

JUSTYNA CZEKAJEWSKA¹

Szacunek dla autonomii kobiety ciężarnej a wolność sumienia lekarza. Etyczne konsekwencje odmowy wykonania świadczeń zdrowotnych przez pracowników służby zdrowia²

ABSTRACT

The reason of moral conflict between a pregnant woman and a doctor is incorrect understanding principles of ethics and medical provisions. The erroneous course of reasoning often is leading to the contradiction heading fundamental assumption of medical ethics. According to the right to autonomy the acceptance of individual beliefs of the patient is the same important as the concern for her health, therefore one should treat the expectant mother with the respect respecting the sovereignty for her. In spite of the possibility of expressing the own opinion, the liberty of the subject cannot disturb the conscience of the doctor. Every man irrespective of the performed profession has the right to own beliefs, so the doctor can refuse to carry determined medical benefits out because of reported ethical doubts. In the article I'm going to establish the terms and what type of the benefits to explain are medical compulsory for a health service employee. To the

¹ Justyna Czekajewska, Katedra Nauk Społecznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Polska, justynaczekajewska@gmail.com.

² Artykuł został napisany w ramach projektu badawczego pt. *Konflikt praw moralnych między kobietą ciężarną a lekarzem w różnych systemach etyki normatywnej* realizowanego z grantu badawczego przyznanego przez WNoZ UM w Poznaniu (502-14-04406512-10593).

purpose of the presentation of ethical problems of the medical conscience clause I will refer to example of abortion.

Key words:

medical conscience clause, abortion, pregnant woman, medical ethics, autonomy, laws of the doctor, patient's right

Wiele tematów bioetycznych dotyczących problematyki: przerywania ciąży, początków życia ludzkiego, a także stosowania technik reprodukcji wspomaganiej jest związanych z moralnością nakazów i zakazów. W moralności tej zwraca się przede wszystkim uwagę na regulacje etyczne. Ich rola jest niezwykle ważna, ponieważ umożliwiają one konstruowanie zasad, które stają się powszechnymi normami zbliżonymi do przepisów prawa stanowionego.

W zamyśle uczonych utworzenie systemu etycznego, który stanowiłby fundament norm prawnych, ma odpowiadać na duchowe zapotrzebowania społeczeństwa, czyli ma służyć jako moralny drogowskaz, który wyznacza drogę słusznego postępowania. W rzeczywistości przeniesienie rozważań o aborcji, macierzyństwie zastępczym czy metodzie *in vitro* na płaszczyznę etyki normatywnej ma wiele ważnych konsekwencji. Przede wszystkim pojawia się zarzut zbytnej polaryzacji sporu (Szewczyk, 2009, s. 233). Przedstawiciele różnych systemów etycznych o charakterze normatywnym coraz częściej, zamiast szukać realnych rozwiązań problemów, popadają ze sobą w konflikt. Powodem nieporozumień jest przekonanie, że każda ze stron prezentuje argumenty, które powinny być powszechnie stosowane, kiedy faktycznie rozważania o podłożu moralnym zostają ograniczone do kilku często powtarzanych sformułowań.

W artykule zamierzam przedstawić rozwiązanie konfliktu praw moralnych między kobietą ciężarną a lekarzem. W realizacji tego celu najpierw ukażę odmienną argumentację zwolenników i przeciwników przerwania ciąży, aby następnie zredefiniować pojęcie autonomii. Prawo do wolności uważam za jedną z najważniejszych norm, dlatego że najczęściej polaryzacja sporu między pacjentami a pracownikami medycznymi koncentruje się wokół prawa do poszanowania odmiennej opinii.

Błędy semantyczne często przyczyniają się do złych rozwiązań sporów bioetycznych, które w konsekwencji uniemożliwiają konstruowanie systemu etycznego, który stanowiłby podstawę dla prawa. Na przykładzie medycznej klauzuli sumienia zamierzam wyjaśnić pojęcie autonomii zgodnie z systemem deontologii. Osobiście uważam, że w obrębie założeń przyjętego systemu można odnaleźć sposób rozwiązania sytuacji etycznie problemowych.

1. NORMATYWNE ZAŁOŻENIA SPORU O ABORCJĘ. AUTONOMIA – TRUDNOŚCI DEFINICYJNE

Aborcja jest jednym z trudnych problemów etycznych. Uczestnicy dyskusji wokół przerwania ciąży ze względu na odmienne poglądy dzielą się na dwa przeciwstawne obozy. Zwolennicy pierwszego prezentują stanowisko konserwatywne. Ich zdaniem normy etyczne, które służą formułowaniu prawa, powinny być tożsame z normami religijnymi, a szczególnie z nauczaniem Magisterium Kościoła katolickiego³. Moralnym nakazem zobowiązującym etyków oraz lekarzy do przestrzegania wykładni Kościoła jest bezwzględny szacunek dla życia ludzkiego. Istotę ludzką niezależnie od stopnia rozwoju embriogenezy należy chronić, ponieważ każdy akt skierowany przeciw życiu człowieka jest aktem agresji.

