzy, którzy uczestniczyli w ratowaniu poszkodowanego w wypadku drogowym. Zarzut brzmiał: brak staranności w postępowaniu lekarskim i zaniechanie leczenia poszkodowanego. Poszkodowanym był młody mężczyzna w wieku 20 lat, który prowadząc poprawnie samochód Fiat 126p został uderzony przez wyjeżdżający z ulicy podporządkowanej samochód. Lekarz przyjmujący pacjenta w szpitalu stwierdził, że poszkodowany jest przytomny, odpowiada logicznie. Rozpoznano złamanie kości udowej, ogólne potłuczenie, otarcia naskórka i podbiegnięcia krwawe. Znaczne pogorszenie stanu ogólnego nastąpiło po paru godzinach, mimo stałego nadzoru. Ze względu na ciężki stan chorego przekazano do Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego. Przeprowadzone badanie komputerowe głowy nie dało odpowiedzi na pytanie o przyczynę ciężkiego stanu chorego. W czwartej dobie po wypadku chory zmarł. Badanie sekcyjne wyjaśniło przyczynę nieefektywności prowadzonej terapii. Stwierdzono rozmiękanie pnia mózgu i stłuczenie mięszu płucnego. Wobec poprawności postępowania lekarskiego i uzyskanego rozpoznania anatomopatologicznego, popartego badaniem drobnovidowym,

⁶³ Zob. J. Barański, E. Waszyński (red.), *Medycyna i humanistyka*, cz. I, Akademia Medyczna, Wrocław 1998, s. 102.

ORzOZ WIL odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Prokurator na decyzję ORzOZ nie wniósł odwołania do NRzOZ.

Przykład 2 – ewidentna wina lekarza

Skarga wniesiona przez rodziców zmarłego dziecka. Pacjentka w ciąży III, po jednym porodzie siłami natury i poronieniu w dziewiętnastym tygodniu ciąży, z powodu niewydolności cieśniowo-szyjkowej i przedwczesnego pęknięcia worka owodniowego. Została skierowana do oddziału położniczo-ginekologicznego celem zahamowania procesu niewydolności cieśniowo-szyjkowej przez założenie szwu okrężnego na szyjkę macicy. W dniu następnym badając pacjentkę, nie zapoznając się z przeszłością położniczą czy dokumentacją lekarską, w tym z wynikiem badania USG (stwierdza się wpuklenie pęcherza płodowego do kanału szyjki), ordynator oddziału oznajmia ciężarnej o prawidłowości przebiegu ciąży i zwalnia do domu bez zaleceń. Po tygodniowym pobycie w domu, mimo leżenia (takie zalecenie otrzymała profilaktycznie przed miesiącem od lekarza prowadzącego ciążę) stwierdziła zwiększone upławy. Z tymi dolegliwościami udała się do poradni przy szpitalnej. Przyjmujący lekarz stwierdził rozwarcie ujścia zewnętrznego na 3 cm i odpływanie wód płodowych. Ciężarna zostaje przyjęta do szpitala, a następnie przekazana do Instytutu Ginekologiczno-Położniczego. Mimo intensywnego leczenia pacjentka rodzi w dwudziestym drugim tygodniu ciąży płód żywy, niezdolny do życia. Przy ewidentnym braku staranności w postępowaniu lekarza wobec pacjentki, z obciążonym wywiadem położniczym, ORzOZ skierował wniosek o ukaranie lekarza do OSL. Sąd przyjął argumentację rzecznika i orzekł wyrok, który uprawomocnił się.

Przykład 3 – odmienne decyzje ORzOZ i NRzOZ

Pacjentka w ciąży I, tydzień ciąży 42 zgłosiła się do Szpitala Powiatowego celem odbycia porodu. Poród o przebiegu prawidłowym, noworodek urodzony w stanie ogólnym dobrym, Appgar 10. W okresie okołoporodowym i wczesnopołożogowym utrata krwi została określona jako mierna. Połóg o przebiegu poprawnym. Zwolniona do domu wraz z dzieckiem w stanie ogólnym dobrym. W godzinach nocnych w tej samej dobie wystąpiły zaburzenia widzenia. Konsultowana przez okulistę w godzinach rannych następnego dnia zostaje skierowana do Kliniki Okulistycznej Akademii Medycznej z rozpoznaniem odklejenia siatkówki obu oczu. W trakcie hospitalizacji stan pacjentki pogarsza się i opiekę nad nią przejmują lekarze z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej. U położnicy wystąpiły objawy wewnątrznaczyniowego wykrzepiania krwi z następową hemolizą. Z objawami wstrząsu w pierwszej dobie pobytu pacjentka umiera. Na podstawie badania pośmiertnego nie zdołano ustalić przyczyny wystąpienia powyższych powikłań. Opinia biegłego, wydana w oparciu

o dokumentację lekarską z wszystkich placówek prowadzących leczenie oraz wynik badania sekcyjnego, nie wskazała na nieprawidłowości w działaniu medycznym lekarzy oddziału położniczo-ginekologicznego. W oparciu o tę opinię ORzOZ umorzył postępowanie wyjaśniające. Od powyższej decyzji rodzina zmarłej odwołała się do NRzOZ, który uchylił decyzję i przekazał do ponownego rozpatrzenia do ORzOZ WIL. Wobec odmiennej oceny faktów w niniejszej sprawie, w celu nie budzenia w stronie skarżącej podejrzania stronniczości i braku rzetelności, a także pomówień, ORzOZ WIL poprosił NRzOZ o przekazanie sprawy innemu ORzOZ.

15. Podsumowanie badań

Analiza ilościowa i jakościowa materiału ze skarg do ORzOZ WIL wskazuje, że wielu nieprawidłowościom można było zapobiec przy odrobinie dobrej woli ze strony lekarza. W przypadku błędu ze strony lekarza lub niepowodzenia w prowadzonej diagnozie, terapii czy powikłań, szczerza rozmowa mogła zażegnać konflikt. Należy stwierdzić, biorąc pod uwagę liczbę zarejestrowanych w 2001 roku lekarzy WIL w liczbie 11 969⁶⁴ oraz zgłoszenie w okresie jedenastu lat 1235 skarg, że lekarze-członkowie WIL spełniają swoją powinność wobec społeczeństwa, a liczba skarg nie była znacząca. Oczywiście nie świadczy to o braku problemu i o możliwości zaniechania dążeń do poprawy sytuacji. W czasie szkolenia młodych adeptów sztuki medycznej należy położyć znaczny nacisk na sposób kontaktowania się z chorym, jego rodziną, na poprawne, nie uwłaczające zachowanie lekarza.

Przeprowadzone badania ujawniły postępujący wzrost liczby skarg na lekarzy, szczególnie dynamiczny od okresu wprowadzenia reformy systemu opieki zdrowotnej z dniem 1 stycznia 1999 roku. Trudno przyjąć, że wzrost liczby skarg wynika z pogorszenie jakości pracy lekarza (kwestii tej nie oceniano). Bardziej prawdopodobne jest, że dokonująca się od 1989 roku transformacja od ustroju socjalistycznego do kapitalistycznego zmieniła głęboko świadomość społeczną. Do jej zmiany przyczyniły się głównie media, co jest zjawiskiem korzystnym. Niekorzystnym jest jednak to, że dziennikarze gonią głównie za sensacją, podając informacje nie w pełni sprawdzone, często wyrokuje przed ostateczną decyzją sądową, krzywdząc niewinnie lekarza.

Środowisko lekarskie, jak i każde inne, nie jest wolne od osób niewłaściwie wykonujących swój zawód. Dużą winę za ten stan rzeczy ponoszą najprawdopodobniej dwa czynniki.

⁶⁴ WIL nie dysponuje danymi za rok 1991 r. Pierwsze wiarygodne dane pochodzą z roku 1998 w związku z obowiązkową rejestracją gabinetów. WIL zrzesza 8859 członków (listopad 1998), ta liczba pomniejszona jest o lekarzy województwa pilskiego (ok. 620 lekarzy przejętych w roku 2000). Dane za: J. T. Marcinkowski (red.), *Wielkopolska Izba Lekarska i warunki pracy w opiniach lekarzy*, wyd. cyt., s. 14.

1. **Niewłaściwy dobór na studia lekarskie.** Decyzja o przyjęciu na studia medyczne nie może się opierać jedynie o wynik egzaminu testowego, z pominięciem rozmów wstępnych z kandydatem.
2. **Brak kształcenia w kierunku właściwego komunikowania z pacjentem i członkami jego rodziny,** zarówno w nauczaniu przeddyplomowym, jak i podyplomowym.

Izby lekarskie, od czasu ich reaktywacji w 1989 r., odniosły wiele sukcesów, ale też i porażek. Wydaje się, że działający w ich strukturze rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie funkcjonują coraz precyzyjniej. Przeprowadzone badania ukazały, że około 90% skarg na lekarzy złożonych do ORzOZ było bezpodstawnych bądź niedostatecznie umotywowanych. Ogromna większość lekarzy pracuje z wielkim poświęceniem. Niemniej jednak nie można zamykać oczu na przypadki postępowania niezgodnego z KEL. Środowisko lekarskie jest pod baczna obserwacją mediów. Wydaje się, że wydawane opinie kształtują świadomość społeczną w tym kierunku, że środowisko lekarskie broni swoich członków przed odpowiedzialnością, w myśl porzekadła „kruk krukowi oka nie wykole”. Tak jednak nie jest. Trzeba o tym opinię społeczną przekonywać, co nie jest łatwe i wymaga długiego czasu dla poprawy wizerunku środowiska lekarskiego.

Analiza zgromadzonego materiału pozwala na następujące stwierdzenia:

1. Zaobserwowano postępujący wzrost liczby skarg przeciwko lekarzom.
2. Następujący w latach 1993-2001 stały wzrost liczby skarg na lekarzy był zdecydowanie najwyraźniejszy od 1999 roku; między rokiem 1993 a 2001 nastąpił trzykrotny wzrost liczby skarg. Przyczyny tego wzrostu są złożone. Wynikają one z następstw korzystnej transformacji ustrojowej, zapoczątkowanej w Polsce w 1989 roku, oraz zwiększenia świadomości społecznej o przysługujących prawach i wolności prasy.
3. Do najczęściej wymienianych w skargach przyczyn ich złożenia przez chorego lub członków rodziny należały błędy terapeutyczne, a następnie nieetyczne postępowanie lekarskie.
4. ORzOZ WIL uznał za uzasadnione zarzuty w 9,3% złożonych skarg i skierował wnioski do OSL. Postanowienie ORzOZ WIL o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego lub o umorzeniu postępowania wyjaśniającego było przyczyną odwołań w 33,5% tychże postanowień. Decyzje ORzOZ znalazły potwierdzenie w postanowieniach NRzOZ w 77,2% spraw.
5. Zarzuty o korupcję lekarzy wystąpiły w 10 skargach, tj. w 0,8% spraw.
6. Zarzuty stawiane we wnioskach do sądu przez ORzOZ i zastępców ORzOZ znalazły potwierdzenie w sądzie I instancji w 60,5% wyroków.
7. Skargi przeciwko lekarzom częściej dotyczyły mężczyzn aniżeli kobiet. Najczęściej skargi były kierowane przeciwko lekarzom w wieku 40-50 lat.

Wnioski

1. O liczbie skarg przeciwko lekarzom decyduje przede wszystkim nieumiejętność komunikowania się lekarzy z pacjentami i członkami ich rodzin; postępowanie lekarzy niezgodne z zasadami Kodeksu Etyki Lekarskiej ma mniejszy wpływ.
2. Adeptom sztuki lekarskiej, już w czasie jej zdobywania należy wpajać takie cechy, jak prawość, uczciwość i integralność, co zaowocuje w przyszłości zaufaniem, okazaniem ciepła i akceptacją drugiej osoby, bez naruszenia jej integralności.
3. Na liczbę skarg przeciwko lekarzom znaczący wpływ mają nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej.

SŁAWOJ MACIEJEWSKI
JERZY T. MARCINKOWSKI

OPINION CONCERNING DOCTORS OF MEDICINE ACTIVITY
IN CONTEXT OF DATA COLLECTED BY THE REGIONAL
SPOKESMAN FOR PROFESSIONAL LIABILITY OF CHAMBER
OF DOCTORS OF MEDICINE OF WIELKOPOLSKA

(Summary)

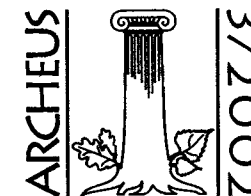
Birth of deontological rules for doctors of medicine and the violations of general principles of medical ethics were discussed. Breaches of the law – of state acts (Civil Code, Penal Code and Code of Penal Procedure) and of the rules of the medical corporation – were shown. The activity of Regional Spokesman For Professional Liability, basing on complaints lodged against medical doctors in years 1991-2001 was discussed. The provenance of complaints and their types were examined. The dependence of the number of complaints upon the age and sex of medical doctors was considered. The methods of Regional Spokesman for Professional Liability investigating, and after his decision, the procedure of lodging of an appeal to National Spokesman For Professional Liability as well as verdicts of Regional Medical Court were analyzed. The whole matter was also presented in form of tables. The problem of proper work conditions for the doctors and the main reasons of patients discontent with the quality of medical services were also touched. The role of professional lawyers in legal proceedings with the participation of Spokesman for Professional Liability and before Medical Court was described. An important part, played by mass media in creating the public opinion about the medical profession was strongly accentuated. The study was recapitulated with several fundamental conclusions.

Key words: complains against medical doctors, Polish Medical Court

Adres do korespondencji

Address for correspondence

dr hab. n. med. Jerzy T. Marcinkowski
Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Katedra Medycyny Społecznej
ul. Rokietnicka 5c
60-806 Poznań



JOANNA USAKIEWICZ

„DLACZEGO DUCH CZY DUSZA JEST TAK CIERPIĄCA,
KIEDY CIERPI CIAŁO?”

ANNE CONWAY – CIERPIĄCY CZŁOWIEK I FILOZOF*

Wspominając swoją pierwszą wizytę u pewnej pacjentki, Thomas Willis¹, jeden z najbardziej znanych siedemnastowiecznych angielskich lekarzy, zanotował: „Odznaczała się ona niespotykaną urodą i wielką mądrością, posiadała bowiem wykształcenie w sztukach wyzwolonych i wszystkich rodzajach literatury ponad poziom jej płci; jakby Natura uznała, że to za wiele cieszyć się takim darem, ukarała ją bardzo srogo nękającą bez ustanku chorobą”². Pacjentka ta to lady

* Artykuł jest rozszerzoną wersją referatu wygłoszonego na konferencji: Śląskie Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Zabrze-Szczyrk, 26-28 września 2002 r.

¹ Thomas Willis (1621-1675) był anatomem i lekarzem. Studiował i wykładał w Oksfordzie. Od 1667 roku prowadził praktykę lekarską w Londynie, zajmując się jednocześnie pracą naukową. Szczególnie interesowała go anatomia mózgu. Opisał jedenastą parę nerwów czaszkowych, tak zwany nerw dodatkowy. Zajmował się również budową żołądka, dał opis tej jego części, która sąsiaduje z odźwiernikiem. Próbował wyjaśnić powstawanie gorączek, wiążąc je z procesami fermentacyjnymi. Uważał, że przyczyną gorączek tkwi w nadmiarze ciepła wydzielanego w procesach fermentacji, a zbyt burzliwy przebieg owych procesów może prowadzić nawet do śmierci. Jako środek zapobiegający nadmiernemu wydzielaniu ciepła w procesach fermentacyjnych podawał sól. Szukał także wyjaśnienia mechanizmu skurczu mięśni. Tłumaczył to eksplozjami wynikającymi z procesów chemicznych przebiegających w organizmie. Willis był właściwie ostatnim znaczącym przedstawicielem jatrochemii. W swoich pracach starał się opierać przede wszystkim na eksperymencie. Jego główne dzieła to: *Diatribae duae* (1659) oraz *Cerebri anatome, cui accessit Nervorum descriptio et usus* (1683). (Informacje na podstawie: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995; *Biographisches Lexikon der Hervorragenden Ärzte*, wyd. A. Hirsch, Berlin 1934.)

² „She was of a most beautiful form, and great wit, so that she was skilled in the Liberal Arts, and in all sorts of Literature, beyond the condition of her sex; and as if it were thought too much by Nature, for her to enjoy so great endowments, without some detriments, she was

Anne Conway, a jej choroba oraz wpływ związanych z nią cierpień na filozoficzne przemyślenia, które po sobie zostawiła, będą tematem naszych rozważań.

Anne Finch³, bo takie było panieńskie nazwisko późniejszej lady Conway, urodziła się 14 grudnia 1631 roku w Londynie. Pochodziła z bogatej i wpływowej rodziny angielskich prawników i polityków. Jej ojciec, Heneage Finch, piastował urząd naczelnego sędziego Londynu, a także spikera Izby Gmin. Szczególnym dziełem swego życia uczynił budowę wspaniałego domu – Kensington House, który obecnie, oczywiście po licznych przebudowach, możemy podziwiać jako Kensington Palace. Matką Anne była Elizabeth z domu Cradock z Staffordshire. Zarówno dla ojca, jak i dla matki Anne było to drugie małżeństwo, oboje wcześniej owdowieli. Anne miała więc liczne przyrodnie rodzeństwo. W młodości odebrała wykształcenie w zakresie literatury, matematyki, języków obcych (przede wszystkim poznała francuski i łacinę, później uczyła się też greki) oraz filozofii. Bardzo wiele czytała. Początkowo chaotyczne lektury porządkował jej przyrodni brat – John Finch, który był jej też najbliższy spośród rodzeństwa. Dzięki niemu poznała około 1650 roku Henry'ego More'a (1614-1687)⁴, przedstawiciela chrystianizującego neoplatonizmu, i została jedną z najzdolniejszych jego uczennic. Znajomość między Anne Finch a More'em zaowocowała długotrwałą korespondencją. Zapoczątkowały ją listy dotyczące *Zasad filozofii* Descartes'a. Z biegiem czasu korespondencja nabierała coraz bardziej osobistego charakteru.

W roku 1651 Anne wyszła za mąż za wicehrabiego Edwarda Conwaya (1623-1683). Jej mąż obrał, zgodnie z tradycjami rodzinnymi, karierę dworską. Był pełnomocnikiem rządu do spraw ceł, sekretarzem stanu, zarządzał także kil-

extremely punished with this Disease"; cyt. za: G. R. Owen, *The Famous Case of Lady Anne Conway*, „Annals of Medical History”, vol. 9, 1937, s. 569. (Przekłady z języka angielskiego oraz z łaciny autorki.)

