

Budowa i funkcje kodeksu etyki zawodowej na przykładzie Kodeksu etyki lekarskiej

Teza

W artykule przedstawiamy wpływ budowy kodeksu, przede wszystkim sposób sformułowania celu głównego kodyfikacji i norm etycznych, na jego osiągnięcie. Przedstawiamy zasady budowy zapisu kodeksowego i jego podstawowe funkcje po to, by ukazać możliwe, zasadnicze jego uchybienia, które znacząco mogą wpływać na niespełnianie głównego zadania kodeksu etyki zawodowej, jakim jest ochrona godności człowieka.

Do tych podstawowych wad kodeksu etyki zawodowej zaliczamy niejasne sformułowania podawanych dyrektyw, pozorne zobowiązania etyczne, stawianie praw własnych autorów kodeksu przed uprawnieniami klienta oraz wskazywanie celów innych niż moralne w regulacji etycznej, co najczęściej wiąże się z mieszaniem modelu personalistycznego etyki z modelem utylitarystycznym.

Istotną część opracowania została poświęcona analizie stopnia kategoryczności zobowiązań etycznych lekarza, jaki odnosi się do norm kodeksu etyki lekarskiej. Niski stopień zobowiązania rodzi obawę, że mimo zorientowania kodeksu na właściwe sytuacje narażania na szwank godności człowieka w działaniach zawodowych lekarzy, nie będą one funkcjonowały z racji braku skutecznego zobowiązania lekarzy do przestrzegania własnego kodeksu etyki zawodowej.

Regulacja etyczna czy moralna?

Główne zawody medyczne posiadają swoje kodeksy etyki zawodowej, niemniej stałym zadaniem członków tych zawodów jest ich uzupełnianie, modyfikacja, dostosowywanie do wymogów czasu i ludzi.

Odnosimy się do polskiego Kodeksu etyki lekarskiej, ale zdecydowana większość uwag ma zastosowanie do każdego kodeksu etyki zawodowej.

Przyjmujemy, że etyki zawodowe łatwo bronią się przed zarzutami, jakie niekiedy kierowane są pod ich adresem, w tym przed zarzutem swojej zbędności, a nawet szkodliwości. Nie tylko trudno wykazać ich szkodliwość, ale bez problemu można wskazać ich ważne funkcje społeczne (funkcje zawodowe w mniejszym stopniu). Przyjmujemy, że kodeks etyki zawodowej ma decydujące znaczenie dla wyrażenia etyki

¹ Dr n.farm., Uniwersytet Medyczny w Poznaniu.

² Dr n.med., Uniwersytet Medyczny w Poznaniu.

zawodowej (czyli wyidealizowanej moralności członków zawodu), jeśli tylko spełnia warunki swojej poprawnej konstrukcji i treści.

Zbiorowość wyrażająca swoje przekonania moralne, jako przekonania, które reprezentuje większość, dokonuje opisu i analizy deklarowanych moralności członków tej zbiorowości, przedstawia tym samym przekonania etyczne.

Moralność jest motorem ludzkiego postępowania, wszystko co jest jej opisem, postulatem, domniemaniem, refleksją nad nią, uogólnieniem uzgodnionym społecznie, jest etyką. Dlatego te aspekty moralne, które mają charakter osobowy, jednostkowy, rzeczywisty to wymiar moralny; te aspekty moralności, które mają charakter opisowy, społeczny, umowny, uzgodniony, postulatyczny – to wymiar etyczny. Stąd wszystkie kodeksy etyczne, jako dzieła zbiorowe i postulaty moralne, noszą też nazwę „kodeks etyki”, a nie „kodeks moralny”.

W niniejszym artykule reprezentujemy stanowisko personalistyczne, typowe dla europejskiej tradycji kontynentalnej. Pogląd, że człowiek jest największą i centralną wartością w świecie to personalizm. Pogląd, pomijający wartość człowieka i uznający za wartość najwyższą wspólnotę, a za dobre to wszystko, co jej służy, to utylitaryzm.

Funkcje kodeksu etyki zawodowej a jego konstrukcja

Kodeks etyki zawodowej powinien być przedstawiony hierarchicznie – oddawać nie tylko w swojej treści, ale także w konstrukcji hierarchiczne uporządkowanie norm (i wyrażanych przez nie wartości), w tym przede wszystkim wartość naczelną systemu moralności zawodowej.

Uporządkowane hierarchicznie normy winny ukazywać zobowiązania dodatkowe przedstawicieli zawodu – ważniejsze najpierw, mniej ważne potem. Wszystkie normy, bez podziału lub ujęte w również hierarchicznie przedstawione rozdziały, powinny być podane w odpowiedniej formie zobowiązania (kategoryczne, dobrowolne).

Należy pamiętać, że kodeks to zobowiązanie jednostronne, a nie umowa dwustronna, pacjenci nie biorą udziału w jego redagowaniu. Cały zatem dokument, choć jest dziełem zbiorowym, wyraża wyłącznie wolę lekarza.

Autorzy z kręgów filozofii utylitarystycznej raczej nie preferują takiego rozdziału. Dla nich kodeksem etycznym może być też każdy regulamin pracy.

Funkcje kodeksu etyki zawodowej zostają wypełnione, gdy zachowane zostają warunki wyrażania jego podstawowego celu – okazywania i zachowania szacunku dla człowieka. Etyk utylitarysta będzie to widział inaczej – gdy osiąga się jakąś korzyść lub przynajmniej zapobiega się szkodom.

Człowieczeństwo jest dobrem powszechnym i odnoszącym się do każdego. Z tego względu wszystkie etyki zawodowe (niezależnie od zawodu) mają do spełnienia ten sam cel i z tego względu – wspólnego celu – uwagi wypowiedane na temat kodeksu etyki lekarskiej zachowują swoją ważność w przeważającej mierze także do każdego innego kodeksu etyki zawodowej, ale też twierdzenia odnoszone przez różnych autorów do różnych etyk zawodowych mają swoje odniesienie do kodeksu etyki lekarskiej.

Przyjmuje się, że wszystkie etyki zawodowe, zwłaszcza te wyrażone w kodeksach etyki, spełniają 3 lub 4 ważne funkcje społeczne. Podstawową funkcją jest określenie

stosunku do przedmiotu swojego działania i – o paradoksie – zadeklarowania jego podmiotowego traktowania.

W zawodach medycznych działania specjalistów skierowane są, bezpośrednio i pośrednio, na człowieka, a wartością najwyższą jest życie i zdrowie ludzkie. Tym samym wszystkie pozostałe wartości moralne, uznawane przez ludzi i nadające ludzki sens ich życiu, nie zostają pominięte lub zlekceważone (jak niektórzy wydają się sądzić), ale zostają podporządkowane wartości głównej.

Wskazanie wartości głównej zawodowego systemu etycznego i określenie zobowiązań dodatkowych dla wszystkich przedstawicieli zawodu to podstawowy wymóg odnoszący się do konstrukcji każdego kodeksu etyki zawodowej. Odwołanie się do hierarchii wartości (lub zbudowanej na jej podstawie hierarchii norm) zasadniczo rozwiązuje konflikty wartości (i konflikty norm).

Gdy mówimy o zobowiązaniach dodatkowych dla członków zawodu mamy na myśli te same wartości i cechy, jakie widzimy w kontaktach międzyludzkich, jednak ich wyróżnikiem na gruncie zobowiązań kodeksowych jest przyjmowanie ich w wersji ponadprzeciętnej, maksymalistycznej.

Gdy stwierdzamy, że środowisko zawodowe wymaga od lekarza staranności i cierpliwości (np. art. 8, art. 54, art. 57.2), to ma być to szczególna staranność i wyjątkowa cierpliwość. W Kodeksie etyki lekarskiej znajdujemy zobowiązania do wielu dodatkowych dyspozycji: Do samokrytycyzmu (art. 10), życzliwości (art. 12, 18, 19, 23, 30), bezinteresowności (art. 14.3, 15.5, 57.3, 69), taktowności (art. 17), troskliwości (art. 20), powściągliwości (art. 52) czy koleżeństwa (art. 53, 55, 65, 66.4. i solidarności zawodowej (art. 59, 67).

Drugą funkcją, także według ważności, jest zadanie określenia właściwego – w kategoriach moralnych – stosunku między członkami zawodu, tak w skali bezpośrednich, interpersonalnych kontaktów, jak i w całym obszarze wspólnoty zawodowej.

Dla dobrego funkcjonowania kodeksu etyki zawodowej, zawód powinien być dobrze zorganizowany, np. w izbę samorządową.

Za trzecią funkcję przyjmuje się określanie etycznego stosunku członków zawodu wobec swojego zawodowego otoczenia – wobec społeczeństwa, czasem z wyodrębnieniem zawodów współpracujących. Celem tej regulacji jest dbałość o prestiż zawodu, pozyskiwanie – przez właściwe deklaracje etyczne (czyli głoszenie wysokiego poziomu moralnego członków zawodu) – społecznej akceptacji dla działalności własnego zawodu. Czasem wyodrębnia się z tej funkcji osobne zadanie rekrutowania nowych członków zawodu przez ukazywanie jego wyjątkowej i ekskluzywnej strony.

Zawsze powinna istnieć obawa, by funkcja propagandowa nie zdominowała obrotu rzeczywistych funkcji zawodowych. Na przykład poświęcenie 25% całości Kodeksu etyki lekarskiej zagadnieniom, z którymi przeciętny lekarz nie ma nigdy do czynienia w swojej praktyce zawodowej (tematy transplantacji, sztucznej prokreacji, genomu i rozdział o badaniach naukowych i eksperymentach biomedycznych) wydaje się niepotrzebne, ale dzięki temu można kreować członka zawodu na zaangażowanego naukowca, co już samo w sobie jest nobilitacją – w tym wypadku dla całego zawodu.

Uznanie deklaracji etycznych dotyczących problemów naukowych jako drugich w hierarchii ważności zobowiązań etycznych lekarza (po rozdziale I, „Postępowanie lekarza wobec pacjenta”, a przed rozdziałem III, „Stosunki wzajemne między leka-

rzami”), zdecydowanie błędne, zapewne również wynikało z zamiaru promowania intelektualnej i postępowej charakterystyki zawodu. Tymczasem w żadnym wypadku dobro badań naukowych (a więc dobro ostatecznie ogółu społeczeństwa) nie powinno przewyższać dobra pacjenta (a więc i być podawane jako ważniejsze niż dobro jednostkowego człowieka).

