

redakcja naukowa

JOANNA RÓŻYŃSKA
WERONIKA CHAŃSKA

BIO ETY KA



LEX

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2013

Kazimierz Szewczyk

Prawdomówność w medycynie

Prawdomówność należy do kluczowych zagadnień bioetyki. Podręcznik bioetyki Uniwersytetu Cambridge definiuje prawdomówność jako bycie otwartym i szczerym w relacjach z pacjentami¹. Zainteresowanie bioetyków mówieniem prawdy pacjentom przez personel medyczny jest przede wszystkim pochodną wagi przywiązywanej w społeczeństwach demokratycznych do praw jednostki, takich jak prawo do samostanowienia czy prawo do dostępu do informacji. W opiece zdrowotnej realizację tych uprawnień stanowi instytucja świadomej zgody.

W literaturze przedmiotu przytaczane są dwa rodzaje etycznego usprawiedliwienia komunikowania prawdy pacjentom przez lekarzy, pielęgniarki i pozostały personel medyczny. Do pierwszego należą uzasadnienia instrumentalne – służebne wobec zasad bądź wartości etycznych innych niż prawdomówność; drugim są usprawiedliwienia nieinstrumentalne, które traktują prawdomówność jako wartość samą w sobie i obligują do mówienia prawdy niezależnie od tego, czy służy to jakimś innym celom godnym moralnej aprobaty. W bioetyce najbardziej klasycznego nieinstrumentalnego uzasadnienia obowiązku mówienia prawdy pacjentowi dostarcza etyka cnót.

1. Instrumentalne uzasadnienia obowiązku prawdomówności

Instrumentalne argumenty za mówieniem prawdy odwołują się do:

- a) zasady poszanowania autonomii pacjenta,
- b) zasady najlepiej pojmowanego interesu pacjenta,
- c) pozytywnych skutków prawdomówności dla profesji medycznych i instytucji systemu opieki zdrowotnej,
- d) kontraktowej natury relacji między pracownikami opieki zdrowotnej i pacjentami.

¹ PH.C. Hébert, B. Hoffmaster, K.G. Glass, *Truth Telling* (w:) *The Cambridge Textbook of Bioethics*, red. P.A. Singer, A.M. Viens, Cambridge 2008, s. 36.

1.1. Uzasadnienie poszanowania

W bioetyce autonomii pacjenta drugie – normą

Autonomia dobrego życia, c za własne wybory zwykłą autentyc wewnętrzną i oc snych wartości, j osoby nakazuje ich poglądów r

Prawdomo nych a pacjenta tych ostatnich. i dostępnych r szacunku dla a podejmowania dobrego życia l sprzeniewierze

Bioetycy : ną rolę wzglęc ta koncepcja s ludzi nie jest v i własnego pla niezależne od ści nieraz dra spowodować urzeczywistni

W przeci zasady poszar jest najbardziej pacjentom prz argumentowa nieosiągalneg ale do koncep pozwala już si swoje czyny c z centralnej p zajmuje we w

² K. Szew

³ T.L. Bea

⁴ Tamże.

⁵ Tamże.

1.1. Uzasadnienie prawdomówności odwołujące się do zasady poszanowania autonomii pacjenta

W bioetyce przywoływane są zazwyczaj dwa ujęcia zasady szacunku dla autonomii pacjenta². Pierwsze jest nakazem poszanowania autonomii **osoby**, drugie – normą szacunku dla autonomii **decyzyjnej jednostki**.

Autonomią osoby jest jej zdolność do budowania moralnie spójnego obrazu dobrego życia, do postępowania zgodnego z nim i do brania odpowiedzialności za własne wybory. Za autonomiczną uznaje się jednostkę, która wykazuje się „niezwykłą autentycznością, opanowaniem, konsekwencją, niezależnością, dyscypliną wewnętrzną i odpornością na podszepty autorytetów”; która jest „przyczyną własnych wartości, przekonań i planów życiowych”³. Zasada poszanowania autonomii osoby nakazuje szacunek dla jednostek o tak zdefiniowanych zdolnościach – dla ich poglądów moralnych i koncepcji dobrego życia.

Prawdomówność w relacjach między przedstawicielami zawodów medycznych a pacjentami służy zachowaniu i pielęgnowaniu tak rozumianej autonomii tych ostatnich. Informowanie pacjentów zgodnie z prawdą o ich stanie zdrowia i dostępnych metodach leczenia jest – według zwolenników tego ujęcia zasady szacunku dla autonomii – niezbędne dla zapewnienia pacjentom możliwości podejmowania świadomych i niezależnych decyzji, zgodnych z ich planami dobrego życia bądź korygowania tych planów w sposób, który nie prowadzi do sprzeniewierzenia się wyznawanym zasadom moralnym.

Bioetycy rzadko uzasadniają nakaz prawdomówności jego instrumentalną rolę względem normy poszanowania autonomii **osoby**. Wymagania, jakie ta koncepcja stawia wobec jednostek, są bowiem tak wysokie, że większość ludzi nie jest w stanie im sprostać. Trudne jest nie tylko zbudowanie spójnego i własnego planu dobrego życia, lecz także postępowanie zgodne z nim oraz niezależne od zewnętrznych wpływów, szczególnie w sytuacjach konieczności nieraz dramatycznej zmiany dotychczasowego sposobu życia, jaką może spowodować choroba. Autonomia osoby staje się tu ideałem zbyt trudnym do urzeczywistnienia⁴.

W przeciwieństwie do zreferowanego ujęcia argument odwołujący się do zasady poszanowania autonomii rozumianej jako wolność decyzyjna jednostki jest najbardziej rozpowszechnionym uzasadnieniem nakazu mówienia prawdy pacjentom przez przedstawicieli zawodów medycznych. Popularność tego sposobu argumentowania na rzecz prawdomówności wynika z tego, że nie odsyła on do nieosiągalnego dla większości ludzi ideału niezawisłości i integralności moralnej, ale do koncepcji, według której „na uznanie jakiegoś działania za autonomiczne pozwala już stwierdzenie faktu, że sprawca w wystarczającym stopniu zrozumiał swoje czyny oraz nie ulegał presji z zewnątrz”⁵. Jego przewaga wynika ponadto z centralnej pozycji, jaką zasada szacunku dla autonomii decyzyjnej jednostki zajmuje we współczesnej bioetyce. Zasada ta stanowi wszakże podstawę norma-

² K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, Warszawa 2009, s. 107.

³ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, tł. W. Jacórzynski, Warszawa 1996, s. 134.

⁴ Tamże.