³ Wiadomości biograficzne na temat Anne Finch-Conway oparte zostały na następujących źródłach: *The Conway Letters. The Correspondance of Anne, Viscountess Conway, Henry More, and Their Friends, 1642-1684*, Edited by M. H. Nicolson, Revised Edition with an Introduction and New Material Edited by S. Hutton, Clarendon Press, Oxford 1992 (dalej cyt. jako *Letters*); Anne Conway, *The Principles of the Most Ancient and Modern Philosophy*, Edited and with an Introduction by P. Loptson, Martinus Nihoff Publishers, The Hague/Boston/London 1982; Anne Conway, *The Principles of the Most Ancient and Modern Philosophy*, Edited by P. Coudert and T. Corse, Cambridge University Press 1996; *A History of Women Philosophers. Modern Women Philosophers, 1600-1900*, ed. M. E. Waithe, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht/Boston/London 1991, t. III, s. 41-58. Zob. też: Usakiewicz J., *Anne Conway (1631-1679). Rys biograficzny*, „Idea. Studia nad strukturą i rozwojem pojęć filozoficznych”, XIII, Białystok 2001.

⁴ O życiu i twórczości Henry'ego More'a zob. w szczególności zbiór studiów: *Henry More (1614-1687): Tercentenary Studies*, Edited by S. Hutton, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht/Boston/London 1990, a także monografię: S. Hutin, *Henry More. Essai sur les doctrines theosophiques chez les Platoniciens de Cambridge*, Georg Olms Verlagsbuchhandlung, Hildesheim 1966. Sam More opisuje fakty ze swojego życia w *Praefatio Generalissima* do swoich *Opera omnia*, wydanych w 1679 roku.

koma hrabstwami. Wiele czasu poświęcał Irlandii, w której znajdowały się rodowe posiadłości Conwayów. Edward miał także szerokie zainteresowania naukowe, był członkiem Royal Society. Anne mogła więc swoje młodzieńcze zainteresowania rozwijać w życiu dorosłym. W swoim domu, w Ragley Hall w Warwickshire, stworzyła centrum intelektualne. Gościli tam między innymi: wspomniany już Henry More, inny przedstawiciel neoplatonizmu z Cambridge – Ralph Cudworth (1617-1688) oraz podróżnik, filozof i erudyta Franciszek Mercury van Helmont (1618-1698)⁵. 6 lutego 1658 roku Anne wydała na świat jedyne dziecko – Heneage'a Edwarda. Jednak jesienią roku następnego dziecko zmarło. Anne bardzo boleśnie przeżyła tę stratę, była bliska śmierci. Wyzdrowiała, ale nie mogła już więcej mieć dzieci. Pod koniec życia przystąpiła do kwaków. Wydaje się, że główny powód jej decyzji nie był związany z ich przekonaniami religijnymi. Pociągali ją raczej dlatego, że ich życie, podobnie jak jej, było pasmem cierpienia i bólu; byli to przede wszystkim ludzie biedni, prześladowani, którzy wiele lat spędzili w koszmarnych warunkach angielskich więzień. Krewni Anne jednak nigdy nie pogodzili się z jej konwersją.

Anne Conway zmarła 23 lutego 1679 roku. O ostatnich chwilach jej życia możemy przeczytać w liście zarządcy Conwayów, Charlesa Coke'a, do męża Anne, który przebywał wówczas w Irlandii. Coke pisał: „Między godziną 7 a 8 w nocy Moja Pani rozstała się z życiem, zachowując jasność umysłu i zmysłów do ostatniej minuty, oddając swojego ducha bardzo spokojnie, bez żadnego zauważalnego gestu i zachowując bardzo pogodną twarz; cierpienia towarzyszyły jej do końca, koło soboty w południe zaczęły puchnąć jej nogi”⁶. Doczesnymi szczątkami lady Conway zajęli się van Helmont. Aby mąż po powrocie do domu mógł ją zobaczyć po raz ostatni, zwłoki zakonserwowano w sporządzonym przez van Helmonta roztworze, którego głównym składnikiem było wino, i umieszczono w drewnianej, nasmołowanej i natartej wewnątrz kalafonią trumnie, którą przykryto dwoma wiekami: pierwszym szklanym, drugim drewnianym. Następnie włożono tę trumnę w inną, ołowianą. Zwłoki wystawiono w bibliotece w Ragley do przyjazdu męża. Zgodnie z wolą Anne, pochowano ją skromnie w małym kościółku w Arrow⁷. Jedyne jej epitafium stanowią dwa słowa: *Quaker Lady*.

Od dzieciństwa Anne Conway cierpiała na bardzo silne bóle głowy. Pojawiły się one, gdy miała około dwunastu lat, po przebytej chorobie, której głównym objawem była wysoka gorączka. Bóle, które odczuwała, nie były związane z jakąś

⁵ Franciszek Mercury van Helmont był synem Jana Baptisty van Helmonta (1577-1644), chemika i lekarza, odkrywcy gazów.

⁶ *Letters*, s. 451.

⁷ Historia śmierci i pogrzebu Anne, zresztą wraz z krążącymi na ten temat legendami, została wykorzystana w powieści Josepha Shorthouse'a (1834-1903), *John Inglesant*, opublikowanej w 1881 r. Wydaje się również, że opisana w niej postać Lady Cardiff opiera się na informacjach, jakkolwiek skąpych i nie zawsze prawdziwych, dotyczących Anne Conway.

określoną częścią głowy. Ataki trwały nawet do czterech dni, w tym czasie Anne odczuwała nadwrażliwość na światło i dźwięk, nie spała, nie jadła, przebywała w zaciemnionym pokoju. Gdy atak ustawał, zapadała w ciężki, niespokojny sen, a po przebudzeniu czuła się znowu dobrze. Najpierw ataki pojawiały się nie częściej niż raz w miesiącu, ale z latami stawały się coraz częstsze. Nasilały się w czasie suchej słonecznej pogody, z powodu zdenerwowania lub zmian w diecie. Oprócz bólów głowy Anne nie odczuwała innych dolegliwości.

Przed wspomnianym na wstępie Willisem chorobą Anne zajmowały się bezskutecznie takie sławy jak William Harvey (1578-1657) czy Robert Boyle (1627-1631), obok nich zaś Franciszek M. van Helmont, a także bardzo znany wówczas uzdrowiciel Valentine Greatrakes (ur. 1628). Tak jak wielu lekarzy zajmowało się lady Conway, tak i rozmaite kuracje jej zalecali. Początkowo przeprowadzone zostały kuracje za pomocą rtęci, które stosowano przy chorobach wenerycznych. Willis wykluczył chorobę weneryczną, a i kuracja rtęciowa okazała się na dolegliwości Anne nieskuteczna, będące zaś jej następstwem ślinotoki spowodowały, że pacjentka dwa razy była bliska śmierci. Następnie wielokrotnie puszczano lady Conway krew, raz otwarto tętnicę. Próbowano robić ujścia w tylnej i przedniej części czaszki. Zalecano zmianę klimatu. Anne przebywała więc w Irlandii i Francji. Zażywała też rozmaitych leków: na bóle głowy, przeciwko szkorbutowi oraz przeciwko histerii. Przykładano jej z tyłu głowy okłady z ołowiu, a także polewano głowę wodą. Polecono jej opium, Anne jednak nie zażywała tego specyfiku. Sugerowano także użycie kawy i tytoniu, które uważano wówczas za lekarstwo, szczególnie zaś tytoń uznawano za istne panaceum. W końcu Harvey uznał, że najlepszym lekarstwem będzie trepanacja czaszki. Chcąc, aby operację przeprowadzili specjaliści, Anne wyjechała do Francji. Ostatecznie do operacji nie doszło; czy z powodu decyzji Anne, czy też chirurgów, dokładnie nie wiadomo. Mimo tych wszystkich zabiegów, jak napisał Willis, „kryjąca i buntownicza choroba nie pozwalała się zahamować, będąc obojętna urokiem jakiegokolwiek medycyny”⁸.

Niepowodzenia w leczeniu były wynikiem trudności z ustaleniem przyczyny bólów. Według Willisa, były one wynikiem źle leczonej dziecięcej gorączki, która zaatakowała opony mózgowce, a z biegiem czasu doszło też do powstania guzków na oponie twardej, opona miękka nie została zaś zaatakowana przez chorobę. Swoją diagnozę Willis kończy stwierdzeniem: „W innym przypadku bowiem walka medycyny naturalnej z chorobą skończyłaby się albo szybką śmiercią [pacjentki], albo

radosnym zwycięstwem [medycyny] osiągniętym w krótszym czasie”⁹. Diagnoza Willisa nie pomogła jednak w wyleczeniu Anne.

W latach trzydziestych XX wieku do choroby Anne Conway powrócił amerykański lekarz Gilbert Roy Owen. Nie podał on jednak swojej diagnozy. W artykule przypomniał zapiski Willisa, zwrócił też uwagę na choroby występujące w rodzinie Finchów. Ojciec Anne zmarł z powodu jakiegoś „guza”; matka po długiej, ale nie określonej dokładnie, chorobie; jedna z sióstr zmarła na raka; zaś ukochany brat Anne, John, na malarię. Trudno więc mówić o jakiejś prawidłowości czy o jakiejś rodzinnej chorobie. Nie znamy więc nadal przyczyny dolegliwości, na które cierpiała lady Conway. Wydaje się jednak, że bardzo prawdopodobna jest diagnoza Willisa, choć jednocześnie trzeba zwrócić uwagę, że nie określa on charakteru owej „dziecięcej gorączki”, będącej przyczyną późniejszych bólów głowy.

Doświadczenie bólu ciała, ale także radości istnienia, a więc bardzo osobiste przeżywanie świata, stały się inspiracją dla interesujących przemyśleń filozoficznych, które Anne pozostawiła w rękopiśmiennych notatkach. Zostały one wydane w Amsterdamie w roku 1690, czyli już po jej śmierci, jako *Principia philosophiae antiquissimae et recentissimae de Deo, Christo et creatura, id est de spiritu et materia in genere*¹⁰. Chcielibyśmy zwrócić uwagę przede wszystkim na dwa problemy, którymi zajęła się Conway: problem percepcji bólu oraz problem sensu cierpienia. Zanim przejdziemy jednak do nich, musimy przedstawić główne założenia metafizyki Anne Conway, na fundamencie której rozwiązuje ona te problemy.

Metafizyka Anne Conway opiera się na świadectwie Biblii oraz obserwacji człowieka i otaczającego go świata. Podstawą wszelkich rozważań filozoficznych jest dla Conway Bóg, którego przede wszystkim widzi niezmiennym. Ta niezmiennosc Boga jest – z filozoficznego punktu widzenia – niezmiennością bytową: Bóg jest jedynym bytem niezmiennym, a zatem jest jedynym prawdziwym bytem, to znaczy istniejącym z siebie, podczas gdy wszystkie inne byty musiały być powołane do istnienia i muszą być ciągle w swym istnieniu podtrzymywane. Ale niezmiennosc ta jest również – z teologicznego punktu widzenia – niezmiennością (czy raczej stałością) moralną: Bóg jest absolutnym dobrem, a więc nie może stać się ani bardziej dobry, ani mniej dobry, co w płaszczyźnie spraw ludzkich znaczy, iż człowiek może Bogu zaufać, albowiem Bóg pozostaje absolutnie wierny swym zamysłom względem człowieka.

Obserwacja otaczającego świata, procesów w nim zachodzących, uzmysławia Conway, że świat jest zmienny, każde stworzenie jest zmienne, co więcej – w świe-

⁹ „For from any other cause if there had been a conflict of Natures Medicine with the Disease, either a quick death, or a joyful Victory had far sooner been attained”; tamże, s. 570.

¹⁰ Dalej będziemy posługiwać się skróconą wersją tytułu: *Principia philosophiae...*, cyfra rzymska będzie oznaczać rozdział, cyfra arabska paragraf, w którym znajduje się cytowany tekst.

⁸ „(...) the contumacious and rebellious Disease refused to be tamed, being deaf to the charms of every Medicine”, cyt. za: Owen G. R., *The Famous Case of Lady Anne Conway*, art. cyt., s. 570.

cie możemy spotkać obok dobra także zło. Wnioskiem z tego dla Conway jest zdefiniowanie stworzenia jako bytu zmiennego, którego zmienność może odbywać się w dwu kierunkach – ku dobru lub ku złu.

Bóg i stworzenie są więc dla Conway dwoma całkowicie przeciwstawnymi sobie rodzajami bytu. Między nimi nie ma jednak pustki czy też nieprzekraczalnej granicy, ponieważ, jak wskazuje Pismo Święte, istnieje pośrednik – Jezus Chrystus – Bóg i Człowiek. Chrystus – Bóg jest niezmienny ku złu, Chrystus – Człowiek jest zmienny ku dobru. Tak więc tym, co stanowi o istotowej różnicy między bytami, jest dla Conway zmienność i kierunek jej dokonywania się. Wyróżnia ona więc trzy rodzaje bytów: Bóg – byt niezmienny, dobro najwyższe, stworzenie – byt zmienny, a kierunek jego zmienności jest dwójaki ku dobru lub ku złu, oraz Chrystus – byt pośredni uczestniczący w niezmienności Boga (jest niezmienny ku złu) i zmienności stworzenia (jest zmienny ku dobru). Użycie tej osobliwej ontologiczno-etycznej kategorii zmienności jako kryterium rozróżnienia rodzajów bytu jest oryginalnym pomysłem lady Anne Conway, nie znajdującym analogii w innych systemach filozoficznych.

Obok ontologiczno-etycznej niezmienności Boga Conway podkreśla szczególnie to, że jest On stwórcą. Teza, że wszystko, cokolwiek istnieje, stworzone zostało przez Boga, jest fundamentalną tezą całego chrześcijaństwa, a więc nie jest ani oryginalnym, ani dziwnym fakt, że i Anne Conway przyjmuje ją z pełną oczywistością. Moc stwórcza Boga leży zaś w tym, że jest On „nieskończenie dobry, kochający i łaskawy, a nawet jest samą dobrocią i miłością, nieskończonym źródłem i oceanem dobroci, miłości i łaskawości”¹¹. Potęga Bożej mocy stwórczej podsuwa Conway myśl o nieskończoności jednostkowego stworzenia oraz nieskończonej liczbie wszystkich stworzeń. Rozumowanie jest proste: z nieskończonej potęgi Boga wynika nieskończoność dzieła stworzenia. Zasadniczo ważniejsze jednak od kwestii nieskończoności Wszechświata jako takiego i kwestii nieskończonej liczby jednostkowych jestestw stworzonych jest dla niej zagadnienie nieskończonego schodzenia w głąb każdego jednostkowego stworzenia.

Wedle Conway, jestestwa stworzone różnią się od siebie nie substancjalnie, lecz na sposób odmian. Nie ma więc odrębnych substancjalnie ciał i dusz (duchów), bo też jej oryginalna koncepcja zmienności rozumianej jako kategoria ontologiczno-etyczna nie potrzebuje ontologicznych kategorii ducha i materii. Nie może tych kategorii jednak odrzucić, skoro występują one w Piśmie Świętym i są używane w języku religijnym. Dlatego potwierdza, że w każdym stworzeniu jest ciało i duch. Musi jednak kategorie te zinterpretować w kontekście własnego rozróżnienia rodzajów bytu. Z jej wyjaśnień zdaje się wynikać, że jest skłonna roz-

mieć ducha i materię jako odmiany jednej i tej samej substancji stworzonej, której to substancji nie opatruje własną nazwą, choć w wielu sformułowaniach nazywa ją właśnie duchem. Ale nie czyni tego w sposób wyraźny, skoro przecież to Bóg jest Duchem w sensie właściwym tego słowa. Stworzenie jest duchem bądź materią – albo lepiej: jest bardziej lub mniej duchowe – w zależności od swej gęstości. Tak więc duch i ciało nie różnią się jakościowo, tylko ilościowo. Conway nie wyjaśnia, co jest powodem tych zmian gęstości. Możemy jednak wnosić, że chodzi o kierunek: zmieniając się ku dobru, stworzenie staje się coraz bardziej duchowe (zbliża się coraz bardziej do Ducha), a zmieniając się ku złu, staje się coraz bardziej materialne, czyli coraz mniej duchowe (oddala się coraz bardziej od Ducha).

Stworzenie jest nie tylko jednej substancji, ale jest jednością w sensie genetycznym. Ta jedność genetyczna jest nadto jakby podwójna. Wszystko stanowi jedność, bo wszystko bierze swój początek od tego samego Boga i do Niego zmierzają; Bóg daje życie i podtrzymuje w istnieniu, bo sam jest Życiem. Zarazem zaś wszystko jest jednością, bo jest jednej substancji. Charakterystyką tej jedności jest obraz rodziny: stworzenia są jedną rodziną, której Ojcem jest Bóg, a matką – natura. Ale jest nim także obraz żyjącego organizmu: stworzenia są niby członki jednego organizmu. Bardzo istotne dla Conway rozumienia bytu jest przypisanie mu życia. Bóg-Stwórca nie czyni rzeczy martwymi. Martwa materia nie mogłaby przecież pochodzić od Boga, który jest Życiem, ani nie mogłaby pozostawać w jakiegokolwiek z Nim łączności, ponieważ żaden z jej przymiotów nie odpowiadałby żadnemu z przymiotów Boga.

Jednym z najciekawszych aspektów filozofii Conway jest pogląd, że duch i materia, a więc stworzenie, może się zmieniać (*mutare*), ale może także się przemieniać (*transmutare*). Obok kategorii zmiany (*mutabilitas*) pojawia się kategoria przemiany (*transmutatio*). Conway proces przemian przedstawia następująco. Początkiem wszelkiego stworzenia jest Bóg. On stworzył wszystko na początku dobrym. On także zaszczepił stworzeniom prawa i wyznaczył zadanie, którym jest posuwanie się na drodze doskonałości ku Niemu. Stworzenia mają jednak możliwość wyboru i w czasie swojej wędrówki nie zawsze wybierają dobro. Niektóre z nich zamiast wynosić swoją duszę ku Bogu, sprowadzają ją do stworzeń niższych w hierarchii, czyli bardziej od Boga oddalonych i bardziej też materialnych. W zgodzie więc z tym, co mówi Biblia¹², człowiek staje się tym, z czym się głęboko połączy: można tak pokierować swoim istnieniem, że dusza stanie się anielska, ale również tak, iż stanie się zwierzęca, a co za tym idzie, duch odpowiednio ukształtuje też ciało w następnym wcieleniu. Przemiana jest więc dwustopniowa: w konkretnym życiu przemienia się duch, a konsekwencją tego po śmierci, która nie

¹¹ *Principia philosophiae...*, II, 4.

¹² Zob.: 1 Kor 6, 16-17.

jest momentem unicestwienia, jest przemiana ciała, dzięki możliwości ponownego przyścia na świat. Przemiana dotyczy konkretnego jednostkowego stworzenia: duch nie opuszcza jednego ciała, aby wejść w inne, lecz przemienia sobie przypisane ciało w kształt, który odpowiada jego naturze. Nie wydaje się więc, aby można było Anne Conway teorię przemian stworzeń interpretować w kategoriach metempsychozy. Jak już wskazywaliśmy, to co Conway nazywa duchem i materią, jest odmianą jednej i tej samej substancji. Dlatego nie posługuje się ona pojęciem duszy jako składnika stworzenia, który to składnik w procesie przemiany istniałby jako element nowego stworzenia. Proces przemiany nie zmienia – bo nie może zmieniać – istoty stworzenia.

