

CURSUL 3 RELATIA MEDIC-PACIENT

3.1 Persoana medicului. Virtutile medicului. Dualitatea persoanei medicului

3.2 Valori morale ale relatiei medic-pacient. Incredere, fidelitatea, loialitatea, onorabilitate, respectul fata de fiinta umana si pacient, a trata egal.

3.2.1 Modele ale relatiei medic-pacient: paternalism vs. autonomie. Decizia pentru pacientii incompetenti legal.

3.3 Valori legale ale relatiei medic-pacient.

3.3.1 Drepturile pacientului:

i. dreptul la ingrijire medicala

ii. dreptul la informare, dreptul la adevarul medical

-A spune/a nu spune adevarul medical

iii. dreptul la intimitate.

iv. Dreptul la autodeterminare. Autonomia pacientului.

3.3.2 Cele mai bune interese ale pacientului.

Reamintim

- O dilema morala (privind binele) apare atunci cand solutia acestei imparte, divizeaza oamenii pe baza valorilor morale pe care acestia le impartasesc (sisteme de valori morale in conflict).
- Nu se manifesta o dilema etica (morala) in unanimitatea convingerilor morale.
- **Decizia etica intr-o dilema etica parcurge urmatoarele etape:**
 - 1) **Identificarea dilemei etice si a partilor aflate in disputa**
 - 2) **Identificarea valorilor morale aflate in disputa**
 - 3) **Constructia balantei etice: deliberare asupra valorilor morale, gruparea valorilor morale fata de partile in disputa**
 - 4) **Deliberare asupra actiunilor asociate acestor valori morale**
 - 5) **Decizia etica (a binelui): alegerea uneia dintre propuneri, solutii**
 - 6) **Argumentare**
 - 7) **Verificare**

De ex. in dilema gravidei si a pesterei

1) Identificarea dilemei. ESTE O DILEMA?

- Pentru prima parte privind ajutorul dat gravidei, NU ESTE O DILEMA, toti (majoritatea) am ajuta sau am proteja o gravida (de ex. sa fuga ca sa scape de un pericol).
- Pentru a doua parte privind uciderea ei ca sa ne salvam, DA ESTE O DILEMA, unii ar face-o unii nu.

2) Identificarea valorilor morale: a face bine, a nu face rau, a nu ucide, justitie, loialitate, empatie, intrajutorare, solidaritate

3) Constructia balantei (deliberarea asupra valorilor morale):

- De partea gravidei:
 - loialitate, intrajutorare, empatie, a face bine (bine pentru unul singur), fericire (pentru unul), a nu face rau, este imoral sa omori pe unul pentru a salva pe altul, toti oamenii au aceleasi drepturi
- De partea celorlalti:
 - a face bine (bine pentru cat mai multi), justitie, fericire (pentru cat mai multi), scopul scuza mijloacele, fiecare are dreptul la viata

4) Deliberarea asupra sctiuni asociate

- **NU, sa NU o ucidem, vom fi solidari cu ea chiar daca pierim impreuna**
- de la inceput am fost impreuna, a fost alegerea n.
- ramanem impreuna
- **DA, sa o ucidem ca sa ne salvam**
- la inceput ne-am facut datoria fata de ea acum sa ne-o facem fata de noi si sa scapam
- fiecare este dator sa supravietuiasca si scapa cum poate

5) Decizia etica

6) Argumentare

7) Verificare

- O dilema etica medicala este o dilema etica in practica medicala, in ingrijirea medicala si/sau cercetarea stiintifica a bolnavului.
- Dilemele etice medicale sunt complexe si se prezinta medicului ca fiind dileme pe multiple planuri adesea asociate:
 - dileme profesionale
 - dileme etice (valori morale individuale/societale),
 - dileme deontologice (valori morale profesionale/valori morale individual/societale)
 - dileme legale (a ucide/a nu ucide, a ingriji/a abandona, etc.).

O personalitate mediatica a solicitat in 2013 extirparea glandelor mamare bilateral (ca actiune preventiva pentru a reduce riscul de cancer mamar (mama decedata in 2007 prin aceasta boala, bunica si matusa), fiind pozitiva pentru BRCA 1 (riscul a scazut prin operatie la 40%).

- In 2015 a solicitat si indepartarea ovarelor (ooforectomie) pentru a consolida scaderea riscului de cancer (risc initial individual crescut cu 60% fata de normal scazut, scazut prin mamectomie la 40% si ooforectomie la 20%).



- Ce ati face daca vi s-ar solicita mamectomia si ooforectomia preventiva? Ati da curs solicitarii?

1. Ati alege sa operati / sa nu operati aceasta solicitare?
2. Va simtiti obligat sa operati/ sa nu operati?
3. Apreciati ca este o problema de optiune profesionala, de optiune a pacientului sau o dilema medicala?

Dilema etica medicala in cazul de mai sus



- DILEMA PROFESIONALA: daca este indicata operatia in relatie cu riscurile asociate (sfat genetic, balanta riscuri/beneficii); risc de malpraxis
- DILEMA ETICA: beneficenta vs. non-maleficenta; paternalism vs. autonomie
- DILEMA DEONTOLOGICA: act medical vs. act nemedical; actul medical sprijina viata, demnitatea umana, autonomie; consimtamant vs. independenta profesionala
- DILEMA LEGALA: nevoie de ingrijire medicala, fidelitate, loialitate vs. lipsa tratament, lipsa preventiei, abandon; risc de litigiu juridic (drepturile pacientului precum dreptul la ingrijire)

3.1 VIRTUTILE MEDICULUI

- Empatie>>spirit de intrajutorare,
- Fidelitate>>loialitate
- Benevolenta>>beneficenta (a face bine)>>Non-maleficenta (a nu face rau)
- Moralitate>>comportament etic
- Sacrificiu>>datorie (obligatie morala)
- Autoperfectionare>>competenta, profesionalism
- etc.

Professionalism

SA FACI BINE, SA URMAREASCA BINELE (BENEFICENTA)

1. Beneficenta inseamna a face bine. Ea cere practicianului empatie, responsabilitate si datorie. Presupune:

1. **Sa opreasca actiunea raului** (tratament)
2. **Sa indeparteze raul** (boala) care s-a implinit (tratament)
3. **Sa previna producerea raului pe mai departe** (preventie)
4. **Sa nu faca rau si astfel sa nu adauge un nou rau (non-vatamare)**
 - a) “Atunci cand nu poti face bine, sa nu faci rau” (Hipocrat)
 - b) Evaluarea riscurilor si evitarea riscurilor mai mari decat riscul de baza al bolii
 - c) Maximizarea beneficiului (a binelui) cu minimizarea riscurilor (balanta beneficii/riscuri in care beneficiile sunt prevalente)
5. **Sa faca bine**
 - a) Sa manifeste datorie de loialitate fata de pacient (profesionalism)
“Sanatatea pacientului este prima indatorire”
 - a) Sa manifeste grija /datorie de dubla loialitate si pentru:
 - i. Oricare terta persoana ce poate fi afectata de catre pacientul sau sau ingrijirea lui medicala
 - ii. Cei vulnerabili (ex. incompetenti, discriminati, fara aparare, fara resurse economice, bolnavi, etc. care fiind vulnerabili pot fi exploatați, etc.).
 - iii. Sanatatea publica (ca bine public)

SA NU FACI RAU (non-maleficenta)

J. Childress sustine principiul Hipocratic definind principiul non-maleficenta ca principiu al bioeticii (principiu al moralei in practica medicala)

Valoarea non-vatamarii este o valoare morala importanta : are la baza beneficenta, respectul pentru fiinta umana, demnitatea umana, responsabilitatea, respectul drepturilor.

“Atunci cand nu poti sa faci bine, sa nu faci rau” (Hipocrat).

Nu este sigur ca medicul va reusi sa faca bine. Vatamarea dincolo de evolutia cadrului natural al bolii pentru care pacientul a cerut ajutorul atata timp cat este produsa prin actiune neglijenta ori lipsa de cunoastere este imorala si nelegala (autodezvoltarea si perfectionarea sunt o obligatie morala ce decurg din competenta).

Orice actiune are un risc. Balanta beneficiu/riscuri. Nu exista indicatie medicala atunci cand nu exista beneficienta. Nu interveniti medical atunci cand nu exista indicatie si nu exista beneficienta in schimb nu uitati sa acordati suport psihologic si sustinere umanitara.

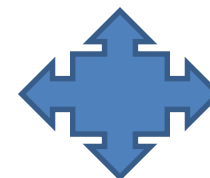
A construi o balanta beneficii/riscuri de la inceput fara beneficii pentru pacient (fara beneficienta, fara bine) avand doar riscuri inseamna a trece la realizarea actului medical fara ca pacientul sa aiba sansa vreunui beneficiu de pe urma actului medical si in aceste conditii orice risc care se materializeaza va aduce dovada ca riscul era nejustificat, inoportun, tocmai pentru ca nu existau beneficii (act medical fara indicatii medicale) si atunci pacientul implicit nu ar fi trebuit supus riscului (nu se intervine medical fara indicatie medicala).

- **EXERCITIUL DATORIEI PROFESIONALE**

- Datoria este o obligatie morala pentru a proteja valorile morale in care credem (individuale), ale actului medical (profesionale), ale pacientului, ale comunitatii (sociale)

- Datoria medicului este pentupla:

1. fata de pacient
2. fata de sine (constiinta proprie)
3. fata de corpul profesional (constiinta profesionala)
4. fata de apartinatorii pacientului (prin extensie fata de societate)
5. fata de unitatea medicala/serviciul medical in care medicul isi desfasoara activitatea si pe care il deserveste (in serviciul public, privat)



- **Datoria medicului este condusa cu diligenta (o datorie avansata).** Diligenta este exercitiul datoriei cu perseverenta, ravna, spre implinirea obligatiei morale (a datoriei), dincolo de recompensa.

- Exista 4 niveluri ale datoriei:

1. Datorie ca obligatie morala **autoasumata** (moral)
2. Datorie ca **reciprocitate**: ca raspuns la increderea primita (o contraoferta morala)
3. Datorie ca **norma** (deontologica): element normat al comportamentului profesional (autoasumat profesional)
4. Datoria ca **impunere**: datoria in activitate impusa de codul muncii (institutie) sau ca impunere morala din partea familiei pacientului, etc.



