

INTERDYSCYPLINARNE CENTRUM ETYKI UJ (INCET)

DEBATA

DATA WYDANIA: 2020

DOI: 10.26106/BWDC-A853

Uczestnicy:

WŁODZIMIERZ GALEWICZ – Uniwersytet Jagielloński
ANDRZEJ KÜBLER – Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
ANNA PAPROCKA-LIPIŃSKA – Gdański uniwersytet Medyczny
TOMASZ PASIERSKI – Warszawski Uniwersytet Medyczny
JANINA SUCHORZEWSKA – Gdański Uniwersytet Medyczny
MARIUSZ PIECHOTA – Wojewódzki Specjalistyczny Szpital
im. dra Wł. Biegańskiego w Łodzi
JAKUB PAWLIKOWSKI – Uniwersytet Medyczny w Lublinie,
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
KRZYSZTOF KUSZA – Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
PIOTR GRZEGORZ NOWAK – Uniwersytet Jagielloński
ANNA DUŁAWA – Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
JAN DUŁAWA – Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
KAZIMIERZ SZEWCZYK – Uniwersytet Medyczny w Łodzi

INTENSYWNA TERAPIA W WARUNKACH KRYZYSU

Słowa kluczowe: Intensywna terapia, COVID-19, koronawirus, pandemia, terapia daremna, triaż, sprawiedliwość dystrybucyjna

Abstrakt: Z relacji o przebiegu pandemii COVID-19 w różnych krajach, zwłaszcza Włoszech i Hiszpanii, dowiadujemy się o zdesperowanych lekarzach, którzy – wobec braku dostatecznej liczby respiratorów – byli zmuszeni decydować o tym, któremu z duszących się chorych dać jeszcze szansę na uratowanie życia. Wydaje się, że w tak trudnych decyzjach lekarze nie powinni być regulacyjnie opuszczeni – pozostawieni bez żadnego normatywnego wsparcia, zdani jedynie na indywidualne „sumienie”. W każdym razie w Szwajcarii, gdzie już przed kilkoma laty wydano rekomendacje, w których pojawia się między innymi temat „Resource scarcity and triage”, w toku obecnej epidemii pośpiesznie zredagowano suplement do tego rozdziału. Tak więc przynajmniej w tym kraju, choć nie najuboższym, uświadomiono sobie i doceniono potrzebę sformułowania profesjonalnych norm na wypadek dramatycznego niedostatku zasobów ratujących życie. Pytanie, co w Polsce?

O POTRZEBIE SFORMUŁOWANIA WYTYCZNYCH NA WYPADEK DRAMATYCZNEGO NIEDOSTATKU ZASOBÓW RATUJĄCYCH ŻYCIE W POLSKICH ODDZIAŁACH INTENSYWNEJ TERAPII: WPROWADZENIE DO DYSKUSJI

Z relacji o przebiegu pandemii COVID-19 w różnych krajach, zwłaszcza Włoszech i Hiszpanii, dowiadujemy się o zdesperowanych lekarzach, którzy – wobec braku dostatecznej liczby respiratorów – byli zmuszeni decydować o tym, któremu z duszących się chorych dać jeszcze szansę na uratowanie życia. Wydaje się, że w tak trudnych decyzjach lekarze nie powinni być regulacyjnie opuszczeni – pozostawieni bez żadnego normatywnego wsparcia, zdani jedynie na indywidualne „sumienie”. W każdym razie w Szwajcarii, gdzie już przed kilkoma laty wydano rekomendacje, w których pojawia się między innymi temat „Resource scarcity and triage”¹, w toku obecnej epidemii pośpiesznie zredagowano suplement do tego rozdziału². Tak więc przynajmniej w tym kraju, choć nie najuboższym, uświadomiono sobie i doceniono potrzebę sformułowania profesjonalnych norm na wypadek dramatycznego niedostatku zasobów ratujących życie. Pytanie, co w Polsce?