U podłoża wszelkich teorii reinkarnacji leży przeświadczenie o konieczności doskonalenia się stworzeń, która to konieczność jest zarazem koniecznością ontyczną i moralną. Anne Conway również podkreśla, że takie doskonalenie się jest naturalną dążnością każdego jestestwa stworzonego. Ale w kontekst metafizyczny wplata rozważania teologiczne, kwestię naturalnej dążności do doskonałości łączy z nakładaną przez Boga karą za grzechy. Jestestwa zostały stworzone jako dobre i są zdolne dążyć do doskonałości; mogą wszelako tego nie czynić, a wówczas kara służy poprawie stworzenia, dowodząc zarazem boskiego miłosierdzia. Stanowisko Anne Conway odnośnie do tej kwestii jest zasadniczo wzbogacone przez dopełnienie aspektu odkupienia win przez aspekt metafizyczny, mianowicie właściwość nieskończoności stworzenia. Fakt, że stworzenie jest nieskończone, ale jego nieskończoność nie jest tą samą nieskończonością, co nieskończoność Boga, sprawia, że stworzenie jest zdolne doskonalić się w nieskończoność, ale nigdy nie osiągnie doskonałości nieskończonej.

Metafizyka Anne Conway zakłada z jednej strony zasadniczą, istotową odrębność Boga od stworzenia, z drugiej strony zaś przyjmuje, że całość stworzenia jest emanacyjną kreacją z Boga. Wynika z tego, że nie może istnieć żaden, jakkolwiek pojęty, byt przeciwny Bogu. Istnieje Bóg, to znaczy, że istnieje nieskończone dobro, nieskończony duch, nieskończona światłość, a nie istnieje nieskończone zło, nieskończone ciało, nieskończona ciemność. Ujmując to w innym aspekcie, można orzec, iż zło jest zawsze ograniczone, a dobro nie ma granic. A zatem ciąg przemian realizowany w nieskończoności może być nakierowany w ostatecznej perspektywie jedynie ku dobru.

Podsumowując rozważania metafizyczne Anne Conway, trzeba podkreślić, że wyszła w nich od własnej, oryginalnej koncepcji zmienności rozumianej jako kategoria ontologiczno-etyczna, doszła zaś do wizji ciągłego i odwiecznego spełniania się rzeczywistości stworzonej w nieskończonym procesie doskonalenia się zarazem bytowego i moralnego.

W kontekście głównych założeń metafizyki Anne Conway postawmy teraz interesujące nas problemy. Pierwszy z nich Conway wyraziła w sposób bardzo prosty,

jednocześnie umieszczając go w konkretnej rzeczywistości filozoficznej – dualizmie substancjalnym: „dlaczego duch czy dusza jest tak cierpiąca, kiedy cierpi ciało? Jeśli bowiem, kiedy zjednoczona jest z ciałem, nie ma nic z cielesności lub cielesnej natury, to dlaczego po zranieniu ciała i ona, która jest całkiem innej natury, jest zraniona i odczuwa ból? Skoro bowiem dusza tak łatwo może przenikać ciało, to w jaki sposób jakaś rzecz cielesna może jej zaszkodzić? Jeśli powiedziano by, że tylko ciało odczuwa ból, nie zaś dusza, to przeciwne byłoby to zasadom tych, którzy twierdzą, iż ciało nie ma ani życia, ani poznania”¹³. A w innym miejscu: „Jeśli bowiem duch i ciało byłyby tak sobie nawzajem przeciwne, że duch byłby życiem czy substancją żyjącą i poznającą, ciało zaś pewną całkiem martwą masą, oraz duch byłby przenikalny i nierozdzielny, ciało zaś nieprzenikalne i rozdzielne, które to przymioty są zawsze przeciwstawne, to czym, pytam, jest to, co je tak bardzo jednoczy i łączy, lub jakie są owe łańcuchy czy klamry, którymi są one tak mocno połączone, i to w tak długim okresie czasu?”¹⁴.

Pytanie o percepcję bólu fizycznego ma więc dwie przyczyny. Po pierwsze, Anne Conway jest cierpiącym człowiekiem, cierpi fizycznie, a ból ten zamyka nie tylko jej ciało, ale także ducha w ciemności komnaty na wiele godzin, czy nawet dni, nie pozwalając prawie kontaktować się z otoczeniem. Po drugie, Conway jest także filozofem, doskonale zna więc pogląd mówiący o tym, że człowieka konstytuują dwa czynniki: ciało i duch, i są one różne co do substancji. Przeciwstawienie sobie ducha i ciała było przede wszystkim zawsze silnie obecne w chrześcijaństwie. W czasach zaś współczesnych Conway szczególnie zwraca uwagę spojrzenie Descartes'a na odmienną substancjalną. Według niego, są dwa rodzaje substancji: duch, czyli substancja myśląca, oraz ciało, substancja rozciągła. Descartes nie dał jednak odpowiedzi na pytanie, na czym polega wzajemne oddziaływanie ducha i ciała. Poprzestał na stwierdzeniu, że nasza wiedza na ten temat ma charakter empiryczny, ale nie jest możliwe teoretyczne wyjaśnienie tego zagadnienia¹⁵. Według Conway, nie można więc dualizmem substancjalnym wytłumaczyć tak widocznego przecież wzajemnego oddziaływania ducha i ciała. Jedynym rozwiązaniem jest: „Jeśli zaś przyjmie się, że dusza jest jednej natury i substancji z ciałem, chociaż w wielkim stopniu przewyższa ciało pod względem życia i duchowości, jak również pod względem szybkości ruchu i przenikliwości oraz innych rozmaitych doskonałości, wtedy te wszystkie wspomniane trudności znikną i łatwo zrozumie się, w jaki sposób dusza i ciało nawzajem są ze sobą zjednoczone i w jaki sposób

¹³ *Principia philosophiae...*, VIII, 2.

¹⁴ Tamże, VIII, 1.

¹⁵ Temat ten Descartes podjął w *Zasadach filozofii* oraz w korespondencji z księżniczką Elżbietą Palatyńską.

dusza porusza ciało i z nim lub przez nie cierpi”¹⁶, „oczywiście dlatego, że rzeczy jednej lub podobnej natury łatwo mogą na siebie wzajemnie oddziaływać”¹⁷. Conway uważa więc, iż jedynie monizm substancjalny może wyjaśnić wzajemne powiązanie ducha i ciała: ciało boli przecież w duszy, a cierpienie duchowe rozgrywa się w granicach ciała. Inaczej mówiąc, cierpienie angażuje całą istotę ludzką i Conway wie o tym z doświadczenia. Dla Anne to, że „duch i ciało pierwotnie są jednej natury i substancji oraz że ciało nie jest niczym innym niż stałym i ściśnionym duchem, a duch niczym innym niż ulotne i subtelne ciało”¹⁸, tłumaczy fakt, iż człowiek odczuwa ból jako całość, która jest nie tyle połączeniem ducha i ciała, ile jedną substancją, mogącą przejawiać się w dwu odmianach.

Pytanie: dlaczego cierpi duch, gdy cierpi ciało, w kontekście filozofii Conway można także odwrócić: dlaczego cierpi ciało, gdy cierpi duch. Choroby ciała nie są bowiem jedynymi chorobami nękającymi człowieka. Jest jeszcze choroba ducha, czyli grzech. Grzech został określony przez Conway jako przekroczenie praw, przede wszystkim tych, które wpisał w naturę wszystkich stworzeń sam Bóg. Tam zaś, gdzie prawo zostaje złamane, musi nastąpić kara: jest nią zadośćuczynienie przez cierpienie. Bóg jest sprawiedliwy, a więc „pojedynczym rodzajem i stopniom grzechu należne i właściwe im przydziela kary”¹⁹, jak też „wszystkie stopnie i rodzaje grzechu mają stosowne kary, a wszystkie te kary dążą do pożytku stworzeń”²⁰. Conway uważa, że istnieje najwyższe dobro, Bóg, ale nie ma niczego całkowicie przeciwnego Mu, co moglibyśmy nazwać „najwyższym” złem. Twierdzi również, że ze swej natury stworzenie jest dobre, ale ma wolną wolę, dlatego, choć może grzeszyć, nie może popaść w jakąś ostateczną otchłań zła. Conway jest przekonana też, że Dobry Bóg nie mógł stworzyć śmierci, jest ona tylko przemianą, której kierunek zależy od postępów stworzenia. Ostatecznym celem więc stworzenia jest dobro, Bóg. „I stąd można by wnosić, że wszystkie stworzenia Boga, które wcześniej zbłądziły i pogorszyły się, odchodząc od pierwotnej swojej dobroci, po pewnych okresach czasu powinny zostać odnowione i przywrócone do stanu nie tylko tak dobrego, jak ten, w którym zostały stworzone, lecz do lepszego. Boskie bowiem działanie nie może ustać. I stąd natura każdego stworzenia jest taka, że zawsze jest w ruchu, zawsze zmienia się z dobra w dobro lub z dobra w zło, lub ze zła znowu w dobro. A ponieważ nie może w nieskończoność posuwać się ku złu, ponieważ nie ma przykładu nieskończonego zła, stąd koniecznie powinno powrócić

ku takiemu samemu [dobru] albo zapaść w wieczne milczenie, co jest przeciwne samej naturze”²¹.

Przeżywanie cierpienia skłania do postawienia pytania o jego sens. Szczególnie wyraziste jest to pytanie w obliczu wiary w Boga, który jest najwyższym dobrem, a tak uważała i wierzyła Anne Conway. „Czyż Bóg nie stworzył wszystkich swoich stworzeń w tym celu, aby w Nim były szczęśliwe i korzystały z Jego boskiej dobroci w rozmaitych swoich położeniach i stanach?”²² Sens cierpienia jest dla lady Conway następujący: „wszelki ból i cierpienie pobudza życie albo ducha działającego w każdej rzeczy, która cierpi. Widzimy to dzięki ciągłemu doświadczeniu, a i poucza nas rozum, że tak powinno koniecznie się stać, ponieważ przez ból i jego znoszenie każda grubość lub gęstość zawarta w duchu lub ciele zmniejsza się, a ponadto duch uwięziony w tej grubości lub gęstości wychodzi na wolność i staje się bardziej duchowy, a w konsekwencji bardziej aktywny i czynny dzięki bólowi. Skoro więc stworzenie nie może nieskończenie posuwać się ku złu, ani popaść w brak aktywności lub spokój, ani także w prawdziwe wieczne cierpienie, to z całą pewnością wynika stąd, że powinno na koniec wrócić do stanu dobra, a im większe są jego cierpienia, tym szybciej zostanie przywrócone do tego stanu dobra i odnowione”²³. Rozważania na temat sensu cierpienia najczęściej prowadzą do pesymistycznej wizji świata jako sceny, na której główną rolę gra zło, oraz negacji Boga. Anne Conway przeciwnie, widzi w cierpieniu drogę ku dobru, ku Bogu. Uważa, że cierpienie powoduje, iż stworzenie staje się coraz bardziej duchowe, zbliżając się w ten sposób do jedynego, prawdziwego Ducha – swojego Stwórcy.

Zamykając nasze rozważania, zauważmy, że lady Anne Conway jest doskonałym przykładem jak wielki jest związek między osobistymi przeżyciami filozofa a głoszonymi przez niego poglądami. Oto spotkaliśmy człowieka cierpiącego przez większość dni swego życia na niezdiagnozowaną chorobę, z cierpliwością, ale także z ciągłą nadzieją, poddającego się wciąż nowym kuracjom, spotykającego na swej drodze sławy medyczne, ale widzącego bezskuteczność ich wysiłków. Spotkaliśmy człowieka, który pogodziwszy się z przeżywanym bólem, w swoich rozważaniach filozoficznych podjął próbę określenia istoty i sensu cierpienia, nie poddał się łatwym wnioskom, że jego choroba jest dowodem na to, iż świat jest zły, a Boga nie ma, przeciwnie przedstawił bardzo optymistyczną wizję: świat jest z natury dobry, istnieje Bóg, a dzięki Jego miłosierdziu, choćby świat upadł nie wiadomo jak nisko, na końcu znowu do swego pierwotnego, dobrego stanu powróci, w czym pomaga przeżywanie cierpienia.

¹⁶ *Principia philosophiae...*, VIII, 2.

¹⁷ Tamże, VIII, 3.

¹⁸ Tamże, VIII, 4.

¹⁹ Tamże, VI, 8.

²⁰ Tamże, VI, 8.

²¹ Tamże, VII, 1.

²² Tamże, VII, 2.

²³ Tamże, VII, 1.

JOANNA USAKIEWICZ

„WHY DOES THE SPIRIT OR SOUL SUFFER
SO WITH BODILY PAIN?”

ANNE CONWAY – THE SUFFERING WOMAN AND PHILOSOPHER

(Summary)

This article presents the influence of Anne Conway's illness on her philosophical outlooks. Anne Conway (1631-1679) was an English thinker of the Cambridge Platonist school. In the article the pathological symptoms of the illness and the method of the treatment are described. Also, some of Conway's philosophical concepts, which in opinion of the authoress of the article were influenced by the feeling of pain, are presented. These are: the substantial monism, the rejection of the concept of death as the annihilation of the particular being, the importance of the value of pain in the individual improving.

Key words: Anne Conway, philosophy, illness, headache

Adres do korespondencji

Address for correspondence

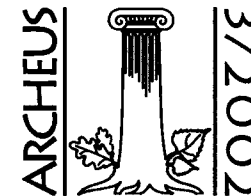
dr Joanna Usakiewicz

Uniwersytet w Białymstoku

Zakład Bioetyki i Antropologii Filozoficznej

Pl. Uniwersytecki 1

15-420 Białystok



WOJCIECH SŁOMSKI

KILKA UWAG O PERSONALIZMIE
EMMANUELA MOUNIERA

Personalizm Emmanuela Mouniera powstał w warunkach kryzysu ekonomicznego przełomu lat dwudziestych i trzydziestych¹. Dla Mouniera kryzys ten był nie tylko kryzysem ekonomicznym – był on dla niego w równej mierze kryzysem duchowym, ujawnił bowiem „rozkład klasycznego pojęcia człowieka”. Socjologiczne analizy Marksa pokazały ponadto, iż istotą cywilizacji burżuazyjnej stały się przedmiotowe stosunki pomiędzy ludźmi, które prowadzą do depersonalizacji życia. Dlatego też w zakresie, w jakim marksizm krytykuje wpływ kapitalistycznych stosunków społecznych na życie jednostki, Mounier przyznaje mu słusność, co więcej, stwierdza wprost, iż „marksistowska krytyka alienacji i całe życie ruchu robotniczego jest przesiąknięte personalizmem”².

Jednakże nie tylko marksizm, socjalizm czy egzystencjalizm w jego tradycyjnej, wywodzącej się od Pascala i Schelera postaci zawierają elementy filozofii człowieka bliskiej Mounierowi. Dla francuskiego myśliciela cały rozwój filozofii europejskiej stanowi wstęp do filozofii personalistycznej w jej obecnej formie, ta zaś forma z kolei stanowi podłoże, z którego wyrastać będzie ruch personalizmu w przyszłości. Rozwój personalizmu przebiega „ruchem spiralnym, w którym zaawansowane poszukiwania w jednym kierunku są następnie zaniechane po to, aby później zostały znowu podjęte, przy czym ta przerwa je wzbogaca i toruje drogę

¹ Por. T. Płużański, *Mounier*, Warszawa 1967, s. 68.

² E. Mounier, *Co to jest personalizm*, Kraków 1960, s. 193.

nowym odkryciom”³. Nie koniec jednak na tym, ponieważ również historię Europy widzi Mounier jako część historii ludzkości w ogóle, a tę z kolei – nawiązując do Bergsona – traktuje jako wynik ogólnej ewolucji wszechświata, w której to ewolucji ujawnia się tendencja do personalizacji.

Pogląd o istnieniu w świecie dwóch przeciwstawnych sił: tendencji do personalizacji oraz tendencji do depersonalizacji rzeczywistości, zdradza, jak wspominałem, wyraźne podobieństwa do bergsonowskiej koncepcji *élan vital*, „pędu życiowego”. Pęd ten obejmuje, zdaniem Bergsona, całą rzeczywistość, jaka istnieje, i jest wewnętrzną, właściwą naturze energią, prowadzącą do wyłaniania się w toku ewolucji coraz to nowych form życia. Tendencja ta nie może jednak działać czy też tworzyć w sposób dowolny i nieograniczony, ponieważ spotyka się z oporem materii pozostającej w ruchu przeciwnym do jej ruchu⁴. Podobieństwa do koncepcji ruchu personalizacji, który napotyka na opór materii, są aż nadto widoczne⁵.

Ontologia ta służy Mounierowi za teoretyczny fundament jego filozofii, nie wydaje się jednak oczywiste, czy fundament ten jest konieczny i czy wnosi on do mounierowskiej koncepcji człowieka elementy zasadniczo nowe, bez których koncepcja ta nie byłaby w stanie się obejść. Mounier wielokrotnie powtarza, że dopuszczalny, a nawet naturalny jest swego rodzaju pluralizm personalizmów, jednak sam dokłada wszelkich starań, by nie popaść w sprzeczność z katolicką teologią i by dochować wierności nauce Kościoła i samemu Kościołowi⁶. Jeżeli personalizm stanowić ma „całość poszukiwań i kierunków, które staramy się wyodrębnić z obecnego kryzysu”, to nie wydaje się mieć większego znaczenia, na jakich teoretycznych podstawach owe poszukiwania są oparte i czy podstawy te rzeczywiście stanowią teoretyczny fundament, na którym oprócz można wysiłek wychodzenia z kryzysu.

Śledząc tok rozważań Mouniera poświęconych „ruchowi personalizacji”, jakim przesiąknięta jest natura, odnieść można wrażenie, że refleksja na temat podstawowych zagadnień filozofii bytu prowadzona jest w nich jak gdyby na marginesie głównego nurtu zainteresowań i że dla nurtu tego ma znaczenie drugorzędne. Mounier usiłuje być myślicielem, który angażuje się w działalność praktyczną

³ Tamże, s. 164.

⁴ Por. L. Kołakowski, *Bergson*, Warszawa 1997, s. 86.

⁵ Zdaniem Mouniera „rzeczywistości nieosobowe (materia, gatunki żyjące, idee) są jedynie stratą szybkości albo osłabieniem materii na drodze personalizacji”; E. Mounier, *Wprowadzenie do egzystencjalizmów*, Kraków 1964, s. 10.

