



### **KATOLICKIE STOWARZYSZENIE LEKARZY POLSKICH**

42-200 Częstochowa, Aleja NMP 54, [www.kslp.pl](http://www.kslp.pl)

Prezes dr Elżbieta Kortyczko, e-mail: [prezeskslp@gmail.com](mailto:prezeskslp@gmail.com)

Vice-Prezes Prof. Alina T. Midro

Vice-Prezes prof. Bogdan Chazan, e-mail: [b.chazan@wp.pl](mailto:b.chazan@wp.pl) , [www.kslpmazowsze.pl](http://www.kslpmazowsze.pl)

Delegat Oddziału Mazowieckiego lek. med. Grażyna Rybak, e-mail: [grazyna.rybak@op.pl](mailto:grazyna.rybak@op.pl)

Warszawa 9.06.2018

### **KATOLICKIE STOWARZYSZENIE PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH POLSKICH**

Ul. Radna 14 , Warszawa 00-341, [www.kspipp.pl](http://www.kspipp.pl)

Prezes Zarządu mgr Beata Baliszewska, e-mail: [b.baliszewska@tlen.pl](mailto:b.baliszewska@tlen.pl)

Prezes Oddziału Warszawskiego Krystyna Starosta, e-mail: [k.starosta51@wp.pl](mailto:k.starosta51@wp.pl)

### **STOWARZYSZENIE FARMACEUTÓW KATOLICKICH POLSKI**

Prezes dr Małgorzata Prusak e-mail: [mprusak1@poczta.onet.pl](mailto:mprusak1@poczta.onet.pl), [www.sfkp.pl](http://www.sfkp.pl)

Przewodnicząca Koła Warszawa mgr Danuta Brańska e-mail: [danutabr@message.pl](mailto:danutabr@message.pl)

### **POLSKIE STOWARZYSZENIE NAUCZYCIELI NATURALNEGO PLANOWANIA RODZINY**

ul. Wiejska 13 lok. 4b, 00-480 Warszawa , [www.npr.csc.pl](http://www.npr.csc.pl)

Prezes lek. med. Ewa Ślizień Kuczapska, e-mail: [profamilia2000@gmail.com](mailto:profamilia2000@gmail.com)

### **KOŁO LEKARZY KATOLIKÓW OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZWIE**

ul. Puławska 18, 02-512 Warszawa , [www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl)

Przewodnicząca lek. med. Aleksandra Dziarczykowska-Kopec e-mail: [a.dziarczykowska.kopec@gmail.com](mailto:a.dziarczykowska.kopec@gmail.com)

## **APEL POLSKICH STOWARZYSZEŃ MEDYCZNYCH W OBRONIE ŻYCIA, WOBEC STANOWISKA POLSKIEGO TOWARZYSTWA GENETYKI CZŁOWIEKA (PTGC) i POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGÓW I POŁOŻNIKÓW (PTGP)**

**DOTYCZĄCEGO ZASAD I WARUNKÓW PODEJMOWANIA INDYWIDUALNYCH DECYZJI PROKREACYJNYCH  
W PRZYPADKACH RYZYKA POJAWIENIA SIĘ WAD i ZABURZEŃ ROZWOJOWYCH U POTOMSTWA.**

Treść *Stanowiska* opublikowanego przez specjalistów położników i ginekologów oraz lekarzy genetyków i diagnostów laboratoryjnych z zarządów towarzystw naukowych PTGC i PTGP, przedstawia pogląd, że powołanie lekarza nie przeszkadza by wydawał on wyroki śmierci na bezbronne chore dzieci i zgodnie z procedurami medycznymi wykonywał je, realizując wolę kobiety matki. Trzeba przeciwko takim opiniom energicznie protestować w imieniu chorych i zabijanych z powodu choroby dzieci, w trosce o fizyczne i psychiczne zdrowie matek. Apelujemy w imieniu pracowników medycznych, których sumienia są łamane oraz w imieniu całego polskiego społeczeństwa, którego przeważająca część nie akceptuje cywilizacji śmierci, aby zachować przy życiu dzieci z ryzykiem wad i zaburzeń rozwojowych i zapewnić im odpowiednią opiekę po urodzeniu.

