

Praktinės etikos vertės klausimai sveikatos priežiūroje

Zita Liubarskienė

Kauno medicinos universiteto Filosofijos ir socialinių mokslų katedra

Raktažodžiai: sveikatos priežiūra, pacientai, gydytojai, etinės kolizijos.

Santrauka. 2006 m. lapkritį žurnale „Journal of Medical Ethics“ autoritetingi gydytojai paskelbė medicinos etiką, kaip mokymą ir kaip teoriją, neturinčią praktinės vertės. Šis kategoriškas teiginys grindžiamas gydytojų klinikinio darbo patirtimi ir ginamas požiūris, kad etikos teorija turi mažai ką bendra su jos pritaikymu kasdienėje praktikoje, kad etikos teorija nurodo bendrąsias elgesio gaires, tačiau yra nereikšminga kalbant apie sprendimų priėmimą individualiais atvejais. Tuo pat metu Lietuvos žiniasklaida, aprašydama sveikatos priežiūros konfliktines situacijas, pervertina etikos galimybes ir teigia, kad visų bėdų sveikatos priežiūroje priežastis yra tik etikos trūkumai arba jos pažeidimai. Ir jei gydytojai elgtųsi etiškai, nekiltų jokių problemų. Etikos specialisto akimis, abi kontraversiškos nuomonės yra svarbios, todėl šis straipsnis skiriamas jų analizei.

Etinės kolizijos ir konfliktai, kylantys teikiant sveikatos priežiūrą, nėra požymiai, neigiantys etikos praktinę vertę. Abi nuomonės, tiek neigianti, tiek pervertinanti medicinos etikos reikšmę, lygiai yra klaidingos. Visuomenės ir gydytojų sprendimus sunkina sveikatos politika, sveikatos apsaugos organizavimas šalyje ir konkretaus individo etinio mąstymo, pažiūrų bei žinių lygis. Kartais etinės kolizijos kyla, prieštaraujant tarpusavyje etikos principams, o sveikatos priežiūros specialistams sprendžiant, kuriam iš jų reikėtų teikti pirmumą. Būna atvejų, kai tokio pirmumo neįmanoma nustatyti ir tenka pripažinti, kad vienas specialistas be kolegų nepajėgs to išspręsti. Kolektyvinis ir kolegialus profesionalų darbas padeda spręsti panašaus pobūdžio kolizijas.

Įvadas

2006 m. lapkritį „Journal of Medical Ethics“ paskelbė straipsnį, kuriame autoritetingi gydytojai pasisako prieš medicinos etiką, kaip mokymą ir kaip teoriją, neturinčią praktinės vertės (1). Straipsnis grindžiamas gydytojų klinikinio darbo patirtimi, ginamas požiūris, kad etikos teorija turi mažai ką bendra su jos pritaikymu kasdienėje praktikoje, kad etikos teorija nurodo bendrąsias elgesio gaires, tačiau yra neveiksminga kalbant apie sprendimų priėmimą individualiais atvejais. Tuo pat metu Lietuvos žiniasklaida, aprašydama sveikatos priežiūros konfliktines situacijas, pervertina etikos galimybes ir teigia, kad visų bėdų sveikatos priežiūroje priežastis yra tik etikos trūkumai arba jos pažeidimai. Esą, jei gydytojai elgtųsi etiškai, nekiltų jokių problemų. Etikos specialisto akimis, abi kontraversiškos nuomonės yra svarbios, todėl šis straipsnis skiriamas jų analizei.

