

PAWEŁ J. PAWLICA¹JAKUB ABRAMIUK²MARCIN BURDZIK³MARIA CAŁKA⁴¹Studium Doktoranckie Wydziału Lekarskiego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach²Kancelaria Adwokacka Jakub Abramiuk, Lublin³Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Śląski w Katowicach⁴Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

e-mail: pawelpawllica@vp.pl

ZNACZENIE I ROLA KLAUZULI SUMIENIA W PRAKTYCE MEDYCZNEJ

THE MEANING AND ROLE OF THE CONSCIENCE CLAUSE IN MEDICAL PRACTICE

STRESZCZENIE

KLAUZULA sumienia jest odmową wypełnienia przepisu prawnego, którego skutki sprzeczne są z przekonaniem ideologicznym, religijnym lub moralnym świadczeniodawców usług medycznych. Sprzeciw sumienia *sensu stricto* nie neguje norm prawa, nawet, jeżeli ukazuje ich niemoralność. Dyskurs w odniesieniu do klauzuli sumienia jest dzisiaj punktem bogatej polemiki, zwłaszcza w dziedzinie medycyny i ochrony życia. Wśród pracowników ochrony zdrowia sumienie nie powinno stać w kolizji z imperatywami prawnymi i etycznymi. Aby praktyk mógł powołać się na przysługującą mu klauzulę sumienia muszą być spełnione warunki, by wyrażenie sprzeciwu wobec obowiązującego prawa było zasadne. Regulacje prawne nie definiują jednak granic odpowiedzialności jednostki w sytuacji konfliktu prawa państwowego z prawem moralnym. W praktyce medycznej zastosowanie klauzuli sumienia dotyczy najczęściej aspektu aborcji, eutanazji, medycyny reprodukcyjnej i antykoncepcji. Brak wykonania tych procedur uzasadniany jest przekonaniem osobistym lub światopoglądem usługodawcy. Powołanie się na ten konstrukt prawny nie może być powodem całkowitego braku wykonania usług me-

dycznych, których oczekuje świadczeniobiorca. Rosnące wykorzystanie prawa do sprzeciwu sumienia wpływa na społeczeństwo. Dochodzi także do sytuacji nadużywania tej klauzuli przez podmioty pośrednio tylko związane z ochroną zdrowia, którym ono nie przysługuje z mocy prawa.

Celem naszej pracy wykonanej na podstawie analizy piśmiennictwa było omówienie klauzuli sumienia i jej konsekwencje dla pacjentów oraz pracowników opieki zdrowotnej w praktyce.

SŁOWA KLUCZOWE: sumienie, klauzula sumienia, sprzeciw sumienia, medycyna, etyka.

ABSTRACT

THE conscience clause is a refusal to comply with a legal provision the effects of which are contrary to the ideological, religious or moral beliefs of medical service providers. Opposition to the conscience *sensu stricto* does not deny the norms of law as such, even if it shows their immorality. Discourse regarding the conscience clause is today a point of rich polemics, especially in the field of medicine and protection of life. Conscience should not conflict with legal and ethical imperatives among

health care professionals. For a practitioner to be able to invoke his conscience clause, the conditions must be met for an objection to the applicable law to be valid. However, legal regulations do not define the limits of individual liability in situations of conflict of state law with moral law. In medical practice, the use of the conscience clause most often concerns the aspects of abortion, euthanasia, reproductive medicine and contraception. Failure to comply with these procedures is justified by individual personal beliefs or the service provider's beliefs. Relying on this legal construct cannot be the reason for the complete failure to perform the medical service expected by the recipient. The increasing use of the right to object to conscience is affecting society. There is also a situation of abuse of this clause by entities indirectly related only to healthcare, which it is not entitled by law.

The purpose of our work based on literature analysis was to discuss the conscience clause and its consequences for patients and healthcare professionals in practice.

KEY WORDS: a conscience, conscience clause, conscientious objection, medicine, ethics.

WPROWADZENIE

SUMIENIE jest zjawiskiem znanym i analizowanym już od starożytności. Zostało zdefiniowane przez różne szkoły myśli filozoficznej (BIRCHLEY, 2012; MORTON I KIRKWOOD, 2009). Klauzula sumienia, zwana także sprzeciwem sumienia (ang. conscientious objection) opiera się na niezbywalnym prawie do działania zgodnie z sumieniem jednostki. Krajowe i międzynarodowe przepisy dotyczące praw człowieka uznają takie właśnie uprawnienia. W związku z tym pracownicy ochrony zdrowia nie mogą być dyskryminowani na podstawie swoich przekonań. Są jednak zobowiązani do poszanowania prawa do wolności sumienia pacjentów lub osób mogących być ich potencjalnymi