Częstość występowania wad rozwojowych u noworodków wynosi w populacji 2-4%. Częstość ta jest modyfikowana przez wybiórczą diagnostykę prenatalną i zabijanie przed urodzeniem

większości dzieci z wadami wrodzonymi. Najlepsze standardy ginekologii, położnictwa i pediatrii nie są w stanie zagwarantować kobiecie możliwości zajścia w ciążę, prawidłowego jej przebiegu i urodzenia zdrowego dziecka. Rolą lekarza nie jest zapewnienie kobiecie możliwości „posiadania” dziecka, bo nie jest ono przedmiotem własności, ale osobowym odrębnym człowiekiem, od momentu poczęcia. Odmowa udziału lekarza w czynnościach „gwarantujących ciążę” z zakresu wspomaganej prokreacji uderzających w godność małżonków i narażających poczęte dziecko na podwyższone ryzyko wad wrodzonych i powikłań u matki, nie obniża jego autorytetu społecznego, przeciwnie, podkreśla jego rolę służebną wobec rodziców i dziecka.

Działanie lekarzy nie powinno ograniczać się do monitorowania zdrowia matek, przebiegu ciąży i rozwoju dziecka. Powinno zmierzać przede wszystkim do identyfikacji, eliminowania lub zmniejszenia siły oddziaływania czynników ryzyka wad wrodzonych i powikłań ciąży pochodzących ze stylu życia i środowiska zewnętrznego (profilaktyka pierwotna). Prawidłowy wynik badania prenatalnego nie chroni ciąży i nie zapewni zdrowia dziecku ani matce. Postęp dotyczący wiedzy i technologii medycznej umożliwia wczesne wykrycie nieprawidłowości w okresie prenatalnym i ich leczenie. Nie może być jednak stosowany do eliminacji wad i chorób wrodzonych poprzez likwidację pacjenta na wczesnym etapie rozwoju. Celem diagnostyki prenatalnej powinno być dobro dziecka, jego życie i zdrowie a nie wygoda rodziców, specyficznie pojmowania prywatność matki lub pragnienie zaoszczędzenia przez państwo na opiece nad dziećmi chorymi poprzez ich zabicie, zanim się urodzą. Dzięki tej diagnostyce można poinformować rodziców i przygotować ich do opieki nad chorym dzieckiem, wcześniej udzielić dziecku terapeutycznej pomocy medycznej przed lub po urodzeniu. Obecnie niezgodnie z Etyką Lekarską w wielu przypadkach diagnoza prenatalna stała się podstawą wyroku i uśmiercenia pacjenta. Wykonywanie terminacji ciąży z powodu kwalifikacji dziecka do grupy niepełnosprawnych godzi w etos lekarza składającego przysięgę Hipokratesa na początku swej drogi zawodowej.

Kodeks Etyki Lekarskiej w Art. 2 zdecydowanie zobowiązuje lekarza do ochrony życia matki i dziecka, gdyż: **„powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego”** Jednocześnie zakazuje pewnych działań: **„lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem”** bo **„najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego”**

Lekarz, w trosce o pacjenta powinien udzielić wszystkich informacji o stanie zdrowia matki i dziecka oraz **„poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów”** (Art. 13 KEL) ale nie ma obowiązku realizacji każdej woli rodziców dotyczącej życia ich dzieci. Nie ma prawa sugerować aborcji jako rozwiązania trudnej sytuacji prawdopodobieństwa wystąpienia wady, ponieważ **„Lekarzowi nie wolno dyskryminować osób ze względu na dziedzictwo genetyczne”**. (KEL Art. 51h). Zgodnie z Kodeksem Etyki: **„Lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy.”** (Art. 14) Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że lekarz nie ma obowiązku angażować się w organizację aborcji ani sam jej wykonywać. Trzy wyjątki w Ustawie o ochronie płodu zwalniają jedynie lekarza od odpowiedzialności karnej za wykonanie aborcji w pewnych sytuacjach a nie są wyznacznikiem postępowania medycznego w okolicznościach medycznie trudnych. Zgodnie z Art. 39 KEL **„podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem.** Aborcja nie zapewni kobiecie „pełni zdrowia fizycznego i psychicznego” o czym powinna być poinformowana.

