



Proces przekazywania życia ludzkiego. Komentarze do znowelizowanego KEL: art. 39.

Komisja Etyki Lekarskiej NRL przygotowała kolejny komentarz do znowelizowanego Kodeksu Etyki Lekarskiej. Tym razem eksperci samorządu lekarskiego podjęli się interpretacji przepisów zawartych w art. 39. KEL.

ART. 39.

- 1. Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego. Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie nienarodzonego dziecka.*
- 2. Lekarz ma obowiązek udzielać zgodnych z aktualną wiedzą medyczną informacji dotyczących procesów zapłodnienia i metod regulacji poczęć, uwzględniając ich skuteczność i mechanizm działania.*
- 3. Lekarz ma obowiązek zapoznać pacjentów z możliwościami współczesnej genetyki lekarskiej, a także diagnostyki i terapii prenatalnej. Przekazując powyższe informacje lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań prenatalnych.*

Komentarz:

1. Wartości objęte ochroną w artykule

Artykuł ten podkreśla etyczne zobowiązanie lekarza do szacunku dla początku życia ludzkiego – nie w duchu światopoglądowego dogmatu, lecz jako wyraz wrażliwości zawodowej.

Zgodnie z art. 2 KEL, powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego. W pojęciu ochrony życia ludzkiego zawiera się troska o życie ludzkie szeroko rozumiane, w tym dbanie o tożsamość gatunku człowieka, który to wymóg znajdujemy w art. 1 Europejskiej Konwencji Bioetycznej oraz troska o bezpieczne przekazywanie życia.

Ponadto art. 39 KEL respektuje szeroko pojętą wolność prokreacyjną, wyływającą z praw człowieka, w tym prawa do prywatności, prawa do założenia rodziny i decydowania o jej kształcie.

W praktyce oznacza to unikanie instrumentalizacji ciąży i nakaz traktowania kobiety ciężarnej jako pacjentki, której decyzje i zdrowie mają bezpośredni wpływ na życie jej dziecka.

1. Prokreacja jako wartość

Ludzka prokreacja w większości kultur należy do zagadnień, z którymi wiążą się najwyższe wartości takie jak życie, zdrowie i powodzenie jednostek i zbiorowości. Z uwagi na różnice światopoglądowe we współczesnych społeczeństwach prokreacja stanowi jeden z najbardziej kontrowersyjnych tematów, stąd też zajmowała i zajmuje ważne miejsce w tworzeniu regulacji tak dla lekarzy jak i instytucji za to odpowiedzialnych z ramienia państwa. Rozwój nauki otworzył nowe możliwości, tak diagnostyczne, jak i lecznicze w tej sferze. Doniosłość zagadnień związanych z prokreacją i rozwój związanych z nią metod diagnostycznych i leczniczych rodzi potrzebę regulacji dotyczących wykorzystania aktualnych możliwości medycyny.

2. Szczególna odpowiedzialność i zasada podwójnej troski

Doniosła misja, jaką jest ochrona życia ludzkiego oraz opieka nad kobietą ciężarną, przy sprawowaniu której lekarz odpowiada za życie i zdrowie równocześnie matki i dziecka, powiązanych nierozdzielalną zależnością życia dziecka i zdrowia matki, powoduje, że nie mamy do czynienia z prostą sumą, ale ze znacznie wyższym poziomem odpowiedzialności. Opisane w art. 39 ust. 1 KEL zobowiązania dotyczą każdego lekarza, podejmującego się leczenia kobiety w ciąży, niezależnie od specjalizacji.

W aktualnym brzmieniu art. 39 KEL mówi się o zasadzie podwójnej troski, gdyż każda interwencja (farmakoterapia, diagnostyka, hospitalizacja) powinna uwzględniać dobro zarówno kobiety, jak i dziecka. Lekarz powinien dążyć do równoważenia ryzyka i korzyści w taki sposób, aby nie narażać zdrowia płodu przy jednoczesnym poszanowaniu autonomii pacjentki.

Wytyczne dla lekarza uczestniczącego w procedurach związanych z procesami przekazywania życia ludzkiego powinny zostać rozszerzone o aspekt włączenia w te działania także postawy wspierającej decyzję samej kobiety w sytuacjach granicznych, by postawa lekarza dawała oparcie w decydowaniu o dalszym losie jej ciąży. Rzetelność przekazywanej wówczas informacji będzie przecież miała określone skutki na dalszy przebieg ciąży. Zobowiązanie do odpowiadania za zdrowie i życie nienarodzonego dziecka nie zmienia faktu, że dobro matki pozostanie najważniejsze, gdyż to właśnie jej dobrostan determinuje w pierwszej kolejności dobrostan jej potomstwa.

Stąd lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego, mając zawsze na uwadze istotę macierzyństwa oraz wsparcie dla trudnych decyzji w sytuacjach krytycznych.

3. Wyjaśnienie użycia pojęcia „nienarodzone dziecko”

W komentowanym artykule używa się pojęcia „nienarodzone dziecko”. Z perspektywy medycznej nie jest to termin kliniczny, albowiem medycyna posługuje się terminami: zarodek (do 8. tygodnia ciąży), płód (od 9. tygodnia do porodu), noworodek (po urodzeniu).