pacjentami w przyszłości (DICKENS, 2009). Zazwyczaj korzystający z klauzuli sumienia nie sprzeciwia się nieuzasadnionym usługom medycznym, ale zgodnym z prawem profesjonalnemu świadczeniu medycznemu. Świadczenie takie nie jest kontrowersyjne w sensie swojej legalności, jak i w związku z przysługującymi pacjentom prawami. Występuje wyraźny konflikt pomiędzy prawem dostępu do określonych świadczeń zdrowotnych dla pacjentów oraz opartym na sumieniu a wymaganym przez monopolistycznych świadczeniodawców. Jest więc nieprawdopodobne, by profesjonaliści, którzy dobrowolnie wykonują swój zawód po powołaniu się na klauzulę sumienia otrzymali potem jakiegokolwiek roszczenie prawne. (SCHUKLENK I SMALLING, 2017).

Przekonania moralne świadczeniodawców w ochronie zdrowia (lekarzy, pielęgniarek, położnych, analityków medycznych, farmaceutów, itd.) coraz częściej utrudniają pacjentom dostęp do usług medycznych. Świadczeniodawcy negowali wykonanie procedur sterylizacji pacjentek i wypisywania recept na leki przeciwbólowe w sytuacjach końca życia oraz informowania o antykoncepcji ofiar gwałtu. Z drugiej strony, wielu pracowników ochrony zdrowia zostało zmuszonych do zapewnienia leczenia niezgodnego z ich przekonaniami moralnymi (POPE, 2010). Głęboko zakorzenione przekonania religijne mogą również kolidować z niektórymi aspektami praktyki medycznej. Lekarze nie mogą dokonywać moralnych ocen w imieniu swoich pacjentów (SAVULESCU, 2006). Klauzula sumienia może chronić pracowników systemu ochrony zdrowia przed niepożądanymi działaniami podmiotów publicznych (jednostki administracji, prokuratury i agencji rządowych) lub podmiotów prawnych (pracodawcy, prywatne stowarzyszenia zawodowe i pacjenci). Może chronić także świadczeniodawców usług medycznych przed podleganiem negatywnym działaniom ze względu na swoje przeko-

kania, zachowania lub szkody wynikające z ich postępowania. Taki podział zapewnia dokładny opis szerokiego zakresu ochrony, którą klauzula sumienia może oferować (SAWICKI, 2018).

KLAUZULA SUMIENIA - ZARYS PERSPEKTYWY PRAWNEJ

SUMIENIE jest procesem umysłowym, dzięki któremu można być odpowiedzialnym w swoich rozważaniach (refleksjach) za działania, rozpoznając przy tym, co jest słuszne lub dobre w danej lub przyszłej sytuacji (MORTON I KIRKWOOD, 2009). Ponieważ sumienie jest wiążące, a ludzie by mogli podjąć adekwatną decyzję moralną potrzebują do tego wolności sumienia. Podążanie za imperatywami sumienia odbywa się tylko, jeśli człowiek jest świadomy i rozwinął je zgodnie z porządkiem etycznym oraz tym, co jest dobre. Jednakże współczesne pojmowanie sumienia współlistnieje z jego filozoficzną prezentacją, jako działania kierowanego umysłem i ukierunkowanego na cel obiektywny (RHONHEIMER, 2011). Polski system prawny nie zawiera definicji pojęcia klauzula sumienia. Zwrot ten, nie został użyty dobitnie w żadnym akcie normatywnym prawa powszechnie obowiązującego. Klauzula sumienia stanowi w tym sensie prawną propozycję rozwiązania sytuacji, w której dochodzi do kolizji norm prawa stanowionego z normami światopoglądowymi (PAWLIKOWSKI, 2011). Pierwotnym źródłem tego prawa jest art. 53 ust. 1 Konstytucji RP zgodnie, z którym „Każdemu [człowiekowi] zapewnia się wolność sumienia i religii”. Wolność ta wynika bezpośrednio z godności człowieka (*dignitas personae*), stanowiącej „źródło wolności i praw” i jako taka przysługuje każdemu w równym stopniu. Klauzula sumienia stanowi zaś immamentny element tej wolności (KONSTYTUCJA RP, 1997). Oznacza to, że dla uzasadnienia klauzuli sumienia, która chroni pracowników me-

dycznych przed niepożądanymi działaniami ze strony rządu, decydenci muszą wykazać, że interesy oraz ustawowe i wspólne prawa osób trzecich, na które może mieć wpływ sumienie świadczeniodawcy, nie są „nadmiernie obciążone”. Zatem niezależnie od tego, czy klauzule sumienia uodparniają sprzeciwiających się na niekorzystne działania podmiotów państwowych lub prywatnych. Immunitet, który przyznają jest uzasadniony tylko wtedy, gdy nie chroni korzystania z sumienia, lub gdy nadmiernie obciąża interesy oraz prawo, w tym prawo powszechnie należne osobom trzecim (SAWICKI, 2018).

