Strach umierać

**Agnieszka Kublik**

14.02.2014 , aktualizacja: 14.02.2014 20:57

**Lekarz już nie służy, lekarz zarabia. Pacjent jest bezsilny, bezradny, przegrywa. Z prof. Zbigniewem Szawarskim\* rozmawia Agnieszka Kublik**

***AGNIESZKA KUBLIK: Oddział poudarowy szpitala klinicznego. Sparaliżowany pacjent ma biegunkę. Pielęgniarka krzyczy do jego córek stojących przy łóżku: "Wy tu, k..., stoicie i obsranej dupy nie możecie wytrzeć!".***   
  
**PROF. ZBIGNIEW SZAWARSKI**: Na bruk bym wyrzucił! Po prostu na bruk! Chciałbym powiedzieć bardzo mocno: nikt nie ma prawa do chamstwa. Nikt!  
  
***Nawet zmęczona pielęgniarka?***   
  
- Nawet zmęczona pielęgniarka, zmęczony lekarz i zmęczony polityk. A zwłaszcza polityk. Poziom głupoty i chamstwa w naszym kraju systematycznie rośnie. Bo jeśli posłowi Y czy posłance X wolno tak się zachowywać, to pani Z w szpitalu, sądzie czy chociażby urzędzie pocztowym ma takie samo prawo do chamstwa.  
  
***"Pacjent jest z góry przegrany" - tak pan ocenia stan służby zdrowia. Ponura diagnoza.***   
  
- Bo widzę, że pacjent nie jest partnerem dla Ministerstwa Zdrowia, dla Narodowego Funduszu Zdrowia ani nawet dla lekarza czy pielęgniarki. Przegrywa z nimi wszystkimi, zawsze jest na straconej pozycji. A tak zwane organizacje pacjenckie reprezentują interesy bardzo wąskich grup pacjentów cierpiących na konkretną chorobę. Środowisko pacjentów jest rozproszone i dlatego bezsilne.  
  
  
***To kim jest chory w Polsce?***   
  
- Dla lekarza sposobnością do zarabiania. Dla Funduszu sposobnością do oszczędzania. Nie możemy bez końca wydawać na leczenie. Nasze zasoby są ograniczone, mamy ważniejsze zadania i plany, np. olimpiada zimowa w Krakowie...  
  
***Pan ironizuje.***   
  
- Olimpiada to niezwykle ważny cel z punktu widzenia milionów emerytów i rencistów. Ta w Soczi kosztowała 51 mld dol.! Co my mamy do powiedzenia? Mówię "my", bo reprezentuję także ludzi starych, którzy zbliżają się do końca życia, i pewne rzeczy widzę wyjątkowo ostro. Potrafię sobie wyobrazić swoją śmierć, wiem, jak chciałbym umierać, i to jest dla mnie o wiele ważniejsze niż igrzyska w Krakowie i Zakopanem. I gdyby ode mnie zależało, na co wydajemy nasze ograniczone fundusze, to w centrum uwagi znalazłoby się dobro konkretnego człowieka, obojętnie, czy to jest noworodek, dziecko z takimi czy innymi uszkodzeniami, czy człowiek w wieku dojrzałym lub stary.  
  
"Pacjent" to ten, który cierpi. Ale jest też znacznie głębsze i o wiele ważniejsze znaczenie tego słowa. Przeciwieństwem "pacjenta" jest "agent", czyli ten, który działa, a "pacjent" to ten, który jest przedmiotem działania. Jeśli staję się pacjentem, to znaczy, że nie mogę w pełni działać, że potrzebuję pomocy, że ktoś musi się zająć moją złamaną nogą, uszkodzonym okiem czy moją bezradnością, kiedy osiągam wiek sędziwy. Jak w tej pięknej przypowieści biblijnej o dobrym Samarytaninie - pacjent to ten, który musi liczyć na pomoc drugiego człowieka, na miłosierdzie, litość i miłość. W Biblii na dobrego Samarytanina czekał poraniony przez zbójców, a współcześnie? No cóż...  
  