Utożsamienie aborcji z przestępstwem nie jest związane z określoną sytuacją. Radykalni protagoniści organizacji pro-life nie czynią żadnego wyjątku nawet, jeśli donoszenie ciąży zagraża życiu kobiety. Zwolennicy stanowiska konserwatywnego są przekonani, że płód od momentu zapłodnienia jest nie tylko osobą moralną, ale także osobą konstytucyjną, dlatego jego prawo do życia jest gwarantowane ustawą zasadniczą. Głoszenie przekonania, że prawo płodu do życia jest wartością absolutną, normą zarówno moralną, jak i prawną, jest powodem wielu konfliktów, a istotą sporu jest przede wszystkim brak poszanowania innych norm, takich jak zasada autonomii.

Według opinii etyków utylitarnych, którzy prezentują stanowisko liberalne, aborcja powinna być dozwolona, a już na pewno w sytuacji, kiedy ciąża zagraża zdrowiu i życiu kobiety. Sprzeciw względem podanego przykładu budziłby naturalne obiekcje u reprezentantów tego systemu etycznego, dlatego że prawo do autonomii decyzyjnej kobiety ciężarnej ma wartość o wiele wyższą niż prawo płodu do życia (Tooley, 1989, s. 45)⁴. Zdaniem utylitarystów nie każda istota

³ Zgodnie z ideą nauczania Kościoła katolickiego życie ludzkie jest darem danym od Boga. Jako znak ofiary i miłości Chrystusa każde życie jest święte, dlatego żaden człowiek nie ma w pełni do niego prawa. Stosowanie argumentu przez etyków utylitarnych, że płód jest częścią ciała kobiety, dlatego może ona uczynić wszystko zgodnie z jej wolą, zdaniem personalistów etycznych nie jest ani dobry, ani słuszny. Kobieta nie powinna traktować życia prenatalnego jak własne ciało. Jako przyszła matka powinna je chronić, a następnie wychować zgodnie z przekonaniem, że jej dziecko jest w pełni autonomiczną osobą, powołaną do życia aktem bożej miłości, tej samej, która sprawiła jej istnienie. Por. Donum Vitae (1994, s. 5); Noonan (1970, s. 45); Wojtyła (2005, s. 844).

⁴ Por. „Jeśli istota nie jest zdolna do zdania sobie sprawy z siebie jako egzystującej w czasie, nie musimy brać pod uwagę jej ewentualnego zamartwiania się o perspektywę skrócenia jej przyszłej egzystencji. Nie może martwić się o to, ponieważ nie ma pojęcia własnej przyszłości” (Singer, 2003, s. 96).

ludzka jest objęta ochroną prawa stanowionego. Według opinii Mary Anne Warren, jednej z czołowych przedstawicielek utilitaryzmu, żeby uchronić się przed jawną pułapką antropocentryzmu, należy ustalić zespół cech, które decydują o nadaniu statusu osoby. W zarysie można je opisać jako:

1. świadomość (przedmiotów i zdarzeń zewnętrznych i/lub wewnętrznych w stosunku do danej istoty), a w szczególności zdolność do odczuwania bólu;
2. rozumienie (rozwinięta zdolność rozwiązywania nowych i stosunkowo złożonych problemów);
3. samorzutna aktywność (aktywność, która jest względnie niezależna od determinacji genetycznej lub bezpośredniej determinacji zewnętrznej);
4. zdolność porozumienia się;
5. obecność pojęć dotyczących samego siebie i samoświadomości, bądź to indywidualnej, bądź to rasowej, bądź jednej i drugiej (Galewicz, 2010, s. 209).

Spełnienie wszystkich warunków ostatecznie przesądza o przypisaniu jednostce prawa do autonomii, a wraz z tym możliwości podejmowania decyzji, które będą rozwiązywały każdy spór moralny.