Można by powiedzieć, że w naszym kraju nie trzeba ani wprowadzać tego rodzaju wytycznych, ani debatować nad ich wprowadzeniem, ponieważ respiratorów na szczęście mamy pod dostatkiem. Ta pociecha wydaje się jednak z dwóch powodów niezadowalająca. Po pierwsze, o tym, czy liczba respiratorów w polskich ośrodkach zdrowia jest dostatecznie duża, przekonamy się jeszcze w dalszym przebiegu pandemii. Ale nawet jeśli tak – na co trzeba mieć nadzieję – to przecież do owych „zasobów ratujących życie”, o których wspomina tytuł tej debaty, należą nie tylko środki i urządzenia medyczne. Należą do nich przede wszystkim profesjonaliści, którzy używają tych środków i obsługują owe urządzenia, a nade wszystko troszczą się o chorych. A tych „ludzkich zasobów” – lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych – nie tylko może nam zabraknąć w przyszłości, lecz najwyraźniej brakuje już teraz.

Pandemia COVID-19 obnażyła rozmaite słabości różnych systemów ochrony zdrowia, także polskiego. Jedną z jego ułomności, której obecnie trudno nie dostrzec, jest rażąco niedostateczna ilość kadr medycznych (pensjonariusze domów opieki chorują, ponieważ są zarażani przez nieliczne pielęgniarki miotające się między jedną placówką a drugą). Nad tym dotkliwym, zadawnionym kalectwem obecnie właściwie nie ma już co debatować; można jedynie szukać – rozpaczliwie szukać – jakichś zastępczych protez, aby je złagodzić³.

Innym wyraźnym niedostatkiem polskiego systemu zdrowotnego, ujawniającym się w dzisiejszej sytuacji, jest brak miarodajnych regulacji (przepisów, standardów, wytycznych), odnoszących się do różnych dziedzin opieki zdrowotnej, a także zdrowia publicznego.

¹ Swiss Academy of Medical Sciences (2015).

² Swiss Academy of Medical Sciences (2020).

³ Jedną z takich pośpiesznie podsuniętych protez wydaje się Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, do którego odnosi się Stanowisko Prezesa Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii prof. dr hab. n. med. Krzysztofa Kuszy z dnia 27 marca 2020 r.

W niektórych polskich aktach prawnych trafiają się wypowiedzi, które przyznają lekarzom, czy też reprezentującym ich profesjonalnym ciałom, pewne kompetencje normotwórcze lub wręcz prawodawcze. Jak czytamy chociażby w ustawie o prawach pacjenta, „[p]rzy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych”⁴. Z tego zapewne wynikałoby, że zarządzające gremia środowiska medycznego, takie jak samorząd lekarski, są wręcz ustawowo zobowiązane do tego, aby jakoś dopomóc, czy chociaż doradzić członkom swojej profesji w niełatwych wyborach, przed którymi stają oni często nawet w codziennej praktyce, a co dopiero podczas epidemii. Wydaje się jednak, że odpowiedzialne ciała czy gremia nie biorą sobie tego zobowiązania zaledwie do serca, być może wychodząc z założenia, że w krytycznej chwili i tak o wszystkim musi decydować „sumienie” lekarza⁵.

Jedną w wyrażnie „niedoregulowanych” [sic!] dziedzin polskiej opieki zdrowotnej jest intensywna terapia (IT)⁶. Wydane kilka lat temu Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii⁷ spełniają bez wątpienia funkcję bardzo pożyteczną, ale dość ograniczoną. Raz dlatego, że mimo starań ich twórców nie nabrały dotąd (o ile mi wiadomo) nawet tej skromnej mocy obowiązującej, jaka w polskich warunkach może przysługiwać ostatecznie i oficjalnie „zatwierdzonym” aktom deontologii lekarskiej. Drugim i rozstrzygającym powodem jest wszakże dosyć wąski zakres tych rekomendacji, które dotyczą jedynie „postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (*terapii daremnej* – podkr. moje, W.G.)” i to tylko „u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli”.

