

PIOTR STANISZ, JAKUB PAWLIKOWSKI, MARTA OORDON (RED.)
SPRZECIW SUMIENIA W PRAKTYCE MEDYCZNEJ – ASPEKTY ETYCZNE I PRAWNE
WYDAWNICTWO KUL, LUBLIN 2014, ss. 234

Klauzula sumienia pozostaje etyczno – prawnym fenomenem, który od kilkudziesięciu lat szczególnie zaprzęta uwagę przedstawicieli zawodów medycznych. Wprawdzie sumienie nie zna podziałów zawodowych, ale poszczególne zawody w mniejszym lub większym stopniu narażone są na konflikty sumienia. I choć geneza klauzuli sumienia wiąże się z odmową służby wojskowej, ma zatem militarystyczną proveniencję, to współcześnie niemal intuicyjne kojarzona jest ze sferą medycyny. Dzieje się tak ze względu na ogromny postęp w sferze technologii medycznych, pojawienie się nowych możliwości, które dla jednych tworzą potencjał terapeutyczny, dla innych zaś stanowią wypaczenie zasad etycznych. Dość wspomnieć o dyskusjach wokół wspomaganej reprodukcji, diagnostyki prenatalnej czy antykoncepcji hormonalnej. W sporze o klauzulę sumienia ogniskują się jak w soczewce ważne pytania o rolę przedstawiciela zawodów medycznych (przede wszystkim lekarza, ale także m.in. pielęgniarki, położnej, farmaceuty, diagnosty laboratoryjnego) i zakres jego obowiązków wobec pacjenta, a także o prawo pacjenta do otrzymania świadczenia zdrowotnego. Choć przedstawianie klauzuli sumienia jako antynomii prawa lekarza i pacjenta, swoistego przeciągania liny, w trakcie którego po jednej jej stronie znajduje się medyk, po drugiej zaś pacjent, wydaje się być błędnym i jałowym opisem sporu, to jednak nie sposób nie zauważyć, że w dyskusji nad klauzulą sumienia znajduje się refleks starego, obecnego w medycynie sporu o paternalizm lekarski *versus* autonomia woli pacjenta. Bez obaw można stwierdzić, że spór o klauzulę sumienia jest jednym z najważniejszych i aktualnych zagadnień etyczno – prawnych we współczesnej medycynie. Wymaga także precyzyjnej, rzetelnej i w miarę bezstronnej analizy naukowej, tak by sformułować wnioski dla legislatorów. Tym cenniejsza była inicjatywa Katedry Prawa Wyznaniowego Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II oraz Zakładu Etyki i Filo-

zofii Człowieka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, które to jednostki, we współpracy z lubelskim oddziałem Stowarzyszenia Civitas Christiana i Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych, zorganizowały w listopadzie 2013 r. ogólnopolską konferencję naukową poświęconą tej tematyce. Odbyła się ona na Wydziale Prawa, Prawa Kanonicznego i Administracji KUL, zaś jej pokłosiem jest monografia pokonferencyjna, zatytułowana *Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej – aspekty etyczne i prawne* (red. P. Stanisław, J. Pawlikowski, M. Ordon), wydana nakładem Wydawnictwa KUL w 2014 r. Ogromną zaletą książki jest jej interdyscyplinarność. Redaktorzy zdołali namówić do współpracy tak etyków, jak i przedstawicieli nauk prawnych i medycznych. W efekcie czytelnik otrzymuje bogate studium dotyczące klauzuli sumienia, prowadzone z perspektyw różnych nauk i zawodów. Nie jest to także pozycja, którą można traktować jako sztandar ideologiczny, gdyż zadbano o pluralizm poglądów reprezentowanych na stronach monografii. Wypada podziękować redaktorom pozycji za taką uczciwość naukową, choć, jak zastrzegają oni we wprowadzeniu, nie oznacza to, że utożsamiają się „ze wszystkimi tezami i wnioskami prezentowanymi przez poszczególnych autorów” (s. 10). Bardzo przejrzysta i przystępna jest struktura książki. Po krótkim Wprowadzeniu i Przesłaniu Ks. Abp. Zygmunta Zimowskiego, przewodniczącego Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia i Duszpasterstwa Chorych, następuje część właściwa podzielona na trzy fragmenty, których zakres wyznaczają różne perspektywy spojrzenia. Część I (*Perspektywa religijna i etyczna*) zawiera cztery artykuły, z których jeden stanowi w istocie szersze wprowadzenie do tematyki (A. Szostek, *Kategoria sumienia w etyce*), dwa prezentują stanowiska wybranych związków wyznaniowych wobec kontrowersyjnych procedur medycznych (W. Głusiec *Kościół katolicki a kontrowersyjne moralnie procedury medyczne*; K. Krzysztofek *Stanowisko Świadków Jehowy wobec wybranych współczesnych procedur medycznych*), ostatni zaś wyłamuje się nieco z tematyki (M. Czelny, *Obowiązek informacyjny a sankcje prawnokanoniczne w kontekście przerywania ciąży*). Bardziej pasowałby on do kolejnej części książki, wyznaczonej perspektywą prawną, niemniej umieszczenie go na początku publikacji, uzasadnione jest faktem, że Autor bazuje na regulacjach kodeksu prawa kanonicznego, nie zaś prawa powszechnie obowiązującego w Polsce. Nieco obszerniejsza jest część II książki (*Perspektywa prawna*) obejmująca pięć artykułów. Poruszają one różne aspekty związane z regulacją prawną klauzuli sumienia, różniąc się stopniem szczegółowości. Ogólny, choć fundamentalny charakter mają artykuły A. Zolla *Klauzula sumienia* i O. Nawrota *Prawa człowieka, sprzeciw sumienia i państwo prawa*. Szczegółowe rozważania prowadzi L. Bosek *Problem zakresowej niekonsty-*

