

## Czy medycynie potrzebna jest etyka?

Etyka medyczna jest jednym z najstarszych i najbardziej akceptowanych systemów etycznych. Przekracza ona granice kulturalne i narodowe i jednoczy lekarzy w jedną grupę oddaną dobru pacjenta. Mimo wszystkich wojen, politycznych zmian, konfliktów społecznych i czasów upadku kulturalnego przetrwała niezmiennie ona przez 2500 lat. Przed dwudziestu laty rozpoczęła się przebudowa tego starego systemu moralnego, najbardziej agresywna ze wszystkich jego przemian w długiej historii. Nie wiemy jeszcze jak daleko pójść te zmiany. Jedno wydaje się pewne, etyka medyczna XXI stulecia nie powróci więcej do starych wzorów. /Edmund D. Pellegrino/ (1)

Wprowadzenie

Edmund Pellegrino we wstępie do książki Bioetyka w USA bardzo kategorycznie ogłasza przebudowę gmachu etyki medycznej od starożytności na kodeksie Hipokratesa. Warto dzisiaj, gdy niezależnie od wszelkich kłopotów związanych z reformą finansowania służby zdrowia, wchodzimy jednak w sferę podobnych problemów z jakimi boryka się ona na zachodzie Europy, Ameryce Północnej i innych państwach tzw. pierwszego świata wskazać niektóre, w jakimś stopniu dla nas nowe, kwestie etyczne w medycynie. Są one związane zarówno z postępem samych technik biomedycznych, jak i zmianą statusu społecznego lekarza.

W etyce hipokratejskiej obowiązywał model lekarza dobrego specjalisty, zgłębiającego swoją wiedzę, solidarnego z innymi przedstawicielami swojego zawodu, w swojej wrażliwości etycznej kierującego się dobrem pacjenta, odpowiedzialnego w swoim sumieniu przed Bogiem (bogami). Wydaje się, że tej wizji, preferującej personalistyczny model odpowiedzialności, przeciwstawiają się dzisiaj tendencje do przesunięcia akcentu na materialne i prawne konsekwencje działania lekarskiego.

Idea regulacji ekonomiczno prawnych jest w swojej zasadzie bardzo jasna: system, w którym funkcjonują lekarze ma wymusić zdecydowane respektowanie obowiązków wobec pacjenta i bezpośrednio finansującej leczenie kasy chorych. Obowiązków wynikających przede wszystkim z prawa stanowionego: prawa karnego, cywilnego, prawa resortowego.

Chciałbym dzisiaj wskazać na pewną ambiwalencję etyczną owego przesunięcia akcentów z etyki na prawo stanowione i ekonomię. W swoich podstawach prawo i system kas chorych finansujących leczenie służą bez wątpienia pacjentowi. Czasami jednak system ten może wymuszać także działania na granicy, czy wręcz ze szkodą dla poczucia etycznego lekarza.

Może nie są to tak drastyczne nadużycia jak przymusowe akcje sterylizacji w Indiach, polityka aborcyjna w Chinach, czy też nadużycia w opiece nad niepełnosprawnymi dziećmi w Rumunii w czasie rządów N. Ceausescu ale nie można też lekceważyć ich wagi i zamykać oczu na ich istnienie. Etyka wobec ekonomii

Mówi się, że kiedy nie wiadomo o co chodzi, chodzi na pewno o pieniądze. Służba zdrowia oparta o regul realnego socjalizmu przeżyła w Polsce zapaść. Marne pensje lekarzy, pielęgniarek, personelu pomocniczego, chroniczne niedoinwestowanie, braki organizacyjne, konieczność pracy na kilku etatach. to sprawy znane każdemu. Powszechne przekonanie, że trzeba indywidualnie dopłacić, aby zapewnić sobie należyte traktowanie w szpitalu z pewnością nie podnoszą prestiżu lekarza.

