

Maria Boratyńska

Praktyczne problemy informacyjne uzyskiwania świadomej zgody pacjenta

Wprowadzenie

Prawidłowe poinformowanie pacjenta o jego sytuacji zdrowotnej, zważywszy zwłaszcza na trudną do pokonania barierę przekazania fachowej wiedzy medycznej w łatwo przyswajalny sposób, stanowi ideał praktycznie niemożliwy do osiągnięcia. Ponieważ jednak informacja taka jest nieodzowna do skorzystania z prawie wszystkich przysługujących pacjentowi praw, model pełnego poinformowania służy jako etyczny i prawny wzorzec, do którego należy maksymalnie się zbliżyć. Oprócz tego, że jest on wyrazem poszanowania najważniejszych wartości – wolności (w tym samostanowienia) i godności człowieka – oraz legalizuje interwencje medyczne w organizm, pozwala także na podjęcie przez pacjenta z rozeznaniem decyzji dotyczących innych kwestii, w tym: zgody na ujawnienie tajemnicy lekarskiej, skorzystania z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, odcięcia się od kontaktu ze światem zewnętrznym, zwiększenia zakresu intymności (np. ubieganie się o separatkę), uporządkowania spraw duchowych.

Możliwość podejmowania autonomicznych decyzji jest zawsze i wszędzie uzależniona od posiadania odpowiedniej informacji. W prawie medycznym bywa ona odnoszona głównie do udzielonej z pełnym rozeznaniem zgody pacjenta na działania lecznicze, rozumianej jako zezwolenie na naruszenie dóbr osobistych. Informacja nie ma jednak tylko charakteru akcesoryjnego wobec zgody: stanowi uprawnienie samoistne¹, ma osobne uzasadnienie oraz szersze zastosowanie. Elementarny szacunek dla pacjenta jako osoby wymaga, aby informować go o tym, co dzieje się z jego organizmem i jak w związku z tym przedstawia się jego sytuacja zdrowotna². Informacja pozwala pacjentowi utrzymać autonomiczną kontrolę nad własnym życiem także poza zakresem korzystania z leczenia lub innych usług medycznych.

¹ Art. 9 ust. 1 *Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta* (Dz.U., Nr 52/2009, poz. 417 ze zm.): „Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia”.

² Zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 251.

Konsekwencje leczenia (albo jego zaniechania) mogą istotnie wpływać nie tylko na stan zdrowia, lecz także na odległe, z pozoru pozazdrowotne sfery życia. Należna pacjentowi informacja w wielu wypadkach w ogóle nie jest związana ze zgodą na jakąkolwiek interwencję medyczną (np. gdy dotyczy rezultatów właśnie ukończonej terapii bądź wyników wykonanych badań), jednak nadal jest mu potrzebna do podejmowania innych decyzji dotyczących np. życia prywatnego, zawodowego, działalności publicznej itd.

Z tej perspektywy pierwszorzędne znaczenie ma zakres należącej pacjentowi informacji, na dalszym planie natomiast pozostaje kwestia odpowiedniego sposobu jej przekazania, akcentowana bardziej w rozważaniach bioetycznych niż prawniczych. Na sposób informowania oddziałuje czynnik empatii, jak również powiązana z nim bezpośrednio psycholingwistyka przekazu. Niniejsze opracowanie, trochę nietypowo, koncentruje się na tych właśnie zagadnieniach.

Porównanie modeli informowania pacjenta

W pierwszej kolejności warto przypomnieć klasyfikację możliwych modeli informowania pacjenta: profesjonalny lekarski, model racjonalnego pacjenta w danym stanie klinicznym oraz model dopasowany do indywidualnych potrzeb konkretnego pacjenta³.

Model profesjonalny, odwołujący się do wzorca osobowego racjonalnego lekarza, jest już *de lege lata* przebrzmiały. Obecnie występuje tylko reliktoowo w odniesieniu do małoletnich, którzy nie ukończyli 16 lat, i w tej sferze stosunków znajduje ograniczone uzasadnienie⁴.

Model racjonalnego pacjenta (inaczej określanego jako zorientowany na pacjenta, model rozumnego obserwatora lub standard obiektywny) także odwołuje się do wzorca osobowego, ale po stronie pacjenta: lekarz ma powiedzieć pacjentowi tyle, ile oczekiwałaby hipotetyczna, rozsądnie rozumująca osoba będąca w analogicznej sytuacji zdrowotnej. Choć model ten uwzględnia zasadę szacunku dla autonomii, realizuje ją w sposób nieelastyczny, ponieważ operuje uśrednionym kryterium zdrowego rozsądku, przez co przypisuje wszystkim osobom w takim samym stanie klinicznym jednakowe zapotrzebowanie na informacje. W rzeczywistości mogą one jednak różnić się pod wszystkimi innymi względami i przyjmować odmienną hierarchię ważności informacji. Z ich sytuacji zawodowej lub rodzinnej wynikać będzie zupełnie inna potrzeba wiedzy o niedogodnościach związanych z samą czynnością medyczną i jej skutkami, w tym z możliwymi powikłaniami. Pacjenci bywają zróżni-

³ Zob. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, wyd. IV, tłum. W. Jacórzyński, Warszawa 1996, s. 160–162.

⁴ Pacjent taki ma być informowany „w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego” (art. 31 ust. 7 u.z.l. i art. 9 ust. 7 u.pr.pacj.).

cowani pod względem niemedycznym, a ich indywidualne wybory mogą zależeć od systemów wartości, czynników osobowościowych (np. skłonności do podejmowania ryzyka) i innych niepoddających się sklasyfikowaniu preferencji⁵.

Model informacyjny nastawiony na racjonalnego pacjenta (obiektywistyczny) zakłada wyrównanie kryteriów i stosowanie takich samych wytycznych dla wszystkich pacjentów przy określonej diagnozie. Nastawienie się na jeden standardowy zestaw informacji przy danym sposobie leczenia może w wielu wypadkach narazić realnego pacjenta na ryzyko, że tak naprawdę nie uświadomi sobie życiowych konsekwencji dokonanego wyboru. Może chodzić o wykonywany zawód (jak w przypadku pacjentki z wolem zamostkowym, która przed operacją pracowała jako kelnerka, więc uboczny skutek operacji w postaci utraty głosu pozbawił ją pracy⁶), ale też o zainteresowania pozazawodowe, które dla danego pacjenta stanowią treść życia, np. słuchanie muzyki.

Lepszy jest zatem model subiektywistyczny, w którym nie zestawia się konkretnej sytuacji z żadnym abstrakcyjnym wzorcem osobowym, lecz zakłada, że każdy pacjent jest uprawniony dowiedzieć się tyle, ile w swojej własnej ocenie potrzebuje do podjęcia przemyślanej decyzji. Lekarz ma obowiązek przekazać informację w takim zakresie, w jakim wie (lub powinien wiedzieć), że pacjentowi na niej zależy. Nie znaczy to, że musi odpowiadać na wszystkie zadane pytania; tylko aby odpowiadał na każde, które związane jest z aktualnie omawianymi leczeniem bądź profilaktyką⁷. Model ten stawia lekarzowi największe wymagania, skoro „o ilości i charakterze ujawnianej informacji nie decyduje abstrakcyjny obserwator, lecz każdy człowiek z osobna”⁸. W tych okolicznościach, „jeśli lekarz wie, czy też może się domyślać, na jakiej informacji zależy pacjentowi, to jej nieujawnienie można mu poczytać za naruszenie autonomii”⁹. Dałoby się temu wymaganiu postawić zarzut nierealnego. Niemniej nikt nie żąda od lekarza, by podzielił się z pacjentem całą posiadaną wiedzą, lecz żeby na podstawie zebranego wywiadu ustalił, które wiadomości mogą okazać się dla pacjenta użyteczne i te mu podał. Ze względów praktycznych jednak dyrektywy dotyczące informowania pacjenta muszą być wyjściowo nastawione na jakąś przeciętną.

Model subiektywistyczny najpełniej odpowiada szacunkowi dla autonomii, ale wydaje się pomyślany dla wypadków, gdy pacjent ma rozważyć jedynie kwestię,

⁵ Zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *op. cit.*, s. 255–256.

⁶ „Pacjent powinien zostać poinformowany o mogących powstać skutkach zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy zachodzi ryzyko powikłań. W przeciwnym razie, skoro powikłanie można było przewidzieć, odpowiedzialność za skutki zabiegu ponosi szpital” (Wyrok Sądu Okręgowego w Krakowie z 30 grudnia 2003, I C 110/02, „Prawo i Medycyna” 2006, nr 1, z gl. M. Nesterowicza).

⁷ Wykracza poza obowiązek wyjaśnianie pacjentowi tego, o co pyta z samej ciekawości lub np. w związku z innym leczeniem, któremu planuje poddać się w przyszłości on sam albo inna osoba.

⁸ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *op. cit.*, s. 162.

⁹ *Ibidem*, s. 162.

czy poddać się leczeniu. Nie daje natomiast czytelnych wytycznych postępowania w sytuacjach niewymagających podjęcia decyzji, w których przecież pacjentowi informacja również się należy (np. zapoznanie z wynikami badań niewskazującymi jeszcze na potrzebę leczenia). Stosowanie tego modelu przesądza, że lekarz jest obowiązany odpowiadać na pytania pacjenta, nawet mocno odbiegające od przeciętności. Nie zawiera jednak dyrektyw, jakiej informacji udzielać z własnej inicjatywy, zwłaszcza przy pierwszym kontakcie z pacjentem, gdy jego preferencje i oczekiwania nie są jeszcze znane ani nie ma podstaw, by się ich domyślać.

