

# **Ethical Student Conference**

**Aarhus, Danemarca, 2-8 August 1998**

*- raport științific -*

Autor: Dr. Decebal Lațcu

## Introducere

Conferința, aflată la a doua ediție, a avut loc în Odder, Danemarca, între 2-8 August 1998, fiind organizată de studenții Universității Aarhus. Din partea Grupului de Bioetică „Constantin Maximilian” al Societății Studenților în Medicină din București au participat studenții Decebal Gabriel Lațcu și Gabriel Raicu.

*Pentru ușurarea contactelor între cei preocupați de etică medicală s-au pus bazele unei organizații internaționale care va gestiona un site internet public pe teme de bioetică. Pe acest site care va deveni funcțional în viitorul foarte apropiat fiecare membru va putea ridica probleme pentru care va putea primi răspunsuri de la oricine accesează site-ul. De asemenea organizațiile membre (cum ar fi Grupul de Bioetică „Constantin Maximilian”) vor putea să-și prezinte activitatea și să lanseze invitații pentru manifestările pe care le organizează.*

*S-au conturat 6 scopuri pe care această organizație va încerca să la ducă la îndeplinire:*

- 1. Să îmbunătățească educația în domeniul eticii medicale în cadrul facultăților de medicină.*
- 2. Să răspândească interesul în domeniul eticii medicale.*
- 3. Să definească problemele curente de etică medicală.*
- 4. Să instituie un forum pe subiecte de etică medicală.*
- 5. Să împărtășească informații despre conferințe.*
- 6. Să stabilească o rețea interdisciplinară.*

*În timpul conferinței am prezentat activitatea grupului nostru care a fost primită cu admirație. De un interes deosebit s-a bucurat prezentarea Cursului Internațional de Bioetică pe care îl vom organiza între 8 și 15 septembrie.*

*Tuturor participanților li s-au acordat diplome de participare. Conferința a fost cotate de Universitatea Aarhus ca un curs pentru doctoranzi ce echivalează cu 4 credite.*

## **Ethical Student Conference 1998**

- raport științific-

### **Cuprins:**

Introducere

#### **Conceptul de autonomie – drepturile și responsabilitățile pacientului**

*Prof. Henry Wuff MD, profesor de Theory of Clinical Decision – Making la Universitatea Copenhaga, Danemarca, introduce conceptele fundamentale filozofice și etice utilizate în dezbateră subiectelor de etică medicală.*

Profesorul Henry Wuff MD prezintă conceptele de „Drepturi versus Responsabilități” și „Autonomie versus Paternalism”

#### **Tratamentul medicamentos al dependenților de droguri**

Dr. Preben Brandt, psihiatru, președintele Consiliului Național Danez al Narcoticelor prezintă modelul elvețian și explică cum trebuie folosite în mod responsabil substanțele în tratamentul medicamentos.

*Cliff Kaltoft, fost narcoman, membru al Consiliului Național Danez al Narcoticelor, își prezintă propriul punct de vedere.*

#### **Aspectele etice ale psihiatriei moderne**

*Keld Brickner, filozof, face o scurtă introducere în istoria psihiatriei, dintr-o perspectivă istorică și filozofică; prezintă aspectele etice și filozofice ale folosirii constrângerilor împotriva autonomiei, inclusiv conceptul de normalitate.*

*Dr. Raben Rosenberg, profesor de psihiatrie biologică și psihofarmacologie la Departamentul de cercetări psihiatrice al Universității Aarhus, Danemarca, prezintă utilizarea constrângerilor în psihiatrie, aspectele legale și epidemiologice, precum și conceptul de psihoză și bazele medicale ale utilizării constrângerilor.*

#### **Viața ca valoare absolută**

*Profesorul Vilhjalmur Arnason PhD, Universitatea Islanda prezintă bazele filozofice ale conceptului de viață ca valoare absolută.*

*Profesorul Jan Helge Solbakk PhD MB BD, Universitatea de Medicină din Oslo, Norvegia, aduce 4 argumente în favoarea eutanasiei.*

*Mogens Skadborg, Senior Registrar la Departamentul de anestezie al spitalului regional din Aarhus, Danemarca dă argumente împotriva legalizării eutanasiei.*

*Profesorul Jan Helge Solbakk PhD MB BD, Universitatea de Medicină din Oslo, Norvegia, prezintă aspectele etice legate de clonarea umană.*

*Dr. Søren Holm PhD, lector la departamentul de Filozofie medicală și Teoria științei a Universității Copenhaga, Danemarca, membru al Consiliului Național de Etică din Danemarca prezintă aspectele etice ale avortului și diagnosticului prenatal.*

### **Rolul medicului în viitor**

*Profesorul Jan Helge Solbakk PhD MB BD, Universitatea de Medicină din Oslo, Norvegia, prezintă rolul medicului dintr-o perspectivă istorică și filozofică.*