Nie można nazwać zdrową sytuacją, kiedy ktoś po zdaniu matury, sześcioletnich, bardzo intensywnych studiach, mając w perspektywie konieczność stażu, ciągłego doksztalcania się, zdobywania specjalizacji itd. zarabia w głównym miejscu zatrudnienia mniej (nie lekceważąc bynajmniej żadnej grupy zawodowej) niż kolega, fachowiec np. z branży murarskiej po kursie przyuczającym do zawodu.

Ktoś ze znajomych lekarzy mówił, jak trudno znieść taką sytuację, kiedy z jednej strony ktoś gotów mi wpychać do kieszeni kopertę, z drugiej patrzy na człowieka z pogardą, jak na tego, co bierze, którego trzeba kupić, czy też dać mu jałmużnę.

System ubezpieczeń zdrowotnych i kas chorych, tam gdzie działają one od dziesiątków lat stwarza inną

sytuację, wydaje się zdrowszą sytuację. Tak to jednak jest, że na miejsce jednych problemów pojawiają się inne. Kasy chorych, szczególnie w państwach o wysokim dochodzie mieszkańców co prawda w miarę dobrze płacą pracownikom służby zdrowia, jednocześnie jednak bardzo skutecznie określają zakres ich działalności. Opierając swoją działalność dosyć często przede wszystkim na zasadach ekonomii.

Żaden system nie gwarantuje uczciwości działających w jego ramach. Brak etyki poszczególnych osób owocuje na Zachodzie stosunkowo często wykonywaniem niekoniecznych badań i zabiegów na zasadzie dajcie mi pacjenta a jakaś choroba na pewno się znajdzie.

Opowiadano mi niedawno o takim dosyć charakterystycznym przypadku. Pewna osoba zgłosiła się do dentysty prosząc wypełnienie małego ubytku. Lekarz zrobił od razu zdjęcie rentgenowskie i oświadczył, że konieczne jest intensywne leczenie paradontozy polegające m.in. na rozcięciu dziąsła i wszczepieniu w miejsce po usuniętym zębie masy go zastępującej. Czas leczenia przewidywany jest na kilku tygodni, jego cena wedle cenników kasy chorych do kilku tysięcy marek niemieckich nie do końca refundowanych przez kasę chorych. Pacjentka, która nie obserwowała wcześniej żadnych objawów owej paradontozy zwróciła się do dwóch innych specjalistów, którzy nie potwierdzili rozpoznania, natomiast zwrócili uwagę, że są właśnie pieniądze w ramach projektu zwalczania owej choroby i prawdopodobnie to jest motywem, by przeprowadzić owo w tym wypadku całkowicie niepotrzebne leczenie.

Z tego typu przypadkami sprawa jest dosyć prosta, bo nie dość fachowy, nadgorliwy, lub w końcu także nieuczciwy lekarz bardzo łatwo może popaść w konflikt z kasą chorych i samym pacjentem, co nie jest zbyt dla niego przyjemne.

Chciałbym jednak zwrócić uwagę nie tyle na nadużycia bezpośrednio związane z brakiem etyki zawodowej poszczególnych lekarzy, co na niebezpieczeństwa wynikające z samej struktury tego systemu w jego podejściu do nowoczesnych technik medycznych, na podstawie historii niemieckiego podejścia do dyskutowanej obecnie także w Polsce sprawy inwazyjnych badań prenatalnych i w szczególności do amniocentezy. Rachunek kosztów i zysków, czy wrażliwość etyczna?

Pod koniec lat siedemdziesiątych zakończył się w klinikach niemieckich program badawczy, który doprowadził do stosunkowo dobrego opanowania technik pobierania materiału genetycznego z płynu owodniowego i (nieco później) z kosmków łożyska oraz zadowalającej skuteczności samej diagnostyki anomalii na poziomie chromosomalnym. Innymi słowy istniały możliwości diagnozowania takich schorzeń jak zespół Downa, zespół Turnera (X0), Klinefeltera (XXY) oraz wielu chorób (np. metabolicznych) uwarunkowanych genetycznie.