tak jako o ryzyku podjętej diagnostyki prenatalnej „**lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań przedurodzeniowych.**” (Art. 38.3 KEL) Takie zakończenie ciąży, wbrew prezentowanemu przekonaniu autorów *Stanowiska*, może przynieść kobiecie realną „szkodę dla jej obecnego zdrowia i możliwości realizacji dalszych planów prokreacyjnych”

Ani kobieta – matka, ani lekarz, ani ojciec nie mają prawa decydować o życiu lub śmierci dziecka, które jest odrębną istotą ludzką mającą swoje rzeczywiście autonomiczne prawo do życia. Lekarze nie mają prawa ustalać zasad podejmowania indywidualnych decyzji prokreacyjnych, czy dyktować warunków, w jakich są podejmowane, jak brzmi tytuł *Stanowiska*. Każde dziecko jako istota ludzka ma prawo do życia od poczęcia do naturalnej śmierci, także wówczas, gdy nastąpi ona w sposób naturalny w okresie prenatalnym prowadząc do dramatu poronienia samoistnego czy ciąży obumarłej.

Kryteria diagnostyczne chorób wrodzonych i wad rozwojowych mogących stać się podstawą do wykonania aborcji nie są ściśle i zazwyczaj opierają się na obserwacji dzieci z podobnymi zmianami i doświadczeniu lekarza w tym zakresie. Tworzenie katalogu wad nie jest realne, ponieważ ekspresja zmian genetycznych jest indywidualnie zmienna w zależności od wielu czynników genetycznych i ich relacji ze środowiskiem. Doświadczeniem pediatrów jest, że dzieci uznane za ciężko obciążone genetycznie, dzięki profesjonalnej opiece lekarzy, rodziców i rehabilitantów rozwijają się lepiej niż sugerują to medyczne opisy wady i przeżywają znacznie dłużej – często nie spełniając kryterium wady ciężkiej czy letalnej (śmiertelnej) .

Obrazy dzieci zabitych w wyniku aborcji, określane w *Stanowisku* jako makabryczne są prawdziwe. Tak aborcja rzeczywiście wygląda. W sprawozdaniach szpitali do NFZ na temat metody legalnej aborcji najczęściej wymieniane jest wyłuzeczkowanie macicy, któremu towarzyszy rozkawałkowanie ciała dziecka. Prezentacja tych obrazów w miejscach publicznych stanowi jedną z form rzetelnej informacji społecznej o przebiegu takiego zakończenia ciąży. Autorzy *Stanowiska* podkreślają, że makabryczne obrazy aborcji wpływają negatywnie na psychikę osób młodych, przemilczając wpływ wykonanej w ramach kontraktu z NFZ aborcji na życie poczętego dziecka, na psychikę matki i relacje w rodzinie.

Coraz dokładniejsze, dzięki postępom wiedzy medycznej, metody diagnostyki nieprawidłowości rozwojowych, nadal nie są pozbawione błędów. Wydawanie na ich podstawie wyników fałszywie dodatnich prowadzi do uśmiercania dzieci wolnych od zmian genetycznych a mylnie uznanych za ciężko uszkodzone. Według obowiązującego prawa wystarczy prawdopodobieństwo choroby lub wady rozwojowej dziecka by je zabić przed urodzeniem. Diagnostyka prenatalna wykonywana jest w ramach programu Ministerstwa Zdrowia określanego jako profilaktyka wad rozwojowych. Dziwna to profilaktyka chorób, która polega na zabijaniu podejrzewanych o chorobę lub chorych dzieci. Określana jako terminacja ciąży, jest wykonywana przez pracowników służby zdrowia. Godzi to w istotę powołania i zawodu lekarza, pielęgniarki czy diagnosty laboratoryjnego, których zadaniem jest służyć i pomagać człowiekowi żyć a nie zabijać go, nawet wówczas, kiedy jest to zgodne z przepisami prawa.

