

MEDYCZNE, ETYCZNE I PRAWNE ASPEKTY SPRZECIWU SUMIENIA W PRAKTYCE MEDYCZNEJ

pod redakcją
Władysława Sinkiewicza i Rafała Grabowskiego



**MEDYCZNE, ETYCZNE
I PRAWNE ASPEKTY
SPRZECIWU SUMIENIA
W PRAKTYCE MEDYCZNEJ**



Publikacja dofinansowana z budżetu Województwa Kujawsko-Pomorskiego

MEDYCZNE, ETYCZNE
I PRAWNE ASPEKTY
SPRZECIWU SUMIENIA
W PRAKTYCE MEDYCZNEJ

pod redakcją
Władysława Sinkiewicza i Rafała Grabowskiego

Komisja Bioetyczna BIL
Collegium Medicum UMK

B y d g o s z c z 2 0 1 5

RECENZENCI:

Prof. dr hab. Anna Latos-Bieleńska – Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Prof. dr hab. Marian Machinek – Uniwersytet Warmińsko-Mazurski

KOREKTA:

Hanna Borawska

PROJEKT OKŁADKI:

Iwona Dombrowska

Bydgoska Izba Lekarska
Komisja Bioetyczna
ul. Powstańców Warszawy 11
85-681 Bydgoszcz
tel./fax (52) 376-30-06

WYDAWCA, REALIZACJA POLIGRAFICZNA:

Dom Wydawniczy MARGRAFSEN
85-808 Bydgoszcz, ul. Białogardzka 13

ISBN 978-83-63921-31-6

S p i s t r e ś c i

Wprowadzenie.

Sprzeciw sumienia podstawowym prawem lekarza

Władysław Sinkiewicz 7

Sumienie i jego wolność

Piotr Kieniewicz MIC13

Klauzula sumienia w medycynie – gwarancja czy ograniczenie wolności sumienia pracowników ochrony zdrowia?

Andrzej Zoll27

Kontrowersyjna klauzula sumienia

Michał Królikowski43

Funkcjonowanie klauzuli sumienia w krajowej praktyce lekarskiej

Małgorzata Chudzińska

Anna Grzanka-Tykwińska55

Polskie prawo ogranicza stosowanie klauzuli sumienia

(klauzula sumienia w świetle aktualnych przepisów

a postulaty samorządu lekarskiego)

Maciej Hamankiewicz69

Obowiązek sprzeciwu sumienia farmaceutów

Tomasz P. Terlikowski83

Obecność pielęgniarek, położnych oraz diagnostów laboratoryjnych w polskiej debacie dotyczącej klauzuli sumienia

Błażej Kmieciak97

Konflikt sumienia w poradnictwie genetycznym	
Alina T. Midro	123
Aspekty światopoglądowe sprzeciwu sumienia	
Marek Czarkowski	141
Post scriptum	157
Noty o autorach	163

WŁADYSŁAW SINKIEWICZ

Wprowadzenie. Sprzeciw sumienia podstawowym prawem lekarza

Spółczeństwa, które przeżyły zniewolenie systemami totalitarnymi, bardziej niż inne ceniły sumienie. Sumienie było zawsze symbolem osobistej wolności, synonimem postawy niezależności wobec zewnętrznego nacisku, nawet jeżeli miałyby to oznaczać utratę wielu cennych dóbr, stanowisk, dostępu do władzy. Ludzie sumienia zawsze byli szanowani, jako ci nieliczni, którzy dzięki swojej odwadze i determinacji pokazywali publicznie, co znaczy żyć godnie.

W ostatnich miesiącach zostały opublikowane dwa dokumenty, będące świadectwem sporu, którego intensywność wzrosła w ostatnich kilku latach i który może już wkrótce mocno wpłynąć na kształt służby zdrowia. Dotyczy to wydanego w listopadzie 2013 r. oświadczenia Komitetu Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk dotyczącego tzw. klauzuli sumienia oraz opublikowanego w grudniu 2013 r., a będącego reakcją na poprzedni dokument stanowiska Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. bioetycznych.

Członkowie Komitetu Bioetyki wyrazili zaniepokojenie tym, że lekarze w wykonywaniu swej pracy rzekomo zbyt

często i zbyt pochopnie powołują się na klauzulę sumienia, tzn. odmawiają świadczeń, które w sumieniu uznają za sprzeczne z powołaniem lekarza. Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem i etosem lekarskim, prawo lekarza do odmowy świadczeń na podstawie sprzeciwu sumienia jest dopuszczalne, chyba że chodzi o sytuację zagrożenia życia i zdrowia pacjenta oraz inne przypadki niecierpiące zwłoki. Właśnie to ostatnie zastrzeżenie, ze względu na bardzo szerokie sformułowanie, daje pole do roszczeń, które utrudniałyby, a czasem wręcz uniemożliwiłyby powołanie się lekarza na klauzulę sumienia. Do takich przypadków niecierpiących zwłoki miałyby należeć przede wszystkim usługi związane z tzw. prawami reprodukcyjnymi. Za wyrażeniem tym kryje się prawo do wszelkich świadczeń związanych z antykoncepcją i aborcją. Pojęcie praw reprodukcyjnych jest tworem promowanym przez środowiska proaborcyjne i pod ich wpływem znajduje się ono w coraz liczniejszych dokumentach międzynarodowych. Taktyka ta ma doprowadzić do wprowadzenia praw reprodukcyjnych do katalogu podstawowych praw człowieka. Wtedy odmowa realizacji takiego świadczenia przez lekarza oznaczałaby pogwałcenie podstawowych praw człowieka, a więc – jak to interpretuje Europejski Trybunał Praw Człowieka – naruszenie zakazu tortur oraz nieludzkiego i poniżającego traktowania.

Zespół Ekspertów KEP zdecydowanie sprzeciwia się takiej interpretacji. Nie tylko redukuje ona sumienie do rangi świata własnych wartości, do jakiejś niezdrowej nadwrażliwości, ale każe postrzegać sięganie lekarza po klauzulę sumienia jako brak kompetencji bądź sprzeniewierzenie się obowiązkom, a nawet pewną formę okrucieństwa. Jak piszą eksperci KEP: „(...) stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN prowadzi do degradacji zawodu lekarza, który w zakresie tzw. praw reprodukcyjnych, czyli oczekiwań związanych z regulacją poczęć i przerywaniem ciąży, zostaje sprowadzony do roli dostawcy »medycyny

żyć»”. W swoim stanowisku eksperci podkreślają, że lekarzowi nie można narzucić obowiązku wystawiania recept na środki o wyraźnym działaniu przeciwwzagnieżdzeniowym, a także środki antykoncepcyjne, gdy brak jest wyraźnego celu terapeutycznego. Również farmaceuta nie może być prawnie zobowiązany do realizacji tego typu recepty. Nie ma też obowiązku przekazywania informacji, która może prowadzić do dokonania aborcji.

Kością niezgody jest m.in. niejasna kwestia klauzuli sumienia aptekarzy. W prawie regulującym zasady wykonywania tego zawodu nie ma zapisów na temat klauzuli sumienia, dlatego też Komitet Bioetyki PAN odmawia farmaceutom prawa do powoływania się na nią.

Mimo to aptekarze już dziś powołują się na klauzulę sumienia. Jak wynika z przeprowadzonych badań, robi to, bądź byłoby gotowe to zrobić, kilkanaście procent aptekarzy. Przede wszystkim odmawiają oni sprzedaży środków antykoncepcyjnych, ale także szczepionek wyprodukowanych z wykorzystaniem tkanek abortowanych dzieci, środków homeopatycznych czy uzależniających.

Ze sprzeciwem sumienia mamy do czynienia także wśród pielęgniarek i położnych. O ich dylematach moralnych mówi się rzadziej niż w wypadku lekarzy, tymczasem i one często znajdują się w sytuacji nie do pozazdroszczenia. Zgodnie z prawem swój sprzeciw muszą wyrazić lekarzowi, który zleca im wykonanie procedury, oraz pacjentowi. Z badań przeprowadzonych przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie wśród lubelskich pielęgniarek i położnych wynika, że 84 proc. z nich nigdy nie korzystało z klauzuli sumienia, ale prawie co trzecia znalazła się w sytuacji konieczności realizacji świadczenia zdrowotnego, które było niezgodne z jej sumieniem. Często mamy tu do czynienia z „cichym” sprzeciwem. Pielęgniarki proszą przełożonych o wyznaczenie kogoś innego do danej czynności, ustawiają swój grafik pod tym kątem, przenoszą się na inny oddział.

Zawarte w obu wspomnianych dokumentach diametralnie odmienne oceny są czymś więcej niż jedynie konfliktem stanowisk w jakichś drugorzędnych kwestiach etycznych. Wskazują one raczej na pogłębiający się konflikt między zupełnie odmiennymi wizjami świata i cywilizacji. Kiedy Jan Paweł II pisał o dwóch cywilizacjach: cywilizacji życia i cywilizacji śmierci, dla wielu obserwatorów jego słowa były raczej swego rodzaju kaznodziejską retoryką niż rzeczywistą analizą sytuacji świata. Tymczasem tzw. standardy międzynarodowe dotyczące obszaru medycyny coraz mniej przypominają służbę zdrowia. Dobrze, że oświadczenia promujące „medycynę życzeniową” nie są jedynymi głosami na ten temat w przestrzeni publicznej.

Klauzula sumienia nie dotyczy tylko polskich lekarzy. Sprawa korzystania z klauzuli sumienia została podjęta w Rezolucji nr 1963 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z 7 października 2010 r. Rezolucję tę otwiera wyrażenie przekonania, że „żadna osoba, szpital ani instytucja nie może być przymuszona, pociągana do odpowiedzialności ani w żaden sposób dyskryminowana z powodu odmowy przeprowadzenia, udzielenia, asystowania lub podporządkowania się wykonaniu aborcji, spowodowania poronienia lub przeprowadzenia eutanazji albo jakiegokolwiek innego czynu, który mógłby spowodować śmierć ludzkiego embrionu lub płodu z jakiegokolwiek przyczyny”. Akt ten został, co prawda, przyjęty niewielką przewagą głosów, ale według inicjatorów miał służyć przeciwnym celom. Należy podkreślić, że w ogłoszonej wersji tego dokumentu, obok potwierdzenia prawa do sprzeciwu sumienia, akcentuje się również odpowiedzialność państwa za zagwarantowanie pacjentom „dostępu do zalegalizowanych świadczeń medycznych”. Szacunek dla lekarskiego prawa do postępowania zgodnie z własnym sumieniem pozostaje jednak wyraźny i jednoznacznie sformułowany.

Polaryzacja stanowisk dotycząca prawa do korzystania z klauzuli sumienia oraz żywa atmosfera prowadzonej debaty wyraźnie wskazują, że jako społeczeństwo mamy problem, z którym musimy się uczciwie zmierzyć. Do państwa należy podejmowanie działań, które są uznane za prawnie dopuszczalne, jednakże uwzględniając przestrzeganie wolności sumienia i wyznania/religii jako jednych z podstawowych praw i podstaw ładu demokratycznego, należy stwierdzić, że tego celu nie wolno osiągać kosztem łamania niczyjego sumienia. Propozycje, aby ginekolodzy, którzy nie chcą się angażować w przerywanie ciąży, nie wybierali tego zawodu lub od niego odchodzili, łamią podstawowe prawa obywatelskie, w tym prawo do stosowania sprzeciwu sumienia, i budzą zdecydowany sprzeciw. Od takich rozwiązań odciął się również Europejski Trybunał Praw Człowieka w jednym z wyroków z 15 stycznia 2013 r.: „(...) zważywszy na znaczenie w demokratycznym społeczeństwie wolności wyznania, Trybunał stwierdza, że wówczas, gdy jednostka zaskarża ograniczenia wolności wyznania w miejscu pracy, lepszym stanowiskiem – zamiast stwierdzenia, że możliwość zmiany pracy znosi wszelkie ingerencje w to prawo – będzie uwzględnienie takiej możliwości w ogólnym rozrachunku równowagi przy badaniu, czy dane ograniczenie było proporcjonalne”.

Zabijanie życia poczętego jak również w każdej innej fazie rozwoju sprzeciwia się powołaniu lekarza, a możliwości podejmowania działań, które są uznane za dopuszczalne zgodnie z obowiązującym prawem i ustawami, można osiągnąć w różny sposób, bez łamania lekarskich sumień.

Sumienie i jego wolność

Dyskusja nad wolnością sumienia wybuchła ze zdwojoną siłą po powołaniu się na prawo do sprzeciwu sumienia przez prof. Bogdana Chazana i w konsekwencji – po zwolnieniu go ze stanowiska dyrektora Szpitala im. Świętej Rodziny w Warszawie. Zaangażowały się w nią liczne autorytety różnego autoramentu, począwszy od specjalistów w zakresie etyki i teologii moralnej, poprzez prawników i lekarzy, po polityków, dziennikarzy i celebrytów wszelkiej maści¹. Siłą rzeczy jakość tej dyskusji była niezwykle zróżnicowana, tak w zakresie meritum sprawy, jak i poziomu wypowiedzi. Pomijając przejawy całkowitego pojawiającego się braku kompetencji, wybuchów emocji i wycieczek personalnych, można by usystematyzować wypowiedzane argumenty w kilku grupach.

¹ Nie sposób przytoczyć wszystkich czy nawet tylko wszystkich znaczących dla dyskusji wypowiedzi. Ze względu na charakter publikacji trzeba jednak wskazać dwie wypowiedzi Andrzeja Szostka MIC wraz z towarzyszącymi im komentarzami. Pierwsza miała charakter wywiadu udzielonego Polskiej Agencji Prasowej 11.06.2014, [online], [dostępny: <http://www4.rp.pl/arttykul/1117039-Ks--prof--Szostek--lekarze--powinni-wypelniac-przepisy-prawa.html>]. Druga, nieco modyfikująca pierwotne stanowisko, miała formę oświadczenia przekazanego Katolickiej Agencji Informacyjnej 26.06.2014, [online], [dostępny: <http://www.pch24.pl/pod-wplywem--kard--mullera--ks--szostek-skorygowal-bledna-teze,23827,i.html>]. Zasadniczy ciężar dyskusji spoczywał na relacji między prawem stanowionym a prawem moralnym. Jest swoistym paradoksem, że wielokrotnie przywoływany nakaz prawny wskazania zabójcy nienarodzonego dziecka (gdy samemu się odmawia dokonania zbrodni aborcji) został wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego uznany za niezgodny z Konstytucją RP, [online], [dostępny: <http://trybunal.gov.pl/rozprawy/komunikaty-prasowe/komunikaty-po/art/8603-prawo-do-odmowy-wykonania-swiadczenia-zdrowotnego-niezgodnego-z-sumieniem/>].

Pierwsza narracja umieszcza sumienie w nurcie indywidualistycznym, traktując je jako przejaw osobistych poglądów, z którymi dana osoba się utożsamia, ale z którymi w żaden sposób inni utożsamiać się nie muszą. Prawdziwość orzeczenia sumienia bierze się zatem z samego faktu jego pochodzenia. W efekcie osąd każdej osoby jawi się jako równoważny. Paradoksalnie, równoważność wszystkich – także wzajemnie się wykluczających – zdań czyni z nich opinie pozbawione większego znaczenia².

Narracja druga – zapewne jako swoista przeciwwaga – zaakcentowała społeczny aspekt sądu sumienia, wskazując na dwa elementy. Pierwszym z nich jest głos opinii publicznej, „większości”, uznającej dane postępowanie za moralnie właściwe i dopuszczalne. Drugi z nich położył nacisk na wynikający – mniej lub bardziej pośrednio – z owej opinii kształt prawa obowiązującego w danej społeczności. Trzeba już w tym miejscu przypomnieć, że ani demokracja, ani stanowione przez nią prawo nie mają przywileju nieomyślności moralnej, zatem opinie formułowane w przestrzeni publicznej jako obowiązujące u większości ani nie mogą być traktowane jako głos sumienia, ani posiadać nad sumieniem jurysdykcji. Historia po wielokroć dowiodła, że zarówno społeczeństwa, jak i rządzący mogą poddać się spontanicznej lub zorganizowanej demoralizacji³.

² Por.: VS, 32.

³ Por.: VS, 99–101, przy czym zasadnicze znaczenie mają wieńczące tę część encykliki słowa św. Jana Pawła II: „(...) pojawia się dzisiaj nie mniej poważna groźba zanegowania podstawowych praw osoby ludzkiej i ponownego wchłonięcia przez politykę nawet potrzeb religijnych, zakorzenionych w sercu każdej ludzkiej istoty: jest to *groźba sprzymierzenia się demokracji z relatywizmem etycznym*, który pozbawia życie społeczności cywilnej trwałego moralnego punktu odniesienia, odbierając mu, w sposób radykalny, zdolność rozpoznawania prawdy. Jeśli bowiem »nie istnieje żadna ostateczna prawda, będąca przewodnikiem dla działalności politycznej i nadająca jej kierunek, łatwo o instrumentalizację idei i przekonani dla celów, jakie stawia sobie władza. Historia uczy, że demokracja bez wartości łatwo się przemienia w jawny lub zakamuflowany totalitaryzm«” (VS, 101).

Narracja trzecia wpisała sumienie w kontekst religijny, próbując utożsamić ze sobą osąd moralny człowieka i objawione prawo Boże. Niekiedy dodawano do tego głos Magisterium Kościoła, który rzekomo narzucał ludziom (także niewierzącym) normy moralne. Co ciekawe, takie ujęcia pojawiały się w dwóch odsłonach: negującej (ze strony liberalnych i ateistycznych środowisk)⁴ i afirmującej (ze strony niektórych środowisk aktywnych religijnie)⁵.

Wszystkie te trzy podejścia w przekonaniu autora są błędne, ponieważ gubią zasadniczy, najbardziej kluczowy wymiar sumienia, jakim jest odniesienie do obiektywnego porządku wartości, do prawdy moralnej. W ogromnej mierze wynika to stąd, że samo istnienie prawdy – także w jej moralnym wymiarze – współczesny świat zanegował. Jednocześnie nie był w stanie, jak dotąd, wyrugować fundamentalnej intuicji moralnej, sprawiającej, że człowiek praktycznie nieustannie wydaje sądy o charakterze moralnym. Wyczuwa i określa „dobro” i „zło”, choć odrzuciwszy realizm poznawczy, nie jest w stanie ich precyzyjnie określić ani opisać.

Istota problemu w rozstrzygnięciu, czym jest sumienie i na czym polega powaga jego sądu, polega na tym, że praktycznie w każdej z wymienionych narracji znajduje się istotny i prawdziwy element. Zafałszowanie natomiast wynika z eliminacji innych elementów, czyli z redukcji. W klasycznej logice ten błąd nazywany był *pars pro toto* – z części wnioskuje się o całości. Tymczasem dopiero spójne uwzględnienie wszystkich elementów pozwala na sformułowanie definicji, która będzie odzwierciedlała w pełni rzeczywistość sumienia.

Sumienie nie jest rzeczywistością jednowymiarową. Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym *Gaudium et spes* zwraca najpierw uwagę na fakt swoistej

⁴ Por. [online], [dostępny: <http://wiadomosci.onet.pl/kraj/cbos-katolicy-w-zyciu-publicznym-maja-prawo-wyrazac-swoje-poglady-religijne/mhnnnd9>].

⁵ Por. KKK, 1776–1779.

intuicji moralnej skłaniającej człowieka do poszukiwania prawdy i dobra. „W naszych czasach [człowiek] (...) doszedł do wybitnych osiągnięć, zwłaszcza w badaniu i podporządkowaniu sobie świata materialnego. Zawsze jednak szukał prawdy głębszej i znajdował ją. Umysł bowiem nie jest zacieśniony do samych zjawisk, lecz może z prawdziwą pewnością ująć rzeczywistość poznawalną, mimo że w następstwie grzechu jest częściowo przyciemniony i osłabiony”⁶.

Już sam fakt zdolności wychwycenia, że pewne działania są prawdziwe i dobre, a inne takimi nie są, przy jednoczesnej całkowitej niemożności dowiedzenia tego na gruncie nauk przyrodniczych, każe podejść do fenomenu sumienia z ogromną ostrożnością, by poprzez uproszczenia nie zafałszować opisu. Kryteria naukowe (w sensie nauk doświadczalnych) są tu bowiem niewystarczające. Nie oznacza to jednak, że opis zaproponowany przez Sobór jest nieprawdziwy; przeciwnie – wprowadza on elementy teologiczne, wyjaśniające istotę funkcjonowania sumienia właśnie poprzez wyjście ku rzeczywistości nadprzyrodzonej. Jak to ujął Adam Mickiewicz w balladzie *Romantyczność*: „Czucie i wiara silniej mówią do mnie niż mędrca szkiełko i oko”. Niestety, współczesny świat najpierw zakwestionował „czucie i wiarę” i skupił się na tym, co da się dotknąć i zmierzyć, a potem – opierając się na naukach biologicznych – próbował wnioskować o tym, co prawdziwe i dobre⁷.

Cóż zatem Sobór mówi o sumieniu i jego funkcjonowaniu? „W głębi sumienia człowiek odkrywa prawo, którego sam sobie nie nakłada, lecz któremu winien być posłuszny i którego głos wzywający go zawsze tam, gdzie potrzeba, do

⁶ KDK, 15.

⁷ Ciekawy przegląd różnorodnych podejść do natury, źródeł i funkcjonowania sumienia – od społecznych, poprzez psychologiczne, po oparte na analizie procesów biologicznych – można znaleźć w: J. Pięgsa, *Człowiek – istota moralna*, T. 1: *Teologia moralna fundamentalna*, Opole 2002, s. 248–276. Warto zauważyć, że praktycznie żadne z tych ujęć nie robi (bo nie może) odniesienia do prawdy i dobra jako wartości obiektywnych.

miłowania i czynienia dobra, a unikania zła, rozbrzmiewa w sercu nakazem: *czyń to, tamtego unikaj*. Człowiek bowiem ma w swym sercu wypisane przez Boga prawo, wobec którego posłuszeństwo stanowi o jego godności i według którego będzie sądzony. Sumienie jest najtajniejszym ośrodkiem i sanktuarium człowieka, gdzie przebywa on sam z Bogiem, którego głos w jego wnętrzu rozbrzmiewa. Przez sumienie dziwnym sposobem staje się wiadome to prawo, które wypełnia się miłowaniem Boga i bliźniego. Przez wierność sumienia chrześcijanie łączą się z resztą ludzi w poszukiwaniu prawdy i rozwiązywaniu w prawdzie tylu problemów moralnych, które narzucają się tak w życiu jednostek, jak i we współżyciu społecznym. Im bardziej więc bierze górę prawe sumienie, tym więcej osoby i grupy ludzkie unikają ślepej samowoli i starają się dostosowywać do obiektywnych norm moralności. Często jednak zdarza się, że sumienie błądzi na skutek niepokonalnej niewiedzy, ale nie traci przez to swojej godności. Nie można jednak tego powiedzieć w wypadku, gdy człowiek niewiele dba o poszukiwanie prawdy i dobra, a sumienie z nawyku do grzechu powoli ulega niemal zaślepieniu”⁸.

Przedstawiony w Konstytucji opis bardzo precyzyjnie pokazuje, że owo poszukiwanie prawdy i dobra nie oznacza badań i analiz w kierunku ustalania faktów, ale moralnej natury rzeczy, osób, decyzji i czynów. Dobro i zło, prawda i fałsz nie mają tu jednak charakteru subiektywnego – choć subiektywnie są postrzegane – ale obiektywny. Dana rzeczywistość jest albo nie jest prawdziwa i dobra, niezależnie od upodobań danego człowieka. Nie zależy zatem od jego decyzji, tym bardziej od decyzji większości społeczności, czy też od postanowień władzy. Człowiek może odrzucić prawdę, którą poznał i podjąć decyzję, o której fałszu wie w swoim wnętrzu. Może też nie rozpoznać prawdy i błędnie uznać za prawdę coś, co nią nie jest. O ile jednak w takiej sytuacji popełnia błąd

⁸ KDK, 16.

(osobną kwestią jest: zawiniony czy niezawiniony), o tyle w sytuacji odrzucenia prawdy już rozpoznanej o błędzie nie może być mowy. Jest to wówczas zakłamanie, będące aktem sprzeniewierzenia się własnej godności⁹.

Można wówczas mówić o działaniu ze złą wolą, a więc wolą kierowaną wbrew temu, co osoba rozpoznała jako prawdę i dobro. Innymi słowy, pomimo tego że sumienie jasno widzi, że dane działanie nie jest dobre, wybiera je mimo to aktem wolnej woli. Jakkolwiek taki wybór jest aktem wolności, jednocześnie tej wolności się sprzeniewierza, gdyż istotą bycia wolnym jest zdolność wyboru prawdy i dobra – także w sytuacjach, gdy wybór ten dużo kosztuje.

To, nieco przydługie, przypomnienie nauki o sumieniu w kontekście antropologii chrześcijańskiej jest o tyle istotne, że pozwala spojrzeć na dyskusję nad klauzulą sumienia w polskim prawie z punktu widzenia natury i roli sumienia w człowieku, a nie z punktu widzenia sprawności funkcjonowania aparatu państwowego.

Z punktu widzenia prawa i aparatu władzy sumienie jest rzeczywistością bardzo niewygodną, gdyż podważającą podstawowy mechanizm porządkujący życie w państwie. Władza w nieodparty sposób dąży do skodyfikowania życia, zgodnie z zasadą, że wolno robić to tylko, na co prawo pozwala. Dopatruje się w sumieniu przejawów logiki wolności, która dąży do odwrócenia tego porządku, zgodnie z zasadą, że wolno robić to, co nie jest zakazane¹⁰. Tymczasem sumienie wykracza poza tę walkę między prawem i wolnością.

⁹ Por. J. Piegsa, dz. cyt., t. 1, s. 286; S. Rosik, *Wezwania i wybory moralne. Refleksje teologicznomoralne*, Lublin 1992, s. 197–198, 238–239.

¹⁰ Doskonałym przykładem mogą być wypowiedzi premier Ewy Kopacz na temat sumienia, [online], [dostępny: <http://blogpublika.com/2015/07/24/ewa-kopacz-odlozmy-na-bok-sumienie-autentyczne-nagranie/>]. Swoistym komentarzem mogą być słowa wypowiedziane przez św. Jana Pawła II w Skoczowie 22.05.1995 r. w homilii poświęconej ludziom sumienia: „Pod hasłami tolerancji w życiu publicznym i w środkach masowego przekazu szerzy się nieraz wielka, może coraz większa nietolerancja. Odczuwają to boleśnie ludzie wierzący. Zauważa się tendencje do spychania ich na margines

Przede wszystkim osąd sumienia odnosi się do tego, co prawdziwe i dobre, a nie tego, co dozwolone lub nakazane. Po drugie, wolność jest rozumiana nie tyle jako prawo do zrobienia tego, na co dana osoba ma ochotę, ale jako jej zdolność do wyboru tego, co rozpoznaje jako dobre i powinno (czyli moralnie zobowiązujące)¹¹. Tym samym wolność moralna, właściwa sumieniu, odnosi się do fundamentalnej tożsamości człowieka, który wybiera to, co rozpoznał jako prawdziwe i dobre, ponieważ nie potrafi wybrać inaczej, nie gwałcąc samego siebie i nie sprzeniewierzając się własnej tożsamości.

Warto zwrócić uwagę, że człowiek, rozpoznając w sumieniu zobowiązanie do prawdy, wcale niekoniecznie będzie tym faktem ukontentowany. Wcale nierzadko zdarza się, że nie znajduje upodobania w tym, co rozpoznał jako prawdziwe i dobre. Jednocześnie jednak wewnętrznie wie, że nie może postąpić inaczej, niż dyktuje mu sumienie, nie łamiąc jednocześnie samego siebie. Doskonałym przykładem takiej sytuacji jest modlitwa Jezusa Chrystusa w Ogrójcu. Chrystus wyraźnie pokazuje, że nie perspektywa męki i śmierci krzyżowej jest dla niego bardzo trudna. Jednocześnie jednak przyjmuje ją, bo „na to przyszedł” (por. J 18, 11).

Co znamienne, owo poddanie się głosowi sumienia nie ma nic wspólnego z działaniem pod przymusem. Człowiek cały czas zachowuje swoją wewnętrzną wolność właśnie dlatego, że ukierunkowany jest na prawdę i dobro. Niewątpliwie jest to wolność trudna i wymagająca, wolność ku wartościom prowadząca, a nie uciekająca od wymagań¹².

życia społecznego, ośmieszają się i wyszydza to, co dla nich stanowi nieraz największą świętość. Te formy powracającej dyskryminacji budzą niepokój i muszą dawać wiele do myślenia”. Por. [online], [dostępny: http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/homilie/skoczowh_22051995.html#]. Por. również: Z. Wanat, *Sumienie*, [w:] *Jan Paweł II – Encyklopedia nauczania moralnego*, red. J. Nagórny, K. Jeżyna, Radom 2005, s. 511–512.

¹¹ Por.: S. Rosik, dz. cyt., s. 239–240.

¹² Por.: VS, 117.

Takie ujęcie sumienia nie pozwala na utożsamienie jego sądu z osobistym upodobaniem czy przekonaniem, ponieważ pierwsze ma charakter emocjonalny, a nie moralny, zaś drugie bardziej odnosi się do ogólnego ukierunkowania niż aktualnego sądu moralnego. Nie jest zatem i nie może być uznana za sąd sumienia ani opinia odnosząca się do preferencji osobistych, ani też taka, która nie odnosi się do porządku moralnego (a na przykład do opinii większości lub porządku prawnego)¹³.

Wyjątkowy charakter sądu sumienia czyni swego rodzaju wyłom w spójnej strukturze życia społecznego, porządkowanego przez prawo stanowione. Prawo nie może bowiem sięgnąć do sumienia człowieka, ponieważ – choć powinno być budowane na wartościach – odnosi się do porządku „nakażane-dopuszczone-niedozwolone”, zaś sumienie do porządku „dobre (powinno) – złe (niedopuszczalne)”. Pierwszy porządek wynika z decyzji prawodawcy i realia życia pokazują, że zwykle jest efektem opartego na pragmatyzmie kompromisu pomiędzy preferencjami rządzących a oczekiwaniami rządzonych. Porządek drugi jest od osobistych preferencji niezależny, nie jest ustanawiany, a jedynie odczytywany i praktyczne jego wykorzystanie zależy od moralnej dojrzałości danej osoby¹⁴. Paradoksalnie, najbardziej dojrzały moralnie człowiek, mając najwyższy poziom odpowiedzialności za dobro wspólne, jest jednocześnie najbardziej niewygodny dla rządzących, ponieważ właśnie dojrzałość moralna sprawia, że wszystkie swoje decyzje ostatecznie rozpatruje na płaszczyźnie moralnej. Człowiek sumienia sumieniu właśnie przyznaje decydujący głos¹⁵.

¹³ Por.: Z. Wanat, dz. cyt., s. 513–514.

¹⁴ Por.: R. Krajewski, *Sumienie (W filozofii)*, [w:] *Encyklopedia katolicka*, red. E. Gigilewicz i in., Lublin 2013, t. 18, kol. 1200.

¹⁵ Por.: Jan Paweł II, *Polska potrzebuje dzisiaj ludzi sumienia*, homilia w Skoczowie 22.05.1995, [online], [dostępny: http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/homilie/skoczow_22051995.html#].

W tej sytuacji państwo może albo uznać fenomen sumienia i uwzględnić jego nadrzędność wobec regulacji wprowadzanych aktami pozytywnymi, albo może je zanegować, tym samym *de facto* odrzucając fundamentalną podmiotowość człowieka w strukturach życia społecznego i przyjmując totalitarny model struktur społecznych. Jeśli bowiem prawo stanowione pełni rolę nadrzędną w porządku życia społecznego, to niezależnie od moralnej jakości tego prawa odbiera człowiekowi jego fundamentalną wolność, prawo i zobowiązanie do poszukiwania dobra i prawdy oraz podążania za nimi indywidualną decyzją woli.

Z drugiej strony, pozostawienie człowiekowi wolności w dążeniu do prawdy i dobra, a więc realne jego upodmiotowienie w strukturach społecznych, nie może oznaczać braku prawa (anarchii) ani braku władzy koordynującej życie społeczności i zarządzającej dobrem wspólnym. Oznacza to, że państwo powinno tworzyć ramy prawne, jednakże niemające charakteru totalnego i pozostawiające indywidualnemu człowiekowi możliwość zakwestionowania obowiązywania przyjętych rozwiązań ze względu na odmienne odczytanie zobowiązania moralnego, czyli osąd sumienia właśnie. Zasada nadrzędności sądu sumienia powinna jednak mieć charakter normy ogólnej, a nie szczegółowej, ponieważ dotyczyć ma wszystkich obszarów życia. Ujęcia eksplikacyjne prowadzą bowiem do swoistej reglamentacji klauzuli sumienia, podważając tym samym w ogóle zasadność jej obecności w prawie.

Historia zwolnienia prof. Bogdana Chazana z funkcji dyrektora Szpitala im. Świętej Rodziny w Warszawie jest tego dobitnym przykładem. Oto zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem lekarz odmówił podjęcia działań rozpoznanych jako niegodziwe. Po jego zwolnieniu rozpętała się dyskusja, w której po wielokroć podnoszono argument, że jeśli ktoś nie uznaje „prawa do aborcji”, to nie powinien podejmować pracy, w której stanąłby wobec czyjegoś żądania do dokonania zabójstwa nienarodzonego dziecka zgodnie z obowiązującym

prawem. Bo skoro ktoś ma „prawo dokonać aborcji”, to obowiązkiem państwa (poprzez jego przedstawicieli – w tym wypadku personel medyczny) jest mu to umożliwić. Zgodnie z tym ujęciem czyjeś osobiste przekonania (czytaj: sąd sumienia o niegodziwości takiego działania) nie mogą w to ingerować. Zresztą kolejne miesiące dowiodły, że zwolennicy „prawa” do zabójstwa nienarodzonego dziecka dążą do dalszego ograniczenia obowiązywania „klauzuli sumienia”, a nawet do jej całkowitej eliminacji z prawodawstwa¹⁶. Zgodnie z tą filozofią odmówiono wpisania do ustawy o zawodzie farmaceuty zapisu podobnego, jaki znalazł się w ustawie o zawodzie lekarza.

Takie podejście wskazuje na faktyczne odrzucenie sumienia jako nadrzędnej władzy osoby ponad prawem, gdyż „wszystko, co jest przez prawo dopuszczone, miałoby być moralnie godziwe”. Warto w tym kontekście przypomnieć, że – jak to pokazały choćby procesy norymberskie – przyjęte w majestacie prawa rozwiązania mogą być w najwyższym stopniu niemoralne i przy całej swej legalności mogą prowadzić do zbrodni najgorszego autoramentu.

Tu też odślania się jeszcze jeden aspekt napięcia pomiędzy prawem moralnym odczytywanym w sumieniu a prawem stanowionym egzekwowanym przez państwo. Otóż kwestia obowiązywalności prawa stanowionego ma charakter moralny, co oznacza, że odmawiając posłuszeństwa niemoralnemu prawu, człowiek musi się liczyć z konsekwencjami tego nieposłuszeństwa. Jeśli porządek prawny nie przewiduje klauzuli sumienia, sprzeciw wobec przymusu działania niegodziwego może skutkować bardzo poważnymi konsekwencjami: od społecznych, finansowych, zawodowych, po groźbę więzienia, a nawet śmierć.

¹⁶ Por.: rozmowa z A. Zollem, konstytucjonalistą i byłym przewodniczącym Trybunału Konstytucyjnego, [online], [dostępny: <http://wpolityce.pl/spoleczenstwo/245603-prof-zoll-o-potrzebie-nowelizacji-przepisow-o-klauzuli-sumienia-ograniczajaco-prawo-do-postepowania-zgodnie-z-sumieniem>].

Miarą osobistej wolności będzie zdolność do zmierzenia się z tą groźbą w imię zachowania prawości sumienia.