⁵ Tamże.

tywną obowiązką uzyskania świadomej i „poinformowanej” zgody pacjenta na świadczenia zdrowotne.

Zgodnie z nazwą zasada poszanowania autonomii decyzyjnej jest nakazem szacunku dla swobody podejmowania decyzji przez jednostkę. Wolność ta jest niezbędnym warunkiem autonomii działań przedsięwziętych przez jednostkę i zbieżnych z jej preferencjami. Stąd też norma ta jest także zasadą wolności działania i często bywa właśnie tak określana. Zazwyczaj jednak nazywa się ją po prostu zasadą poszanowania autonomii bez żadnych dodatkowych dookreśleń.

W relacji przedstawiciel zawodu medycznego – pacjent prawdomówność służy poszanowaniu autonomii tego drugiego, gdyż zachowanie wolności decyzyjnej wymaga otwartego ujawniania przez lekarza (pielęgniarkę) informacji niezbędnej do podjęcia decyzji przez pacjenta i wyrażenia świadomej zgody na proponowaną procedurę medyczną. Tylko poinformowany zgodnie z prawdą pacjent może podejmować decyzje – niejednokrotnie zasadniczo zmieniające jego życie, oraz czynić to ze zrozumieniem, w sposób wolny i odpowiadający jego preferencjom.

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na istotną trudność wiążącą się ze stosowaniem argumentacji za prawdomównością z jej służebnej roli względem zasady poszanowania autonomii⁶. Zasada ta uprawnia bowiem pacjenta także do decydowania o tym, czy i jak wiele informacji chce uzyskać. Pacjent ma prawo do pełnej wiedzy o swoim stanie zdrowia i dostępnych opcjach leczenia, ale ma także prawo odmówić przyjęcia tych informacji (prawo do niewiedzy). To zaś rodzi pytanie, czy jest zgodne z poszanowaniem autonomii pacjenta wstrzymanie się na jego życzenie od udzielenia mu informacji, która mogłaby mieć znaczny wpływ na jego decyzje i dalsze życie; czy decyzja pacjenta, który woli pozostać w niewiedzy, powinna być uznana za autonomiczną, a co za tym idzie, powinna być respektowana?

1.2. Uzasadnianie prawdomowości najlepiej pojmowanym interesem pacjenta

Kolejnym często stosowanym w praktyce klinicznej uzasadnieniem obowiązku mówienia prawdy jest argument odwołujący się do kryterium najlepiej pojmowanego interesu pacjenta. W kontekście prawdomowości kryterium to definiowane jest szeroko jako dobrostan pacjenta obejmujący oprócz czynników fizycznych także elementy emocjonalne, psychologiczne, łącznie z preferowanymi przez niego wartościami moralnymi.

Podstawą omawianego uzasadnienia jest teza, że ujawnienie prawdy pacjentowi jest w ogólnym rozrachunku bardziej korzystne dla jego dobrostanu niż jej zatajenie. Jego zwolennicy uważają, że lepiej jest dla chorego, jeśli zna całą prawdę, nawet jeśli jest ona trudna i bolesna. Jej znajomość daje bowiem szansę na taką przebudowę dotychczasowego sposobu życia, aby w rachunku strat i korzyści uwzględniającym niepomyślnie informacje zyski przeważały nad stratami. Przykładem korzyści jest przygotowanie się chorego na bliskość śmierci, w tym także na uporządkowanie spraw majątkowych i spisanie testamentu, szczerłość w stosunkach z bliskimi i w relacjach z pracownikami opieki medycznej czy uniknięcie emocjo-

⁶ A. Slowter, *Truth-Telling in Health Care*, *Clinical Ethics* 2009, nr 4, s. 173.

nalnych kosztów niepewny sytuuje się przede wszystkim

Zasadnicza trudno to argumentacja z konsadnienia zależy zatem podstaw, a dotyczącej v pacjenta. Niestety nie d danymi empirycznymi, prawdomówność przy wanych stadiach śmierci się sugestiami nie ma w z przyczyn tego stanu r wiadomości z ich zaple ściami. Powoduje on du własnej skończoności p

Konsekwencjalisty pacjenta sprawia, że m ale także przeciwko m analizy i porównania s stanu zdrowia z konsek informacji. Jeśli „rachur choremu prawdy będzie przysporzy więcej cierp mówienie prawdy nie le

Na koniec warto z i negatywnych skutków przekonania i zasoby s pracowników opieki z rycznych ich poglądy na interpretację zasady nie: nia negatywnych skutk

1.3. Uzasadnienie skutków prawdy i instytucji sy

Kolejny argume domówności głosi, że do pracowników syst

⁷ K. Hancock et al., *A Systematic Review, Palliative Diagnosis and Quality of Life in*

⁸ Por. debata „Prawd ków, 18–20 marca 2005 r. (dos

nalnych kosztów niepewności co do stanu własnego zdrowia. Po stronie kosztów sytuuje się przede wszystkim lęk i cierpienie wywoływane zbliżającą się śmiercią.

Zasadnicza trudność wiążąca się tym uzasadnieniem wynika z faktu, że jest to argumentacja z konsekwencji (konsekwencjalistyczna). Słuszność tego uzasadnienia zależy zatem od prawdziwości przesłanki empirycznej leżącej u jego podstaw, a dotyczącej wpływu przekazania bądź zatajenia prawdy na dobrostan pacjenta. Niestety nie dysponujemy i być może nigdy nie będziemy dysponować danymi empirycznymi, które jednoznacznie potwierdzałyby bądź obalały tezę, że prawdomówność przynosi więcej korzyści niż cierpienia pacjentom w zaawansowanych stadiach śmiertelnych chorób. Poza ogólnymi i nierzadko wykluczającymi się sugestiami nie ma wiarygodnego ukazania następstw mówienia prawdy⁷. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest silny związek reakcji pacjentów na niepomyślną wiadomość z ich zapleczem kulturowym, społecznym i akceptowanymi wartościami. Powoduje on dużą różnorodność postaw wobec śmierci od zaprzeczających własnej skończoności poprzez różne poziomy jej akceptacji.

Konsekwencjalistyczna natura argumentacji z najlepiej pojmowanego interesu pacjenta sprawia, że może być podnoszona nie tylko na rzecz prawdomówności, ale także przeciwko mówieniu prawdy choremu. Kluczowe znaczenie ma wynik analizy i porównania skutków ujawnienia pacjentowi całej prawdy na temat jego stanu zdrowia z konsekwencjami, jakie dla jego dobrostanu miałyby zatajenie tych informacji. Jeśli „rachunek strat i korzyści” wskazuje na to, że powiedzenie danemu choremu prawdy będzie dla niego mniej dobroczynne niż jej przemilczenie, a wiedza przysporzy więcej cierpienia niż korzyści, wówczas należy ją przed nim zataić, gdyż mówienie prawdy nie leży w tym przypadku w jego najlepiej pojmowanym interesie.