Ogólne scharakteryzowanie poglądów przedstawicieli etycznego personalizmu i utilitaryzmu, niestety, nie rozwiązuje problemu aborcji, a jedynie ogranicza go do wyróżnienia określonych norm etyczno-prawnych (prawa płodu do życia oraz prawa do autonomii kobiety ciężarnej) jako wartości absolutnych. Zważywszy na fakt, że w tytule artykułu odnoszę rozumienie konfliktu praw moralnych do dwóch podmiotów: kobiety oraz lekarza, to warto zastanowić się nad szerszym rozumieniem terminu „autonomia”. Prawo do autonomii nie jest przypisane wyłącznie pacjentce, ale również pracownikowi służby zdrowia. Jako jedna z zasad moralnych wchodzi w zakres praw lekarza. To, co jednak wyróżnia tę normę od innych, ma związek z jej podwójnym znaczeniem. Innymi słowy, oznacza to, że pracownik służby zdrowia może powołać się na prawo do autonomii ze względu na rolę zawodową, jaką wykonuje, ale także jako osoba prywatna. Ta sama uwaga dotyczy kobiety ciężarnej. Prawo do podejmowania decyzji przysługuje jej tak samo jak każdemu uprawnionemu podmiotowi, a oprócz tego ze względu na sytuację, w której się znajduje. Przyjęcie roli pacjentki nie powinno więc odbierać kobiecie ciężarnej możliwości korzystania ze wskazanego prawa, co nie oznacza, że zawsze (w każdej sytuacji) jej wola powinna zostać spełniona przez lekarza.

W związku z powyższym stwierdzeniem uważam, że ustalenie zakresu stosowania prawa do autonomii zarówno przez jednostkę prywatną, jak i instytucję, którą reprezentują dyrekcja szpitala, ginekolodzy, pielęgniarki i położne, jest

dzisiaj jednym z ważniejszych bioetycznych problemów. Jestem zdania, że istnieje konieczność redefinicji pojęcia „autonomii”, ponieważ nie zawsze jest ona dobrze rozumiana i właściwie stosowana.

W klasycznej literaturze bioetycznej, np. w książce pt. *Zasady etyki medycznej* Toma L. Beauchampa i Jamesa F. Childressa, pojawia się stwierdzenie, że autonomia obok prawa do nieszkodzenia, dobroczynności oraz sprawiedliwości konstruuje pryncypializm etyczny. Zdaniem autorów wymienione zasady są obowiązującymi regułami *prima facie*, czyli nie są one wartościami absolutnymi, jeśli w trakcie prezentacji odmiennych stanowisk etycznych nie można wypracować wspólnego konsensusu. Konflikt praw moralnych sprawia, że choć wskazane zasady mają wartość ogólną i bezwzględną w określonym systemie etycznym, to w sytuacji, kiedy racje zwolenników i przeciwników tworzą przeciwstawne ugrupowania (jak ruch *pro life* oraz organizacja *pro choice*), przestają one mieć wartość powszechnego obowiązku. Dominacja jednych norm nad drugimi obliguje do dokonania bilansu kolidujących ze sobą obowiązków *prima facie*. Oczywiście w takiej sytuacji wybór jednej normy wiąże się z naruszeniem pozostałych, ale jest to konieczne ze względu na minimalizację negatywnych skutków i maksymalizację dobrych.

Beauchamp i Childress zakładają zatem, że autonomia może stracić na wartości absolutnej, jeśli w danej sytuacji będą przeważać inne racje. Prezentowana interpretacja zasad etycznych, niestety, jest pełna nieścisłości. Nie wiemy, jaki rodzaj racji miałyby nas przekonać. Czy ten pochodzenia indywidualnego czy instytucjonalnego? Swoje wątpliwości opieram na definicji autonomii przedstawionej w książce przez jej autorów: autonomia oznacza niezależność jednostki zarówno od przymusu ze strony innych, jak i od wewnętrznych ograniczeń uniemożliwiających rzeczywisty wybór, czego przykładem może być brak należytej zdolności pojmowania (Beauchamp, Childress, 1996, s. 132). Pojęcie autonomii wyjaśnione przez autorów jest ukazane wyłącznie w wąskim znaczeniu. Jako koncepcja wolności od zewnętrznych i wewnętrznych ograniczeń jest ona rozumiana negatywnie. Człowiek, który chce postępować zgodnie z własnym światopoglądem oraz oczekiwaniami, nie powinien uzależniać swojego zdania od opinii innych podmiotów. Powinien on odrzucić wolę osób trzecich, jeśli oni chcieliby narzucić jemu określone postępowanie. Jedyny wyjątek od wskazanej reguły stanowią przypadki np. pacjentów o umiarkowanej bądź trwałej niepełnosprawności, których życie zależne jest częściowo bądź w pełni od pomocy opiekunów.