Trzeba tu dotknąć kwestii roli prawa w państwie. Ma ono służyć ochronie obywateli i dobra wspólnego, nie może natomiast być źródłem niesprawiedliwości. Sam fakt ustanowienia prawa na drodze procedur demokratycznych nie przesądza jednak o jego godziwości. Św. Jan Paweł II w kilku swoich dokumentach przypominał, że demokracja sprzymierzona z relatywizmem moralnym, a więc „demokracja bez wartości może się przerodzić w jawny lub zakamufłowany totalitaryzm”¹⁷. Trzeba powiedzieć wprost, że w kwestii aborcji struktury demokratyczne niemal wszystkich państw europejskich przyjęły rozwiązania totalitarne. Aborcja jest nielegalna w Europie tylko w dwóch krajach: na Malcie i w Watykanie. W Polsce jej legalność jest co prawda poważnie ograniczona, ale dopuszczona i stosowana w majestacie prawa (i poza prawem również). Wszystkie dotychczasowe inicjatywy, także obywatelskie, ukierunkowane na poprawę ochrony życia nienarodzonych dzieci były dławione w zarodku podczas obrad sejmum¹⁸.

Debata nad obywatelskim wnioskiem o delegalizację aborcji eugenicznej pokazała poziom demoralizacji nader dobitnie. W politycznej i medialnej *praxis* możliwa jest każda „dyskusja”, która utrwała istniejący stan rzeczy lub prowadzi do jego liberalizacji. Osobom głoszącym argumenty za życiem nienarodzonych, opisujących naturę działań aborcyjnych zamyka się usta, niekiedy wprost z naruszeniem litery prawa. By nie być gołosłownym, wystarczy przywołać wystąpienie Kai Godek, przedstawicielki Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej, której podczas obrad sejmum 27 września 2013 r.

¹⁷ VS, 101.

¹⁸ Tych inicjatyw było bardzo wiele. Ostatnia została odrzucona w pierwszym czytaniu 11.09.2015 r. Wcześniej tak samo potraktowano projekt 27.09.2013 r., zaś w 2007 r. zablokowano inicjatywę wpisania ochrony życia ludzkiego od poczęcia do Konstytucji RP. Co ciekawe, polskie prawo określa terminem „dziecko” człowieka od poczęcia do pełnoletności – Ustawa o Rzeczniku Praw Dziecka z 6.01.2000, art. 2, pkt 1, Dz.U. z 2000, Nr 6, poz. 69.

Marszałek Sejmu Ewa Kopacz zabroniła używania sformułowania „zabijanie dzieci” w stosunku do procedury aborcji¹⁹. Osoby organizujące pikiety za życiem i przeciw aborcji (prowadzone w zgodzie z polskim prawem) są szykanowane przez działania organów służb porządkowych. Przykłady można mnożyć.

Warto zauważyć, że gdy prawo ukierunkowane jest na dobro i prawdę, sytuacja konieczności sprzeciwienia się takiemu prawu zachodzi bardzo rzadko albo wcale, i wynika raczej z błędu sumienia niż faktycznej obrony zagrożonego dobra. W sytuacji jednak gdy prawo skonstruowane jest u fundamentu wadliwie, wykluczając z możliwości wykonywania godziwej pracy w sposób godziwy, gdy prawo to promuje ludzi ze złamanym sumieniem, w sytuacji, gdy chronioną przeciw sumienia wartością jest ludzkie życie i godność – zasada ochrony dobra wspólnego przez prawo nie ma zastosowania²⁰. Co więcej, ustaje wówczas obowiązek poddania się prawu stanowionemu, gdyż nie chroni ono już dobra wspólnego. W takiej sytuacji niemoralnego prawa nie tylko nie ma obowiązku mu być posłusznym, ale wręcz powstaje zobowiązanie do sprzeciwu sumienia (nawet kosztem wielkich ofiar). Inaczej musielibyśmy się zgodzić na tworzenie struktur zdeprawowanych, zdeprawowanych i totalitarnych w naturze i funkcjonowaniu – struktur, które nie tylko dopuszczają, ale wręcz promują (poprzez akceptację aborcji eugenicznej) zabicie nienarodzonych dzieci.

Oznacza to, że jest rzeczą godziwą podjęcie próby wejścia w zawód sam w sobie godziwy, lecz dotknięty wysokim stopniem demoralizacji, z zachowaniem wymogów prawa moralnego, by dokonać jego uzdrowienia moralnego. W istocie bowiem jest to dążenie do przywrócenia utraconego etosu

¹⁹ [online], [dostępny: <https://www.youtube.com/watch?v=jw-m6X9OMVY>].

²⁰ Por.: A.-M. Jerumanis, *Prawo Boże dla synów*, [w:] *Synowie w Synu. Teologia moralna fundamentalna*, red. R. Tremblay, S. Zamboni, Warszawa 2009, s. 316–317.

danej profesji. Dobrym, jak się wydaje, przykładem jest specjalizacja ginekologiczna w medycynie, od lat obciążona hormonalną antykoncepcją, aborcją i zacierpniętymi z weterynarii procedurami zapłodnienia pozaustrojowego. Zdecydowana większość praktykujących lekarzy zdaje się poddawać naciskowi kultury śmierci i uczestniczy w opisanym przez św. Jana Pawła II spisku przeciw życiu. Wejście w to środowisko z zachowaniem wysokich standardów moralnych nie jest rzeczą łatwą, jednakże każdy z takich przypadków ma wartość nie do przecenienia. Z jednej bowiem strony lekarz taki ma szansę wpłynąć na nawrócenie i przemianę tych, którzy zagubili prawdę o człowieku i jego godności, a z drugiej – może znacznie lepiej leczyć swoich pacjentów, troszcząc się o ich prawdziwe dobro.

Ponieważ każdy człowiek ma prawo i obowiązek odrzucić prawo stanowione, które rozpoznaje jako niemoralne w punkcie wyjścia, dotyczy to również lekarza ginekologa. Nie musi tego odrzucenia publicznie rozgłaszać, zanim zatrudni się w jakiejś placówce. Prawo niemoralne nigdy nie obowiązuje w sumieniu, jest to ogólna zasada etyczna (co oczywiście nie zapobiega ewentualnym sankcjom karnym, ale to zupełnie inny porządek spraw). Klauzula sumienia – z etycznego punktu widzenia – nawet nie musi być przewidziana w prawie (jak to ma miejsce w ustawie o zawodzie lekarza), ponieważ sumienie ma priorytet przed prawem stanowionym. Jeśli jednak jest przewidziana, jak ma to miejsce w polskiej ustawie o zawodzie lekarza, należy z niej korzystać.

Na koniec jeszcze jedna uwaga odnośnie do samej klauzuli w jej obecnym kształcie²¹. Zapis ustawowy domaga się

²¹ Po wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 7.10.2015 r. sytuacja się trochę zmieni, gdyż Trybunał, obradując w pełnym składzie, orzekł o niekonstytucyjności zapisu o obowiązku wskazania innego lekarza lub placówki do wykonania czynu uznanego przez lekarza za niegodziwy. Por. sygn. Akt K 12/14, [online], [dostępny: <http://trybunal.gov.pl/rozprawy/wyroki/art/8602-prawo-do-odmowy-wykonania-swadczenia-zdro-wotnego-niezgodnego-z-sumieniem/>].

od lekarza odmawiającego wykonania danego świadczenia ze względu na rozpoznany w sumieniu jego niemoralny charakter, aby wskazał innego lekarza lub ośrodek, który zakwestionowane świadczenie zapewni. Problem w tym, że ustawa domaga się tym samym od lekarza czynnego, bezpośredniego (bliższego) współdziałania w czynie rozpoznanym jako niegodziwy. Tym samym czynność wskazania sprawcy niemoralnego czynu musi być uznana za czyn niemoralny, a tym samym podlegający klauzuli sumienia. Oznacza to, że pomimo wpisania prawa do sprzeciwu sumienia do ustawy, lekarz nie ma możliwości, by obronić własną jakość moralną bez popadnięcia w konflikt z prawem²².

²² Niezwykle ważnym głosem w dyskusji nad klauzulą wolności sumienia było również oświadczenie Stowarzyszenia Teologów Moralistów z 16.06.2014 r., uchwalone podczas walnego zjazdu w Licheniu Starym 16.06.2014 r. Czytamy w nim: „Członkowie Stowarzyszenia Teologów Moralistów solidaryzują się i wspierają tych pracowników służby zdrowia, którzy korzystają z prawa do sprzeciwu sumienia (klauzuli sumienia) w sytuacji, gdy są zobowiązani do działań godzących w zdrowie i życie ludzkie od poczęcia do naturalnej śmierci. Przypominamy słowa świętego Jana Pawła II, skierowane w 2001 r. do katolickich lekarzy ginekologów: »Konflikt między presją społeczną a nakazami prawego sumienia może prowadzić do dylematu: czy porzucić praktykę zawodu lekarskiego, czy pójść na kompromis kosztem własnych przekonań. Stając wobec takiego problemu, winniśmy pamiętać, że istnieje droga pośrednia, dostępna dla katolickich pracowników służby zdrowia, którzy pozostają wierni swemu sumieniu. Jest to droga sprzeciwu sumienia, który winien być respektowany przez wszystkich, zwłaszcza przez prawodawców«. Polskie ustawodawstwo w obecnym kształcie, przyznające pracownikom służby zdrowia prawo do korzystania z klauzuli sumienia, należy uznać za niespójne i wymagające korekty, jeżeli jednocześnie przymusza ich do współdziałania w tym, co w sumieniu uznają za godzące w fundamentalny nakaz Kodeksu Etyki Lekarskiej: »Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego« (KEL, art. 2). Obserwowane dzisiaj próby medialnego piętnowania, ostracyzmu, a nawet groźby wyciągania konsekwencji służbowych wobec pracowników medycznych korzystających z prawa do klauzuli sumienia uważamy za niedopuszczalny atak na fundamentalne i konstytucyjnie zagwarantowane prawo do wolności sumienia», [online], [dostępny: <http://www.deon.pl/religia/kosciol-i-swiat/z-zycia-koscio-la/art,18990,teologowie-moralisci-solidarni-z-lekarzami.html>].

MICHAŁ KRÓLIKOWSKI

Kontrowersyjna klauzula sumienia¹

1. Komitet Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk przedstawił 12 listopada 2013 r. stanowisko nr 4/2013 w sprawie tzw. klauzuli sumienia. Celem tej wypowiedzi jest zaprezentowanie pożądanego – zdaniem Komitetu – interpretacji klauzuli sumienia, zawartej w regulacjach prawnych i deontologicznych zawodów medycznych i farmaceutów oraz skierowanie apelu do przedstawicieli zawodów medycznych i do samorządów tych zawodów o rozumienie klauzuli sumienia w sposób przedstawiony w dokumencie. (Do stanowiska zdanie odrębne złożyła s. prof. dr hab. Barbara Chyrowicz). Komitet zauważa, że postawa polskich lekarzy dowodzi nadużywania klauzuli sumienia, co przy braku przepisów proceduralnych, umożliwiające szybkie i efektywne odwołanie się od decyzji lekarza, która uniemożliwia wyegzekwowanie pacjentowi należnego mu świadczenia, bywa interpretowana przez Europejski Trybunał Praw Człowieka jako naruszenie zakazu tortur oraz niehumanitarnego i poniżającego traktowania oraz prawa do ochrony życia prywatnego (dla przykładu sprawy: Tysiąc przeciwko Polsce, R.R. przeciwko Polsce, P. i S. przeciwko Polsce). W konsekwencji, w opinii Komitetu, wiele polskich obywaterek

¹ Tekst był podstawą do wypracowania przez Komitet Zespołu Konferencji Episkopatu Polski ds. bioetycznych własnego stanowiska w przedmiocie klauzuli sumienia. Dziękuję Panu Dr. Krzysztofowi Szczuckiemu za pomoc w wypracowaniu kilku istotnych argumentów zawartych w niniejszym artykule.

jest pozbawionych realnego dostępu do świadczeń z zakresu tzw. zdrowia reprodukcyjnego.

Zdaniem Komitetu współczesne społeczeństwa demokratyczne zaprzeczają istnieniu jednego powszechnie ważnego głosu sumienia, systemu przekonań moralnych czy religijnych. „Każdy ma prawo żyć według własnej wizji tego, co jest dobre i słuszne, o ile nie narusza to bezpieczeństwa publicznego, porządku, zdrowia lub moralności publicznej albo podstawowych praw i wolności innych osób. Ład demokratyczny opiera się zatem na zasadzie szacunku dla pluralizmu wartości i światopoglądów, i gwarantuje każdemu prawo do wolności sumienia i wyznania” (*Stanowisko Komitetu*, pkt 5). W konsekwencji prawo do powołania się na klauzulę sumienia nie może być – w opinii Komitetu – traktowane ekstensywnie, bowiem nadużywanie odwoływania się do własnych przekonań moralnych może naruszać słuszne interesy innych osób, co w przypadku przedstawicieli zawodów zaufania publicznego, takich jak lekarze, oraz pewnej bezradności pacjentów wobec ich dolegliwości nie może mieć miejsca (tamże, pkt 8).

W konsekwencji, zdaniem Komitetu, korzystanie z klauzuli sumienia musi podlegać konkretnym ograniczeniom. Pierwszym jest obowiązek podania przez specjalistę, w razie potrzeby w formie pisemnej, konkretnej normy moralnej, której przekroczenie stanowi podstawę powołania się na klauzulę sumienia. Powoduje to, i jest to drugie ograniczenie, konieczność racjonalizacji osądu sumienia – odmowa wykonania świadczenia nie może być umotywowana emocjonalnie lub przez niejasne odwołania aksjologiczne, ale musi być podjęta poważnie i z racjonalnym uzasadnieniem (tamże, pkt 17). Trzecim jest możliwość odmowy osobistego wykonania lub współuczestniczenia w wykonaniu świadczenia zdrowotnego przez specjalistę jedynie wówczas, gdy działanie takie bezpośrednio narusza lub sprawia bezpośrednio

zagrożenie dla dobra, które w ich przekonaniu powinno podlegać bezwzględnej ochronie (tamże, pkt 22). Czwartym jest zasada, że klauzula sumienia nie może uchylić obowiązku udzielenia pacjentowi informacji, nawet wówczas, gdy możliwe jest w jej wyniku skorzystanie przez pacjenta z działania, które jest w ocenie specjalisty niemoralne (pkt 23).

Do podstawowych rozstrzygnięć, które Komitet proponuje jako konsekwencje przyjętych założeń, należą następujące poglądy:

- W ramach klauzuli sumienia nie mieszczą się świadczenia, których lekarz nie przeprowadza osobiście, zatem nie obejmuje ona wydania skierowania na badania czy wystawienia recepty. Przyjmując, że samo wystawienie recepty nie stanowi „wykonania świadczenia zdrowotnego”, należy uznać, że lekarz z powodu sumienia nie może odmówić wydania recepty np. na postkoitalne środki wczesnoporonne.

- Lekarz nie ma prawa, odwołując się do klauzuli sumienia, odmówić wydania kobiecie w ciąży skierowania na badania prenatalne albo na badania specjalistyczne, nawet jeśli wie lub domyśla się, że w wypadku potwierdzenia się tych podejrzeń kobieta będzie ubiegała się o przerwanie ciąży.

- Korzystając z klauzuli sumienia, lekarz, pielęgniarka i położna lub podmiot leczniczy są zobowiązani do wskazania pacjentowi „realnej możliwości” uzyskania tego świadczenia u innego specjalisty w tym lub w innym podmiocie leczniczym. W podmiocie leczniczym konieczne jest wprowadzenie systemu przepływu informacji, który pozwoli na szybkie dotarcie do innego specjalisty, który wykona to świadczenie.

- Przypadek skorzystania z klauzuli sumienia musi być przez specjalistę ujawniony w ramach stosunku pracy lub służby wobec przełożonego, wraz z podaniem przyczyny odmowy wykonania świadczenia.

– Ewentualna odmowa przez lekarza, przez powołanie się na klauzulę sumienia, wykonania badań prenatalnych, wydania orzeczenia stwierdzającego wskazania do przerwania ciąży albo wykonania takiego zabiegu powinna mieć miejsce natychmiast po zgłoszeniu się kobiety do lekarza. Lekarz nie może odmówić skierowania pacjenta na dalsze specjalistyczne badania konieczne dla ustalenia stanu zdrowia pacjenta lub nienarodzonego dziecka.

– Za niedopuszczalne należy uznać deklaracje, że w danym szpitalu, pomimo iż udzielane są tam świadczenia ginekologiczno-położnicze, nie przeprowadza się zabiegów przerywania ciąży. Kategoria „zbiorowego sumienia” jest sprzeczna z samą istotą klauzuli sumienia, a polskie prawo przewiduje prawo do przerwania ciąży w ramach ochrony tzw. zdrowia reprodukcyjnego.

2. Nie jestem gotów podzielić głównej argumentacji, jaka legła u podstaw rozstrzygnięć Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN, z uszczegółowieniem wskazanym w pkt. 3. Jakkolwiek opisane tam tezy od 2 do 4 są przez Komitet Bioetyki przy Prezydium PAN zrekonstruowane prawidłowo, jednak nie można zgodzić się na niektóre z ich aplikacji do konkretnych działań przedstawicieli zawodów medycznych, które następnie w swoim Stanowisku zaprezentował Komitet. Przede wszystkim Komitet zawężająco traktuje pojęcie „bezpośredniości” zagrożenia dobru (zwraca na to uwagę w zdaniu odrębnym B. Chyrowicz), w konsekwencji stwierdzając, że przepisanie postkoitalnych środków antykoncepcyjnych oraz orzeczenie o istnieniu wskazania do zabiegu przerwania ciąży łączą się jedynie pośrednio z naruszeniem dobra, zaś nie stanowią współdziałania w złu. Stanowisko Komitetu oznacza bowiem w tych i w niektórych innych wypadkach zaprzeczenie istocie klauzuli sumienia, stąd Zespół Ekspertów KEP ds. bioetycznych uważa, że zaproponowana interpretacja klauzuli sumienia nie powinna

być stosowana przez przedstawicieli zawodów medycznych i samorządy tych zawodów i apeluje o przyjęcie rozumienia klauzuli sumienia w zawodach medycznych w sposób opisany poniżej.

Wolność sumienia i religii związana jest z osobowym charakterem człowieka, a ich poszanowanie ma swoje bezpośrednie źródło w obowiązku ochrony godności ludzkiej. W ujęciu konstytucyjnym wolność ta obejmuje swobodę przyjmowania określonego światopoglądu, a zatem również określonego systemu wartości. Ma ona nie tylko charakter wolności jednostki, ale również zasady ustrojowej, co bezpośrednio wynika z art. 25 Konstytucji RP, w którym regulując relacje państwa do struktur wyznaniowych, zagwarantowano jednocześnie swobodę wyrażania w życiu publicznym przekonań religijnych, światopoglądowych i filozoficznych.

Prawo do odmowy udzielenia świadczenia z powodu sprzeciwu sumienia ma charakter zasadniczy, natomiast ewentualne ograniczenie klauzuli sumienia powinno być uzasadnione przez ustawodawcę. Błędny jest model rozumowania polegający na traktowaniu klauzuli sumienia jako wyjątku od obowiązku leczenia. Nie można mieć wątpliwości, że zasadą jest wolność sumienia, a zatem również możliwość wstrzymania się od działań niezgodnych z sumieniem, a ewentualne jej ograniczenia można wprowadzić w drodze wyjątku, o ile jest to zgodne z zasadą proporcjonalności. Ma to szczególne znaczenie, kiedy pacjent żąda od lekarza wykonania świadczeń niezgodnych z sumieniem tego ostatniego, zwłaszcza gdy owe świadczenia stoją w sprzeczności z godnością człowieka.

Ograniczenie w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności, a więc także z wolności sumienia, może nastąpić pod warunkiem spełnienia kryterium materialnego – odpowiedniego celu ograniczenia przewidzianego w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, a także formalnego – ustanowienie

ograniczenia może nastąpić tylko w ustawie. Ograniczenie, aby spełniało kryterium materialne, musi być konieczne w demokratycznym państwie prawnym. W zakresie wolności sumienia lekarza pod uwagę, jako cele uzasadniające jej ograniczenie, należy wziąć zdrowie publiczne oraz prawo do ochrony zdrowia wyrażone w art. 68 Konstytucji. Należy pamiętać, że ograniczenie wprowadzone przez ustawodawcę nie może prowadzić do rezygnacji z samej konstrukcji klauzuli sumienia, jako istoty wolności sumienia.

Pojęcie „zdrowia reprodukcyjnego”, aczkolwiek coraz częściej używane w pozbawionych mocy prawnej dokumentach organizacji międzynarodowych i we frazeologii używanej przez lewicowe środowiska naukowe, nie może skutkować stworzeniem tzw. praw reprodukcyjnych, a zatem roszczeń jednostki do przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży, procedury sztucznie wspomaganey prokreacji lub zapewnienia powszechnego dostępu do taniej antykoncepcji. W ocenie Zespołu Ekspertów KEP ds. bioetycznych w polskim prawie nie istnieje prawo do aborcji, zaś art. 4a ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży wprowadza jedynie okoliczności uchylające karalność zachowania, które opisane jest w art. 152 kodeksu karnego jako zakaz przerywania ciąży.

W myśl konstrukcji zawartej w art. 39 omawianej ustawy lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych. Pojęcie świadczeń zdrowotnych należy zdefiniować, posługując się art. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (zwana dalej ustawą o z.o.z.), bowiem ustawa o zawodzie lekarza nie zawiera definicji tego pojęcia. W myśl ustawy o z.o.z. świadczeniem zdrowotnym są m.in. działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, związane

m.in. z badaniem i poradą lekarską, leczeniem, pielęgnacją chorych. W związku z tym zasadne jest twierdzenie, że w zakresie świadczeń zdrowotnych wchodzi także wystawianie recept (np. na środki antykoncepcyjne) oraz kierowanie na badania specjalistyczne (np. prenatalne). Wskazane czynności są bez wątpienia działaniami warunkującymi możliwość przeprowadzenia określonej procedury postępowania medycznego. Przeciwny wniosek mógłby prowadzić do naruszenia wolności sumienia i zarazem istoty klauzuli sumienia poprzez nałożenie na lekarza obowiązku podjęcia czynności sprzecznych z jego sumieniem, podczas gdy nie ma miejsca niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

3. W art. 39 ustawy o zawodzie lekarza, normującym tzw. klauzulę sumienia, wprowadzone zostało zastrzeżenie ograniczające zakres jej zastosowania. Otóż do powstrzymania się od wykonania świadczenia zdrowotnego nie może dojść w przypadku wystąpienia stanu faktycznego odpowiadającego hipotezie normy prawnej zawartej w art. 30 ustawy. W myśl tego przepisu każdy lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Wskazane zastrzeżenie ujęte zostało w sposób szeroki, co może budzić wątpliwości, szczególnie w świetle wolności sumienia. Wyłączenie możliwości powołania się na klauzulę sumienia powinno być dopuszczalne jedynie w sytuacji, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej grozi bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia lub bezpośrednim niebezpieczeństwem ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Zastrzeżenie zawarte w art. 39 ustawy odsyłające do art. 30 powinno być dodatkowo zawężone poprzez uniemożliwienie przełamania klauzuli sumienia w sytuacji wystąpienia „innych

przypadków niecierpiących zwłoki”. Sformułowanie tego typu powoduje liczne trudności interpretacyjne i może prowadzić, z racji swej ogólności i pojemności semantycznej, do niedopuszczalnej ingerencji w wolność sumienia przysługującą lekarzowi. Dodać należy, że art. 18 ust. 2 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych zakłada, że „Nikt nie może podlegać przymusowi, który stanowiłby zamach na jego wolność posiadania lub przyjmowania wyznania albo przekonań według własnego wyboru”. W wypadku kolizji pomiędzy ustawą a umową międzynarodową ratyfikowaną za uprzednią zgodą w ustawie pierwszeństwo ma umowa międzynarodowa, o ile nie da się tej ustawy pogodzić z umową. W związku z tym należy uznać, że ograniczenie klauzuli sumienia, wprowadzone do art. 39 poprzez odwołanie do art. 30, dotyczy wyłącznie niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, natomiast nie obejmuje „innych przypadków niecierpiących zwłoki”.

Do zaprzeczenia istocie klauzuli sumienia prowadziła by sytuacja, gdyby lekarz odmawiając wykonania świadczenia zdrowotnego ze względu na swoje sumienie, byłby uprzednio zobowiązany do realnego wskazania lekarza lub zakładu opieki zdrowotnej, gdzie takie świadczenie może być wykonane. Co więcej, prowadziłoby to nawet do zmuszeniu lekarza do aktywnego poszukiwania miejsca, gdzie pacjent będzie mógł zrealizować świadczenie. Wspomniany obowiązek (wskazanie realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza) nie ma charakteru warunku, od którego zależy możliwość skorzystania z klauzuli sumienia. Ma on charakter dodatkowy, aktualizujący się w momencie skorzystania przez lekarza z klauzuli sumienia, niemniej jednak jeżeli lekarz nie może go dopełnić, nie traci możliwości powołania się na art. 39 ustawy o zawodzie lekarza. Oznacza to na przykład, że lekarz pracujący w przychodni, który nie potrafi wskazać pacjentowi

innego lekarza lub zakładu opieki zdrowotnej udzielającego określonego świadczenia zdrowotnego, może skorzystać z klauzuli sumienia – oczywiście poza przypadkiem niecierpiącym zwłoki.

4. Istnieje możliwość przyjęcia przez zakład opieki zdrowotnej, że pewne świadczenia medyczne, takie jak przerwanie ciąży, nie będą w nim realizowane, chyba że na osobę prowadzącą zakład opieki zdrowotnej zostałby nałożony ustawowo obowiązek zatrudnienia lekarza realizującego świadczenia, których wykonania odmawiają inni zatrudnieni lekarze. Zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w statucie zakładu opieki zdrowotnej określa się rodzaje i zakres udzielanych świadczeń. Umożliwia to wyłączenie w statucie określonych czynności z zakresu katalogu świadczeń realizowanych przez dany zakład opieki zdrowotnej. Art. 68 ust. 2 zd. pierwsze Konstytucji RP stanowi, że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Wynika stąd, że obowiązek zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych spoczywa na państwie, a nie poszczególnych lekarzach.

5. W konsekwencji, w mojej ocenie prawidłowa interpretacja klauzuli sumienia zakłada:

– Prawo do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego z powodu sprzeciwu sumienia jest immanentnie związane z osobową godnością człowieka i wynikającą z niej wolnością sumienia. Ograniczenie klauzuli sumienia może nastąpić tylko w drodze wyjątku, w ustawie, o ile jest to konieczne z punktu widzenia zdrowia publicznego oraz prawa do ochrony zdrowia.

– Sprzeciw sumienia jest podstawą do powstrzymania się od wykonania świadczenia zdrowotnego. Do zakresu

świadczeń zdrowotnych, których dotyczy klauzula sumienia, należy zaliczyć także wystawianie recept (np. recept na wczesnoporonne środki antykoncepcyjne) oraz skierowań na badania specjalistyczne przy pewności, że stanowią one część procedury nakierowanej na zniszczenie dobra, a nie tylko służą uzyskaniu informacji o stanie zdrowia pacjenta (np. badania prenatalne, gdy kobieta informuje o zamiarze skorzystania z zabiegu przerwania ciąży).

– Obowiązek wskazania realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej oraz obowiązek odnotowania i uzasadnienia faktu skorzystania z klauzuli sumienia w dokumentacji medycznej nie mają charakteru warunków, których spełnienie decydowałoby o możliwości skorzystania przez lekarza z klauzuli sumienia. Są to tylko dodatkowe obowiązki spoczywające na lekarzu w wypadku powołania się na sprzeciw sumienia.

– Zakład opieki zdrowotnej może wydać deklarację, że nie wykonuje się w nim określonych świadczeń zdrowotnych, o ile odmienny wniosek nie wypływa z katalogu rodzajów i zakresu świadczeń zdrowotnych zawartego w statucie danego z.o.z.

– Ograniczenie klauzuli sumienia, wprowadzone do art. 39 poprzez odwołanie do art. 30, dotyczy wyłącznie niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, natomiast nie obejmuje innych przypadków niecierpiących zwłoki.

– Obowiązek zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych spoczywa na państwie, a nie poszczególnych lekarzach.

6. W odniesieniu do konkretnych, wybranych przykładów z zakresu tzw. medycyny reprodukcyjnej pożądaných decyzji, które w swoim stanowisku przedstawił Komitet Bioetyki, uważam, że:

– Lekarz powinien informować pacjentkę o dostępnych metodach regulacji poczęć, w tym o środkach antykoncepcyjnych. Może jednak, powołując się na brak celu medycznego, odmówić wystawienia recepty na środki antykoncepcyjne. Powinien jednak w tym wypadku wskazać specjalistę lub podmiot stosujących praktykę wystawiania takich recept.

– Lekarz może powołać się na klauzulę sumienia, z uzasadnieniem sięgającym obowiązku ochrony i poszanowania godności człowieka oraz ochrony jego życia (art. 30 i 37 Konstytucji RP, i odmówić wystawienia recepty na środki postkoitalne. Farmaceuta ma podobne prawo odmówić ich sprzedaży.

– Obowiązek informowania pacjentki o stanie jej zdrowia i ewentualnych zagrożeniach dla życia i zdrowia związanych z kontynuowaniem ciąży nie stoi w sprzeczności z tym, że lekarz, powołując się na klauzulę sumienia, odmówi orzeczenia w sprawie istnienia wskazań do przerywania ciąży.

7. Bliski mojej pamięci śp. dr Janusz Kochanowski – były Rzecznik Praw Obywatelskich, mój nauczyciel, zwykł mawiać, że w przypadkach granicznych zwykle zasady prawne są „za krótkie”, by je objąć. Dodawał przy tym, że każdy z nas w najważniejszych sprawach ponosi odpowiedzialność za prawo, któremu daje posłuch. Nie sposób nie wspomnieć tych słów w chwili, gdy mowa o klauzuli sumienia. Korzystając z niej, ze sprzeciwu sumienia, należy liczyć się, że posłuszeństwo prawu naturalnemu, jakie odczytujemy, nawet jeśli sumienie jest prawidłowo uformowane i nie sprzeciwia się słusznemu dobru innej osoby, może wiązać się z negatywnymi konsekwencjami związanymi z formalnym naruszeniem obowiązujących przepisów prawa pisanego. Trudno uciec od zestawienia sensu klauzuli sumienia z istotą obywatelskiego nieposłuszeństwa. Możemy postulować, by ustawa

o zawodzie lekarza i lekarza dentystry dostatecznie rozpoznała indywidualne prawo sprzeciwu sumienia, jednak nawet jeśli tego nie robi w pełni konsekwentnie, czy też – jak to dzieje się w przypadku ustawy o zawodzie farmaceuty – nie czyni tego w ogóle, źródło prawa do sprzeciwu sumienia jest uprzednie i wiążące dla jednostki. Zawsze musi być jednak dostatecznie zracjonalizowane i zawierać przyzwolenie na konsekwencje posłuszeństwa temu prawu.

MAŁGORZATA CHUDZIŃSKA
ANNA GRZANKA-TYKWIŃSKA

Funkcjonowanie klauzuli sumienia w krajowej praktyce lekarskiej

Problem klauzuli sumienia to temat w ostatnim czasie niezwykle szeroko dyskutowany. Niemniej jednak w polskiej literaturze brak jest jakichkolwiek badań zgłębiających kwestię opinii lekarzy w odniesieniu do stosowania sprzeciwu sumienia w codziennej praktyce lub są one przeprowadzone w sposób fragmentaryczny. Badanie własne jest zatem pierwszym poruszającym ten problem w środowisku lekarzy różnych specjalności. Przeprowadzone zostało ono w okresie od maja 2012 do maja 2013 r., a miejscem doboru osób badanych był obszar województwa kujawsko-pomorskiego. Zgodę na udział w badaniu wyraziło 210 osób. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, za pomocą techniki ankiety. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz własnej konstrukcji. Utworzenie kwestionariusza poprzedziła szeroka analiza ustawodawstwa o zasięgu krajowym jak i międzynarodowym oraz zgłębienie literatury w przedmiocie stosowania klauzuli sumienia wśród personelu medycznego. Starano się tak skonstruować pytania ankietowe, by dotyczyły jak najistotniejszych kwestii w przedmiotowej tematyce.

Od momentu podjęcia Rezolucji nr 1763 przez Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy w 2010 r., będącej potwierdzeniem konieczności istnienia klauzuli nie tylko dla lekarzy, ale również dla instytucji ochrony zdrowia,

problematyka odmowy wykonania świadczenia medycznego odbija się w mediach coraz szerszym echem. Opinie i stanowiska w tej sprawie są w istocie często od siebie różne, co powoduje liczne kontrowersje i dyskusje, nierzadko pozostawione bez konstruktywnej konkluzji. Na uwagę zasługuje również Sprawozdanie z dnia 26 września 2013 r. w sprawie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie, zawierające projekt Rezolucji Parlamentu Europejskiego o tym samym tytule. Zwrócono w nim uwagę na konieczność zmian prawa w zakresie klauzuli sumienia, a dokładniej ograniczenia go ze względu na utrudnianie „dostępu do usług w dziedzinie zdrowia reprodukcyjnego, takich jak udzielanie informacji o antykoncepcji, dostęp do środków antykoncepcyjnych i ich sprzedaży, badań prenatalnych i legalnego przerywania ciąży”, oraz stwierdzono, że „prawo do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem stanowi indywidualne prawo, a nie politykę grupową”, w związku z czym wyrażono „zaniepokojenie faktem, że w całej UE w szpitalach i klinikach podlegających Kościołowi personel medyczny jest zmuszany do odmawiania usług w zakresie ZRSP”¹. Ze względu na naciski środowisk konserwatywnych projekt skierowany został jednak do ponownej pracy w Komisji Praw Kobiet i Równouprawnienia². W związku z licznymi apelami organizacji międzynarodowych o zreformowanie przepisów krajowych dotyczących klauzuli sumienia stanowisko w tej sprawie postanowił zająć również Komitet Bioetyki przy Prezydium

¹ Sprawozdanie z dnia 26.09.2013 r. w sprawie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie (2013/2040(INI)), [online], [dostępny: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2013-0306+0+DOC+XML+V0//PL#title1>], [dostęp: grudzień 2013].

² Projekt rezolucji w sprawie praw seksualnych i reprodukcyjnych wrócił do komisji w Parlamencie Europejskim, [online], [dostępny: <http://www.federa.org.pl/centrum-prasowe/archiwum-wiadomosci/203-padziernik-2013/1236-projekt-rezolucji-w-sprawie-praw-seksualnych-i-reprodukcyjnych-wrocil-do-komisji-w-parlamencie-europejskim>], [dostęp: grudzień 2013].

PAN, który krytycznie odniósł się do obecnej interpretacji przepisu art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (dalej: u.z.l.). W swych uwagach Komitet zwrócił uwagę na potrzebę bardziej restrykcyjnego stosowania klauzuli sumienia, ograniczonego do niektórych tylko przypadków, potwierdził słuszność wskazania realnej możliwości uzyskania świadczenia przez samego lekarza, a także zobligował lekarzy do podania konkretnej zasady lub normy moralnej, którą narusza dane świadczenie³. Zaaapelował również o uświadamianie studentom i przedstawicielom zawodów medycznych, by „już na etapie wyboru zawodu czy ścieżki specjalizacyjnej” byli „informowani o tym, że wykonywanie danej profesji medycznej może wiązać się z koniecznością podjęcia w sytuacji nagłej działania, które uznają oni za moralnie niedopuszczalne”⁴. W swoim stanowisku Komitet proponuje co prawda stworzenie wewnętrznego przepływu informacji na temat lekarzy wykonujących niejednoznacznie moralnie świadczenia lub zawieranie z nimi stosownych umów przez podmioty, w których żaden lekarz nie podejmuje się wykonywania kontrowersyjnych świadczeń⁵, jednak rozwiązania te nadal nie wydają się godzić praw pacjenta i pełnej ochrony sumienia lekarza. Listę najbardziej aktualnych doniesień w sprawie klauzuli sumienia zamyka odpowiedź Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 grudnia 2013 r. na uwagi poczynione przez Komitet Bioetyki PAN. Prezydium zauważa bowiem, że to właśnie wspomniana już Rezolucja nr 1763 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z 2010 r. akcentuje, że „na podmiotach odpowiedzialnych za organizację ochrony zdrowia” ciężar powinien obowiązek wskazania pacjentowi

³ Stanowisko Komitetu Bioetyki przy PAN nr 4/2013 z dnia 12.11.2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia, [online], [dostępny: <http://www.bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/Stalowisko%20KB%20nr%204-2013.pdf>], [dostęp: grudzień 2013], s. 1–12.