Na koniec warto zauważyć, że na ostateczny wynik bilansowania pozytywnych i negatywnych skutków komunikowania prawdy pacjentowi wpływają nie tylko przekonania i zasoby społeczno-kulturowe chorego, ale także przekonania moralne pracowników opieki zdrowotnej. Z powodu deficytu wiarygodnych danych empirycznych ich poglądy na prawdomówność mogą być podatne na zbyt zachowawczą interpretację zasady nieszkodzenia (*primum non nocere*), skłaniającą do wyolbrzymiania negatywnych skutków zgodnego z prawdą informowania pacjentów⁸.

1.3. Uzasadnienie odwołujące się do pozytywnych skutków prawdomówności dla profesji medycznych i instytucji systemu opieki zdrowotnej

Kolejny argument konsekwencjalistyczny na rzecz obowiązku prawdomówności głosi, że prawdomówność wzmacnia zaufanie społeczeństwa do pracowników systemu opieki zdrowotnej jako grupy profesjonalnej oraz

⁷ K. Hancock et al., *Truth Telling in Discussing Prognosis in Advanced Life Limiting Illnesses: A Systematic Review*, *Palliative Medicine* 2007, nr 6, s. 507–517; A. Montazeri et al., *Disclosure of Cancer Diagnosis and Quality of Life in Cancer Patients: Should It be the Same Everywhere?*, *BMC Cancer* 2009, nr 9.

⁸ Por. debata „Prawdomówność w medycynie”, Internetowe Forum Filozoficzne Diametros, Kraków, 18–20 marca 2005 r. (dostęp: <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/?l=1&p=deb7&m=43&ik=11>).

do instytucji składających się na ten system, takich jak szpitale, przychodnie czy ambulatoria⁹. Zaufanie zaś jest konieczne dla właściwego praktykowania medycyny. Jest to wartość ceniona w medycynie już od czasów Hipokratesa. Brak społecznej ufności destrukcyjnie wpływa na relację lekarz (pielęgniarka) – pacjent. Deficyt zaufania w tych relacjach prowadzi zazwyczaj do braku współpracy chorego z lekarzem bądź z pielęgniarką, co niekorzystnie odbija się na procesie leczenia.

Budowaniu zaufania społecznego wobec systemu opieki zdrowotnej służy nie tylko prawdomówność w bezpośrednich stosunkach pomiędzy pracownikami medycznymi i ich pacjentami. Istotne jest również ujawnianie błędów medycznych. To zaś jest bardzo trudne. Wymaga szczerości i otwartości nie tylko między personelem medycznym a pacjentami, ale także między samymi profesjonalistami medycznymi a ich przełożonymi. Ujawnienie przez przedstawiciela zawodu medycznego faktu, że on sam bądź któryś z jego kolegów popełnił błąd w sztuce, może wszakże zagrażać jego istotnym interesom zawodowym i osobistym, jak solidarność grupowa czy dbałość o własną karierę¹⁰.

1.4. Prawdomówność jako element kontraktu między pracownikiem medycznym a pacjentem

Zwolennicy tego typu uzasadniania wiążą prawdomówność z kontraktowym charakterem relacji między przedstawicielem zawodu medycznego (np. lekarzem) a pacjentem¹¹. Do zawiązania kontraktu wystarcza już zwrócenie się o pomoc do profesjonalisty. Sama zaś umowa jest zobowiązaniem stron w szczególności do przestrzegania zasad etycznych, bez których niemożliwe byłoby nawiązywanie jakichkolwiek stosunków międzyludzkich i ich trwanie. Należą do nich nakaz wierności, dotrzymywania obietnic i prawdomówności¹².

Tak definiowaną umowę można rozumieć dwojako: wąsko i legalistycznie albo w sposób szeroki i metaforyczny. W pierwszym ujęciu jest ona odpowiednikiem kontraktu prawnego zawartego między układającymi się stronami, który określa ich wzajemne prawa i obowiązki. Natomiast w drugim rozumieniu umowa jest metaforą pozwalającą ustalić pryncypia dla relacji przedstawiciel zawodu medycznego – pacjent. Zasady te są wybierane ze zbioru norm już istniejących tworzących etyczny fundament stosunków międzyludzkich. W obu ujęciach kontraktu prawdomówność, podobnie jak wierność i dotrzymywanie obietnic, pełni jednak instrumentalną rolę wobec profesjonalnej relacji, służąc jej utrzymaniu i jakości.

Wymienione normy są szczególnie ważne dla jakości kontraktowego stosunku pomiędzy lekarzem (pielęgniarką) i pacjentem. A to dlatego, że chory jest w nim stroną słabszą, szukającą pomocy i podatną na manipulację ze strony profesjona-

⁹ O. O'Neill, *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge 2002.

¹⁰ A. Slowter, *Truth-Telling in Health Care...*, s. 174.

¹¹ R. Veatch, *Zawodowa etyka medyczna: fundament jej zasad (w:) Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, red. W. Galewicz, Kraków 2010, s. 325–332.

¹² T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej...*, s. 413.

listów. Zatajanie prawdy wpływa destrukcyjnie (pielęgniarka) – pac

2. Nieinst

W bioetyce nie chodzi o etykę cnot. Etyka korzenie w starożytności znajduje się w przysłówkach charakteryzujących człowieka. Stąd też do etyki uważają, że o etyce charakter zatrudnio

Prawdomówność każdego profesjonalisty aby wykazywali się szczególnie ważne w sytuacjach trudnej dla niego pracy. Wybrać między cnotą jaką podejmą, nie ma wątpliwości autorów za najkorzystniejszą łączącą tym wartościom „w

Ważąc prawdę i uwzględniając oczekiwania pacjenta, należy mu całą prawdę czyść od rezultatów sędziwej liczy się zatem dobrostan pacjenta. Wybierane ze względu mówić prawdę ze v Inaczej mówiąc, jest Podobnie zobowią

„Narzędziem” moralnych i rozwijając to mądrość praktyczną dojrzałości charakteru profesjonalisty w k

¹³ N. Szutta, *Statu* diametros.iphils.uj.edu.pl

¹⁴ A.M. Begley, *Tr* Practice, International Jo

¹⁵ T.L. Beauchamp

¹⁶ Tamże, s. 492.

listów. Zatajanie prawdy przez lekarza, nie wspominając o umyślnym kłamstwie, wpływa destrukcyjnie na tę relację. Podobny wpływ na kształt stosunków lekarz (pielęgniarka) – pacjent może mieć nieelojalne zachowanie tego ostatniego.