Autonomia według Beauchampa i Childressa została więc wyjaśniona w sposób zbliżony do anglosaskiej tradycji liberalnej, a zatem zgodnie z etycznymi poglądami Johna Stuarta Milla i Jeremiego Benthamu, którzy kładli duży nacisk

na wolność jednostki od zewnętrznego przymusu (Mill, 1959, s. 46–59). Obawiam się jednak, że stosowanie wskazanego rozumienia autonomii w celu rozwiązania problemów natury moralnej może okazać się nieskuteczne. Zarzut ten kieruje nie tylko w stronę nadgorliwej troski o zachowanie własnej, światopoglądowej niezależności w sytuacji, kiedy inne jednostki może niekoniecznie chcą narzucić, ale przekonać rozmówcę do przyjęcia odmiennego punktu widzenia, który może być dla niego bardziej korzystny, lecz przede wszystkim, że nie dostrzega się pozytywnego znaczenia prawa do autonomii, które skłania do racjonalnych zachowań.

Zdaniem Kazimierza Szewczyka unieważnienie drugiego, „pozytywnego” sensu autonomii ma związek z błędną interpretacją poglądów I. Kanta (Szewczyk, 2009, s. 91–93). Niemiecki uczony regułę poszanowania autonomii wyraził w imperatywie kategorycznym: „Postępuj tak, byś człowieczeństwa tak w twej osobie, jako też w osobie każdego innego używał zawsze zarazem jako celu, nigdy tylko jako środka” (Kant, 1984, s. 62). Zdaniem królewieckiego filozofa moralności nie da się uzasadnić w doświadczeniu, dlatego w poszukiwaniu jej podstaw należy zwrócić się do czystych pojęć apriorycznych. Naczelnej maksymy postępowania, normy moralno-prawnej powinniśmy więc szukać w istocie naszego człowieczeństwa, które konstruuje pojęcie osoby. Kant nie był utilitarystą, lecz twórcą deontologii, dlatego nie podzielał zdania, że maksymalizacja zysków sprzyja realizacji indywidualnego szczęścia. Niemiecki filozof to, co subiektywnie dobre, porzucił ze względu na to, że chęć realizacji poszczególnych celów może być źródłem społecznych napięć i konfliktów, a przecież skoro jesteśmy istotami obdarzonymi wskazanymi przez Mary Anne Warren cechami deskryptywnymi (np. świadomością czy rozsądkiem), to dlatego, żeby czynić z nich użytek na rzecz realizacji powszechnego dobra.

Kant był więc przekonany, że to, co jest dobre dla większości ludzi, będzie też dobre dla każdego z osobna, dlatego stwierdził, że wolna wola człowieka powinna być poddana naczelnej władzy rozumu. Tylko on bowiem może ustalać ważność norm oraz rozstrzygać konflikty praw moralnych. W przedstawionej przez Beauchampa i Childresa definicji autonomii brakuje powyższego stwierdzenia. Zawężenie rozumienia autonomii do wolności od zewnętrznych i wewnętrznych ograniczeń nie daje możliwości ustalenia zakresu stosowania tego prawa w różnych sytuacjach. Amerykańscy bioetycy, wyrażając stwierdzenie, że władza i autonomia wzajemnie się wykluczają, uważają, że swobodne i dobrowolne poddanie się instytucjom czy tradycjom religijnym świadczy o podporządkowaniu się określonej władzy i utracie autonomii, a przecież nie zawsze tak być musi. Osoba, która samodzielnie podjęła decyzję np. o przyjęciu wyznania, będzie postępowała zgodnie z jej normami

religijnymi⁵. Wola tej osoby zostanie poddana sile autorytetu. Podobnie uczyni lekarz, kiedy w trakcie złożenia Przysięgi Hipokratesa składa obietnicę leczenia i nieszkodzenia pacjentom. Te przykłady wyjaśniają znaczenie deontonomii. Kantowskie ujęcie moralności pozwala więc zrozumieć, jak funkcjonują przepisy prawa stanowione ze szczególnym uwzględnieniem prawa medycznego.

2. MEDYCZNA KLAUZULA SUMIENIA JAKO KATEGORIA PRAWNA

Różnego rodzaju dokumenty medyczne, ustawy, które zostały napisane z myślą o regulacji relacji lekarz–pacjent, mają ułatwić postępowanie medyczne w różnych często trudnych sytuacjach, np. kiedy ze względów światopoglądowych lekarz odmawia przeprowadzenia zabiegu aborcji. Zgodnie z zasadami deontonomii w celu rozwiązania wskazanego konfliktu należy powołać się na treść medycznej klauzuli sumienia. W polskim prawie medycznym istnieją określone przepisy, które regulują postawę lekarza/położnej i pielęgniarki w sytuacji, kiedy wskazani pracownicy medyczni odmawiają wykonania określonego świadczenia ze względu na to, że jest ono niezgodne z ich sumieniem. W polskim prawie klauzula sumienia zawarta jest w art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (1996) oraz w art. 12 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (2011) (Karczewska, Nesterowicz, 2015). Oto treść wymienionych dokumentów:

Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym, że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący ów zawód na podstawie stosunku pracy w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego (Internetowy system aktów prawnych, 1996).

Pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz innego świadczenia medycznego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności, o których mowa w ust.1 (ibidem, 2011).

⁵ „Świadek Jehowy uznając autorytet swojej religii, nie zgadza się na zalecaną mu transfuzję krwi, a kobieta należąca do Kościoła katolickiego nie bierze pod uwagę możliwości aborcji” (Beauchamp, Childress, 1996, s. 135).

Wskazane artykuły zawierają informację na temat:

- a) świadczeń medycznych (obowiązkowych);
- b) niezgody sumienia jako powodu rezygnacji z przeprowadzenia określonej procedury medycznej;
- c) warunków, które lekarz, pielęgniarka lub położna muszą zawsze przestrzegać, jeśli chcą powołać się na medyczną klauzulę sumienia;
- d) świadczeń medycznych (nieobowiązkowych).

W sytuacji, kiedy pacjentka wyraża wolę przeprowadzenia aborcji, a lekarz z przyczyn religijnych odmawia wykonania zabiegu, pojawia się pytanie: czy zawsze, niezależnie od sytuacji, lekarz może wyrazić swój sprzeciw, powołując się na medyczną klauzulę sumienia? Jeśli chcemy udzielić właściwej odpowiedzi na zadane pytanie, to należy rozważyć (zgodnie z założeniami deontologii), z jakiego rodzaju świadczeń medycznych, z jakiej przyczyny, a także w jakich okolicznościach lekarz może zrezygnować.

Ogólnie świadczenia medyczne dzielą się na obowiązkowe oraz dozwolone. Włodzimierz Galewicz w artykule *Jak rozumieć medyczną klauzulę sumienia?* informuje, że powodem niezgody między pacjentką a lekarzem jest brak ustalonego zakresu między świadczeniami obowiązkowymi a dozwolonymi (Galewicz, 2012, s. 137–141). Ze względu na tę nieścisłość możemy przyjąć wąskie lub szerokie rozumienie stosowania określonych procedur medycznych.

W obowiązującym prawie medycznym jednym z najważniejszych dokumentów regulujących postępowanie lekarza w kwestii aborcji jest art. 4a ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (1993). Zgodnie z ustawą w trzech sytuacjach wyłącznie lekarz może przeprowadzić zabieg aborcji:

1. ciąża stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia kobiety ciężarnej,
2. badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu,
3. zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (Internetowy system aktów prawnych, 1993).

W Polsce przeprowadzenie aborcji bez względu na podanie przyczyny jest prawnie zakazane. Kobieta, która domaga się od lekarza wykonania zabiegu wyłącznie na jej własne życzenie, zapewne spotka się z odmową. Pacjentka nie powinna wymuszać na lekarzu podjęcia decyzji i działań wyłącznie zgodnych z jej wolą, ponieważ naraża pracownika służby zdrowia na sankcje prawne. W opisywanej sytuacji lekarz ma nie tylko przyzwolenie, ale także prawo odmowy. Jeśli ustanowione regulacje nie zezwalają na aborcję ze względu na życzenie pacjentki,

to specjalista medyczny, niezależnie od kwestii światopoglądowych, powinien odmówić. Prawo do odmowy, tak samo jak prawo do działania, jest wpisane w kodeks etyki oraz poddane jurysdykcji, dlatego pracownik opieki zdrowotnej nie musi powoływać się na medyczną klauzulę sumienia, żeby wyrazić swój sprzeciw.

Inny przykład stanowi sytuacja, w której pacjentka domaga się przerywania ciąży z przyczyny regulowanej ustawą o planowaniu rodzinnym, a lekarz z powodów etycznych jej odmawia. Czy ma do tego prawo? Zgodnie z argumentacją Mirosława Nesterowicza i Natalii Karczewskiej należy przyjąć, że:

Lekarz w zakładzie leczniczym może odmówić dokonania zabiegu przerywania ciąży, powołując się na klauzulę sumienia w przypadku, gdy ciąża jest wynikiem przestępstwa (np. gwałtu czy kazirodztwa, co stwierdza prokurator), albo gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu, albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (art. 4a ust.1 pkt 2 i 3 ustawy z 7 I 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży). Lekarz nie może natomiast powołać się na klauzulę sumienia w przypadku, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej (art. 4a ust.1 pkt 1 cyt. ustawy „antyaborcyjnej”) (Karczewska, Nesterowicz, 2015).