tucyjności art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, M. Nesterowicz, N. Karczewska – Kamińska *Prawa pacjenta w kontekście odmowy udzielenia świadczeń medycznych przez lekarza lub szpital (w związku z klauzulą sumienia)* i M. Gałązka *Kontrowersje wokół „prawa do aborcji”*. Ostatnia, trzecia część publikacji (*Perspektywa medyczna*) gromadzi głównie wypowiedzi przedstawicieli zawodów medycznych oraz osób zatrudnionych przez uczelnie medyczne. Otwiera ją artykuł J. Pawlikowskiego *Spór o klauzulę sumienia z perspektywy celów medycyny i etyki lekarskiej*, do którego pośrednio nawiązuje publikacja K. Radziwiłła *Odmowa leczenia z perspektywy art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej*. Cenny charakter mają artykuły opisujące problemy związane ze stosowaniem klauzuli sumienia w ramach poszczególnych specjalizacji i zawodów medycznych. Reprezentowane są spojrzenia: genetyka klinicznego (A.T. Midro *Klauzula sumienia z perspektywy genetyka klinicznego*), internisty (K. Marczewski *Klauzula sumienia w praktyce lekarza internisty*), pielęgniarki i położnej (B. Dobrowolska *Sprzeciw sumienia w zawodzie pielęgniarki i położnej - założenia i praktyka*), farmaceuty (M. Prusak *Sprzeciw sumienia w praktyce aptecznej*) oraz diagnosty laboratoryjnego (W. Głusiec, E. Puacz *Sprzeciw sumienia w zawodzie diagnosty laboratoryjnego*). Choć monografia jest z założenia prezentacją referatów wygłoszonych na konferencji, wypada żałować, że redaktorzy książki nie pokusili się w odrębnym końcowym rozdziale o dokonanie krótkiej syntezy, w której spróbowano by połączyć trzy wyraźnie zarysowane w książce perspektywy spojrzenia. Alternatywą dla takiego rozdziału byłoby zamieszczenie zapisu przebiegu dyskusji konferencyjnej i zgłoszonych wówczas głosów.

Książkę otwiera artykuł A. Szostka, dotyczący rozumienia i istoty sumienia, centralnego pojęcia dla uświadomienia sobie mechanizmu klauzuli sumienia. Rozważa on sumienie w trzech płaszczyznach definicyjnych: sumienie jako Super-ego, sumienie jako uczucie i sumienie jako akt rozumu. W pełnym erudycji i ugruntowanej wiedzy wywodzie krytykuje, zaproponowane przez Z. Freuda, rozumienie sumienia jako Super-ego, które ma powstawać pod „wpływem nacisku społecznej moralności”, internalizacji społecznych zasad moralnych, niejako poprzez ich „wpisywanie” w Super-ego przez otoczenie. Autor zasadnie zauważa, że redukuje to sumienie, które traktowane jest „jako instrument, przy pomocy którego (...) otoczenie steruje człowiekiem”. To mechanistyczne podejście odziera człowieka z podmiotowości, a także zdolności do samodzielnej oceny i odmowy wykonywania obowiązków narzucanych przez społeczeństwo. Dodać można, że pomija także zupełnie zróżnicowanie aksjologiczne współczesnych, demokratycznych społeczeństw Zachodu. Z nieco innych motywów Autor jest niechętny ujmowaniu sumienia jako uczucia.

Poddaje tę, głoszoną m.in. przez D. Hume („Rozróżnienia moralne nie wywodzą się z rozumu”), koncepcję krytyce, zarzucając jej instrumentalizację rozumu, a w efekcie także podmiotowości człowieka. Powyższe rozumienie sumienia powoduje, że sprzeciw sumienia wobec określonych norm postępowania jest niekiedy słaby, podlegający emocjonalnym fluktuacjom i subiektywny, uzależniony od uczuć poszczególnej jednostki. Nie posiada także racjonalnego uzasadnienia, co powoduje, że człowiek pozbawiony jest możliwości krytycznej, intelektualnej refleksji nad swoim postępowaniem. W efekcie występuje podobny skutek, jak w przypadku traktowania sumienia jako Super-ego. O ile jednak w tej ostatniej koncepcji podmiotowość „odebrana zostaje człowiekowi na rzecz manipulującego nim społeczeństwa, o tyle w emocjonalnej interpretacji moralnych przekonań (w tym zwłaszcza sądów sumienia) człowiek staje się terenem gry swoich uczuć”. Wyjściem jest traktowanie sumienia, w nawiązaniu do myśli św. Tomasza z Akwinu, jako aktu rozumu, którego wprowadzić nie sposób uchwycić bez „przeżyciowej oprawy, ale też się ono do niej nie sprowadza”. Zakłada to, że podstawą sumienia jest rozum zdolny do intelektualnego poznania i formułowania sądów w sensie logicznym. Jest on suwerenny w tym sensie, że nie podlega „tresurze” społecznej i potrafi oprzeć się wahaniom emocjonalnym. Współgra to z opinią I. Kanta, dla którego „sumienie to świadomość, że istnieje w człowieku trybunał wewnętrzny”. Sumienie jest oparte na wiedzy, o czym świadczy nawet łaciński źródłosłów nazwy („*con-scientia*” – „współ-wiedza”, ew. „współ-swiadomość”). Człowiek kształtuje swoje sumienie, dojrzewając moralnie. Warunkiem osiągnięcia takiej dojrzałości jest jednak wierność sumieniu. Stanowisko prezentowane przez Autora nie jest jednak także wolne od relatywizmu. Zarzucić można, że inne będzie sumienie osoby dojrzałej, a inne – nieposiadającej tego atrybutu; inny będzie osąd osoby o dużych predyspozycjach intelektualnych, inny zaś osoby raczej miernej w tej dziedzinie. Historia zna przypadki osób z tej drugiej grupy, które potrafiły zachować wierność sumieniu znacznie lepiej niż kierujący się tylko wskazaniem rozumu wybitni intelektualiści. Nie sposób w tym punkcie deprecjonować roli emocji kształtujących umysłowość człowieka. W przypadku klauzuli sumienia w zawodach medycznych jest to jednak o tyle wtórne, że *a priori* założyć można, iż osoby wykonujące zawody medyczne, wymagające nieraz skomplikowanych umiejętności abstrakcyjnego myślenia, posiadają niezbędne zdolności intelektualne do rozpoznawania znaczenia i wagi swoich czynów. W ostatnim fragmencie swojego artykułu A. Szostek analizuje związki sumienia z prawem. Jest to w istocie wywód z zakresu filozofii prawa związany z pytaniem o to, czym jest prawo.