Część kodeksu poświęconą „stosunkowi do nauki” ufundowały sobie (niewątpliwie wzorem kodeksu lekarskiego) pozostałe zawody medyczne: diagnosty laboratoryjne, pielęgniarki i położnej, aptekarza; zawody, w których również może jakiś znikomy procent członków zawodu ma do czynienia z zagadnieniami naukowymi i moralnymi problemami współczesnej medycyny.

Można też zapytać dlaczego w art. 2.2. zapisano sentencję łacińską? „Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*”. Czy nie dlatego, że w tej formie norma wydaje się bardziej uroczyście?

Nie wszystkie zawody mają i nie wszystkie zawody powinny mieć kodeksy swojej zawodowej etyki. Potrzeba jej tam, gdzie w grę wchodzi i mogą być narażone najważniejsze wartości moralne (życie, zdrowie, wolność, sprawiedliwość, przyjaźń, bezpieczeństwo, zaufanie i in).

Pozostałe uwarunkowania to:

- samodzielność wykonawców,
- niepodatność działań na kontrolę zewnętrzną,
- nieodwracalność naruszenia wartości będącej poddanej działaniu.

Zapisy kodeksowe należy widzieć jako coś, co jest przypomnieniem o tym, o czym lekarz już dobrze wie. Dokument ten kodyfikuje już istniejące w środowisku przekonania moralne, ale też nakłania do postępowania zgodnego z zapisami kodeksu, niezależnie od tego, jaką moralną postawę się posiada. Kodeks raczej nie może kształtować postaw, zwłaszcza w aktach sporadycznego oddziaływania, może jednak wymuszać określone działania niezależnie od istniejącej postawy działającego, pod groźbą zastosowania sankcji. Dlatego środowisko zawodowe przewiduje sankcje za łamanie własnych zasad etycznych, stosując kary ostrzeżenia, nagany, zawieszenia w prawach członka samorządu zawodowego lub trwałego usunięcia z zawodu.

Stopień sankcji uzależniony jest od wagi etycznego zobowiązania – za złamanie normy etycznej, traktowanej jako kategoryczny obowiązek, sankcja może być poważniejsza (zawieszenie, skreślenie) niż za złamanie normy, która nie miała rygoru bezwzględności stosowania. Natomiast za łamanie normy o charakterze zalecenia („lekarz powinien...”, „lekarz może...”) nie powinno być żadnej represji, ponieważ „zalecenie” w zasadzie jest synonimem „zaproszenia”, „namowy” lub „prośby”, a korzystanie z zaproszeń i przychylenie się do namów nie jest przecież obowiązkowe.

Dla tych nielicznych, którzy nie mają własnych przekonań, mają chwiejne przekonania lub niezgodne ze stanowiskiem środowiska zawodowego, kodeks rzeczywiście może stać się księgą zawodowych zobowiązań etycznych, które muszą oni dopiero sobie przyswoić. Zatem jedną z funkcji kodeksu może być ta, że przy ewentualnym braku własnych dyspozycji moralnych, mogą być one zastąpione dyspozycjami etycznymi, kodeksowymi.

Podobne przypuszczenie można wysunąć dla ewentualnych wypadków, gdy środowisko zawodowe oficjalnie zmieni poglądy i gdy konieczna będzie obowiązująca interpretacja

cja jakiegos zobowiazania etycznego, z ktorym poszczegolni lekarze musieliby skonfrontowac dotychczasowe przekonanie wlasne (np. stosunek do aborcji lub eutanazji).

Możliwe więc – co tylko wzmacnia sens kodeksu – że kodeks jest dla osób chwiejnych i bez charakteru, pewne zaś, że to według jego zapisu są rozstrzygane wszelkie oskarżenia o naruszenie etyki zawodowej, gdy wymagana jest jednoznaczna interpretacja norm etycznych obowiązujących środowisko zawodowe³. Dla nich forma w jakiej przekazuje się etyczne wymagania ma znaczenie.

Kodeksy etyki zawodowej nie spełniają natomiast funkcji praktycznych, nie usprawniają ani przebiegu pracy, ani jej wydajności, ani nie poprawiają jakości produktu, ani też nie polepszają relacji pracowniczych. Jeśli jednak tak się dzieje, to jest to efekt wtórny regulacji etycznej (moralnej) – lepszych relacji międzyludzkich.

Zobowiązanie kodeksowe kierowane jest do członków zawodu – w tym sensie jest to zobowiązanie podwójnie wewnętrzne – kierowane do zawodu i do sumienia każdego członka zawodu.

Właściwą reakcją pacjenta na kodeks powinno być zaufanie.

Kiedy można liczyć na zaufanie?

- kiedy deklaracja będzie jasna i zrozumiała,
- kiedy będzie się odnosić do spraw ważnych dla chorego,
- kiedy zobowiązania będą dotyczyć tych spraw ważnych,
- kiedy lekarz ograniczy swoją dominującą pozycję (względna równowaga relacji).

Kodeksy medyczne są kodeksami personalistycznymi, co wynika już ze wstępnych deklaracji tam zawartych:

Kodeks etyki lekarskiej:

W przyrzeczeniu deklaruje się „służyć **życiu i zdrowiu** ludzkiemu [...] chorym nieść pomoc [...] okazując im należyty szacunek”.

W art. 2. „Powołaniem lekarza jest **ochrona życia i zdrowia** ludzkiego [...] Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest **dobro chorego**”.⁴

Kodeks etyki pielęgniarki i położnej:

W przyrzeczeniu deklaruje się „sprawować profesjonalną opiekę nad **życiem i zdrowiem ludzkim**, okazywać pacjentom należyty szacunek”. W punkcie 6. Części ogólnej kodeksu: „Pielęgniarka i położna działa zawsze w interesie swych pacjentów szczególnie tam, gdzie ich **życie i zdrowie** mogą być narażone”⁵.

W kodeksie etyki zawodowej ratownika medycznego: art. 1. „Ratownik medyczny podejmuje medyczne czynności ratunkowe wobec **każdej osoby**”. Art. 3. „Ratownik medyczny okazuje każdej osobie znajdującej się w sytuacji zagrożenia **życia i zdrowia** należyty szacunek”⁶.

³ P. Łuków, *Moralność medycyny. O sztuce dobrego życia i o sztuce leczenia*, Wydawnictwo Naukowe Semper, Warszawa 2012, s. 35.

⁴ *Kodeks etyki lekarskiej*, dokument elektroniczny, <https://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>, 16.01.2019.

⁵ *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej*, dokument elektroniczny, <http://nipip.pl/prawo/samorządowe/krajowy-zjazd-pielęgniarek-i-polożnych-rzeczypospolitej-polskiej/>, 16.01.2019.

⁶ *Kodeks etyki zawodowej ratownika medycznego*, dokument elektroniczny, <https://docplayer.pl/898508-Kodeks-etyki-zawodowej-ratownika-medycznego-przyjety-na-i-ogolnopolskim-kongresie-ratownikow-medycznych-krakow-11-12-pazdziernika-2013-r.html>, 16.01.2019.

Kodeks etyki diagnosty laboratoryjnego – wstęp: „Naczelną normą postępowania diagnosty laboratoryjnego jest **dobro osoby ludzkiej** [...]”. Zasady ogólne, paragraf 2.: „**Dobro pacjenta** jest dobrem nadrzędnym”. Zasady szczegółowe, paragraf 6.: „Diagnosta laboratoryjny wykonuje swoje czynności ze świadomością, że wyniki jego pracy chronią **zdrowie i życie** człowieka”⁷.

Kodeks etyki aptekarza RP: art. 6.: „Aptekarz sprawuje swoje obowiązki wobec pacjenta ze zrozumieniem odpowiedzialności za **zdrowie i życie** człowieka”. Art. 4.: „**Szacunek dla chorego** powinien wyrażać się w jednakowym wykonywaniu przez aptekarza czynności zawodowych wobec każdego, kto korzysta z umiejętności aptekarza”⁸.

Podstawowe wady kodeksu etyki zawodowej

Do podstawowych wad kodeksu etyki zawodowej należy zaliczyć:

- niejasne sformułowania tekstu norm;
- formułowanie zobowiązań pozornych;
- stawianie własnych uprawnień członków zawodu przed prawami klienta albo ich znacząca nierównowaga;
- wprowadzanie do zobowiązań etycznych innych wartości niż wartości moralne i mieszanie modelu etyki personalistycznej z modelem etyki utylitarystycznej.

Ostatnie dwa uchybienia można łączyć, ponieważ pragmatyzacja etyki jest cechą charakterystyczną dla etyki utylitarystycznej.

Niejasne sformułowania i pozorne zobowiązania

Z niejasnymi sformułowaniami w kodeksie etycznym mamy do czynienia wtedy, gdy nie wiemy jak należy postąpić. Jeśli nie oczekujemy od normy etycznej, że powie nam w każdym szczególe jak należy ją spełnić, to jednak spodziewamy się, że ukaże „właściwy kierunek” działania, to znaczy ten, który będzie w efekcie spełnieniem wartości. Czasami jednak nie wiemy o jaką wartość (moralną!) chodzi, ani na czym ma polegać działanie.

Na przykład w Kodeksie etyki aptekarza przeczytamy: „Aptekarz unika działalności przyczyniającej się do zwiększania konsumpcji produktów leczniczych” (art. 19.2.).

Czy zatem etycznym postępowaniem aptekarza ma być ograniczanie sprzedaży leków, czy chodzi o inne formy działań?

W Kodeksie etycznym diagnosty laboratoryjnego przeczytamy: „Nadrzędne wartości moralne, takie jak: dobro, prawda, wolność, równość, sprawiedliwość dyktują sposób i zasady postępowania wobec pacjenta” (paragraf 3). Czy rzeczywiście wszystkie te wartości są „nadrzędne”? Czy rzeczywiście celem etycznym w działalności

⁷ *Kodeks etyki diagnosty laboratoryjnego*, dokument elektroniczny, <https://kidl.org.pl/index.php?page=kodeks-etyki-diagnosty-laboratoryjnego-2>, 16.01.2019.