2. Nieinstrumentalne uzasadnienie prawdomówności

W bioetyce nieinstrumentalna argumentacja za mówieniem prawdy odwołuje się do etyki cnót. Etyka cnót jest jedną z najważniejszych teorii etycznych, mającą korzenie w starożytnych systemach filozofii moralnej¹³. W centrum jej zainteresowania znajduje się osoba wyposażona w cnoty, zwane także dzielnościami lub przymiotami charakteru, które są dyspozycjami do moralnie dobrego postępowania. Stąd też do etyki cnót odwołują się przede wszystkim ci bioetycy, którzy uważają, że o etycznym wymiarze systemu opieki zdrowotnej decyduje głównie charakter zatrudnionych w nim pracowników¹⁴.

Prawdomówność i bliska jej uczciwość są cnotami, które powinien posiadać każdy profesjonalista medyczny. Od lekarzy i pielęgniarek wymaga się także, aby wykazywali się troskliwością i współczuciem wobec chorych. Jest to szczególnie ważne w sytuacji, gdy stają oni wobec konieczności ujawnienia pacjentowi trudnej dla niego prawdy. W takich okolicznościach lekarze i pielęgniarki muszą wybrać między cnotami prawdomówności i współczucia dla chorego. Decyzja, jaką podejmą, nie może burzyć ich integralności moralnej uważanej przez niektórych autorów za najważniejszą z cnót¹⁵. Integralność moralna to cecha charakteru umożliwiająca łączenie wartości moralnych w spójną całość i dochowanie wierności tym wartościom „w myśleniu i działaniu”¹⁶.

Ważąc prawdomówność i współczucie lekarze i pielęgniarki powinni także uwzględnić oczekiwania pacjenta, jego obawy i nadzieje, słowem – szeroko zdefiniowany najlepiej pojmowany interes chorego. Decyzja o tym, czy zakomunikować mu całą prawdę czy też ją zataić bądź przedstawić tylko częściowo, powinna zależeć od rezultatów starannie przeprowadzonego rachunku korzyści i strat. Etyka cnót liczy się zatem ze skutkami czynów. Postępowanie powinno uwzględniać dobrostan pacjenta. Współczucie bądź prawdomówność są jednak w etyce cnót wybierane ze względu na nie same, a nie jako środek do celu. Mamy obowiązek mówić prawdę ze względu na cnotę prawdomówności, a nie jej konsekwencje. Inaczej mówiąc, jest to powinność wobec nas samych, a nie wobec pacjentów. Podobnie zobowiązani jesteśmy do praktykowania cnoty współczucia.

„Narzędziem” umożliwiającym lekarzowi rozwiązywanie dylematów moralnych i rozwijanie cnót etycznych jest roztropność (greckie *phronesis*). Jest to mądrość praktyczna wyłaniająca się z połączenia zdobytego doświadczenia, dojrzałości charakteru i wpływu przykładów. Kieruje ona postępowaniem profesjonalisty w każdym konkretnym przypadku. Istotne znaczenie w życiu

¹³ N. Szutta, *Status współczesnej etyki cnót*, *Diametros* 2004, nr 1, s. 70 (dostęp: <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/pdf/szut.pdf>).

¹⁴ A.M. Begley, *Truth-Telling, Honesty and Compassion: A Virtue-Based Exploration of a Dilemma in Practice*, *International Journal of Nursing Practice* 2008, nr 5, s. 336–341.

¹⁵ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej...*, s. 489.

¹⁶ Tamże, s. 492.

moralnym ma również empatia będąca emocjonalnym zrozumieniem sytuacji pacjenta poprzez skojarzenie jej z podobnymi emocjami i sytuacjami doświadczanymi przez profesjonalistę¹⁷.

3. Przywilej terapeutyczny

„Przywilej terapeutyczny” to nazwa uprawnienia lekarza do oceniania prawdy przekazywanej pacjentowi, w sytuacji gdy jest on przekonany, że posłuży to dobru chorego¹⁸. Lekarz jednostronnie, bez udziału pacjenta, ocenia, czy prawdomówność leży w najlepiej pojmowanym interesie chorego. Jego zachowanie ma więc charakter paternalistyczny (od łacińskiego *pater* – ojciec). Lekarz postępuje bowiem wobec pacjentów podobnie jak troskliwy ojciec wobec dzieci – podejmuje decyzje za podopiecznych w imię ich dobra. Zarówno przywilej terapeutyczny, jak i paternalizm w stosunkach z pacjentami są silnie związane z tradycją hipokratejską w medycynie¹⁹. Dokonane w latach siedemdziesiątych XIX wieku przez Henryka Łuczkiwicza tłumaczenie Przysięgi Hipokratesa nakłada na lekarzy obowiązek urządzania sposobu życia chorych dla ich dobra²⁰.

„Przywilej terapeutyczny” wypływa z zasady dobroczynienia. Uprawnienie do zatajenia bądź oceniania prawdy przez lekarza dodatkowo uzasadnia się także trzema następującymi argumentami:

1. Nikt nie może znać całej prawdy, w tym także lekarze, pielęgniarki i pozostały personel medyczny.
2. Pacjenci umierający i dotknięci ciężką chorobą zazwyczaj nie chcą znać prawdy.
3. Prawda może zabijać nadzieję, która ma moc uzdrawiającą²¹.

Każdy z tych argumentów ma swoich krytyków. Przeciwnicy pierwszego uzasadnienia twierdzą, że nawet jeśli lekarze nie mogą mieć absolutnej pewności co do prawdziwości i pełności swojej wiedzy na temat zdrowia pacjentów, nie oznacza to, że mogą zataić przed nimi informacje, które uzyskali w sposób rzetelny i zgodny z aktualną wiedzą i praktyką medyczną. Stwierdzenie „Nie umiem powiedzieć, jak będzie się rozwijała pana choroba” czy „Nie wiem, jak długo będzie pani żyła” może stanowić bardzo ważną część informacji przekazywanej choremu. Pozbawienie pacjenta dostępu do szczerego komunikatu tylko dlatego, że lekarze nie potrafią wszystkiego ustalić i przewidzieć, jest postępowaniem nie tylko błędnym, ale także niemoralnym²².

