

## Sumienie w zawodzie lekarza

Conscience in the Medical Profession

### Sumienie jako element wewnętrznej moralności medycyny

Analizując postanowienia *Kodeksu Etyki Lekarskiej*, stwierdzić należy, iż zawód lekarza jest jedną z nielicznych profesji, w których, oprócz umiejętności i kompetencji, szczególną uwagę zwraca się na postawy etyczne. Art. 2 wspomnianego dokumentu stanowi bowiem, że *powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu*<sup>1</sup>. Ponadto, uznaje się, iż *najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – salus aegroti suprema lex esto. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady*<sup>2</sup>. Widzimy zatem, że zawód ten, nierzadko nazywany służbą, wymaga nie tylko zdobycia wiedzy i umiejętności, ale również na pierwszym miejscu stawia określone nakazy etyczne, bez których wykonywanie go jest po prostu niemożliwe. Trafne wydaje się być stwierdzenie, iż wraz z początkiem rozwoju medycyny wykształciła się pewna wewnętrzna moralność zawodu lekarza, która pozostaje aktualna również w czasach współczesnych, mimo galopującego postępu nauk medycznych<sup>3</sup>. Owa moralność, nierozzerwalnie związana z omawianą profesją, wymaga zatem od lekarza posiadania odpowiednich cech osobowych oraz cnót intelektualnych i etycznych. Aby stać się dobrym lekarzem, trzeba być po prostu dobrym człowiekiem<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> *Kodeks Etyki Lekarskiej* z dnia 2 stycznia 2004 r. (tekst jednolity, zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy), [online], [dostęp: 1 czerwca 2013]. Dostępny: [http://www.oil.org.pl/xml/nil/wladze/str\\_zl/zjazd7/ke1](http://www.oil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/ke1)

<sup>2</sup> Tamże.

<sup>3</sup> W. Dec, *Etyka lekarska jako wewnętrzna moralność profesji – wobec współczesnych wyzwań bioetycznych*, w: *Współczesne wyzwania bioetyczne*, red. L. Bosek, M. Królikowski, Warszawa 2010, s. 30–41.

<sup>4</sup> T. Biesaga, *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*, „Medycyna praktyczna” 6 (2005), s. 20–24.

Konieczność takiego postrzegania służby lekarskiej oraz słuszność zasady *salus aegroti suprema lex esto* (zdrowie chorego najwyższym prawem) znajduje swoje uzasadnienie w fakcie obcowania z drugim człowiekiem, nie tylko chorym, lecz również często zdany jedynie na wiedzę i umiejętności lekarza. Pokładane w lekarzu zaufanie zobowiązuje go bowiem jeszcze bardziej do reprezentowania wobec pacjenta podstawowych zalet, które formułują Pellegrino oraz Thomasma, takich jak: współczucie, intelektualna uczciwość, roztropność, sprawiedliwość, odwaga oraz niekierowanie się własną korzyścią<sup>5</sup>. Pojawia się tutaj także kwestia sumienia lekarza, zgodnie z którym powinien on wypełniać swoje zadania. Zachowanie sumieniowe odnosi się bowiem do obszaru zachowań moralnych człowieka<sup>6</sup>, stwierdzić zatem możemy, iż wymienione cechy postępowania lekarza stanowią solidny fundament jego postawy moralnej, a co za tym idzie – jego sumienia.

Szukając źródeł owej wewnętrznej moralności zawodu lekarza, wskazać należy przede wszystkim pisma samego Hipokratesa, uznanego za ojca medycyny i etyki lekarskiej. Niezależnie od sporów dotyczących autorstwa jego *Przysięgi*, choć najnowsze analizy potwierdzają, iż powstała ona między 420 a 400 r. p.n.e., a twórcą jej był właśnie Hipokrates, uznać należy ją za pierwszy, a zarazem jedyny zbiór podstawowych zasad etyki lekarskiej, który tak dokładnie określałby relację pacjent – lekarz, w której centrum zawsze znajdować się będzie dobro tego pierwszego<sup>7</sup>. Obecnie *Przysięga Hipokratesa* bywa przedmiotem skrajnych poglądów, poczynając od konieczności całkowitego odrzucenia jej archaicznych norm, w ocenie liberalnych bioetyków (R.M. Veatch, H.T. Engelhardt)<sup>8</sup>, a na potrzeby jej uzupełnienia i odnowy kończąc, zgodnie z twierdzeniami takich etyków medycznych jak E.D. Pellegrino oraz D.C. Thomasma<sup>9</sup>. Oczywiście jest, iż dzieło powstałe przed blisko 2500 lat wymaga pewnej weryfikacji oraz dostosowania do wymogów współczesności oraz postępu medycyny. Jednak głęboki sens moralny, jaki niesie ze sobą *Przysięga*, nigdy nie powinien ulec zmianie.

