

Alicja Przyłuska-Fischer

Etyka lekarska i cnota prawdomówności

Diametros nr 4, 143-146

2005

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Etyka lekarska i cnota prawdomówności

Alicja Przytуска-Fischer

Tradycyjna etyka lekarska zaliczała do cnót moralnych lekarza dobroczynność, opiekuńczość, współczucie, sumienność oraz cierpliwość, pomijała natomiast obowiązki moralne lekarza wypływające z zasady prawdomówności. Zgodnie z Przysięgą Hipokratesa podstawową powinnością moralną lekarza było czynić wszystko, co uważał za stosowne dla dobra chorego: *Sposób życia urządzić będąc chorym dla ich dobra podług sił moich i zdolności, dalekim będąc od wszelkiego uszkodzenia i krzywdy*. Przekonanie o dobroczynnych skutkach kłamstwa wynikało z założenia, że lekarze są odpowiedzialni za medycznie zdefiniowane dobro pacjenta – nie powinni mówić prawdy, jeśli może to wyrządzić pacjentowi krzywdę.

Uzasadnienie tego stanowiska odwoływało się do czterech argumentów. Po pierwsze, ujawnianie informacji o niepomyślnym rokowaniu wchodzi w konflikt z obowiązkiem dobroczynności i zasadą niekrzywdzenia. Po drugie, ograniczenia wiedzy medycznej pozwalają zakładać, że przewidywania lekarza dotyczące rozwoju choroby i okresu przeżycia pacjenta nie są całkowicie pewne. Po trzecie, pacjenci nie są w stanie zrozumieć treści przekazywanych im informacji. Po czwarte, pacjenci na ogół nie chcą znać prawdy, nawet jeśli wyraźnie się jej domagają.

Tzw. przywilej terapeutyczny dawał zatem lekarzowi prawo do zatajenia przed pacjentem informacji o niepomyślnym rokowaniu. Zasada 12 *Zbioru Zasad Etyczno Deontologicznych Polskiego Lekarza* z 1977 roku głosiła, że *Celem informowania chorego o stanie jego zdrowia powinno być jak najszerzej pojęte dobro. [...] Ze względu na ochronę chorego nie jest wskazane podawanie do jego wiadomości rokowania niepomyślnego. Należy natomiast wtajemniczyć w nie wybraną osobę z otoczenia chorego*. Treść tej zasady odzwierciedlała panujące w środowisku

medycznym przekonanie, że człowiek umierający powinien mieć do końca nadzieję na wyzdrowienie.

Zmiany w sposobie rozumienia obowiązków moralnych lekarzy wobec nieuleczalnie chorych pacjentów związane były z dyskusją nad normatywnym modelem opieki nad umierającymi wywołaną opublikowaniem pracy E. Kübler-Ross *On Death and Dying* i przedstawionym w niej modelem 5 etapów umierania. Dotyczyły zatem kwestii, które określono w artykule wstępnym jako *empiryczne* – świadomość stanu własnego zdrowia i nieuchronności umierania jest warunkiem zaakceptowania skończoności własnego istnienia i pogodzenia się ze śmiercią i ma wpływ na relacje z rodziną i personelem medycznym. Rozwój wiedzy na temat psychologicznych aspektów umierania miał niewątpliwy wpływ na sformułowanie zasad opieki paliatywnej i coraz powszechniej przyjmowane stanowisko, zgodnie z którym model „podejrzewania” i „wzajemnego udawania” powinien być zastąpiony modelem „otwartej świadomości”. Tym samym jednak uznano, że medyczna interpretacja pojęcia dobra pacjenta nie może być ograniczona do sfery fizycznej, lecz musi także uwzględniać sferę psychiczną i duchową. Pozostaje otwartym pytanie, czy obowiązek prawdomówności powinien być uzależniony od oceny osobowości i stanu psychicznego nieuleczalnie chorego pacjenta.

W obowiązującym w Polsce *Kodeksie Etyki Lekarskiej* zmiany wprowadzono dopiero w 1991 roku. Art. 18 Kodeksu głosił, że: *W razie niepomyślnej prognozy dla chorego powinien on być o niej poinformowany z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa.*

Powyższy zapis nie oznacza, jak widać, radykalnej zmiany w podstawach aksjologicznych postępowania lekarza i nie jest tożsamy z moralną akceptacją zasady prawdomówności jako takiej. Dopiero dwa lata później art. 17 KEL uzupełniano o zapis: *[...] jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji.* Ze sposobu sformułowania tego zapisu widać wyraźnie, że środowisko medyczne nie jest przekonane o nadrzędności obowiązku prawdomówności nad obowiązkiem dobroczynności i szacunkiem dla autonomii

moralnej człowieka. Warto więc zastanowić się nad tym, czy mówienie prawdy powinno być bezwzględnym, niczym nie uwarunkowanym obowiązkiem lekarza.

Poszanowanie dla autonomii moralnej pacjenta nakłada na lekarza obowiązek respektowania prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia i wymaga informowania pacjenta o ryzyku i korzyściach zabiegów diagnostycznych i leczniczych oraz alternatywnych metodach postępowania. Dyskusja nad zakresem obowiązywania zasady prawdomówności koncentrowała się zazwyczaj wokół problemów dotyczących ujawniania informacji na temat badań i zabiegów wymagających zgody pacjenta, w mniejszym natomiast stopniu zwracała uwagę na sposób przekazywania informacji. Chodzi przede wszystkim o przekazywanie informacji – w sposób obiektywny, zrozumiały dla pacjenta i dostosowany do jego indywidualnych potrzeb.

We współczesnej bioetyce prawdomówność traktowana jako jedna z ważniejszych cnót lekarza. Jest wyrazem szacunku należnego innym ludziom (zasada autonomii i świadomej zgody), ma ścisły związek z obowiązkiem wierności i dotrzymywaniem obietnic i wzmacnia zaufanie konieczne dla budowania prawidłowych relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem.

Nie ulega jednak wątpliwości, że zasada autonomii zakłada nie tylko prawo do uzyskania informacji, ale także, paradoksalnie, prawo do niepoznania informacji medycznej, co może prowadzić do konfliktu z zasadą dobroczynności. Problem ten ujawnił się szczególnie wyraźnie w poradnictwie genetycznym w związku z coraz szerszym stosowaniem presymptomatycznych testów prognostycznych. Ocena presymptomatycznych testów genetycznych uzależniona jest zazwyczaj od rodzaju testów, powagi choroby oraz możliwości podjęcia działań profilaktycznych lub leczniczych. Najbardziej kontrowersyjne wydaje się wykonywanie badań genetycznych skierowanych na wykrycie nieuleczalnych chorób, wobec których nie można podjąć żadnego rodzaju działań profilaktycznych. Problemy moralne związane z poradnictwem genetycznym pokazują wyraźnie, że przekazywanie wyników badań musi być powiązane z zapewnieniem pacjentom wsparcia psychologicznego i powinno się wiązać z

rozpoznaniem psychologicznych i emocjonalnych obciążeń związanych z pozytywnym lub negatywnym rozpoznaniem. Pacjenci winni być przygotowani do odbioru wyników badań, mają prawo do uzyskania informacji, ale mogą także zdecydować, że nie chcą znać wyników testów. Jeśli zgodzimy się z tym, że lekarze powinni uszanować takie prawo, to tym samym przyznamy, że zasada prawdomówności nie powinna być traktowana w etyce medycznej w sposób bezwarunkowy, a jej obowiązywanie uzależnione jest od możliwości zastosowania działań leczniczych lub profilaktycznych oraz oceny dobra pacjenta.