Największą praktyczną użyteczność dla pacjenta wykazuje model mieszany, w którym zasób informacyjny można podzielić pod względem treści na dwie części. Pierwsza to przekazywany rutynowo pakiet standardowy, wynikający z modelu racjonalnego pacjenta, który lekarz ma podać z własnej inicjatywy: podstawowe wiadomości, jakie o danym sposobie leczenia powinien usłyszeć każdy pacjent ze względu na określoną diagnozę¹⁰. Druga część ma być indywidualnie dostosowana do pacjenta i obejmować te informacje dodatkowe, które są przekazywane ze względu na ustalone przez lekarzy osobiste właściwości i cechy pacjenta. Jeżeli przy zbieraniu wywiadu lub omawianiu możliwych sposobów dalszego postępowania medycznego pacjent zada jakies pytania szczególne czy nietypowe, powinien uzyskać odpowiedź zgodnie z modelem subiektywistycznym. Zakres informacji zależy też od danych o pacjencie, które lekarz otrzymał, uchybienie zaś może polegać na nieustaleniu kwestii, których ustalenia wolno było wymagać (np. czy pacjent planuje posiadanie dzieci).

Informowanie będzie więc musiało przybrać formę interaktywnego dialogu, w którym pytania zadaje nie tylko pacjent. W każdym razie na ogół nie wystarczy jednorazowe podanie informacji o leczeniu, nawet jeśli była ona szczegółowa i pacjent ją zrozumiał. Oprócz tego można wymagać, by lekarz, poza przekazaniem informacji rutynowych, nie czekając na pytania pacjenta, zebrał od niego wywiad pod kątem sytuacji życiowej, która może rzutować na zakres potrzebnych informacji (np. czy na co dzień pracuje głosem, słuchem, czy prowadzi samochód lub wykonuje zajęcie wymagające wzmożonej koncentracji). Zależy on od inicjatywy lekarza, ale treść wynika z odpowiedzi pacjenta. Jak widać, dobre informowanie nie może ograniczać się do toku podawczego: konieczna jest wymiana komunikatów, od których zależy prawo pacjenta i obowiązek lekarza co do udzielenia następných informacji¹¹.

¹⁰ W pakiecie tym powinny się znaleźć następujące elementy: informacje, które pacjenci uważają zazwyczaj za ważne, informacje, które są istotne zdaniem samego lekarza, oraz jego własne zalecenia. Por. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *op. cit.*, s. 159. Warto dodać, że nawet jeśli pośród tych informacji znajdują się takie, które konkretny pacjent uzna za nieprzydatne (choć zazwyczaj były przydatne innym), to uzyska on orientację w sprawie na tyle, aby móc zadać sensowne pytania dotyczące zagadnień subiektywnie dla niego istotnych.

¹¹ Zob. M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 100.

Może to czasem powodować, że proces uzyskiwania zgody staje się żmudny i rozciągnięty w czasie, ale jeśli szacunek dla autonomii pacjenta ma być traktowany poważnie, to z takimi przypadkami zawsze trzeba się liczyć. Takie podejście zgodne jest ponadto z głównym celem informowania: żeby pacjent sam wyrobił sobie zdanie na temat sensu i możliwości ewentualnego leczenia. Wymaga to wczucia się w położenie danego pacjenta i dostarczenia mu informacji potrzebnej do podjęcia samodzielnej decyzji. *Notabene* również pacjentowi poniżej lat 16 powinno się pozwolić na zadawanie pytań, aby umożliwić skorzystanie z zagwarantowanego ustawą o prawach pacjenta prawa do bycia wysłuchanym – słabego wprawdzie, ale mającego istotne znaczenie dla prawidłowego przebiegu terapii.

Sposób podania informacji i problem tzw. informacji nadmiernej

Indywidualnie dopasowane do pacjenta informacje powinny wynikać z okoliczności obiektywnych, a nie być uzależnione od jego cech charakterologicznych czy stanu psychicznego¹². Należy się informacja w pełnym zakresie, aczkolwiek pewne

¹² Na ten temat w doktrynie prawa medycznego były wypowiedzane zapatrywania odmienne: iż zakres informacji może być zróżnicowany zależnie od „inteligencji, stanu psychicznego i wrażliwości chorego” oraz od „konieczności i nagłości zabiegu” (zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. IX, Toruń 2001, s. 163). W pewnych tylko przypadkach nagłość sytuacji przemawia za tym, by zastosować informację skróconą i uproszczoną: gdy istnieje obawa, że pacjent nie dożyje do końca wyjaśnień lub jego stan poważnie pogorszy się z powodu opóźnienia pomocy (por. M. Boratyńska, *op. cit.*, s. 113). Niemniej w doktrynie i orzecznictwie akceptowane są ograniczenia informacyjne. Można je podzielić na następujące kategorie:

- 1) ograniczony obowiązek informacyjny przy zabiegach ratujących życie i rozszerzony dla zabiegów czysto kosmetycznych;
- 2) informacja o powikłaniach nietypowych, występujących bardzo rzadko;
- 3) zróżnicowanie zakresu informacji w zależności od tego, czy pacjent zgadza się na proponowane leczenie, czy też zgody odmawia;
- 4) uzależnienie zakresu informacji od rodzaju wskazań medycznych do zabiegu – bezwzględnych lub względnych;
- 5) unikanie „nadmiaru” informacji, który mógłby pacjenta zdruzgotać lub zaburzyć proces decyzyjny;
- 6) ograniczenia, do których upoważnia lekarski przywilej terapeutyczny.

Jako uzasadnienie dla ograniczenia informacji przed wykonaniem zabiegu ratującego życie podaje się działanie dla dobra pacjenta: z jednej strony chodzi o ratowanie go, z drugiej – o „chronienie” przed informacją, która mogłaby go przestraszyć, zniechęcić i przez to spowodować odmowę leczenia. Dla dobra pacjenta lepiej więc, by nie wiedział on o tym czy innym ubocznym skutku zabiegu ratującego życie, bo mógłby z tego powodu nie chcieć być ratowanym. Przykładem takiego rozumowania jest wyrok Sądu Najwyższego z 1974 r. (11 stycznia 1974 r., II CK 732/73, OSP nr 1/1975 poz. 6), dość zamierzchły, ale jego reperkusje daje się odnaleźć i w nowszym orzecznictwie. Oto jego fragment: „Obowiązek lekarza uprzedzenia chorego o możliwych komplikacjach zamierzonej operacji inaczej przedstawia się w sytuacji, gdy chodzi o operację mającą na celu tylko poprawę zdrowia, a inaczej, gdy operacja jest niezbędna dla ratowania życia chorego. W tym drugim przypadku lekarz nie może

cechy psychiczne pacjenta przemawiają za zwiększoną ostrożnością w sposobie przekazywania. Ta nie może jednak prowadzić do ograniczenia treści (chyba że zachodzą przesłanki umożliwiające skorzystanie z przywileju terapeutycznego) ani tym bardziej do zniekształceń czy przeinaczeń, bo wówczas mamy do czynienia bądź z manipulacją, bądź z premedytowanym kłamstwem. Zgodnie z art. 17 zd. 1 *Kodeksu etyki lekarskiej* niepomyślna informacja powinna być pacjentowi przekazywana z taktem i ostrożnością. Wolno jednak twierdzić, że jest to nakazany empatią obowiązek ogólnoludzki, który po stronie lekarza nie powinien być ograniczany tylko do wieści niepomyślnych. Pacjent, ze względu na swe potrzeby zdrowotne, wynikające najczęściej ze stanu chorobowego, wymaga z zasady traktowania łagodnego. Nie zmienia to jednak faktu, że należy mu się cała prawda: „Współcześnie jądrem problemu nie jest to, czy informować pacjenta w sposób pełny, lecz jak informować”¹³. Chodzi m.in. o oględność przekazu i tzw. maniery informującego, efektywność komunikacyjną, odpowiednie przygotowanie pacjenta na przyjęcie złych wiadomości (w tym informowanie stopniowe, o ile jest możliwe i uzasadnione¹⁴),

udzielać pacjentowi tego rodzaju informacji o możliwych powikłaniach operacyjnych, które mogłyby wpłynąć ujemnie na psychikę chorego, a tym samym zwiększyć ryzyko operacji”. Zdaniem sądu „uprzedzenie o możliwościach powstania przetoki nie było w danych okolicznościach [...] konieczne, zwłaszcza że chociaż możliwość taka zachodziła, nie była ona równoznaczna z pewnością i nie było wykluczone, że przetoki da się uniknąć”. Czas zdarzenia i wyrokowania mieści się w okresie obowiązywania dawnej ustawy lekarskiej z 1950 r., która jednak nie zawierała upoważnienia do takiego racjonowania informacji. Nie chodzi tutaj nawet o niskie prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań, lecz o komplikacje takie, o których wiedza „mogłaby ujemnie wpłynąć na psychikę chorego”. Decyzja o możliwym wpływie na psychikę miałaby zatem należeć do lekarza. Możliwe powikłania władny byłby dzielić ponad głowę pacjenta na takie, które mogą i które nie mogą wpłynąć ujemnie na jego psychikę, a obowiązek informacyjny obejmowałby tylko tę drugą kategorię. Co więcej: o tych pierwszych lekarz wręcz nie mógłby poinformować – *ergo* – powinien je zataić (!).