  
***Ponad 10 lat temu pisał pan: "Kondycja moralna profesji lekarskiej nie jest dobra, a rokowania są raczej niepomyślne".***   
  
- Podtrzymuję wszystko, co napisałem.  
  
***I dalej: "Kryzys zaufania do lekarzy jest oczywisty, a jego objawy wręcz dramatyczne. Nie ma pewności, czy lekarz w konflikcie dobra pacjenta i własnego interesu wybierze zawsze dobro pacjenta. W wielu wypadkach interes lekarza bierze górę nad dobrem pacjenta".***   
  
- Myśli pani, że to analiza zbyt ponura, zbyt pesymistyczna, a może i stronnicza? Jest jeszcze gorzej, bo lekarze czują, że z ich zawodem dzieje się coś złego, ale zwyciężyło u nich osobliwe poczucie oblężonej twierdzy i zamiast podnosić kondycję moralną, stają w obronie niemoralnych lekarzy.  
  
Bycie lekarzem jest rodzajem szlachectwa, które zobowiązuje. Lekarze to ludzie, którzy oddają swoje życie i umiejętności w służbie pewnym wartościom i ideałom, poświęcają się dla dobra innego człowieka. To powinno ich zobowiązywać.  
  
Ale nie zawsze zobowiązuje. To już nie jest "służba", to jest sposób na życie, na zarabianie. A wtedy zawód lekarza niczym się nie różni od innych zawodów. Nie mówmy o wolnym zawodzie, to jest po prostu wykonywanie czynności profesjonalnych od godziny 8 do godziny 16. A potem wracamy do domu, myjemy ręce i nic nas nie obchodzi, nic - czyli pacjent.  
  
*Prof. Szawarski o współczuciu w medycynie współczesnej*

***Dlaczego pacjent nie jest najważniejszy?***   
  
- To bardzo trudne pytanie. Żyjemy w świecie, w którym bardzo szybko zmieniają się role społeczne, reguły postępowania i układy społeczne pomiędzy ludźmi. Coraz bardziej oddalamy się od siebie, coraz więcej nas dzieli - przedmioty, wartości, idee, no i konkurujemy ze sobą nieustannie.  
  
W takim świecie, nawet jeśli ktoś idzie na medycynę z powołania, bo ceni sobie tę wartość, jaką jest pomoc i służenie innym, to trudno poświęcić swój czas, życie, zainteresowanie całkowicie pacjentowi. Zwłaszcza w takiej sytuacji, jaką my mamy teraz w Polsce, że pacjent się nie liczy, bo przegrywa z lojalnością wobec systemu, grupy i korporacji zawodowej. Pacjent jest tylko sposobnością do życia, schodzi na drugi plan.  
  
Tak się dzieje na Zachodzie i na Wschodzie. Wszędzie pacjent jest bezsilny, bezradny i przegrywa, chyba że może sobie pozwolić na doskonałych adwokatów. Być może, jak tak dalej pójdzie - to jest bardzo ponura prognoza - możemy oczekiwać przyzwolenia na eliminację pacjentów.  
  