Autor wychodzi z założenia, że prawda, wynikająca z godności osobowej każdego człowieka, jest podstawą prawa. Ponieważ idea sprawiedliwości leżąca u podstaw prawa stanowionego ma znaczenie moralne, stąd konkluzja, że prawo stanowione zbudowane jest na fundamencie moralnym, które niegdyś zwykło się określać prawem naturalnym. W tym kontekście A. Szostek krytykuje pozytywizm prawniczy jako doktrynę „ignorującą racjonalny charakter moralności i sprowadzającą człowieka do statusu zwierzęcia podatnego jedynie na tresurę”. O ile wywody Autora są co do zasady bardzo przekonujące, pewne wątpliwości wzbudza zignorowanie przez niego obowiązywania w systemach prawa pozytywnego norm moralnie indyferentnych, niewyrastających z gruntu prawa naturalnego. Ma to także znaczenie w procesie stosowania prawa, gdyż abstrakcyjną normę prawną aplikujemy do konkretnego przypadku „właśnie w sumieniu”. Jest ono strażnikiem godności człowieka (E. Fromm twierdził, że sumienie sprawuje władzę z równą surowością jak autorytety zewnętrzne). Aplikacja ta bywa nieraz bardzo trudna, Autor zaś opisuje jedynie przypadek, gdy czynnie sprzeciwiamy się sumieniu, co jednak, gdy jest ono głuche bądź zamulone i niezdolne do intelektualnego osądu?

W kolejnym artykule W. Głusiec prezentuje stanowisko Kościoła katolickiego (dalej: Kk) wobec kontrowersyjnych moralnie procedur medycznych. Zalicza do nich przede wszystkim: wspomaganą reprodukcję, antykoncepcję hormonalną, aborcję, diagnostykę prenatalną i eutanazję. Wszystkie z wymienionych procedur łączy obawa o poszanowanie godności osobowej człowieka, jakkolwiek podejście Kk do każdej z nich jest odrębne. W artykule dominuje perspektywa pracownika służby zdrowia – katolika, postawionego wobec dylematu wykonania lub współuczestniczenia w subiektywnie podejrzanej moralnie procedurze medycznej. Oficjalne stanowisko Kościoła katolickiego, do którego przynależy ów pracownik, nie zastępuje mu sumienia, ale może pomóc rozeznaczyć się, wyrobić własny osąd moralny i podjąć właściwą decyzję w obliczu konfrontacji z wymogiem wykonania określonej procedury. Porównać to można dla statku, którego kapitan błędzi po bezkresnym oceanie, zaś nawigację ułatwia mu niekiedy światło latarni morskiej. W porównaniu tym pracownik służby zdrowia jest żeglarzem, oceanem jego życie, zaś latarnią morską wskazującą azymut – doktrynalne stanowisko Kościoła. Autor poświęca każdej z wymienionych procedur odrębną uwagę. Rozpoczyna od szczególnej godności życia ludzkiego i prokreacji w nauczaniu Kk. Powołuje się przy tym na encyklikę Jana Pawła II *Evangelium vitae* i konstytucję Soboru Watykańskiego II *Gaudium et spes*. Wskazuje, że sprzeciw sumienia powinien być zawsze wyrażony, gdy rozważane jest działanie prowadzą-