Czy racjonowanie IT w warunkach kryzysu epidemicznego może ograniczać się do rezygnowania z terapii daremnej? Będzie to naturalnie zależeć od tego, co oznacza termin „terapia daremna”. W Wytycznych PTAiIT określa się nim „prowadzenie podtrzymywania funkcji narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjenta, bez możliwości uzyskania założonych celów terapeutycznych”. Innymi słowy, daremna byłaby terapia niepowodująca zamierzonych skutków. Kłopot jednak w tym, że brak takich skutków jak „korzyść dla pacjenta” lub „możliwość uzyskania założonych celów terapeutycznych” można rozumieć ściślej albo luźniej. W ich całkiem ścisłym rozumieniu daremna byłaby tylko IT, która nie przynosi pacjentowi żadnej, nawet najmniejszej korzyści, nie rokuje żadnej, nawet najmniej prawdopodobnej możliwości uzyskania założonych celów. Być może jednak twórcy Wytycznych woleliby rozumieć terapeutyczną daremność w nieco szerszy sposób, orzekając ją również w wypadku procedur, które co prawda mogą przynieść pacjentowi pewną niezerową dodatkową korzyść, ale tylko znikomą i niedostateczną, mieszczącą się poniżej wymaganego minimum. Rozstrzygnięcie tej interpretacyjnej wątpliwości nie wydaje się w naszym obecnym kontekście tak ważne,

⁴ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2019.0.1127), art. 8. Także Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158) głosi, że zadaniem samorządu lekarskiego (art. 4, ust. 1, pkt 2), czy też Krajowego Zjazdu Lekarzy (art. 33, pkt 1) jest „ustanawianie obowiązujących wszystkich lekarzy zasad etyki i deontologii zawodowej”.

⁵ Wydaje się, że ten pogląd znajduje wyraz także w Kodeksie etyki lekarskiej, gdzie w art. 4 czytamy: „Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną”. Notabene, jest to postulat nieco osobliwy, zważywszy na to, że „współczesna wiedza medyczna” raczej ogranicza swobodę działań zawodowych lekarza, natomiast „sumienie” – szczególnie przeciwstawiane prawu – właśnie ją poszerza.

⁶ Zamieszczone na stronie PTAiIT „Materiały Italian COVID-19 Working Group – do ewentualnego wykorzystania!” mają raczej charakter technicznej instrukcji, która nie zastąpi bardziej pryncypialnej refleksji, nawet jeżeli w tej gorącej chwili jest od niej pilniejsza.

⁷ Kübler, Siewiera, Durek et al. (2014).

ponieważ wiele wskazuje na to, że terapia, z której muszą zrezygnować lekarze w różnych krajach dotkniętych przez koronawirus, nie ogranicza się niestety do procedur, które przyniosłyby chorym tylko minimalną korzyść (lub które przyniosłyby im korzyść jedynie z minimalnym prawdopodobieństwem), chyba że owo niezbędne minimum ustali się – z góry czy też *ad hoc* – dosyć wysoko⁸.

