

Scrisoare deschisă

Stimate public,

Suntem un grup de medici români anesteziști - reanimatori (ATI) care lucrează în prezent în Franța. Urmărim cu preocupare evoluția cazului medicilor ATI de la Spitalul Pantelimon, acuzați în acest moment de omor calificat cu premeditare.

Intervin în spațiul public, din păcate, persoane care nu par să aibă acel minim de pregătire profesională în ceea ce privește înțelegerea funcționării unei unități de Terapie Intensivă și a particularităților acestui serviciu, ale patologiilor caracteristice și care totuși se pronunță asupra competențelor și deciziilor luate de acești medici, colegii noștri. Problematika este complexă și nu poate fi înțeleasă fără a cunoaște în profunzime specificitățile serviciului de Terapie Intensivă și dosarele detaliate ale pacienților implicați.

Din nefericire, moartea în reanimare (terapie intensivă) face parte din cotidianul nostru ca medici. În fiecare zi, medicii ATI sunt confrunțați cu decizii de viață și de moarte, într-o lume în care resursele materiale, fizice și umane sunt limitate, și în care tendința este de a fi cât mai invazivi și agresivi în tratamentele propuse pacienților.

Cheia înțelegerii a ceea ce s-a petrecut la Spitalul Sfântul Pantelimon nu se găsește în doza de noradrenalină. Cheia înțelegerii constă în realizarea faptului că situația cu care s-au confruntat colegele noastre era una fără ieșire, că se aflau într-un **impas terapeutic**. Este un fel de „**sah mat**” în medicină, când orice ai face nu mai există o soluție bună. Pentru cei care nu cunosc termenii medicali, starea de „**șoc refractar**” înseamnă o stare de hipotensiune profundă și prelungită, care nu mai răspunde la doze din ce în ce mai mari de noradrenalină. **Nu mai există soluție la aceasta situație și deznodământul inevitabil este decesul, oricare ar fi doza de noradrenalină, mare sau mică.**

Impasul terapeutic este o realitate cu care orice medic se confruntă în viața sa, și, în această situație, continuarea tratamentelor invazive și agresive devine nu doar inutilă, ci nu face decât să prelungească suferința bolnavului și a familiei sale, fără a avea nici o speranță de recuperare sau de vindecare. În Franța în particular și în Europa în general, spre deosebire de România, această situație legată de sfârșitul vieții în secțiile de reanimare este riguros reglementată și face parte din conceptul de „**limitare terapeutică**”; această practică se aplică pacienților în stare terminală, considerați fără perspective de supraviețuire.

În Franța, de exemplu, insistența de a administra un tratament atunci când nu mai există șanse de supraviețuire, poartă numele de „**îndârjire terapeutică**” (“obstination déraisonnable” sau “acharnement thérapeutique”, legea Leonetti din 2005) și este **sanționată prin lege ca o practică medicală neadaptată situației, care aduce atingere demnității pacientului respectiv.**

Fără să avem pretenția de a face lumină în acest caz, dorim să oferim câteva elemente care să contribuie la o mai bună înțelegere a ceea ce presupune reanimarea și cadrul legal în care se desfășoară îngrijirile din faza terminală în reanimările din Franța.

În Franța, încadrarea legală a practicilor de limitarea a îngrijirilor medicale vizează atât **drepturile pacientului**, cât și **protejarea juridică a echipei medicale** confruntată cu această situație.

Echipele medicale au datoria de a acționa **strict în interesul pacientului**, chiar dacă aceasta poate să însemne câteodată limitarea îngrijirilor medicale la pacienții care sunt considerați în fază terminală, fără un proiect terapeutic rezonabil. Aceste legi au început să fie elaborate în Franța încă de acum 20 de ani și continuă să evolueze.