Skorzystanie z klauzuli sumienia wymaga jednak spełnienia pewnych warunków, których niewykonanie może skutkować odpowiedzialnością pracownika medycznego za nieudzielenie pomocy choremu. Przesłanki te zostały sformułowane analogicznie wobec lekarzy, pielęgniarek i położnych (odnośnie do innych grup zawodowych pracowników medycznych przepisy korporacyjne nie definiują takiej konstrukcji) (NAWROT, 2014). W stosunku do lekarzy warunki omawianej klauzuli opisuje art. 39 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152), pośrednio można ją również wyprowadzić z art. 4 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który stanowi, że „dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną”. Konstrukcja tych norm musi jednak uwzględniać interesy nie tylko pracowników medycznych, ale również pacjenta, który oczekuje od nich pomocy (ŚWIDERSKA, 2007).

W demokratycznym państwie prawnym sankcję państwową posiadają tylko normy prawa stanowionego. Domagać można się więc ochrony prawnej i realizacji własnych roszczeń tylko wtedy, gdy ma się ku temu odpowiednią podstawę prawną. Władza publiczna nie może niczego zdziałać bez wyraźnej podstawy

prawnej. Natomiast normy danego porządku etycznego, z którego wynikające powinności nie znajdują odpowiednika w normach prawa sankcjonowanego nie mogą być podstawą roszczeń (ZOLL, 2014).

W myśl art. 39 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, skorzystanie przez lekarza z omawianej konstrukcji wymaga zrealizowania następujących przesłanek:

- 1) wykonanie danego świadczenia zdrowotnego musi pozostawać w sprzeczności z sumieniem pracownika medycznego - lekarza, pielęgniarki, położnej;
- 2) lekarz nie może skorzystać z klauzuli sumienia jeśli zachodzą przypadki określone w art. 30 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Według ustawodawcy zdrowie i życie człowieka ma bowiem prymat przed przekonaniami światopoglądowymi lekarza;
- 3) wskazanie realnych możliwości uzyskania danego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym;
- 4) warunkiem formalnym skorzystania z klauzuli sumienia jest sporządzenie odpowiednich wpisów w dokumentacji medycznej;
- 5) lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby musi uprzednio powiadomić na piśmie swego przełożonego (KUBIAK, 2017).

Każdy sprzeciw sumienia wobec leczenia pacjenta jest drugorzędny w stosunku do podstawowego obowiązku, jakim jest niesienie pomocy potrzebującym (FAÚNDES I IN., 2013). Szeroki kontekst polityczny towarzyszący dyskusji o klauzurze sumienia podważa twierdzenie, że konstrukcja ta dotyczy wprost ochrony indywidualnej wolności przekonań. Niektóre działania administracji publicznej wysyłają czasem jasny sygnał, że dyskryminacja prawa do klauzuli sumienia jest nie tylko dozwolona, ale w pewnych przypadkach zachęca się i chwali jej dyskryminację jako godną ochrony (SEILER I HORTON, 2018). Wartości moralne są ważnymi elementami naszego życia. Sumien-

ie, wartości (duchowe) i przekonania osobiste mają jednak różne role w życiu publicznym i prywatnym. Te niematerialne zjawiska powinny wpływać na dyskurs, w jaki sposób i co ma dostarczać system ochrony zdrowia. Nie powinny one jednak wpływać na opiekę, jaką lekarz oferuje pacjentowi (SAVULESCU, 2006).

