

BŁAŻEJ KMIECIAK

PARADOKSY PRENATALNE, CZYLI WYBRANE WĄTKI POLSKIEJ DEBATY BIOETYCZNEJ Z PERSPEKTYWY KRYTYCZNEJ REFLEKSJI

Uwagi wprowadzające

W Polsce od dłuższego czasu trwa dyskusja dotycząca problemów, przed którymi stoi współczesna medycyna. Mowa przede wszystkim o wyzwaniach o charakterze prawnym oraz etnicznym, z którymi spotykają się w swojej praktyce przedstawiciele profesji zajmujących się ochroną zdrowia człowieka. Zarówno naukowcy, jak i dziennikarze stale podejmują tematy związane z nadziejami oraz potencjalnymi korzyściami lub zagrożeniami współczesnej, dynamicznie rozwijającej się medycyny. W naszym kraju szczególnym zainteresowaniem cieszą się zagadnienia związane z początkiem oraz końcem ludzkiego życia. Regularnie powracają dyskusje dotyczące prawnych możliwości przerwania ciąży¹. Niejednokrotnie podnosi się zagadnienie odnoszące się do możliwości dokonania aborcji w związku z wykryciem u dziecka poczętego zaburzeń genetycznych. W sposób szczególny debata publiczna zatrzymuje się na zespole Downa, a więc najczęściej wykrywanej wadzie o podobnym podłożu².

Debaty związane z aborcją kierują nas również w stronę problemu antykoncepcji. Powszechnie wskazuje się, że pacjentka ma prawo do takich farmaceutyków, dodając, iż działania te stanowią przykład realizacji tzw. praw reprodukcyjnych³. Jednocześnie w tych kontekstach powraca temat klauzuli sumienia. Jak wskazuje

1 W. Bołoz, *Bioetyka i prawa człowieka*, Warszawa 2006, s. 225.

2 Zob. Polska Agencja Prasowa, *Dania krajem wolnym od zespołu Downa? To przez aborcję*, „Newsweek”, 07.2011, źródło: <http://swiat.newsweek.pl/dania-krajem-wolnym-od-zespołu-downa--to-przez-aborcję,79700,1,1.html>, dostęp: 5 maja 2017; oraz J. Zaremba, *Genetyczna diagnoza. Badania prenatalne w Polsce*, „Panorama Medyczna”, nr 2 (2006), s. 12–15.

3 J. Podgórska, *Pigułka antykoncepcyjna – jak się zmieniła i co zmienia. Pół wieku z pigułką*, „Polityka” nr 20 (2010), s. 34–35.

bowiem część działaczy społecznych, w Polsce podobna instytucja prawna jest niejednokrotnie nadużywana⁴.

Odnosząc się do podobnych zagadnień, warto zastanowić się, czy proponowanej debaty dotyczą zagadnienia, które nie wzbudzają już zasadniczych wątpliwości. Innymi słowy, czy omawiając tematy antykoncepcji, diagnozy prenatalnej oraz aborcji, potrafimy zlokalizować kluczowe, istotne wątki. Zrozumiałe jest, że problematyka ta wiąże się z dostrzeganym w społeczeństwie podziałem. Być może jednak, analizując wskazane obszary dyskusji bioetycznej, można dostrzec elementy, które powinny być określone mianem „luki” prawnej. Być może również w ramach dyskusowania zagadnień dotyczących etycznych wyzwań medycyny można dostrzec zaskakujące paradoksy, pomijane niestety w debacie publicznej.

Zakres rozważań

Proponowane rozważania mają na celu podjęcie próby udzielenia odpowiedzi na postawione pytania. Działania te odbywać się będą przede wszystkim po przez odniesienie się do trzech kluczowych obszarów, w których coraz wyraźniej można dostrzec pojawiające się luki oraz paradoksy.

Po pierwsze, uwaga zostanie zwrócona na toczącą się dyskusję dotyczącą możliwości wykupienia bez recepty preparatu antykoncepcyjnego ellaOne. Mowa o środku zaliczanym do tzw. antykoncepcji awaryjnej, który w 2015 r. został dopuszczony do obrotu (swobodnego zakupu w aptece) bez konieczności wcześniejszego uzyskania recepty od lekarza. Możliwość tę uzyskały również osoby małoletnie od momentu ukończenia 15 r.ż.⁵ Na początku 2017 r. podjęta została jednakże decyzja dotycząca zmiany przepisów. Resort zdrowia zdecydował się powrócić do zasady wydawania recepty na wszelkie preparaty o charakterze antykoncepcyjnym. Działania te zostały skrytykowane z racji na dostrzeganą przez część środowisk obawę wskazującą na niebezpieczeństwo nadużywania przez personel medyczny prawa do sprzeciwu sumienia⁶.

Po drugie, uwaga zostanie zwrócona na sytuację szczególnej grupy pacjentów z niepełnosprawnością. Mowa o osobach z zespołem Downa. Analizując sytuację tych osób, z jednej strony można dostrzec szerokie, społeczne zainteresowanie odnoszące się do ich codziennego funkcjonowania. Z drugiej jednak strony kolej-

4 W. Nowicka, *Prawa reprodukcyjne*, „Social Watch” nr 75 (2005), s. 1.

5 A. Jałowska, *Pigułka ellaOne bez recepty od 15. roku życia*, „Newsletter Bioetyczny”, nr 12 (2015), s. 3, oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz.U. 2015 poz. 477).