⁴ Tamże.

⁵ Tamże.

legalnych możliwości uzyskania świadczenia w razie odmowy przez lekarza wykonania świadczenia sprzecznego z jego sumieniem⁶. Negatywnie odnosi się również do propozycji szczegółowego ujawniania lekarskiego światopoglądu, czy to w postaci uzasadnienia w dokumentacji medycznej, czy też w formie list lekarzy niewykonujących określonych świadczeń⁷. Stanowisko to skupia się jednak z kolei na prawach i autonomii lekarzy, co nadal nie rozwiązuje problemu ich kolizji z prawami pacjenta w omawianym zakresie.

Kontrowersje wokół sprzeciwu sumienia lekarza i ciągły brak jednoznacznych ustaleń w tym względzie uzasadnia zatem podjęcie przedmiotowych badań wśród lekarzy, jako osób bezpośrednio borykających się na co dzień z powyższymi dylematami. Jasne regulacje prawne są tym bardziej konieczne, że z przeprowadzonych analiz wynika, że aż 90 proc. wszystkich badanych ma świadomość istnienia prawa do odmowy świadczenia ze względu na sprzeciw sumienia, a 82 proc. badanych popiera funkcjonowanie klauzuli sumienia w polskim prawie. Co więcej, osoby te w większości (41 proc.) o możliwości skorzystania z klauzuli sumienia dowiadywały się już przy wyborze specjalizacji. Badani mieli zatem w pewnej mierze świadomość, że podczas wykonywania danej profesji będą musieli borykać się z dylematami natury moralnej, w związku z czym wybory ich były przeważnie przemyślane.

Najgłośniej komentowanym i często krytykowanym zapisem art. 39 u.z.l. jest niewątpliwie konieczność wskazania realnej możliwości wykonania świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym. Zauważyć należy, że wymóg ten zawarto nie tylko w polskim ustawodawstwie.

⁶ Stanowisko Nr 74/13/P-VI Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6.12.2013 r. w sprawie korzystania z klauzuli sumienia w praktyce lekarskiej, [online], [dostępny: <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowiska-prezydium-nrl-z-dn.-6-grudnia-2013-r>], [dostęp: grudzień 2013].

⁷ Tamże.

W większości krajów Europy ustawy oraz kodeksy etyki kładą nacisk na konieczność skierowania pacjenta do innego podmiotu, zaznaczając również przy tym, że musi się to odbyć w możliwie jak najkrótszym czasie. We Francji wymagane jest imienne wskazanie innego lekarza, natomiast w Norwegii lekarz nie może powołać się na klauzulę sumienia, dopóki nie ma pewności, że pacjent otrzyma to świadczenie w innym podmiocie. Ponadto, ustawodawstwo Republiki San Marino wymaga, by lekarz upewnił się, czy świadczenie faktycznie zostało wykonane⁸. W polskiej literaturze często spotyka się argumenty, że jest to obarczanie lekarza dodatkowym obowiązkiem znajomości światopoglądów swoich kolegów lub po prostu pośrednie uczestnictwo w niemoralnym czynie⁹. Jednakże na pytanie, czy zobowiązanie lekarza do wskazania innej realnej możliwości uzyskania świadczenia narusza sumienie badanych, 66 proc. wszystkich lekarzy odpowiedziało, że nie widzi takiego problemu. Odpowiedzi te korespondują również z badaniami Zatyki, w których 75 proc. lekarzy uznało, że podmiotem, który należałoby obciążyć takim obowiązkiem, powinien być lekarz odmawiający świadczenia¹⁰. Można zatem zaryzykować twierdzenie, że większość lekarzy nie upatruje w powyższym zapisie elementu naruszającego sumienie. Ciekawym jednak zjawiskiem jest fakt, że spośród lekarzy zapytanych w przedmiotowych badaniach o to, czy scedowanie obowiązku wskazania innego lekarza na inny podmiot lepiej chroniłoby ich sumienie, aż 82 proc. udzieliło twierdzącej odpowiedzi. Co więcej, stwierdziło tak 85 proc. badanych, którzy wcześniej uznali, że wskazanie innego lekarza nie naruszałoby ich sumienia.

⁸ C. Zampas, X. Andión-Ibanez, *Conscientious Objection to Sexual and Reproductive Health Services: International Human Rights Standards and European Law and Practice*, "European Journal of Health Law" 2012, 19, s. 246–256.

⁹ P. Stanisz, *Klauzula sumienia*, [w:] A. Mezglewski, H. Misztal, P. Stanisz, *Prawo wyznaniowe*, Warszawa 2008, s. 104–111.

¹⁰ E. Zatyka, *Lekarski obowiązek udzielenia pomocy*, Warszawa 2011, s. 54–180.

Najczęściej wskazywanym podmiotem, który mógłby przejąć niewygodny obowiązek, wyręczając tym samym lekarza powołującego się na klauzulę sumienia, był Narodowy Fundusz Zdrowia (50 proc.). W następnej kolejności lekarze wskazali Okręgowe Izby Lekarskie (27 proc.). Podobne wartości zaobserwowano w badaniach Zatyki¹¹. Zatem, mimo wcześniejszej pozytywnej oceny zapisu ustawy o wskazaniu innego podmiotu przez lekarza odmawiającego świadczenia, jeszcze lepszym rozwiązaniem wydało się badanym całkowite odizolowanie lekarza od niewykonywanych świadczeń.

Porównywalne kontrowersje wywołuje wyłączenie możliwości zastosowania klauzuli sumienia w niektórych sytuacjach niecierpiących zwłoki. Podczas gdy konieczność udzielenia nawet niezgodnego z sumieniem świadczenia w sytuacji zagrożenia życia nie budzi większych wątpliwości, to brak możliwości skorzystania z klauzuli sumienia w stanie zagrożenia zdrowia pacjenta, a zwłaszcza w tzw. przypadkach niecierpiących zwłoki, rodzi wiele pytań¹². Co prawda 44 proc. lekarzy w przedmiotowych badaniach stwierdziło, że wykonałoby świadczenie niezgodne z sumieniem we wszystkich przypadkach niecierpiących zwłoki, ponieważ wszystkie te sytuacje przedkładają nad swoje sumienie, jednak odpowiedzi reszty badanych nie były już tak jednolite. 6 proc. badanych stwierdziło bowiem, że wykonałoby takie świadczenie, ale byłoby to sprzeczne z ich sumieniem. Jedynie 9 proc. lekarzy wykonałoby niechciane świadczenie tylko w sytuacjach zagrożenia życia, natomiast 22 proc. respondentów udzieliłoby świadczenia także w sytuacji niebezpieczeństwa ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Ponadto zaobserwowano, że tylko 1 proc. osób nie wykonałoby sprzecznego z sumieniem

¹¹ Tamże.

¹² A. Zoll, *Niektóre etyczne i prawne dylematy związane z zaniechaniem świadczeń medycznych*, „Medycyna Praktyczna” 2008, nr 9, s. 165–169.

zabiegu w żadnych okolicznościach, a 12 proc. uzależniło odmowę od indywidualnego przypadku. Nadmienić należy, że powyższe dane nie sumują się do 100 proc., gdyż osoby badane mogły wybrać kilka wariantów z zaproponowanych odpowiedzi. W kontekście międzynarodowych i regionalnych standardów medycznych oraz praw człowieka zauważamy, że zabraniają one stosowania sprzeciwu sumienia w sytuacjach zagrożenia życia pacjenta. Mimo że w większości krajów Europy istnieje generalny obowiązek udzielenia pomocy w tzw. sytuacjach niecierpiących zwłoki, w ustawodawstwie tylko niektórych z nich, w tym także Polski, znajdziemy wyraźny zapis zakazujący powoływania się na klauzulę sumienia w tych przypadkach¹³. Co więcej, Wielka Brytania w Akcie Aborcyjnym za przypadek niecierpiący zwłoki, w którym lekarz musi wykonać świadczenie, uznaje nie tylko zagrożenie zdrowia fizycznego, ale także psychicznego kobiety¹⁴. Istnieją z kolei również takie państwa, jak Dania czy Holandia, które nie przewidują żadnych wyraźnie sprecyzowanych wyjątków od prawa stosowania klauzuli sumienia¹⁵.

Skorzystanie przez lekarza z klauzuli sumienia może być też często ograniczone jego obawą przed odpowiedzialnością prawną. Ma to miejsce w wypadku, gdy lekarz chcąc zachować pełną wolność sumienia, nie dopełnia obowiązku wskazania realnych możliwości uzyskania świadczenia w innym podmiocie lub nie udziela świadczenia w sytuacji niecierpiącej zwłoki (np. odmawia usunięcia ciąży pochodzącej z przestępstwa w 12. tygodniu ciąży). Większość lekarzy (57 proc.) stwierdziła, że na odpowiedzialność karną narazić ich może przede wszystkim brak jasnego określenia procedur

¹³ C. Zampas, X. Andión-Ibanez, dz. cyt., s. 246–256.

¹⁴ Abortion Act 1967, [online], [dostęp: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87>], [dostęp: grudzień 2013].

¹⁵ C. Zampas, X. Andión-Ibanez, dz. cyt., s. 246–256.

postępowania w sytuacji odmowy świadczenia. Ponadto 25 proc. badanych wskazało, że lekarz może ponieść konsekwencje karno-prawne w wypadku, gdyby nie chciał wykonać świadczenia niecierpiącego zwłoki, a 20 proc. osób za taką sytuację uznało niedopełnienie obowiązku wskazania realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza. W przedmiocie obawy przed inną niż karna odpowiedzialnością prawną najczęstszym wskazywanym wariantem przez osoby badane była odpowiedzialność cywilna (78 proc.), a następnie odpowiedzialność dyscyplinarna (43 proc.) i zawodowa (41 proc.).

W badaniach dotyczących opinii polskich lekarzy na temat moralnie kontrowersyjnych świadczeń Pawlikowski, Sak i Marczewski zauważają, że lekarze wykazujący się wyższą religijnością w sytuacji dylematu pomiędzy własnym światopoglądem a żądaniem pacjenta wybiorą światopogląd, co prowadzić może do konfliktu na linii pacjent – lekarz¹⁶. W przeprowadzonych badaniach lekarze poproszeni zostali zatem o ocenę przepisu art. 39 u.z.l. z perspektywy praw pacjenta, często bowiem wyklucza się zrozumienie wzajemnych racji przez każdą ze stron. Badania własne dowodzą jednak czegoś innego. Mimo że 36 proc. respondentów uznało, że obecny kształt przepisu zawierającego klauzulę sumienia nie narusza w żaden sposób praw pacjenta, to 39 proc. badanych zauważyło ewentualność naruszenia tych praw w sytuacji odsyłania pacjenta od jednego do drugiego lekarza (nawet gdy lekarz wskaże innego kolegę, ten również może odmówić i odesłać pacjenta dalej), natomiast 31 proc. osób w wypadku, gdy lekarz nie chce wskazać innej realnej możliwości wykonania świadczenia. Kontrowersyjny zapis o wskazaniu innego lekarza nie sprawdza się zatem w kontekście praw pacjenta, niezależnie od tego, czy lekarz dopełni

¹⁶ J. Pawlikowski, J.J. Sak, K. Marczewski, *Polish Physicians' Opinions Concerning Morally Controversial Medical Practices*, „Wiadomości Lekarskie” 2012, 65 (2), s. 90–96.

tego obowiązku, czy też go zaniecha. Lekarze zauważają tu więc nie tylko zagrożenie dla swojego sumienia, ale również rozumieją niepraktyczność takiego zapisu w stosunku do pacjentów. Podobnie badania Zatyki pokazują, że pacjenci zapytani o to, w jakiej sytuacji lekarz nie powinien odmawiać świadczenia zdrowotnego, jedynie w odsetku 21,74 proc. odpowiedzieli, że podstawą takiej odmowy nie powinna być niezgodność świadczenia z sumieniem. Pacjenci również nie widzą zatem potrzeby ograniczania sumienia lekarza ze względu na własne prawa. Sztucznie prowokowany konflikt w relacji pacjent – lekarz zastąpić więc powinny rozsądne rozwiązania prawne w tym zakresie, zarówno bowiem jedna, jak i druga strona rozumie swoje wzajemne prawa i potrzeby w przedmiotowej kwestii.

Należy zatem postawić pytanie: czy obecny kształt przepisu art. 39 u.z.l. wymaga zmian i ulepszeń? Z przeprowadzonych badań wynika, że lekarze w przeważającej mierze zauważyli taką konieczność. Badane osoby twierdziły, że przepis powinien zostać zmieniony ze względu na niewystarczającą ochronę sumienia lekarza (35 proc.), gdyż może on ograniczać prawa pacjenta (18 proc.), ponieważ brak jest przepisów wykonawczych, regulujących procedury postępowania w danej sytuacji (42 proc.), a 2 proc. uznało, że klauzula sumienia powinna zostać zniesiona. Osoby badane w 15 proc. stwierdziły, że przepisy są wystarczająco jasne i nie wymagają zmiany. Nadmienić należy, że powyższe dane nie sumują się do 100 proc., gdyż osoby badane mogły wybrać kilka wariantów z zaproponowanych odpowiedzi. Lekarze zapytani zostali również, czy dobrym rozwiązaniem w tym zakresie byłoby wprowadzenie źródła informacji o rodzajach świadczeń, których dany lekarz nie wykonuje z powodów związanych z sumieniem, dostępnego również dla pacjentów. W tym wypadku 36 proc. osób uznało takie źródło informacji za przydatne ze względu na odizolowanie lekarza od nieakceptowanych przez niego świadczeń. Z kolei

utworzenie źródła informacji wydało się dobrym rozwiązaniem dla 47 proc. badanych, z uwagi na fakt, że pacjent wiedziałby, do jakiego lekarza się nie kierować. Jedynie 18 proc. badanych stwierdziło, że stworzenie takiego źródła informacji nie byłoby właściwym wyjściem z sytuacji, mimo że obecne przepisy nie są zadowalające. Nieco inaczej sytuacja kształtuje się w badaniach Zatyki, gdzie stworzenie listy lekarzy zanegowało aż 57,14 proc. badanych, z kolei 32,14 proc. osób uznało jego przydatność, ze względu na ułatwienie wskazania realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym. Jedynie według 10,71 proc. respondentów owo źródło informacji powinno być dostępne także dla pacjentów¹⁷.

Badania wykazały również, że 45 proc. lekarzy skorzystało z klauzuli sumienia podczas wykonywania swoich obowiązków zawodowych. W związku z powyższym lekarzy, którzy powołali się na przepis art. 39 u.z.l. oraz udzielili odpowiedzi na pytania dotyczące skorzystania z klauzuli sumienia, w praktyce ujęto w osobną, już mniej liczną grupę badanych.

W literaturze proponuje się podział przesłanek, które mogą skłonić lekarza do odmowy świadczeń zdrowotnych, na medyczne, etyczne i religijne¹⁸. Do omawianego zagadnienia odnoszą się dwie ostatnie z nich. Potwierdzają to przeprowadzone badania, w których na pytanie dotyczące przesłanek, jakimi kierowali się badani korzystający z klauzuli sumienia, 67 proc. osób odpowiedziało, że były to poglądy religijne, 54 proc. wskazało na wyznawany światopogląd, przez co rozumieć należy także pobudki etyczne, a 15 proc. badanych miało na względzie troskę o dobro pacjenta.

¹⁷ E. Zatyka, dz. cyt., s. 54–180.

¹⁸ J. Pawlikowski, *Klauzula sumienia – ochrona czy ograniczenie wolności sumienia lekarza? Głos w obronie wolności sumienia lekarzy*, [online], [dostępny: http://www.ptb.org.pl/pdf/pawlikowski_klauzula_1.pdf], [dostęp: lipiec 2013], s. 4–7.

Także w tym wypadku lekarze mogli wybrać kilka wariantów odpowiedzi. W badaniach Zatyki najczęściej wskazywanymi opcjami również okazały się względy natury etycznej (67,86 proc.) oraz religijnej (21,43 proc.)¹⁹. Mimo że w badaniach tych procent wskazania pobudek religijnych jest wyraźnie niższy, potwierdzają one fakt, że zarówno pobudki etyczne, jak i religijne mogą być przyczyną odmowy wykonania świadczenia na gruncie analizowanych przepisów.

Problem odnotowywania faktu odmowy wykonania świadczenia w dokumentacji medycznej oraz poinformowania o tym przełożonego również znajduje odzwierciedlenie w wynikach przeprowadzonego badania własnego. W literaturze zauważyć można bowiem rozbieżności interpretacyjne, choćby w stosunku do określenia momentu zawiadomienia przełożonego o ewentualności skorzystania z klauzuli sumienia²⁰. Badania własne potwierdzają brak spójności w tym zakresie, bowiem w grupie lekarzy korzystających z klauzuli sumienia 22 proc. osób poinformowało przełożonego o możliwości odmowy świadczenia niezgodnego z sumieniem już przy podjęciu zatrudnienia, 27 proc. uczyniło tak przy pierwszej okazji korzystania z klauzuli, natomiast 35 proc. oświadczyło, że ich przełożony nie wie, że korzystają oni z tego prawa. W poszczególnych krajach Europy problem informowania przełożonego o niewykonywaniu niektórych świadczeń jest rozwiązywany już przy podjęciu zatrudnienia. W Niemczech, Norwegii oraz Wielkiej Brytanii istnieje nie tylko konieczność deklaracji sumienia przed rozpoczęciem pracy w danej placówce, lecz także możliwość zaznaczenia już w ofertach pracy, by lekarz wykonywał wszystkie konieczne świadczenia. Ponadto szpitale zobowiązane są informować władze o liczbie lekarzy stosujących klauzulę sumienia, celem zapewnienia pacjentom pełnego dostępu

¹⁹ E. Zatyka, dz. cyt., s. 54–180.

²⁰ A. Zoll, dz. cyt., s. 165–169.

do określonych świadczeń. We Włoszech zaobserwowano jednak pewne braki w tym systemie. Raport Ministerstwa Zdrowia z 2008 r. wskazał bowiem, że rośnie liczba lekarzy powołujących się na sprzeciw sumienia, nie tylko ginekologów (70 proc.) w stosunku do zabiegów aborcji, lecz także anestezjologów (50 proc.), którzy nie chcą asystować przy tym zabiegu²¹. Z kolei odnosząc się do kwestii odnotowywania faktu odmowy wykonania świadczenia w dokumentacji medycznej, w literaturze zauważa się, że lekarze rzadko kiedy dopełniają tego obowiązku²². Potwierdzają to również przeprowadzone badania, w których aż 59 proc. osób stwierdziło, że nie odnotowuje w dokumentacji medycznej faktu powołania się na klauzulę sumienia, udzielając jedynie ustnej odmowy, odsyłając pacjenta do przełożonego bądź osiągając kompromis z pacjentem.

W kwestii znajomości procedur postępowania w sytuacji skorzystania z klauzuli sumienia osoby badane w 54 proc. stwierdziły, że wiedziały, według jakich procedur postępować i jakich informacji udzielić pacjentowi, natomiast 32 proc. z nich powołało się na sprzeciw sumienia, nie znając procedur postępowania w takim wypadku. W związanej z procedurami dyskusyjnej kwestii wskazania innej realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza 41 proc. osób dopełniło tego obowiązku i nie było to sprzeczne z ich sumieniem. Z kolei 27 proc. badanych, mimo że również wskazało inny podmiot do wykonania świadczenia, uznało, że było to sprzeczne z ich sumieniem. Ze względu na niezgodność z sumieniem informacji takiej nie udzieliło pacjentowi 11 proc. badanych, a 19 proc. nie uczyniło tego, gdyż nie znało lekarza, który wykonałby świadczenie.

²¹ C. Zampas, X. Andi6n-Ibanez, dz. cyt., s. 246–256.

²² M. Nesterowicz, N. Karczevska, *Problem stosowania klauzuli sumienia przez lekarzy w 6wietle orzecznictwa*, [online], [dost6pny: http://www.ptb.org.pl/pdf/nesterowicz_karczevska_klauzula_3.pdf], [dost6p: lipiec 2013], s. 1–3.

W kwestii ewentualnych konsekwencji prawnych lekarze, którzy zdecydowali się na skorzystanie z klauzuli sumienia, w przeważającej mierze nie obawiali się już odpowiedzialności karnej (67 proc.) ani cywilnej, bądź dyscyplinarnej czy zawodowej (62 proc.). Pozostałe osoby obawiały się konsekwencji prawnych, za przyczynę podając nie tylko niejasne ustawodawstwo w tym zakresie, lecz głównie niezadowolenie ze strony pacjenta i jego ewentualne roszczenia.

W przeważającym stopniu lekarze stosujący klauzulę sumienia nie doświadczyli również przejawów dyskryminacji ze względu na swoje poglądy (81 proc.). Jednak przekonania 11 proc. badanych nie zostały uszanowane przez współpracowników, 5 proc. przez przełożonych, a 13 proc. ze strony pacjentów. Badani w odsetku 16 proc. stwierdzili, że powołanie się na klauzulę sumienia wywołało określone reakcje w środowisku, zarówno pozytywne, jak i negatywne. Jako konsekwencje pozytywne wskazano m.in. wzrost szacunku kolegów do przekonań i fachowej wiedzy lekarza stosującego klauzulę oraz zadowolenie pacjentów, że nie doszło do wykonania świadczenia. Natomiast wśród konsekwencji negatywnych pojawiło się obniżenie wynagrodzenia, a nawet utrata pracy.

Wyniki uzyskane w przedmiotowym badaniu, a także spostrzeżenia innych autorów wskazują na to, że klauzula sumienia jest instytucją ważną i potrzebną. Problem niejasności dotyczących jej stosowania nie leży bowiem w samej klauzuli, a w braku umiejętnego stworzenia przepisów godzących prawo pacjenta do wszystkich przysługujących mu świadczeń medycznych oraz całkowitą wolność sumienia lekarza, o co nieustannie postulują organy instytucji międzynarodowych. Jasne przepisy prawa, uchwalone po dogłębnej analizie problemu, odpowiadające na potrzeby zarówno lekarzy, jak i pacjentów, a dotyczące nie tylko kwestii klauzuli sumienia, ale również realnego dostępu do – być

może moralnie kontrowersyjnych, jednak zalegalizowanych – świadczeń medycznych powinny ostatecznie zastąpić niewiążące stanowiska i uchwały instytucji różnych środowisk, które prowadzą jedynie do pogłębiania wątpliwości w kwestii stosowania sprzeciwu sumienia przez lekarzy w Polsce.

MACIEJ HAMANKIEWICZ

Polskie prawo ogranicza stosowanie klauzuli sumienia (klauzula sumienia w świetle aktualnych przepisów a postulaty samorządu lekarskiego)

Celem niniejszego wystąpienia jest przedstawienie aktualnego stanu prawnego dotyczącego korzystania przez lekarzy z klauzuli wolności sumienia oraz wyjaśnienie powodów skierowania przez Naczelną Radę Lekarską wniosku do Trybunału Konstytucyjnego.

Moim zadaniem jest również wyjaśnienie, czego domaga się Naczelna Rada Lekarska poprzez zaskarżenie obecnych przepisów o klauzuli sumienia, ponieważ materia prawna jest w tym wypadku dość skomplikowana.

Wolność sumienia jako kategoria konstytucyjna

Wolność sumienia gwarantuje każdemu art. 53 ust. 1 Konstytucji RP. Zgodnie z tym przepisem „każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii”. Konstytucja nie definiuje, co to jest „sumienie”, nie określa przejawów wolności sumienia i nie ustala wprost gwarancji jej przestrzegania. Można jednak przyjąć, że zgodność postępowania z własnym sumieniem oznacza zgodność tego działania z przekonaniami wyływającymi z określonego światopoglądu, wierzeń religijnych czy wyznawanych zasad moralnych.

Z Konstytucji da się wyprowadzić wniosek, że wolność sumienia podlega ochronie nie tylko w aspekcie wewnętrznym (wolność swobodnego przyjmowania określonego światopoglądu), lecz także w aspekcie zewnętrznym (prawo do działania zgodnie z sumieniem).

Wolność sumienia to nie tylko możliwość postępowania zgodnie z wyznawanymi zasadami wynikającymi ze wskazań określonej religii, w wolności sumienia mieści się także możliwość przyjęcia innego światopoglądu niż religijny.

Wolność sumienia nie oznacza jedynie prawa do reprezentowania określonego światopoglądu, ale przede wszystkim prawo do postępowania zgodnie z własnym sumieniem, do wolności od przymusu postępowania wbrew własnemu sumieniu. W naszym przekonaniu szczególnie istotny dla wolności sumienia jest art. 53 ust. 7 Konstytucji, który stanowi, że nikt nie może być obowiązany przez organy władzy publicznej do ujawnienia swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania. Kreuje on bowiem obowiązek bezwzględny, który nie może być uchylony.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej wszelki przymus aktywnego wykonywania czynności uznawanej przez danego człowieka za sprzeczną z jego sumieniem jest próbą instrumentalizacji osoby, jej uprzedmiotowieniem prowadzącym do rażącego naruszenia jej godności.

Wolność sumienia w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty także proklamuje wolność sumienia lekarza i przewiduje, że lekarz może odmówić wykonania świadczenia zdrowotnego sprzecznego ze swoim sumieniem.

Przepis nazywany „klauzulą sumienia” znajduje się w art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Art. 39: „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 w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego”.

Powstaje pytanie, czy przepis ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, przewidujący, że lekarz może odmówić wykonania świadczenia niezgodnego z sumieniem, to przywilej lekarski?

Klauzula sumienia ujmowana jako przywilej lekarski to jeden z mitów, który narósł w dyskusji nad lekarską klauzulą sumienia. Art. 39 ustawy nie stanowi przywileju lekarzy, lecz ograniczenie ich konstytucyjnej wolności sumienia. Przepis wskazuje bowiem, kiedy lekarz nie może korzystać z wolności sumienia (zagrożenie życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, inne przypadki niecierpiące zwłoki) oraz wskazuje dodatkowe wymogi, które lekarz musi spełnić, aby skorzystać z wolności sumienia.

Konkluzja: klauzula sumienia z art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry to nie przywilej lekarzy, lecz ograniczenie ich konstytucyjnej wolności sumienia. Ograniczenie konstytucyjnie gwarantowanej wolności sumienia lekarza przejawia się w kilku aspektach. Po pierwsze, ustawodawca wyłączył możliwość powołania się na klauzulę sumienia we wszystkich przypadkach określonych w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Po drugie, nakazał lekarzowi korzystającemu z wolności sumienia wskazać inną osobę, która wykona dane świadczenie. Po

trzecie, nakazał wpisywać uzasadnienie stosowania klauzuli sumienia w dokumentacji medycznej, co prowadzi do ujawnienia światopoglądu lekarza w dokumentacji medycznej, do której dostęp ma znaczny krąg osób i organów władzy publicznej. Po czwarte, ustawodawca nakazał uprzednie powiadomienie przełożonego o skorzystaniu z klauzuli wolności sumienia.

Jak każde ograniczenie wolności gwarantowanej w Konstytucji, ograniczenie lekarzowi wolności sumienia musi spełniać określone wymogi, w tym wymóg proporcjonalności wprowadzanego ograniczenia, zawarty w art. 31 ust. 3 Konstytucji, i nie może prowadzić do zanegowania istoty danej wolności. W myśl art. 31 ust. 3 Konstytucji przy rozpatrywaniu zgodności przepisów z zasadą proporcjonalności należy zbadać trzy istotne zagadnienia: po pierwsze, czy oceniana regulacja prawna jest właściwa dla osiągnięcia zamierzonych celów, po drugie, czy jest ona niezbędna dla ochrony i realizacji interesu publicznego, z którym jest związana, i, po trzecie, czy jej efekty pozostają w odpowiedniej proporcji do zakresu ciężarów nakładanych na obywatela lub inny podmiot prawny. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej ograniczenia w korzystaniu przez lekarzy z gwarancji wolności sumienia wprowadzone na mocy art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie spełniają tych kryteriów proporcjonalności.

Ostatecznie jednak o tym, czy w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry w sposób zasadny ograniczono wolność sumienia lekarza, orzeknie Trybunał Konstytucyjny, który jest powołany do rozstrzygania sporów o hierarchię wartości prawnie chronionych.

Skarga Naczelnej Rady Lekarskiej do Trybunału Konstytucyjnego

Naczelna Rada Lekarska po gruntownej analizie sprawy oceniła, że art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (klauzula sumienia) narusza Konstytucję i nie gwarantuje lekarzom w dostatecznym stopniu prawa do korzystania z wolności sumienia.

Na wstępie trzeba podkreślić, że Naczelna Rada Lekarska złożyła wniosek do Trybunału Konstytucyjnego, zanim w Polsce wybuchła burza medialna związana z osobą znanego profesora.

Przed złożeniem wniosku do Trybunału Konstytucyjnego Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zajęło stanowisko w sprawie klauzuli sumienia, wyrażając swój pogląd w przedmiotowej sprawie. W stanowisku nr 74/13/P-VI z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie korzystania z klauzuli sumienia w praktyce lekarskiej Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przypominało, że lekarz ma obowiązek zawsze udzielić pomocy, gdy jej nieudzielenie spowodziłoby na pacjenta groźbę utraty życia czy ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazało jednak, że lekarz, tak jak każdy, ma prawo powstrzymać się od działań, które są sprzeczne z jego sumieniem, a obowiązek zapewnienia pacjentowi świadczenia w takiej sytuacji spoczywa nie na lekarzu, lecz na organach państwa. W stanowisku tym w sposób jasny określono, że obowiązek zorganizowania i zapewnienia pacjentom opieki medycznej spoczywa przede wszystkim na organach państwowych.

21 lutego 2014 r. Naczelna Rada Lekarska podjęła uchwałę nr 3/14/VII o wystąpieniu do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (klauzula sumienia) z Konstytucją.

Wniosek o zbadanie zgodności art. 39 z Konstytucją został złożony do Trybunału Konstytucyjnego 11 marca 2014 r.

Prezes Trybunału Konstytucyjnego powiadomił Naczelną Radę Lekarską, że sprawa zostanie rozpatrzona przez Trybunał w pełnym składzie wszystkich sędziów z uwagi na jej złożony charakter i wagę zagadnienia.

Cel złożenia wniosku do Trybunału Konstytucyjnego

Czy złożenie wniosku do Trybunału oznacza, że po ewentualnym korzystnym wyroku całkowicie zniknie z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty przepis o klauzuli sumienia? Nie. Takiego celu nie stawia sobie Naczelna Rada Lekarska.

Naczelna Rada Lekarska zaskarżyła do Trybunału przepis o klauzuli sumienia tylko w pewnym zakresie, który wykracza poza ramy konstytucyjnie dozwolonego ograniczania wolności sumienia. Nawet po korzystnym wyroku Trybunału Konstytucyjnego lekarz nie będzie mógł „zasłaniać się” klauzulą sumienia w celu odmowy ratowania życia ludzkiego czy w sytuacji poważnego uszkodzenia ciała pacjenta. W tych sytuacjach Naczelna Rada Lekarska nie ma wątpliwości, że priorytetem powinna pozostać powinność niesienia pomocy pacjentowi, przed którą sumienie lekarza musi ustąpić.

Celem Naczelnej Rady Lekarskiej jest to, żeby lekarz korzystający z klauzuli sumienia nie musiał poszukiwać i wskazywać innego lekarza, który wykona to sporne świadczenie zdrowotne, tj. aby nie musiał być pomocnikiem przy organizowaniu czynności, którą sam uważa za niegodziwą. Obowiązek zapewnienia pacjentowi opieki medycznej spoczywa w tym wypadku na państwie, a nie

na indywidualnym lekarzu. Państwo dysponuje do tego stosownymi narzędziami, w tym instytucjami powołanymi do finansowania świadczeń zdrowotnych; narzędzi takich nie ma i nie musi mieć indywidualny lekarz, który ze względu na wskazania swojego sumienia odmówił udzielenia świadczenia zdrowotnego. Przepis w obecnym kształcie zmusza lekarza do czynnej, konkretnej i realnej pomocy w uzyskaniu świadczenia niezgodnego z jego sumieniem, czyli uznawanego przez danego lekarza za niegodziwe, z obowiązku tego lekarz – w świetle aktualnych przepisów – nigdy nie może się zwolnić. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej przepis ten nadaje ochronie sumienia lekarza znaczenie iluzoryczne, a nadto zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej obowiązek wskazania bezpośrednio przez lekarza innej osoby, która wykona dane świadczenie, nie jest konieczny w demokratycznym państwie.

Celem Naczelnej Rady Lekarskiej jest także to, aby lekarz nie musiał wpisywać do dokumentacji medycznej uzasadnienia skorzystania z klauzuli sumienia, ponieważ owo uzasadnienie to w istocie szeroka informacja na temat wyznawanej przez lekarza religii lub innego systemu wartości, dostępna (w ramach udostępniania dokumentacji medycznej) szerokiej grupie osób i podmiotów.

Argumenty podnoszone przez Naczelną Radę Lekarską we wniosku do Trybunału Konstytucyjnego

I.

Pierwszy zarzut konstytucyjny wobec obecnego brzmienia art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry dotyczy tego, czy dopuszczalne jest zobowiązanie lekarza

do wykonywania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem, jeżeli zwłoka w udzieleniu tego świadczenia nie spowodowałaby niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Norma prawna ustalająca to zobowiązanie wynika z art. 39 ustawy, który odsyła do art. 30 ustawy.

Zarzut Naczelnej Rady Lekarskiej podniesiony we wniosku do Trybunału Konstytucyjnego dotyczy ustępowania sumienia lekarskiego przed „innymi przypadkami niecierpiącymi zwłoki”, które nie powinny mieć „pierwszeństwa” przed prawem lekarza do korzystania z wolności sumienia. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry w art. 30 nie określa bliżej, o jakie „inne przypadki niecierpiące zwłoki” chodzi, należy jednak przyjąć, że są to przypadki, gdy zwłoka w udzieleniu świadczenia nie naraża pacjenta na utratę życia, ciężkie uszkodzenie ciała lub ciężki rozstrój zdrowia.

Naczelna Rada Lekarska, składając wniosek do Trybunału, domaga się uchylecia tego „fragmentu” art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, z którego wynika obowiązek lekarza wykonania niezgodnego z jego sumieniem świadczenia zdrowotnego, pomimo że zwłoka w udzieleniu tego świadczenia nie spowodowałaby niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Naczelna Rada Lekarska w tej części swojego wniosku do Trybunału zwróciła uwagę, że niedopuszczalny zakres ograniczenia wolności sumienia lekarza widać szczególnie jaskrawo na tle wykonywanych przez lekarzy świadczeń o charakterze nielecniczym, których wykonywanie jest dopuszczone przez przepisy prawa, ale nie mają dla pacjenta bezpośredniego waloru leczniczego; do tej kategorii czynności zalicza się w literaturze m.in. eksperyment medyczny (badawczy), czynność pobrania tkanek do przeszczepu czy przerywanie ciąży powstałej w wyniku czynu zabronionego. Mimo wyróżnienia czynności nielecniczych, zdaniem

Naczelnej Rady Lekarskiej, ochrona wolności sumienia lekarza nie powinna być jednak ograniczona wyłącznie do świadczeń nielecniczych.

II.

Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej przepis art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry godzi w wolność sumienia lekarza także w ten sposób, że zobowiązuje go zawsze do „wskazania realnych możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym”.

Przepis ten zmusza lekarza do czynnej, konkretnej i realnej pomocy w uzyskaniu świadczenia niezgodnego z jego sumieniem. Przepis zobowiązuje do pomocnictwa w uzyskaniu świadczenia, które z punktu widzenia norm etycznych wiążących danego lekarza są uznawane za niegodziwe. Art. 39 ustawy czyni z lekarza gwaranta osiągnięcia niegodziwego skutku.

