

Dylematy etyczne w praktyce neurologa

Urszula Fiszer

Klinika Neurologii i Epileptologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

STRESZCZENIE

Analiza zagadnień etyki lekarskiej i związanych z nimi dylematów jest obecnie szczególnie ważna, ponieważ w Polsce zachodzą ogromne zmiany ekonomiczno-społeczne, także w zakresie ochrony zdrowia. Znajomość zasad etyki może pomóc w podejmowaniu decyzji w różnych trudnych sytuacjach w pracy lekarza klinicysty. W pracy omówiono najistotniejsze, zdaniem autorki, zagadnienia dla neurologów zawarte w kodeksie etyki lekarskiej.

Polski Przegląd Neurologiczny 2008; 4 (3): 153–157

Słowa kluczowe: etyka, deontologia

Szybki rozwój medycyny i biotechnologii niesie ze sobą niewątpliwie korzyści naukowo-techniczne oraz ekonomiczne i społeczne. Zjawisko to może się jednak przyczyniać do zachwiania podmiotowości pacjenta i jego relacji z lekarzem. Niewątpliwie należy dążyć do zachowania humanistycznego kierunku rozwoju biotechnologii i medycyny [1–4]. Analiza tych zagadnień jest obecnie szczególnie ważna, ponieważ w Polsce zachodzą głębokie przemiany ekonomiczno-społeczne, także w zakresie ochrony zdrowia. Znajomość zasad etyki może pomóc w podejmowaniu decyzji w róż-

nych trudnych sytuacjach w pracy lekarza klinicysty. Ostatnio także prowadzi się wiele dyskusji, w których oceniane są postawy etyczne lekarzy.

Neurologia jest szczególną dziedziną medycyny ze względu na konieczność podjęcia szybkiego działania w przypadku chorych, których życie jest zagrożone (udary mózgu, stany padaczkowe) oraz dużą liczbę ciężkich przewlekłych schorzeń neurologicznych o niekorzystnym rokowaniu. Opieka medyczna w zakresie tych grup chorób stawia szczególnie wysokie wymagania etyczne przed pracownikami ochrony zdrowia, a zwłaszcza lekarzami [5, 6].

Etyka to ogólny termin określający różne sposoby rozumienia i badania życia moralnego. Dokumenty źródłowe etyki lekarskiej obejmują wiele pozycji [7]. Uważa się, że podstawowym źródłem jest przysięga Hipokratesa (460–370 przed Chrystusem). Powszechnie znane jest określenie *salus aegroti suprema lex esto*. Ważny dokument to Karta pracowników służby zdrowia, która powstała z inicjatywy Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Tekst został zatwierdzony przez Kongregację Nauki Wiary w Watykanie w 1995 roku. Jest to kodeks deontologiczny, liczący 150 artykułów i zawierający refleksje antropologiczno-etyczne zgrupowane w bloki tematyczne: „Narodziny”, „Życie” i „Śmierć”. W 1997 roku opublikowano Europejską Konwencję Bioetyczną, będącą rekomendacją Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy i Komitetu Ministrów, przedstawioną w dokumencie „Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście za-

Adres do korespondencji: prof. dr hab. med. Urszula Fiszer
 Klinika Neurologii i Epileptologii CMKP
 SPSPK im. prof. W. Orłowskiego
 ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa
 tel. 0 22 629 43 49, faks: 0 22 584 13 06
 e-mail: kl.neurologii@szpital-orlowskiego.pl
 Polski Przegląd Neurologiczny 2008, tom 4, 3, 153–157
 Wydawca: „Via Medica sp. z o.o.” sp.k.
 Copyright © 2008 Via Medica

stosowań biologii i medycyny”. W dokumencie tym podkreślono prymat istoty ludzkiej wobec społeczeństwa, nauki i techniki oraz nadrzędność godności wobec wolności.

W Polsce opracowania dotyczące zagadnień etyki lekarskiej mają długą tradycję. Już w XV wieku licencjusze Akademii Krakowskiej składali przysięgę, a w XIX wieku na Akademii Medykochirurgicznej oraz w Szkole Głównej Warszawskiej — „obietnicę fakultetową”. W 1876 roku opracowano „Uchwałę Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich w przedmiocie obowiązków lekarzy względem swych kolegów i zawodu lekarskiego w ogóle”, a w 1884 roku Towarzystwo Lekarskie Warszawskie wydało „Zasady obowiązków i praw lekarzy”. W 1907 roku powstał „Kodeks deontologii lekarskiej”, drukowany także w 1925 roku. W 1935 roku opracowano „Zbiór zasad deontologii lekarskiej”, ponownie ogłoszony w 1947 roku. Projekt „Kodeksu polskiej służby zdrowia” powstał w 1959 roku, „Zasady etyczno-deontologiczne PTL” opublikowano w 1967 roku, a znowelizowany „Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza” — w 1977 roku.