Po zakończeniu eksperymentów klinicznych z amniocentezą i co za tym idzie perspektywie rychłego zaprzestaniu finansowania dalszych badań z funduszy przeznaczonych jak to mówią Niemcy na Forschung i eksperymenty, rozwój metody pojawiło się zasadnicze pytanie: jakie praktyczne rozwiązanie wybrać wobec owych diagnostycznych możliwości? Czy jest potrzeba i do jakiego stopnia istnieje konieczność rozbudowy sieci placówek świadczących usługi w dziedzinie badań prenatalnych? Jak przekonać kasy chorych, aby finansowały na szerszą skalę amniocentezę, placentocentezę i inne metody diagnostyki prenatalnej?

Możliwości prenatalnego diagnozowania schorzeń genetycznych nie idą w parze z możliwościami terapii i praktycznie stwierdzenie choroby jest związane z propozycją aborcji a nie leczenia dziecka obciążonego schorzeniem genetycznym. Oczywiście samo badanie może w wielu przypadkach prowadzić do uratowania życia dziecku, zwłaszcza gdy rodzice z grupy ryzyka będą zdeterminowani do przerwania ciąży ze względu na to niebezpieczeństwo mogą dosyć dużym prawdopodobieństwem dowiedzieć się, że ich dziecko nie cierpi na określoną chorobę. Typowym przykładem jest tutaj zespół Downa, którego częstość występowania zależy m.in. od wieku matki, lecz prawdopodobieństwo zaistnienia schorzenia nawet dla kobiet w wieku 45 lat jest w granicach 2,85%–5,23%.<sup>(2)</sup> Jednak najczęściej inwazyjna diagnostyka prenatalna jest kojarzona z możliwością wyeliminowania chorych dzieci już przed ich urodzeniem.

Argumentacja za rozbudową sieci placówek wykonujących diagnostykę prenatalną przyjmuje różne formy, chciałbym zwrócić jednak uwagę na jeden z rozdziałów raportu pt. Pränatale Diagnostik (3) opublikowanego w 1978 r. pod redakcją czołowych niemieckich genetyków Murkena i Stengel-Rutkowski. Został on opracowany przez Gebharda Flatza i nosi tytuł: Porównanie kosztów i zysków prewencji zespołu Downa poprzez diagnostykę prenatalną. (4)

W omawianej pracy po przedstawieniu metod badań prenatalnych ich skutków oraz ograniczeń komitet redakcyjny sformułował postulaty dotyczące rozbudowy sieci placówek, które miałyby zajmować się ich przeprowadzaniem. Z niemiecką dokładnością uzasadniał te wnioski m.in. konkretnymi analizami kosztów i zysków Gebhart Flatz.

Przedstawił on koszty funkcjonowania ośrodków wykonujący amniocentezę, analizę chromosomalną oraz aborcję w wypadku wystąpienia anomalii chromosomowych. Wedle jego obliczeń w wypadku zastosowanie przesiewowych badań kobiet powyżej czterdziestego roku życia koszt amniocentezy powinien wynosić 977 DM plus koszt ewentualnego przerwania ciąży w szpitalu 690 DM.

Kolejnym krokiem było wskazanie kosztów leczenia i opieki nad dziećmi, które urodziło się z zespołem Downa. Autor wskazywał na koszty leczenia szpitalnego ponoszone przez kasy chorych, w tym koszty opieki nad dziećmi, które umierają we wczesnym okresie życia, także koszty np. gimnastyki o charakterze rehabilitacyjnym, tworzenia specjalnych warunków w przedszkolach itd. Według jego szacunków opieka nad dzieckiem z zespołem Downa w pierwszym roku jego życia kosztowała na przełomie 1976/77 przeciętnie 248.000 DM. W wypadku przeprowadzenia koniecznych jego zdaniem inwestycji dla należytej opieki nad tymi dziećmi koszty zostałyby zwiększone do 330.000 DM.