1. Nuomonė, neigianti medicinos etikos praktinę vertę. Straipsnyje (1) nurodoma, jog nė viena etikos teorija negalinti padėti gydytojui išspręsti nuolat kylančių didesnių ar mažesnių etinių problemų. Pavyzdžiui, ką galinti padėti medicinos etika, kai gydytojas

diagnozuoja vaisiui *spina bifida* (iškilą stuburą), arba ką gali padėti etika, kai tas pats kūdikis gimsta su abiejų kojų paralyžiumi ir smegenų vandene, arba ką daryti su kūdikiu, kurio smegenys nevysiškai išsivysčiusios ir jį ištinka nekontroliuojami priepuoliai, kas geriausia šeimoms, atsidūrusioms panašiose situacijose ir kas geriausia visuomenei? Kitas argumentas prieš etiką: esant etinei dichotomijai tarp pareigos „nežudyti“ ir „leidimo numirti“, kai gydytojas priverstas stebėti pacientų ir jų artimųjų fizinės ir dvasinės kančias, matant laipsnišką ir nenutrūkstamą artėjimą link neišvengiamos pabaigos, stebėti ir nieko nedaryti, ypač kai medicina turi ne tik metodus padėti tokiam žmogui, bet ir priemones, apsaugančias nuo neteisingo tų metodų panaudojimo. Straipsnio autoriui tai yra „akivaizdu, kad etikos normos egzistuoja atsietai nuo realybės ir neretai ją iškraipo“, todėl jis nemanęs, kad bent viena etikos teorija yra teisinga, kai tenka ją pritaikyti individualiai.

2. Nuomonė, pervertinanti medicinos etikos praktinę vertę. Pastaraisiais metais Lietuvoje, įsigalėjus Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymui, vis dažniau neigiami gydymo baigties faktai siejami

su medikų etikos klaidomis, suabsoliutinant medicinos etikos galią ir nepakankamai įvertinant kitus sveikatos priežiūros veiksnius, pvz., sveikatos priežiūros įstaigų techninį pajėgumą. Šalyje plačiai buvo diskutuojami sveikatos priežiūros atvejai, kai, pavyzdžiui, ligoninėje nebuvo suteikta pacientui pagalba vien todėl, kad joje nebuvo reanimacijos skyriaus, ir transportuojant ligonį į kitą ligoninę, jis pakeliui mirė. Šalies provincijose esančios medicinos įstaigos nėra pakankamai aprūpintos technine įranga ir todėl, pavyzdžiui, ne kiekviena ligoninė galinti suteikti skubiai reikalingą reanimacijos pagalbą. Tačiau gyventojams, turintiems mažiau informacijos apie sveikatos įstaigų techninį būvį, atrodo, kad ligoniai nukenčia dėl etinių dalykų.

Diskusija

Žurnalai aprašo ligonių ir jų artimųjų išgyvenimus. Ligoninių artimieji aprašytose istorijose skundžiasi medikų abejingumu, nepagarba kito kančiais ir bėdai. Ar panašūs faktai reti mūsų sveikatos priežiūros įstaigose? Greičiausiai, kad ne. Tačiau kai pacientas miršta, nes ligoninė neturi reikiamos įrangos, vargu ar kalta etikos teorija. Arba kai liga yra taip užleista ir gydytojui bejėgiai prieš ją, ar galima kaltinti gydytojus etikos stoka? Tačiau grubumas, nepagarba kitam bei abejingumas ligonio ar jo artimųjų kančiais yra įsisenėjusios gydytojų moralės korozijos faktai, kurie niekada nebus visuomenės pateisinami. Tačiau visuomenė turėtų būti budresnė, kad sugebėtų atskirti profesines klaidas nuo etinių, infrastruktūros problemas – nuo moralinių. Visuomenė galėtų atleisti medikams, padariusiems klaidas tik tada, jeigu ji visada pasitikėtų medikais, o šie niekada nenustotų pacientų matyti kaip kenčiančių, užuojautos ir pagalbos laukiančių žmonių.