6 A. Bodnar, *Pismo rzecznika Praw obywatelskich Adama Bodnara do Ministra Zdrowia, Konstantego Radziwiłła*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2017, s. 6 (VII.5001.1.2017. AMB).

ne doniesienia medialne sugerują, że szerokie wykorzystanie badań prenatalnych doprowadziło w wielu krajach do istotnego spadku liczby dzieci, u których wykryto wspomnianą aberrację chromosomową⁷.

Na końcu uwaga zostanie zwrócona na paradoksy, jakie widać w polskiej debacie dotyczącej problemu przerwania ciąży. W sposób szczególny analizie zostanie poddane zagadnienie aborcji będącej skutkiem wykrycia (bądź podejrzenia istnienia) ciężkiej, nieodwracalnej wady zagrażającej życiu dziecka poczętego. W tym kontekście podjęta zostanie próba wyjaśnienia, czy polskie przepisy nie mają w tym ujęciu nielogicznego i sprzecznego charakteru⁸.

Antykoncepcja kontra klauzula

Rozpoczynając prezentowaną część rozważań, warto zastanowić się, czy słusznie część osób oraz instytucji obawia się, że liczni ginekolodzy będą odmawiać wypisywania recept na środki z zakresu tzw. antykoncepcji awaryjnej. Podobna obawa pojawiła się w kilku materiałach medialnych, w których komentowano decyzję władz dotyczącą powrotu do standardu uzyskania recepty na preparat ellaOne. Obecny Rzecznik Praw Obywatelskich (dalej: RPO) dr Adam Bodnar w swoim wystąpieniu do ministra zdrowia zwrócił uwagę, że to właśnie lekarska klauzula sumienia może stanowić skuteczną przeszkodę przed uzyskaniem podobnego preparatu. Rzecznik – z czym należy się zgodzić – podkreślił, iż polski ustawodawca nie zrealizował w pełni wyroku Trybunału Konstytucyjnego (dalej: TK) dotyczącego ww. klauzuli⁹. Trybunał wskazał na jej fundamentalny charakter. Podkreślił, iż lekarz nie musi wiedzieć, „który kolega” wykona działanie, z którym on sam się nie zgadza. Sędziowie zaznaczyli jednak w orzeczeniu, że władze powinny skonstruować procedurę uzyskania przez pacjenta informacji o placówkach/lekarzach mogących udzielić wsparcia w określonej sytuacji¹⁰. Zdaniem dr. Bodnara obecny stan prawny (*ergo* brak regulacji) może skutecznie utrudniać możliwość uzyskania recepty na preparat ellaOne¹¹. Czy zatem prawdą jest, że w omawianej przez RPO sytuacji lekarz może powołać się na doświadczany wewnętrznie sprzeciw?

7 Szerzej na ten temat zob. B. Kmieciak, *Podmiotowość i problem choroby genetycznej w kontekście badań socjologiczno-prawnych*, [w:] *Spór o podmiotowość – perspektywa interdyscyplinarna*, red. A. Warbmier, Kraków 2016, s. 281–283.

8 R. de Mettea, *Dyktatura relatywizmu*, Wydawnictwo Prohibita, Warszawa 2009, oraz J. Pacan, *Prawo kontra sumienie*, „Idziemy”, Nr 49, 2014, s. 16.

9 Tamże.

10 Wyrok TK z 7.10.2015 r., sygn. K 12/14, Legalis; J. Pawlikowski, *Lekarz prawa czy sumienia*, „Gość Niedzielny” 9.10.2015, <http://lublin.gosc.pl/doc/2751023.Lekarz-prawa-czy-sumienia>, dostęp: 12 maja 2017.

11 A. Bodnar. *Pismo rzecznika...*, dz.cyt., s. 6–7.

Na wstępie należy podkreślić, że lekarz ma prawo nie wystawić recepty na dany preparat o charakterze antykoncepcyjnym. Wolność sumienia ma w tym przypadku kluczowy charakter. Jak podkreślał w swoim wyroku TK, to właśnie wykonywanie przez lekarza działań zgodnie z sumieniem uprawnia do tego, by o nim powiedzieć, że realizuje swoje zadania w sposób sumienny, a więc profesjonalny, rzetelny i kompetentny¹². Zagwarantowanie praw pacjenta (rozumianych jako możliwość uzyskania świadczenia zdrowotnego) ma oczywiście również szczególne znaczenie. Pragnienie ich realizacji (poza sytuacją zagrożenia życia lub niebezpieczeństwa wystąpienia ciężkiego uszczerbku na zdrowiu¹³) nie może jednak prowadzić do ingerowania w tak kluczową wolność, jaką właśnie jest sumienie¹⁴. Z drugiej jednak strony można zadać kluczowe w tym miejscu pytanie o to, czy pacjent ma w ogóle prawo do antykoncepcji.