OBLIGATIA MORALA (DATORIA)

	<i>Valori morale</i>	<i>Valori corective</i>	<i>Apelare</i>
Suferinta	Empatie, compasiune, beneficenta	Regret Compasiune Incurajare	<p>“Ne pare rau” (REGRET, condoleante)</p> <p>“Cred ca va doare; stiu ca e neplacut (COMPASIUNE)”.</p> <p>“Fiti curajos! Stiu ca doare, va trece, suntem alaturi!” (INCURAJARE)</p>
Greseala	Reparatie, A nu face rau,	Recunoastere Adevarul Iertare Reparatie	<p>“S-a petrecut o complicatie... (RECUNOASTERE)”</p> <p>“Nu mi s-a mai intamplat / este prima data cand incerc” (A SPUNE ADEVARUL)</p> <p>“Ne scuzati/ma scuzati...” (IERTARE)</p> <p>“Nu va speriati/impacientati voi chema pe altcineva imediat...” (REPARATIE)</p>
Promisiune	Fidelitate, Loialitate	Datorie ca obligatie morala Fidelitate, Loialitate Neabandon Promisiune, Securizarea increderii	<p>“Voi ramane alaturi de dvs. (DATORIE)”</p> <p>“Sunt medicul dvs.” (FIDELITATE, LOIALITATE)</p> <p>“Raman cu dvs., Suntem impreuna, ...revin imediat.” (NEABANDON)</p> <p>“Aveti incredere,” (PROMISIUNEA de ingrijire/tratament si de SECURIZAREA INCREDERII)</p>

CUM STIM CE ESTE MORAL?

Caile deciziei in dilema etica: teoriile binelui

ABORDARE NON-RATIONALA: permite o alegere subiectiva a cailor binelui

- Dorinta
- Obedienta
- Obisnuinta
- Imitatie
- Intuitie

ABORDARE RATIONALA: permite decizia rationala asupra cai binelui

❑ **Teoria virtutii (despre CUM SA FIM):** in antichitate (grecii antici), in religie. Binele se afla in excelenta de caracter, in virtutile de caracter; facem bine cand suntem buni si fiind mai buni facem mai mult bine; putem invata sa fim buni sau si mai buni prin modelarea caracterului/virtutilor pt. a produce mai mult bine si a fi mai buni

❑ **Teoriile datoriei (despre CE TREBUIE SA FACEM)**

❑ **Datoria in exercitiul drepturilor**, J. Locke: binele se afla in respectarea drepturilor

❑ **Datoria fata de exercitiul datoriei ca principiu unic al moralei**, Imm. Kant (deontologismul), binele se afla in exercitiul datoriei supreme care este datoria de a ne face datoria

❑ **Datoria maxima**, prima facie, WD Ross: oamenii au mai multe indatoriri, unele mai importante decat altele si fiecare diferita de la caz la caz: binele se afla in exercitiul datoriei celei mai importante, datoria maxima, prima facie, principiul care de la caz la caz se afla deasupra celorlalte principii (ex. Intre beneficenta si non-maleficenta: non-Malef)

❑ **Datoria fata de rezultatul cel mai favorabil** (consecintialismul) si spre **producerea celei mai mari cantitati de bine** (de fericire) distribuita catre cat mai multi oameni cu costurile cele mai reduse (utilitarianism, utilitarism): binele se afla in rezultatul cel mai favorabil si cu cea mai buna si mai larga utilitate (implinirea binelui comunitar)

❑ **Teoria principiismului –a bioeticii- (despre CUM SA FACEM)**

Binele se afla in practica unitara a unor principii ale moralitatii: binele regasit in *practica solidara* a 4 principii: beneficenta, non-maleficenta, autonomie si justitie (principiile bioeticii)

Principlismul (principiile bioeticii, **CUM SA FACEM?**)



Valori
(personale,
culturale)

Datorie
(obligatie
morala)

Comportament,
gandire,
actiune

Datorie
(obligatie
morala)

Rezultate



Teorii ale virtutii (**CUM SA FIM?**)



Teorii Deontologice ale datoriei :
-datoria fata de exercitiul datoriei ca principiu unic al moralei
-datoria maxima-prima facie- prima intre datorii de la caz la caz



Teorii Teleologice ale datoriei :
-consecintialism, utilitarianism:
"cea mai mare cantitate de fericire, de bine pentru cat mai multi ", datoria fata de rezultatul cel mai favorabil



Teorii ale datoriei (**CE TREBUIE SA FACEM?**)

3.2 VALORI MORALE ALE RELATIEI MEDIC-PACIENT

CODUL DE DEONTOLOGIE MEDICALĂ din 30 martie 2012 al Colegiului Medicilor din România MO nr. 298 din 7 mai 2012

VALORI MORALE CARE NORMEAZA MORALA PROFESIONALA IN MEDICINA

- **CAP. I Principiile fundamentale ale exercitării profesiei de medic**

ART. 1. Scopul și rolul profesiei medicale. Întreaga activitate profesională a medicului este dedicată exclusiv **apărării vieții, sănătății și integrității fizice și psihice a ființei umane (valori: a face bine –beneficenta-, a nu face rau, respect, demnitatea omului, reparatie, etc.)**

ART. 2 Nediscriminarea (valori: justitie, egalitate, respectul unicitatii si valorii fiintei umane, respectul demnitatii umane)

ART. 3 Respectul demnității ființei umane **ca valoare fundamentală a corpului profesional (valori: respectul unicitatii si valorii fiintei umane, autonomia)**

ART. 4 Primordialitatea interesului și a binelui ființei umane **asupra societății ori științei (beneficenta, a nu face rau -non-maleficenta-, respectul demnitatii umane, valoarea fiintei umane, empatie, datorie, justitie, etc.)**

- ART. 5** Obligativitatea normelor profesionale și a celor de conduită (justitie, beneficenta)
- ART. 6** Independența profesională (valori: beneficenta, incredere, responsabilitate)
- ART. 7** Caracterul relației medic-pacient, **exclusiv profesională și se va clădi pe respectul acestuia față de demnitatea umană, pe înțelegere și compasiune față de suferință** (valori: a face bine, a nu face rau, responsabilitate, empatie, reparatie, auto-prefectionare, etc.)
- ART. 8** Obligația diligenței de mijloace; **sa se asigura ca decizia este corectă iar pacientul beneficiază de maximum de garanții în raport de condițiile concrete** (valori: datorie, obligatie morala, a face bine, a nu face rau, autonomie, independenta profesionala)
- ART. 9** Principiul specializării profesionale (valori: responsabilitate, a face bine, a nu face rau, justitie, respectul demnitatii umane)
- ART. 10** Respectul față de confrăți **abținându-se să-i denigreze ori să aducă critici cu privire la activitatea profesională a acestor** (valori: responsabilitate, justitie, autonomie, a face bine, a nu face rau,, respectul demnitatii umane, etc.)

INCREDEREA

- Nevoia de ingrijire este a pacientului si este datorata starii de boala
- Oferta morala a pacientului: increderea
- Contraoferta morala a medicului (ca raspuns la increderea aratata) este multipla: benevolenta, a face bine, a nu face rau, justitie in actul medical

Incredere > confidente > informatii > loialitate >

The diagram consists of a large horizontal oval with a black outline. Inside the oval, the text 'Incredere > confidente > informatii > loialitate >' is written in black. Below this text, there is a right-pointing arrow followed by 'confidentialitate > incredere'. The entire oval is bracketed at the bottom with a thick black line, and the text 'Securizarea relatiei medic-pacient' is centered below the bracket. There are six small blue squares placed along the top and bottom edges of the oval: two on the top edge and four on the bottom edge.

➤ confidentialitate > incredere

Securizarea relatiei medic-pacient

In medic are incredere nu doar pacientul ci intr-o masura importanta chiar medicul insusi. De increderea in sine depinde in mare masura reusita ingrijirii medicale (eficienta) si binele pacientului (beneficenta)

FIDELITATEA, LOIALITATEA

- Fidelitate (DEX: statornicie, devotament, credinta). Fidelitatea este o virtute. Loialitatea este forma sa de manifestare. Opusul loialitatii este tradarea.
- Loialitatea medicului presupune in raport cu pacientul:
 1. A urmari interesul pacientului, a manifesta grija fata de el (“Sanatatea pacientului este prima mea consideratie”, Decl. Geneva)
 2. A pune interesul pacientului deasupra oricarui alt interes inclusiv cel propriu, al medicului, al stiintei ori al societatii
 3. A urmari ca ingrijirea medicala sa aiba ca scop restabilirea sanatatii pacientului si respectul pentru viata umana intrucat “Sanatatea pacientului este prima mea consideratie”, “Voi manifesta respect pentru viata umana inca de la inceputul sau”, Declaratia de la Geneva, 1948)
 4. A pastra confidentialitatea medicala

Confidentialitatea reprezinta valoarea morala care se afla la baza pastrarii secretului profesional.

Secretul profesional este valoarea legala, impusa de lege, confidentialitatea este valoarea morala impusa de incredere

Confidentialitatea este comuna tuturor cazurilor in care se manifesta incredere, confidente si datorie de loialitate (nu doar in medicina: confidentialitatea avocatiala, expertala, etc.).

Nu se constituie obligatia morala de confidentialitate :

- 1) Atunci cand pacientul insusi cere sa nu se inchida confidentialitatea sau daca ea s-a constituit cere sa se deschida confidentialitatea (“Va rog sa spuneti...”)
- 2) Pentru protejarea vietii, integritatii fizice sau sanatatii persoanei pacientului
- 3) Pentru protejarea vietii, integritatii fizice sau sanatatii unei alte persoane (cand exista un pericol iminent pentru o alta persoana) –dubla loialitate-
- 4) Pentru protectia sanatatii publice –dubla loialitate-
- 5) Pentru a preveni o fapta penala sau urmarile ei

Sunt doua posibilitati:

1. In aceste 5 situatii prevazute de catre lege, medicul **NU inchide** confidentialitatea si **NU** constituie secretul profesional intrucat in aceste situatii exista **informatii critice care sunt destinate cunoasterii publice** si astfel va da curs obligatiei morale si legale de a comunica **aceste** informatii pentru a proteja binele tertului sau a societatii (dubla loialitate)

2. In aceste 5 situatii **divulga** secretul profesional: **deschide** secretul profesional (e legal pentru ca sunt situatiile prevazute de lege) si confidentialitatea (poate ramane apasat moral –uneori exista consecinte ale divulgarii pentru pacient: ostracizare, abandon, dispret, evitare, eroare asupra intentiei, sinucidere, etc.)

O persoana are SIDA, dezvoltă o pneumonie cu pneumocystis și moare. Dar înainte să moară cere medicului să nu spună familiei care este diagnosticul adevărat și care i-a scurtat viața. Ii spune că dacă nu îi va respecta dorința îl va reclama.

Ce să facă medicul, să spună sau să nu spună?