Vă îndemnăm să citiți la sfârșitul acestui articol câteva din principiile pe care se fondează îngrijirile la pacienții aflați în fază terminală (și a pacienților în stare critică în general) în secția de Terapie Intensivă în Franța. Citindu-le, veți înțelege cât de complexă este această problemă și cât este de necesară definirea unui cadru legal bine detaliat și în România. **Fără acest cadru legal, exagerările și excesele în ambele sensuri sunt posibile. Și pacienții trebuie protejați, dar și echipele medicale au nevoie de o protecție legală în fața acestor cazuri dificile.**

Fiecare om, pacient, este unic și fiecare viață este prețioasă. Limitarea îngrijirilor medicale pentru un anumit pacient este întotdeauna o mare greutate pe umerii celui care ia această decizie, însă trebuie să înțelegem că **nu prelungirea vieții și evitarea morții cu orice preț este scopul ultim în reanimare (terapie intensivă)**, ci tratarea, îngrijirea, confortul, calitatea vieții (sau a sfârșitului vieții). Și, când se poate, vindecarea.

Vidul legislativ a făcut posibilă tragedia de la Spitalul Sf. Pantelimon. Și când spunem tragedie, înțelegem și durerea familiilor care au rămas cu impresia că nu s-a făcut tot posibilul pentru apropiații lor, dar și cea a medicilor implicați, care, deși au avut sentimentul că procedează corect și că au acționat în interesul pacienților, acum sunt ostracizați și tratați precum criminali de drept comun.

În calitate de medici ATI, ne exprimăm speranța că acest caz al medicilor de la Spitalul Sf. Pantelimon să fie încredințat experților, care pot să judece imparțial ce s-a petrecut cu adevărat acolo. Sperăm, de asemenea, să fie punctul de plecare pentru definirea unui cadru legal în România care să stabilească regulile de funcționare în astfel de situații. **Perenizarea absenței unui cadru legislativ nu face decât să perpetueze o situație dificilă atât pentru medici, cât și pentru pacienți, și, mai ales, să erodeze relația de încredere care trebuie să existe între pacient și echipa medicală, aceasta în detrimentul amândurora.**

Noi, un grup de medici ATI din Franța, ne exprimăm solidaritatea cu colegii noștri medici ATI din România și suntem gata să împărtășim din experiența sistemului medical francez, mult mai avansată în această problemă. Legile sunt numeroase, foarte detaliate, adaptate Franței, dar pot fi un punct de plecare în elaborarea unui cadru legislativ adaptat României.

Fără să avem pretenția de a fi exhaustivi, iată o trecere în revistă a principiilor pe care se bazează aceste legi în Franța:

Situațiile care impun limitarea sau oprirea tratamentelor într-o secție de Terapie Intensiva:

- **Pacient aflat în situația de eșec terapeutic**, în ciuda unei strategii bine conduse și a unui tratament optimal. În această situație, decizia de limitare sau de oprire a unui (sau mai multor) tratament(e) are ca scop să nu se prelungească inutil agonia prin continuarea înlocuirii unei anumite funcții de organ.
- **Pacientul a cărui evoluție este defavorabilă în ceea ce privește supraviețuirea și/sau calitatea vieții** și pentru care continuarea sau intensificarea tratamentelor de înlocuire de organ ar fi nerezonabilă sau disproporționată față de obiectivul terapeutic și situația reală (ex. cancer terminal).
- **Pacientul care își exprimă direct sau indirect refuzul** față de introducerea sau intensificarea tratamentelor de înlocuire de organ (ex. ventilație invazivă, dializă etc.)

Modalitățile de limitare terapeutică:

- **Limitarea tratamentelor:** aceasta poate presupune fie non-optimizarea (lipsa de escaladare) a unuia sau a mai multor tratamente deja prezente (de ex. nu se crește oxigenul, sau nu se mai crește noradrenalina), fie non-instituirea unui nou tratament în cazul apariției unei noi complicații. Intenția nu este de a provoca moartea, ci de a lăsa procesul fiziologic să se desfășoare natural, fără o altă intervenție din partea echipei medicale.
- **Oprirea tratamentelor:** întreruperea unuia sau mai multor tratamente, inclusiv a celor care asigură menținerea în viață artificială. Este esențială distincția dintre „a lăsa să moară” un pacient care a ajuns la sfârșitul vieții, și „a-l face să moară”, lucru care este asimilabil eutanasiei și care presupune o acțiune voluntară, intențională în acest scop.

