

Helena Lukman

Resnicoljubnost na področju medicinske etike

Na področju tradicionalne medicinske etike lahko opazimo nenavadno odsotnost zahteve po resnicoljubnosti v odnosu zdravnik-pacient, medtem ko je na področju sodobne medicinske etike postala resnicoljubnost ena izmed osrednjih tem. V zadnjih desetletjih je, skladno s sodobnimi pogledi na človekove pravice in dostojanstvo človeškega bitja, v ospredje stopila avtonomija bolnika, ki je tesno povezana s pravico pacienta do seznanjenosti z lastnim zdravstvenim stanjem. S pregledom najvplivnejših usmeritev glede resnicoljubnosti na področju bioetike ter nekaterimi zakonskimi premisleki skuša članek odgovoriti na vprašanje upravičenosti prikrivanja resnice v odnosu zdravnik-pacient.

Ključne besede: resnicoljubnost, bioetika, medicinska etika, etika načel, etika vrlin, nova kazuistika

1 UVOD

Na razmišljanje o resnici in resnicoljubnosti v zdravstvu nas neposredno napeljejo debate o prikrivanju informacij, načinih pridobivanja (ne)obveščenega soglasja ter splošna razširjenost nekaterih drugih prikritih praks (prikrito dajanje zdravil idr.). Glede na to, da je v zadnjih desetletjih, skladno z novimi pogledi na človekove pravice in dostojanstvo človeškega bitja, v ospredje stopila avtonomija bolnika, ki je tesno povezana s pravico pacienta do resnice o lastnem zdravstvenem stanju, nam ti primeri kažejo na pogost razkorak med etičnimi načeli in prakso. Velikokrat torej, kljub tej novodobni pomembnosti načela avtonomije, naletimo na mnenje, da nedvomno obstajajo situacije, v katerih je prikrivanje resnice in neposredno laganje zdravnika in drugega zdravstvenega osebja potrebno in upravičeno. V nadaljevanju bomo skozi prizmo medicinske bioetike skušali opredeliti mesto resnice v odnosu zdravnik – pacient, pri čemer je moj primarni namen ponuditi kratek pregled najpomembnejših pogledov na resnicoljubnost v zdravniški etiki ter analizo filozofskih in moralnih teorij, iz katerih le-ti izhajajo.

2 MEDICINSKA ETIKA

Kot rečeno, na področju tradicionalne medicinske etike opazimo nenavadno odsotnost zahteve po resnicoljubnosti. V temelju Hipokratove prisege je načelo ne škodovati (*Primum non nocere*), resnicoljubnost – v smislu zvestobe resničnim dejstvom in stvarnosti – pa neposredno ni omenjena. Prav nasprotno, v nasvetih o obnašanju zdravnika (*Decorum*), najdemo opozorilo na nevarnost sporočanja pacientu resnice o njegovem zdravstvenem stanju.¹ Tudi različni drugi medicinski kodeksi in dogovori (na primer Ženevska deklaracija iz leta 1948) o resnicoljubnosti in iskrenosti molčijo. Tako je bila v tradicionalnem, paternalističnem odnosu ustaljena praksa, da se je zdravnik v imenu največjega dobrega za pacienta zatekal k taktikam kot so prikrievanje, laganje in izogibanje.

Nekako po letu 1960 so se debate usmerile v preseganje paternalističnega odnosa zdravnik-pacient. Spremenjeni odnos med zdravnikom in pacientom prinese večji poudarek na dialogu med zdravnikom in pacientom, pacientovih pravicah do odločanja ali vsaj so-odločanja, in s tem do razmišljanja o tem, katere informacije je treba posredovati pacientu iz spoštovanja njegove avtonomije.² Obveščenost pacienta se navadno smatra kot osnovni pogoj za avtonomno delovanje pacienta. Poudarek na resnicoljubnosti v odnosu zdravnik-pacient v veliki meri izhaja iz novosti v medicinski praksi, in sicer iz zakonske zahteve do obveščenega soglasja pred posegom (*informed consent*). Pacienta je treba obvestiti o njegovem zdravstvenem stanju, se z njimi posvetovati, ter na podlagi tega pridobiti njegovo soglasje. Avtonomija pacienta se tako izraža v obliki konkretne odločitve. Vsekakor pa pravice pacienta do obveščenosti ne gre povezovati zgolj s privolitvijo v medicinske posege. Kot načelo se resnicoljubnost prvič pojavi 1980 v *Principles of Ethics* Ameriške zdravstvene organizacije (AMA), kjer beremo, da mora biti zdravnik do pacientov in sodelavcev iskren.³ V zadnjih tridesetih letih je postala resnicoljubnost eno osrednjih vprašanj na področju moderne medicinske bioetike in postala vključena v profesionalne kodekse in zaprisege, katere zdravniki izrečejo pacientom in ustanovam, ki jih zaposlujejo.

Poglejmo si sedaj nekaj najvplivnejših usmeritev na področju bioetike ter njihov pogled na resnicoljubnost. V večini etičnih teorij pomeni resnicoljubnost specifikacijo avtonomije, zato bo tudi koncept avtonomije bolj natančno razdelan.

- 1 Paul Carrick, *Medical Ethics in the Ancient World*, Washington D.C., Georgetown University Press (Clinical Medical Ethics Series), 2001, 215.
- 2 Jennifer Jackson, *Truth, Trust and Medicine*, London, Routledge, 2001, 10.
- 3 Roger Higgs, On Telling Patients the Truth, v Helga Kuhse, Peter Singer (ur.), *Bioethics: An Anthology*, Oxford, Blackwell (Blackwell Philosophy Anthologies), 2006, 613.

2.1 Etika štirih temeljnih načel

V Združenih državah Amerike je bila v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja ustanovljena posebna komisija, katere glavna naloga je bila oblikovanje osnovnih izhodišč etične presoje na področju medicinske prakse. Tako je nastalo belmontsko poročilo (imenovano tudi belmontska načela ali Georgetown mantra), ki uveljavlja troje etičnih načel: spoštovanje osebe (zaščita avtonomije ljudi, spoštljivo ravnanje z njimi in obveščanje pacientov, kar je pogoj za obveščeno soglasje), dobronamernost/dobrodelnost (*benevolence/beneficence*) ter pravičnost (pravična razdelitev stroškov in koristi). Iz teh načel izhajajo določene obveze: zaupnost, resnicoljubnost in držanje obljub. Pri svojem delu bi tako naj zdravniki upoštevali kodeks etike in profesionalne standarde belmontskega poročila.

