

# Katafias, Jolanta

---

## Prawda w medycynie : problem zakresu informacji udzielanej choremu przez lekarza w świetle etyki

---

Medycyna Nowożytna 12/1 - 2, 53-65

---

2005

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

---

Jolanta Katafias

# Prawda w medycynie. Problem zakresu informacji udzielanej choremu przez lekarza w świetle etyki

*„Gdybym był ciężko i beznadziejnie chory,  
nie pytałbym mojego lekarza o wiedzę, lecz o ser-  
ce. Wolałbym, żeby mi zamknięto powieki z nad-  
zieją na ustach, aniżeli żeby mi powiedziano  
prawdziwą diagnozę – mój wyrok śmierci.”*

W. Biegański<sup>1</sup>

Stawiając kwestię prawdy w medycynie wkraczamy na grunt kilku dyscyplin angażujących problem prawdy i związanej z nią prawdomówności. Przede wszystkim stajemy wobec logiczno-epistemologicznego zagadnienia istoty i kryterium prawdy. Przyjmując klasyczną koncepcję prawdy, która głosi, że zdania są prawdziwe wtedy i tylko wtedy, gdy odpowiadają faktom, prawdę mówi ten, kto w swych wypowiedziach (lub jednoznacznie rozumianych gestach) przekazuje informacje, które w swej treści są zgodne z rzeczywistością.

Odnosząc ten punkt widzenia do medycyny, zarówno teoretyczno-badawczej jak i praktycznej, musimy zastanowić się – o ile nasza wiedza na dzień dzisiejszy dotycząca etiologii chorób, patologii itd. jest zgodna z obiektywną rzeczywistością. Ten problem interesuje między innymi historyków medycyny wskazujących na zmieniające się historycznie paradygmaty obowiązujące w medycynie określonych epok. Stąd wiemy doskonale, że nasza wiedza dotycząca zdrowia i chorób jest zawsze częściowa i trzeba zgodzić się ze stwierdzeniem, wybijającym nas z naiwnego optymizmu, że rozwiązanie jednego problemu rodzi dziesięć nowych pytań. Wynika z tego, że osiągnięcie prawdy absolutnej pozostaje w sferze platońskiego ideału, natomiast, na co dzień obracamy się w sferze prawd częściowych ciągle przez praktykę weryfikowanych i falsyfikowanych.

Poza chłodno klasyfikującymi sądy logikami przekazywaniem prawdy zajmują się m.in. psycholodzy. Np. Jacek Hołówka, co prawda etyk, ale analizujący powyższą kwestię z punktu widzenia psychologii, pisze o naturalnym pragnieniu prawdy u każdego człowieka. Stwierdza, że: „[...] przywiązanie do prawdy jest upodobaniem powszechnym, bezinteresownym, często kłopotliwym i zupełnie niezrozumiałym w kategoriach praktycznej opłacalności. Dlaczego chory na raka koniecznie chce wiedzieć, co mu jest, choć i tak się tego domyśla? Po trudnym egzaminie wolimy jak najszybciej dowiedzieć się choćby najgorszej prawdy, niż tylko łudzić się, być może, że egzamin jest zdany. Dlaczego? Człowiek zdradzony przez współmałżonka woli o tym usłyszeć, niż dręczyć się podejrzeniami. Co mu każe narażać się na rozczarowanie? Jest to upodobanie do prawdy, dla której jesteśmy gotowi wiele poświęcić – pozycję społeczną, spokój swojej rodziny, własną przyszłość itd.”<sup>2</sup>

Nie chcemy rozstrzygać, czy wyrażone wyżej sugestie znajdują w pełni swoje empiryczne potwierdzenie, jedynie wskazujemy na przeświadczenie wyrażone przez autora, że pragnienie prawdy związane jest z „naturalnymi” potrzebami człowieka (Freuda „zasada rzeczywistości”).

Kwestia prawdomówności ma również swój aspekt socjologiczny, gdy pytamy np. o miejsce prawdy w kształtowaniu relacji międzyludzkich w grupach społecznych, w wyborach preferencji politycznych, ideologicznych i światopoglądowych. Stąd zainteresowanie socjologii medycyny relacją między prawdomównością – pełną informacją – i charakterem związku między lekarzem i pacjentem w trakcie leczenia. Często dziś postulat partnerstwa zasadza się na przekonaniu,

---

<sup>1</sup> W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, wyd. IV, PZWL Warszawa 1957, s. 103.

