

Þagnarskyldan; hver eru hin siðferðilegu rök?

PAGNARSKYLDAN hefur ávallt verið talin forsenda farsæls sambands á milli læknis og sjúklings og ein af þeim grundvallarskyldum sem lækni beri að virða. Margir hafa þó bent á að læknar starfi í teymi með öðru starfsfólki og forsendur þagnarskyldunnar séu því ekki lengur þær sömu og voru. Aðstæður séu breyttar. Eintal milli læknis og sjúklings þar sem öll greining fari fram og meðferð ákvörðuð eigi sér ekki lengur stað. Að greiningu og meðferð komi margir einstaklingar og því sé það að leita sér bót meina sinna innan heilbrigðiskerfisins aldrei einkamál (1, 2). Þetta geri að verkum að þagnarskyldan sé ekki jafn mikilvæg og hún var og að nú til dags sé marklaust að tala um hana á sama hátt og áður. Þó að sitthvað sé til í ofanefndri gagnrýni þá tel ég engu að síður að þagnarskyldan sé enn þann dag í dag mjög mikilvægur þáttur í starfi allra heilbrigðisstétta. Hin siðferðilegu rök sem þagnarskyldan hvílir á eru enn í fullu gildi. Það er mikið í húfi að læknar og allar heilbrigðisstéttir geri sér áfram grein fyrir því að traust og virðing sjúklunga fyrir þeim og starfi þeirra byggist á gagnkvæmni. Læknirinn þarf að sýna í verki að hann virði sjúklinginn, vilja hans og einkalíf. Án þess er hætta á að árangur meðferðar verði ekki sem skyldi. Þrátt fyrir teymisvinnu þar sem fjöldi starfsmanna kemur að greiningu og meðferð sjúklings, þrátt fyrir að rétt sé í einstaka tilfellum að gera undantekningar frá þagnarskyldunni þýðir það engan veginn að hún sé ekki jafn mikilvæg og áður. Það sýnir fremur að hún er og verður flókin starfsskylda sem reynir mikið á sérhvern starfsmann í daglegu starfi hans.

Hér verður rakið hvers vegna þagnarskyldan er mikilvæg og skoðuð þau siðferðilegu rök sem helst réttlæta undantekningar frá henni. Einnig verða í stuttu máli rædd þau atriði sem huga þarf að þegar undantekningar frá henni eru gerðar. Þótt engum blandist hugur um að í ákveðnum tilvikum sé rétt að gera undantekningar frá þagnarskyldunni getur hinn siðferðileg vandi einmitt verið fólgin í því að ákvarða hvenær og hvernig það er gert, en ekki einvörðungu hvort það sé gert.

Hvers vegna er þagnarskyldan mikilvæg?

Meginrökin fyrir þagnarskyldu við sjúkling eru að minnsta kosti þrjú (3, 4):

Í fyrsta lagi er þagnarskylda liður í því að virða sjúkling sem manneskju, bera virðingu fyrir vilja og óskum þessa einstaklings. Hún er mikilvæg til

að sjúklingur sé ekki notaður sem tæki í annarra þágu, heldur sé borin virðing fyrir vilja hans og þeim markmiðum sem hann hefur með lífi sínu. Það er hverjum manni mikilvægt að geta ákveðið sjálfur á hvern hátt hann kemur fram við annað fólk, hvaða þætti úr einkalífi sínu hann afhjúpar, hverju hann heldur leyndu eða deilir með öðrum. Það að geta deilt upplýsingum með örfáum og valið hverjir það eru sem maður vill að eigi hlutdeild í reynslu manns gerir kröfu um trúnað (5). Trúnaður og traust er forsenda þess að heilbrigðisstéttir geti sinnt starfi sínu. Starfið veitir innsýn í persónulega hagi fólks og einkalíf. Mikilvægt er að fagfólk gæti þess að umgangast þær upplýsingar af virðingu og bregðist ekki trausti sjúklings.