*Dr. Pia Delson, scriitor și lector asociat în Comunicarea medic – pacient la Universitatea Lund și Universitatea Uppsala, Suedia, își expune punctul de vedere asupra rolului medicului în viitor.*

*Profesorul Jan Helge Solbakk PhD MB BD, Universitatea de Medicină din Oslo, Norvegia, susține teza „Medicul – duhovnicul de azi”.*

*Karen Schousboe MA, etnolog, membru al Consiliului de Etică din Danemarca, încadrează persoanele angrenate în sistemul medical în categoria socială a ierarhiștilor.*

## Conceptul de autonomie – drepturile și responsabilitățile pacientului

*Prof. Henry Wuff MD, profesor de Theory of Clinical Decision – Making la Universitatea Copenhaga, Danemarca, introduce conceptele fundamentale filozofice și etice utilizate în dezbaterile subiectelor de etică medicală.*

Plecând de la noțiuni ca binele și răul, ce trebuie și ce nu trebuie făcut, prof. Wuff prezintă etica medicală ca ocupându-se cu luarea deciziilor, aceasta (luarea unei decizii) presupunând efectuarea unei judecăți de valoare. (De exemplu, decizia efectuării unei intervenții chirurgicale care poate reda vederea unui orb este luată pentru că – și acum urmează judecata de valoare – este mai bine să vezi decât să fii lipsit de vedere.)

Este necesar să facem distincția între 3 categorii de norme (criterii, reguli): norme tehnice (care vizează utilitatea – de exemplu un antibiotic bun într-o anumită infecție), norme legale (prevăzute prin lege) și norme morale (care ridică probleme etice, au o valoare intrinsecă și sunt general valabile).

Rămânând la nivel de concepte, putem diferenția 3 nivele ale eticii: meta-etică (etică filozofică), etică normativă (etică practică) și etică descriptivă. Pozițiile meta-etice pot fi la rândul lor de 3 feluri (în funcție de răspunsul la întrebarea „Pot fi afirmațiile etice considerate adevărate sau false?”) : obiectivismul (de exemplu cel religios) care răspunde cu DA la această întrebare; subiectivismul (de exemplu emotivismul) care răspunde cu NU, iar o a treia atitudine care se ghidează după legi de conduită morală nescrise poate fi denumită intersubiectivism.

Orice afirmație de etică (în special de etică medicală) trebuie să fie *consistentă*, și anume: dacă spunem că trebuie făcut A într-o anumită situație și nu trebuie făcut B într-o altă situație, atunci trebuie să fim capabili să evidențiem diferențele relevante din punct de vedere etic.

Structuralizarea eticii normative:

Etica consecințelor (utilitarismul) prevede că trebuie luată acea decizie care are cele mai bune consecințe pentru o singură persoană, pentru un grup de persoane și pentru toată lumea. (Formularea veche spunea că trebuie aleasă acea acțiune care duce la cea mai mare „cantitate de fericire” pentru cel mai mare număr de oameni.)

Etica deontologică (etica datoriilor și drepturilor) cere luarea deciziei corecte, scopul nejustificând mijloacele. Astfel sunt impuse constrângeri deontologice, cum ar fi datoria de a respecta autonomia individuală a pacientului, dreptul la auto-determinare.

Noțiunilor de considerații relevante din punct de vedere etic, consecințe, trebuie să li se alăture și argumentul „pantei alunecoase” (slippery slope argument) care spune că un precedent odată creat poate duce la luarea de multe ori a aceleiași decizii în viitor.

*Profesorul Henry Wuff MD prezintă conceptele de „Drepturi versus Responsabilități” și „Autonomie versus Paternalism”*

Conceptul de autonomie (gr. auto=însuși, noma=lege): O decizie autonomă este o decizie luată după o deliberare necesară, fără presiuni din exterior. O persoană autonomă este o persoană care poate lua decizii autonome.

Conceptul de paternalism: A se comportă paternalistic către B dacă alege acea acțiune care este în cel mai înalt grad în interesul lui B. Distingem 3 tipuri de paternalism:

- paternalism pur: când B nu este autonom;
- paternalism solicitat: când B cere lui A să ia decizia;
- paternalism nesolicitat: când B este autonom dar A nu îi cere consimțământul.

Principiile etice ale sistemului de îngrijire medicală ale țărilor nordice:

1. Principiul bunului Samaritean: toți avem datoria de a ne ajuta unii pe alții dacă ne îmbolnăvim (conform regulii de aur: comportă-te față de ceilalți așa cum ai vrea ca ei să se comporte cu tine) – ideea reciprocității este inclusă în acest principiu respectat prin plata impozitelor ce finanțează sistemul medical.