Z perspektywy prawnej – w polskim porządku prawnym nie istnieje precyzyjna definicja „nienarodzonego dziecka”. W niektórych ustawach (np. kodeks karny, ustawa o planowaniu rodziny) mowa jest o „płodzie ludzkim” albo „dziecku poczętym”, ale stosowane są w określonym kontekście ochrony życia. Z perspektywy etycznej, najbardziej istotnej w niniejszym komentarzu, określenie „nienarodzone dziecko” odzwierciedla postulat szacunku dla życia ludzkiego od momentu poczęcia, bez rozstrzygania jego statusu prawnego czy światopoglądowego. Sformułowanie to celowo unika technicznych określeń, aby uwrażliwić lekarza na wartość życia płodowego – niezależnie od jego wieku czy stanu zdrowia.

4. Szczególne obowiązki informacyjne

Aby należycie uwzględnić zróżnicowanie światopoglądowe członków społeczeństwa udzielana informacja dotycząca procesów zapładniania, metod regulacji poczęć oraz diagnostyki i leczenia w tym obszarze medycyny powinna być możliwie kompleksowa i szczegółowa, tłumacząc niuanse wykorzystania technik wspomagających i możliwe skutki uboczne jak i ryzyka z nimi związane. Technika wykonywania inwazyjnych badań prenatalnych na dzień dzisiejszy jest obarczona tak niskim ryzykiem, że praktyczna informacja powinna tylko to potwierdzić i pozwolić kobiecie na

autonomiczne podjęcie decyzji. Zastosowanie różnorodnych technik wspomaganego rozrodu (jak np. in vitro) niesie ze sobą ryzyka zarówno na etapie daleko przed uzyskaniem komórek jajowych potrzebnych do dokonania samej procedury, jak i później, na etapie transferu zarodka, a także w dalszym czasie trwania ciąży. Lekarz powinien przedstawić pacjentce wszystkie te informacje szczegółowo.

Lekarz uczestniczący w szeroko pojętych działaniach edukacyjnych, kierowanych do społeczeństwa, w tym młodzieży, niezależnie czy w postaci szkoleń bezpośrednich czy za pomocą mediów, w tym mediów społecznościowych, powinien przestrzegać wytycznych wynikających z art. 39 KEL, jak i art. 78 ust. 3 KEL regulującego aktywność lekarza w mediach.

Lekarz uczestniczący w procedurach związanych z procesem przekazywania życia ludzkiego powinien przestrzegać ogólnolekarskiego obowiązku informacyjnego opisanego w art. 14 KEL, jednakże poszerzonego o dyrektywy zawarte w ustępach 2 i 3 artykułu 39 KEL.

Lekarz informując o metodach regulacji poczęć ma obowiązek podać rzetelną, aktualną, kompletną i neutralną informację na temat dostępnych metod (antykonceptyjnych i wspomagających płodność), wskazać mechanizmy działania (np. czy metoda zapobiega owulacji, zapłodnieniu, czy implantacji) i poinformować o skuteczności i ewentualnych działaniach niepożądanych.

Informacja powinna dotyczyć wszystkich znanych lekarzowi metod, przy czym nie jest to równoznaczne z ich rekomendacją, obowiązuje bowiem zasada informowania nawet o takiej metodzie, której lekarz nie stosuje lub nie zaleca z powodów światopoglądowych. Podobnie w zakresie genetyki, diagnostyki i terapii prenatalnej istnieje obowiązek poinformowania, co jednak nie oznacza przekonywania. Lekarz powinien przedstawić dostępne metody badania przesiewowe i diagnostyczne, poinformować o możliwych konsekwencjach wyniku, w tym o dylematach etycznych, dalszych krokach diagnostycznych i terapeutycznych, omówić ryzyko związane z procedurą (np. poronienie po amniopunkcji), zachować neutralność światopoglądową i wspierać autonomię pacjentów w podejmowaniu decyzji.

W praktyce klinicznej – lekarz informując pacjentkę powinien: mówić jasno i neutralnie, dokumentować przekazanie informacji, unikać paternalizmu, nie narzucać poglądów (własnych lub instytucji), współpracować z zespołem interdyscyplinarnym (ginekolog, genetyk, psycholog, etyk).

Uznanie dobra dziecka jako wartości samej w sobie wymaga przekazania pacjentce określonych informacji, które powinny zostać zawarte w ocenie stanu ciąży, ryzyka jej kontynuacji i możliwych powikłań w przypadku zastosowania badań inwazyjnych, bądź wskazań do jej przerwania. Każda z tych informacji powinna zawierać cel (wykluczenie, potwierdzenie wystąpienia określonych wad) możliwość ich terapii (np. zabiegi wewnątrzmaciczne) i ewentualne wskazania do przerwania ciąży z powodu nieodwracalnych i nieuleczalnych wad płodu.

Informacja o ciąży nierokującej urodzeniem zdrowego dziecka, niezależnie od okoliczności prawnych, musi zostać przekazana przez lekarza. Ograniczenie informacji utrudnia lub wręcz uniemożliwia pacjentce podjęcie decyzji i z tego względu jest nieetyczne. Nie można zapominać o tym, że w takich przypadkach to kobieta przede wszystkim jest podmiotem opieki lekarza a jej dziecko zawsze będzie od niej zależne, od jej zdrowia tak fizycznego jak i psychicznego.

Zrozumienie potrzeb ciężarnej kobiety oraz udzielenie jej wyczerpującej informacji pozwala ochronić i ją, i jej nienarodzone dziecko.

Podsumowanie

Art. 39 KEL stanowi etyczne rozwinięcie obowiązków wynikających z prawa, ale akcentuje też humanistyczny wymiar opieki nad pacjentką ciężarną i dzieckiem nienarodzonym.

Nie rozstrzyga on sporów światopoglądowych, ale zobowiązuje lekarza do działania w duchu odpowiedzialności, szacunku i profesjonalizmu.