⁸ *Kodeks etyki aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej*, dokument elektroniczny, <https://www.nia.org.pl/kodeks-etyki/>, 16.01.2019.

zawodowej diagnosty wartości te są ważniejsze niż życie i zdrowie człowieka, których tu nie wymieniono?

Inne normy, na przykład art. 15.1. i 52.5. w kodeksie lekarskim sformułowane zostały bezosobowo i trudno je z tego względu nazwać zobowiązaniami.

„Art. 15.1. Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze WYMAGA zgody pacjenta. [...]”

„Art. 52.5. Jeżeli dostrzeżony błąd, popełniony przez innego lekarza, ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta NALEŻY PODJĄĆ działania dla odwrócenia jego skutków”.

W art. 2.1. stwierdza się, że „Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; [...]. Czym się różni powołanie od obowiązku lub zalecenia? Jeśli można „powołanie” zinterpretować inaczej niż „obowiązek” (a chyba można), to wszelkie odwoływania się do „powołania” na gruncie deklaracji etycznych mogą być rozumiane jako zobowiązanie niekategoryczne.

W kodeksie etyki zawodowej można wskazać różne zobowiązania, które w istocie okazują się zobowiązaniami pozornymi. W etyce zawodowej jedynymi uprawnionymi i oczekiwanymi zobowiązaniami są obowiązki i zalecenia dotyczące wartości głównej systemu etyki zawodowej (w zawodach medycznych to wartość życia i zdrowia) i do godności człowieka.

Pozorne zobowiązania osłabiają wymowę obietnicy (jaką jest kodeks etyczny) i przyczyniają się do jego erozji – tak w oczach odbiorców usług lekarskich (ogólnie – usług zawodu), jak i w przekonaniu samych specjalistów, którzy zapewne zdają sobie sprawę z ich nierzeczywistości (pozorności). W Kodeksie etyki lekarskiej można wskazać kilka pozornych zobowiązań. Są to zobowiązania do ochrony godności zawodu, do powołania zawodowego, deontologii czy do praw człowieka.

Zobowiązanie pozorne – godność zawodu

Godność zawodu nie oznacza tego samego co godność człowieka, nie jest wartością moralną. Jako rzecz nabyta i możliwa do stracenia znaczy coś innego – dobrą opinię. Tymczasem czyni się z niej jedną z najważniejszych „wartości” kodeksu i wobec niej czyni etyczne zobowiązania.

Uzasadnionym odniesieniem zobowiązania lekarskiego powinna być godność człowieka. W zasadniczej sprawie odniesień do godności – pojęcie to używane jest w kodeksie w dwóch znaczeniach: godności człowieka i godności zawodu. Za równoznaczne z pojęciem godności należy uznać pojęcie szacunku. Należy zdawać sobie sprawę z nieporównywalności obu terminów – o ile „godność człowieka” oznacza jego najwyższą, niezmienną wartość, o tyle „godność zawodu” jest jedynie dobrą opinią o nim, czy też społecznym uznaniem, prestiżem.

Szacunek to synonim godności, wartości człowieka, człowieczeństwa, okazanie że uznaje się tę wartość – pojęcie oznaczające sumę człowieczeństwa i stosunek do niego. Ale lekarz nie MUSI „wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka”, lecz tylko POWINIEN je wypełniać.

Odwołanie do godności i szacunku ma miejsce w kodeksie 10 razy: 6 razy chodzi o godność lekarzy, 3 razy o godność chorego, 1 raz o godność personelu pomocniczego. Czy już to nie świadczy o nierównowadze wzajemnej relacji lekarza i pacjenta?

Godność odnosząca się do pacjenta:

Według „Przyrzeczenia lekarskiego” lekarz zobowiązuje się „chorym nieść pomoc, [...] mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należyty szacunek; [...]”. Zwraca uwagę wzmocnienie przyrzeczenia przez słowo „wyłącznie”. Lekarz rozpoczynający swoją karierę zawodową przyrzeka zatem, że będzie miał na względzie „wyłącznie dobro chorego”.

„Art. 3. Lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z **poszanowaniem człowieka** bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania”.

„Art. 12.1. Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, **szanując ich godność osobistą**, prawo do intymności i prywatności”.

W kodeksie znajdujemy następujące odwołania do godności zawodu lekarskiego: W „Przyrzeczeniu lekarskim”: lekarz przyrzeka „**strzec godności stanu lekarskiego** [...] do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, [...] i mając na względzie dobro chorych”.

„Art. 1. 2. Zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i **dbania o godność zawodu lekarskiego**.”

Art. 1.3. **Naruszeniem godności zawodu** jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu”.

Wskazanie tego oczywistego związku oznacza, że „godność zawodu” zależy znacząco od tego, czy pacjent będzie miał do lekarza zaufanie.

„Art. 5. Izba lekarska jest obowiązana do czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki i deontologii lekarskiej oraz **zachowaniem godności zawodu** przez wszystkich członków samorządu lekarskiego, a także do starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej”.

„Art. 52.1. Lekarze powinni okazywać sobie **wzajemny szacunek**. Szczególny szacunek i względy należą się lekarzom seniorom, a zwłaszcza byłym nauczycielom”.

„Art. 58. Lekarz powinien odnosić się z **należyty szacunkiem** i w sposób kulturalny do personelu medycznego i pomocniczego. Powinien jednak pamiętać, że jedynie on ma prawo podejmowania decyzji związanych z prowadzonym przez niego leczeniem”⁹.

„Art. 70. Zadania, jakie spełnia lekarz, dają mu podstawę do żądania **ochrony jego godności osobistej**, nietykalności cielesnej oraz pomocy w wykonywaniu działań zawodowych.

„Art. 5. Izba lekarska jest obowiązana do czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki i deontologii lekarskiej oraz zachowaniem **godności zawodu** przez wszystkich członków samorządu lekarskiego, a także do starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej”. Tu już jest mowa o obowiązku. Izba lekarska jest

⁹ Czy okazywanie szacunku może w jakikolwiek sposób podać w wątpliwość wyłączne prawo lekarza do podejmowania decyzji?

zobowiązana do „czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki” oraz „zachowania **godności zawodu**” – nawet w opozycji względem prawa.

Pojęcie „godności zawodu” przejęły też inne zawody medyczne.

Na przykład w Kodeksie etyki aptekarza możemy przeczytać, że:

„Zasady etyki ogólnoludzkiej zobowiązują aptekarza do przestrzegania praw człowieka i **dbania o godność zawodu**, którego członkiem staje się w chwili otrzymania prawa jego wykonywania”, (art. 1.2) oraz „Każde zachowanie aptekarza podważające zaufanie do zawodu jest naruszeniem **godności tego zawodu**”. (art. 1.3)¹⁰.

Także w „Przyrzeczeniu” pielęgniarki i położnej jest zobowiązanie do ochrony godności zawodu: „Uroczycie przyrzekam: [...] 5. **Strzec godności zawodu** pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością...”¹¹.

W kodeksie aptekarza zmiana optyki etycznej – z personalistycznej na utylitarystyczną – jest już wyraźnie zaznaczona. „Godność zawodu” postulowana jest już w artykule 1., gdy tymczasem zobowiązanie do zabiegania o „życie i zdrowie” dopiero w artykule 6!

Zobowiązanie pozorne – deontologia

Nie chodzi o to, że podobnie jak Z. Szawarski, można uważać termin „deontologia” za anachroniczny, lecz o to, że najczęściej trudno określić co oznacza¹².

„Art. 5. Izba lekarska jest obowiązana do czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki i **deontologii lekarskiej** oraz zachowaniem godności zawodu przez wszystkich członków samorządu lekarskiego, a także do starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej”.

„Art. 61. Lekarz urzędu państwowego, samorządowego lub jakiegokolwiek instytucji publicznej lub prywatnej powinien rzetelnie wypełniać zobowiązania zaciągnięte wobec tych instytucji; jednak lekarz nie powinien spełniać poleceń pracodawcy sprzecznych z zasadami etyki i **deontologii lekarskiej**”.

„Art. 65. Lekarzowi nie wolno narzucać swych usług chorym, lub pozyskiwać pacjentów w sposób niezgodny z zasadami etyki i **deontologii lekarskiej** oraz lojalności wobec kolegów”.

W istocie deontologia jest synonimem etyki zawodowej, choć dotyczy tych norm, które są obowiązkami; jest więc integralną częścią kodeksu etyki zawodowej i mylące jest wymienianie jej obok „zasad etyki”. Można przypuszczać, że dodatkowe odwoływanie się do „zasad deontologii” ma nadać kodeksowi etyki zawodowej jeszcze większej powagi.

¹⁰ *Kodeks etyki aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej*, dokument elektroniczny, <https://www.nia.org.pl/kodeks-etyki/>, 16.01.2019.

¹¹ *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej*, dokument elektroniczny, <http://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazd-pielegniarek-i-poloznych-rzeczypospolitej-polskiej/>, 16.01.2019.

¹² Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, Wydawnictwo słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2005, s. 21.

Znamienne, że zwykle nie zabiega się o rozjaśnienie terminu „deontologia lekarska”, choć zobowiązuje do przestrzegania jej zasad, najczęściej razem z normami etyki zawodowej. Gdzie można przeczytać zasady deontologii lekarskiej i kto taki kodeks miał w ręce?

Zobowiązanie pozorne – prawa człowieka

„Art. 1.2. Zobowiązują one lekarza do przestrzegania **praw człowieka** i dbania o godność zawodu lekarskiego”.

„Art. 27. Lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania **praw człowieka**”.

Tymczasem nie jest zadaniem etyki lekarskiej (i lekarzy) bronić praw człowieka. Nie jest to zadanie dla obywatela, ani też korporacji zawodowych, choćby dlatego, że nie mają skutecznych narzędzi do ich obrony. Co innego jednak zobowiązywać się do nienaruszania tych praw!

Prawa człowieka głoszą przyjęte standardy wolności. Domagają się ograniczenia władzy państwa i świadczeń, których można oczekiwać od społeczeństwa reprezentowanego przez państwo zgodnie z podstawowymi wartościami moralnymi¹³.

