

Paternalizm w zawodzie lekarza weterynarii? O relacji lekarz weterynarii – opiekun zwierzęcia

Joanna Helios*, Wioletta Jedlecka*

z Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego

Celem tego szkicu jest próba analizy relacji pomiędzy lekarzem weterynarii i opiekunem zwierzęcia w kontekście paternalizmu. W związku z powyższym w artykule zaprezentowano: po pierwsze – rozumienie pojęcia „paternalizm”, po drugie – problem paternalizmu w medycynie, po trzecie – zasady postępowania lekarzy weterynarii wobec opiekunów zwierząt w odniesieniu do paternalizmu.

Pojęcie paternalizmu

Paternalizm w najogólniejszym znaczeniu nawiązuje do postawy ojca rodziny, który – zdając sobie sprawę z tego, że małe dzieci nie są zdolne do świadomych i uzasadnionych wyborów – troszczy się o ich dobro bez uwzględniania ich zdania w tej sprawie. Paternalizm uzyskał negatywne znaczenie, gdy został zastosowany wobec ludzi dorosłych, zdolnych do podejmowania decyzji w sprawie własnego dobra. Traktowanie dorosłych jako dzieci pomijało kluczową cechę istot zdolnych do świadomej odpowiedzialności za siebie (1). Zasadniczo wyróżniane są trzy rodzaje paternalizmu: prawdziwy (genuine), upoważniony (solicited), nieupoważniony (unsolicited). Pierwszy rodzaj paternalizmu, czyli „prawdziwy”, odpowiada sytuacji w rodzinie, w której rodzic podejmuje decyzje za dziecko. Drugi typ paternalizmu – „upoważniony” – ma miejsce wówczas, kiedy osoba Y (podwładny, pracownik firmy) udziela osobie X (przedsiębiorcy, menedżerowi) wyraźnego upoważnienia. Osoba Y może scedować na osobę X decyzje i sposób postępowania, ponieważ sama nie umie lub nie jest w stanie podjąć decyzji. Osoba Y oczekuje przy tym, że osoba X uczyni to co najlepsze dla osoby Y. Te dwa typy paternalizmu nie budzą większych zastrzeżeń. Inaczej sytuacja przedstawia się w przypadku trzeciego typu paternalizmu, czyli paternalizmu „nieupoważnionego”. Z tym ostatnim spotykamy się wówczas, kiedy przedsiębiorca czy menedżer bez upoważnienia swojego podwładnego podejmują za niego decyzje. Trzeba też mieć na uwadze, iż paternalizm w każdej postaci, już z samej definicji, ogranicza wolność (2), która doczekała się wielu definicji, związanych z jej filozoficznymi koncepcjami. W znaczeniu słownikowym rozumiemy „wolność” jako autonomię jednostki w wyborze przekonań oraz celów i środków postępowania. Oczywiście trzeba sobie zdawać sprawę z faktu, że wolność absolutna nie jest możliwa, gdyż oznaczałaby akceptację również działań przeciwko niej samej. Filozofia rozważa warunki wolności, określa zakres i dziedzinę jej występowania, zestawia wolność z innymi wartościami. Wolność jako uświadamiana

Paternalism in the veterinary profession? About the relationship between a veterinarian and an animal's guardian

Helios J., Jedlecka W., Faculty of Law, Administration and Economics, University of Wrocław

The aim of this essay is an attempt to analyze the relationship between the veterinarian and the animal owner or guardian in the context of paternalism. In connection with the above, the article presents: firstly, the understanding of the term "paternalism"; secondly, the problem of paternalism in medicine; and thirdly, the rules of conduct of veterinarians towards animal care-takers in relation to paternalism.

Keywords: paternalism, veterinarian, animal guardian, abuse, duty to treat animals.

konieczność przejawia się w opanowaniu naturalnych potrzeb, nawet drogą ascezy, bądź w zachowaniu wewnętrznej niezależności i samodzielnym tworzeniu wiedzy (3).

Paternalizm w medycynie. Relacja pomiędzy lekarzem i pacjentem

Paternalizm w medycynie jest krytykowany za to, że stosuje autorytarne podejście do pacjenta, mimo dobroczynnej legitymizacji. Przejawia się ono na przykład w działaniu lekarza, który dla dobra pacjenta podejmuje się jego leczenia, ale pomija przy tym lub ogranicza jego autonomię. Przekreśla tym samym partnerstwo i świadome uczestnictwo pacjenta w terapii. I właśnie krytykę paternalizmu podjęto w imię obrony autonomii pacjenta. Sądono nawet, iż cała medycyna od czasów Hipokratesa była paternalistyczna. Stąd zaczęły pojawiać się postulaty, które sugerowały zmianę tego stanu rzeczy (4). Bo to właśnie Hipokratesowi przypisywana jest rekomendacja, jaką dawał młodym adeptom medycyny, oparta na paternalizmie. Korelatem rekomendacji Hipokratesa jest przekonanie lekarza, że tylko on zna pełną prawdę na temat zdrowia pacjenta i tylko on powinien decydować, jak mu pomóc. Wskazany sposób traktowania pacjentów stał się dominujący na wiele następujących wieków. Dopiero w XVIII wieku, na skutek rozwoju medycyny, umocniło się przekonanie, że z chorobą można walczyć skutecznie, a środki farmakologiczne i chirurgia pozwalają przywrócić zdrowie pacjentowi. Przestano uważać chorobę za zasłużoną karę i zaczęto traktować jako fakt, który ma miejsce w naturze. Zaczęto wierzyć w wartość dialogu i konsultacji z pacjentem (5). W wielu krajach na całym świecie miejsce paternalizmu

* Radca
prawny OIRP
we Wrocławiu.