W późniejszym wyroku daje się odnotować pogląd, iż „Obowiązek udzielenia pacjentowi informacji nie wymaga [...] wskazania wszystkich możliwych skutków wykonania zabiegu operacyjnego ratującego życie” (Wyrok Sądu Najwyższego z 26 kwietnia 2007 r., II CSK 2/07, OSP nr 1/2009 poz. 6 z gl. P. Daniluka, z gl. M. Nesterowicza, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 3 i z gl. W. Borysiaka, OSP nr 2/2011 poz. 16). Odmienne stanowisko zajął natomiast Sąd Okręgowy w Krakowie w 2003 r. (Wyrok Sądu Okręgowego w Krakowie z 30 grudnia 2003, I C 110/02, „Prawo i Medycyna” 2006, nr 1 z gl. M. Nesterowicza): „Pacjent powinien zostać poinformowany o mogących powstać skutkach zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy zachodzi ryzyko powikłań. W przeciwnym razie, skoro powikłanie można było przewidzieć, odpowiedzialność za skutki zabiegu ponosi szpital”. Tutaj bez znaczenia dla rozstrzygnięcia pozostał stwierdzony w postępowaniu fakt, że zabieg był konieczny dla ratowania życia (zapobieżenia uduszeniu przez ucisk guza na tchawicę). W wyroku sądów powszechnych pojawia się też opozycja: następstwa normalne, typowe, zwykłe oraz nietypowe, nieprzewidywane, nadzwyczajne, nieobjęte normalnym ryzykiem zabiegu i mogące wystąpić w szczególnych wypadkach. Ustawa powiada o „dających się przewidzieć następstwach”, co sugeruje, iż stopień prawdopodobieństwa nie ma nic do rzeczy – wystarczy, że ono w ogóle istnieje.

¹³ T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2009, s. 38.

¹⁴ Zob. J. Bréhant, *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, tłum. U. Sudolska, Warszawa 1993, s. 61.

uporządkowanie struktury komunikatu oraz o rzekomą „nadmierność” uzyskanej przez pacjenta wiedzy. Prawda może bowiem zostać podana na różne sposoby.

Zgodnie z obowiązującym w Polsce ustawodawstwem pacjentowi należy się informacja w pełnym zakresie potrzebnym do podjęcia decyzji zdrowotnych. Ujmowana jest jako prawo pacjenta (art. 9 ust. 1 u.pr.pacj.) adresowane do całego systemu opieki zdrowotnej¹⁵. Praktyczny problem stanowi jednak nie tylko zasób danych, lecz także – a może przede wszystkim – ułożenie ich w logicznie uporządkowany przekaz. Natłok informacji może stanowić równie wielką przeszkodę dla zrozumienia jak ich zatajenie¹⁶. Pewne pojęcie o tym daje lektura ulotek lekowych, redagowanych głównie metodą prostego wyliczenia. Długa lista możliwych skutków ubocznych, co najwyżej podzielona na częste, rzadkie i bardzo rzadkie, nie spełnia kryterium przystępnej i odpowiedniej informacji. W dodatku istnieją przecież powikłania, których prawdopodobieństwo wystąpienia zależy od stanu klinicznego konkretnego pacjenta, jego płci, wieku bądź obecności innych schorzeń. Na tym między innymi polega indywidualnie dopasowana pełna informacja, żeby pacjentowi stosownie do jego stanu wyakcentować, które komplikacje mogą się pojawić z większym, a które z mniejszym prawdopodobieństwem. Zasada szacunku dla autonomii pacjenta wymaga również, by nie pozostawiać go samego z „gołymi” faktami medycznymi, tylko aktywnie dążyć do uzyskania ich zrozumienia¹⁷. Gąszcz suchych informacji może pacjentowi zaszkodzić przez to, że go zdezorientuje. Zadaniem lekarza jest nie tylko wyliczenie metod leczenia, ale i wskazanie, która z nich wydaje się optymalna i dlaczego, a także podanie, jakie powikłania w konkretnym przypadku są prawdopodobne. Ich prawdopodobieństwo może być większe lub mniejsze, dlatego podanie sztywnych ram informowania jest niewykonalne. Prawdopodobieństwo tak znikome, że stawiające pod znakiem zapytania związek przyczynowy między zabiegiem a zaistniałą komplikacją, usprawiedliwia zaniechanie informowania. Jeżeli natomiast w konkretnej sprawie zostanie wykazane, że nieudzielona informacja o powikłaniu dostatecznie prawdopodobnym w stosunku do danego pacjenta miałaby wpływ na jego decyzję w sprawie leczenia, to udzieloną przezeń zgodę należy uznać za wadliwą. Trudno jednak wyrazić to w wartościach liczbowych.

Warto przy tym podkreślić, że natłok informacji nie jest tym samym co ich nadmiar. Jeżeli pacjentowi należy się informacja pełna, to nadmiar nie jest logicznie możliwy, chyba że wykracza poza wskazany w ustawie zakres. Mowa o tym dla-

¹⁵ Ograniczenie przez „dające się przewidzieć następstwa” (art. 9 ust. 2 u.pr.pacj. i art. 31 ust. 1 u.z.l.) ma przy tym charakter systemowy (bo niemożliwe nie może być przedmiotem obowiązku), przy uwzględnieniu ogólnego kryterium należytej staranności zawodowej lekarza (art. 4 u.z.l.) w jego zdolności przewidywania. Jest oczywiste, że ową przewidywalność warunkują aktualny stan wiedzy medycznej, dostępna lekarzowi informacja o stanie pacjenta oraz możliwości diagnostyczne i terapeutyczne.

¹⁶ Zob. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *op. cit.*, s. 171.

¹⁷ Zob. *Ibidem*, s. 138.

tego, że w wyrokowaniu sądów pojawiło się, podchwyczone następnie przez doktrynę prawa medycznego¹⁸, pojęcie informacji „nadmiernej”. Jednym z przykładów jest następujący wywód:

W sytuacji, w której zachodzi bezwzględna konieczność operacji, [...] lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi jedynie cel i rodzaj zabiegu oraz jego zwykle następstwa. [...] Lekarz nie powinien zapoznawać pacjenta z powikłaniami rzadko się zdarzającymi, bowiem groziłoby to **nadmierną informacją** o ryzykach wyjątkowych powiązanych ze skutkami dramatycznymi, ze szkodą dla informacji o skutkach bardziej banalnych, lecz znacznie częstszych. Mogłoby to prowadzić do braku należytej oceny ryzyka i nieuzasadnionej odmowy poddania się zabiegowi medycznemu¹⁹.

Jest to koncepcja, u podstaw której leży przeświadczenie, że w pewnych okolicznościach cała przekazana wiedza może pacjentowi zaszkodzić. Wolno więc, a nawet trzeba, ją okroić. Owa „nadmierna” informacja miałaby dotyczyć powikłań zdarzających się rzadko, zwłaszcza gdy pacjent ma do rozważenia poddanie się leczeniu ratującemu życie. Powiadomienie o ryzyku wyjątkowym, ale za to groźącym skutkami dramatycznymi, odbyłoby się jakoby ze szkodą dla informacji o skutkach bardziej banalnych, lecz znacznie częstszych. To z kolei mogłoby prowadzić do braku należytej oceny ryzyka i odmowy („nieuzasadnionej”) poddania się zabiegowi²⁰. Takie rozumowanie oparte jest jednak na nieporozumieniu: wymienienie powikłań nietypowych tylko wówczas zaciemni obraz całości, gdy odbędzie się na zasadzie zarzucenia pacjenta bezładem informacji różnej rangi, bez wyjaśnienia ich ciężaru gatunkowego. Nieorientowany pacjent sam nie będzie w stanie ich sensownie uszeregować, ale już oddziaływanie na jego sferę motywacyjną przez ograniczanie wiedzy jest niczym innym jak manipulacją.

Paternalistycznie nacechowane zapatrywanie, że „nazbyt” dokładna informacja mogłaby pacjentowi zaszkodzić (w ten sposób, iż wystraszony podupadłby na duchu

¹⁸ Zob. R. Tymiński, *Odpowiedzialność lekarza za udzielenie informacji nadmiernej*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 1.

¹⁹ *Wyrok Sądu Najwyższego z 9 listopada 2007 r.*, V CSK 220/07, LEX nr 494157. Zob. też podobne rozstrzygnięcia SN z 11 stycznia 1974 r., sygn. II CR 732/73; SN z 20 listopada 1979 r., IV CR 389/79, OSNC nr 4/1980 poz. 81; SN z 1 kwietnia 2004 r., sygn. II CK 134/03.

²⁰ Na marginesie warto zwrócić uwagę na warstwę stylistyczną niektórych wyroków sądowych: **bezpodstawna odmowa zgody na dokonanie zabiegu; lekarz nie może udzielać pacjentowi tego rodzaju informacji o możliwych powikłaniach operacyjnych, które mogłyby wpłynąć ujemnie na psychikę chorego, a tym samym zwiększyć ryzyko operacji; nieuzasadniona odmowa poddania się zabiegowi medycznemu, nadmierna informacja, powódka nie mogła nie poddać się operacji**. Żadne z przytoczonych wyrażen ani zwrotów nie rzutowało bezpośrednio na rozstrzygnięcie, ale sformułowania te zdradzają sposób myślenia i paternalistyczny stosunek do pacjenta, tym razem w wydaniu sądowym. Nie ma czegoś takiego jak „bezpodstawna” czy „nieuzasadniona” odmowa poddania się leczeniu, skoro pacjent dysponuje wolnością wyboru (zob. M. Boratyńska, *op. cit.* i orzecznictwo omówione na s. 103–108).

i odmówił poddania się leczeniu), jest jednak ugruntowane w naszym orzecznictwie²¹, powoduje spory w doktrynie²², a sama koncepcja jest kontaminowana z instytucją przywileju terapeutycznego²³.

