

## OBOWIĄZEK WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ W CZASIE EPIDEMII

- Jan Piasecki -

Bronię tu tezy mówiącej, że lekarze mają obowiązek wykonywania świadczeń medycznych w obliczu podwyższonego ryzyka związanego ze stanem epidemii. Obowiązek ten można uzasadnić, odwołując się do: 1) ideałów etyki lekarskiej; 2) dobrowolnego podjęcia obowiązków zawodowych nierozzerwalnie związanych z ryzykiem; 3) umową pomiędzy pracownikami opieki zdrowotnej a społeczeństwem.

Omawiając obowiązek wykonywania świadczeń medycznych w obliczu podwyższonego ryzyka, należy mieć na uwadze dwa zastrzeżenia. Po pierwsze, obowiązkowi nie należy rozpatrywać w oderwaniu od kontekstu społecznego i politycznego. W społeczeństwie demokratycznym, w którym istnieje powszechny, oparty na publicznych instytucjach system opieki zdrowotnej, władze publiczne, a także wszyscy dorośli obywatele mają pewne obowiązki względem dobra wspólnego, jakim jest tenże system. Jeśli władze publiczne i sami obywatele uchylają się od swoich obowiązków względem systemu opieki zdrowotnej i jego pracowników, to sprawiają tym samym, że zmienia się charakter obowiązku lekarzy (Reid 2005). W takich okolicznościach wykonywanie świadczeń medycznych związanych z podwyższonym ryzykiem osobistym staje się czynem nadobowiązkowym.

Po drugie, obowiązek wykonywania świadczeń medycznych w obliczu podwyższonego ryzyka nie oznacza wykonywania go w obliczu ryzyka dowolnie wysokiego. Obowiązek ten zawsze powinien być równoważony przez obowiązek troski o samego siebie. Dokładne określenie granicznego poziomu ryzyka, po przekroczeniu którego obowiązek wykonywania świadczeń medycznych przestaje być wiążący, wykracza poza ramy niniejszego tekstu. Na potrzeby wyводу chciałbym jedynie odróżnić podwyższone ryzyko i wysokie ryzyko. W tekście argumentuję, że lekarze mają obowiązek wykonywania świadczeń medycznych w obliczu podwyższonego ryzyka. Dokładne określenie poziomów ryzyka: podwyższonego i wysokiego jest kwestią bardziej szczegółową, która powinna być przedmiotem dalszej dyskusji. W każdym razie należy stwierdzić, że lekarz lub inny pracownik opieki zdrowotnej podejmujący wysokie ryzyko, dokonuje czynu heroicznego, jakiego nie mamy prawa od niego wymagać bez dodatkowego uzasadnienia.

### **Idealy etyki medycznej**

Sądzę, że obowiązek wykonywania świadczeń medycznych w obliczu podwyższonego ryzyka można uzasadniać odwołując się do ideałów etycznych, zakorzenionych w tradycji profesji lekarskiej sięgającej XIX wieku. To właśnie w XIX wieku pojawia się ideał odważnego działania w obliczu podwyższonego ryzyka, którego nie należy jednak mylić z wezwaniem do osobistego heroizmu.

Obowiązek ten daje się, moim zdaniem, znaleźć w Deklaracji Genewskiej, traktowanej jako międzynarodowy wzór przyrzeczenia lekarskiego, czytamy: „uroczyście przyrzekam poświęcić me życie służbie ludzkości” (Deklaracja Genewska 2017). Wyrażenie „poświęcić życie służbie ludzkości” jest dość ogólne, ale można sądzić, że wyznacza ono jakiś ideał poświęcenia dla innych, który związany jest z wykonywaniem zawodu lekarza. To wezwanie do poświęcenia daje się interpretować w szczególnych okolicznościach jako obowiązek wykonywania świadczeń medycznych w obliczu podwyższonego ryzyka, na przykład w związku ze stanem epidemii.

Ideału poświęcenia własnego życia służbie ludzkości nie należy jednak odczytywać jako wezwania do heroizmu. W najnowszej wersji Deklaracji Genewskiej pojawia się też bowiem inne wskazanie, mówiące o tym, że lekarz ma moralne obowiązki względem samego siebie. Deklaracja głosi: „będę dbał o własne zdrowie, dobrostan i umiejętności, aby zapewnić opiekę o najwyższej jakości” (Deklaracja Genewska 2017). Ten fragment można interpretować jako nakaz ograniczania ryzyka podejmowanego przez lekarza. Warto jednak zwrócić uwagę, że uzasadnieniem obowiązku troski lekarza o własne zdrowie jest tu dobro pacjenta. Lekarz zatem troszczy się o siebie po to, aby móc w pełni wykorzystać swoją wiedzę i umiejętności, niosąc pomoc pacjentowi.