ce do zniszczenia biologicznego życia istoty ludzkiej. Ponadto, „należy go manifestować” w odniesieniu do procedur medycznych naruszających naturalny proces przekazywania życia. Relacjonowanie stanowiska Kk w odniesieniu do poszczególnych procedur wykracza poza ramy recenzji, byłoby także rzeczą wtórną. Warto jednak zauważyć, że pozostaje ono zniuansowane, wynika także z różnych źródeł. Przykładowo, o ile instrukcja Kongregacji Nauki Wiary *Donum vitae* wyklucza możliwość stosowania technik zapłodnienia *in vitro*, a tym samym pracownik służby zdrowia ma wobec nich „moralną powinność wyrażenia sprzeciwu sumienia”, o tyle inne procedury wspomaganego rozrodu nie doczekały się oficjalnego ustosunkowania się ze strony Kk. Pracownik służby zdrowia jest w tym zakresie zdany wyłącznie na własny osąd moralny. Problem ten dotyczy także m.in. antykoncepcji hormonalnej, prowokując pytania o zakres klauzuli sumienia, o to, czy przysługuje ona także farmaceutom. Bardzo delikatną kwestią jest problem aborcji. Zdecydowanie negatywne stanowisko Kk jest łagodzone przez teologów katolickich w przypadkach określanych niekiedy jako tzw. aborcja pośrednia. Przykładem jest terapia nowotworowa kobiety w ciąży albo ciąża pozamaciczna, w której usunięcie ciąży jest konieczne dla ratowania życia matki. W takich sytuacjach i pod określonymi warunkami aborcja pośrednia byłaby etycznie dopuszczalna. W pozostałych pracownik służby zdrowia – katolik jest zobowiązany do wyrażenia sprzeciwu sumienia. Diagnostyka prenatalna sama w sobie nie nosi negatywnych konotacji. Może bowiem służyć celom terapeutycznym na etapie rozwoju płodowego. Jeśli jednak jej skutkiem będzie aborcja, pozostaje moralnie niedopuszczalna. W. Głusiec słusznie zastanawia się w tym kontekście nad współpracą i współodpowiedzialnością diagnosty za sposób postępowania z wynikami badań. Nie może on z góry założyć, że będą one wstępem do zabiegu aborcyjnego, nie ma zatem pewności, w jakim celu zostanie wykorzystane jego działanie. Jeśli w złym, służącym aborcji, to nawet wbrew intencjom medyka, zdaniem W. Głuśca, można mówić o odpowiedzialności lekarza w postaci „pośredniej współpracy materialnej w złym czynie”, co jednak „radikalnie zmniejsza odpowiedzialność moralną lekarza deklarującego jednoznaczny sprzeciw wobec aborcji”. Stanowisko to jest kontrowersyjne, zwłaszcza w obliczu szlachetnych, moralnie integralnych intencji medyka. Równie delikatny jest problem eutanazji, wokół której narosło wiele nieporozumień. To wspomagane samobójstwo lub zabójstwo wymaga odróżnienia od rezygnacji z uporczywej terapii czy stosowania u pacjenta w stanie terminalnym środków przeciwbólowych i uspokajających, które ubocznie mogą skracać jego życie (zasada działania o podwójnym skutku).

Dystynkcje te wyraźnie czyni kościelna instrukcja *Iura et bona* z 1980 r. Osoby bez głębokiej wiedzy religijnej mogą traktować stanowisko Kk jako wyraz braku wrażliwości wobec cierpień osoby chorej, pragnącej skorzystać z „dobrej śmierci” (gr. εὐθανασία). Trudno im zrozumieć całkowicie przeciwstawny punkt widzenia, zgodnie z którym, jak podkreśla Kk, prośba o eutanazję jest często wyrazem bólu, bezradności i beznadziei, zaś odmowa jej dokonania stanowi rzeczywisty wyraz współczucia i pomocy w zachowaniu nadziei. Powyższe wywody Autor prowadzi w nurcie afirmatywnym, identyfikując się z poglądami wyrażanymi przez oficjalne struktury kościelne.

Co ciekawe, druga z analizowanych grup wyznaniowych – Świadkowie Jehowy (oficjalna nazwa w RP „Strażnica – Towarzystwo Biblijne i Traktatowe. Zarejestrowany Związek Wyznania Świadków Jehowy w Polsce”) ma etyczno-moralne problemy z zaakceptowaniem nieco innych procedur medycznych niż w przypadku Kk. Opisuje je K. Krzysztofek w swoim artykule. Szczególną uwagę Świadkowie Jehowy zwracają na kwestie: transfuzji krwi, transplantacji i szczepień. Podstawę ich stanowiska wyznacza dosłowne, literalne rozumienie Pisma Świętego. Nawet ono wymaga jednak interpretacji i odkrywania woli Jahwe. Dokonują tego kolejni przywódcy zboru i tzw. Ciało kierownicze, jest ona wyrażana na łamach dwóch głównych pism tego związku wyznaniowego: „Strażnicy” i „Przebudźcie się”. Powoduje to, że stanowisko organizacji wobec omawianej problematyki jest nieugruntowane i wielokrotnie ulegało zmianie, często poprzez przyjęcie radykalnie przeciwnego do dotychczasowego poglądu (K. Krzysztofek używa w tym kontekście żeglarskiego porównania do halsowania – wykonywania zwrotów „w prawo, w lewo, tam i z powrotem”). Przykładem jest zakaz transfuzji krwi wyprowadzany ze słów zawartych w Księdze Kapłańskiej i Księdze Powtórzonego Prawa. Dotyczy one jednak spożywania krwi, nie zaś skomplikowanej procedury medycznej, zatem potrzebna w tym zakresie jest interpretacja. Co interesujące, dwaj pierwsi przywódcy zboru dopuszczali transfuzję krwi, zaś oficjalne stanowisko uległo zmianie dopiero w 1945 r. Zakaz nie obejmuje jednak transfuzji frakcji krwi i poddania się zabiegom operacyjnym w zamkniętym obiegu krwi. W tych przypadkach decyduje sumienie konkretnego członka wspólnoty. Warto dodać, że wychodząc naprzeciw wymaganiom Świadków Jehowy, już w latach osiemdziesiątych zeszłego stulecia zainicjowano w wybranych polskich szpitalach (początkowo w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym) program „Sojusz dla ratowania życia bez użycia krwi”. Był to pomysł na operacje chirurgiczne bez użycia krwi, który został zaadaptowany w innych placówkach, realizowany m.in. przy prze-