W 1991 roku powstał kodeks etyki lekarskiej, znowelizowany w 1993 roku, a zmiany uchwalone 20 września 2003 roku przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy opublikowano 2 stycznia 2004 roku [8]. W kodeksie etyki lekarskiej zaznaczono: wzmocnienie podmiotowości chorego, zakaz pomocy w samobójstwie, całkowity zakaz klonowania człowieka, nakaz daleko idącej ostrożności w relacjach z przemysłem farmaceutycznym i sprzętu medycznego w celu zachowania obiektywizmu i godności zawodowej, zakaz praktykowania fałszywej solidarności wśród lekarzy i lekarzy stomatologów, zwłaszcza w przypadku podejrzenia popełnienia przez kolegę błędu lekarskiego. W przyrzeczeniu lekarz ślubuje „(...) służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu; według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując należyty im szacunek; nie nadużywać ich zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego; strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych; stale poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić”.

Filozoficzne podstawy etyki lekarskiej obejmują wiele zagadnień, takich jak uzasadnienie norm moralnych w bioetyce (użyteczne — korzyść, deontologiczne — autorytet, personalistyczne — godność osoby). Poszukiwane są właściwe cele medycyny (zapobieganie chorobom i urazom oraz promocja i podtrzymywanie zdrowia, przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu spowodowanym przez chorobę, zapobieganie przedwczesnej śmierci i stworzenie warunków spokojnej śmierci). Główny cel medycyny to opieka nad chorymi z różnymi dolegliwościami i ich leczenie oraz opieka nad tymi, którzy nie mogą być wyleczeni [7]. Bardzo istotne są etyczne konsekwencje komercjalizacji medycyny — presja wolnego rynku na funkcjonowanie opieki zdrowotnej.

Został także określony tak zwany katalog cnót, które są niezbędne, aby pacjent zaufał lekarzowi. Są to: wierność i stałość w zaufaniu, dotrzymywanie obietnic, trzymanie w ryzach swoich korzyści, intelektualna uczciwość, współczucie i troska, odwaga, sprawiedliwość i roztropność [9].

W procesie terapeutycznym bardzo ważne są właściwe relacje z pacjentami. Sugerowany jest model relacji lekarz–pacjent, określany jako „dobroczynność w zaufaniu”, a nie całkowita autonomia pacjenta i lekarza [7, 10]. Do zasad etyki lekarskiej wprowadzono klauzulę sumienia — lekarz może powstrzymać się od wykonywania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem.

Zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza ma on wykonywać swoje czynności zawodowe „zgodnie z zasadami etyki zawodowej”. Obecnie etyka lekarska ma charakter normatywny, odnoszący się do strefy działalności zawodowej lekarza. Norma deontologiczna silniej niż norma etyczna podkreśla obowiązek określonego zachowania się. Uchwalone przez krajowe zjazdy lekarzy zasady etyki i deontologii zawodowej obowiązują wszystkich lekarzy (tj. obowiązek etyczny i ustawowy) [11, 12].

Kodeks etyki lekarskiej zawiera część ogólną (art. 1–5) oraz część szczegółową (art. 6–78). W części ogólnej podkreślono, że: „powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem (...). Najwyższym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego, a więc wspomniana już zasada *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady” (art. 2). „Lekarz

powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania” (art. 3), a „dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną” (art. 4).

W części szczegółowej uwzględniono następujące zagadnienia: postępowanie lekarza wobec pacjenta, jakość opieki medycznej, poszanowanie praw pacjenta, tajemnicę lekarską, pomoc chorym w stanach terminalnych, transplantację, prokreację, zaświadczenia lekarskie, badania naukowe i eksperymenty biomedyczne, związki lekarzy z przemysłem, ludzki genom, stosunki wzajemne między lekarzami, zasady postępowania w praktyce lekarskiej oraz problem „lekarz a społeczeństwo”.