2. Principiul autonomiei: trebuie să ne respectăm unii altora dreptul la auto - determinare.

3. Principiul dreptății: avem datoria de a asigura o distribuție corectă (în funcție de nevoi) a resurselor limitate.

Principiile etice ale sistemului de îngrijire medicală în SUA – The Appleton Consensus:

1. Autonomia.
2. Să nu faci rău (non-maleficence).

3. Să faci bine (benevolence) – avem o oarecare obligație morală să-i ajutăm pe ceilalți până la un anumit punct, incluzându-i probabil în special pe cei în nevoie.

4. Dreptatea.

Concluzie: societatea trebuie să asigure tuturor o îngrijire medicală de bază minimală și decentă.

Profesorul Wuff a prezentat rezultatele unui studiu făcut pe baza răspunsurilor date de medici din majoritatea țărilor europene, inclusiv România, la întrebări legate de 5 cazuri clinice concrete (*vezi anexa 1*) privind dreptul pacientului la adevăr și ținerea secretului diagnosticului. Printre concluzii se afla și că aceea că, deși medicii români nu respectă drepturile pacienților, răspunsurile lor sunt oarecum justificate prin căldura umană ce o degajă.

### **Tratamentul medicamentos al dependenților de droguri**

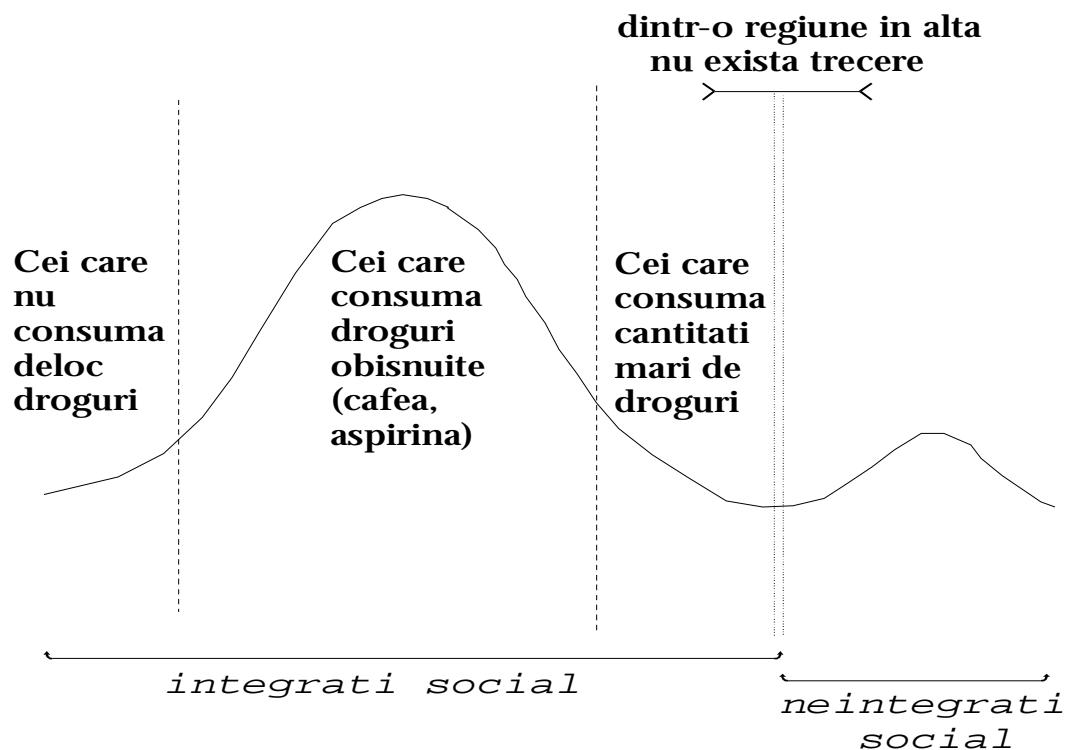
*Dr. Preben Brandt, psihiatru, președintele Consiliului Național Danez al Narcoticelor prezintă modelul elvețian și explică cum trebuie folosite în mod responsabil substanțele în tratamentul medicamentos.*

În Anglia este permisă folosirea heroinei în tratamentul dependenților de droguri, singură sau împreună cu metadona. În lume există peste 70 de programe de cercetare pentru folosirea heroinei. Parlamentul Elvețian a legiferat folosirea heroinei ca utilă în tratamentul dependenței de droguri, sub supravegherea OMS.

Problemele ridicate de folosirea heroinei în tratamente sunt așezate pe două nivele:

- nivel practic – care să fie schemele de tratament, etc.
- nivel etic – dacă este moral să legalizăm folosirea heroinei, dacă nu cumva va crește numărul celor care o folosesc, etc.