***Eliminacja pacjentów!?***   
  
- Eliminacja poprzez zaniechanie i oszczędności, bo przecież nie stać nas na utrzymywanie wszystkich przy życiu i musimy ten kurek finansowy zakręcić, to jest naprawdę przerażające. Dan Callahan, filozof, bioetyk i dla mniej największy autorytet, w 1987 r. wydał książkę "Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society". S tawia tam tezę: skoro nie stać nas na leczenie wszystkich, to przyjmijmy, że granicą jest 85 lat - do tego momentu leczymy możliwie jak najlepiej, a potem stopniowo to leczenie wygaszamy. Po tej książce ukazała się inna, swego rodzaju anty-Callahan, czyli zbiór bardzo ostrych artykułów krytycznych, w których oskarżano Callahana o nazizm, faszyzm, słowem, o wszystkie możliwe grzechy główne. Ale problem pozostał: koszty leczenia rosną niewspółmiernie szybko, życie bardzo szybko się wydłuża. Amerykanie wyliczyli, że jeśli nakłady będą rosły tak jak do tej pory, ok. 2080 r. cały budżet USA pójdzie na leczenie i opiekę lekarską. Jakie państwo może sobie na to pozwolić? Żadne! Racjonowanie zdrowia, racjonowanie życia, racjonowanie opieki jest konieczne. Już najwyższy czas na dyskusję, kiedy trzeba odstąpić od leczenia. Wiele razy miałem okazję o tym mówić publicznie, ostatni raz na kongresie onkologów we Wrocławiu dwa lata temu, że leczenie uporczywe nie ma sensu, jest bezcelowe, bo w przypadku zaawansowanej choroby nowotworowej nic nas ostatecznie nie uratuje przed śmiercią. Prędzej czy później taki pacjent musi umrzeć.  
  
***Prędzej czy później - tu tkwi problem.***   
  
- Tak, to sedno problemu. Jak ocenić, czy nadszedł już ten moment? Kto miałby do tego prawo? Jakie kryteria zastosować? Czy one mogą być wymierne? Przed nami jedna z najważniejszych debat we współczesnym świecie.  
  
***Co pana najbardziej przeraziło we włocławskiej tragedii, kiedy przed narodzinami zmarły bliźnięta, bo ordynator przyszedł do szpitala na dyżur, żeby się wyspać?***   
  
- Milczenie lekarzy.  
  
***Przed czy po?***   
  
- To świetne pytanie. Przecież zanim doszło do tragedii, lekarze doskonale wiedzieli, co się dzieje na tym oddziale. I nie zrobili nic, by z tą patologią skończyć. Dlaczego tak jest? Odpowiedź jest prosta - instynkt samozachowawczy jest ważniejszy niż pomoc pacjentowi.  
  
Lekarz zapewne myśli tak: jeśli mam wejść w konflikt z dyrektorem, jeśli mam ryzykować utratę pracy albo chałtury, to położę uszy po sobie. Może nawet na początku lekarzy denerwuje to lekceważenie pacjentów przez kolegów, ten nędzny standard opieki, ale powoli przestają to zauważać, z czasem nie reagują na ból, nie reagują na cierpienie pacjenta. No i nie zapominajmy, że taką solidarność zawodową bardzo mocno wzmacnia kodeks etyczny lekarzy.  
  
***Aż w pięciu punktach napomina lekarzy, by nie "dyskredytowali kolegów".***   
  
- I to im daje poczucie alibi, wrażenie czystego sumienia. Czują się w porządku, bo kodeks etyki lekarskiej zabrania mówić źle o koledze. Milczenie po tragedii we Włocławku jest wielce niepokojące.  
  
***Gdy w zeszłym roku***[***prof. Jan Hartman zaatakował kodeks etyki lekarskiej***](http://wyborcza.pl/1,87648,14197701,Nie_bedzie_etyk_plul_nam_w_twarz.html)***, m.in. za te zapisy o zakazie dyskredytacji kolegów, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz twierdził, że Hartman "uwłacza godności naszego zawodu". 18 profesorów medycyny i prawie 2 tys. lekarzy domagało się od ministra zdrowia, by wyrzucił Hartmana z ministerialnej komisji ds. etyki w ochronie zdrowia. Minister się nie ugiął. A po tragedii we Włocławku żaden lekarz nie protestuje przeciwko temu, co się tam wyprawiało.***   
  
- A dlaczego ma protestować?  
  