Każdy lekarz powinien znać szczegółowo kodeks etyki lekarskiej i przestrzegać jego reguł. Warto przy tym zwrócić uwagę na najistotniejsze sprawy dla neurologów, cytując określone artykuły omawianego kodeksu. Nie budzi żadnych wątpliwości, że „lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy” (art. 6). Wielokrotnie lekarz boryka się z niemożnością udzielenia pomocy wszystkim zgłaszającym się chorym. Kodeks etyki lekarskiej sugeruje, że: „w szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia, lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej” (art. 7). Dużym problemem jest zabezpieczenie odpowiedniej jakości opieki medycznej, a zasadą jest, że: „lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas” (art. 8) oraz że „lekarz winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem” (art. 11).

Niewątpliwie „postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie opiekująca się pacjentem. Wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez

zgody pacjenta może być dopuszczone tylko wyjątkowo w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób” (art. 15). „W przypadku chorego nieprzytomnego lekarz może udzielić dla dobra chorego niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego” (art. 16).

Informowanie chorego w ciężkich przewlekłych schorzeniach neurologicznych o niekorzystnym rokowaniu jest niezwykle trudną sprawą. „W razie niepomysłnej dla chorego prognozy lekarz powinien poinformować chorego o niej z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, że jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji” (art. 17). Optymalną sytuacją jest możliwość zapewnienia ciągłości opieki. „Lekarz podejmujący się opieki nad chorym powinien starać się zapewnić mu ciągłość leczenia, a w razie potrzeby także pomoc innych lekarzy” (art. 20).

Ustawicznym problemem placówek opieki zdrowia jest brak możliwości zapewnienia wszystkim zgłaszającym się chorym właściwej opieki medycznej. „W przypadkach wymagających szczególnych form diagnostyki, terapii lub działań zapobiegawczych, które nie mogą być zastosowane równocześnie u wszystkich potrzebujących, lekarz ustalający kolejność pacjentów powinien opierać się na kryteriach medycznych” (art. 22).

Pomoc chorym w stanach terminalnych to kolejne wyzwanie dla neurologa; istotna jest właściwa opieka instytucjonalna dla chorego i jego rodziny [5]. „Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia” (art. 30). „Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa” (art. 31). Jednak należy pamiętać, że: „w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych (...)”. „Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych” (art. 32). Kodeks etyki lekarskiej stanowi także, że: „lekarz może pobierać komórki, tkanki i narządy ze zwłok w celu ich przeszczepiania, o ile zmarły nie wyra-

ził za życia sprzeciwu” (art. 33). „Lekarz, po stwierdzeniu śmierci mózgowej, winien podtrzymywać funkcjonowanie komórek, tkanek i narządów, jeżeli mają one zostać przeszczepione” (art. 34).

Niezwykle ważnym zagadnieniem jest określenie zasad prowadzenia prac naukowych. „Eksperymenty medyczne z udziałem człowieka mogą być przeprowadzane przez lekarza, o ile służą poprawie zdrowia pacjenta biorącego udział w doświadczeniu lub wnoszą istotne dane poszerzające zakres wiedzy i umiejętności lekarskich. Lekarz przeprowadzający eksperyment leczniczy powinien być przeświadczony, że spodziewane korzyści dla pacjenta przeważają w istotny sposób nad nieuniknionym ryzykiem” (art. 42). „Lekarz, przeprowadzając eksperyment leczniczy, nie może narażać pacjenta na ryzyko w istotnym stopniu większe niż to, które grozi osobie niepoddanej temu eksperymentowi (...). Lekarz, przeprowadzając eksperyment badawczy z udziałem człowieka, może podejmować wyłącznie ryzyko minimalne” (art. 42a). Wynika to z ogólnie przyjętych zasad etyki prowadzenia badań naukowych [13, 14].

