

Principii fundamentale bioetice

– III-

Există patru principii bioetice fundamentale:

- **principiul autonomiei,**
- **principiul nondăunării**
- **principiul binefacerii și**
- **principiul echității**

2.PRINCIPIUL NONDĂUNĂRII

- Cere profesioniștilor sănătății să nu facă rău în nicio împrejurare pacientului și să oprească răul de câte ori este posibil
- *Aspecte:*
 - ☐ a nu ucide;
 - ☐ a nu produce durere pacientului ;
 - ☐ a nu provoca handicap pacientului;
 - ☐ a nu cauza inegalitate de șanse pentru pacient;
 - ☐ a nu folosi niciodată un tratament sau procedură care pot dăuna pacientului.

Exemple de încălcare: experimentele traumatice făcute de medicii naziști pe pacienții prizonieri

- **Probleme privind respectarea principiului nondăunării:**

- problema "dublului efect";
- problema actelor și omisiunii (acțiunii și nonacțiunii)
- problema mijloacelor ordinare și extraordinare de tratament
- problema deciziei prin substituție

1. Problema "dublului efect"

- Urmărește definirea circumstanțelor în care poate fi justificată moral o acțiune care are atât efecte benefice cât și negative
- Poate fi permisă dacă:
 - ☐ acțiunea în sine nu este rea;
 - ☐ consecința negativă nu este cea intenționată;
 - ☐ efectul pozitiv nu este în sine un rezultat al acțiunii rele;
 - ☐ rezultatul bun trebuie să fie mai mare decât răul previzibil

Astfel, în medicină:

❑această problemă se pune în raportul cu avortul terapeutic

❑dacă fătul pune în pericol viața mamei, avortul este permis, scopul urmărit fiind salvarea mamei, nu uciderea fătului

❖aplicație: cazul unei femei însărcinate care suferă de cancer

➤soluție: dacă situația mamei este critică și intervenția medicului implică un risc mare, este sacrificat fătul;

dacă mama este în stadiul final al unei boli incurabile, va fi salvat fătul.

❖ altă zonă de aplicație: testarea medicamentelor: sunt înregistrate efecte dăunătoare asupra unor cazuri de pacienți sau voluntari sănătoși

2. Problema acțiunii și non-acțiunii (ori a ucide sau a lăsa să moară)

- Vizează stabilirea existenței unei diferențe de natură etică între un agent care acționează în mod direct pentru a obține un efect și altul care omite să acționeze în acele situații în care e previzibil că prin omisiune se ajunge la același rezultat
- În medicină se pune întrebarea dacă există o diferență de natură morală între cazul în care moartea pacientului este direct intenționată și provocată și cel în care ea apare doar ca o consecință previzibilă a non-acțiunii sau omisiunii

2. Problema acțiunii și non-acțiunii (ori a ucide sau a lăsa să moară)

- *Poziții formulate:*

- ☐ 1. nu există nicio diferență între cele două, omisiunea poate fi tot atât de deliberată și imorală ca și acțiunea. Ex: dacă un lucrător din domeniul sanitar e răspunzător de alimentația artificială a pacientului și omite să-l hrănească, atunci omisiunea este cu siguranță o crimă.
- ☐ 2. între "a omori" și "a lăsa să moară" nu este doar o diferență semantică, ci și una de morală

- *Condiții în care medicul poate întrerupe un tratament:*

- ☐ corpul este menținut în viață cu mijloace terapeutice extraordinare
- ☐ este evident că moartea biologică este iminentă
- ☐ există consimțământul pacientului sau al familiei

2. Problema acțiunii și non-acțiunii (ori a ucide sau a lăsa să moară)

- **Condiții** care trebuie îndeplinite pentru suprimarea activă a vieții pacientului (eutanasia activă-Olanda):
 - ☐ pacientul să fie în fază terminală
 - ☐ durerile să fie insuportabile
 - ☐ moartea să fie iminentă
 - ☐ să existe consimțământul scris și oral repetat cu privire la eutanasi

2. Problema acțiunii și non-acțiunii (ori a ucide sau a lăsa să moară)

- În stabilirea distincției etice dintre "a ucide" și "lăsa să moară" trebuie făcută distincția dintre acele acte efectuate în cazuri speciale și actele (intervenții, tratamente) făcute în mod curent, devenite standard.
- În majoritatea țărilor eutanasia activă (administrarea unei injecții letale pacientului) este considerată crimă, în timp ce acceptă eutanasia pasivă (a nu resuscita, a nu alimenta artificial bolnavul)
- Legea nu permite eutanasia activă a unui pacient cu dureri atroce, care a cerut în mod conștient asta