KLAUZULA SUMIENIA

W SYSTEMIE OPIEKI

ZDROWOTNEJ

W praktyce medycznej dochodzi często do bezpośredniej konfrontacji, której towarzyszą liczne kontrowersje i generowanie potencjalnych konfliktów ideologicznych i światopoglądowych między wartościami wyznawanymi przez lekarzy i pacjentów. Ma to także miejsce między wartościami wyznawanymi przez lekarzy a przepisami prawnymi lub instytucjonalnymi. W takich sytuacjach lekarz ma prawo odmówić działania wbrew swojego sumienia. Klauzula sumienia przyjęta jako prawo osobiste i uznana przez szereg przepisów i kodeksów etyki lekarskiej jest ważna tylko wtedy, gdy zostanie racjonalnie uzasadniona i zadeklarowana z czasowym wyprzedzeniem (BECA I ASTETE, 2015). W dyskursie dotyczącym klauzuli sumienia w systemie ochrony zdrowia zazwyczaj uważamy, iż dotyczy ona lekarzy odmawiających wykonywania lub uczestnictwa w aborcji lub innych procedur medycznych. W rzeczywistości aborcja, wydawanie recept na środki antykoncepcyjne i wykonywanie resuscytacji stanowią najczęstsze przypadki stosowania klauzuli sumienia w ochronie zdrowia (SWARZ, 2006). Klauzula sumienia w medycynie jest formą kompromisu, zgodnie z którym lekarz może odmówić wzięcia udziału w bezpiecznych, legalnych i korzystnych dla pacjenta procedurach medycznych, wobec których posiada sprzeciw moralny. Argumenty w obronie klauzuli sumienia

są zwykle oparte na szacunku dla wartości i integralności moralnej pracowników medycznych. Natomiast argumenty filozoficzne oparte są na poszanowaniu takiej integralności będąc niezwykle słabymi i jeśli potraktowane poważnie, prowadzą do konsekwencji, których nie powinniśmy zaakceptować. Najlepszym argumentem filozoficznym, konsekwentnie stosowanym przez obrońców klauzuli sumienia, jest ten, który odwołuje się do różnych form moralnego relatywizmu lub subiektywizmu (GIUBILINI, 2014). Istnieją powody by szanować sumienie lekarzy i ich uczciwość moralną a klauzula sumienia jest zgodna z ich standardami i zasadami korporacyjnymi. Zgodnie z tym poglądem klauzula sumienia wobec aborcji jest dopuszczalna, ponieważ ratowanie życia ludzkiego (w tym przypadku życia płodu) jest częścią etyki zawodowej lekarza. Jednakże np. sprzeciw wobec wypisywania antybiotyków jest niedopuszczalny, ponieważ leczenie lub zapobieganie chorobom jest istotą współczesnej medycyny (GIUBILINI, 2017). Spójność z wartościami zawodowymi nie wydaje się stanowić ważnego kryterium rozróżnienia między sprzeciwem wobec aborcji, a sprzeciwem wobec antybiotyków. Dzieje się tak, ponieważ sprzeciw wobec aborcji nie jest zgodny z wartościami i zasadami współczesnej zachodniej medycyny. Również w tym względzie klauzula sumienia wobec aborcji nie różni się od zastosowania jej wobec antybiotyków. Lekarze, którzy odmawiają dokonania aborcji kobiecie, która tego żąda zazwyczaj nie realizują świadczenia zdrowotnego, które jest bezpieczne, korzystne i wymagane przez kobietę. Dlatego działają wbrew etycznym standardom dobroczynności i poszanowania autonomii pacjenta, które są powszechnie akceptowane we współczesnej etyce medycznej i korporacyjnych kodeksach deontologicznych. W tym sensie sprzeciw wobec aborcji jest niezgodny z wartościami i zasadami współczesnej zachodniej sztuki medycznej, chyba że inne wartości mogą być poparte

tym sprzeciwem. Jedną z wartości medycyny, która mogłaby uzasadniać sprzeciw wobec dokonania aborcji, jest szczególna wartość przypisywana ludzkiemu życiu, popierająca zasadę etyczną, nakazującą zachowanie życia kiedy tylko jest to możliwe (GIUBILINI, 2017). Jednym z empirycznych argumentów użytych w celu wykazania, że klauzula sumienia nie stwarza barier dla aborcji, jest argument „braku korelacji”, zastosowany przez włoski Komitet ds. Bioetyki, aby wykazać, że nie istnieje związek między klauzulą sumienia a czasem oczekiwania na dobrowolną aborcję. Na poparcie tego argumentu używa się formy konwencjonalności przyjętej przez włoskie ustawodawstwo, aby zrównoważyć konflikt między autonomią kobiet a moralnością pracowników ochrony zdrowia (BO I IN., 2017). Zastosowanie klauzuli sumienia pozwala na rezygnację ze świadczenia takich usług. Często podstawy powoływania się na sprzeciw sumienia nie są zawsze jasne i wszystkim oczywiste (FLEMING I IN., 2018). Nie zidentyfikowano żadnego bezwzględnie argumentu za lub przeciw klauzuli sumienia ze strony położnych lub pielęgniarek. Brak głosu położnych i pielęgniarek w debacie dotyczącej sprzeciwu sumienia odzwierciedla lukę między teorią a praktyką w tych profesjach. Podczas gdy argumenty zawarte w literaturze tematu podkreślają potrzebę zapewnienia pielęgniarkom i położnym sprzeciwu sumienia, konieczna jest zrównoważona dyskusja obejmująca wszystkich pracowników ochrony zdrowia w tej materii (FLEMING I IN., 2018). Bioetycy komentując powoływanie się na klauzulę sumienia wobec aborcji powinni wziąć pod uwagę dane empiryczne dotyczące świadczeniodawców dokonujących usunięcia ciąży. Dokonujący aborcji nie wpasowują się do grup świadczeniodawców swoich przeciwników, zaś na ambiwalencji, jako kluczowej podstawie opiera się ich doświadczenie. Praktyczne szczegóły usług aborcyjnych jeszcze bardziej zaburzają taką dychotomię. Fakty te są ważne,