Na temelju belmontskih načel sta Tom L. Beauchamp in James F. Childress osnovala model štirih temeljnih načel (avtonomija, dobronamernost, neškodovanje, pravičnost). Vpliv tega modela je velik – načela so postala sistematičen temelj vladnih regulacij medicinske etike v mnogih državah – zato si pogloblje oglejmo njegova vodilna načela:⁴

- NEŠKODOVANJE: Načelo neškodovanja zdravnike zavezuje, da pacientom ne škodijo, ne glede na to ali je škodovanje aktivno ali pa pride do njega z opustitvijo dejanja.
- DOBRONAMERNOST: Po tem načelu zdravnik ukrepa v bolnikovo korist (pospeševanje zdravljenja, ohranjanje zdravljenja, preprečevanje bolezni, ponovna povrnitev zdravljenja, zmanjševanje trpljenja in bolečin).
- PRAVIČNOST: V skladu s tem načelom mora biti zagotovljena enaka obravnava vseh pacientov. Zdravnikova odločitev glede zdravljenja mora biti kar se da nepristranska.
- SPOŠTOVANJE AVTONOMIJE POSAMEZNIKA: Po tem načelu ima pacient pravico, da se sam odloča in osebno opredeljuje glede izbire zdravljenja.

Iz teh osnovnih štirih načel izpeljujeta Beauchamp in Childress še druga pravila, ki delujejo kot dolžnosti (držanje obljub, resnicoljubnost, zaščita zasebnosti itd.). Dolžnost sporočanja resnice izpeljujeta predvsem iz načela avtonomije, saj se posameznik ni zmožen avtonomno odločati, če ne pozna vseh dejstev.⁵ Sestavni del sprejemanja samostojnih odločitev je torej popolna obveščenost o lastnem zdravstvenem stanju. Nepopolna obveščenost nemalokrat vodi v odvisnost, podrejenost in izgubo avtonomije. Pacient je s pravico do sodelovanja pri

4 Matjaž Zwitter, Etična ocena zdravnikovega delovanja, v Matjaž Zwitter in Patricija Ećimović (ur.), *Etična razpotja v klinični medicini*, Ljubljana, Onkološki inštitut, 1998, 77–79.

5 Tom L. Beauchamp in James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 2001, 65.

odločanju ter pravico do končne odločitve aktivno vključen v proces zdravstvene nege. Beauchamp in Childress povezujeta zahtevo po resnicoljubnosti še z zvestobo, držanjem obljub ter zaupanjem med pacientom in zdravnikom.⁶

Poglejmo si zdaj, kateri so tisti etični sistemi, iz katerih izhajajo načela, ki sta jih imenovala Beauchamp in Childress. Videli bomo, da za nas ključna koncepta avtonomije in resnicoljubnosti temeljita predvsem na moralnih filozofijah Immanuela Kanta in Johna Stuarta Milla.

2.1.1 Deontologija

Deontologija v osnovi temelji na nauku Immanuela Kanta, ki je etiko povezal z dolžnostjo: posamezniki se obnašajo etično, če ravnaajo v skladu z moralnimi dolžnostmi. Zaradi praktičnega uma je vsak posameznik zmožen uvideti, kaj je moralno in pravično in kaj ne. Ta moralna presoja praktičnega uma je opredeljena s kategoričnim imperativom, ki ga Kant formulira na tri različne načine, med katerimi je najbolj znana formulacija: »Deluj tako, da lahko velja maksima tvoje volje vselej hkrati kot načelo obče zakonodaje«. ⁷ Zapoved Ne laži!, ki se je izkazala zelo koristna za sožitje ljudi, je eden takih kategoričnih imperativov, oziroma absolutnih moralnih dolžnosti, ki jih moramo izvrševati ne glede na situacijo, v kateri se znajdemo. V eseju »O domnevni pravici do laganja iz človekoljubja«⁸ Kant poudarja, da človek niti v situaciji, ki ga skorajda sili v laganje, tega ne sme storiti, ker bi družba z laganjem kot univerzalnim načelom ne mogla obstajati. Pravi, da se niti v primeru, da morilec povprašuje po lokaciji svoje žrtve, ne smemo zateči k laži. Izjem torej pri spoštovanju resnice ne more biti – ni situacije ali pričakovane posledice za nas ali druge, ko bi laganje bilo moralno opravičljivo. Etičnosti dejanj ne moremo presojati glede na posledice, ki jih le-ta prinašajo, saj sami ne moremo zagotoviti, da se bo naše dejanje vedno izteklo tako, kot smo si sami zamislili. Včasih hočemo narediti kaj dobrega, pa se na koncu izkaže za slabo, ali obratno. Resnico je po Kantovo torej treba govoriti zmeraj, ne glede na posledice, saj je to naša dolžnost človeštvu.

Beauchamp in Childress se sicer v veliki meri naslanjata na Kantove koncepte, vendar že na začetku opazimo očitna razhajanja. Kot smo videli, Kant pri zapovedi Ne laži! ne dovoljuje izjem, medtem ko se Beauchamp in Childress izogneta takšnim posledicam deontološke etike (absolutnost dolžnosti) z vztrajanjem, da je resnicoljubnost dolžnost *prima facie*, ne pa absolutna. Koncept dolžnosti *prima facie* v smislu 'pogojne dolžnosti' je sicer prvi poudaril že

6 Beauchamp in Childress 2001 (op. 5), 284.

7 Immanuel Kant, *Kritik der praktischen Vernunft* (1787); v slov. prevodu Rade Riha, *Kritika praktičnega uma*, Ljubljana, Društvo za teoretsko psihoanalizo (Analecta), 1993, 33.

8 Immanuel Kant, On a Supposed Right to Lie from Atruistic Motives, v Helga Kuhse in Peter Singer (ur.), *Bioethics: An Anthology*, Oxford, Blackwell (Blackwell Philosophy Anthologies), 1999, 499–500.

William David Ross leta 1930.⁹ Tako so načela, ki jih imenujeta Beauchamp in Childress, sicer obvezujoča: dolžni smo jih spoštovati, razen kadar so v neposrednem konfliktu med seboj. Vendar pa je v praksi pogosto nemogoče razrešiti notranje konflikte med *prima facie* dolžnostmi. Tudi Beauchamp in Childress ne navajata nekega vrstnega reda načel po pomembnosti, tako da je prednostna izbira določenega načela odvisna od okoliščin. Vprašanje, katero izmed načel je v določenih okoliščinah najpomembnejše, je ključno za moralno delovanje; med *prima facie* dolžnostmi spoznamo našo dejansko dolžnost z dobro moralno presojo. Dejstvo je, da se v praksi dolžnost sporočanja resnice in spoštovanje avtonomije pacienta nemalokrat izkaže v nasprotju z načeloma neškodovanja in dobronamernosti, zato Beauchamp in Childress pravita, da je prikrivanje, zavajanje in celo laganje lahko v nekaterih primerih upravičeno. Zdravnik torej lahko oceni, da poznavanje resnice ne bi služilo najboljšim interesom bolnika, in jo zato zamolči, saj lahko sicer povzroči pri pacientu bojazen, uničuje upanje, vodi lahko celo v samomor itd.¹⁰ Tako je največkrat v situacijah, ko si načela nasprotujejo, odločitev sprejeta utilitaristično, glede na ocenjene posledice dejanja. Več o tem kasneje.