– zarówno w refleksji etycznej, jak i prawnej – zajęła zasada szacunku dla wolnej woli pacjenta. Jednakże wciąż istnieją państwa, w których praktycznie po dzień dzisiejszy, regulacje związane z prawami pacjenta są zdecydowanie zaniedbane, aczkolwiek w porównaniu do wieków poprzednich, wraz z upływem lat, pacjent mógł lub może w coraz większym stopniu decydować o swoim leczeniu oraz ewentualnych metodach diagnostycznych. Współczesne przemiany zachodzące w rozumieniu i praktyce zawodu lekarskiego są związane ze słowem autonomia. W przypadku relacji lekarz – pacjent autonomia powinna być rozumiana jako zakaz ingerencji medycznych bez zgody pacjenta. Termin autonomia bywa też rozumiany w sposób zgoła nieprawidłowy, jako pewna kategoria żądań, którą lekarz powinien spełnić (6). *Nomen omen* autonomia i paternalizm wyrastają z tego samego indywidualizmu i egoizmu etycznego, w którym głosi się teorię walki, konfliktów, wzajemnej podejrzliwości i nieufności, a przecież relacja pacjent – lekarz powinna być oparta na trosce. Cel, jakim jest leczenie i troska o pacjenta, nie jest ustanawiany konwencjonalnie przez społeczność, obyczajowość czy kulturę. Wyrasta on z natury medycyny, z praktyki medycznej. Medycyna i cel, któremu ona służy, nie są wytworem społecznym, tak samo jak choroba i leczenie nie są tworem jakiejś kultury, ale wyrastają z podstawowej kondycji człowieka. Fakt choroby wpisany jest w kondycję ludzką. Człowiek staje się pacjentem nie z własnej woli, ani też w wyniku obyczajów społecznych i kulturowych. Dotknięty chorobą człowiek nie może sam sobie z nią poradzić i szuka pomocy u lekarza. Relacja lekarz – pacjent nie jest jakimś sztucznym konstruktem, ale ustanowiona jest przez realne fakty, takie jak: choroba, czynność danej profesji medycznej i czyn leczenia. Relacja ta posiada wpisana wewnętrzną celowość osiągnięcia dobra, dla którego zaistniała. W tej relacji lekarz i pacjent nie są równi w sile negocjacji. Pacjent jest istotą cierpiącą i podatną na zranienie, gdyż potrzebuje pomocy, nie posiada możliwości, by się wyleczyć, jest w bólu, w zaniepokojeniu, w lęku, a być może w rozpacz (7). Człowiek, który czuje się chory i zwraca się z tego powodu do lekarza po pomoc, przyjmuje rolę osoby zależnej. Jak wiemy, odczuwa niepewność, strach, niepokój, a równocześnie przyjmuje rolę chorego. Z tą rolą wiążą się określone prawa (do leczenia, badań, konsultacji, zwolnienia z pracy, ale także troski najbliższych, zwolnienia z uciążliwych prac domowych), obowiązki (konieczność poddawania się badaniom, przyjeżdżania na wizyty i przyjmowania leków) oraz powinności (poddanie się reżimowi szpitalnemu, stosowanie się do zaleceń lekarskich). Przysługujące pacjentowi prawa mogą być źródłem dodatkowych korzyści z choroby, jednakże nieprzestrzeganie obowiązków wiąże się z karą w postaci utraty roli chorego. Tej roli pacjent uczy się podczas pobytów w szpitalu, wizyt w poradniach. W rolę pacjenta w Polsce, jak wynika ze stosownej literatury, wpisany jest zwykle paternalistyczny stosunek leczącego wobec chorego, mimo znacznego osłabienia, o czym była już mowa, w czasach współczesnych.

Konsekwencje paternalizmu zasadniczo utrudniają współpracę pomiędzy lekarzem a pacjentem, gdyż przyczyniają się do: utraty zaufania do leczącego, bierności pacjenta, delegowania przez niego odpowiedzialności na pracowników służby zdrowia, traktowanie siebie przez pacjenta jako zależnego, podległego i mniej kompetentnego (8). Nadmienimy, że obecnie wyróżnia się paternalizm mocny i słaby. O paternalizmie mocnym mówimy wtedy, gdy decyzja podjęta przez pacjenta, który ma zdolność do decydowania o sobie, nie jest brana pod uwagę przez lekarza. W tej odmianie paternalizmu decyzja lekarza ma priorytet i lekarz postępuje wbrew woli chorego. Z kolei w paternalizmie słabym decyzja lekarza jest ważniejsza niż decyzja chorego, ale wynika to z faktu, że pacjent utracił zdolność o samodecydowaniu o swoim zdrowiu i życiu (9). Paternalizm można rozpatrywać w bardzo wielu aspektach. Argumentem popierającym jego stosowanie może być to, że lekarz działa na rzecz dobra chorego i że ma profesjonalną wiedzę na temat tego, jak choremu można pomóc. Dobre intencje i wiedza medyczna nie zawsze wystarczają w leczeniu. Choroba często powstaje na skutek niezdrowego trybu życia, pod wpływem troski i życiowych niepowodzeń, na skutek urazów, o których pacjent mówi niechętnie i o które lekarz pyta w najlepszym razie z wielką niechęcią. Lekarz decydujący za pacjenta niekoniecznie poddaje się pokusie decydowania za innych. Często obawia się wplątania w trudne problemy, których rozwiązanie wymaga nadzwyczajnych starań i empatii. W relacji lekarz – pacjent może też brakować wzajemnego zaufania (10). Niekiedy do modelu paternalistycznego dążą także sami pacjenci. Niekierownym z nich odpowiada rola „ubezwłasnowolnionych” w chorobie, nieobarczonych ciężarem podejmowania decyzji dotyczących własnego zdrowia. Jednakże model relacji partnerskiej pomiędzy lekarzem i pacjentem, dający temu ostatniemu możliwości w zakresie podejmowania decyzji, ma wiele walorów. Trzeba mieć na uwadze, że w relację lekarz – pacjent wbudowanych jest także sporo niepokojów i niepewności samego lekarza. Zawsze istnieje szansa błędnej diagnozy, nieskutecznych leków czy nieprzewidzianych, ubocznych efektów realizowanych terapii, które lekarz musi brać pod uwagę. I to właśnie partnerstwo z pacjentem, a nie paternalizm, pozwala się dzielić z nim tą odpowiedzialnością (11). Chociaż zdaniem niektórych etyków w pewnych sytuacjach paternalizm powinien być dozwolony. Takie sytuacje mogą wystąpić wtedy, gdy: brak interwencji lekarza lub niestosowanie się chorego do zaleceń lekarskich mogłyby spowodować u pacjenta ryzyko związane z trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, a nawet śmierć (np. brak zgody chorego na operację pękniętego tętniaka aorty brzusznej na pewno doprowadzi do jego śmierci); ryzyko powikłań po interwencji lekarskiej jest niskie; podczas interwencji ryzyko ograniczenia autonomii chorego jest minimalne (12). Jakkolwiek w tego typu sytuacjach z relacji lekarz – pacjent powinno zostać wyeliminowane kłamstwo, czy to sprowadzające się do używania profesjonalnego języka przez lekarza, niezrozumiałego dla pacjenta