Współczesna koncepcja praw człowieka ma za zadanie chronić jednostki przed skutkami nadużywania władzy przez rządy¹⁴. Prawa człowieka skierowane są przeciwko społeczeństwu reprezentowanemu przez rząd i urzędników¹⁵. Prawa jednostki powstały po to, żeby chronić przed tyranią władzy absolutnej, w demokracji są równie potrzebne jak autokracji, są przyrodzone i należą się człowiekowi jako takiemu z samej jego natury od momentu jego narodzin. Nie wynikają z umowy, lecz z ludzkiej godności¹⁶.

Prawa człowieka pociągają za sobą stosowne obowiązki, jednak są to obowiązki państwa i nie należy ich mylić z obowiązkami obywateli¹⁷. Tym samym nie są to obowiązki zawodu lekarskiego. Lekarze zobowiązują się do tego, do czego są zobowiązane władze państwowe.

Nie mając praw ludzie nie mogą mieć żadnych roszczeń, wobec tych, którzy podejmują decyzje w kwestiach ich dotyczących¹⁸. Wśród podejmujących decyzje mogą być też lekarze. Kiedy nie mamy praw, musimy prosić. Kiedy prosimy stawiamy siebie w gorszym położeniu: możesz mi dać to, czego potrzebuję, lub odmówić – nie muszę dostać tego, o co proszę. W warunkach deprywacji godność jest zawsze zagrożona¹⁹.

Możliwość wysuwania roszczeń zakłada równość stron i istnienie mechanizmu umożliwiającego egzekwowanie tych roszczeń. W rzeczywistości możliwość dochodze-

¹³ W. Osiatyński, *Prawa człowieka i ich granice*, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, Kraków 2011, s. 23.

¹⁴ M. Freeman, *Prawa człowieka*, przekład Ma. Fronia, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2007, s. 24.

¹⁵ W. Osiatyński, *Prawa człowieka i ich granice*, s. 182.

¹⁶ Ibidem, s. 23.

¹⁷ Ibidem, s. 76.

¹⁸ Ibidem, s. 317.

¹⁹ Ibidem, s. 298.

nia tych swych praw ma kluczowe znaczenie dla szacunku do siebie samego i godności. Widząc w sobie podmiot praw, przejawiamy słuszną, a nie nadmierną dumę, okazujemy minimum szacunku do siebie samych niezbędne, by być godnym miłości i szacunku innych. Prawa zatem służą wznoszeniu granic, chroniących nas przed innymi, którzy mogą nadużywać władzy lub stanowiska²⁰.

Jeśli jednak prawa człowieka przyjęto jako pierwsze etyczne zobowiązanie lekarza, to kodeks powinien dać temu wyraz w ustanowionych normach etycznych, przede wszystkim przez lepsze zrównoważenie uprawnień lekarza i pacjenta w ich wzajemnej relacji.

Sama idea praw człowieka wzmacnia personalistyczne widzenie etyki, osłabia zaś model utylitarystyczny.

Zobowiązanie pozorne – „inne dobra moralne”

Odwoływanie się do „dóbr moralnych”, jakie realizuje się przez działania lekarskie, zwłaszcza gdy neguje się potrzebę hierarchii wartości i wskazywania wartości głównej systemu, jest negowaniem personalistycznego modelu etyki. Dla P. Łukowa uhierarchizowanie wartości moralnych to jedynie możliwość, a nie konieczność. Zrozumiałe, że wtedy wszelkie wartości moralne można uznawać za równoważne, lecz chodzi tu bardziej o to, że do dóbr moralnych niekiedy wlicza się również dobra materialne²¹.

Każdy człowiek ma swoją moralność i nie nabywa „nowej moralności” jako moralność zawodową, lecz odnosi do sfery zadań zawodowych swoje przekonania na temat dobra i zła. Nie istnieją „dobra moralne właściwe medycynie”, istnieją „dobra moralne”, czyli wartości ludzkiego świata, które mogą być szczególnie narażone przez działania medyków²². Medycyna jest jedynie sytuacją w jakiej się działa, a nie sferą wartości komplementarnych wobec wartości moralnych – to wartości moralne stanowią o wartości człowieka, i tylko o wartości (godności) człowieka, gdy medycyna w tym zakresie nie wnosi zupełnie nic nowego – jest jedną ze sfer ludzkiej działalności. To tylko zwolennicy etyki utylitarystycznej, dla których wiele różnych dóbr (także materialnych) to wartości moralne, mogą twierdzić, że każdy zawód ma swoje specyficzne, różne od innych zawodów wartości moralne (etyczne). Wyznając moralność uniwersalnego szacunku (personalistyczną) uznajemy, że najwyższe dobro moralne jest tylko jedno i zawsze to samo – to człowiek z racji na swoje człowieczeństwo.

Takimi „dobra innymi” mogą być prawo, prawa człowieka, sprawność, efektywność zawodowa, dobrobyt społeczny itd. Postulowanie „dóbr moralnych” zamiast „moralnych wartości” ma swoje uzasadnienie i jest wyraźnym wpływem utylitarystycznego modelu etyki zawodowej i jest stanowiskiem negującym hierarchiczność systemu etycznego, w tym potrzebę określenia jego wartości naczelnej. Praktycznie oznacza to twierdzenie, że lekarz zabiega nie tylko o życie i zdrowie człowieka, ale też o inne ważne dla niego „dobra”. Nie jest to dla pacjenta wizja pocieszająca.

²⁰ Ibidem, s. 319.

²¹ P. Łuków, *Moralność medycyny. O sztuce dobrego życia i o sztuce leczenia*, Wydawnictwo Naukowe Semper, Warszawa 2012, s. 35.

²² Ibidem, s. 35.

Bo gdy naprzeciwko lekarza staje chory człowiek nie może on mówić mu o wielości dóbr, które w swoich działaniach powinien on, w imię moralnej roztropności, wziąć pod uwagę. Nie tego i nie takiego lekarza chce pacjent. Gdy chodzi o życie i zdrowie nie są istotne, czyli nadrzędne wobec nich, jakiegokolwiek inne cele i wartości. Lekarz, który nie brałby tego pod uwagę nie okazuje pacjentowi wystarczającej uwagi, by ich wzajemna relacja mogła być relacją szacunku.

Absurdalna jest też teza (nawet w Ameryce), że lekarz jest (miałby być) odpowiedzialny także za szczęście i dobrobyt swojego pacjenta. Nie do przyjęcia jest również przekonanie, że w przedmiocie etyki medycznej leży rozważanie „całościowego dobra pacjenta”, do których należą przede wszystkim „dobra medyczne, związane ze zdrowiem”, lecz również „dobra innego rodzaju”, bo „dobra medyczne” powinny pozostać domeną procedur specjalizacyjnych (nie są przedmiotem analizy etycznej), a „dobra innego rodzaju” powinny być jednoznacznie nazwane wartościami moralnymi²³. Na gruncie „etyki” utylitarystycznej jest to niemożliwe – wszystko o co możemy zabiegać jest wyłącznie pożytkiem, korzyścią i dobrem tylko w tym sensie.

Dla personalisty rozważania, w jakim stopniu lekarz jest uprawniony do porównywania „wartości dóbr ze sfery medycznej oraz innych sfer”²⁴, nie znajdują uzasadnienia.

Stawianie praw własnych przed prawami adresata lub znacząca ich nierównowaga

Nie powinno być zaskoczeniem to, na co zwrócił uwagę jeden z autorów, że redaktorzy kodeksów etyki zawodowej mają skłonność do umieszczania w nim własnych roszczeń i to takich, których skutki mogłyby się okazywać niekorzystne społecznie, czyli niekorzystne dla odbiorców własnych usług. Skłonność taka wynika z poczucia solidarności zawodowej i obrony interesu własnej profesji²⁵.

Środowiska zawodowe są skłonne zamieszczać zapisy służące z nadto solidarności zawodowej i zapisy roszczeniowe, wzmacniające interes grupy. Normom nakazującym zabieganie o dobro pacjenta najbardziej przeciwstawić się może norma nakazująca solidarność zawodową. Może ona dodatkowo wzmacniać zjawisko paternalizmu, jako naturalnej formy kontaktu lekarza z pacjentem a wynikającej ze słabości pozycji pacjenta. Na tę skłonność należy zwrócić uwagę rewidując treść istniejących kodeksów. Należy pamiętać o tym, że kodeksy etyki zawodowej powinny stać przede wszystkim na straży tych, którzy z usług tych zawodów korzystają, w przeciwnym wypadku cel regulacji etycznej może zostać chybiony.

Szczególnie krytyczna opinia o solidarności zawodowej pada z ust socjologa. Twierdzi on, że podstawową zasadą etyczną większości zawodów jest właśnie zasada solidarności zawodowej („pies nie pożera psa”) i jako podstawowa reguła umożliwiała w ogóle funkcjonowanie członkom zawodu. Zbyt daleko posunięte poczucie solidar-

²³ W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, w: *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, pod red. W. Galewicza, TAIWPN Universitas, Kraków 2010, s. 29.

²⁴ Ibidem, s. 29.

²⁵ J. Górnicka, *W obronie kodeksów etyki zawodowej*, „Etyka”, R. 1994, nr 27, s. 187–189.

ności zawodowej oznacza, przeważnie domyślnie, że interesanci, kontrahenci, klienci w hierarchii ważności muszą zejść na plan drugi. S. Andreski stwierdza, że „Bez jej obowiązywania w każdej grupie [...] trudno byłoby utrzymać przyjazną atmosferę konieczną do owocnej współpracy. Ciągłe wzajemne oskarżenia i ataki mogą nie tylko zmienić życie w koszmar, ale również skazać wspólną pracę na kompletne niepowodzenie. Ponieważ spokój ducha pacjenta i szanse na wyzdrowienie zależą w dużej mierze od wiary w lekarza, która wiąże się z kolej z jego reputacją i statusem uprawianego przezeń zawodu, skuteczność opieki medycznej uległaby poważnemu pogorszeniu, gdyby lekarze otwarcie wzajemnie się oskarżali. Podobnie nauczyciele dyskredytujący swoich kolegów w oczach uczniów bardzo szybko tracą możliwość nauczania [...]”²⁶.

