

## Klinikinės etikos institucionalizavimas ir sklaida

### I. Įvadas: Medicinos etikos komisijos pasaulyje

Pastaruosius 30 metų Vakarų Europoje ir Šiaurės Amerikoje sveikatos priežiūros įstaigose įvairiomis formomis imta spręsti ne tik medicininius ar organizacinius, bet ir etikos klausimus. Skirtingose šalyse medicinos etikos komitetų kūrimąsi paskatino kompleksas įvairių veiksnių – naujų gyvybę gelbstinčių technologijų bei medikamentų sukūrimas ir įdiegimas į praktiką, pacientų teisių teisinis reglamentavimas bei sustiprėjimas ir kiti socialiniai-kultūriniai pokyčiai. Šie komitetai steigti tiek kaip nacionalinio lygmens (pvz., JAV Prezidento medicinos etikos, mokslinių ir elgsenos tyrimų komisija (angl. *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*)), tiek regioninio (pvz., Regioniniai medicinos mokslinių tyrimų etikos komitetai Norvegijoje), tiek atskiros sveikatos priežiūros ar mokslo institucijos lygmens institucijos.

Daugelyje šalių sveikatos priežiūros įstaigose kylančių etikos problemų analizei buvo sukurti medicinos etikos komitetai (angl. *Health Care Committees (HEC)*)<sup>i</sup>. Šiame tekste ir aptarsime pastarųjų institucijų kūrimosi ir veiklos ypatumus bei raidos tendencijas.

Aštuntajame-devintajame praeito amžiaus dešimtmetyje sveikatos priežiūros specialistai ėmė vis dažniau susidurti su iki tol nežinomomis problemomis, pavyzdžiui, atsisakančiais gydymo pacientais, šeimomis, prašančiomis atjungti artimųjų gyvybę palaikančią aparatūrą (*Karen Quilan* atvejis), ribotų resursų paskirstymo įstaigoje ar

---

<sup>i</sup> Svarbu atkreipti dėmesį į terminą „medicinos etika“, kuris žymi kasdienėje klinikinėje praktikoje išskylančias etikos problemas bei pažymėti, kad šios problemos skiriasi nuo tyrimų etikos problemų ir klausimų, kuriuos nagrinėja kito tipo etikos institucijos – tyrimų komitetai, kuriami mokslinių projektų, kuriuose dalyvauja žmonės (biomedicininii tyrimų), vertinimui (Lietuvoje – Lietuvos bioetikos komitetas ir regioniniai biomedicininii tyrimų etikos komitetai).

stipriai apsigimusių naujagimių gaivinimo klausimais. Pavyzdžiui, Jungtinės Karalystės medicinos etikos komisijų pirmųjų rekomendacijų objektas buvo *Nurodymai negaivinti*<sup>ii</sup>.

Rytų ir Vidurio Europos šalyse, tarp jų ir Lietuvoje, sveikatos priežiūros įstaigų medicinos etikos komitetai pradėti steigti po 1990 m., ėmus keisti sveikatos sritį reglamentuojančius teisės aktus ir reformuojant sveikatos priežiūros sistemas. Lietuvoje šie instituciniai dariniai buvo pavadinti sveikatos priežiūros įstaigų medicinos etikos komisijomis (toliau – medicinos etikos komisijos).

Ir šiandien iš esmės neabejojama, kad klinikinėje praktikoje susiduriama su vis daugiau ir naujų etinių iššūkių, todėl pagalba medicinos personalui juos sprendžiant yra svarbi<sup>1 2</sup>, tačiau diskutuojama dėl to, kokia yra tinkamiausia forma jų sprendimui – ar prieš keletą dešimtmečių imti steigti etikos komitetai atitinka nūdienos poreikius.