że tylko chory w pełni informowany może świadomie współuczestniczyć w procesie terapeutycznym.

Dalej, nie można pominąć zainteresowanych problemem prawników. Zarówno kodeksy poszczególnych państw jak i umowy międzynarodowe podkreślają konieczność uzyskania świadomej zgody pacjenta na podjęcie zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych. Sąd Najwyższy, w orzeczeniu z dnia 17.02.1989 r. (OSNKW 5-6/1989, poz.42) stwierdził, że „życie każdego człowieka, niezależnie od wieku, stanu zdrowia, reprezentowanego poziomu wiedzy, stanu rodzinnego i realnej społecznej przydatności jest wartością powszechną i podlega jednakowej ochronie prawnej. Udzielając zgody na interwencję medyczną (zabieg operacyjny, czy diagnostyczny) pozwala na naruszenie też integralności w ustalonym zakresie, co stanowi przedmiot zgody.”<sup>3</sup> Pamiętać jednak należy, że świadoma zgoda musi być poprzedzona rzetelną informacją o faktycznym stanie zdrowia pacjenta, rokowaniu, zagrożeniach związanych z proponowaną interwencją medyczną oraz ewentualnych, alternatywnych metodach, co obliuguje lekarza do prawdomówności.

Nas interesuje jednak problem prawdomówności w medycynie jako powinności moralnej wyrażonej w normie „nie kłam”. W dalszej części wywodu będziemy więc starali się odpowiedzieć na pytanie: czy z etycznego punktu widzenia nakaz prawdomówności jest bezwzględna, moralną powinnością lekarza w relacji z pacjentem, czy też istnieją uzasadnione odstępstwa od wskazanej normy, a jeśli tak, to jakimi racjami są one podpierane. Chcielibyśmy za punkt wyjścia przyjąć, etologiczną analizę normy „nie kłam”, którą znajdujemy w *Normach moralnych* Marii Ossowskiej. Autorka znana jako metaetyk, socjolog i psycholog moralności ucieka przed postulatami „jak być powinno”, a bada „jak jest”. Nawiązując do św. Augustyna stwierdza, że sam fakt udzielania komuś fałszywych wiadomości nie był i nie jest w dalszym ciągu traktowany jako równoznaczny z kłamstwem. W grę musi bowiem wchodzić intencja wprowadzenia kogoś w błąd. „Kto podaje fałszywie datę czyjegoś panowania, nie kłamie, jeżeli jest przekonany, że podał ją dobrze. Kłamie natomiast ktoś, kto pragnąc uniknąć włóczenia po sądach, twierdzi, że nic nie widział wypadku samochodowego, który rozgrywał się przed jego oczyma.”<sup>4</sup> Dalej Ossowska wskazuje na kłamstwa „świątobliwe”, które

<sup>2</sup> J. Hołówka, *Problemy etyczne w literaturze pięknej*, Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1994, s.142.

<sup>3</sup> Cyt. za: M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, wyd. V uaktualnione i rozszerzone, Toruń 2001, s. 86.

<sup>4</sup> M. Ossowska, *Normy moralne, próba systematyzacji*, PWN, Warszawa 1970, s. 114.



ludzie uważają za usprawiedliwione i mające rzekome cudze dobro na względzie. Jako przykład, autorka wymienia wypadki kłamliwej informacji udzielanej beznadziejnie choremu przez lekarza i tego rodzaju kłamstwo, usprawiedliwione przez dobre intencje, proponuje nazwać „kłamstwem pedagogicznym”. Tu z kolei rozróżnia kłamstwa podtrzymujące złudzenia, które ułatwiają człowiekowi istnienie. W tym kontekście pojawia się zagadnienie: „czy nie sprzeciwiać się złudzeniom podtrzymywanym przez religię wtedy, gdy nie mamy wątpliwości, że to są złudzenia. Z wiarą w nieśmiertelność duszy jest przecież łatwiej umierać i łatwiej znieść śmierć bliskich. Człowiek, który się nie ugina, mimo braku złudzeń, może być naszym ideałem, ale czy można wymagać od ludzi, by wszyscy ten ideał realizowali?”<sup>5</sup>

Podtrzymywanie złudzeń, a więc odejście od prawdy zbliża nas do zagadnienia nadziei. Kwestię tą szerzej, w kontekście filozofii medycyny, podjął swego czasu Karol Toeplitz zastanawiając się nad słuszością przekonania większości lekarzy, że budzenie nadziei u pacjentów, dla których rokowania są niepomysłne, jest nakazem moralnym<sup>6</sup>.