¹⁷ P. Łuków, *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, Warszawa 2005, s. 269.

¹⁸ K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia...*, s. 335–342.

¹⁹ R.M. Veatch, C.G. Mason, *Hippocratic versus Judeo-Christian Medical Ethics: Principles in Conflict*, *Journal of Religious Ethics* 1987, nr 1, s. 97.

²⁰ „Sposób życia urządzać będą chorzy dla ich dobra podług sił moich i zdolności, dalekim będąc od wszelkiego szkodzenia i krzywdy” (w:) A. Tulczyński, *Deontologia lekarska. Wybrane materiały do seminariów*, Warszawa 1978, s. 6.

²¹ P. Rousseau, *Hope in Terminally Ill*, *Western Journal of Medicine* 2000, nr 2, s. 117, 118.

²² R. Higgs, *On Telling Patients the Truth* (w:) *Bioethics. An Anthology*, red. H. Kuhse, P. Singer, Oxford 2006, s. 614.

Krytycy jednoznacznie między profesjonalnym argumentacją i uwagą na rzecz domówności na nalnej fazie ch Ponadto wskaza czaj podtrzymu w zmianie plan Najmocni wileju terapeut nowania autor również, że le leży w szeroko że nie ma etyc gdy lekarz zat się, że ich pozi którego kontyr chorego²⁴.

4. D

Istnieje w czyli celoweg mu tylko część wszystkich, c

Niektórz okłamanie p że zwyczajne b nieklamania. I pacjenta jest w mówienia cho że zachowuje c z powinnością konfliktu tych za nieklamliw

Do najcz należą ogranic

²³ R.G. Hag *Annals of Oncolo*

²⁴ C. Johns *to Withhold Treatm*

²⁵ J. Jackso

Krytycy drugiego argumentu podkreślają natomiast fragmentaryczność i niejednoznaczność empirycznych danych, na których się on opiera, a także związek między preferencjami pacjentów dotyczącymi prawdomówności a ich zapleczem społecznym, kulturowym i przekonaniem moralnymi²³. Również przeciwnicy argumentacji trzeciej, odwołującej się do terapeutycznej funkcji nadziei, zwracają uwagę na niejednoznaczność danych empirycznych dotyczących wpływu prawdomówności na dobrostan pacjentów. Podkreślają, że zatajanie prawdy o terminalnej fazie choroby może zwiększać lęk pacjenta przed umieraniem i śmiercią. Ponadto wskazują, że wiedza nie musi oznaczać utraty nadziei. Nadzieję zazwyczaj podtrzymują bliscy umierającego, otaczając go troską, a także pomagając mu w zmianie planów życiowych.

Najmocniejszym argumentem przeciwko korzystaniu przez lekarzy z „przywileju terapeutycznego” jest jednak niezgodność tej konstrukcji z zasadą poszanowania autonomii pacjenta i doktryną świadomej zgody. Krytycy podkreślają również, że lekarze nie mają kwalifikacji ani uprawnień do określania tego, co leży w szeroko pojmowanym interesie kompetentnego pacjenta. Wnioskuje się stąd, że nie ma etycznej i faktycznej podstawy dla stosowania przywileju w sytuacji, gdy lekarz zataja niepomysłne informacje o stanie zdrowia chorego, obawiając się, że ich poznanie mogłoby skłonić pacjenta do rezygnacji z dalszego leczenia, którego kontynuowanie – w opinii tego lekarza – leży w najlepiej pojętym interesie chorego²⁴.

4. Działania naruszające prawdomówność

Istnieje wiele sposobów ukrycia prawdy przed pacjentem. Od kłamstwa, czyli celowego przekazania choremu fałszywych informacji, poprzez ujawnienie mu tylko części informacji i zatajenie pozostałych, po całkowite przemilczenie wszystkiego, co wiadomo o jego stanie zdrowia i szansach na wyleczenie.

Niektórzy autorzy uważają, że istnieje moralnie znacząca różnica między okłamanie pacjenta a wprowadzeniem go w błąd w inny sposób. Uważają oni, że zwyczajne kłamstwo jest zawsze moralnie złe i mamy bezwzględny obowiązek niekłamania. Natomiast tzw. niekłamliwe wprowadzanie w błąd służące dobru pacjenta jest w niektórych przypadkach etycznie usprawiedliwione. Powinność mówienia choremu prawdy jest według nich obowiązkiem *prima facie*, co oznacza, że zachowuje ona swą bezwzględną ważność dopóty, dopóki nie wejdzie w konflikt z powinnością działania w najlepiej pojmowanym interesie pacjenta. W sytuacji konfliktu tych powinności lekarz może, po należytych namyśle, opowiedzieć się za niekłamliwym oszukaniem chorego²⁵.

Do najczęściej stosowanych form niekłamliwego wprowadzania w błąd należą ograniczone ujawnianie faktów i zatajanie informacji. Każde z tych działań

²³ R.G. Hagerty et al., *Communicating Prognosis in Cancer Care: A Systematic Review of the Literature*, *Annals of Oncology* 2005, nr 7, s. 1005-1153.

²⁴ C. Johnston, G. Holt, *The Legal and Ethical Implications of Therapeutic Privilege – Is It Ever Justified to Withhold Treatment Information from a Competent Patient?*, *Clinical Ethics* 2006, nr 1, s. 148.

²⁵ J. Jackson, *Truth, Trust, and Medicine*, London 2001.

może przybrać formę werbalną i niewerbalną, a granica między nimi jest płynna²⁶. Przykładem werbalnego ograniczonego ujawniania faktów jest zwodzenie chorego znajdującego się w terminalnej fazie choroby, że dla pełnej diagnozy potrzebne są jeszcze konsultacje z innymi specjalistami. Werbalne zatajenie prawdy ilustruje sytuacja, w której na pytanie pacjenta umierającego na nowotwór o szanse wyzdrowienia lekarz odpowiada: „Mogę z pewnością stwierdzić, że wielu pacjentów onkologicznych zdrowieje”. Statystycznie rzecz biorąc, jest to stwierdzenie prawdziwe. W przypadku jednak tego konkretnego chorego umyślnie zwodnicze. Jako przykład niewerbalnego wprowadzania w błąd podaje się zwyczajne celowe przemilczenie przez lekarza istotnych faktów i ważnych dla pacjenta informacji.