⁶ Por. J. Turowicz, *O Emmanuelu Mounier*, w: E. Mounier, *Co to jest personalizm*, Kraków 1960, s. XXIV.

z pobudek filozoficznych⁷, wydaje się jednak nie być zdolnym do dokonania konsekwentnego mariażu filozofii i działalności praktycznej. Jest na przemian filozofem, którego rozważania nie mają istotnego znaczenia dla spraw praktycznych, i człowiekiem czynu, „działaczem politycznym i społecznym”⁸, który w ostatecznym rozrachunku nie znajduje uzasadnień dla działania praktycznego w refleksji filozoficznej. Refleksja ta w znacznej mierze pozostaje poza nawiasem rozwiązań i poglądów, dla których dostatecznym uzasadnieniem byłoby „głębokie przejęcie się prawdami wiary”, jakie charakteryzowało Mouniera jako człowieka.

Zarzut ten nie dotyczy naturalnie wszystkich poglądów Mouniera, a jedynie tych z nich, które nie odnoszą się do sfery praktycznej realizacji ideałów personalizmu. Cenne wydają się natomiast te jego analizy, które do owej sfery odnoszą się bezpośrednio, jak na przykład teoria działania, o której Mounier powiedział, że „zajmuje ona w tym systemie (personalizmie, aut.) centralne miejsce”⁹. S. Kowalczyk mówi wręcz o „apoteozie działania” u Mouniera, która odróżnia jego personalizm od innych nurtów filozofii chrześcijańskiej¹⁰. Prymat zaangażowania w życie społeczne przed poznaniem teoretycznym widoczny jest już w przedstawionej przez Mouniera typologii działań. W typologii tej Mounier wyróżnił cztery rodzaje działania: ekonomiczne, którego celem jest skuteczność, etyczne, w którym człowiek powinien być przede wszystkim autentyczny, działanie polegające na kontemplacji rzeczywistości, którego celem jest pogłębianie życia duchowego, wreszcie działanie osobowe, kolektywne, stanowiące najwyższą formę działania¹¹.

Personalizm jest dla Mouniera przede wszystkim określoną postawą, której probierzem jest stopień zaangażowania się człowieka w konkretne sytuacje i problemy historyczne. Oznacza to, że mounierowski personalizm jest także metodą postępowania – metodą wymagającą pełnego zaangażowania, zarazem jednak wolną od niebezpieczeństwa relatywizmu etycznego, przed którym chroni ją respektowanie bezwzględnej wartości osoby. Właśnie dzięki uznaniu i respektowaniu wartości osoby wielość personalizmów, na którą Mounier kładł tak wielki nacisk, nie jest równoznaczna ze zgodą na relatywizm poznawczy i moralny¹².

⁷ Decydujące znaczenie dla wyboru przezeń drogi życiowej mogło mieć zetknięcie się z filozofią Ch. Péguy. Por. J. Turowicz, *O Emmanuelu Mounier*, wyd. cyt., s. XVIII.

⁸ S. Bartnik, *Historia filozofii*, Lublin 1999, s. 464.

⁹ E. Mounier, *Wprowadzenie do egzystencjalizmów*, wyd. cyt., s. 91.

¹⁰ Por. S. Kowalczyk, *Człowiek a społeczność. Zarys filozofii społecznej*, Lublin 1994, s. 415.

¹¹ E. Mounier, *Wprowadzenie do egzystencjalizmów*, wyd. cyt., s. 93 i nast.

¹² Por. S. Kowalczyk, *Człowiek a społeczność*, wyd. cyt., s. 415.

Według Mouniera personalizm nie jest i nie może być systemem, ponieważ z definicji pozostawać musi w ciągłym rozwoju, musi wyrażać ustawiczne napięcie polegające na próbie ocalenia określonego systemu wartości. Próba ta polegać musi na stałym dążeniu do oczyszczenia owych wartości z uwarunkowanych społecznie i historycznie przesądów i uprzedzeń. „Nie będziemy się bali – pisze Mounier – jutro zaprzeczyć temu, co głosimy, jeśli jutrzejsze doświadczenie i rzeczywistość będą nam zaprzeczać”¹³.

Nie istnieje więc żaden system wartości, którego przyjęcie decydowałoby samo przez się, iż jest się personalistą, mimo iż Mounier wyraźnie stwierdza, że „personalizm wiąże nas z określonym systemem wartości i z określoną postawą wobec historii”. Francuski myśliciel nie precyzuje jednak, o jaki system wartości chodzi, toteż trudno rozstrzygnąć, czy ma on na myśli jakiś określony zbiór wartości charakteryzujących personalizm jako taki i stanowiących o jego odrębności wobec innych kierunków, czy też chodzi mu o wartości chrześcijańskie. Drugi człon tej alternatywy uznać należy za mało prawdopodobny, bowiem z samego faktu akceptacji wartości chrześcijańskich nie wynika, iż jest się personalistą. Wątpliwości rodzą się głównie dlatego, iż Mounier deklarował – i starał się realizować w praktyce – ideę pluralizmu światopoglądowego, zapraszając do współpracy z *Esprit* autorów nie będących katolikami ani nawet chrześcijanami, a jedynym warunkiem tej współpracy była akceptacja prymatu osoby i sprzeciw wobec istniejącej cywilizacji mieszczańskiej. Mógł zatem istnieć personalizm chrześcijański, mógł jednak także personalizm protestancki lub socjalistyczny¹⁴.

Personalizm nie jest wprawdzie systemem filozoficznym, jest jednak filozofią, a nie jedynie rodzajem postawy wobec świata. Postulowane przez Mouniera wewnętrzne napięcie i dynamika, jakim odznaczać się powinien personalizm, wynikać ma z dynamiki i zmienności rzeczywistości, w której kształtuje się świat osobowy. Personalizm jest więc w istocie ruchem personalizacji¹⁵, stałym zmierzaniem do pełni życia osobowego. Ruch personalizacji, obok tendencji do depersonalizacji, jest przy tym wpisany w samą rzeczywistość, dlatego też personalizm stanowić ma nie tyle wyjaśnienie i opis owego ruchu, co próbę uchwycenia każdego problemu ludzkiego w „całości doświadczenia”, uwzględniającą wszystkie możliwe aspekty sytuacji, w jakiej znalazł się człowiek. Tylko w ten sposób możliwe jest zachowanie równowagi między refleksją teoretyczną a działalnością praktyczną, której

¹³ E. Mounier, *Co to jest personalizm*, wyd. cyt., s. 229.

¹⁴ Por. T. Płużański, *Mounier*, wyd. cyt., s. 9.

¹⁵ Określeniem „ruch personalizacji” Mounier nie posługuje się całkowicie konsekwentnie, określając nim zarówno personalizm, jak i świat zewnętrzny, który podlega tendencji do personalizacji.

ta pierwsza ma służyć¹⁶. Personalizm Mouniera przeciwstawia się więc zarówno kierunkom spirytualistycznym i częściej moralistycznej, które redukują człowieka wyłącznie do wymiaru duchowego, jak i materializmowi, który zaniedbuje wszystko z wyjątkiem wymiaru materialnego egzystencji.

Ponieważ człowiek nie jest w stanie rozwijać się w oderwaniu od wspólnoty, zatem najważniejszym zadaniem personalizmu staje się wskazanie takich warunków i określenie takich zasad funkcjonowania wspólnoty, które w optymalnym stopniu wspierałyby ruch personalizacji. Charakterystyczne dla personalizmu Mouniera jest podkreślenie różnicy między osobą i jednostką, przy czym nie chodzi wyłącznie o tomistyczne rozróżnienie między *indivuduum* a *persona*, lecz o określenie warunków, w których rozwój osoby przebiegałby możliwie najpełniej. Personalizm Mouniera odrzuca także wszelkie formy uniwersalizmu, redukujące osobę do części składowej mechanizmu społecznego. Sprzeczna z personalizmem okazuje się zatem demokracja mieszczańska: teoretycznie gwarantuje ona równe prawa wszystkim obywatelom, jednak nie troszczy się o to, czy warunki ekonomiczne pozwalają na realne korzystanie z tych praw¹⁷. Głównym celem personalizmu Mouniera jest zatem przekształcenie świata stosunków społecznych w świat stosunków osobowych.

Świat stosunków osobowych jest wprawdzie celem, wydaje się jednak wątpliwe, czy cel ten może zostać kiedykolwiek osiągnięty. Świat ten zakłada bowiem istnienie sprawiedliwości i równości wykluczającej wszelką dyskryminację i uprzywilejowanie jednych kosztem innych, co okazuje się sprzeczne z tendencjami tkwiącymi w naturze, która wytwarza wciąż nowe nierówności. Ani stosunki między światem osobowym i światem natury, ani relacja między postulowaną cywilizacją personalistyczną a cywilizacją mieszczańską w niczym nie przypominają zatem harmonii.

Czy zatem istnieją racjonalne przesłanki pozwalające żywić nadzieję, iż ów ogólny cel personalizmu zostanie kiedykolwiek zrealizowany? Odpowiedź Mouniera nie jest w tym względzie nowatorska: ogranicza się ona do stwierdzenia, iż świat w pełni doskonały jest celem, pewną nadrzędną ideą, o którą trzeba walczyć i do której trzeba zmierzać w ciągłym wysiłku, ze świadomością jednakże, iż cel ten nigdy nie zostanie w pełni osiągnięty. „Między niecierpliwym liberalizmem złudzenia liberalnego czy rewolucyjnego – stwierdza Mounier – a niecierpliwym pesymizmem faszyzmu, właściwą drogą człowieka jest ten tragiczny optymizm, w którym znajduje on swoją własną miarę w klimacie wielkości i walki”¹⁸. Czy nie

¹⁶ Por. T. Płużański, *Mounier*, wyd. cyt., s. 61 i nast.

¹⁷ Por. J. Turowicz, *O Emmanuelu Mounier*, wyd. cyt., s. XX.

¹⁸ E. Mounier, *Wprowadzenie do egzystencjalizmów*, wyd. cyt., s. 32-33.

jest to rodzaj utopii, bo chciałby upodobnić stosunki społeczne do tych, jakie są w rodzinie, kręgu przyjaciół itp.? Nie, bo zdaje sobie sprawę, a dążenie do świata osobowego jest czym innym niż dążenie do doskonałości.

Do pewnego stopnia uzasadniona wydaje się także teza, że w praktyce Mounier nie był zdolny do rozwijania swych poglądów tak, aby oparły się one zarzutowi indywidualizmu. Mounier dokładał wszelkich starań, by nazwy „personalizm” nie łączono z indywidualizmem¹⁹, tymczasem S. Bartnik jest zdania, że personalizm Mouniera jest próbą pogodzenia personalizmu indywidualistycznego z „nauką egzystencjalistów i marksistów o pełnym zaangażowaniu społecznym”²⁰. Próba taka musi jednak w praktyce okazać się bądź poszukiwaniem rozwiązania pośredniego między indywidualizmem a całkowitym podporządkowaniem jednostki społeczeństwu, bądź – w pewnym sensie – usiłowaniem zawarcia w ramach jednego systemu światopoglądowego dwóch przeciwstawnych poglądów na naturę człowieka. Nie ulega wątpliwości, iż Mounier wybiera to drugie rozwiązanie, przy czym funkcję spoiwa łączącego owe przeciwstawne poglądy i zespalającego indywidualizm z przekonaniem o potrzebie pełnego zaangażowania społecznego pełni w jego filozofii religia. Mówi zresztą o tym wprost, analizując wpływ chrześcijańskiej „wartości jednostkowości” na myśl i życie duchowe Zachodu²¹.

Czym innym jest jednak przyjęcie pewnych przesłanek metafizycznych (a taką jest bez wątpienia przekonanie o możliwości pogodzenia personalizmu indywidualistycznego z marksizmem), a czym innym praktyczne rezultaty ich przyjęcia. Mounier znajduje uzasadnienie dla postulatu pełnego zaangażowania się w życie społeczne z „wartością jednostkowości” w religii, wydaje się jednak wątpliwe, czy pogodzenie takie byłoby możliwe bez odwołania się do religii i czy w istocie tak dalece odbiega ono od społecznej nauki Kościoła, by – przynajmniej w odniesieniu do tego wątku rozważań – uzasadniona była opinia, iż jego personalizm jest rzeczywiście filozofią, a nie jedynie przełożeniem na język współczesnej filozofii konkluzji wypływających w sposób nieunikniony z przyjęcia katolickich dogmatów wiary. Dla przykładu, krytykując poglądy Bakunina, Proudhona czy Marksa na istotę religijności, Mounier zapytuje: „Czy ci ludzie, którzy szczerze mówili o «najwyższej godności człowieka», zdawali sobie choć odrobinę sprawę ze szczególnej wielkości, jaką człowiekowi nadaje życie i myśl katolicka?”²²

¹⁹ „W istocie codziennie jakiś pogrążony w błędach indywidualizm oczyszcza sobie sumienie, posługując się szyldem «personalizmu»”. E. Mounier, *Wprowadzenie do egzystencjalizmów*, wyd. cyt., s. 125.

²⁰ S. Bartnik, *Personalizm*, Lublin 2000 (wyd. 2), s. 137.

²¹ Por. E. Mounier, *Wprowadzenie do egzystencjalizmów*, wyd. cyt., s. 127.

²² Tamże, s. 132.

Oczywiście nie chodzi tu o to, aby Mounierowi odmówić prawa do wypowiedzania własnych przekonań, chodzi jedynie o wskazanie, iż ewentualna płaszczyzna sporu między jego stanowiskiem a punktem widzenia krytykowanego przez niego myślicieli musiałaby przebiegać znacznie głębiej i dotyczyć kwestii o wiele bardziej zasadniczych i głębszych niż wydaje się to wynikać z pism Mouniera²³.

Życie osobowe nie jest wprawdzie możliwe w izolacji od wspólnoty, jednak do niej się nie sprowadza i w niej nie wyczerpuje. Równie ważny jest pozawspólnotowy, indywidualny wymiar osoby, który również podlegać może deformacjom niszczącym życie osobowe. Mounier wskazuje tutaj na dwa rodzaje zagrożeń: wynikającą z ukierunkowania uwagi na życie wewnętrzne alienację Narcyza oraz alienację Herkulesa, która, przeciwnie, jest rezultatem zwrócenia się człowieka na życie zewnętrzne.

Alienacją Narcyza przesiąknięta jest, zdaniem Mouniera, kultura Zachodu od co najmniej dwustu lat. Jej wyrazem są filozofie skrajnie subiektywistyczne, traktujące człowieka jako twór oderwany od świata, wyizolowany, pozbawiony możliwości kontaktu z nim, a przez to absurdalny i pozbawiony sensu i celu²⁴. Owym idealistycznym alienacjom, zamykającym człowieka w świecie jego własnego „ja” sprzyja cywilizacja mieszczańska, która otacza jednostkę splotem niezrozumiałych dla niej stosunków i napięć społecznych i każe jej postrzegać świat jako tajemniczy i niezrozumiały, zaś samą siebie – jako pozbawioną wpływu na cokolwiek.

Alienacji Herkulesa z kolei pojawia się wówczas, gdy życie zaczyna się sprowadzać do wytwarzania przedmiotów i posługiwania się nimi. Teza o alienacji Herkulesa związana jest, jak się wydaje, z marksistowską tezą, zgodnie z którą praca jest najwyższą wartością. Teza ta stwarza niebezpieczeństwo uczynienia z pracy narzędzia dehumanizacji²⁵. Cywilizacja mieszczańska sprzyja również temu drugiemu typowi alienacji. Alienacja Herkulesa ogarnia w równej mierze przedsiębiorcę, którego jedynym celem jest maksymalizacja zysku, jak i robotnika sprowadzanego do funkcji ogniwa w mechanizmie służącym wytwarzaniu rzeczy. Również kultura masowa sprzyja urzeczowieniu człowieka – oddziałuje ona jedynie na zewnętrzną, najpłytszą warstwę osobowości, pobudza najprostsze emocje i zachęca do szukania łatwej rozrywki w świecie przedmiotów²⁶.

S. Bartnik jest zdania, iż personalizm Mouniera „sam w sobie nie jest chrześcijański”, zakłada jednak, iż „chrześcijaństwo jest niezbędne dla udoskonalenia

²³ Tamże, s. 132 i nast.

²⁴ Por. T. Płużański, *Mounier*, wyd. cyt., s. 65.

²⁵ Por. S. Kowalczyk, *Człowiek a społeczność*, wyd. cyt., s. 412.

²⁶ Również utworzenie miesięcznika *Esprit* było reakcją na ów kryzys. Por. E. Mounier, *Co to jest personalizm*, wyd. cyt., s. 165.

życia społecznego”²⁷. Z opinią tą można się zgodzić lub nie w zależności od tego, co rozumie się pod pojęciem „chrześcijański”. Personalizm Mouniera nie odwołuje się bezpośrednio do prawd wiary i nie stara się wyprowadzać zasad praktycznego postępowania i urządzania życia społecznego w oparciu o Biblię lub dogmaty Kościoła. Mimo to jest on personalizmem chrześcijańskim w takim zakresie, w jakim własne rozwiązania formułuje tak, aby nie okazywały się one sprzeczne z dogmatami wiary. Mounierowski personalizm ma charakter „ponadreligijny i ponadwyznaniowy”, ponieważ wszelkie rozwiązania szczegółowe przedstawia w oparciu o akceptację pewnej ogólnej, metafizycznej i, jeśli wolno tak powiedzieć, metaświatopoglądowej zasady wielości koncepcji człowieka, które – niejednokrotnie popadając ze sobą w sprzeczność – nie przestają być koncepcjami personalistycznymi. Zarazem w granicach rozważań filozoficznych wypracowywanych przez samego Mouniera personalizm ten jest w pewnym sensie filozofią chrześcijańską; w takim mianowicie, w jakim dokonuje akceptacji teologii katolickiej²⁸ i na jej podstawie stara się wypracować program reform społecznych.

Wobec mounierowskiego personalizmu wysunąć można także zarzut, iż współczesną sytuację człowieka w świecie identyfikuje on z sytuacją chrześcijanina²⁹, przyjmując przy tym, iż sytuacja ta jest obecnie nieporównanie cięższa i bardziej skomplikowana niż kiedykolwiek przedtem, zaś szczególnie ciężka jest w tzw. „Świecie Pierwszym”³⁰. Z przyjęcia takiego punktu widzenia wynika, iż postulowana konieczność współpracy w dziele udoskonalania świata z chrześcijanami innych wyznań niż katolicyzm, także z przedstawicielami religii niechrześcijańskich oraz z ateistami, powinna mieć charakter dobrowolnego współdziałania, a „rewolucja personalistyczna”, która całość stosunków społeczno – ekonomicznych przekształciłaby tak, aby wspierały one rozwój osoby ludzkiej, oparta być powinna na dobrej woli i chęci współdziałania³¹. Przekonanie, iż samo uznanie prymatu osoby ludzkiej wystarczy, by takie dobrowolne współdziałanie – mimo wszelkich różnic – stało się możliwe i by w przypadku jego urzeczywistnienia się nie okazało się szkodliwą utopią, wydaje się jednak być raczej właściwością myślenia samego Mouniera niż poglądem, który wynikałby z racjonalnych przesłanek.