Tudi interpretacija avtonomije Beauchampa in Childressa do neke mere izhaja iz Kantovih konceptov. V njuni zahtevi po spoštovanju avtonomije je poudarjen predvsem Kantov drugi vidik kategoričnega imperativa, po katerem je posameznik smoter-po-sebi, ne pa zgolj sredstvo.¹¹ Kant pravi, da ima oseba absolutno vrednost, vrednost človeškega dostojanstva torej izhaja iz človeka samega, zato je treba spoštovati človeka kot osebo in ga vselej obravnavati hkrati kot smoter/cilj-po-sebi in nikdar zgolj kot sredstvo.¹² Kategorični imperativ zahteva spoštovanje racionalnosti posameznikov, oziroma zahteva, da spoštujemo sposobnost drugih, da se sami odločajo, kako bodo živeli. Za Kanta je osnovni konstitutivni element osebe svoboda ali avtonomija, zato ne smemo nikoli manipulirati z drugimi za dosego lastnih ciljev, četudi so dobronamerni. Nespoštovanje avtonomnosti drugega pomeni redukcijo drugega zgolj na sredstvo, pri čemer se drugega ne upošteva kot neodvisnega, racionalnega agenta. V kontekstu sodobne medicinske etike bi to pomenilo, da je potrebno pacientu povedati resnico iz spoštovanja do osebe, saj so brez točnih informacij pacienti manj zmožni racionalnega odločanja o lastnem zdravju ter na splošno o svojem življenju.

9 William David Ross, *The Right and the Good*, Oxford, Clarendon Press (British Moral Philosophers), 1930, 36.

10 Beauchamp in Childress 2001 (op. 5), 284–288.

11 Beauchamp in Childress 2001 (op. 5), 311.

12 Kant 1993 (op. 7), 102.

2.1.2 Utilitarizem

Beauchamp in Childress v zvezi s sporočanjem resnice obravnavata dva različna utilitaristična vidika.¹³ V utilitarizmu namreč ločimo utilitarizem dejanja, po katerem mora posameznik izvesti tisto dejanje, ki bo v posamezni situaciji maksimiralo koristnost, in pa utilitarizem pravila, ki nasprotno pravi, da se maksimalna koristnost doseže z upoštevanjem določenih pravil, ki veljajo za podobne situacije.¹⁴ Tako Beauchamp in Childress kot predstavnika utilitarista pravila navajata zdravnika iz 19. stoletja Worthingtona Hookerja, ki se pri primerjavi zavajanja in resnicoljubnosti odločno postavi v bran resnicoljubnosti, ker kot vsesplošno pravilo prinaša neprimerno bolj pozitivne posledice oziroma je najbolj koristno. Kot predstavnika utilitarista dejanja pa navajata J. J. C. Smarta, ki meni, da je treba pravilu resnicoljubnosti slediti le takrat, ko to maksimira koristnost v konkretni situaciji; s tega vidika zdravniki ne bi smeli vedno razkriti vse resnice pacientu. Tudi laganje je v nekaterih okoliščinah lahko ocenjeno kot dobro, pač če je izid dejanja ocenjen kot dober, zato se je za prikrivanje resnice treba odločiti v primerih ocene, da bi s tem doprinesli k večji koristi (na primer, vlivanje upanja pri pacientu).

V obeh zgornjih primerih se etično delovanje izbira po kriteriju, koliko prispeva k doseganju končnega cilja. Etično najboljše je torej tisto dejanje, ki ima na koncu najboljšo skupno posledico oziroma maksimalno korist. Za utilitarista izhaja moralnost dejanja iz zunajmoralnih vrednot, ki to dejanje ustvarjajo, vendar so te zunajmoralne vrednote lahko definirane zelo različno in utilitaristi imajo nemajhne težave z opredelitvijo neke objektivne, univerzalne metode za določanje maksimalnih koristi. Po tradicionalnem utilitarističnem sloganu »največje sreče največjega števila« se verjetno ravna tisti razmisleki, po katerih so na primer starejši pacienti izključeni iz medicinskih raziskav ter pogosto neobveščeni o vseh možnostih zdravljenja.¹⁵ Starejši pacienti so tako *a priori* smatrani kot manj avtonomni in se jih zaradi starosti manj 'splāča' obveščati in vključevati v različne vrste zdravljenja, ki so na voljo. Na splošno je zavajanje pri kliničnih raziskavah pogosta praksa, ki kaže na prevlado utilitarizma nad Kantovim naukom, po katerem človek ne sme nikoli biti obravnavan kot sredstvo. V utilitarizmu je poskus opredelitve 'dobrih' posledic prinesel naslednje definicije koristi: kot blaginjski hedonizem, kot nehedonistično stanje duha, kot zadovoljitev preferenc in kot seznanjene preference.¹⁶ Za hip se ustavimo pri

13 Beauchamp in Childress 2001 (op. 5), 344.

14 Will Kymlicka, *Contemporary Political Philosophy: An Introduction* (1990); v slov. prevodu Igorja Pribca, *Sodobna politična filozofija: uvod*, Ljubljana, Krtina (Temeljna dela), 2005, 57–60.

15 Nora Kearney in Morven Miller, Elderly Patients with Cancer, *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 33 (2000) 2, 149–154.

16 Kymlicka 2005 (op. 14), 36–48.

preferenčnih utilitaristih in njihovem, za naš kontekst pomembnem mnenju, da izhaja korist le iz tistih preferenc, ki ne izhajajo iz zgrešenih prepričanj.¹⁷ Na osnovi tega bi lahko zaključili, da so preference pacienta, ki ni obveščen o lastnem zdravstvenem stanju, zgrešene preference, ki nikakor ne bodo prispevale k njegovi dobrobiti.

Kot je bilo že omenjeno, izpeljujeta Beauchamp in Childress resnicoljubnost iz avtonomije. V povezavi s tem poudarjata predvsem zahtevo po obveščenem soglasju, saj soglasje ne more biti avtonomno, če ne temelji na polni obveščenosti. Za podkrepitev pomembnosti in potrebnosti načela spoštovanja avtonomije zraven Kanta pogosto navajata tudi Johna Stuarta Milla. Njuna definicija avtonomije vključuje opredelitev osebne avtonomije, pri kateri je posameznik osvobojen nadzora drugih ljudi ter ostalih omejitev, ki bi lahko preprečile smiselno izbiro. Avtonomni posameznik se tako odloča svobodno v skladu z načrtom, ki si ga je sam izbral.¹⁸ Po tej opredelitvi je načelo spoštovanja avtonomije zelo podobno milovskemu konceptu osebne svobode; Mill je namreč svobodo formuliral negativno (svoboda »od«) kot svobodo brez prisil in zunanjih omejitev. Skozi Millovo opredelitev legitimnega nadzora družbe nad posameznikom razberemo, da moč proti nekomu lahko uporabimo edino z namenom, da preprečimo škodo. Na splošno je dovoljeno vse, kar ne povzroča neposredne škode drugemu, oziroma kar ne posega v svobodo drugega.¹⁹