Na inne wyłomy od nakazu prawdomówności zwracał uwagę Władysław Witwicki w swoich „Pogadankach obyczajowych”. Autor apodyktycznie stwierdza, że: „Zasada „nie kłam nigdy” jest jawnie fałszywa i samobójcza. Nie trzyma się jej też nikt z tych, którzy ją głoszą<sup>7</sup>. Witwicki uważa, że zabronić ludziom wszelkiego kłamstwa, to odebrać człowiekowi maskującą broń w walce o przetrwanie. Nie wolno brać ludziom za złe, że uciekają się do broni kłamstwa chroniąc się przed arogantami, wścibskimi, głupimi, natrętami, źle wychowanymi, jawnymi wrogami. Nie żyjemy w towarzystwie ludzi świętych i w świecie przepełnionym wrogością trzeba się bronić. W interesującej nas kwestii (mamy tu na myśli sytuację, gdy ludzie nie mogliby znieść prawdy spokojnie i bez cierpienia) autor zajmuje jednoznaczne stanowisko. Czytamy m.in., że: „nieuleczalnie chorych nie godzi się wyprowadzać z błędu, jeżeli w ostatnich dniach choroby czują się lepiej i pytają o potwierdzenie złudnych nadziei. Nie wystarczy wtedy milczeć. Należy im przytakiwać.”<sup>8</sup>. Ocena prawdomówności i kłamstwa zależy, więc przede wszystkim od intencji.

<sup>5</sup> Tamże, s. 116.

<sup>6</sup> K. Toeplitz, *Paradoksy nadziei*, [w:] *Człowiek zabija siebie sam*, III Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów Gdańsk, 15-16 maja 1981, Krajowa Agencja Wydawnicza Gdańsk 1983, s. 222 i nast.

<sup>7</sup> W. Witwicki, *Pogadanki obyczajowe*, PWN, Warszawa 1957, s. 149.

<sup>8</sup> Tamże.

Te porozrzucane uwagi, które wyrywkowo egzemplifikują przede wszystkim nasze potoczne przekonania, mogą stanowić punkt wyjścia dla rozpatrzenia problemu na gruncie etyki normatywnej.

W swych normatywnych roszczeniach filozofia moralności (etyka normatywna) stara się nie tylko, na co zwracaliśmy uwagę wyżej, wskazywać „jak być powinno”, bez względu na to, „jak jest”, lecz również uzasadniać, dlaczego „powinniśmy, jak powinniśmy”. Problem, jak wiadomo współtowarzyszy refleksji nad moralnością od Sokratesa poczynawszy, a dzisiaj, stając się domeną metaetyki, przytłacza tradycyjne dociekania etyki normatywnej. Dlaczego powinienem być prawdomówny w każdej sytuacji lub, co uzasadnia w określonej sytuacji kłamstwo? Według jakich kryteriów rozstrzygać o właściwym wyborze, gdy akceptowana przez nas zasada wchodzi w konflikt z innymi, również obowiązującymi zasadami? Wydaje się, że w tradycji europejskiej należałoby wskazać i rozpatrzyć dwie drogi poszukiwania odpowiedzi: stanowisko absolutystów i konsekwencjalistów. Kazimierz Szewczyk, wprowadzając w istotę obu stanowisk, proponuje zadanie sobie pytania: „czy – jako człowiek – jestem skłonny raczej do kompromisów moralnych, czy też moją postawę etyczną cechuje bezkompromisowość moralna?”<sup>9</sup> Jeśli na podstawie tego autotestu stwierdzimy, że przyjmujemy zasady, które bez względu na sytuację i przewidywane konsekwencje traktujemy jako bezwzględnie obowiązujące, podpisujemy się pod absolutyzmem etycznym i tym samym wchodzimy w towarzystwo Sokratesa, Kanta i wartości etyki katolickiej. Każdy z wyżej wymienionych absolutystów będzie inaczej, jak wiemy, argumentował na rzecz bezwzględnej powinności, ale jeszcze tam, gdzie wyklada się filozofię, odwołuje się zawsze do nieśmiertelnego, kategorycznego imperatywu Kanta: „postępuj tylko według takiej maksymy, dzięki której możesz zarazem chcieć, żeby stała się prawem powszechnym”. Spytań, więc, sugeruje Kant, jeśli masz wątpliwości, czy chciałbyś, aby maksyma „należy kłamać” stała się normą obowiązującą zawsze każdego człowieka. Wobec tak postawionego pytania rozum (według Kanta rozum praktyczny) musi dać jednoznaczną odpowiedź przeczącą, a więc obowiązek prawdomówności jest opartym na rozumie obowiązkiem, któremu podporządkować się musi wola.