Na uwagę zasługuje również fakt, iż *Przysięga* składana była przez lekarza wobec bogów, co już od samego początku określiło specyfikę

<sup>5</sup> E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, New York 1993, s. 65–164.

<sup>6</sup> W. Szewczuk, *Sumienie. Studium psychologiczne*, Warszawa 1988, s. 107.

<sup>7</sup> T. Biesaga, *Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna*, „Medycyna praktyczna” 7–8 (2006), s. 20–25.

<sup>8</sup> R.M. Veatch, *The Hippocratic Ethic Is Dead*, “The New Physician” 48 (1988), s. 41–42.

<sup>9</sup> E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice*, New York 1981, s. 191–219.

podejmowanej przez lekarza służby. Motywacja religijna bywa bowiem często wzmocnieniem dla motywacji moralnej i społecznej lekarza, a odpowiedzialność za pacjenta staje się wówczas oczywistą konsekwencją odpowiedzialności przed Bogiem<sup>10</sup>. Ponadto, po przyjęciu *Przysięgi* w kręgach chrześcijańskich, ze względu na pogląd, iż każdy człowiek stworzony jest przez Boga, z czego wynika równość wszystkich ludzi, obok dobra pacjenta, zaczęto dostrzegać również jego godność, wolność oraz autonomię<sup>11</sup>.

### Autonomia pacjenta a sumienie lekarza

Tak jak Hipokratesa niewątpliwie uznać należy za ojca etyki medycznej, tak przyznać również trzeba, iż powyższe wartości zostały w rozważaniach etycznych greckiego lekarza pominięte. Pacjent miał być lekarzowi posłuszny, ponieważ jedynie ten ostatni wiedział, co jest dla pacjenta najlepsze i jakie decyzje w kwestii leczenia należy podjąć<sup>12</sup>. Widzimy tu zatem przejawy zjawiska paternalizmu, czyli co prawda dobroczynnego i humanitarnego, jednakże autorytarnego stosunku do pacjenta. Idea ta afirmowała lekarza jako ojca rodziny, który troszczy się o pacjenta jak o swoje potomstwo, jednak bez uwzględniania jego opinii w tej materii<sup>13</sup>. Model paternalistyczny, w którym pacjent całkowicie powierzał swoje życie i zdrowie decyzji lekarza, zaczęto jednak stopniowo uznawać za nieadekwatny. Zarówno na płaszczyźnie etycznej, jak i prawnej pojawiła się natomiast zasada poszanowania autonomii pacjenta<sup>14</sup>. Za niebezpieczne zaczęto uważać bowiem odrywanie wartości życia i zdrowia od samej osoby pacjenta, kiedy to pacjent, jak słusznie zauważa M. Machinek, może szybko stać się jedynie diagnozowanym przypadkiem, a relacja lekarz – pacjent nieuchronnie zamienia się wówczas w relację lekarz – *chronione dobro*<sup>15</sup>. Z czasem, a zwłaszcza we współczesnej etyce

<sup>10</sup> T. Biesaga, dz. cyt., s. 20–25.

<sup>11</sup> Tamże, s. 20–25.

<sup>12</sup> Tamże.

<sup>13</sup> Tamże, s. 20–24.