***Bo to jest niemoralne spać w pracy, gdy pacjent umiera...***   
  
- Ale lekarz nie może donosić na kolegę. U nas nie istnieje instytucja whistleblowera, sygnalisty. Zresztą takie postępowanie jest moralnie potępiane przez każdą korporację w Polsce, obojętnie, czy lekarską, prawniczą, naukową. Ba, nawet kapłanów do tego dołóżmy, oni też nie mogą mówić, że wikary jest pedofilem. Tak nie powinno być. Ale, co gorsza, system prawny sankcjonuje takie sytuacje. Czy potrafi pani wymienić proces karny przeciwko lekarzowi zainicjowany przez środowisko lekarskie?

[***Sprawa dr G.***](http://wyborcza.pl/1,76842,13140264,Sad__Doktor_G__winny_korupcji__mobbingu___nie__A_CBA.html)***zaczęła się od donosów na niego. Bo wprowadził na oddziale dyscyplinę, wyrzucił z dyżurki lekarskiej telewizor, nie pozwalał pić alkoholu w pracy, pilnował, żeby lekarze i pielęgniarki chodzili w czystych, białych, bawełnianych skarpetkach, a przede wszystkim oczekiwał, że lekarze będą dyspozycyjni, bo w przypadku operacji kardiologicznych trzeba operować wtedy, kiedy jest chory pacjent, a nie kiedy wypada dyżur...***   
  
- Czyli zaatakowano go nie dlatego, że działał na szkodę pacjentów, zaatakowano go, bo działał - ich zdaniem - na szkodę lekarzy. A lekarze panicznie boją się przede wszystkim tego, że ich wygodne status quo zostanie zakwestionowane.  
  
Na przykład sprawa z ograniczaniem czasu pracy. Nie powinno się tego robić administracyjnie, bo to każdy lekarz we własnym sumieniu musi ocenić, czy w tym stanie zmęczenia, w jakim się znajduje, zaszkodzi pacjentowi czy nie. Czy każdego lekarza mamy wyposażyć w tachograf jak kierowców na długich dystansach?  
  
*Prawo pracy i czas pracy lekarza*  
  
***Wydawałoby się, że akurat lekarz świetnie wie, jaka jest jego kondycja po 12 godzinach pracy. Dlaczego mamy mu nie ufać?***   
  
- Napisałem to 11 lat temu: bo coraz częściej interes lekarza bierze górę nad interesem pacjenta. Lekarz, który operuje po 48 godzinach spędzonych w pracy, jest równie niebezpieczny jak przemęczony kierowca.  
  
***Ordynator ginekologii we Włocławku dr Waldemar Uszyński do godz. 14 przyjmował w prywatnym szpitalu (jest jego współwłaścicielem), zamiast koordynować pracę na swoim oddziale, spóźniony zjawił się w szpitalu, potem miał dyżur, na którym się wysypiał, i rano znów stawiał się w pracy w swoim szpitalu.***   
  
- To powszechnie uznana praktyka. Tu pracuję, tu się urywam, tam odpoczywam, to się wszystko daje doskonale pogodzić. I lekarzom żyje się coraz lepiej, coraz wygodniej. Jestem za tym, żeby ludzie, którzy zajmują się moim życiem, zdrowiem i moją sprawnością, byli wynagradzani wyjątkowo dobrze. Ale nie kosztem pacjenta. A tak się stało we Włocławku.

***Lekarze już całkiem nieźle zarabiają. Dlaczego biorą tyle dyżurów? Dwa lata temu anestezjolog zmarł w pracy w kolejnej dobie dyżuru.***   
  
- Może to było poczucie obowiązku?  
  
***We Włocławku był brak poczucia odpowiedzialności. I pogoń za kasą.***   
  
- 11 lat temu pisałem, że lekarze zasługują na znaczący wzrost płac, jak zresztą akademicy czy sędziowie. Ale ostrzegałem, że większe pensje nie oznaczają wyższej wrażliwości czy bardziej rozwiniętego poczucia odpowiedzialności moralnej. Duże pieniądze nie zawsze idą w parze z uczciwością. Często towarzyszy im rosnąca pazerność. Nie pomyliłem się.  
  