Paminėtina viena naujausių olandų mokslininkų studija<sup>3</sup>, kuria buvo siekiama išsiaiškinti, ar Nyderlandų sveikatos priežiūros įstaigose yra reikalinga pagalba etiniais klausimais, kodėl dažnai ja nesinaudojama net ten kur tokia galimybė yra ir kokie veiksniai tai lemia. Svarbu pastebėti, kad net 68 proc. apklaustųjų<sup>iii</sup> teigė, kad pagalba etiniais klausimais yra pageidautina. Svarbiausios respondentų nurodomos priežastys, kodėl galimybė konsultuotis situacijose, keliančiose sudėtingus moralinius klausimus, jiems atrodo svarbi, buvo šios:

- šiuolaikinės medicinos sudėtingumas
- indėlis į sveikatos priežiūros institucijos esminę veiklą
- struktūruoto požiūrio į etikos problemas poreikis

Kita vertus, minimos studijos rezultatai atskleidė, kad klinikinės etikos institucionalizavimas susiduria su rimtomis problemomis. Pirma, įstaigų, kuriose nėra etikos komisijų, atstovai teigė jų ir nepasigendantys, kadangi etinis komponentas

---

<sup>ii</sup> *Do Not Resuscitate Order* - tai dokumentas, kuriuo pacientas pareiškia valią, kokiomis aplinkybėmis nenorėtų būti gaivinamas.

<sup>iii</sup> Apklausti buvo įstaigų administracijos atstovai, etikos komisijų nariai ir etikos konsultantai.

klinikinėje praktikoje nėra savarankiškas, jis turi būti integrali klinikinių sprendimų priėmimo dalis. Antra problema – nepakankami resursai, kurią nurodė ne tik aptariama olandų studija, tačiau ir Norvegijos<sup>4</sup> bei Jungtinės Karalystės<sup>5</sup> mokslininkų atlikti naujausi tyrimai apie etinės pagalbos padėtį jų šalyse.

## **II. Medicinos etikos komisijų funkcijos ir vaidmuo sveikatos priežiūros įstaigoje**

Norėdami leisti skaitytojui susidaryti įspūdį, kaip funkcionuoja medicinos etikos komisijos pasaulyje pateiksime trumpą apžvalgą, koks jų sudarymo teisinis pagrindas, funkcijos ir nagrinėjamos problemos.

Nyderlanduose etikos komisijos įsteigtos 34% sveikatos priežiūros įstaigose (priklausančiose nacionalinei sveikatos sistemai), Australijoje – 11% ligoninių, Jungtinėje Karalystėje - 78 iš 400 valstybinių ligoninių<sup>iv</sup>, Vokietijoje – apytikriai 14% ligoninių<sup>6</sup>, JAV – net apytikriai 93% ligoninių. Norvegų mokslininkų grupė, atlikusi egzistuojančios praktikos tyrimą, komisijas rekomendavo steigti tik didžiosiose ligoninėse<sup>7</sup>.

Skirtingose šalyse teisės aktai skirtingai reglamentuoja prievolę steigti medicinos etikos komisijas sveikatos priežiūros įstaigose. Pavyzdžiui, Vokietijoje, panašiai kaip ir JAV, etikos komitetų kūrimą paskatino ligoninių akreditavimo reikalavimai – sudarytos sąlygos etinių problemų sprendimui vertinamos kaip svarbi tinkamos vadybos ir pacientų priežiūros sąlyga<sup>8</sup>. Tuo tarpu Ispanijoje komisijų steigti neprivaloma, tačiau valstybinės ligoninės skatina ir remia jų kūrimąsi. Taip pat Jungtinėje Karalystėje<sup>9</sup> Nyderlanduose klinikinės etikos komisijų steigimasis nebuvo ir nėra teisiškai reglamentuotas ar privalomas – tai pačių sveikatos priežiūros įstaigų prerogatyva<sup>10</sup>.