Flatz oszacował następnie ile badań diagnostycznych trzeba byłoby w Niemczech przeprowadzić w poszczególnych grupach wiekowych w ciągu roku i porównał koszty. Na podstawie danych statystycznych wskazał np., że w grupie kobiet powyżej 40 roku życia potrzeba byłoby wykonać ich około 8900 rocznie. (por. tabela) W grupie tej występuje około 172 wypadki trisomii 21. W przypadku grupy kobiet powyżej 40 roku życia zysk jego zdaniem wynosi 16 642 000 DM, w grupie kobiet 37-39 lat zysk 144 000 DM, w grupie 35-36 lat jest natomiast deficyt 11 913 DM.

Nie wiem do końca, jakie motywy kierowały odpowiedzialnymi za inwestycje i strategie rozwojowe w niemieckiej służbie zdrowia. Nie można ich sprowadzać tylko do ekonomii, chociaż bardzo mocno zaznaczyła ona swoje istnienie. Faktem jest, iż obecnie w Niemczech istnieje sieć co najmniej kilkudziesięciu wyspecjalizowanych placówek w których przeprowadza się rutynowo dobrowolnie inwazyjne badania prenatalne mające wskazać anomalie genetyczne. Prawo niemieckie pozwala na aborcję ze względu na szeroko pojęte wskazania medyczne i w praktyce w wypadku prenatalnego zdiagnozowania anomalii genetycznych w ponad 90 % się ją przeprowadza.

Rachunek kosztów i zysków ukazuje ile można zaoszczędzić eliminując chore dzieci w łonie matki. Nasuwa się jednak refleksja, że dużo więcej można byłoby zyskać zgadzając się na uśmiercanie ciężko chorych noworodków, czy eutanazję osób obłożnie chorych.

Trzeba wskazać jednak, że nie tylko Kościół katolicki protestuje przeciwko traktowaniu osób obciążonych anomaliami genetycznymi jako ludzi gorszego gatunku, jako kogoś kto jest bezproduktywny i wymaga tylko nakładów materialnych. Charakterystyczne jest dosyć duże zaangażowanie organizacji społecznych działających na rzecz osób obciążonych umysłowo. Bardzo duże zastrzeżenia wobec regulacji prawnych sprzyjających prowadzeniu przesiewowych badań prenatalnych i aborcji dzieci obciążonych schorzeniami genetycznymi wysuwają także przedstawiciele interesów osób upośledzonych, szereg lekarzy, szczególnie pediatrów, ruchy „pro life” różnej proveniencji, prawnicy, a nawet niektóre organizacje feministyczne.

Akcentowane jest m.in. to, iż stosowanie przesiewowych badań mające wykryć anomalie genetyczne w zasadzie prowadzi do tego, że rodzice dzieci narodzonych z tego typu schorzeniem są widziani często

jako osoby nieodpowiedzialne, obciążające siebie dodatkowymi problemami i narażające społeczeństwo na poważne koszty. Niebezpieczeństwo dominacji prawa nad etyką

Indywidualna wrażliwość etyczna i odpowiedzialność pracownika służby zdrowia jest w dużym stopniu kontrolowana przez prawo państwowe, resortowe prawo Służby Zdrowia a także przepisy związane z funkcjonowaniem zakładów ubezpieczeń społecznych. H. Honsel we wstępie do jednego z najlepszych niemieckojęzycznych podręczników prawa lekarskiego pisze:

"W medycynie idzie o zdrowie i chorobę, o życie i śmierć. Pytania z dziedziny etyki grają więc bardzo ważną rolę. Wcześniej było samo przez się zrozumiałe, że większość problemów w tej dziedzinie trzeba pozostawić etyce lekarskiej. Dzisiaj jest inaczej. Można prawie powszechnie zauważyć zjawisko, że zacieśniają się coraz bardziej przestrzenie, które nie są regulowane prawem. (...) Prowadzi to do tego, że w przypadkach granicznych trudnych rozstrzygnięć lekarskich decyzje nie podejmowane są w oparciu o etykę i sumienie, lecz o literę prawa". (5)