<sup>14</sup> M. Machinek, *Autonomia pacjenta versus autonomia lekarza. Dylematy moralne w kontekście roszczeń pacjenta w sytuacji zagrożenia życia*, Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej *Medycyna – nauką czy miejscem spełniania życzeń pacjenta*, Warszawa, 17–18 kwietnia 2008 r., [online], [dostęp: 1 czerwca 2013]. Dostępny: <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=111>

<sup>15</sup> M. Machinek, *Autonomia jako wartość i problem moralny w relacji pacjent – lekarz*, „Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo” 1 (2011), s. 105–110.

medycznej, zasada autonomii stała się zasadą najbardziej wiodącą<sup>16</sup>. W sytuacji więc gdy pacjent jest świadomy, w jakim stanie się znajduje, oraz jest zdolny podejmować decyzje, nikt inny nie może za niego tych decyzji podjąć. Dopuszczalna jest, co prawda, czasem pewna doza paternalizmu, jednak nie może ona zdominować zasady autonomii pacjenta<sup>17</sup>.

Jako potwierdzenie zasady autonomii wskazać można dwa klasyczne stanowiska. Pierwsze – to oparte na etyce deontologicznej stanowisko I. Kanta, według którego naruszenie autonomii człowieka stanowi naruszenie jego człowieczeństwa, traktowanie człowieka jako podmiotu autonomicznego jest zatem moralnym obowiązkiem<sup>18</sup>. Drugie – to zgodna z doktryną utylityzmu teoria J.S. Milla, polegająca na poszanowaniu autonomii ze względu na wynikające z tego korzystne skutki. Zgodnie bowiem z twierdzeniem Milla, czyn jest moralny, jeżeli łączy się ze wzrostem powszechnego szczęścia. Stanowisko to dopuszcza jednak wyjątki, gdy poszanowanie autonomii człowieka mogłoby zaszkodzić bądź jemu samemu, bądź drugiemu człowiekowi<sup>19</sup>. Z kolei, zgodnie z poglądami J. Locke’a, autonomia jednostki to całkowite i niezbywalne prawo do własnej osoby, na wzór prawa własności względem samego siebie. Tak więc jednostka, która posiada samą siebie, nie może owego prawa posiadania przenieść na drugą osobę. Tak pojmowana autonomia nie dość, że całkowicie wyklucza postawę paternalistyczną u lekarza, to jako moralnie naganną uznaje również zgodę pacjenta na takie zachowania, jako rezygnację z samego siebie<sup>20</sup>. Efektem takiego stanowiska, jak również utylitystycznego ujęcia autonomii Locke’a, jest coraz bardziej powszechny model relacji pacjent – lekarz w formie kontraktu prawnego, gdzie czynnikiem decydującym stają się subiektywne przekonania pacjenta co do działań lekarza wobec jego osoby. Tak pojmowane relacje podczas udzielania świadczeń zdrowotnych z jednej strony odciążają lekarza, przerzucając część odpowiedzialności za ostateczne decyzje na pacjenta, z drugiej jednak mogą prowadzić do odpersonalizowania stosunku pacjent – lekarz i spowodować jego

<sup>16</sup> W. Chańska, *Trudne związki prawa i bioetyki*, w: W. Chańska, J. Hartman, *Bioetyka w zawodzie lekarza*, Warszawa 2010, s. 105–122.

<sup>17</sup> M. Nowacka, *Filozoficzne podstawy zasady autonomii pacjenta*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 89 (3) (2008), s. 326–329.

<sup>18</sup> Tamże.

<sup>19</sup> Tamże.

<sup>20</sup> Tamże.

nowe postrzeżenie jako stosunku klient – usługodawca<sup>21</sup>, w kontekście tzw. *medycyny pragnień*<sup>22</sup>.