Mało która etyka zapisana w historii refleksji nad moralną powinnością była tak szeroko dyskutowana, jak propozycja Kanta. Za

---

<sup>9</sup> K. Szewczyk, *Etyka i deontologia lekarska*, PAU, Kraków 1994, s. 21.

T.L. Beauchampem i J.F. Childressem chcielibyśmy wskazać na cztery często powtarzane zarzuty:

1. „Problem niezgodnych obowiązków” – codzienne doświadczenia życiowe pokazują, że stawiani jesteśmy wobec wyborów obowiązków, których jednocześnie nie możemy spełnić. Obowiązkiem lekarza jest minimalizowanie cierpień, a jednocześnie ciąży na nim obowiązek prawdomówności. W tej sytuacji, gdy zdaje sobie sprawę, że przekazanie informacji o niepomyślnym rokowaniu stanie się źródłem cierpienia chorego, jak mam postąpić? Według wskazań imperatywu zawsze powinienem być prawdomówny, a również nie powinienem czynić niczego, co przysporzy cierpień podopiecznemu. Oba nakazy dla absolutysty mają tą samą moc obowiązania i uświadomienie sobie tego konfliktu może doprowadzić do zawieszenia wszelkiego działania.
2. Druga wątpliwość, to „przecenianie prawa i niedocenywanie związków międzyludzkich”. Często rygorystomowi Kanta zarzucano szczególny chłód uczuciowy w stosunkach międzyludzkich, które mają być regulowane wyłącznie poszanowaniem prawa moralnego. Beauchamp zauważa, że kantyzm nadaje się do regulacji stosunków między obcymi, nie zaś między przyjaciółmi, czy bliskimi. Rodzice nie opierają przecież swoich zobowiązań wobec dzieci na umowach, lecz kierują się raczej zwykłą troską o ich utrzymanie, względem na ich potrzeby, czy przywiązaniem opartym na miłości. To samo odnosi się do stosunku lekarz – chory, w którym oczekuje się życzliwości, troski i sympatii.
3. Trzeci zarzut, to „ograniczenia imperatywu kategorycznego”, z których zdawał sobie sprawę sam twórca, gdy niektóre swe potępienia moralne np. samobójstwo wywodził nie z kategorycznego imperatywu, lecz z uzasadnień poza moralnych i teologicznych.
4. Czwarty, to „formalizm pozbawiony treści moralnej”. Zarzut ten wskazuje na praktyczną nieprzydatność wskazań Kanta, ponieważ są zbyt niejednoznaczne, by można z nich wywieść spójny system norm moralnych<sup>10</sup>.

Dochodzimy w ten sposób do konkluzji, że bezwzględny absolutyzm w postępowaniu medycznym prowadziłby z innej strony do dehumanizacji medycyny, do jej odczłowieczenia, mimo, że szacunek dla autonomii i wolność są tak jaskrawo eksponowane w kantyzmie.

---

<sup>10</sup> Por. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, K i W, Warszawa 1996, s.70-72.

Mówimy o dehumanizacji w tym sensie, że lekarz kierujący się tylko zasadami eliminuje ze swych kontaktów z chorym tak ważną dla człowieka cierpiącego otoczkę autentycznej życzliwości. Nie zamyka to jednak dyskusji wokół pytania, czy jednak istnieją normy, które w praktyce medycznej obowiązują bezwzględnie? Jest to problem domagający się odrębnej dyskusji, tu sugerujemy jedynie, że nie jest nią norma prawdomówności absolutnej.