W poprzednim systemie państwo z jednej strony stawiało lekarza wobec wielu ograniczeń, z drugiej jednak dawało dosyć skuteczny parasol ochronny. Lekarz, pracownik państwowej służby zdrowia cieszył się swego rodzaju immunitetem. Skargi sądowe przeciwko poszczególnym lekarzom i całym placówkom służby zdrowia zdarzały się stosunkowo rzadko i nie przynosiły najczęściej efektów.

Sytuacja jest zgoła inna, gdy pomiędzy lekarza a pacjenta wchodzi kasa chorych, zakład prowadzący ubezpieczenia zdrowotne mający (na Zachodzie) najczęściej do dyspozycji własnych niezależnych ekspertów medycznych oraz prawników specjalizujących się w sprawach medycznych, żyjących z prowadzenia tego typu procesów. W tym wypadku z jednej strony prawa pacjenta do fachowej opieki medycznej wydają się dużo lepiej zagwarantowane. Z drugiej jednak strony mamy do czynienia, zwłaszcza w USA z sytuacją czyhania na błąd, niedbałość, opieszałość, zaniedbanie (niem. Fahrlässigkeit), aby go obciążyć np. kosztami odszkodowania wobec poszkodowanego pacjenta.

Coraz częściej medycyna uznawana jest jako jedna z nauk ścisłych, nie różniących się zasadniczo od innych nauk badających rzeczywistość materialną, w związku z tym nie można jej ujmować jako sztuki, a lekarza jako sui generis artysty. Jego działanie nie może być dowolne, lecz musi opierać się na wynikach nauki lekarskiej, jako podstawie trafnego postępowania i przewidywania skutków tego postępowania w każdym konkretnym przypadku. W większości krajów rozwiniętych obowiązują od wielu lat bardzo szczegółowe "standardy medyczne" - algorytmy postępowania, wytyczne, zalecenia dotyczące opieki medycznej w poszczególnych jednostkach chorobowych. Obecnie są one opracowywane także w Polsce. (6) W tym kontekście zaczęto używać - obok dawniejszego terminu błąd w sztuce lekarskiej - terminu błąd lekarski. Mówi się o swego rodzaju dyktacie prawa.

Prawo, zgodnie z zasadami etyki deontologicznej, ma gwarantować pewne minimum etyczne obowiązujące w danej społeczności i chronić pacjenta. Z pewnością to w ogromnej mierze czyni. Z drugiej natomiast wrażliwość etyczna może zostać zepchnięta drugi plan poprzez zobowiązania czysto prawne.

W naszej rzeczywistości widać to czasami bardzo dokładnie. Lekarza obowiązują np. konkretne rygory dotyczące kierowania pacjenta do wyspecjalizowanych placówek. Stan konkretnego pacjenta nie jest jeszcze bardzo poważny, ale lekarz mówi: napisałem; ostry przypadek wymagający hospitalizacji, bo zanim by pan przeszedł całą procedurę związaną ze skierowaniami na badania, to pewno sytuacja byłaby krytyczna.

Trzeba dążyć do tego, aby takie biurokratyczno-organizacyjne paradoksy zostały jak najszybciej, przynajmniej w pewnej mierze, zlikwidowane. Można chyba mieć nadzieję, że przy dobrej woli wszystkich stron stanie się to wcześniej czy później. Chciałbym jednak zwrócić uwagę na trudniejsze do rozwiązania problemy związane m.in. z tym, że za dyktatem ekonomii idzie dyktat prawa. Prawa, które może być lepsze lub gorsze. Pozostajemy w dziedzinie diagnostyki prenatalnej.

22.11.1983 r. zapadł w ówczesnej Republice Federalnej Niemiec wyrok w sprawie amniocentezy (tzw.