ponieważ pokazują, że sposób opisywania problemu w bioetyce analitycznej nie odzwierciedla zawsze rzeczywistości. Doświadczenia lekarzy stojących przed tymi decyzjami stanowią potencjalne wyzwanie i poszerzają wiedzę na temat tego trudnego problemu etycznego (LYUS, 2017). Paradygmatyczne przypadki klauzuli sumienia w medycynie to takie, w których lekarz odmawia świadczenia medycznego lub dobra, ponieważ byłoby to sprzeczne z jego osobistymi przekonaniem moralnymi lub religijnymi. Zgodnie z ANCEL I SINNOTT-ARMSTRONG (2017) 1) klauzula sumienia wobec świadczenia pewnych usług medycznych musi być dozwolona, gdyż mieści się w zakresie przepisów dotyczących lekarzy i usług, jakie mogą oferować, 2) przynajmniej niektóre z podstaw klauzuli sumienia wobec służby poszczególnym grupom pacjentów powinny być dozwolone, nie będąc nadmiernie dyskryminującymi oraz 3) nawet w przypadkach niesłusznie dyskryminującej klauzuli sumienia legalne zakazywanie konkretnym lekarzom odmowy świadczenia usług medycznych pacjentom nie zawsze stanowi najlepsze rozwiązanie.

OCHRONA I GRANICE KLAUZULI SUMIENIA

W sytuacjach wagi moralnej pracownicy sektora ochrony zdrowia są w znacznym stopniu chronieni (w świecie zachodniej medycyny). Klauzula sumienia musi opierać się na zrozumieniu wartości sumienia, a znajomość ta jest w dużej mierze nieobecna, podobnie jak dyskurs jej dotyczący w praktyce medycznej. Ponadto obecne definicje zdrowia nie kładą nacisku na równowagę moralną pacjentów i świadczeniodawców usług medycznych (LAMB, 2016). Pracownicy ochrony zdrowia zobowiązani są do poszanowania prawa

do wolności sumienia pacjentów. Nie mogą powoływać się na swoje prawa, aby naruszać praw przypisanych innym osobom. Istnieją zdefiniowane przepisami prawa ograniczenia klauzuli sumienia. Przepisy niektórych jurysdykcji nadużywają klauzuli sumienia w sposób nieetyczny, przyznając nadmierne prawo do odmowy świadczeń opieki zdrowotnej. Obowiązkiem świadczeniodawcy jest opieka nad pacjentami, bywa, że obowiązek taki może być sprzeczny z odmową opieki ze względu na sumienie. Pogodzenie praw pacjentów do opieki i praw usługodawców do korzystania z klauzul sumienia leży w skierowaniu pacjentów do dostępnych usługodawców, którzy nie są temu przeciwni. Klauzula sumienia jest nieetyczną koncepcją gdy pracownicy ochrony zdrowia traktują pacjentów tylko jako środki do ich własnych celów duchowych. Lekarze, którzy stawiają własne potrzeby duchowe lub inne ponad interesami zdrowotnymi swoich pacjentów tworzą zarzewie konfliktu interesów (DICKENS, 2009). Istota koegzystencji jednostek w obrębie wspólnoty sprawia, iż we współczesnym społeczeństwie demokratycznym nie jest możliwe istnienie praw i wolności o charakterze absolutnym. Konieczność uwzględnienia interesu publicznego oraz взгляд na prawa i wolności innych osób, dopuszczają w sytuacjach enumeratywnie wskazanych w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP limitację praw jednostkowych: „Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw” (GARLICKI, 2014). Prawo to podlega więc limitacji, zaś nadrzędną wartością wobec, której winno ustępować jest ludzkie życie. Stanowisko to znajduje potwierdzenie w art. 2 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej

(KEL, 2004) (zgodnie, z którym: „Powołaniem lekarza jest ochrona zdrowia i życia ludzkiego (...).” Mimo, iż akt ten nie posiada mocy powszechnie obowiązującej, jest wyrazem powszechnie akceptowalnych i przyjętych przez środowisko lekarskie norm postępowania, które stanowią deontologiczny fundament zawodu. Regulacje ustawowe wpisują się w powyższą tendencję (KEL, 2004). Zgodnie z zasadami prawa wymagającego ochrony życia wszystkich osób, któremu podlegają, uprawnienia do klauzuli sumienia nie zawsze istnieje możliwość by je uszanować. Osoby przeciwne takim uprawnieniom normatywnym mogą opuścić zawód medyczny lub praktykę w obszarach, w których spotykają się z pacjentkami w ciąży, które mogłyby umrzeć bez zaakceptowanych i standardowych zabiegów (NELSON, 2018). Płaszczyzna klauzuli sumienia klinicystów i instytucji medycznych ogranicza dostęp kobiet do standardowej, bądź rutynowej opieki zdrowotnej. Przepisy prawa i polityka mogą potencjalnie ograniczać zdolność poszkodowanych kobiet do dochodzenia zadośćuczynienia za doznane krzywdy i przez to do urzeczywistnienia swych racji (HARTSOCK, 2018). Pracownik medyczny jest zobowiązany udzielić wszelkiej pomocy, która leży w jego możliwościach. Z tezy tej można wysnuć wniosek przeciwny: na pracowniku medycznym nie ciąży taka powinność, jeśli jej zrealizowanie nie jest technicznie możliwe (KUBIAK, 2017).

IMPLIKACJE STOSOWANIA KLAUZULI SUMIENIA

WOLNOŚĆ sumienia jest jednym z podstawowych elementów praw człowieka przestrzeganych przez większość krajów europejskich (FLEMING I IN., 2018). Ma to znaczenie dla zdrowia, stanu etycznego i przebiegu praktyki pracowników medycznych. Ukierunkowane jest to na ich działania, które

wymagać mogą refleksji i rozważań moralnych. Jeśli na przykład świadczeniodawca zostanie poproszony o zapewnienie nieetycznej usługi medycznej, to zakres, w jakim jest świadomy nieetyczności swojego działania bezpośrednio przyczyni się do jego decyzji o słuszności/nieprawidłowości danej procedury. Obowiązek sprzeciwu pracowników ochrony zdrowia wynika często z obaw związanych z ciężarem moralnym, takich procedur, jak eutanazja, aborcja czy antykoncepcja (WICCLAIR, 2011). Stosowanie dyskryminujących poglądów w odniesieniu do klauzuli sumienia w dyskursie społecznym i politycznym może mieć swoje odzwierciedlenie i następstwa w systemie opieki zdrowotnej (SEILER I HORTON, 2018). Dla ludzi, znajdujących się po stronie usług zdrowotnych jako pacjenci, lub po stronie usługodawcy świadczeń medycznych jako pracownicy systemu ochrony zdrowia, zdrowie stanowi dla nich najważniejszy stan moralnego dobrobytu. Aktualne definicje i perspektywy zdrowia muszą uwzględniać jego aspekt etyczny. Zostało to wyjaśnione w bieżącym dyskursie jako wyraz prawa usługodawców do wolności sumienia i wolności podejmowania decyzji etycznych w warunkach zawodowych (LAMB, 2016). Środowisko medyczne wspierając procedurę klauzuli sumienia stwarza atmosferę i płaszczyznę do angażowania się w otwarty dialog i działania dotyczące klauzuli sumienia (FORD I IN., 2010). Niektórzy katolicycy świadczeniodawcy oczekują od osób, nie podzielających ich stanowiska moralnego, by szanowali ich przekonania bez naruszania ich moralnej integralności. Jeśli reszta społeczeństwa ma zostać poproszona o poszanowanie poglądów to należąca jest wzajemność wszystkich stron. Katolickie instytucje i placówki ochrony zdrowia muszą zaś wyraźnie informować swoich pacjentów o wskazanych procedurach medycznych, których nie będą wykonywać (ALLEN, 2018).