„Należy ściśle przestrzegać praw autorskich w publikacjach naukowych. Dopisywanie swego nazwiska do prac zespołów, w których się nie uczestniczyło lub pomijanie nazwisk osób, które brały w nich udział, jest naruszeniem zasad etyki. Wykorzystanie materiału klinicznego do badań naukowych wymaga zgody kierownika kliniki lub ordynatora oddziału leczących pacjenta” (art. 49). „Wyniki badań przeprowadzonych niezgodnie z zasadami etyki lekarskiej nie powinny być publikowane” (art. 50). Stosowanie terapii komórkowej czy dopuszczenie *placebo* w próbach klinicznych to tematy budzące kontrowersje natury etycznej; powstają opinie grup ekspertów przedstawiające konkretne wskazówki dla badaczy [15, 16]. Na zajęciach z udziałem chorych lub przedstawiając materiały audiowizualne, należy pamiętać, że: „wymagane jest uzyskanie zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na udział w demonstracjach naukowych lub dydaktycznych (...). Należy starać się o zachowanie anonimowości osoby demonstrowanej” (art. 51).

Inne zagadnienie to relacje lekarza z przemysłem medycznym. „Lekarz nie powinien przyjmować korzyści od przedstawicieli przemysłu medycznego, jeżeli może to ograniczyć obiektywizm jego opinii zawodowych lub podważyć zaufanie do zawodu lekarza (...). Lekarz może przyjąć zapłatę od producenta leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) za wykonaną

pracę, prowadzenie szkoleń i badań, które pogłębiają wiedzę medyczną lub zawodową, jeżeli ta zapłata jest współmierna do wkładu pracy lekarza” (art. 51a). „Lekarz powinien ujawniać słuchaczom wykładów oraz redaktorom publikacji wszelkie związki z firmami lub subwencje z ich strony oraz inne korzyści mogące być przyczyną konfliktu interesów” (art. 51c).

Obecnie zwiększają się możliwości prowadzenia badań diagnostycznych z zastosowaniem testów genetycznych (choroby nerwowo-mięśniowe, zaburzenia ruchowe), podlegają one jednak ścisłym regułom etycznym [17]. Lekarzowi nie wolno dyskryminować osób ze względu na dziedzictwo genetyczne (...). Lekarz uczestniczący w badaniach, których celem jest identyfikacja nosicielstwa genu choroby lub genetycznej podatności na zachorowania, może je przeprowadzać jedynie dla celów zdrowotnych lub badań naukowych z nimi związanych, po uzyskaniu zgody pacjenta oraz umożliwieniu mu konsultacji genetycznej” (art. 51h).

Relacje między lekarzami to interesujący fragment omawianego dokumentu. „Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób (...). Lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etyki powoduje poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie organu izby lekarskiej” (art. 52). W orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego z 23 kwietnia 2008 roku jednoznacznie określono, że termin „dyskredytowanie” nie jest tożsamy z terminem „krytyka”. Samo literalne brzmienie przepisu art. 52 ust. 2 kodeksu etyki lekarskiej jest zgodne z Konstytucją, natomiast wskazano, że przepis ten w praktyce sądów lekarskich jest interpretowany rozszerzająco i taką właśnie interpretację Trybunał Konstytucyjny uznał za niezgodną z Konstytucją. Pozytywnym faktem jest umieszczenie w kodeksie etyki lekarskiej fragmentu związanego ze szkoleniem: „powinnością każdego lekarza jest stale uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych, a także przekazywanie ich swoim współpracownikom” (art. 56). Nakłada to obowiązek na lekarza, ale także na jego przełożonych, aby zapewnić możliwości stałego szkolenia.

Decyzje ekonomiczne to także istotna część pracy lekarza. „Wybierając formę diagnostyki lub terapii, lekarz ma obowiązek kierować się przede

wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty. Lekarz nie powinien dokonywać wyboru i rekomendacji ośrodka leczniczego oraz metody diagnostyki i terapii ze względu na własne korzyści” (art. 57). „Lekarz urzędu państwowego, samorządowego lub jakiegokolwiek instytucji publicznej lub prywatnej powinien rzetelnie wypełniać zobowiązania zaciągnięte wobec tych instytucji; jednak lekarz nie powinien spełniać poleceń pracodawcy sprzecznych z zasadami etyki i deontologii lekarskiej” (art. 61). „Lekarz ma prawo umawiać się na wysokość honorarium przed rozpoczęciem leczenia (...). Wyjątkiem od tej zasady jest pomoc w nagłych wypadkach. W razie braku stosownych cenników lekarz powinien brać pod uwagę wartość oddanej usługi, poniesione koszty własne, swoje kwalifikacje, a także, w miarę możliwości, sytuację materialną pacjenta” (art. 66). „Dobrym zwyczajem jest leczenie bezpłatne innych lekarzy i członków ich najbliższej rodziny, w tym wdów, wdowców i sierot po lekarzach” (art. 67).