Ograniczenia informacyjne w ramach przywileju terapeutycznego mogą być podyktowane tylko sytuacjami wyjątkowymi²⁴. Ze względu na brak czytelnych przykładów z orzecznictwa polskiego można podać przykłady bliskich w sposobie rozumowania konkluzji przyjętych przez sądownictwo niemieckie, gdzie zasadność skorzystania z przywileju terapeutycznego ograniczana jest właściwie tylko do realnej groźby popełnienia przez pacjenta samobójstwa²⁵. Uwarunkowana dobrem pacjenta wyjątkowość sytuacji, która miałaby przemawiać za ograniczeniami należącej na zasadach ogólnych pełnej informacji, sprowadza się do realnej groźby, iż wiedza okaże się nie do zniesienia do tego stopnia, iż psychika pacjenta jej nie wytrzyma i w rezultacie utraci on władze umysłowe bądź popadnie w desperację popychającą go do samobójstwa. Na uwagę zasługują zwłaszcza uzasadnienia takich wniosków:

²¹ Zob. *Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 17 października 2012 r.*, sygn. akt I ACa 420/12: „W judykaturze wskazuje się wręcz, że w stanach faktycznych związanych z czynnościami niezbędnymi dla ratowania życia chorego lekarz nie musi udzielać pacjentowi informacji o wszystkich możliwych powikłaniach, które mogłyby wpłynąć na psychikę chorego, a tym samym zwiększać ryzyko niepowodzenia leczenia”.

²² Od zdeklarowanych zwolenników mówienia całej prawdy (G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1998, s. 8; T. Dukiet-Nagórska, *Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6–7, s. 85 oraz *eadem*, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne...*, s. 38–39) po orędowników jej ograniczania ze względu na różnorakie kryteria (m.in. M. Nesterowicz, *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg leczniczy*, Poznań 1972, s. 27; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, Warszawa 1998, s. 24) bądź dążenia do równowagi między obowiązkiem informowania a niewyrządzenia szkód (M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 129–130).

²³ Zob. M. Nesterowicz w głosie do Wyroku SN z 26 kwietnia 2007 r., II CSK 2/07, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 3, s. 129. Zob. też *Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z 11 grudnia 2014 r.*, sygn. II C 841/13: „Przywilej terapeutyczny nie oznacza jednak, że lekarz może zaniechać informacji, której ujawnienie mogłoby skłonić pacjenta do odmowy leczenia, które zdaniem lekarza jest konieczne; a także, że – według opinii lekarza – pacjent nie jest zdolny do podjęcia racjonalnej decyzji. Pacjent ma bowiem prawo wyboru decydowania o sobie. Muszą zachodzić przypadki zupełnie wyjątkowe, gdy pełne ujawnienie informacji mogłoby wyrządzić pacjentowi poważną szkodę bądź spowodować odmowę poddania się operacji w sytuacji zagrożenia życia” (Portal Orzeczeń Sądów Powszechnych).

²⁴ Literalnie odczytywany przywilej terapeutyczny w polskim prawie medycznym może znaleźć zastosowanie w wyraźnie zaakcentowanych sytuacjach wyjątkowych, przy rokowaniu niepomyślnym i jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta: ustawa wymaga łącznego spełnienia wszystkich tych przesłanek. Wówczas lekarzowi wolno ograniczyć informację o stanie zdrowia i rokowaniu, z tym że ma obowiązek poinformowania osoby upoważnionej przez pacjenta (lub przedstawiciela ustawowego pacjenta niesamodzielnego prawnie), żądanie pacjenta zaś i tak musi mu żądanej informacji udzielić (art. 31 ust. 4 u.z.l.).

²⁵ Zob. B. Lewandowska, *Przywilej terapeutyczny – doświadczenia polskie i niemieckie*, „Prawo i Medycyna” 2018, nr 1, s. 74.

Jeżeli objaśnienie niesie ze sobą zagrożenie samouszkodzeniem pacjenta, wówczas leczący może (i musi) odstąpić wyjątkowo, z powodów terapeutycznych, od poinformowania pacjenta, względnie pouczenie to ograniczyć w jego zakresie. Jednakże samo przypuszczenie, że pacjent po uzyskaniu objaśnienia mógłby podjąć nierozsądną z punktu widzenia medycyny decyzję, nie usprawiedliwia ograniczenia pouczenia, nie wspominając o odstąpieniu od niego²⁶.

Pokazuje to, że dbałość o dobro pacjenta zostaje wyraźnie odgraniczona od pokusy paternalistycznych zaniechań informacyjnych. W innym wyroku wyjątkowość jest tłumaczona jako **poważny** negatywny wpływ informacji na stan zdrowia pacjenta:

Poinformowanie pacjenta może być zbędne, jeżeli takiemu poinformowaniu sprzeciwiają się powody terapeutyczne. Ponieważ jednak prawo pacjenta do samostanowienia ograniczone może zostać wyłącznie w wyjątkowych okolicznościach, przy zachowaniu ostrych przesłanek, również powody terapeutyczne muszą być bardzo poważne. Nakaz ostrożnego i delikatnego objaśniania pacjenta ma w pierwszym rzędzie zapewnić mu możliwie wyważoną podstawę do podjęcia własnej decyzji. Z tego objaśnienia można jednak w wyjątkowych sytuacjach zrezygnować, o ile samo to objaśnienie naraziłoby poważnie życie lub zdrowie pacjenta²⁷.

W obu rozstrzygnięciach podkreślany jest zasadniczy prymat prawa pacjenta do samostanowienia uwarunkowanego pełną informacją.

Pomijanie informacji o niektórych powikłaniach związanych z zabiegami ratującymi życie służy lekarzom do wywierania wpływu na decyzje pacjentów – aby nie dać powodów do sprzeciwienia się leczeniu. Intencje te są bardzo wyraźne, o czym świadczą zarówno uzasadnienia wyroków, jak i fragmenty zeznań składanych przez lekarzy²⁸. Przyznając w takich przypadkach rację lekarzom, sądownictwo prezentuje również postawę paternalistyczną i sankcjonuje manipulowanie pacjentami. Ograniczenia informacyjne nie powinny być stosowane w celu wywierania wpływu na proces decyzyjny w sprawie zgody na poddanie się leczeniu²⁹. W takich okolicznościach należy się informacja pełna, chyba że pacjent wyraźnie ją odrzuca. Niektórzy autorzy uważają, że lekarz czasem może i powinien pogorszyć pacjentowi nastrój, ażeby ten zdał sobie sprawę z powagi sytuacji i zmobilizował siły obronne³⁰. Obowiązki informacyjne wobec pacjenta spełniają konkretne funkcje, spośród których dwiema głównymi są zaspokojenie potrzeby wiedzy na temat własnego stanu zdro-

²⁶ BGH, 22.01.1980, IV ZR 263/78, VersR 1980, s. 429, cyt. za: B. Lewandowska, *Przywilej terapeutyczny...*, s. 74.

²⁷ BGH, 07.02.1984, IV ZR 174/82, VersR 1984, s. 465. BGHY 90, 103, 109 i nast., cyt. za: B. Lewandowska, *op. cit.*, s. 74.

²⁸ Zob. M. Boratyńska, *op. cit.*, s. 106–107.

²⁹ Podobnie D. Hajdukiewicz, *Przywilej terapeutyczny – relikwiny paternalizmu czy istotny element leczniczy?*, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 3–4, s. 59.

³⁰ Zob. M. Świdarska, *op. cit.*, s. 154–155; B. Lewandowska, *op. cit.*, s. 80.

wia oraz wyrobienie sobie opinii na temat leczenia. Nie należy do nich natomiast podtrzymywanie dobrego samopoczucia. Charakterystyczna dla tego zapatrywania jest opinia sędziego Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych Byrona White'a, wypowiedziana w sprawie *Thornburgh*:

W naturze świadomej zgody leży, że może ona wzbudzać niepokój pacjentki oraz umożliwić jej samodzielny wybór. Cecha ta jest racją jej istnienia i [...] jest to całkowicie dobra racja³¹.

W kontekście „informacyjnej przesady” warto natomiast zacytować stanowisko przedstawiciela brytyjskiego wymiaru sprawiedliwości lorda Templemana, orzekającego w sprawie *Sidaway v. Bethlem Royal Hospital* z 1985 roku:

Pacjent może podjąć niewłaściwą decyzję z braku odpowiednich informacji, z drugiej strony także może podjąć niewłaściwą decyzję, jeżeli otrzyma za dużo informacji i zostanie ostrzeżony o **ewentualnościach, których nie jest zdolny ocenić** [podkr. M.B.] z braku wiedzy medycznej, rodzaju choroby i jego osobowości³².

W piśmiennictwie niemieckim wskazuje się, że informacja nadmierna to taka, której pacjent nie jest w stanie przetworzyć³³, lub wywołująca fałszywe wrażenie niebezpieczeństwa związanego z daną terapią. Spotyka się także pogląd, iż jest to wiedza wzbudzająca obawę wywołania poważnych szkód albo też prowadząca do stanu faktycznego podlegającego odpowiedzialności karnej. Przywołana typologia stanowi jednak niepotrzebne mnożenie bytów ponad potrzebę. W istocie obejmuje dwa zjawiska: zniekształcenia lub natłok prowadzące do niezrozumienia przez pacjenta treści komunikatu oraz brutalne sposoby przekazywania informacji, pozbawione empatycznego taktu i oględności, jakich wolno wymagać od medyka, moralnie zobowiązanego przysięgą zawodową do niesienia ulgi w cierpieniu. Potwierdza to tylko przywołaną wcześniej tezę Teresy Dukiet-Nagórskiej, że główny punkt ciężkości leży w sposobie formułowania komunikatu, nie zaś w jego treści, albowiem cała prawda o stanie zdrowia i rokowaniu jest tym, co pacjentowi się należy. Nie ma zatem informacji „nadmiernej”, jest tylko niewłaściwie przekazana³⁴.

³¹ *Thornburgh v. American College of Obstetricians*, 106 S.Ct. („Supreme Court Reporter”) 2169, 2199–2200 (1986), cyt. za: T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *op. cit.*, s. 163.

³² Cyt. za: M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z 26 kwietnia 2007 r.*, II CSK 2/07, s. 131–132.