Na uwagę zasługuje także stosunek Mouniera do marksizmu. Mounier niezmienne odnosił się z uznaniem do marksistowskiej krytyki kapitalistycznych stosunków produkcji, natomiast jego oceny marksizmu jako określonej koncepcji człowieka są niejednoznaczne i z upływem czasu uległy pewnym zmianom. W okresie

²⁷ S. Bartnik, *Personalizm*, Lublin 1995 (wyd. 1), s. 143.

²⁸ Por. S. Bartnik, *Historia filozofii*, wyd. cyt., s. 464.

²⁹ Por. T. Płużański, *Mounier*, wyd. cyt., s. 70.

³⁰ Pot. Cz. Bartnik, *Historia filozofii*, wyd. cyt., s. 465.

³¹ Tamże.

międzywojennym Mounier wypowiadał się na ogół krytycznie o marksistowskiej koncepcji świata i człowieka, stwierdzając na przykład, iż w koncepcji tej nie ma miejsca dla osoby, ponieważ człowiek jest w niej wyłącznie „człowiekiem kolektywnym”. Krytykował również marksizm z pozycji czysto teoretycznych; zarzucał mu m.in., iż jest reliktem XIX-wiecznego racjonalizmu i scjentyzmu, mieszaniną idealizmu i materializmu, że neguje istnienie Boga, pierwotność życia duchowego, które sprowadza do procesów biologicznych itp.

W okresie powojennym w wypowiedziach Mouniera przeważać zaczynają oceny podkreślające pozytywne aspekty marksizmu. Mounier pisze na przykład, iż negatywna ocena marksizmu dotyczyć może niektórych jego odmian, natomiast zasadnicze tezy marksizmu zasługują na aprobatę. W szczególności: „Marksistowska krytyka alienacji i całe życie robotniczego ruchu jest przesiąknięte personalizmem”³². Wypowiada także pogląd, iż cały spór personalizmu z marksizmem wynika w zasadniczej mierze z niewłaściwego używania słów. („Wszystko zależy od tego, o jakim personalizmie, socjalizmie czy komunizmie mówimy”³³.) Wydaje się jednak, iż to właśnie Mounier dokonuje własnej interpretacji marksizmu, która odbiega od tego, co na ogół określa się za pomocą tego terminu, i że w związku z tym zaproponowana przez niego płaszczyzna współpracy pomiędzy zwolennikami personalizmu chrześcijańskiego i personalizmu marksistowskiego zakładała możliwość rozłącznego traktowania materializmu historycznego i materializmu dialektycznego. To zaś wymagałoby zarówno rozwijania personalizmu chrześcijańskiego tak, aby pozostawał on otwarty na zasadnicze tezy marksizmu, jak i rozwijania personalizmu marksistowskiego w taki sposób, aby pozostawał on nie systemem, lecz „metodą analizy i metodą działania”. Postulat ten znalazł urzeczywistnienie w niektórych odmianach współczesnego neomarksizmu, jednak w czasach Mouniera pozostawał tylko postulatem³⁴.

Prawdopodobną przyczyną, dla której stosunek Mouniera do marksizmu uległ zmianie po drugiej wojnie światowej, były nie tyle doświadczenia samej wojny, co analiza stanu, w jakim Europa znalazła się w okresie powojennym. Stan ten Mounier określa mianem wielkiego rozczarowania, wynikającego z utraty wiary, iż rozwój technologii i nauk przyrodniczych jest w stanie rozwiązać wszelkie problemy ludzkości. „Rozpacz jest nowym stanem w Europie”³⁵ – pisze, dodając, iż stan ten ogarnął wszystkich z wyjątkiem chrześcijan i marksistów. Reakcja marksistów świadczy o „zdrowiu duchowym i chrześcijanin powinien by spon-

³² E. Mounier, *Co to jest personalizm*, wyd. cyt., s. 193.

³³ Tamże.

³⁴ Por. S. Kowalczyk, *Człowiek a społeczność*, wyd. cyt., s. 411.

³⁵ E. Mounier, *Chrześcijaństwo i pojęcie postępu*, Warszawa 1968, s. 79.

tanicznie się z nią godzić przed przeprowadzeniem koniecznych sprecyzowań”³⁶. Odnieść można wrażenie, że komunizm wraz z jego zaangażowaniem społecznym uznaje Mounier za wzór do naśladowania dla chrześcijan. Komunizm nazwany zostaje przez niego „młodym kościołem”, który – w odróżnieniu od chrześcijaństwa – „ma jedność reakcji młodych kościołów”, zaś przedstawiona w dalszym toku wywodu krytyka dotyczy tych odmian duchowości chrześcijańskiej, które z nadmierną łatwością poddają się rozpacz i zniechęceniu. Równie szczegółowej krytyki marksizmu Mounier nie przedstawił³⁷.

³⁶ Tamże, s. 80.

³⁷ Tamże.

WOJCIECH SŁOMSKI

SOME REMARKS ON MOUNIER'S PERSONALISM

(Summary)

First of all, personalism is for Mounier a certain attitude which is measured by the degree of someone's engagement in particular situations and historical problems. According to Mounier, personalism is not and cannot be a system because, as defined, it has to be under constant development, it has to express an incessant intensity consisting in trying to save a particular system of values. This trial has to consist in a constant drift towards cleansing of those values of socially and historically conditioned superstitions and prepossessions.

Thus, there is no system of values which, after accepting it, would determine the fact that someone is a personalist. However, Mounier claims that personalism binds us with a particular system of values and a certain attitude towards history, but it does not specify which system of values it is, thus it is hard to determine whether he means a particular set of values characterizing personalism as such and deciding on its separateness from other studies, or whether he means Christian values. It is doubtful mainly because of the fact that Mounier declared and tried to realize in practice the idea of pluralism in the philosophy of life.

Thus, personalism is essentially a personalization movement, constant drifting towards fullness of personal life. Personalization movement, besides depersonalization tendencies, is set in the same reality, thus personalism should not only be an explanation and description of that movement, but also it should try to capture each human problem in its "experience entirety," taking into consideration all possible aspects of a situation of a human being. Only in such a way it is possible to achieve balance between a theoretical cogitation and a practical activity, where the former should serve the latter. Thus, Mounier's personalism opposes both spiritualistic studies and vain moralizing which reduce a human being to the spiritual dimension only, and materialism that neglects everything except the material dimension of human existence.

Key words: **Mounier, personalism**

Adres do korespondencji

Address for correspondence

prof. dr hab. Wojciech Słomski
Akademia Podlaska w Siedlcach
Instytut Nauk Społecznych
ul. Żytnia 17/19
08-110 Siedlce

JAN RATAJCZAK
MIROSLAW ZABIEROWSKI

O SAMOREALIZACJI PRZEZ PRZYJEMNOŚCI

Wspominany w wielu pracach psychologicznych słynny psycholog humanista Weiskopf rozgranicza w swej klasyfikacji ontologiczne ujęcia wartości, a więc te, które zajmują się wartościami jako bytem, od innych ujęć – ujęć psychologicznych. Te psychologiczne ujęcia wartości, skupiają się na innych, nieontycznych aspektach problematyki wartości. Powiedzmy w ten sposób: problem polega na tym, czy wartości mają status bardziej subiektywny, związany z umysłem, a nie ze światem; doznaniowy, a nie nieprzemijający; sensualny, a nie trwałe; sytuacyjny, a nie uniwersalny, stabilny; chimeryczny, a nie harmonijny? Czy jest w ogóle możliwa ontologia wartości? Czy wartości mogą być światowe, czy są to produkty ludzkiej przemijającej wynalazczości? Czy wartości my sobie wymyślamy? Słowem czy są zaburzeniem obiektywnego świata, czy też przeciwnie: są obiektywne?

1. Czy psychologię humanistyczną trzeba odnosić do procesu wartościowania?

Psychologia humanistyczna (PH), w zwykłym wydaniu, które jest obecne w literaturze, nie ma ambicji budowania ontologii wartości. Tak trzeba sprawę tę postawić, żeby nie było niejasności – pomimo dwuznaczności, która się zjawia na poziomie już analiz bardzo szczegółowych. Średni poziom prac, czyli kultura teoretyczna psychologów, sprawia, że są obecne różne zmienne elementy, teoretyczne

niedyspozycyjności. Raz wartości są w nas (średnich, zdrowych ludziach), innym razem w nas samych, ale są też **stwarzane** przez nas, wymyślane, albo się stają w momencie tzw. wybierania, czyli wskazywania, czyli realizacji preferencji, które dziś mamy. Wartości nie miały być w sytuacji chimerycznej stwarzane, bo psychologia humanistyczna dążyć ma do obiektywizmu. Wartości miały być w zdrowym człowieku. W chorym – nie. Widać, jakiego rodzaju jest samoświadomość słynnego psychologa amerykańskiego Abrahama Maslowa. Widać też, czym są naznaczone słynne jego prace – pewną *łatwością* braną z języka potocznego. A wszystko to trzeba napisać, choć wiemy, że metodologia jest dla Maslowa ważna. Moglibyśmy się zapytać o metodologię Maslowa, o to, jak ją rozumie. Dwuznaczną rolę pełnią analizy Maslowa dotyczące ontologii. Analityczne podejście do rozważań Maslowa nie zostawiłoby na nim przysłowiowej suchej nitki. Jak więc bronić Maslowa? Jak być analitycznym ku jego obronie? – oto nasz program. Nasz program – zachowania i obrony psychologii humanistycznej – dotyczy prac wielu psychologów humanistycznych z kręgu zachodniego. Prace te kładą się cieniem na naszym projekcie uhumanistycznienia psychologii humanistycznej (UPH). Gdy bronimy prac polskich psychologów humanistycznych, cała materia wydaje się być bardziej poręczna, bardziej elastyczna i poddająca się całościowemu harmonizowaniu. Przy ich rozwijaniu nie czujemy aż takiej brzemienności topornego konkretyzmu ufundowanego na zwykłym podejściu do faktu i rzeczy. Nie jesteśmy sprawiedliwi w swej analityczności, bo wtedy musielibyśmy się zajmować rozwijaniem tylko prac polskich psychologów.

Zanim przejdziemy do dalszych rozważań, dodamy, że to, co dla Maslowa jest biologicznie osadzone, dla nas wymaga kompletnie nowego ujęcia. To, co Maslow nazywa wrodzoną potencjalnością, mamy za nieostrożną deklarację. Szczerze mówiąc, korygujemy prace Maslowa, Suticha i innych w ramach języka PH. Korygujemy jego teorię motywacji, teorię biologicznego zakorzenienia, jego pojęcie życia, humanistyki. Nie można od razu wiązać psychologii humanistycznej z obiektywizmem wartości. Psychologia humanistyczna w zwykłym wydaniu, nie potrafiła sobie poradzić z ontologią wartości – podkreślamy gwooli pełnej jasności¹, a zatem psychologia humanistyczna (PH) jest wyłącznie skupiona, w dziedzinie relacji

¹ Teza ta jest prawomocna, gdy ogląda się psychologię humanistyczną z lotu ptaka. Nie przeczą temu te czy inne pojedyncze wypowiedzi. W wypowiedziach psychologów humanistycznych można znaleźć metodologiczne niekonsekwencje – w stylu uprawianym przez A. Maslowa: „Jak powiedziałem, wartości odkrywamy częściowo w nas samych. Ale częściowo są one również **stwarzane** lub wybierane przez osobę”. Sformułowanie, że „wartości są stwarzane” jest tu pewną niekonsekwencją. Jasne jest, że Maslow raczej nie angażuje metodologii do swoich słynnych prac, aczkolwiek słowo „metodologia” pojawia się u niego nie jeden raz. Stwierdzenie o odkrywaniu wartości w sobie wynika z poglądu Maslowa i Rogersa, dotyczącego genezy wartości. Autorzy ci określają wartości ze względu na genezę jako wewnętrzne, przynależne ludzkiej naturze, a więc biologicznie osadzone. Są one wyrazem wrodzonej potencjalności osoby. Zob. A. Maslow, *Theory of Metamotivation: The Biological Rooting of the Value-Life*, (w:) J. Sutich, M. A. Vich (ed.),

podmiot – wartość, **na świecie podmiotu**, na badaniu **psychologicznych konsekwencji**, jakie podmiot **doświadcza** w zetknięciu ze światem wartości. Jednak na marginesie tych głównych rozważań można znaleźć ślady poglądów dotyczących statusu i genezy wartości.

2. Interes samorealizacji, hierarchiczny porządek, preferencje, obiektywność wartości

Psychologia humanistyczna, w naszym własnym rozumieniu, umiejscawia świat wartości w samym podmiocie, wiążąc go z naturą ludzką. Przyjmując takie podejście, uznajemy dalej, że to Max Scheler wskazywał na kontekst antropologiczny wartości. Tutaj (w PH) kontekst antropologiczny jest jasno wyartykułowany w koncepcji genezy wartości. Z obiektywnej natury ludzkiej wywodzi się obiektywny świat wartości. Wartości te konkretna jednostka odkrywa i realizuje w procesie samorealizacji.

W warstwie, którą relacjonujemy, są to jednak tylko wątki poboczne. Niemniej uważamy, że psychologia humanistyczna powinna wnieść do problematyki wartości wiedzę dotyczącą podmiotowych relacji ze światem wartości. Zgodnie z naszym rozumieniem psychologii humanistycznej, ma ona badać warunki aksjologicznych preferencji, aksjologiczne motywy takich a nie innych wyborów wartości. Dąży, a jeśli tego nie robi *explicite*, to powinna dążyć, do wykrycia uniwersalnej tendencji charakteryzującej rozwojową, immanentną preferencję organizmu do poznawania i urzeczywistniania wartości.

Unikniemy dwuznaczności, jeżeli powiemy, że psychologia humanistyczna nie wypowiada się o wartościach z pułapu filozofii wartości; że nie rozstrzyga jej podstawowych problemów – np. problemu ontycznego statusu wartości. Wypowiada się raczej w duchu **psychologii** wartości: tutaj wartość to nie tyle kwalifikacja rzeczy, ile raczej to, co stoi u podstaw wyborów (decyzji). Psychologia humanistyczna interesuje się wartością jako **kryterium podejmowania decyzji**. W związku z tym można powiedzieć – nawiązując do rozróżnienia Schelera – że interesuje ją raczej proces wartościowania niż wartość sama w sobie. Chętnie ominęlibyśmy słowo „proces”, ponieważ jest ono często łączone ze stawianiem się, jednakże naszym celem jest komunikatywność i użycie tego słowa jej nie zaburzy.

Readings in Humanistic Psychology, New York 1969, s. 153-199. Ontologiczny status wartości zjawia się w psychologii humanistycznej za pośrednictwem reinterpretacji. Wykazujemy, że istnieje możliwość trwałego wbudowania (reinterpretowania) w psychologię humanistyczną ontologii wartości.

Można jednak poczynić następujące spostrzeżenie: proces wartościowania, który wyprowadza się tu z koncepcji samorozwijającego się organizmu, będący przejawem tzw. „interesu” samorealizacji, ujawnia określony hierarchiczny porządek – hierarchię następujących po sobie preferencji – a ta z kolei sugeruje istnienie obiektywnej hierarchii wartości. Tak właśnie tę sprawę chcemy wyklarać. Stosowanie w psychologii humanistycznej słowa „interes” w stosunku do aspektów związanych z człowiekiem i jego samorealizacją jest nagminne i jest związane z przestrzenią języka i znaczeniem wyrazów w cywilizacji merkantylnej, której zresztą wojnę wypowiedziała psychologia humanistyczna. Tego zdają się nie zauważać psychologowie.

3. Humanistyczne podejście do problematyki wartości

Jak orzeka psycholog humanistyczny Weiskopf, wersja humanistyczna charakteryzuje się tym, że stoi opozycyjnie wobec naturalizmu typowego dla biologów. I można by dodać, że stoi opozycyjnie; ostatnio wobec ludzi określających siebie jako humanistów. Ci ostatni (widać to np. we wrocławskim czasopiśmie „Odra”) reprezentują niesłychanie uproszczony sposób rozumowania i wręcz dosłownie, bez żadnego szlifowania humanistycznego, biorą poważnie zdehumanizowany wizerunek człowieka, który nadaje się bardziej do umysłu typu „Świat Mody” i innych pism dla kobiet, a także publicystyki „humanistycznej” uprawianej przez publicystyczny nurt propagandy. Weryfikację humanistyczną zastępują w istocie naturalizmem: wszystko idzie bardziej przez zmysły, zwłaszcza zmysł wzroku.

Wydaje się nam, że wartości dla takich „humanistów-naturalistów” nie istnieją, a najważniejszy jest biologiczny serwilizm (*survival*). Humanistykę mają oni za narzędzie przetrwania. Humanisci z Bożej łaski zapominają, że humanistyka poszukuje precyzji, a nie serwilistycznego uzgodnienia poglądów na zasadach umysłu „prażkowanego” (eklektycznego), co powoduje, że giną wartości typowo ludzkie. Na tle takich „humanistów” większym humanistą jest przyrodnik L. Bertalanffy. Wersja humanistyczna psychologii uwzględnia, lub powinna uwzględniać, w przeciwieństwie do wersji psychologii naturalistycznej², całokształt doświad-

² Ujęcie naturalistyczne polega na tym, że w badaniach problematyki człowieka wykorzystuje się pojęcia zaczerpnięte z nauk przyrodniczych, a zwłaszcza fizyki i biologii. Rzeczywistość w tym ujęciu zredukowana jest do doznań pięciu zmysłów, zaś doświadczenie wewnętrzne, konstrukcje myślowe, wyobrażenia, emocje, wartości są traktowane jako fakty niższego poziomu wiarygodności, wymagające pośredniej weryfikacji poprzez zmysły. Wartości, w tym ujęciu, najczęściej są wyprowadzane z biologicznego założenia, że organizm dąży do przetrwania (*survival*) i są traktowane jako narzędzia ewolucji. Naturalistyczny sposób ujęcia, mimo pozornie precyzyjnego

czenia ludzkiego: wewnętrznego i zewnętrznego, opierającego się nie tylko na doznaniach zmysłowych, ale także na refleksji, wczuwaniu się (*emphaty*), przewidywaniu następstw, akceptowaniu wartości itp. Pogląd tego typu, zdaniem Weiskopfa, reprezentują następujący psychologowie: E. Fromm, G. Allport, A. Maslow, K. Goldstein, P. Sorokin i inni. Badacze tej orientacji interesują się problematyką wartości z uwagi na zrozumienie celów dążeń człowieka, ze względu na wyjaśnienie jego wieloaspektowego, szeroko pojmowanego, doświadczenia.