Nu se face o diferență etică între a limita și a opri un tratament.

- **Îndârjirea (încăpățânarea) terapeutică:** aceasta se referă la **instaurarea sau continuarea** unui tratament care devine inutil și nejustificat, ținând seama de prognosticul de supraviețuire limitat și de calitatea vieții la un anumit pacient. Această „încăpățânare terapeutică” este considerată o practică medicală „proastă”, care nu ține seama de vulnerabilitatea și de drepturile pacientului, și care este sancționată prin lege în Franța. Simpla menținere artificială în viață, fără un proiect rezonabil, este sancționată tot ca „încăpățânare/ îndârjire terapeutică”.
- **Îngrijiri paliative:** acele îngrijiri active care se acordă unei persoane cu o boală gravă, evolutivă sau terminală. Obiectivul îngrijirilor paliative este de a

ușura durerile fizice și psihice, atât ale pacientului muribund, cât și ale familiei acestuia.

Participanții la procesul de reflecție și de decizie a limitării terapeutice:

- **Pacientul: în cazul în care acesta este capabil să-și exprime dorințele și să poată lua o decizie.** Aceasta presupune că se poate exprima și că funcția de judecată și de înțelegere este păstrată. Legea franceză impune respectul principiului de autonomie a pacientului.
- **În cazul în care pacientul este incapabil să ia o decizie, responsabilitatea de decizie revine medicului care se ocupă de pacientul respectiv.** Această decizie nu cade asupra familiei sau asupra personalului paramedical și nici nu poate fi delegată altui medic.
- **Procedura de reflecție colegială:** decizia de oprire/limitare a tratamentului este luată după consultarea cu echipa de îngrijire, făcând apel la un alt medic, chemat în calitate de consultant. Nu trebuie să existe nicio legătură ierarhică între acești medici, care ar putea influența luarea deciziei. La cererea unuia dintre cei doi medici, se poate face apel la un al doilea medic consultant.
- În luarea deciziei se ține cont de dorințele pacientului exprimate anterior, de opinia familiei. Informația față de aceștia trebuie să fie clară, adaptată, reînnoită, precoce, loială, sinceră. **Legea franceză precizează că familia poate și trebuie să fie consultată, însă nu i se atribuie un rol decizional.**
- **Procesul de decizie trebuie să implice și asistenții, infirmierele, rezidenții și medicii de altă specialitate implicați în îngrijirea pacientului respectiv.** Aceștia sunt încurajați să se exprime față de această decizie, iar o finală să fie urmată de toți cei care se succed în procesul de îngrijire a pacientului. **Se urmărește ajungerea la un consens în cadrul echipei medicale.**
- În cazul apariției unor noi elemente capabile să modifice procesul de reflecție, orice decizie de limitare sau oprire a tratamentului luată anterior poate **să fie reconsiderată sau anulată.**

Trasabilitatea informației de limitare/ oprire a tratamentului în dosarul pacientului este impusă prin lege și este capitală. Orice decizie trebuie înscrisă în dosarul pacientului, implică responsabilitatea medicului îngrijitor, are valoare medico-legală, asigură transmiterea informației între echipele care se succed în îngrijire, turele de zi sau de noapte. Informația trebuie să fie exhaustivă și trebuie să cuprindă:

- **Numele și funcțiile celor care au fost implicați în decizie și au asistat la dezbateri;**
- **Etapele procesului decizional, decizia finală și motivele care au stat la baza acestei decizii;**
- **Opiniile medicului consultant, ale persoanei de încredere a pacientului, ale familiei sau ale prietenilor apropiați;**