prowadzaniu operacji kardiochirurgicznych w Śląskim Centrum Chorób Serca. Zmienne było także podejście Świadków Jehowy do transplantacji narządów ludzkich i szczepień ochronnych. Transplantacje początkowo utożsamiano z kanibalizmem, by w 1982 r. złączyć stanowisko i pozostawić sprawę do rozstrzygnięcia sumieniu każdego członka wspólnoty. Podobnie jest w przypadku szczepień. Pierwotnie określano je jako zbrodnie, a w 1953 r. pozostawiono decyzje o ich stosowaniu sumieniu każdemu wiernego. Bardzo ciekawe są rozważania K. Krzysztofek w ostatniej części recenzowanego artykułu. Przedstawiono w niej spojrzenie Świadków Jehowy na zagadnienia medyczne z dwóch perspektyw: lekarza, a zarazem Świadka Jehowy, i pacjenta, będącego członkiem tego związku wyznaniowego. Zgodzić się należy, że perspektywy te są zupełnie odmienne. Lekarz, niezależnie zresztą od religii i wyznania, ma prawo skorzystać z klauzuli sumienia przewidzianej w art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Autorka postuluje jednak, by lekarze Świadkowie Jehowy nie wybierali specjalizacji medycznych wiążących się dla nich z koniecznością podejmowania moralnie kontrowersyjnych decyzji (np. hematologia). Inna jest perspektywa pacjenta – Świadka Jehowy. Zgodnie z zasadą autonomii woli pacjenta, nawet na zwykłe badanie lekarskie konieczna jest zgoda pacjenta. Lekarz ma obowiązek uszanowania tej woli. Pojawia się jednak dramatyczne pytanie, czy obowiązek ten ciąży na lekarzu także wówczas, gdy interwencja medyczna jest konieczna dla ratowania życia pacjenta? Lekarz ślubował przecież działać według zasady *salus aegroti suprema lex esto*. Jednoznaczne stanowisko na rzecz autonomii woli pacjenta zajął Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 27 października 2005 r. (III CK 155/05). Nieprzytomna pacjentka – Świadek Jehowy, trafiła w wyniku wypadku komunikacyjnego do szpitala, posiadając przy sobie oświadczenie dla służby zdrowia, w którym nie zgadzała się na żadną formę transfuzji krwi, nawet dla ratowania życia i zdrowia. Okazało się jednak, że transfuzja była konieczna, zaś zgodę na nią, wobec niemożności wyrażenia woli przez pacjentkę, wydał Sąd Rejonowy w Węgrowie. Podkreślił on, że „wobec nadrzędnej – w systemie społecznych wartości – potrzeby ratowania życia ludzkiego zgoda sądu opiekuńczego na poddanie poszkodowanej czynnościom medycznym wskazanym przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii była konieczna i w pełni uzasadniona”. Tym samym zignorowano oświadczenie pacjentki. Sprawa trafiła do Sadu Najwyższego, który uznał, że „oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny

i jednoznaczny – wiążące”. Teza tego orzeczenia, do której przychyła się K. Krzysztofek, jest kontrowersyjna i prowokuje do próby ujęcia klauzuli sumienia w kategoriach pozytywnych. Prawna konstrukcja klauzuli sumienia z art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry ma charakter negatywny („Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem (...)). Brak jest natomiast ujęcia pozytywnego. W omawianym przykładzie lekarz, dla którego najwyższym dobrem pozostaje życie ludzkie, dla jego ratowania zdecydowałby się na zignorowanie woli pacjenta, podejmując czynnie interwencję. Motywy jego działania wynikałyby z wewnętrznych przekonań, zatem byłyby to także swoista klauzula sumienia, choć nie w kategoriach prawnych w świetle obowiązującej ustawy. W tych ostatnich akt taki byłby co najwyżej obywatelskim nieposłuszeństwem, zaś lekarz musiałby liczyć się z poniesieniem za niego odpowiedzialności.

W ostatnim artykule pierwszej części książki M. Czelný poszukuje odpowiedzi na pytanie, czy i ewentualnie jaką sankcję prawnokanoniczną zaciąga personel medyczny, który odmawia zabiegu przerywania ciąży, powołując się przy tym na klauzulę sumienia, a jednocześnie zachowując ustawowy obowiązek poinformowania u kogo lub w jakim podmiocie leczniczym można takiego zabiegu dokonać. Rodzi to dalsze pytanie o to, czy powyższy ustawowy obowiązek informacji nosi znamię współuczestnictwa lekarza w wykonaniu aborcji? Autor analizuje regulacje prawa polskiego oraz prawa kanonicznego w odniesieniu do aborcji. W zakresie tego pierwszego podziela wyrażaną w nauce opinię, że nałożenie na lekarza obowiązku informacyjnego jest niewłaściwe, zmusza go bowiem do pośredniego uczestniczenia w czynie sprzecznym z jego sumieniem. Rozwiązaniem byłoby wdrożenie w życie rekomendacji Komitetu Bioetyki przez Prezydium PAN, w której zaleca on stworzenie wewnętrznego systemu przepływu informacji na temat personelu medycznego, który godzi się na wykonywanie zabiegów aborcyjnych. Mimo pozytywnej oceny pomysłu Autor konkluduje, że obecnie nie udało mu się znaleźć takiego spisu (listy) personelu medycznego. Wobec tego stoi na stanowisku, że obowiązek informacyjny powinien wziąć na siebie prawodawca. Przechodząc do Kodeksu prawa kanonicznego z 1983 r., Autor omawia kan. 1398 przewidujący karę kanoniczną w postaci ekskomuniki za spowodowanie przerwania ciąży. Jest to ekskomunika z mocy samego prawa (*latae sententiae*), którą stosuje się wobec szczególnie ciężkich przestępstw, do jakich zalicza się aborcja. M. Czelný analizuje w tym kontekście relacje grzechu do przestępstwa. Wykonanie obowiązku informacyjnego przez lekarza jest czynem radykalnie złym, kwalifikowanym w kategoriach grzechu.