Pri resnicoljubnosti bi z utilitaristične pozicije bilo vedno potrebno tehtanje koristi in škode za pacienta. Potencialna škoda (zastoj srca, samomor itd.), ki bi jo lahko razkritje resnice povzročilo pacientu, je pogost argument za prikrivanje resnice in laganje zdravnikov.²⁰ Torej ima pravica do obveščenosti izjemo, in sicer tako imenovan 'terapevtski privilegij', po katerem lahko zdravnik prikrije resnico, če verjame, da bi razkritje pacientu škodovalo.²¹ Klasičen primer, ki ga pogosto navajajo kot opravičilo za takšno 'dobronamerno zavajanje', je prikrievanje resnice umirajočim. Tudi Beauchamp in Childress navajata takšne 'dobronamerne prevare' kot občasno upravičene, če zdravnik oceni, da je prikrievanje/laganje v najboljšem interesu pacienta. Zdravniki nemalokrat verjamejo, da pacienti ne želijo slišati slabih novic, in da bi resnica pacientom škodovala, oziroma, da pacienti niso sposobni prenesti resnice (česar ne veš, te ne boli).²² Nasprotno pa, s stališča pacienta, in če sledimo preferenčnim utilitaristom, bi lahko rekli, da me tisto, česar ne vem, vseeno bistveno prizadeva. Torej na našo

17 Kymlicka 2005 (op. 14), 40.

18 Beauchamp in Childress 2001 (op. 5), 58.

19 John Stuart Mill, *Utilitarianism and On Liberty* (1962); v slov. prevodu Friderika Klampferja, *Utilitarizem in O svobodi*, Ljubljana, Krtina (Temeljna dela), 2003, 145.

20 Sissela Bok, *Truth-Telling: Ethical Aspects*, v Warren T. Reich (ur.), *Encyclopedia of Bioethics*, New York, The Free Press, 1978, 1678.

21 Albert Jonsen, *The Birth of Bioethics*, Oxford, Oxford University Press, 1998, 354.

22 Higgs 2006 (op. 3), 616.

korist in dobrobit vpliva tudi tisto, česar nismo izkusili, česar se ne zavedamo. Če citiram Kymlicko: »Kdor me varuje resnice, mi prihrani nekaj neprijetnih zavestnih izkušenj, toda cena zanje je lahko najedanje smisla mojega delovanja«. ²³ Torej pacient, ki je bolan, ne bi želel, da bi njegova dejanja vodila misel, da je zdrav, saj bi s tem živel v laži. Pacientovo delovanje bo izgubilo smisel, ne tedaj, ko se bo zavedel, da je deloval po napačnih prepričanjih, ampak že tedaj, ko bo dejansko deloval v nevednosti o svoji bolezni.

Treba je opozoriti tudi na to, da je pri utilitarističnem odločanju o tem, ali slediti načelu resnicoljubnosti ali ne, praktično nemogoče, da bi zdravnik z zanesljivostjo rekel, ali bo njegovo sporočanje resnice koristilo ali škodovalo pacientu. Ne more z gotovostjo vedeti, ali je sporočanje resnice ali prikrivanje resnice tisto, ki maksimira koristi posameznika (ali celotne družbe). Takšno predvidevanje o škodljivosti za pacienta tako le stežka opravičuje zatekanje k prikrivanju resnice in laganju. Velikokrat pravi vzrok omejevanja informacij ni v realni možnosti škodovanja bolniku (psihološki učinek diagnosticiranja težke bolezni), ampak v dejstvu, da zdravniki ne želijo biti prinašalci slabih novic, in v bremenu, ki ga za zdravnika predstavlja proces iskrene komunikacije s težko bolnimi. ²⁴ Pomembno je, kakšen odnos ima zdravnik do bolezni, življenja in smrti. Če na primer smatra umiranje oziroma smrt kot poraz ali kot nekaj zastrašujočega, bo to vplivalo na njegova dejanja: lahko, na primer, podvrže pacienta nepotrebnim raziskavam in zdravljenjem, razen tega pa ostaja tudi možnost, da bo pacient opazil njegov strah in tesnobo. Zdravniki, ki zanikajo smrt, bodo pogosto tudi v pacientu vzbudili to zanikanje.

Mnoge empirične raziskave psihosomatske usmeritve so potrdile, da pacienti pravzaprav želijo biti obveščeni, tudi o smrtni bolezni. V intervjujih, ki jih je opravila Elisabeth Kübler-Ross z neozdravljivimi pacienti, jih je skoraj tri četrtine zatrdilo, da so zadovoljni, ker so bili obveščeni o diagnozi, oz. da bi si želeli, da jih o tem obvestijo. ²⁵ Misliti nam lahko daje tudi dejstvo, da je večina intervjuvanih pacientov tako ali tako vedela, da so težko bolni, preden jim je to povedal zdravnik. To so uvideli sami glede na spremembe na svojem telesu ali pa so to razbrali iz spremenjenega odnosa svojcev in drugih. ²⁶ Videti je torej, da bo večina pacientov vedela za svoje stanje, tudi če jim ga bo zdravnik zamolčal. Če pacient uvidi, da mu je zdravnik prikrival resnico o njegovem stanju, to lahko zelo načne zaupanje med zdravnikom in pacientom. Dolgoročni učinki varovanja bolnika pred resnico so lahko neproduktivni, saj lahko pomanjkanje informacij povečuje možnost nastanka negotovosti, strahu, bojazni, stiske

²³ Kymlicka 2005 (op. 14), 43.

²⁴ Matjaž Zwitter, Etično načelo spoštovanja avtonomije in njegove omejitve, v Zwitter in Ećimović 1998 (op. 4), 34.

²⁵ Elisabeth Kübler-Ross, *On Death and Dying*, New York, Touchstone, 1997, 31.

²⁶ Kübler-Ross 1997 (op. 25), 27.

in nezadovoljstva. Pacienti Kübler-Rossove so poudarili tudi, da je imel način, kako jim je zdravnik povedal za diagnozo, izreden pomen. Vprašanje torej ne bi smelo biti, ali sploh povedati pacientu resnico, ampak kako mu jo posredovati na primeren način.²⁷ Zdravnik mora to narediti na ustrezen način, z uporabo ustreznih besednih in nebesednih veščin sporazumevanja. Nekoč je bila zatajitev resnice ali napačno podana informacija posledica pokroviteljstva s strani zdravnika in neupoštevanja bolnika kot avtonomne osebnosti, danes pa je to velikokrat posledica pomanjkanja znanj in veščin s področja komuniciranja. Za paciente je pomembno predvsem zagotovilo, da bo storjeno vse v njihovi moči, da je na voljo zdravljenje in da situacija ni brezupna.