- *Modalitățile detaliate de aplicare a acestor decizii;*
- *Procesul de implicare și de informare a familiei, gradul lor de înțelegere față de situația expusă.*

*Din momentul în care s-a luat decizia de limitare/oprire a tratamentului și aceasta este pusă în practică, scopul primordial al echipei medicale este de a asigura **îngrijirile de confort, de a ușura durerea fizică sau morală atât a pacientului, cât și a familiei** (ex. menținerea suportului ventilator, a hidratării, a nutriției artificiale). Aceasta presupune de asemenea, încetarea practicării diverselor examene medicale (bilanțuri de sânge, radiografii etc.), facilitarea unei asistențe religioase, psihologice, administrative etc.*

În anumite cazuri, se poate pune în practică o sedare terminală care să limiteze simptomele unui pacient în ultimele clipe de viață (durere, agonie, confuzie, agitație etc.).

Semnat,

**« Scrisoare Deschisă a Medicilor Anesteziști – Reanimatori
din Franța »**

	Nume	Prenume	Oraș	Adresa mail (opțional)
1	TANASE	Claudia	Paris	c****e@gmail.com
2	MOLDOVAN	Oana	Grasse	m****a@gmail.com
3	CARJALIU	Ionut	Bethune	i****u@yahoo.com
4	RADUTOIU	Mihai Mugurel	Lens	m****0@yahoo.com
5	RADUTOIU	Raluca Alina	Perpignan	r****c@yahoo.com
6	ASTILEANU	Doina	Auxerre	
7	LABONT	Beatris Alina	Amiens	
8	SOLDAN	Laura-Daniela	Paris	l****n@gmail.com
9	ALBU	Gabriela	Hyeres	g****u@ch-hyeres.fr
10	VLAD	Natalia	Grasse	d****a@yahoo.com
11	HARPAN	Ioana Adela	Paris	a****n@yahoo.com
12	COSTI	Lenuta	Grasse	l****i@gmail.com

13	MOLDOVAN	Septimiu	Grasse	m****6@gmail.com
14	DUMITRIU	Alin	Paris	a****u@gmail.com
15	CORNEA	Bujorel Cornel	Orange	
16	TEODORESCU	Adelina	Carcassonne	
17	VULTUR	Eduard - Theodor	Strasbourg	
18	APRIOTESI	Roxana	Rouen	r****r@gmail.com
19	BANCIU	Daniela	CH Gonesse	d****c@yahoo.com
20	CHELARESCU	Oana Cristna	Alençon	o****u@gmail.com
21	SECAREANU	Monica	Troyes	m****u@yahoo.com
22	DONISANU	Roxana	Menton	
23	BALCAN	Iulia-Ecaterina	Paris	i****a@yahoo.com
24	COJOCARASU	Dumitru	Le Mans	
25	TEODORESCU	Dana	Paris	d****u@gmail.com
26	CIURCIUN	Adrian	Strasbourg	c****n@icans.eu
27	CIURCIUN	Alexandra	Strasbourg	
28	GAMAN	Oana	Narbonne	o****n@yahoo.com
29	MUREȘAN	Andrei - Eugen	Amiens	a****7@gmail.com
30	MERCORE	Ioana	Saverne	i****e@yahoo.com
31	COJOCARU	Mariana	Paris	m****7@gmail.com
32	GRAMA	Mihaela	Romans-sur-Isère	m****r@gmail.com
33	TIRCA	Andrei	Grasse	a****6@gmail.com
34	POPESCU	Adelina	Clichy La Garenne	p****a@yahoo.com
35	GIOSANU	Florentina	Le Mans	
36	DUMBRAVA	Ramona	Frejus, St Raphael	