W naszej praktyce, chociaż żywimy sympatię dla ludzi prostolinijnych, wiernych swoim zasadom, tych, na których można liczyć, na co dzień postępujemy według wskazań konsekwencjalistów twierdząc, że niewolnicze trzymanie się skądinąd słusznych zasad przynosi niekiedy więcej zła aniżeli dobra... Wiemy, że stajemy wobec dylematów zła i mniejszego zła, że musimy wybierać między wykluczającymi się obowiązkami. W takich układach podjęty wybór nie jest jednoznaczny, często pozostawia rozterkę, która jest przy padłością immanentną naszej egzystencji.

Czy więc prawdomówność, podobnie jak sprawiedliwość, dobroczynność, nieszkodzenie jest zasadą niezależną, czy też pochodną innych norm wpisywanych do kodeksów i traktowanych jako kardynalne? Sądźmy, że w tym wypadku wielce użyteczne okaże się zestawienie argumentów „za i przeciw” prawdomówności dokonane przez Heinricha Pera. Autor ma na myśli przede wszystkim problem prawdy wobec chorych nieuleczalnie. Wśród argumentów wysuwanych przez zwolenników zatajania prawdy przed pacjentami o rzeczywistym stanie ich zdrowia Pera wymienia następujące:

1. „Pacjent sam nie chce znać prawdy”. Ciężko chorzy najczęściej nie dopytują się sami o diagnozę, ani o rokowania. To zachęca personel do milczenia. Pacjenci nie pytają, bo ufają odpowiedziom i lękają się złych wiadomości. Kiedy już zdecydują się zapytać – chcą by ich uspokoić. To się w pytaniach wyczuwa.
2. „Pacjenta trzeba chronić”. Już Hipokrates mówił o ukrywaniu prawdy, aby nie doprowadzić pacjenta do desperacji... Większość ludzi nie potrafi zdobyć się na właściwą postawę wobec śmierci i umierania. Starając się o tym nie myśleć – zalamują się zaś, gdy staną przed tą perspektywą.
3. „Nie wolno niszczyć nadziei”. Bardzo często spotyka się to uzasadnienie. Przez „nadzieję” rozumie się tu fakt, że chory spodziewa się powrotu do zdrowia. Każdy, kto ma kontakt z ciężko chorymi, musi dostrzec, że mimo wyraźnych oznak pogorszenia uparcie trzymają się tego rodzaju „nadziei”. Niektórzy lekarze



dochodzą, więc do wniosku, że samooszukiwanie się pacjentów usprawiedliwia oszukiwanie ich przez lekarzy.

4. „Należy zapewnić choremu lekką śmierć”. Lekka śmierć to usunięcie, prześnienie trudnych chwil przytłumienie i utrata świadomości. Taki obraz umierania i śmierci leży u podstaw także innych motywów milczenia lekarzy i współpracowników. Wpływa ona także na decyzje w kwestii stosowania leków, których działanie nie ogranicza się do zmniejszenia bólu.
5. „Nie potrafię mówić o śmierci, nikt mnie tego nie nauczył”. W zetknięciu z pacjentem o złym rokowaniu wszyscy wciąż od nowa przeżywają reakcje obronne. Gdy stykam się z takim pacjentem, muszę być gotów dzielić jego samotność i jego lęki. Milczenie jest jednym ze sposobów obrony przed tą koniecznością. A w dodatku szkolenie lekarzy i pielęgniarek nie przygotowuje do podjęcia takiej rozmowy...
6. U niektórych autorów pojawia się argument na rzecz zatajania faktów, który głosi, że lekarze „nie mogą znać całej prawdy”, a więc, dla podtrzymania prestiżu stanu lekarskiego, lepiej nie ryzykować ze zbyt dalekim prognozowaniem.