Nałożenie na lekarza obowiązku wskazania innej osoby gotowej wykonać to świadczenie czyni ochronę sumienia lekarskiego iluzoryczną, a ponadto nie jest konieczne w demokratycznym państwie prawnym, bo państwo ma możliwości, aby zagwarantować pacjentom świadczenia bez naruszania wolności lekarza do działania w zgodzie z własnym sumieniem.

Naczelna Rada Lekarska we wniosku do Trybunału Konstytucyjnego zwróciła uwagę, że kwestionowany obowiązek wskazania innego lekarza gotowego wykonać świadczenie dotyczy wszystkich świadczeń zdrowotnych, zarówno leczniczych, jak i nielecniczych, czyli tych, które nie służą bezpośrednio zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia.

Naczelna Rada Lekarska zarzuca ponadto, że art. 39 ustawy, nakazujący lekarzowi wskazać realne możliwości

uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym, jest w praktyce niemożliwy do wykonania. Ustawodawca, nakładając na lekarzy taki obowiązek, błędnie założył, że lekarz odmawiający wykonania świadczenia kolidującego z jego sumieniem zna jednocześnie światopogląd innych lekarzy i może pacjenta do nich skierować. Nie można przyjmować, że dane dotyczące światopoglądu konkretnych lekarzy są powszechnie znane w „środowisku lekarskim”, tj. między lekarzami. Naczelna Rada Lekarska jest przekonana, że w świetle art. 2 Konstytucji, który proklamuje zasadę demokratycznego państwa prawnego, prawo zapisane w ustawach nie powinno zmuszać obywateli do działania niemożliwego do wykonania.

III.

Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej artykuł 39 zd. 2 ustawy jest niezgodny z art. 53 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej także przez to, że zobowiązuje lekarza do pisemnego ujawnienia światopoglądu swojemu przełożonemu, chociaż nie jest to konieczne w demokratycznym państwie. Artykuł 39 zd. 2 ustawy wskazuje, że „Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego”. Nakaz ujawniania pracodawcy w formie pisemnej poglądów moralnych i religijnych jest wprost sprzeczny z bezwzględnym zakazem ustalonym w art. 53 ust. 7 Konstytucji. Zgodnie z tym przepisem: „Nikt nie może być obowiązany przez organy władzy publicznej do ujawnienia swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania”. Naczelna Rada Lekarska uznaje ten przepis za ustanowienie bezwzględnego (tj. niepodlegającego złagodzeniu) zakazu nakładania na obywateli obowiązku ujawniania swojego światopoglądu.

Przepis ten, nakazujący uprzednie ujawnienie swojego światopoglądu przełożonemu, wywiera z pewnością tzw. efekt mrozący, zniechęcający lekarza do korzystania z przynależnej mu konstytucyjnej wolności sumienia. Trudno nie zauważyć, że im więcej ustanawia się dodatkowych warunków, od których zależy możliwość korzystania z wolności, tym bardziej wolność ta jest iluzoryczna.

IV.

Naczelna Rada Lekarska skierowała art. 39 ustawy do Trybunału Konstytucyjnego także w zakresie, w jakim zobowiązuje lekarza korzystającego z prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem do uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej nałożenie na lekarza obowiązku wytworzenia dokumentacji medycznej i uzasadnienia w tej dokumentacji powodów moralnych, religijnych lub światopoglądowych, które uniemożliwiają mu wykonanie czynności lekarskiej, jest wprost sprzeczne z art. 53 ust. 7 Konstytucji, który zakazuje tworzenia obowiązków ujawniania światopoglądu, wierzeń religijnych lub braku takich wierzeń, zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio.

Nałożenie przez ustawodawcę obowiązku uzasadniania w dokumentacji medycznej faktu powołania się na sprzeciw sumienia godzi w samą istotę wolności sumienia, gdyż nie jest konieczne w demokratycznym państwie prawa. Dokumentacja medyczna to zbiór danych, który może być udostępniony szerokiej grupie podmiotów i instytucji, a okres przechowywania dokumentacji medycznej to 20, a nawet 30 lat. Zobowiązanie lekarza do wpisania do dokumentacji uzasadnienia zastosowania klauzuli sumienia oznacza w praktyce obowiązek ujawnienia swojego światopoglądu szerokiej grupie osób i instytucji.

Klauzula sumienia – zamieszanie medialne

W związku z depeszą PAP, która ukazała się 24 lutego 2015 r. pt. *Sejm: ograniczenie klauzuli sumienia lekarzy – zgodne z Konstytucją*, w której podano, że „Ograniczenia klauzuli sumienia lekarzy są zgodne z Konstytucją – uznał Sejm w opinii dla Trybunału Konstytucyjnego”, biuro prasowe Naczelnej Izby Lekarskiej zamieściło na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej następujące wyjaśnienie: „W sprawie skierowanej przez Naczelną Radę Lekarską do Trybunału Konstytucyjnego dotyczącej klauzuli sumienia Marszałek Sejmu Pan Radosław Sikorski wysłał do Trybunału Konstytucyjnego stanowisko całkowicie niezgodne z opinią nr 432 Komisji Ustawodawczej Sejmu z dnia 4 lutego 2015 r. Jest zatem kwestią co najmniej dyskusyjną, czy wyrażone przez Marszałka Sejmu zapatrywanie na wniosek NRL o stwierdzenie niezgodności z Konstytucją przepisów o klauzuli sumienia jest rzeczywistym zdaniem Sejmu czy jedynie opinią Marszałka”.

Z dokumentów opublikowanych na stronie Sejmu RP wynika, że Komisja Ustawodawcza Sejmu oceniająca wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej do Trybunału Konstytucyjnego uznała, że wszystkie cztery zarzuty skierowane przez Naczelną Radę Lekarską przeciwko obecnej regulacji klauzuli sumienia są zasadne. Komisja Ustawodawcza Sejmu podzieliła pogląd, że zaskarżone przez Naczelną Radę Lekarską przepisy naruszają Konstytucję.

Jak podkreśla Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz: „Samorząd lekarski wyraża zdumienie, że po takiej decyzji Komisji Ustawodawczej Marszałek Sejmu wysłał do Trybunału Konstytucyjnego stanowisko pozostające w całkowitej sprzeczności z opinią Komisji.

Dodam również, że w stanowisku tym datowanym na dzień 5 lutego 2015 r., znając opinię Komisji Ustawodawczej, Marszałek Sejmu nie wzmiankował nawet Trybunałowi o odmiennym poglądzie Komisji Ustawodawczej ani o powodach odstąpienia od jej opinii. Po zapoznaniu się ze stanowiskiem Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie wniosku Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczącego niezgodności z Konstytucją art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (klauzuli sumienia) stwierdzam, że argumenty Marszałka Sejmu podniesione w stanowisku skierowanym do Trybunału Konstytucyjnego nie są zasadne. Naczelna Rada Lekarska nadal uważa, że obecne uregulowania klauzuli sumienia naruszają Konstytucję”.

Podsumowanie

Skutkiem art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w obecnym kształcie jest to, że zamiast korzystać z wolności sumienia, lekarz zmuszany jest w każdym wypadku walczyć o prawo do wolności sumienia i bronić go, pokonując ograniczenia, które są niezgodne ze standardami demokratycznego państwa prawnego.

TOMASZ P. TERLIKOWSKI

Obowiązek sprzeciwu sumienia farmaceutów

Klauzula sumienia, pozwalająca lekarzowi, położnej czy pielęgniarce odmówić wykonania procedury, która niezgodna jest z ich światopoglądem, od dawna jest solą w oku środowisk lewicowo-liberalnych. Ich przedstawiciele najchętniej maksymalnie ograniczyliby jej stosowanie, tak by lekarz w istocie nie mógł odmówić wykonania aborcji czy przepisania antykoncepcji, i by odebrać katolikom (a także części protestantów) możliwość wykonywania zawodów medycznych. W poważnej debacie uniwersyteckiej nie formułuje się takiej opinii wprost, ale jednoznacznie sugeruje się – i to w poważnych dokumentach, jakimi są niewątpliwie oświadczenia Komitetu Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk – rozważenie przez studentów medycyny rozpoczynania specjalizacji, którym szczególnie często towarzyszą problemy sumienia. „Komitet Bioetyki uważa, że studenci i przedstawiciele zawodów medycznych, już na etapie wyboru zawodu czy ścieżki specjalizacyjnej, powinni być informowani o tym, że wykonywanie danej profesji medycznej może wiązać się z koniecznością podjęcia w sytuacji nagłej działania, które oni uznają za moralnie niedopuszczalne. Lekarz, pielęgniarka czy położna muszą mieć świadomość, że są gwarantami zdrowia i życia pacjenta, i ciężący na nich obowiązek gwarancyjny jest nadrzędny

wobec ich osobistego światopoglądu”¹ – napisali autorzy stanowiska. Techniczne sformułowania tego dokumentu skrywają w sobie bardzo jasny przekaz, zgodnie z którym trzeba przekonać studentów i młodych lekarzy, że jeśli chcą wybrać specjalizację z ginekologii i położnictwa, to będzie ich można zmusić do uczestnictwa w zabijaniu dzieci (tym jest bowiem aborcja) i przepisywania antykoncepcji. Sytuacje nagłe bowiem, które mają być rzekomo zobowiązaniem do uczestnictwa w zabójstwie prenatalnym, niemal nie istnieją, a jeśli rzeczywiście dochodzi do sytuacji, w której – w jakichś nieprzewidywanych okolicznościach – nagle trzeba zająć się kobietą w ciąży, to lekarz ma obowiązek zająć się obojgiem pacjentów, a nie tylko jednym. Kobieta w tej sytuacji nie jest przecież jedyną osobą, do troski o którą powołany jest lekarz. Pacjentem jest także dziecko. Tyle że Komitet Bioetyki tego w ogóle nie dostrzega. Dla niego liczy się tylko przekonanie młodych lekarzy, że jeśli są wierzącymi katolikami, jeśli poważnie traktują swoją wiarę, to nie powinni zajmować się ginekologią. A jeśli chcą się nią zajmować, to powinni pogodzić się z tym, że wcześniej czy później będą mieli krew dziecka na rękach.

Lekarzy jednak, podobnie jak przedstawiciele innych zawodów medycznych, wciąż jeszcze chroni – mocno niedoskonałe, ale jednak obowiązujące w Polsce – prawo. Oni mają prawo odmówić wykonania pewnych zabiegów i choć niektórzy z prawników przekonują, że w takich sytuacjach ciąży na nich prawny obowiązek wskazania innego pracownika, który za nich „usługę wykona” (co jest skandalem, który w istocie niszczy intencję ustawodawcy, jaką jest obrona wolności sumienia), to w praktyce tylko nieliczne placówki decydują się na takie postępowanie. Gorzej mają

¹ Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12.11.2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia, par. 19.

dyrektorzy placówek, ci bowiem zmuszeni są (pod pozorem uznania ich za urzędników, a nie lekarzy) do udostępnienia całego zakresu „usług” medycznych, z zabójstwem prenatalnym włącznie, a jeśli odmawiają wykonania jakiejś procedury medycznej, to wymusza się na nich wskazanie innego miejsca. Jeśli zaś tego nie zrobią, to... zwalnia się ich – jak prof. Bogdana Chazana² – z pracy. W najgorszej sytuacji są jednak farmaceuci, których nie chroni ustawa o zawodzie lekarza i dentyści, zawierająca szczegółowe zapisy dotyczące gwarancji wolności sumienia. Część prawników czy polityków podkreśla wprawdzie, że w praktyce im także przysługuje prawo odmowy sprzedaży pewnego rodzaju środków, bowiem wolność sumienia gwarantuje im Konstytucja. I nie brak argumentów za takim rozumieniem polskiej Konstytucji, szczególnie że całkiem niedawno w Hiszpanii (która ma o wiele ostrzejsze przepisy proaborcyjne) Sąd Najwyższy uznał, że nie ma powodów, by karać farmaceutę, który odmawia sprzedaży pigułki „dzień po”. Kłopot z tym wyrokiem jest tylko taki, że sprawa dotyczyła apteki znajdującej się w centrum miasta i pacjentka, która oskarżyła jej właściciela, spokojnie mogła zakupić specyfik w innym punkcie. Sąd nie zajmował się więc – akurat w tym wyroku – kwestią wyważenia dóbr, jakimi są wolność sumienia i wolność dostępu do specyfików medycznych. Warto też uświadomić sobie, że niezależnie od tego, jaki wyrok zapadł w Hiszpanii, w Polsce może być on zupełnie inny. Kwestia ta stała się przy tym gorąca, bowiem w połowie 2015 r. polskie władze zdecydowały o tym, że pigułka wczesnoporonna ma być dostępna w aptekach także dla 15-letnich dzieci. Wszystko to sprawia, że nie sposób nie zadać pytania, czy farmaceuta może/powinien odmówić sprzedaży środków antykoncepcyjnych lub wczesnoporonnych? Odpowiedź na to pytanie

² Więcej na ten temat: T.P. Terlikowski, *Sprawa prof. Chazana. Kulisy manipulacji*, Warszawa 2014.

udzielana będzie – w tym tekście – nie z perspektywy prawnej³, ale etycznej.

Kilka rozróżnień terminologicznych

Odpowiedź na to pytanie zacząć trzeba od kilku istotnych rozróżnień terminologicznych. Termin antykoncepcja, stosowany w debacie publicznej, wprowadza sporo zamieszania, bowiem obejmuje sobą zarówno techniczne metody zapobiegania poczęciu, jak i te, które poza działaniem przeciw poczęciu mają również działanie wczesnopopronne (a dokładnie uniemożliwiające implantację zarodka w ścianie macicy). Ocena religijna, przynajmniej z punktu widzenia Kościoła katolickiego, i jednych, i drugich środków jest negatywna. Jeśli jednak spojrzeć na tę kwestię od strony wyłącznie moralnej, to z perspektywy myślenia klasycznego można i należy wprowadzić pewne rozróżnienia etyczne w ocenie dopuszczalności tych środków czy... obowiązku sprzeciwu sumienia wobec ich dystrybucji.

Ujmując rzecz z tej perspektywy, trzeba powiedzieć, że w dyskusji o klauzuli sumienia i prawie/obowiązku sprzeciwu sumienia warto odróżnić od siebie prezerwatywy i środki hormonalne (niezależnie od tego, czy mowa o „zwyczajnych” pigułkach antykoncepcyjnych, czy pigułkach „dzień po”), a także różnego rodzaju spirale. Te pierwsze, choć niewątpliwie z punktu widzenia moralności katolickiej ich stosowanie jest grzechem, i to – co do materii – ciężkim, nie wywołują dramatycznych skutków zdrowotnych u kobiety ani tym bardziej nie mogą przyczynić się do wczesnego

³ Znakomitym wprowadzeniem w problematykę prawną związaną z tym tematem jest tekst dr. Olgierda Pankiewicza: O. Pankiewicz, *Prawo do sprzeciwu sumienia lekarza i farmaceuty*, [online], [dostępny: <http://www.ordoiuris.pl/prawo-do-sprzeciwu-sumienia-lekarza-i-farmaceuty,3280,analiza-prawna.html>].

poronienia człowieka na zarodkowym etapie rozwoju. To zaś oznacza, że choć farmaceuta – tak jak kioskarz czy właściciel sklepu – powinien mieć prawo (związane z fundamentalną zasadą wolności sumienia) odmowy sprzedaży takich środków w swojej placówce, to trudno tu mówić o obowiązku moralnym takiego zachowania. Inaczej rzecz się ma ze środkami hormonalnymi, tu – jak sądzę – na farmaceutyce ciąży moralny obowiązek odmowy sprzedaży takich środków, i to niezależnie od konsekwencji, jakie może on na siebie ściągnąć. Powody zaś do takiego działania są przynajmniej dwa.

Mechanizm wczesnoporonny działania hormonalnej antykoncepcji

Pierwszym niewątpliwie pozostaje fakt, że antykoncepcja tego rodzaju (i to niezależnie od tego, czy mowa o pigułkach hormonalnych, czy tzw. antykoncepcji awaryjnej) może (choć nie w każdej sytuacji tak działa) zabijać nienarodzone dzieci. Każdy z tego typu środków antykoncepcyjnych ma także działanie wczesnoporonne. „(...) złożone doustne środki antykoncepcyjne posiadają co najmniej trzy punkty uchwytu w organizmie (...): zagęszczają śluz szyjki macicy i hamują przechodzenie plemników z pochwy do jamy macicy, nie uniemożliwiają jednak tego całkowicie; blokują owulację – nie dochodzi do powstania jajeczka w jajniku. Hamowanie owulacji nie jest jednak zupełne (w 5 proc. ma miejsce *wymknięcie się owulacji* i czasami dochodzi do zapłodnienia (1,25 proc. cykli); uniemożliwiają rozwój błony śluzowej *endometrium*, która ulega znacznej atrofii i nie jest w stanie przyjąć zapłodnionego jajeczka. Powoduje to wczesne poronienie przez niemożność zagnieżdżenia zarodka”⁴ – wskazu-

⁴ J. Suaudeau, *Między antykoncepcją a aborcją. Granica cieńsza niż myślisz*, tłum. J. Wilkońska, Warszawa 2010, s. 9.

je Jacques Suaudeau. I właśnie ten trzeci element pozostaje kluczowy dla etycznego sprzeciwu wobec antykoncepcji hormonalnej. Jej działanie pozostaje bowiem – w pewnej części przypadków – działaniem wczesnoporonnym, w wyniku którego ginie poczęte już dziecko. Amerykańscy prolaiferzy sugerują nawet, że w ciągu pięćdziesięciu lat stosowania pigułki w samych tylko Stanach Zjednoczonych mogło zginąć z jej powodu 250 milionów dzieci. Wyliczenia te opierają się na statystycznych ustaleniach, z których wynika, że jeśli kobieta stosuje tego typu środki przez całe swoje życie reprodukcyjne, to roni przynajmniej dwójkę dzieci, wcale o tym nie wiedząc.

O takim działaniu antykoncepcji hormonalnej wiedzą oczywiście ginekolodzy, ale uciekają przed uznaniem wczesnoporonnego działania antykoncepcji dzięki sprytnemu zabiegowi językowemu. O co chodzi? O proste przesunięcie okresu uznania powstania ciąży z momentu, gdy łączą się komórka jajowa i plemnik i powstaje nowy człowiek, na czas po implantacji. Dzięki takiej operacji można przekonywać, że skoro ciąży nie było, to i nie może być mowy o działaniu wczesnoporonnym. Problem polega tylko na tym, że to kłamstwo. Ciąża to inne określenie pojawienia się w organizmie kobiety nowej istoty ludzkiej. Implantacja zaś to tylko jeden z koniecznych etapów rozwoju człowieka. Nie sposób zatem uznać, że jest ona tak ważna, że bez niej nie możemy mówić o ciąży. Argumentów za tak jednoznacznym uznaniem zarodka ludzkiego na najwcześniejszym etapie rozwoju za człowieka dostarcza nie tyle teologia, ile konsekwentnie przemyślane odkrycia nowoczesnej genetyki. Na szlaku rozwojowym człowieczeństwa znajduje się tylko jeden punkt autentycznej biologicznej nieciągłości, genetycznej przemiany. I jest nim właśnie poczęcie, czyli połączenie się żeńskich i męskich komórek płciowych. „Na wcześniejszych etapach szlaki rozwojowe gamet były zasadniczo niezależne od siebie. Natychmiast po połączeniu obydwie komórki wkraczają na jeden wspólny tor rozwoju, na którym wchodzi we

wzajemne interakcje w sposób uporządkowany i przewidywalny, zasadniczo taki sam dla wszystkich jednostek danego gatunku”⁵ – wskazuje hiszpański biolog Juan Ve Vios Vial Carrea. Ten nowy twór nie jest przy tym tylko prostym złożeniem materiału genetycznego ojca i matki, ale czymś o wiele bardziej skomplikowanym, czego w najmniejszym stopniu nie da się sprowadzić do kopii czy nawet genetycznego miksu rodziców. W genomie nowego człowieka odbijają się, czasem zupełnie nieoczekiwanie, refleksy poprzednich pokoleń. Nowa całość jest już przy tym kompletna pod względem genetycznym, ma zapisane swoje cechy, skłonność do pewnych dziedzicznych chorób, a nawet kolor oczu. Początkiem człowieczeństwa jest zatem moment poczęcia, a nie implantacji do organizmu matki (na co często powołują się obrońcy doustnej antykoncepcji) czy trzeci miesiąc ciąży. „Po zapłodnieniu jednokomórkowy zarodek nie staje się innym rodzajem rzeczy. On po prostu się dzieli i staje coraz większy i większy, przechodzi kolejne stopnie rozwoju, aż w końcu osiąga stan rozwojowy embrionu, około 8 tygodnia”⁶ – wskazuje Dianne N. Irving.

Odmowa uczestnictwa w działaniach prowadzących do pozbawienia życia człowieka na najwcześniejszym etapie rozwoju nie wymaga jednak twardych opinii metafizycznych czy biologicznych. Wystarczą wątpliwości co do statusu ontycznego zarodka. Jeśli je mamy, to oznacza to, że przyjmujemy (zgodnie z tym, co ustaliła współczesna genetyka), że zarodek może być człowiekiem, choć nim być nie musi. W takiej sytuacji uczciwie myślący człowiek uzna, że jeśli czegoś nie wie, a ryzykuje, że zabije człowieka, to zrezygnuje z zabijania. I to nawet jeśli nie ma pewności, czy

⁵ J. De Vios Vial Carrea, *Embrion ludzki jako organizm i jako ktoś pośród nas*, tłum. D. Chabrajaska, M. Rajewski, [w:] *Medycyna i prawo: Za czy przeciw życiu*, red. E. Sgreccia, T. Styczeń, J. Gula, C. Ritter, Lublin 1999, s. 66.

⁶ D.N. Irving, *When Human Beings Begin? „Scientific” Myths and Scientific Facts*, „International Journal of Sociology and Social Policy” 1999, vol. 19, nr 3/4, s. 14–22.

zabija człowieka. Jeśli decyduje inaczej, to oznacza to, ni mniej, ni więcej, tylko tyle, że jego wątpliwości są pozorne i że uważa on, że zarodek nie jest człowiekiem. A wówczas musi uzasadnić biologicznie i genetycznie opinię, że zarodek nie jest człowiekiem i że w związku z tym można go zlikwidować. To na nim zresztą, o czym często się zapomina, spoczywa obowiązek dowodu, bowiem – zgodnie z zasadą prawa rzymskiego – zawsze w procesie udowadnia się winę (w tym wypadku brak człowieczeństwa), a nie niewinność (czyli w tym wypadku to, że zarodek jest człowiekiem).

Uznanie, że antykoncepcja może nie tylko zapobiegać ciąży, ale także zabijać nienarodzone dzieci, sprawia, że problem odmowy sprzedaży takich środków przestaje być już tylko „prawem” sumienia farmaceuty, a staje się jego obowiązkiem. Osoba wierząca (a także niewierząca, jeśli uznaje fundamentalną wartość życia) nie może bowiem uczestniczyć w procesie, który może (a niekiedy – jak w wypadku antykoncepcji awaryjnej – ma) doprowadzić do śmierci niewinnej osoby ludzkiej. I nie jest to kwestia wyboru, ale moralnego obowiązku odmowy uczestnictwa w takich działaniach.

Ochrona zdrowia kobiety

Istotnym argumentem przemawiającym za odmową sprzedaży środków antykoncepcyjnych może być jednak dla farmaceuty nie tylko obrona życia najsłabszych, ale także obrona zdrowia samych kobiet. Antykoncepcja bowiem nie tylko może zabijać nienarodzonych, ale także szkodzi zdrowiu (a niekiedy także życiu) wielu kobiet. Przekonało się o tym wiele dziewcząt. 18-letnia Georgie Holland po dwóch latach przyjmowania antykoncepcyjnych pigułek Yasmin doznała wylewu. Lekarze stwierdzili, że to tabletki musiały być jego przyczyną, bo nie znaleziono innego

czynnika, który mógłby go wywołać. Wylew doprowadził do częściowej ślepoty oraz konieczności stałego rozrzedzania krwi dziewczyny. Georgie opowiedziała swoją historię dziennikowi „Daily Mail”: „W szkole nagle poczułam się słabo i zdecydowałam się wrócić do domu, ale nie zdołałam tego uczynić” – opisywała dziewczyna. Ostatecznie odnalazł ją ojciec, leżącą w krzakach obok drogi. Gdy dziewczyna trafiła do szpitala, po przeprowadzeniu tomografii mózgu okazało się, że doznała potężnego wylewu. Pomimo leczenia szpitalnego lekarzom nie udało się pokonać częściowej ślepoty, powstałej po wylewie. Holland musi też każdego dnia przyjmować leki, by zapobiec tworzeniu się nowych zakrzepów w mózgu. Georgie Holland i tak nie przytrafiło się najgorsze, bowiem nadal żyje. A przyczyną zgonu 17-letniej Charlotte Porter stał się zakrzep, prawdopodobnie spowodowany przyjmowaniem pigułek. Tabletki zostały przepisane nastolatce jako lek na trądzik. Jednocześnie są one reklamowane jako wygodna i skuteczna metoda antykoncepcji. Lek hamuje owulację i doprowadza do zmian w wyściółce macicy, tak by zapobiec zagnieżdżeniu zapłodnionej komórki jajowej. Dwa tygodnie po otrzymaniu recepty u siedemnastolatki stwierdzono zator tętnicy płucnej spowodowany tworzeniem się zakrzepów w żyłach głębokich (tzw. zakrzepica żył głębokich). Dziewczynę przywieziono do szpitala z obrzękiem lewej nogi. Czekając na wyniki badań, upadła na szpitalnym korytarzu. Wieczorem tego samego dnia zmarła. Przypadek Charlotte Porter jest podobny do sprawy 33-letniej Brytyjki, Helen Schofield, która również zmarła z powodu zakrzepicy. Po dwóch miesiącach przyjmowania tabletek Dianette. Pigułki przepisano jej, żeby uregulować cykl miesięczkowy. Śledztwo wykazało, że zgon kobiety był związany z przyjmowanymi przez nią tabletkami.

W tych dwóch historiach nie ma w istocie nic zaskakującego. Lekarze, naukowcy, specjaliści doskonale wiedzą

o tym, że pigułki antykoncepcyjne mają skutki uboczne, wśród nich takie, które mogą powodować śmierć. Rzecznik firmy Bayer, producenta leku, który spowodował śmierć Schofield, podkreślał w swoich komentarzach, że istnieje „nieznacznie wzrastające” ryzyko zakrzepów krwi związanych z przyjmowaniem jakiegokolwiek antykoncepcji. A w opublikowanym w 2009 r. przez „British Medical Journal” raporcie można przeczytać, że największe ryzyko zakrzepicy krwi jest związane z przyjmowaniem tabletek zawierających dezogestrel, oktan cyproteronu lub drospirenon. „Badania wykazują trzykrotnie większe ryzyko zakrzepicy u kobiet stosujących doustną antykoncepcję zawierającą cyproteron niż u tych, które go nie stosują”⁷ – wskazują autorzy raportu. Na jeszcze większe ryzyko zakrzepicy, która może zakończyć się nawet śmiercią, narażone są kobiety, które stosują tzw. plastry antykoncepcyjne lub pierścienie dopochwowe. Tu ryzyko zakrzepicy w porównaniu z kobietami, które w ogóle nie stosują hormonalnych środków antykoncepcyjnych, wzrasta odpowiednio 7,9 i 6,5 raza⁸.

Do podobnych wniosków, tyle że wyrażonych jeszcze bardziej wprost, doszli specjaliści z Francuskiej Agencji Narodowej ds. Bezpieczeństwa Leków i Produktów Medycznych (ANSM). Ich zdaniem to właśnie tabletki antykoncepcyjne powodują bardzo dużą część z 2,5 tysiąca przypadków zakrzepów krwi, jakie zdarzają się we Francji. Ta sama agencja ostrzega, że środki antykoncepcyjne odpowiadają za śmierć dwudziestu Francuzek rocznie. Wyniki te pochodzą z porównania skutków zdrowotnych antykoncepcji różnych

⁷ Ø. Lidegaard, E. Løkkegaard, A.-L. Svendsen, C. Agger, *Hormonal Contraception and Risk of Venous Thromboembolism: National Follow-Up Study*, „British Medical Journal” 2009, 339: b2890.

⁸ Ø. Lidegaard, L. Hougaard-Nielsen, Ch. Wessel-Skovlund, E. Løkkegaard, *Venous Thrombosis in Users of Non-Oral Hormonal Contraception: Follow-Up Study, Denmark 2001-10*, „British Medical Journal” 2012, 344: e2990.

generacji. I co może być zaskoczeniem, z badań tych wynika, że antykoncepcja trzeciej i czwartej generacji wywołuje dwukrotnie więcej zgonów u kobiet niż ta wcześniejsza. Największym zagrożeniem są środki sprzedawane pod nazwami handlowymi Yaz, Beyaz, Yasmin i Safyral, które wywołują ponad czternaście zgonów rocznie. Ale i pigułki wcześniejszych generacji nie są bezpieczne. Z ich powodu umiera rocznie nawet sześć Francuzek.

Ryzyko zakrzepicy nie jest jednak jedynym, na jakie wystawiają się użytkownicy antykoncepcji hormonalnej. Jak pokazali naukowcy z University of Western Australia, stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych przez nastolatki znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia u nich nadciśnienia tętniczego również w dorosłym życiu. 1771 przebadanych kobiet zostało zapytanych o różne aspekty ich stylu życia: dietę, picie alkoholu, palenie papierosów, aktywność fizyczną i zażywanie leków na receptę, w tym doustnych środków antykoncepcyjnych. Następnie obliczano związek pomiędzy każdym z tych czynników a skurczowym i rozkurczowym ciśnieniem krwi. Naukowcy odkryli, że zażywanie pigułek antykoncepcyjnych było „istotnie związane z podwyższonym ciśnieniem krwi u dziewczyn”. Ciśnienie skurczowe dziewcząt zażywających pigułki (30 proc. z tej grupy) było 3,3 mmHg wyższe od tego, jakie miały kobiety, które nie zażywały antykoncepcji. Wskaźnik pogarszał się wraz z podwyższonym wskaźnikiem masy ciała (BMI). Różnice te, co wskazali naukowcy, „mogą znacząco wpłynąć na ryzyko choroby niedokrwiennej serca i udaru mózgu w wieku dorosłym”⁹.

Tabletki antykoncepcyjne zaburzają także gospodarkę węglowodanową i wpływają na podniesienie poziomu

⁹ *Oral Contraceptive Use in Girls and Alcohol Consumption in Boys are Associated with Increased Blood Pressure in Late Adolescence*, „European Journal of Preventive Cardiology”, 11.07.2012.

insuliny i glukozy, co oznacza podwyższoną możliwość zachorowania na cukrzycę. Związek między antykoncepcją a pojawieniem się cukrzycy jest na tyle duży, że kobietom, które rodzinie obarczone są tym schorzeniem, odradza się w ogóle stosowanie tego typu antykoncepcji¹⁰. U kobiet regularnie stosujących antykoncepcję dramatycznie wzrasta również możliwość zachorowania na rozmaitego rodzaju nowotwory (część z nich kończy się śmiercią). Najlepiej zbadanym jest tu rak szyjki macicy. Ryzyko jego wystąpienia w wersji inwazyjnej – i to według oficjalnych danych Światowej Organizacji Zdrowia – wzrasta o 53 proc. u kobiet, które stosowały antykoncepcję przez okres dłuższy niż pięć lat. Nie jest to, oczywiście, jedyny powód zapadania na tę chorobę, o wiele istotniejszym czynnikiem jest liczba partnerów i rozpasanie seksualne. Im ich więcej i im burzliwsze życie intymne, tym większe prawdopodobieństwo zachorowania na tę chorobę. I odwrotnie, kobieta, która miała tylko jednego partnera (który także miał tylko ją jako partnerkę seksualną), w zasadzie nie powinna zapaść na raka szyjki macicy. Kobiety, które zaczęły stosować antykoncepcję hormonalną przed dwudziestym piątym rokiem życia, częściej zapadają także na raka sutka (to najczęstszy nowotwór złośliwy u kobiet) i raka kosmówki (rak wysoce złośliwy), raka pierwotnego wątroby z hepacytów (także rak złośliwy), raka błony śluzowej macicy i jajnika, a nawet czerniaka i gruczolaka wątroby.

Hormonalne zastrzyki przyjmowane co trzy miesiące przez kobiety pragnące uniknąć ciąży podwajają podatność kobiety na zakażenie HIV-em. Jeśli natomiast kobieta jest już zakażona, to ryzyko, że przekaże wirusa partnerowi, jest dwa razy większe – uzupełnia prestiżowy magazyn naukowy „The Lancet Infectious Diseases”. Jeśli do tego dodać

¹⁰ E. Ślizień-Kuczapska, *Antykoncepcja hormonalna a zdrowie*, [w:] *Bezdroża antykoncepcji*, red. A.J. Katolo, Lublin 2001, s. 66–72.

niekontrolowane tycie, utratę popędu seksualnego, możliwe krwawienia – to nagle okaże się, że w istocie nie ma najmniejszych powodów, by stosować i zapisywać antykoncepcję hormonalną. Do takich wniosków dochodzi zresztą dr Ellen Grant, która od lat 50. XX w. uczestniczyła w badaniach nad pigułką, a obecnie głosi, że działania niepożądane pigułek i innych hormonalnych środków antykoncepcyjnych są wyższe niż korzyści z ich stosowania. I dlatego nie powinno się ich – z przyczyn czysto medycznych – przepisywać młodym, płodnym kobietom¹¹.

Na komplet tych argumentów zwolennicy antykoncepcji odpowiadają, że w istocie wszystkie środki medyczne mają skutki uboczne i że te ostatnie są ceną za skuteczność. Problem polega na tym, że w odróżnieniu od środków medycznych zwanych lekami tabletki czy plasterki antykoncepcyjne niczego nie leczą, a raczej szkodzą zdrowiu kobiety. W sensie ścisłym stanem zdrowia kobiety jest bowiem płodność, a niepłodność – nawet przez Światową Organizację Zdrowia – uznawana jest za chorobę. Antykoncepcja to zatem bardzo droga i bardzo rozreklamowana trucizna, która niczemu i nikomu nie służy. No może poza finansami koncernów farmaceutycznych, które wyspecjalizowały się w jej dostarczaniu. I to jest niewątpliwie drugi, także niezmiernie istotny powód, dla którego farmaceuci powinni odmawiać sprzedaży tego rodzaju środków.

Etos zawodów medycznych

Mam świadomość, że odmowa sprzedaży środków antykoncepcyjnych w sytuacji, gdy sprawa nie jest uregulowana odrębną ustawą, jest dla wielu farmaceutów niezmiernie trudna. Medialna nagonka, a także brak jednoznacznych

¹¹ Tamże.

regulacji prawnych sprawiają, że ryzyko jest naprawdę ogromne. Nie sposób jednak nie dostrzec, że ten uzasadniony lęk nie powinien przesłaniać faktu, że sprzeciw wobec sprzedaży środków antykoncepcyjnych jest obowiązkiem moralnym każdej osoby, która uznaje, że życie ludzkie zaczyna się, gdy końca dobiega proces poczęcia. Nie ma też najmniejszych wątpliwości, że brak sprzeciwu farmaceutów ułatwia rozmiękczenie polskiego prawa i praktyki życiowej. Twardy sprzeciw farmaceutów może zaś, co wspaniale pokazał dr Olgierd Pankiewicz, przyczynić się do zmiany prawa na lepsze. „Ostatecznie tylko farmaceuci i lekarze mogą zmusić prawo do tego, żeby się dostosowało do rzeczy i wartości najistotniejszych w ich zawodach. W przeciwnym razie prawodawca, sądząc, że jego zadaniem jest zmieniać rzeczywistość, zrealizuje te żądania, które będą silniej zgłaszane. Lekarze i aptekarze najlepiej wiedzą, że do dziedziny, która jest powierzona ich rękóm, zgłaszane są roszczenia. Jeśli więc lekarze i farmaceuci, którzy najlepiej znają i potrafią docenić wagę swobody sumienia w swoich zawodach, nie będą się sprzeciwiali, to prawo stopniowo zwiąże im ręce. Tym samym znikną możliwości ich prawnej obrony przed pogwałceniem swobody sumienia”¹² – stwierdził prawnik. I trudno się z taką diagnozą nie zgodzić, podkreślając, że w tej sprawie farmaceuci wezwani są do odwagi i konsekwencji.