³³ Zob. E. Deutsch, A. Spickhoff, *Medizinrecht*, Berlin 2008, s. 205, cyt. za: R. Tyimiński, *Odpowiedzialność lekarza za udzielenie informacji nadmiernej*, *op. cit.*, s. 56. Przywołane w tym akapicie tezy zawarte w piśmiennictwie niemieckim podają za: R. Tyimiński, *op. cit.*

³⁴ W kontekście „nadmiernej” informacji przywoływany jest wyrok Sądu Wyższego Okręgowego w Kolonii z 1987 roku. Jest to kazus pacjenta, któremu lekarz powiedział wprost, że cierpi on na rosnący nowotwór mózgu oraz że nie jest pewne, czy nie jest to nowotwór złośliwy i czy nadaje się do operacji. Pacjent doznał szoku i wstrząsu psychicznego. Rozwinęła się u niego choroba serca,

W nowszej doktrynie polskiego prawa medycznego trafnie wyróżnia się inne rodzaje „informacji nadmiernej”:

- 1) informacja przez pacjenta niechciana lub niepotrzebna – w ten zakres wchodzi wpieranie wiedzy wbrew woli pacjenta³⁵, informacja moralizatorska³⁶ i tzw. informacja asekuracyjna, udzielana w ramach medycyny zwanej defensywną, gdy zlecane są zbędne badania diagnostyczne albo leczenie podejmowane jest bez wyraźnych wskazań³⁷;
- 2) informacja udzielona pacjentowi poniżej 16. roku życia w zakresie wykraczającym poza podyktowany potrzebą prawidłowego przebiegu diagnostyki i terapii³⁸.

Podawanie tego rodzaju informacji zostało uznane za naganne na równi z zaniechaniem informacji należnej³⁹. W obu rodzajach sytuacji chodzi – jak się wydaje – o oszczędzenie pacjentowi wyraźnie niepotrzebnej mu wiedzy. W pierwszym z nich jest to informacja niechciana, odrzucana albo pozostająca bez funkcjonalnego związku z leczeniem. W odniesieniu do dziecka natomiast „przeinformowanie” nie wydaje się tak jednoznaczne, jak twierdzi autor, zwłaszcza że ustawowe ograniczenie informacyjne jest wyraźnie nacechowane paternalistycznie i odejście od niego na korzyść informacji szerszej niż należna może znajdować uzasadnienie w okolicznościach konkretnego przypadku. Niektóre treści słusznie uznaje się za nieodpowiednie lub zbyt drastyczne dla dziecka w pewnym wieku. Informowanie dzieci, zwłaszcza poważnie chorych, stanowi jednak osobny problem bioetyczny, wymagający odpowiedniego namysłu. Uwzględnienia wymaga nie tylko czynnik wieku, ale także rodzaju schorzenia i rysujących się perspektyw na przyszłość⁴⁰.

częściowy paraliż i trudności w mówieniu. Sąd orzekł odpowiedzialność lekarza za szkodę: mimo że lekarz miał prawo powiadomić pacjenta o diagnozie, to ujawnienie tych faktów w sytuacji zagrożenia życia pacjenta zostało uznane za naruszające prawo (za: M. Nesterowicz, *op. cit.*, s. 131). Brak wskazówek bibliograficznych dla niemieckiego orzeczenia utrudnia zapoznanie się z oryginalnym uzasadnieniem, ale M. Świdarska uzupełniła, iż sąd uznał, że do wyrządzenia szkody doprowadził **sposób** ujawnienia tej informacji (M. Świdarska, *op. cit.*, s. 129 i przyp. 232).

³⁵ Pacjentowi wolno jest wyraźnie zażądać, by informacja nie była mu udzielana, co uchyla obowiązek lekarski (art. 31 ust. 3 u.z.l.), a informowanie w tych warunkach narusza prawo pacjenta do jej odrzucenia (art. 9 ust. 4 u.pr.pacj.)

³⁶ Chodzi o zalecenia w sprawie sposobu prowadzenia się, negatywne komentarze wobec zamiaru przerwania ciąży lub inne typu „w pani wieku obowiązkiem jest rodzić” (zob. M. Boratyńska, *op. cit.*, s. 420–423, 561–563; D. Hajdukiewicz, *Obowiązek udzielenia informacji a „informacja nielegitymowana” i „informacja nadmierna”*, „Państwo i Prawo” 2014, nr 12, s. 87.

³⁷ Zob. D. Hajdukiewicz, *op. cit.*, s. 87. Zob. też A. Zagaja, J. Pawlikowski, *Problem nadrozpoznawalności w kontekście dostępu do nowych technologii medycznych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2016, nr 1.

³⁸ Zob. D. Hajdukiewicz, *op. cit.*, s. 86.

³⁹ Zob. *Ibidem*, s. 86–87.

⁴⁰ Zob. A. Michałek-Janiczek, *Autonomia małoletniego w zakresie leczenia*, „Państwo i Prawo” 2009, nr 10, s. 57–69 i tam przywołane piśmiennictwo polskie oraz obce.

W szczególności dziecko, które cierpi na chorobę chroniczną lub śmiertelną, może mieć za sobą doświadczenia czyniące je dojrzałym ponad swój wiek metrykalny⁴¹.

Kluczowe znaczenie, powtórzmy, ma nie ilość informacji, lecz ich uporządkowanie, którego sam pacjent nie jest w stanie dokonać bez przewodnictwa lekarza. Przywołana wcześniej zdolność przetworzenia uzyskanej wiedzy stanowi pochodną jej posegregowania, które pozwoli pacjentowi na odsianie informacji jemu osobiście nieprzydatnych. Odsiew ów jest nieunikniony z punktu widzenia zasobu informacyjnego nastawionego wyjściowo na pewną „średnią kliniczną”, bez czego z kolei nie dałoby się zaprojektować żadnej informacji skierowanej do pacjentów (dlatego model informacyjny racjonalnego pacjenta zachowuje swą wyjściową użyteczność).

Osobny problem stanowi nieuniknione selekcjonowanie przez lekarza przekazywanych danych, bez którego niemożliwe jest osiągnięcie koniecznej dla zrozumienia zwięzłości. Bywa, że trudno jest wówczas wykryć, czy wypowiedzianym słowom nie zostało nadane (tak po stronie lekarza, jak i pacjenta) jakieś specjalne znaczenie, wyniesione z wcześniejszych doświadczeń i skojarzeń, wywierające wpływ na proces przetwarzania informacji⁴². Pozajęzykowymi czynnikami, które mogą rzutować na ten poziom komunikacji z pacjentem, są m.in.: ryzyko planowanego zabiegu, siła wskazań, przeciwwskazania⁴³, radykalność i inwazyjność interwencji w organizm, czas powrotu do zdrowia, rokowania co do wyleczenia, uprzednie doświadczenia pacjenta z daną chorobą lub innymi schorzeniami⁴⁴ oraz prognozowana jakość życia po przebytej chorobie.

Znane są wyniki badań, w których stwierdzono związek między informacją o ryzyku określonej terapii a zaburzeniami w przetwarzaniu informacji na temat leczenia jako całości: wiadomość o ryzyku prowadziła do wypaczania przez pacjentów informacji, popełniania błędów w rozumowaniu i nadmiernego strachu przed niepowodzeniem leczenia⁴⁵. Prawdopodobieństwo stanowi opisowy element ryzyka, natomiast skutki oceniane jako szkodliwe wprowadzają czynnik wartościujący. Zidentyfikowanie ryzyka polega na wykryciu niebezpieczeństwa. Pacjentowi należy wyjaśnić nie tylko, na czym grożąca szkoda polega w sensie biologicznym, lecz także jaki może wyrzucić wpływ na jego interesy życiowe. **Obliczenie** ryzyka – to

⁴¹ Zob. A. Michałek-Janiczek (*Ibidem*, s. 60) słusznie wymienia takie czynniki, jak: rzeczywista zdolność do zrozumienia przekazywanych treści, zdolność do dokonywania niezależnych wyborów oraz zdolność do oceny potencjalnych korzyści, ryzyka i szkód.

⁴² Zob. T.L. Beauchamp i J.F. Childress, *op. cit.*, s. 171.

⁴³ Wskazania do leczenia dzielą się ogólnie na bezwzględne (silne, bezalternatywne) oraz względne (niekonieczne, słabe). Zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Autonomia pacjenta a wskazania medyczne*, „Studia Iuridica” 2008, nr 49, s. 10–18.

⁴⁴ Chodzi o pacjenta tzw. schorowanego.

⁴⁵ Jako pierwsi doszli do tego A. Tversky i D. Kahneman w pracach: *Choices, Values and Frames*, „American Psychologist” 1984, vol. 39, s. 341–350; *Judgment under Certainty: Heuristics and Biases*, „Science” 1974, vol. 185, s. 1124–1131; *The Framing of Decisions and the Psychology of Choice*, „Science” 1981, vol. 211, s. 453–458. Cyt. za: T.L. Beauchamp i J.F. Childress, *op. cit.*, s. 172.

określenie prawdopodobieństwa i rozmiaru szkodliwości danego skutku. Natomiast **ocena** ryzyka wiąże się z akceptacją owych wyników w porównaniu ze skutkami pożądanymi⁴⁶. Gdy jednak chodzi o informowanie co do prawdopodobieństwa, wiele osób nie potrafi w gruncie rzeczy intuicyjnie rozumować w tych kategoriach. Rozumiejąc na poziomie werbalnym podawane przez lekarza liczby, pacjent może nadal nie pojmować wielkości ryzyka. Powinien jednak zdawać sobie z niego sprawę, by podjąć stosowną do niego decyzję.