Wspomnieć należy również o definicji autonomii Beauchampa i Childressa, twórców pracy *Zasady etyki medycznej (Principles of Bio-medical Ethics)*. Zgodnie z ich twierdzeniem, poszanowanie autonomii wymaga spełnienia dwóch warunków. Pierwszy z nich to wolność, jako niezależność od jakiegokolwiek kontroli, a drugi to spontaniczne działanie, jako zdolność do intencjonalnego postępowania. Zwracają również uwagę na konieczność odróżnienia autonomii od reguły poszanowania autonomii, która zakłada nie tylko niemieszanie się do cudzych spraw, ale wymaga jednocześnie *podtrzymywania czyichś zdolności do dokonywania autonomicznych wyborów, przewyższania lęku i innych przeszkód, niszczących i podważających autonomię*<sup>23</sup>. Lekarz więc, ze względu na specyficzną formę zawodu, a nawet służbę drugiemu człowiekowi, nie może jedynie wykonać usługi według autonomicznego żądania pacjenta. Ma on bowiem tę autonomię uszanować poprzez wyjaśnienie pacjentowi rzeczy dla niego niejasnych, wskazanie konsekwencji, zagrożeń lub zmianę błędnego pojmowania pewnych zjawisk medycznych, o których wiedzę pacjent czerpie często jedynie ze środków masowego przekazu. Działania takie mogą często przewyżżyć lęk i inne przeszkody oraz zmienić nadal autonomiczną decyzję pacjenta. Nie chodzi tu w żadnej mierze o wywieranie nacisku, a jedynie o rzetelną informację, pod wpływem której pacjent może, ale nie musi, zmienić zdanie.

W jakimkolwiek filozoficznym ujęciu nie rozpatrywano by autonomii człowieka, a co za tym idzie – autonomii pacjenta, jest ona zwyczajnie faktem prawnym, w związku z czym pacjent ma prawo decydować o sobie, dając lekarzowi przyzwolenie na działanie medyczne, bądź na takie działanie nie wyrażając zgody. Z drugiej zaś strony, jak zauważa Brzeziński, zwracając uwagę na zagrożenia zbyt szerokiego ujęcia autonomii pacjenta, *paternalizm, choć często ubezwłasnowolniający pacjenta, był jednak stosunkiem opartym na poczuciu odpowiedzialności za losy pacjenta, na empatii, odpowiadał więc temu, co rozumiemy pod pojęciem humanitaryzmu. Stosunek oparty wyłącznie na spisanych prawach i obowiązkach staje się stosunkiem formalnym,*

<sup>21</sup> Tamże.

<sup>22</sup> M.L. Di Pietro, C. Casini, A.G. Spagnolo, *Obiezione di coscienza In sanita, Nuove problematiche per l'etica e per il diritto*, Siena 2005, s. 5.

<sup>23</sup> T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, Warszawa 1996, s. 136.

*gdzie lekarz bardziej będzie czuwał nad tym, aby postępować zgodnie z literą prawa, niż interesować się skutkami takiego postępowania*<sup>24</sup>.

Oczywiście istnieją okoliczności, w których autonomia pacjenta będzie musiała ulec ograniczeniu. Następuje to w przypadku, gdy konieczne jest zastosowanie tzw. przymusu leczenia oraz w stanie wyższej konieczności, kiedy, zarówno w pierwszej, jak i w drugiej sytuacji, ponad autonomię jednostki przedłożone zostaje jej dobro lub dobro ogółu. Dzieje się tak, gdy osoba chora psychicznie, zagrażająca bezpośrednio swojemu życiu lub życiu innych, zostaje bez jej zgody przyjęta do szpitala psychiatrycznego, jak również gdy stan pacjenta wymaga natychmiastowej interwencji lekarskiej, a uzyskanie zgody jest niemożliwe, np. z powodu utraty przytomności<sup>25</sup>. Nadal dyskusyjny pozostaje fakt, czy lekarz powinien podjąć interwencję w sytuacji, gdy pacjent przed utratą przytomności sprzeciwił się poddaniu go świadczeniu, jednak ze względu na obszerność i złożoność tematu nie zostanie on podjęty w niniejszym rozważaniu.

Podczas gdy powyższe ograniczenia autonomii są przeważnie powszechnie uznawane za logiczne i właściwe, pojawiają się również poglądy zakładające istnienie jeszcze jednego czynnika, w znaczący sposób ograniczającego autonomię pacjenta. Czynnikiem tym jest autonomia lekarza, a co za tym idzie – integralność moralna lekarza, nazywana powszechnie sumieniem. Zastępowanie paternalizmu nowym modelem relacji pacjent – lekarz, opartym na zasadzie kontraktu, w którym niektóre świadczenia medyczne są dodatkowo usankcjonowane prawnie, spowodowało przesunięcie refleksji na temat autonomii lekarza oraz jego sumienia na drugi plan. Pojawiają się bowiem głosy, iż kierowanie się sumieniem podczas wykonywania obowiązków medycznych przez lekarza może w istotny sposób naruszyć autonomię pacjenta do uzyskania oczekiwanych przez niego świadczeń. Ma to przede wszystkim miejsce w sytuacji, kiedy lekarz, ze względu na swoje przekonania, nie chce wykonać świadczenia, do którego pacjent ma ustawowe prawo.