Răspuns: da, pt. că astfel:

- a) protejează interesul legal al unui tert care poate fi în pericol (dacă le spune > se vor testa > dacă cel testat este seropozitiv > va fi pus în program de tratament > ceea ce reprezintă un bine individual pt. acesta dar și un bine social pt. că se pot trata și contactii, etc.
- b) Cerința de a nu spune este o cerință imorală pt. că prin această cerință medicul devine un mijloc al împlinirii interesului pacientului (de a păstra secretul) care aduce prejudiciu altuia, deci medicul devine instrumentul prin care pacientul prejudiciază pe un tert

- Doamna V de 29 ani este descoperita cu epilepsie. Se afla in evidenta medicului de familie. Pacienta este singura cu fetita ei, se ocupa de fetia, are o cariera profesionala de succes, s-a inscris la un nou masterat pentru a se autodezvolta. Medicul este in admiratia acestei mame si isi exprima entuziasmul. Tanara admite ca ii este greu dar ii spune ca nu ar putea reusi sa faca atat de multe fara carnetul ei de conducere si masina pe care se bazeaza.
- Medicul devine ingandurat afland ca ea conduce masina pentru ca se gandeste ca ar putea avea o criza epileptica la volan si astfel sa moara, ea, fetita si poate chiar alte persoane nevinovate.
- Este moral sa se gandesca la binele ei sau la binele celorlalti? Resimte o datorie fata de ea si simte ca ar insela asteptarea si increderea ei daca ar denunta-o: viata ei s-ar schimba si el ar fi autorul acestei schimbari ce nu ar aduce bine in viata pacientei sale, poate chiar din punct de vedere medical legat de boala ei.
- Se simte dator sa anunte politiei cele aflate .
- Ce sa faca? Sa anunte? Sa nu anunte?
 - R; sa anunte. Un exemplu in care dilema dublei loialitati se rezolva in defavoarea pacientului, folosind o abordare necesar utilitariana. Pacienta nu are in mod concret nici unprejudiciu masurabil si cu siguranta nu de natura medicala (ceea ce este domeniul de atributie al medicului) dar riscul pentru viata fetitei este real (o terta persoana in pericol)

Respectul loialitatii poate genera un impas moral atunci cand moralitatea ii cere medicului sa aleaga intre loialitatea fata de o persoana (pacientul) sau fata de alta persoana (alt pacient) / mai multe persoane (societatea) -conflict al loialitatii

- Posibile conflicte ale loialitatii:

1. Conflictul de interese: intersectarea intereselor proprii cu cele ale pacientului (catre cine indreapta loialitatea si datoria? Catre sine sau ai nostri sau catre pacient?) **Raspundeti ce iesire corecta aflati**

Declaratia conflictului. Conflictul intre datorie, loialitate
fata de pacient si interesul personal se rezolva
intotdeauna punand interesul pacientului in primul plan

2. Binele individului v. binele comunitar: **Raspundeti ce iesire corecta aflati**

Interesele individului deasupra binelui public, a societatii si stiintei este o norma legala si morala

3. A face bine v. a nu face rau: care este prima datorie a medicului, de a nu vatama si astfel de a nu trata sau de a trata acceptand riscurile inerente ale vatamarii in actului medical? **Raspundeti ce iesire corecta aflati**

Balanta beneficii-riscuri.
Nici un risc fara
beneficienta

Binele unui
tert

Binele
pacientului

Medicul se afla in impas moral incercand sa afle catre cine trebuie sa exprime mai intai loialitate (vezi si dilema cercului de prieteni)



DUBLA LOIALITATE

Dubla loialitate incearca sa aduca o solutie la conflictul loialitatii impunand ca exista de la inceput **doua datorii (indatoriri)** care se fac in acelasi timp resimtite (moral) si pentru care **medicul trebuie deopotriva sa acorde consideratie spre a le implini;**

Pe de alta parte dubla loialitate este si ea de natura conflictuala intrucat fiecare datorie in parte are motivatii si valori diferite intre care se includ si valorile proprii ale medicului:

- Parinti vs. copil (ex. parinti care refuza transfuzia copilului minor in pericol de moarte): primeaza copilul cand este el pacientul aparat de dreptul la viata ca drept fundamental, primeaza parintele cand este el pacientul autonom
- femeia gravida (mama vs. fat –conflict materno-fetal): primeaza amandoi, apoi mama, apoi copilul;
- Pacient vs. terti (pacient vs. institutie, guvern, alti cetateni): primeaza pacientul dar atunci cand sanatatea ori viata unui tert sau a comunitatii/societatii sunt in pericol primeaza loialitatea fata de tert (societate)

Protejarea celor vulnerabili, nondiscriminarea, sanatatea pacientului meu intai de toate, sunt imperative ale practicii medicale ce ofera solutii dilemei dublei loialitati

Binele mamei Binele copilului



Binele unui tert Binele pacientului



- Ana are 11 ani si este tratata de osteosarcom la mana stanga care a trebuit sa-i fie amputata apoi a urmat o cura lunga de chimioterapie. A fost in remisie pt 18 luni si s-a descurcat foarte bine in tot acest timp revenind chiar la scoala si avand mare grija de proteza sa eficienta, dar este trista ca a trebuit sa renunte la pisica sa.
- Analizele recente insa arata revenirea masiva a bolii cu metastaze pulmonare diseminate. Indiferent de tratamentul agresiv ce se poate aplica, sansele fetitei de vindecare sunt minime.
- Intrucat este un minor emancipat si pentru ca tot timpul a creat o alianta terapeutica in vederea insanatosirii sale i se spune Anei care este situatia si ca trebuie sa continue tratamentul pe mai departe.
- De data asta insa Ana refuza continuarea tratamentului si este mai ales este foarte suparata pe medici si pe familia sa spunand ca deja i-au fost luate bratul si pisica si ca ce altceva vor sa-i mai ia si ca asta ii ajunge si s-a saturat de 3 ani de cand totul este intors pe dos. Parintii insista in continuarea tratamentului neputand sa accepte ca isi vor pierde copilul iubit fara a face tot ce se poate pentru viata lui pana la capat.
- A fost cerut sfatul unui psiholog si al unui psihiatru ajungandu-se la concluzia ca Ana este desi emancipata este probabil incapabila sa ia decizii cu privire la administrarea tratamentului, ca foarte probabil nu intelege moartea intrucat vorbeste tot timpul despre pisica sa si nu despre posibilitatea disparitiei sale si ca este intr-o stare de anxietate avansata.
- Personalul este reticent in a impune tratamentul cu forta stiind suferinta din trecut a copilului.

Ce sa faca medicul curant?

- **a. Sa dea curs solicitarii fetitei impotriva vointei familiei**
- **b. Sa dea curs solicitarii familiei si sa trateze impotriva vointei copilului**
- **c. Sa incerce sa convinga parintii de zadarnicia tratamentului si apoi sa dea curs impreuna solicitarii fetitei fara insa a inceta asistenta medicala adresata suferintei, durerii si suportului psihologic catre fetia bolnava.**

- Dr. I este un medic rezident care tocmai si-a luat dreptul de libera practica. El se afla angajat intr-un praxis privat (cl. privata). Un medic de succes care are o clinica privata vine si il oferteaza cerandu-l sa participe la o asociere neoficiala prin care sa prezinte pacientilor avantajele de a-si ingriji starea de sanatate in clinica acestuia si nu in clinica in care lucreaza el acum.
- Pentru fiecare pacient care se prezinta trimis de el primeste 50E.
- Clinica concurenta este o clinica in plina dezvoltare, cu aparatura de ultima generatie si un nivel bun de ingrijire medicala, chiar mai bun la unele specialitati decat cea in care lucreaza medicul rezident in prezent.
- Interesul lui ar fi acela de a recomanda cat mai multi pacienti pentru a face rost de bani cu care doreste sa faca o excursie in concediu impreuna cu familia. Pentru asta ar trebui sa trimita cel putin 30 de bolnavi iar el are acces la circa 1-2 pacienti pe zi. Mai sunt 3 luni pana la concediu.
- Ce sa faca? DA / NU
- Cum sa faca? Pe unii (care unii?) / Pe toti
- **Valori morale: loialitate fata de angajator vs. beneficenta, non-maleficenta**

?

- Are dreptul sa faca o astfel de recomandare pe baza comerciala amintita? Da; Nu;
- Daca spuneti NU >> 1.Nu este liber sa actioneze profesional (independenta profesionala)?; 2.Daca acela este cel mai bun interes al pacientului, de ce nu?
- Daca spuneti DA >> 1.Este in conflict de interese ceea ce este imoral si ilegal. 2. incalca declaratia de la Geneva fata de care a jurat ca sanatatea pacientilor sai sa va fi prima sa indatorire
- Dar daca ar pune mai presus de propriul interes sanatatea pacientilor si ar trimite spre prezentare la acea clinica doar pe acei pacienti care in raport cu judecata sa pot primi o ingrijire mai buna acolo, asta ar trebui sa ii linistesca constiinta si sa o despovereze de orice problema etica? Da/Nu
- Dar daca ar face un contract scris ar fi in regula? Da/Nu
- Este o problema doar de loialitate intre interesele lui si pacient sau si intre interesele celor doi patroni, el tradand interesele angajatorului lui? Da/Nu
- Daca isi da seama ca la locul sau de munca standardul profesional este scazut fata de cealalta clinica astfel incat pacientii lui sunt prejudiciati primind un standard de ingrijire medicala inferior ce ar trebui sa faca:
 1. Sa isi dea demisia
 2. Sa incerce in masura care ii sta in putinta sa schimbe lucrurile
 3. Sa trimita pe cat mai multi pacienti in cealalta parte (cu sau fara avantaje pentru el)

RESPECTUL FATA DE FIINTA UMANA. RESPECTUL FATA DE DEMNITATEA UMANA. RESPECTUL FATA DE PACIENT

- **Respectul fata de pacient decurge din (1) respectul fata de fiinta umana (2) din respectul fata de demnitatea omului si (3) respectul drepturilor omului/cetateanului/pacientului (vezi cursul 1)**
 - **Respectul pentru fiinta umana: unicitatea fiintei umane, a valorii si umanitatii sale se impletesc dintr-o dubla perspectiva a moralitatii (valori ale binelui) si a legalitatii (drepturi ale omului)**
 - **Respectul pentru demnitatea umana: respectul fata de fiinta umana si respectul autonomiei**
 - **Respectul drepturilor omului (pacientului)**
 - **Drepturi fundamentale (viata si libertatea)**
 - **Drepturi constitutionale: dreptul la informare, dreptul la intimitate, dreptul la ingrijire medicala, etc.**
- **Respectul fata de pacient: model de intelegere**
 - **Pacientul este o fiinta umana *in nevoie* de ingrijire medicala, *in suferinta*.**
 - **Are toate *drepturile* unui cetatean dar are si o nevoie medicala care prioritizeaza exercitiul obligatiilor de corelativitate ale celorlalti in sensul protejarii vietii si a inlaturarii starii de pericol (daca exista): ex. unui om bolnav, unei gravide i se va da randul inainte, etc.**
 - **Pacientul fiind in suferinta este o persoana *vulnerabila* (orice pacient este o persoana vulnerabila din perspectiva suferintei si a starii de boala). Orice persoana poate fi vulnerabila la un moment dat si poate redeveni vulnerabila (varsta, economic, boala fizica, boala psihica, graviditate, etc.). Orice persoana vulnerabila trebuie protejata pentru a nu fi exploatarea. Acordarea actului medical insa este egala, nediscriminatorie (act medical just, justitia in actul medical).**