Część osób, odpowiadając na nie, powoła się w tym momencie na przywołane prawa reprodukcyjne, wskazujące, że człowiek posiada *de facto* absolutne prawa w zakresie inicjowania oraz powstrzymania własnej płodności. Jak zaznacza E. Dąbrowska-Szulc, „Głównym naszym celem jest walka z: kryminalizacją aborcji i ograniczaniem prawa kobiet do podejmowania decyzji o świadomym macierzyństwie. Uważamy, że nie istnieje demokracja ani równouprawnienie kobiet bez zagwarantowania im swobody wyboru drogi życiowej, którą daje możliwość panowania nad własną rozrodczością”¹⁵. Koncepcja owych praw nie ma jednak żadnego umocowania ani w tradycyjnym rozumieniu idei praw człowieka, ani w powszechnie obowiązujących międzynarodowych normach¹⁶. Koniecznie trzeba zwrócić uwagę na to, że pytając o prawo pacjenta do antykoncepcji, natychmiast

12 M. Kowalski, B. Kmiecik, *Bioetyka, między prawem, a pedagogiką*, Kraków 2016, s. 135.

13 Mowa o zapisanej w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 1997 r. nr 28 poz. 152); dalej: ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty; zasadzie, zgodnie z którą lekarz nie może powołać się na klauzulę sumienia w sytuacji, w której brak udzielenia świadczenia prowadziłby do zagrożenia życia pacjenta lub skutkowałby uszkodzeniem jego ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia.

14 J. Pacan, *Prawo kontra sumienie*, „Idziemy”, nr 49 (2014), s. 16. W kontekście wykonywania zawodu pobożnej zob. A. Puścikowska, *Gdy położna jest jak grabarz*, „Gość Niedzielny”, nr 45 (2012), s. 20–21. Inne zdanie w omawianej kwestii, tj. krytyczne wobec klauzuli sumienia, wyraziła m.in. Monika Rigamonti, zob. M. Rigamonti, *Klauzula okrucieństwa*, „Wprost”, nr 24 (2014), s. 10–11.

15 E. Dąbrowska-Szulc, *Organizacje pozarządowe na rzecz praw reprodukcyjnych*, http://www.promocjakobiet.pl/Org.pozarządowe_na_rzecz_praw_reprodukcyjnych.pdf, dostęp: 9 maja 2017; oraz raport *Zdrowie i prawa reprodukcyjne i seksualne a system zdrowia publicznego w Polsce. Dostęp do świadczeń i środków z zakresu zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego*, Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa 2008, s. 7.

16 E. Roccella, L. Scaraffa, *Wojna z chrześcijaństwem*, „Biblioteka Niedzieli”, t. 185, Częstochowa 2006, s. 113–114.

można się spotkać ze stwierdzeniem, że jest to świadczenie zdrowotne. Udzielane ono jest pacjentowi przez eksperta medycznego. Warto zastanowić się jednak, jaki to rodzaj świadczenia.

Pigułka antykoncepcyjna nie jest wykorzystywana w rehabilitacji. Nie działa ona również leczniczo (poza przykładami zastępczej terapii hormonalnej¹⁷). Próżno szukać jej również w diagnostyce. Podobna gradacja kieruje nas w stronę oddziaływań profilaktycznych. I tutaj – faktycznie – zarówno standardowa antykoncepcja, jak i jej „awaryjna odsłona, ukazywane są przede wszystkim przez pryzmat oddziaływań zapobiegawczych. Innymi słowy, preparaty te mają zapobiec ciąży¹⁸. Powiązanie zjawiska profilaktyki oraz ciąży sugeruje jednak, że owy stan należy uznać za zjawisko o charakterze chorobowym. Profilaktyka bowiem odnosi się do zapobiegania stanom takim jak zaburzenie lub choroba¹⁹.

Ostatnia z wysuniętych tez może wywołać zrozumiałe zaskoczenie. Trudno bowiem uznać, by ciąża była zaburzeniem, anomalią lub patologią zdrowotną²⁰. Taką jednak perspektywę musimy przyjąć, by w konsekwentny sposób prezentować działanie oraz społeczne znaczenie antykoncepcji. Nie jest ona bowiem lekiem. Stosowana jest jako profilaktyka ciąży, a więc zapobieganie naturalnemu zjawisku, którego określona osoba nie chce w danym momencie przeżywać.

Okazuje się, nieco wnikliwiej spoglądając na środki zapobiegające ciąży, że można dojść do wniosku, iż lekarz w sytuacji odnowy ich przepisania w istocie nie musi powoływać się na wspomnianą klauzulę. Skupić się może natomiast przede wszystkim na: charakterze działania, o które prosi pacjentka, oraz na skutkach, jakie powodować może korzystanie z antykoncepcji. W wypadku przepisywania omawianych preparatów nie ma bowiem korelacji pomiędzy charakterem profesji medycznej (zadaniami lekarza) a sytuacją, w jakiej znajduje się pacjent. Przepisując

17 Dokładne przeglądowe informacje na temat antykoncepcji hormonalnej zob.: M. Prusak *Mechanizm działania hormonalnych preparatów antykoncepcyjnych. Porównanie informacji zawartych w ulotkach dla pacjentek i w podręcznikach akademickich*, „Życie i Płodność”, nr 3 (2009), s. 39–51.

18 W. Skrzypulec-Plinta, A. Droszczol-Cop, *Antykoncepcja u młodocianych*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia”, t. 5 (2012), z. 2, s. 97.