---

<sup>iv</sup> 2005 m. duomenys

JAV atlikto tyrimo duomenimis<sup>11</sup>, 116 sveikatos priežiūros įstaigų etikos komitetų nurodė, kad trys pagrindinės veiklos sritys yra rekomendacijos įstaigos politikai, administracijos, darbuotojų, pacientų bei pačių komiteto narių švietimas ir konsultavimas. Šis pavyzdys puikiai patvirtina ir mokslinėje literatūroje nurodomas tris pagrindines medicinos etikos komitetų funkcijas<sup>12 13</sup>, kurias toliau ir aptarsime išsamiau:

- 1) rekomendacijų rengimas,
- 2) švietimas ir
- 3) konsultavimas konkrečiais atvejais.

### **1. Rekomendacijų rengimas**

Viena pagrindinių medicinos etikos komiteto veiklos sričių yra rekomendacijų įstaigos politikai (angl. *guidance for institutional policy*) teikimas<sup>14 15 16 17</sup>. Šios rekomendacijos gali būti įvairių formų, tačiau dažniausiai tai yra gairės, kuriose aptariama įstaigoje itin aktuali ir reikšminga etikos problema arba vertinimas, rekomendacijos kitų padalinių rengiamiems dokumentams.

Kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga susiduria tiek su bendromis, tiek tik su jai būdingomis problemomis, tačiau galima išskirti kelias sritis, kurios dažniausiai yra etikos komitetų rekomendacijų objektas:

- a) informuoto asmens sutikimo praktinis įgyvendinimas;
- b) pagarbos privačiam gyvenimui užtikrinimas (konfidencialumas);
- c) kriterijai, situacijos, kuriomis pateisinamas gyvybę palaikančios aparatūros išjungimas, negaivinimo, neefektyvaus (angl. *futile treatment*) ar kito gydymo netaikymas;
- d) reprodukciniai sprendimai (dirbtinis apvaisinimas, nėštumo nutraukimas);
- e) išankstinės valios pareiškimų (angl. *living wills, advance directives*) įgyvendinimas įstaigoje;
- f) paciento artimųjų teisės ir pareigos.

Pavyzdžiui, 2010 m. studijos apie klinikinės etikos komitetų veiklą Norvegijoje<sup>18</sup>, rezultatai parodė, kad per 2 laikotarpį 31 etikos komisija parengė 27 rekomendacijų (gairių) dokumentus, kurie buvo susiję su:

- gyvenimo pabaigos sprendimais (16)<sup>y</sup>
- pacientų autonomija/priverstinė hospitalizacija (6)
- prioritetais (3)
- konfidencialumu (1)
- bendravimu su pacientu *facebook* pagalba (1)

## **2. Švietimas**

Kalbant apie šviečiamąją etikos komiteto funkciją, pirmiausia pažymima, kad patys etikos komiteto nariai turi gauti papildomų šios srities žinių ir jas atnaujinti. Kartu etikos komitetas veikia kaip medicinos etikos populiarintojas ir informacijos sklaidėjas įstaigoje. Priklausomai nuo poreikio ir apsisprendimo, etikos komiteto šviečiamosios veiklos objektu gali būti administracija, medicinos personalas, kiti darbuotojai, pacientai ir jų šeimos. Šviečiamoji veikla yra mažiausiai įtampų kelianti funkcija, todėl rekomenduotina nuo pat komiteto darbo pradžios, skirtingai nei etinio konsultavimo funkcija, kuriai rekomenduojama įgyti patirties ir kompetencijos<sup>19</sup>. Tačiau kai kurie autoriai pažymi, kad tai - kartu ir sunkiai realizuojama funkcija dėl tinkamos formos pasirinkimo problemos, auditorijos motyvacijos (specialistai „nenori mokytis“, jaučiasi esą etikos ekspertai), imlumo resursams.

Svarbu atkreipti dėmesį į Ispanijos pavyzdį – šioje šalyje Nacionalinis sveikatos institutas inicijavo bioteisės magistro studijas ligoninių darbuotojams ir 2002 m. jau buvo 150 diplomuotų specialistų, kurie dirbo įvairiuose etikos komitetuose.