¹² O. Pankiewicz, dz. cyt.

BŁAŻEJ KMIECIAK

Obecność pielęgniarek, położnych oraz diagnostów laboratoryjnych w polskiej debacie dotyczącej klauzuli sumienia

Wstęp

Zagadnienie wolności sumienia pracowników systemu ochrony zdrowia cieszy się dużym zainteresowaniem zarówno wśród naukowców, jak i publicystów¹. Temat możliwości skorzystania z klauzuli sumienia wiąże się z pojawieniem się debat, w których zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy podobnego uprawnienia odwołują się do emocjonalnej argumentacji. Zjawisko to jest w pełni zrozumiałe. Sprzeciw sumienia nieuchronnie powiązany jest z osobistym postrzeganiem danej, najczęściej trudnej sytuacji. Określony specjalista, odnosząc się do prośby pacjenta, jednocześnie sam analizuje swój stosunek do problemu. Ów stosunek powiązany

¹ W ostatnim czasie ukazały się w związku z tym tematem dwie pozycje naukowe: O. Nawrot, *Klauzula sumienia w państwie prawa*, Warszawa 2015; J. Pawlikowski, P. Stanisławski, M. Ordon, *Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej – aspekty etyczne i prawne*, Lublin 2014. Stale temat ten podejmowany jest w trakcie spotkań naukowych – zob.: Konferencja *Polska, Europa: o miejsce dla klauzuli sumienia*, 22.05.2015 r., Uniwersytet Papieski Jana Pawła II oraz Międzynarodowa Naukowa Konferencja Prawnicza *Prawo sumienia pracowników służby zdrowia – ramy teoretyczne, wyzwania prawne oraz szanse*, 5.04.2015 r., zorganizowana przez Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris oraz Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego.

jest z doświadczeniem danej osoby, jej postrzeganiem świata oraz wyznawanymi wartościami. Z drugiej jednak strony pojawia się również pacjent oczekujący przeprowadzenia np. konkretnego zabiegu, który – co istotne – dany ekspert medyczny uznaje za naganny etycznie. Po stronie pacjenta z jednej strony pojawia się może lęk, że własne oczekiwania nie zostaną zrealizowane. Z drugiej – najczęściej sytuacja ta wywołuje również frustrację, która wprost prowadzi do pojawienia się zachowań agresywnych².

Podobne refleksje wprowadzające uświadamiają nam, że temat klauzuli sumienia odnosi się nie tylko do aspektów prawno-etycznych. Wprost kieruje on nas również w stronę płaszczyzny psychospołecznej. Należy bowiem zgodzić się z Leonem Petrażyckim, podkreślającym, że prawo jest elementem życia psychicznego każdego człowieka, co oznacza, że oddziałuje ono na jego sferę poznawczą, emocjonalną oraz wolicjonalną³.

W tym miejscu należy jednak zwrócić uwagę na istotne zjawisko, które wydaje się kluczowe dla spójności debaty dotyczącej wolności sumienia. Aktualne dyskusje dotyczące zagadnienia klauzuli sumienia w znacznej większości przypadków skoncentrowały się na wyzwaniach, przed którymi stoją głównie lekarze. Także perspektywa pacjenta ukazywana jest najczęściej przez pryzmat odmowy wykonania danego świadczenia przez lekarza określonej specjalności. Wskazuje się w tym względzie, że np. ginekolog odmówił przepisania środków antykoncepcyjnych. W innych przypadkach media podają najczęściej przykłady lekarzy, którzy nie wykonali zabiegu przerwania ciąży lub też nie wystawili skierowania na świadczenie zdrowotne. Ostatnio do debaty bioetycznej

² K. Kowalczyk, B. Jankowiak, E. Krajewska-Kułak, H. Rolka, M. Sierakowska, *Teorie agresji, fakty i mity*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2011, nr 3, s. 398.

³ L. Petrażycki, *O ideale społecznym i odrodzeniu prawa naturalnego*, [w:] *O nauce, prawie i moralności. Pisma wybrane*, Warszawa 1985, s. 157.

dołączyły zagadnienia związane również z klauzulą sumienia farmaceutów⁴. Co interesujące jednak, poszukując informacji dotyczącej możliwości przeciwstawienia się danym działaniom z racji wyznawanych wartości, łatwiej znaleźć informacje dotyczące sytuacji wspomnianych farmaceutów niż pielęgniarek oraz położnych⁵. Zjawisko to jest o tyle interesujące, że z perspektywy prawnej farmaceuta nie posiada możliwości powołania się na klauzulę sumienia. Pielęgniarka lub położna dysponują natomiast podobnym uprawnieniem: gwarantują je zapisy ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej⁶. Podobne możliwości działania posiadać będą w najbliższym czasie jeszcze donioślejsze znaczenie w odniesieniu do wspomnianych specjalistek, których uprawnienia zawodowe zostaną poszerzone o możliwość wypisywania recept na określone leki⁷. Zmiana przepisów polskiego prawa spowoduje również istotną modyfikację zakresu działań podejmowanych przez diagnostów laboratoryjnych. Jak się okazuje, wspomniani specjaliści mają zagwarantowaną w kodeksie etycznym możliwość powołania się na omawiany

⁴ Do połowy września 2015 r. pod deklaracją poparcia możliwości wprowadzenia klauzuli sumienia dla farmaceutów polskich podpisały się 14.342 osoby: [online], [dostępny: <http://www.sumienie-farm.pl/>], [dostęp: 10.09.2015]. Omawiane zagadnienie spotyka się również z coraz szerszym zainteresowaniem środowiska naukowego. Świadczy o tym pojawianie się publikacji dotyczących klauzuli sumienia aptekarza: Zob.: W. Głusiec, *Klauzula sumienia dla farmaceutów. Analiza opinii wydanej przez comitato nazionale pre la bioetica*, „Diametros” 2012, nr 32, s. 62–76. Ponadto w połowie maja na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim obroniona została pierwsza praca doktorska dotycząca przywołanego w tym miejscu zagadnienia: M. Prusak, *Sprzeciw sumienia farmaceutów. Studium teologicznomoralne* (informacje otrzymane od M. Prusak).

⁵ Do podobnego wniosku dojść można, analizując zasoby internetowe. Wpisując w wyszukiwarce zwrot „klauzula sumienia”, otrzymujemy przede wszystkim informacje dotyczące sytuacji lekarzy. Następne w kolejności są natomiast informacje wskazujące na sytuację farmaceutów, przeciwstawiających się wydawaniu środków antykoncepcyjnych.

⁶ Ustawa z dnia 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, Nr 174 poz. 1039).

⁷ K. Lisowska, *Pielęgniarki będą mogły przepisywać leki. Czy zechcą?*, „Rynek Zdrowia”, 13.07.2015 r., [online], [dostępny: <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarządzanie/Pielęgniarki-beda-mogly-przepisywac-leki-Czy-zechca,153258,1.html>], [dostęp: 08.09.2015].

rodzaj klauzuli. Warto jednak wskazać, że problem ten jest całkowicie pomijany w debacie publicznej. Wprowadzenie w Polsce przepisów w pełni legalizujących zapłodnienie pozaustrojowe metodą *in vitro* sprawić może, że coraz częściej słyszeć będziemy o konflikcie sumienia doświadczanym przez pracowników laboratoriów.

Cel i metoda

Prezentowany w tym miejscu artykuł ma na celu przede wszystkim wskazanie na kluczowe elementy, częstokroć pomijanej w dyskursie społecznym, kwestii klauzuli sumienia pielęgniarek, położnych oraz diagnostów laboratoryjnych. W sposób szczególny przedstawione zostaną podstawy prawne oraz deontologiczne możliwości powołania się wspomnianych specjalistów na omawianą formę sprzeciwu. Ponadto scharakteryzowane zostaną przykładowe sytuacje, które prowadzić mogą do wystąpienia dyskomfortu moralnego związanego z wykonywaniem jednego z ww. zawodów. Na koniec przedstawione zostaną wnioski oraz postulaty społeczno-prawne wskazujące na konieczność modyfikacji: z jednej strony przepisów ustawowych, a z drugiej – społecznej formy przekazu odnoszącego się do zagadnienia wolności sumienia innych niż lekarze ekspertów medycznych. W celu realizacji omawianych założeń wykorzystana zostanie w pracy metoda analizy oficjalnych dokumentów, głównie aktów prawnych, kodeksów etycznych oraz stanowisk wydawanych przez gremia eksperckie⁸. Jako szczególnie pomocna w dalszych działaniach będzie również metoda analizy przekazów masowych, w tym zwłaszcza wypowiedzi medialnych

⁸ A. Pieniążek, M. Stefaniuk, *Socjologia prawa – zarys wykładu*, Kraków 2003, s. 138.

przedstawicieli danej profesji medycznej⁹. Pomocne w tym miejscu będą również działania oparte na wtórnej analizie danych (głównie opublikowanych materiałów eksperckich dotyczących omawianego zagadnienia¹⁰) oraz analizie piśmiennictwa¹¹. Prezentowane refleksje związane z klauzulą sumienia oparte będą na wyrażonych przez Alicję Grzeškowiak założeniach teoretycznych wskazujących, że „Prawo do sprzeciwu sumienia wynika bezpośrednio z nienaruszalnej godności człowieka. Opiera się na zasadzie o fundamentalnym znaczeniu – suwerenności ducha człowieka i prawa do tego, by żyć w prawdzie wskazywanej sumieniem. Człowiek chciałby, by czyny, za które jest odpowiedzialny, były zgodne z jego ideałem dobra, z jego oceną moralną stosowaną do tych czynów”¹².

Perspektywa diagnozy

W Polsce opinia publiczna co roku informowana jest o liczbie przeprowadzanych w naszym kraju aborcji. Od kilku już lat zaobserwować można wzrost liczby zabiegów przerwania ciąży. Ponadto dostrzegalna jest również tendencja wskazująca na zwiększenie się odsetka aborcji przeprowadzonych z racji na zdiagnozowanie w okresie prenatalnym określonej wady płodu. W 2008 r. przeprowadzono 467 tego typu zabiegów, w 2010 r. – 614, a w 2012 r. – 701¹³. Jak

⁹ Zob. szerzej: K. Szczepaniak, *Zastosowanie analizy treści w badaniach artykułów prasowych – refleksje metodologiczne*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica” 2012, nr 47, s. 91.

¹⁰ B. Szacka, *Wstęp do socjologii*, Warszawa 2003, s. 40 i 48.

¹¹ J. Apanowicz, *Zarys metodologii prac dyplomowych i magisterskich z organizacji i zarządzania*, Gdynia 1997, s. 43.

¹² A. Grzeškowiak, *Sprzeciw sumienia w odniesieniu do różnych kategorii zawodów*, „Pedagogika Katolicka” 2009, nr 5, s. 21–39.

¹³ Zob. np.: *Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w 2008 r. Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży oraz o skutkach jej stosowania*, Warszawa 2009, s. 46–47; *Sprawozdanie*

relacjonowała Polska Agencja Prasowa, w kolejnych latach podobne statystyki prezentowały się w następujący sposób: „Ministerstwo Zdrowia podało, iż w 2013 r. wykonano 744 legalne aborcje. 718 zabiegów zrobiono po wynikach badań prenatalnych. Te wskazywały duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu”¹⁴. Z kolei w 2014 r., jak informowała PAP, Narodowy Fundusz Zdrowia rozliczył 1812 legalnych aborcji. Co ciekawe jednak, dane Funduszu nie powielają się z ww. rządowym raportem. Jak podkreśla bowiem NFZ, w 2013 r. rozliczono finansowo przeprowadzenie 1354 zabiegów, a nie, jak wskazuje rząd, 744¹⁵.

Bez względu na przyczynę pojawiających się w tym miejscu rozbieżności należy zauważyć, że co roku na aborcję decyduje się coraz większa grupa kobiet. Kolejnym elementem łączącym przywołane w tym miejscu wyliczenia jest przeważająca liczba zabiegów przerwania ciąży dokonywanych z powodu ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu. Jak stanowi art. 4a ust. 2 ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, ciąża może być przerwana, gdy „badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu”¹⁶. Przywołana w tym miejscu podstawa prawna stała się jednym z głównych

Rady Ministrów z wykonania w 2008 r. Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o skutkach jej stosowania, Warszawa 2014, s. 77.

¹⁴ Komunikat PAP, MZ: *ponad 700 legalnych aborcji w 2013 r.*, „Rynek Zdrowia”, [online], [dostępny: <http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/MZ-ponad-700-legalnych-aborcji-w-2013-r,150761,2.html>], [dostęp: 09.09.2015].

¹⁵ Komunikat PAP, NFZ: *Ponad 1,8 tys. legalnych aborcji w 2014 r.*, „Gazeta Wyborcza”, [online], [dostępny: http://wyborcza.pl/1,75478,17689382,NFZ_Ponad_1_8_tys_legalnych_aborcji_w_2014_r_.html#ixzz3lJ6vBzwz], [dostęp: 09.09.2015].

¹⁶ Ustawa z dnia 7.01.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. 1993, Nr 17, poz. 78).

elementów dwóch, szeroko diskutowanych w Polsce spraw: R.R. vs. Polska oraz tzw. sprawy Chazana.

Pierwsza z omawianych spraw w ten oto sposób została scharakteryzowana przez Federację na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny: „(...) w 2002 roku R.R. urodziła dziecko z poważną wadą genetyczną – zespołem Turnera. W trakcie ciąży wielokrotnie odmówiono jej wydania skierowania na przysługujące jej zgodnie z prawem badania prenatalne, pomimo niepokojących objawów wykrytych u płodu w trakcie badań ultrasonograficznych. W końcu, w 23. tygodniu ciąży, umożliwiono R.R. wykonanie badań genetycznych, które potwierdziły wadę genetyczną płodu, jednak szpital, w którym złożyła pisemny wniosek o aborcję, odmówił wykonania zabiegu ze względu na przekroczenie, zdaniem lekarzy, terminu dopuszczalności przerwania ciąży”. W omawianej sprawie Polska została zaskarżona do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. „Trybunał uznał, że odmówienie R.R. prawa do badań prenatalnych stanowiło naruszenie prawa, przysługującego każdemu człowiekowi, do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Polska została więc uznana winną naruszenia artykułów 3 oraz 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i zobowiązana do wypłacenia R.R. 45 000 euro zadośćuczynienia za cierpienia psychiczne i fizyczne oraz do wprowadzenia mechanizmów umożliwiających kobietom egzekwowanie prawa do badań prenatalnych oraz zabiegu aborcji¹⁷. Wspomniana powyżej „sprawa Chazana” dotyczyła podobnej problematyki. Jak podały w połowie 2014 r. krajowe media, prof. Bogdan Chazan, b. Konsultant Krajowy w Dziedzinie Ginekologii i Położnictwa, powołując się na klauzulę sumienia, odmówił przeprowadzenia aborcji. Jak relacjonował w tamtym czasie tygodnik „Wprost”, sytuacja ta dotyczyła dziecka „Pani Agnieszki”, u którego

¹⁷ Cyt. za: *Przełomowy wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka: odmowa badań prenatalnych to niehumanitarne i poniżające traktowanie*, „Biuletyn: Mam Prawo” 2011, nr 5, s. 1–2.

wykryto ciężkie wady uniemożliwiające jego samodzielne życie poza organizmem matki. Na okładce ww. tygodnika przedstawione zostało oświadczenie profesora, który nie skierował pacjentki do innego lekarza, mogącego zrealizować procedurę przerwania ciąży. Prof. Chazan oskarżony został o naruszenie praw pacjentki poprzez brak udzielenia jej pełnej informacji oraz niewłaściwe prowadzenie dokumentacji medycznej. Sprawa ta wzbudziła silne poruszenie w społeczeństwie. Okazało się, że na wspomnianym oświadczeniu lekarz, stwierdzając, że nie przeprowadzi aborcji, jednocześnie nie zasugerował pacjentce innego miejsca, w którym mogłaby przerwać ciążę. Ginekolog, co istotne, zaproponował opiekę medyczną oraz wsparcie hospicjum perinatalnego, specjalizującego się w opiece nad rodziną, która uzyskała informacje o ciężkiej wadzie nienarodzonego dziecka¹⁸.

Obydwie sprawy – niestety istotnie zniekształcane w przekazach medialnych – w sposób całkowicie niezrozumiały ominęły aspekt diagnozy prenatalnej, jakiej poddawane były nienarodzone dzieci. Zarówno w sprawie R.R. vs. Polska, jak i w sprawie profesora Chazana problem aborcji związany był z wykryciem u nienarodzonego dziecka istotnych wad uniemożliwiających jego dalszą, samodzielną egzystencję. Aspekt ten wprost kieruje nas w stronę istoty diagnostyki prenatalnej.

Jak coraz powszechniej wiadomo, dzielimy ją na inwazyjną oraz nieinwazyjną. Tym samym w grupie podobnych świadczeń znajdujemy takie metody, jak: „1. Ultrasonografia (USG). 2. Badania przesiewowe oparte na oznaczaniu specyficznych substancji pochodzenia płodowego obecnych w surowicy krwi matki. 3. Badanie komórek i DNA pochodzenia płodowego obecnych w krążeniu matczynym” oraz metody inwazyjne, takie jak: „1. Amniocenteza (amniopunkcja). 2. Biopsja kosmówki (biopsja trofoblastu). 3. Kordocenteza

¹⁸ M. Rigmonti, *Klauzula okrucieństwa*, „Wprost” 2014, nr 24, s. 13–15.

(pobieranie krwi płodowej ze sznura pępowinowego)”¹⁹. Podobne, niezwykle ogólne zaprezentowanie metod prenatalnej diagnozy, w powiązaniu z przywołanymi powyżej przykładami, wskazuje, że omawiane działania nie są podejmowane wyłącznie przez lekarza. Zarówno w pierwszym, jak i w drugim przykładzie pacjentki oraz ich nienarodzone dzieci poddane zostały badaniu USG, które przeprowadził lekarz. Następnym jednak krokiem była diagnoza laboratoryjna, która miała potwierdzić bądź też zaprzeczyć istnieniu istotnej wady płodu. Działania te podejmowali z kolei diagnosty laboratoryjni. W sposób szczególny uwidocznione zostało to w sprawie dotyczącej prof. Bogdana Chazana. Jak się okazało, badania USG dziecka nie mogły w pełni potwierdzić jego sytuacji zdrowotnej, stąd też podjęto decyzję o skierowaniu ciężarnej pacjentki do Instytutu Matki i Dziecka, w którym istniała możliwość przeprowadzenia diagnostyki genetycznej, ostatecznie potwierdzającej istnienie poważnych wad²⁰. W tym miejscu pojawia się jednak kluczowe pytanie: czy diagnosta laboratoryjny w podobnej sytuacji mógłby odmówić przeprowadzenia badania, powołując się na klauzulę sumienia?

By odpowiedzieć na to pytanie, należy odnieść się do zapisów ustawowych oraz deontologicznych regulujących funkcjonowanie zawodu diagnosty laboratoryjnego. Jak stanowi ustawa o diagnostyce laboratoryjnej: „Art. 27. Diagnosta laboratoryjny bierze udział w postępowaniu diagnostycznym, profilaktycznym i monitorowaniu terapii. O ostatecznym zestawie zleconych badań decyduje prowadzący terapię lekarz”. Wspomniany dokument wskazuje ponadto w art. 21, że „Diagnosta laboratoryjny jest obowiązany do postępowania zgodnego ze wskazaniami wiedzy zawodowej, z zasadami

¹⁹ Zob.: serwis [zespoldowna.info](http://www.zespoldowna.info/), [online], [dostępny: <http://www.zespoldowna.info/prenatalna-diagnostyka-zespołu-downa.html>], [dostęp: 06.09.2015] oraz *Przewodnik Bioetyka dla młodych*, Kraków 2015, s. 22–30.

²⁰ B. Chazan, M. Muller, *Prawo do życia bez kompromisów*, Kraków 2014, s. 21; B. Kmiecik, *Klauzula Pilata*, „Idziemy” 2014, nr 25, s. 17; M. Rigmonti, dz. cyt., s. 14.

etyki zawodowej oraz z należytą starannością”²¹. Analizując literalnie omawiane przepisy, dojść można do wniosku, że diagnosta podejmuje swoje działania z jednej strony we współpracy z lekarzem, z drugiej jednak perspektywy to lekarz jest statecznym decydem w zakresie działań, jakie podjęte zostaną w stosunku do pacjenta. Odnosząc się w tym miejscu do możliwości odmowy wykonania określonych działań, omawiana w tym miejscu ustawa wskazuje w art. 28, że „Diagnosta laboratoryjny ma prawo odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, jeżeli wykonanie tego zlecenia może zagrozić życiu lub zdrowiu pacjenta, chyba że po zwróceniu lekarzowi uwagi na wspomniane niebezpieczeństwo ten ostatni ponowi zlecenie na piśmie”. W ustępie 2 omawianego unormowania dodano, że „Odmowę wykonania zlecenia diagnosta laboratoryjny uzasadnia na piśmie oraz powiadamia o tym fakcie niezwłocznie swojego bezpośredniego przełożonego”. Przepisy te polski ustawodawca uzupełnił o zwrócenie uwagi, że naruszenie zasad wykonywania zawodu wiąże się z pojawieniem się konsekwencji w postaci odpowiedzialności o charakterze zawodowym. Jak zapisano w art. 56 omawianej ustawy: „Diagnosty laboratoryjni podlegają odpowiedzialności dyscyplinarnej za zawinione, nienależyte wykonywanie czynności diagnostyki laboratoryjnej oraz za czyny sprzeczne z zasadami etyki zawodowej lub przepisami dotyczącymi wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej”²². Odnosząc się do etyki zawodowej diagnostów laboratoryjnych, nie można pominąć w tym miejscu treści Kodeksu Etyki Diagnosty Laboratoryjnego (KEDL)²³. Wspomniany dokument wprost kieruje do interesującego nas w tym miejscu wątku klauzuli sumienia. Co interesujące, w Kodeksie tym, w odróżnieniu od innych

²¹ Ustawa z dnia 27.07.2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. 2001, Nr 100, poz. 1083).

²² Tamże.

²³ 14. Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego, Załącznik do uchwały nr 4/2006 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 13.01.2006 r.

podobnych zbiorów reguł, zdecydowano się zdefiniować pojęcie sumienia, które rozumiane jest jako „(...) świadomość moralna osoby ludzkiej w momencie dokonywania wyboru (podejmowania decyzji), czyli wewnętrzne przekonanie informujące o godziwości bądź niegodziwości czynu”²⁴. Na bazie podobnej definicji w par. 24 KEDL stwierdzono, że „W sytuacji zaistnienia konfliktu z własnym sumieniem diagnosta laboratoryjny może odmówić wzięcia udziału w powierzonych mu czynnościach, jednoznacznie i niezwłocznie o tym informując zainteresowanych oraz swoich przełożonych”. Z kolei w par. 25 dodano, że „W sytuacji stosowania przez przełożonych lub osoby zlecające badania jakichkolwiek form nacisku, diagnosta laboratoryjny może zwrócić się do swojej korporacji o pomoc i ochronę prawną”.

Cytowane powyżej fragmenty ustawy o diagnostyce laboratoryjnej oraz Kodeksu Etyki Diagnosty Laboratoryjnego wskazują, że dokumenty te różnią się w zakresie uprawnień omawianych specjalistów. Ustawa wprost zezwala jedynie na odstąpienie od działań medycznych, które zdaniem diagnosty stwarzać mogą zagrożenie dla pacjenta. Tym samym ekspert ten odwołuje się do stanu aktualnej wiedzy medycznej, który niejako „nie pozwala” mu podjąć działań w sposób profesjonalny. W tym miejscu warto jednak zwrócić uwagę na niekonsekwencje owego unormowania. Z jednej strony diagnosta może odmówić działań uznawanych przez siebie za szkodliwe dla pacjenta (ma możliwość złożenia odmowy pisemnej). Z drugiej jednak – ustawodawca skonstruował przepisy w sposób, który daje lekarzowi możliwość podważenia sprzeciwu wspomnianego specjalisty. Jego powtórne sformułowanie prośby na piśmie przenosi na lekarza odpowiedzialność za działania stwarzające zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta, jednocześnie uniemożliwia ono diagnoście pełną realizację prawa pacjenta

²⁴ Tamże, s. 7.

„do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym”. Cytowany w tym miejscu art. 5 ustawy o prawach pacjenta i RPP (dalej: ustawa o prawach pacjenta) stanowi, że „Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych”²⁵.

Analizując zapisane w Kodeksie Etyki Diagnosty Laboratoryjnego zasady wykonywania przez niego zawodu diagnosty laboratoryjnego, zasadnym jest, by zwrócić uwagę na imperatywno-atrybutywny charakter wspomnianych przepisów. Przywołany w tym miejscu aspekt wskazuje, że każda norma posiada z jednej strony formę zobowiązania, a z drugiej – odwołuje się do uprawnienia. Jak wskazuje Aleksandra Fryś: „Posiadanie przez człowieka praw oznacza, że może on wymagać od innych osób konkretnych zachowań lub zaniechań, a zatem inne podmioty, z którymi ma on do czynienia, mają wobec niego obowiązki należnego zachowania się. Przyznanie więc komuś praw zakłada jednocześnie istnienie obowiązków ciążyących na drugiej osobie lub osobach. Nie oznacza to jednak funkcjonowania tej zależności w drugą stronę, czyli o ile prawa generują obowiązki, to obowiązki nie wyznaczają praw, np. pacjent ma prawo do poszanowania intymności, co dla personelu medycznego oznacza obowiązek zadbania o odpowiednie warunki udzielania świadczeń zdrowotnych”²⁶. W tym miejscu należy zaznaczyć zatem, że posiadanie przez pacjenta prawa do badania nakłada na diagnostę obowiązek wykonania określonych świadczeń. Z drugiej jednak strony

²⁵ Ustawa z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.).

²⁶ A. Fryś, *Wybrane prawa pacjenta nieprzytomnego*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2009, nr 3, s. 365.

ów diagnosta posiada konstytucyjnie gwarantowane prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania, które implikuje na państwie obowiązek jego respektowania. Refleksje te warto odnieść również do treści KEDL. Dokument ten posiada istotne znaczenie. Korzystając z jego zapisów, samorząd zawodowy ma prawo zbadać, czy dany diagnosta nie naruszył zasad, jakimi winien się kierować w relacji z pacjentem. Kodeks ten, jak wspomniano, koreluje z zapisami ustaw gwarantujących udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Warto ponadto pamiętać, że celem kodeksu etycznego jest wspomaganie rozwoju moralnego przedstawicieli danej profesji. W KEDL zapisano m.in., że „diagnosta laboratoryjny podejmuje swoje obowiązki w poczuciu odpowiedzialności za własny samorząd zawodowy, dbając o kształtowanie nienagannych postaw oraz rozwój zawodowy” (par. 5) oraz „Nieustanna refleksja nad sformułowanymi zasadami postępowania diagnosty laboratoryjnego winna stanowić podstawę do doskonalenia postaw moralnych i zawodowych diagnostów laboratoryjnych” (par. 29). Tym samym kodeks ten jest nie tylko źródłem konkretnych zobowiązań. Stanowi on również dokument, który chroni w tym wypadku osobowy rozwój danej osoby, a tym samym stanowi wsparcie w chwili doświadczania dylematu moralnego²⁷.

Podsumowując zaproponowane refleksje dotyczące możliwości odmowy wykonania danego świadczenia przez diagnostę laboratoryjnego, należy stwierdzić, że w chwili obecnej polskie przepisy są sprzeczne w omawianej materii. Diagnosta na mocy ustawy nie posiada możliwości powołania się na klauzulę sumienia. Przeciwnie jednak stanowisko dostrzegamy w kodeksie etycznym, który nie tylko uprawnia diagnostę do powołania się na sprzeciw sumienia. Dokument ten

²⁷ Na temat dylematu moralnego oraz sposobów jego rozwiązywania zob.: E. Morawska, J. Morawski, *Trening zastępowania agresji w szkołach i placówkach systemu oświaty*, Warszawa 2004, s. 24.

zobowiązuje samorząd zawodowy do obrony wspomnianego eksperta w chwili, w której to stosowane byłyby wobec niego określone naciski zmierzające do wymuszenia zmiany zdania.

Odnosząc powyższe refleksje do zagadnień praktycznych, zasadnym jest, by wskazać te obszary, które budzić mogą szczególne trudności w pracy diagnosty. W omawianym kontekście dostrzegamy zatem przede wszystkim sytuacje, w których to ww. ekspert ma za zadanie potwierdzić lub też wykluczyć istnienie wad płodu, które z perspektywy prawnomedycznej stanowić mogą podstawę do przeprowadzenia aborcji. Z drugiej jednak strony – w ostatnim czasie dostrzegamy dynamiczne – częstokroć niepokojące – zmiany legislacyjne zezwalające na stosowanie m.in. technik wspomaganego rozrodu. W Polsce 22 lipca 2015 r. prezydent Bronisław Komorowski podpisał ustawę o leczeniu niepłodności. Dokument ten umożliwia bezpłatne korzystanie z procedury *in vitro*. Prawo takie będą posiadały małżeństwa oraz osoby pozostające ze sobą we wspólnym pożyciu, u których po minimum roku starań nie stwierdzono pojawienia się ciąży²⁸. Jak wskazywały jednak analizy organizacji pozarządowych, przywołana w tym miejscu ustawa zawiera w kilku miejscach niepokojące zapisy. Zaliczyć do nich można zgodę na: testowanie zarodków, ich kriokonserwację czy też implantację do organizmu anonimowych biorców²⁹. Jak podkreślają Waldemar Głusiec oraz Elżbieta Puacz, podobne procedury stanowić mogą szczególne wyzwanie moralne dla diagnostów laboratoryjnych. To wspomniani specjaliści w ramach swoich działań mogą zostać zobowiązani do: badania komórek rozrodczych pod kątem możliwego udziału w procedurze *in vitro*, badania zarodka w ramach diagnostyki preimplantacyjnej

²⁸ Prezydent podpisał ustawę o *in vitro*. Jeden punkt zbada Trybunał Konstytucyjny, „TVN 24”, [online], [dostępny: <http://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/prezydent-bronislaw-komorowski-podpisal-ustawe-o-in-vitro,562092.html>], [dostęp: 11.09.2015].

²⁹ Zob. szerzej na ten temat: A. Stepkowski, A. Kochański, J. Banasiuk, A. Lewandowicz, B. Kmieciak, *Opinia Ordo Iuris w sprawie projektu ustawy o leczeniu niepłodności*, Warszawa 2014.

lub też wcześniejszego połączenia w warunkach sztucznych komórki jajowej oraz plemnika. Sytuacja ta stanowić może tym większy dyskomfort dla ww. specjalisty, że pojawić się ona może w sposób nagły³⁰. Legalizacja przepisów dotyczących stosowania w Polsce metody *in vitro* sprawi zapewne, że część laboratoriów będzie chciała poszerzyć zakres proponowanych przez siebie usług. Tym samym dana osoba, w sposób nieoczekiwany i wcześniej niezakładany, może mieć poszerzony zakres obowiązków o np. badanie nasienia męczyzny w celu wykorzystania wspomnianego materiału w procedurze zapłodnienia pozaustrojowego. Na koniec warto dodać, że w pracach legislacyjnych dotyczących metody *in vitro*, m.in. w projekcie pisma Bolesława Piechy, znalazł się art. 18, w którym wskazano, że „Nikt nie może być zobowiązany wbrew swojemu sumieniu do udziału w procedurze medycznie wspomaganą prokreacji”³¹.

Dylematy pielęgnacji

Zaprezentowane powyżej analizy oraz refleksje – jak zapowiedziano we wstępie – zostaną rozwinięte o wątek dotyczący klauzuli sumienia pielęgniarek oraz położnych. Odnosząc się do omawianego zagadnienia, dostrzec można pewien paradoks. Jak wskazano w art. 12 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej: „Pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem”³².

³⁰ Szerzej na temat klauzuli sumienia diagnostów laboratoryjnych zob.: W. Głusiec, E. Puacz, *Sprzeciw sumienia w zawodzie diagnosty laboratoryjnego*, [w:] *Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej*, red. P. Stanisławski, J. Pawlikowski, M. Ordon, Lublin 2014, s. 232–234; B. Kmiecik, *Prób-ÓWK-a sumienia*, biotechnologia.pl, [online], [dostępny: <http://biotechnologia.pl/bioetyka/aktualnosci/prob-owk-a-sumienia,13814>], [dostęp: 11.09.2015].

³¹ Projekt ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw, Sejm, Druk nr 1107, Warszawa 2012 r.

³² Ustawa z dnia 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, Nr 174, poz. 1039).

Istnienie podobnego zapisu uzupełnione zostało o wskazania deontologiczne wykonywania omawianej profesji. Jak stanowi pkt 6 drugiego rozdziału Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP, „Pielęgniarka/położna ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią normami etycznymi”³³. Analizując jednak podobne zagadnienie, spostrzec można, że nie wywołuje ono tak wyraźnych emocji oraz społecznych postaw jak te obserwowalne w trakcie spraw dotyczących lekarskiej klauzuli sumienia. Zjawisko to jest tym bardziej interesujące, że zgadzając się z Mirosławem Nesterowiczem, należy zaznaczyć, że pielęgniarka i położna to zawody o charakterze samodzielnym³⁴. W tym miejscu zasadne jest również zwrócenie uwagi, że pielęgniarki oraz położne stanowią najliczniejszą grupę zawodową wśród specjalistów ochrony zdrowia. Owa reprezentacja powiązana jest również ze specyficzną pozycją, jaką przywołana w tym miejscu profesja zajmuje w medycynie. Jak podkreśla Beata Dobrowolska, nie można analizować sytuacji, w jakiej znajdują się położne lub pielęgniarki, bez wskazania na perspektywę sugerującą, że wykonywanie omawianego zawodu powiązane jest z pojęciem powołania. W Polsce do pielęgniarek oraz do położnych od pokoleń pacjenci zwracają się, używając słowa „siostra”. Z jednej strony termin ten kieruje nas w stronę historii pielęgniarskich profesji, wywodzącej się z działań podejmowanych przez zgromadzenia zakonne. Z drugiej jednak – jak słusznie wskazuje Beata Dobrowolska – to właśnie unikalny aspekt troski o pacjenta bezpośrednio

³³ Kodeks etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, przyjęty Uchwałą nr 9 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych 9.12.2003 r. Szczegółowy wykaz międzynarodowych dokumentów poświęconych klauzuli sumienia pielęgniarki i położnej zamieszczony został przez Beatę Dobrowolską w pracy: B. Dobrowolska, *Sprzeciw sumienia w zawodach pielęgniarki i położnej*, [w:] *Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej*, s. 201–204.

³⁴ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2005, s. 267.

wskazuje na unikalną rolę pielęgniarki w procesie terapii, rolę, która wprost powiązana jest z okazywaniem pacjentowi troski³⁵. Jak słusznie zauważa przywoływana w tym miejscu badaczka, dla pielęgniarki z powołania jej praca posiada szczególną wartość, umożliwiającą odwołanie się do wartości humanistycznych. Podobna postawa pozwala na łatwiejsze dostrzeżenie sposobów dotarcia do drugiej, w tym wypadku cierpiącej, osoby. Po trzecie, z kolei niejako odkrywanie w sobie powołania jest podstawowym elementem, który daje możliwość nawiązania partnerskiej relacji z pacjentem³⁶. Podobne podejście, na bazie wieloletnich obserwacji, rozwijał Antoni Kępiński. Zdaniem tego wybitnego psychiatry oraz myśliciela pielęgniarka, z uwagi na jej szczególną rolę, winna być określana mianem „matki pacjenta”. Jak dodawał Kępiński, pielęgniarki znacznie częściej niż lekarz obserwują pacjenta. To one mają ponadto znacznie częstszy kontakt bezpośredni z osobą chorą oraz jej rodziną. Dzięki temu mogą oddziaływać na pacjenta w sposób psychoterapeutyczny. Mają również możliwość podjęcia działań umożliwiających skuteczną obronę praw pacjenta³⁷. Zdaniem Dobrowolskiej także wątek praw posiada unikalne znaczenie w trakcie wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej. Wspomniana lubelska badaczka podkreśla, że w praktyce pielęgnacyjnej dostrzec można istnienie modelu „pielęgniarki jako rzecznika” praw pacjenta. Jej rolą jest nie tylko informowanie pacjenta o jego prawach. Omawiane specjalistki, zdaniem Dobrowolskiej, winny aktywnie czuwać, by wspomniane

³⁵ B. Dobrowolska zwróciła uwagę, że relacja pielęgniarki i położnej z pacjentem często wymusza nawiązanie z nim kontaktu dotykowego. Wspomniane specjalistki przygotowują pacjenta do zabiegu, obmywają rany, aplikują lek w formie zastrzyku. To właśnie dotknięcie pacjenta wpisane jest w unikalny charakter, jaki pielęgniarka/siostra nawiązuje z osobą cierpiącą.