Dr. Preben Brandt construiește următoarea curbă Gauss a distribuției populației umane funcție de cantitățile de medicamente (+ stupefiante) folosite:



Argumentația dr. Brandt susține că tot ce putem face pentru cei din a doua curbă, a neintegraților social, este să le îmbunătățim viața, și asta prin utilizarea heroinei în tratamentul acestor dependenți.

*Cliff Kaltoft, fost narcoman, membru al Consiliului Național Danez al Narcoticelor, își prezintă propriul punct de vedere.*

Cliff Kaltoft prezintă dependența ca o condiție psihiatrică cu tulburări la mai multe nivele:

- fizic (stres, mâncare și somn insuficiente)
- psihic (scăderea respectului de sine, evoluția către paranoia, tendință la suicid)
- social (degradare totală, pierderea familiei, a locuinței, a locului de muncă)
- spiritual și mental (frustrarea)
- filozofic (lipsa oricăror scopuri în viață)
- personal (schimbări de personalitate și pierderea identității)

Evoluția stării psihice se realizează cu variații mari de intensitate în cazul administrării de heroină, comparativ cu variațiile mici de intensitate în cazul administrării de metadonă. Un alt fapt ce trebuie luat în considerare este acela că, după o perioadă de abstenență,

reluarea administrării drogului se face de la un nivel corespunzător nivelului la care s-ar găsi narcomanul dacă nu ar fi întrerupt administrarea. În „tratarea” narcomanilor, scopurile nu trebuie să fie prea complexe, în nici un caz nu trebuie vizată resocializarea, deoarece dependenții vor fugi de frica unei vieți fără droguri. În opinia lui Cliff Kaltoft prin suprimarea metadonei nu poate fi controlată dependența, singurul lucru care ar putea-o învinge fiind speranța. Ipoteze recente, grupate în așa-numita „Teorie Biologică”, încearcă să evidențieze chiar un substrat biologic al dependenței.

### Aspectele etice ale psihiatriei moderne

*Keld Brickner, filozof, face o scurtă introducere în istoria psihiatriei, dintr-o perspectivă istorică și filozofică; prezintă aspectele etice și filozofice ale folosirii constrângerilor împotriva autonomiei, inclusiv conceptul de normalitate.*

Analogia între tipul de societate, conceptul de nebunie și ajutorul acordat „nebunilor” este prezentată în tabelul următor:

<i>Tipul de societate</i>	<i>Nebunia</i>	<i>Tratamentul</i>
<i>Ideologia dominantă</i>		
Evul Mediu Creștinism, bine ≠ rău	Posesie de către spirite rele	Exorcism
Societatea burgheză Liberalism, valorizarea rațiunii	Lipsa rațiunii (o deficiență)	Morală, reeducare
Societatea capitalistă, industrializată Valorizarea științei, naturalism	Defect al mecanismului biologic	Corectare tehnică

Filozoful Keld Brickner teoretizează: cu cât înțelegerea „nebiei” va fi mai ideologică, cu atât cei care trebuie să îi ajute pe „nebuni” se vor ajuta mai mult pe ei înșiși să scape de nebuni (sau de problemele lor) și cu atât mai mult vor fi posibile experimentele. Astăzi este de mare importanță faptul că nimeni nu știe ce este boala mentală sau psihică. Problemele etice se ridică în momentul în care pacientul nu se vede pe sine ca bolnav. Crezurile morale se fundamentează pe baza practicii (praxis) și ideologiei, care sunt entități istorice în schimbare.

Cei care sunt implicați în ajutarea celor cu probleme psihice au 2 roluri importante:

1. Tratamentul – reprezintă o abordare profesională, redusă la expertiză științifică. Scopul este restabilirea normalității pe baza cunoștințelor științifice. Acest rol este o sarcină pur tehnică.
2. Suportul – reprezintă o decizie ce are ca scop îmbunătățirea vieții pacientului, pe baza dorințelor acestuia.

Discuțiile pe teme de etică în acest domeniu devin necesare din 3 motive:

1. Schimbări instituționale – mai multă responsabilitate este lăsată la nivele mai joase de decizie.
2. Schimbări sociale și culturale: ideologiile tradiționale sunt abandonate, iar nesiguranța domină.
3. Punctele de vedere filozofice („inocente”) le înlocuiesc pe cele politice („periculoase”).

*Dr. Raben Rosenberg, profesor de psihiatrie biologică și psihofarmacologie la Departamentul de cercetări psihiatrice al Universității Aarhus, Danemarca, prezintă utilizarea constrângerilor în psihiatrie, aspectele legale și epidemiologice, precum și conceptul de psihoză și bazele medicale ale utilizării constrângerilor.*

Numărul de internări și tratamente obligatorii a crescut în ultimii ani; acestea sunt făcute când se crede că tratamentul va fi de folos pacientului, sau când pacientul reprezintă un potențial pericol de a comite fapte antisociale. Drepturile pacienților sunt respectate conform normelor legale, din plângerile pacienților internați obligatoriu care au ajuns în justiție dovedindu-se că în 90-95 % din cazuri decizia de internare a fost justificată și doar în 5-10 % din cazuri ea nu a fost justificată, aceste cazuri reprezentând fie mici variații de la termenii legii, fie nu psihoze ci stări emoționale severe (reacții ale afectului).