Amniozenteseurteil). Lekarz został mianowicie po narodzeniu się dziecka obciążonego anomalią chromosomową skazany na ponoszenie wszelkich kosztów jego utrzymania i wychowania. Został on oskarżony, że nie dość dokładnie wyjaśnił przyszłej matce, że w wieku 39 lat istnieje zwiększone niebezpieczeństwo wystąpienia trisomii 21 i innych wad genetycznych u jej potomstwa i nie dość stanowczo wskazał na istnienie diagnostyki prenatalnej. W kolejnym procesie dotyczącym trisomii 21 z 07.07.1987 r. zapadł podobny wyrok określając w bardzo zdecydowany sposób praktykę orzecznictwa w podobnych sprawach. (7)

Niemieccy prawnicy określili, że lekarz ma kobiecie oczekującej dziecka a należącej do jakiegokolwiek grupy ryzyka genetycznego nie tylko wskazać to niebezpieczeństwo oraz wyjaśnić możliwości badania prenatalnego, ale ma uczynić to ausreichend ý wyczerpująco. W praktyce pacjentka, która mimo, iż należy do grupy ryzyka, rezygnuje z badania prenatalnego proszona jest najczęściej o podpisanie stosownego oświadczenie.

Jeszcze dalej poszło prawodawstwo niektórych kantonów szwajcarskich. W Zürichu sąd kantonalny postanowił 23. IX. 1996 r., że uczennice, które przygotowują się do zawodu położnej muszą odbyć obowiązkowo praktykę przy wykonywaniu późnej aborcji na zasadzie wymuszonego porodu. Jest to związane bezpośrednio z amniocentezą, której wyniki są do dyspozycji dopiero około 18-23 tygodnia ciąży, czyli pod koniec drugiego, lub nawet na początku trzeciego trymestru ciąży. Sędziowie ocenili, iż w wypadku, gdy prawo do diagnostyki prenatalnej i prawo do przerwania ciąży w wypadku choroby dziecka gwarantowane są przez ustawodawstwo kantonalne, służba zdrowia powinna gwarantować także fachową pomoc w tej dziedzinie. Jeżeli nie ma dość chętnych, którzy dobrowolnie tego się zechcą nauczyć i podjąć, należy zagwarantować to przy pomocy regulacji prawnych. (8)

Interesy materialne i regulacje prawne uzupełniają się w tym wypadku wzajemnie, jak kamyki mozaiki. Czy podobnie będzie w wypadku eutanazji i wczesnej eutanazji dzieci upośledzonych?

Z pewnością problem zawiera cały szereg różnych aspektów i powyższe przedstawienie jest dużym uproszczeniem. Regulacje prawne i naciski prawodawcy to jedna sprawa, osobiste przekonania sprawa następną. Lekarz może informować pacjentkę o 98% pewności, że dziecko będzie zdrowe i straszyć 2% niebezpieczeństwem choroby. Może spotkać rodziców, którzy są w pierwszych trzech miesiącach życia gotowi dokonać aborcji ze strachu przed ryzykiem choroby i nakłaniać do badania prenatalnego ratującego w przeważającej części życie dziecka i może nalegać na przeprowadzenie badania, mimo, że rodzice chcą tak, czy inaczej chcą urodzenia dziecka. Lekarz może straszyć tragicznymi skutkami zespołu Downa i może wskazać grupy zreszające rodziców wychowujących takie właśnie dzieci.