³⁶ B. Dobrowolska, *Etyka w pielęgniarstwie*, [w:] *Bioetyka*, red. W. Chańska, J. Różańska, Warszawa 2013, s. 502.

³⁷ A. Kępiński, *Rytm życia*, Kraków 2007, s. 311–313.

prawa nie były łamane przez pielęgniarki oraz innych specjalistów zajmujących się ochroną zdrowia³⁸. Warto pamiętać, że w sensie masowym działania wobec pacjentów podejmują przede wszystkim pielęgniarki. Jak podkreśla Irena Rzewska, pielęgniarka jest „rzecznikiem spraw pacjenta”. Słowo „spraw” ma w tym wypadku bardzo szerokie znaczenie i odnieść je można zarówno do praw, jak i interesów chorego³⁹. Podobny aktywny charakter zawodu pielęgniarki prowadzić jednak może do pojawienia się konfliktu. W opinii Beaty Dobrowolskiej: „Pielęgniarka jako osoba będąca w znacznie częstszym i bezpośrednim kontakcie z pacjentem, aniżeli inni przedstawiciele zespołu terapeutycznego, zazwyczaj ma lepszą wiedzę zarówno na temat osoby samego pacjenta, jak i problemów, jakie pojawiają się w codziennej praktyce klinicznej, co pozwala jej na wypełnianie trudnej roli obrońcy praw i interesów pacjenta”. Wspomniana badaczka trafnie dostrzega, że „Zdarza się, że broniąc interesów chorego, pielęgniarka jest zmuszona wejść w konflikt z innym członkiem zawodu terapeutycznego, najczęściej lekarzem”⁴⁰. Wspomniane konflikty najczęściej dotyczą takich zagadnień, jak: aborcja, zagadnienia sztucznych zabiegów prokreacyjnych, wspomagane samobójstwo, sedacja paliatywna, uczestnictwo w uporczywej terapii czy też wsparcie lekarza w badaniach prowadzonych na ludzkich embrionach. Jednym z najgłośniejszych polskich przykładów dotyczących omawianych problemów jest *casus* Agaty Rejman, rzeszowskiej położnej pracującej w Szpitalu Specjalistycznym PRO-FAMILIA. Wspomniana specjalistka w 2014 r. powiadomiła opinię publiczną o sposobie przeprowadzania aborcji na terenie ww. placówki ginekologiczno-położniczej. W swoich

³⁸ B. Dobrowolska, *Etyka w pielęgniarstwie*, s. 502; zob. także: art. 16 pkt 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

³⁹ Por.: I. Rzewska, *Pacjent – pielęgniarka*, Warszawa 1981, s. 16.

⁴⁰ B. Dobrowolska, *Etyka w pielęgniarstwie*, s. 511.

komentarzach podkreśliła też, jak trudno położnym powołać się na klauzulę sumienia. Zwróciła ponadto uwagę, jak obciążające dla psychiki położnych jest asystowanie przy zabiegach terminacji ciąży⁴¹. Podobne działania sprawiły, że szpital PRO-FAMILIA zażądał zadośćuczynienia pieniężnego od Pani Rejman, w związku z, jak twierdzono, stratami, jakie poniosła wspomniana placówka⁴². Mając na względzie istotny charakter omawianej sprawy oraz ogólnych aspektów dotyczących klauzuli sumienia w praktyce pielęgniarstwa oraz położnej, warto w tym miejscu przedstawić kilka wypowiedzi Agaty Rejman, w sposób doniosły wskazującej na istotę doświadczanych trudności. Podobne wypowiedzi stały się częścią obszernej rozmowy, jaką przeprowadził z nią Mariusz Majewski, dziennikarz tygodnika „Gość Niedzielny”⁴³.

Jak podkreśla we wstępie Agata Rejman: „Pod koniec 2013 r. przyszedłem na nocny dyżur. Koleżanki były jakoś dziwnie poruszone i skonsternowane. Przekazały mi wówczas, że pacjentka krwawi i ma założone leki powodujące krwawienie. Ale nikt nie nazwał rzeczy po imieniu, a ja się od razu nie domyśliłam. W międzyczasie przyszedł doktor. Kazał podłączyć kroplówkę i leki naskurczowe”. Jak dodaje w kolejnej części rozmowy: „Myślałam, że może jest to ciąża obumarła. W takim przypadku jest bardzo podobny sposób postępowania. Zostałam wówczas sama na oddziale jako położna. Poprosiłam do pomocy koleżankę, położną z innego szpitala. Zajął się innymi rzeczami w zabiegówce, a pacjentkę doglądała właśnie ta koleżanka. W pewnym momencie przybiegła do mnie i powiedziała: »Słuchaj, Agata, pacjentka poroniła, co ja mam robić?«. Dalej nie wiedziałam,

⁴¹ B. Dobrowolska, *Sprzeciw sumienia w zawodach pielęgniarstwa i położnej*, s. 204–206.

⁴² A. Gorczyca, *Szpital Pro Familia chce od położnej odszkodowania*, „Gazeta Wyborcza”, [online], [dostępny: http://wyborcza.pl/1,75478,15546144,Szpital_Pro_Familia_chce_od_polozonej_odszkodowania.html], [dostęp: 21.09.2015].

⁴³ M. Majewski, *Prawo do niezabijania – wywiad z A. Rejman*, „Gość Niedzielny” 2014, nr 11, s. 10.

co się dzieje. Dalej myślałam, że to ciąża obumarła. Koleżanka wzięła to dzieciątko, zawinęła w chustę i zaniósła do innej zabiegówki. Położyła tam i nie wiedziała, co ma zrobić”. Opisuując w sposób dokładny omawianą sytuację, Pani Rejman podkreśla: „Później musiałam znaleźć odpowiedni pojemnik i zalać je formaliną, bo taka jest procedura. Musiałam patrzeć na to wszystko, brać to dziecko do rąk... (Cisza) Niech mi któryś doktor powie prosto w oczy, że położna ma marginalny udział w tym wszystkim. To wszystko dzieje się naszymi rękami i my na to wszystko musimy patrzeć. (...) Nie wytrzymałam tego, przy czym uczestniczyłam. To mnie rozbiło jako kobietę, jako matkę i jako katoliczkę. Trzeci przypadek aborcji na moim dyżurze był 1 stycznia. Koleżanka zaczęła się kłócić z lekarzem, że przecież to dziecko miało się rodzić na porodówce, żeby przynajmniej godnie to wyglądało. Wtedy nie wytrzymałam i zapytałam ją, o jakim godnym umieraniu w ogóle mówi w przypadku aborcji, jeśli celem jest zabicie dziecka. Godne umieranie może być wtedy, jeśli kobieta roni dziecko i nic nie można już zrobić, żeby je uratować”. Jak położna sama stwierdza: „Gdybym wiedziała, podpisując umowę, że w szpitalu będą aborcje, w tym też aborcje eugeniczne, to nie zdecydowałabym się na pracę w nim”⁴⁴.

Przedstawione w tym miejscu obszernie cytaty w sposób bezpośredni wskazują na oblicze dramatu doświadczanego przez Panią Agatę Rejman oraz jej koleżanki z pracy. To przywołane w tym miejscu wypowiedzi w sposób doniosły zwracają uwagę, że położne wcześniej nie były informowane o charakterze podejmowanych działań. Fakt ten sprawiał, że znajdowały się w niezwykle trudnym położeniu. Nie mogły bowiem pozostawić bez opieki pacjentki, u której wywołano w sposób sztuczny poronienie, będące w istocie aborcją. Wypowiadane przez położną słowa, takie jak: pojemnik, dzieciątko, formalina, godne umieranie, zabicie dziecka oraz rozbiło jako matkę,

⁴⁴ Tamże, s. 10–12.

bezpośrednio wskazuje na doświadczany przez daną osobę dramat wywołany silnym emocjonalnym poruszeniem wewnętrznym. Jak się jednak okazuje, omawiane w tym miejscu specjalistki na co dzień spotkać mogą również inne wyzwania,

Agata Puścikowska, opisująca szczególnie trudne sytuacje, w jakich znajdują się przedstawicielki omawianego zawodu, zwróciła uwagę, że jednym z najcięższych doświadczeń jest asystowanie przy zabiegach będących następstwem sztucznego poronienia. W swoim artykule *Gdy położna jest jak grabarz* Puścikowska przedstawiła relacje kilku pielęgniarek oraz położnych, które w swojej praktyce zawodowej brały udział w zabiegu, w trakcie którego z kobiety wydobywane było ciało obumarłego dziecka. Analiza językowa przywołanych przez dziennikarkę wypowiedzi wskazuje na częste pojawienie się zwrotów takich, jak: smutek, cierpienie, ból, stres oraz trauma. Poszczególne historie najczęściej łączą dwa elementy. Pierwszy z nich wskazuje na nagłą sytuację, w której znalazła się określona pielęgniarka lub położna. Osoby te najczęściej nie wiedziały, że dany zabieg jest *de facto* realizacją końcowego etapu procedury aborcyjnej. W tym miejscu wskazano, że omawiane osoby – podobnie jak w przypadku Agaty Rejman – nie mogłyby powołać się na klauzulę sumienia z uwagi na fakt, że poddawane zabiegowi kobiety znajdowały się w stanie zagrożenia zdrowia lub życia. Dodano jednak, że podobne procedury najczęściej posiadają charakter planowy, co powoduje, że wcześniej dana specjalistka powinna być powiadomiona o ich charakterze. Tak jednak się nie stało. W tym miejscu warto zwrócić uwagę również na kolejny istotny element. Jak się okazuje, żadna z pielęgniarek lub położnych nie zdecydowała się wypowiedzieć w sposób oficjalny. Pojawiła się obawa dotycząca dalszego zatrudnienia. Podobne lęki doprowadziły część bohaterek artykułu do zmiany pracy⁴⁵.

⁴⁵ A. Puścikowska, *Gdy położna jest jak grabarz*, „Gość Niedzielny” 2012, nr 45, s. 12–13.

Kończąc refleksje dotyczące klauzuli sumienia pielęgniarek i położnych, warto zwrócić uwagę na aspekt zbliżającej się zmiany przepisów dotyczących zasad wykonywania wspomnianych zawodów. Jak ukazano powyżej, w najbliższym czasie specjalistki te posiadać będą możliwość przepisywania recept na określone leki. Działania te zmierzają przede wszystkim do zwiększenia dostępu pacjentów do specjalistów służących im wsparciem w trakcie doświadczania choroby przewlekłej. Często wizyta u specjalisty lub też lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ogranicza się wyłącznie do uzyskania nowej recepty. Póki co nie znamy dokładnie listy substancji, które będą mogły przepisywać przedstawicielki omawianej w tym miejscu profesji. Zasadnym jest również, by nadmienić, że w ramach podobnych modyfikacji planowane jest także rozszerzenie uprawnień pielęgniarek i położnych o możliwość skierowania pacjenta na badania laboratoryjne. Nie ulega zatem wątpliwości, że potencjalne wpisanie środków antykoncepcyjnych do ww. listy oraz wprowadzenie możliwości kierowania ciężarnej pacjentki na badania mające potwierdzić/wykluczyć istnienie wady nienarodzonego dziecka, postawić może pielęgniarki oraz położne przed nowymi dylematami⁴⁶.

Wnioski oraz podsumowanie

Wszelka debata dotycząca klauzuli sumienia musi uwzględniać fakt, że mowa jest o uprawnieniach posiadających szczególny status oraz charakter. Czym jest bowiem sumienie? Z jednej strony jest to swoisty wewnętrzny głos pomagający człowiekowi odróżnić dobro od zła. Jest on najbliższy, a zarazem najważniejszy. Głos ten pozwala osądzić

⁴⁶ A. Kaczmarek, *Pielęgniarki i położne nie spieszą się do wypisywania recept*, [online], [dostępny: <http://www.polskieradio.pl/42/273/Artykul/1107362,Pielęgniarki-i-polożne-nie-spiesza-sie-do-wypisywania-recept>], [dostęp: 16.09.2015].

człowiekowi daną sytuację. Jak podkreśla w tym kontekście Andrzej Szostek, sumienie to „mój własny osąd, co w danej chwili powinienem czynić, co odpowiada prawdzie o dobru, co jest – w tym sensie – zgodne z moralnym prawem”⁴⁷. Z drugiej jednak strony sumienie, jako element rozwoju moralnego każdego człowieka, to przykład fragmentu ludzkiej osobowości, który może być wręcz trenowany. O człowieku można powiedzieć, że „nie ma sumienia”, „zagłuszył sumienie”, „ma sumienie wypaczone lub źle uformowane”. To właśnie formowanie sumienia posiada w procesie socjalizacji szczególne znaczenie. Dana osoba przechodzi przez kolejne etapy owego procesu. Wpierw podejmuje dane działania, chcąc uzyskać określoną korzyść bądź też pragnąc uniknąć kary. Następnie jako kluczowe w podejmowaniu decyzji pojawiają się takie elementy, jak opinia grupy o danej osobie lub też chęć by inne osoby posiadały o niej dobrą opinię. W dalszej kolejności wyodrębnić należy zjawisko autorytetu, norm oraz prawa, które wpływają na decyzję człowieka. Wspomniane normy mogą być następnie zinternalizowane, a więc „przyjęte do wewnątrz, jako swoje”. To właśnie ostatnie z działań jest swoistym budulcem sumienia. Jak podkreślają Ewa oraz Jacek Morawscy, bazując na koncepcji rozwoju moralnego Kolberga, najlepszym sposobem „trenowania moralności” jest rozwiązywanie dylematu moralnego, a więc sytuacji, w której to dana osoba musi dokonać wyboru jednego z dwóch elementów, z których każdy posiada taką samą, istotną wartość⁴⁸.

Odnosząc się do pojęcia klauzuli sumienia, warto również zwrócić uwagę, że mowa jest w tym miejscu o uprawnieniu unikalnym. W polskiej debacie bioetycznej dostrzec można wyraźny spór dotyczący istoty klauzuli. Część ekspertów wskazywała (oraz nadal wskazuje), że jest to wyłącznie

⁴⁷ A. Szostek, *Pogadanki z etyki*, Częstochowa 1998, s. 68 (wersja ebook).

⁴⁸ E. Morawska, J. Morawski, *Trening zastępowania agresji w szkołach i placówkach systemu oświaty*, Warszawa 2004, s. 24.

szczególny przywilej prawny, który powinien być wykorzystywany w ostateczności, przy jednoczesnym poszanowaniu praw pacjentów⁴⁹. Z drugiej strony podkreślano, że nie ma bardziej kluczowego dla człowieka prawa jak to, które gwarantuje każdej osobie wolność myśli, sumienia i wyznania. Podzielając ostatni z przywołanych poglądów, należy dodać, że wyjątkowy charakter przepisów dotyczących klauzuli sumienia w sposób bezpośredni odnosi się do rzeczywistości emocjonalnej oraz duchowej. Sumienie wprost związane jest z naszymi przeżyciami, immanentnie dotyka jednak ono również relacji transcendentnych, szczególnie cennych dla danego człowieka. Jak stwierdza Franciszek. J. Mazurek, to wolność sumienia niejako zrodziła inne prawa, takie jak prawo do życia oraz prawo do wolności⁵⁰. Z kolei Henryk Skorowski uznaje wolność sumienia za prawo o charakterze podstawowym. Autor ten podkreśla, że płaszczyzna ta „stanowi rację bytu wszystkich pozostałych płaszczyzn wolnościowych”. Skorowski zwraca w tym aspekcie uwagę na słowa Jana Pawła II, u którego wolność myśli, sumienia i wyznania „podtrzymuje głęboko zakotwiczoną w każdej osobie rację bytu innych wolności”⁵¹. Warto również dodać – zgadzając się z Wojciechem Bołozem – że to właśnie sumienie jest tym zjawiskiem, które odgrywa szczególną rolę we wskazywaniu zasadności istnienia idei praw człowieka. Wspomniany „wewnętrzny głos”, słyszalny przez człowieka, pozwala zwrócić uwagę na unikalne oblicze godności osoby ludzkiej⁵².

⁴⁹ Zob.: Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN w sprawie tzw. klauzuli sumienia, Warszawa 2013, s. 12.

⁵⁰ F.J. Mazurek, *Prawa człowieka w nauczaniu społecznym Kościoła*, Lublin 1981, s. 100. Zob. także w kontekście klauzuli sumienia: Stanowisko Zespołu Ekspertów KEP ds. bioetycznych w sprawie klauzuli sumienia, Warszawa 2014 r., [online], [dostępny: http://episkopat.pl/dokumenty/pozostale/5717.1,Stanowisko_Zespołu_Ekspertow_KEP_ds_Bioetycznych_w_sprawie_klauzuli_sumienia.html], [dostęp: 26.09.2015].

⁵¹ H. Skorowski, *Problematyka praw człowieka*, Warszawa 1996, s. 115.

⁵² W. Bołoz, *Bioetyka i prawa człowieka*, Warszawa 2007, s. 54.

Wracając w tym miejscu do powyżej zaproponowanych refleksji, należy podkreślić, że dostrzegany dynamiczny rozwój medycyny sprawił, że nie tylko lekarze odgrywają donośną rolę w procesach diagnozy i terapii. Aktualnie trudno wyobrazić sobie podobne działania bez udziału diagnosty laboratoryjnego lub pielęgniarki/położnej. Obecna rzeczywistość legislacyjna oraz obserwowalna – również w Polsce – modyfikacja przepisów prawno-medycznych powodują, że przedstawiciele wspomnianych profesji wielokrotnie znajdować się mogą w sytuacji, w której to wykonanie określonych działań wywołać może „bunt sumienia”. Odnosząc się w tym miejscu do powyżej zaprezentowanych refleksji, dojść można do wniosku, że sytuacja diagnostów oraz pielęgniarek jest odmienna. Diagnostyci nie posiadają ustawowego, a więc zapisanego w prawie pozytywnym, prawa gwarantującego możliwość skorzystania ze sprzeciwu sumienia. Jak jednak obszernie wskazano, podobna możliwość dostrzeżona została w kodeksie etycznym, w sposób szczególny wskazującym na zasady i wartości, jakimi w swojej pracy powinien się kierować diagnosta. Zaobserwować możemy zatem wyraźną sprzeczność, szczególnie istotnych przepisów. Podobna sytuacja zmusza do zwrócenia uwagi na to, że przepisy dotyczące wolności sumienia diagnostów laboratoryjnych posiadają charakter niemożliwy. W aktualnym stanie diagnosta zmuszony jest bowiem zwrócić uwagę, z jednej strony, na zapis ustawy, a z drugiej – na treści zawarte w kodeksie etycznym. Jak wskazano jednak, wspomniane dokumenty w sposób odmienny podchodzą do możliwości skorzystania z klauzuli sumienia, co powoduje, że jednocześnie ekspert ten spotkać się może ze sprzecznymi wymaganiami wobec jego osoby⁵³. Stan ten prowadzić może również do sytuacji, w której to u konkretnej osoby prawo

⁵³ Szerzej na temat koncepcji moralności prawa zob.: Z. Ziębiński, *Swoisty sposób rozprawiania o moralności i prawie*, „Etyka” 1979, nr 17, s. 256–260.

straci posiadany autorytet⁵⁴. Zjawisko to w sposób szczególny dotyczyć może pielęgniarek oraz położnych. Jak powyżej wspomniano, przedstawicielki tych zawodów posiadają ustawowo zagwarantowane prawo do przeciwstawienia się określonym działaniom z racji konfliktu sumienia. Jak się jednak okazuje, praktyczna realizacja owego uprawnienia napotyka na wyraźne trudności. Warto również wskazać, że dylematy etyczne doświadczane przez przedstawicieli omawianej w tym miejscu profesji nie spotykają się z szerokim społecznym zainteresowaniem. Z drugiej jednak strony spostrzec można, że same pielęgniarki informując opinię publiczną o doświadczanych trudnościach, czynią to w sposób najczęściej anonimowy. Brak jest ponadto szeroko komentowanych wystąpień samorządu pielęgniarek oraz położnych, w których upominająby się o respektowanie klauzuli sumienia zagwarantowanej w ustawie.

Dyskusja dotycząca klauzuli sumienia posiada szczególne znaczenie. W sposób wyraźny odwołuje się ona do zagadnienia poszanowania praw człowieka. Z całą pewnością konieczne jest dzisiaj wskazywanie, że podobne formalnie oraz faktycznie uprawnienie winno być zagwarantowane wobec wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych. Warto również wskazać, że to reprezentanci władz owych profesji w sposób szczególny winni upominać się o prawa gwarantujące możliwość wykonywania zawodu w zgodzie z własnym sumieniem. Jak słusznie dostrzegł bowiem Bogdan Nawroczyński: „Żeby być naprawdę sobą, to nie jest dążenie za karysem, za modą, za zachciankami, ale właśnie wierność sumieniu, wierność powołaniu, wciąż na nowo odkrywaniem. Nasza wierność powinna być dynamiczna, również wierność swojemu sumieniu...”.

⁵⁴ Szerzej na temat zjawiska autorytetu prawa zob.: S. Pilipiec, P. Szreniawski, *Administracja, a autorytet prawa administracyjnego*, „Folia Oeconomica” 2012, nr 270, s. 138–146.

ALINA T. MIDRO

Konflikt sumienia w poradnictwie genetycznym

Wstęp

Genetyka kliniczna jest stosunkowo nową dziedziną działalności lekarskiej w Polsce. Jako odrębna specjalizacja lekarska została wprowadzona w 2003 r., a w zakresie analityki medycznej w 2006 r. Jednym z ważnych działań lekarzy i diagnostyków w tym zakresie jest realizacja poradnictwa genetycznego, zajmującego się nie tylko rozpoznawaniem klinicznym i laboratoryjnym, ale i prognozowaniem zdrowotnych skutków schorzeń uwarunkowanych genetycznie w kontekście całej rodziny, a tym samym istotnym społecznie. Rozwój genetyki zmienia dzisiejszą medycynę i nie ma już wątpliwości, że poradnictwo genetyczne dostarczając wiedzy specjalistycznej, jest niezbędne w opiece zdrowotnej¹. Już podjęte zostały działania międzynarodowe regulujące uporządkowany i wystandaryzowany sposób wykorzystanie postępu genetyki. Czekamy jeszcze, kiedy zostaną w Polsce ratyfikowane Rekomendacje Rady Europy wprowadzające genetykę medyczną do ochrony zdrowia, które zostały podpisane przez przedstawicieli państw Rady Europy, w tym państw Unii Europejskiej, w 2010 r.² Genetyka kliniczna łączy wiedzę o biologicznych

¹ B. Bowles Biesecker, T.M. Marteau, *The Future of Genetic Counselling: an International Perspective*, "Nat. Genet.", 1999: 22 (2), 133–137.

² Recommendation CM/Rec(2010)11 of the Committee of Ministers to member states on the impact of genetics on the organisation of health care services and training of health professionals, [online], [dostępny: <https://wcd.coe.int/ViewDoc>].

podstawach zmienności cech dziedzicznych z wiedzą medyczną, pozwalającą na rozpoznawanie poszczególnych zaburzeń klinicznych współwystępujących ze sobą jako skutek zmian podłoża genetycznego. Schorzenie genetyczne określamy zazwyczaj, wykorzystując słowo **zespół**, czyli *syndrome* (z greckiego „biegnący razem”), oznaczające też współwystępowanie cech, oraz nazwisko lekarza (lekarzy) lub naukowców, którzy po raz pierwszy zaobserwowali wspólne cechy u niespokrewnionych osób³. Przykładem jest powszechnie znane określenie zespół Downa na rozpoznanie schorzenia genetycznego, w którym zmieniony zapis informacji genetycznej skutkuje podobieństwem cech morfologicznych i behawioralnych fenotypu, w tym też zdolności intelektualnych. Jest to schorzenie społecznie znane i powtarzalność cech morfologicznych (podobieństwo bez pokrewieństwa) umożliwia tzw. uliczne jego rozpoznanie, gdyż występuje stosunkowo często w porównaniu do innych tzw. chorób rzadkich.

Dzięki prowadzonemu rejestrowi wad wrodzonych w Polsce wiemy, że ogólna częstość występowania zmian genetycznych sięga aż 3–4 proc. w populacji noworodków⁴. W grupie osób w późniejszym wieku rozwojowym częstość ta jest jeszcze wyższa, gdyż nie wszystkie schorzenia mogą być rozpoznane w okresie noworodkowym. Nie zawsze zdajemy sobie sprawę, że liczba znanych zespołów uwarunkowanych genetycznie sięga wielu tysięcy, co możemy zawsze sprawdzić w internetowej ogólnodostępnej amerykańskiej Bazie Danych Online Mendelian Inheritance in

jsp?Ref=CM/Rec(2010)11&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D38], [dostęp: 15.02.2014].

³ A.T. Midro, *Na początku były geny. Refleksje na temat zmian w kariotypie u osób z zespołem Downa*, [w:] *Zespół Downa i medycyna*, red. J. Wierzbą, Warszawa 2014, s. 169–177.

⁴ A. Latos-Bielenska, A. Materna-Kiryłuk, *PRCM Working Group. Polish Registry of Congenital Malformations Aims and Organization of the Registry Monitoring 300 000 Births a Year*, „J. Appl. Genet”, 2005: 46, 341–348.

Man – OMIM⁵. Fenotyp morfologiczny, przebieg rozwoju osób i zakres zmian klinicznych u każdego pacjenta z rzadkim zespołem genetycznym ma swoją specyfikę, odrębną diagnostykę i sposób postępowania terapeutycznego.

Gwałtowny rozwój genetyki i nauk pokrewnych, obserwowany w ostatnich latach, pozwala na zastosowanie rozszerzonej bazy możliwości diagnostycznych i leczniczych, kreując coraz bardziej realną perspektywę ich zastosowania, budującą podstawy medycyny personalizowanej^{6,7}. Trzeba mieć nadzieję, że zdobycze genetyki, poprzez poznawanie genomu człowieka i kontrolującego go epigenomu, wraz z działaniem środowiska zewnętrznego, istotnie zwiększą pole działania lekarzy w niesieniu pomocy osobom chorym i cierpiącym. Wstępne badania, określające, jak badania genomu wpływają na poprawę stanu zdrowia ludności USA, są jeszcze sceptyczne⁸.

Elementy poradnictwa genetycznego

Osobie z podejrzeniem lub rozpoznaniem schorzenia genetycznego oraz jej rodzinie jest oferowana porada genetyczna. Obejmuje ona, między innymi, udzielenie informacji o diagnozie schorzenia uwarunkowanego genetycznie i powstałych modyfikacji fenotypu obserwowanych u badanego dziecka lub osoby dorosłej, rodzaju

⁵ www.ncbi.nlm.nih.gov OMIM Online Mendelian Inheritance in Man. An Online Catalog of Human Genes and Genetic Disorders, [online], [dostępny: <http://www.omim.org/>], [dostęp: 15.04.2015].

⁶ F. Collins, *Język życia. DNA a rewolucja w medycynie spersonalizowanej*, Laurum 2011.

⁷ P. Spork, *Drugi kod. Epigenetyka, czyli jak możemy sterować własnymi genotypami*, Warszawa 2011.

⁸ M.J. Houry, M. Gwinn, P.W. Yoon, N. Dowling, C.A. Moore, L. Bradley, *The Continuum of Translation Research in Genomic Medicine: How Can We Accelerate the Appropriate Integration of Human Genome Discoveries Into Health Care and Disease Prevention?*, "Genetics in Medicine" 2007: 9, 665–674.

zmian genetycznych prowadzących do danego schorzenia oraz oszacowanie prawdopodobieństwa powtórzenia się schorzeń genetycznych w rodzinie⁹. Celem tego oszacowania jest przygotowanie rodziców do podejmowania autonomicznych decyzji. Z założenia ma być pomocne w wyborze postaw prokreacyjnych rodziców dziecka i w podejmowaniu decyzji o skorzystaniu z możliwości oceny prenatalnej danego schorzenia u potomstwa¹⁰, a w przypadku osób planujących małżeństwo rozważenie zasadności wyboru partnera z uwagi na możliwość zagrożeń wystąpienia wad u potomstwa w wyniku obecności nosicielstwa zmienionych genów, których mutacje mogą prowadzić do wystąpienia schorzeń genetycznych u potomstwa. Procedura porady genetycznej ma więc zarówno elementy diagnostyczne klinicznego i fenotypowego rozpoznawania schorzenia i jego diagnostykę genotypową, jak i wsparcie rodziny aktualną wiedzą medyczną i genetyczną w podejmowaniu życiowo ważnych decyzji. Przekazywanie informacji genetycznych i ich następstw z zaleceniami medycznymi ma również emocjonalne i rodzinne aspekty, wymagające działań psychoterapeutycznych. Jeśli porada zawiera zalecenia co do stylu życia, określone u tych osób, u których jest zwiększone ryzyko występowania schorzenia, to ma formy edukacji zdrowotnej. Sposób realizacji porady genetycznej ma też skutki społeczne. Proces porady genetycznej jest złożony i obejmuje szereg etapów, jak przedstawiono w Tabeli 1.

⁹ J.J. Pietrzyk, *Poradnictwo genetyczne*, "Pediatri. Pol.", 1976: 51, 455–461.

¹⁰ A.T. Midro, *Poradnictwo genetyczne*, [w:] *Podstawy genetyki. Podręcznik dla studentów i lekarzy*, red. G. Drewa, T. Ferenc, Wrocław 2011, s. 627–647.

Tabela 1. Elementy porady genetycznej.

Diagnoza fenotypowa morfologiczna i/lub behawioralna oraz postawienie wstępnego rozpoznania
Wsparcie psychologiczne podczas przekazywania diagnozy schorzenia genetycznego u dziecka
Potwierdzenie rozpoznania ukierunkowanymi badaniami obiektywnymi (analiza dysmorfologiczna, kariotyp, analizy molekularne, biochemiczne itp.)
Analiza rodowodowa (określenie sposobu dziedziczenia w wyniku analizy segregacji, oszacowanie wielkości prawdopodobieństwa powtórzenia się schorzenia w rodzinie)
Prognoza rozwoju fizycznego i umysłowego dziecka z uwzględnieniem przeżywalności, płodności, ryzyka wystąpienia choroby nowotworowej, uzyskania samodzielności społecznej
Przedstawienie możliwości wspomagania rozwoju dziecka z danymi zaburzeniami uwarunkowanymi genetycznie wraz z programem opieki wielodyscyplinarnej medycznej i pozamedycznej, w zależności od rozpoznania
Przedstawienie możliwości wyboru opcji co do decyzji prokreacyjnych rodziców danego dziecka
Przedurodzeniowa diagnostyka wad rozwojowych i schorzeń genetycznych, a także opcje postępowania w przypadku pozytywnego wyniku testów genetycznych
Problem wad letalnych i opieki hospicyjnej
Problemy prawne

W Polsce poradnictwem genetycznym zajmują się głównie lekarze ze specjalnością z genetyki klinicznej, natomiast jest już rozpoznawany zawód doradcy genetycznego wśród osób szkolonych w tym kierunku w Stanach Zjednoczonych czy Wielkiej Brytanii. W Holandii, Belgii i we Francji szkolone też są pielęgniarki w kierunku realizacji doradztwa genetycznego. Zakres i formy porady są bardzo różne w wielu krajach.

Specyfika diagnozy zespołów genetycznych na przykładzie zespołu Downa

Warunkiem efektywnej porady genetycznej jest postawienie prawidłowego rozpoznania schorzenia genetycznego i, jeśli to możliwe, zweryfikowanie go testem genetycznym. Oceniając cechy fenotypu morfologicznego i behawioralnego (inaczej zachowania), można podejrzewać schorzenie genetyczne na zasadzie współwystępowania podobnych cech fenotypowych u badanych osób. Wśród pensjonariuszy zakładu dla umysłowo chorych angielski lekarz Langdon Down zaobserwował grupę osób wyróżniających się podobieństwem wyglądu i zachowania, pomimo braku pokrewieństwa. Zostało to po raz pierwszy opisane w 1866 r. w fachowym artykule. Niski wzrost i charakterystyczne rysy twarzy ze skośnie w górę ustawionymi szparami powiekowymi, plamkami Brushfielda na tęczówkach, szeroko rozstawionymi gałkami ocznymi, zmarszczką nakątną czy nisko osadzonymi małżowinami niewielkiego rozmiaru uszu oraz małe ręce z poprzeczną bruzdą na dłoniach i małe stopy – to cechy składające się na zespół Downa. Przyczyna podobieństwa tych osób została wyjaśniona w 1959 r., dzięki badaniom francuskiej grupy lekarzy genetyków: Jérôme'a Lejeune'a, Marthe Gautier i Raymonda Turpina

z Paryża. Poznaliśmy wtedy genetyczne źródło podobieństwa wyglądu tych osób i ich problemów zdrowotnych. Wspólnym mianownikiem podobieństwa tej grupy osób okazał się dodatkowy chromosom pary 21 w kariotypie¹¹. W zachowaniu osób z dodatkowym chromosomem 21, obdarzonych wysokim ilorazem inteligencji emocjonalnej, można zaobserwować pewne ograniczenia w myśleniu abstrakcyjnym czy nabywaniu pamięci, a także swoiste tempo rozwoju ruchowego czy nabywania mowy. Te cechy charakteryzują specyficzny fenotyp behawioralny zespołu Downa. Dzisiaj już wiemy, że zaburzenia pamięci spowodowane są zahamowaniem funkcji ośrodkowego układu nerwowego, między innymi hipokampu, i poznano środki farmakologiczne, których stosowanie jest w stanie poprawić tę sytuację. Nie bez znaczenia jest też wspieranie rozwoju dziecka przez wczesne działania fizjoterapeutyczne czy edukacyjne, stymulujące rozwój¹². Warto dodać, że osoby z zespołem Downa demonstrują sobą, oprócz zaburzeń, także bardzo dużo wspaniałych umiejętności, które należy odkryć i rozwijać. Dzieci te mają też własne indywidualne potrzeby, które, jeśli są zrealizowane, pozwalają na twórcze, godne życie.

My, lekarze, mamy na pacjentów głównie spojrzenie defektologiczne. Diagnozujemy wady rozwojowe narządów wewnętrznych, wzroku czy słuchu i prowadzimy diagnostykę laboratoryjną poszczególnych elementów zmian, aby potem, jeśli to możliwe, je leczyć. Najczęściej wiedza o poszczególnych zespołach uwarunkowanych genetycznie precyzuje, w jaki sposób je diagnozować i jakie są ograniczenia dzieci w stosunku do ich rówieśników. Usiłujemy medycznie je

¹¹ J. Lejeune, M. Gautier, R. Turpin, *Study of Somatic Chromosomes from 9 Mongoloid Children*, "C R Hebd Seances Acad Sci.", 1959: 248, 1721–172.

¹² A.T. Midro, *Elementy porady genetycznej oferowanej rodzinom dzieci z zespołem Downa*, [w:] *Zespół Downa i medycyna*, s. 23–39.

naprawiać, porównując do norm naszych pacjentów bez zmian genetycznych. Jednak pacjenci ze zmianami genetycznymi należą do swoich mniejszości, rządzących się swoimi prawami, odmiennymi od większości populacji. Wtedy jest niebezpieczeństwo traktowania ich jak odmieńców i na bazie tradycji eugenicznej za gorszych. Najlepiej byłoby np. w przypadku zespołu Downa wyeliminować dodatkowy materiał chromosomu 21 i zresetować informację genetyczną wpływającą na zmianę funkcjonowania organizmu. Tajemnicza jeszcze złożoność funkcjonowania molekularnych mechanizmów naszego życia uniemożliwia w pełni realizację takiego pomysłu. Udany eksperyment na komórkach macierzystych *in vitro* wyciszenia tego chromosomu został niedawno opisany, otwierając drogę dalszym poszukiwaniom budzącym nadzieję¹³.