3. Mijloace terapeutice ordinare și extraordinare (sau obligatorii și opționale)

- Mijloacele ordinare sunt considerate toate medicamentele, tratamentele, operațiile care oferă o speranță rezonabilă de binefacere și care pot fi obținute și folosite fără cheltuială excesivă, durere sau alte inconveniente
- Mijloacele extraordinare sunt toate medicamentele, tratamentele, operațiile care nu pot fi obținute și folosite fără cheltuială excesivă, durere sau alte inconveniente, sau care, dacă sunt folosite, nu oferă o speranță rezonabilă de binefacere

3. Mijloace terapeutice ordinare și extraordinare (sau obligatorii și opționale)

- *Situații în care tratamentul nu oferă un beneficiu pacientului și, ca atare, el nu este obligatoriu:*
 - ❑ dacă pacientul este în moarte cerebrală și încetarea tratamentului nu-l mai poate influența negativ.
 - ❑ În situația pacienților muribunzi. Pacientul sau familia pot decide încetarea mijloacelor extraordinare de a prelungi viața trupului când este de necontestat iminența morții biologice (ex: resuscitarea sau respirația artificială devin opționale)
 - ❑ În situația unor bolnavi cronici irecuperabili în fază finală, cu consimțământul lor sau al familiei (dacă sunt iresponsabili), unele tratamente pot deveni opționale sau se pot suspenda. Ex: bolnavi cu cancer în fază terminală, a celor cu scleroză multiplă, paralizie progresivă. Decizia are în vedere calitatea vieții restante.

PRINCIPIUL NON-DĂUNĂRII - caz

- ***Primum non-nocere (nu neapărat numai fizic, ci și psihic)***
- Acest principiu include atât obligația de a nu cauza rău, cât și pe aceea de a nu induce riscul vătămării (neglijența).
- **Caz**
- Cuplu căsătorit, intelectuali, infecție cu Chlamydia Trachomatis.
- Dvs le-ați recoltat probele de sânge și de la dvs au rezultatele.
- Unul din membrii cuplului vă întreabă: Cum de am luat această boală și de unde?

3. PRINCIPIUL BINEFACERII

- În medicină, acest principiu cere profesioniștilor sănătății să acționeze pentru promovarea sănătății și pentru prevenirea sau îndepărtarea factorilor dăunători sănătății.
- Cere ca orice intervenție medicală să fie făcută exclusiv în interesul bolnavului, fără să-i aducă prejudicii lui sau celor din anturajul său.
- Acționează atât la nivel individual (grija față de pacient), cât și la nivel social (instituții și beneficiile lor pentru sănătate)
- Medicii, indiferent de specialitate, au obligația să intervină în situații de urgență (catastrofe, accidente) în ajutorul pacienților.
- Principiul binefacerii și cel al nondăunării se înscriu în linia obligației morale de a oferi un beneficiu medical pacienților, cu costuri minime.

3. Principiul binefacerii

- **Cerințe** pe care trebuie să le respecte personalul medical:
 - trebuie să se asigure că poate furniza ajutorul pe care pretinde că-l acordă pacienților prin natura profesiei sale (educație riguroasă și efectivă, experiență practică)
 - ceea ce oferă este un beneficiu net pentru pacientul în cauză și nu pentru pacienți în general, în condițiile respectării autonomiei pacientului
 - obligația de a oferi un beneficiu net pacienților impune o corectă evaluare a riscurilor intervențiilor propuse de medic: probabilitatea decesului, severitatea handicapului, sechelelor

3. Principiul binefacerii

- **Factori care influențează percepția riscului:**
 - ❑ experiența personală legată de evenimente periculoase
 - ❑ capacitatea de a controla pericolele
 - ❑ sentimentul de lipsă de control a lucrurilor. Ex: studiu pe două loturi, subiecții fiind rugați să facă o alegere ipotetică legată de tratamentul cancerului pulmonar: chirurgical sau radioterapie.
 - ❑ durerea limitează posibilitățile de alegere

3. Principiul binefacerii.

Paternalismul

- Dezvăluirea completă a tuturor riscurilor posibile poate provoca pacientului anxietate extremă, iar enunțarea tuturor alternativelor terapeutice plasează o responsabilitate excesivă pe umerii lui
- Asumarea acestei responsabilități de către medic reprezintă unul din aspectele benefice ale paternalismului – reprezintă un tip de comportament care încearcă impunerea unui anumit punct de vedere unei persoane sau grup de persoane fără consimțământul acestora, în scopul realizării unor beneficii pentru individul/grupul în cauză