19 Co oczywiste, w ginekologii oraz położnictwie można dostrzec podejmowanie przez personel działań profilaktycznych. Zob. A. Ostrowska, *Profilaktyka ginekologiczna dla kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym (na podstawie badania wykonanego na zlecenie Fundacji MSD dla Zdrowia Kobiet w 2010 roku)*, Warszawa 2010, s. 6–7.

20 Warto także zaznaczyć, iż zarówno w naukach społecznych, jak i w medycynie wyraźnie podkreśla się konieczność demedycyzacji ciąży, a więc odejścia od paradygmatu wskazującego, iż kobieta ciężarna doświadcza określonego zaburzenia. Zob. L. Nowakowska, *Refleksje nad ciążą i porodem. Perspektywa krytycznej analizy dyskursu*, „Kultura – Społeczeństwo – Edukacja”, nr 1 (2014), s. 21.

omawiane środki, w tym te działające jak ellaOne²¹, lekarz nie rozpoczyna swoim działaniem jakiegś dalszej, dłuższej trwającej procedury rozpoznawania u kobiety choroby. Środek ten nie będzie podawany jako lek standardowo wykorzystywany w ginekologii. Ma on natomiast zapobiec ciąży, która nie znajduje się w żadnej polskiej lub międzynarodowej klasyfikacji chorób lub zaburzeń. Owo zapobieganie nie tylko ma cel nieterapeutyczny, lecz także w sposób oczywisty może prowadzić do określonej szkody zdrowotnej. Przykładowo, w przypadku ellaOne charakterystyka produktu leczniczego nie tylko wskazuje, by natychmiast udać się do lekarza w chwili podejrzenia istnienia ciąży. Dokument ten zwraca uwagę, iż przeciwwskazaniem w stosowaniu tego leku są problemy zdrowotne z nerkami. Dodawano, że środek ten był badany na małej grupie osób, które nie osiągnęły 18 r.ż.²² W omawianym kontekście można dojść do przekonania, że lekarz może zostać postawiony w sytuacji wręcz paradoksalnej. Ma przepisać preparat, którego zadaniem nie jest powstrzymanie choroby, lecz niedoprowadzenie do pojawienia się całkowicie naturalnego zjawiska. Więcej, ma podjąć takie działanie, wiedząc, iż omawiane środki antykoncepcyjne mogą w sposób negatywny wpłynąć na zdrowie pacjentki²³.

Obawy Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczące potencjalnej możliwości skorzystania przez lekarza z klauzuli sumienia odnoszą się do prawdopodobieństwa zaistnienia określonego scenariusza. Dużo ciekawsze jednak jest, że w debacie prawnomedycznej i społeczno-prawnej doszliśmy do etapu, w którym walczymy o zagwarantowanie pacjentom świadczeń nieodnoszących się do działań o charakterze *stricto* medycznym. Zrozumiałe jest, iż część osób np. nie chce mieć dzieci lub w myśli o posiadaniu potomstwa później. Koniecznie trzeba jednak wskazać, że ciąża nie jest chorobą, jest zjawiskiem naturalnym, którego próżno szukać w znanych medykom wykazach chorób. Lekarz jest specjalistą, który kształci się w celu pomocy choremu, walki o jego zdrowie, a czasami – życie. Ma poznać i skutecznie (w miarę możliwości) rozwiązać problem. Ciąża zapewne dla części kobiet bywa okresem trudnym (jej pojawienie się z perspektywy psychospołecznej może komplikować określoną rzeczywistość, zmuszając np. do zmiany planów zawodowych lub edukacyjnych). Medycyna nie jest jednak specjalnością, która funkcjonuje w celu powstrzymywania zjawisk naturalnych. Z antykoncepcją ponadto wiąże się bowiem ciekawe zjawisko. Lekarz, który odmawia jej przepisania, wcale nie musi

21 Mają za zadanie niedoprowadzenie do pojawienia się ciąży, już po stosunku płciowym.

22 Charakterystyka produktu leczniczego EllaOne, Laboratoire HRA Pharma, Paryż 2014, źródło: <http://www.hra-pregnancy-registry.com/pl/download/h-1027-spc-pl-clean.pdf>, dostęp: 11 maja 2017.

23 Na temat negatywnych skutków działania antykoncepcji hormonalnej zob. Ø. Lidegaard i in., *Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study*, „BMJ” (2012), s. 344.

powoływać się na mglistą i nierealną dla wielu krytykę własnego sumienia, działania na podstawie ukształtowanych uprzednio własnych doświadczeń moralnych. Medyk może nie podjąć takiego działania, tylko i wyłącznie odnosząc się do własnej wiedzy. Jest lekarzem, który ma za zadanie diagnozować oraz leczyć.

Paradoks zespołu Downa

Ten wątek diagnozy kieruje nas w stronę szczególnego zagadnienia poruszanego w ramach dyskusji związanej z prenatalnym okresem rozwoju dziecka, a więc – jak wskazuje ustawa o Rzeczniku Praw Dziecka – „istoty od chwili poczęcia”²⁴.