– laika, co powoduje, że lekarz występuje w pozycji nadrzędnej, czy też nieudzielania potrzebnych pacjentowi informacji, również zakłócenia w komunikacji pośredniej (13). Ramą wyjściową narzucającą model relacji lekarz – pacjent jest stan zdrowotny pacjenta, do którego lekarz powinien dopasować procedury medyczne i sposób komunikowania. Według modelu biomedycznego zdrowia, stanowiącego podstawę współczesnej medycyny, zasadniczy wpływ na relację pomiędzy lekarzem a pacjentem wywiera rozwój nauk biomedycznych i technologii medycznych. Medycyna współczesna ukształtowała się pod wpływem mechanistycznej teorii przyrody Kartezjusza, czego konsekwencją stanowiło dzielenie człowieka na części, którymi zajmują się inni specjaliści. Leczenie przebiegało w ramach wąskich specjalizacji, które koncentrują się na chorobie, a nie na pacjencie traktowanym jako integralna osoba. Ludwik Pasteur, który sformułował specyficzną teorię chorób zakaźnych, przyczynił się do dalszej technologizacji czy instrumentalizacji medycyny. Przemiany medycyny postpasteurowskiej osiągnęły kulminację w tzw. ideologii szpitalnej, gdzie zwalczanie choroby stało się ważniejsze aniżeli troska o ludzi. Scjentyistycznie zorientowana medycyna podparła się przez długi czas kodeksami etycznymi, które odwoływały się do tradycji Hipokratesa, mimo że wraz z rozwojem medycyny owa formuła nie spełniała pragmatycznych zadań. Pojawiać się zaczęły dylematy etyczne. Doprowadziło to do powstania i rozwoju bioetyki. Ewolucja bioetyki pokazuje, jak trudno jest formułować zasady, które powinny być przestrzegane przez lekarzy w relacjach z pacjentami. Zasada swobody klinicznej i różne wersje relacji paternalistycznych wynikały z przyznania lekarzom instytucjonalnych uprawnień do podejmowania decyzji i budowania autorytetu opartego na wiedzy. Władza wynikająca z wiedzy daje lekarzom i instytucjom medycznym możliwość działania na kilku poziomach, np. nadzorowanie procesu terapeutycznego, narzucanie ograniczeń pacjentom poprzez definiowanie medyczne choroby, kontrolowanie roli chorego i definiowanie uprawnień do bycia chorym, charakteryzowanie relacji zależności w procesie interakcji społecznej (14). Godny aprobaty pozostaje postulat oparcia relacji pomiędzy pacjentem i lekarzem na wzajemnym zaufaniu. Pacjent do jednego lekarza może mieć zaufanie, a do innego lekarza już nie. Czynnikiem kształtującym zaufanie nie muszą być wyłącznie czynniki merytoryczne sprowadzające się do profesjonalnej fachowości i merytorycznych umiejętności lekarza. Lekarz powinien uszanować wybory pacjenta. Kodeks Etyki Lekarskiej wprowadza swoisty postulat w zakresie dopuszczalności wyboru lekarza. Chory nie jest jedynie przedmiotem interwencji lekarskiej, ale przede wszystkim stroną stosunku prawnego, której wola powinna mieć decydujące znaczenie. Podejmowanie działań przez lekarza w stosunku do pacjenta w ramach procedur medycznych powinno opierać się na zasadach etycznych i pozostawać w zgodzie z prawem medycznym. Przyjęte zasady etyczne akcentują wysoki status pacjenta jako

osoby. Ich respektowanie w relacji pacjenta z lekarzem ma na celu ochronę pacjenta w przymusowej sytuacji, w jakiej się znalazł. Pacjent – chcąc uzyskać stan objawiający się brakiem choroby czy dolegliwości – zmuszony jest nieraz nie tylko do ujawnienia intymnych szczegółów swojego życia, ale także do zaakceptowania medycznych ingerencji w swoją integralność cielesną. Lekarz ma obowiązek rozważenia ryzyka, a w konsekwencji obowiązek podejmowania takich działań, które maksymalizują korzyści i minimalizują krzywdy (15).