Pracownicy ochrony zdrowia pow-

inni zapewnić alternatywne opcje leczenia, które osobiście nie uważają za kontrowersyjne moralnie. Nie powinni sprzeciwiać się akceptowanym i legalnym procedurom leczniczym, o które wystąpił pacjent lub osoba w jego imieniu (WILKINSON, 2017). Klauzula sumienia wobec zdrowia reprodukcyjnego jest powszechnym zjawiskiem globalnym, co stanowi dla wielu kobiet barierę w realizacji należnych im świadczeń medycznych (MORRELL I CHAVKIN, 2015). Klauzula sumienia, stosowany w wielu krajach jako podstawa odmowy opieki ginekologicznej kobietom mającym prawo do bezpiecznego przerwania ciąży. Problem polega na tym, że prawo to często jest nadużywane przez lekarzy, którzy maskują za tym swoje działania pod pozorem klauzuli sumienia. Obawiając się dyskryminacji i stygmatyzacji społecznej, jeśli dokonują legalnych aborcji. Wydaje się, że ignorują oni wtedy zasadę etyczną, że podstawowym obowiązkiem moralnym lekarzy ginekologów jest zawsze leczenie lub dostarczanie świadczeń zdrowotnych i zapobieganie szkodom pacjentom za których opiekę odpowiadają (FAUNDES I IN., 2013).

ZAMPAS (2013) stoi na stanowisku, że regulacja nieskrępowanego stosowania klauzuli sumienia ma zasadnicze znaczenie dla realizacji praw seksualnych i reprodukcyjnych jednostki. Dlatego obowiązkiem świadczeniodawcy usług medycznych jest posiadanie opcji klauzuli sumienia. Rosnące wykorzystanie klauzuli sumienia i jej wpływ na pacjentów jest złożony dzięki świadczeniom zdrowotnym wykonywanym przez prywatne podmioty medyczne, finansowane przez budżet państwa. Rezultatem tego jest zatarcie granic między przestrzenią publiczną (obywatelską), w której oczekuje się, że wszyscy ludzie i podmioty korporacyjne będą mieć podobne prawa i obowiązki, a przestrzenią prywatną, w której oczekuje się, że osobiste przekonania i ograniczenia będą w

znaczny sposób tolerowane (SHANAWANI, 2016).

PODSUMOWANIE

- 1) Występuje potrzeba zwiększenia edukacji w zakresie znajomości zasad etyki i świadomości przekonań świadczeniodawców usług medycznych zatrudnionych w systemie ochrony zdrowia.
- 2) Klauzula sumienia może stanowić w pewnych szczególnych okolicznościach barierę w realizacji usług medycznych, oczekiwanych przez pacjentów.
- 3) Równowaga między potrzebami świadczeniodawców usług medycznych w utrzymaniu ich moralnej integralności a zdrowiem pacjenta stanowi płaszczyznę odpowiedzialnych relacji z pacjentem.
- 4) W wyniku występowania rozbieżnych wartości i praktyk lekarze powinni uwzględniać swoje osobiste przekonania moralne, ale tylko bez szkody dla procesu terapeutycznego.

LITERATURA

- ALLEN W. L. 2018. Accommodating Conscience Without Curtailing Women's Rights, Health, and Lives. *The American Journal of Bioethics*. 18(7), 64-66.
- ANCELL A., SINNOTT-ARMSTRONG W. 2017. How to Allow Conscientious Objection in Medicine While Protecting Patient Rights. *Camb Q Healthc Ethics*. 26(1), 120-131.
- BECA J. P., ASTETE C. A. 2015. Conscientious objection in medical practice. *Rev Med Chil*. 143(4), 493-498.
- BERLINGER N. 2008. Conscience clauses, health care providers, and parents. In M. Crowley (Ed.), *From birth to death and bench to*

clinic: The Hastings Center bioethics briefing book for journalists, policymakers, and campaigns (pp. 35–40). Garrison, NY: The Hastings Center.

BIRCHLEY G. 2012. A clear case for conscience in healthcare practice. *Journal of Medical Ethics*, 38, 13–17.

BO M., ZOTTI C. M., CHARRIER L. 2017. The no correlation argument: can the morality of conscientious objection be empirically supported? The Italian case. *BMC medical ethics*. 18(1), 64.

DICKENS B.M. 2009. Legal protection and limits of conscientious objection: when conscientious objection is unethical. *Med Law*. 28(2), 337-47.

FAÚNDES A., DUARTE G. A., OSIS M. J. 2013. Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. *Int J Gynaecol Obstet*. 123:Suppl 3:S57-9.

FLEMING V., FRITH L., LUYBEN A., RAMSAYER B. 2018. Conscientious objection to participation in abortion by midwives and nurses: a systematic review of reasons. *BMC medical ethics*. 19(1), 31.

FORD N. J. 2012. Conflicts of conscience in neonatal intensive care units: Perspectives of neonatal nurses in Alberta. Unpublished Masters Dissertation, University of Alberta.

FORD N. J., FRASER K. D., MARCK P. B. 2010. Conscientious objection: A call to nursing leadership. *Nursing Leadership*, 23(3), 46–55.