3. Principiul binefacerii.

Paternalismul

- Paternalismul *presupune*:
 - protecția indivizilor față de actele autodistructive
 - privarea lor de anumite informații în baza convingerii că este mai bine pentru pacienți să nu cunoască anumite lucruri
 - adoptarea unor decizii în interesul individului, fără consimțământul său

3. Principiul binefacerii.

Paternalismul

- ***Tipuri de paternalism:***
 - ❑ *paternalism individual* (pur) exercitat în clinică (paternalism medical)
 - ❑ *paternalism social* (impur) – vizează evitarea răului sau promovarea binelui pentru un grup social. (protecția împotriva efectelor fumatului)
 - ❑ *paternalism activ* (investigații suplimentare pentru precizarea diagnosticului)

3. Principiul binefacerii.

Paternalismul

- *Tipuri de paternalism:*

- ❑ *paternalism pasiv* – medicul refuză să-i administreze unui sportiv substanțe dopante

- ❑ *paternalism slab* (atenuat) – educația pentru sănătate prin mass-media de către personalul medical

- ❑ *paternalism puternic* – interzicerea consumului de alcool, a comercializării alimentelor alterate, a țigărilor cu conținut ridicat de gudron

PRINCIPIUL BINEFACERII - caz

Un copil are nevoie urgentă de o intervenție chirurgicală, fiind victimă a unui accident rutier.

Copilul a pierdut mult sânge și chirurgul estimează că și intervenția va presupune o pierdere masivă de sânge. Solicită consimțământul pentru recoltarea de analize pentru a stabili grupul de sânge și Rh-ul în vederea transfuziei.

Parinții nu acceptă – nu ar accepta transfuzia, sunt membrii ai Martorilor lui Jehova, împreună cu întreaga familie.

Lipsa transfuziei poate însemna decesul minorului

Ce principii etice sunt implicate?

Ce soluție adoptați?

4. PRINCIPIUL ECHITĂȚII (JUSTIȚIEI)

- Se referă la alocarea corectă a resurselor medicale și respectarea drepturilor tuturor oamenilor la sănătate.
- În medicină, presupune ca oamenii cu probleme asemănătoare să fie tratați în mod asemănător (echitate orizontală), iar oamenii cu probleme diferențiate să fie tratați diferențiat (echitate verticală), proporțional cu inegalitățile dintre ei
- Alocarea resurselor reprezintă distribuirea bunurilor și serviciilor de îngrijire a sănătății către instituții, programe și oameni

4. Principiul echității (justiției)

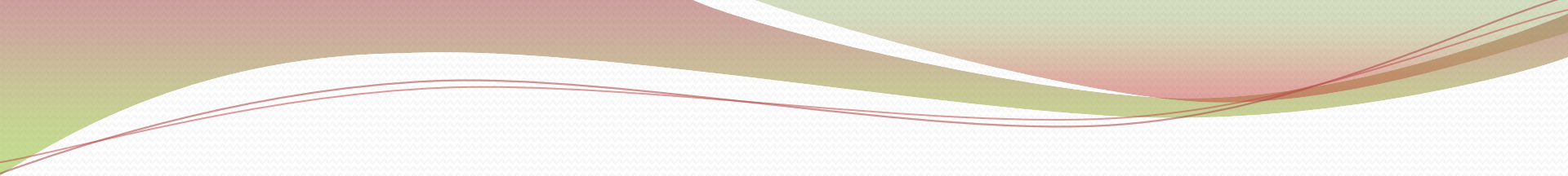
- ***Reguli privind alocarea resurselor***

- ❑ să fie aleasă intervenția despre care se știe, în baza experienței clinice acumulate, că este benefică și eficientă
- ❑ să fie reduse testele invazive și intervențiile de la care se scontează beneficii minime
- ❑ să fie ales testul de diagnostic sau tratamentul care, la beneficiu terapeutic egal sau apropiat, este cel mai eficient din punct de vedere economic
- ❑ să fie apărute drepturile pacientului, dar să se evite manipularea sistemului ce ar permite alocarea preferențială a resurselor pentru un anumit pacient

4. Principiul echității (justiției)

- *Reguli privind alocarea resurselor*

- ☐ să se aloce resursele pe criterii corecte ca: intensitatea nevoii de asistență (reducerea riscului de deces al pacientului), beneficiul terapeutic cert pentru pacient, folosirea unei proceduri transparente de decizie în alocarea resurselor medicale limitate
- ☐ informarea pacientului despre constrângerile privitoare la costul tratamentului să fie făcută cu tact
- ☐ să fie combătută proasta alocare a resurselor medicale, la nivel instituțional (spital) și guvernamental (Ministerul Sănătății)



RELAȚIA MEDIC PACIENT- MODELE.

