

Martyna Łaszewska-Hellriegel
[ORCID: 0000-0002-2212-3711]

Bioetyka dla lekarzy. Mówienie prawdy

Abstrakt. Standardy profesjonalnej komunikacji z pacjentami przeszły znaczną ewolucję w ostatnich trzydziestu latach. Obecnie pacjent oczekuje od lekarza nie tylko wyczerpującej i zrozumiałej informacji o swoim stanie zdrowia, ale również informacji uzasadniających podjętą terapię. Celem mówienia prawdy jest nie tylko informacja, dzięki której pacjenci mogą dokonywać wyboru dotyczącego ich zdrowia oraz innych aspektów ich życia, ale także informacja o sytuacji, w której się znajdują. Mówienie prawdy przyczynia się do powstania związku pomiędzy lekarzem a pacjentem, który jest oparty na zaufaniu. Ten związek w procedurze medycznej polega na szacunku dla pacjenta, jako osoby i respektowania jego autonomii. Jak do tej zasady ma się przywilej terapeutyczny? Mówienie prawdy często również zapobiega szkodzie, gdyż pacjenci, którzy nie są informowani o sytuacji, w której się znajdują mogą nie skorzystać z pomocy medycznej, z której powinni skorzystać.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, mówienie prawdy, zasada autonomii, przywilej terapeutyczny

Wprowadzenie. Czym jest mówienie prawdy?

W praktyce medycznej mówienie prawdy obejmuje przekazywanie informacji, które nie tylko umożliwiają pacjentowi podjęcie odpowiedniego wyboru dotyczącego jego opieki medycznej i innych aspektów jego życia, ale również zawierają informacje o jego sytuacji. Pacjent może być zainteresowany informacją medyczną niezależnie od tego, czy ta informacja jest potrzebna do podjęcia decyzji dotyczącej potrzebnej terapii czy też nie. Mówienie prawdy wymaga dokładności i szczerości: jak to pisał Richard C. Cabot na przełomie wieków, lekarze powinni starać się utworzyć „impresję prawdy” w odczuciu pacjentów¹. Dlatego też mówienie prawdy wymaga, aby informacja była prezentowana w taki sposób, by była zrozumiana i zastosowana².

¹ R.C. Cabot, *The use of truth and falsehood in medicine: an experimental study*, „American Medicine” 1903, 5, s. 344-349.

² S. Bok, *Lying: moral choice in public and private life*, Vintage Books, New York 1979, s. 14.

1. Dlaczego mówienie prawdy jest ważne?

1.1. Etyka

Zaufanie pomiędzy lekarzem i pacjentem jest kluczowe w praktyce medycznej³. Właściwe przekazanie i przedyskutowanie informacji nie tylko ułatwia pacjentowi zrozumienie i zmaganie się z tym, co się z nimi dzieje, ale też pomaga utrwalić i utrzymać zaufanie pomiędzy lekarzem a pacjentem. Prawda przekazywana pacjentom wynika z szacunku do człowieka. Z jednej strony pacjenci mają prawo, aby ich informowano o ważnych rzeczach, które lekarze o nich wiedzą. Z drugiej strony lekarz często staje przed pewnym problemem moralnym. Ustawodawca wymaga od lekarza, aby informował pacjenta i również pacjent chciałby być możliwie szeroko informowany w kwestiach dotyczących jego stanu zdrowia, możliwych do przeprowadzenia terapiach i ich ewentualnych skutkach ubocznych, rokowaniu, możliwości niepowodzenia terapii. Natomiast lekarz może się obawiać, że zła informacja pogorszy stan zdrowia pacjenta, powodując u niego stres. Moim zdaniem jednak niemówienie prawdy i zatajanie części wiadomości z uwagi na „dobro pacjenta” może prowadzić do jeszcze gorszych skutków.

Niemówienie prawdy może skrzywdzić pacjentów w różny sposób. Pacjenci, którzy pozostają niepoinformowani o stanie ich zdrowia mogą nie skorzystać z należytej opieki medycznej, na którą zasługują. W dodatku mogą podejmować decyzje życiowe, których by nie podjęli, jeżeli wiedzieliby wszystko o swojej kondycji zdrowotnej. W dodatku mówienie pacjentom o zdiagnozowanej chorobie w jej początkowej fazie rozwoju, jak na przykład w wypadku stwardnienia rozsianego, może się okazać pomocne w terapii, gdyż część „ludzi znajduje pocieszenie w wiadomości, że lekarze potrafią nazwać problem po imieniu”⁴.