Omawiany zespół nabytych cech, a więc trisomia 21. pary chromosomów, to z całą pewnością dla licznych badaczy jedno z najciekawszych schorzeń, jakie poddawane są analizie. Z jednej strony zapewne dla wielu naukowców wspomniane zaburzenie genetyczne nie stanowi w istocie inspiracji do klinicznych badań. Profesor Jérôme Lejeune już bowiem ponad 50 lat temu wraz ze swoimi współpracownikami odkrył przyczyny występowania omawianego zespołu²⁵. Z drugiej jednak strony trudno w dzisiejszych czasach dostrzec inną jednostkę chorobową, która miałoby tak sprzeczny, a zarazem paradoksalny charakter. Dzieci z zespołem Downa wielokrotnie przedstawiane są jako przykład unikalności, wyjątkowości, często nazywane są najlepszymi na świecie terapeutami: przy nich bowiem niezwykle trudno się smucić²⁶. Mówiąc jednak o wspomnianej aberracji chromosomowej, najczęściej odnosimy się również do problemu aborcji wykonywanej z racji przesłanek eugenicznych²⁷. Podobne sprzeczności ukazują coraz częściej konkretne sytuacje.

Kilka lat temu w Polsce miała miejsce tzw. sprawa Ani z Poznania. Jak donosiły wówczas media, wspomniana kobieta dowiedziała się, iż u dziecka, które nosi w łonie, zdiagnozowano zespół Downa. Osoba ta podjęła wówczas decyzję o usunięciu ciąży na podstawie wskazanej w ustawie z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży²⁸ przesłanki odnoszącej się do istotnego prawdopodobieństwa występowania u płodu schorzeń uniemożliwiających jego dalszą samodzielną egzystencję. Jak się jednak okazało, poznańscy ginekolodzy nie zdecydowali się na przeprowadze-

24 Art. 3 ust. 2 pkt 1 ustawy o Rzeczniku Praw Dziecka.

25 C. Lejeune, *Życie jest szczęściem. Jérôme Lejeune. Mój ojciec*, Kraków 2005, s. 61.

26 Zob. A. Szulc, *Nie tylko jeden chromosom więcej*, <http://pol.ska.newsweek.pl/nie-tylko-jeden-chromosom-wiecej,103653,1,1.html>, dostęp: 11 maja 2017.

27 Polska Agencja Prasowa, *Dania krajem wolnym od zespołu Downa? To przez aborcję*, <http://swiat.newsweek.pl/dania-krajem-wolnym-od-zespolu-downa--to-przez-aborcje,79700,1,1.html>, dostęp: 11 maja 2017.

28 Dz.U. nr 17 poz. 78.

nie zabiegu terminacji ciąży. Co ciekawe, nie odnieśli się do lekarskiej klauzuli sumienia. Uznali natomiast, że zespół Downa jest schorzeniem niedającym się odnieść do ustawowego stwierdzenia, zgodnie z którym: „Przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy [...] 2) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu”²⁹. Jak podkreślał bowiem w owym czasie prof. Jan Skrzypczak, „ten zespół wad wrodzonych nie spełnia warunków polskiej ustawy dopuszczającej przerywanie ciąży”. Dodawano ponadto, że aberracja ta nie musi wcale objawiać się w przyszłości ciężkim upośledzeniem bądź też pojawieniem się stanu zagrażającego życiu. Lekarze podkreślali jednakże, iż na terenie oddziału, gdzie przebywała „Pani Ania”, aborcja jest możliwa, ale tylko w przypadku wad letalnych, czyli takich, które nie rokują przeżycia dziecka, np. bezmózgowie, bezczaszki czy zespół Edwardsa. Jak donosiły media, kobieta poddała się zabiegowi aborcji w jednym z warszawskich szpitali³⁰. Zespół Downa, jako swoiste zjawisko, podzielił w Polsce świat nauki.

Spór dotyczący statusu osób z zespołem Downa to z całą pewnością interesujące zagadnienie zarówno z perspektywy prawnej, medycznej, jak i etycznej. Jak się jednak okazuje, w ostatnich latach z uwagi na wyraźny postęp w diagnostyce wad wrodzonych u płodu, dostrzegamy nową grupę zainteresowaną podobnymi dyskusjami. Są nimi dzieci ze wspomnianym zespołem oraz ich rodzice.

W przeszłości np. dzieci, u których występowały wyraźne objawy wskazanego zaburzenia, nieuchronnie były narażone na wykluczenie. Najpierw uznawano, że wszelka forma upośledzenia to w istocie działanie zła. Następnie, jak przypomina Clara Lejeune, osoby z trisomią 21. pary chromosomów określane były mianem mongołów, którzy najpewniej poczęli się w wyniku zdrady małżeńskiej. Odkrycie przyczyn występowania wspomnianego schorzenia wydawało się nieść kres podobnym spekulacjom. Miało wprowadzić je ostatecznie na salony poważnej medycyny³¹. Doszło jednakże do działań odwrotnych. Zespół Downa stał się w istocie „głównym poszukiwanym” podczas diagnostyki prenatalnej. W kolejnych krajach doprowadził do stanu, w którym osoby z ww. zespołem są coraz mniej dostrzegane, coraz rzadziej się rodzą³².

29 Tamże.

30 Temat ten poruszony został w trakcie wywiadu, jaki Grzegorz Sroczyński przeprowadził z dr Marzeną Dębską oraz prof. Romualdem Dębskim, zob. G. Sroczyński, *Nie mówię o aborcji. Mówię: Ma pani wybór*, http://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/1,96856,11518946,Nie_mowie_o_aborcji__Mowie__Ma_pani_wybor.html, dostęp: 11 maja 2017.