Zasady postępowania lekarzy weterynarii wobec opiekunów zwierząt

Relacja opiekuńczo–lecnicza jest jednym z priorytetowych aspektów złożonej relacji człowieka z innymi gatunkami w ogóle. Wielowiekowy proces udomawiania zwierząt, który trwa po dzień dzisiejszy, wywiera wpływ na relację człowiek – zwierzę. Jeśli chodzi o zwierzęta towarzyszące jako grupę podopiecznych o statusie odmiennym niż zwierzęta hodowlane, praktyka weterynaryjna i podejście lekarza, chociaż w dużym stopniu sprowadzone do kontroli i prewencji, umożliwiają zindywidualizowane traktowanie pacjenta na poziomie diagnostyki, terapii, rehabilitacji, leczenia ambulatoryjnego itd. Emocjonalne przywiązanie opiekunów do podopiecznych sprawia, iż są oni skłonni inwestować znaczące środki finansowe w poprawę stanu zdrowia swoich pupili, nawet jeśli wiąże się to z wyrzeczeniami dotyczącymi ich własnego dobrostanu. Taka postawa opiekuna doprowadza niekiedy do sytuacji, w których – mimo silnie obniżonej jakości życia zwierzęcia i występujących wskazań medycznych co do eutanazji – opiekun nie decyduje się na ostateczne rozwiązanie, zdając sobie sprawę z tego, że wydłużanie życia i medykalizacja środkami uśmierzającymi ból i cierpienie nie są zgodne z dobrem zwierzęcia, które nie będzie już w stanie czerpać żadnej przyjemności z życia i zdrowej kondycji (16). Kodeks Etyki Lekarza Weterynarii (KELW) w części szczegółowej rozdz. 1 określa *Zasady postępowania lekarza weterynarii wobec zwierząt, ich właścicieli i opiekunów*, uwzględniając możliwość humanitarnego uśmiercenia zwierzęcia (art. 15 ust. 3). Opiekun zwierzęcia ma prawo do samodzielnego wyboru lekarza weterynarii i zakładu leczniczego. (art. 16 ust. 1 KELW). W zakresie owego wyboru można mówić o wolności i autonomii opiekuna zwierzęcia. Ponadto lekarz weterynarii nie może narzucać swoich usług właścicielowi lub opiekunowi zwierzęcia (art. 16 ust. 2). Kodeks Etyki Lekarza Weterynarii nakłada na lekarza weterynarii obowiązek, zaznaczając, na życzenie właściciela/opiekuna, przekazania opiekunowi/właścicielowi zwierzęcia zrozumiałej informacji o zakresie świadczonych usług, stosowanych cenach usług oraz możliwości uzyskania pomocy poza godzinami pracy zakładu leczniczego dla zwierząt (art. 16 ust. 3 KELW), co wskazuje na znaczenie komunikacji i dialogu we wzajemnej relacji pomiędzy lekarzem weterynarii i opiekunem zwierzęcia. Dialogiczność zapisana jest również w art. 19 ust. 1 KELW, który nakłada na

lekarza weterynarii obowiązek zrozumiałego informowania właściciela lub opiekuna zwierzęcia o rozpoznaniu, rokowaniu, zamierzonym postępowaniu i związanym z tym ryzykiem oraz kosztami, o przewidywanej użyteczności i jakości życia zwierzęcia po jego wyleczeniu, a także konieczności uzyskania zgody właściciela lub opiekuna, dotyczącej planowanych działań. Lekarz weterynarii, który nie może podjąć się leczenia lub musi odstąpić od leczenia chorego zwierzęcia, powinien wskazać właścicielowi lub opiekunowi zwierzęcia możliwość uzyskania pomocy u innego lekarza weterynarii (art. 20 KELW). Co więcej, lekarz weterynarii, podejmując opiekę nad chorym zwierzęciem, zapewnia ciągłość leczenia lub wskazuje innego lekarza weterynarii, który w jego zastępstwie będzie kontynuował leczenie. Z owej etycznej powinności wyprowadzany jest kolejny obowiązek, sprowadzający się do tego, że lekarz weterynarii dotychczas leczący zwierzę jest obowiązany, na prośbę lekarza przejmującego leczenie tego zwierzęcia, przekazać mu wszystkie posiadane dane i kopie dokumentów o przebiegu dotychczasowego leczenia (art. 21 KELW). Przedmiotowa powinność zabezpiecza dobro zwierzęcia, a opiekunowi umożliwia dialog z kolejnym profesjonalistą. Analiza KELW wskazuje, iż relacja pomiędzy lekarzem weterynarii i opiekunem zwierzęcia pozbawiona jest legitymizacji paternalistycznej. Opieka weterynaryjna oparta na relacji pomiędzy opiekunem zwierzęcia i lekarzem weterynarii jawi się jako forma współpracy partnerskiej. Podstawą tej relacji jest wzajemne zrozumienie oraz wymiana informacji. Dużą wagę przykładają się do poglądów właściciela na temat opieki nad pacjentem. Kluczem do skutecznego leczenia jest związek pomiędzy lekarzem weterynarii i opiekunem zwierzęcia. Opieka weterynaryjna oparta na właściwej relacji pomiędzy lekarzem i opiekunem zwierzęcia ma duży wpływ na przestrzeganie zaleceń lekarza (17).

Relacja lekarz weterynarii – opiekun zwierzęcia może zostać zakłócona.

Po pierwsze, **przez odmowę leczenia przez lekarza weterynarii**. Lekarze weterynarii będący przedstawicielami zawodu zaufania publicznego mają powinności prawne i etyczne wobec zwierząt. Czy zatem lekarz weterynarii może odmówić pomocy choremu i cierpiącemu zwierzęciu? Ustawa o ochronie zwierząt (18) definiuje w art. 1, że zwierzę jako istota żyjąca zdolne jest do odczuwania cierpienia, nie jest rzeczą, a człowiek jest mu winien poszanowanie, ochronę i opiekę. Ustawa reguluje postępowanie ze zwierzętami kręgowymi, w tym zwierzętami wykorzystywanymi w celach naukowych lub edukacyjnych w zakresie nieuregulowanym w Ustawie z dnia 15 stycznia 2015 r. o ochronie zwierząt wykorzystywanych do celów naukowych lub edukacyjnych (art. 2). Ustawa określa zachowanie się ludzi wobec zwierząt, nakłada wiele obowiązków na posiadaczy zwierząt oraz organa administracji państwowej. Art. 27 ustawy o ochronie zwierząt stanowi, iż:

1. *Zabiegi lekarsko-weterynaryjne na zwierzętach są dopuszczalne dla ratowania ich życia lub zdrowia oraz dla koniecznego ograniczenia populacji*

i mogą być przeprowadzane wyłącznie przez osoby uprawnione.