Nesterowicz i Karczewska wyraźnie przyjmują wąskie rozumienie medycznej klauzuli sumienia. Według ich opinii w sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentki, lekarz jest ustawowo zobowiązany do przeprowadzenia aborcji. Wykonanie zabiegu jest świadczeniem obowiązkowym, dlatego że ratowanie zdrowia i życia kobiety przewyższa inne racje. Powołanie się na medyczną klauzulę sumienia jest niemożliwe zgodnie z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, którego treść brzmi następująco:

Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować jej niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (Internetowy system aktów prawnych, 2015d)⁶.

⁶ Por. Ordon, Pawlikowski, Stanisław (2014).

Ratowanie zdrowia i życia kobiety jest normą moralną i prawną dla lekarza. Pracownik służby zdrowia niezależnie od przekonań religijnych, np. uznania prawa płodu do życia, jest zobowiązany udzielić pomocy lekarskiej pacjentce i nie może odstąpić od działania. Niebezpieczeństwo utraty zdrowia i życia pacjenta jest przypadkiem niecierpiącym zwłoki, dlatego lekarz musi postępować zgodnie z procedurą medyczną.

Pozostałe z wymienionych regulacji to świadczenia dozwolone, dlatego z przyczyny niezgody sumienia lekarz ma prawo do odmowy ich wykonania.

Wyjaśnienie stosowania medycznej klauzuli sumienia przez Nesterowicza i Karczewską budzi moje zastrzeżenia. Ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie płodu jest tak samo ważnym powodem jak utrata zdrowia i życia kobiety ciężarnej. Podobnie odnoszę się do sytuacji, kiedy ciąża powstała w wyniku przestępstwa. Moje obawy budzi sytuacja, w której lekarz odstępuje od wykonania określonego świadczenia medycznego, np. przerywania ciąży ze wskazanych w ustawie powodów, a następnie zgodnie z warunkami (odmowy) informuje o tym pacjentkę, przełożonego oraz sporządza raport. Ze względu na zaistniałą sytuację powinien wskazać innego lekarza, który postąpi zgodnie z prawem do autonomii pacjentki.

W codziennej praktyce medycznej zdarza się, że doktor, który przejmuje opiekę nad pacjentką po zapoznaniu się z pozostawioną przez poprzedniego lekarza dokumentacją medyczną, postępuje podobnie – odsyła pacjentkę do następnego specjalisty. W Polsce zabieg przerywania ciąży tylko w niektórych przypadkach jest prawnie dozwolony, dlatego ważna jest szczegółowa znajomość przepisów prawa medycznego i kodeksu etyki lekarskiej przez lekarzy. Ustalenie czasu, do którego można przerwać ciążę, do dziś budzi liczne spory. Najczęściej zabieg aborcji przeprowadza się w pierwszym trymestrze, ale istnieją również szczególne sytuacje jak wcześniej wskazana (kiedy ciąża zagraża zdrowiu i życiu kobiety), a wtedy usunięcie ciąży można przeprowadzić nawet w bardziej zaawansowanym jej stadium – zanim płód nie osiągnie dojrzałości, czyli nie uzyska zdolności do samodzielnego życia poza organizmem rodicielki⁷. Kiedy wyznaczony termin zostanie przekroczony, nie jest możliwe nawet zgodnie z ustawą ubiegać się o legalną aborcję.

W takiej sytuacji wprawdzie lekarze nadużywają prawa, ale jak sami argumentują, nie czynią niczego, co byłoby sprzeczne z ich przekonaniami. Samo

⁷ „W Polsce realna granica wiekowa, przy której w dobrze wyposażonych oddziałach intensywnej terapii wcześniaki mają szanse na przeżycie, sytuuje się w okolicach 25–27 tygodnia życia płodowego” (Szewczyk, 2009, s. 242).

wskazanie lekarza, który przeprowadziłby ten zabieg, również byłoby niezgodne z ich sumieniem⁸.