GARLICKI L. 2014. *Polskie Prawo Konstytucyjne*. LexisNexis. Warszawa. 102.

GIUBILINI A. 2014. The paradox of conscientious objection and the anemic concept of ‘conscience’: downplaying the role of moral integrity in health care. *Kennedy Inst Ethics J*. 24(2), 159-185.

GIUBILINI A. 2017. Objection to Conscience: An Argument Against Conscience Exemptions in Healthcare. *Bioethics*. 31(5), 400-408.

HARTSOCK J. A. 2018. Provider Conscientious Refusal, Medical Malpractice, and the Right to Civil Recourse. *The American Journal of Bioethics*. 18(7), 66-68.

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ (KEL). Tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy. Warszawa 2014. Źródło: www.nil.org.pl/

KONSTYTUCJA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ Z DNIA 2 KWIETNIA 1997 ROKU (DZ. U. z 1997 r. nr 78, poz. 483).

KUBIAKR. 2017. *Prawo medyczne*. Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa. 150-153.

LAMB C. 2016. Conscientious Objection: Understanding the Right of Conscience in Health and Healthcare Practice. *New Bioeth*. 22(1), 33-44.

LAMB C., EVANS M., BABENKO-MOULD Y., WONG C., KIRKWOOD K. 2019. Nurses’ use of conscientious objection and the implications for conscience. *Journal of Advanced Nursing*. 75(3), 594-602.

LYUS R. J. 2017. Response to: ‘Why medical professionals have no moral claim to conscientious objection accommodation in liberal democracies’ by Schuklenk and Smalling. *J Med*

Ethics. 43(4), 250-252.

MORRELL K. M., CHAVKIN W. 2015. Conscientious objection to abortion and reproductive healthcare: a review of recent literature and implications for adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 27(5), 333-338.

MORTON N. T., KIRKWOOD K. 2009. Conscience and conscientious objection of health care professionals: Refocusing the issue. *HEC Forum.* 21(4), 351-364.

NAWROT O. 2014. Sumienie lekarza a prawa człowieka w świetle standardów Rady Europy. *Medycyna Praktyczna.* 1.

NELSON L. 2018. Provider Conscientious Refusal of Abortion, Obstetrical Emergencies, and Criminal Homicide Law. *The American Journal of Bioethics, Volume.* 18(7), 43-50.

PAWLIKOWSKI J. 2011. Prawo do sprzeciwu sumienia w ramach legalnej opieki medycznej. Rezolucja nr 1763 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z dnia 7 października 2010 r. w: *Studia z prawa wyznaniowego.* Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. 14, 2.

POPE T. M. 2010. Legal briefing: conscience clauses and conscientious refusal. *J Clin Ethics.* 21(2), 163-76.

RHONHEIMER M. 2011. *The perspective of morality: philosophical foundations of Thomistic virtue ethics.* Washington, DC: The Catholic University of America Press.

SAVULESCU J. 2006. Conscientious objection in medicine. *BMJ Clinical research ed.* 332(7536), 294-297.

SAWICKI N. N. 2018. *Disentangling Conscience Protections-* raport. Hastings Center

48(5), 14-22.

SCHUKLENK U., SMALLING R. 2017. Why medical professionals have no moral claim to conscientious objection accommodation in liberal democracies. *J Med Ethics.* 43(4), 234-240.

SEILER N., HORTON K. 2018. The Bioethical and Legal Implications of HHS's New Focus on Conscience and Religious Freedom. *The American Journal of Bioethics.* 18(7), 71-72.

SHANAWANI H. 2016. The Challenges of Conscientious Objection in Health Care. *J Relig Health.* 55(2), 384-393.

SWARZ M. S. 2006. Conscience Clauses or Unconscionable Clauses: Personal Beliefs versus Professional Responsibilities. *Yale J Health Policy Law Ethics.* 2, 269-350.

ŚWIDERSKA M. 2007. *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny.* TNOiK Dom Organizatora, Toruń. 195.

WICCLAIR M. R. 2011. *Conscientious objection in health care.* Cambridge, UK: Cambridge University Press.

WILKINSON D. 2017. Conscientious Non-objection in Intensive Care. *Camb Q Health Ethics.* 26(1), 132-142.

ZAMPAS C. 2013. Legal and ethical standards for protecting women's human rights and the practice of conscientious objection in reproductive healthcare settings. *Int J Gynaecol Obstet.* 123:Suppl;3, 63-65.

ZOLLA. 2014. *Klauzula sumienia [w:] Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej- aspekty etyczne i prawne.* red. Stanisław P., Pawlikowski J., Ordon M., Wydawnictwo KUL. Lublin. 77-86.