Nie wszyscy bioetycy podzielają pogląd o moralnej różnicy między kłamstwem i innymi niekłamliwymi formami wprowadzania pacjenta w błąd. Autorzy stawiający na pierwszym miejscu normę poszanowania autonomii pacjenta i akcentujący służebną wobec niej rolę prawdomówności zazwyczaj uznają zarówno zwykłe kłamstwo, jak i niekłamliwe wprowadzanie w błąd za działania nieetyczne. Ich zdaniem lekarz i pielęgniarka zawsze zobligowani są do mówienia prawdy pacjentowi. Na przeciwnym biegunie sytuują się zwolennicy „przywileju terapeutycznego”, którzy twierdzą, że profesjonalści medyczni są uprawnieni do zatajania prawdy, a nawet do kłamstwa, jeśli tylko uznają, iż działania te służą dobru chorego.

W literaturze są też zwolennicy stanowiska umiarkowanego. Uważają oni, że lekarze (i pozostały personel) powinni przyjąć, iż kłamliwe i niekłamliwe wprowadzanie w błąd jest *prima facie* złe, że ciąży na nich obowiązek *prima facie* niekłamania i wstrzymywania się od niekłamliwego oszukiwania²⁷.

5. Gdy prawdomówność jest moralnie niejednoznaczna

Lekarze i pielęgniarki zazwyczaj spotykają się z trzema sytuacjami, w których przekazywanie prawdy jest zadaniem szczególnie trudnym. Są to sytuacje związane z:

- a) ujawnianiem informacji mogących spowodować cierpienie i lęk pacjentów. Przykładem takiej informacji jest diagnoza śmiertelnej choroby, zaawansowanego nowotworu z przerzutami i diagnoza zwyrodnieniowego, nieuleczalnego schorzenia (np. stwardnienia rozsianego bądź choroby Alzheimera),
- b) ujawnianiem wyników badań genetycznych. Szczególnych problemów przysparza rozmowa z osobami młodymi, u których wykryto geny odpowiedzialne za rozwój choroby ujawniającej się w wieku późniejszym (np. płasawicy Huntingtona),
- c) informowaniem pacjentów o popełnionych błędach.

W ostatnich dwóch dekadach trzecia z wymienionych sytuacji stała się przedmiotem ożywionej dyskusji lekarzy i bioetyków. Prawdomówność jest bowiem uznawana za konieczny warunek odejścia od dotychczasowej kultury

²⁶ P. Ben, *Medicine, Lies and Deception*, Journal of Medical Ethics 2001, nr 2, s. 130–134.

²⁷ R. Gillon, *Is There an Important Moral Distinction for Medical Ethics Between Lying and Other Form of Deception?*, Journal of Medical Ethics 1993, nr 2, s. 132.

winy i piętnowania do budowania kult

To konsekwer pełniane jest argu medyczny – pacjen jako cechy charakte zatajeniem prawdy pomyłek medyczny własnym egoistycz niu prawdy mogąc wszystkim dobro p

6. Klinicz

Termin „place aktywny”. Placebo dobroczynnych dla lub farmakologiczn nieswoiste skutki n genezę i naturę teg nie tylko zjawiskie odpowiedź mózgu imitując prawdziw jest poddawany, do

Podręcznikow niekcie soli fizjolog aby wywoływać ski chorym leki zbędne zwiększenia efektu j chirurgii, np. nacięc

Etyczna stron badań biomedyczny lekarze i bioetycy p czasem terapeutycz tow w błąd albo zat

²⁸ Zob. K. Szewcz

²⁹ C. Mavroudis e Surgery 2005, nr 2, s. 40

³⁰ Zob. A.K. Shap Baltimore 1997, s. 41.

³¹ Zob. L. Colloca Neuroscience 2005, nr 6

³² D.G. Finnis et al 1975, s. 8.

³³ K. Szewczyk, E

³⁴ T.L. Beaucham

winy i piętnowania pracowników systemu opieki zdrowotnej oraz przystąpienia do budowania kultury bezpieczeństwa pacjentów²⁸.

To konsekwencjalistyczne uzasadnienie obowiązku ujawniania błędów uzupełniane jest argumentacją z kontraktowego charakteru relacji profesjonalista medyczny – pacjent, a także poprzez odwołanie się do cnoty prawdomówności jako cechy charakteru profesjonalisty. Wskazuje się też na istotną różnicę między zatajaniem prawdy w dwóch wyżej wymienionych okolicznościach a ukrywaniem pomyłek medycznych. Przy zatajaniu błędów profesjonalista kieruje się głównie własnym egoistycznie pojmowanym interesem, podczas gdy przy cenzurowaniu prawdy mogącej nieść negatywne skutki dla chorego motywem jest przede wszystkim dobro pacjenta²⁹.

6. Kliniczne użycie placebo

Termin „placebo” zawężony do kontekstu medycznego znaczy tyle co „nieaktywny”. Placebo jest więc substancją bądź procedurą o zakładanych skutkach dobroczynnych dla pacjenta, pozbawioną jednak specyficznego biologicznego lub farmakologicznego działania na jego stan zdrowotny³⁰. Te dobroczynne, choć nieswoiste skutki nazywa się efektem placebo. Naukowcy od lat próbują wyjaśnić genezę i naturę tego fenomenu. Współcześnie przyjmuje się, że efekt placebo jest nie tylko zjawiskiem psychologicznym, ale ma podłoże neurologiczne i stanowi odpowiedź mózgu na cały „kontekst psychospołeczny” stosowania placebo, który imitując prawdziwą terapię, wywołuje u pacjenta oczekiwanie, że zabiegi, którym jest poddawany, doprowadzą do poprawy jego zdrowia³¹.

Podręcznikowymi przykładami placebo są pigułki ze skrobią bądź cukrem, iniekcje soli fizjologicznej oraz dawki leków, często antydepresantów, zbyt małe, aby wywoływać skutki terapeutyczne. Dane pokazują, że lekarze często przepisują chorym leki zbędne bądź niestanowiące remedium na ich przypadłość z intencją zwiększenia efektu placebo³². Są także doniesienia o korzystaniu z tzw. pozorowanej chirurgii, np. nacięcia okolicy stawu w terapii reumatoidalnego zapalenia stawów³³.

Etyczna strona stosowania placebo jest szeroko analizowana w kontekście badań biomedycznych, w szczególności badań klinicznych. Natomiast mniej uwagi lekarze i bioetycy poświęcają problematyce klinicznego stosowania placebo. Tymczasem terapeutyczne używanie placebo „zakłada umyślne wprowadzanie pacjentów w błąd albo zatajenie informacji”³⁴. Lekarz ordynujący nieaktywną substancję

²⁸ Zob. K. Szewczyk, *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009, s. 199–255.