Wyniki innych badań wskazują na związek między informacją o ryzyku określonej terapii a wypaczaniem przez pacjentów informacji, błędami w rozumowaniu i przesadnym strachem przed niepowodzeniem w leczeniu⁴⁷. Okazało się jednak, że nie chodzi o treść, lecz o sposób przekazywania informacji, który na poziomie leksykalnym może być obarczony taką wieloznacznością, że prowadzi do błędnej interpretacji sensu. Respondenci poproszeni o dokonanie hipotetycznego wyboru między radioterapią raka płuc a leczeniem operacyjnym udzielali różnych odpowiedzi w zależności od tego, czy te same dane były im podawane jako szanse przeżycia, czy jako ryzyko śmierci⁴⁸. Najwyraźniej więc ich rozumienie informacji uległo ograniczeniu z powodu techniki przekazu (użytych przez lekarza określeń), która wywołała błąd w odbiorze. Dowodzi to, iż wskutek błędnego odczytania komunikatu niemożliwe okazało się właściwe zrozumienie ryzyka śmierci. Skoro ta źle zrozumiana informacja o ryzyku wywierała wpływ na decyzje pacjenta, to udzielona w tych warunkach zgoda na leczenie musi zostać uznana za wadliwą⁴⁹. Oznacza to, że należy doskonalić sposoby przekazywania, a nie pozbawiać pacjentów informacji na temat ryzyka, tj. dopracować techniki przekazu wiadomości o pozytywnych i negatywnych konsekwencjach terapii tak, ażeby zachowana była między nimi symetria, pozwalająca bez zniekształceń poznawczych porównać alternatywne sposoby leczenia⁵⁰. Przywołane opracowania pokazują, od jak dawna i jak wysoka ranga jest nadawana w obszarze anglosaskim tego rodzaju badaniom.

⁴⁶ Zob. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *op. cit.*, s. 310.

⁴⁷ Zob. A. Tversky i D. Kahnemann, *Choices, Values and Frames*, „American Psychologist” 1984, nr 39, s. 341–350; *Judgment under Certainty: Heuristics and Biases*, „Science” 1974, nr 185, s. 1124–1131; *The Framing of Decisions and the Psychology of Choice*, „Science” 1981, nr 211, s. 453–458. Cyt. za: T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *op. cit.*, s. 172.

⁴⁸ Zob. S.E. Eraker i H.C. Sox, *Assessment of Patients' Preferences for Therapeutic Outcome*, „Medical Decision Making” 1981, nr 1, s. 29–39; B. McNeil i in., *On the Elicitation of Preferences for Alternative Therapies*, „New England Journal of Medicine”, 1982, nr 306, s. 1259–1262. Cyt. za: T.L. Beauchamp i J.F. Childress, *op. cit.*, s. 172.

⁴⁹ Zob. T.L. Beauchamp i J.F. Childress, *op. cit.*, s. 172.

⁵⁰ Zob. J.F. Merz i B. Fischhoff, *Informed Consent Does Not Mean Rational Consent*, „The Journal of Legal Medicine” 1990, nr 11, s. 321–350; B. Fischhoff, P. Slovic, S. Lichtenstein, *Knowing What You Want: Measuring Liable Values*, [w:] T. Wallsten (red.), *Cognitive Processes In Choice and Decision Behavior*, Hillsdale 1980, s. 117–141. Cyt. za: T.L. Beauchamp i J.F. Childress, *op. cit.*, s. 172.

Koncepcja „nadmiernej” informacji stanowi zatem w gruncie rzeczy figurę sztuczną i przekonypowaną. Wyjąwszy trafnie podane przykłady wiedzy niechcianej, niepotrzebnej czy niestosownej w odniesieniu do dziecka, ów rzekomy nadmiar nie dotyczy treści, lecz formy przekazu, która powoduje, że informacja jest niedostosowana do stanu mentalnego pacjenta, a brak uporządkowania danych utrudnia zrozumienie. Należy brać to pod uwagę przy projektowaniu informacji pisemnej dla pacjentów, w której prostą enumerację warto zastąpić spójnym wywodem i podawać treści w porządku od najprostszych i najłatwiejszych do zrozumienia po bardziej złożone i od ogółu do szczegółu. Wiadomości te powinny ułożyć się we w miarę przejrzysty obraz choroby i rysujących się możliwości działania, ich skutków ubocznych, rokowań na przyszłość oraz możliwych alternatyw.

Według Toma Beauchampa i Jamesa Childressa fakty dzielą się na drobne i oczywiste oraz istotne i decydujące. Ich rozumienie przez pacjenta nie musi być zupełne. Wystarczy, jeśli pojmie te najważniejsze. W niektórych jednak wypadkach pominięcie najmniejszego nawet ryzyka, trudności czy faktu uniemożliwia właściwe rozeznanie sytuacji. Jako przykład autorzy podają sprawę pacjenta o nazwisku Bang (*Bang v. Miller Hospital*)⁵¹, który udzielił zgody na operację prostaty. Nie poinformowano go jednak, że zabieg pociągnie za sobą sterylizację. Zgoda Banga nie zawierała więc tym samym zgody na sterylizację⁵². Pominięcie owej jednej kwestii spowodowało, że pacjent nie rozumiał właściwie swojej sytuacji, a jego zgoda została uznana za wadliwą⁵³. Nie ma moralnego uzasadnienia, by w takich sprawach zamiast pacjenta decydował ktoś inny. Jest to równie ważne w odniesieniu do zdarzeń częstych, jak rzadkich. Fakt, iż dane powikłanie występuje sporadycznie, nie usprawiedliwia pominięcia go w informacji przekazywanej pacjentowi, o ile może mieć wpływ na jego decyzję i to szczególnie wtedy, gdy skutek zalicza się do dramatycznych. Należy jednak właściwie umiejscowić go w hierarchii prawdopodobieństwa, uwarunkowanej przez konkretne czynniki ryzyka (np. przez towarzyszące choroby – cukrzycę i in.).

Przepisy prawa nie formułują żadnych kryteriów, które dawałyby stronie medycznej podstawę do ograniczenia należnej pacjentowi informacji⁵⁴. W literalnie pełnym

⁵¹ *Bang v. Charles T. Miller Hospital*, 251 Minn. 427, 88 N.W. 2d 186 (1958).

⁵² Sterylizacja nie jest koniecznym następstwem wszystkich operacji prostaty, ale metoda zastosowana u Banga pociągała za sobą ten skutek.

⁵³ Zob. T.L. Beauchamp i J.F. Childress, *op. cit.*, s. 170.

⁵⁴ Co do zasady pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ust. 1 u.pr. pacj.), w szczególności do uzyskania przystępnej informacji o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (ust. 2). W relacji z konkretną osobą wykonującą zawód medyczny granicę mogą stanowić tylko „posiadane przez nią uprawnienia”, co dotyczy pielęgniarek i położnych (art. 13 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej), lekarzy stażystów i w trakcie specjalizacji, natomiast nie odnosi się do lekarzy samodzielnych zawodowo. Drugim ograniczeniem, podyktowanym względami funkcjonalnymi, jest „zakres udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych” (szerzej zob. D. Hajdukiewicz, *op. cit.*, s. 80–81).

informowaniu może jednak pojawiać się czysto praktyczna przeszkoda polegająca na konieczności podania niezliczonych szczegółów leczenia. Stąd zapewne zrodziło się przekonanie polskiego sądownictwa, że obowiązkiem informacyjnym nie są objęte komplikacje, wprawdzie możliwe do przewidzenia, ale występujące niezwykle rzadko⁵⁵. Ze zdroworozsądkowego punktu widzenia należałoby się z tym *prima facie* zgodzić, skoro od lekarza oczekuje się nie tylko wyczerpującego informowania, lecz także krytycznego rozbioru wszystkich danych, ażeby pacjent został uświadomiony, czego spodziewać się prawie na pewno, a co wprawdzie może się zdarzyć, ale występuje rzadko. Dlatego do orzekania przez powszechne sądy cywilne wprowadzony został podział na następstwa (lub powikłania) zwykłe, typowe oraz na nietypowe i rzadko spotykane. Prawdopodobieństwo zdarzenia jest jednak stopniowalne i wobec tego trzeba by (arbitralnie) przyjąć jakieś przedziały procentowe. Ponadto da się wyróżnić grupę skutków, by tak rzec, wysoce dramatycznych: paraliż, ślepotą, głuchota (niektóre antybiotyki uszkadzają słuch), utrata głosu, bezpłodność, trwałe uszkodzenie mózgu czy śmierć. Jeżeli takie powikłanie dotknie pacjenta nieuprzedzonego, to szok, którego doświadczy, o ile przeżyje leczenie, będzie znacznie większy niż w sytuacji, gdyby wiedział o tej możliwości zawczasu. Statystyczne prawdopodobieństwo nie ma tu nic do rzeczy.

Dostosowanie zakresu informacji do indywidualnych potrzeb pacjenta, obowiązek przedstawiania rozwiązań alternatywnych, uprzedzanie o możliwych typowych i nietypowych powikłaniach oraz skutkach ubocznych danej procedury medycznej stawiają przed lekarzem zadania odbierane przez nich jako praktycznie niewykonalne. W odniesieniu do procedur skomplikowanych lub wielowariantowych formularze zgody czy nawet drobiazgowo opracowane broszury informacyjne nie zawsze okazują się wystarczające. Przybywa dowodów, że tradycyjne formularze zgody ani nie zwiększają świadomości pacjentów, ani nie poprawiają jakości opieki medycznej. Przeprowadzona w USA analiza 540 formularzy świadomej zgody pochodzących ze 157 wybranych losowo szpitali, opublikowana w 2000 roku przez zespół ekspertów do spraw zdrowia publicznego (kierowany przez Melissę M. Bottrell z Uniwersytetu Nowojorskiego), ujawniła zupełny chaos. Jedne formularze były zbyt krótkie i niejasne, inne za długie i zbyt zagmatwane. Wiele z nich napisano typowym językiem prawniczym, który zacierał decyzyjny charakter zgody pacjenta. Jedyne co czwarty formularz wykraczał poza prosty opis procedur i informował o ryzyku, korzyściach oraz rozwiązaniach alternatywnych. Harlan M. Krumholz z Uniwersytetu Yale, zajmujący się mechanizmami błędnego działania systemu, stwierdził:

⁵⁵ Zob. M. Boratyńska, *op. cit.*, s. 102–118 i tam przywołane wyroki.