## **3. Konsultavimas konkrečiais atvejais**

Etikos komiteto kaip konsultanto sudėtingais etikos klausimais funkcija labiau būdinga JAV veikiantiems etikos komitetams, o kai kurie Europos etikos komitetai jos apskritai atsisakė (pvz., Belgija) dėl įvairių priežasčių.

---

<sup>y</sup> Skliausteliuose nurodomas svarstyčių atvejų skaičius.

Vis dėlto nors ir konsultavimas konkrečiais atvejais sudaro nedidelę dalį Europos etikos komisijų darbo apimties<sup>vi</sup>, ji yra vykdoma. Pavyzdžiui, Norvegijos nacionalinės ligoninės etikos komisija per šešerius darbo metus svarstė 31 atvejį, iš kurių net 19 buvo susiję su nepilnamečiais pacientais<sup>20</sup>. Taip pat svarbu atkreipti dėmesį, kad didžioji dalis (20) šių konsultacijų buvo skirtos naujai iškilusiai problemai ar situacijai spręsti, ir tik 11 atvejų buvo svarstomas jau įvykęs faktas.

Jungtinės Karalystės Klinikinės etikos tinklo pateikiama informacija apie klausimus, kuriuos yra nagrinėję etikos komitetai<sup>vii</sup>:

- Informuoto asmens sutikimas
- Gyvenimo pabaigos sprendimai
- Konfidencialumas
- Nurodymai negaivinti
- Išankstinis valios pareiškimas (angl. *Advance directives*)
- Gydytojo atsisakymas
- Resursų skirstymas
- Pacientų suvaržymas (angl. *restraint*)
- Genetinis testavimas

2008 m. norvegų studijos duomenimis<sup>21</sup>, pagrindinės yra šios etikos komisijų konsultacijų temos:

- Gydytojo ribojimas sunkiai sergančiam pacientui (24)
- Artimųjų/giminaičių norai (17)
- Paciento autonomija (16)
- Prievarta prieš pacientą (9)
- Prioritetų skirstymas/resursų (8)
- Informavimas/bendravimas (8)
- Konfidencialumas (6)
- Reprodukciniai sprendimai (5)
- Kita (6)

---

<sup>vi</sup> Daugiau nei pusė UK etikos komisijų teikė konsultacijas 3 ar mažiau kartų per metus; Norvegijoje ketvirtadalis komisijų nesprendė individualių pacientų atvejų per pastaruosius keletą metų (Kalgaer et al, 2009); JAV – vidutinis skaičius konsultacijų per 12 mėn. – 3 (Fox, 2007).

<sup>vii</sup> Jungtinės Karalystės Klinikinės etikos tinklas (angl. *UK Clinical Ethics Network*). Prieiga per internetą: <http://www.ukcen.net/index.php/committees/issues> [žiūrėta 2012-12-27].

Aptariama studija taip pat buvo siekiama išsiaiškinti, dėl kokių priežasčių, ko tikėdamiesi gydytojai kreipėsi konsultacijos į etikos komisiją. Nurodomos šios 5 svarbiausios priežastys: plačiau išdiskutuoti situaciją; išsiaiškinti etines problemas; gauti nuomonę „iš šalies“; įgyti žinių ir įgūdžių panašių problemų sprendimui ateityje; gauti patarimą.

Konsultavimas, kuris visuomet yra susijęs su mažesniu ar didesniu įsikišimu į gydytojo-paciento santykį kritikuojamas ar bent užklauiamas dėl keleto priežasčių. Pirma, šiandieninė sveikatos priežiūra patiria vis didesnį visuomenės spaudimą ir reiklumą (daugėja skundų, teisminių ginčų), todėl baiminamasi, jog atsargumo dėlei gydytojai kiekvienu atveju ims konsultuotis su komisija. O tai savo ruožtu transformuotų per istoriją nusistovėjusį unikalų gydytojo-paciento santykio modelį, kuriame profesinė kompetencija, medicininės žinios yra neatsiejamos nuo bendravimo įgūdžių ir profesinės etikos išmanymo. Gydytojas turi sugebėti pats (kartu su pacientu) priimti reikiamus sprendimus ir į svarstymą įsileisti kitas šalis tik kritiniais atvejais. Todėl manoma, kad į šį santykį tretieji asmenys, tokie kaip etikos komisija, turėtų įsikišti nebent išimtiniais atvejais.