²⁹ C. Mavroudis et al., *Should Surgical Errors Always Be Disclosed to the Patient?*, *Annals of Thoracic Surgery* 2005, nr 2, s. 400–403.

³⁰ Zob. A.K. Shapiro, E. Shapiro, *The Powerful Placebo. From Ancient Priest to Modern Physician*, Baltimore 1997, s. 41.

³¹ Zob. L. Colloca, F. Benedetti, *Placebos and Painkillers: Is Mind as Real as Matter?*, *Nature Reviews Neuroscience* 2005, nr 6, s. 545–552.

³² D.G. Finniss et al., *Placebo Effects: Biological, Clinical and Ethical Advances*, *Lancet* 2010, vol. 375, nr 9715, s. 8.

³³ K. Szewczyk, *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej...*, s. 93.

³⁴ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej...*, s. 164.

wie, że nie wyrzuci ona żadnego efektu farmakologicznego na organizm pacjenta i nie powiadamia go o tym fakcie lub przekazuje mu tylko częściową informację. Strategia ta budzi etyczne wątpliwości³⁵. Krytycy podkreślają jej sprzeczność z zasadą poszanowania autonomii pacjenta oraz zasadą dobroczynienia. Zwolennicy odpierają pierwszy zarzut, wskazując, że wprowadzenie pacjenta w błąd nie odbiera mu prawa do odrzucenia czy przerwania „terapii” placebo; ma on nadal to uprawnienie, identycznie jak chory leczony aktywnym lekiem. Ponadto podkreślają, że placebo ordynowane zgodnie ze ściśle określonymi warunkami nie narusza zasady dobroczynienia. Pierwszym z tych warunków jest przewidywana podatność pacjenta na efekt placebo, a co za tym idzie, skuteczność tej formy leczenia. Niestety jest to warunek niejednokrotnie trudny do spełnienia z powodu braku w pełni wiarygodnych danych. Drugim wymogiem jest brak bądź niewystarczająca skuteczność dostępnych terapii. Placebo mogą otrzymywać tylko tacy pacjenci, którym medycyna nie jest w stanie nic innego zaoferować, lub tacy, którzy nie reagują na dostępne leczenie bądź u których powoduje ono nasilone negatywne skutki. Do placebo można się także uciekać, gdy pacjent nie akceptuje leczenia aktywnego z przyczyn osobistych lub finansowych.

Przywołane argumenty nie wystarczają do rozwiania wszystkich wyżej omawianych wątpliwości etycznych dotyczących wprowadzania pacjentów w błąd. Rozproszyć je może informowanie chorych o nieaktywnej naturze stosowanych interwencji farmakologicznych lub chirurgicznych. Przeciwnicy takiego rozwiązania wskazują jednak, że może ono zmniejszyć skuteczność placebo. Taki rezultat sugeruje jeden spośród postulowanych mechanizmów jego działania, mianowicie przypuszczenie, że efekt placebo jest tworzony przez oczekiwania pacjenta. Są też obawy, że ujawnienie prawdy spowoduje tzw. odwrotny efekt placebo – jeśli nieaktywna terapia okaże się nieskuteczna, wówczas pacjent może zgeneralizować niepowodzenie na inne procedury o klinicznie potwierdzonej skuteczności. Za stosowaniem placebo bez informowania pacjenta przemawia i to, że podawane choremu nieaktywne substancje są całkowicie bezpieczne (argument ten jednak nie ma zastosowania do pozorowanych operacji chirurgicznych), a intencjonalne wprowadzanie w błąd jest tylko *prima facie* złe. Placebo nie jest więc bardziej oszukańcze ani mniej dobroczynne od werbalnego wprowadzania w błąd, np. poprzez celowe przekazywanie choremu nadmiernie optymistycznej prognozy.

7. Prawdomówność jako obowiązek pacjenta

Prawdomówność uznawana jest za jedną z podstawowych powinności nie tylko przedstawicieli zawodów medycznych, ale także pacjentów³⁶. W literaturze bioetycznej omawiane są różnorakie uzasadnienia nakazu mówienia prawdy przez tych ostatnich.

³⁵ B. Foddy, *A Duty to Deceive: Placebos in Clinical Practice*, *American Journal of Bioethics* 2009, nr 12, s. 4–12.

³⁶ D.C. English, *Moral Obligations of Patients: A Clinical View*, *Journal of Medicine and Philosophy* 2005, nr 2, s. 148.

I tak podnoszą w tekście relacji pracownika o własne z... rza przyspieszają, a... poprzedzającej w... niezależny, skierow... Pojawia się on jedyn... symy odpowiedzial...

Często uzasadniają... tową naturą relacji... Umowa zobowiązania... pacjenta. Kontrakt... ności obu jego stron...

Spotyka się i... wszystkich ludzi b... tzw. moralności po... mówności³⁹. W liter... do interesów zdrow... także nazwać argum... powszechniej opieki... z niego korzystają... niepokrywanej prz... sposobem znakom... świadczenia mniej... Prawdomówność i... metod leczenia. Og... ne do rozpoznania... minimalizowaniu... optymalizuje dyst... między wszystkim...

W literaturze... lekarzy, w tym o... publikacji dotyczą... stanu rzeczy⁴¹. Pie... zbyt silne akcento... bowiem wywieść p... ne akcentowanie j... do paternalistyczn... argument ma pod...

³⁷ S. Gorovitz, *...* nr 3, s. 143–146.

³⁸ D.C. English, *...* 2005, nr 2, s. 147.

³⁹ Tamże, s. 144.

⁴⁰ H.M. Evans, *...*

⁴¹ M. Kelley, *Li...* s. 199–206.

I tak podnoszony jest argument z obowiązku wobec samego siebie. W kontekście relacji pracownik opieki zdrowotnej – pacjent powinność ta dotyczy dbałości o własne zdrowie. Rzetelne i prawdziwe odpowiedzi na pytania lekarza przyspieszają, a często wręcz umożliwiają postawienie właściwej diagnozy poprzedzającej wdrożenie leczenia. Nie wszyscy jednak zgadzają się, że mamy niezależny, skierowany ku samym sobie, obowiązek dbania o własne zdrowie. Pojawia się on jedynie, gdy znajdujemy się w relacjach z innymi, za których ponosimy odpowiedzialność³⁷.

Często uzasadnia się obowiązek mówienia prawdy przez pacjenta kontraktową naturą relacji między przedstawicielem zawodu medycznego a chorym. Umowa zobowiązuje do szczerości nie tylko lekarza czy pielęgniarkę, lecz także pacjenta. Kontrakt opiera się bowiem na założeniu o uczciwości i prawdomówności obu jego stron³⁸.