Í öðru lagi er þagnarskylda nauðsynleg fyrir trúnaðarsamband læknis og sjúklings. Ef sjúklingur getur ekki treyst lækni til að varðveita þær upplýsingar sem honum eru látnar í té deilir hann þeim síður með læknum sem nær fyrir vikið síðri árangri í starfi sínu. Því má bæta við að ef sjúklingur veit að hann getur ekki treyst því heilbrigðisstarfsfólki sem hann þarf að leita til getur það jafnvel haft þau áhrif að hann leiti ekki eftir heilbrigðisþjónustu þótt hann þurfi á henni að halda.

Í þriðja lagi er þagnarskylda mikilvæg til að tryggja að upplýsingar um sjúklunga séu ekki notaðar á þann hátt sem getur valdið honum skaða.

Ekki er nóg að traust ríki milli manna, til dæmis á milli sjúklings og læknis hans, heldur er mikilvægt að heilbrigðisstéttir njóti almennt trausts. Jafnframt þurfa þær að líta á sig sem stéttir sem sjúklingur getur treyst. Ef almenningur glatar trausti á fagfólki sem vinnur hjá heilbrigðisþjónustunni er kominn alvarlegur brestur í heilbrigðiskerfið sem kemur í veg fyrir að hægt sé að ná viðunandi árangri. Það er því grundvallaratriði að við heilbrigðisþjónustu geti ríkt trúnaður. Sjúklingur sem leitar eftir heilbrigðisþjónustu verður að geta gengið að því sem gefnu að fá hana án þess að fórna friðhelgi sinni. Lega á sjúkrahúsi og koma á heilsugæslu þarf að geta verið hluti af einkalífi sjúklingsins.

Þagnarskyldan hefur því augljóslega mjög mikilvægt siðferðilegt gildi og það verður ávallt að hafa hana í huga. Hún er þó ekki afdráttarlaus. Til að geta metið hvenær og hvernig væri réttlætunlegt að gera undantekningu frá henni þurfum við einmitt að gera okkur grein fyrir því í hverju mikilvægi hennar liggur. Þó rétt sé að standa vörð um þau siðferðisgildi sem nefnd hafa verið hér að



Ástríður Stefánsdóttir

astef@khi.is

Annar pistill af nokkrum sem liðsmenn Siðfræðiráðs Lí skrifa um trúnað, þagnarskyldu og ný sjónarmið samfélagsins gagnvart þeim málefnum.

Í Siðfræðiráði sitja:
Jón G. Snædal formaður
Arna Rún Óskarsdóttir
Ástríður Stefánsdóttir
Benedikt Ó. Sveinsson
Guðlaug Þorsteinsdóttir
Kristín Sigurðardóttir
Sveinn Kjartansson

Höfundur er læknir og hefur lokið M.A. gráðu í heimspeki.

ofan þá eru önnur atriði sem tvímælaust geta verið þyngra við sérstakar aðstæður.

Hvað réttlætir undantekningar?