W przypadku epidemii choroby zakaźnej wskazany wyżej nakaz troski o własne zdrowie należy, jak można sądzić, interpretować jako nakaz minimalizacji ryzyka osobistego, w trosce o dobro własne, ale i przede wszystkim o dobro pacjentów. A zatem lekarz nie powinien wystawiać się na wysokie ryzyko, czyli i powinien używać odpowiednich środków ochrony osobistej.

Przeciwnik zaproponowanej przeze mnie interpretacji twierdziłby, że lekarz nie ma obowiązku wykonywania świadczeń w obliczu podwyższonego ryzyka. Wskazywałby on na tradycje etyki Hipokratejskiej, która milczy o obowiązku niesienia pomocy chorym z narażaniem własnego życia lub zdrowia, a wspomina o prawie do swobodnego wyboru swoich pacjentów (Clark 2005). Aby bronić swojej tezy, przeciwnik wyżej przytoczonej interpretacji wskazywałby, że obowiązek wykonywania świadczeń w obliczu ryzyka związanego z epidemią nie jest w Deklaracji sformułowany wprost. Można go jedynie wywieść z jej dość mglistych i abstrakcyjnych zapisów. Nie znajdziemy go w dokumencie „Profesjonalizm medyczny w nowym milenium: konstytucja lekarska” (2003), określającym zasady profesjonalizmu lekarskiego (choć ten ostatni zawiera zapis mówiący o tym, że interes pacjenta jest nadrzędny względem interesu lekarza). Także polski Kodeks Etyki Lekarskiej nie stawia tej sprawy jasno, stwierdzając jedynie, w rozdziale „Lekarz a społeczeństwo”, że „Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach nie cierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy”. Twierdziłby on zatem że przytoczona wyżej interpretacja Deklaracji Genewskiej jest de facto nadinterpretacją, sugerującą obowiązek, którego próżno szukać w zamyśle twórców dokumentu.

Należy przyznać, że tradycja Hipokratejska nie wspomina o takim obowiązku. Jednak w XIX wieku powstaje nowa etyka lekarska. I choć nie wszystkie kodeksy etyczne zawierają przepisy wprost odnoszące się do obowiązku wykonywania świadczeń w stanie zagrożenia, to jednak właśnie od połowy XIX wieku takie zapisy można w niektórych uregulowaniach znaleźć. Były one przykładowo obecne w pierwszym kodeksie etyki lekarskiej

Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego (Clark 2005). Kodeks Etyki Lekarskiej Kanadyjskiego Towarzystwa Medycznego z 1922 roku – napisany po doświadczeniach związanych z pandemią tzw. grypy hiszpanki – stwierdzał: „W czasie zarazy ich [lekarzy] obowiązkiem jest stawić czoła niebezpieczeństwu i kontynuować swoją pracę, łagodzić cierpienia [chorych], nawet w obliczu niebezpieczeństwa dla własnego życia” (cyt. za Rudman 2006).

Najnowsza wersja Zasad Etyki Medycznej (Principles of Medical Ethics) Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego zawiera zapis ograniczający swobodę odmowy udzielenia świadczeń w przypadku stanów nagłych: „W ramach świadczenia należytej opieki nad pacjentem, z wyjątkiem stanów nagłych (emergencies) lekarz powinien móc w sposób wolny wybierać komu służy, z kim się stowarzysza oraz w jakim miejscu wykonuje świadczenia medyczne” (American Medical Association 2001). Zdaniem Clarka (Clark 2005) zapis ten odnosi się właśnie do czasu zagrożenia epidemiologicznego i da się z niego wyprowadzić obowiązek wykonywania świadczeń w stanie epidemii, które wiąże się z podwyższonym osobistym ryzykiem dla lekarza (Clark 2005).

Z kolei rekomendacje etyczne przygotowane przez Uniwersytet w Toronto (Upshur 2005) wskazują tym razem już wprost, że pracownicy opieki zdrowotnej mają obowiązek wykonywania świadczeń medycznych w czasie pandemii choroby zakaźnej przenoszonej drogą kropelkową, pomimo że może się to dla nich wiązać z ryzykiem.