- Un pacient vine cu apendicita. Se apreciaza ca este o urgenta chirurgicala.
- Este informat asupra naturii, scopului, beneficiilor, riscurilor, evolutiei postoperatorii. Medicul curant stie sa opereze, este competent, are mijloace.
- Pacientul asculta medicul care ii vorbeste despre *necesitatea* interventiei si apoi spune ca refuza actul medical.
- Ce este bine, moral, sa faca medicul?
 1. Sa ii accepte semnarea externarii la cerere si sa il lase sa plece (posibil va muri: beneficenta actului medical este neclara dar se manifesta respect pentru dreptul la libertate, autodeterminare, autonomie)
 2. Sa ii refuze externarea si impotriva vointei sa il opereze considerand ca pacientul nu se afla in deplinatatea capacitatii sale psihice (nu are autonomie) daca alege sa moara
 3. Sa fie retinut in spital, nici externat, nici operat, la nevoie restrictionat prin legare de pat pentru a fi in observatie si a i se administra antibiotice pentru infectia apendicelui dar sa nu fie operat
 4. O alta optiune (care)?

- **Pana cand medicul se gandeste ce sa faca, pacientul face stop cardio-respirator; este resuscitat si ramane comatos in acea zi. In ziua urmatoare repeta al doilea stop cardio-respirator care este iresuscitabil. Se constata decesul.**
 1. Rezultatul produs (SCR si decesul) este in conformitate cu valorile sociale? E conform nivelului de asteptare al societatii de la medic? Atunci cand pacientul a plecat de acasa spunand ca se duce la spital ca nu se simte bine, familia, societatea a asteptat ca medicul sa trateze sau sa nu trateze? Pe fond adresarea catre spital presupune consimtamant implicit la actul medical.
 2. Rezultatul produs (SCR si decesul) este in conformitate cu valorile academice? In fac. de medicina invatam sa tratam cand pacientul are indicatie operatorie sau sa nu tratam?
 3. Rezultatul produs (SCR si decesul) este in conformitate cu valorile corpului profesional? Codurile de etica profesionala (norme ale moralitatii (binelui) in practica profesionala) sustin ca atunci cand pacientul este in urgenta medicala/chirurgicala sa fie tratat sau netratat?
 4. Rezultatul produs (SCR si decesul) este in conformitate cu valorile personale? Medicul a dorit sa faca medicina pt ca ajungand chirurg sa opereze sau sa nu opereze? Competenta lui se regaseste in operatie sau in afara operatiei?
- **Dar daca nu moare in spital ci dupa externare la scurt timp acasa? Aceleasi intrebari. E vreo diferenta? NU**

Raspuns:

1. Respectul pentru demnitatea umana si respectul pentru viata nu se disociaza intre ele si trebuie intotdeauna abordate impreuna (calea morala) astfel incat valoarea omului (dignitatea lui) si viata lui sunt un tot: altminteri omul si viata lui capata valoare instrumentala (prin valoarea biologica a vietii si organismului lipsit de valoare umana si umanitate) si poate servi interesului unei alte persoane sau conduce spre exploatare sau abuz.
2. Ca urmare pacientul se afla in pericol de a-si pierde viata care trebuie protejata deopotriva cu demnitatea lui (valoarea fiintei umane); demnitatea umana este conflictuala aici pentru ca presupune deopotriva respectul pentru viata si unicitatea fiintei umane cu respectul pentru autonomie ca expresie din nou a unicitatii fiintei umane. Solutia vine de la pacient care daca este autonom, prin autonomie alege el insusi rezolvarea conflictului alegand autonomia si punandu-si in pericol viata (ca expresie a libertatii). Daca pacientul nu este inasa autonom, decizia este a medicului.
3. O persoana autonoma nu poate fi supusa unei operatii (sau tratament) impotriva vointei sale.
4. Medicul este dator sa incerce sa explice nevoia de ingrijire si urgenta medicala.
5. Daca este timp va solicita consult psihologic, consult din partea altor colegi, comisie medicala pentru a convinge pacientul ca indicatia si recomandarea sa au fost corecte (cu alte cuvinte nu va abandona pacientul externandu-l fara sa incerce sa il faca sa isi schimbe motivat decizia inasa nu il va forta, ii va respecta autonomia si decizia luata
6. Totodata este dator sa verifice autonomia pacientului si **sa ceara explicatia** pt. care pacientul refuza actul medical (pot exista motivatii intemeiate pe baza carora pacientul sa nu doreasca actul medical, de ex. neincrederea, frica, dorinta de a fi ingrijit in alta parte sau de un alt medic, etc. dupa cum solicitand motivatia deciziei sa afle ca pacientul nu are explicatii care sa exprime intelegerea deciziei alese si astfel ca decizia aleasa nu este in interesul cel mai bun al pacientului si atunci se creaza justificat o suspiciune rezonabila asupra faptului ca pacientul nu este autonom ceea ce indreapta decizia medicului spre refuzul solicitarii si apararea celui mai bun interes care este viata)

3.3 MODELE ALE RELATIEI MEDIC-PACIENT

<i>Tipul de model</i>	<i>Model paternalist: bazat pe atitudinea paternalista a medicului (de inspirație europeană)</i>	<i>Model informativ: bazat pe autonomia pacientului fata de medic (de inspirație americană)</i>	<i>Model interpretativ bazat pe autonomia pacientului fata de medic</i>	<i>Modelul deliberativ: bazat pe dezvoltarea unei relații între medic și pacient</i>
Principiul etic care prevalează	Beneficiența asupra autonomiei	Autonomia asupra beneficienței	Autonomia asupra beneficienței	Beneficiența se împletește cu autonomia
Cine decide în modelul de relație.	<i>Medicul</i>	<i>Pacientul</i>	<i>Pacientul</i>	<i>Pacientul</i>
Rolul medicului	Medicul este în control. <i>Medicul ca reprezentant al pacientului.</i>	Pacientul este în control. <i>Medicul ca și consultant medical</i>	Pacientul este în control <i>Medicul ca interpret.</i>	Pacientul este în control <i>Medicul ca prieten. Alianța terapeutică</i>
Construcția modelului de relație	<ul style="list-style-type: none"> i. Medicul este depozitarul cunoașterii și urmărește <i>beneficenta</i> pentru pacientul sau <i>ca scop medical</i> ii. Medicul strănuie să își pastreze <i>independenta profesionala</i> iii. Valorile medicului sunt <i>transferate</i> asupra pacientului 	<ul style="list-style-type: none"> i. Prin exercitiul drepturilor sale, <i>informare</i>, libertate, pacientul se <i>autodetermina (exercitiul drepturilor sale civile)</i>. ii. Pacientul prin <i>informare și proprie decizie</i> își administrează singur propriile valori 	<ul style="list-style-type: none"> i. Prin <i>intuitivism</i> medicul anticipează dorințele pacientului. ii. Medicul este un <i>consilier și un interpret</i> iii. Medicul coboară lângă pacient pentru a-l ajuta <i>prin informare și interpretare</i> să își cunoască propriile valori și să își caute decizia pe care o consideră potrivită 	<ul style="list-style-type: none"> i. Prin <i>auto-dezvoltare</i> medicul oferă cunoaștere ii. pacientul dobândește el singur informația, în cunoștința de cauză. iii. Medicul ridică pacientul la nivelul înțelegerii sale iv. Alianța terapeutică v. Medicul este prietenul pe care îl ai pentru scurt timp vi. Decizia decurge dintr-o negociere

- Un medic pune dg. de cancer ovarian intr-o forma avansata unei paciente de 53 de ani. Ii prezinta pacientei optiunile de tratament printre care se afla citostaticele cu toate efectele lor. Pacienta refuza.
- De asemenea va solicita sa nu ii informati sotul lasand-o pe ea sa decida cand si cum ii va spune despre dg.
- Medicul considera ca este in beneficiul pacientei sa faca citostatice. Considera ca este binele ei sa faca citostatice si datoria lui sa o amelioreze (considerand starea ei de sanatate ca prima datorie) si decide sa incunostiinteze sotul pentru ca avandu-l pe acesta de partea sa in cadrul aliantei terapeutice sa o convinga pe pacienta sa se indrepte spre decizia corecta din punct de vedere medical.
- Intrebare: Considerati ca medicul a procedat corect?
 1. Da
 2. Nu

- Farhad Tabrizi 69, imigrant din Iran in SUA. Tuse, oboseala, dureri precordiale, cefalee. CT, PET, mediastinoscopie, RX.
- Nu vorbește engleza ci doar limba Farsi. Are un baiat major care vorbește rezonabil ambele limbi. Sotia doar limba Farsi si se roaga pentru el de 5 ori pe zi.
- Pacientul este destul de puțin doritor in a raspunde la intrebarile din anamneza cu privire la starea sa, istoricul bolilor din familie, etc.
- Este slabit dar refuza aproape toata mancarea din spital din frica de a nu contine carne de porc. Baiatul il incurajeaza sa manance dar nu reuseste. Pacientul spune ca prefera sa nu manace decat sa incalce convingerile sale religioase mancand carne de porc. Spitalul ii comunica ca va face tot ce este posibil pentru a evita o contaminare cu produse de carne de porc daca credintele religioase sunt atat de importante pentru el dar o dieta speciala nu este posibila.
- Rezultatele sosesc si ele indica un cancer pulmonar avansat cu celule mici.
- Medicul solicita o intalnire cu familia pt. a I se transmite rezultatele pacientului. Se apeleaza la traducerea mijlocita de fiul sau. Intalnirea are loc.

