

Krzysztof Marczewski

Prawdomówność w medycynie - punkt widzenia lekarza praktyka i potencjalnego pacjenta

Diametros nr 4, 138-142

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.

Prawdomówność w medycynie – punkt widzenia lekarza praktyka i potencjalnego pacjenta

Krzysztof Marczewski

Tekst prof. Galewicza budzi dużą sympatię, podobnie jak jego Autor. Tym trudniej jest zdobyć się na krytyczne uwagi. Skoro jednak zostałem w swoim czasie przez tegoż Autora zaproszony do udziału w dyskusji, pozwalam sobie przedstawić zdanie, w pewnej części odrębne.

Po pierwsze, skoncentrowanie dylematu prawdomówności na przekazaniu złego rokowania ciężko choremu stanowi istotne zawężenie jej rzeczywistego znaczenia.

Po drugie, skoro przywołujemy słowo „medycyna”, musimy odnieść się do medycznego aspektu rozumienia, a nie tylko mówienia prawdy.

Po trzecie, dysponujemy już dość okazałym materiałem empirycznym, do którego musimy się odnieść w duchu „antyneokantyzmu”, czyli **poszanowania dla faktów**.

Aby zmierzyć się z problemem prawdomówności w medycynie, trzeba oczywiście określić, co będziemy rozumieli przez prawdomówność, a co przez medycynę. Przyimek „w” określa chyba zamiar koncentrowania się na sprawach i relacjach wewnątrzmedycznych, a nie odniesienia do medycyny jako nauki, sztuki czy dziedziny gospodarki, a więc niejako z zewnątrz. Byłyby to bardzo interesujące rozważania „metamedyczne”, wykraczają one jednak, jak mi się wydaje, poza ramy naszej dyskusji.

A zatem powróćmy do prawdomówności, którą będziemy rozumieli jako mówienie prawdy, w sensie naszego stanu wiedzy o aktualnym problemie, a nie np. prawdy obiektywnej. Przez mówienie będziemy rozumieli przekazywanie informacji, nie tylko na drodze wypowiedzania słów, ale również użytego tembru głosu, gestów, postawy ciała a nawet stroju czy zapachu, czyli wszelkich, nawet tylko potencjalnie możliwych do odbioru sposobów przekazywania informacji.

Znajdą się wśród nich zarówno stosunkowo jednoznaczne jak np. przekazana pacjentowi karta informacyjna, jak i niedookreślone, jak użycie perfum przed wizytą u lekarza, które może, ale nie musi oznaczać poprawę nastroju. Przez medycynę rozumieć będziemy wszelkie relacje związane z zapobieganiem, rozpoznawaniem i leczeniem chorób i szczególnych stanów fizjologicznych (położnictwo, medycyna sportowa) oraz prowadzeniem i publikowaniem badań naukowych z tym związanych, a także sprzedażą różnego rodzaju usług i towarów (głównie leków, innych środków używanych podczas leczenia oraz sprzętu rehabilitacyjnego i aparatury medycznej).

Innymi słowy dylemat moralny związany z prawdomównością dotyczy problemu przekazywania prawdziwych informacji na tematy związane ze zdrowiem człowieka, czy też raczej trudności moralnych wynikających z faktu podjęcia lub zaniechania takiego działania.

Trzeba wyraźnie podkreślić, że tak definiowana prawdomówność może dotyczyć zarówno relacji lekarz – pacjent (i to oczywiście „w obie strony”) jak i firma farmaceutyczna – lekarz lub szpital – Narodowy Fundusz Zdrowia. Te relacje są wzajemnie poplątane, a skutki prawdomówności, zwłaszcza odległe, tak istotne, jak trudne do przewidzenia. Na tym tle zaczerpnięty ze słownictwa prawniczego imperatyw kategori czny mówienia **prawdy, tylko prawdy i całej prawdy**, z reguły pożą dany, może prowadzić niekiedy do bardzo niekorzystnych następstw, kiedy strona (osoba lub instytucja) nie jest na przyjęcie takiej prawdy gotowa. Może posłużyć się przykładem z praktyki lekarskiej i to dużego miasta.

Pacjent, który znajdował się pod moją opieką wymagał operacji z powodu nowotworu mózgu o dość dobrym rokowaniu, co oczywiście nie oznaczało gwarancji sukcesu, ale stwarzało duże szanse powodzenia. Chory oczekiwał jednak pewności przeżycia, a ponieważ zgodnie z naszym stanem wiedzy takiej nie było, nie zdecydował się na operację i po okresie ciężkich cierpień umarł. Prawdopodobnie gdyby został oszukany, żyłby do dzisiaj. Nikt oczywiście nie miał takiego pomysłu, a priori wykluczając jako nieetyczne postępowanie, które mogło uratować życie ludzkie za cenę kłamstwa.

Nie jest trudne mnożenie tego rodzaju przykładów, a bardzo powszechną, choć najczęściej mniej dramatyczną w skutkach ilustracją ryzyka związanego z przekazywaniem choremu pełnej informacji jest rezygnacja z przyjmowania potrzebnych leków po przeczytaniu ulotki załączonej do opakowania leku. Wiadomości w niej zawarte są oczywiście prawdziwe, ale czytelnik, czy raczej czytelniczka (bo jest to lektura obowiązkowa prawie wszystkich kobiet i tylko nielicznych mężczyzn – pacjentów) nie jest przygotowany tak mentalnie, jak emocjonalnie na ich przyjęcie i zrozumienie. Z braku miejsca nie mogę tu rozbudować wątku, **co rozumiemy przez rozumienie**, ale zaryzykuję stwierdzenie, że spośród lekarzy, filozofów i prawników każdy rozumie przez nie co innego. Jak przypuszczam, omawiane sięjące grozę ulotki w opakowaniach leków, wielostronicowe formularze zgody pacjenta na badania kliniczne pisane są właśnie z myślą o nich, tj. prawnikach, a nie o pacjentach. Podpis chorego, który oświadcza w ten sposób, że „przeczytał, zrozumiał i się zgadza”, ma często charakter rytualny, ponieważ tekst deklaracji zgody jest zbyt długi, a przede wszystkim pisany zbyt trudnym językiem. Dowodzą tego publikowane w *New England Journal of Medicine* analizy takich tekstów ze skierowanych do pacjentów witryn internetowych.