2. *Zabiegi lekarsko-weterynaryjne i zootechniczne lub inne zabiegi wynikające z technologii produkcji mogą być wykonywane na zwierzętach wyłącznie przez osoby posiadające kwalifikacje określone odrębnymi przepisami, z zachowaniem koniecznej ostrożności, w sposób zapewniający ograniczenie cierpienia i stresu zwierzęcia.*
3. *Zabiegi powodujące ból wykonuje się w znieczuleniu ogólnym albo miejscowym, z wyjątkiem tych zabiegów, które według zasad sztuki weterynaryjnej wykonuje się bez znieczulenia.*

Przedmiotem cytowanego artykułu są zabiegi lekarsko-weterynaryjne na zwierzętach. Wobec tego lekarze weterynarii odpowiadają za wszystkie czynności lekarsko-weterynaryjne własne oraz osób im pomagających oraz działających pod ich nadzorem (technicy weterynarii, pielęgniarze zwierząt). Co więcej, zgodnie ze stosownymi przepisami ustawy o ochronie zwierząt pozbawienie życia zwierzęcia może odbywać się tylko w uzasadnionych przypadkach (art. 33), wyłącznie w sposób humanitarny i polegający na zadawaniu przy tym minimum cierpienia fizycznego i psychicznego. W niektórych przypadkach wymagana jest pisemna zgoda właściciela zwierzęcia (19). W przypadku odmowy leczenia zwierząt, np. po wypadkach komunikacyjnych, podawane są argumenty etyczne i odniesienie do zawodu zaufania publicznego. W Kodeksie Etyki Lekarza Weterynarii nie ma zapisów, które w sposób *expressis verbis* obligowałyby lekarzy weterynarii do pomocy rannym zwierzętom w nagłej potrzebie. Taki obowiązek Tomasz Pietryga wyprowadził z ustawy o ochronie zwierząt, wskazując, że nieudzielenie pomocy rannemu zwierzęciu przez osobę, która ma możliwości i wiedzę, aby oszczędzić mu cierpienia, można zakwalifikować jako znęcanie się. Lekarz weterynarii, pracujący w placówce, która nie jest wyznaczona do tego rodzaju pomocy, może jej udzielić na zasadach komercyjnych (20). Powtórzmy, iż lekarz weterynarii, który odmawia pomocy zwierzęciu, np. powołując się na brak kompetencji co do danego przypadku klinicznego czy argumentując odmowę brakiem czasu z uwagi na wielość pacjentów, powinien wskazać opiekunowi innego lekarza weterynarii, który będzie mógł udzielić pomocy medycznej (art. 20 KELW). Dodajmy, iż często zawód lekarza weterynarii rozpatrywany jest w kategoriach powołania, stąd powinności etyczne, zwłaszcza w dyskursie społecznym, zaczynają pełnić rolę wiodącego argumentu (21).

Po drugie, **przez odmowę leczenia przez opiekuna zwierzęcia**. Decyzja o posiadaniu zwierzęcia zobowiązuje opiekuna lub właściciela nie tylko do zapewnienia godziwych warunków do życia, ale również opieki weterynaryjnej. Choroba zwierzęcia obliuguje właściciela do zagwarantowania mu właściwego leczenia weterynaryjnego (22). Lekarz weterynarii Andrzej Dzikowski podczas jednego z wystąpień konferencyjnych opisał zakres działania i kompetencje lekarza weterynarii w odniesieniu do ochrony zwierząt. Wskazał, że rola weterynarza ma charakter

zarówno indywidualny, jak i instytucjonalny, a zatem jego obowiązkiem jest działanie na korzyść nie tylko konkretnych zwierząt, ale także ochrony środowiska *sensu largo*. Zauważył, że lekarz weterynarii może pełnić różne funkcje w ramach procedury odbioru zwierzęcia: może sam być upoważnionym przedstawicielem organizacji społecznej, dostarczać merytorycznej wiedzy organowi administracji, składać zawiadomienie o konieczności odebrania zwierzęcia, może wreszcie leczyć odebrane już zwierzę. Za mankament ustawy o ochronie zwierząt Andrzej Dzikowski uznał brak obligatoryjnego udziału lekarza weterynarii w procedurze stwierdzenia, czy miało miejsce znęcanie się nad zwierzęciem, wskazując m.in. na niespójność przepisów w tym zakresie z ustawą o zawodzie lekarza weterynarii i izbach lekarsko-weterynaryjnych. W jego ocenie konieczne jest wskazanie w ustawie, że właściwym podmiotem dla odebrania zwierzęcia jest powiatowy lekarz weterynarii oraz precyzyjne określenie kompetencji weterynarza w tej procedurze (23). Pewnym problemem jest zapewne samo rozumienie pojęcia znęcanie się nad zwierzętami. Przypomnijmy, iż katalog czynów uznawanych za znęcanie się został przyjęty jako punkt wyjścia w projektach ustawy o ochronie zwierząt, która została uchwalona 21 sierpnia 1997 r. W ustawie tej oraz w jej nowelizacjach przedmiotowy katalog uległ rozszerzeniu, a opisy czynów były modyfikowane (24). Pojęcie „znęcania się nad zwierzętami” nie stanowi *novum* w polskim porządku prawnym. Owo pojęcie pojawiło się już w okresie międzywojennym,

w Rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z 22 marca 1928 r. o ochronie zwierząt. Artykuł 1 wskazanego aktu prawnego zabraniał znęcania się nad zwierzętami (25), a kolejny artykuł podawał przykładowe sposoby znęcania się, przy czym pkt j) wskazywał, że znęcaniem się jest także *wszelkie w ogóle zadawanie zwierzętom cierpień bez odpowiednio ważnej i słusznej potrzeby* (26). Artykuł 6.1a ustawy o ochronie zwierząt z 1997 r. zabrania znęcania się nad zwierzętami. Naruszenie tego zakazu oznacza, że sprawca znęcania się nad zwierzętami popełnia przestępstwo. Jest ono zagrożone karą pozbawienia wolności do lat trzech (art. 35 ust. 1a ustawy o ochronie zwierząt). Ustawa przewiduje również tzw. typ kwalifikowany tego przestępstwa, tj. działanie ze szczególnym okrucieństwem, zagrożone karą pozbawienia wolności od trzech miesięcy do pięciu lat. Przedmiotem ochrony jest zdrowie zwierzęcia zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym, w tym zabezpieczenie go przed cierpieniem (27). W art. 6.2 odnajdujemy definicję znęcania się nad zwierzętami, zgodnie z którą przez znęcanie się nad zwierzętami należy rozumieć zadawanie albo świadome dopuszczanie do zadawania bólu lub cierpień. Należy zauważyć, że ból i cierpienie są pojęciami odrębnymi, często używanymi zamiennie lub mylonymi. Jednak nie są to pojęcia tożsame. Ból odnosi się do odczuć fizycznych, natomiast cierpienie – do odczuć psychicznych. Cierpieniem będzie np. lęk, głód, pragnienie, strach. Niewątpliwie każdy ból łączy się także z cierpieniem, natomiast nie każde cierpienie związane jest z odczuciami natury