Kot opravičilo za prikrivanje resnice zdravniki pogosto navajajo tudi dejstvo, da je popolno resnico o čemerkoli nemogoče podati. Pravijo, da je izredno težko podajati strokovne informacije tistim, ki nimajo zadovoljive strokovne podlage in razumevanja. Sodobna moralna filozofinja Sissela Bok na to odgovarja, da pravzaprav ne gre za to, da bi pacienta na široko obveščali v težko razumljivem strokovnem jeziku, ampak je v zdravstvu bolj kot *celovitost* informacije zahtevana *točnost* informacije.²⁸

Če se vrnemo nazaj k interpretaciji avtonomije Beauchampa in Childressa, pravzaprav hitro ugotovimo, da njuna formulacija nekako skuša združiti Kantovo 'spoštovanje osebe' (spoštovanje avtonomne odločitve posameznikov - avtonomija s poudarkom na racionalni izbiri) in Millovo v osnovi drugačno konceptualizacijo svobode (poudarek na posameznikovih izbirah in željah, kjer je edina omejitev škodovanje interesom drugih ljudi).²⁹ Po Kantu je avtonomen človek tisti, ki je osvobojen vsake zunanje avtoritete, tuje določitve ali določenosti, hkrati pa absolutno zavezan moralnim normam, katere mu nalaga lasten premislek. Mill pa zavrača možnost univerzalnih etičnih norm, saj meni, da je zanesljivost o naravi realnosti in moralnosti nemogoča. Tako ostane edina omejitev lastni svobodi samo svoboda in individualnost drugega.

2.2 Etika vrlin

V etiki načel je poudarjena moralnost dejanja, medtem ko je v etiki vrlin poudarjen predvsem značaj osebe. Ta pristop k etičnim vprašanjem sega nazaj v antiko in izhaja predvsem iz aristotelizma. Na področju medicinske etike torej ta pristop skuša izpostaviti tiste značajske značilnosti zdravnika, ki ga delajo dobrega/krepostnega, oziroma tiste, zaradi katerih opravlja svoje delo dobro. Kot pomembne značajske poteze zdravnika izpostavi sočutje, integriteto, iskrenost in druge. Tudi s strani pacientov je iskrena komunikacija z zdravnikom

27 Kübler-Ross 1997 (op. 25), 32.

28 Bok 1978 (op. 20), 1686.

29 Dianne N. Irving, What is »Bioethics«?, <http://www.hospicepatients.org/prof-dianne-irving-whatisbioethics.html> (12. avgust 2010).

velikega pomena, saj jim daje nekakšno zagotovilo, da bo storil največ, kaj je v njegovi moči.

Gregory Pence, eden ameriških pionirjev bioetike, navaja naslednje razloge za pomembnost iskrenosti v odnosu zdravnik-pacient:³⁰

- resnicoljubnost je izraz spoštovanja pacientove avtonomije (pacient se lahko odloča dobro le na podlagi točnih in celostnih informacij),
- neiskrenost negativno vpliva na komunikacijo in spodkopava pacientovo zaupanje,
- laganje je značajska napaka zdravnika, ki preprečuje pacientu izpolnitev osnovnega namena, namreč da ugotovi, kaj je s pacientom narobe.

Pri razlagi iskrenost kot vrline se torej Pence zateče h kantovskim razlogom spoštovanja avtonomije in spoštovanja človeka kot smotra samega po sebi (proti manipulaciji). Za nas je zanimivo dejstvo, da tudi mnogi drugi zagovorniki etike vrlin sicer izpeljujejo resnicoljubnost iz pomembnosti iskrenosti kot ene od vrlin zdravnika, vendar, kot je to očitno pri Penceu, na koncu etika vrlin vseeno pristane na normativni etiki.

Ameriška pionirja bioetike Edmund Pellegrino in David Thomasma pa priznavata, da so določene vrline le dopolnilo v osnovi deontološkim in utilitarnim etičnim in metodološkim zastavkom. Za prikaz si oglejmo članek Thomasme o sporočanju resnice pacientom. Thomasma predstavi tri razloge za nujnost sporočanje resnice:³¹

- spoštovanje človeka kot osebe (kantovski razmislek – brez resnice bi človeštvo propadlo),
- koristnost resnice (utilitarni razlogi),
- prijaznost do soljudi, ki izhaja iz resnicoljubnosti kot vrline (etika vrlin).

Njegovo izpeljevanje resnicoljubnosti iz načela avtonomije je razvidno predvsem s stališča, da v primerih, kjer je avtonomija posameznika okrnjena (nezavezni pacienti, otroci, odvisniki, mentalni bolniki), sporočanje resnice ni več potrebno; Thomasma to imenuje 'nujen paternalizem'. Vendar tudi pri avtonomnih pacientih obstajajo situacije (na primer, če je ogrožena dobrobit posameznika ali skupnosti), v katerih lahko druga načela prevladajo nad načelom resnicoljubnosti. Tako je na primer opravičljivo, da se neozdravljivemu pacientu iz sočutja to dejstvo prikrije, kar nakazuje, da je tudi v etiki vrlin resnicoljubnost kontekstualna, sekundarna.

30 Gregory Pence, *The Elements of Bioethics*, New York, McGraw-Hill Publishers, 2007, 14–16.

31 David C. Thomasma, Telling Truth to Patients: A Clinical Ethics Exploration, v Tom Bluechamp in LeRoy Walters (ur.), *Contemporary Issues in Bioethics*, Belmont, Wadsworth Publishing Company, 1999, 123–127.

2.3 Nova kazuistika

V nasprotju z etiko načel in etiko vrlin, ki temeljita na deduktivni metodi uporabe pravila v določeni situaciji, pa gre pri novi kazuistiki za obrnjeno metodo. Pristop temelji na vzorčnih primerih, pri katerih so izpostavljene moralno bistvene značilnosti določene situacije. Moralno vodstvo pri praktičnih odločitvah v posameznih situacijah nam tako nudi kopica vplivnih, vzorčnih primerov. Pri tehtanju, ali naj razkrijemo resnico ali ne, poiščemo analogne vzorčne primere, ki bi nam nakazali pot pri oceni in odločitvi v določeni situaciji: podobni primeri se torej rešujejo na podoben način.³² Na področju bioetike sta ta model razvila predvsem Albert Jonsen in Stephen Toulmin.³³

Poglejmo si torej enega teh vzorčnih primerov, da ugotovimo, na kakšen način utemeljujejo kazuisti etično ravnanje. Primer navaja 65 let starega pacienta, ki se pritožuje nad bolečinami v spodnjem delu trebuha ter izgubo teže. Pacient v bližnji prihodnosti načrtuje potovanje, ki se ga zelo veseli. Dilema je torej, ali razkriti pacientu sum na raka trebušne slinavke ali odložiti preiskavo na čas, ko se pacient vrne s potovanja. Avtorja svetujeta, da se pacienta obvesti o sumu diagnoze, svoje priporočilo pa utemeljujeta z etično dolžnostjo zdravnika, da razkrije pacientu sum na diagnozo ter postopke zdravljenja. Iskrenost je tista, ki vzpostavlja odnos zaupanja med zdravnikom in pacientom; to avtorja izpeljujeta predvsem iz zahteve po spoštovanju pacientove avtonomije, ki omogoča pacientu, da se preudarno odloča.