Myślę, że opracowując konkretne regulacje prawne prawodawcy naszym państwie powinni zadać sobie pytanie co jest głównym motorem ich podejmowania aby nie zlekceważyć względów etycznych na korzyść ekonomii i bezdusznego prawa. Kościół katolicki oferuje w tej dziedzinie dosyć szeroką pomoc. Kościół a problemy etyki lekarskiej

Lekarz w społeczeństwach zachodnich może czuć się nie tylko kontrolowany, ale i zagrożony w podejmowaniu swoich decyzji. Muszą one być zgodne z obowiązującym prawem, które to prawo jest bardzo często stanowione w oparciu o rachunek kosztów i zysków. Bez wątplenia, z punktu widzenia pacjenta ma to czasami dobre strony. Niewątpliwie jednak niektóre strategie wypracowane przez prawników do spółki z ekonomistami zatrudnionymi przez kasy chorych są czasami zdecydowanie trudne do pogodzenia z etyką chrześcijańską, lub ściślej z etyką katolicką. Wydaje się, że dylematy Antygony nie są i dzisiaj obce lekarzom, którzy chcą postępować zgodnie ze wskazaniem sumienia.

Dzisiaj, gdy w naszym państwie dokonuje się transformacja ustrojowa warto, by środowiska stanowiące prawo nie tylko znały, ale także brały pod uwagę naukę Kościoła dotyczącą zarówno ogólnych jak i szczegółowych kwestii stojących na pograniczu medycyny, prawa i etyki. Trzeba podkreślić dosyć duże zainteresowanie Kościoła sprawami etyki medycznej. Szczególne zainteresowanie w tym względzie przejawiał papież Pius XII. To jego nauczanie wyznaczyło kierunki w dokonywaniu wielu ocen moralnych. On właśnie sformułował zasadę stosowania środków proporcjonalnych, która mówi, iż nikt nie jest zobowiązany moralnie do stosowania środków nadzwyczajnych dla ratowania życia i zdrowia ludzkiego.

Szczególnie często na tematy związane z etyką medyczną możemy słyszeć w czasie ostatniego pontyfikatu od samego papieża jak i ze strony innych urzędów watykańskich.

Najważniejsze dokumenty Stolicy Apostolskiej dotyczące kwestii etyki lekarskiej zostały opublikowane przez wydawnictwo Biblos w Tarnowie w tomie noszącym tytuł *W trosce o życie*. Znajdujemy tu encykliki papieskie *Humane vitae* i *Evangelium vitae*, listy, przesłania i przemówienia Jana Pawła II do świata medycznego. W następnej części zawarte są dokumenty Kongregacji Nauki Wiary oraz inne dokumenty wśród których szczególne miejsce zajmuje Karta Pracowników Służby Zdrowia opracowana przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Wydaje się, że jest to publikacja, która wymaga szerszego rozpowszechnienia w środowiskach zajmujących się sprawami medycyny, prawa i etyki. **Badania prenatalne w świetle nauki Kościoła**

W odniesieniu do spraw diagnostyki prenatalnej obowiązuje w Kościele katolickim przede wszystkim bardzo wyważona odpowiedź Kongregacji Doktryny Wiary z roku 1987 zamieszczoną w instrukcji pt. *Donum vitae*. Odpowiedź ta nakreśliła perspektywy dla dalszych oficjalnych ocen etycznych. Autorzy instrukcji odpowiadają na pytanie: czy diagnoza przedporodowa jest moralnie dopuszczalna?

Zasadnicze twierdzenie brzmi: jeśli diagnoza przedporodowa uszanuje życie i integralność embrionu lub płodu ludzkiego oraz dąży do jego zabezpieczenia lub indywidualnego leczenia, odpowiedź jest pozytywna.

Jak wyjaśnia Kongregacja Doktryny Wiary: diagnoza przedporodowa może oczywiście dostarczyć cennych danych o stanie zdrowia embrionu lub płodu, gdy znajduje się jeszcze w łonie matki; umożliwia lub pozwala wcześniej przewidzieć i skutecznie podjąć pewne zabiegi terapeutyczne, lekarskie lub chirurgiczne.

Pewnym ograniczeniem jest bezpieczeństwo samej metody: Taka diagnoza jest dopuszczalna, jeśli stosowane metody, za zgodą dobrze poinformowanych rodziców, chronią życie i integralność embrionu i jego matki, nie narażając ich na nieproporcjonalne ryzyko.