Pasitikėjimo–nepasitikėjimo mūsų gydytojais klausimais, pacientų teisių klausimais vis daugiau domimasi mokslo darbuose. Remiantis tam tikra analize (2–6), galima daryti kai kuriuos apibendrinimus:

- pacientai negauna pakankamai visavertės informacijos iš gydančio gydytojo (3, 6);
- informaciją pacientai renkasi iš kitų šaltinių (6);
- tik nedaugelis pacientų turi galimybę rinktis gydymo būdą (3, 6);
- yra pacientų, kurie apie tokias sąlygas apskritai nežinojo, jog tai įmanoma (3);
- daugiau kaip 40 proc. pacientų mano, kad jų gydymo kokybė priklauso nuo „atsilyginimo“ gydytojui (4);
- apie ketvirtadalis pacientų pasigenda gydytojo bendražmogiškosios moralės bruožų (4);
- didžioji dalis pacientų iš dalies arba visiškai patenkinti ligoninės ir gydytoju darbu (4);

- tiek pacientai, tiek gydytojai gerai nežino įstatymų, kurie reglamentuoja pacientų teisę ir gydytojų pareigas arba klaidingai jas interpretuoja (6).

Šie faktai rodo, jog egzistuoja nesusikalbėjimas tarp gydytojų ir pacientų, skirtingas tų pačių reiškinių suvokimas. Tai gali būti prielaidos tų pasekmių, kurios aprašomos Respublikos spaudoje. Medicinos etikos teorijos požiūriu medikų pašaukimas yra žmogaus sveikatos ir gyvybės apsauga, o paciento gerovė yra etinis medikų reikalavimas (7). Kiekvienas, kuris baigė medicinos mokyklą, žino, kad ligonis yra nekaltas, jei ligoninė neturi gerai įrengtų kabinetų ar palatų. Ligonis yra taip pat nekaltas, kad gydytojų mažai atlyginimai. Jis yra tik paguodos ir pagalbos prašantis žmogus. Kiekvienas iš mūsų galime būti jo vietoje. Kiek praranda visuomenė ir kiek praranda medicina, susidurdama su panašiais agresyviais, su etika nederančio elgesio faktais? Argi aprašyti faktai kalba apie etikos teorijos bejėgiškumą? Gal greičiau kalba apie etikos pritaikymo praktikoje spragas? Be to, labai svarbu visuomenei pilietiškiau mąstyti tiek apie savo sveikatą, tiek apie šalies sveikatos apsaugos gerinimą, taip pat nepervertinti etikos funkcijų ir galių.

Paternalistiniai sprendimai – kaip prielaida etiniams konfliktams. Aprašyto gero gydytojo išgyvenimai, ieškant paties geriausio sveikatos priežiūros sprendimo, mums pateikia akivaizdžius paternalizmo pavyzdžius. Gydytojas susirūpinęs tuo, kaip pasielgti, operuoti ar neoperuoti? Tačiau sprendimą turėtų priimti ne vienas gydytojas. Jo pareiga informuoti pacientą ar jo artimuosius, norint kartu rasti sprendimą. Aprašytais pavyzdžiais gydytojas mąsto kaip geras, bet paternalistiškas gydytojas, kuriam rūpi jo pacientas, deja, už kurį nori jis vienas nuspręsti. Medicinos etika panašiais atvejais pataria gydytojui remtis ne paternalizmo, bet paciento informuoto sutikimo principu. Todėl mes nematome priežasties kalbėti apie medicinos etikos bejėgiškumą. Sutinkame su tuo, kad gydytojui sunku stebėti fizines ir dvasines paciento ir jo artimųjų kančias. Bet norime paklausti sveikatos priežiūros darbuotojų: ar 21 a. medicina neturi priemonių skausmui malšinti, sumažinti kančias? Jeigu jų turi, tai kodėl leidžia, kad pacientas patirtų kančias? Kai gydytojas bando moralės filosofiją, kaip kokią įrankį pritaikyti gydymo klausimams spręsti, jis panašus į mechaniką, pagal schemą dėstantį mechanizmo detales. Tačiau moralės filosofija – tai ne instrukcijų rinkinys. Nepakanka tik išmanyti teoriją ir taisykles. Reikia žymiai daugiau.