Nie trzeba wątpić, że naturalistyczna wersja psychologii powiela fizyczne pojęcie ruchu, pędu, popędu, sił, nateżeń, molekuł, aminokwasów, białek, hormonów, helisy białka, genomu, obserwacji i dodaje wyobrażenia, emocje, potrzeby przetrwania, homeostazy, reakcji psychobiologicznych. Co innego przykuwa naszą uwagę, a mianowicie tak wielkie podkreślanie, że psychologia humanistyczna jest zgodna z ludzkimi popędami, siłami i napięciami wywołanymi przez aminokwasy, z predyspozycji wynikającymi z obecnością hormonów i helisą podwójną, z obserwacjami i wyobrażeniami, a także emocjami, potrzebą przetrwania i innymi potrzebami psychobiologicznymi. Jest to tak silna anomalia, że zasługiwałyby na ewentualne wyjaśnienie. Tytułem próby powiemy jedynie tyle, że z punktu widzenia polskiej kultury (proszę zapytać prof. prof. E. Barana, W. Fijałkowskiego, J. Trąbkę, A. Póltawskiego) nieprzekonywująco brzmi zapewnianie, iż psychologom humanistycznym, którzy uwzględniają całokształt ludzkiego doświadczenia, nie chodzi tylko o doznania zmysłowe. Właściwie to z punktu widzenia polskiej kultury, każdy pogląd psychologów humanistycznych brzmi nieprzekonywująco; np. że psychologia humanistyczna nie tylko dba o zgodność z doznaniem zmysłowymi, ale i bazuje na ludzkiej zdolności do przewidywania. Mimo to ciągle będziemy starali się ratować psychologię humanistyczną w naszym projekcie psychologicznym polegającym na uhumanistycznieniu psychologii humanistycznej.

Wprowadzenie w tajniki psychologii humanistycznej nie jest proste, ponieważ nie jest ona bez wad, i to zasadniczych, jednakże mówimy, że psychologowie humanistyczni pozostają w humanistycznym nurcie interpretacji wartości. Tu zresztą jest najstarszy punkt psychologii humanistycznej, ale to zdanie jest, jakbyśmy powiedzieli, „prawdziwe”. Lowe mówi, że owi psychologowie posługują się metodą

punktu wyjścia, nie zapewnia uzgodnienia poglądów na temat naczelnych wartości ludzkich. Okazuje się, że podstawowe, a zatem precyzyjne pojęcie „homeostaza”, do którego często odwołuje się nurt naturalistyczny, nie daje możliwości wyprowadzenia zeń wartości typowo ludzkich. Jednoznacznie dał temu wyraz wybitny znawca zagadnienia L. von Bertalanffy, a także inni badacze, którzy podkreślają fakt niewywodliwości wartości humanistycznych, typowo ludzkich z biologicznych; zob. L. von Bertalanffy, *Human Values in a Changing World*, (w:) A. Maslow, *New Knowledge in Human Values*, Chicago 1971, s. 67-68; A. Emerson, *Homeostasis and Comparison of Systems*, (w:) tegoż, *Toward a Unified Theory of Human Behavior*, Basic Books, New York 1959, s. 147-145; R. Mukerjee, *The Dimension of Values*, London 1964, s. 43.

holistyczną w poznaniu osobowości. Metoda holistyczna jest następnym najsłabszym elementem psychologii humanistycznej, ale czyż i to zdanie nie jest „prawdziwe”? Mamy więc przynajmniej dwa zdania „prawdziwe”, które nadają się na tematy większych prac psychologów humanistycznych.

4. Aspekty metafizyki selekcji oraz ich łączenie się w jednolitym procesie wartościowania

Mamy więc w psychologii humanistycznej metodę holistyczną i możemy tu coś więcej powiedzieć na temat psychologii humanistycznej. Postawmy nawet kropkę nad „i”, stwierdzając od razu, że metoda holistyczna psychologów humanistycznych polega na wyjaśnianiu części organizmu przez odnoszenie jej do całości zgodnie z przekonaniem, że – jak pisze W. Bojarski w swym dziele *Teoria wielkich systemów*, omawianym w Zakładzie Energoelektryki PAN – całość nie jest sumą części, lecz stanowi zasadę organizującą i jednoczącą elementy. Części, czy zjawiska, stają się zrozumiałe, o ile ujmują się je w kontekście ich całości. Zasadę jednoczącą, czyli holistyczną, odnajduje się w ludzkim *self* jako ruchu ku aktualizacji siebie. Analizując całość ludzkiego doświadczenia, bierze się pod uwagę fakty ujmowane w porządku zmysłowym, w doświadczeniu wewnętrznym, rezultaty myślenia, wyobraźni, fantazji, intuicji i empatii.

Psychologowie humanistyczni mówią tak: ludzka sytuacja ujmowana jest z jej transcendencją, świadomością i wolnością³. Rzecz jasna wiele jest swobody w tym zdaniu, typowym dla psychologii humanistycznej, lecz przyrzekliśmy posługiwać się językiem psychologii humanistycznej. Kontynuując naszą podwójną opowieść o psychologii humanistycznej, powiemy, jakże rzetelnie w ramach języka psychologii humanistycznej, że: **całościowe traktowanie człowieka znajduje wyraz w szerokim i wieloaspektowym rozumieniu wartości**. I tak, wartości mogą w znaczeniu pozytywnym oznaczać to, co człowiek uważa za dobre i ocenia pozytywnie, co odczuwa jako przyjemne, czego potrzebuje lub co wyraża w powinnościach, albo też to, co po prostu, a jakże, wybiera. Tak określone wartości można badać empirycznie. U człowieka zdrowego wszystkie te aspekty łączą się w jednolitym procesie wartościowania⁴.

³ Również W. Weiskopf, *Comment*, (w:) A. Maslow, *New Knowledge in Human Values*, wyd. cyt., ss. 200, 210.

⁴ A. Maslow, *Toward a Psychology of Being*, New York 1968; C. Rogers, *Toward Modern Approach to Values. The Valuing Process in the Nature Person*, „Journal of Abnormal and Social Psychology” No 2, New York 1964. Jest to zagadnienie części i całości należące do ogólnej

Należy tu wskazać, że oto znowu wszystko to wyraziliśmy w języku psychologii humanistycznej, z wyjątkiem tego „a jakże”. Skąd jest to zastrzeżenie? Trzeba wiedzieć, że psychologia humanistyczna w istocie stała się metafizyką człowieka selekcyjnego. Stąd więc (1) człowiek **ustala**, czyli selektywnie pracuje, w dziedzinie określenia **dobra**. Stąd (2) człowiek **ustala**, czyli selektywnie określa, co jest przyjemne, bo człowiek lubi przyjemności, a nie cierpienia. Stąd też (3) człowiek **ustala**, czyli jest analizatorem spektralnym, w dziedzinie określenia, czego **potrzebuje** w kontekście swej przyjemności lub jaki interes wyraża w **powinnościach**. Po prostu człowiek, a jakże, wybiera, *ergo* wskazuje. Jest to metafizyka naznaczania. Na pozór tylko „tak określone wartości można badać empirycznie”.

Psychologia humanistyczna mistyfikuje metafizykę, tzn. ją trywializuje. Wierzy, że trywializując, dochodzi do prawdy. Nie robi tego świadomie. Jest mową kultury człowieka o dobrym samopoczuciu, więc dodaje (jak wyżej): „U człowieka zdrowego wszystkie te aspekty łączą się w jednolitym procesie wartościowania”. W zdaniu tym mieści się wszystko, czego chce, i co może, psychologia humanistyczna, to jest jej język, tu jest ona cała, taka jest.

5. Biologiczne zdeterminowanie wartości. Kosmiczny eksperyment w psychologii humanistycznej

Wydaje się jednak, że zarówno Maslow, jak i Rogers większe znaczenie przypisują innemu aspektowi wartości. Otóż określają wartości ze względu na genezę jako **wewnętrzne**, przynależne ludzkiej naturze, a więc biologicznie osadzone i częściowo zdeterminowane. Są one wyrazem **indywidualnych** potencjalności osoby i rozwijają się w kontakcie z kulturą⁵. Maslow i Rogers przyjmują istnienie wewnętrznej wrodzonej (genetycznie) natury, w ramach której zawierają się zarówno

teorii systemów, której Maslow nie dostrzega. Badania psychologów, choć cenne, nie są oparte o fundamentalne teorie z zakresu ogólnej teorii systemów, winny podlegać weryfikacji od tej strony. W przyszłości planujemy bardziej szczegółowo zająć się tą problematyką, aczkolwiek już teraz możemy powiedzieć, że spisujemy plony naszego seminarium z psychologii humanistycznej z okresu 1994-2001 w Politechnice Wrocławskiej, a także seminarium prowadzonego w Akademii Sztuk Pięknych wraz z profesorem J. Zdanowiczem, w latach 2000-2001.

⁵ A. Maslow, *Toward a Psychology of Being*, wyd. cyt., s. 167; C. Rogers, *Toward Modern Approach to Values*, art. cyt., s. 161. Kultura jest w psychologii humanistycznej traktowana jako środowisko, w którym przebiega proces samorealizacji, proces realizacji wartości. Interesującą kwestią byłoby zbadanie związków aksjologicznych systemów kultury i systemów wartości wynikających z wewnętrznej natury człowieka. Problematyka ta umyka psychologom, którzy rzadko artykułują kulturę w kategoriach aksjologicznych.

wspólne wszystkim ludziom cechy, jak i zdolności indywidualne⁶. Przejawem tej mądrości ciała (*wisdom of the body*) jest, wyrażająca się w zachowaniu, tendencja do realizacji i wypełniania zapodmiotowanych możliwości. „Fizjologiczna mądrość ciała jest czynnikiem ukierunkującym zachowanie”⁷. **Fizjologiczna mądrość ciała** jest tą siłą napędową rozwoju człowieka.

Maslow przyjmuje istnienie naturalnego systemu wartości. Przejawem jego funkcjonowania są wybory, których dokonuje człowiek. Są one uzależnione od aktualnych potrzeb jednostki, od poprzednich doświadczeń oraz od spostrzeganej wartości obiektu. Odczuwane przez jednostkę potrzeby powołują do życia wartości⁸. Wygląda na to, że psychologowie humanistyczni szczytą się naturalnym (uproszczonym) rozumieniem wartości, w którym wytrychem jest słowo „wybór”. Oprócz tego wielką rolę pełni termin „potrzeba”. A przecież taka teoria niczego jeszcze nie mówi. W sprawie McVeiga mamy podział na chorego McVeiga, bo chyba nie zdrowego, i dających sobie radę sędziów, bo chyba nie ludzi chorych. Nie mamy pewności, jak wypadli sędziowie w eksperymencie (nie-)zorganizowanym przez McVeiga. Gdy McVeiga, który przyczynił się do śmierci i okaleczeń kilkuset osób, zapytano przed egzekucją, jakie ma **potrzeby**, ten zażyczył sobie lodów, ponieważ właśnie w lizaniu dostrzegł to, co wartościowe. Lody go **zaspokoili**, w miętowych lodach upatrywał najprawdziwszą **przyjemność**; i zamówił lody podwójne, bo w podwójnych lodach dostrzegł interes zbawczy. I to jest pierwszy finał kompletnego podważenia podstaw psychologii humanistycznej.

Egzekucję wstrzymano, ponieważ nie spełniała warunków pełnej przyjemności, odczucia satysfakcji przez świadków zarządzonego zabójstwa McVeiga. Świadkowie, sędziowie i inni dokonali wyboru, najbardziej słusznego z uwagi na rozwój poszczególnych jednostek. I to jest drugi finał. Właściwie to rzecz w tym, że powodem wstrzymania zamordowania mordercy nie była potrzeba poznania przez McVeiga Chrystusa, albo Buddy lub Mahometa, lecz zepsuta video-kamera. Widzowie, którzy wskazali wartość, mieli rzecz jasna na uwadze kasetę filmową. Nawet w ostatniej chwili dokonali wyboru najbardziej dla nich wartościowego.

Trzecim finałem jest to, że musimy się przyznać, iż bez video-kamery przyjemność – jak wiadomo w dobie kultu człowieka zdrowego – nie będzie, w tej przyjemnościowej cywilizacji, aż tak głęboko odczuwana. Nie sądzimy, aby trzeci finał nie miał znaczenia kosmicznego. Nie znaleziono osoby, która spowodowała nieprzyjemną usterkę. I nie znaleziono przyczyn niezadziałania video-kamery.

⁶ A. Maslow, *Psychological Data and Value Theory*, (w:) A. Maslow, *New Knowledge in Human Values*, wyd. cyt., s. 120, Rogers, *Toward Modern Approach to Values*, art. cyt., s. 194-195.

⁷ Rogers, *Toward Modern Approach to Values*, art. cyt., s. 194-195.

⁸ Maslow 1971, s. 122.

Jest i czwarty finał eksperymentu o kosmicznym odniesieniu, jeżeli uświadomimy sobie, że po usunięciu tej nieprzyjemności, zrealizowano **interes zbawczy wybierających ławników i widzów**, który polegał na usunięciu McVeiga. Istnienie McVeiga nie należało do katalogu **potrzeb człowieka z d r o w e g o** (co słowo to lepiej) i nie licowało z potrzebami **samorozwoju**, gdyż **samoaktualizacja** wymagała zamordowania (**działania**, efektywności) mordercy za aprobatą ławników, którzy się rozwinęli duchowo i usatysfakcjonowali! Czyż nie widać tu oblicza kultury McVeiga i jego przeciwników (i likwidatorów) i samej psychologii humanistycznej i jej limitacyjnych źródeł? Ku większej uciechu psychologów powiemy, że słusznie twierdzą psychologowie humanistyczni, że fakty i obserwacje życia codziennego pouczają nas o istocie człowieka. Ależ tak dokładnie wygląda metoda Maslowa. Rogers i Sutich też wcale nie ukrywają takich sądów.

6. Doświadczenie wewnętrzne. Wewnętrzne zdeterminowanie wartości. Zasada swobodnego wyboru

Żeby jak najlepiej przedstawić psychologię humanistyczną, przypomnimy, że zdaniem Rogersa doświadczenie wewnętrzne, pominiemy tu sprawę jego nieprecyzyjnego rozumienia⁹, stanowi główne i najważniejsze źródło procesu wartościowania i w rezultacie wartości człowieka. Główna teza PH brzmi: **W ramach doświadczenia wewnętrznego przebiega naturalny proces, w którym dokonuje się ocena każdego momentu przeżyć**. Organizmalny proces wartościujący (*organismic valuing process*) mówi o tym, co jest dla osoby wartością w zależności od tego, jak jest odczuwane – czy sprzyja rozwojowi, czy też go utrudnia¹⁰. Jednostka biznesu stwierdza, co jest dla niej korzystne. Paradoks polega na tym, że w PH zjawia się *sacrum*, lecz przecież jednostka samorozwijająca się może traktować *sacrum* jako zabawę, na tych samych zasadach jak rozwija się *nowy człowiek*, czyli jednostka o znakomitej karierze we wrogim jej społeczeństwie i która daje sobie radę z innymi: człowiek sukcesu dobrze wygląda w lustrze – narcyzm jest odczuwany jako potrzeba. Jest paradoks obiektywności: silna, zdrowa

⁹ Przez doświadczenie wewnętrzne Rogers rozumie to wszystko, co jest potencjalnie dostępne świadomości, wszystkie zjawiska, które są lub mogą być uświadomione. Jednostka może zbliżyć się do swego doświadczenia wewnętrznego – staje się ono bardziej uświadomione – albo oddala się od procesu doświadczenia, który przebiega w pełni i nie zostaje uświadomiony. Zob. C. Rogers, *A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-Centered Framework*, New York 1959, s. 197.

¹⁰ C. Rogers, *Toward Modern Approach to Values*, art. cyt., s. 161. Psychologia humanistyczna wiąże proces wartościowania z procesem rozwoju osobowości. Wartości są wartościowe z uwagi na rozwój jednostki. Rozwój jest często rozumiany jako wyemancypowanie i wyzwolenie.

jednostka korzysta, jak wiemy, z gabinetów psychoterapeuty, seksuologa, wróżki i astrologa, a tymczasem PH ma być apoteozą obiektywności. Inny paradoks polega na tym: jeżeli nie jest możliwe, aby dawanie sobie rady z innymi dotyczyło wszystkich, to co PH oferuje ofiarom? Czyżby wyłącznie eliminację? Jest rozwiązanie zgodne z paradoksalną zasadą swobodnego (humanistycznego) wyboru: wybieram silnych, a nie ofiary silnych.

Maslow i Rogers twierdzą, że lokalizacja procesu wartościowania lub systemu wartości jest **wewnętrzna i początkowo niezależna od otoczenia, lecz zależy od samego podmiotu**. W tym przejawia się tzw. ahisteryczna natura ludzka. Podmiot sam lokalizuje – wewnętrznie. PH ogłasza, że ceni biofiliję. Filarem pism kobiecych (czyli cywilizacji zniewieściałej) są zintegrowane porady psychologów i seksuologów: „Bądź wolna, a odnajdziesz siebie”, „Bądź bezgranicznie wolna, a poznasz smak” (szczęścia?), „Smakuj życie”, „Nie masz zdrowia do stałych związków”. Maslowowska koncepcja lokalizowanego wartościowania jest w istocie koncepcją umysłu zniewieściałego: jest kalką twierdzenia, że seks jest sprężyną zachowań i motywacji kobiety dającej sobie radę. W kategoriach mediów z lat 90. mamy wizerunek tzw. „kobiety wyjątkowej”, „osobowości lat 90.”. To prowadzi do niebywałych paradoksów: Na przykład podmiot lokalizuje wewnętrznie, że nie ulegnie naciskom jarzma biofilijności i wybiera zdrowie reprodukcyjne.

Dalsze rozważania nad wartościami, ich rodzajami i znaczeniem, autorzy ci posuwają w nieco rozbieżnych kierunkach. Maslow wiąże wartości z doświadczeniami wewnętrznymi zaspokajania potrzeb i w tej perspektywie analizuje ludzkie wybory świadczące o wartościach, Rogers natomiast koncentruje się na znaczeniu dwu różnych typów wartości, jakimi osoba może się kierować (wartości wyobrażalne i operatywne).

Maslow¹¹ proponuje śledzić relacje podmiotowo-aksjologiczne na gruncie swojej organicystycznej teorii osobowości, gdzie jedną z kluczowych kategorii¹² jest

¹¹ Podejście Maslowa do zagadnień wartości można zakwalifikować jako humanistyczne, porównując je z reprezentowaną na gruncie polskiej metodologii koncepcją interpretacji humanistycznej K. Zamiary. K. Zamiara pisząc o humanistycznej interpretacji psychologicznej, stwierdza, że istotne są następujące kryteria: (1) Podmiotowości pojęć; (2) Racjonalności zachowań ludzkich; (3) Realistycznego przyjmowania racjonalności (przeciwstawnemu instrumentalnemu). Kryteria te powinna zatem spełniać teoria Maslowa. Zob. K. Zamiara: *O pewnych psychologicznych odpowiednikach interpretacji humanistycznej*, „Studia Filozoficzne” 5, 1972, s. 105-118.