ACCESUL LA ÎNGRIJIRI DE SĂNĂTATE

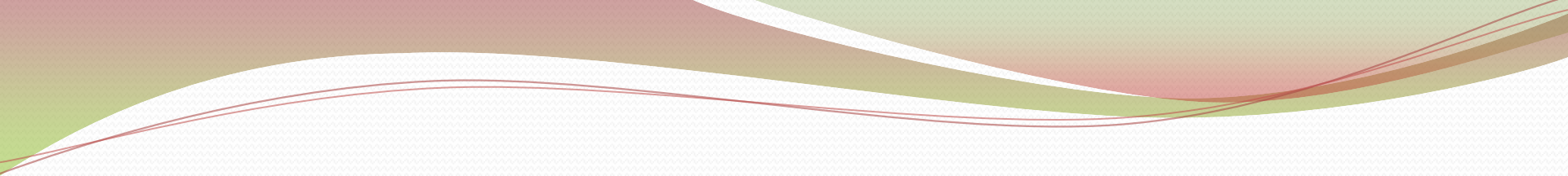
RELAȚIA MEDIC-PACIENT

- **Relație socială**
- **Relație culturală**
- **Relație psihologică**
- **Relație profesională**

RELAȚIA MEDIC-PACIENT

valorile pacientului vs. valorile medicului

- autonomie și promovarea sănătății
- **Modele de relație medic - pacient funcție de**
 - scopul interacțiunii medic - pacient
 - (rolul) obligațiilor medicului
 - (rolul) valorilor pacientului
 - înțelegerea conceptului autonomiei pacientului



RELAȚIA MEDIC – PACIENT MODELE

1. MODEL PATERNALIST
2. MODEL INFORMATIV
3. MODEL INTERPRETATIV
4. MODEL DELIBERATIV

RELAȚIA MEDIC – PACIENT

MODELUL PATERNALIST

pacientul primește intervenția terapeutică care îi maximizează starea de sănătate

1. criteriile obiective pentru determinarea celui mai bun curs al acțiunii sunt **împărtășite atât de medic cât și de pacient**
2. **medicul este cel care discerne interesul maxim** al pacientului chiar în condițiile unei participări limitate a pacientului
3. **pacientul va fi mulțumit** de decizia medicului chiar dacă inițial a fost în dezacord

conceptul de autonomie a pacientului semnifică acordul subînțeleas al pacientului, la momentul intervenției sau ulterior, față de decizia medicului

RELAȚIA MEDIC – PACIENT

MODELUL PATERNALIST

Obligațiile medicului:

- de a pune interesele pacientului deasupra intereselor personale, solicitând eventual colaborarea altor specialiști dacă profesionalismul său nu acoperă în întregime o anumită situație
- **medicul acționează ca apărător al pacientului**, articulând și implementând ce este cel mai bine pentru el
- doctorul își folosește abilitățile și profesionalismul pentru a recomanda testele medicale, A diagnostica boala și recOMANDĂ tratamentul cel mai bun.
- medicul prezintă pacientului **informații selectate**, încurajându-l să consimtă la intervenția considerată cea mai bună, iar în extrem, doctorul își impune autoritatea pentru inițierea tratamentului.

RELAȚIA MEDIC – PACIENT

MODELUL PATERNALIST

LIMITARI

Este un model justificat doar în urgențe, când timpul necesar obținerii consimțământului informat poate să afecteze negativ prognosticul.

Este nerealist să ne imaginăm că medicul și pacientul împărtășesc aceleași valori și păreri asupra a ceea ce constituie un beneficiu.