Niemówienie pacjentom prawdy dotyczącej ich kondycji zdrowotnej może być oszukiwaniem. Brak szczerości oraz oszustwo w dobrym zamiarze może być podstawą do braku publicznego zaufania w zawodach medycznych⁵.

W polskich uregulowaniach etycznych obowiązek mówienia prawdy pojawia się w art. 13 k.e.l. Obowiązek informacyjny lekarza z art. 13 ust. 1 k.e.l. nie ma charakteru akcesoryjnego do obowiązku uzyskania zgody na leczenie. Ma on charakter samoistny w związku z czym jest niezależny od innych obowiązków lekarza.

³ Por. art. 12 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej, za: http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf [dostęp: 7.12.2018] (dalej: k.e.l.). Zob. też: T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Wyd. Lekarskie, Warszawa 2013, s. 45 i n.; A. Gubiński, *Komentarz do Kodeksu Etyki Lekarskiej*, Wyd. Emol, Warszawa 1995.

⁴ R. Martin, *Some ethical issues in disclosure of progressive diseases of the nervous system*, „The Southern Medical Journal” 1978, 71, s. 792-794.

⁵ T. Brzeziński, *op. cit.*, s. 45 i n.; S. Bok, *Lying: moral choice in public and private life*, Vintage Books, New York 1979, s. 28.

Artykuł 13 ust. 1 k.e.l. głosi, iż „obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia”. Powyższe regulacje są zbieżne z postanowieniami Konwencji Rady Europy o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny (EKB)⁶. W art. 10 ust. 2 EKB mowa jest o tym, że „każdy ma prawo zapoznania się z wszelkimi informacjami zebranymi o jego zdrowiu”. Etycy Tom L. Beauchamp i James F. Childress wskazują na trzy argumenty przemawiające za prawdomównością lekarza⁷, przede wszystkim poszanowanie pacjenta jako osoby, jego autonomii i prawa do samostanowienia wymaga od lekarza przekazywania prawdziwych wiadomości. Poza tym człowiek, który chce uzyskać świadczenie zdrowotne, zawiera kontrakt, na podstawie którego w świetle prawa cywilnego lekarz ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą, jednocześnie zobowiązuje on lekarza do prawdomówności. Jej brak co najmniej nadweręża, jeśli nie niszczy w całości zaufania, na którym opiera się relacja lekarza z pacjentem.

1.2. Prawo

Mówienie prawdy sięga dalej niż do ujawnienia rozpoznania i towarzyszenia pacjentowi w podejmowaniu decyzji związanych z leczeniem. Zawiera ono większy element dokładnej i szczerzej komunikacji informacyjnej dotyczącej zdrowia pacjenta i jego sytuacji.

Informacja odgrywa wyjątkową rolę w otaczającej nas rzeczywistości. Osoba dobrze poinformowana ma lepsze rozeznanie swojej sytuacji, co stawia ją w uprzywilejowanej pozycji w procesie decyzyjnym. Informacja jest wartością szczególnie wtedy, gdy dotyczy tak istotnych spraw, jak zdrowie człowieka. Polska Konstytucja chroni wartość, jaką jest zdrowie⁸. Zdrowie jest również chronione jako dobro osobiste przez prawo cywilne⁹. Należy odnotować, iż także w prawie medycznym kwestia informacji pojawia się bardzo często. Jest ona nie tylko przedmiotem obowiązku informacyjnego lekarza, ale również dotyczy udzielenia zgody na leczenie, tajemnicy lekarskiej i do niedawna tzw. klauzuli sumienia¹⁰.

⁶ Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny z 4 kwietnia 1997 r., zwana Konwencją z Oviedo; za: https://www.coe.int/t/dg3/health-bioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf [dostęp: 27.12.2018]. Por. M. Safjan, *Prawo polskie a Europejska Konwencja Bioetyczna*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, vol. 2.

⁷ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, Książka i Wiedza, Warszawa 1996, s. 413 i n.

⁸ Zob. art. 68 pkt. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2.04.1997 r., Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.

⁹ Zob. art. 23 k.c.