¹² Kategorię tę można traktować jako antropologiczne założenie. Jej geneza jest związana z psychoterapią. Chcielibyśmy tu widzieć wpływ szkoły Gestalt (w ramach wpływu fenomenologii na psychologię humanistyczną), a także Goldsteina, którzy nobilitowali procesy somatyczne w rozważaniach teorii osobowości. Szerzej patrz: *holizm*, J. Ratajczak. Praca doktorska. Rozdział: *Główne założenia psychologii humanistycznej*, obroniona na Wydziale Filozoficznym Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001. W polskiej nauce na uwagę zasługuje Jan Mazurkiewicz, który był pionierem kierunku psycho-fizjologicznego w psychiatrii. Bezpośrednio zainspirował on K. Dąbrowskiego, którego zaliczamy do psychologów orientacji humanistycznej. Nie sądzimy

„**mądrość ciała**”¹³. Kategoria „mądrości ciała” jest rozumiana przez Maslowa w znaczeniu **psychofizycznym i statystycznym**, masowym, w znaczeniu brany z codziennego życia. Właściwie to doskonale wiemy, o co tu chodzi, ponieważ mądrość ciała i mowa ciała upowszechniły się w Polsce po 1989 roku. Od roku 1989 mowa ciała, przedstawiana w telewizji w ramach programów na temat asertywności, stała się w Polsce przedmiotem zażenowania teoretyków negocjacji czy socjologii. To poczucie zażenowania jest w istocie spowodowane oceną – ze stanowiska zachodniego niewyobrażalnie niepokorną – i intuicyjnym przecuciem, że rekonstrukcja osoby ludzkiej via mądrość ciała jest co najmniej zbyt powierzchowna. Co do nas, to szczerze uznajemy mądrość ciała, lecz w żadnym wypadku nie w sensie Maslowa, ani w żadnym podobnym, aczkolwiek sam termin zachwalibyśmy. Mądrość ciała jest dla nas związana z antropologią antymaslowowską, antropiczną, przedstawioną przez M. Zabierowskiego w książkach *Status obserwatora w fizyce współczesnej* (1990) i *Wszechświat i człowiek* (1993).

7. Wybory jako istota życia organizmu podstawą antropologii fizycznej

Maslow twierdzi, że kiedy organizm jest żywy, wtedy, aby poprawnie funkcjonować, musi dokonywać niezliczonych **wyborów**. Maslow stawia na masowość wyborów i na tej masowości buduje swoją teorię osobowości. Mamy wątpliwości, czy masowość jest dobrym punktem wyjścia dla antropologii fizycznej. Aby to wyjaśnić, przypomnijmy słowa plastyka Adama Macerdońskiego, który zaproszony przez prof. Andrzeja Gołasia, 26 maja 2001 roku, powiedział na Krakowskim Forum Kultury Polskiej (rekonstruujemy za dr Dorotą Długosz): „Sztuka była potrzebą człowieka, nawet w najwcześniejszych stadiach jego ewolucji, kiedy korzystał z prymitywnych technik. W naszych czasach jesteśmy zewsząd otoczeni wielką ilością dzieł artystów. Masowość wyborów artystycznych, nadmiar sztuki pomniejsza znaczenie sztuki. Ilość nie przechodzi w jakość. Przeciwnie, w malarstwie artyści zaczynają odchodzić od kanonów piękna, dokonują masowych wyborów, chcąc zaznaczyć się czymś w historii. Tak dochodzi się do degeneracji przez popularyzację. Popularyzacja sztuki w naszych czasach wręcz przyczyniła się do

też, żeby Maslow nie zmechanicyzował, w ramach zaspakajania popędów, mądrości ciała. Kierunek ten wywierał niejednokrotnie szkodliwy wpływ na humanistykę i wszczepił humanistom uproszczoną wizję człowieka i działania.

¹³ A. Maslow, *Psychological Data and Value Theory*, (w:) A. Maslow, *New Knowledge in Human Values*, wyd. cyt. s. 119.

obniżenia wartości sztuki". Potrzebna jest więc ostrożna ocena tego, co podlega niezliczonym wyborom. Potrzebna jest teoria roli przypadkowości wyborów człowieka współczesnego, zanim na tej przypadkowości (masowości i alternatywności) wybudujemy teorię psychologiczną.

Zasady PH wydają się być powieleniem metody (np. prasy) wabienia umysłu małpiego. Nie można przymknąć oczu, że kolorowe „Pismo dla kobiet, które kochają życie”, luksusowy „Magazyn kobiet myślących”, „Wysokie obcasy”, „Twój Styl” i inne są pełne wyborów dokonanych przez „kobiety sukcesu” z „Akademii Dam”, czyli z pretensjami do rozwoju w rodzaju: jestem kobietą wyjątkową, z pasją, samo-rozwijającą się, a więc czarującą i pożądaną, i dlatego przekraczam własne ograniczenia. Źle to oczywiście podobieństwo rokuje PH. Problem masowych wyborów mamy tu jak na dłoni.

Maslow traktuje wybór jako uwarunkowany **wartością obiektu**¹⁴ – jako **działanie**, które podejmuje jednostka motywowana potrzebą tej wartości. Maslow wiąże wartości z doświadczeniami zaspokajania potrzeb i w tej perspektywie analizuje ludzkie wybory świadczące o wartościach.

Zatrzymajmy się na tym stwierdzeniu. Teza psychologów humanistycznych o związku potrzeb i wartości wymaga dalszej pracy teoretycznej, rozjaśnienia. Daliśmy tu temu wyraz. W wyartykułowaniu koncepcji Maslowa może nam pomóc rozpatrzenie kulturoznawczego kontekstu, różnych związków obowiązujących w kulturze, ontologii społeczeństwa, a nie tylko natury człowieka, rozumianej psychologicznie, pozakulturowo.

¹⁴ Oczywiście mamy tu tę świadomość, już po uprzedniej naszej edukacji aksjologicznej, że wartościowy dla jednostki obiekt – dobro, jest czymś innym niż sama wartość. Dobro jest, jak pamiętamy, korelatem wartości. Jednak można równocześnie zauważyć, że stykając się z takim dobrem, które jest ucieleśnieniem (zawsze niedoskonałym) wartości, podmiot doświadcza również transcendentnej wartości (poprzez medium dobra).

JAN RATAJCZAK
MIROSLAW ZABIEROWSKI

SELF-REALIZATION BY PLEASURES

(Summary)

Ontological and psychological approach to values is considered. The value concept in humanistic psychology is criticized, because of the subject of humanistic psychology, which is rather valuation process than values in themselves. The problem of internal determination in the light of Rogers' internal experience is discussed.

Key words: **objectivity of value, self realization, metaphysics of selection, choice.**

Adres do korespondencji

Address for correspondence

dr Jan Ratajczak
prof. dr hab. Mirosław Zabierowski
Politechnika Wrocławska
Wyspiańskiego 27
50-370 Wrocław

SŁAWOMIR RAUBE

**WIECZNOŚĆ, DOCZESNOŚĆ, RYNEK
KILKA UWAG O ETOSIE GOSPODAROWANIA**

Historia kultury europejskiej pod pewnym względem wydaje się osobiwie przepołowiona. Ta sama tradycja chrześcijańska, sięgająca religijności żydowskiej, manifestowała się opcją na rzecz ubogich i równocześnie (od pewnego momentu) akcentowała indywidualizm. Ta dialektyka egalitaryzmu i gospodarczego elitaryzmu jest trudna do ogarnięcia, jeśli się nie spojrzy na początki powstającej teologii nowej wiary i nie prześledzi jej wątków umożliwiających pojawienie się ascetycznej etyki wyznań protestanckich XVI, XVII i XVIII wieku. Inaczej mówiąc, problem jest to, jak doszło do ukonstytuowania się protestanckiej wizji życia codziennego na gruncie wspólnej mimo wszystko tradycji duchowej i teologicznej chrystianizmu, bo przecież Reformacja nie tworzyła się w próżni, niejako od zera, ale była właśnie apelem o powrót do źródeł wiary zainicjowanej u początków naszej ery.

I problem drugi: jeśli teologia codzienności protestantyzmu nie była czymś zupełnie nowym w chrześcijańskiej przestrzeni wiary, to dlaczego odmieniła tak radykalnie poglądy na temat ziemskiej drogi człowieka do Boga, przyczyniając się do stopniowego tworzenia ładu kapitalistycznego. Chyba że wpływ etyki protestanckiej jest przeceniany, a przyczyny powodzenia akcji wolnorynkowej leżą nie tylko w etyce religijnej i światopoglądzie wyznań protestanckich. Rzecz jasna, nie wynika z tego, że istnieje alternatywa: albo czynniki religijne, albo gospodarczo-geograficzne stanowią klucz do wyjaśnienia rozwoju kapitalizmu; takie postawienie sprawy byłoby upraszczające. Kapitalizm tworzył się i był tworzony przez ludzi, powstawał w określonej kulturze, a każda kultura odwołuje się do pewnych

nurtów duchowych i do wartości, które stanowią jej identyfikację. Przeto treści religijne współkonstruuja kulturę i systemy gospodarczo-społeczne, które się na niej wspierają. Chodzi więc o proporcje i o zagadnienie ciągłości.

O chrześcijaństwie często mówi się, że jest bardziej „zaświatowe” niż judaizm, a tym bardziej niż islam, którego twórca zajmował się przez wiele lat działalnością kupiecką. Ta „zaświatowość” oznacza pogrążenie się w perspektywie wieczności, w konstruowaniu takiej wizji rzeczywistości, której zwieńczeniem jest eschatologiczny kres. Chrześcijanie w czasach przednowożytnych traktowali świat przyrody i świat publiczny instrumentalnie, jako miejsca, których sens zależy od funkcji, jakie spełniają w planie indywidualnego i zbiorowego zbawienia. „Etyczna implikacja tego horyzontu – pisze Michael Novak – jest taka, że chrześcijanie, o tyle o ile są przeniknięci tą wizją, a nie tylko ochrzczeni, muszą postrzegać wszelkie okoliczności życia w sposób jedyny w swoim rodzaju. Schwytni są bowiem na «eschatologiczny hol» (...) i ciągnieni przed siebie przez perspektywę *sub specie aeternitatis*, z której wyżyn wszelkie czynności światowe widziane są jako uczestniczące w wielkim dramacie wezwania wszelkiej istoty ludzkiej, z ciałem i duszą”¹. To wyobcowanie z naszego świata jest w znikomej części kompensowane religijną ideą Wcielenia, która powinna, przynajmniej teoretycznie, uwznioślać wymiar cielesny i doczesność „tutaj i teraz”; a jednak nie: jesteśmy tutaj, w „światowości” tylko chwilę, to zaledwie epizod, ważny jedynie w kontekście tego, jak zapracujemy na zbawienie. Taki pogląd przez wieki określał postawy chrześcijan wobec rzeczywistości politycznej i gospodarczej.

W judaizmie to napięcie między doczesnością a wiecznością nie występowało z takim natężeniem. Myśl żydowska była zawsze prawie bardziej otwarta na „światowość”; działalność handlowa nie uchodziła za odstępstwo od eschatologicznej drogi, za stratę cennego czasu. Perspektywa nadejścia Mesjasza, szczególnie w okresie diaspory, oddalała się, zmuszając tym samym do skupienia się na trwaniu i przetrwaniu. Jak pisze Irving Kristol, „dochodzenie do bogactwa w obrębie religii żydowskiej nigdy nie było traktowane jako działanie w jakiś sposób grzeszne, degradujące czy wątpliwe moralnie tak długo, jak długo bogactwo pozyskiwane było drogą legalną i użytkowane w sposób odpowiedzialny. Przyjmowano powszechnie, że duch handlu jest doskonale zgodny z pełnią wiary i praktyk religijnych. Sądzę, że jest to prawdą również w islamie, lecz nie w chrześcijaństwie. Różnica na tym polega, że zarówno islam, jak i judaizm są religiami Prawa, natomiast chrześcijaństwo Prawo odrzuca. Różnica ta daje chrześcijaństwu olbrzymią przewagę w zakresie energii duchowej zarówno nad islamem,

¹ M. Novak, *Bogactwo i cnota: rozwój chrześcijańskiej doktryny ekonomicznej*, w: P. Berger (red.), *Etyka kapitalizmu*, tłum. H. Woźniakowski, Kraków 1994, s. 73.

jak i nad judaizmem; lecz w zastosowaniu do świata praktyki stwarza olbrzymi problem”².

W kwestii nieufności do życia gospodarczego chrześcijaństwo wpisywało się w pewne motywy starożytności greckiej, albowiem nieufność wobec bogactwa ma także korzenie antyczne, przynajmniej w nurcie reprezentowanym przez linię sokratejską. Sokrates bez wątplenia nie gonił za pieniędzmi, poświęcając czas i energię rozmowom na ateńskiej agorze. Co więcej, miał za złe sofistom ich praktykę pobierania opłat za odślanianie tajników filozofii, uważając ją za sprzeniewierzenie się powołaniu filozofa. Radykalną niechęć do majątku i bogactwa odnajdziemy bez trudu u Antystenesa, Diogenesa i w ruchu cynickim, a poprzez te inspiracje także w pierwszej fali refleksji stoickiej. Platon natomiast uważał, że majątek i wszelka działalność wytwórcza i handlowa mają być podporządkowane interesowi i dobru wspólnotowości *polis*, a jako takie nie mają znaczenia dla doskonałości jednostki ludzkiej. Ta ostatnia myśl, w mocniejszej jeszcze postaci, pojawia się w nurcie neoplatońskim, akcentującym dystans wobec cielesności. Chrześcijaństwo miało więc w tym względzie doskonałych i utytułowanych antenatów, aczkolwiek trzeba pamiętać o nurcie aprobaty majątku, bogactwa, pracy, wyznaczonym imionami Hezjoda, Arystotelesa i Ksenofonta z jego rozprawą *O gospodarstwie*.

Na pierwszy rzut oka wczesne chrześcijaństwo wydaje się całkowicie egalitarne i niechętnie wytwarzaniu kapitału. Sztandarowym przykładem takiej opcji jest fragment Ewangelii według św. Mateusza, w którym młodzieniec postawiony jest przed wyborem między bogactwem a Królestwem Bożym; to w tej opowieści padają słowa, iż łatwiej wielbłądowi przejść przez ucho igielne niż bogaczowi wejść do królestwa niebieskiego. Ale istotnie, czy to znaczy, że zbawienie kapitalisty jest niemożliwe? Czy posiadanie kapitału jest czymś dyskwalifikującym eschatologicznie? Wydaje się, że może to również znaczyć, iż posiadanie majątku narzuca dodatkowe obowiązki wobec bliźnich, których spełnienie jest nieodwrotnym zadaniem wierzącego i równocześnie kolejnym warunkiem zbawienia. Zatem posiadanie dóbr, kapitału, nie uniemożliwia życia wiecznego, ale utrudnia drogę do niego. W tym kierunku szła myśl niektórych egzegetów, iż mianowicie „wielbłąd” oznacza „sznur”, a Ucho Igielne może odnosić się do bramy w Jerozolimie o takiej właśnie nazwie, przez którą wielbłąd może się precyzyjnie przeczisnąć kłękając na kolana³.

² I. Kristol, *Christianity, Judaism and Socialism*, w: *Reflections of a Neoconservative: Looking Back, Looking Ahead*, New York 1983, s. 316-317; cyt. za: M. Novak, dz. cyt., s. 71.

³ R. M. Grant, *Wczesne chrześcijaństwo i wytwarzanie kapitału*, w: P. Berger (red.), *Etyka kapitalizmu*, wyd. cyt., s. 14.

Z kolei Kazanie na Górze uwydatnia daremność przywiązania do wszelkich dóbr ziemskich, albowiem ich posiadanie zawsze implikuje niepewność i lęk, a zatem zbyt mocne trzymanie się doczesności musi skończyć się niepewnością i zagubieniem. Bez wątplenia najbardziej radykalną w krytyce pomnażania majątku jest Ewangelia św. Łukasza, w której bogacze przedstawieni są jako grzesznicy niegodni dostąpienia łaski zbawienia, a ci, którzy zrzekną się swoich bogactw będą wywyższeni. Stąd, jak wolno sądzić, brała się filozofia społeczna wczesnych grup chrześcijańskich o zabarwieniu bez wątplenia egalitarystycznym. Nadto słynny motyw z przypowieści o bogaczu i biedaku: bogacz cieszący się przywilejami dostatku materialnego i biedak przygnieciony brzemieniem niedoli; po śmierci ta konfiguracja zmieni swoją hierarchię, to Łazarz będzie zwycięzcą. Wymowa tej opowieści może sugerować (i tak ją często odczytywano), że luksus i przepych życia doczesnego musi objawić się w niebieskiej ekonomii ostatecznym bankructwem⁴. Gdyby na tym kończył się Nowy Testament, nie byłoby wątpliwości, że bogactwo i jego pomnażanie są etycznie i eschatologicznie wątpliwe.

Zmiana zapatrywania na kwestie etosu gospodarczego pojawia się wraz ze św. Pawłem⁵. A jego rola w procesie krystalizowania się doktryny chrystianizmu była ogromna. Na Pawła powoływali się wielcy reformatorzy XVI wieku. I jeśli istotnie mieliby odegrać tak wielką rolę w tworzeniu teologii codzienności, rozumianej jako fundament etyki gospodarczej doby kapitalizmu, to stosunek Pawła do wytwarzania kapitału powinien być ważnym punktem odniesienia, jeśli chcemy postrzegać Lutra i Kalwina jako kontynuatorów tradycji chrześcijańskiej. I druga uwaga: Kalwin bardzo mocno wczytał się w Biblię hebrajską, zatem wątki etyczne dotyczące doczesności ekonomicznej winny być analizowane również w kontekście judaizmu.

Paweł rzeczywiście nie potępiał bogactwa jako z natury złego. To, co można wyczytać w jego napomnieniach i paradoksach, to zdjęcie odium z posiadania dóbr i podkreślenie, że własność może służyć człowiekowi bądź go zniewalać. Święty Paweł dokonuje tego, co niektórzy nazywają relatywizacją eschatologiczną bogactwa. Unieważnia dobra materialne, wskazując na bogactwo ducha, ale ich nie potępia. Na tym polega nowy motyw Nowego Testamentu, który powróci w okresie Reformacji.

Ten nowy akcent Pawłowy widać wówczas, gdy zaleca on wspieranie uboższych braci, albo tam, gdzie mówi, że obfitość łaski Bożej może skutkować dostatkami dóbr i dostatkiem dobrych uczynków. Sugestia jest tu wyraźna: dobra

⁴ Tamże, s. 23.