Ale nie powinniśmy koncentrować się na indywidualnych przypadkach, tylko na zjawisku ogólnym. Są lekarze znakomici, są beznadziejni i są średni, którzy mają inne cele niż tylko leczenie. Jeśli tak się to wszystko będzie rozwijać, to wkrótce nasza medycyna zejdzie kompletnie na psy, bo selekcja będzie negatywna.  
  
Przechodzimy od socjalizmu do kapitalizmu, to jest kosztowny proces. Urynkowienie służby zdrowia na pewno pogłębia dehumanizację profesji lekarskiej, zwłaszcza wtedy, gdy ostatecznie zaciera się granica pomiędzy tak zwanym sektorem publicznym i prywatnym. Załamały się także tradycyjne wzorce nauczania typu mistrz-uczeń.  
  
Co gorsza, nie mamy ludzi, którzy byliby zdolni zarządzać tym kompleksem, który nazywamy systemem zdrowia. Z całą pewnością nie potrafią tego robić lekarze. Lekarz, który ma pełnić funkcję ministra zdrowia, to nieporozumienie, bo on nie jest w stanie myśleć tak, jak powinien myśleć polityk, menedżer. Nigdy go tego nie nauczono. Nawet wielcy lekarze, [prof. Religa](http://wyborcza.pl/duzyformat/1,127291,6358726,Religa__Bol_to_jedyna_rzecz__ktorej_sie_boje.html) na przykład, kiedy przyjdzie im odgrywać rolę administratora niezwykle skomplikowanego systemu, ponoszą klęskę. Bo ministrowanie Religi to też była klęska. Każdy minister zdrowia w naszym systemie jest skazany na klęskę, bo jego prostolinijne lekarskie myślenie w kategoriach diagnostyczno-terapeutycznych (bodziec-reakcja) nie pozwala mu rozwiązywać problemów, które mają charakter niezwykle złożonego konfliktu wielu celów, środków i wartości.  
  
Minister musi wziąć pod uwagę nacisk ze strony środowiska lekarskiego i presję przemysłu farmaceutycznego, presję przemysłu prywatnego w środowisku lekarskim i wreszcie nacisk ze strony pacjentów. To są interesy rozbieżne, konfliktowe. Znalezienie optymalnego rozwiązania to nie jest zadanie dla doktora nauk medycznych.  
  
***A dla kogo?***   
  
- Najchętniej widziałbym ludzi typu profesora Belki, Balcerowicza, którzy zdają sobie sprawę z konieczności znalezienia optymalnego rozwiązania niezwykle złożonego problemu wielu sprzecznych interesów. Pacjent w tym gąszczu jest najsłabszy. Dawniej był modny slogan "siła przebicia". Dziś pacjent nie ma żadnej siły przebicia właśnie dlatego, że jest słaby, zmęczony, bezbronny, bezradny, umierający albo pogrążony w cierpieniu i depresji.  
  
***A lekarz nie ma czasu, by z nim porozmawiać.***   
  
- Nie bardzo umie i nie bardzo chce. Gdy z kolegami, emerytowanymi profesorami Uniwersytetu Warszawskiego, zdaliśmy sobie sprawę z tego, że lekarze zatracili umiejętność kontaktu z pacjentem, zorganizowaliśmy dobrowolne wykłady w Akademii Medycznej na temat komunikacji pacjent - lekarz. Bo lekarze nie widzą pacjenta, nie czują go, nie używają właściwego języka, szkoda im czasu na rozmowę, traktują go przedmiotowo.  
  
***To może lepiej pytać premiera nie o to, "jak żyć?", tylko "jak chorować?"?***   
  
- Albo jak umrzeć z godnością? To jest pytanie fundamentalne: jak umrzeć z godnością w tych warunkach?  
  