Dr. Looke	Fiul dlui Tabrizi
Tatal dvs. are cancer cu celule mici in forma avansata	Medicul crede ca esti foarte bolnav
Forma este letala, decesul este apropiat	?
Exista doua posibile tratamente care raman utile (si ridica doua degete): chemoterapia si radioterapia; chirurgia este depasita	Doctorul spune ca mai poti face doua lucruri pentru tine: sa mananci bine si sa te odihnesti
As prefera sa incepem cu chemoterapia pentru a avea rezultate mai usor de acceptat	Ai putea lua niste medicamente puternice cu care o sa iti fie mai bine

DI. Tabrizi, socat, confuz, intreaba care sunt medicamentele puternice pe care I se le recomanda medicul: dr. ii raspunde cursul chemoterapiei, reactiile adverse, gr, v, oboseala, riscul de infectii.

DI. Tabrizi ii raspunde ca acest tratament ar fi un chin atat pentru el cat si pentru sotia lui, prietenii lui si nu prea intelege cum va fi vindecata de aceasta medicatie asa periculoasa.

Refuza tratamentul puternic dar in schimb va urma ceea ce medicul i-a recomandat ridicand cele doua degete si ridica la randul sau cele doua degete: odihna si hrana mai buna.

**A spune vs.
a nu spune**

Ce apreciati ca ar fi putut face diferit medicul/spitalul pentru a fi de mai mult ajutor (beneficenta crescuta)?

Ingrijire competenta cultural: istoric, dieta personalizata, traducere, informare, respect fata de valorile culturale si religioase, discutie prealabila cu fiul pt. a-l lamuri pe acesta, nu este clar daca medicul s-a facut inteles cu privire la nontratament

[<http://www.scu.edu/ethics/practicing/focusareas/medical/culturally-competent-care/cancer.html>]

3.4 VALORI LEGALE ALE RELATIEI MEDIC- PACIENT



- Teoria drepturilor a fost fundamentata de J. Locke (1632-1704).
- Teoria drepturilor apartine eticii normative.
- Oamenii au drepturi din nastere (fundamentale) ori dobandite.
- Drept fundamental
 - drept *natural* (preexistent, manifest încă de la nastere)
 - *egal* (pentru toti oamenii)
 - *inalienabil* (nu este apt de a se modifica pe durata vietii omului)
 - *universal* (exista oriunde și se manifesta la fel).
- Datoria cetatenilor decurge din constituirea si respectarea drepturilor celorlalti: omul este dator sa respecte drepturile celuiilalt și astfel își respectă propriile sale drepturi.
- Binele se afla in respectarea drepturilor: acolo unde drepturile omului sunt respectate, acolo se petrece binele.
- Intinderea drepturilor fiecaruia este data de incalcarea drepturilor celorlalti.
- Drepturi negative (nu implica actiuni) si/sau drepturi pozitive (implica actiuni)
- Datoria in exercitiul drepturilor pozitive se rasfrange si asupra actiunilor celorlalti si sta la baza conceptului de corelativitate a drepturilor (ex. dreptul la viata este un drept pozitiv care implica corelativitate in sensul ca orice om/medic are datoria apararii vietii n-n care altfel n-ar supravietui)

3.3.1 Drepturile pacientului

DREPTUL LA INGRIJIRE MEDICALA

- *a.Extras din Legea Drepturilor Pacientului nr. 46/2003, MO, Partea I nr.70/03/02/2003*
- “Art. 1. In sensul prezentei legi:
- a) prin pacient se intelege persoana sanatoasa sau bolnava care utilizeaza serviciile de sanatate;
- Art. 2. Pacientii **au dreptul la ingrijiri medicale de cea mai inalta calitate de care societatea dispune**, in conformitate cu resursele umane, financiare si materiale.
- Art. 3. Pacientul are dreptul de a fi respectat ca persoana umana, fara nici o discriminare.
- Art. 35 (1) Pacientul are dreptul la ingrijiri medicale continue pana la ameliorarea starii sale de sanatate sau pana la vindecare.

Dreptul la ingrijire/asistenta medicala se bazeaza pe:

- 1) **Valori morale precum:**
 - **Beneficenta**
 - **Justitia actului medical**
- 2) **Drepturi precum:**
 - **Dreptul la viata**
 - **Dreptul la proprietate (asupra starii de sanatate)**
 - **Dreptul la sanatate**
- 3) **Obligatia medicului la exercitarea datoriei sale de ingrijire**
- 4) **Obligatia oamenilor la solidaritate, ajutor**

Dorinta de a fi sanatos este un motiv moral pentru a avea acces la dreptul la ingrijire medicala? NU: dorinta nu creaza obligatii sociale, dar dreptul la ingrijire medicala creaza obligatie sociala. Ingrijirea medicala este un drept chiar daca nu este exprimata prin dorinta persoanei (inconstient, coma, etc.)

- *b. Declaratia Universala privind Bioetica si Drepturile Omului UNESCO 2005*
- Art. 14, al.2 “Tinand cont ca bucuria de a atinge *cel mai inalt standard de sanatate* este unul dintre drepturile fundamentale al fiecarei finite umane fara deosebire de rasa, religie, credinta religioasa, economica sau conditie sociala, progresul in stiinta si tehnologie trebuie sa continue.” (s.n.)
- *c. Carta Drepturilor Fundamentale ale Uniunii Europene, 14.12.2007*
- Art. 35. “Sanatatea. Fiecare are dreptul de a avea *acces la ingrijiri preventive de sanatate si dreptul de a beneficia de tratament medical in conditii stabilite de legile si practicile nationale.* (s.n.)
- *d. Declaratia Universala a Drepturilor Omului (ONU, 10.09.1948):*
- “Fiecare om are dreptul la un *standard de viata corespunzator* pentru sanatatea si binele sau si al familiei sale, se include mancarea, imbracamintea, casa si ingrijirea medicala.” (s.n.)
- *e. Constitutia OMS*
- “Bucuria de a atinge *cel mai inalt standard de sanatate* la care se poate aspira este un *drept fundamental* al fiecarei fiinte umane...” (s.n.)
- *f. Constitutia Romaniei*
- Art. 34. “Dreptul la ocrotirea sanatatii, al. 1. *Dreptul la ocrotirea sanatatii este garantat*”. (s.n.)

CAZ

- Un om fara adapost este internat de urgenta in spital, din strada acolo unde se tavalea pe jos si gemea.
- Se pune dg. de osteomielita de la o veche fractura neconsolidata, gangrena, stare toxico-septica, uremie si diabet dezechilibrat. Refuza orice tratament in afara celui de diabet spunand ca el are doar o singura boala;
- Cere apa, sa-si primeasca medicatia de diabet si sa plece pentru ca “afara este casa mea”.
- Medicul dispune analize dar pacientul arunca cu urina in asistente si murdareste cu fecale cearceafurile facand multa galagie. Omul pare a nu fi in deplinatatea facultatilor sale psihice.
- F. multe persoane care sunt in spital in vizita la apartinatorii lor se uita si privesc doctorii ce fac.
- Medicul curant se gandeste ca are de ales intre a-l externa la cerere ori sa-l trateze cu forta. Este evident pentru medic ca pacientul are nevoie de investigatii si de tratament continue si ca e in stare grava in care daca nu va fi ingrijit va muri. Ce sa faca medicul?

asistentei medicale este imoral si nelegal

Pacientul netratat poate suferi leziuni, vatamari sau chiar moartea. Lipsirea de ingrijire in urgenta este nelegala si imorala. Refuzul

Consult psihologic care trebuie sa ajute medicul trebuie sa inteleaga limitarea autonomiei.

datorita bolii complexe (uremie, glicemie crescuta, etc.).

Aparenta lui lipsa de autonomie (reala sau nu) poate fi urmare a unei intoxicatii endogene

Raspuns: pacientul are nevoie de ingrijire medicala.

DREPTUL PACIENTULUI DE A FI INFORMAT

- *Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003, cap. 2, MO, Partea I nr.70/03/02/2003)*
- Art. 6 Pacientul are dreptul de a fi informat asupra **starii sale de sanatate, a interventiilor medicale propuse, a riscurilor potentiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic.**
- Art. 7 Pacientul are **dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat** în cazul în care informațiile prezentate de către medic i-ar cauza suferința.
- Art. 8 Informațiile se aduc la cunoștința pacientului **intr-un limbaj respectuos**, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate;
- Art. 9 Pacientul are dreptul de a cere în mod expres **sa nu fie informat** și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său.
- Art. 10 **Rudele și prietenii** pacientului pot fi informați despre evoluția investigațiilor, diagnostic și tratament, cu acordul pacientului.
- Art. 11 Pacientul are dreptul de a cere și de a **obține o altă opinie medicală.**
- Art. 12 Pacientul are dreptul să solicite și să primească, la externare, **un rezumat scris** al investigațiilor, diagnosticului, tratamentului și îngrijirilor acordate pe perioada spitalizării

Cu privire la dreptul la informare al pacientului

DE CE se informeaza

1. Pentru ca are **DREPTUL** sa fie informat (dreptul la informare) inclusiv asupra adevarului ca orice cetatean
2. Pentru ca doar informat poate ramane **LIBER** in optiunile sale si el are dreptul la libertate si sa poata decide asupra intereselor sale
3. Pentru ca doar informat (prin consimtamant informat) poate sa ia **CEA MAI BUNA DECIZIE** cu privire la actul medical propus in apararea celui mai bun interes al sau
4. Pentru ca starea sa de sanatate este **PROPRIETATEA** sa (si are dreptul la proprietate)

CUM se informeaza

1. In **LOCUL** potrivit (cabinet, salon)
2. Cu **BLANDETE**, consideratie pentru sensibilitate (teama, etc.)
3. Manifestand **SUSTINERE** psihologica (securizarea relatiei)
4. Cu **OPTIMISM**, **FARA A** **DESCURAJA** pentru a **MOBILIZA** pacientul
5. **CU COMPATIBILITATE** **CULTURALA**
6. **ADAPTAT** la fiecare caz in parte dupa **NIVELUL DE INTELEGERE** si de cultura) dar continad informatia importanta ce permite decizia

CAND se informeaza un pacient asupra dg.?

- 1) Cand pacientul este AUTONOM
- 2) Cand solicita si DORESTE sa afle ADEVARUL despre starea sa (este un drept)
- 3) Cand exista o speranta terapeutica sau paliativa pentru care se poate face o RECOMANDARE PROFESIONALA si se poate propune un PLAN TERAPEUTIC (interventie medicala/chirurgicala/tratamente asociate, paliative)
- 4) Cand cunoasterea dg. (adevarului medical) MOBILIZEAZA pacientul pentru a lupta si a crea o ALIANTA TERAPEUTICA cu medicul

CAND NU SE informeaza un pacient asupra dg.?