W literaturze znaleźć możemy liczne opinie wyrażające silną dezaprobatę w stosunku do kierowania się przez lekarza sumieniem podczas wykonywania świadczeń medycznych. Jak twierdzi J. Savulescu, sprzeciw sumienia w stosunku do wykonywania swoich obowiązków

<sup>24</sup> T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa 2002, s. 61.

<sup>25</sup> A. Kobińska, *Zakres autonomii pacjenta na przykładzie niewyrażenia zgody na zastosowanie preparatu krwi podczas ewentualnej interwencji medycznej w bliżej nieokreślonej przyszłości*, „Transformacje Prawa Prywatnego” 3–4 (2006), s. 35–51.

jest zły, niemoralny, a nawet sprzeczny z prawem. Wysuwa twierdzenie, iż osoby, które nie są w stanie świadczyć usankcjonowanych prawnie usług medycznych, przez wzgląd na swoje sumienie, w ogóle nie powinny zostawać lekarzami. Lekarz nie może bowiem wykonywać swoich obowiązków wybiórczo. Savulescu uważa również, że lekarz, opierając swój sprzeciw sumienia na wartościach religijnych, dyskryminuje tym samym wartości laickie, takie jak wola ochrony własnej osoby. Osąd sumienia dopuszcza w ostateczności, kiedy odmowa świadczenia na jego podstawie nie narusza zasad efektywności, jakości i równości w systemie opieki zdrowotnej<sup>26</sup>. Poglądy te dopełnia opinia R. Rhodes, która uważa, iż kierowanie się przez lekarza sumieniem jest stawianiem spokoju własnego sumienia ponad koniecznością pomocy pacjentowi<sup>27</sup>. M. Nowacka stwierdza z kolei, iż ze względu na zmienność rozumienia moralności na przestrzeni lat nie można do końca pozwolić na to, by sumienie, rozumiane jako zmysł moralny lekarza, było jedyną i ostateczną instancją, decydującą o tym, czy świadczenie wykonać, czy też nie. Aprobata części społeczeństwa dla niektórych działań medycznych, takich jak aborcja lub eutanazja, a także jednoczesne ich odrzucenie przez drugą część społeczności, świadczy właśnie o różnorodności ocen moralnych, w związku z czym odgórne przesądzenie o wyższości jednych nad drugimi nie może być akceptowane. Sumienie może więc warunkować zachowanie człowieka tylko wobec niego samego<sup>28</sup>. Nowacka twierdzi ponadto, iż odwoływanie się przez lekarza do osądów swego sumienia jest niesprawdzałne i może rodzić podejrzenie, czy faktyczną motywacją działań lekarza są zasady etyczne, czy może wygoda lub chęć osiągnięcia zysku poprzez wykonanie świadczenia prywatnie, poza podmiotem leczniczym. Za niekorzystny dla autonomii pacjenta uważa ona również fakt, iż silny wpływ środowisk religijnych, w tym zwłaszcza Kościoła katolickiego, na opinię społeczną oraz sumienia, które są niejako *rezultatem naszego wychowania moralnego*<sup>29</sup>, może być przyczyną odmowy wykonania zagwarantowanych w ustawie świadczeń<sup>30</sup>.

<sup>26</sup> J. Savulescu, *Conscientious Objection in Medicine*, "British Medical Journal" 332 (2006), s. 294–297.

<sup>27</sup> R. Rhodes, *The Ethical Standard of Care*, "American Journal of Bioethics" 6 (2) (2006), s. 76–78.

<sup>28</sup> M. Nowacka, *Autonomia pacjenta jako problem moralny*, Białystok 2005, s. 267–281.