***Da się?***   
  
- Coraz trudniej. Każda, nawet najzdrowsza starość kończy się śmiercią i umieraniem. Jak mówią starożytni, zaczynamy umierać w momencie, kiedy się rodzimy. Od tego nie uciekniemy. A jak można "zdrowo umierać" w warunkach, jakie mamy w tej chwili w Polsce? System nie jest skoordynowany, nie ma dojścia do lekarza rodzinnego, jeszcze trudniej dostać się do specjalistów, na operację zaćmy czeka się dwa lata, na operację stawu biodrowego jeszcze dłużej. A opieka paliatywna nie znajduje uznania w oczach płatnika. Kolejki wcale się nie zmniejszają i wątpię, czy się będą zmniejszać.  
  
***Minister Arłukowicz obiecał...***   
  
- Ministrowie są od tego, żeby obiecywać, ale kto ich rozlicza? Premier z tej samej partii. Współczuję każdemu ministrowi zdrowia, bo jest z góry na przegranej pozycji. To tak, jakby chcieć dokonać remontu kapitalnego statku na pełnym, burzliwym morzu w warunkach ograniczonego dostępu do najlepszych specjalistów i najnowszych technologii. W dodatku nie wiemy, w którą stronę ten statek płynie. Przecież nawet na sekundę nie przestaniemy chorować.  
  
***Panie profesorze, a co jest większym zagrożeniem: pogarszająca się kondycja moralna lekarzy czy brak pieniędzy?***   
  
- Jedno i drugie, to są naczynia powiązane. Czasem bardzo małe przyczyny mają bardzo daleko idące skutki. Wystarczy popełnić niewielki błąd, zostawić niewielką lukę w systemie prawnym, a efekty są koszmarne. Moim zdaniem brakuje nam kultury filozoficznej, kultury humanistycznej.

Większe pensje nie oznaczają wyższej wrażliwości czy większej moralności

W Oksfordzie, gdzie miałem przyjemność spędzić trochę czasu, większość ludzi zaangażowanych w politykę anglosaską kończy studia filozoficzne, ale w wersji szczególnej zwanej PPE (Philosophy, Politics, Economics), czyli filozofia, nauki polityczne i ekonomiczne. To im daje podstawę do całościowego myślenia o systemie, którym zarządzają. Są przygotowani do wszelkiego rodzaju debat, w tym także do dyskusji o konflikcie wartości i możliwości rozwiązywania takich konfliktów. My o tym nigdy nie myślimy, a kształcenie umiejętności debatowania stanowi co najwyżej hobby bardziej inteligentnych i zaangażowanych studentów. Mamy konkretne problemy, które trzeba natychmiast rozwiązać, nie biorąc w ogóle pod uwagę odległych konsekwencji i moralnych kosztów tych rozwiązań. Oto facet, któremu karę śmierci pochopnie zmieniono na 25 lat więzienia, wychodzi wreszcie na wolność i nagle rząd ogarnia szaleństwo. Naprawiamy Rzeczpospolitą ze względu na tę jedną, tę konkretną sytuację, nie myśląc w kategoriach całościowych o odległych konsekwencjach stanowionego niedbale i ad hoc prawa. Gdyby Sejm kontraktowy miał odrobinę wyobraźni, odrobinę kultury filozoficznej, humanistycznej, gdyby poświęcił choć odrobinę czasu na analizę możliwych konsekwencji planowanych zmian legislacyjnych, toby prawdopodobnie tak idiotycznie tego prawa nie zmienił.  
  
Politycy, rozwiązując problemy doraźne, nie myślą o konsekwencjach swoich decyzji za pięć czy piętnaście lat. Czy za dziesięć lat będziemy mieć wystarczającą liczbę kandydatów na studia medyczne? Bo jak tak dalej pójdzie, polska medycyna zupełnie uschnie. Możemy zwiększyć liczbę miejsc na akademiach medycznych, ale czy to nam gwarantuje, że przyjdą najlepsi kandydaci na te studia? A jak zadbać o ich rozwój naukowy, przecież ciągłe kształcenie jest podstawą wysokich kwalifikacji? A empatia, wrażliwość na drugiego człowieka? A współczucie? Ono zniknęło, bo pacjent to nie cierpiący człowiek, ale sposobność do urządzenia się, do zarobienia. Niech pani zwróci uwagę na to, co się dzieje wokół Owsiaka.  
  