Przez stosowanie zasady solidarności zawodowej „lekarze nie tylko uzyskali wysoką pozycję społeczną, w wielu krajach nawet bogactwo oraz wyjątkową ochronę przed karą za niekompetencję lub zaniedbania, ale również mogą czerpać ze swojego zawodu korzyści natury czysto psychicznej i odgrywać rolę boga, niezależnie od braków w wiedzy i inteligencji. Lekarze mogą się cieszyć tą wyjątkową pozycją, ponieważ ludzie mają z nimi do czynienia wtedy, kiedy są najsłabsi: przerażeni, oczekujący pocieszenia, a więc zredukowani do roli pacjentów – już samo to określenie jest znaczące i pomaga zrozumieć, dlaczego do niedawna w wielu publicznych szpitalach (w każdym razie w Wielkiej Brytanii) główne wejście było zarezerwowane dla świadczących usługi lekarzy, a ich klienci musieli wślizgiwać się przez tylne drzwi”²⁷.

Równowaga uprawnień lekarza i pacjenta, wyrażona w Kodeksie etyki lekarskiej, ma więc bardzo duże znaczenie i powinna być zachowana. Tylko wtedy można sądzić, że zaufanie do lekarza zostanie zachowane. Należy także wystrzegać się hipokryzji – bo fałszywe i przesadzone obietnice zawsze okażą się gorsze od braku jakichkolwiek obietnic. „Biznesmeni, którzy nie mają oporów przed przyznaniem się, że ich głównym celem jest zarabianie pieniędzy i których etyka zawodowa składa się z kilku zaledwie zakazów moralnych, mają mniej powodów do udawania, niż ludzie, którzy uprawiają zawód pozornie poświęcony rozpowszechnianiu wyższych ideałów [...]”²⁸.

Nie należy rozumieć kodeksu etyki zawodowej jako umowy lekarza z pacjentem, lecz jako jednostronne zobowiązanie lekarza wobec pacjenta. Pamiętajmy więc, że mamy do czynienia z dobrowolną proklamacją własnej woli lekarza, ale czy dobrej woli? Relacja pacjent–lekarz jest asymetryczna i siła przetargowa pacjenta jest zdecydowanie ograniczona w porównaniu z siłą przetargową lekarza. Położenie chorego charakteryzuje potrzeba, zależność i podatność na skrzywdzenie, a sytuację lekarza względna niezależność i kwalifikacje profesjonalne²⁹.

Istotą lekarskiego zadania jest właśnie widzenie człowieka jako istoty biologicznej, chcemy wyleczenia, lecz jednocześnie – to jest ten paradoks etyczny, jaki stwarza medycyna – nie chcemy, by zlekceważył nas jako podmioty, jako jedynych właścicieli samych siebie. Kiedy zachowujemy to wszystko, co jest potrzebne nam do zachowania swojej wysokiej wartości, zachowujemy godność. Sami potrafimy o nią zabiegać, problemem częściej bywa, że niezależnie od naszych starań to ktoś inny może ją naru-

²⁶ S. Andreski, *Czarnoksiężstwo w naukach społecznych*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2002, s. 23.

²⁷ Ibidem, s. 24.

²⁸ Ibidem, s. 24.

²⁹ P. Łuków, *Moralność medycyny...*, s. 83.

szyć. Tym łatwiej to uczyni, im bardziej będziemy słabi i bezradni. Dlatego szczególnego znaczenia nabiera zachowanie prawa do podejmowania decyzji moralnych, czyli tych dotyczących własnego człowieczeństwa i siebie.

Nakaz ochrony ludzkiego życia nawet, gdy wydaje się oczywisty, szczególnie gdy kierowany jest do lekarzy, nie zwalnia z pytania o jego uzasadnienie. By ratować ludzkie życie i zdrowie nie trzeba wcale kodeksu etycznego, czy w ogóle etyki zawodowej. Ratowanie zdrowia i życia da się w zupełności ująć w procedury postępowania, techniczne i organizacyjne przepisy, w procedury dobrego postępowania zawodowego. Kłopot polega na tym, że chory człowiek nie jest tylko problemem technicznym. Człowiek jest wolną, samostanowiącą i samospelniającą się istotą rozumną o nienaruszalnej wartości – posiadającą godność. Wyzwanie moralne dla lekarza nie głosi tylko, że ma on, jako człowiek, chronić najwyższą wartość ludzką – innego człowieka, ale że ma to robić z poszanowaniem jego istoty, z poszanowaniem tych wszystkich ludzkich wartości, które składają się na jego godność (wielkość), jeśli tylko nie staną one na przeszkodzie do zachowania wartości życia.

Tu od razu uwidacznia się argument przeciwko tym, dla których etyka zawodowa to ułatwienie i usprawnienie w wykonywaniu zadań zawodowych – w rzeczywistości etyka to utrudnienie! Etyka to konieczność brania pod uwagę rzeczy, której działając nawet jak najlepiej technicznie zawodowo nie wolno naruszyć – godności ludzkiej.

Z tym, że choroba to zamach na człowieczeństwo zgodzi się również utylitysta³⁰. Uzasadnienie dla działań lekarskich i powodu szacunku dla chorego człowieka jest jednak zupełnie inne.

Dla personalisty wynika on z ludzkiej godności. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka głosi, że to „przyrodzona godność to swojego rodzaju wartość naturalna przynależna po równi wszystkim istotom ludzkim jako takim, na którą składają się pewne naturalne wartościowe aspekty bycia człowiekiem”³¹.

To, co stanowi o naszym człowieczeństwie, a co najwyraźniej wyraża się w rozumności i wolności działania, określa naszą godność. Posiadanie godności implikuje prawo do szacunku, do poważania, które oznacza jednak coś innego niż uznawanie czyichś społecznych zasług – ma oznaczać ceniecie każdego tylko dlatego, że jest jednym z ludzi³². Nieodzownym elementem godności jest autonomiczna władza nad własnym życiem i możliwość nadawania mu sensu.

Autorzy utylitystyczni przyjmują, że wartość ludzkiego życia zależy od jego jakości. W konsekwencji brak oznak określonych parametrów dobrego życia czyni to życie bezwartościowym, a osoba nieposiadająca odpowiednio wartościowego życia, takiego, które nie pozwala przejawić podstawowych ludzkich atrybutów, traci status osoby, przestaje być podmiotem. Szczególne znaczenie dla wyrażenia jakości życia przypisuje się wolnej i rozumnej ekspresji³³. Kto jest do niej niezdolny, nie wyraża swojej podmiotowości. Dla utylitysty nie wszyscy ludzie są osobami, co znaczy, że nie wszystkim możemy przyznać podmiotowość³⁴.

³⁰ Ibidem, s. 112.

³¹ W. Osiatyński, *Prawa człowieka i ich granice*, s. 292–293.

³² Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, s. 42.

³³ B. Chyrowicz, *Bioetyka. Anatomia sporu*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2005, s. 280–281.

³⁴ B. Chyrowicz, *Bioetyka i ryzyko*, wyd. 2, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2002, s. 242.

Personalisci, zwłaszcza zaś personalisci religijni, twierdzą, że życie ludzkie jest wartościowe niezależnie od jego jakości. Jest wartościowe już tylko dlatego, że jest życiem człowieka.

Nie odnosimy się jedynie do biologicznego trwania, ponieważ życie człowieka realizuje się na płaszczyźnie biologicznej i duchowej. Podstawą dla życia duchowego jest nasze istnienie biologiczne. Trudno negocjować różnice w jakości życia, chodzi jednak o to, że mamy dwa skrajne stanowiska co do znaczenia jakości życia dla uznania jego wartości lub braku wartości.

Utylitarystyczne i personalistyczne pojmowanie godności jest różne.

Łuków uznaje definicję, w której nie ma odniesienia do człowieczeństwa. „Szacunek wymaga zwracania uwagi i wyczulenia na potrzeby i oczekiwania partnera”³⁵. Dla utylitarysty szacunek do człowieka wynika z jego roszczeń, dla personalisty z jego człowieczeństwa. Dla etyków nurtu utylitarystycznego godność ludzka nie ma szczególnej wartości i najczęściej jest ona utożsamiana z autonomią. W praktyce medycznej obecnie autonomia kojarzy się jednoznacznie z autonomią pacjenta i z koniecznością uzyskiwania przez lekarza jego świadomej zgody. Naruszeniem autonomii pacjenta (a w szerszym znaczeniu – jego godności), będzie jednak nie tylko zaniedbanie uzyskania takiej świadomej zgody na działania lekarskie, lecz każde działania i wywołanie każdej sytuacji, która będzie dla człowieka sytuacją poniżenia.

Utylitarysta uważa, że „znaczenie ma suma przyczyn skłaniających do pomocy choremu i rozstrzygnięcie, jak ważna jest każda z tych racji w konkretnej sytuacji i czy powstające w ten sposób roszczenie należy do tych, które wymagają działania od tej konkretnej osoby będącej świadkiem dziejącego się zła”³⁶. Paweł Łuków uważa zatem, że obowiązek niesienia pomocy i ochrony życia wynika z wystąpienia określonego roszczenia i to skierowanego do określonej osoby. Nie sama podmiotowość, a więc status osobowy, są tu decydujące, lecz jedynie ich roszczeniowa podstawa.

Z jednej strony podmiotowość zostaje uwzględniona, z drugiej jednak nie jest warunkiem wystarczającym dla kogokolwiek do zobowiązania niesienia pomocy choremu człowiekowi i żeby zło choroby postrzegać jako zło moralne i przez to wymagające interwencji, konieczne jest dostrzeżenie także tej strony ludzkiej podmiotowości, dzięki której chory człowiek jawi się jako źródło faktycznych lub potencjalnie zasadnych roszczeń³⁷. „Bez rozpoznania podmiotowości chorego człowieka, walka z chorobą nie będzie niczym więcej niż naprawieniem zepsutego mechanizmu. [...]”. „Dopiero rozpoznanie podmiotowości chorującego człowieka jako źródła (co najmniej potencjalnie zasadnych) roszczeń stanowi podstawę zobowiązanie do zwalczania spotykającego go zła i troski o dostępną mu dobra”³⁸.