### ***Kokie klausimai priskiriami etikos komiteto kompetencijai?***

Europos klinikinės etikos tinklas (angl. *European Clinical Ethics Network*) inicijavo tyrimą, kuriuo buvo siekiama sukurti klinikinės etikos konsultavimo vertinimo priemonę (klausimyną), leidžiančią rinkti, sisteminti, lyginti ir analizuoti įvairių šalių pateikiamus bendramačius duomenis apie klinikinį etinį konsultavimą. Klausimyną sudaro 14 klausimų, pvz., apie konsultavimo tikslus, metodinius ir teorinius pagrindus, teisinį statusą ir pan.

Vienas iš klausimų, kuris, mūsų nuomone, itin aktualus Lietuvos medicinos etikos komisijų veiklos kontekste - kokie klausimai yra laikomi „moraliniais“ (etiniais) skirtingose šalyse ar institucijose. Įdomu pastebėti, kad daugelis atsakiusiųjų nurodė konkrečias problemas, pvz., „*Tai, dėl ko klausimas buvo laikomas etiniu buvo tai, kad jis buvo susijęs su pvz., paciento autonomijos ribomis, kompetencija duoti informuoto*

*asmens sutikimą, eutanazija ir pan.“ ar „Klasikinis“ moralinis ar etinis klausimas (pvz., neaiškumas, kaip tinkamai elgtis vienu ar kitu atveju ar paciento autonomijos ribos), arba kai gydytojai susidurdavo su etiniu iššūkiu/sunkumu ir kreipdavosi į etikos komitetą<sup>22</sup>. Kitaip tariant, atsakant nebuvo stengiamasi pateikti teorinių kriterijų, o veikiau remiamasi numanomu konsensusu dėl to, kokie klausimai ar problemos įprastai kvalifikuojamos kaip „etinės“ ar „moralinės“. Vis dėlto literatūroje pateikiami pavyzdžiai, kokius klausimus nagrinėja etikos komitetai, leidžia apibrėžti tipinį nagrinėjamų ir medicinos etikos sričiai priskiriamų klausimų ratą bei daryti išvadą, kad skirtumai tarp Vakarų šalių ir Lietuvos yra gana ryškūs.*

Kanadoje Kvebeko valstijoje atliktas kokybinis sociologinis tyrimas<sup>viii</sup> parodė, kad per tyrimo laikotarpį į 5 etikos komitetus konsultacijos buvo kreiptasi 11 kartų ir net 8 atvejais kreipėsi gydytojai. Nagrinėti šie klausimai:

- Gydyimo nutraukimas (4 atvejai)
- Mirštančio paciento perkėlimas
- Paslaugų apimtis mirštančiam pacientui (kreipėsi gydytojas ir šeima)
- Vaiko gydymas
- Jehovos liudytojo atsisakymas perpilti kraują
- Komandos požiūris į šizofrenija sergantį pacientą (kreipėsi slaugytojai)
- Sutikimas nėštumo nutraukimui
- Pagarba paciento pasirinkimui

Lietuvoje 2000 metais atlikta medicinos etikos komisijų apklausa, vėliau 2008 m. komisijų nariai buvo paprašyti pateikti svarstyti klausimus, rodo, kad Lietuvos medicinos etikos komisijų nagrinėjamų problemų spektras kiek skiriasi nuo vakarietiškojo – dažniausiai nagrinėjamos jau įvykusios ar vykstančios konfliktinės situacijos tarp įvairių grandžių personalo narių, personalo ir pacientų, taip pat svarstomi vardinių preparatų skyrimo klausimai. Kita vertus, yra atskirų pavyzdžių, kai svarstomi klausimai kažkiek atliepia pasaulio patirtį<sup>23</sup>, pvz., gydytojų tarpusavio etika: atsiliepiami pacientui apie kolegą, kad blogai paskyrė gydymą; Informacijos apie sutuoktinio