Printre aspectele etice ale tratamentului obligatoriu enumerăm: psihoza este o boală mentală și nu o construcție socială; tratamentul poate fi privit dintr-un punct de vedere utilitarist, acesta fiind justificat atunci când beneficiul tratamentului este mai mare decât costurile neaplicării acestuia. Aspectele pragmatice ce țin de o etică intuitivă devin importante atunci când un pericol imediat este evident (asupra propriei persoane sau a altora), sau când avem de a face cu psihoze netratate ce reprezintă stigmat social

severe sau produc suferință familiei. Autonomia individului trebuie considerată atunci când problema este tratată dintr-o poziție deontologică.

Diagnosticul psihozei se face pe baza unor criterii pozitive ca: dezorientarea, halucinațiile și iluziile (opiniile eronate). Ele sugerează afectarea semnificativă a funcțiilor psihice și îl desemnează pe individ ca incompetent.

Problema esențială în opinia profesorului Raben Rosenberg este dacă putem considera psihoza o boală sau nu. Conform conceptului bolii obiective a lui Boorse (1977) sănătatea este caracterizată prin funcții normale, unde normalitatea este statistică iar funcțiile sunt cele biologice. După Boorse, în cadrul bolii, funcțiile se situează la un nivel inferior nivelului tipic al speciei respective, funcția anormală situându-se cu mult sub nivelul mediu al populației. Conform modelului biomedical al bolii care valorifică teorii neurobiologice și psihologice precum și dovezi clinice, individul posedă o zestre genetică ce este determinantă asupra psihopatologiei și neuropsihologiei sale, ducând la o patologie psihică specifică. Există dovezi științifice ce demonstrează atât semnificația factorilor genetici cât și a celor de mediu.

Problemele etice care se pun sunt următoarele: dorințele psihoticului exprimate într-o perioadă nepsihotică referitoare la tratamentele viitoare să fie respectate (de exemplu să nu se folosească electroșocuri dacă aceasta a fost dorința pacientului); tratamentul nemedicamentos al pacienților psihotici să se facă chiar dacă internarea a fost impusă (psihoterapie în locul medicamentelor); să se treacă la înlocuirea camerelor încuiate cu departamente păzite. De asemenea trebuie amintit de experimente în care pacienții sunt lăsați să-și trăiască psihoza până la terminarea perioadei psihotice.

O abordare echilibrată a aspectelor etice legate de internarea forțată trebuie să vizeze:

- autonomia individului
- experiența clinică (psihoze)
- cunoștințele științifice despre psihoze
- raportul dintre costuri și beneficii
- dezbaterile într-o societate deschisă
- legi care să prevină abuzurile
- studii clinice pe perioade îndelungate

Problemele etice legate de tratamentul obligatoriu pot fi discutate pe baza celor 3 cazuri concrete prezentate în *Anexa 2*.

### **Viața ca valoare absolută**

*Profesorul Vilhjalmur Arnason PhD, Universitatea Islanda prezintă bazele filozofice ale conceptului de viață ca valoare absolută.*

Noțiunea de valoare absolută presupune:

- o putere mai mare ca a altor valori (nu este întotdeauna valabil pentru viața umană – de exemplu un martor al lui Iehova nu va accepta o transfuzie de sânge nici măcar pentru a-și salva viața)
- să nu fie niciodată violată (fals, pentru că se acceptă violarea vieții umane dacă este vorba de autoapărare)
- să fie întotdeauna salvată

Argumente pentru considerarea vieții umane valoare absolută:

- Argumentul religios: pentru că Dumnezeu ne-a dat viața nu suntem îndreptățiți să facem orice cu ea.
- Argumentul Kantian: Viața umană este o valoare absolută pentru că nu putem dori distrugerea ei ca regulă universală.
- Argumentul „pantei alunecoase”: odată făcută o excepție de la principiul sanctității vieții, atunci viața umană luată ca întreg este în pericol.

Este viața umană o valoare absolută?

Răspunsul la această întrebare se poate da de pe două poziții diferite:

Absolutism: Valoarea vieții umane este absolută, întrece alte valori, nu trebuie distrusă în mod intenționat, ci trebuie păstrată prin toate mijloacele. *Avantajele* acestei poziții sunt: consistența, faptul că nu compară o viață cu o alta și faptul că nu pune în discuție calitatea vieții. *Problemele* ridicate de o asemenea poziție sunt: se limitează la viața însăși, indiferent de condiția ei sau alte valori de interes personal, duce la paternalism, nu face o evaluare morală și nu lasă loc dialogului.