Z kolei przeciwnicy zatajania prawdy twierdzą, że pacjent ma prawo do informacji, ponieważ:

1. Wymaga tego szacunek dla osoby pacjenta. Milczenie sprawia, że lekarze i personel przejmują władzę nad drugim człowiekiem, wyręczają go w jego ostatnich decyzjach. Czy nie trzeba brać pod uwagę możliwości, że pacjent wykorzysta ostatni okres życia dla osiągnięcia pełnej, ludzkiej dojrzałości?
2. Kłamstwo niszczy autorytet lekarza. Pacjenci wierzą w medycynę, lecz bynajmniej nie są przekonani o prawdomówności otoczenia. Rzadko udaje się podtrzymać złudzenia do końca i kłamać konsekwentnie. Ponadto kłamstwo odbiera wszystkim możliwość głębszego kontaktu z chorym, odszukania w nim wewnętrznych źródeł siły, które trzeba ożywić, by mógł wytrwać. Oszukiwanie podrywa autorytet i zaufanie.
3. Prawda wyzwala aktywność i siły obronne. To pogląd przeciwny przeświadczeniu, że prawda doprowadza do ostateczności. Ani jasna świadomość zbliżającej się śmierci, ani zupełne poddanie się złudzeniom nie są częstymi zjawiskami. Zwykle pacjent żyje w bolesnym napięciu między nadzieją a obawą. Szarpie się w niepewności i to napięcie wyczerpuje wszystkie duchowe siły. Może to brzmieć szokująco, lecz właśnie prawda wzmacnia siły obronne i pomaga nawiązać współpracę z pacjentem.



4. Każdy człowiek ma prawo do swego własnego umierania i zarazem do solidarności i pomocy. Prawo to wywodzi się bezpośrednio z prawa do życia i do pomocy w sytuacjach ostatecznego zagrożenia. Chodzi tu przecież o pomoc na pewnym określonym etapie życia<sup>11</sup>.

Przyglądając się argumentom przeciwników i zwolenników prawdomówności w przytoczonym wyżej zestawieniu można stwierdzić, że nikt nie broni prawdomówności jako zasady bezwzględnej, lecz zakres jej obowiązywania ustala się ze względu na przewidywane konsekwencje. Stąd wnosimy, że spór dotyczy faktycznych skutków prawdomówności, takich jak pomniejszenie cierpienia, podtrzymywanie nadziei, wzmacnianie aktywności chorego, jednym słowem dobra chorego. Dyskusja, więc na gruncie etyki medycznej przeraża się w spór o praktyczną skuteczność prawdomówności, co jest już domeną psychologów klinicznych i socjologów medycyny.

Pojawia się w tym miejscu kwestia „dobra” pacjenta, której nie sposób pominąć w naszej dyskusji. Jeżeli twierdzimy, że dobro pacjenta jest prawem najwyższym, to czy lekarz powinien kierować się własnym wyobrażeniem na temat tego, co jest dobre dla chorego, czy też swoje działania podporządkowywać systemowi wartości pacjenta?

Okazuje się w praktyce, że nie zawsze opinie stron są zbieżne, czego najlepszym przykładem jest często podnoszony problem transfuzji krwi świadkom Jehowy. Np. J. Bogusz przyznaje, że wobec zdecydowanej postawy wyznawców tejże religii przed operacją obiecuje, że krwi nie przetoczy, a w czasie zabiegu, gdy zajdzie taka konieczność, podaje krew pacjentowi znajdującemu się w uśpieniu, zobowiązując jednocześnie personel sali operacyjnej do kategorycznego nieujawniania tego faktu<sup>12</sup>.

Bogusz postępuje zgodnie ze swoim systemem wartości, w którym bezwzględnym obowiązkiem jest ratowanie życia. Dla realizacji tego dobra najwyższego (życia) można więc pacjenta okłamywać, ograniczać jego autonomię i przekraczać granice uzyskanej wcześniej zgody określającej zakres interwencji medycznej. Rzecz w tym, że było to przekonanie lekarza o tym, co należy stawiać na szczycie hierarchii dóbr i można przypuszczać, że gdy, mimo wcześniej założonej zmowy milczenia, nasz pacjent dowie się o transfuzji krwi (dziś, z całą pewnością, bowiem ma zagwarantowany wgląd do swej

<sup>11</sup> Zob. H. Pera, *Sam nie podolam*, [w:] H. Bortnowska (red.), *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Kraków 1984, s. 150-153.