Hematologia 5diff + retikulocyty + PLT optycznie

Retikulocyty z podziałem na 3 frakcje wiekowe

Możliwość badania krwi oraz płynów ustrojowych

Rozpuszczanie wiązań agregatów płytkowych

Eliminacja interferencji RBC <-> PLT

Laserowa cytometria + fluorescencja

Optyczny pomiar płytek

mindray
animal care

BC-60R VET

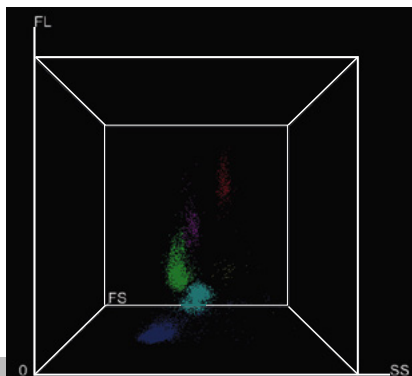


33 parametry

Transmisja do klinikiXP

5 populacji leukocytów

Informacja o NRBC, gran. pałeczkowatych, niedojrzałych, atypowych etc.



Analizatory Weterynaryjne.pl

Zadzwoń po więcej informacji: Marek 601 845 055

Dominika 667 300 762

fizycznej (28). Przytoczony przepis definiuje doniosłą aksjologicznie kwestię, ustanawiając normę zabraniającą znęcania się nad zwierzętami. Zakaz ten jest potrzebnym i słusznym krokiem w kierunku zwiększenia prawa zwierząt do ochrony przed cierpieniem. Treść owego przepisu oraz przepisów z nim związanych stanowi spore wyzwanie interpretacyjne z uwagi na ochronę dobra, którym jest życie lub komfort bytowania przedstawicieli gatunków zdolnych, podobnie jak ludzie, do odczuwania cierpienia (29). Prawodawca w sposób wyraźny przedstawił możliwe sposoby znęcania się nad zwierzętami (30). Jednak nie jest to katalog zamknięty (31). Znęcanie jest przestępstwem powszechnym, które może zostać popełnione zarówno w postaci działania, jak też w postaci zaniechania (32). Zakres przestępstwa znęcania się nad zwierzętami należy rozumieć szeroko, jako wszelkie zachowania człowieka, zarówno w formie działania, jak i zaniechania, czyli niepodjęcia wymaganych prawem działań, prowadzące do krzywdy zwierzęcia, które nie stanowią zabicia zwierzęcia i jednocześnie nie są prawnie dopuszczalne. Konieczność szerokiego rozumienia przestępstwa znęcania się wynika z faktu istnienia wielu zachowań wobec zwierząt naruszających wyrażoną w art. 5 ustawy o ochronie zwierząt zasadę humanitarnego traktowania, rozumianą jako obowiązek uwzględnienia potrzeb zwierząt, zapewnienia im opieki i ochrony (art. 4 ust. 2 ustawy o ochronie zwierząt; 33). Opiekunowie, nie lecząc zwierzęcia, często podają argument ekonomiczny, finansowy – w postaci braku środków na leczenie weterynaryjne. Obecnie należy zwrócić uwagę na fakt, że praktyka weterynaryjna w stosunku do zwierząt domowych przedstawia ofertę zbliżoną do medycyny ludzi, włącznie z usługami stomatologicznymi i chemioterapią nowotworów. Finansowe uwarunkowania procesów leczniczych mają niewątpliwie znaczenie dla postaw lekarzy weterynarii, których praktyki (a zwłaszcza ich skuteczność) wymagają wydatnego udziału technologii medycznych, a te ostatnie są kosztowne. Wobec tego etyka weterynaryjna i nie tylko (brak leczenia zwierzęcia jako forma znęcania) musi ścierać się z presją, której źródłem jest rozdźwięk pomiędzy potencjałem leczniczym usług weterynaryjnych a ograniczoną zasobnością ekonomiczną opiekunów, co może sprzyjać rozwiązaniom niekoniecznie pożądanym, a przede wszystkim nadużyciom (34). W tym miejscu warto zwrócić uwagę na art. 23 KELW, zgodnie z którym: *Wysokość honorarium za wykonane czynności lekarza weterynarii jest wartością umowną*. Niejednokrotnie opiekunowie zwierząt są zdania, iż lekarz z powołania to ten, który za darmo leczy zwierzęta lub tylko za cenę leków. Takie rozumowanie jest dość naiwne, albowiem żaden sprzedawca produktów spożywczych nie sprzedaje ich za sumę kosztów, które są potrzebne tylko i wyłącznie do ich wytworzenia. Nikt nie pracuje za darmo, a w narracji o lekarzach weterynarii pojawia się wizja lekarza leczącego zwierzęta *pro bono* z uwagi na fakt, iż lekarz weterynarii reprezentuje zawód zaufania publicznego (35). Wobec tego kwestią, o której głośno się mówi, a która zakłóca dialog

pomiędzy lekarzem weterynarii i opiekunem zwierzęcia, są pieniądze. Większa część stresu związanego z pracą lekarza weterynarii zostałaby wyeliminowana, gdyby lekarz weterynarii mógł myśleć tylko i wyłącznie o leku, pomijając koszty (36). Postępy w weterynarii sprawiły, że współcześnie medycyna weterynaryjna dysponuje niemal identycznymi możliwościami terapii, jaką mają lekarze ludzi. Ale podobnie jak to się dzieje w przypadku medycyny, ma to swoją cenę. Koszty wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego u psa, operacja kolki u konia czy korekty chirurgicznej w przypadku zespołu oddechowego psów brachycefalicznych mogą wielokrotnie przewyższać cenę zakupu zwierzęcia. Jednak nawet najbardziej podstawowe działania – szczepienia, kuracje odrobaczające czy badania kontrolne – mogą dla niejednego opiekuna stanowić poważne obciążenie finansowe. Dlatego też decydując się na zakup czy adopcję zwierzęcia, należy skalkulować długoterminowe koszty i ewentualne ryzyko zachorowania na poważną chorobę (37).