Iz danega primera opazimo, da se nova kazuistika pri obravnavi specifičnih primerov v veliki meri naslanja na več delnih, univerzalnih pravil. Albert Jonsen in Stephen Toulmin naravnost priznavata pomembnost splošnih načel, saj pravita, da dobra kazuistika preudarno uporabi splošna, abstraktna načela v posameznih primerih.³⁴

2.4 Vprašanje placeba

Dotaknili se bomo tudi vprašanja uporabe placeba, saj osvetljuje zanimive aspekte v zvezi z resnicoljubnostjo. Placebo (latinsko »Ugajal bom«) je največkrat definiran kot tisto zdravilo ali postopek zdravljenja, ki je predpisan, ne zaradi posebnih kemičnih ali fizičnih značilnosti, ampak zaradi ne-specifičnih, psiholoških in psiho-fizioloških učinkov, ki naj bi jih povzročil pri pacientu. Od 1960-ih naprej, torej odkar je v zdravstvu v ospredju avtonomija in z njo resnicoljubnost, je zaznati veliko nasprotovanja 'dobronamernemu zavajanju', kar

32 Jeramy Townsley, Casuistry, <http://www.jeramy.org/papers/casuistry.html> (15. avgust 2010).

33 Albert Jonsen, Mark Siegler in William J. Winslade, *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, Stamford, Appleton & Lange, 2006, 66–69.

34 Albert Jonsen in Stephen E. Toulmin, *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*, Berkeley, University of California Press, 1988, 16.

uporaba placeba v bistvu je. Izpostavljena je torej neetičnost zavajanja oziroma neobveščenosti zdravljenju posameznika. Tudi obveščen pristanek pacienta ni možen na podlagi necelostnih ali neresničnih podatkov. V sodobnem svetu je tako ali tako vedno manjša možnost zavajanja pacientov s strani zdravnika (in s tem uporaba placeba) in to zaradi naraščanja osebnega zanimanja za zdravje, javnega ozaveščanja ter možnost dostopa do informacij na internetu in drugih virih.

Po drugi strani izhaja zagovor uporabe placeba predvsem iz videnja placeba kot enega od sredstev za izpolnitev zdravnikove dolžnosti dobronamernosti (zdravnikova dolžnost je delati v korist pacienta). Tudi z utilitarne perspektive je zavajanje oziroma laganje ob uporabi placeba dovoljeno, seveda če je ocenjeno, da bo prineslo koristi. Domneve o pozitivnih posledicah uporabe placeba temeljijo na raziskavah o učinkovitosti placeba, ki pa so bile deležne veliko kritik. Asbjør Hrobjartsson in Peter Gotzsche sta sistematično pregledala dosedanje raziskave o učinkih placeba in ugotovila, da je le malo zanesljivih dokazov o učinkovitosti placeba, ter da so mnoge raziskave zastavljene tako, da dopuščajo pristranskost oziroma uporabljajo neprimerne raziskovalne metode.³⁵ Uporaba placeba ne temelji le na teoriji, ki pravi, da posameznikov način razmišljanja in njegova prepričanja lahko vplivajo na njegovo psihološko stanje, temveč tudi, da lahko povzročijo dejanske biološke spremembe v telesu (*mind over matter*). Daniel E. Moerman in Jonas B. Wayne menita, da je treba razumeti učinek placeba kot »pomenski odziv«, saj dobrodejni učinki izhajajo iz pomena, ki ga pripisuje pacient placebo v okviru razumevanja lastne bolezni.³⁶ Vera, optimizem, pozitivna samo-iluzija, samo-prevara so potem pravzaprav tisti elementi, ki zdravijo v primeru placeba. S poudarkom na 'spiritualnosti' in 'pozitivni naravnosti' pri zdravljenju je v zadnjih letih zelo popularen diskurz v prid uporabe placeba. Popularnost takšnega razmišljanja je mogoče videti tudi kot zaton kartezijskega dualizma telesa in duše, v ospredje pa prihaja holizem, ki pa ob pogostem prevelikem poudarku na spiritualizmu/psihizmu prav tako lahko vodi v enostranski redukcionizem.

Velikokrat se omenja, da učinek placeba v veliki meri temelji na odnosu zdravnika do pacienta, oziroma da zdravilno deluje zdravnikovo spoštovanje pacienta, način kako zdravnik predstavi predpisano zdravilo, včasih pa že sam pogled na belo haljo. To poudarja tudi Howard Brody, avtor številnih člankov in knjige o učinkih placeba, ki vidi placebo kot sredstvo, katerega učinkovitost

35 Asbjør Hrobjartsson in Peter C. Gotzsche, Is the Placebo Powerless? An Analysis of Clinical Trials Comparing Placebo with No Treatment, <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200105243442106> (14. avgust 2010).

36 Daniel E. Moerman in Jonas B. Wayne, Deconstructing the Placebo Effect and Finding the Meaning Response, <http://books.google.co.uk/books?id=o732GWGjPQ4C&printsec=frontcover&hl=sl#v=onepage&q&f=false> (13. avgust 2010).

temelji na moči odnosa zdravnik-pacient (placebo kot »laž, ki zdravi«).³⁷ Če torej upoštevamo pomembnost argumenta, da izhaja pozitivni učinek placeba predvsem iz kulturno-simbolnega pomena zdravnika (zdravnik kot tisti, ki je sposoben zdraviti), potem je prav tako treba priznati, da uspešnost zdravljenja na splošno temelji predvsem na moči odnosa zdravnik-pacient, ki je v veliki meri zgrajen predvsem na zaupanju in veri v iskrenost. In na tej točki vidim velik paradoks placeba, in sicer v tem, da se s prikrivanjem in laganjem neizpodbitno spodkopava prav tisto, na čemer pravzaprav temelji njegov pozitivni učinek – zaupanju, da zdravnik lahko zdravi. Uporaba placeba torej zaradi neupoštevanja resnicoljubnosti, ki je temelj zaupanja med zdravnikom in pacientom, predstavlja tveganje, da pacient izgubi vero v celoten zdravstveni sistem, oziroma celo v smisel zdravljenja. Toda kljub temu, da uporaba placeba ogroža odnos zdravnik-pacient, ki temelji na zaupanju, se pogosto pojavljajo paternalistični ugovori, da je zavajanje upravičeno, če le prinaša pozitivne učinke za pacienta. Pri takšnem razmišljanju so prevečkrat pozabljeni negativni učinki placeba. Zraven že omenjenega spodkopavanja zaupanja ima uporaba placeba tudi bolj neposredne negativne posledice: predvsem se to velikokrat zgodi pri sicer zelo razširjeni uporabi placeba za lajšanje bolečin. Tako se pri taki uporabi placeba ne odpravlja vzrok, temveč zgolj simptom (bolečina), s tem pa lahko ostane določeno bolezensko stanje skrito, samo zdravljenje pa odloženo. Pri nekaterih pacientih se pri uporabi placeba pojavijo negativni stranski učinki; tukaj govorimo o tako imenovanem odzivu *nocebo* (latinsko »Škodoval bom«), pri katerem pacienti na primer pri zaužitju placeba namesto protibolečinskih učinkov poročajo o povečanju bolečine.