Decizionism: Autonomia individuală este o valoare absolută. Persoanele autonome sunt îndreptățite să ia decizii asupra vieții lor, precum și asupra vieții indivizilor neautonomi. *Avantajele* acestei poziții sunt: plasează respectul pentru persoană mai

presus de sanctitatea vieții, permite evaluarea morală a situațiilor complexe. *Problemele* ridicate de o asemenea poziție sunt: ea nu ține seama deseori de valoarea vieții, supune viața indivizilor neautonomi la riscul unor decizii arbitrare și de asemenea nu lasă loc pentru dialog.

Poziția profesorului Vilhjalmur Arnason este următoarea: viața nu este o valoare absolută, dar este o valoare de bază pentru că este o condiție a manifestărilor altor valori; valoarea vieții este așadar instrumentală. Foarte adesea, consideră profesorul Vilhjalmur Arnason, valoarea vieții depășește alte valori, dar nu întotdeauna. Ea (viața) trebuie să fie cântărită și evaluată față de alte valori. Este evident că viața umană nu trebuie violată – acest lucru nu poate fi pus la îndoială; dar viața umană nu trebuie întotdeauna păstrată prin toate mijloacele și cu orice preț. Există excepții importante.

Decizia morală se ia pe baza a 3 elemente majore: datoriile și rolul specific al medicului, valorile morale luate în discuție (bunăstarea, autonomia, viața) și analiza elementelor specifice cazului respectiv.

Valoarea de bază în etica medicală este respectul pentru persoană. În consecință tratarea unui pacient trebuie făcută cu grijă asupra bunăstării pacientului și cu respect pentru autonomia pacientului.

Aceste considerații au implicații asupra unor chestiuni particulare, cum ar fi eutanasia și avortul + diagnosticul prenatal.

Eutanasia. Exagerarea importanței vieții duce la pierderea respectului față de persoană, de aici importanța stopării sau neînceperii unui tratament în anume cazuri (permițând pacientului să moară) și a respectării deciziei de a refuza tratamentul. Exagerarea importanței autonomiei pacientului duce la devalorizarea vieții și pune o nedreaptă vină asupra altora, dar ridică totodată și problemele legate de diferența dintre eutanasia pasivă și cea activă.

Avortul și diagnosticul prenatal. Exagerarea valorii vieții violează autonomia individului și aruncă o vină nedreaptă asupra altora (de exemplu nou-născuții cu handicapuri grave) ceea ce sugerează nedreptatea condamnării avortului. Exagerarea autonomiei individuale poate neglija valoarea vieții și arunca o acuză nedreaptă asupra altora ceea ce indică importanța restricțiilor morale asupra avortului.

Eutanasia – definiție. Vorbim despre *eutanasia activă* când cineva cauzează moartea altcuiva și despre *eutanasia pasivă* când nu este salvată viața cuiva, pentru că în ambele cazuri moartea este cea mai bună alegere pentru muribund și nu este împotriva voinței

sale. Nu există nici o distincție morală intrinsecă între eutanasia activă și cea pasivă. Există atât cazuri justificabile cât și nejustificabile de eutanasi pasivă. Distincția dintre eutanasia pasivă și „a lăsa să moară” nu este întotdeauna clară. A lăsa pe cineva să moară de obicei înseamnă a întrerupe tratamentul muribundului.

*Profesorul Jan Helge Solbakk PhD MB BD, Universitatea de Medicină din Oslo, Norvegia, aduce 4 argumente în favoarea eutanasiei.*

A1. Argumentul tragic. Unii pacienți suferă de dureri insuportabile ce sunt mult peste puterile medicinei de a le controla. La cererea unui asemenea pacient, medicul ar trebui să se simtă obligat să-i pună capăt suferinței.

A2. Argumentul autonomiei. Toată lumea ar trebui să aibă dreptul la autodeterminare în ceea ce privește modul în care își trăiește sau își sfârșește viața.

A3. Argumentul empiric. Deciziile medicale de terminare a vieții sunt frecvente în toate spitalele. Ele pot fi eutanasi (sau terminarea vieții fără cererea expresă a pacientului), suicid asistat medical, ușurarea durerii și simptomelor prin opioizi, decizia de a nu trata. Studiile empirice (bazate pe observație) au demonstrat că în Olanda de exemplu, unde asemenea proceduri nu sunt interzise, 15 % din decese au o cauză directă iatrogenă, în timp ce în Australia, unde asemenea proceduri sunt în mod expres interzise, procentul este de 30 %. Ar fi prudent ca această realitate faptică să fie legiferată și eutanasia acceptată ca practică.