---

<sup>viii</sup> Tyrimas vyko 6 mėnesius 5 pasirinktuose medicinos etikos komitetuose 2002-2003 metais.



sveikatą suteikimas antrajai pusei (skyrų atvejais); Paciento prašymas atiduoti tyrimus kitam asmeniui arba atsiųsti tyrimų rezultatus el. paštu, faksu; psichoterapijos konsultacijos telefonu, *skype* programa; kaip įteisinti paciento sutikimą, kt.; Informacijos teikimas pacientui apie sunkią ligą (vėžys, ketvirta stadija) - kada ir kaip pranešti šeimos nariams.

Autoriai, nagrinėjantys sveikatos srities etikos institucijų istoriją ir raidos tendencijas teigia, kad Vakarų Europos ir Šiaurės Amerikos šalyse šios institucijos buvo įkurtos tam, kad palengvintų etinių problemų sprendimą<sup>24</sup>, tuo tarpu pokomunistinėse Rytų-Vidurio Europos šalyse šios institucijos suprantamos kaip įstaigoje kylančių konfliktų valdymo ar sprendimo įrankis, o ne etinių dilemų svarstymo ir sprendimo platforma<sup>25</sup>.

### III. „Proaktyvus“ vs. „reaktyvus“ veiklos modelis (šiandienos tendencijos)

Dar 2000 m. D. Blake studijoje „*Reinventing the healthxcare ethics committee*“<sup>26</sup> iš esmės analizuodamas medicinos etikos komitetų veiklos problemas, sunkumus ir klaidas suformulavo 4 principus, kurie turėtų padėti etikos komitetams iš naujo integruotis į sveikatos institucijas:

- Veikti 'proaktyviai', ne tik 'reaktyviai' (t. y. veikloje turėtų būti akcentuojamas gairių rengimas, švietėjiška funkcija, konsultavimas įvykiui dar nenutikus, o ne reagavimas į konfliktą, negerovę ar nelaimę, kuri jau įvyko)
- Integracija, o ne nepriklausomybė nuo institucijos (administracijos) (priešingai nei buvo akcentuojama komitetų steigimosi istorijos pradžioje)
- Vadovautis ne tik paciento interesais, bet ir atstovaujamos institucijos vertybėmis
- Atskaitomybė pateikiant pamatuojamus veiklos rezultatus, ne vien remtis geromis narių intencijomis

Šitaip perspektyviai, į ateitį nukreipta veikla, anot Blake ir kitų autorių, turi daug privalumų. Pirmiausia, proaktyvi veikla, kurios tikslas yra išvengti konflikto (problemos),

o ne post factum „nuteisti“ negąsdina, yra draugiškesnė, todėl skatina personalą kreiptis patarimo. Taip išvengiama „moralinės policijos“, „draugiškojo teismo“ įvaizdžio ir vaidmens. Į gydytojo-paciento santykį įsiterpiama tik išimtiniais atvejais (kreipiasi pats gydytojas). Ir, neabejotinai, taip skatinamas pozityvus institucijos įvaizdis.

Taip pat svarbu pastebėti, kad vis dažniau pasigirsta nuomonė, kad veiksmingiau etikos problemos ligoninėje ar kitoje sveikatos priežiūros įstaigoje sprendžiamos ne kolegialaus organo pagalba (įsteigiant etikos komitetą), o tiesiog teikiant etinio konsultavimo paslaugas, pvz., įdarbinant tinkamą išsilavinimą ir patirtį įgijusį šios srities specialistą ar kitais būdais integruojant etinių klausimų svarstymą ir sprendimą į klinikinių sprendimų priėmimo procesą.