Wydaje się zatem, że obowiązek wykonywania świadczeń w stanie zagrożenia epidemiologicznego jest jednak bezsprzecznie wpisany w ideały etyczne profesji lekarskiej. Konfuzja, której ulega przeciwnik zaproponowanej tu interpretacji wynika, jak się zdaje z odwołania do starszej niż XIX wieczna tradycji Hipokratejskiej etyki, a także z pewnych przyzwyczajzeń związanych z komercjalizacją niektórych gałęzi medycyny (Clark 2005).

Co więcej, można argumentować, że jeśli nie jest on jeszcze wprost ujęty w kodeksach etyki lekarskiej, to powinien się tam znaleźć. Obowiązki lekarza w czasie zagrożenia epidemicznego powinny zostać jasno sformułowane, tak aby zarówno lekarze, jak i pacjenci mogli się do nich odwoływać, dochodząc swoich praw (Rudman 2006).

### **Wolny wybór zawodu medycznego**

Wszelkie profesje, w tym zawód lekarza, wiążą się z pewnymi określonymi obowiązkami zawodowymi. Osoba, która wybiera dany zawód, bierze na siebie odpowiedzialność związaną z tymi obowiązkami. Można rozsądnie założyć, że osoba wchodząca do zawodu medycznego jest świadoma możliwego ryzyka związanego z wykonywaniem świadczeń. Co więcej, jak zaznacza Clark, to właśnie lekarze i przedstawiciele innych zawodów medycznych mają odpowiednią wiedzę i umiejętności, aby wykonywać świadczenia medyczne, w tym w czasie epidemii (Clark 2005).

Odmowa wykonania świadczenia ze względu na ryzyko z nim związane może być uznana za przejaw braku solidarności zawodowej i może prowadzić do niesprawiedliwego rozkładu ryzyka wśród pracowników służby zdrowia. Innymi słowy: lekarz, który odmawia wykonywania świadczeń w czasie epidemii, przerzuca ryzyko na swoich kolegów i koleżanki, którzy mają silniejsze niż on poczucie obowiązku.

W przypadku epidemii choroby zakaźnej przenoszonej drogą kropelkową (np. COVID-19) dobrą strategią może się wydawać wyznaczenie specjalnych jednostek

i oddziałów, które będą przyjmować i leczyć chorych. Tego typu zabezpieczenia mające przede wszystkim na względzie zdrowie publiczne i ograniczenie rozprzestrzeniania się epidemii mogą jednak doprowadzić do nierównomiernego rozkładu ryzyka wśród lekarzy i pozostałego personelu medycznego (pielęgniarek, techników medycznych itp.), podobnie jak odmowa wykonywania świadczeń. Niektórzy proponują zatem, aby w planowanie działań zapobiegających rozprzestrzenianiu się epidemii włączyć lekarzy i inne zainteresowane strony (Dwyer, Tsai 2008). W ten sposób brak sprawiedliwego (równomiernego) rozkładu ryzyka mógłby być kompensowany możliwością realnego wpływu na przygotowywane plany postępowania w przypadku epidemii.

### **Umowa społeczna**

Lynette Reid proponuje eksperyment myślowy wzorowany na słynnych dociekaniach Johna Rawlsa (Reid 2005). W sytuacji epidemii możliwe są trzy scenariusze działania: I. lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni i osoby wykonujące pozostałe zawody medyczne mają obowiązek zająć się zarażonymi. II. Nikt nie ma obowiązku zająć się zarażonymi i nikt się nimi nie zajmuje. Można powiedzieć, że społeczeństwo zdaje się na żywioł choroby. III. Chorzy nie są leczeni, ale kierowani na przymusową izolację i kwarantannę, pozostałe osoby muszą poddać się reżymowi dystansowania społecznego. Służby policyjne i wojskowe są odpowiedzialne za wprowadzenie w życie obowiązku kwarantanny.

W jakim społeczeństwie chciałaby żyć racjonalna osoba, podejmująca decyzję za zasłoną niewiedzy, czyli nie wiedząc, w jakiej sytuacji znajdzie się w czasie epidemii? Nawet gdyby ktoś zaprzeczył, że racjonalny podmiot powinien opowiedzieć się za pierwszą opcją, można argumentować, że ten eksperyment myślowy ujawnia umowę społeczną, która leży u podstaw większości rozwiniętych społeczeństw w XXI wieku. Organizacja naszego społeczeństwa wskazuje, że zawieramy umowę, która zobowiązuje lekarzy i inne zawody medyczne do wykonywania świadczeń medycznych w czasie epidemii, nawet w obliczu podwyższonego ryzyka.