„Jeżeli z zatrudnienia lekarza wynika, że winien on spełniać swe obowiązki wobec powierzonych jego opiece chorych bez świadczeń finansowych z ich strony, to nie może żądać od tych chorych wynagrodzenia w jakiegokolwiek formie ani też uzależniać leczenia od uzyskania materialnych korzyści” (art. 68).

Wiele dylematów etycznych w relacjach z pacjentami pojawiło się w trakcie strajków lekarskich. „Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy” (art. 69). „Lekarz decydujący się na uczestniczenie w zorganizowanej formie protestu nie jest zwolniony od obowiązku udzielania pomocy lekarskiej, o ile nieudzielenie tej pomocy może narazić pacjenta na utratę życia lub pogorszenie stanu zdrowia” (art. 73).

Etyka lekarska to zbiór podstawowych praw i obowiązków powstałych na przestrzeni lat i służących lekarzom jako drogowskaz podczas ich odpowiedzialnej pracy. Zasady te powinni poznawać studenci medycyny, ale dyskusje dotyczące przedstawionych wyżej zagadnień także powinny być prowadzone w ramach szkolenia podyplomowego [18]. W procesie terapeutycznym bardzo istotne ze względów etycznych jest uwzględnianie potrzeb i poglądów chorych [19], co należałoby także uwzględnić w standardach postępowania [20].

PIŚMIENNICTWO

- Larriviere D.G., Bernat J.L. Threats to physician autonomy in a performance-based reimbursement system. *Neurology* 2008; 70: 2338–2342.
- Curlin F.A., Lawrence R.E., Chin M.H., Lantos J.D. Religion conscience, and controversial clinical practices. *NEJM* 2007; 356: 593–600.
- Nahm F.K. Neurology, technology, and the diagnostic imperative. *Prospect. Biol. Med.* 2001; 44: 99–107.
- McQuilen M.P. Values in conflict: neurology before and after the advent of managed care. *Semin. Neurol.* 1997; 17: 281–285.
- Nelson W.A., Bernat J.L. Decision to withhold or terminate treatment. *Neurol. Clin.* 1989; 4: 759–774.
- Puttgen H.A., Geocadin R. Predicting neurological outcome following cardiac arrest. *J. Neurol. Sci.* 2007; 261: 108–117.
- Biesaga T.. Elementy etyki lekarskiej. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2006.
- Kodeks etyki lekarskiej. *Naczelna Rada Lekarska*, Warszawa 2004.
- Pellegrino E.D., Thomasma D.C. *The virtues in medical practice*. Oxford University Press, New York 1993.
- Veatch. R.M. Justice in health care: the contribution of Edmund Pellegrino. *J. Med. Philos.* 1990; 15: 269–287.
- Kubicki L. *Prawo medyczne*. Urban & Partner, Wrocław 2003.
- Nesterowicz M. *Prawo medyczne*. Dom Organizatora, Toruń 2004.
- Zasady prawidłowego prowadzenia badań klinicznych dobrej praktyki klinicznej — GCP, wersja polska. Warszawa 1998.
- Deklaracja Helsińska. Światowe Stowarzyszenie Lekarzy, Edynburg 2000.
- Mathews D.J., Sugarman J., Bok H. i wsp. Cell-based interventions for neurological conditions. Ethical challenges for early human trials. *Neurology* 2008; 22, 71: 288–293.
- Polman C.H., Reingold S.C., Barkhof F. i wsp. Ethics of placebo-controlled clinical trials in multiple sclerosis: a reassessment. *Neurology* 2008; 70 (13 Pt 2): 1134–1140.
- Paulson H.L. Diagnostic testing in neurogenetics. Principles, limitations and ethical considerations. *Neurol. Clin.* 2002; 20: 627–643.
- Snyder R.D. Teaching ethics to trainees. *Semin. Pediatr. Neurol.* 2002; 9: 62–66.
- Cohen P.D., Herman L., Jedlinski S. i wsp. Ethical issues in clinical neuroscience research: a patient's perspective. *Neurotherapeutics* 2007; 4: 537–544.
- Guidelines for ethical behavior relating to clinical practice issues in electrodiagnostic medicine. *American Association of Electrodiagnostic Medicine. Muscle Nerve* 1994; 17: 965–967.