Gydytojų nuomone, ne visada įmanoma vadovautis etikos normomis (iš 19 „taip“ atsakė 15 gydytojų) (6), o problemos, su kuriomis susiduria gydytojai, bend-

raudami su pacientais, yra nurodomos pacientų amžius, girtumas, išsilavinimas ir laiko stoka. Dar geriau pažinti gydytojų sprendimus mums gali padėti atlikta šeimos gydytojų apklausa Danijoje ir Lietuvoje (8, 9). Nors tyrimo tikslas buvo sužinoti, kiek informuojami pacientai apie skiriamų medikamentų šalutinį poveikį, tačiau netiesiogiai galima spręsti, kiek gydytojai nusiteikę gerbti pacientų teises. Jei gydytojai nepateiks reikiamos informacijos, kuri būtina paciento apsisprendimui renkant ar medikamentus, ar gydymo būdą, tai jis apribos paciento sprendimų laisvę. Danijoje ir Lietuvoje atlikti tyrimai parodė, jog 39 proc. danų šeimos gydytojų būtų linkę neinformuoti pacientų apie skiriamų kontraceptikų šalutinį poveikį, nes „šalutiniai poveikiai tokie reti, kad negali turėti reikšmės paciento apsisprendimui“ (9), o „informacija, mano nuomone, sukeltų bereikalingą nerimą“ atsakė 31 proc. danų ir 29 proc. lietuvių gydytojų (8, 9). Apie visus galimus šalutinius poveikius informuotų tik maža dalis (2,9 proc.) Lietuvos šeimos gydytojų (9). Jau šie negausūs duomenys rodo gydytojų polinkį „atsijoti“ informaciją prieš ją pateikiant pacientams. Ten, kur yra bandymai spręsti už kitą, jam to neprašant, kyla asmens teisių pažeidimo grėsmė. Tai rodo gydytojų pernelyg didelį pasitikėjimą savimi ir su juo bendraujančio paciento sumenkinimą, nes pacientui nesuteikiama galimybė savo nuožiūra spręsti ir rinktis. Noras dominuoti, diktuoti savo sąlygas, neatsižvelgti į kitą, mažiau išmanantį, dažnai pasimetusi, sąlygoja tokias konfliktines situacijas, kurios aprašomos mūsų spaudoje. Mūsų nuomone, tam įtakos turi ir paternalistinis gydytojo ir paciento bendravimo modelis, paveldėtas iš hipokratiškosios medicinos. Tačiau šandien jis yra įvertintas, taigi gydytojams tai jokia naujiena. Mes linkę manyti, kad nesusikalbėjimas sveikatos priežiūroje daugiausia priklauso ne tiek nuo etikos žinių, kiek nuo etikos įgūdžių arba etinės mediko kompetencijos. Galbūt etikos mokymas šlifuoja ar tobulina tai, ką mes vadiname žmogaus moralumu.

Moralinis gėris – iš dviejų blogybių rinkimasis mažesnės. Teikiant medicinos pagalbą, buvo, yra ir neišvengiamai bus tokių situacijų, kai gydytojams teks daryti labai sudėtingus sprendimus siekiant iš dviejų „blogybių“ rinktis mažesnę. Kad moralinių konfliktų nepašalina medicinos etikos žinios, pastebi ir kiti etikai, pvz., J. P. Demarko, vien todėl, kad sveikatos priežiūros praktikoje kartais tarpusavyje prieštarauja patys etikos principai. Taip atsitinka dėl tos priežasties, kai tarpusavyje susiduria du išipareigojimai, pvz., chirurgo sprendimai dėl Jehovos liudytojo, atsakiusio kraujo perpylimo. Gydytojui tenka svarstyti, kuris išipareigojimas labiau neatidėliotinas. Todėl nesiūloma ieš-

koti *prima facie* išipareigojimo, kaip svarbiausio etikos principo, bet rekomenduojama peržengti standartinius moralinių dilemų sprendimo būdus ir į kiekvieną konfliktuojančią šalį žvelgti kaip į lygiavertę problemą, matant abipusiai reikšmingas konfliktinės situacijos sudedamąsias dalis (10). Tokiu būdu, regis, moraliniai konfliktai esti ten, kur mąstant ieškoma kurios nors iš pareigų prioriteto.