¹⁰ Por. art. 39 ustawy o zawodach lekarza i dentysty (Dz.U. z 2019 r. poz. 537 t.j.) (dalej: u.z.l.). Lekarz, chcąc powołać się na tzw. klauzulę sumienia, musiał poinformować pacjenta o realnych możliwościach uzyskania danego świadczenia u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki

Podstawowym obowiązkiem lekarza jest przekazywanie pacjentowi informacji uregulowane w art. 31 ust. 1 u.z.l. Zgodnie z nim: „lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu”. Natomiast pacjent na mocy art. 9 ust. 1 u.p.p.¹¹ ma prawo do uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia. W cytowanym art. 31. ust. 1 u.z.l. ustawodawca literalnie wskazuje zakres przedmiotowy prawa do informacji. Lekarz nie ma swobody wyboru informacji, jaką jest zobowiązany udzielić. Katalog zawarty w tym przepisie zawiera prawie wszystkie aspekty udzielania świadczenia zdrowotnego. Z cytowanego przepisu nie wynika natomiast forma, w jakiej informacja powinna być przedstawiona pacjentowi. Lekarz często informuje pacjenta ustnie. Użycie formy pisemnej będzie, w razie sporu, pełniło funkcje zabezpieczenia dowodu na udzielenie prawidłowej informacji dla podmiotu udzielającego świadczenia zdrowotne¹².

Artykuł 31 ust. 1 u.z.l. zobowiązuje również lekarza do poinformowania pacjenta i jego przedstawiciela o negatywnych następstwach stosowanej metody diagnostycznej lub leczniczej. Powstaje tu pytanie o zakres tej informacji. Dokonując wykładni językowej przepisu, można przypuszczać, iż pacjent ma prawo zapoznać się z typowymi i bezpośrednimi powikłaniami oraz negatywnymi następstwami stosowanej terapii. Co może zatem lekarz pominąć? Wydaje się, że będą to informacje dotyczące następstw nietypowych, które rzadko występują. Ze względu na samopoczucie i zdrowie pacjenta „lekarz nie powinien zapoznawać go z nietypowymi następstwami nieobjętymi normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu,

zdrowotnej. Zdanie pierwsze art. 39 utraciło moc wraz z 16.10.2015 r. na podstawie wyroku TK z 7.10.2015 r., K 12/14 (Dz.U. poz. 1633), w zakresie, w jakim nakłada na lekarza obowiązek wykonania niezgodnego z jego sumieniem świadczenia zdrowotnego w „innych przypadkach niecierpiących zwłoki” oraz w zakresie, w jakim nakłada na lekarza powstrzymującego się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania takiego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym.

¹¹ Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej u.p.p.), Dz.U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm. Por też: M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Difin, Warszawa 2001; D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2004; S. Mikołajczak, *Prawa pacjenta*, Medix-Plus, Poznań 1994.

¹² Warto tu także wspomnieć o problemie grupy pacjentów, jaką stanowią Świadczkowie Jehowy. Tacy pacjenci nie zgadzają się bowiem na przeprowadzenie zabiegów z użyciem krwi. Większość skomplikowanych procedur leczniczych wymaga podania pacjentowi dodatkowej, niepocho dzącej od niego krwi, a przy tym nie wszystkie mogą odbyć się z użyciem preparatów krwiozastępczych. Na tym tle obowiązek poinformowania pacjenta o alternatywnych (nieoperacyjnych) metodach leczenia staje się szczególnie ważny, jako że może on pośrednio zdecydować o życiu pacjenta. W przypadku, gdy alternatywne sposoby leczenia nie są dostępne, lekarz ma również obowiązek udzielenia pacjentowi takiej informacji wraz z informacją o skutkach niewykonania zabiegu.

które mogą wystąpić wyłącznie w szczególnych przypadkach”¹³. Na niemieckim rynku świadczeń medycznych zostały wypracowane modelowe kwestionariusze, które w informacji dotyczącej powikłań przedstawiają je statystycznie, co daje pacjentowi pełen obraz ewentualnych zagrożeń wynikających z podjętej terapii.