Umowa ta ma jednak charakter dwustronny: lekarze, pielęgniarki i przedstawiciele innych zawodów medycznych biorą na siebie zobowiązania do wykonywania świadczeń zdrowotnych, ale władze publiczne (por. Konstytucja RP) oraz obywatele biorą na siebie zobowiązanie wspierania systemu ochrony zdrowia, a zatem odpowiedniej organizacji pracy dla wszystkich zawodów medycznych. Innymi słowy: przedmiotem wciąż ponawianej i renegotjowanej umowy społecznej jest organizacja systemu opieki zdrowotnej, w tym jego zakresu i sposobu finansowania, poziomu świadczenia usług i obowiązków poszczególnych pracowników.

Wielu autorów zwraca uwagę, że w czasie epidemii, gdy lekarze, pielęgniarki, ratownicy, analitycy medyczni a także np. salowe podejmują ryzyko związane z opieką medyczną i ochroną zdrowia, władze publiczne i społeczeństwo winne są zapewnić im nie tylko odpowiednie środki ochrony osobistej (maski, rękawiczki, odzież ochronną itp.), ale również ograniczyć ryzyko i koszty dla ich rodzin i najbliższych (Dwyer 2008). Na przykład zapewniając dodatkowe lokum na czas epidemii (tak aby personel medyczny nie musiał się obawiać o narażenie na zakażenie swoich rodzin), dodatkową opiekę nad dziećmi (np. w związku z przedłużającymi się godzinami pracy), a także odpowiednie zabezpieczenie na wypadek choroby i śmierci pracownika medycznego.

Lekarz powinien wiedzieć, że jeśli wykonując swoje obowiązki zachoruje lub umrze, to państwo i społeczeństwo zapewnią odpowiednią opiekę jego rodzinie.

Można nawet zaryzykować tezę, że społeczeństwo, które nie wywiązuje się z takich zobowiązań względem pracowników medycznych samo zrywa z nimi tę podstawową umowę, stawiając ich w sytuacji, w której niesienie pomocy chorym i zapobieganie epidemii staje się czynem związanym z wysokim ryzykiem, a więc etycznie nadobowiązkowym.

### Podsumowanie

Obowiązek wykonywania świadczeń medycznych w obliczu podwyższonego ryzyka związanego z pandemią choroby zakaźnej daje się uzasadnić przez odwołanie do ideałów etyki lekarskiej, dobrowolnego przyjęcia na siebie obowiązków wynikających z zawodu lekarza, a także z umowy społecznej, która jest fundamentem systemu opieki zdrowotnej. Ostatni element tego uzasadnienia wydaje się zresztą najbardziej istotny. Ponadto ma on charakter dwustronny: nie tylko lekarze (i inni pracownicy opieki zdrowotnej) mają obowiązki względem chorych i społeczeństwa, ale również władze i demokratyczne społeczeństwo jako całość ma swe obowiązki względem lekarzy.

### Literatura

- American Medical Association (2001), Principles of Medical Ethics.
- Clark Ch.C. (2005), *In Harm's Way: AMA Physicians and the Duty to Treat*, „Journal of Medicine and Philosophy” 30: 65-87.
- Dwyer J., Tsai F.C. (2008), *Developing the duty to treat: HIV, SARS, and the next epidemic*, „Journal of Medical Ethics” 34: 7-10.
- Naczelna Izba Lekarska (2003), Kodeks Etyki Lekarskiej.
- Project of The ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine (2003), *Profesjonalizm medyczny w nowym milenium: konstytucja lekarska*, „Nowotwory Journal of Oncology”, 53 (1): 87-89.
- Reid L. (2005), *Diminishing returns? Risk and the duty to care in the SARS epidemic*, Bioethics 19 (4): 348-361.
- Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (2017), Deklaracja Genewska.
- Upshur R., Faith K., Gibson J., Thompson A., Tracy C., Wilson K. (2005), Ethical considerations for preparedness planning for pandemic influenza. A report of the University of Toronto Joint Centre for Bioethics Pandemic Influenza Working Group.

Jan Piasecki – adiunkt w Zakładzie Filozofii i Bioetyki UJ CM.

Tekst został przygotowany jako głos w debacie Interdyscyplinarnego Centrum Etyki UJ pt. Normatywny status świadczeń medycznych związanych z wysokim ryzykiem.

This research has received funding from the European Research Council (ERC) under the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme (grant agreement No 805498).