31 B. Kmiecik, *Życie na przekór prawu*, „*Idziemy*”, nr 14 (2015), s. 20.

32 T.P. Terlikowski, *Nowa kultura życia. Apologia bioetyki katolickiej*, Warszawa 2009, s. 147–148.

Szczególnie interesujące jest to, że w czasach szybkiego dostępu do informacji wiedza na temat społecznego postrzegania wskazanego schorzenia genetycznego dociera również do głównych zainteresowanych, a więc osób, u których je wykryto, oraz ich rodzin. Ostatnia dyskusja, jaka miała miejsce we Francji, jest tego doskonałym przykładem. Zgodnie z decyzjami lokalnych organów sądowych wprowadzono standard, który zakazuje prezentowania wizerunku osób z zespołem Downa w kampaniach mających na celu zwrócenie uwagi na negatywne skutki aborcji³³.

Podobne decyzje powodują pojawienie się pytań kluczowych dla refleksji bioetycznej:

- 1) czy w przestrzeni medialnej w ramach kampanii społecznych jest dopuszczalne prezentowanie wizerunku chorych/niepełnosprawnych dzieci;
- 2) być może kampanie te niejako już na wstępie naruszają prawa człowieka, które rozumiane są jako wolność od wyrzutów sumienia potencjalnie mogących się pojawić w związku z przypomnieniem sobie o aborcji;
- 3) jak w takiej sytuacji czują się osoby, którym w dzieciństwie wykryto dodatkowy chromosom w niezbadanej nadal puli genetycznej;
- 4) czy nie żyjemy *de facto* w paradoksalnych czasach, gdy część osób, oglądając telewizję, może się zastanowić, czy nie postępuje na przekór prawu.

Podobne wątpliwości stają się coraz częstszym elementem dyskusji także w naszym kraju.

Warto odnieść się do wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu w sprawie *R.R. przeciwko Polsce*. Polska przegrała wówczas sprawę dotyczącą nieudzielenia rzetelnej informacji kobiecie spodziewającej się dziecka prawdopodobnie z zespołem Turnera. Osoba ta zaznaczała, że rozważy aborcję w razie potwierdzenia tego schorzenia w badaniach prenatalnych. W sprawie tej faktycznie pewne zdziwienie budziło postępowanie lekarzy, którzy, jak podkreślał Trybunał, odlewali badanie. Czy jednak zespół Turnera stwierdzony u płodu uprawnia do wcześniejszego zakończenia ciąży w drodze aborcji? Nie jest on zaburzeniem o charakterze letalnym, a więc prowadzącym do śmierci dziecka przed jego naro-

33 J. Duduła, *Zakaz publikacji uśmiechniętych buzi dzieci z zespołem Downa*, źródło: <http://gosc.pl/doc/3563939>. Francja-Zakaz-publikacji-usmiechniętych-buzi-dzieci-z-zespołem, dostęp: 11 maja 2017. Zob także J. Podgórska-Jahnik, *Praca socjalna z osobami z niepełno sprawnościami i ich rodzinami*, Warszawa 2014, s. 19.

dzeniem lub też tuż po nim. Nie powoduje on ponadto ciężkiej niepełnosprawności uniemożliwiającej człowiekowi samodzielnią egzystencję³⁴.

Wszelkie dyskusje dotyczące zagadnień moralnych z całą pewnością zawsze będą się odnosić do problemów ogólnych. Dzięki temu tworzone są np. standardy postępowania³⁵. W podobnych debatach coraz częściej zapominamy jednak, że formując ważne, istotne, a nierzadko również głębokie wnioski filozoficzne, nie pamiętamy o tym, iż naszym debatom przysłuchiwać się mogą osoby dotknięte określoną trudnością lub danym schorzeniem³⁶.

Paradoks w aborcji

Przywołane zagadnienia powiązane z zastosowaniem diagnostyki prenatalnej muszą zostać uzupełnione o istotne stwierdzenie, że podobne działanie zmierzające do poznania stanu zdrowia nienarodzonego dziecka mają ogromne znaczenie. Wielokrotnie pozwalają na podjęcie działań mających na celu poprawę stanu zdrowia płodu, który jest przede wszystkim pacjentem³⁷. Analizując jednakże poruszoną w proponowanych rozważaniach tematykę aborcji, dojść można do wniosku, iż wielu wypadkach ujawnia ona istnienie kluczowych sprzeczności. Tym samym obecna dyskusja dotycząca modyfikacji krajowych przepisów odnoszących się do legalnych aspektów przerwania ciąży musi zostać uzupełniona o kilka ważnych uwag wskazujących na niepokojące luki oraz paradoksy obowiązujących rozstrzygnięć ustawowych.

Przywołana już ustawa o planowaniu rodziny w art. 4a pkt 1 zezwala na dokonanie aborcji w przypadku, w którym „ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej”. Pierwsza część cytowanego przepisu odnosi się do szczególnej sytuacji, w której zgodnie z wiedzą medyczną istnieje pewność, iż dalsze trwanie ciąży w sposób bezpośredni prowadzić może do stanu zagrożenia życia kobiety w ciąży³⁸. Dokładna analiza drugiej części wspomnianego unormowania (dotycząca

34 B. Kmiecik *Wyrok w sprawie R.R. przeciwko Polsce – aspekty prawne, etyczne i społeczne*. „Życie i płodność – aspekty ludzkiej prokreacji” nr 16 (2011), s. 5–19.