Warto również wskazać, iż sądy w swoim orzecznictwie odrębnie traktują zakres informacji w zależności od zabiegu. W zabiegach, które ratują życie pacjenta obowiązek informacyjny ulega zawężeniu, a w przypadku zabiegów, których przeprowadzenie nie jest konieczne – rozszerzeniu. Najwęższy zakres informacji dotyczy zabiegów ratujących życie. W sytuacji, w której zachodzi bezwzględna konieczność operacji, lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi jedynie cel i rodzaj operacji oraz zwykle jej następstwa. W wypadku zabiegów estetycznych pacjent powinien zostać poinformowany o wszystkich bardziej lub mniej prawdopodobnych skutkach zabiegu. Lekarz odpowiada za niedoinformowanie pacjenta o ryzyku i skutkach zabiegu. Samo uzyskanie formalnej zgody pacjenta bez poinformowania go o ryzyku i skutkach zabiegu powoduje, że jest to zgoda nieobjaśniona i jako taka jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, nawet gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. Pacjent musi znać przedmiot zgody, a więc musi wiedzieć o proponowanej metodzie leczenia, ryzyku zabiegu i jego następstwach¹⁴.

Sąd Najwyższy w swoim orzecznictwie wypracował pewien kompromis pomiędzy tym, co chciałby i powinien wiedzieć pacjent a tym, jakie informacje powinien przekazać pacjentowi lekarz. Zgodnie z orzecznictwem SN

informacja udzielana przez lekarza przed zabiegiem powinna zawierać takie dane, które pozwolą pacjentowi podjąć decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego może się spodziewać¹⁵.

Lekarz powinien poinformować pacjenta o rodzaju i celu zabiegu oraz o wszystkich jego następstwach, które są zwykle skutkiem zabiegu, tj. pożądanym – ze względu na jego cel – skutkach zabiegu, jak i o innych jego skutkach (tzw. skutkach ubocznych). Informacja powinna w szczególności obejmować te dające się przewidzieć możliwe następstwa zabiegu, zwłaszcza jeżeli są to następstwa polegające na znacznym i istotnym uszczerbku zdrowia, które – jako skutek uboczny – wprawdzie występują rzadko lub bardzo rzadko, ale nie można ich wykluczyć, i powinna określać stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia. W tym wypadku nie można jednakże wymagać, by informacja wymieniała wszystkie możliwe objawy następstw zabiegu i zawierała ich opis. Wystarczające jest ogólne określenie rodzaju możliwych następstw zabiegu oraz wskazanie, czy zagrażają życiu pacjenta, ewentualnie jaki mogą mieć wpływ (doniosłość) na prawidłowe funkcjonowanie organizmu¹⁶.

¹³ Wyrok SN z 28.08.1973 r., sygn. akt I CR 441/73, OSNC 1974/7-8/131; por. wyrok SN z 20.11.1979 r., sygn. akt IV CR 389/79, OSNC 1980/4/81.

¹⁴ Por. wyrok SN z 9.11.2007 r., sygn. akt V CSK 220/07, LEX nr 494157; wyrok SA w Poznaniu z dnia 29.09.2005 r., sygn. akt I ACa 236/0.

¹⁵ Wyrok SN z 28.09.1999 r., sygn. akt II CKN 511/98, M. Prawn. 2007, Nr. 7, s. 369.

¹⁶ *Ibidem*.

Na żądanie pacjenta lekarz powinien rozszerzyć przekazywaną informację, a nie polegać jedynie na własnej ocenie celowości ujawnienia wybranych aspektów leczenia. Zakres obowiązku informacji nie zależy od tego, co lekarz sądzi, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, aby podjąć „świadomą zgodę” wobec proponowanego zabiegu¹⁷.

Ważny jest również czas udzielenia pacjentowi wskazanych informacji. Informacja powinna być udzielona na tyle wcześniej, aby umożliwić pacjentowi przemyślenie swojej decyzji i w konsekwencji podjęcie takiej decyzji, która w jego odczuciu będzie dla niego najlepsza. Zachowana zostaje tu zasada autonomii pacjenta. Zgodnie z art. 31 ust. 1 u.z.l. informacja otrzymywana od lekarza musi być „przystępna”. Oznacza to, iż na lekarzu spoczywa obowiązek takiego sformułowania informacji, aby pacjent w zależności od jego stanu ją zrozumiał. Tę samą zasadę przystępności informacji wprowadza art. 13 ust. 2 k.e.l. „Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały”. Obowiązek ten nie zostanie spełniony w sytuacji, gdy lekarz ogranicza się do przedstawiania pacjentowi wyłącznie pisemnych informacji (formularzy zgody) bez możliwości rozmowy. Samo zapoznanie się pacjenta z takim formularzem nie jest jednoznaczne z tym, że pacjent zrozumiał, co było w nim zawarte¹⁸.