Przedstawiona sytuacja jest niepokojąca, dlatego że niektórzy pracownicy medyczni mogą naruszyć prawo do autonomii pacjentki, a przy tym podejmować działania skrajnie paternalistyczne z pełną świadomością wykorzystywania luk prawnych do własnych celów. Moim zdaniem, żeby rozwiązać problem aborcji, należy więcej uwagi poświęcić rozumieniu medycznej klauzuli sumienia i prawa do autonomii. Uszanowanie woli pacjentki przy jednoczesnym respektowaniu prawa do wolności sumienia lekarza jest możliwe, jeśli zostanie wprowadzony akt sprzeciwu ginekologa odnośnie do wykonania zabiegu aborcji w stosownym rejestrze. Wgląd w treść dokumentu mogliby mieć zarówno pracownicy służby zdrowia, jak i pacjenci. Osoby zainteresowane kwestią światopoglądu religijnego określonego lekarza uzyskaliby tę informację na mocy zaświadczenia. Wprowadzenie rejestru pomogłoby zarówno pracownikom medycznym, jak i pacjentom. Lekarz mógłby wykonywać swój zawód bez obciążeń sumienia i zgłaszania obiekcji etycznych, a pacjenci sami decydowaliby o wyborze specjalisty.

Ponadto uważam, że wąskie ujęcie medycznej klauzuli sumienia mogłoby być zastosowane w odniesieniu do podania przyczyny rezygnacji z przeprowadzenia określonej procedury medycznej. Obecnie przyjmuje się, że wyłącznie na mocy niezgody sumienia uzasadnione jest odstąpienie od podjęcia działania. Obecna ustawa nie zezwala na sytuację, w której powodem odmowy nie są kwestie światopoglądowe, lecz wiedza i doświadczenie zawodowe. Przykładowo lekarz (neonatolog), który opiekuje się ciężko chorym pacjentem, uważa zgodnie z zasadami etyki tradycyjnej, a także złożoną przysięgą, że w każdej sytuacji, która zagraża zdrowiu i życiu pacjenta jest on zobowiązany do udzielenia niezwłocznej pomocy choremu. To przekonanie podzielają np. rodzice hospitalizowanego dziecka. Uważają oni, że lekarz powinien zawsze ratować życie drugiego człowieka. Gdyby stan zdrowia pacjenta radykalnie się pogorszył, może zdarzyć się, że neonatolog zrezygnuje ze świadczenia usług medycznych, czyli odstąpi od stosowania metod nadzwyczajnych, ponieważ wie, że nie jest już w stanie pomóc choremu. W takiej sytuacji bliscy pacjenta najczęściej są oburzeni postawą lekarza i domagają się ukarania winnego poprzez zgłoszenie pozwu do sądu.

⁸ W Polsce w ostatnich latach ponownie rozgorzał spór na temat aborcji, tym razem z powodu odmowy wykonania zabiegu przerwania ciąży u pacjentki, u której były do tego określone wskazania. Prof. B. Chazan jeszcze jako dyrektor szpitala Świętej Rodziny w Warszawie, korzystając z klauzuli sumienia, uznał, że nie tylko przeprowadzenie zabiegu aborcji jest sprzeczne z jego prywatnym światopoglądem, ale również wskazanie innego lekarza. Por. Krzyżak (2015).

Czy w tej sytuacji obecne przepisy umożliwiają lekarzowi skorzystanie z medycznej klauzuli sumienia w celu odstąpienia od leczenia pacjenta? Nie. Rezygnacja jest możliwa tylko z powodu religijno-etycznych. W opisywanym przykładzie lekarz podziela poglądy np. rodziców chorego dziecka i uważa, że zawsze powinien ratować pacjenta. Jednak z uwagi na pogarszający się stan zdrowia chorego, który jest bliski śmierci stwierdza, że dalsze leczenie jedynie przysporzyłoby dodatkowych i niepotrzebnych cierpień, a nie przywróciłoby zdrowia, dlatego rezygnuje ze stosowania metod nadzwyczajnych.

Wprowadzenie szerokiego ujęcia podania powodu rezygnacji z przeprowadzenia określonej procedury medycznej dałoby prawne przyzwolenie na podjęcie przez lekarza decyzji na temat metody leczenia lub zaniechania działania ze względu na wiedzę, doświadczenie medyczne i stan zdrowia chorego. Niezgoda sumienia została by więc uzupełniona o inne przyczyny. Lekarz w kwestiach zawodowych mógłby nie tylko w pełni wyrażać własne przekonania religijne, lecz także realizować się zawodowo. Ponadto szerokie ujęcie procedur medycznych również spełniałoby założenia definicji autonomii według I. Kanta.