Gera þarf undantekningu frá þagnarskyldu þegar ljóst þykir að það að standa við hana muni valda meiri skaða en að rjúfa hana. Undantekningar hafa fyrst og fremst verið tengdar þrenns konar rökum (3, 4): Í fyrsta lagi getur þurft að rjúfa þagnarskylduna ef hún ógnar velferð og grundvallarhagsmunum þriðja aðila. Nefna má dæmi þar sem sjúklingur í geðviðtali hótar að valda einstaklingi úti í bæ skaða og læknir metur það svo að sjúklingur muni hugsanlega fylgja hótun sinni eftir (6). Í öðru lagi má nefna tilvik þar sem þagnarskylda getur ógnað almannaheill. Í þriðja lagi geta verið um að ræða tilvik þar sem sjúklingur hótar að valda sjálfum sér skaða eða taka eigið líf. Það sem einkennir fyrri tvenn rökin er að málið varðar í raun ekki bara sjúklinginn heldur líf og heilsu annarra einstaklinga. Segja má að sjúklingur hafi með hótun sinni fyrirgert rétti sínum til þess að litið sé á samtal við lækni eingöngu sem hans einkamál. Í þeim tilvikum getur þurft að grípa til sérstakra aðgerða til að verja hagsmuni þeirra sem um ræðir. Ef slíkt væri ekki gert mætti halda því fram að glæpur væri unninn í skjóli þagnarskyldu og læknir eða annar heilbrigðisstarfsmaður væri samsekur í glæpunum (6). Það sem á hinn bóginn einkennir þriðja liðinn er að þar má efast um að sjúklingur sé „með sjálfum sér“. Forsenda þess að þagnarskylda sé rofin er velferð og heill sjúklings. Í einhverjum tilvikum mætti halda því fram að einstaklingur eigi að hafa leyfi til að skaða sjálfan sig eða jafnvel taka eigið líf. Hann er þá metinn andlega heill og siðferðilega sjálfráða, eða með öðrum orðum hæfur til að taka ákvarðanir um eigin mál. Almennt hefur þó verið álitnið hér á landi að rétt sé að grípa inn í, í öllum tilvikum og forða einstaklingum frá því að valda sjálfum sér skaða. Hefur það verið rökstutt með því að það að valda sjálfum sér skaða eða vilja taka eigið líf sé merki um sjúklegt ástand og slíkum einstaklingi sé því ekki sjálfrátt. Sjúklingur sé í raun „ekki með réttu ráði“ og því beri að grípa inn í. Vissulega má segja að hér sé rökfærslan komin í hring. Einnig má benda á dæmi eins og hungurverkföll, þar sem einstaklingur lýsir yfir einlægum vilja til að halda uppi mótum og ekki verður dregið í efa að hann sé heill á geði og með réttu ráði. Hann velur einfaldlega þá leið að valda sjálfum sér skaða til að leggja áherslu á mál sitt. Þrátt fyrir vafatilvik sem ég dreg hér fram eru býsna sterk rök sem mæla með inngrípi þegar einstaklingur hyggst skaða sjálfan sig með hegðun sinni. Er það ekki síst vegna þess að í

langflestum tilvikum má segja að siðar brái af fólki og það telur eftir á að rétt hafi verið að hindra það í gjörðum sínum.

Nokkuð sérstök staða getur komið upp þegar meta þarf hvort rjúfa eigi þagnarskyldu gagnvart sjúklingum sem ekki eru fullveðja. Trúnaður læknis er í því tilviki gagnvart barni og foreldrum eða forráðamönnum. Ef hagsmunir þessara tveggja aðila stangast á er trúnaður fyrst og fremst gagnvart barninu sem þá er sjúklingurinn og hinn eiginlegi skjólstæðingur læknisins. Í tilvikum sem þessum er iðulega um að ræða tilkynningarskyld mál. Það sem einkennir þau er að hið opinbera þarf að grípa inn í og standa vörð um velferð hins ófullveðja barns sem ekki getur varið sig sjálf. Dæmi þar sem meiri vafi ríkir um hvort rétt sé að gera undantekningu frá þagnarskyldu eru til að mynda þegar einstaklingur hefur orðið fyrir grófu ofbeldi og óskar eftir því að málið sé ekki tilkynnt. Polandi ofbeldisins telur að árásin sé hans einkamál. Það er þó ekki endilega svo. Fremur beri þá að líta þannig á að sá sem gangi laus og beiti slíku ofbeldi sé ógn við almannaheill. Því eigi að tilkynna um athæfið svo hægt sé að taka ofbeldismanninn úr umferð. Sömu rök gilda þegar sjúklingur ber með sér að vera þátttakandi í neyslu og dreifingu fíkniefna. Hann gæti verið ógn við almannaheill og þar með rétt að tilkynna hann til lögreglu. Þó vissulega séu þessi rök ekki léttvæg þá virðast þau gera þá kröfu til heilbrigðisstarfsmanna að þeir séu ekki lengur trúir sínu gamla hlutverki. Læknar og hjúkrunarfólk hafa alla tíð sinnt fólki af ólíku sauðahúsi á sama hátt og ekki farið í manngreinarálit. Starfsfólk í heilbrigðisþjónustu á að jafnaði ekki að taka að sér lögregluhlutverk eða að vera eftirlitsaðili hins opinbera. Þeirra hlutverk er fyrst og fremst að sinna sjúklingum og sjá um meðferð og að fyrirbyggja sjúkdóma. Mikilvægt er að innan heilbrigðisstofnana sé grundvöllur fyrir gagnkvæmt traust. Slíkt traust væri í hættu ef samstarf við yfirvöld væri of náðið. Þetta mælir því gegn tilkynningarskyldu í dæmunum tveimur hér að ofan.