Zasada autonomii pacjenta pozwala mu również na rezygnację z prawa do informacji. Artykuł 31 ust. 3 u.z.l. wprowadza taką możliwość, respektując w ten sposób prawo pacjenta do samostanowienia. „Na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji”, o której mowa w ust. 1 art. 3 u.z.l. opisanej powyżej. Podobne rozwiązanie prawne znajdziemy w art. 16 ust. 1 k.e.l., zgodnie z nim „lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie. Informowanie rodziny lub innych osób powinno być uzgodnione z chorym”. Ta decyzja może zostać przez pacjenta zmieniona w każdej chwili. Pacjent zrzeka się w danym momencie uzyskania informacji, a nie samego prawa do informacji¹⁹. Zrzeczenie się prawa do informacji może w niektórych przypadkach prowadzić do powstania takiej sytuacji, że lekarz będzie zmuszony poinformować o stanie pacjenta inne osoby, łamiąc przy tym tajemnicę lekarską i korzystając za art. 40 ust. 2 pkt. 3 u.z.l., zgodnie z którym lekarz nie jest zobowiązany do zachowania tajemnicy lekarskiej, jeżeli zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub

¹⁷ Por. wyrok SA w Poznaniu z dnia 29.09.2005 r., I ACa 236/05.

¹⁸ Por. M. Koenner, *Prawo dla lekarza*, blog <http://www.prawodlalekarza.pl/> [dostęp: 27.12.2018].

¹⁹ Por. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *op. cit.*, s. 248; *Wybrane problemy deontologii lekarskiej*, red. R. Szulc, Wyd. Uczelniane Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 1999, s. 15. *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Barcikowska-Szydło et. al, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2014, s. 575 i n.

innych osób. W tej sytuacji jednak na lekarzu spoczywa obowiązek dołożenia należytej staranności, aby przekonać pacjenta o niezbędności uzyskania przez niego informacji lub konieczności wyznaczenia przez pacjenta osoby, którą lekarz mógłby poinformować.

Będący przedmiotem wielu kontrowersji i moim zdaniem anachroniczny w obecnych czasach jest art. 31 ust. 4 u.z.l., wprowadzający tzw. przywilej terapeutyczny. Przepis ten pozwala lekarzowi na ograniczenie informacji o stanie zdrowia i rokowaniu w wyjątkowych sytuacjach. Może on ograniczyć informacje, gdy łącznie zostaną spełnione dwie przesłanki: pacjent ma niepomyślne rokowania i za ograniczeniem informacji przemawia dobro pacjenta. „W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta albo osobę przez niego upoważnioną. Na żądanie chorego lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji”. W tym wypadku jednak lekarz nie powinien udzielać nieprawdziwych informacji wprowadzających pacjenta w błąd tylko ewentualnie przemilczeć pewne fakty.

Powstaje tu jednak problem. Jak ma się przywilej terapeutyczny do praw pacjenta do informacji oraz do zasady autonomii pacjenta? Czy niepełna informacja może być lepsza dla pacjenta? Czy lekarz może być ustawowo uprawniony do paternalizacji pacjenta? Wielu autorów podkreśla, że przepis ten umożliwi subiektywną ocenę lekarza bez wprowadzenia racjonalnych przesłanek. Decyzja o zatajeniu części informacji może wynikać z jakże często spotykanego w praktyce paternalizmu lekarzy w stosunku do pacjentów. Ponadto czy decyzja odnośnie do dalszego trybu leczenia podjęta przez pacjent na podstawie „okrojonej”, by nie powiedzieć „fałszywej” informacji, może być uznana za ważną? Andrzej Zoll uważa, że przepisy regulujące przywilej terapeutyczny „wydają się pozostawać w sprzeczności z wartością, jaką jest świadome wyrażenie zgody przez pacjenta na interwencję medyczną. Jeżeli chory udziela takiej zgody w warunkach niepełnej informacji, to trudno mówić, że nastąpiło to w sposób świadomy”²⁰. Filip Wojciechowski pisze wręcz o konflikcie wartości między troską o stan psychiczny chorego a pozwoleniem mu na działanie z pełną świadomością²¹.

Obydwie te instytucje prawne przywilej terapeutyczny i prawo do zrzeczenia się otrzymywania informacji od lekarza zakładają dobro pacjenta. Lekarz nie powinien ich wykorzystywać na przykład w celu uniknięcia nieprzyjemnej rozmowy

²⁰ A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, Wyd. Prawnicze, Warszawa 1989, s. 65.