- 1) Cand pacientul NU ESTE AUTONOM (dar se informeaza familia)
- 2) Cand pacientul desi autonom CERE SA NU AFLE adevarul (dar se informeaza familia)
- 3) Atunci cand NU exista o speranta terapeutica, dg. cert este letal si DECESUL este apropiat ori iminent (dar se informeaza familia)
- 4) Cand pacientul desi autonom este VULNERABIL, DEPRESIV, in masura sa abandoneze ingrijirea medicala sau poate chiar sa se sinucida: tratamentul se efectueaza cu aplicarea privilegiului terapeutic (dar se informeaza familia)

A SPUNE ADEVARUL

- A spune adevarul (veracitatea) este o tripla datorie morala:
 - fata de adevar (in sine): exprimand realitatea, in sens medical, adevarul poate fi doar unul, dupa cum este si realitatea (daca se cunoaste)
 - fata de pacient (imperativul de a nu minti ca valoare morala se adauga dreptului la informare, adevar, non-maleficenta)
 - fata de constiinta proprie (de a nu minti ca valoare morala, religioasa, non-maleficenta)
- Datoria de a comunica eroarea medicala atunci cand se produce si de a o corecta inclusiv consecintele sale (nu exista raspundere juridica penala in cazul corectarii)
- Spunand adevarul, informam, informand oferim posibilitatea manifestarii autonomiei si prin aceasta sustinem dreptul la libertate
- De asemenea a spune adevarul este o obligatie legala (legea drept. pacientului)

- Un medic dentist efectueza un tratament al unui canal pentru devitalizare si apoi obturatia dintelui. Unul din acele folosite se rupe. Incerca sa extraga varful acului dar nu reuseste. Decide sa continue obturarea si sa nu spuna nimic despre incident.
- Se gandeste:
 - Daca nu spun cine ar sti? Nimeni. Dar daca face o radiografie se poate afla si aceasta ma va face vinovat pentru neinformatie si se poate ridica problema incompetentei si relei mele vointe.
 - Daca spun ar trebui probabil sa reintervin sau sa trimit pacientul in alta parte. Sau poate mi s-ar cere chiar sa platesc tratamentul si/sau chiar despagubiri!
- Sa spuna sau nu spuna?

Da, sa spuna adevarul decurgand din complicatie.
Pentru complicatii pacientul are consimantul informat semnat.
Este vinovat de incident? Cel mai probabil, NU. Dar daca nu spune devine suspect ca a ascuns complicatia.

AUTONOMIA SI DELIBERAREA MORALA

- Din **dreptul la libertate** si **dreptul la viata** (drepturi fundamentale) decurge ***dreptul la autodeterminare***.
- Se poate autodetermina doar un om care se afla in deplinatatea facultatilor sale psihice de pe urma carora poate lua decizii prin care sa isi administreze singur viata si interesele (autoguvernare, autonomie –Imm. Kant) manifestandu-si plenar dreptul de a decide asupra propriei sale persoane.
- Medicul trebuie sa se asigure ca persoana (pacientul) este:
 1. **in masura sa se autodetermine** (are capacitate psihica)
 2. **doreste sa se autodetermine** (are voluntariat)
- Daca da, medicul trebuie sa asiste exercitiul liber al autonomiei pacientului si
 1. **Sa lase acea persoana sa se autodetermine (datorie negativa de a nu interfera)**
 2. **Sa ajute acea persoana sa se autodetermine (datorie pozitiva de a informa)**

- Pe de alta parte persoana pentru a se putea autodetrmina trebuie sa aiba capacitati psihice care medical ii dau aceasta posibilitate de a actiona spre a-si proteja cel mai bun interes al sau.
- Din punct de vedere medical (si juridic) pacientul se poate autodetermina (notiune de drept, juridica) cat timp este **autonom** (notiune filozofica, medicala si juridica)
- O persoana este autonoma atunci cand biologic are
 1. **CAPACITATEA DE A INTELEGE** situatia in care se afla (capacitate de intelegere)
 2. Dorinta de a se manifesta voluntar in sensul autoguvernarii (doreste sa se autodetermine; autos =propriu; nomos= lege) (**CAPACITATEA DE A FI VOLUNTAR IN DECIZIE**)
 3. **CAPACITATE DECIZIONALA:**
 - 1) *Inteleg optiunile/alegerile pe care le are de facut*
 - 2) *Alege (decide) intre optiuni prin rationament (rational) si isi apara cel mai bun interes al sau in raport cu situatia in care se afla*
 - 3) *Comunica optiunea aleasa/decizia*
- Cat timp pacientul este major si autonom deciziile sale trebuie respectate, respectand astfel dreptul sau de a se autodetermina (dreptul la viata, libertate si securitate) si dreptul la libertate.
- In cazul in care pacientul nu se poate autodetermina medicul are datoria sa instiinteze familia sau persoana indreptatita juridic (ex. tutore) pentru a lua decizii in numele pacientului si in raport cu situatia medicala, mereu numai spre cel mai bun interes al acestuia; daca nu exista familie ori nu se poate contacta in timp util decizia va fi luata de catre medicul curant in echipa

Autonomia este biologic o stare a normalitatii psihismului (valoarea biologica a autonomiei) prin care o persoana poate lua decizii proprii cu privire la propria persoana fara amestec ori interferarea unui tert intre aceste decizii incluzandu-se si deciziile medicale

Avand autonomie o persoana dobandeste competenta legala (valoarea juridica a autonomiei) in baza careia isi poate exercita drepturile civile printre care acelea de a semna documente, a lua decizii, etc. si ca urmare poate autoriza in scris sau verbal inclusiv actul medical (a semna consimtamantul informat). Presupune 18 ani legal.

Autonomia unei persoane este conditionata intern si extern

- ***Conditionalitati interne:*** capacitatea de intelegere, voluntariatul si capacitatea de decizie (capacitati ale propriului psihism)
- ***Conditionalitati externe: corecta si completa informare si libertatea***

incalcarea dreptului la
informare/informarea corecta si completa

incalcarea dreptului la
libertate si libera decizie


↓ autonomia

- Un pacient are un cancer de colon multiplu metastazat dar inca in stadiul in care se poate extirpa chirurgical. Operatia este dificila si cu riscuri inclusiv cel de deces postoperator de 15% si presupune anusul contra naturii daca supravietuieste operatiei.

Daca evolueaza favorabil postoperator prognosticul pe termen lung este de max 1 an (timp in care insa va purta anus contra naturii). Daca nu se opereaza prognosticul pe termen lung este de maxim 6 luni.

Pacientul cere sa afle rezultatul investigatiilor si astfel l se aduce la cunostiinta situatia lui medicala. El intelege situatia dar **nu doreste** sa ia o decizie intrucat nu are cu cine sa se consulte si in plus ii este frica. **Are incredere in medic** si il roaga pe acesta sa faca in interesul sau ce considera potrivit situatiei lui. Este dispus sa semneze consimtamant informat, CI.

Ce sa faca medicul?

- a) Sa trateze (sa opereze) considerand ca pacientul a venit pt. a fi tratat, el este competent profesional iar binele pacientului este sa se incerce sansa pe care o are care este legata de interventie conform indicatiei profesionale. Se gandeste: "daca trateaza implinind cu diligenta datoria asteptata si pacientul moare la operatie sau in postoperator? Unde este atunci binele pacientului si cine raspunde de decizia luata?"
- b) Sa nu trateze (sa nu opereze) considerand ca autorizarea trebuie sa vina de la pacient, ca el, medicul, nu isi poate asuma aceasta raspundere, pacientul sa fie externat si sa revina cand se va hotara. Se gandeste: "daca nu trateaza acum si externeaza pentru ca pacientul sa revina iar pacientul care si-a consumat resursele economice, de timp, etc. nu mia revine si moare acasa fara ingrijire de specialitate sau in abandon intr-un caz in care existau inca resurse terapeutice care ar fi dublat supravietuirea iar el, medicul, putea sa il trateze? Unde este atunci binele pacientului si binele ingrijirii medicale? Care este rostul de a fi medic? Pentru ce am ales sa fac medicina daca nu tratez pacientii atunci cand stiu si pot? Are cineva raspundere pentru moartea pacientului?"

sa trateze luand un CI valid si sa faca o comisie cu alti medici pt. a verifica dg. si indicatia medicala

Raspuns:

- In cazul pacientului cu cancer de colon, acesta manifesta stare depresiva, se teme pentru viata lui, plange, cere ajutorul. Medicul apreciaza insa ca trebuie sa ii spuna adevarul despre boala sa si ii cere sa se gandesca la operatie, urmand ca a doua zi sa reia discutia.
- Dar seara primeste un telefon care ii cere sa vina la spital intrucat pacientul s-a aruncat de la un etaj superior decedand.
 - Era pacientul autonom?
 - S-a facut binele spunandu-i-se adevarul, considerand ca pacientul este autonom?
 - Unde este binele cat timp pacientul a murit inca inainte de a incepe tratamentul?
 - Medicul se simte apasat de raspunderea morala urmare a informarii medicale. Are motive sa o faca?

Raspuns:

pacientul era autonom dar depresiv.

Un consult de specialitate psihologic/psihiatric ar fi putut evidenta

Aceasta stare si in acest caz se putea dispune exercitiul unui *privilegiu terapeutic* asupra pacientului.

Privilegiul terapeutic este privilegiul medicului de a trata un pacient autonom fara a obtine in prealabil un CI de la el.

Este un privilegiu pe care il are numai medicul curant si doar **in situatii de exceptie**

Cand SE POATE LUA in considerare ca sa aplicam privilegiul terapeutic

- 1) Exista un DG. CERT cu prognostic cert INFAUST
- 2) Cand prin natura patologiei NU LASA SPERANTE TERAPEUTICE
- 3) LA UN pacient CARE DESI AUTONOM, este DEPRESIV SI VULNERABIL astfel incat la aflarea adevarului ar putea abandona ingrijirea ori sa ia o decizie autolitica (ex. sinucidere, infometare)

Cand NU SE POATE LUA in considerare ca sa aplicam privilegiul terapeutic

- 1) Pacientul AUTONOM solicita aflarea ADEVARULUI
- 2) Pacientul AUTONOM are O BOALA CONTAGIOASA care impune declarare obligatorie (ex. SIDA, tuberculoza, etc.) inclusiv masuri de profilaxie din partea pacientului
- 3) Pacientul AUTONOM necesita O ALTA INTERVENTIE MEDICALA / CHIRURGICALA (ex. citostatice, radioterapia, o alta operatie) care succede tratamentului actual si astfel pacientul trebuie sa stie devarul pentru a urma urmatoarele tratamente

- O persoana sex feminin de 68 de ani, vaduva, sufera o afectiune gastrointestinala de mai mult timp (dureri, constipatie-diaree). In acelasi timp este puternic depresiva dupa pierderea sotului in urma cu 7 ani care a fost grav bolnav si a copilului in urma cu 3 ani intr-un tragic accident; in acest sens a fost de mai multe ori internata in spital. Are un nepot care a adus-o la spital. Actualmente se interneaza pentru scaune diareice repetate. Se efectueaza un tranzit baritat care indica prezenta unei formatiuni colonice. Markerii sunt pozitivi pentru cancer colonic.
- Medicul stie ca trebuie sa ii ceara CI pentru a-l face o biopsie si apoi dupa analiza histopatologica sa ii spuna adevarul oricare va fi acesta. Medicul apreciaza ca pacienta ar fi autonoma in sensul ca ar avea capacitate de intelegere si capacitate de decizie si ca atare ar trebui sa ii spuna adevarul. In plus el considera ca nu trebuie sa minta.
- Nepotul vine si il roaga insa sa nu ii spuna adevarul daca rezultatul este defavorabil pentru ca matusa lui va decide sa moara dat fiind ca sotul ei este de asemenea decedat si se afla intr-o stare prelungita de depresie de la moartea acestuia.
- Ce sa faca medicul, sa-i spuna sau sa nu-i spuna?