<sup>29</sup> Z. Szawarski, *Czego oczekiwać od etyki medycznej*, „Medycyna po dyplomie” 11 (5) (2002), s. 36.

<sup>30</sup> M. Nowacka, dz. cyt., s. 267–281.

W obliczu powyższych poglądów należy postawić więc pytanie, czy postępowanie lekarza zgodnie z sumieniem faktycznie narusza autonomię pacjenta? Jak już wcześniej wspomniano, wątpliwość taka będzie miała miejsce w momencie, gdy ze strony lekarza dojdzie do powstrzymania się od spełnienia świadczenia, którego pacjent wyrażnie sobie życzy. Nie ma bowiem żadnych wątpliwości w sytuacji, gdy lekarz chce podjąć leczenie, ale to pacjent, dokładnie poinformowany o swoim stanie zdrowia, nie wyraża zgody. W takim wypadku oczywistym jest fakt, iż ze względu na swoją niepodważalną autonomię, integralność, a także nietykalność osobistą pacjent nie może być przez lekarza zmuszony do poddania się działaniu medycznemu (oczywiście poza wspomnianymi wyżej przypadkami tzw. przymusu leczenia lub siły wyższej). O ile jednak autonomię pacjenta, rozpatrywaną jako zakaz jakiegokolwiek ingerencji lekarskiej bez jego zgody, uznać należy za właściwą w kontekście zarówno etycznym, jak i prawnym, tak rozumienie jej jako zasady uprawniającej do stawiania lekarzowi żądań nie powinno być akceptowane. Pacjent powinien mieć bowiem świadomość, że jego autonomia, jakkolwiek dobra i słuszna, umiejscowiona być musi w kontekście równorzędnej autonomii lekarza, a także w świetle zasad etyki medycznej, a zwłaszcza konieczności poszanowania oraz ratowania życia i zdrowia<sup>31</sup>. Mimo iż coraz częściej relacja pacjent – lekarz określana jest mianem usługi, to jednak zdrowie i życie nigdy nie będzie uznane za zwykły towar, z którym można by postąpić w dowolny sposób. Sam lekarz funkcjonuje bowiem w kontekście określonej etyki i nawet ze względu na autonomię pacjenta nie powinien z niej rezygnować. Wiąże się to również z wiernością własnym zasadom moralnym, czyli z postępowaniem według sądów własnego sumienia. Jak zauważa M. Machinek, lekarz nie może w momencie założenia białego fartucha na chwilę zrezygnować ze swoich przekonań moralnych oraz ze swojego sumienia. Byłoby to bowiem nie tylko znakiem swoistej *duchowej schizofrenii*, lecz również zaprzeczaloby głównym celom medycyny<sup>32</sup>. Pojmowanie wykonywania zawodu lekarza jako usługi stawia również pod znakiem zapytania potrzebę tworzenia jakichkolwiek kodeksów

<sup>31</sup> M. Machinek, *Autonomia jako wartość i problem moralny w relacji pacjent-lekarz*, s. 105–110.

<sup>32</sup> M. Machinek, *Autonomia pacjenta versus autonomia lekarza. Dylematy moralne w kontekście roszczeń pacjenta w sytuacji zagrożenia życia*, Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Medycyna – nauką czy miejscem spełniania życzeń pacjenta”, Warszawa, 17–18 kwietnia 2008 r., [online], [dostęp: 1 czerwca 2013]. Dostępny: <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=111>

etyki medycznej. Podążając bowiem za tezą, iż to autonomia pacjenta jest najwyższą zasadą etyki medycznej, należałoby przyjąć, iż najbardziej odpowiednim lekarzem byłaby osoba pozbawiona wszelkiej moralności, w związku z czym przychyłałaby się do każdej prośby czy żądania pacjenta<sup>33</sup>.