²¹ Zob. F. Wojciechowski, *Prawo pacjenta do informacji a lekarze*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 4, vol. 1, s. 141; T. Dukiet-Nagórska, *Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6-7, vol. 2, s. 78-95; G. Iwanowicz-Palus, *Prawa pacjenta w Polsce*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8, vol. 2, s. 84; K. Michałowska, *Informowanie pacjenta w polskim prawie medycznym*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, vol. 5, s. 107; M. Šafjan, *Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998.

z pacjentem lub gdy lekarzowi „szkoda czasu” na rozmowę. Lekarz powinien szanować autonomię pacjenta i wychodzić z założenia, że jest on w stanie poradzić sobie z faktami dotyczącymi jego stanu zdrowia, a jednocześnie często większa szkoda może być wyrządzona w przypadku niemówienia prawdy niż w przypadku jej wyjawienia.

Lekarz, który nie poinformuje pacjenta zgodnie z art. 31 u.z.i. oraz art. art. 9 u.p.p. i art. 13 k.e.l. ponosi odpowiedzialność zawodową, cywilną oraz karną. Zgodnie z przepisami „prawa cywilnego udzielenie przez pacjenta zgody bez uzyskania uprzedniej informacji jest wadliwe, w związku z czym lekarz działa bez [jego] zgody”²². Pacjent może dochodzić odszkodowania za powstałą krzywdę lub szkodę na zasadach ogólnych.

2. Studia empiryczne przeprowadzone w USA

2.1. Lekarze

Badania statystyczne przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych wśród liczącej 219 osób grupy lekarzy w 1961 r. wykazały, że 90% z nich nie przekazałoby informacji o wykryciu raka u pacjenta²³. Po dwudziestu latach powtórzone pytanie na grupie 264 lekarzy wykazało, że 97% z nich powiedziałaby pacjentom o diagnozie²⁴. To wykazuje kompletną zmianę zachowania się lekarzy w stosunku do mówienia prawdy, w szczególności jeżeli chodzi o diagnozowanie raka. Wartości kulturowe mają wielki wpływ na zachowanie się lekarzy w stosunku do mówienia prawdy. Amerykańscy lekarze, którzy mówią prawdę pacjentom chorym na raka twierdzili, że przekazują im tę informację, starając się zachować w nich „nadzieję” i „chęć życia” dwie wartości tak bardzo ważne w społeczeństwie amerykańskim²⁵. Wyniki innych badań statystycznych sugerowały, że lekarze pochodzący z Europy południowej i wschodniej w dużo mniejszym stopniu byli szczerzy niż ich koledzy ze Stanów Zjednoczonych²⁶.

²² M. Nesterowicz, *Pravo medyczne*, Dom Organizatora, Toruń 2005, s. 106.

²³ D. Oken, *What to tell cancer patients: a study of medical attitudes*, „Journal of the American Medical Association” 1961, 175 (13), s. 1120-1128.

²⁴ D. Novack, R. Plumer, R. Smith, H. Ochtill, G. Morrow, J. Bennett, *Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient*, „Journal of the American Medical Association” 1979, 241, s. 897-900.

²⁵ M. Good, B. Good, C. Schaffer, S. Lind, *American oncology and the discourse on hope*, „Culture, Medicine and Psychiatry” 1990, 14 (1), s. 59-79.

²⁶ O. Thomsen, H. Wulff, A. Martin, P.A. Singer, *What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients?*, „Lancet” 1993, s. 473-476.

2.2. Pacjenci

Według literatury amerykańskiej większość pacjentów chciałaby być informowana o ich sytuacji zdrowotnej. Na przykład badania przeprowadzone w 1957 r. na 560 pacjentach cierpiących na raka i ich rodzinach wykazały, iż 87% respondentów twierdziła, że pacjenci powinni być informowani zgodnie z prawdą o ich chorobie²⁷. W badaniach przeprowadzonych na chorych na stwardnienie rozsiane, zanim jeszcze zaistniała możliwość przeprowadzenia terapii, większość pacjentów chciała wiedzieć, co się z nimi dzieje. Część z nich była więc oburzona pytaniem, dlaczego chcieliby to wiedzieć. Jeden z pacjentów napisał: „Czy ja muszę tłumaczyć dlaczego? Po prostu chcę wiedzieć”²⁸. Badania przeprowadzone w 1982 r. wskazywały, iż ponad 94% pacjentów chciało wiedzieć wszystko o kondycji, w jakiej się znajdują, 96% chciało wiedzieć o zdiagnozowanym raku, a 85% chciało podania realistycznej prognozy dotyczącej ich długości życia, nawet gdyby było ono krótsze niż rok²⁹. Inne badania pokazały, że ponad 90% pacjentów chciało wiedzieć o zdiagnozowanej chorobie Alzheimera³⁰ i ponad 80% pacjentów ze stwardnieniem zanikowym bocznym chciało uzyskać możliwie jak najwięcej informacji na ten temat³¹. Ustosunkowanie się do otrzymania takiej informacji może być zależne od kultury, z której wywodzą się pacjenci³².