Raspuns:
 Sa verifice informatia privind decesul sotului .
 Sa exercite un privilegiu terapeutic daca controlul psihologic/psihiatric confirma starea depresiva si
 posibilitatea reala a abandonului terapeutic ori a deciziei autolitice.

A TRATA/A NU TRATA



- A trata vs. a nu trata reprezinta a evalua balanta beneficii/riscuri, non-maleficenta/beneficenta (a nu face rau/a face bine)
 - Este poate cea mai grea decizie clinica: “DACA NU PUTETI FACE BINE, SA NU FACETI RAU” (HIPOCRATE)
 - Daca un tratament nu are beneficii nu exista in mod real o balanta balanta beneficii/riscuri pt. ca exista numai riscuri si atunci acel tratament nu trebuie facut (cazul nu are indicatie terapeutica curativa, terapia este zadarnica sau cazul se afla deasupra resurselor terapeutice): tratamentul curativ este in acest caz maleficent in schimb tratamentul paliativ este obligatoriu alaturi de sustinere psihologica, cultural-religioasa.
- A trata / a nu trata poate aduce in conflict doua sisteme de valori: binele individului v. binele comunitar sau cel mai bun interes al pacientului (dorinta lui, binele individului – dreptul la libertate) v. independenta profesionala a medicului (dreptul la libertate)
- Promovarea valorilor ce deservesc binele individului (valorile medicului in apararea beneficentei actului medical si a sanatatii si vietii care deopotriva deservesc si independenta profesionala); abordare Kantiana
- Promovarea valorilor comunitatii sau a celui mai bun interes al pacientului -adica al dorintelor lui); abordare utilitariana
- Autonomia pacientului care este in decizie are un rol esential in solutionarea corecta ca si consimtamantul informat pentru tratament (se aplica in orice model de relatie)

Cu privire la decizia de a trata/a nu trata

Decizia DE A TRATA se ia atunci cand

- 1) Se cunoaste CAUZA
- 2) Exista un TRATAMENT etiologic, eficace pentru acea cauza/boala
- 3) Exista un BENEFICIU asteptat, concret iar pacientul poate beneficia de pe urma acelui tratament
- 4) RISCUL tratamentului NU DEPASESTE RISCUL BOLII de baza (al non-tratamentului)

Decizia de a NU trata se ia atunci cand:

- 1) Simptomele bolii NU NECESITA TRATAMENT/INTERVENTIE
- 2) Chiar daca simptomele bolii necesita tratament, NU EXISTA UN TRATAMENT cunoscut si acceptat, benefic
- 3) Chiar daca exista tratamente cunoscute ele sunt RISCANTE (nestiintifice, nestandardizate) iar riscul tratamentului depaseste riscul bolii de baza (al non-tratamentului)
- 4) NU EXISTA UN BENEFICIU asteptat de pe urma tratamentului
- 5) Pacientul autonom REFUZA tratamentul/interventia

- O persoana vine sa solicite la cerere efectuarea unui CT. Medicul ii cere o recomandare de la medicul de familie sau specialist.
- Pacientul ii spune ca nu are si doreste sa efectueza o determinare contra cost. Medicul radiolog intreaba insistent daca a mai efectuat. Pacienta admite ca a mai facut chiar doua in acelasi an. Medicul ii cere insistent sa obtina o trimitere.
- Pacienta ii raspunde ca nu e problema lui iar daca ea doreste sa faca sau nu un CT este dorinta sa iar datoria medicului este sa il faca. E pe lista de interventii disponibile? Da. Are costuri? Da. Are ea banii necesari? Da. Ca urmare este in discutie un serviciu care trebuie prestat din obligatie de plata dar si din obligatie de datorie de ingrijire. Daca medicul /clinica nu doreste sa ii ia banii ei, ea va merge in alta parte, la altcineva si tot va face CT.

- Ce sa faca medicul, sa faca sau sa nu faca examinarea?

Raspuns:

- sa analizeze balanta riscuri/beneficii si numai daca exista beneficii certe comparativ cu riscurile poate da curs solicitarii. Este nerelevant daca actul medical este platit (ex. in privat): pentru orice actiune medicala medicul poarta responsabilitate morala si legala pentru mijloacele actului medical, adica pentru intentie si actiune dar numai astfel nu si pentru rezultat
- Baza comerciala a actului medical poate genera aspecte neetice. Indicatia medicala si realizarea actul medical nu are o baza comerciala (are costuri dar nu baza comerciala)
- Incalcarea independentei actului medical este defavorabila atat medicului (incalcarea libertatii sale afectarea responsabilitatii sale legale), cat si pacientului (afecteaza increderea in medic si in actul medical cat timp pacientul stie ca nu medicul conduce tratamentul) cat si societatii (societatea sufera sa cunoasca ca profesioniisti ai sai actioneaza lipsiti de libertate in limitarea competentei lor dar pastrand totusi raspunderea legala pentru actiunile lor)

- O pacienta vine intr-un cabinet stomatologic solicitand fatetarea tuturor dintilor care de altfel arata acceptabil fara probleme de sanatate dentara. Medicul o intreaba de ce doreste sa faca aceasta si i se raspunde ca “pentru a fi perfecti”. Medicul ii explica ca exista si riscuri mai ales pe termen lung privind deteriorarea calitatii native a smaltului. Pacienta ii raspunde ca daca medicul nu da curs solicitarii sale pe banii sai va merge la un alt coleg de-al lui.
- Ce sa faca medicul sa faca sau sa nu faca tratamentul?
 - Criteriul profesional si indicatia primeaza. Daca balanta riscuri/beneficii este in favoarea beneficientei interventiei atunci poate sa o faca.
 - In caz contrar, chiar daca pierde un pacient (in sistem privat), va alege sa nu faca actiunea care nu aduce beneficii acelui pacient si determina riscuri nebalansate de avantaje pentru care are responsabilitate legala si morala. Medicul va starui sa isi apere independenta profesionala

Cele mai bune interese ale pacientului

- Cel mai bun interes al pacientului reprezinta dorinta pacientului, preferinta sa.
- Dorintele pacientului care sustin binele pacientului si starea sa de sanatate in sensul ameliorarii ori vindecarii vor fi intotdeauna sustinute, promovate.
- **Posibil conflict: autonomia pacientului v. independenta profesionala si autonomia pacientului v. valorile morale individuale ale medicului**
- **Poate insa exista insa si un conflict intre dorinta pacientului si valorile sale pe de o parte si valorile medicului si/sau ale corpului profesional pe de alta parte**
- Medicul va alege intotdeauna promovarea si sustinerea sanatatii si vietii pacientului chiar impotriva intereselor sale personale dar nu va da curs dorintelor pacientului cat timp acestea incalca normele profesionale, normele de drept ori legale ori valorile sale morale (exceptie situatiile de urgenta in care medicul va proteja mai intai viata si sanatatea si doar apoi propriile sale valori).
- Nimeni nu trebuie sa fie un mijloc al implinirii intereselor altuia (abordare kantiana).
- Medicul va starui sa isi protejeze independenta profesionala (autonomia medicului, autodeterminarea sa si dreptul sau la libertate)

4. RATIONAMENTUL MEDICAL

- **RATIONAMENTUL ANALOGIC**

- **Exista 3 forme de rationament analogic:**

- a. Prin "*automatism*":

- a. Regula: dupa cum trebuie sa facem (normare)
- b. Unde: Unitati de Primiri Urgente, spitale de triaj
- c. Util: ajuta medicii tineri in formare, ajuta in urgente, ajuta la triaj sau unde e nevoie de decizii rapide (media cazurilor)
- d. Neutil: se va evita pe termen lung ori in sectii in care ajung bolnavi cu dg. atipice, complicate, rare ori cu tratament individualizat
- e. Riscuri: sablonizare, uniformizare, algoritmizare: creste eficienta in cazurile comune, pierde particularitatea

- b. Prin "*comportament dictat*":

- a. Regula: dupa cum mi se spune (sau ce mi se cere)
- b. Unde: sectiile medicale din spitale mai mici (cel mai frecvent din partea unui superior ierarhic ori profesional)
- c. Util: ajuta medicii tineri in formare, ofera experienta profesionala a altuia, modelul de formare profesionala bazata pe model
- d. Neutil: se va evita pe termen lung pentru a permite medicului independenta profesionala
- e. Riscuri: tutela, modelul nu ofera independenta si solutie in orice caz ci doar in cazurile ce formeaza experienta altuia; impiedica experienta proprie

- c. Prin "*obisnuinta*":

- a. Regula: dupa cum facem de obicei (regula locului sau regula scolii); sinteza celor anterioare
- b. Unde: sectiile medicale din spitale mai mici (mai frecvent), etc. sau spitale mai mari dar cu rulaj mare de pacienti
- c. Util: prin stereotipare ajuta medicul sa poata face fata unui numar mare de cazuri
- d. Neutil: obisnuintele rationamentului se schimba greu; stereotiparea determina pierderea interesului, induce plafonarea profesionala,
- e. Riscuri: *cazurile atipice, particulare, devin o problema*; singura care salveaza rationamentul acestui medic este auto-perfectionarea altminteri el nu se evolua (nu va depasi nivelul mediu plus)

- **RATIONAMENT FARMACOLOGIC SAU FIZIOPATOLOGIC**

Rationamentul farmacologic.

Dg. si/sau tratamentul se bazeaza pe principiile terapeutice farmacologice, asa numita proba terapeutica.

Se adreseaza rezultatului/efectului: are ca scop ameliorarea iar nu vindecarea. Nu cauta etiologia. Nu vindeca dar trateaza efectul. Este adresat binelui apropiat (ex. durerea, febra in stari inflamatorii, etc.)