Rezygnowanie z IT jedynie w wypadku, gdy jest to terapia faktycznie daremna, nieprzynosząca pacjentowi żadnej realnie możliwej korzyści, nie jest jeszcze właściwie jej racjonowaniem. Racjonowaniem IT jest dopiero rezygnowanie z takich procedur ratujących życie, które dałyby pacjentowi pewną niewielką szansę na uratowanie, tyle że mniejszą niż innym pacjentom. Wytyczne PTAiIT zdają się wykluczać tak rozumiane racjonowanie w OIT, ponieważ w jednym z ich punktów stwierdzają: „Każda decyzja o ograniczeniu terapii daremnej musi mieć swoje jasne, opisane uzasadnienie i nie może być uwarunkowana kosztami leczenia lub aspektami organizacyjnymi (np. zwolnieniem stanowiska intensywnej terapii dla innego pacjenta)”. Tymczasem te decyzje o niepodjęciu lub przerwaniu mechanicznej wentylacji, i to niekiedy daremnej, które w czasie obecnej pandemii musieli nieraz podejmować lekarze hiszpańscy lub włoscy, były przecież podyktowane nie czym innym, jak chęcią zwolnienia (czy też zachowania) stanowiska IT dla innego, lepiej rokującego pacjenta. Można oczywiście podtrzymywać tezę, że tak rozumiane racjonowanie, nawet jeżeli tu i ówdzie stosowane, z etycznego punktu widzenia jest nie do przyjęcia. Wydaje się jednak, że taka pryncypialna normatywna niezłomność jest w tym wypadku nie bardzo celowa. Racjonowanie w OIT nie jest praktykowane tylko „tu i ówdzie”, czy też jedynie w sytuacjach kryzysowych; jest ono raczej „zjawiskiem codziennym”⁹, chociaż podczas kryzysu występuje w szczególnie dramatycznej postaci i skali. Wydaje się również, że ta notoryczna praktyka w realnym świecie jest nieunikniona. Jeżeli nie będzie przeprowadzana w sposób uregulowany, będzie się ją uprawiać na dziko. W tym stanie rzeczy trudno uchylić się od konkluzji, że lepiej by było ją uregulować.

Ta „konkluzja” – na przekór jej etymologii – nie będzie zamknięciem, lecz raczej otwarciem obecnej debaty. Gdy bowiem zaczynamy rozważać reguły ustalające etycznie lub prawnie dopuszczalne sposoby postępowania w zakresie racjonowania IT, nasuwa się nam cały szereg kwestii dotyczących kryteriów tej dopuszczalności. Ich dokładniejsza treść uwyraźni się pewnie w toku tej dyskusji, ale już na początku wypada je przynajmniej z grubsza zarysować.

Najbardziej oczywistym kryterium racjonowania IT, a w szczególności przyjmowania pacjentów na OIT, jest **krótkoterminowa korzyść zdrowotna**, której pacjent nie może osiągnąć gdzie indziej, czy też realna szansa na taką dodatkową krótkoterminową korzyść. To kryterium stosuje się zresztą nie tylko do racjonowania, lecz do wszelkiego racjonalnego stosowania IT, a w konsekwencji pojawia się również w Wytycznych PTAiIT, w których już na wstępie czytamy: „Przyjęcie pacjenta na OIT jest oparte na ustalonych wskazaniach (niewydolność jednego lub wielu ważnych dla życia układów lub narządów, potrzeba ciągłego monitorowania funkcji życiowych, inne stany zagrożenia życia). Zasadniczym wskazaniem jest potencjalna odwracalność istniejących zaburzeń funkcji organizmu skutkująca możliwością przeżycia chorego i wypisania go z OIT. Przyjmowanie pacjenta na stanowisko intensywnej terapii, aby zmarł, jest nieuzasadnione medycznie i etycznie”.

⁸ Wydaje się, że takie posunięcie w wypadku kryzysu epidemicznego jest zalecane przez cytowany już dokument Szwajcarskiej Akademii Nauk Medycznych: „If ICU and External Bed Capacity is no Longer Sufficient to Allow all Patients Requiring Intensive Care to be Treated, the First Measure is to Make the Short-Term Prognosis Criterion More Stringent” (SAMS 2020).

⁹ Por. Strauss, LoGerfo, Yeltatzie et al. (1986).