Zdecydowanie natomiast odrzucona jest selektywna aborcja: diagnoza przedporodowa sprzeciwia się poważnie prawu oralnemu, gdy w zależności od wyników prowadzi do przerywania ciąży. Badania stwierdzające istnienie jakiejś deformacji płodu lub choroby dziedzicznej nie powinny pociągać za sobą wyroku śmierci.

Instrukcja określa kręgi odpowiedzialności. Odpowiedzialną jest w pierwszym rzędzie kobieta, lecz także jej mąż, krewni i inni, którzy radzą do przerywania ciąży. W szczególności lekarz.

Kobieta zatem, która poddałaby się diagnozie przedporodowej ze zdecydowaną intencją przerywania ciąży w wypadku, gdyby wynik diagnozy stwierdził istnienie deformacji lub anomalie, dopuściłaby się czynu niegodziwego. Podobnie działaliby w sposób przeciwny zasadom moralnym mąż, krewni lub ktokolwiek inny, gdyby doradzali lub zmuszali kobietę w ciąży do podjęcia badań przedporodowych w celu ewentualnego przerywania ciąży. Byłby również odpowiedzialny za niegodziwą współpracę specjalista, który, przeprowadzając badania czy podając jego wyniki, rozmyślnie przyczyniłby się lub sprzyjałaby powiązaniom między badaniami przedporodowymi a przerywaniem ciąży.

Na uwagę zasługuje bardzo mocne podkreślenie odpowiedzialności prawodawców, władz, cywilnych i sanitarnych:

Należy wreszcie potępić jako pogwałcenie prawa do życia dziecka w łonie matki oraz nadużycie pierwszorzędnych praw i obowiązków rodziców, nakazy i programy władz cywilnych, sanitarnych lub organizacji naukowych, które w jakikolwiek sposób popierałyby związek między badaniem przedporodowym a przerywaniem ciąży lub wręcz nakłaniały kobiety do podjęcia obowiązkowych badań w celu wykluczenia płodów dotkniętych deformacjami lub chorobami dziedzicznymi. (9)ks. dr Janusz Kaleta  
Autor jest Administratorem Apostolskim dla Zachodniego Kazachstanu

wcześniej pracował jako asystent w Międzywydziałowym Instytucie Bioetyki Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie.  
Jego praca doktorska, obroniona na Uniwersytecie w Innsbrucku, >  
była poświęcona zagadnieniom etycznym związanym z badaniami prenatalnymi.

(1) Pellegrino, Einleitung, w: Bioethik in den USA, red. Sass H., Berlin - Heidelberg 1988.

(2)W przypadku wskazania ze względu na zaawansowany wiek kobiety niebezpieczeństwo trisomii waha się od 0,05-0,07 % dla kobiet w wieku 20 lat do 2,87-5,23% dla kobiet w wieku 45 lat. - wybrałem z publikacji medycznych skrajne wartości.

(3)Murken, J. D., Stengel-Rutkowski. S. (red.), Pränatale Diagnostik, Stuttgart 1978.

(4)G. Flatz, Vergleich von Kosten und Nutzen der Prävention des Down-Syndroms durch pränatale Diagnostik, w: Murken, J.

(5)Honsell (red.), Handbuch des Arztrechtes, Zürich 1994, s. 1.

(6)Por. "Gazeta Medyczna" z 17 czerwca 1999 r., s. 8.

(7)Por. G. Hirsch, Pränatale Diagnostik - rechtliche Lage und Rechtsfragen in der Bundesrepublik Deutschland, w: D. Berg (red.), Pränatale Diagnostik. Eine Auseinandersetzung, Braunschweig-Wiesbaden 1989, s. 118-119.

(8)Por. Eisenring, G., Müssen angehende Hebammen das Abtreiben lernen? Zu den neuen Aufnahmebedingungen an der Hebammenschule in Zürich, in: "Imago Hominis", B. III/Nr. 4/1996, 221-224.

(9)Por. Donum vitae, I,2.