37	VLONGA	Andreea	Rodez	a****a@gmail.com
38	ALEXANDROAIA	Camelia	Paris	c****a@aphp.fr
39	MATEI	Nicolae Razvan	Saverne	m****e@orange.fr
40	TIRCA	Mihaela	Avignon	d****1@yahoo.com
41	DUMBRAVA	Mugurel	Frejus, St. Raphael	
42	TEODORESCU	Bogdan	Carcassonne	
43	BRINZEU	Antoni	Vienne, Lyon	
44	BRINZEU	Cristina	Vienne	
45	AXINTE	Catalina	Metz	a****a@yahoo.com
46	MERMEZAN	Doru	Sarrebourg, Moeselle	
47	NUTA	Corina	Paris, Marseille	n****5@gmail.com
48	JURCA	Emanuela	Neufchâteau	d****a@yahoo.com
49	MATICA	Flavius	Neufchâteau	f****v@gmail.com
50	JULEAN	Gabriela	Lille	g****n@yahoo.com
51	PRETEANU	Elena	Sainte Musse, Toulon	
52	CIUPIC	Aurelia	Albi	a****e@yahoo.com
53	HATEGAN	Marinela	HPCM, St Lô	m****n@yahoo.com
54	MOGOI	Iuliu	Neufchâteau	i****r@gmail.com
55	SERDINEANTU	Diana	Saintes	d****i@yahoo.com
56	EREMIA	Ionut-Mihai	Roanne	
57	DRAGUSIN	Nicoleta	Paris	
58	GRIGORE	Cristina	Caen	
59	BALAN	Ana-Cristina	Roanne	
60	VESA	Bianca	Paris	b****a@gmail.com

61	APARASCHIVEI	Roxana	Tours	
62	APARASCHIVEI	Bogdan	Tours	
63	ZAMFIROIU	Sergiu	Fort de France	p****0@yahoo.com
64	TEULEA	Antonela	Auxerre	a****a@gmail.com
65	FRANCU	Nicoleta	Hazebrouck	
66	MARINESCU	Ileana	Saint Briec	i****m@gmail.com
67	PREPELITA	Gabriela	Nimes	
68	CUZIC	Angela	Rodez	a****c@yahoo.com
69	LEONTE	Daniela	Langon, Gironde	o****u@yahoo.com
70	ANDREI	Stefan	Paris	
71	MAHALEAN	Ovidiu	Melun	o****n@hotmail.com
72	OGICA	Alexandru	Hambourg, Germania	a****a@icloud.com
73	NODEA	Madalina	Lille	m****a@yahoo.com
74	IORDACHE	Ileana	Tours	i****2@gmail.com
75	GALEA	Emilia	Valence	
76	LEJUSTE	Claudia	Belfort	i****u@laposte.net
77	TOCUT	Codrin	Essen, Germania	t****d@yahoo.com
78	BORDEI	Rares	Essen	r****b@yahoo.com
79	SOAVA	Denisa	Paris	d****a@yahoo.com
80	IFTENIE	Elena	Marseille	e****e@yahoo.com
81	REUT	Loredana	Nancy	l****t@chru-nancy.fr
82	COJOCARU	Elena	Metz	
83	TARASI	Maria	Strasbourg	

Câteva texte legale din Franța :

- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal Officiel de la République Française, 23 avril 2005.
- <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000446240/>
- Décret n°2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi du 22 avril 2005.
<http://www.legifrance.gouv.fr>
- Décret n°2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi du 22 avril 2005.
<http://www.legifrance.gouv.fr>
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
<http://www.legifrance.gouv.fr>
- Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs. Journal Officiel de la République Française, 10 juin 1999: 8487-89. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Code de la Santé publique, article R4127, alinéas 1 à 112. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Code de déontologie médicale, commentaires. <http://conseil-national.medecin.fr>
- Respecter la vie, accepter la mort. Mission d'information. J.Léonetti, président. Rapport n°1708.Assemblée nationale, Paris, juillet 2004, 2 tomes.
- - Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire. Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants. Recommandation n°1418, 25 juin 1999.