Etikos vaidmuo nėra bevertis, jis ypatingas – išauga genetinio testavimo bei genų terapijos sąlygomis (11, 12). Išaugęs genetinių testų skaičius ir draudimo kompanijų, darbdavių, visuomenės diskriminacijos baimė paskatino susivienyti tokias disciplinas, kaip etika, visuomenės sveikata ir genetika. Pavyzdžiui, klausimas, ar giminaičiai turi būti informuojami apie teigiamą jų šeimos nario genetinio testo rezultatą, reikalauja neatidėliotinos diskusijos (11). Diskusija turi apimti moralines genetiko pareigas savo pacientui, o genetiko sprendimas pateikti ar nuslėpti informaciją, priklausys nuo moralinės teorijos, kuria vadovaujasi gydytojas. Utilitarinės ar libertarinės teorijos taikymas turės skirtingus rezultatus, lygiai kaip ir medicinos etikos principai turės įtakos sprendimo priėmimui (11).

Sprendžiant sveikatos priežiūros etikos klausimus, bioetikos specialistų pirmiausia yra kritikuojama JAV sveikatos priežiūros politika, iškeltą daugybę organizacinių sprendimų trūkumų ir pastebint, kad sveikatos apsaugos sistema „yra nykstanti, kad prie gydytojo kabinetų tenka laukti septynias ar devynias valandas, kad JAV oro linijų aptarnavimas yra greitesnis nei ligoninėse, kad administratoriai valandų valandas praleidžia, tikėdamiesi susidoroti su pareigomis, nors nė vienas nėra gydytojas, kad laimingi tie, kurie turi sveikatos draudimą, nes dešimtys, įskaitant vaikus, jų neturi, kad gydytojai neturi laiko kalbėtis su niekuo, taigi ir su savo pacientais, kad švaros standartai, priimti kaip atitiktum daugybėje ligoninių, priverstų ką nors iš ekonomiškai neišsivysčiusių šalių, kaip Bangladešas ar Bolivija, jaustis kaip namie, kad klaidų dažnumas ir reikšmingų duomenų trūkumas beveik kiekviename sveikatos priežiūros aspekte palieka pacientus pažeidžiamus ir be informacijos, kad mūsų sveikatos apsaugos sistema yra blogesnėje situacijoje nei mūsų oro linijų industrija, bet pastaroji vis daugiau sulaukia Kongreso dėmesio“ (14). Viso to priežastimi nurodomas *etinis smukimas*, esantis profesiniu ir politiniu lygmeniu.

Klinicistų apklausa Jungtinėje Karalystėje rodo, kad gydytojams svarbu žinoti tiek etikos principus, tiek ir juos saugančius įstatymus, kurie gali turėti įtakos jų praktikai ir kad etika „susilaukia dėmesio tolesnėse studijose baigus universitetą“ (13). Ir prancūzų

psichiatrai pastebi etikos poreikį savo disciplinai, kuri sunkiai randa savyje pakankamai išteklių sprendžiant gydytojų ir pacientų santykius (15). Bene daugiausia mokslinėje spaudoje nagrinėjami paciento informuoto sutikimo ir paciento autonomiškumo principai siekiant išvengti medicinos praktikoje etinių kolizijų ir konfliktų (16–22).