Społeczne postrzeganie osób odmiennych z powodu dodatkowego chromosomu 21 niejednokrotnie jest obarczone niechęcią i uprzedzeniami, co może dodatkowo rzutować na rozwój dzieci z zespołem Downa. Psychologia rozwojowa podzieliła ludzi za pomocą testów psychologicznych na dwie grupy: „normalni” i „upośledzeni”, czy też niepełnosprawni intelektualnie. Wynik testu ilorazu inteligencji do dziś wpływa na postrzeganie dzieci z mniejszości genetycznych jako dzieci upośledzonych, co z reguły prowadzi do niedoceniań ich potencjału rozwojowego oraz ich swoistych zdolności¹⁴. Znajomość metod i uzyskiwanie danych o umiejętnościach dzieci, które można by wykorzystać w postępowaniu z nimi w warunkach zmienionego rytmu ich rozwoju, może tę sytuację zmienić, bowiem dopiero

¹³ J. Jiang, Y. Jing, G.J. Cost, J.C. Chiang, H.J. Kolpa, A.M. Cotton, D.M. Carone, B.R. Carone, D.A. Shivak, D.Y. Guschin, J.R. Pearl, E.J. Rebar, M. Byron, P.D. Gregory, C.J. Brown, F.D. Urnov, L.L. Hall, J.B. Lawrence, *Translating Dosage Compensation to Trisomy 21*, „Nature” 2013: 500, 296–300.

¹⁴ S. Stengel-Rutkowski, L. Anderlik, *Abilities and Needs of Children with Genetic Syndromem*, „Genetic. Counselling”, 2005: 16, 383–391.

określenie indywidualnych potrzeb danego dziecka, które należałoby zaspokajać, wspomaga ich rozwój. W przypadku odmienności genetycznych należy rozbudować to, co jest do rozbudowania, wykorzystując możliwość regulacji epigenetycznych ekspresji genów w relacji ze środowiskiem na bazie interdyscyplinarnej współpracy działań lekarzy genetyków z przedstawicielami różnych specjalności medycznych, a także psychologami, pedagogami i terapeutami uzbrojonymi w narzędzia diagnozowania zaburzeń w różnych sferach sprawności umysłowych, najczęściej we współpracy z rodziną lub opiekunami domów i zakładów specjalnych¹⁵.

Brak zaspokojenia pewnych potrzeb dziecka, brak stymulacji jego rozwoju z wykorzystaniem ukrytych umiejętności będzie prowadzić je do wtórnego upośledzenia umysłowego. Można tu odwołać się do badań prof. Erica Kandela, lekarza psychiatry, który w 2000 r. otrzymał Nagrodę Nobla za odkrycie molekularnego mechanizmu zapamiętywania¹⁶. Wykazał, między innymi, że w czasie procesu uczenia się pod wpływem neuroprzekazników wyzwalone są regulatory aktywujące ekspresję genu *BDNF* (BRAIN-DERIVED NEUROTROPHIC FACTOR, OMIM *113505). Poprzez produkcję białka nerwowego czynnika wzrostu, budulca synaps i wypustek nerwowych, następuje rozbudowa drzewa dendrytycznego, a tym samym mózgowia. Wychowywanie i stymulacja rozwoju dziecka następuje więc poprzez swoisty dialog genów ze środowiskiem. Zaniedbania tej stymulacji i ich niekorzystne skutki rozwoju poznawczego mogą być niejednokrotnie traktowane niesłusznie jako wynik obecności zmian genetycznych. U dzieci odrzuconych społecznie

¹⁵ A.T. Midro, M. Kropiewnicka, *Możliwości wspierania rozwoju dzieci ze schorzeniami uwarunkowanymi genetycznie na przykładzie dzieci z zespołem Wólfa-Hirschborna i dzieci z zespołem Angelmana*, [w:] *Diagnoza i metody wspomagania rozwoju*, red. B. Antoszevska, M. Wójcik, Olsztyn, s. 127–147.

¹⁶ E.R. Kandel, *A New Intellectual Framework for Psychiatry*, "Am J Psychiatry", 1998: 155, 457–469.

bez zmian genetycznych uwidaczniają się cechy niedorozwoju mózgu, jak to pierwszy udowodnił Chugani i wsp. na obrazach tomografii pozytronowej¹⁷

Problemy akceptacji diagnozy schorzenia genetycznego

Poradnictwo z założenia jest niedyrektywne i wymaga od lekarza informowania w taki sposób, aby osoby objęte tym procesem miały możliwość autonomicznego podejmowania własnych decyzji i mogły zrozumieć zasady dziedziczenia i dostarczane im informacje zgodne z najnowszymi danymi wiedzy medycznej i genetycznej w odniesieniu do indywidualnej sytuacji badanej osoby i jej rodziny.

Brak wsparcia społecznego i zrozumienia potrzeb osób z zespołami genetycznymi oraz utrwalane nieuzasadnione mity o braku możliwości rozwojowych wpływają niekorzystnie na odbiór diagnozy schorzenia uwarunkowanego genetycznie u potomstwa przez rodziców. Ich reakcje psychologiczne związane z niepomyślną diagnozą mają wpływ na podejmowane decyzje. Z tego względu, w zależności od sytuacji, konieczne jest wsparcie psychologiczne rodziców i – jeśli tego wymaga sytuacja, rozłożenie w czasie realizacji poszczególnych etapów porady. Z punktu widzenia interesu dziecka jest to o tyle istotne, że uzyskanie akceptacji dziecka ze schorzeniem genetycznym przez rodziców zapobiega rozwojowi wtórnego upośledzenia umysłowego u niego i wpływa na jakość jego życia, jak i całej rodziny. Przedstawienie diagnozy przez lekarza niejednokrotnie jest dramatycznym doświadczeniem dla matek, ojców i całej rodziny. Sposób,

¹⁷ H.T. Chugani, M.E. Phelps, J.C. Mazziotta, *Positron Emission Tomography Study of Human Brain Functional Development*, "Ann Neurol." 1987: 22 (4), 487–497.

czas i okoliczności jej przekazania ma również swój wymiar. U rodziców poinformowanych o urodzeniu się dziecka z zespołem genetycznym może wystąpić ostry zespół kryzysowy jako efekt obniżenia poczucia własnej wartości, określanej zespołem frustracyjnym. Może on się w różny sposób manifestować i rodzice wymagają w tym okresie wsparcia i niejednokrotnie pomocy psychologicznej oraz psychoterapeutycznej¹⁸. Zwracano uwagę, że zbyt wczesne przekazywanie diagnozy, zanim wytworzą się niezbędne elementy więzi emocjonalnych dziecka z jego rodzicami, może mieć niepożądany efekt, rzutujący na dalszy jego rozwój oraz podejmowane decyzje.

Dochodzenie do akceptacji zaistniałej sytuacji urodzenia dziecka z zespołem Downa z socjologicznego punktu widzenia opisała szczegółowo prof. Elżbieta Zakrzewska-Manterys w książce *Down i zespół wątpliwości: studium z socjologii cierpienia*¹⁹. Mamy, które spotykałam w poradni genetycznej, niejednokrotnie opowiadały mi, że urodzenie dziecka z zespołem Downa było wielkim frustrującym przeżyciem, bo nie umiały sobie z tym poradzić. Po adaptacji do tej sytuacji jednak wyznawały, że te dzieci dają im niejednokrotnie mikołajkowy worek wielkich radości, co szczegółowo opisałam w książce *Istnieć, żyć, być kochanym*²⁰. Bardzo ważna jest forma i okoliczności przekazania diagnozy klinicznej oraz świadomość, że akceptacja cierpienia może być najwyższą formą ludzkiej dojrzałości.

Szczególnie trudna jest sprawa akceptacji dziecka w okresie prenatalnym, kiedy wynik badań wskazuje na możliwość zaburzeń rozwojowych u dziecka, a nie ma możliwości jego

¹⁸ A.T. Midro, *Wybrane zagadnienia psychologiczne w poradnictwie genetycznym*, „Bydgoskie Zeszyty Lekarskie”, 1987: 3, 173–179.

¹⁹ E. Zakrzewska-Manterys, *Down i zespół wątpliwości: studium z socjologii cierpienia*, Warszawa 1995.

²⁰ A.T. Midro, *Istnieć, żyć i być kochanym* *Możliwości wspomagania dzieci z zespołami genetycznymi*, Kraków 2011.

leczenia w tym okresie. Jak należy postąpić, gdy prognozowanie wskazuje na możliwość wystąpienia zespołu wad letalnych, czyli ograniczających przeżywalność dziecka? Możliwość objęcia opieką hospicyjną dziecka i jego rodziny aż do naturalnej przewidywanej śmierci dziecka po urodzeniu albo wcześniej opieka nad ciężarną matką, która może doświadczyć poronienia naturalnego lub utraty ciąży obumarłej, jest formą postępowania lekarskiego, zgodnie z zasadą *Primum non nocere* (Przede wszystkim nie szkodzić). Drugą alternatywą jest przekazanie rodzicom informacji, że istnienie ciężkiego uszkodzenia dziecka nazywanego płodem, wykrytego w okresie prenatalnym (przedurodzeniowym), może być podstawą do jego eliminacji drogą aborcji, co ma w naszym kraju podstawę prawną w ustawie z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach przerywania ciąży²¹. Taka możliwość wynika z odmowy dzieciom w prenatalnej fazie rozwoju statusu istoty – osoby ludzkiej przed urodzeniem.

Można zapytać: „Czy to wina dziecka, że ma wady, chorobę genetyczną, czyli zespół różnych zaburzeń?”. Przecież, tak jak każdy człowiek, od poczęcia jest osobą obdarzoną niezwykłą godnością. Prof. Jérôme Lejeune, pierwszy przewodniczący Papieskiej Akademii Życia w Watykanie, powołany na wniosek papieża Jana Pawła II, podkreślał: „(...) każde życie, nawet upośledzone w oczach świata, zasługuje na to, by je przeżyć (...). W oczach zranionego dziecka możemy odnaleźć wielką miłość, jeśli odważymy się je pokochać. Mimo choroby dziecko jest zdolne do miłości i czułości, i – dlaczegoż by nie – do odczuwania szczęścia”²².

²¹ Ustawa z 7.01.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach przerywania ciąży, Dz.U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.

²² C. Lejeune, *Życie jest szczęściem: Jérôme Lejeune mój ojciec*, tłum. J. Masłoń, Kraków 2005, s. 124.

Opracowując test wykonywania badań chromosomowych, weryfikujących kliniczne rozpoznawanie zespołu Downa, prof. Lejeune już wtedy przeczuwał, że będzie mógł mieć zastosowanie w denuncjacji obecności z Downa w okresie prenatalnym i zabijania w imię „rasizmu chromosomowego”. Z tego względu upominał się o prawo do życia od momentu poczęcia każdego dziecka, niezależnie od jego statusu genetycznego. Odwołując się do lekarzy genetyków, prof. Lejeune napominał: „Dla genetyka godny uwagi jest fakt, że posługujemy się tym samym słowem, aby określić zarówno nową ideę, która przychodzi nam na myśl, jak i powołanie do życia nowej istoty ludzkiej. Jest to słowo: koncepcja. (...) Nie popełnimy błędu, używając tego słowa w genetyce. Bo czym więc jest koncepcja, czyli zapłodnienie? Tak naprawdę wpisaniem informacji w materię, chociaż ta nie jest już wtedy zwykłą materią, tylko staje się nowym człowiekiem (...)”²³.

Diagnostyka prenatalna, z założenia otwierająca się na możliwość wczesnego diagnozowania, aby wcześniej działać terapeutycznie, okazała się mitem i w dobie dzisiejszej jest podstawą do zabijania i eliminacji dziecka przed urodzeniem w sposób uzasadniony prawnie. Jednocześnie jest to zgoda lekarza na eutanazję prenatalną, która jest również tzw. eugeniczną aborcją – dzieciobójstwem z powodu wad rozwojowych. Jak napisałam wcześniej: „Wykonywanie zawodu lekarza wymaga poszanowania godności i niezbywalnego prawa do życia każdego pacjenta podlegającego tej opiece. Podkreślenie tego wymogu realizowała od wielu wieków składana przez adeptów sztuki lekarskiej przysięga Hipokratesa z czołowym łacińskim hasłem *Primum non nocere* (Przede wszystkim nie szkodzić). Wprowadzenie do medycyny środków antykoncepcyjnych, procedur aborcyjnych i technik zapłodnienia pozaustrojowego pozostaje

²³ J. Lejeune, *Etyka i genetyka*, [w:] *VIII Kongres Rodziny*, Warszawa 1994, s. 458–465.

w sprzeczności z tą zasadą, uderzając w godność człowieka i odbierając życie bezbronnemu człowiekowi w najwcześniejszej fazie jego rozwoju. Wzbudza to sprzeciw sumienia i lekarz nie może być zmuszany do realizacji tego typu ingerencji traktowanych jako procedury medyczne”²⁴. Warto zacytować słowa Jana Pawła II na ten temat, przypomniane nam na konferencji *Otoczmy Troską Życie* przez prof. Wandę Póltawską: „Gdy Parlament polski przegłosował szczęśliwie ograniczenie praw do aborcji, ale jednak pozostała klauzula, że »wolno zabić« dziecko nienarodzone, któremu lekarz rozpoznał chorobę, był tym wstrząśnięty, z żalem powiedział: »A gdzie są pediatrzy?«. Przecież to nawet nie jest sprawa tylko etyki chrześcijańskiej, ale zdroworozsądkowej. Czy można z punktu widzenia medycyny nazwać postępem i opanowaniem choroby fakt, że zabija się chorych?»²⁵.

Komentarz

Postawienie rozpoznania schorzenia genetycznego otwiera możliwości pomocy terapeutycznej i działań wspierających ich rozwój. Rodziny nie powinny być pozostawione same sobie. Z punktu widzenia społecznego obecność osób z niepełnosprawnością intelektualną wywiera również wpływ humanizujący²⁶ i mobilizuje do poszukiwań form pomocy w imię szeroko pojętego solidaryzmu społecznego. Obecność u dziecka schorzenia genetycznego nie może

²⁴ A.T. Midro, *Klauzula sumienia z perspektywy lekarza genetyka klinicznego*, [w:] *Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej – aspekty etyczne i prawne*, Lublin 2014, s. 173–184.

²⁵ W. Póltawska, *Niespełnione pragnienie Jana Pawła II*, [w:] *Otoczmy troską życie*, Międzynarodowa Konferencja Naukowa w Białymstoku w dniach 14–15 października, Białystok 2011, s. 62–63.

²⁶ S Hauerwas, *Suffering Presence. Theological Reflexions on Medicine, Handicapped and the Church*, Notre Dame 1986, s. 211–217.

usprawiedliwiać procederu zabijania dzieci we wczesnej fazie ich rozwoju prenatalnego, tak jak zabijania dzieci z zespołami genetycznymi po ich urodzeniu. Tym niemniej istnieją różne podejścia światopoglądowe rodzin zgłaszających się po poradę genetyczną, w tym akceptujące postawę *pro-choice* (czyli za aborcją), a nie *pro-life*, w myśl liberalnej interpretacji praw do dziecka czy praw do swojego ciała zamiast norm moralnych bycia człowiekiem i uznawanych wartości. Wymuszanie akceptacji postawy *pro-choice* i składanie propozycji diagnostyki prenatalnej w celu aborcji (=zabicia dziecka), nazywając zmedykalizowany proceder terminacją ciąży, jest zamachem na ludzki intelekt czy też na wolność myślenia. W tej sytuacji ograniczenia klauzuli sumienia lekarza, uznającego konieczność i obowiązek naszej odpowiedzialności za każdą żywą istotę ludzką, członka rodziny ludzkiej, są szczególnie bolesne.

Piśmiennictwo:

- B. Bowles Biesecker, T.M. Marteau, *The Future of Genetic Counselling: an International Perspective*, "Nat. Genet.", 1999: 22 (2), 133–137.
- Recommendation CM/Rec(2010)11 of the Committee of Ministers to member states on the impact of genetics on the organisation of health care services and training of health professionals, [online], [dostępny: [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Rec\(2010\)11&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D38](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Rec(2010)11&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D38)], [dostęp: 15.02.2014].
- A.T. Midro, *Na początku były geny. Refleksje na temat zmian w kariotypie u osób z zespołem Downa*, [w:] *Zespół Downa i medycyna*, red. J. Wierzbę, Warszawa 2014, s. 169–177.
- A. Latos-Bielenska, A. Materna-Kiryłuk, *PRCM Working Group. Polish Registry of Congenital Malformations Aims and Organization of the*

- Registry Monitoring 300 000 Births a Year*, ”J. Appl. Genet”, 2005: 46, 341–348.
- www.ncbi.nlm.nih.gov OMIM Online Mendelian Inheritance in Man. An Online Catalog of Human Genes and Genetic Disorders, [online], [dostępny: <http://www.omim.org/>], [dostęp: 15.04.2015].
- F. Collins, *Język życia. DNA a rewolucja w medycynie spersonalizowanej*, Laurum 2011.
- P. Spork, *Drugi kod. Epigenetyka, czyli jak możemy sterować własnymi genotypami*, Warszawa 2011.
- M.J. Khoury, M. Gwinn, P.W. Yoon, N. Dowling, C.A. Moore, L. Bradley, *The Continuum of Translation Research in Genomic Medicine: How Can We Accelerate the Appropriate Integration of Human Genome Discoveries Into Health Care and Disease Prevention?*, “Genetics in Medicine” 2007: 9, 665–674.
- J.J. Pietrzyk, *Poradnictwo genetyczne*, ”Pediatri. Pol.”, 1976: 51, 455–461.
- A.T. Midro, *Poradnictwo genetyczne*, [w:] *Podstawy genetyki. Podręcznik dla studentów i lekarzy*, red. G. Drewa, T. Ferenc, Wrocław 2011, s. 627–647.
- J. Lejeune, M. Gautier, R. Turpin, *Study of Somatic Chromosomes from 9 Mongoloid Children*, “C R Hebd Seances Acad Sci.” 1959: 248, 1721–172.
- A.T. Midro, *Elementy porady genetycznej oferowanej rodzinom dzieci z zespołem Downa*, [w:] *Zespół Downa i medycyna*, red. J. Wierzba, Warszawa 2014, s. 23–39.
- J. Jiang, Y. Jing, G.J. Cost, J.C. Chiang, H.J. Kolpa, A.M. Cotton, D.M. Carone, B.R. Carone, D.A. Shivak, D.Y. Guschin, J.R. Pearl, E.J. Rebar, M. Byron, P.D. Gregory, C.J. Brown, F.D. Urnov, L.L. Hall, J.B. Lawrence, *Translating Dosage Compensation to Trisomy 21*, “Nature” 2013: 500, 296–300.
- S. Stengel-Rutkowski, L. Anderlik, *Abilities and Needs of Children with Genetic Syndromem*, “Genet. Counsell” 2005: 16, 383–391.
- A.T. Midro, M. Kropiewnicka, *Możliwości wspierania rozwoju dzieci ze schorzeniami uwarunkowanymi genetycznie na przykładzie dzieci z zespołem Wolfa-Hirschhorna i dzieci z zespołem Angelmana*, [w:] *Diagnoza i metody wspomagania rozwoju*, red. B. Antoszevska, M. Wójcik, Olsztyn, s. 127–147.
- E.R. Kandel, *A New Intellectual Framework for Psychiatry*, “Am J Psychiatry” 1998: 155, 457–469.

- H.T. Chugani, M.E. Phelps, J.C. Mazziotta, *Positron Emission Tomography Study of Human Brain Functional Development*, "Ann Neurol." 1987: 22 (4), 487–497.
- A.T. Midro, *Wybrane zagadnienia psychologiczne w poradnictwie genetycznym*, „Bydgoskie Zeszyty Lekarskie” 1987: 3, 173–179.
- E. Zakrzewska-Manterys, *Down i zespół wątliwości: studium z socjologii cierpienia*, Warszawa 1995.
- A.T. Midro, *Istnieć, żyć i być kochanym. Możliwości wspomagania dzieci z zespołami genetycznymi*, Kraków 2011.
- Ustawa z 7.01.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach przerywania ciąży, Dz.U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.
- C. Lejeune, *Życie jest szczęściem: Jérôme Lejeune mój ojciec*, tłum. J. Maślóń, Kraków 2005, s. 124.
- J. Lejeune, *Etyka i genetyka*, [w:] *VIII Kongres Rodziny*, Warszawa 1994, s. 458–465.
- A.T. Midro, *Klauzula sumienia z perspektywy lekarza genetyka klinicznego*, [w:] *Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej – aspekty etyczne i prawne*, Lublin 2014, s. 173–184.
- W. Póltawska, *Niespełnione pragnienie Jana Pawła II*, [w:] *Otoczmy troską życie*, Międzynarodowa Konferencja Naukowa w Białymstoku w dniach 14–15 października, Białystok 2011, s. 62–63.
- S. Hauerwas, *Suffering Presence. Theological Reflexions on Medicine, Handicapped and the Church*, Notre Dame 1986, s. 211–217.

MAREK CZARKOWSKI

Aspekty światopoglądowe sprzeciwu sumienia

Ludzie różnią się w swoich poglądach na wiele kluczowych z punktu widzenia moralności zagadnień. Sytuację tę nazywamy etycznym pluralizmem. Obok osób religijnych żyją ludzie niereligijni. Podziały idą jednak znacznie głębiej. Zarówno osoby religijne, jak i niereligijne różnią się (czasami nawet bardzo skrajnie) w wielu istotnych etycznie kwestiach, takich jak np. dopuszczalność zabiegów przerywania ciąży. Ci zróżnicowani pod względem światopoglądowym obywatele tworzą społeczność krajów i związków państw, takich jak Unia Europejska.

Etyka przed prawem

We współczesnych społeczeństwach nie można zatem oczekiwać jednolitego stanowiska etycznego w wielu istotnych egzystencjalnie kwestiach. Z drugiej strony sprawy te wymagają uregulowania przepisami prawa, ponieważ państwo odpowiada za zapewnienie ładu społecznego. Jak zatem stworzyć prawo, które uwzględni zróżnicowanie światopoglądowe obywateli? Po pierwsze, normy działania muszą być akceptowane ze względu na przewidywalne konsekwencje i skutki uboczne wynikające z ich

powszechnego przestrzegania¹. Po drugie, roszczenie do prawomocnego obowiązywania powinny mieć tylko te prawa, które znajdują akceptację wszystkich obywateli². Chodzi oczywiście o obywateli dobrze poinformowanych, bezstronnych i racjonalnie rozumujących³. Przedstawione powyżej stanowisko nawołuje do uszanowania poglądów etycznych, nawet tych, które opierają się na argumentacji religijnej, korzystającej z prawd wiary i dogmatów. Bo taka argumentacja nie wyklucza racjonalności rozumowania⁴. Mimo że obecnie przyjmuje się, że ład społeczny w Europie powinno tworzyć prawo nieodwołujące się do bogów lub zjawisk nadprzyrodzonych, to jednak państwo szanujące zróżnicowanie światopoglądowe swoich obywateli nie może zmuszać osób religijnych do wyparcia się przekonań dotyczących na przykład dopuszczalności zabiegów przerywania ciąży, ponieważ wolność wyznawania lub przyjmowania religii według własnego wyboru należy do kanonu swobód obywatelskich⁵. Ponadto nikomu nie udało się udowodnić przewagi świeckich systemów etycznych nad religijnymi w kształtowaniu postaw intelektualnych i moralnych obywateli. Warto przypomnieć, że większość religii posiada własny system etyczny a większość ludności

¹ J. Habermas, *Między naturalizmem a religią*, Warszawa 2012, s. 73.

² Tamże.

³ B. Gert, C. Culver, K. Canner-Clouser, *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, Gdańsk 2009, s. 35–70.

⁴ Na przykład: świadek Jehowy, który odmawia zgody na przetoczenie krwi, nie postępuje irracjonalnie, ponieważ wedle jego hierarchii szkód, szkody doznane w życiu pośmiertnym są dotkliwsze nawet od śmierci. Irracjonalne są bowiem tylko takie działania, które spowodują lub istotnie zwiększą ryzyko doznania przez ich sprawcę takich (możliwych do uniknięcia) następstw jak śmierć, ból, utrata wolności lub utrata przyjemności, pod warunkiem, że jednocześnie nie ma żadnych obiektywnie istotnych powodów usprawiedliwiających takie działanie (za: B. Gert, C. Culver, K. Canner-Clouser, dz. cyt., s. 42–43).

⁵ *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*, Dz.U. 1997, Nr 78, poz. 483, art. 53.

świata to osoby religijne (w wypadku Polski to 81 proc., a Europy Zachodniej 51 proc.)⁶.

Obowiązek tolerancji

W systemie demokratycznym przestrzeganie swobód obywatelskich nie może być uzależnione od zdania większości. Zobowiązuje do tego nakaz tolerancji, czyli poszanowania poglądów innych ludzi, z którymi się nie zgadzamy. W demokracji ludzie muszą akceptować fakt zróżnicowania światopoglądowego obywateli i obowiązek tolerowania nieakceptowanych przez siebie poglądów. Prawo nie może narzucać żadnego światopoglądu (ani świeckiego, ani religijnego), a tym bardziej dyskryminować ludzi z uwagi na wyznawany światopogląd. Dlatego też w sytuacji gdy przepisy prawa mogłyby narzucać ludziom obowiązek działania w sposób niezgodny z ich światopoglądem, należy zagwarantować możliwość uchylecia się od tego obowiązku.

Sprzeciw sumienia

Temu celowi służy klauzula (sprzeciw) sumienia. Skoro demokratyczne państwo prawa nakłada na obywateli obowiązek tolerowania nieakceptowanych poglądów, to może wynikać z tego także obowiązek ponoszenia kosztów spowodowanych obowiązkiem tolerancji. Koszty te ujawniają się wówczas, gdy określona światopoglądowo postawa obywatela kształtuje nie tylko jego własną przyszłość, ale także przyszłość innych ludzi. W wypadku aborcji postawa lekarza wpływa na los co najmniej dwóch innych istot ludzkich:

⁶ WIN-Gallup International, *Global Index of Religiosity and Atheism*, 2012.

ciężarnej i innego człowieka, znajdującego się w jednej z przednoworodkowych faz rozwoju.

Sprzeciw sumienia a obowiązek ratowania życia

Czy jednak lekarz, powołując się na swój światopogląd, powinien mieć zawsze prawo do uchylenia się od działania, które uzna za niegodziwe? We współczesnej medycynie obowiązuje zasada pryncypializmu, na którą składają się nakazy dobroczynienia, nieszkodzenia, sprawiedliwości oraz poszanowania autonomii⁷. Korzystając z klauzuli sumienia, lekarz nie powinien naruszać żadnej z powyższych zasad. Jeśliby zatem życie lub zdrowie ciężarnej znajdowało się w nagłym zagrożeniu z powodu ciąży, jedynym możliwym sposobem ratowania zdrowia i życia kobiety byłaby aborcja, nie byłoby żadnego innego lekarza, który mógłby bez oporów światopoglądowych dokonać przerwania ciąży, a pacjentka wyraziłaby zgodę na takie działanie, to lekarz nie mógłby skorzystać z prawa do klauzuli sumienia, ponieważ naruszyłby podstawowe prawo każdego człowieka, czyli prawo do życia, zasadę nieszkodzenia oraz najwyższy nakaz etyczny lekarza: „*Salus aegroti suprema lex esto*”⁸. Czy lekarz ma prawo ratować życie ciężarnej kosztem życia innej istoty ludzkiej? Zasada sprawiedliwości nie powinna zezwalać na dyskryminowanie ludzi ze względu na fazę rozwoju (takie zapewne stanowisko etyczne prezentowałby przedstawiony powyżej anonimowy lekarz). Dlatego też jeśli w danej sytuacji zdrowotnej istniałaby możliwość uratowania życia zarówno kobiety, jak i jej dziecka, to lekarz powinien tak postąpić, ponieważ podejmując działania lekarskie u kobiety

⁷ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996.

⁸ *Kodeks Etyki Lekarskiej*, Warszawa 2004, art. 2.

w ciąży, lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka⁹. Jeśli jednak zdrowie i życie kobiety mogłoby zostać uratowane jedynie poprzez wykonanie zabiegu przerwania ciąży, to wtedy poświęcenie życia dziecka jest usprawiedliwione, tym bardziej że niezdolne do życia poza ciałem matki dziecko i tak byłoby skazane na śmierć w chwili zgonu matki. We wszystkich innych przypadkach lekarz powinien mieć możliwość skorzystania z klauzuli sumienia.

Sprzeciw sumienia a sytuacje niecierpiące zwłoki

Szczególnie duże wątpliwości budzi obowiązek udzielania przez lekarza pomocy w każdym innym niż zagrożenie utratą życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia przypadku niecierpiącym zwłoki¹⁰. Po pierwsze, trudno znaleźć jakąkolwiek inną związaną z obowiązkiem ratowania życia człowieka sytuację niecierpiącą zwłoki. Jedynym mającym odniesienie do zabiegów przerwania ciąży przypadkiem niecierpiącym zwłoki wydaje się być sytuacja, w której upływa termin dopuszczalności przeprowadzenia tego zabiegu. Zapis ten należy ocenić krytycznie z dwóch powodów: po pierwsze jest on nieprecyzyjny, przez co stwarza możliwość niedopuszczalnie różnicowanych interpretacji¹¹, a przede wszystkim nie ma żadnych jednoznacznych i powszechnie akceptowanych powodów

⁹ Tamże, art. 39.

¹⁰ Ustawa o zawodzie lekarza, Dz.U. 1997, Nr 28, poz. 152 (z późn. zm.), art. 30.

¹¹ Można jako przykład podać następującą sytuację: kobieta poinformowana o możliwości dokonania aborcji z powodu lenistwa lub niezdecydowania nie zgłasza się do ośrodka we wskazanym czasie, by później u innego lekarza w ostatnim momencie upoważniającym do dokonania aborcji (czyli w sytuacji niecierpiącej zwłoki) domagać się przeprowadzenia zabiegu. Nie znajduję żadnego etycznego wytłumaczenia, dlaczego w takiej sytuacji prawo lekarza do zgłoszenia sprzeciwu sumienia miałyby zostać zakwestionowane wystąpieniem sytuacji niecierpiącej zwłoki.

etycznych, które usprawiedliwiłyby naruszenie w tych okolicznościach zasady „nie zabijaj”. Ponieważ nie ma racjonalnie umotywowanego i możliwego do zaakceptowania przez wszystkich dobrze poinformowanych, bezstronnych i racjonalnie rozumujących ludzi uzasadnienia dla istnienia takiego przepisu prawa w odniesieniu do zabiegów przerywania ciąży, to powinien on zostać jak najszybciej usunięty.

Czy prawo do sprzeciwu sumienia narusza prawa pacjenta?

Środowiska domagające się zakazania klauzuli sumienia przeciwstawiają prawo lekarzy do działań zgodnych z własnym światopoglądem prawu do świadczeń medycznych, w tym do przerywania ciąży, lub – ujmując szerzej zagadnienie – prawu do decydowania kobiety o swoim losie. Argumentują, że w wypadku stosowania klauzuli sumienia kobiety ciężarne nie będą mogły dokonywać dozwolonych prawem zabiegów, a tym samym nie będą mogły korzystać z praw pacjentek oraz samodzielnie kształtować swojego życia. Jest to argumentacja nieprawdziwa¹². Zakłada bowiem, że stosowanie klauzuli sumienia przez lekarzy wykluczy możliwość dokonywania dozwolonych prawem zabiegów przerywania ciąży. Tymczasem nie ma żadnych danych wskazujących, aby odsetek osób akceptujących dokonywanie zabiegów przerywania ciąży różnił się tak istotnie pomiędzy lekarzami i pielęgniarkami a pozostałą częścią społeczeństwa, żeby

¹² W pracy pominięto kwestię, czy prawo do życia oraz prawo do decydowania o swoim losie są równoważne. Warto podkreślić, że istnieją bardzo istotne etyczne zastrzeżenia podważające prawo kobiet do decydowania o swoim losie, jeśli te decyzje miałyby spowodować śmierć innej istoty ludzkiej. Jako przykład takiego sporu patrz: J.J. Thomson, *A Defense of Abortion*, „Philos Public Aff.” 1971, 1: 47–66; B.A. Manninen, Rethinking Roe v. Wade, *Defending the Abortion Right in the Face of Contemporary Opposition*, „Am J Bioeth.” 2010, 10: 33–46; D. Marquis, *Manninen’s Defense of Abortion Rights is Unsuccessful*, „Am J Bioeth.” 2010, 10: 56–57.

liczba gotowych wykonywać te zabiegi placówek medycznych miała okazać się niewystarczająca w stosunku do potrzeb. Istnieją zresztą także inne sposoby zapewnienia realizacji dozwolonych prawem zabiegów, ponieważ w kraju działać mogą firmy prywatne, których powołaniem jest zapewnianie luk popytowych w opiece zdrowotnej¹³. Środowiska domagające się zakazania klauzuli sumienia nie bronią zatem prawa kobiet ciężarnych do dokonywania dozwolonych prawem zabiegów przerwania ciąży, ale prawa do rozszerzenia obowiązku dokonywania aborcji na wszystkich lekarzy i placówki medyczne.

Jak zapewnić przestrzeganie praw pacjentek, zachowując prawo do sprzeciwu sumienia?

Tymczasem nie ma powodu, aby uważać, że – po pierwsze – poglądy etyczne kobiet domagających się powszechnie dostępnej aborcji są bardziej etyczne od poglądów osób temu przeciwnych¹⁴ oraz, po drugie, by kobiety ciężarne były traktowane inaczej niż tysiące innych obywateli znajdujących przysługujące im świadczenia nie w najbliższej, ale często w odległej placówce medycznej. Okazuje się, że prawa pacjenta nie są najważniejszą normą etyczną, skoro ograniczona dostępność do świadczeń medycznych jest jedną z najbardziej charakterystycznych cech współczesnej opieki zdrowotnej¹⁵. Nieprawdą jest również, że każde świadczenie z danej dziedziny medycyny jest dostępne w każdym

¹³ W wypadku niedostatecznej liczby miejscowych pracowników można zatrudnić osoby spoza kraju, posiadające odpowiednie kwalifikacje zawodowe.

¹⁴ Zagadnienie to zostanie omówione w dalszej części pracy.

¹⁵ B. Lisowska, *Kolejki do lekarza trwają miesiącami. Według danych NFZ pacjent nie musi czekać*, *Gazeta Prawna.pl*, 08.06.2012, [online], [dostępny: http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/623477,kolejki_do_lekarza_trwaja_miesiacami_wedlug_danych_nfz_pacjent_nie_musi_czekac.html], [dostęp:15.04.2015].

specjalistycznym ośrodku¹⁶. Ograniczenia mogą być spowodowane niedostatecznym zasobem środków finansowych, brakiem specjalistów, brakiem sprzętu medycznego, nieopłacalnością danej procedury medycznej, ograniczonym zasobem narządów i tkanek do przeszczepu, ale także obowiązkiem wynikającym z konieczności poszanowania prawa do klauzuli sumienia. Zapewne narządów do przeszczepu byłoby więcej, gdyby wprowadzono zasadę rutynowego pobierania narządów ze zwłok bez pytania kogokolwiek o zgodę, natomiast kolejka osób cierpiących i czekających miesiącami na konieczne zabiegi medyczne skróciłaby się, gdyby określić górny limit zamożności i skonfiskowane mienie bogaczy przeznaczyć na leczenie chorych. Istnieją jednak zasady etyczne i prawa człowieka, które sprzeciwiają się takim działaniom. Prawa pacjenta nie stoją ponad wszelkimi innymi prawami. Skoro zatem akceptujemy wyższość pewnych zasad moralnych, mimo że ich przestrzeganie powoduje ograniczenia w dostępie do świadczeń medycznych, to kobiety ciężarne muszą także zaakceptować fakt, że zabiegów przerwania ciąży nie dokona każda placówka służby zdrowia. Prawo do wolności sumienia nie może być bowiem zanegowane przez prawo do uzyskania wątpliwego etycznie świadczenia w każdym ośrodku zdrowia. Życie w demokracji to nie tylko prawa, ale i obowiązki, których wszystkie obywatelki muszą nauczyć się przestrzegać. I dlatego nie ma żadnych etycznych powodów, by domagać się, aby każda placówka ginekologiczna wykonywała wątpliwe etycznie zabiegi (aborcji, zapłodnienia *in vitro* itp.)¹⁷. Tymczasem

¹⁶ A. Poryszewska, *Posel Malecki wziął pod lupę NFZ*, Sochaczew.pl, 26.09.2013, [online], [dostępny: <http://www.sochaczew.pl/home/newsshow2/6770?title=Posel-Malecki-wzial-pod-lupe-NFZ&filterId=1&sochaczew>], [dostęp: 15.04.2015]; A. Moraniec, *Koniec z kontraktowaniem tylko dobrze płatnych procedur?*, Supernowosci24.pl, 05.11.2012, [online], [dostępny: <http://supernowosci24.pl/koniec-z-kontraktowaniem-tylko-dobrze-platnych-procedur/>], [dostęp: 15.04.2015].