Samo bycie człowiekiem i bycie przez to podmiotem nie rodzi – zdaniem autora – zobowiązań w innych podmiotach moralnych. „Warunkiem bycia źródłem roszczeń jest aktywna strona podmiotowości, która ujawnia się w zdolności wybierania i (celownego) działania na podstawie wyobrażenia swojego działania w przyszłości ze wzglę-

³⁵ P. Łuków, *Moralność medycyny...*, s. 83.

³⁶ *Ibidem*, s. 112.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ *Ibidem*.

du na dążenie do wybranego celu, czyli na podstawie planu”³⁹. Choroba zaś oznacza ograniczenie zdolności planowania i działania na podstawie planu.

Dopiero rozpoznanie kogoś jako źródła (potencjalnie zasadnych) roszczeń jest podstawą uwzględnienia go we własnych planach. Rozpoznanie czyjejs zdolności do bycia źródłem roszczeń umieszcza taką jednostkę wśród podmiotów, które są również ważne jak ten, kto rozpoznaje roszczenia i umieszczenia go wśród podmiotów, które są równie ważne jak ten, kto rozpoznaje roszczenia⁴⁰. To stanowisko typowo utylitarystyczne, pojęcie podmiotu nie oznacza osoby, lecz obiekt, który należy uwzględnić w siatce swoich planów.

Zatem przejawem bycia podmiotem w tym jego rozumieniu jest nie tyle rozumność, co zdolność do planowania swojego życia. Gdy nie widać planów, które można pokrzyżować i celów, które można udaremnić, to również nie widać roszczeń do ich spełnienia. Plany działania mają okazywać co i w jaki sposób dla kogoś jest cenne i przez to identyfikować istoty, którym na nich zależy. Dobra i zła mogą zatem doświadczać ludzie, którzy mają zdolność (lub potencjał) tworzenia planów i działania dla ich zrealizowania, czyli zdolność samorealizacji⁴¹.

Formy zobowiązania etycznego w wybranych artykułach KEL

Pod uwagę wzięto dwa podstawowe rodzaje zobowiązań etycznych na gruncie zawodów: zobowiązania wobec klienta i zobowiązania wobec koleżeństwa. Dodatkowo uwzględniono zapisy rozdziału V, mówiącego o stosunku lekarza do społeczeństwa. Pominięto kilka artykułów z zasadniczych części analizy, jeśli nie mówiły one wprost o zobowiązaniach wobec pacjenta lub wobec kolegów w zawodzie.

Przedmiotem uwagi uczyniliśmy formę zobowiązania zawartego w normach tych rozdziałów, konkretnie zaś moc z jaką środowisko lekarskie zobowiązuje swoich członków do przestrzegania ustanowionych zasad etycznego postępowania. Może to być dla czytelnika zaskakujące, niemniej sądzimy, że ten sposób prezentacji – zasadniczo pomijając treść – lepiej ukazuje charakter zobowiązania.

Art. 6. Lekarz MA SWOBODĘ wyboru w zakresie metod...

Art. 7. Lekarz MOŻE nie podjąć się.../Lekarz winien wskazać...

Art. 8. Lekarz POWINIEN przeprowadzać postępowanie...

Art. 9. Lekarz MOŻE podejmować leczenie...

Art. 10. 1. Lekarz NIE POWINIEN wykraczać...

Art. 10.2. Lekarz WINIEN się zwrócić.

Art. 11. Lekarz WINIEN zabiegać...

Art. 12.1. Lekarz POWINIEN życzliwie i kulturalnie...

Art. 12.2. Relacje między pacjentem a lekarzem POWINNY...

Art. 13.1. OBOWIĄZKIEM lekarza jest respektowanie...

Art. 13.2. Informacja [dla pacjenta] POWINNA być...

Art. 13.3. Lekarz POWINIEN informować...

³⁹ Ibidem, s. 113.

⁴⁰ Ibidem, s. 115.

⁴¹ Ibidem, s. 114.

- Art. 14. Lekarz NIE MOŻE wykorzystać...
- Art. 15.1. Postępowanie [lecnicze] WYMAGA...
- Art. 15.2. Lekarz POWINIEN starać się...
- Art. 15.3. Wszczęcie postępowania MOŻE BYĆ dopuszczone...
- Art. 15.4. Badanie lekarz MOŻE przeprowadzić...
- Art. 15.5. Lekarz POWINIEN, w miarę możliwości, otaczać opieką...
- Art. 16.1. Lekarz MOŻE nie informować pacjenta...
- Art. 16.2. Lekarz MOŻE udzielić...
- Art. 16.3. Lekarz MA OBOWIĄZEK informowania...
- Art. 17. Lekarz POWINIEN poinformować...
- Art. 18. Lekarz NIE MOŻE sprzeciwiać się...
- Art. 19. Chory MA PRAWO do korzystania...
- Art. 20. Lekarz POWINIEN starać się...
- Art. 21. Lekarz POWINIEN poinformować...
- Art. 22. Lekarz POWINIEN opierać się na kryteriach...
- Art. 23. Lekarz MA OBOWIĄZEK zachowania tajemnicy...
- Art. 27. Lekarz MA PRAWO do ujawnienia...
- Art. 28. Lekarz POWINIEN czuwać nad tym...
- Art. 29. Lekarz i współpracujące z nim osoby SĄ OBOWIĄZANE...
- Art. 30. Lekarz POWINIEN dołożyć wszelkich starań...
- Art. 31. Lekarzowi NIE WOLNO...
- Art. 32.1. Lekarz NIE MA OBOWIĄZKU podejmowania...
- Art. 32.2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji NALEŻY do lekarza...
- Art. 51.2. NALEŻY starać się o zachowanie anonimowości osoby demonstrowanej.
- Art. 52.1. Lekarze POWINNI okazywać sobie szacunek...
- Art. 52.2. Lekarz POWINIEN zachować ostrożność w formułowaniu...
- Art. 52.3. Lekarz uwagi POWINIEN przekazywać...
- Art. 52.5. Jeżeli dostrzeżony błąd, NALEŻY podjąć działania...
- Art. 53.1. Lekarze WINNI służyć radą...
- Art. 53.2. Lekarze POWINNI traktować swoich pracowników...
- Art. 53.3. Lekarze pełniący funkcje kierownicze SĄ ZOBOWIĄZANI...
- Art. 54. Lekarz POWINIEN, w miarę możliwości, zapewnić...
- Art. 55. Lekarz POWINIEN, w miarę możliwości, zawiadomić...
- Art. 56.1. POWINNOŚCIĄ każdego lekarza JEST...
- Art. 56.2. Lekarze, w miarę możliwości, WINNI brać udział...
- Art. 57.1. Lekarzowi NIE WOLNO posługiwać się...
- Art. 57.2. Lekarz MA OBOWIĄZEK kierować się...
- Art. 57.3. Lekarz NIE POWINIEN dokonywać wyboru...
- Art. 58. Lekarz POWINIEN odnosić się z należyтым szacunkiem...
- Art. 59. Lekarze POWINNI solidarnie wspierać działalność...
- Art. 61. Lekarz POWINIEN rzetelnie wypełniać...
- Art. 62. Praktykę lekarską WOLNO wykonywać wyłącznie...
- Art. 63.1. [Dla lekarza] reklamowanie się JEST ZABRONIONE...
- Art. 63.2. Lekarz NIE POWINIEN wyrażać zgody...
- Art. 64. Lekarz MUSI ZACHOWAĆ trzeźwość...

Art. 65. Lekarzowi NIE WOLNO narzucać swoich usług...

Art. 66.1. Lekarz MA PRAWO...

Art. 66.2. Lekarz POWINIEN brać pod uwagę...

Art. 66.3. Lekarz MOŻE leczyć bezpłatnie.

Art. 66.4. Lekarzowi NIE WOLNO stosować...

Art. 67. Dobrym zwyczajem JEST leczenie...

Art. 69. Lekarz NIE MOŻE odmówić pomocy lekarskiej...

Art. 70. Zadania lekarza DAJĄ MU PODSTAWĘ do żądania ochrony...

Art. 71. Lekarz MA OBOWIĄZEK zwracania uwagi społeczeństwa...

Art. 72. Lekarz POWINIEN mieć na celu...

Art. 74. Lekarz NIE MOŻE uczestniczyć w akcie pozbawiania...

Art. 75. Lekarz NIE MOŻE stosować środków...

Jeśli pominiemy te artykuły, które odnoszą się do oczywistych zawodowych prerogatyw lekarza, to okaże się, że nadal KEL częściej mówi o uprawnieniach i swobodach lekarza, niż o dobru pacjenta!

Razem analizowanych zapisów części szczegółowej kodeksu jest 69, w tym 19 można uznać za obowiązki, ze względu na użytą formę zobowiązania.

Tylko część z nich odnosi się do relacji z pacjentem. Bezpośrednich zobowiązań lekarza wobec pacjenta jest znacznie mniej, bo głosi się też inne obowiązki, np. że lekarz musi być trzeźwy lub że lekarz ma obowiązek „zwracania uwagi”.

Pozostałe 50 zobowiązań odwołuje się wyłącznie do dobrej woli lekarza, bo tak należy odczytywać dyrektywy, według których „powinien” coś zrobić. Zwrot „pacjent ma prawo” pojawia się tylko raz i dotyczy prawa do korzystania z opieki rodziny i ewentualnie kontaktu z duchownym.

Za kategoryczne zobowiązanie lekarza uznano wszystkie normy (w części analizowanej kodeksu), w których wystąpiły określenia: „lekarz ma obowiązek”, „jest obowiązany”, „lekarz nie może”, „lekarzowi nie wolno”, „jest zabronione” – w sumie takich obowiązków jest 8.

Obowiązkiem etycznym lekarza jest:

Art. 13.1. 1. **Obowiązkiem** lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.

Art. 16.3. W przypadku pacjenta niepełnoletniego lekarz **ma obowiązek** informowania jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.

Art. 23. Lekarz **ma obowiązek** zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi.

Art. 29. Lekarz i współpracujące z nim osoby **są obowiązane** do zabezpieczenia poufności informacji zawartych w materiale genetycznym pacjentów i ich rodzin.