35 B. Chyrowicz, *Metody bioetyki*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Warszawa 2013, s. 33–47.

36 A. Szulc, *Nie tylko...*, dz.cyt.

37 Zob. *Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków*, Warszawa 2011; J.A. Deprest, K. Nicolaides, E. Gratacos, *Fetal Surgery for Congenital Diaphragmatic Hernia Is Back from Never Gone*, „Fetal Diagnosis and Therapy”, nr 29 (2011), s. 7–9.

38 Art. 39 w zw. z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty odnosi się potencjalnie do podobnej sytuacji. W tym ujęciu np. lekarz, który dostrzega, iż dalsze trwanie ciąży zagraża życiu kobiety, nie może powołać się na klauzulę sumienia.

zdrowia pacjentki) powoduje jednak, iż dojść można do zaskakujących wniosków. Literalne bowiem stosowanie cytowanego przepisu powoduje, iż można dojść do wniosku, zgodnie z którym każda ciąża może być przerwana z racji na pojawienie się samej ciąży³⁹.

Podobny, wydawałoby się sprzeczny pogląd w pełni ukazuje niespójny oraz wadliwy charakter obecnych przepisów dotyczących legalnych aspektów przerwania ciąży. Warto bowiem pamiętać, że czas oczekiwania na narodzenie się dziecka nieuchronnie wiąże się z pojawieniem się u kobiety objawów bezpośrednio wpływających na stan jej zdrowia fizycznego i psychicznego. Objawy te to np.: senność, bóle mięśni, skurcze, stany obniżonego nastroju, czasowe problemy nefrologiczne, niebezpieczeństwo wystąpienia zakrzepów spowodowanych długotrwałym przebywaniem w pozycji leżącej, np. z powodu problemów z donoszeniem ciąży, cukrzyca ciążowa wymagająca nagłej zmiany nawyków żywieniowych itd.⁴⁰ Takie stany, niejednokrotnie towarzyszące ciąży, są wprost powiązane z dynamicznymi zmianami obserwowanymi w kobiecym ciele, przygotowującym się na rozwój dziecka w fazie prenatalnej. W praktyce jednak podobne naturalne objawy mogą zostać uznane za niepokojące symptomy prowadzące do niebezpieczeństwa utraty zdrowia przez kobietę⁴¹.

Obecnie obowiązujący przepis, zezwalając w podobnym przypadku na przerwanie ciąży, jest – jak podkreślono – wewnętrznie sprzeczny. Wskazuje on bowiem na możliwość dokonania aborcji w sytuacji, w której to ciąża powoduje zagrożenie dla zdrowia kobiety. Podobne zagrożenie czasowej utraty zdrowia jest jednak stałym i nieodzownym elementem okresu oczekiwania na narodziny dziecka. Przepis ten powoduje ponadto pojawienie się mylnego przekonania, zgodnie z którym wystąpienie u kobiety np. obniżonego nastroju stanowi podstawę do usunięcia ciąży, w której to występowanie podobnych objawów jest zjawiskiem naturalnym spowodowanym zmianami hormonalnymi⁴².

Wskazując na sprzeczności, warto odnieść się również do sytuacji dziecka poczętego.

Jak stanowi art. 4a pkt 2 ustawy o planowaniu rodziny, przerwanie ciąży jest możliwe, gdy „badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na

39 R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2009, s. 543–552.

40 Zob. J. Krzyżanowska-Zbudzka, *Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym*, Warszawa 2009, s. 16.

41 Do podobnych wniosków dochodzą kolejne krajowe parlamenty zezwalające na dokonanie aborcji z racji na niebezpieczeństwo utraty zdrowia psychicznego przez kobietę. Zob. B. Kmieciak, *Psychospołeczne i prawne konteksty zabiegu przerwania ciąży*, [w:] *Prawo. Psychiatria. Społeczeństwo*, red. B. Kmieciak, Katowice 2016, s. 43–44.

42 Tamże.

duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu⁴³. Pojawiające się co roku rządowe sprawozdanie dotyczące wykonania ww. ustawy wskazuje, iż to właśnie przywołana w tym miejscu eugeniczna przesłanka stanowi podstawę przeprowadzenia w Polsce większości aborcji. Do dzisiaj nie wiadomo jednak, o jakich konkretnych zaburzeniach, anomaliach oraz chorobach mowa we wspomnianym unormowaniu.

W tym miejscu konieczne jest zwrócenie uwagi na treść art. 157a § 2 k.k. Zgodnie z jego treścią „Nie popełnia przestępstwa lekarz, jeśli uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia dziecka poczętego są następstwem działań leczniczych, koniecznych dla uchylenia niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu lub życiu kobiety ciężarnej albo dziecka poczętego”. Cytowany przepis prezentowany jest jako uzasadnienie niepociągania do odpowiedzialności karnej lekarza dokonującego eugenicznej aborcji. Dokładna analiza treści tego przepisu, dokonana w kontekście przerwania ciąży, prowadzi jednak do pojawienia się zaskakujących wniosków.