<sup>12</sup> Por. J. Bogusz, *Zasady deontologiczne związane z postępowaniem wiedzy lekarskiej*, [w:] T. Kielanowski (red.), *Etyka i deontologia lekarska*, Warszawa 1985, s. 98.

dokumentacji) powie, że zrobiono mu niedźwiedzią przysługę przedłużając o kilka lat życie na ziemi za cenę utraty wiecznego istnienia. Dlatego bardziej przekonuje stanowisko T. Kielanowskiego, który ponad obowiązkiem ratowania życia stawia szacunek dla autonomii pacjenta. Myślę, że warto przytoczyć zdanie lekarza – filozofa: „Dla lekarza życie ludzkie jest zawsze „świętością“, która nie ma ceny... O każde życie lekarz zobowiązany jest walczyć tak samo usilnie i wytrwale, choć należy pamiętać, że wolno lekarzowi leczyć, czyli walczyć o życie tylko wtedy, kiedy pacjent sobie tego życzy, kiedy o to prosi, albo, kiedy usprawiedliwione jest domniemanie, że prosiłby, gdyby był przytomny, albo w ogóle mógł wyrazić swoje zdanie”<sup>13</sup>. Autor nie neguje, że „życie jest świętością“, ale dla wielu ludzi, na co wskazuje chociażby historia, są wartości, które lokują ponad swym dalszym istnieniem i należałoby to przyjąć z szacunkiem do wiadomości.

Wracając do przykładu J. Bogusza spostrzegamy, że nie istnieje tu jako problem sam w sobie: prawdomówność, czy kłamstwo („świętobliwe“), lecz kwestia realizacji dobra zgodnego z aksjologią chorego. Naturalnie lekarz powinien przekonywać, ukazywać niekiedy tragiczne skutki postawy chorego, jednak ostateczne zdanie należy do tego ostatniego. W tym duchu znajdujemy zapis w *Kodeksie Etyki Lekarskiej*. W Art. 13 § 1 czytamy: „Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia”. Natomiast w § 3: „Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych, spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego. Dalej, w Art. 15 § 1 czytamy: „Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta [...]”<sup>14</sup>.

Przytoczone zapisy kodeksu sugerują, że obowiązek informowania, a więc przekazania prawdy o procesie leczniczym jest warunkiem uzyskania zgody stanowiącym warunek przystąpienia do działań leczniczych. Jednak, czy jest to warunek konieczny? Czy drogowskaz etyczny polskiego lekarza dopuszcza świadome mijanie się z prawdą w relacji lekarz – pacjent? Tak. Sytuacja taka ma miejsce wówczas, gdy pacjent sobie tego nie życzy, wówczas, gdy sam proponuje

<sup>13</sup> T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, [w:] Z. Szawarski (red.), *W kręgu życia i śmierci*, [...], Warszawa 1987, s. 247.

<sup>14</sup> *Kodeks Etyki Lekarskiej, tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy*, Warszawa 2004, s. 9 i nast.

układ paternalistyczny. Art. 16 § 1. stanowi, że: „Lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie [...]”<sup>15</sup>.

Widzimy, że nakaz poszanowania zdania pacjenta staje ponad koniecznością prawdomówności. Powyższe normy mają zastosowanie w sytuacjach terapeutycznych, gdy postępowanie lecznicze ma prowadzić do polepszenia zdrowia lub ratuje życie. Tu prawdomówność jest w większości wypadków nakazem bezwzględnym z uwagi na dobro chorego, a nie jako cnota zdobiąca lekarza. W pełni poinformowany pacjent nie zbagatelizuje swej choroby, podejmie na czas decyzję o konieczności leczenia.

Wielu lekarzy przyznaje, że jeszcze kilkadziesiąt lat temu nie informowali swoich pacjentów o wykryciu u nich raka, ponieważ również w środowisku lekarskim, w większości wypadków taka diagnoza była równoznaczna z oznajmieniem wyroku śmierci. Dziś, przy możliwościach, jakimi dysponuje onkologia nieinformowanie jest podwójnie nieuzasadnione. Po pierwsze, o czym pisaliśmy już wyżej, może prowadzić do opóźnienia leczenia, po drugie, konieczność poddania się specjalistycznemu leczeniu uświadamia choremu prawdę o jego schorzeniu.