Oft er það svo að hinn siðferðilegi vandi liggur ekki í því hvort rétt sé að rjúfa þagnarskylduna eða ekki. Það getur verið augljóst að grípa beri inn í. Siðferðisvandinn er þá miklu fremur hvernig eigi að standa að því. Það er mikilvægt að velja tíma- setningar rétt, einnig skiptir máli hverjir fá upplýsingar um sjúklinginn og hvernig farið er með þær. Jafnframt getur verið mikilvægt að greina sjúklingi frá því að þagnarskylda verði rofin. Oft má með því viðhalda trausti sjúklings. Ekkert af þessu er þó algilt. Vitanlega geta vinnureglur og leiðbeiningar hjálpað til í tilvikum sem þessum. Ekkert getur þó komið í stað reynslu og dómgreindar starfsmanns þegar á hólminn er komið.

Þagnarskylda er mjög mikilvæg regla í starfi

allra heilbrigðisstétta. Hún miðar að því að viðhalda trausti fagstéttanna og ber vott um heilindi. Hún er flókin regla bæði siðferðilega og lagalega. Þótt hin siðferðilegu rök sem snúa að þagnarskyldu séu býsna skýr þá getur það hæglega verið álitamál hvenær þau eiga við og hvenær ekki. Það er og verður hluti af fagmennsku læknis að reyna að skilja og ákvarða hvað rétt er að gera í hverju tilviki. Þagnarskylda er þar af leiðandi þess eðlis að við getum aldrei fylgt skyldunni í blindni né heldur látið löggjöf skera úr um álitamál. Sú eða sá sem stendur frammi fyrir vanda í starfi sínu verður ávallt að muna hvaða siðferðilegu verðmæti það eru sem beri að standa vörð um og skilja hvers vegna. Mikilvægt er að muna að læknar eiga að sinna öllum sem til þeirra leita og skulu hafa það að leiðarljósi að fara ekki í manngreinarálit. Þeir lækna og líkna en dæma ekki (7). Sú hugsjón sem hér er nefnd og læknar hafa fylgt þarf að geta verið stéttinni áfram leiðarljós svo hún hafi hugrekki og svigrúm til að sinna öllum sem til hennar leita, bæði sekum og saklausum.

Það er ábyrgðarhluti að víkka út starfssvið lækna og ætlast til að þeir taki að sér annað og meira hlutverk en það sem stéttinni hefur verið fólgið um aldir. Fara þarf varlega í allar breytingar á þeim lagaramma sem gilt hefur fram að þessu.

Heimildir

1. Bok S. Secrets – On the Ethics of Concealment and Revelation. Vintage-Books, A division of Random House, New York 1989: 117.
2. Siegler M. Confidentiality-A Deceitful Concept. N Engl J Med 1982; 307: 518-21.
3. Árnason V. Siðfræði lífs og dauða. Erfiðar ákvarðanir í heilbrigðisþjónustu. Siðfræðistofnun og Háskólaútgáfan (2. útg.), Reykjavík 2003: 80-90.
4. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics, A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. McGraw-Hill, Health Profession Division, New York 1992: 126-31.
5. Kalmannsson JÁ. Í trúnaði. Glæður. 1995; 2: 11-4.
6. Munson R. Intervention and Reflection Basic Issues in Medical Ethics Belmont. Wadsworth Publishing Company. A division of Wadsworth, (Fourth Edition). California 1992: 300-2.
7. Jonsen AR. The New Medicine and the Old Ethics. Harvard University Press, Cambridge Massachusetts 1990: 38-40.