Sprawa komplikuje się jednak, jeśli uwzględnimy, że „możliwość przeżycia chorego” posiada jeszcze różne stopnie prawdopodobieństwa i jeśli przyjmiemy, że etycznie usprawiedliwione racjonowanie wchodzi w grę także i wtedy, gdy jej stopień nie jest zerowy, a tylko zbyt niski. W takim bowiem wypadku trzeba też rozważyć, kto ma właściwie ustalać ów próg, poniżej którego spodziewana korzyść dla jakiegokolwiek krytycznie chorego jest zbyt mała, aby należało go ratować, jak również kto i na jakiej podstawie powinien wyrokować o tym, czy dany pacjent wznosi się do tego progu (na przykład, czy zabiegany lekarz wybierający pacjentów podłączanych do respiratora – jeżeli to on ma dokonywać wyboru – może się w nim kierować poręczną regułą, zgodnie z którą pacjenci powyżej 80-ego roku życia mają już niewielkie szanse, aby przetrzymać długotrwałą agresywną wentylację¹⁰).

Oprócz kryterium korzyści krótkoterminowej do krytycznego rozważenia, a ewentualnie także do sprecyzowania, są również innego rodzaju czynniki, na podstawie których można wyrokować, czy dany pacjent – w danej sytuacji – kwalifikuje się do IT. Jednym z tych dodatkowych kryteriów bywa niekiedy **korzyść w dłuższym terminie** (na przykład dostatecznie duża szansa na przeżycie jednego roku po wyjściu ze szpitala, która oczywiście wcale nie musi iść w parze z dostatecznie dużą szansą na samo wyjście ze szpitala¹¹); innym, acz stosowanym zwykle dość wstydliwie, jest **wymagany nakład zasobów** (czy na przykład danemu pacjentowi, choć możliwemu do uratowania, nie trzeba by w tym celu poświęcić zbyt dużo lekarskiego i pielęgniarskiego czasu); jeszcze innym – czasem krytykowanym, a czasem bronionym – zwyczajna **kolejność zgłoszeń** (czyli maksyma „kto pierwszy, ten lepszy”¹²).

Oprócz tych kryteriów wdrażania IT (przyjmowania na OIT) do przedyskutowania są również – niekiedy wyraźnie odróżniane od nich i traktowane z większą surowością – kryteria kontynuowania lub przerywania tej procedury (pozostawiania lub niepozostawiania na OIT). Również w odniesieniu do tego rodzaju decyzji wypada rozważyć, przez kogo mają one być podejmowane¹³ oraz na jakiej podstawie. Także te kwestie mogą być zatem przedmiotem wymiany opinii i racji, do której zapraszają organizatorzy obecnej debaty.

Zgodnie z jednym z punktów przywoływanych Wytycznych PTAiIT „Decyzje o ograniczeniu terapii daremnej podejmuje dwóch lekarzy z zespołu leczącego, specjalistów z anestezjologii i intensywnej terapii lub intensywnej terapii, w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem”. Ta regulacja jest niewątpliwie bardzo dobrą propozycją „na czas pokoju”, ale chyba nie „na czas wojny”.

Organizowana w tych szczególnych okolicznościach debata może być również traktowana jako skromny przyczynek czy też kolejny krok prowadzący do szerszej dyskusji, do której już kilka lat temu wzywał raport grupy roboczej powołanej przez World Federation of Societies of

¹⁰ O jednym z przypadków posłużenia się tą wygodną, chociaż zawodną regułą w trakcie walki z Covid-19 we włoskich szpitalach opowiada Lisa Rosenbaum (Rosenbaum (2020)): „I heard one story, for instance, about an 80-year-old who was ‘perfect physically’ until he developed Covid-19–related respiratory failure. He died because mechanical ventilation could not be offered”.

¹¹ Seneff i inni podają, że wśród przebadanych przez nich pacjentów powyżej 65. roku życia poddanych intensywnej terapii w związku z zaostroszoną fazą obturacyjnej choroby płuc śmiertelność wkrótce po wypisaniu ze szpitala wynosiła 30%, a w ciągu jednego roku już prawie dwa razy tyle, bo 59% (Seneff, Wagner, Wagner et al. (1995)). Por. także: Breen, Churches, Hawker et al. (2002).