Trwającej ponad dwa tysiące lat tradycji hipokratejskiej, przyjmującej, iż dobro i zdrowie pacjenta są wartościami najwyższymi, w imię których można go nawet okłamać, a z pewnością zataić przed nim część prawdy, przeciwstawia się dość krótki z historycznego punktu widzenia okres (odpowiadający przypadkowo dokładnie długości mojego życia), w którym w ślad za orzeczeniem sądu w procesie *Salgo v. Leland Stanford Junior University Board of Trustees*, powtarza się, że wolność (chorego) człowieka jest istotniejsza niż jego zdrowie. A prawda? Wszystkim znani są chorzy, którzy oszukują leczących ich lekarzy, np. co do ciężkości objawów subiektywnych, stosowanej diety (otyli nic nie jedzą i tyją), czy możliwości bycia w ciąży (każdy nieco dłużej praktykujący lekarz widział wiele ciężarnych, które wcześniej oświadczały, że ciąża jest wykluczona).

Argument o możliwości i potrzebie uporządkowania swojego życia i majątku przed śmiercią jest bardzo istotny z teologicznego punktu widzenia, ale

poza jakże istotną perspektywą troski o wieczne zbawienie, zawiera także element zupełnie ziemski, troski o pozostawiony majątek, który niewątpliwie stanowi potrzebę żyjących, ale nie zawsze umierającego. Ten argument trochę przypomina mi stwierdzenia zwolenników prawa do eutanazji, którzy pragną jej, bo (oni) już nie mogą patrzeć na cierpiącego człowieka.

Prawdomówność (ang. *truthfulness*) występuje w 112 publikacjach objętych bazą *Medline* według stanu na dzień 16 marca 2005¹. Dotyczą one wiarygodności informacji tekstów medycznych w Internecie, sposobu prowadzenia najbardziej wiarygodnych badań opinii publicznej tj. skłaniania respondentów do mówienia prawdy w swoich wypowiedziach czy też eliminowania wykrętnych odpowiedzi pacjentów, np. tych podejrzanych o jazdę po alkoholu. Znajdują się oczywiście także pozycje zajmujące się mówieniem prawdy pacjentowi na jego życzenie lub bez jego zgody. W kontekście warto przytoczyć badania przeprowadzone wśród pracowników 15 hospicjów na Tajwanie w roku 2002². W opinii 250 respondentów zdecydowana większość rodzin (85%) nie wie, jak przekazać informacje dotyczące rzeczywistej ciężkości stanu choremu, niewiele mniej (70%) uważa to za zbędne.

Podsumowując uważam, że prawda i prawdomówność jest niewątpliwie bardzo cenna w medycynie, nie jest jednak wartością najwyższą i dobrem bezwzględnym, tak jak ma to miejsce w nauce, której naczelnym zadaniem jest poszukiwanie prawdy.

Pozostaję bardzo staroświecki i w sytuacji konfliktu między prawdą a dobrem chorego skłaniam się ku dobru, choć nie zawsze z uwagi na istotne ograniczenia prawne mogę tak czynić w praktyce. Człowiek lub instytucja przekazująca informację powinna uwzględniać nie tylko prawdziwość przekazywanych informacji, ale i to, jak zostaną one odebrane i zrozumiane. Dotyczy to w dużym stopniu również wyników badań naukowych, w tym klinicznych, prowadzonych przez firmy farmaceutyczne, ale także zarządzeń

¹ Pierwsza, pochodząca z roku 1967, zajmowała się problemem ewolucji prawdomówności wśród dzieci z uszkodzeniem mózgu: Kleinpeter U., „Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr“, 1967 Jul; 16 (5): 161-6.

² Hu W.Y., Chiu T.Y., Chuang R.B., Chen C.Y., *Solving family-related barriers to truthfulness in cases of terminal cancer in Taiwan. A professional perspective*, „Cancer Nurs.” 2002 Dec; 25 (6): 486-92.

ministerstwa zdrowia czy narodowego funduszu zdrowia. Z reguły nie zawierają one informacji nieprawdziwych, ale często niepełne. Te dodatkowe dane potrafią zmienić sens całego komunikatu. Bez nich łatwo uwierzemy, że dysponujemy wspaniałym lekiem np. na nadciśnienie, który możemy bezpiecznie zastosować u naszego otyłego chorego, a wybrane szpitale warszawskie czy krakowskie są lepiej zarządzane niż inne, bo nie mają długów. Informacje dodatkowe to fakt wyłączenia z grupy badanej przy ocenie leku ludzi otyłych (czyli nie wiemy, jaki będzie ten lek dla naszego pacjenta) oraz znacznie wyższa niż w innych szpitalach wartość kontraktu, która zależy od arbitralnej decyzji NFZ.

A zatem co czynić? Może przypomnieć ulubione sentencje Antoniego Słonimskiego:

1. Jeżeli nie wiesz jak się zachować, to zachowaj się przyzwoicie!
2. Jeżeli nie wiesz, co powiedzieć, to powiedz prawdę!

Rzeczywistość medyczna bywa bezlitośnie skomplikowana, kiedy się jej bliżej przyjrzeć. A mimo to warto próbować. **NAPRAWDĘ.**