Zgadzamy się w pełni z autorami *Stanowiska* co do potrzeby zwiększenia zakresu pomocy finansowej, organizacyjnej i medycznej dla rodziców wychowujących niepełnosprawne dziecko. Dlatego zasadne jest posługiwanie się w debacie publicznej konkretnym przykładem często występującej choroby uwarunkowanej genetycznie. Daje to zrozumienie społeczne możliwości funkcjonowania i roli wsparcia na poprawę życia niepełnosprawnego pacjenta.

Jako lekarze uważamy, że obecność chorego dziecka w rodzinie nie jest „szkodą dla zdrowego rodzeństwa”. Przeciwnie, spaja rodzinę, uczy inne dzieci asertywności, szacunku dla odmienności i dla choroby. Po to organizuje się w szkołach klasy integracyjne. Nie chodzi tylko o dobro niepełnosprawnych dzieci, ale także ich zdrowych rówieśników.

Apel podpisali przedstawiciele lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów z Polskich Stowarzyszeń Medycznych:

#### **KATOLICKIE STOWARZYSZENIE LEKARZY POLSKICH**

*Dr n. med. Elżbieta Kortyczko, PREZES ZARZĄDU GŁÓWNEGO KSLP  
specjalista pediatrii i neonatologii, Katowice*

*Prof. dr hab. n. med. Alina T. Midro WICEPREZES ZARZĄDU GŁÓWNEGO KSLP  
PREZES ODDZIAŁU PODLASKIEGO KSLP  
specjalista genetyki klinicznej, Białystok*

*Prof. dr hab. n. med. Bogdan Chazan, WICEPREZES ZARZĄDU GŁÓWNEGO KSLP  
PREZES ODDZIAŁU. MAZOWIECKIEGO specjalista ginekologii i położnictwa, Warszawa*

*lek. med. Grażyna Rybak, DELEGAT ODDZIAŁU MAZOWIECKIEGO KSLP  
specjalista pediatrii, Warszawa*

#### **KATOLICKIE STOWARZYSZENIE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH POLSKICH**

*mgr Beata Baliszewska PREZES ZARZĄDU GŁÓWNEGO KSPIPP, Warszawa*

*Krystyna Starosta PREZES ODDZIAŁU WARSZAWSKIEGO KSPIPP, Warszawa*

#### **STOWARZYSZENIE FARMACEUTÓW KATOLICKICH POLSKI**

*Dr Małgorzata Prusak PREZES ZARZĄDU GŁÓWNEGO SFKP*

*mgr Danuta Brańska Koło Warszawskie SFKP*

#### **POLSKIE STOWARZYSZENIE NAUCZYCIELI NATURALNEGO PLANOWANIA RODZINY**

*Lek. med. Ewa Ślizień Kuczapska, PREZES PSNNMPP*

*specjalista ginekologii i położnictwa*

#### **KOŁO LEKARZY KATOLIKÓW OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE**

*Lek. med. Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć PRZEWODNICZĄCA KOŁA*

*Specjalista ginekologii i położnictwa, i medycyny rodzinnej*

*Do wiadomości :*

- 1. Prezesa Rady Ministrów Mateusz Morawiecki*
- 2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej Marek Kuchciński*
- 3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej Stanisław Karczewski*
- 4. Sejmowa Komisja Zdrowia*
- 5. Senacka komisja Zdrowia*
- 6. Minister Zdrowia prof. dr hab. n. med. Łukasz Szumowski*
- 7. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta Bartłomiej Łukasz Chmielowiec*
- 8. Rzecznik praw obywatelskich Adam Bodnar*
- 9. Redakcja Gazety Lekarskiej*
- 10. Redakcja Puls Medycyny*
- 11. Inne media*