Požiūris apie medicinos etikos praktinę vertę priklauso ne tiek nuo etikos teorijos, kiek nuo besąlygiško pasirengimo tarnauti ligonio gerovei, t. y. nuo dvasinio pasirengimo būti sergančio žmogaus gyvenimo bendraautoriumi, pagalbos teikėju ir globėju. Kitaip sakant, atsakomybės už individo sprendimų etinių bejėgiškumą tenka ieškoti ne etikos teorijose, bet medicinos specialisto etiniuose pasirinkimuose.

Apibendrinimas

Etinės kolizijos ir konfliktai, kylantys teikiant svei-

katos priežiūrą, nėra signalai, pagal kuriuos turėtume abejoti etikos praktine verte sveikatos priežiūroje. Abi nuomonės, tiek nepelnytai neigianti, tiek nepelnytai perversinanti medicinos etikos reikšmę, lygiai yra klaidingos. Visuomenės ir gydytojų sprendimus sunkina sveikatos politika, sveikatos apsaugos organizavimas šalyje ir konkretaus individo etinio mąstymo, pažiūrų bei žinių lygis. Kartais etinių kolizijų kyla, prieštaraujant tarpusavyje etikos principams, ir sveikatos priežiūros specialistams ieškant, kuriam iš jų reikėtų teikti pirmumą. Būna atveju, kai tokio pirmumo neįmanoma nustatyti ir tenka pripažinti, kad vienas specialistas be kolegų nepajėgs to išspręsti. Kolektyvinis ir kolegialus profesionalų darbas padeda išspręsti panašaus pobūdžio kylančias kolizijas. Neabejotinai šiems tikslams tarnauja teisinės bazės kūrimas ir tobulinimas bei pačios visuomenės gilesnis požiūris tiek į savo sveikatą, tiek į šalies sveikatos apsaugos sistemą.

Issues of the practical value of ethics in healthcare

Zita Liubarskienė

Department of Philosophy and Social Science, Kaunas University of Medicine, Lithuania

Key words: healthcare; patients; physicians; ethical collisions.

Summary. In November 2006, the “Journal of Medical Ethics” published an article where prominent medical specialists stated that medical ethics, as a teaching and a theory, has no practical value. The article was based on the physicians’ clinical experience and view that the theory of ethics has little in common with its application in daily practice and provides generalized guidelines for behavior, but is ineffective in decision-making in individual cases. At the same time, when describing conflict situations in healthcare, Lithuanian public press raises the role of ethics to the absolute and states that the lack or violation of ethics is the sole cause of all problems in healthcare, and there would be no problems if physicians behaved morally. From the viewpoint of an ethics professional, both controversial opinions deserve attention, and this paper is devoted to the analysis of these opinions.

Ethical collisions and conflicts emerging in providing healthcare are not signs of the helplessness of medical ethics. Both viewpoints – the one disclaiming the role of medical ethics and the one attributing the absolute role to medical ethics – are equally erroneous. Decisions of the society and physicians are aggravated by health policy and the organization of healthcare in the country, as well as by a concrete individual’s level of ethical thinking, worldview, and knowledge. Sometimes ethical collisions arise when there is a conflict among ethical principles themselves, and healthcare specialists have to decide which principle should be given priority. There are cases where setting priorities is impossible, and one has to admit that one single specialist is unable to solve the problem without his/her colleagues’ assistance. Collective and collegial professionals’ work helps to solve such ethical collisions.

Correspondence to Z. Liubarskienė, Department of Philosophy and Social Science, Kaunas University of Medicine, A. Mickevičiaus 9, 44307 Kaunas, Lithuania. E-mail: zitaliu@gmail.com

Literatūra

1. Freeman JM. Ethical theory and medical ethics: personal perspective. *J Med Ethics* 2006;32:617-18.
2. Liubarskienė Z, Mecelytė R. Pacientų teisė spręsti ir rinktis.

(Patients’ right to decide and to choose.) *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2001;5:646-9.