Art. 53. Lekarze pełniący funkcje kierownicze **są zobowiązani** do szczególnej dbałości o dobro chorego oraz o warunki pracy i rozwoju zawodowego podległych im osób.

Art. 57.1. Lekarzowi **nie wolno** posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowanymi naukowo. **Nie wolno** mu także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień.

2. Wybierając formę diagnostyki lub terapii lekarz **ma obowiązek** kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty.

Art. 64. W czasie wykonywania swej pracy lekarz **musi** zachować trzeźwość i nie podlegać działaniu jakichkolwiek środków uzależniających.

Art. 71. Lekarz **ma obowiązek** zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne. Swoim postępowaniem, również poza pracą zawodową, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych.

Lekarzowi „nie wolno” lub lekarz „nie może”:

Art. 14. Lekarz **nie może** wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy.

Art. 18. Lekarz leczący **nie może** sprzeciwiać się, by chory zasięgał opinii o stanie swego zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza. Na życzenie pacjenta powinien ułatwić mu taką konsultację.

Art. 31. Lekarzowi **nie wolno** stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa.

Art. 57.1. Lekarzowi **nie wolno** posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowanymi naukowo. Nie wolno mu także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień.

Art. 62. Praktykę lekarską **wolno** wykonywać wyłącznie pod własnym nazwiskiem. Lekarzowi **wolno** używać tylko należnych mu tytułów zawodowych i naukowych.

Art. 65. Lekarzowi **nie wolno** narzucać swych usług chorym, lub pozyskiwać pacjentów w sposób niezgodny z zasadami etyki i deontologii lekarskiej oraz lojalności wobec kolegów.

Art. 66.4. Lekarzowi **nie wolno** stosować metod nieuczciwej konkurencji, szczególnie w zakresie nierzetelnego informowania o swoich możliwościach działania, jak i kosztach leczenia.

Art. 69. Lekarz **nie może** odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach nie cierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy.

Art. 74. Lekarz **nie może** uczestniczyć w akcie pozbawiania życia, asystować w torturowaniu lub innym poniżającym traktowaniu człowieka. **Nie może** też wykorzystywać swej wiedzy i umiejętności dla ułatwienia stosowania jakichkolwiek form okrutnego postępowania.

Art. 75. Lekarz **nie może** stosować środków i metod dopingowych w celach nieleczniczych.

Kilkukrotne użycie zwrotu „lekarz ma obowiązek”, „lekarz jest zobowiązany” oznacza, że można było użyć go znacznie częściej, lecz skoro tak się nie stało i redaktorzy kodeksu wybrali inne formy („powinnością lekarza jest”, „lekarz powinien”, „lekarz może”), to zapewne nie chcieli potraktować tego rodzaju lekarskiego zobowiązania jako przymusowe i konieczne.

Zapis w formie, że coś „jest powinnością” sprawia pewien kłopot – w takiej formie „powinność” może oznaczać „obowiązek”, jednak w formie czasownikowej, że „powinien” oznacza dowolność i wybór działania lub niedziałania, przeciwieństwo przymusu. Ponadto „powinność moralna” (a nie „powinność etyczna”) oznacza dyspozycję wewnętrzną, o której kodeks ani środowisko zawodowe nie mogą stanowić, więc określenie „obowiązek” lub „obowiązek etyczny” lepiej wyrażałoby oczekiwanie etyczne środowiska zawodowego.

Pragmatyzacja etyki i mieszanie modeli etycznych etyki zawodowej

Jak już wcześniej zauważono, dla niektórych etyków nie istnieje jedno „dobro moralne”, ale wielość „dóbr” moralnych, jakie miałyby być realizowane w działaniach lekarskich. Jak też zauważono, perspektywa ta uzależniona jest od modelu etyki, jaki się przyjmuje, od tego, co uważa się za wartość moralną – osobę ludzką czy społeczność, godność czy pożytek. Paradygmat etyki utylitarystycznej głosi „jak najwięcej korzyści dla największej liczby ludzi”, gdy tymczasem paradygmat etyki personalistycznej – „najważniejszy jest człowiek w swojej godności”.

Jak wiemy, wszystkie polskie kodeksy zawodów medycznych przyjmują orientację personalistyczną. Natomiast krytyki, czy nawet tylko uwagi, jakie do nich się odnosi, często bywają formułowane według kryteriów utylitarystycznych. W takim kodeksie etycznym, w którym brakuje określenia wartości najwyższej systemu, albo przy wskazywaniu wielości wartości (wtedy wszystkie są najwyższe!), jakiegokolwiek działania wskazywane przez kodeks jako słuszne nie mogą zostać ukierunkowane i tym samym i same te działania, i sam kodeks, są skazane na bezcelowość.

Pragmatyzacją kodeksu etyki należy nazwać sytuację, gdy „kodeks sugeruje, że działalność lekarza – także w sferze etycznej – ma charakter techniczny, usystematyzowany i obiektywny, a przy tym łączy sprawność w osiągnięciu celów z elegancją działań” i gdy się wskazuje na jego praktyczną użyteczność – kształtowanie postawy lekarzy, wspomaganie decydowania, uszczegółowianie norm prawnych, tworzenie standardów, które mogą stać się podstawą legislacji⁴². Albo zawsze wtedy, gdy się twierdzi, że kodeks ma inne cele do spełnienia („inne dobra moralne”) niż dobro człowieka.

Najistotniejsze we wpływie modelu etyki utylitarystycznej na kodeks jest to, że zmiana modelu etyki, to zmiana rozumienia podmiotowości człowieka. Stanowisko typowo utylitarystyczne, pojęcie podmiotu nie oznacza osoby, lecz obiekt, który należy uwzględnić w siatce ludzkich planów.

Zdaniem P. Łukowa to decyduje aktywność człowieka – to „aktywna strona podmiotowości innych funduje moralny szacunek dla osób. „Aktywna strona” to przejawianie cech lub zdolności, umiejętności planowania i zdolności do działania według planu⁴³. Jednak nawet wówczas nie należy uznawać, że wszelkie roszczenia tak zdefiniowanego podmiotu są zasadne i że automatycznie generują one powinności ze strony innych ludzi. O tym zadecydować ma lekarz. To jego „namysł nad działaniem

⁴² Ibidem, s. 19.

⁴³ Ibidem, s. 116.

pozwała odrzucić te roszczenia, które są irracjonalne. Roszczenia irracjonalne to takie, „których nie można ująć w plan działania spełniające rygory namysłu nad działaniem”⁴⁴. O podmiotowości chorego ma zatem zdecydować lekarz.

Poza kryterium użyteczności, która przemawia bardziej na rzecz ogółu, niż na rzecz jednostki, dochodzi teraz możliwość osłabienia albo nawet negowania podmiotowości człowieka chorego (zwłaszcza ciężko), skoro nie będzie on w stanie wyrażać swojej podmiotowości, swoich roszczeń. Wówczas jego rzecznikiem może być – kto wie czy nie jedynym – kodeks etyki zawodowej lekarza, jako kodeks wartości personalistycznych, nie zaś kodeks korzyści!

Krytykując sens kodeksu etyki lekarskiej P. Łuków odniósł się do podobnych analiz autorów amerykańskich, którzy potrzebę takich kodeksów zakwestionowali. Szukanie analogii z kodeksami lekarzy amerykańskich przy analizie kodeksu etyki zawodowej lekarza polskiego jest jednak nieuprawnione już z tego względu, iż kodeksy te reprezentują nie tylko odmienną wizję dobra etycznego (moralnego), lecz przeciwną personalistycznej orientacji zapewne dużej części lekarzy europejskich, z pewnością zaś wszystkich kodeksów etycznych lekarzy polskich.

Skoro etyka utylitarystyczna (jeśli przejmujemy, że taka istnieje) odwołuje się do ogólnie pojętej korzyści i reguł, które miałyby sprzyjać jej osiągnięciu, to trudno się dziwić, że liczba tych reguł jest stosunkowo niewielka, one same ogólnikowe, natomiast komentarze do nich niezwykle obfite (z przykładu autora – 10 reguł, 150 stron komentarza)⁴⁵.

„Tak radykalną zmianę formy wypowiedzi o etyce lekarskiej tłumaczy przekonanie członków AMA, że należy porzucić regulację kodeksową. Opatrzanie zasad komentarzami wskazuje natomiast, że lekarze amerykańscy powracają do pojmowania etyki lekarskiej jako zjawiska tak złożonego, że kodeksowa regulacja jest niewystarczająca. Zestawienie zasad i opinii pokazuje, z jednej strony, że w przekonaniu lekarzy amerykańskich etyka nie daje się ująć w formułki, a z drugiej – że życie według ideałów tej etyki wymaga złożonego namysłu i z pewnością nie polega na dedukcyjnym wyprowadzaniu konkluzji moralnych z nakazów i zakazów”⁴⁶.

Nie ma również racji W. Galewicz głoszący podobną tezę i również odwołując się do autorów amerykańskich: „Można by powiedzieć, że tradycyjna etyka medyczna z jej naciskiem na dobro indywidualnego pacjenta i przedkładaniem dóbr medycznych nad pozamedyczne, a wśród medycznych – egzystencjalnych nad hedoniczne (dłuższego życia nad życie bez bólu) jest dzisiaj anachroniczna. [...] Dobrze zatem, że decyzje lekarskie dopełnia też prawo, «społeczny prawodawca»”⁴⁷.

Przytaczając opinię kolejnego amerykańskiego autora W. Galewicz ukazuje konsekwentne myślenie utylitarystyczne o etyce lekarskiej: „Etyka medyczna XXI wieku musi zakwestionować jedną z opinii panujących w minionym stuleciu, zgodnie z którą naczelnym zadaniem lekarza miałyby być troszczenie się o dobro jednostkowego pacjenta. Ten obiegowy pogląd jest jego zdaniem nie do utrzymania, a to z trzech powodów. Po pierwsze, coraz wyraźniej zdajemy sobie sprawę, że lekarz częstokroć nie jest

⁴⁴ Ibidem, s. 117.

⁴⁵ Ibidem, s. 30.

⁴⁶ Ibidem, s. 30.