¹² Taką prostą regułą przyjmowania na OIT proponuje American Thoracic Society w swoim stanowisku z 1997 r. (American Thoracic Society Statement (1997)); por. także: Galewicz (2018), s. 441.

¹³ Zgodnie z jednym z punktów przywoływanych Wytycznych PTAiIT, „[d]ecyzje o ograniczeniu terapii daremnej podejmuje dwóch lekarzy z zespołu leczącego, specjalistów z anestezjologii i intensywnej terapii lub intensywnej terapii, w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem”. Ta regulacja jest niewątpliwie bardzo dobrą propozycją „na czas pokoju”, ale chyba nie „na czas wojny”.

Intensive and Critical Care Medicine: “Ethics committees, government bodies, and society as a whole need to participate in a discussion about the principles involved in defining policies to allocate resources in each country. A worldwide deliberation on these issues will benefit critical care patients and professionals and ultimately communities”¹⁴.

¹⁴ Blanch, Fayez, Pravin et al. (2016).

STANOWISKO W SPRAWIE RACJONOWANIA INTENSYWNEJ TERAPII W SYTUACJI NIEDOBORU ZASOBÓW RATUJĄCYCH ŻYCIE

W mojej opinii problem racjonowania intensywnej terapii zależy jest od czynników zarówno niezwiązanych bezpośrednio z pojawieniem się pandemii, jak i od czynników bezpośrednio od pandemii zależnych.

1. Czynniki niezależne od pandemii

1.1. Dostęp do intensywnej terapii

Podstawowym elementem dostępności do intensywnej terapii jest liczba stanowisk intensywnej terapii odnoszona do liczby ludności czy też do liczby łóżek w szpitalu. W Polsce wymagana przez rozporządzenie ministra zdrowia liczba stanowisk intensywnej terapii powinna stanowić co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu (1). Więcej ich nie powstanie, gdyż świadczenia udzielane na stanowiskach intensywnej terapii są w znacznym stopniu niedoszacowane i przyczyniają się do narastania szpitalnych długów (2). Należy zauważyć, że odsetek ten jest 2–3-krotnie mniejszy od wyliczanego w rozwiniętych krajach Unii Europejskiej. Ponadto Polska nie posiada w systemie opieki zdrowotnej tzw. stanowisk opieki pośredniej (*step-down, intermediate, high-dependency*), które w większości europejskich struktur szpitalnych umożliwiają bardziej elastyczną strategię leczenia ciężko chorych. W rezultacie niedobór stanowisk intensywnej terapii jest w naszym kraju zjawiskiem powszechnym bez udziału jakichkolwiek epidemii. Nadzieja na zapewnienie dostępu do intensywnej terapii jest obrazowana medialnie liczbą respiratorów. Im więcej respiratorów, tym pewniej powinniśmy się czuć. Jest to jednak wskaźnik złudny. Tak jak samochód, wbrew swej zwodniczej nazwie, sam się nie porusza, respirator również nie będzie wentylował pacjenta bez fachowej obsługi. W Polsce grupę fachowców wyspecjalizowanych w obsłudze respiratorów stanowią lekarze i pielęgniarki oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii. To niewielka grupa specjalistów, ciągle deficytowa. Wprawdzie respiratory znajdują się na innych oddziałach szpitalnych i bywają tam osoby przeszkolone w podstawach ich obsługi, ale nie stanowi to gwarancji właściwej jakości i bezpieczeństwa leczenia. W powikłaniach oddechowych zakażenia COVID-19 skuteczną okazała się wentylacja respiratorem w ułożeniu chorych na brzuchu. Brzmi prosto, ale gdzie poza akredytowanymi oddziałami anestezjologii i intensywnej terapii takie postępowanie może być prowadzone w sposób skuteczny i bezpieczny? Nie wspominam szerzej o najwyższej półce – pozaustrojowym utlenowaniu krwi (ECMO). Długoletnie starania o utworzenie narodowej sieci ośrodków referencyjnych, nadzorowanych i zarządzanych centralnie, budzą okresowe zainteresowanie decydentów podczas występowania epidemicznych zagrożeń, które potem całkowicie zanika.