Kluczowe jest więc pytanie, czy autonomia lekarza i autonomia pacjenta mogą razem współistnieć, gdyż w sferze niemalże wszystkich refleksji teoretyczno-prawnych relacje między prawem naturalnym a prawem stanowionym są przedmiotem nieustającego konfliktu, dotyczącego ustalenia wyższości jednego prawa nad drugim<sup>34,35</sup>? Zwolennicy koncepcji iusnaturalistycznych prawo to traktują bowiem jako normy wyższego rzędu, pochodzące od innego niż człowiek twórcy, bądź biorące się samo z siebie<sup>36</sup> i w tej teorii źródło znajdują argumenty zwolenników bezwzględnej wolności sumienia lekarza. Z kolei zwolennicy wyższości prawa stanowionego zakładają, iż prawo jest rezultatem woli ustawodawcy<sup>37</sup> i ze względu na bezpieczeństwo prawne to ono powinno być bezwzględnie przestrzegane<sup>38</sup>, jak choćby prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Odpowiedź na postawione pytanie, zakładająca rezygnację z jednej autonomii kosztem drugiej, będzie zawsze odpowiedzią błędną. Rozwiązaniem wydaje się zatem znalezienie przez lekarza i pacjenta wspólnych wartości, adekwatnych do relacji, w której się znajdują. Nie będzie to więc zrzeczenie się jednych wartości na rzecz innych, a jedynie obopólna zgoda co do tego, iż *dobrostan pacjenta, a przede wszystkim jego nieodzowny warunek – życie są wartościami, które zobowiązują obie strony relacji*<sup>39</sup>. Rozwiązanie to opiera się na założeniu, iż życie jest fundamentalną wartością, której bezwzględne poszanowanie wymagane jest od każdego. Nie jest więc ono prywatną własnością człowieka, z którą można, jako jej dysponent,

<sup>33</sup> Tamże.

<sup>34</sup> K. Białas-Zielińska, *Koncepcje pozytywizmu prawniczego i iusnaturalizmu w ujęciu Gustava Radbrucha*, w: *Pozytywizm prawniczy i szkoła prawa natury – tradycje sporu i jego współczesne implikacje*, red. P. Kaczmarek, Ł. Machaj, Warszawa 2010, s. 65.

<sup>35</sup> J. Teichman, *Etyka społeczna. Podręcznik dla studentów*, Warszawa 2002, s. 191.

<sup>36</sup> M. Maciejewski, *Odniesienia między prawem naturalnym i prawem stanowionym w wybranych doktrynach filozoficznych, politycznych i prawnych*, w: *Pozytywizm prawniczy i szkoła prawa natury – tradycje sporu i jego współczesne implikacje*, s. 25.

<sup>37</sup> J. Oniszczuk, *Koncepcje prawa*, Warszawa 2004, s. 137.

<sup>38</sup> K. Białas-Zielińska, dz. cyt., s. 65.

<sup>39</sup> M. Machinek, *Autonomia pacjenta versus autonomia lekarza. Dylematy moralne w kontekście roszczeń pacjenta w sytuacji zagrożenia życia*, Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Medycyna – nauką czy miejscem spełniania życzeń pacjenta”, Warszawa, 17–18 kwietnia 2008 r., [online], [dostęp: 1 czerwca 2013]. Dostępny: <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=111>

postąpić w dowolny sposób<sup>40</sup>. Oczywiście uznanie życia za wartość obiektywną, jako źródło powinności moralnej tak lekarza, jak i pacjenta, kłóci się z koncepcją etyki medycznej, stawiającej wolność i autonomię pacjenta jako zasady priorytetowe, oraz może spotkać się z zarzutem, iż ratowanie samego życia w oderwaniu od osoby pacjenta może skończyć się przykładowo naruszeniem prawa pacjenta w stanie terminalnym do godnej śmierci. Taki punkt widzenia również należy uznać za właściwy. Jednak, jak słusznie zauważa Machinek, wolność jednostki nie może istnieć poza jej życiem. Jeśli więc mówimy o wolności „wcielonej”, to niszczenie własnego życia i zdrowia, w tym własnego ciała, jest jednocześnie godzeniem we własną wolność<sup>41</sup>.