***Owsiak mówi: nauczmy lekarzy empatii. Da się?***   
  
- Oczywiście. Jak to się robi? Przez czytanie dobrej literatury, oglądanie dobrych filmów, obcowanie ze sztuką, przez dyskusje, studiowanie i wnikliwe rozpatrywanie różnego rodzaju trudnych moralnie przypadków. Gdyby mama nie przeczytała mi w dzieciństwie "Chaty wuja Toma", to może nie byłbym tak wrażliwy na ból, cierpienie, niesprawiedliwość. Ale jeśli tego się nie czyta, jeśli o tym się nie myśli, jeśli tego się nie doświadcza...  
  
To rozpaczliwe, że dziś nie ma czasu na czytanie dzieciom. Na Zachodzie na zajęciach z etyki rozważaliśmy różne przypadki i analizowaliśmy argumenty za i przeciw. To uczy pokory wobec rozumu, spontanicznych uczuć, bo po dłuższej dyskusji bardzo często się okazuje, że nasza intuicyjna reakcja może być błędna albo że wyrozumowane uzasadnienie pewnego działania może być jednak sprzeczne z naszym poczuciem moralności. Taki trening intelektualny pozwala pozbyć się arogancji moralnej, a często poczucia nieomylności, jaką daje bycie lekarzem, sędzią, prokuratorem lub kapłanem.  
  
Niedawno przeczytałem osobliwy artykuł w jednym z czołowych czasopism bioetycznych. Autor zupełnie serio proponował zalegalizowanie eutanazji, pod warunkiem że ten, kogo poddamy eutanazji, odda nam do transplantacji wszystkie swoje tkanki i organy - nerki, wątrobę, serce, wszystko. Racjonalność? No, niby rozwiązuje to pewien problem - pogłębiającego się deficytu organów do przeszczepów, ale koszty moralne są szokowe. Trudno się na to zgodzić, prawda? W medycynie tego typu sytuacji jest coraz więcej, ale w Polsce staramy się o nich nie myśleć. Po prostu pewne rzeczy należą się nam, i już. Politycy też są pozbawieni wyobraźni moralnej i zdolności myślenia w kategoriach konfliktu różnego rodzaju dóbr i powinności, które trzeba jakoś pogodzić. Kompromis jest u nas dobrem rzadkim. To sprawa moralnie i politycznie podejrzana. Nasza polityka to takie chałupnictwo zaściankowe.  
  
***Kiedyś lekarze to była elita intelektualna.***   
  
- Lekarz to był ktoś, do kogo miało się bezwzględne zaufanie. Władysław Frasyniuk powiedział niedawno w wywiadzie w "Wyborczej", że był czas, kiedy do profesora miało się zaufanie. W tej chwili niechętnie przyznaję się do tego, że jestem profesorem uniwersyteckim. To już nie jest żaden honor, żaden. Dewaluacja tytułu jest totalna. Mamy ogromny kryzys szkoły i nauczania. Kładąc nacisk na bezrefleksyjne zapamiętywanie coraz większego zbioru informacji, zapomnieliśmy o wartościach moralnych i estetycznych. Szkoła trenuje pamięć, nie kształci charakterów. Tego nie da się odwrócić w ciągu dziesięciu, piętnastu lat, bo mamy inne priorytety. Dziś ceni się usłużność, elastyczność, pozycję, wygląd.