[...] proces informowania pacjentów zbyt często stawał się narzędziem zarządzania ryzykiem i ochrony własnych interesów przed oskarżeniami o błędy w sztuce, zamiast służyć podejmowaniu korzystnych decyzji. To ogromny wstyd⁵⁶.

Z badań tych wynika, że prawniczy język formularza irytuje pacjenta i wzbudza podejrzliwość wobec lekarzy i szpitala, a to z kolei zwiększa prawdopodobieństwo późniejszego pozwu. Długa lista możliwych powikłań czy działań niepożądanych wcale nie pomaga w zrozumieniu, że nawet idealnie przeprowadzony zabieg jest połączony z ryzykiem. Rozwlekłe opisy zamiast rozwiewać wątpliwości pacjentów, jeszcze je podsycają. Kluczem do zrozumienia przez pacjenta ryzyka zabiegu, jego wad i zalet jest dobrze przeprowadzona merytoryczna rozmowa. Nie ma znaczenia, czy będzie ona zainspirowana interaktywnym programem komputerowym, czy ulotką. Znacząco przy tym ulepsza proces wyrażania uświadomionej zgody wszystko, co zmusza pacjenta do powtórzenia własnymi słowami tego, czego się dowiedział od lekarza⁵⁷.

Najważniejszy wniosek z powyższych rozważań jest taki, że uzyskiwanie zgody pacjenta powinno być świadomym procesem, który wykracza poza suche informacje o podstawowych prawach, a najlepiej, jeśli odbywa się w bezpośredniej i szczerzej rozmowie z lekarzem – tej nic nie zastąpi. Niemniej dobrze sporządzona informacja dla pacjenta niebawem usprawnia przekaz informacji, dzięki czemu sama rozmowa może dotyczyć już tylko spraw dla pacjenta najistotniejszych. Pacjenci bywają zdezorientowani natłokiem wiadomości, lekarze zaś deklarują, że opierając się na formularzu, wykorzystują w rozmowie z pacjentem porównania do ulotek lekowych⁵⁸. Jeżeli ów czynnik ludzki zostanie w dostateczny sposób uwzględniony, dokumenty te mogą spełnić zadanie analogiczne do stosowanych za granicą bardziej nowoczesnych programów interaktywnych⁵⁹. Jeżeli nie, to pacjent zostawiony sam na sam z formularzem na pewno nie zdobędzie właściwego rozeznania.

Przystępność przekazu

Język medycyny jest trudny, co przyzna bez oporów każdy, kto nie ma wykształcenia medycznego. W opublikowanych niedawno wynikach badań nad czytelnością formularzy informacyjnych dla uczestników badań klinicznych⁶⁰ podkreśla się, że język komunikacji z pacjentem powinien być prosty. Prawie wszystkie wywiady

⁵⁶ D. Franklin, *Pacjent prawie poinformowany*, „Świat Nauki” (Scientific American) 2011, nr 4, s. 25 i tam przywołane wyniki badań.

⁵⁷ Na podstawie: D. Franklin, *op. cit.*, s. 24–25.

⁵⁸ Zob. A. Czerwiński, *Możesz umrzeć. Zgadzasz się?*, „Gazeta Wyborcza”, 4 XI 2011 r., s. 3.

⁵⁹ Zob. D. Franklin, *op. cit.*, s. 25.

⁶⁰ Zob. A. Błoswick, A. Skowron, *Informacja dla uczestnika badań klinicznych w opinii członków komisji bioetycznych w Polsce*, „Prawo i Medycyna” 2018, nr 1.

mówią o konieczności zrozumienia przez pacjenta komunikatu i o tym, że w obecnej formie – zdaniem ankietowanych (członków komisji bioetycznych, a co dopiero mówić o pacjentach) – są to dokumenty nieprzystępne w odbiorze. Najczęściej podawanymi przyczynami zwracania formularzy do poprawy są: zbyt trudny język, nadmiar terminologii medycznej oraz błędy w tłumaczeniu z języka angielskiego. Akcentowana jest w tych opiniach potrzeba upewnienia się, że wszystkie trudne sformułowania językowe zostały zastąpione prostszymi lub wyjaśnione odpowiednio w tekście⁶¹.

W celu zwiększenia czytelności formularzy postuluje się zidentyfikowanie tych jego elementów, które dla pacjenta mają najważniejsze znaczenie, tj. mogą mieć wpływ na podjęcie decyzji o uczestnictwie w danej procedurze medycznej ze względu na kwestie bezpieczeństwa, ryzyko bądź niedogodności. Te fragmenty dokumentu powinny zostać wyodrębnione graficznie, aby zwrócić na nie uwagę potencjalnego uczestnika badania i ułatwić ich zrozumienie⁶². Spośród ankietowanych członków komisji bioetycznych znaczna większość zauważyła, że z biegiem czasu formularze ulegają zmianom. Opisy czynności stają się bardziej szczegółowe, a same dokumenty coraz częściej są pisane przez prawników. Z kolei standardowe elementy dotyczące ryzyka są dodawane po uwzględnieniu uwag komisji lub urzędów z innych krajów. W rezultacie treść dokumentów wyraźnie się wydłużyła⁶³. Badani są zgodni, iż dokumenty te należy skrócić, np. przez wprowadzenie limitu do 10 stron czystej informacji. W tym celu sugeruje się ustalenie maksymalnej dopuszczalnej liczby stron lub znaków (żeby zapobiec nadużyciom przez zmniejszanie czcionki).

Badacze komunikacji postulują, by wprowadzić testowanie czytelności dokumentów za pomocą narzędzi językoznawczych. Do oceny przystępności formularza można użyć programów komputerowych do sprawdzenia tekstu. Dla języka polskiego jest to Jasnopis: narzędzie on-line stworzone przez zespół pod kierownictwem językoznawcy prof. Włodzimierza Gruszczyńskiego i przy udziale specjalistów z lingwistyki, psycholingwistyki oraz informatyki⁶⁴. Wyniki badania danego tekstu Jasnopisem podawane są w skali od 1 do 7 (od najłatwiejszego do bardzo trudnego). Narzędzie zaznacza te elementy tekstu, które są wyraźnie trudniejsze od reszty, a także zdania, które należałoby skrócić w celu poprawy czytelności⁶⁵.

W referowanym badaniu formularzy zwrócono także uwagę na stosowanie urozmaiceń graficznych w celu przekazania informacji w bardziej obrazowy sposób. Okazało się jednak, że takie techniki nie są zbyt popularne: rzadko używa się tabel, grafów czy kolorowej czcionki. Sponsorzy badań posługują się pomocami wizual-

⁶¹ Zob. *Ibidem*, s. 140.

⁶² Zob. *Ibidem*, s. 131.

⁶³ Zob. *Ibidem*, s. 137.

⁶⁴ Zob. *Jasnopis, czyli mierzenie zrozumiałości polskich tekstów użytkowych*, red. W. Gruszczyński, M. Ogrodniczuk, Warszawa 2015.

⁶⁵ Zob. A. Bloswick, A. Skowron, *op. cit.*, s. 140–141.

nymi jedynie w 18% badanych przypadków. Postawiona została hipoteza, że może to być podyktowane obawą przed posądzeniem o próbę reklamy bądź o nakłanianie pacjentów do udziału w badaniu (chodzić ma o to, by formularz nie przypominał ulotki reklamowej). Okazuje się jednak, że ankietowani w pełni natomiast akceptują schematy i wytłuszczenia w tekście⁶⁶. Z jednej strony specyfika analizowanych dokumentów wymaga nadania im takiego kształtu, aby odsuwać od sponsorów badań podejrzenia o nierzetelność. Z drugiej strony dobre poinformowanie pacjenta stanowi cel, który należy stawiać ponad wszystkimi innymi i wykorzystywać do jego osiągnięcia wszystkie racjonalne sposoby, których skuteczność jest potwierdzona.

Innym, jak się wydaje, niedocenianym sposobem popularyzacji wiedzy medycznej na użytek pacjentów jest odwoływanie się do porównań z czynnościami życia codziennego. Dla pacjentów na ogół wszystkie kwestie związane z chorobą i leczeniem stanowią nowość, a ich ignorancja w sprawach medycznych poważnie utrudnia komunikację. Dlatego T. Beauchamp i J. Childress, bioetycy o międzynarodowej renomie, proponują metodę analogii do sytuacji znanych pacjentom z doświadczenia: prowadzenia samochodu, używania niebezpiecznych narzędzi⁶⁷, przemeblowania pokoju przez dziurkę od klucza. Postulują to z pełnym przekonaniem, wyzbyci najwyraźniej obaw przed zarzutem niepoważnego stosunku do problemu. W naszym kręgu kulturowym talent popularyzatorski bywa niesłusznie deprecjonowany przez insynuowanie popularyzatorowi niższego poziomu fachowości. Odnosi się to w równym stopniu do lekarzy, jak i np. do prawników (jakby o profesjonalizmie wywodu miała decydować jego niezrozumiałość dla laika). Tymczasem jest odwrotnie: proste wyjaśnianie kwestii skomplikowanych jest wielką umiejętnością (o czym doskonale wiedzą wszyscy uczniowie), która wymaga wysokiego stopnia internalizacji i przetworzenia posiadanej wiedzy. Innymi słowy, w opisywanej sferze stosunków wysoce pożądany jest talent pedagogiczny. U wielu lekarzy jednak daje się zaobserwować w obejściu z pacjentami cechę przeciwną: wystudiowaną powagę i namaszczenie, jakby w trosce o zachowanie należytego autorytetu, podkreślane posługiwaniem się fachową terminologią z odpowiednią domieszką łaciny. Nie stanowi to o erudycji (której ten krąg odbiorców i tak nie doceni), lecz wytwarza sztuczny dystans, poważnie utrudniający przyswajalność odbieranego przez pacjenta przekazu.