Prawdomówność staje się wypadkową innej zasady – poszanowania dla autonomii pacjenta, któremu przyznaje się prawo do świadomego decydowania o swoim losie.

Inaczej dla konsekwencjalistów wygląda prawdomówność wobec pacjentów w stanach źle rokujących. Kodeks, traktowany jako wyraz przekonań większości środowiska lekarskiego wskazuje w Art. 17: „W razie niepomyślnej dla chorego prognozy lekarz powinien poinformować chorego o niej 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; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji”<sup>16</sup>.

Powyższe uwagi pozwalają na sformułowanie kilku wniosków:

1. Stanowisko absolutystów, którzy chcieliby z prawdomówności uczynić nakaz bezwzględny prowadzi w praktyce medycznej do sytuacji moralnie konfliktowych. Okazuje się, że przekazywanie tzw. pełnej prawdy naruszać może zasadę dobroczynności,

<sup>15</sup> Tamże, s. 10 i nast.

<sup>16</sup> Tamże, s. 11.

- życzliwości, a także szacunku dla autonomii pacjenta, (gdy chory nie chce znać prawdy).
2. Środowisko lekarzy mniej bądź bardziej świadomie przyjmuje, że największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Nakaz ten w swym sformułowaniu absolutystyczny, w praktyce nakazuje przewidywanie konsekwencji naszego działania dla pacjenta.
  3. Pojęcie „dobra pacjenta” jest relatywizowane systemem wartości chorego. Stąd przestroga przed narzucaniem hierarchii wartości przyjętych przez lekarza swoim pacjentom.

Rec. B. Płonka-Syroka

*Jolanta Katafias*

### **The truth in medicine. The scale's problem of information given a patient by a doctor in the light of ethics**

#### **Summary**

The aim of the paper is presenting problematic issue of truthfulness in medicine, as the moral obligation underlined by the „don't lie” norm.

The article presents an attempt to answer the question whether from the ethical point of view the requisition of truthfulness is the arbitrary obligation of the physician addressing the patient or there are justified exceptions from the rule, and if yes, what the supporting rationale is.

Comparing the arguments for and against we may conclude that the position presented by the absolutists, who recognize the truthfulness in medicine as a requisition, in practice may lead to moral conflicts.

Doctors more or less consciously understand that the primary ethical requisition in their profession is patient's well-being - *salus aegroti suprema lex esto*. The above law in practice makes physicians anticipate the consequences of their action for patients. The notion of „patient's well-being” is relative and depends on patient's moral system. Thus doctors have to be cautious not to impose their moral system on patients.



## **Wahrheit am Krankenbett. Kommunikation zwischen dem Arzt und dem Patienten im Lichte der Ethik**

### **Zusammenfassung**

Im Beitrag wird die diskutable Frage der Wahrheitsliebe erörtert, die sich auch in medizinischer Praxis als eine moralische Pflicht in der Norm „Du sollst nicht lügen“ ausdrücken lässt.

Es wird versucht, die Frage zu beantworten, ob vom ethischen Standpunkt das Gebot der Wahrheitsliebe als strikte Schuldigkeit der Arztes gegenüber seinem Patienten gilt oder ob begründete Fälle auftreten, in denen die genannte Norm durchbrochen werden darf, und auf welche Argumente sich diese aufstützen lassen. Indem das Für und Wider zusammengestellt wird, wird es auch festgestellt, dass die Stellung von Absolutisten, die aus der Wahrheitsliebe strikte Schuldigkeit schaffen wollen, in medizinischer Praxis zu Konfliktsituationen führen kann. Die Ärztekreise nehmen \$ mehr oder weniger bewusst \$ an, dass als die höchste ethische Pflicht für alle, die diesen Beruf ausüben, das Wohl des Patienten \$ *salus aegroti suprema lex esto* \$ gelten muss. Diese Norm gebietet in der Praxis, Folgen unserer Handlungen für den Patienten vor auszusehen. Der Begriff „des Wohls des Patienten“ wird durch die Werturteile des betroffenen Patienten relativisiert. Es wird demnach gemahnt, damit die Ärzte seinen Patienten die von sich selbst angenommenen Werturteile nicht aufnötigen.