2.3. Wyniki

Mówienie prawdy prowadzi do wzrostu zaufania pacjenta do lekarza³³, wpływa na polepszenie stanu zdrowia i zmniejsza ryzyko powikłań, w związku z czym lepsze wyniki zdrowotne leczenia. Pacjenci poinformowani mają więcej satysfakcji z opieki nad nimi i rzadziej chcą zmienić lekarza kierującego niż pacjenci, którzy nie są dobrze poinformowani³⁴. Niektóre z badań sugerują, że mówienie prawdy może mieć negatywne konsekwencje, na przykład zdiagnozowanie nadciśnienia

²⁷ R. Samp, A. Curreri, *Questionnaire survey on public cancer education obtained from cancer patients and their families*, *Cancer* 1957, s. 382-384.

²⁸ M. Elian, G. Dean, *To tell or not to tell the diagnosis of multiple sclerosis*, „*Lancet*” 1985, s. 27-28.

²⁹ *Making health care decisions*, vol. 1, President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine, US Government Printing Office, Washington 1982, s. 69-111.

³⁰ E. Erde, E. Nadal, T. Scholl, *On truth telling and the diagnosis of Alzheimer's disease*, „*The Journal of Family Practice*” 1988, s. 401-404.

³¹ M. Silverstein, C. Stocking, J. Antel, J. Beckwith, M. Siegler, *ALS and life-sustaining therapy: patients' desires for information, participation in decision making, and life-sustaining therapy*, „*Mayo Clinic Proceedings*” 1991, s. 906-913.

³² Np. w USA dużo więcej pacjentów pochodzenia koreańskiego chciało wiedzieć o swojej chorobie niż pacjentów urodzonych w USA.

³³ S. Eraker, J. Kirscht, M. Becker, *Understanding and improving patient compliance*, „*Annals of Internal Medicine*” 1984, s. 258-268.

³⁴ S. Kaplan, S. Greenfield, B. Gandek, W. Rogers, J. Ware, *Characteristics of physicians with participatory decision-making styles*, „*Annals of Internal Medicine*” 1996, s. 497-504.

może spowodować obniżenie dobrego samopoczucia i częstszą nieobecność pacjenta w pracy³⁵. Jednak są to zdania odosobnione.

Podsumowanie. Jak w praktyce stosować mówienie prawdy?

Mówienie prawdy może być trudne w praktyce z dwóch przyczyn: po pierwsze, niepewności diagnozy medycznej, po drugie, z obawy lekarza, że złe wiadomości mogą skrzywdzić pacjenta. Mówienie prawdy może być również trudne w sytuacji, gdy zdarzyły się błędy medyczne oraz w sytuacji, gdy rodzina pacjenta sprzeciwia się poznaniu prawdy.

Niepewność diagnozy medycznej powinna jednak być dzielona z pacjentem³⁶. Mówienie pacjentowi o medycznych niepewnościach i zasięgu działalności terapii możliwych do przeprowadzenia pozwala pacjentowi docenić kompleksowość medycyny, zadać pytania, uzyskać wiedzę, podjąć decyzję i dokonać realistycznych założeń co do ponoszenia odpowiedzialności za podjęte decyzje.

Prognozowanie przez lekarza, które informacje pacjent uzna za smutne lub przewidywanie, w jaki sposób go zasmucą może sprawiać lekarzowi problemy. Pacjenci mogą wskazywać bezpośrednio lub pośrednio³⁷ na potrzebę posiadania wiadomości dotyczących choroby, na którą cierpią. Gdy takie potrzeby są autentyczne, powinny być respektowane. Możliwe jest takie przekazanie prawdy, które złagodzi jej efekty, jest wiele poradników i książek na temat, w jaki sposób przekazywać złe wiadomości³⁸. Prawda może być brutalna, ale „jej oznajmianie nie powinno być takie brutalne”³⁹.