RELAȚIA MEDIC – PACIENT

MODELUL INFORMATIV

medicul furnizează pacientului toate informațiile relevante

1. există o **distincție clară între fapte și valori**
2. **valorile pacientului sunt bine definite** și cunoscute (de pacient); ceea ce îi lipsește sunt **informațiile**
3. **valorile medicului nu contează** și nici percepția asupra valorilor pacientului

Conceptul de autonomie a pacientului semnifică **supremația sa** în luarea deciziilor

RELAȚIA MEDIC – PACIENT

MODELUL INFORMATIV

Obligațiile medicului:

- **medicul este un furnizor de informații tehnice**
- solicită colaborarea/părerăa altor specialiști dacă profesionalismul său nu acoperă în întregime o anumită situație

identic cu modelul paternalist + prezentarea informațiilor asupra naturii și probabilității riscurilor și beneficiilor asociate intervenției și orice alte dubii legate de caz

pacientul alege intervenția medicală dorită. Conceptul de autonomie a pacientului semnifică **supremația sa** în luarea deciziilor

doctorul execută opțiunea aleasă

RELAȚIA MEDIC – PACIENT

MODELUL INFORMATIV

LIMITARI

- această abordare este lipsită de compasiune față de pacient, ignorând părerile și valorile lui; pacientul **nu își dorește un medic detașat, ci un medic implicat.**
- acest model creează/accentuează imaginea unei profesii supraspecializate și impersonale
- acest model presupune că toți pacienții sunt competenți, au valori/principii cunoscute și fixe (în timp ce, de fapt nu toți știm ce vrem).

RELAȚIA MEDIC – PACIENT

MODELUL INTERPRETATIV

- **SCOPUL** – elucidAREA **valorilor pacientului**, ceea ce dorește în mod real, îl ajută să selecteze intervențiile medicale care împlinesc aceste valori

Obligațiile medicului:

- aceleași ca și în modelul informativ, dar în plus necesită angajarea/colaborarea pacientului în luarea deciziilor
- este **consilier al pacientului**

conceptul de autonomie a pacientului este subînțeles. pacientul ajunge să se cunoască mai bine și să realizeze cum diversele opțiuni terapeutice îi conturează identitatea

RELAȚIA MEDIC – PACIENT

MODELUL INTERPRETATIV

medicul trebuie să clarifice și să realizeze coerența valorilor pacientului;

- pentru aceasta el lucrează cu pacientul pentru a-i reconstrui scopurile, aspirațiile, valorile, prioritățile, etc.
- apoi doctorul determină care teste și tratamente întregesc cel mai bine aceste valori

Pacientul va decide în final care valori și alegere terapeutică i se potrivesc cel mai bine

doctorul nu dictează pacientului!

RELAȚIA MEDIC – PACIENT

MODELUL INTERPRETATIV

- **LIMITARI**

printr-un **talent interpretativ limitat** și mai ales în **lipsă de timp** medicul riscă să își impună neintenționat propriile păreri și să articuleze neadecvat pe cele ale pacientului. Pacientul, copleșit de starea medicală și nesigur asupra propriilor valori ar putea accepta foarte ușor opțiunea “impusă”.

RELAȚIA MEDIC – PACIENT

MODELUL DELIBERATIV

- prin angajare în deliberare morală, medicul **ajută pacientul să determine și să aleagă valorile** asociate sănătății care pot fi împlinite într-o anumită situație clinică. medicul și pacientul judecă meritul și importanța valorilor asociate sănătății
- conceptul autonomiei semnifică maturitate morală. pacientul are capacitatea nu doar de a-și alege preferințele și a decide asupra valorilor dar și de a dezbate, reflecta asupra lor și asupra interferenței cu decizia medicală.

RELAȚIA MEDIC – PACIENT

MODELUL DELIBERATIV

Obligațiile medicului:

- **medicul acționează ca un profesor, ca un prieten**, angajând pacientul într-un dialog asupra celui mai bun curs al acțiunii, spunându-i în final nu numai ce ar putea să facă ci și ce ar trebui să facă

identic cu modelul interpretativ, în plus, medicul sugerează de ce anumite valori (legate de starea de sănătate) sunt mai importante decât altele, și se pot transforma în idealuri

intenția medicului nu depășește persuasiunea morală

medicul nu acționează prin constrângere

în final, pacientul este cel care își selectează valorile

RELAȚIA MEDIC – PACIENT

MODELUL DELIBERATIV

LIMITARI

- cât de adecvat este ca medicul să judece valorile pacientului și să promoveze anumite valori legate de starea de sănătate ?
- în final se va ajunge oricum la o “impunere” a valorilor personale
- s-ar putea ca pacientul să nu aștepte de la medicul său o deliberare morală, o intruziune în labirintul său de valori
-