Lekarz – co zrozumiale – nie może ponosić odpowiedzialności karnej w chwili, w której ratując życie kobiety, doprowadził do śmierci dziecka poczętego. Dział on bowiem w stanie wyższej konieczności (art. 26 k.k.) Cytowany przepis (tj. art. 157a § 2 k.k.) nie przewiduje również kary, w przypadku gdy lekarz, ratując zdrowie lub życie poczętego dziecka, w sposób niezamierzony doprowadził do jego śmierci. W artykule tym nie znajdujemy jednak sytuacyjnego wzorca odnoszącego się do momentu, w którym to lekarz doprowadza do śmierci dziecka, uprzednio diagnozując u niego określone schorzenie, które – jak wskazano w art. 4a u.p.r. – zagraża jego życiu. W podobnej konstelacji zdarzeń diagnoza określonej wady nie skutkuje zatem zastosowaniem terapii wobec dziecka poczętego, ale staje się wyłączną przyczyną podjęcia działań doprowadzających do jego śmierci. Artykuł 157a § 2 k.k. wyłącza karność lekarza w chwili, w której to lekarz doprowadza do śmierci dziecka poczętego, jednocześnie dążąc do poprawy stanu jego zdrowia – ratując jego życie. W wypadku jednak aborcji nie mamy do czynienia z podobną intencją. Lekarz nie ratuje życia dziecka, ale przyczynia się do jego zakończenia⁴⁴.

Ukazując wybrane konteksty związane ze przeprowadzaniem w Polsce aborcji, warto także zwrócić uwagę, iż wspomniane poczęte dziecko ma status pacjenta.

43 W Polsce od wielu już lat większość aborcji podejmowanych jest na podstawie cytowanego przepisu. Zob. *Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w 2008 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o skutkach jej stosowania*, Warszawa 2009, s. 46–47; *Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w 2008 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o skutkach jej stosowania*, Warszawa 2014, s. 77.

44 B. Kmiecik, *Prawa dziecka jako pacjenta*, Warszawa 2016, s. 116.

Stanowisko to jest w pełni zgodne z art. 39 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Przepis ten zobowiązuje lekarzy, by podejmując działania wobec kobiet w ciąży, obejmowali troską lekarską zarówno mamę, jak i rozwijające się w niej dziecko. Zgodnie z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarze zobowiązani są do wykonywania zawodu „zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”. Przepisy kodeksu etycznego posiadają w tym aspekcie zatem kluczowe znaczenie pod kątem respektowania przez lekarza praw należnych pacjentowi⁴⁵.

Refleksje końcowe

Debata bioetyczna trwa w Polsce nieprzerwanie od ponad dwudziestu lat. Skupia się ona przede wszystkim na zagadnieniach związanych początkiem ludzkiego życia⁴⁶. Problematyka ta ma szczególny charakter. Odnosi się ona bowiem do kluczowych zagadnień związanych z ludzkim zdrowiem. Powiązana jest ona również z konkretnymi emocjami, z jednej strony wskazującymi na posiadane obawy, a z drugiej – lęki, związane z określoną sytuacją. Śledząc debatę medialną, społeczną oraz naukową dotyczącą problematyki antykoncepcji, badań prenatalnych oraz aborcji⁴⁷, dojść można do wniosku, iż wszelkie argumenty medyczne, etyczne oraz prawne zostały już przedstawione przez dwie strony sporu⁴⁸. Analizując jego charakter oraz natężenie, należy uznać, że jego zakończenie jest niemożliwe. Bez względu jednak na podobne spostrzeżenia, trzeba podkreślić, że nadal konieczne jest podejmowanie badań, refleksji oraz krytycznej oceny elementów składających się na główny obszar zainteresowań spierających się zwolenników oraz przeciwników aborcji przez przedstawicieli zawodów medycznych. Rozwój medycyny, ale również powstający na jego bazie progres w zakresie etyczno-prawnej oceny określonych sytuacji zmusza do zagłębiania się w problematykę, która z całą pewnością wielokrotnie kieruje nas w stronę skomplikowanej rzeczywistości, której podstawą analizy powinien być przede wszystkim szacunek dla godności człowieka od chwili jego poczęcia⁴⁹.

45 Zob. Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., Warszawa 2004 (tekst jednolity zawiera zmiany uchwalone 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy).

46 A. Muszala, *Czy ludzki embrion jest osobą ludzką?*, [w:] *Człowiek – od kiedy?*, red. R. Słowiński, Poznań 2013, s. 88–99.

47 Celowo w tym miejscu pominięty zostaje obszar dyskusji dotyczącej zapłodnienia za pomocą *in vitro*. Wiąże się on bowiem z nieco odmiennymi kontekstami.

48 J. Szyran, K. Baranowski, *Życie ludzkie jako przedmiot i podmiot prawa*, „Roczniki teologii katolickiej”, nr 2 (2012), s. 4–6.

49 Zob. w tym kontekście: B. Kmiecik *Paradoksy współczesnej debaty bioetycznej*, [w:] *Aksjologiczne wyzwania współczesności*, red. Z. Kobylińska, H. Skorowski, M. Melnyk, Olsztyn–Warszawa 2014, s. 64–80.