Chcąc więc uszanować autonomię zarówno lekarza, jak i pacjenta, należy spróbować pogodzić ideę wolności chorego oraz poszanowania życia, jako najwyższego imperatywu wewnętrznej moralności medycyny. Stworzenie wspólnej przestrzeni etycznej, gdzie życie i zdrowie są wartościami najwyższymi, respektowanymi także przez pacjenta oraz poszanowanie, w obrębie owej przestrzeni etycznej, autonomicznej decyzji dokładnie poinformowanego pacjenta wydaje się być dobrym rozwiązaniem w sytuacji konfliktu obu autonomii<sup>42</sup>. Wyłamanie się z owej przestrzeni moralnej przez jedną ze stron byłoby więc jednoznaczne z pogwałceniem autonomii drugiej strony. Należy również pamiętać, iż odmowa wykonania świadczenia medycznego przez lekarza, ze względu na własne sumienie, odnosi się często do owego wspólnego kontekstu etycznego. Krzywdzące są więc teorie zarzucające lekarzowi dbałość jedynie o własne sumienie, trudno bowiem uwierzyć, iż lekarz zgodnie z nim postępujący, odmawiając świadczenia, świadomie narażałby zdrowie lub życie pacjenta, ponieważ ten fakt zapewne również byłby sprzeczny z jego sumieniem. Ponadto, odmowa lekarza udziału w realizacji pewnych praw pacjenta, za cenę dobra fundamentalnego, jakim jest zdrowie i życie czy to samego pacjenta, czy choćby jego nienarodzonego dziecka, nie powinna zostać uznana za naruszenie autonomii, gdyż nie odnosi się jedynie do subiektywnego poglądu lekarza, ale do elementarnych wartości wyznaczanych przez samą istotę medycyny oraz jej cele. Co prawda, proponuje się, by cele medycyny ustalane były sukcesywnie, wraz z rozwojem techniki, poszerzaniem wiedzy medycznej i zmianą praktyk klinicznych, oraz by ustalenia te

<sup>40</sup> Tamże.

<sup>41</sup> Tamże.

<sup>42</sup> M. Machinek, *Autonomia jako wartość i problem moralny w relacji pacjent – lekarz*, s. 105–110.

podlegały szerokiej konsultacji społecznej<sup>43</sup>, jednak przeciwnicy tego stanowiska twierdzą, iż cele te nie mogą być wytworem kultury ani obyczajów, lecz wynikać powinny jedynie z samej natury medycyny<sup>44</sup>.

Historia rozwoju medycyny pokazuje zatem, że nieodzownym jej elementem jest etyka i moralność oraz wrażliwość na dobro chorego człowieka. W konsekwencji, trudno nie oczekiwać od wykonujących zawód lekarza, by i oni kierowali się w swoim postępowaniu takimi ideałami. Postępowanie przez personel medyczny zgodnie z nakazami sumienia, opartymi na uniwersalnych i fundamentalnych prawdach, leży więc jak najbardziej w interesie pacjenta. Przyjęcie przez jedną i drugą stronę świadczenia zdrowotnego tych samych uniwersalnych wartości w praktyce medycznej powinno zawsze prowadzić do zachowania zasady *salus aegroti suprema lex esto*.

### Summary

The medical profession is one of the few occupations where, in addition to skills and competence, special attention is paid to ethical attitudes. The internal morality of the medical profession, rooted in the origins of medicine, remains relevant in modern times, despite the advancement of medical science. Therefore, apart from applying appropriate procedures and medical knowledge, physicians should also follow the voice of conscience while performing their duties. As a result of the development of the patient autonomy principle and the process of replacing the paternalistic approach with a new contract-based model of the patient-doctor relationship, where certain medical services require further legal authorization, any reflections on the physician's conscience have been pushed into the background. This is because, as some people claim, the physician's conscience may significantly affect the patient's right to desired services within health care. Therefore, it is vital to maintain the harmonious coexistence of both the patient's autonomy and the physician's autonomy. The conduct of medical personnel in compliance with judgements of conscience, based on universal and fundamental truths, truly benefits the patient. The adoption of the same universal values in medical practice by each side is a potential solution to the problem.

<sup>43</sup> W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, w: *Moralność i profesjonalizm: Spór o pozycję etyk zawodowych*, red. W. Galewicz, Kraków 2010, s. 9–119

<sup>44</sup> T. Biesaga, *Edmunda D. Pellegrino filozofia medycyny*, w: *Systemy bioetyki*, red. T. Biesaga, Kraków 2003, s. 9–22.