3 SKLEP

Težko bi zanikali pomembnost resnice v medsebojnih odnosih na splošno, še posebno mesto pa ima resnica v odnosu zdravnik – pacient, kjer je pacient postavljen v posebej ranljiv in odvisen položaj; na tem področju je resnicoljubnost definirana kot praksa in odnos odkritosti do pacienta. Resnicoljubnost sicer ni bila poudarjen del hipokratske tradicije, vendar v sodobni medicinski praksi postaja vse pomembnejše, da zdravnik bolniku zadovoljivo pojasni njegovo zdravstveno stanje, mu predstavi možnosti za zdravljenje in si za ukrepanje pridobi njegovo privolitev. Nekoč samoumeven paternalistični odnos med zdravnikom in pacientom je v zadnjih petdesetih letih postal močno načet, resnicoljubnost pa je, skupaj z novodobnim poudarkom na avtonomiji in soodločanju pri postopkih zdravljenja, postala eno pomembnejših etičnih načel, ki veljajo za sodobni partnerski odnos med pacientom in zdravnikom. Videli smo, da takšno

37 Howard Brody, *The Lie that Heals: The Ethics of Giving Placebos*, <http://www.annals.org/content/97/1/112.abstract> (13. avgust 2010).

stališče zavzemajo tudi pomembni teoretiki na področju bioetike kot na primer Beauchamp in Childress. Njuna koncepcija avtonomije je široka in izpeljana iz različnih, pogosto nasprotujočih si filozofskih sistemov (Beauchamp je po filozofski usmerjenosti bližje utilitarizmu pravila, Childress pa deontologiji). Te teoretične razpoke v praksi lahko pripeljejo do različnih rezultatov: tako lahko po eni strani zdravniki vidijo prikrivanje informacij kot način nedopustnega omejevanja bolnikove avtonomije, po drugi strani pa lahko z utilitarističnim razmislekom o ravnotežju med koristmi in škodo sledijo prepričanju, da si pacient pravzaprav ne želi slišati resnice o diagnozi, in da mu bo le-ta škodovala. Tako zdravnik pogosto prikriva resnico in bolnika zavaja aktivno ali pasivno, nekako v prepričanju, da bi resnica lahko pacientu škodovala bolj kakor laž. Vendar je videti, da bi, glede na raziskave o negativnih posledicah prikrivanja resnice pacientu, moral tudi utilitaristični razmislek voditi v zavračanje zatekanja k prikrivanju resnice in lažem.

Tako se danes zdravniki naj ne bi spraševali več, ali naj povejo resnico ali ne. Bolnikova pravica in zdravnikova dolžnost narekujeta, da se informacije o bolniku posredujejo, vendar v tolikšni meri in v takšnih potankostih, kot sam želi, ter na način, ki bo bolniku razumljiv in bo imel nanj najmanj neugodnih učinkov. Torej je pomemben tudi način obveščanja pacientov, zato bi bilo potrebno pri zdravnikih in zdravstvenem osebju razvijati učinkovite(jše) tehnike komunikacije ter iskati poti za sporočanje resnice na boljši način. Še vedno se namreč zdi, da se zdravniki premalo zavedajo, da pravzaprav njihova naloga ni umetno ohranjanje pacientove sreče, temveč uravnoteženo odločanje v pacientovo dobro, ki temelji na pacientovi avtonomiji in seznanjeni izbiri, četudi za etične dileme pogosto ni enotnega odgovora.

Predstavitev avtorice

Helena Lukman je bila rojena na Ptujju leta 1981. Diplomirala je iz angleščine in sociologije kulture (Diskurzivne reprezentacije 'Vzhodne Evrope' v britanskem tisku ob širitvi EU 2004 pod mentorstvom dr. Rastka Močnika) na Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani. Trenutno je samozaposlena v podjetju Transumana kot prevajalka strokovne literature, predvsem s področja prava in informatike.

Synopsis

Helena Lukman

Truth-Telling in the Field of Medical Ethics

Key words: truth-telling, bioethics, medical ethics, ethics of principles, virtue ethics, new casuistry

Summary: 1. Introduction. – 2. Medical Ethics. – 2.1. *The Four Principles Approach*. – 2.1.1. *Deontology*. – 2.1.2. *Utilitarianism*. – 2.2. *Virtue Ethics*. – 2.3. *New Casuistry*. 2.4. *The Placebo Issue*. – 3. Conclusion.

Within the scope of medical ethics, the issue of truth-telling (veracity) has undergone important changes in the last half a century. In traditional medical ethics the obligation of truth telling was not an essential part of the patient-physician relationship; the Hippocratic Oath does not even mention the principle of truth-telling. However, in recent years, the duty of truth-telling has become one of the main issues in bioethics and a fundamental part of professional medical ethical oaths and codes. This change could be perceived as a part of the broader process in which the patient-physician relationship moved beyond paternalistic medical attitude. Today the key concept is patient autonomy where patient is allowed to take some control of the course of the treatment. Mostly, truth-telling is thought of as a condition that needs to be fulfilled in order for the patient to act autonomously, i.e. to be free to make his or her own decisions. The duty of truth-telling is not merely a moral obligation, but also forms part of a legal obligation demanding from a physician to tell the truth in order to obtain informed consent. The duty of truth-telling is thus at the heart of informed consent because the patient can only give consent to the proposed procedure or treatment if he/she is fully informed.

The most influential approach in bioethics regarding what information ought to be revealed to the patient is the four principles model, which was set forth by American ethicists Tom L. Beauchamp and James F. Childress. Out of the four leading principles (autonomy, beneficence, non-maleficence, justice), which have been incorporated into the European medical ethical codes and oaths, the respect for patient autonomy takes a central place. The duty of truth-telling rests on the principle of respect for patient autonomy – in order to make autonomous decisions, the patient needs to be fully informed. Beauchamp's in Childress's conception of autonomy is, on one hand, dealt with reference to the deontological theory developed by Immanuel Kant and, on the other hand, embracing utilitarianism of John Stuart Mill. Immanuel Kant argued that our

moral duty is to act out maxims that can be universalized, and one of these categorical imperatives is an absolute moral duty against lying which needs to be carried out regardless of the situation. Beauchamp and Childress do not consider the four primary principles in a strict Kantian sense as absolute duties but rather as *prima facie* duties (conditional duties), meaning that these duties are binding unless they are in tension with each other. Not infrequently, the professional principle of autonomy is in conflict with one or more of the other primary principles of bioethics. To help resolve difficult dilemmas related to truth-telling, the four principle model suggests that the physician's duty is to balance the demands of duties arising from the respect for patient autonomy and other *prima facie* duties, and decide which principle carries more weight. For instance, lying would be ethically justified in situations where the principle of respect for autonomy is outweighed by an ethical principle of beneficence, i.e. where there is a serious risk that telling the truth will cause serious harm to the patient. Under such circumstances, decisions are most commonly made from the utilitarian perspective; withholding information can be morally acceptable if the estimated consequences of doctor's decision lead to greater good. However, there are several issues related to the utilitarian decision making; for instance, the difficulties of doctors to accurately measure the consequences of not telling the truth, since the consequences of their actions are often unpredictable.