Nadal cenimy zaufanie, tylko komu ufać? Pacjent lekarzowi nie ufa. A ufa pani prokuratorowi, sędziemu, policjantowi czy nawet szkolnemu księdzu katechecie? A uczonemu, który jest ekspertem w takiej czy innej komisji, pani ufa? Co to znaczy być ekspertem? W każdej dziedzinie mamy setki ekspertów na zamówienie. Dla wielu z nich liczy się tylko jedna kwestia - na kiedy i za ile, albo obecność na ekranie telewizora.  
  
***Czego powinno się uczyć studentów medycyny?***   
  
- Ja bym zaczął od przedszkola, bo uczyć etyki i kształtować postawy moralne na medycynie to już musztarda po obiedzie.  
  
Od małego trzeba uczyć przede wszystkim kultury współczucia, empatii, wyobraźni moralnej. Stara biblijna zasada: "Kochaj bliźniego jak siebie samego", jest ciągle aktualna. To fundament moralności i naszych wzajemnych stosunków. Ale paradoksalnie właśnie ta najbardziej uniwersalna zasada moralna jest praktycznie nieobecna w tym jakoby głęboko katolickim społeczeństwie.  
  
Dawniej to, co się teraz dzieje w służbie zdrowia, nazywano znieczulicą. Pacjent jest traktowany jak biomechanizm, popsuta maszyna. Są procedury, tak jak z samochodami, na przeglądzie to, tamto, owo, po kolei... Lekarz pije kawę, pielęgniarka nie przeniosła papieru na inne biurko, ktoś tam jeszcze czegoś nie podpisał. I - co gorsza - nie ma kontroli jakości funkcjonowania tego systemu. Nie mamy profesjonalistów do zarządzania zdrowiem.  
  
  
A co do etyki, to ja, prawdę mówiąc, w etykę nie wierzę, choć jestem zawodowym etykiem. Z nią jest tak jak z nauczaniem dekalogu i religii w szkołach. Uczymy, uczymy tyle lat i co z tego wynika? Pies szczeka, karawana jedzie dalej. Etyki i moralności uczymy się od rodziców, przyjaciół, naszych środowisk. Jeśli ktoś się nie nauczy, jak się zachowywać przy stole, może później przeczytać to czy owo, ale jest już z reguły za późno.  
  
***To jak nauczyć lekarzy etyki?***   
  
- Zadaje mi pani mordercze pytania. Mam już dość zmieniania świata, całe życie próbowałem coś zmienić i widzę, że nic z tego nie wynika. Ale z drugiej strony wierzę w pojęcie masy krytycznej, drobne działania sumują się w wielką moc. Pewien filozof w Oksfordzie powiedział: "Nie musimy chodzić po ulicy i zbierać papierków, żeby było czysto, wystarczy, jeśli przestaniemy śmiecić".  
  
Zaprzepaściliśmy naukę o wartościach i umiejętność kształtowania charakterów. Dla etyka podstawowe znaczenie ma odróżnienie wiedzy o faktach od wiedzy o wartościach. Cenimy tę pierwszą, ale nie uczymy doświadczania wartości. Nie uczymy wrażliwości na wartości, obojętnie, czy to jest piękno, dobro czy wartości transcendentalne związane z Bogiem, przeżyciami wyższego rzędu. Liczą się wartości tylko w wymiarze ekonomicznym: kupić, sprzedać, doświadczyć.  
  
***Ale chyba nie w medycynie?***   
  
- Jak to nie? Medycyna była powołaniem i służbą. Dziś to praca jak każda inna. Nie czarujmy się.  
  
Nie ma już etosu polskiego inteligenta. W Cambridge uczą, jak zadawać pytania, u nas uczą, jak na nie odpowiadać, bo to jest najłatwiejsze. Nasz inteligent nie umie myśleć. Nasz inteligent przestaje także czuć. I to jest dopiero przerażające.  
  
*\*PROF. ZBIGNIEW SZAWARSKI  
  
- emerytowany profesor Uniwersytetu Warszawskiego; pracuje w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego. Przewodniczący Komitetu Bioetyki przy prezydium PAN*