Czy jednak lekarz taki musi liczyć się z ekskomuniką, tak jak w sytuacji, gdy sam wykonał zabieg przerwania ciąży? Choć kan. 1398 § 2 penalizuje współudział w popełnieniu przestępstwa, to nie da się jednoznacznie stwierdzić, czy nastąpi ekskomunika z mocy prawa. Wpływają na to okoliczności modyfikujące karalność, wynikające z elementu obiektywnego przestępstwa i z jego elementu subiektywnego. Kobieta, wobec której lekarz wykonał obowiązek informacyjny, może przecież nie skorzystać z zabiegu przerwania ciąży, tym samym nie wykorzystując uzyskanych informacji. Ocena prawnokanoniczna zależy zatem od okoliczności każdego przypadku.

Drugą część książki otwiera artykuł A. Zolla. Stanowi on wprowadzenie do analizy prawnej regulacji klauzuli sumienia w prawie polskim. Autor trafnie opisuje jej istotę, zauważając, że na terytorium państwa może obowiązywać tylko jeden system prawa stanowionego i różne systemy norm etycznych. Klauzula sumienia ma zapewnić poszanowanie tego pluralizmu. Interesująco brzmią wywody Autora dotyczące związku prawa i etyki. Wprowadzenie normy prawnej jest zawsze decyzją polityczną, która powinna brać pod uwagę ocenę aksjologiczną skutków wejścia normy w życie. Podzielić należy stanowisko A. Zolla, zgodnie z którym klauzula sumienia w polskim porządku prawnym ma oparcie konstytucyjne. Ponieważ wolność sumienia jest wartością integralnie związaną z godnością człowieka, zatem przysługuje ona niejako autonomicznie. Nie wymaga żadnej podstawy prawnej dla swojego istnienia. Podstawy tej wymagają natomiast, zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, limitacje w korzystaniu z wolności sumienia. Ich wprowadzanie jest możliwe tylko przy spełnieniu konstytucyjnie przewidzianych warunków i podlega kontroli sądowej. W tym aspekcie pojawia się pytanie o zakres podmiotowy klauzuli sumienia, o to, komu przysługuje, kto może się na nią powoływać. Skoro wolność sumienia dana jest każdemu człowiekowi, to immanentnie z nią związane prawo do sprzeciwu sumienia przysługuje także każdej jednostce. Tymczasem prawo polskie przewiduje klauzulę sumienia w zawodach medycznych jedynie dla lekarza, lekarza dentystry oraz pielęgniarki i położnej. Za A. Zollem negatywnie należy ocenić Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN z 2013 r. negujące istnienie prawa do powołania się na klauzulę sumienia przedstawicieli innych zawodów medycznych, zwłaszcza zaś farmaceutów. Jest ono sprzeczne nie tylko z Konstytucją RP, ale także z polskimi zobowiązaniami prawnomiędzynarodowymi. Rozsądnie zatem brzmią wnioski *de lega ferenda* Autora, dotyczące art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Proponuje on doprecyzowanie przepisu i zniesienie obowiązku informacyjnego lekarza, jako niezgodnego z Konstytucją RP.

Zagadnienie niekonstytucyjności art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry szerzej omawia L. Bosek. Próbuje on ustalić zakres, w którym wymieniony przepis jest sprzeczny z Konstytucją. Wykracza zarazem zdecydowanie poza podstawowy cel artykułu, omawiając w pierwszej jego części konstrukcję prawa osobistego do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem, w drugiej analizując treść art. 39, by w trzeciej przejść do problemu niekonstytucyjności. Wywód prowadzony jest w sposób uporządkowany, sugestywny, z oparciem w bogatej literze przedmiotu. Pewne jednak wnioski Autora budzą kontrowersje. Wydaje się, że zbyt daleko idzie konkluzja, że prawo do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem nie przynależy *ex definitione* wyłącznie osobom fizycznym. Zdaniem Autora mogłyby z niego korzystać także osoby prawne, a także jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej. Pogląd taki znajduje pewne poparcie w standardach Rady Europy, jednakże należy odróżnić tutaj dwie kwestie: posiadania sumienia (przysługuje wyłącznie ludziom) i prawo do powołania się na klauzulę sumienia (np. przez szpital katolicki). Dopuszczenie drugiej możliwości nie oznacza jednak automatycznego personifikowania osób prawnych. Podzielić należy natomiast logicznie uargumentowane krytyczne refleksje dotyczące treści art. 39. Dotyczą one: zbyt szerokiego ustawowego obowiązku udzielania pomocy przez lekarza, obejmującego także czynności nielecnicze, co jest istotne – biorąc pod uwagę, że art. 68 Konstytucji, statuujący prawo do ochrony zdrowia, nie gwarantuje *expressis verbis* prawa od dostępności świadczeń nielecniczych; obowiązek informacyjny ciążyący na medyku; obowiązek uzasadnienia i odnotowania faktu odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego w dokumentacji medycznej, co godzi w autonomię decyzyjną lekarza, który nie ma przecież bezwzględnie obowiązku udzielania wszelkich świadczeń zdrowotnych; obowiązek uprzedniego pisemnego poinformowania przełożonego. L. Bosek stoi w konsekwencji na stanowisku, że art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest sprzeczny z art. 53 ust. 1 i ust. 7 (dotyczącym wolności sumienia i religii) oraz art. 2 Konstytucji RP (wprowadzającym zasadę ustrojową demokratycznego państwa prawnego). Czy konkluzje te podziela również Trybunał Konstytucyjny okaże się w październiku 2015 r., wtedy to bowiem ma on zajmować się wnioskiem Naczelnej Rady Lekarskiej o stwierdzenie niezgodności art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z Konstytucją RP i ratyfikowaną umową międzynarodową (art. 18 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych).