Lekarze powinni poinformować o ewentualnych możliwościach komplikacji, ale nie powinni sugerować, że popełnią jakieś zaniedbania. Pozwolenie na błąd nie jest pozwoleniem na praktyki odbiegające od przyjętych standardów. Niedbalstwo jest winą wynalezioną przez prawników, a nie przez lekarzy i ich współpracowników.

³⁵ L. MacDonald, D. Sackett, R. Haynes, D. Taylor, *Labelling in hypertension: a review of the behavioral and psychological consequences*, „Journal of Chronic Diseases” 1984, s. 933-942.

³⁶ R. Logan, P. Scott, *Uncertainty in clinical practice: implications for quality and costs of health care*, „Lancet” 1996, s. 595-598; J. Szpara, *Prawo do informacji medycznej w relacjach pacjenta z lekarzem*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 4, vol. 1, s. 138.

³⁷ D. Pisetsky, *The breakthrough*, „Annals of Internal Medicine” 1996, 124, s. 345-347.

³⁸ P. Tate, *The doctor's communication handbook*, Radcliffe Medical Press, Oxford 1995. R. Buckman, *How to break bad news*, Johns Hopkins University Press, Baltimore 1992.

³⁹ A. Jonsen, M. Siegler, W. Winslade, *Clinical ethics*, 3rd ed., McGraw-Hill, New York 1992, s. 53.

Mówienie prawdy może zmniejszyć niepewność po stronie pacjenta i obniżyć ryzyko późniejszego dochodzenia odszkodowania przed sądem⁴⁰. Ludzie czasami wytaczają powództwo „gdyż pragną wyjaśnień, w jaki sposób i dlaczego jak doszło do tego, że stała im się krzywda”⁴¹. Mówienie prawdy w momencie niepowodzenia przeprowadzonej terapii może zapewnić pacjentowi, iż błąd zostaje naprawiony i pacjent otrzymuje poprawną terapię zmierzającą do zmniejszenia skutków ubocznych. Takie postępowanie utwierdzi raczej w pacjencie zaufanie do lekarza niż je zniweczy.

W pewnych sytuacjach pacjent z nieuleczalną chorobą może przekazać prawo do informacji członkom rodziny. Lekarz powinien ostrożnie dowiedzieć się czy to zrzeczenie się prawa do informacji w rzeczywistości jest wolą pacjenta. Pacjenci, którzy nie chcą poznać prawdy powinni być informowani o tym, jak ważne jest mówienie prawdy, a także o tym, w jaki odpowiedni sposób można uporać się z problemem medycznym. Ważne jest, aby mieć w świadomości, że może być różne podejście pacjentów do wartości i że te wartości mogą być zmienne⁴².

Bioethics for physicians. Telling the truth

Summary. The standard of physician professional behavior towards patients has changed a lot over the past 30 years. From physicians patients demand not only the necessary information about their health but also physicians are expected to communicate important information to patients related to treatment decisions. The purpose of truth telling is not simply to enable patients to make informed choices about health care and other aspects of their lives but also to inform them about their situation. On the basis of truth telling grows trust between patient and the physician which is based on the respect owed to patients as persons. How in this contest we should we understand the “therapeutic privilege” known in Polish law? True telling, also often prevents harm, as patients who are uninformed about their situation may fail to get medical help when they should.

Keywords: patients' rights, true telling, patients autonomy, therapeutic privilege

Martyna Łaszewska-Hellriegel – dr hab., prof. Uniwersytetu Zielonogórskiego, kierownik Katedry Teorii Prawa. M.Laszewska-Hellriegel@wpa.uz.zgora.pl

⁴⁰ J. Ritchie, S. Davies, *Professional negligence: a duty of candid disclosure?*, “British Medical Journal” 1995, s. 888-889.

⁴¹ C. Vincent, M. Young, A. Phillips, *Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action*, “Lancet” 1994, s. 1609-1613.

⁴² Np. w Japonii, gdzie medycyna tradycyjnie jest bardzo paternalizująca narodowe, Centrum Raka zdecydowało, że pacjenci cierpiący na tę chorobę dostają formularz opisujący ich chorobę i różne efekty uboczne.