Another influential approach in modern bioethics is virtue ethics. In contrast to the four principles approach, which emphasizes principles and duties of a physician, the virtue ethics approach brings forward the moral character of a physician. Honesty is one of the virtues or traits that doctors should actively develop and nurture. However, when it comes to practical decision making, the moral reasoning in virtue ethics seems to be firmly rooted in normative ethics.

Contrary to the two previously mentioned approaches which are based on inductive reasoning, the new casuistry approach uses a deductive method. The moral guidance in practical decision making is an array of typical cases, from which the physician finds the similar one and solves the ethical dilemma in a similar way. However, the typical cases used in new casuistry are generally relying on application of several partial, universalized rules that originate in deontological and utilitarian moral theories.

Generally speaking, there are two main situations in which not telling the truth is considered acceptable. In situations where patients ask not to be told, the balance is in favor against truth telling due to respect for patient autonomy. Other relevant cases are concerned with randomized trials where the use placebo is a standard. The effect of placebo is mainly based on authority of the medical profession which is in turn, ironically, jeopardized by the use of placebo. At the end of the day, the erosion of trust in the medical profession may be the greatest danger of not telling the truth.

References

- Tom L. BEAUCHAMP, James F. CHILDRESS, 2001: *Principles of Biomedical Ethics* (First Edition 1979). 5th Edition. Oxford: Oxford University Press.
- Sissela BOK, 1978: Truth-Telling: Ethical Aspects. *Encyclopedia of Bioethics*. Ed. Warren T. Reich. New York: The Free Press. 1978.
- Howard BRODY. The Lie that Heals: The Ethics of Giving Placebos, URL: <http://www.annals.org/content/97/1/112.abstract> (13. 8. 2010).
- Paul CARRICK, 2001: *Medical Ethics in the Ancient World*. Washington D.C.: Georgetown University Press. 215.
- Roger HIGGS, 2006: On Telling Patients the Truth. *Bioethics: An Anthology* (First Edition 1999). Eds. Helga Kuhse, Peter Singer. 2nd Edition. Oxford: Blackwell. 611–619.
- Asbjør HROBJARTSSON, Peter C. GOTZSCHE: Is the Placebo Powerless? An Analysis of Clinical Trials Comparing Placebo with No Treatment. URL: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200105243442106/> (14. 8. 2010).
- Dianne N. IRVING, 2000: What is »Bioethics«?. URL: <http://www.all.org/abac/dni010.htm> (28. 8. 2009).
- Jennifer JACKSON, 2001: *Truth, Trust and Medicine*. London: Routledge. 10.
- Albert R. JONSEN, 1998: *The Birth of Bioethics*. Oxford: Oxford University Press. 354.
- Albert R. JONSEN, Stephen E. TOULMIN, 1988: *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. Berkeley: University of California Press. 16.
- Albert R. JONSEN, Mark SIEGLER & William J. WINSLADE, 2006: *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine* (First Edition 1982). 6th Edition. Stamford, Conn.: Appleton & Lange. 66–69.
- Immanuel KANT, 1999: On a Supposed Right to Lie from Atruistic Motives. *Bioethics: An Anthology*. Eds. Helga Kuhse, Peter Singer. 1st Edition. Oxford: Blackwell. 499–500.
- 1787: *Kritik der praktischen Vernunft*. – 1993: *Kritika praktičnega uma*. Slovenian trans. by Rado Riha. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo (Analecta; 33).
- Will KYMLICKA, 1990: *Contemporary Political Philosophy: An Introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- 2005: *Sodobna politična filozofija: uvod*. Slovenian trans. by Igor Pribac. Ljubljana: Krtina (Temeljna dela; 57–60).
- Nora KEARNEY & Morven MILLER, 2000: Elderly Patients with Cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 33 (2000) 2. 149–154.
- Elisabeth KÜBLER-ROSS, 1997: *On Death and Dying*. New York: Touchstone. 27–32.
- Daniel E. MOERMAN & Jonas B. WAYNE. Deconstructing the Placebo Effect and Finding the Meaning Response. URL: <http://books.google.co.uk/books?id=o732GWGjPQ4C&printsec=frontcover&hl=sl#v=onepage&q&f=false> (13. 8. 2010).
- John S. MILL, 1962: *Utilitarianism and On Liberty*. London: William Collins Sons and Co.
- 2003: *Utilitarizem in O svobodi*. Slovenian trans. by Friderik Klampfer. Ljubljana: Krtina (Temeljna dela; 145).
- Gregory PENCE, 2007: *The Elements of Bioethics*. New York: McGraw-Hill Publishers. 14–16.
- David W. ROSS, 1930: *The Right and the Good*. Oxford: Clarendon Press. 36.
- David.C. THOMASMA, 2009: Telling the Truth to the Patients. *Bioethics: Principles, Issues, and Cases*. Ed. Lewis Vaughn. Oxford: Oxford University Press. 123–127.
- Jeremy TOWNSLEY, 2003: Casuistry. A Summary. URL: <http://www.jeramyt.org/papers/casuistry.html> (2. 9.2009).
- Matjaž ZWITTER, 1998a: Etična ocena zdravnikovega delovanja. *Etična razpotja v klinični medicini*. Eds. Matjaž Zwitter, Patricija Ećimović. Ljubljana: Onkološki inštitut. 77–79.
- 1998b: Etično načelo spoštovanja avtonomije in njegove omejitve. *Etična razpotja v klinični medicini*. Eds. Matjaž Zwitter, Patricija Ećimović. Ljubljana: Onkološki inštitut. 34.

Author's short biography

Helena Lukman was born in 1981 in Ptuj, Slovenia. She graduated from the Faculty of Arts, the University of Ljubljana, in 2010, at the departments for English and Sociology of Culture with the graduating theses entitled: "Cockney: From Vulgar to Acceptable" and "Discursive Representations of 'Eastern Europe' at the EU Enlargement in 2004". Personal experience encouraged her to start re-searching medical ethics issues and she is interested in continuing studies in the field of bioethics at Master level. Currently, she is working as a freelance technical translator specialized in law and IT.