A4. Argumentul altruistic.

*Dr. Michael Irwin, președintele „Voluntary Euthanasia Society of London”, a trimis comentariile personale asupra efectului dublu (vezi Anexa 3) care, în medicină, se referă la faptul că bolnavilor în stadii terminale medicii le pot administra cantități crescute de droguri pentru a le ușura suferința, chiar dacă asta le scurtează (neintenționat) viața.*

*Mogens Skadborg, Senior Registrar la Departamentul de anestezie al spitalului regional din Aarhus, Danemarca dă argumente împotriva legalizării eutanasiei.*

Eutanasi, etimologic, înseamnă „moarte ușoară”. Legalizarea ei presupune 2 condiții:

A. Să fie formulate reguli lipsite de ambiguitate.

B. Cei implicați în ducerea la îndeplinire a cererii de terminare a vieții să respecte întotdeauna aceste reguli.

Un posibil ghid de asemenea reguli poate fi următorul:

1. Trebuie să existe un document clar al cererii pacientului care să nu lase nici o îndoială asupra dorinței acestuia de a muri.
2. Pacientul trebuie să se afle într-o stare caracterizată printr-o suferință mentală și fizică foarte mare și de nesuportat.
3. Pacientul trebuie să fie competent în luarea deciziilor.
4. Când pacientul ia această decizie trebuie să fie bine informat, iar dorința sa trebuie să fie continuă și liberă ( de asemenea și voluntară).
5. Trebuie să nu existe nici o alternativă de tratament medical care să poată îmbunătăți starea pacientului.
6. Medicul trebuie să fie foarte precaut când ia decizia efectuării eutanasiei și trebuie de asemenea să consulte și un coleg.
7. Doar medicilor li se permite să efectueze eutanasiie activă.

Despre nici una din aceste reguli nu se poate spune că este lipsită de ambiguități, iar despre respectarea lor, studiile arată că în Olanda, în 1990, 59 % din medici nu respectau aceste reguli, iar în 1991 în Olanda se efectuaseră 1000 de terminări ale vieții pacienților fără cererea acestora.

Despre oportunitatea utilizării eutanasiei se poate discuta pe baza a două cazuri concrete ce se găsesc în *anexa 4*.

*Profesorul Jan Helge Solbakk PhD MB BD, Universitatea de Medicină din Oslo, Norvegia, prezintă aspectele etice legate de clonarea umană.*

Argumente împotriva clonării umane:

- A1. Argumentul identității individuale (argumentul Homo xerox).
- A2. Argumentul demnității umane (clonele umane nu vor fi tratate cu demnitate și respect).
- A3. Argumentul integrității familiale (sau argumentul care vede în clonare ceva împotriva naturii, împotriva planurilor lui Dumnezeu)
- A4. Argumentul siguranței (riscul clonării la mamifere este foarte ridicat, aproximativ 62% din feteți se pierd).

Singurul argument serios în favoarea clonării umane este argumentul terapeutic. Toate argumentele, atât cele pro cât și cele contra, sunt discutabile. Diferitele aspecte se pot dezbate pe baza cazurilor concrete prezentate în *anexa 5*.

*Dr. Søren Holm PhD, lector la departamentul de Filozofie medicală și Teoria științei a Universității Copenhaga, Danemarca, membru al Consiliului Național de Etică din Danemarca prezintă aspectele etice ale avortului și diagnosticului prenatal.*

Câteva din argumentele în favoarea avortului sunt:

- o femeie are dreptul de a decide ce se întâmplă cu corpul ei;
- binele copilului – este un argument foarte slab pentru că foarte puține vieți sunt așa de „rele” încât să fi fost de preferat ca ele să nu fi existat deloc;
- binele familiei.

Dr. Søren Holm construiește următorul silogism pentru prezentarea argumentelor împotriva avortului:

P1. Avortul înseamnă uciderea unei ființe umane inocente.

P2. Uciderea unei ființe umane inocente este o greșeală.

C. În concluzie, avortul este o greșeală.

Propoziția 2, care certifică că uciderea unei ființe umane inocente este o greșeală, poate fi susținută prin următoarele explicații:

- așa a zis Dumnezeu
- este în mod esențial, intrinsec, o greșeală
- ele (ființele) nu vor să fie ucise
- prin uciderea lor le privăm de ceva valoros
- au un interes de a nu fi ucise.

Printre scopurile diagnosticului prenatal, Dr. Søren Holm identifică:

- reasigurarea părinților
- pregătirea părinților pentru nașterea unui copil handicapat
- obținerea de cunoștințe necesare chirurgiei fetale sau altor tratamente ale fătului
- obținerea de cunoștințe ce pot face posibilă avortarea fetușilor handicapați.