3. Bučiūnienė I, Petkinis J, Milašauskienė Ž. Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų ligoninėje

- teikiamas paslaugas. (Assessment of health care services quality by medical professionals and patients.) *Medicina (Kaunas)* 2004;40:272-7.
4. Liubarskienė Z, Šoliūnienė L, Kilius V, Peičius E. Pacientų pasitikėjimas sveikatos priežiūra. (Patient confidence in health care.) *Medicina (Kaunas)* 2004;40:278-85.
 5. Peičius E, Liubarskienė Z. Medicininės informacijos poreikis ir jo tenkinimas pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose Lietuvos gyventojų požiūriu. (Lay-peoples needs of medical information and its provision in primary care.) *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2006;10(4):250-3.
 6. Aželskienė A. Laisvas ir informuotas paciento sutikimas biomedicinoje: etiniai ir teisiniai aspektai [magistro darbas]. (A free will and informative agreement of a patient in biomedicine: ethical and legal aspects [master study]). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas; 2006. p. 75.
 7. Liubarskienė Z, Mazerskytė L. Medicinos etikos kodeksai ir teisinė jų apsauga. (Code of medical ethics and their legal protection.) Kaunas: KMU; 2007. p. 43-54.
 8. Krag A, Nielsen HS, Norup M, Madsen SM, Rose IP. Research report: do general practitioners tell their patients about side effects to common treatments? *Social Sci Med* 2004;59(8):1677-83.
 9. Liubarskienė ZV, Juodrytė I, Jacobsen R. Kokią informaciją teikia šeimos gydytojai apie šalutinį kontraceptikų poveikį moterims? (What kind of information do family physicians provide to their patients about possible side effects of contraceptive pills?) *Medicina (Kaunas)* 2006;42(4):340-5.
 10. DeMarco JP. Principlism and moral dilemmas: a new principle. *J Med Ethics* 2005;31(2):101-5.
 11. Fulda KG, Lykens K. Ethical issues in predictive genetic testing: a public health perspective. *J Med Ethics* 2006;32:143-7.
 12. Fisher-Jeffes L, Barton Ch, Finlay F. Clinicians knowledge of informed consent. *J Med Ethics* 2007;33:181-4.
 13. Caplan AL. If gene therapy is the cure, what is the disease? In: G. Annas, S. Elias, editors. *Gene Mapping*. Oxford: Oxford University Press; 1992. p. 128-41.
 14. Caplan AL. Our dying health-care system and other big bioethics stories of the year. Commentary. *Am J Bioeth*. Available from: URL: <http://www.bioethics.net/articles.php?viewCat=2&articleId=104>
 15. Oppenheim-Gluckman PH. *Psychanalyse, éthique et secret médical*. Available from: URL: <http://www.unimedia.fr/homepage/sftg/Oppenheim.htm>
 16. Upton H. Ethics in medicine. *J Med Ethics* 2007;33:185.
 17. Fallat ME, Caniano DA, Fecteau AH. Ethics and the pediatric surgeon. *J Pediatr Surg* 2007;42(1):129-36.
 18. Chipman P. The moral implications of prenatal genetic testing. *Penn Bioeth J* 2006;2(2):13-6.
 19. Magnusson RS. The devils choice: re-thinking law, ethics, and symptom relief in palliative care. *J Med Ethics* 2006;34(3):559-69.
 20. Crow K, Matheson L, Steed A. Informed consent and truth-telling: cultural directions for healthcare providers. *J Nurs Adm* 2000;30(3):52-148.
 21. Haggerty LA, Hawkins J. Informed consent and the limits of confidentiality. *West J Nurs Res* 2000;22(4):14-508.
 22. Kirsch M. The myth of informed consent. *Am J Gastroenterol* 2000;95(3):9-12.

Straipsnis gautas 2007 09 11, priimtas 2007 12 04

Received 11 September 2007, accepted 4 December 2007