Wagę poszanowania praw wolności i człowieka, w tym wolności sumienia w zawodach medycznych, podkreśla O. Nawrot. Rozpatruje on

wolność w dwóch płaszczyznach: wewnętrznej, określanej także jako duchowa i obejmującej sferę przekonań jednostki, oraz zewnętrznej. O ile ta pierwsza ma charakter absolutny, gdyż żadna władza państwowa nie może ingerować w wewnętrzną sferę przekonań jednostki, o tyle dla ograniczenia wolności w wymiarze zewnętrznym konieczne jest spełnienie warunków legalności, konieczności i celowości. W przypadku, jak barwnie pisze Autor, „białego personelu” limitacja wolności sumienia powinna być „szczególnie daleko posunięta”. Zgodzić się należy, że obowiązkiem państwa jest stworzenie systemu, który „zarazem gwarantować będzie przedstawicielowi służby zdrowia zachowanie jego wewnętrznej autonomii, a pacjentowi możliwość uzyskania określonego świadczenia zdrowotnego”. W wymiarze normatywnym na straży możliwości limitacji w korzystaniu z wolności sumienia stoi Europejski Trybunał Praw Człowieka, reinterpreterujący wciąż na nowo żyjący instrument, jakim jest Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (EKPCz). W tym kontekście przywołane jest coraz obszerniejsze orzecznictwo sztrasburskie, obejmujące także skargi przeciwko Polsce (np. sprawy *Tysiąc v. Polska*; *R.R. v. Polska*; *P. i S. v. Polska*). Prawnie niewiążący charakter ma natomiast uchwała Zgromadzenia Parlamentarnej Rady Europy 1763 w sprawie sprzeciwu sumienia w opiece medycznej z 2010 r.

Artykuł M. Nesterowicza i N. Karczewskiej – Kamińskiej wychodzi z przeciwstawnych założeń niż wszystkie dotąd omawiane publikacje. Miały one u źródła wolność sumienia w zawodach medycznych i analizowały te zagadnienie z tej perspektywy. Tymczasem Autorzy wkładają w to miejsce prawa pacjenta. Klauzulę sumienia traktują podejrzliwie, jako potencjalną sytuację, w której może dojść do „konfliktu między sumieniem lekarza a prawami (dobrem) pacjenta”. Nie mają wątpliwości, że w takim przypadku „przeważać muszą prawa pacjenta”. Stanowisko swoje ilustrują brzmieniem aktów prawnych (m.in. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) oraz orzecznictwem sądowym. Przyznają jednak przy tym, że przepis art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest wadliwie skonstruowany, gdyż obowiązek poinformowania o realnych możliwościach uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym powinien ciążyć nie na konkretnym lekarzu odmawiającym świadczenia ze względu na sprzeciw sumienia, lecz na zakładzie, w którym jest zatrudniony. Piętnują także przypadki nadużywania i niewłaściwego powoływania się na klauzulę sumienia, takie jak: odmowa wydawania kobietom ciężarnym skierowania na badania prenatalne, brak dokonywania wpisu o powołaniu się na klauzulę sumienia w dokumentacji lekarskiej lub brak w niej uzasadnienia; odmowa

wydania recepty na środki antykoncepcyjne. O ile część ze wskazanych wypaczeń rzeczywiście może mieć miejsce, o tyle krzywdzące wydaje się uogólnienie ich na całą grupę zawodową lekarzy.