Apibendrinant darytina išvada, jog pagrindinė medicinos etikos komisijos paskirtis – rengti rekomendacijas dėl svarbiausių įstaigoje iškilančių medicinos etikos problemų, pagal kompetenciją teikti rekomendacijas dėl įstaigoje rengiamų dokumentų, rūpintis personalo (ir pacientų) švietimu medicinos etikos klausimais bei konsultuoti įstaigoje dirbančius sveikatos priežiūros specialistus dėl konkrečių etiškai problemiškų atvejų sprendimo. Vakarų Europoje etikos komitetas suprantamas kaip diskusijų forumas, t. y., kolegialus organas, padedantis plėtoti diskusiją ir ieškoti sprendimų sudėtingais etikos klausimais. Europos medicinos etikos komisijos neveikia kaip skundų nagrinėjimo institucijos, kadangi pirminis etikos komisijos tikslas – užtikrinti partnerišką ryšį tarp gydytojo ir paciento, kuris kartu yra ir sėkmingo gydymo proceso garantas<sup>27</sup>. Šis tikslas sunkiai įgyvendinamas, jei etikos komisija paverčiama skundų nagrinėjimo institucija, kadangi ši funkcija potencialiai suponuoja supriešinimą tarp gydytojų ir pacientų (kartu įgauna negatyvų įvaizdį).

Tuo tarpu suprantama pozityviai – kaip pagalbininkė ar konsultantė sudėtingų atvejų (tiek konkrečių, tiek politikos lygmens) sprendime – etikos komisija turi galimybę atlikti specifiškai jai būdingas funkcijas ir tuo prisidėti prie teigiamo įstaigos įvaizdžio

formavimo. Taip pat pažymėtina, kad skundų nagrinėjimas yra sveikatos priežiūros įstaigos administracijos (ar atitinkamų jos padalinių bei vidaus audito grupės prerogatyva (skundai dėl neprofesionalumo, medicininių klaidų, etiketo nesilaikymo ir pan.).

---

<sup>1</sup> Dauwerse L, Abma T, Molewijk B, et al. Need for ethics support in healthcare institutions: views of Dutch board members and ethics support staff. *J Med Ethics* (2011). doi:10.1136/jme.2010.040626.

<sup>2</sup> Guro Kalager, Reidun Fjørde. Is the discussion of patient cases in clinical ethics-committees useful? *Tidsskr Nor Legeforen* nr. 2, 2011; 131: 118–21.

<sup>3</sup> Dauwerse L, Abma T, Molewijk B, et al. Need for ethics support in healthcare institutions: views of Dutch board members and ethics support staff. *J Med Ethics* (2011). doi:10.1136/jme.2010.040626.

<sup>4</sup> Forde R, Pedersen R. Clinical Ethics Committees in Norway: What Do They Do, and Does It Make a Difference? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2011; 20:389–395.

<sup>5</sup> J M Whitehead, D K Sokol, D Bowman, P Sedgwick. Consultation activities of clinical ethics committees in the United Kingdom: an empirical study and wake-up call. *Postgrad Med J* 2009;85:451-454

<sup>6</sup> Dorries A, Simon A, Neitzke G, Vollman J. *Implementing clinical ethics in German hospitals: content, didactics and evaluation of a nationwide postgraduate training programme*. *J Med Ethics*. 2010;36:721-726.

<sup>7</sup> Lebeer G. *Clinical Ethics Committees in Europe: Assistance in Medical Decisions, Fora for Democratic Debates, or Bodies to Monitor Basic Rights?* 2003. p. 2. Prieiga per internetą: <http://www.ccels.cf.ac.uk/archives/publications/2003/lebeerpaper.pdf>. [žiūrėta 2012-12-22].

<sup>8</sup> Dorries A, Simon A, Neitzke G, Vollman J. *Implementing clinical ethics in German hospitals: content, didactics and evaluation of a nationwide postgraduate training programme*. *J Med Ethics*. 2010;36:721-726.