⁴⁷ W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, s. 97.

w stanie rozstrzygnąć, co będzie w sumie najlepsze dla jego pacjenta (zważywszy na to, że całościowe dobro pacjenta oprócz dóbr medycznych obejmuje też pozamedyczne i że nawet samo dobro medyczne składa się z wielu elementów, których porównawcza ocena – nieodzowna, ilekroć trzeba między nimi dokonać wyboru – wykracza poza zakres kompetencji lekarza). Po drugie, akceptowalny system etyczny musi również uznać, że w niektórych sytuacjach interesy pacjenta powinno się poświęcić w imię jego praw, takich jak prawo do prawdy, prawo do szacunku dla autonomii lub prawo do życia⁴⁸. Po trzecie wreszcie, nowa etyka medyczna powinna też dostrzec, że obowiązki względem indywidualnego pacjenta muszą nierzadko ustąpić pola obowiązkom w stosunku do innych – czy to obowiązkowi troszczenia się o ich dobro, czy to obowiązkowi poszanowania ich praw⁴⁹.

Utylitarysta uważa, że „ponieważ dobre społeczeństwo ma pierwszeństwo względem praw indywidualnych, to obowiązki jednostek wobec społeczeństwa mają pierwszeństwo względem praw jednostkowych⁵⁰”.

Tendencja, jaką ukazały dwa ostatnie stulecia, pokazuje coś innego: nie umniejszanie praw jednostkowych na rzecz ogółu, lecz odwrotnie – emancypację jednostki i nadawanie jej praw (praw człowieka) w obronie jej wolności i indywidualizmu. To, co niektórzy autorzy nazywają „anachronizmem” jest po prostu tą wersją etyki, która jest im obca.

Analiza obu typu regulacji etycznej, utilitarystycznej i personalistycznej, pokazuje, że problemy z kodyfikacją norm etycznych wynikają przede wszystkim z braku określenia dobra nadrzędnego, a to jest problem wyłącznie etyki utilitarystycznej, nie zaś etyki odwołującej się do nadrzędności człowieczeństwa i powszechnego szacunku.

„Jak zauważają autorzy [H. Brody, F. G. Miller] ta rewizja tradycyjnej zasady troski o dobro indywidualnego pacjenta, jest w gruncie rzeczy jej adaptacją do obecnych okoliczności, w których działają współcześni lekarze”. Stwierdzają, że dopóki lekarz oferował pacjentowi tylko własny czas i poradę, „kilka prosków i ziół”, „tak medycyna, jak społeczeństwo mogły spokojnie twierdzić, że obowiązek wierności spoczywa na lekarzu wyłącznie w stosunku do indywidualnego pacjenta. Gdy jednak lekarz jedynym pociągnięciem pióra jest w stanie zrujnować wspólnotę, wspólnota ta nie jest już w stanie tolerować takiego poglądu na obowiązek lekarza⁵¹”.

Nawet jeśli podane propozycje (R. Veatch) potraktuje się – jak chce W. Galewicz – „raczej jako uzupełnienie tradycyjnej etyki lekarskiej, niż jako zasadnicze odstępstwo od tej tradycji”, to jednak nawet w tej wersji jest to zakwestionowanie najwyższej wartości życia i zdrowia indywidualnego pacjenta, czyli naczelnej wartości systemu lekarskiej etyki zawodowej.

To nie jest uzupełnienie obecnie funkcjonującego modelu etyki medycznej – to sprzeczność nie do pogodzenia, to alternatywa, w której nie może jednocześnie osoba i wspólnota być najwyższą wartością.

⁴⁸ Okazuje się, że prawo człowieka do życia może być sprzeczne z jego własnym interesem (sic!).

⁴⁹ W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, s. 104.

⁵⁰ M. Freeman, *Prawa człowieka*, s. 75.

⁵¹ W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, s. 114–115.

W. Galewicz nazywa stanowisko przytaczanych autorów „życzliwą krytyką hipokratejskiej tradycji” i wynika z niej, że należałoby przyjąć ogólniejszą zasadę niż dotychczasowa reguła indywidualnej troski o pacjenta. „Tą ogólniejszą od niej, a przez to też odpowiadającą na krytykę zasadą byłaby norma, każąca lekarzowi troszczyć się o dobro indywidualnego pacjenta, pod warunkiem, że wskutek tego nie wyrządzają jakiegokolwiek poważnej szkody innym pacjentom lub w ogóle innym członkom społeczeństwa”⁵².

Tymczasem wciąż cel, jakim jest poszanowanie autonomii obywateli, powinien być ważniejszy od działania na rzecz powszechnego dobrobytu i ekonomicznej wydajności⁵³.

Można sądzić, że każda wada kodeksu etycznego osłabia jego skuteczność oddziaływania, ale to zmiana modelu etyki – z personalistycznej na utylitarystyczną – i nasilająca się tendencja do rozumowania moralnego według kryteriów utylitarystycznych rodzi szczególną obawę o osłabienie pozycji pacjenta w relacji lekarz–pacjent.

Bibliografia

- Andreski S., *Czarnoksiężstwo w naukach społecznych*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2002.
- Chyrowicz B., *Bioetyka. Anatomia sporu*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2005.
- Chyrowicz B., *Bioetyka i ryzyko*, wyd. 2, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2002.
- Freeman M., *Prawa człowieka*, przekład M. Fronia, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2007.
- Galewicz W., *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, w: *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, pod red. W. Galewicza, TAiWPN Universitas, Kraków 2010.
- Górnicka J., *W obronie kodeksów etyki zawodowej*, „Etyka”, R. 1994, nr 27, s. 187–189.
- Kodeks etyki aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej*, dokument elektroniczny, <https://www.nia.org.pl/kodeks-etyki/>, 16.01.2019.
- Kodeks etyki diagnosty laboratoryjnego*, dokument elektroniczny, <https://kidl.org.pl/index.php?page=kodeks-etyki-diagnosty-laboratoryjnego-2>, 16.01.2019.
- Kodeks etyki lekarskiej*, dokument elektroniczny, <https://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>, 16.01.2019.
- Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej*, dokument elektroniczny, [http://nipip.pl/prawo/samorządowe/krajowy-zjazd-pielęgniarek-i-polożnych-rzeczypospolitej-polskiej/](http://nipip.pl/prawo/samorządowe/krajowy-zjazd-pielegniarek-i-poloznych-rzeczypospolitej-polskiej/), 16.01.2019.
- Kodeks etyki zawodowej ratownika medycznego*, dokument elektroniczny, [https://docplayer.pl/898508-Kodeks-etyki-zawodowej-ratownika-medycznego-przyjety-na-i-ogólnopolskim-kongresie-ratownikow-medycznych-krakow-11-12-pazdziernika-2013-r.html](https://docplayer.pl/898508-Kodeks-etyki-zawodowej-ratownika-medycznego-przyjety-na-i-ogolnopolskim-kongresie-ratownikow-medycznych-krakow-11-12-pazdziernika-2013-r.html), 16.01.2019.
- Łuków P., *Moralność medycyny. O sztuce dobrego życia i o sztuce leczenia*, Wydawnictwo Naukowe Semper, Warszawa 2012.
- Osiatyński W., *Prawa człowieka i ich granice*, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, Kraków 2011.
- Szawarski Z., *Mądrość i sztuka leczenia*, Wydawnictwo słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2005.

⁵² W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, s. 115.

⁵³ W. Osiatyński, *Prawa człowieka i ich granice*, s. 212.

Streszczenie

W artykule autorzy przedstawili tezę, że błędy w budowie kodeksu etyki zawodowej mają znaczenie dla funkcji, jaką on wypełnia.

Przedmiotem analizy był Kodeks etyki lekarskiej i w mniejszym stopniu kodeksy etyki zawodowej innych zawodów medycznych: pielęgniarki i położnej, diagnosty laboratoryjnego, aptekarza, ratownika medycznego. Szczególną uwagę zwrócono na pozorne zobowiązania etyczne, czyli takie, które zamiast głównego celu etycznego działania (dobro człowieka) wskazują inne cele działania (prawa człowieka, deontologia, godność zawodu). Ponadto błędem kodeksu etyki zawodowej jest stawianie dobra członków zawodu ponad dobro człowieka, dla którego zawód działa, np. pacjenta. Jest tak wtedy, gdy normy kodeksu mają formę zobowiązania, lecz faktycznie nie oznaczają obowiązku działania – gdy norma jest prośbą o działanie, a nie nakazem działania.

Wskazano, że istnieją dwa główne modele etyki, także etyki zawodowej, personalistyczny i utylitarystyczny. Utylitarystyczny model kodeksu ogranicza się do niewielu norm, a niekiedy kwestionuje się w ogóle jego potrzebę. Kodeks według modelu personalistycznego wymaga hierarchicznej konstrukcji. W zależności od preferowanego modelu etyki zasadniczo zmienia się rozumienie najwyższego dobra człowieka, dlatego obu modeli nie należy mieszać.

Słowa kluczowe: etyka, etyka zawodowa, kodeks etyki

Construction and functions of the code of professional ethics based on the example of the code of medical ethics

Summary

In the article, the authors presented a thesis that errors in the construction of a code of professional ethics are important for the function that it fulfils.

The subject of the analysis was a code of medical ethics and, to a lesser extent, codes of professional ethics of other medical professions: a nurse and midwife, a laboratory diagnostician, a pharmacist, and a paramedic. Particular attention has been paid to the apparent ethical obligations, that is, those which instead of the main purpose of ethical action (human good) indicate other goals of action (human rights, deontology, dignity of the profession).

In addition, the error of the code of professional ethics is to put the best interests of members of the profession above the good of the man for whom the profession works, e.g. a patient. This is the case when the norms of such code are in the form of an obligation but do not actually mean an obligation to act – when the norm is a request for action and not an order of action.

It was indicated that there are two main models of ethics, including professional, personalistic and utilitarian ethics. The utilitarian model of the code is limited to few standards and sometimes its need is questioned at all. The code according to the personalist model requires a hierarchical construction. Depending on the preferred ethical model, the understanding of the highest human good changes fundamentally, therefore both models should not be mixed up.

Key words: ethics, professional ethics, code of ethics