Relacja pomiędzy lekarzem weterynarii i opiekunem zwierzęcia wyznaczona zostaje także przez kwestie związane z błędem w sztuce lekarskiej oraz tajemnicą zawodową. Lekarz weterynarii w przypadku stwierdzenia popełnienia przez siebie błędu podejmuje działania w celu naprawienia jego skutków oraz informuje o tym właściciela lub opiekuna zwierzęcia (art. 27 KELW). Ów zapis daje opiekunowi poczucie bezpieczeństwa. Także zapis dotyczący tajemnicy zawodowej (art. 28 KELW), właściwy dla zawodów zaufania publicznego, opiera relację pomiędzy lekarzem weterynarii i opiekunem na zasadzie lojalności i bezpieczeństwa. I to właśnie w działalności zakładu leczniczego bardzo ważne jest szerokie rozumienie bezpieczeństwa i higieny pracy. W sensie cywilnym za bezpieczeństwo klienta lekarz odpowiada z chwilą jego wejścia na teren lecznicy. Lekarz powinien rozważyć udział opiekunów zwierząt lub asystujących im często małoletnich członków rodziny, dzieci oraz osób chorych lub starszych w niektórych badaniach lub zabiegach i każdorazowo jasno określić zakres tego udziału i odpowiedzialności. Niejednokrotnie z powodu udziału wymienionych osób przy niektórych zabiegach wynika wiele problemów i kłopotów, np. zasłabnięcia, omdlenia itp. (38).

European Veterinary Code of Conduct, analogicznie jak Kodeks Etyki Lekarza Weterynarii, przyjmuje model partnerski w relacji lekarz weterynarii i opiekun zwierzęcia. Zgodnie z jego treścią lekarze weterynarii powinni szanować potrzeby i wymagania wyrażane przez ich klientów w oparciu o zasady etyki i przepisy danego państwa członkowskiego. Żaden lekarz weterynarii nie może dyskryminować opiekuna zwierzęcia ze względu na płeć, rasę, religię, poglądy polityczne, niepełnosprawności, status cywilny lub orientację seksualną. Wszyscy lekarze weterynarii mają obowiązek wobec swoich klientów sumiennie wykonywać pracę i usługi, kompetentnie i profesjonalnie oraz w oparciu o takie wartości, jak niezależność, bezstronność i rzetelność,

z należytą starannością, z wykorzystaniem umiejętności i pracowitości. Lekarze weterynarii powinni, w miarę możliwości, upewnić się, że uzyskali świadomą zgodę od klientów przed wykonaniem zabiegów. Komunikacja powinna być oparta na prawdzie, przejrzysta i prawidłowa. Marketing handlowy powinien być zgodny z prawem krajowym, niezależny, uczciwy. W dialogu istotna jest godność zawodu i tajemnica zawodowa. Lekarze weterynarii zobligowani są postępować profesjonalnie, udzielać porad w języku zrozumiałym dla opiekuna, a na każdym etapie informować opiekuna o stanie zwierzęcia i rokowaniach.

Podsumowanie

Na paternalizm w zawodzie lekarza weterynarii można patrzeć w sposób analogiczny jak na paternalizm w medycynie w kontekście relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem. Wszak to lekarz weterynarii jest ekspertem, posiada wiedzę, która legitymizuje go do występowania w roli „ojca”. Jednakże i w przypadku medycyny ludzi, i medycyny weterynaryjnej, to pacjent i opiekun zwierzęcia mają prawo do podejmowania decyzji opartych na autonomii. Kodeks Etyki Lekarza Weterynarii optuje za modelem relacji partnerskiej. Relacja lekarz weterynarii i opiekun zwierzęcia różni się zasadniczo od relacji lekarza i pacjenta, albowiem w przypadku medycyny weterynaryjnej pacjentem jest zwierzę. W naszym przekonaniu relacja lekarz weterynarii i opiekun zwierzęcia powinna opierać się na realizacji zasady dobra zwierzęcia. Wszak art. 30 KELW określa rolę lekarza weterynarii w ochronie zdrowia publicznego oraz ochronie środowiska i praw zwierząt, z czego wynika m.in. jego obowiązek zwracania uwagi właścicielom lub opiekunom zwierząt na nieprawidłowości. Poszanowanie praw zwierząt, wpływające na zapewnienie zwierzętom dobrostanu nie są tożsame z przyjmowaniem przez lekarzy weterynarii postawy paternalistycznej, a wypływają z troski o zwierzęta.