<sup>9</sup> UK Clinical Ethics Network. Prieiga per internetą: [http://www.ukcen.net/uploads/docs/education\\_resources/core\\_competencies1.pdf](http://www.ukcen.net/uploads/docs/education_resources/core_competencies1.pdf). [žiūrėta 2012-12-22].

<sup>10</sup> Steinkamp N. et al. *Regulation of Healthcare Ethics Committees in Europe*. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2007;10:461-475.

<sup>11</sup> Milmore D. *Hospital Ethics Committee: A Survey in Upstate New York*. *HEC Forum*. 2006;18:222-244.

<sup>12</sup> Mills A. E. *Introduction: Ethics Committees and Failure to Thrive*. *HEC Forum*. 2006;18(4):279-286.

<sup>13</sup> Guerrier M. *Hospital based ethics, current situation in France: between "Espaces" and committees*. *Journal of Medical Ethics*. 2006;32:503-506.

<sup>14</sup> Ells C. *Healthcare Ethics Committees' Contribution to Review of Institutional Policy*. *HEC Forum*. 2006;18:265-275.

<sup>15</sup> Slowther AM, Hope T. *Clinical ethics committees. They can change clinical practice but need evaluation*. *BMJ*. 2000; 321:649–650.

<sup>16</sup> Lebeer G. *Clinical Ethics Committees in Europe: Assistance in Medical Decisions, Fora for Democratic Debates, or Bodies to Monitor Basic Rights?* 2003. p. 2. Prieiga per internetą: <http://www.ccels.cf.ac.uk/archives/publications/2003/lebeerpaper.pdf>. [žiūrėta 2012-12-22].

<sup>17</sup> Beylveld D., Brownsword R. *The Ethics of Partnership, in Ethical Function in Hospital Ethics Committees*. IOS Press. 2002. p. 144

<sup>18</sup> Forde R, Pedersen R. Clinical Ethics Committees in Norway: What Do They Do, and Does It Make a Difference? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2011; 20:389–395.

<sup>19</sup> Winnipeg Regional Health Authority Ethics Services. *Health Ethics Committee Toolkit Part One: Getting Started.*, 2010. Prieiga per internetą: <http://www.mb-phen.ca/files/ToolkitforEthicsCommitteesPart1-AdaptedFebruary2011.pdf>. [žiūrėta 2012-12-22].

<sup>20</sup> Forde R, Vandvik IH. Clinical ethics, information, and communication: review of 31 cases from clinical ethics committee. *J Med Ethics*. 2005;31:73-77.

---

<sup>21</sup> Guro Kalager, Reidun Fyrde. Is the discussion of patient cases in clinical ethics-committees useful? *Tidsskr Nor Legeforen* nr. 2, 2011; 131: 118–21.

<sup>22</sup> Pedersen R, Hurst SA, Schildmann J, Schuster S, Molewijk B. The development of a descriptive evaluation tool for clinical ethics case consultations. *Clinical Ethics*. 2010;5:136-41.

<sup>23</sup> Paškevičius L. Medicinos etikos problemos ir jų sprendimas privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje. Konferencijos pranešimas. Prieiga per internetą: <http://bioetika.sam.lt/index.php?2074300362>. [žiūrėta 2012-12-22].

<sup>24</sup> Norbert S. Et al. *Regulation of Healthcare Ethics Committees in Europe*. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2007;10:461-475.

<sup>25</sup> Steinkampt N. et al. *Regulation of Healthcare Ethics Committees in Europe*. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2007;10:461-475.

<sup>26</sup> Blake DC. Re-inventing the Healthcare Ethics Committee. *HEC Forum*. 2000;12 (1), 8-32.

<sup>27</sup> Lebeer G. *Achieving Good Ethical Practice in Hospital Health Care. Proposals for a European Development Initiative*, in *Ethical Function in Hospital Ethics Committees*. IOS Press. 2002. p. 204.