Spotyka się również odwołania do zasad moralnych obowiązujących wszystkich ludzi bez względu na ich rolę społeczną lub zawodową, czyli do tzw. moralności potocznej. Jednym z ważnych jej pryncypiów jest nakaz prawdomówności³⁹. W literaturze przedmiotu pojawia się także argument odwołujący się do interesów zdrowotnych innych (aktualnych i przyszłych) pacjentów. Można go także nazwać argumentem ze społecznych kosztów niemówienia prawdy. System powszechnej opieki zdrowotnej oparty jest na finansowym solidaryzmie osób z niego korzystających. Procedury zlecane poszczególnym pacjentom w części niepokrywanej przez ich własną składkę opłacane są ze wspólnych zasobów. Tym sposobem znakomita większość beneficjentów systemu aktualnie otrzymujących świadczenia mniej lub bardziej uszczupla pulę środków dostępnych dla innych. Prawdomówność ułatwia i przyspiesza proces diagnozy i doboru właściwych metod leczenia. Ogranicza ilość zasobów ludzkich i materialnych, jakie są konieczne do rozpoznania i wdrożenia skutecznej terapii. Prawdomówność służy więc minimalizowaniu kosztów opieki nad jednostkowym pacjentem, a tym samym optymalizuje dystrybucję ograniczonych zasobów systemu ochrony zdrowia między wszystkimi potrzebującymi⁴⁰.

W literaturze bioetycznej i medycznej liczba prac poświęconych obowiązkowi lekarzy, w tym obowiązkowi mówienia prawdy, znacząco przewyższa liczbę publikacji dotyczących powinności pacjentów. Podaje się dwa wyjaśnienia tego stanu rzeczy⁴¹. Pierwszym jest niebezpieczeństwo paternalizmu, którym grozi zbyt silne akcentowanie obowiązków pacjenta. Z obowiązków pacjenta łatwo bowiem wywieść prawo lekarza do przymusowego ich egzekwowania. Nadmierne akcentowanie powinności współpracy mogłoby przyczynić się na przykład do paternalistycznego ograniczenia prawa chorego do odmowy leczenia. Drugi argument ma podstawę we wrażliwości pacjenta spowodowanej chorobą i cier-

³⁷ S. Gorovitz, *Why You Don't Owe It to Yourself to Seek Health?*, *Journal of Medical Ethics* 1984, nr 3, s. 143–146.

³⁸ D.C. English, *Moral Obligations of Patients: A Clinical View*, *Journal of Medicine and Philosophy* 2005, nr 2, s. 147.

³⁹ Tamże, s. 144.

⁴⁰ H.M. Evans, *Do Patients Have Duties?*, *Journal of Medical Ethics* 2007, nr 12, s. 689–694.

⁴¹ M. Kelley, *Limits on Patient Responsibility*, *Journal of Medicine and Philosophy* 2005, nr 2, s. 189–206.

pieniem. Zbyt silny nacisk położony na jego obowiązki mógłby doprowadzić do zbyt dużego obciążenia pacjenta odpowiedzialnością za własny stan zdrowia, a w konsekwencji do napiętnowania go.

8. Rezygnacja z informacji przez pacjenta

Pacjent ma nie tylko prawo do informacji na temat stanu własnego zdrowia. Przysługuje mu także prawo do niewiedzy, czyli do dobrowolnej rezygnacji z takich informacji. Uzasadnieniem tego prawa jest odwołanie się do zasady poszanowania autonomii pacjenta⁴². Egzekwowanie uprawnienia do niewiedzy dając pacjentowi możliwość wyboru, czy chce czy nie chce wiedzieć, nie zmniejsza, lecz rozszerza jego autonomię. Po należytym rozważeniu pacjent może bowiem uznać, że na przykład niepomyślna diagnoza choroby genetycznej byłaby ciężarem zbyt dużym zmieniającym jego życie. I tak osoba, która opiekowała się krewnym cierpiącym na chorobę Huntingtona i która zna wszystkie tragiczne jej oblicza, może nie życzyć sobie, aby informowano ją o tym, że jest nosicielem. Świadek Jehowy, który pragnie zachować integralność moralną i wierność przekonaniom religijnym, może nie chcieć wiedzieć, czy podczas operacji ratującej życie przetoczono mu cudzą krew. Prawa istnieją wszakże „dla nas, a nie my dla nich”⁴³.

Nie ma ogólnie przyjmowanego sposobu rozwiązania zrzeczenia się prawa do informacji przez pacjenta. Dlatego też każdy przypadek należy rozpatrywać oddzielnie. Pomocne byłyby rozwiązania proceduralne, np. reguły uzależniające jego dopuszczalność od decyzji szpitalnych komisji etycznych. Gdyby komisja uznała, że w najlepiej pojmowanym interesie chorego leży „proponowane przez niego zrzeczenie się prawa do informacji, to ta decyzja stałaby się obowiązująca”⁴⁴.

Na koniec warto zauważyć, że możliwość rezygnacji przez pacjenta z informacji nie ma charakteru absolutnego, ale ograniczana jest zasadą niekrzywdzenia innych oraz zasadą solidarności społecznej. Zgodnie z nimi ujawnienie prawdy jest konieczne dla uniknięcia ryzyka wyrządzenia poważnej krzywdy osobom trzecim, np. bliskim pacjenta⁴⁵.

⁴² O. Dryla, *Prawo do niewiedzy a autonomia*, *Diametros* 2012, nr 32, s. 19–36 (dostęp: <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/pdf/diam32dryla.PDF>).

⁴³ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej...*, s. 175.

⁴⁴ Tamże.

⁴⁵ R. Andorno, *The Right Not to Know: An Autonomy Based Approach*, *Journal of Medical Ethics* 2004, nr 5, s. 435–440.

Jacek Ł
Taj
Na lekar
kiego, czego
Jest to jedna z
nej medycyn
podczas lecze
należy rozgła
obowiązku je
wykonywani
społecznych.
powinni być
wiązki trakto
Słusznie
ustanawia ob
pod adresem
zachował w
macji⁵. Co do
przynosi pacj
szkodę wyrza
innym osobo
sytuacjami ob
i pomocy nie
czy milczeć. N

¹ Obowią
w związku z wyl
zawód medyczn
i diagnostach lal
Omówione w ni
innych zawodów

² Przysięg
(dostęp: <http://v>

³ B. Lo, R

⁴ R.M. Ve
The Journal of R

⁵ B. Freed