Riscuri: nu se trateaza etiologia si astfel boala poate reapare ori este tratata incomplet

Rationamentul fiziopatologic.

Dg. si/sau tratamentul se bazeaza pe mecanismele bolii (fiziopatologie)

Se adreseaza mecanismului bolii in ideea in care tratand mecanismele dispar si efectele. Nu trateaza de la inceput rezultatele, efectele ceea ce pastreaza inconfortul pacientului destul de mult timp de la inceperea tratamentului. Nu trateaza etiologia (ex. antiinflamatoare in stari inflamatorii)

Riscuri: tratamentul nu este individualizat (se trateaza o boala iar nu un pacient); se pot manifesta riscuri iatrogene ori ineficienta terapeutica ca reactie individuala; antimodel bio-psiho-social

- **RATIONAMENTUL BAZAT PE DOVEZI MEDICALE** (medicina bazata pe dovezi)
 - Decizia medicala nu se bazeaza pe experienta personala sau experienta colectiva (ex. opinia profesionala a unui alt coleg ori profesor) ci pe o mai buna folosire a datelor actuale medicale pe care le pune la dispozitie stiinta medicala, referintele de specialitate, trialuri clinice, etc.
 - Considera ca nu sunt necesare anume virtuti ori anume calitati pentru a deveni un bun profesionist, un medic bun: oricine poate fi un medic bun; a fi un medic bun nu este o problema personala de auto-dezvoltare ci o problema de suficienta informare. Oricine citeste si stie este un medic bun.
- Riscuri:
 - dovezi medicale inexacte > rationament gresit
 - dovezi medicale incomplete > cunoastere incompleta > rationament incomplete, dg. incomplet
 - temeritate profesionala
 - riscuri deontologice –privind dreptul de libera practica- prin evitarea sugestiilor/opiniilor de confraternitate apare riscul de a se gasi singur in fata bolnavului (fara ajutorul corpului profesional)

EROAREA

- ❖ Eroarea poate fi de fapt sau de norma. Eroarea de fapt este neimputabila si este asimilata erorii simple. Eroarea de norma este imputabila si este asimilata greselii.
- ❖ **Eroarea (de fapt)** in practica medicala tine de natura actului medical
- ❖ Eroarea nu este urmata de reprezentarea subiectiva a consecintelor ei negative.

Un medic se afla in eroare medicala atunci cand un alt coleg

- inzestrat cu aceeasi pregatire si pricepere rezonabila
- sustinut de acelasi nivel de practica medicala si experienta profesionala si dorinta de a ajuta pacientul
- aflat fiind in aceleasi imprejurari

decide sa actioneze/sa nu actioneze intocmai dupa cum ar fi actionat/nu ar actionat si el chiar daca prin aceasta se manifesta o lipsa de cunoastere sau se exercita o actiune deficitara

Eroarea apare in ciuda bunei-credinte si a constiinciozitatii medicului (intentia buna), fie ca materializare a unui risc nenormat fie a unei cunoasterii insuficiente a stiintei medicale. Eroarea nu ocazioneaza o relatie individuala medic-pacient in temeiul responsabilitatii, prejudiciul fiind neimputabil unuia anume , tinand de limitele actului medical

GRESEALA

❖ **Eroarea de norma** (ce tine de lacune profesionale sau de atitudine profesionala).

Un medic se afla in greseala medicala atunci cand

- desi cunostea sau trebuia sa cunoasca existenta unei stari, situatii ori imprejurari de care depindea sanatatea sau viata pacientului
- manifesta o lipsa de cunoastere sau exercita o actiune deficitara
- pe care un alt medic inzestrat cu aceeasi pregatire si pricepere cu un nivel de practica medicala similar si aflat in aceleasi imprejurari nu le-ar fi manifestat.

Greseala apare prin lipsa de constiinciozitate, de prevedere, superficialitate, neglijenta.

Greseala creaza un prejudiciu si o culpa si ocaziona o relatie individuala medic-pacient in temeiul responsabilitatii in care unul este victima si purtator al prejudiciului iar cealalt este responsabil de producerea prejudiciului

Alea terapeutica

- Alea (*lat.*= risc, incertitudine; vine din latina: “Alea iacta est”: “Zarurile au fost aruncate” (Gaius Iulius Cezar, citat de Suetoniu, pornind in traversarea raului Rubicon in campania din Italia impotriva lui Pompei, anul 49 i.H, campanie ce va deveni un lung razboi civil)
- **Alea terapeutica** este un accident imprevizibil lipsit de vinovatie (juridic, in domeniul penal se numeste caz fortuit) si consta in agravarea subita a starii de sanatate a unui pacient urmare a unui tratament ori actiuni medicale din motive care tin de pacientul insusi sau boli ale acestuia ce au fost ascunse sau nu au putut fi cunoscute in timpul util si astfel fara a se putea stabili o greseala medicala.
- Medicul care face o greseala dar care nu produce prejudicii sau cel care produce o greseala recunoscuta dar a caror prejudicii le corecteaza, este exonerat juridic de responsabilitate. De asemenea este fara responsabilitate cel ce comite o eroare de fapt (spre deosebire de eroarea de norma care este imputabila).
- In *alea terapeutica* intra:
 - Accidentele medicale
 - Afectiunile iatrogene
 - Infectiile nozocomiale

RISCURI

- Riscurile se clasifica dupa:
 1. Alegerea momentului (OPORTUNITATE)
 2. Justificare planului terapeutic (dg. si tratament) (JUSTIFICARE)
 3. Posibilitatea de control a actului medical (NORMARE)
- Decizia profesionala priveste diagnosticul si tratamentul cu manifestare prin actiunea de a ingriji sau non-actiunea de a ingriji (ex. a opera sau a nu opera).
- Tratamentul este recomandat in conformitate cu ghidurile profesionale: ghidurile tempereaza actiunea individuala vs. experienta colectiva si aduc proba timpului asupra noutatilor profesionale)

In mod teoretic diagnosticul este singurul act medical lipsit de riscuri intrucat el presupune doar recunoasterea si atestarea realitatii.

In mod practic poate include etape care sa conduca spre riscuri mai mari decat boala insasi si ca atare riscul diagnosticului poate sa depaseasca riscul abtinerii de la diagnostic.

Cat priveste tratamentul, intotdeauna acesta presupune un risc.

Intotdeauna un risc medical trebuie sa determine spre a se lua in calcul cele 3 elemente mai sus mentionate (OPORTUNITATEA, JUSTIFICAREA, NORMAREA).

- ALEGEREA MOMENTULUI (CAND?): Oportunitatea diagnosticului si tratamentului

Riscul oportun (ca moment si ca indicatie)

vs.

Risc inoportun

- JUSTIFICARE (DE CE?): Justificarea diagnosticului si tratamentului

Riscul justificat (legitim) si acceptabil (acceptat prin consimtamant informat)

vs.

Riscul nejustificat (nelegitim) si neacceptabil (neacceptat: refuzul autorizarii actului medical si a semnarii consimtamantului informat)

Criterii de justificare a riscului:

1. Actiunea medicala (tratamentul, etc.) salveaza de la un pericol *real, important*
2. Actiunea medicala (tratamentul, etc.) salveaza de la un pericol *actual, iminent* ce nu poate fi evitat altfel;
3. *Valoarea bunului supus riscului depaseste valoarea prejudiciului* ce s-ar produce: ex. viata vs. disfonia.
 1. In ingrijirea medicala *indicatia medicala* prevaleaza asupra riscurilor (ex. operatia de apendicita pastreaza indicatia, cu toate riscurile ei, chiar daca riscul de deces este de peste 10 ori mai mare decat uzual cat timp pacientul s-a prezentat tardiv: se va echilibra si apoi se va opera in incercarea de a da curs sanse la viata)
 2. In *cercetarea stiintifica* insa este invers, balanta riscuri/beneficii are intaietatea asupra indicatiei profesionale
4. Balanta riscuri/beneficii in favoarea beneficiilor. Nu se accepta tratament medical fara beneficii pentru ca in acest caz orice risc care se manifesta apare nejustificat din pricina lipsei beneficiilor si astfel tratamentul nu are indicatie.

- POSIBILITATEA DE CONTROL (CUM?)

Riscuri supuse normarii, previzibile: susceptibile de o evolutie anticipata

vs.

Riscuri nesupuse normarii, imprezibile: se accepta doar atunci cand rezulta din situatii de urgenta, in caz fortuit sau in caz de forta majora



CRITERII DE APRECIERE CORECTA A RISCULUI

- In aprecierea riscului se va tine seama de faptul ca:
 - in risc se afla pacientul iar nu medicul (respectul persoanei, demnitatea umana)
 - deciziile profesionale ale medicului se rasfrang asupra unei alte persoane (pacientul) ceea ce implica responsabilitatea actului medical
- Raportarea riscului este obligatorie si ea se include in consimtamantul informat
- Niciodata un risc fara un beneficiu real, cuantificabil, semnificativ mai important decat riscul
- Riscul se manifesta inerent actului benefic si nu este un risc suplimentar.
- Cu cat riscul este mai mare cu atat calitatea ingrijirii trebuie sa fie mai mare: procedura se poate opri fie din risc prea mare (mai mare ca beneficiul) fie din lipsa posibilitatii ingrijirii adecvate
- Cu cat riscul este mai mare cu atat nevoia care poarta riscul trebuie sa fie mai mare (justificare/indicatie).
- O stare de stabilitate functionala pune in indoiala oportunitatea riscurilor mari sau a celor letale (riscuri care apar nejustificate fata de acea stare)

- Riscul se accepta intotdeauna doar in interesul bolnavului rezolvand o problema de necesitate medicala;
 - riscul trebuie acceptat liber si clar de catre bolnav,
 - riscul trebuie sa fie util si justificat;
 - riscul trebuie sa fie acceptat doar in lipsa unei alte alternative;
 - riscul trebuie sa fie fara efecte umane negative previzibile, asteptate;

In orice procedura cu risc privind sanatatea ori viata este obligatoriu consimtamântul informat

DOSARUL MEDICAL AL PACIENTULUI

- Toate manoperele medicale, starea medicala a pacientului se noteaza intr-un dosar (fisa).
- Dosarul apartine unitatii medicale dar continutul lui apartine ca date pacientului.
- Pacientul poate oricand afla date despre sine din dosarul sau dar numai la solicitare si numai prin prezentare de catre medic.
- Datele medicale care se consemneaza si raman in dosar sunt in sprijinul justificarii actului medical (in sprijinul pacientului).
- Orice procedura cu risc prespune consimtamentul informat al pacientului care astfel autorizeaza actul medical.