¹⁷ Merytorycznych argumentów popierających to stanowisko jest więcej – patrz:

w kraju doszło do narodzin dzieci, których matki chciały skorzystać z prawa do aborcji¹⁸. Stało się tak dlatego, że państwo nie wywiązało się z obowiązku zapewnienia realizacji tej procedury i ciężarne nie trafiły do właściwego lekarza lub ośrodka w odpowiednim czasie.

Czy sprzeciw sumienia dotyczy także obowiązku informowania?

Prawo do klauzuli sumienia może być naruszane także w inny sposób. W Polsce przepisy prawa każdemu lekarzowi nakazują wskazać realne możliwości uzyskania dostępu do aborcji u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej¹⁹. Stanowiąc takie przepisy, państwo przyznało sobie prawo do wydawania moralnego osądu i uznało, że zmuszanie każdego lekarza do wskazania innego specjalisty lub placówki, który/która w jego opinii dopuści się czynu niegodziwego, jest dozwolone. Uzasadniać takie stanowisko ma stwierdzenie, że „informacja jest aksjologicznie neutralna”²⁰, ponieważ „lekarz nie ponosi (...) żadnej odpowiedzialności za sposób wykorzystania otrzymanej przez pacjenta informacji”. Jeśli rzeczywiście informacja jest aksjologicznie neutralna, to taka zasada powinna obowiązywać zawsze i niezależnie od okoliczności. Wyobraźmy sobie

M. Czarkowski, *Aborcja a klauzula sumienia*, „Pol. Merkur. Lek.” 2015, 225: 183–186.

¹⁸ *Case of P. and S. v. Poland*, App. No. 57375/08, European Court of Human Rights. 2013, [online], [dostępny: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx?i=001-114098>], [dostęp: 15.04.2015]; *Case of R.R. v. Poland 2011*, App. No. 27617/04, European Court of Human Rights. 2011, [online], [dostępny: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-104911>], [dostęp: 15.04.2015].

¹⁹ Patrz: przypis 10.

²⁰ Pismo Marszałka Sejmu do Trybunału Konstytucyjnego, Sygn. K 12/14, BAS-WPTK-1499/14, s. 41.

sytuację, w której lekarz na prośbę pacjentki informuje ją, kto mógłby zabić jej męża i w wyniku tego dochodzi do zbrodni. Czy w społecznym odczuciu lekarz, który udzielił informacji, będzie uznany za współodpowiedzialnego śmierci męża? Czy prokuratura uzna, że informacja jest aksjologicznie neutralna i odmówi zajęcia się sprawą? Oczywiście lekarz nie ma żadnego obowiązku udzielania takich informacji²¹. Ale w odczuciu lekarza, który ocenia przerywanie ciąży jako zabijanie ludzi, obowiązek poinformowania o tym, kto takiego człowieka zabije, będzie przez niego oceniony jako tak samo niedopuszczalny, jak poinformowanie o tym, kto może zabić męża. Lekarze powinni ufać swoim fundamentalnym intuicjom moralnym. I mimo tego, że przecież nie wszystkie poinformowane kobiety zorganizują zbrodnię ani nie wszystkie skierowane do innego ośrodka ciężarne dokonają aborcji, to lekarz może nie chcieć przekazywać takich informacji, ponieważ nie istnieje żadna metoda, która umożliwiłaby odróżnienie tych, które zaniechają niegodziwych (w jego opinii) działań, od tych drugich. Tym bardziej że ustawodawcy tak naprawdę zależy przede wszystkim właśnie na informowaniu tych kobiet, które chcą i dokonają aborcji, bo tylko one będą w wypadku nieuzyskania tej informacji protestować²².

²¹ Zacytowane powyżej stanowisko nie uzależnia aksjologicznej neutralności informacji od tego, czy istnieje obowiązek czy tylko chęć udzielenia jakiejś informacji.

²² Zwolnienie z pracy prof. B. Chazana zostało spowodowane przez skargę kobiety, która chciała dokonać aborcji i nie uzyskała satysfakcjonującej ją informacji – patrz: *Prof. Bogdan Chazan straci stanowisko dyrektora Szpitala św. Rodziny*, [online], [dostępny: <http://www.polskatimes.pl/artykul/3500309,prof-bogdan-chazan-straci-stanowisko-dyrektora-szpitala-sw-rodziny-umowa-zostanie-rozwiazana,id,t.html?cookie=1#!>], [dostęp: 15.04.2015].

Jak zapewnić obowiązek informowania, nie negując prawa do sprzeciwu sumienia?

Wprowadzenie powszechnego obowiązku informowania przez lekarzy kobiet ciężarnych warto byłoby rozpatrywać pod kątem etycznej dopuszczalności, gdyby nie istniało żadne bardziej poprawne moralnie rozwiązanie. Tymczasem istnieją sposoby zapewnienia dostępu do informacji, które – po pierwsze – nie wymagają angażowania zgłaszających sprzeciw sumienia lekarzy, po drugie – skuteczniej ograniczają niebezpieczeństwo nieuzyskania dozwolonej prawem, ale wątpliwej etycznie procedury zdrowotnej przez ciężarną²³ i, po trzecie, sprzyjają wywiązaniu się przez państwo z obowiązku zapewnienia zgodnej z prawem opieki medycznej w odpowiednim czasie. Pierwszy polega na umieszczeniu listy wszystkich placówek opieki zdrowotnej, które dokonują zabiegów przerwania ciąży, na finansowanym przez państwo portalu. Tak właśnie realizowany jest obowiązek informowania o innej etycznie wątpliwej procedurze – zapłodnieniu *in vitro*²⁴. Dodatkowo zainteresowane zdobyciem pacjentek podmioty mogą także reklamować swoje usługi na własny koszt, podobnie jak od lat czynią to prywatne kliniki zapłodnienia *in vitro*. Drugie rozwiązanie polega na stworzeniu podmiotom możliwości składania deklaracji o niewykonywaniu i nieinformowaniu o wątpliwych etycznie procedurach diagnostyczno-leczniczych z powodów światopoglądowych. Ten sam portal internetowy może jednocześnie być wykorzystany w obu celach. Nasuwa się wątpliwość, czy taki obowiązek nie będzie naruszał prawa

²³ Zgłoszone przypadki nieuzyskania dozwolonej prawem procedury zwykle spowodowane były zaniechaniem etycznie wątpliwych działań przez lekarzy – patrz: przypis 18.

²⁴ Nikt także nie wymaga od wszystkich lekarzy informowania o tych procedurach, choć przecież sytuacja z etycznego punktu widzenia, podobnie jak w wypadku czynnej eutanazji, jest niezwykle podobna – mamy osobę, która potrzebuje pomocy, a lekarz powołując się na klauzulę sumienia, odmawia jej udzielenia oraz informacji.

do ochrony prywatności lekarzy. Jeśli lekarz zdecyduje się na ujawnienie tych informacji z własnej woli – w żadnym wypadku, ponieważ chcącemu nie dzieje się krzywda (*volenti non fit iniuria*). Poza tym, nie tylko lekarze, ale także placówki, w których wszyscy lekarze skorzystali z prawa do klauzuli sumienia, powinny mieć prawo (zgodnie z Rezolucją Rady Europy²⁵) do informowania, że nie realizują i nie informują o wątpliwych etycznie procedurach medycznych. Przy tak skrajnym, ale uprawnionym zróżnicowaniu światopoglądowym powinny istnieć sprofilowane, na podstawie tego kryterium, ośrodki ginekologiczno-położnicze. Portal zawierający dwie różne listy ośrodków umożliwiłby każdej kobiecie trafienie do właściwego lekarza i ośrodka. Kobiety mogą chcieć być leczone przez lekarzy podzielających ich światopogląd, a państwo nie powinno tego utrudniać, ponieważ nie ma żadnych etycznych uzasadnień do blokowania takich działań. Niedopuszczalne jest także negowanie możliwości przyjęcia takiego rozwiązania, jeśli rzeczywistym, ale nieartykułowanym powodem jest nieumiejętność zorganizowania sprawnie funkcjonującej i dostosowanej do potrzeb zróżnicowanych światopoglądowo pacjentek sieci placówek ginekologiczno-położniczych. Nieudolność organizacyjna nie może stanowić usprawiedliwienia dla łamania praw człowieka.

²⁵ Council of Europe, Parliamentary Assembly, *Resolution 1763 (2010) The Right to Conscientious Objection in Lawful Medical Care*, [online], [dostępny: <http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta10/eres1763.htm>], [dostęp: 15.04.2015].

Deklaracja wiary to nie to samo co sprzeciw sumienia

Niedawno środowiska katolickie zorganizowały akcję składania Deklaracji Wiary²⁶. Nie negując prawa do składania oświadczeń przez obywateli, należy podkreślić, że tego typu deklaracje nie powinny ani nie mogą zastąpić zaproponowanego powyżej rozwiązania. Po pierwsze, takie Deklaracje nie odnoszą się bezpośrednio do określonych działań medycznych. Po drugie, Deklaracja Wiary to nie to samo co sprzeciw sumienia. Tymczasem na państwie ciąży obowiązek zapewnienia dostępu do dozwolonych prawem procedur medycznych w odpowiednim czasie. I dlatego państwo powinno prowadzić rejestr podmiotów wyrażających chęć realizacji wątpliwych etycznie działań oraz podmiotów zgłaszających sprzeciw sumienia. Takie działania pozwalają także monitorować dostępność procedur oraz interweniować w wypadku zagrożenia praw pacjentek (np. poprzez rozpisanie dodatkowego konkursu ofert). Niewątpliwie zorganizowanie szanującego różnicowanie światopoglądowe obywaterek systemu ochrony zdrowia jest trudniejsze niż narzucenie obowiązku działania wszystkim podmiotom, także tym zgłaszającym sprzeciw sumienia. Zaproponowanemu rozwiązaniu przyświeca następujący cel. Skoro w takiej dziedzinie medycyny jak ginekologia i położnictwo istnieje szereg wątpliwych etycznie procedur, to należy wszystkim kobietom umożliwić dotarcie do lekarzy, do których te kobiety będą miały zaufanie i będą mogły liczyć, że otrzymają optymalną informację oraz optymalny zakres świadczeń zgodny z ich światopoglądem. Przedstawione rozwiązanie jest lepsze od przymusu informowania, ponieważ zmniejsza ilość zła na świecie – a taki jest główny cel moralności.

²⁶ [online], [dostępny: <http://www.deklaracja-wiary.pl/>], [dostęp: 15.04.2015].

Świecka etyka a dopuszczalność aborcji

Pisząc o nierozstrzygalnym etycznie sporze, jakim jest zagadnienie dopuszczalności zabiegów przerywania ciąży, warto na koniec podkreślić, że spór ten toczy się przede wszystkim na płaszczyźnie świeckiej etyki. Zgodnie z poglądami utylitarystów moralność powinna chronić ludzi jedynie w sensie istotnym z moralnego punktu widzenia, a nie wszystkie istoty ludzkie²⁷. W tak określonym stanowisku prawo do życia (a więc np. zakaz dokonywania aborcji) przysługuje jedynie sprawcom czynów moralnych, czyli ludziom, którzy posiadają następujące cechy: świadomość (przedmiotów i zdarzeń), rozumienie (czyli rozwiniętą zdolność rozwiązywania nowych i stosunkowo złożonych problemów), samorzutną aktywność (aktywność, która jest względnie niezależna od determinacji genetycznej lub bezpośredniej determinacji zewnętrznej), zdolność porozumienia się, tj. przekazywania za pomocą jakichkolwiek środków wiadomości nieograniczenie wielu rodzajów oraz obecność pojęć dotyczących samego siebie i samoświadomości, bądź to indywidualnej, bądź to rasowej, bądź jednej i drugiej²⁸. Jeśli przyjmiemy, że powyższe cechy są pierwszorzędными kryteriami osobowości, to człowieczeństwo opierające się na kryterium genetycznym (posiadanie ludzkiego genotypu, czyli przynależność do istot ludzkich) nie jest wystarczające do stwierdzenia, że mamy do czynienia z osobą ludzką, czyli sprawcą czynów moralnych²⁹. I podobnie jak „mężczyźni lub kobiety trwale pozbawieni świadomości, lecz pozostający przy życiu, to istoty ludzkie, które nie są już osobami” oraz „upośledzone

²⁷ M.A. Warren, *On the Moral and Legal Status of Abortion*, "Monist." 1973 Jan, 57 (1): 43–61 – w pracy wykorzystałem polskie tłumaczenie tej pracy zamieszczone w: W. Galewicz, *Początki ludzkiego życia*, Kraków 2010, s. 197–214.

²⁸ Tamże, s. 209.

²⁹ Tamże, s. 210.

istoty ludzkie, pozbawione liczących się zdolności umysłowych, nie są i prawdopodobnie nigdy nie będą ludźmi”, tak i „płód (...) jest istotą ludzką, która nie jest jeszcze osobą i której wobec tego nie można konsekwentnie przyznać pełnych praw moralnych”³⁰. W myśl tego stanowiska dopuszczalne jest nie tylko dokonywanie zabiegów przerwania ciąży, ale także tzw. aborcja pourodzeniowa, polegająca na zabiciu noworodka³¹. Nie wszyscy etycy podzielają przedstawione wyżej poglądy³². Istotnie odmienne jest stanowisko prezentowane przez D. Marquisa³³. Uważa on, że zabicie człowieka jest złem, ponieważ pozbawia nas wszystkich przeżyć, czynności, projektów i radości, które inaczej składałyby się na naszą przyszłość, a zatem wyrządza tej osobie jedną z największych możliwych szkód³⁴. Przyszłość typowego płodu zawiera zbiór przeżyć, projektów, czynności takich samych jak przyszłość dorosłych istot ludzkich i przyszłość małych dzieci. Ponieważ powód, który wystarcza do wyjaśnienia, dlaczego zabijanie istot ludzkich po urodzeniu jest złem, stosuje się również do płodów, stąd więc wynika, że aborcja jest poważnym moralnym złem³⁵. W środowisku świeckich etyków dyskusja w sprawie dopuszczalności zabiegów przerywania ciąży toczy się nadal, ale mimo pojawiania się kolejnych

³⁰ Tamże.

³¹ A. Giubilini, F. Minerva, *After-Birth Abortion: Why Should the Baby Live?*, “J Med Ethics.” 2013, 39: 261–633.

³² G. Benagiano, L. Landeweerd, I. Brosens, *‘After Birth’ Abortion: a Biomedical and Conceptual Nonsense*, “J Matern Fetal Neonatal Med.” 2013, 26: 1053–1059; A. Wrigley, *Limitations on Personhood Arguments for Abortion and ‘After-Birth Abortion’*, “J Med Ethics.” 2013, 39: e15–8.

³³ D. Marquis, *Why Abortion is Immoral*, “J Philos.” 1989, 86 (4): 183–202 – w pracy wykorzystałem polskie tłumaczenie tej pracy zamieszczone w: W. Galewicz, dz. cyt., s. 215–240.

³⁴ Tamże, s. 222.

³⁵ Tamże, s. 225.

artykułów zwolennicy poszczególnych stanowisk nie są skłonni przyznać racji oponentom³⁶.

Podsumowanie

Na zakończenie należy stwierdzić, że dyskryminowanie lekarzy ze względu na wyznawany światopogląd jest niedopuszczalne, jeśli dotyczy nierozstrzygalnego sporu moralnego. W relacjach lekarz – pacjentka niezwykle istotną rolę odgrywa wzajemne porozumienie i zaufanie. Pacjentki mają różne światopoglądy. Nie można zatem ograniczać niektórym kobietom prawa do leczenia się u lekarzy podzielających wyznawane przez te kobiety wartości i poglądy, zwłaszcza jeśli te wartości i poglądy mogą istotnie wpływać na proponowane przez lekarza metody diagnostyczne, lecznicze i profilaktyczne. Stosunek państwa do kwestii sprzeciwu sumienia w opiece zdrowotnej określa poziom rozwoju cywilizacyjnego danego społeczeństwa, jeśli ten poziom określamy na podstawie stosunku państwa do pluralizmu etycznego.

³⁶ M. Stier, B. Schoene-Seifert, *The Argument from Potentiality in the Embryo Protection Debate: Finally "Depotentialized"?*, "Am J Bioeth." 2013, 13: 19–27; D. Marquis, *Does Potentiality Have a Use in Bioethics*, "Am J Bioethics" 2013, 13: 32–33.

Post scriptum

Informacja pełnomocnika procesowego Naczelnej Rady Lekarskiej prof. UW dr. hab. Michała Królikowskiego w związku z orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego w sprawie klauzuli sumienia

7 października 2015 r. Trybunał Konstytucyjny wydał wyrok w sprawie z wniosku Naczelnej Rady Lekarskiej, która zakwestionowała przepis art. 39 w zw. z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, uniemożliwiające lekarzowi odmowę wykonania świadczenia, w szczególności świadczenia nieterapeutycznego, gdy odmowa ta nie skutkowałą zagrożeniem utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu pacjenta. Konsekwencje wyroku Trybunału będzie można w pełni ustalić dopiero po analizie pisemnego uzasadnienia tego rozstrzygnięcia. Niemniej jednak w trakcie rozprawy Trybunał podał obszernie motywy uzasadnienia, które pozwalają na rekonstrukcję kilku jego podstawowych poglądów. Poniżej przedstawiam te z nich, których uwzględnienie w codziennej praktyce uważam za niecierpiące zwłoki.

Po pierwsze, Trybunał uznał, że działanie w zgodzie z sumieniem jest obowiązkiem lekarza. Wpisuje się w istotę etosu zawodu lekarza i wynika z wewnętrznych celów medycyny.

Po drugie, Trybunał uznał, że w sytuacji skorzystania ze sprzeciwu sumienia i odmowy wykonania świadczenia lekarz nie ma obowiązku współpracować w zapewnieniu pacjentowi realnej możliwości udzielenia tego

świadczenia, w tym przez wskazanie innego lekarza lub podmiotu leczniczego. Trybunał wyraźnie podkreślił, że dostarczenie pacjentowi informacji o miejscu, gdzie uzyskanie takich świadczeń jest realnie możliwe, leży po stronie władz publicznych, ewentualnie osób kierujących podmiotami leczniczymi, które są stroną kontraktu na tę konkretną usługę ze środków NFZ.

Po trzecie, konsekwencją tego stanowiska Trybunału jest, z jednej strony, potrzeba zwiększenia dostępności informacji o możliwości uzyskania świadczenia drażliwego, które musi zapewnić organ państwa lub kierownik podmiotu leczniczego. Z drugiej zaś prowadzi to do zanegowania zasadności postępowania lekarzy, którzy nie uprzedziwszy o woli korzystania ze sprzeciwu sumienia w odniesieniu do pewnych kategorii świadczeń, będą chcieli wobec konkretnego pacjenta z takiej odmowy korzystać, w szczególności nie powołując się na klauzulę sumienia i nie informując uprzednio przełożonego. W tym wypadku wyrok Trybunału stanowi pełne rozpoznanie etosu zawodu lekarza, który z jednej strony musi mieć możliwość rozstrzygnięcia we własnym sumieniu zakresu związania się zobowiązaniem wynikającym z przyrzeczenia lekarskiego, a z drugiej zaś – nie może nadużyć wrażliwości pacjenta, który przychodzi do lekarza w przekonaniu, że ten takiego świadczenia mu udzieli.

Po czwarte, Trybunał kwestionując ograniczenie wolności sumienia lekarza w „innych przypadkach niecierpiących zwłoki”, wyznaczył jasne granice korzystania z wolności sumienia. Obecnie lekarzowi nie wolno korzystać z klauzuli sumienia tylko wtedy, gdy zachodzi przesłanka zagrożenia życia czy zdrowia pacjenta.

Po piąte, zdaniem Trybunału, korzystanie ze sprzeciwu sumienia w celu odmowy wykonywania pewnych świadczeń, zwłaszcza świadczeń niemających celu terapeutycznego, musi się odbywać w sposób jawny, zarówno

w relacji do pacjenta, jak i pracodawcy (przełożonego). Sędziowie opowiedzieli się za stanowiskiem, w myśl którego lekarz ma obowiązek uprzedniego poinformowania przełożonego w formie pisemnej o kategoriach świadczeń, których nie będzie wykonywał ze względu na konflikt sumienia.

Celem obowiązku informacyjnego, jaki spoczywa na lekarzu, jest umożliwienie takiej organizacji pracy podmiotu leczniczego, który zobowiązał się do wykonywania świadczeń drażliwych, by pacjenci mogli uzyskać świadczenia bezpośrednio u pierwszego lekarza danej specjalizacji, do którego zostaną skierowani w placówce.

Po szóste, Trybunał wskazał również, że gdy lekarz odmawia wykonania świadczenia z uwagi na sprzeciw sumienia, obowiązany jest odnotować fakt odmowy udzielenia świadczenia w dokumentacji medycznej, przy czym może ograniczyć swoje uzasadnienie ogólnym wskazaniem klauzuli sumienia, jako powodu decyzji. Nie jest konieczne szersze podawanie uzasadnienia odwołującego się do przekonań moralnych lekarza, ale konieczne jest odnotowanie, że nie zachodzi przypadek zagrożenia życia lub poważnego zagrożenia zdrowia pacjenta.

Nie ma wątpliwości, że lekarzowi nie wolno skorzystać ze sprzeciwu sumienia w odniesieniu do świadczenia, które jest nakierowane na ratowanie życia lub też na usunięcie poważnego niebezpieczeństwa, nawet pośredniego, dla życia lub zdrowia pacjenta. Należy jednak zaznaczyć, że to zagadnienie nie było przez NRL kwestionowane.

Jako ostateczne zagadnienie należy podnieść kwestię uprzedniego poinformowania przełożonego o woli odmowy wykonywania określonej kategorii świadczeń. Trybunał wskazał w tym miejscu na dwie bardzo istotne kwestie. Po pierwsze, zdaniem Trybunału, po stronie Ministra Zdrowia konieczna jest modyfikacja zasad kontraktowania świadczeń pomiędzy NFZ a podmiotami leczniczymi

w taki sposób, aby umożliwić tym podmiotom wyłącznie szczególnych kategorii świadczeń, z ogólnego rodzaju świadczeń, jakie zostają zakontraktowane. Po drugie, Trybunał uznał, że informacja o sprzeciwie sumienia jest należna pracodawcy po zawarciu umowy o pracę, a zatem nie może być informacją uzyskiwaną podczas rozmowy kwalifikacyjnej wbrew woli kandydata. Podejmowanie decyzji o zatrudnieniu na podstawie takiej informacji będzie nosić, w mojej ocenie, znamiona niesłusznej dyskryminacji.

Od momentu wejścia w życie orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego w omawianej sprawie lekarz, który będzie korzystać z klauzuli sumienia, powinien:

1. Powiadomić przełożonego odpowiedzialnego za organizację pracy w podmiocie leczniczym, na piśmie, o kategoriach świadczeń, które chce objąć odmową. Pismo takie powinno precyzować te świadczenia rodzajowo, jednak na tyle konkretnie, by nie powstawała wątpliwość co do zakresu wyłączenia. W piśmie tym należy powołać się na sprzeciw sumienia i odwołać się do odpowiedniego fragmentu zobowiązania wynikającego z przyrzeczenia lekarskiego. Pismo to należy oznaczyć przy tym w nagłówku jako „poufne” i skierować do przełożonego (optymalnie: bezpośrednio przełożonego i kierownika podmiotu leczniczego).

2. W przypadku skierowania w ramach praktyki do tego lekarza w tym podmiocie pacjenta, który będzie oczekiwał udzielenia drażliwego świadczenia zdrowotnego, należy powołać się na odmowę zgłoszoną przełożonemu i odnotować konkretną decyzję w indywidualnej sprawie w dokumentacji medycznej, powołując jako uzasadnienie fakt zastrzeżenia klauzuli sumienia.

3. Ze względu na to, że Trybunał nie sprecyzował, czy można w przypadku indywidualnym skorzystać z klauzuli sumienia w innych przypadkach niż te, o których

uprzednio powiadomiono przełożonego, należy zadbać o to, by wyłączenie kategorii świadczeń, sformułowane względem przełożonego, było pełne. W przypadkach skrajnych należy powiadomić przełożonego przed odmową udzielenia świadczenia konkretnej osobie, tak by mógł on zorganizować pomoc dla tej osoby w ramach podmiotu leczniczego.

4. Kierownicy podmiotów leczniczych, którzy nie chcą lub nie mogą ze względu na skład personelu wykonywać określonej kategorii świadczeń, powinni zawrzeć umowę podwykonawczą z innym podmiotem leczniczym albo notyfikować brak możliwości realizacji danej kategorii świadczeń u płatnika. W przyszłości należy zawrzeć takie wyłączenie w odpowiednim postanowieniu umownym kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

5. W sytuacji gdy z powodu powoływania się na klauzulę sumienia spotkały lekarza zachowania dyskryminacyjne, należy powiadomić o tym właściwą radę lekarską lub wystąpić z odpowiednim roszczeniem względem pracodawcy.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego jest wiążący od momentu opublikowania jego sentencji w Dzienniku Ustaw (nastąpi to w czasie kilku najbliższych tygodni). W tym momencie tracą moc obowiązującą przepisy art. 39 w związku z art. 30 ustawy o wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentystry w takim zakresie, w jakim zobowiązują lekarza do udzielenia świadczenia zdrowotnego, które nie jest związane z ratowaniem życia i zdrowia, a sprzeczne jest z sumieniem lekarza. Moc obowiązującą utraci również przepis, który nakłada na lekarza obowiązek wskazania pacjentowi realnej możliwości uzyskania w innym miejscu świadczenia, którego wykonania lekarz odmawia w związku z powołaniem się na klauzulę sumienia. Jestem zdania, że zaktualizują się wówczas wszystkie obowiązki indywidualnych lekarzy wynikające z określonego

sposobu wykładni przepisów, omówionej powyżej, jaką przyjął Trybunał Konstytucyjny. Po opublikowaniu uzasadnienia wyroku Trybunału Konstytucyjnego będę informował Naczelną Radę Lekarską o bardziej rozbudowanych wnioskach wynikających z tego orzeczenia.

NOTY O AUTORACH

Dr Małgorzata Chudzińska

Jest magistrem prawa i doktorem nauk o zdrowiu. Pracuje w Zakładzie Podstaw Prawa Medycznego Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Prof. dr hab. Marek Czarkowski

Lekarz i bioetyk zatrudniony w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie w latach 1975–1981. Tematem rozprawy habilitacyjnej była ocena działalności polskich komisji bioetycznych. Podyplomowe studia z bioetyki na Uniwersytecie Stefana Kardynała Wyszyńskiego ukończył w 2002 r. Ukończył także studia wyższe z bioetyki w USA, uzyskując tytuł Master of Science in Bioethics w 2010 r. Posiada specjalizacje zawodowe I i II stopnia z chorób wewnętrznych (1985, 1989), kardiologii (1992) oraz endokrynologii (2000). Wykłada etykę medyczną w ramach zajęć stażowych dla lekarzy i lekarzy dentyków, a także w ramach studiów podyplomowych na kilku polskich wyższych uczelniach. Autor licznych prac naukowych oraz rozdziałów w monografiach dotyczących etyki medycznej oraz badań naukowych z zakresu kardiologii i endokrynologii. W 2007 r. był inicjatorem powołania i został przewodniczącym Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej. Ośrodek organizuje coroczne krajowe konferencje komisji bioetycznych, a także inne konferencje bioetyczne. Od 2011 r., reprezentując Polskę, bierze czynny udział w pracach European Network of Research Ethics Committees. W 2013 r. zainicjował powołanie i został

wybrany na przewodniczącego Stowarzyszenia Członków i Pracowników Komisji Bioetycznych w Polsce. Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Bioetycznego.

Ks. dr Rafał Grabowski

Absolwent Uniwersytetu Nawarry w Hiszpanii, dr nauk humanistycznych w zakresie filozofii, jest wykładowcą na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu Adama Mickiewicza. Redaktor naczelny rocznika naukowego „Studia Bydgoskie”. Od 2005 r. członek Komisji Bioetycznej Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Redaktor naukowych monografii z zakresu bioetyki w ramach Bydgoskich Dni Bioetycznych.

Dr n. med. Anna Grzanka-Tykwińska

Absolwentka Wydziału Prawa Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz kierunku pedagogika Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Absolwentka Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Współautorka publikacji z zakresu gerontologii oraz prawa medycznego. Kierunek badań i zainteresowań: jakość życia osób starszych, problematyka praw pacjenta.

Dr n. med. Maciej Hamankiewicz

Specjalista chorób wewnętrznych. Ukończył Śląską Akademię Medyczną w Katowicach, prowadzi oddział wewnętrzny w Powiatowym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Będzinie. W samorządzie zawodowym działa od 1993 r. W IV i V kadencji pełnił funkcję prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach, wcześniej – skarbnika. W VI kadencji pełnił funkcję wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach i prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. W VII – aktualnej – także pełni

funkcję wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej i prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Aktywny działacz towarzystw naukowych: członek Prezydium Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i członek Zarządu Województwa Towarzystwa Internistów Polskich. Koordynator zdarzeń szkoleniowych dla lekarzy: V Światowego Kongresu Polonii Medycznej, Ogólnopolskiego Kongresu Szpitalnictwa i Wysokich Technologii Medycznych, licznych konferencji ogólnopolskich dotyczących etyki, chorób zawodowych, alkoholizmu w środowisku medycznym. Odznaczony m.in. Złotym Krzyżem Zasługi oraz odznakami: Zasłużony dla Rozwoju Kultury, Zasłużony dla Województwa Śląskiego. Laureat plebiscytu „Najlepszy Lekarz Śląska 2000”.

Ks. dr hab. Piotr Kieniewicz MIC

W latach 1998–2014 pracownik naukowo-dydaktyczny Instytutu Teologii Moralnej na Wydziale Teologii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. W latach 2009–2011 był rektorem Wyższego Seminarium Księża Marianów w Lublinie. Aktualnie jest rzecznikiem prasowym Sanktuarium Matki Bożej Licheńskiej i dyrektorem Ośrodka Wsparcia Płodności „Na-ProTechnologia”.

Dr Błażej Kmiecik

Doktor nauk społecznych w zakresie socjologii prawa, pedagog specjalny i bioetyk. Asystent w Zakładzie Prawa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Absolwent resocjalizacji na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego. Ukończył Szkołę Profilaktyki Uzależnień w Warszawie oraz Szkołę Praw Człowieka, zorganizowaną przez Helsińską Fundację Praw Człowieka w Warszawie. Jest absolwentem studiów podyplomowych w zakresie prawa medycznego i bioetyki Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie oraz studiów doktoranckich w Katedrze Socjologii Prawa i Praw Człowieka na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim. Jest autorem ponad 70 artykułów naukowych na temat

bioetyki, socjologii medycyny i prawa, praw człowieka, psychiatrii i kształcenia specjalnego. Od 2010 r. jest redaktorem prowadzącym Dział Bioetyki portalu biotechnologia.pl. Jest również ekspertem Instytutu na Rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris.

Prof. dr hab. Alina Teresa Midro

Jest kierownikiem Zakładu Genetyki Klinicznej AM w Białymstoku. Utworzyła poradnię genetyczną w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym jako jednostkę Zakładu Genetyki AMB. Jest Konsultantem Wojewódzkim z zakresu genetyki klinicznej województwa podlaskiego i warmińsko-mazurskiego. Zakres jej badań to między innymi: rola zmian chromosomowych w zaburzeniach rozrodczości u człowieka, genetyczne uwarunkowania bezdzietności, problemy psychologiczne i etyczne poradnictwa genetycznego, problemy społecznej akceptacji dzieci z niepełnosprawnością umysłową. Jest współautorem krajowego programu zajęć dydaktycznych z genetyki klinicznej uwzględniającego najnowsze trendy światowe w tej dziedzinie. Współpracuje naukowo m.in. z uniwersytetami: Leuven w Belgii, Houston i Washington State University Spokane w USA, Aachen w Niemczech, Camerino we Włoszech oraz uniwersytetami w Wilnie i we Lwowie.

Prof. dr hab. Władysław Sinkiewicz

Absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku, specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog, profesor zwyczajny Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Kierownik II Katedry Kardiologii i Kliniki Kardiologii Collegium Medicum UMK w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy. Przewodniczący Komisji Bioetycznej Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Organizator konferencji bioetycznych w ramach Bydgoskich Dni Bioetycznych. Autor 380 artykułów naukowych i redaktor 6 monografii z dziedziny kardiologii i z dziedziny bioetyki.

Dr Tomasz P. Terlikowski

Doktor filozofii, publicysta, redaktor naczelny Telewizji Republika. Autor kilkudziesięciu książek, także o tematyce bioetycznej, m.in.: *Nowa kultura życia. Apologia bioetyki katolickiej*, *Kiedy sól traci smak. Etyki protestanckie w kryzysie*, *Tora między życiem a śmiercią. Bioetyki żydowskie w dialogu*, *Faktura na zabijanie. Współczesny przemysł śmierci*, *Sprawa profesora Chazana. Kulisy manipulacji*. Jest także tłumaczem książek Sergiusza Bułgakowa na język polski. Publikuje w „Do Rzeczy”, „Rzeczpospolitej”, „Gazecie Polskiej”, „Frondzie LUX”, na portalu Fronda.pl. Prywatnie mąż jednej żony i ojciec piątki dzieci.

Prof. dr hab. Andrzej Zoll

Andrzej Zoll jest profesorem prawa karnego na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego, wieloletnim kierownikiem Katedry Prawa Karnego, autorem wielu publikacji naukowych, komentarzy, monografii oraz artykułów, doktorem honoris causa Uniwersytetu w Moguncji, Uniwersytetu Wileńskiego oraz Akademii Medycznej we Wrocławiu. Jest jednym z najwybitniejszych specjalistów w dziedzinie prawa karnego w Polsce. Bierze również czynny udział w życiu społecznym, będąc jedną z postaci, które najbardziej przyczyniły się do przemian w Polsce po 1989 r. Wśród pełnionych przez niego poprzednio licznych szacowanych funkcji i stanowisk wymienić należy m.in.: sędzia i prezes Trybunału Konstytucyjnego, przewodniczący Rady Legislacyjnej przy Premierze (1998–2000), Rzecznik Praw Obywatelskich, przewodniczący Państwowej Komisji Wyborczej, przewodniczący Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Karnego. Jest członkiem czynnym Polskiej Akademii Umiejętności oraz Polskiego PEN Clubu, wchodzi w skład Akademii Nauki i Sztuki w Salzburgu. Do podstawowych zainteresowań prawniczych profesora należą: aksjologiczne i konstytucyjne podstawy prawa karnego, zasady odpowiedzialności karnej, problematyka winy oraz kary, prawa i wolności obywatelskie oraz prawa człowieka. Wyróżniony Nagrodą Humboldta za osiągnięcia w rozwoju prawa karnego i demokracji (2003) oraz Nagrodą Totus za szerzenie kultury chrześcijańskiej w zakresie prawa.