Ponadto, jak zauważają T. Beauchamp i J. Childress: „zrozumienie często osiąga się nie przez ujawnienie faktów, lecz przez zadawanie pytań, okazywanie troski o interesy pacjenta, tworzenie atmosfery wzajemnego zaufania”⁶⁸. Temu sposobowi komunikacji sprzyja skracanie dystansu, czego w żadnym razie nie należy wiązać z uszczerbkiem dla autorytetu lekarza czy ze „znizaniem się” do poziomu pacjenta. Autorytet lekarski wynika w naturalny sposób z przewagi posiadanej wiedzy na temat

⁶⁶ Zob. *Ibidem*, s. 141.

⁶⁷ Zob. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *op. cit.*, s. 171.

⁶⁸ *Ibidem*, s. 169.

ludzkiego organizmu i wynikającej z tego niemal nieograniczonej władzy faktycznej. W grę wchodzi jednak także społeczne i ekonomiczne czynniki uszczuplające ów autorytet: trudności organizacyjne polskiej opieki zdrowotnej, wysokość wynagrodzeń lekarzy, ich wieczny pośpiech wynikający ze zbyt wielu obowiązków (w tym biurokratycznych) oraz pogłębiająca się frustracja pacjentów spowodowana ograniczeniami w dostępie do opieki medycznej. W rezultacie ani lekarze, ani pacjenci nie mają powodów do zadowolenia, a to rzutuje też na stosunek jednych do drugich. Czynniki tych nie uwzględniają żadne bioetyczne modele informowania pacjentów, ale nie są to przecież okoliczności zwalniające z człowieczeństwa.

W każdym razie to lekarz ma obowiązek podjęcia takiej aktywności, która umożliwi pacjentowi zrozumienie przekazywanej mu informacji. Jednocześnie trudno mu pewnie będzie wyrzec się terminologii fachowej, którą operuje na co dzień. Im więcej jednak specjalistycznego słownictwa występuje w komunikacie skierowanym do pacjenta, tym mniejszy stopień zrozumienia przekazu⁶⁹. W badaniach nad zrozumieniem informacji medycznych przez pacjentów od dawna postuluje się, aby: zredukować do minimum terminologię, podawać informacje w sposób zwięzły oraz żeby przekazywane wiadomości układały się w sensowną całość⁷⁰.

Zakończenie

Wymagania, jakie bioetyka, prawo i językoznawstwo formułują wobec informacji medycznej skierowanej do pacjenta, w dużym stopniu dotyczą formy przekazu. Informacja ustna ma w sobie przewagę żywego dialogu, ale stawia podwyższone wymagania osobie ją przekazującej. Powinien to być ktoś z usposobienia otwarty, z łatwością nawiązujący kontakty, empatyczny i komunikatywny, a ponadto obdarzony talentem pedagogicznym⁷¹. Posługiwanie się obrazowymi porównaniami do czynności z życia codziennego na pewno nie będzie razić, a wręcz zwiększy szanse na uzyskanie przez pacjentów zrozumienia przekazywanych treści. Trzeba jednak uważać na wypowiedzane słowa, by nie wywołać mylnego przekonania co do ryzyka i skutków ubocznych leczenia.

⁶⁹ Wystarczy podać krótki przykład zalecenia skierowanego do pacjentki na oddziale położniczym: „Proszę dokładnie notować objętość przyswajanych i wydalanych płynów, ponieważ pan ordynator kładzie duży nacisk na prawidłową diurezę”. Pytanie, ile pacjentek rozumie słowo „diureza” (a chodzi po prostu o oddawanie moczu i tak można było to pacjentce powiedzieć).

⁷⁰ Zob. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *op. cit.*, s. 171.

⁷¹ W Niemczech praktykowane jest delegowanie do informacyjnych kontaktów z pacjentem lekarzy obdarzonym osobistymi „zaletami komunikacyjnymi”. Ten aspekt właściwego podejścia do pacjenta (w tym przypadku – do rodziców umierającego dziecka) został uwzględniony w najnowszych standardach opieki medycznej nad noworodkiem w rozdziale „Opieka paliatywna” (*Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego*, red. M.K. Borszewska-Kornacka, wyd. II, Warszawa 2017, s. 29–30).

Informacja pisemna, siłą rzeczy lepiej zaplanowana i bardziej przemyślana, wymaga wszechstronnego przygotowania przez zespół interdyscyplinarny, w skład którego oprócz obdarzonych przymiotami pedagogicznymi lekarzy powinni wchodzić konsultanci prawni i etyczni oraz psychologowie medyczni. Gotowe teksty warto następnie przetestować narzędziami lingwistycznymi w celu określenia stopnia ich trudności poznawczej.

W mowie potocznej, którą posługują się między sobą pacjenci, niejednokrotnie przewijają się odniesienia do języka specjalistycznego lekarzy czy prawników: znamienne z punktu widzenia psycholingwistyki są zwłaszcza wyrażenia *żargon medyczny* oraz *prawniczy belkot*. Pierwsze z nich znalazło się nawet w oficjalnych wytycznych lekarskich: „unikac̄ żargonu medycznego i zasypywania rodziców nadmierną ilością szczegółów medycznych (np. dawki leków) i technicznych”⁷². Co do stylu prawniczego to przywołane wcześniej źródła badawcze podkreślają, że język i styl prawniczy stanowią w stosunkach z pacjentem przeszkodę komunikacyjną, a przez samych pacjentów są źle odbierane.

Dobrze zaprojektowana broszura medyczna dla pacjentów wzbudza zaufanie, daje poczucie adekwatnego poinformowania i może postawić stronę lekarską w korzystniejszej sytuacji dowodowej na wypadek późniejszych sporów, choć wątpliwości i w takim przypadku przemawiają na korzyść pacjenta jako strony słabszej i gorzej zorientowanej. Objętość tekstu nie musi być limitowana, chyba że jest to formularz badania klinicznego. Ma on jednak na tle innych przekazów adresowanych do pacjenta swoją specyfikę. Z jednej strony badanie kliniczne to rodzaj eksperymentu ze wszystkimi tego konsekwencjami: leczenie konkretnego pacjenta nie znajduje się tam na pierwszym miejscu i to przede wszystkim powinno mu być uświadomione⁷³. Z drugiej strony pozytywna kwalifikacja dokonywana jest na ogół w grupie pacjentów już leczących się i poinformowanych przez innych lekarzy o rozpoznaniu oraz perspektywach leczenia. Dlatego informacja o samym badaniu i jego celu może i powinna być bardziej zwięzła, a przy tym uzasadniona jest jej standaryzacja ze względu na przyjęte kryteria kwalifikacyjne. Ograniczenie to nie dotyczy informacji dla celów leczniczych – w tym wypadku zasób przekazywanych danych jest podyktowany potrzebami zdrowotnymi i życiowymi konkretnej osoby. Zwięzłość logiczna jest tu rzecz jasna pożądana, ale bez apriorycznego pomijania jakichkolwiek zagadnień, ponieważ nie zachodzi faktyczne domniemanie ich uprzedniej znajomości.

Żaden formularz ani sporządzona w inny sposób gotowa i uniwersalna baza danych nie stanowi rozwiązania idealnego, ponieważ jest tylko informacyjnym punktem wyjścia do interaktywnego dialogu. Celem udzielanej informacji jest ustalenie

⁷² *Ibidem*, s. 29.

⁷³ Zob. J. Różyńska, *Eksperyment leczniczy – dwa w jednym?*, „Prawo i Medycyna” 2016, nr 4, s. 17–18.

wspólnie z pacjentem jego najlepszego interesu. Aby to osiągnąć, należy dostosować do potrzeb danego pacjenta treść oraz formę przekazu informacyjnego.

Bibliografia

- Beauchamp T.L., Childress J.F., *Zasady etyki medycznej*, wyd. IV, tłum. W. Jacórzyski, Warszawa 1996.
- Błowski A., Skowron A., *Informacja dla uczestnika badań klinicznych w opinii członków komisji bioetycznych w Polsce*, „Prawo i Medycyna” 2018, nr 1, s. 130–143.
- Boratyńska M., *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Autonomia pacjenta a wskazania medyczne*, „Studia Iuridica” 2008, nr 49, s. 9–42.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001.
- Bréhant J., *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, tłum. U. Sudolska, Warszawa 1993.
- Dukiet-Nagórska T., *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2009.
- Franklin D., *Pacjent prawie poinformowany*, „Świat Nauki” (Scientific American) 2011, nr 4, s. 24–25.
- Hajdukiewicz D., *Obowiązek udzielenia informacji a „informacja nielegitymowana” i „informacja nadmierna”*, „Państwo i Prawo” 2014, nr 12, s. 79–88.
- Hajdukiewicz D., *Przywilej terapeutyczny – relikw paternalizmu czy istotny element leczniczy?*, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 3–4, s. 57–67.
- Lewandowska B., *Przywilej terapeutyczny – doświadczenia polskie i niemieckie*, „Prawo i Medycyna” 2018, nr 1, s. 71–92.
- Michałek-Janiczek A., *Autonomia małoletniego w zakresie leczenia*, „Państwo i Prawo” 2009, nr 10, s. 57–69.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, wyd. IX, Toruń 2001.
- Różyńska J., *Eksperyment leczniczy – dwa w jednym?*, „Prawo i Medycyna” 2016, nr 4, s. 5–30.
- Tymiński R., *Odpowiedzialność lekarza za udzielenie informacji nadmiernej*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 1, s. 44–58.