Ważnego społecznego i indywidualnego problemu dotyczy artykuł M. Gałązki. Stawia ona pytanie, czy można mówić o istnieniu „prawa do aborcji”, co zakładałoby podstawę do domagania się od państwa realizacji takiego prawa jako prawa podmiotowego. Krytykuje orzecznictwo sztrasburskie używające takiego określenia. Kluczem jest art. 38 Konstytucji RP zapewniający „każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”. Życie ludzkie jest zatem co do zasady chronione, zaś ustawa z 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży wprowadza jedynie, uzasadnione okolicznościami, wyjątki od tej ochrony. Nie znosi jej zarazem, stąd wyjątki te można traktować jedynie w kategoriach kontratypu, okoliczności uchylających bezprawność czynu. Zdaniem Autorki nie rodzą one w konsekwencji prawa podmiotowego po stronie ciężarnej kobiety. Co więcej, z orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego wynika, że życie ludzkie, w tym rozwijające się w fazie prenatalnej, podlega jednakowej ochronie i nie może być różnicowane. Szalki aksjologicznej wagi mogą zatem układać się różnie: jeśli na jednej z nich będzie życie matki, na drugiej zaś życie płodu, są one równoważne (przypadek tzw. aborcji ze względów medycznych). Jeśli zaś na jednej szalce są inne dobra matki, na drugiej zaś życie dziecka, powinno przeważać najwyższe dobro chronione jakim jest życie (aborcja ze względów eugenicznych albo kryminalnych). Dramatyczny wybór pomiędzy dobrem chronionym i dobrem poświęcanym należeć będzie do lekarza, który musi go rozstrzygnąć w swoim sumieniu. Skoro zaś nie istnieje „prawo do aborcji”, to odmawiając jej wykonania, lekarz wcale nie musi powoływać się na klauzulę sumienia.

Niezwykle interesujące wywody prowadzi J. Pawlikowski, którego artykuł otwiera część książki poświęconą analizie klauzuli sumienia z perspektywy medycznej. Jako wstęp do dyskusji można potraktować stawiane przez Autora pytania o: zakres podmiotowy i przedmiotowy klauzuli sumienia; związki między obowiązkiem prawnym a etosem grupy zawodowej („społeczność medyczna”) w świetle obowiązku informacyjnego lekarza z art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry; legitymizację prawa stanowionego. W dalszej części artykułu rekonstruowany jest zakres zobowiązań lekarzy, tak w kontekście celów medycyny, jak i etyki zawodowej. Co do tej drugiej Autor konsekwentnie w toku argumentacji stoi na stanowisku konieczności poszanowania moralnej integralności pracownika służby zdrowia stojącego wobec kontrowersyjnej procedury

medycznej. Słusznie odrzuca przy tym postulat zachowania neutralności aksjologicznej przez lekarza. Neutralność, rozumiana jako automatyczne wykonywanie pełni nakazów wynikających z prawa stanowionego, mogłaby prowadzić do zaparcia się własnego systemu aksjologicznego i administracyjnego narzucenia poprzez prawo określonego światopoglądu i aksjologii. Nieco fałszywie brzmi natomiast przeciwstawienie medycyny opartej na prawie – medycynie opartej na sumieniu. Nie ma tu dychotomii, ramy działalności medycznej wyznacza prawo, które jednak powinno liczyć się ze wskazaniem sumienia.

Regulacji prawnych gwarantujących klauzule sumienia brakuje w wielu zawodach medycznych. Nie znaczy to jednak, że nie można się na nią powoływać. Temat ten podejmują szerzej w swoich artykułach M. Prusak (w kontekście zawodu farmaceuty – farmaceutyczna klauzula sumienia), W. Głusiec i E. Puacz (w kontekście zawodu diagnosty laboratoryjnego). Ciekawy jest fakt, że choć prawo powszechne nie przewiduje klauzuli sumienia w powyższych zawodach, to niekiedy zawarta jest ona w dokumentach wewnętrznych, przyjmowanych w ramach samorządu zawodowego (np. art. 24 Kodeksu Etyki Diagnosty Laboratoryjnego). Nawet jednak w zawodach, w których jest prawnie przewidziana, jej stosowanie natrafia na trudności. Piszą o tym A.T. Midro (perspektywa lekarza genetyka klinicznego), K. Marczewski (spojrzenie lekarza internisty) i B. Dobrowolska (w kontekście zawodu pielęgniarki i położnej; Autorka m.in. omawia treść art. 12 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej). Nieco odmienny charakter ma krótki tekst K. Radziwiłła, w którym zarysowuje ewentualną odmowę podjęcia terapii przez lekarza w świetle lekarskiej klauzuli sumienia wynikającej z art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Wyróżnia przy tym sytuacje odmowy leczenia chorego ze względu na jego bezpieczeństwo i ze względu na sprzeciw sumienia.

Podsumowując recenzję, książka jest publikacją cenną, porządkującą i zbierającą w jedną monografię informacje i poglądy dotąd rozproszone w różnych artykułach. Sądzę, że była ona oczekiwana tak przez środowisko medyczne, jak i prawnicze. Tym pierwszym służy uświadomieniu sobie jednej z podstawowych wolności, jaka jest im integralnie przynależna. Dla tych drugich stanowi skarbnicę wartościowych wniosków praktyków medycyny, postulatów, które mogą być stosowane w procesie stanowienia i stosowania prawa. Czy recenzowana publikacja zamyka temat? Zdecydowanie nie, gdyż dyskusje dotyczące zakresu klauzuli sumienia, biorąc pod uwagę postępy w medycynie, zapewne nigdy nie doczekają się satysfakcjonującego wszystkich rozwiązania. Prawo stanowione jest wynikiem kompromisu, sumienie kompromisu nie zna albo się przed

nim wzdraga. Ważne będzie w tym względzie rozstrzygnięcie Trybunału Konstytucyjnego, który jesienią 2015 r. zdecyduje, czy art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest zgodny z Konstytucją RP i Międzynarodowym Paktem Praw Obywatelskich i Politycznych. Już teraz warto zachęcić ośrodek lubelski do zorganizowania kolejnej konferencji, który dokonałaby naukowej, rzeczowej oceny stanowiska Trybunału Konstytucyjnego.

rec. *Jacek Barcik**

* Dr hab., Uniwersytet Śląski; e-mail: jbar@poczta.onet.pl