⁵ Zob. R. J. Neuhaus, *Bogactwo i beztroška: być bogatym, bogactwo tworzyć*, w: P. Berger (red.), *Etyka kapitalizmu*, wyd. cyt., s. 176.

konsumpcyjne czy produkcyjne nie wykluczają się z doskonaleniem religijnym. Richard Neuhaus pisze, że u św. Pawła obecne jest coś, co może być określone jako „eschatologiczna niefrasobliwość” czy „żartobliwość” wobec społecznego i gospodarczego ładu, łącznie z dobrami materialnymi. Innymi słowy, Paweł dokonuje swoistego oddemonicznienia bogactwa i majątku, podkreślając ich znikomość w horyzoncie najważniejszego zadania człowieka, ale ich nie potępia ani nie uznaje za przeszkody nie do pokonania dla prawdziwego chrześcijanina.

Szukając genezy szybkiego zaakceptowania przez protestantyzm nowego ładu gospodarczego, można wskazywać na doktrynę wezwania Jana Kalwina i nowe koncepcje etyczne grup protestanckich XVII i XVIII wieku. Ale takie podejście nie uwzględnia tego, że Reformacja nie zrywała z tradycją chrześcijańską, a tylko szukała tych ciągłości w tradycji, wokół których mogła na nowo, a w opozycji wobec rzymskiego katolicyzmu, identyfikować się religijnie i sytuować w nowej rzeczywistości politycznej i ekonomicznej. Tak pisze R. Neuhaus: „Podobnie – a w sprzeczności z wielu poważnymi argumentami na rzecz związków pomiędzy reformacją i kapitalizmem – wolno mniemać, że interpretacja Pawłowej nauki o łasce przez reformatorów wspierała przedsięwzięcia gospodarcze przede wszystkim uwydatniając tę prawdę, że sukces światowy nie jest rzeczą najważniejszą, że nie posiada fundamentalnego znaczenia. W tradycji kalwińskiej osiągnięcia gospodarcze pochodziły przypuszczalnie nie stąd, że traktowano je jako znak wybrania, co raczej stąd, że oparta na łasce niefrasobliwość św. Pawła wobec światowych sukcesów tworzyła swobodną przestrzeń, w obrębie której wiele powołań mogło być realizowanych w zgodności z sumieniem. Sprawie ostatecznego zbawienia służy najpełniej darmowa łaska Boża. W tej sytuacji powołania chrześcijańskie, również i te, które spełniają się w dziedzinie gospodarczej, nie są już rozpaczliwym pościgiem za zbawieniem, lecz zachowaniem pełnej łaski równowagi ducha w odpowiedzi na otrzymany wcześniej dar”⁶.

Jest to więc ujęcie, zgodnie z którym kalwinizm i inne ruchy protestanckie nawiązując do tradycji, wydobyły z niej coś, co bardziej odpowiadało duchowi nowych czasów. Jeśli się ponadto pamięta wielką wagę, jaką Kalwin przywiązywał do Starego Testamentu, czyli do m.in. „światowości” judaizmu, to etyczna rewolucja w teologii codzienności nie będzie się wydawała taka nieoczekiwana (ale to temat zasługujący na oddzielną prezentację).

Bez wątplenia jednym z czynników pluralizmu koncepcji etycznych protestantyzmu była jego decentralizacja. W tej konfrontacji uniwersalizm katolicyzmu okazywał się przeszkodą spowalniająca interpretację i akomodację do nowych zjawisk gospodarczych i społecznych XVII i XVIII wieku. Protestanci ska-

⁶ Tamże, s. 180.

zani byli na samodzielne poszukiwania etyczne nowego ładu publicznego, albowiem nie mieli oparcia w instytucjach kościelnych. Musieli na nowo i na rachunek swoich wspólnot określić własny stosunek do rzeczywistości doczesnej; nie jest to element najważniejszy, ale istotny. Jednym motywem tego przedsięwzięcia były te wątki tradycji, które godziły doczesność z wiecznością; drugim – sytuacja, w jakiej znajdowały się ruchy protestanckie, a dotyczy to przede wszystkim tzw. nonkonformistów na terenie Nowego Świata. Byłoby nieroztropnością walczyć z katolicką kontrreformacją i równocześnie z nowym przeciwnikiem, czyli z wyłaniającym się porządkiem kapitalistycznym. Należało więc szukać jakiegoś *modus vivendi*. Tak właśnie powstawała etyka akceptacji nowego ładu gospodarczo-społecznego.

Ale czy istotnie etyka protestancka odegrała aż tak wielką rolę, jaką przypisują jej Max Weber i Werner Sombart? Czy etyka mocno ugruntowana w religii była w stanie wypełniać w czasach nowożytnych zadanie przebudowywania mentalności ludzkiej i tą drogą docierać do rzeczywistości społecznej? Czy to czynnik zasadniczy, czy tylko dodatkowy bodziec, rodzaj drugorzędnej katalizatora w rozwoju społecznym wczesnego kapitalizmu i w ogóle rozwoju gospodarczego?

W ujęciu Weberowskim etyka protestantyzmu (kalwińska i purytańska w szczególności) była nie tylko zgodna z trendami kształtowania się kapitalizmu, ale stanowiła zasadniczy czynnik jego rozwoju⁷. Na nowo określając powinności człowieka w świecie, konstytuowała kodeks moralny, który zasadniczo przygotowywał zręby moralności i światopoglądu mieszczańskiego. W tym kontekście bardzo często przywołuje się wypowiedzi Kalwina, aby kaznodzieje zostawali niekiedy kupcami, rozpoznając w ten sposób ważną dziedzinę życia; lub jego słynny list o lichwie z 1545 roku, w którym pisał, że nie można obejść się bez sfery pieniężnej i pożyczek, wobec czego należy je zaakceptować⁸. Etyka protestancka miała być budowana na ogólnym założeniu, że walka z nędzą powinna być prowadzona nie przez redystrybucję, a poprzez rozwój gospodarczy zapewniający względny dostatek każdego członka społeczności.

Purytański punkt widzenia narzucał obowiązek oszczędności i pewnego rodzaju ascetyzm w korzystaniu z dóbr materialnych. To, czym dysponuje człowiek, jest zasługą łaski Bożej; przed Bogiem jest więc zobowiązany do rozliczenia się z każdego dobra i zdolności. A zatem na moralną i religijną kwalifikację zasługuje

⁷ R. M. McIver, Ch. Page, *Religia a moralność*, tłum. J. Swolkień, w: F. Adamski (red.), *Socjologia religii. Wybór tekstów*, Kraków 1984, s. 162.

⁸ Zob. P. Stein, *O niektórych związkach religii z gospodarką*, w: *Religia i ekonomia*, red. i tłum. J. Grosfeld, Warszawa 1989, s. 184-188.

każde działanie, również i to, na co są przeznaczane zyski z działalności zawodowej. Jeśli nie powiększają Bożej chwały, a służą tylko przyjemności doczesnej, takie zachowania są moralnie naganne lub co najmniej podejrzan⁹. To poczucie zobowiązania za powierzoną własność, jakie wyczytuje w etyce protestanckiej Weber, odciska się na każdym życiu, doprowadzając często do skupienia się na pomnażaniu majątku, albowiem im większa własność, tym głębsze poczucie zobowiązania. „Korzenie takiego stylu życia, podobnie jak geneza innych aspektów ducha współczesnego kapitalizmu, sięgają średniowiecza, jednak dopiero zasady ascetycznego protestantyzmu pozwalają dostrzec jego konsekwentne podłoże etyczne. Wpływ, jakim owa etyka zaznaczyła się w rozwoju kapitalizmu, jest w tym punkcie aż nadto widoczny”¹⁰.

Otóż te inne aspekty protestanckiego ascetyzmu dotyczą likwidacji psychologicznych i religijnych barier na drodze osiągania zysku i uznania go za pozytywny i zgodny z wolą Bożą; równie istotne jest odrzucenie nieumiarkowanej konsumpcji, co rzecz jasna nie oznacza potępienia pomnażania bogactwa, ale tylko krytykę jego zachłannego wykorzystywania. Równocześnie zaczyna się konstytuować w światopoglądzie kwakerskim model domu – solidnego, stabilnego, opartego na trwałej podstawie ekonomicznej, domu, który jest przestrzenią bezpieczeństwa, miejscem zakotwiczenia na wzburzonych falach rzeczywistości, w opozycji do zakonnego pojmowania życia w katolicyzmie¹¹.

Protestantyzm siłą rzeczy wynikającą z porzucenia tradycyjnej struktury kościelnej głosił apoteozę jednostkowości i indywidualności; jednostkowa i wolna inicjatywa pojęta religijnie była przenoszona do sfery ekonomicznej; czyli inaczej niż w katolickim kolektywizmie. Z tym wiązał się nakaz perfekcjonizmu, doskonalenia się w życiu codziennym. W purytanizmie dominowały takie cnoty, jak oszczędność, sumienna i ciężka praca, uczciwość, wstrzemięźliwość, spełnianie obietnic, co stymulowało akumulację kapitału i wzrost produktywności. Nędzę postrzegano jako objaw „grzechu”, skutek nieprzestrzegania cnót pomniejszych, zatem jako konsekwencje rozrzutności, lenistwa, zaniechania etc. Bogactwo zaś, jeśli zdobyte jest uczciwie, nie musi być wstydliwym objawem niezastudzonej szczodrobliwości losu i wcale nie wiąże się automatycznie z odebraniem czegoś temu, komu się nie wiedzie, albowiem bogactwo jednostkowe pomnaża dostatek całej wspólnoty¹². A zatem bycie cnotliwym nie kłóci się z bogaceniem, a raczej oba te aspekty

⁹ Zob. M. Weber, *Etyka protestancka a duch kapitalizmu*, tłum. J. Miziński, Lublin 1994, s. 168.

¹⁰ Tamże, s. 167.

¹¹ Zob. tamże, s. 170.

¹² Zob. K. E. Boulding, *Religijne podstawy postępu ekonomicznego*, w: *Religia i ekonomia*, wyd. cyt., s. 67.

składają się na ogólne zalecenie etyki protestanckiej. „Wszędzie, dokąd dotarła siła purytańskich standardów – pisze Weber – zapanował wkrótce mieszczański, ekonomicznie racjonalny styl życia, którego doniosłość wykracza daleko ponad znaczenie zapoczątkowanego w jego ramach procesu gromadzenia kapitału. Tu właśnie należy dopatrywać się decydującego czynnika towarzyszącego narodzinom nowoczesnego modelu człowieka interesu”¹³.

Ale czy istotnie etyka protestantyzmu odegrała aż tak istotną, pierwszoplanową rolę? Nawet Ernst Troeltsch, zwolennik ujęcia Weberowskiego, ogranicza tezę Webera, nie kwestionując wszakże całkowicie wpływu nowej poreformacyjnej etyki na wymiar ekonomiczny. Troeltsch uważa, że rola protestantyzmu nie była bezpośrednia, a częściowo niezamierzona. Albowiem protestantyzm był w istocie ruchem religijnym, a nie społecznym, a zatem nie zakładał konieczności przeobrażeń socjalnych, a tym bardziej nie głosił koncepcji rewolucji jako przebudowy społecznej. W tej kwestii panował raczej konserwatyzm. Również oddziaływanie etyki protestanckiej nie było aż tak szerokie, jak się to czasami przedstawia w literaturze przedmiotu¹⁴, ponieważ „ani samodzielnej doktryny politycznej, ani etycznej, protestantyzm nie sformułował”¹⁵.

Nie wszyscy podzielają pogląd Maxa Webera na temat korelacji i bezpośredniej przyczynowości między etyką protestancką a rozwojem kapitalizmu, jak i to, że „duch protestantyzmu” kształtował się w opozycji wobec „ducha katolicyzmu”¹⁶. Istotnie, można zgodzić się z tezą, że kraje, w których dominowały grupy Kościoła reformowanego, dobrze radziły sobie z procesami rozwoju gospodarczego. Ale czy można dostrzec wyraźną symetrię między etycznymi i religijnymi doktrynami a postępem ekonomicznym? I czy istniała ona wówczas, w czasach narodzin kapitalizmu? Czy da się przeprowadzić zadowalającą i wyraźną linię demarkacyjną między pomyślnością krajów o dominacji protestantyzmu a krajami katolickimi gospodarczo zacofanymi?

Kurt Samuelsson przedstawia argumenty przeczące ścisłej korelacji i dokładnej symetrii między życiem religijnym a życiem gospodarczym wczesnego kapitalizmu. Przyjmuje pogląd, że koncepcje purytańskie implikowały ducha solidnej pracy, oszczędności i woli sukcesu. Szczególnie żywotne były na terenie Stanów Zjednoczonych. Ale koncepcje te dominowały zarówno w Nowej Anglii, jak i na południu, a jednak różnice ekonomiczne między tymi rejonami były w XVIII

i XIX wieku znaczne. „Warto by jednak z ostrożności zastanowić się – pisze – czy owe cechy wypływały faktycznie z czynników czysto religijnych. Skądinąd, rozległe regiony Południa od początku były wyznania purytańskiego. Nie można więc twierdzić, że protestantyzm wyjaśnia ekonomiczne różnice między stanami Północy i Południa, nie naświetlając wpieryw przyczyny, dla której tak silną odgrywał rolę w sześciu stanach północno-wschodnich”¹⁷.

Nadto, jeśli się weźmie pod uwagę, że i we Francji rozpowszechnione były motywy rzetelnej pracy i sukcesu, albo że katolicka Portugalia od dawna (od XIV w.) była potęgą gospodarczą, a od XVI wieku stała się centrum handlowym, to wyjaśnianie ekspansji kapitalizmu jedynie „duchem religijnym” traci swą stanowczą moc wyjaśniającą. Równie ciekawy jest przypadek Niderlandów i Belgii.

Rozkwit gospodarczy Zjednoczonych Prowincji datowany jest na wiek XVI, ale przyczyną jego były tendencje wykrystalizowane na długo przed pojawieniem się Kościoła reformowanego; od XIV wieku Holendrzy należeli do czołówki w produkcji i handlu tekstyliami. Ich pozycja wzrosła, gdy zmieniły się szlaki handlowe, szczególnie gdy podupadły niemieckie miasta hanzeatyckie, a stało się to wówczas, gdy większa ich część znalazła się w orbicie protestanckiej; gdyby tłumaczyć ów upadek przy pomocy „metody Webera”, to wniosek byłby przeciwny niż ogólna teza na temat związków religii i ducha kapitalizmu, to znaczy, iż protestantyzm spowodował w przypadku Hanzy gospodarczy regres, z czym rzecz jasna trudno się zgodzić.

Można zasadnie twierdzić, że wpływ kalwinizmu na życie społeczne nie był wcale tak duży. Doktryna Jana Kalwina opanowała Amsterdam, największe miasto holenderskie, w połowie XVII wieku, a źródło tego było całkowicie polityczne: na kalwinizm przeszedł Maurycy Orański¹⁸. Oczekiwania stanu kupieckiego dotyczyły tego, aby zachowana została dotychczasowa sfera nieograniczonej wolności w handlu i ewentualnie objęta wymiar religijny, pozostawiając tolerancję i swobodę wyboru systemu wierzeń. Wśród najbogatszych warstw kupieckich i przemysłowych głównych miast holenderskich XVI i XVII stulecia, które w bardzo istotnym stopniu tworzone były przez katolików, dominowały postawy religijnej obojętności, a zamożni protestanccy kupcy i przedsiębiorcy przemysłowi zachowywali duży dystans do kleru kalwińskiego. To, co napędzało postęp ekonomiczny, należy lokalizować w już ujawnianych procesach sekularyzacyjnych – na poziomie postaw indywidualnych artykułowanych w życiu publicznym. Indywidualizm ekonomiczny i mocne aspiracje do demokratyzacji politycznej ujawniały się w Niderlandach na długo przed jej zdominowaniem przez protestantyzm. Innymi słowy,

¹³ M. Weber, *Etyka protestancka a duch kapitalizmu*, wyd. cyt., s. 173.

¹⁴ E. Troeltsch, *Społeczne oddziaływanie protestantyzmu*, tłum. W. Adamek, w: *Socjologia religii*, wyd. cyt., s. 180.

¹⁵ Tamże, s. 173.

¹⁶ Zob. K. Samuelsson, *Protestantyzm a kapitalizm. Krytyka teorii Maxa Webera*, w: *Religia i ekonomia*, wyd. cyt.

¹⁷ Tamże, s. 207.

¹⁸ Tamże, s. 199.

jak sądzi Kurt Samuelsson, wyjaśnianie rozwoju gospodarczego Holandii jedynie w kategoriach przeobrażeń religijnych jest uproszczeniem¹⁹.

Równie zaskakujący (z punktu widzenia tezy Webera) jest przypadek Belgii. Kraj ten prawie zawsze był na wskroś katolicki, a to znaczy, że pozbawiony był elementów etosu protestanckiego pomyślanego przez Webera jako fundament pomysłowości i dobrobytu. A jednak nie było to w żadnym razie przeszkodą na drodze ekonomicznego rozwoju, i to bardzo dynamicznego, albowiem Anglia (purytańska) i Belgia właśnie należały do awangardy gospodarczej kapitalistycznego świata.

Problem ten jest siłą rzeczy szerszy i dotyczy ogólnej tezy, że standardy moralne i religijne etyki kalwińskiej czy purytańskiej stanowiły główny czynnik napędowy rozwoju kapitalizmu; stawia argumentację na rzecz wiązania wiary religijnej z sukcesem gospodarczym pod znakiem zapytania co najmniej. Co wobec tego mocniej wpływało na dynamikę nowej kapitalistycznej ekonomiki? Wydaje się, iż te prądy, które dominowały we wczesnym okresie gospodarki rynkowej: racjonalizm Oświecenia, merkantylizm, darwinizm i ideologia leseferystycznego liberalizmu. Wśród nich istotną rolę (zachowując proporcje co do możliwości szybkiego i szerokiego wpływu filozofii na procesy społeczne) odegrały apologetyczne koncepcje takich autorów, jak Adam Smith i David Hume; to oni zrewolucjonizowali myślenie o bogactwie i cności, inicjując proces, który miał wiele lat później ukonstytuować nową moralność handlową.

¹⁹ Tamże, s. 201. Autor powołuje się przy tym na dzieła wybitnych historyków holenderskich, takich jak Van Ravesteyn i P. Geyl.

SŁAWOMIR RAUBE

**ETERNITY, EARTHLINESS, MARKET
SOME REMARKS ON THE ETHOS OF ECONOMICAL ACTING**

(Summary)

It seems that there is a relation between the reformers of the 16th century, the protestant groups of the next age and some elements of St. Paul's views on wealth, production and their usage. This relation can be illustrated by St. Paul's definitions of wealth and production and the way in which those elements were implemented.

One of the crucial questions outlined in this essay is whether Weber's approach to the issue of puritan ethics (concerning the development of capitalism) has any alternative; if this is the case, then one may ask what would be a better explanation of the concept of capitalism during the early stages of its development.

Key words: **eternity, earthliness, market**

Adres do korespondencji

Address for correspondence

dr Sławomir Raube

Uniwersytet w Białymstoku

Zakład Bioetyki i Antropologii Filozoficznej

Pl. Uniwersytecki 1

15-420 Białystok

029456

11/02126