Piśmiennictwo

- Biesaga T.: Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny. *Medycyna Praktyczna* 2005, nr 6, 20.
- Negri A.: Co jest dobrem? Autonomiczny i paternalistyczny styl zarządzania, *Coaching Review* 2014, nr 1, 8–9.
- Hartman J.(red.): *Słownik filozofii*, Wydawnictwo Zielona Sowa, Kraków 2004, 247.
- Biesaga T.: Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny..., 20.
- Jantos M.: Filozofia dialogu przeciwko paternalizmowi w medycynie. *Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria* 2015, nr 4 (96), 244.
- Rej-Kietla A., Kryśka S.: *Lekarski obowiązek a samostanowienie pacjenta. Państwo i Społeczeństwo* 2013 nr 1 (XIII), 64.
- Biesaga T.: Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej, *Studia Philosophiae Christianae* 2004, nr 40/1, 155–156, 162–163.
- Ratajska A., Kubica A.: Co leży u podłoża złej współpracy lekarz – pacjent? – spojrzenie psychologa, *Folia Cardiologica Excerpta* 2010, 5, nr 2, 85.
- Wroński K., Cywiński J., Bocian R., Dziki A.: Paternalizm w medycynie. *Kardiologia i Torakochirurgia Polska* 2008, nr 5 (3), 350.
- Jantos M.: Filozofia dialogu przeciwko paternalizmowi w medycynie..., 249–250.
- Ostrowska A.: Paternalizm czy partnerstwo? Relacje między pacjentami a lekarzami w Europie. W: H. Domański, A. Ostrowska, P.B. Sztabiński (red.): *W Środku Europy? Wyniki Europejskiego Sondażu Społecznego*, Wydawnictwo IFIS PAN, Warszawa 2006, 186.
- Wroński K., Bocian R., Depta A., Cywiński J., Dziki A.: Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz – pacjent. Prawne aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej, *Nowotwory. Journal of Oncology* 2009, 59, 270.
- Cholewa K.: Pojęcie kłamstwa a obowiązek prawdomówności w medycynie. *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny* 2022, nr 85, 114–127.
- Gałuszka M.: Nowe zjawiska w relacji lekarz – pacjent w kontekście rozwoju Internetu, *Przegląd Socjologiczny* 2012, nr 61 (2), 121.
- Haberko J.: Zasady postępowania lekarza w stosunku do pacjenta. Uwagi de lege lata i de lege ferenda na tle przepisów Kodeksu etyki lekarskiej, *MW* 2016, nr 8, 43.
- Kuśnierz K.: Imperatyw opieki paliatywnej w medycynie weterynaryjnej. *Ethics in Progress* 2016, 7, 74–76.
- Coe J.: It's not what you know – it's what your clients know. *Veterinary Medicine* 2012, 107, 150.
- Ustawa o ochronie zwierząt z dnia 21 sierpnia 1997 r., Dz.U. z 2020 r. poz. 638.
- Mordak R.: *Podstawy prawne działalności klinicznej oraz dokumentacji w medycynie weterynaryjnej*, Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2006, 17–18.
- Pietryga T.: *Etyka: czy lekarz weterynarii może odmówić leczenia psa po wypadku*, <https://www.rp.pl/opinie-prawne/art10963071-etyka-czy-weterynarz-moze-odmowic-leczenia-psa-po-wypadku> (dostęp: 2 lipca 2023 r.).
- <https://veteri.eu/blog/leczenie-zwierzat-zawod-czy-powolanie.html> (dostęp: 26 czerwca 2023 r.).
- Wikariak S.: *Leczenie chorego psa to obowiązek właściciela*. <https://prawo.gazetaprawna.pl/artykuly/973415,czy-wlasciciel-musi-leczyc-swojego-psa.html> (dostęp: 2 lipca 2023 r.).
- <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/RPO-prawa-zwierzat-konferencja> (dostęp: 30 czerwca 2023 r.).
- Wypych T. (red.): *Raport o problemie bezdomnych zwierząt: Fundacja dla Zwierząt „Argos”*, Warszawa 2016, 69–70.
- Rudy M.: *Traktat o uśmiercaniu zwierząt*. Wydawnictwo Uniwersytet SWPS, Warszawa 2019, 78–79.
- Skuczynski P., Zientara A.: *Prawnokarna ochrona zwierząt a filozoficzny i teoretyczno-prawny problem wartości i praw podmiotowych*. W: Teresa Gardocka, Agnieszka Gruszczyńska (red.): *Status zwierzęcia. Zagadnienia filozoficzne i prawne*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2012, 204.
- Kuszczyk K.: *Prawa zwierząt. Praktyczny przewodnik*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2019, 155.
- Topczewska K.: *Ustawa o ochronie zwierząt. Informator prawny dla praktyków*, Wydawnictwo Ministerstwo Sprawiedliwości, Warszawa 2019, 12.
- Zając A.: Problemy interpretacyjne tekstu ustawy o ochronie zwierząt – zagadnienia wybrane W: J. Helios, W. Jedlecka (red.), *Prawo zwierząt do ochrony przed cierpieniem. Wybrane problemy*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2019, 100–101.
- Misiewicz J.: Odpowiedzialność karna za naruszenia przepisów ustawy o ochronie zwierząt i o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych. Część I, *Życie Wet.* 2020, 95 (3), 151–1543.
- Mozgawa M.: *Prawnokarne aspekty ochrony zwierząt*, W: M. Mozgawa (red.), *Prawna ochrona zwierząt*, Oficyna Sądownicza Verba, Lublin 2002, 168–171.
- Drwęski L.: Ocena skuteczności ścigania przestępstw związanych z ochroną zwierząt – obraz statystyczny, W: T. Gardocka, A. Gruszczyńska (red.), *Status zwierzęcia. Zagadnienia filozoficzne i prawne...*, 234.
- Kuszczyk K.: *Analiza przestępstwa znęcania się nad zwierzętami (tekst opracowany przez Weronikę Cenin pod opieką merytoryczną Karoliny Kuszczyk)*, <https://kuszczykzwimieniu.pl/analiza-przestepstwa-znecania-sie-nad-zwierzetami/> (dostęp: 3 sierpnia 2023 r.).
- Kuśnierz K.: Imperatyw opieki paliatywnej w medycynie weterynaryjnej..., 76.
- Firlej-Oliwa M.: *Jak mądrze zadbać o swojego psa i kota?*. Wydawnictwo Otwarte, Kraków 2021, 32.
- Steel G.: *Weterynarz na dyżurze. Szczery do bólu dziennik lekarza zwierząt*, tłumaczenie M. Zawierzeniec, Wydawnictwo Znak, Kraków 2023, 352–353.
- Gruber A.: *Dramat zwierząt domowych. Weterynarz patolog o cichych cierpieniach naszych domowych pupil, tłumaczenie U. Szymanderska*, Wydawnictwo Feeria Science, Łódź 2020, 347.
- Mordak R.: *Podstawy prawne działalności klinicznej oraz dokumentacji w medycynie weterynaryjnej. Monografia dla lekarzy weterynarii oraz studentów*, Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2006, 143–144.

Dr hab. prof. UWR Joanna Helios,
e-mail: joanna.helios@uwr.edu.pl