Aspectele legate de avort și diagnosticul prenatal se pot discuta pe baza cazului concret prezentat în *anexa 6*.

## Rolul medicului în viitor

*Profesorul Jan Helge Solbakk PhD MB BD, Universitatea de Medicină din Oslo, Norvegia, prezintă rolul medicului dintr-o perspectivă istorică și filozofică.*

Rolul 1. De a-și manifesta vocația în serviciul umanității.

Rolul 2/3. Este învățat de alții / învață pe alții.

Rolul 4. Binefăcător.

Rolul 5. Care execută.

Rolul 6. Care seduce.

Rolul 7. Om supus greșelii.

În cazul unor erori medicale:

1. Nu uitați să menționați toate evenimentele în fișa pacientului.
2. Cereți sfatul cuiva atunci când realizați că a-ți greșit.
3. Susțineți-vă colegii atunci când aceștia au greșit.
4. Nu încercați să duceți pacientul de nas; pacientul are nevoie de un medic care este conștient de faptul că poate greși.

*Dr. Pia Delson, scriitor și lector asociat în Comunicarea medic – pacient la Universitatea Lund și Universitatea Uppsala, Suedia, își expune punctul de vedere asupra rolului medicului în viitor.*

În viitor, consideră Pia Delson, 3 vor fi imperatiivele de bază ale relației medic – pacient: comunicare, informare și ghidare. Printre elementele specifice îngrijirii medicale astăzi se pot menționa: alții decât medicii decid asupra tratamentului, actul medical este mai standardizat ca oricând, avem de-a face cu cât mai multe documente și hârtii, statutul și autoritatea medicului sunt în declin.

Elementele negative ale unui posibil viitor, în opinia lui Pia Delson, sunt: reducerea fondurilor, conducere proastă, scopuri neclar precizate („economisiți bani”), înmulțirea sarcinilor, lipsa de influență, lipsa de participare, lipsa posibilității de dezvoltare individuală, neutilizarea competențelor și abilităților individuale, medicul ca muncitor industrial. Elementele pozitive ar putea fi: sistemul medical să fie o organizație profesională, intelectuală, care să furnizeze cunoștințe, condiții de lucru ideale (discuții deschise, scopuri clare și concrete, planuri de carieră individuale, dezvoltare continuă a competenței,

participarea tuturor, fiecare să aibă influență, competența și ideile întregii echipe medicale să fie respectate și utilizate), viziune și respect.

În anexa 7 veți găsi câteva din poeziile scrise de Pia Delson inspirate din viața unui tânăr medic.

*Profesorul Jan Helge Solbakk PhD MB BD, Universitatea de Medicină din Oslo, Norvegia, susține teza „Medicul – duhovnicul de azi”.*

Printre axiomele enunțate de profesorul Jan Helge Solbakk trebuie amintite:

- Filozofia este rock'n roll –ul anilor '90
- Sănătatea este zeul anilor '90
- Cea mai mare casă de rugăciuni a societăților vestice azi este sistemul medical
- Medicul este duhovnicul zilelor noastre
- După OMS: „Sănătatea este o completă stare de bine fizic, psihic și social”
- Crez religios: „Este mai bine să previi o boală decât să o tratezi”

Această stare de fapt ridică, în opinia profesorului Jan Helge Solbakk următoarele probleme:

- problema competenței
- problema medicalizării (multe din problemele zilnice sunt convertite în probleme medicale)
- problema prevenției – medicina preventivă vs. medicina anticipativă (care susține un mod de viață sănătos bazându-se pe teoria originii multifactoriale a bolii).

*Karen Schousboe MA, etnolog, membru al Consiliului de Etică din Danemarca, încadrează persoanele angrenate în sistemul medical în categoria socială a ierarhiștilor.*

În opinia lui Karen Schousboe trăim sub amenințarea continuă a riscului, pentru care întotdeauna dăm vina pe ceva sau pe cineva, iar societatea jonglează cu acest risc, forțată fiind de presă. După cum le place sau nu societatea, respectiv schimbarea, distingem 4 categorii de membri ai societății:

	<i>Nu le place societatea</i>	<i>Le place societatea</i>
<i>Nu le place schimbarea</i>	<b>IZOLAȚII</b> Sunt în principal persoane	<b>IERARHIȘTII</b> Sunt micii burghezi.

	religioase. Crezul lor este destinul.	Crezul lor este ordinea.
<i>Le place schimbarea</i>	<b>INDIVIDUALIȘTII</b> Majoritatea valorizează forma. Crezul lor este jocul.	<b>ENCLAVIȘTII</b> <b>(egalitariștii)</b> Adepti ai moralei. Crezul lor este colaborarea.

Medicii sunt, după Karen Schousboe, ierarhiști.

Pe baza acestei scheme Karen Schousboe construiește metafora de sacrificiu referindu-se la donarea de organe.