3. PODSUMOWANIE

Niewłaściwe rozumienie medycznej klauzuli sumienia przysparza dzisiaj wielu trudności zarówno lekarzom, jak i pacjentom. Osoby chore oraz wymagające opieki terminalnej obawiają się, że wskazana norma prawnie chroni lekarza, który rezygnuje z przeprowadzenia określonego zabiegu ze względu na zgłoszone obiekcje etyczne. Uważają oni, że pracownik służby zdrowia, który odstępuje od wykonania określonej procedury medycznej, nie tylko wyraża przyzwolenie paternalistycznego traktowania chorych, ale co najgorsze odbiera im prawo do wyrażania własnych przekonań, czyli nie szanuje godności drugiego człowieka. Lekarze natomiast odczuwają niepokój przed pomówieniami oraz oskarżeniami, które sprowadzone na drogę sądową mogłyby odebrać im prawo do wykonywania zawodu.

Prawo do obrony własnych przekonań, zgodnie z przyjętym systemem deontologii, ma każdy zarówno lekarz, jak i pacjent. Jednak nie należy zapomnieć (zgodnie z wypracowaną przez Kanta definicją autonomii), że celem każdego człowieka jest postępowanie zgodne z imperatywami hipotetycznym i kategorycznym. W życiu należy kierować się wartościami, które mają moc powszechnego obowiązku. W codziennej praktyce medycznej zasady etyczne Kanta konstruują kodeks etyki lekarskiej. Poszanowanie godności pacjenta, nieszkodzenie, zachowanie

wanie tajemnicy lekarskiej to reguły, które są ogólnymi normami postępowania pracownika opieki zdrowotnej. Odstąpienie od ich respektowania jest tożsame z niewykonaniem świadczeń obowiązkowych. Lekarz, który rozumie zależność prawa medycznego od systemu deontologii, akceptuje zasady, które są maksymami jego codziennego postępowania, i wie, że ich nieprzestrzeganie ma prawne konsekwencje.

Sytuacji moralnie problemowych w służbie zdrowia nigdy nie brakuje. Nawiązanie dobrych relacji między lekarzem a pacjentem opartych na zaufaniu i wzajemnym szacunku często należy do jednych z najtrudniejszych zadań. Jeśli postępowanie obojga stron ma obrać właściwy kierunek, to nie należy zapomnieć o autonomii drugiego człowieka. Respektowanie odmiennego punktu widzenia wyrażonego w przekonaniach religijnych lub etycznych jest słuszną metodą rozwiązywania problemów.

Literatura:

- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (1996). *Zasady etyki medycznej*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Donum Vitae (1994). *Instrukcja o szacunku dla rodzącego się ludzkiego życia i o godności jego przekazywania*. Wrocław.
- Galewicz, W. (red.). (2010). *Początki ludzkiego życia. Antologia Bioetyki, tom 2*. Kraków: UNIVERSITAS.
- Galewicz, W. (2012). Jak rozumieć medyczną klauzulę sumienia? *Diametros*, 34, s. 137–141.
- Internetowy system aktów prawnych (1993). Pobrane z: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19930170078>.
- Internetowy system aktów prawnych (1996). Pobrane z: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19970280152>.
- Internetowy system aktów prawnych (2011). Pobrane z: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111741039>.
- Kant, I. (1984). *Uzasadnienie metafizyki moralności*. Warszawa: PWN.
- Karczewska, N., Nesterowicz M. (2012). Stosowanie klauzuli sumienia (kwestia prawa a faktu). Pobrane z: http://www.ptb.org.pl/pdf/nesterowicz_karczewska_klauzula_1.pdf.
- Kipke, K. (2001). *Mensch und Person. Der Begriff der Person in der Bioethik und die Frage nach dem Lebensrecht aller Menschen*. Berlin: Logos Verlag.
- Krzyżak, T. (2015). Sumienie jest też dla lekarza. Pobrane z: <http://www.polskieradio.pl/5/3/Artykul/1397469,Ruszył-proces-ws-odwołania-prof-Bogdana-Chazana-Brakuje-mi-szpitala-Chce-wrocic>.
- Mill, J.S. (1959). *Utylitaryzm*. Warszawa: PWN.

- Noonan, J.T., Jr. (red.). (1970). *The Morality of Abortion: Legal and Historical Perspectives*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ordon, M., Pawlikowski, J., Stanisław, P. (red.). (2014). *Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Singer, P. (2003) *Etyka praktyczna*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Szewczyk, K. (2009). *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*. Warszawa: PWN.
- Tooley, M. (1989). *Abortion and Infanticide*. W: R.M. Baird, S.E. Rosenbaum (red.), *The Ethics of Abortion* (s. 45). New York.
- Warren, M.A. (1977). *On the Moral and Legal Status of Abortion*. W: J. Arras, R. Hunt, (red.), *Ethical Issues in Modern Medicine* (s. 163, 170). California.
- Wojtyła, K. (2005). *Encykliki Ojca Świętego Jana Pawła II*. Kraków: Znak.