Rozwiązania, jakie należy zaproponować dla problemu podstawowej dostępności do intensywnej terapii, to:

- reforma systemu intensywnej terapii w Polsce;
- co najmniej dwukrotne zwiększenie liczby stanowisk intensywnej terapii z uwzględnieniem stanowisk pośrednich (nie oznacza to wcale dwukrotnego zwiększania nakładów);
- co najmniej dwukrotne zwiększenie liczby wyszkolonego personelu poprzez propagację i rozwój szkolenia interdyscyplinarnego.

1.2. Terapia daremna

Terapia daremna – czyli postępowanie terapeutyczne nieprzynoszące pacjentowi korzyści, albo sytuacja, gdy obciążenia znacznie przekraczają postęp w leczeniu – jest znanym zjawiskiem we współczesnej medycynie. W praktyce określenie to odnosi się zazwyczaj do leczenia podtrzymującego życie i dlatego właśnie intensywna terapia jest obszarem szczególnego rozpowszechnienia terapii daremnej. Wynika to z dużej łatwości technologicznej sztucznego podtrzymywania funkcji życiowych organizmu. W rezultacie podtrzymywanie czynności krążenia, oddychania czy pracy nerek staje się celem samym w sobie, bez określenia ogólnego kierunku terapii zgodnego z dobrem pacjenta. Czynność narządów bywa więc podtrzymywana dla uniknięcia konfrontacji z rodziną, do czasu zakończenia dyżuru lub przejęcia odpowiedzialności za pacjenta przez inną osobę itd. Nie ma to nic wspólnego z dobrą praktyką kliniczną ani z podstawowymi zasadami etyki lekarskiej, a także z ogólnymi zasadami etycznymi, np. wynikającymi z etyki chrześcijańskiej (3). Terapia daremna funkcjonuje na obszarze intensywnej terapii jak nowotwór, pogarszając jej jakość, efektywność i wyniki leczenia. Niestety obowiązujące w Polsce regulacje prawne dotyczące postępowania w okresie kończącego się życia są niejasne i niewłaściwie interpretowane, stąd ewidentny błąd medyczny, jakim jest terapia daremna, bywa fałszywie interpretowany jako obrona praw pacjenta (4).

W warunkach niedoboru zasobów ratujących życie na oddziałach intensywnej terapii, terapia daremna staje się nadzwyczaj szkodliwa, ograniczając drastycznie dostęp do intensywnego leczenia chorym mającym realne szanse na przeżycie.

Szczególnie wrażliwą grupą chorych OIT są pacjenci pozbawieni świadomości z powodu schorzeń lub interwencji farmakologicznych. Stanowią oni znaczną większość pacjentów OIT poddawanych terapii daremnej. Dla zapewnienia właściwych warunków leczenia tej grupy pacjentów i uniknięcia groźby terapii daremnej opracowane zostały wytyczne postępowania poparte autorytetem polskich medycznych Towarzystw Naukowych i przedstawicieli krajowego Nadzoru Specjalistycznego (5).

Protokół stanowiący załącznik do tych wytycznych sprawdził się jako narzędzie kontroli terapii daremnej na OIT, co potwierdziła niedawna publikacja wyników 4-letniej obserwacji praktycznego wykorzystania tego protokołu (6). Dotychczas zarówno wytyczne, jak i ich konsekwencje nie wzbudzały zainteresowania organizatorów opieki zdrowotnej na tyle, aby zostały ujęte w oficjalnych aktach prawnych.

Rezygnacja z terapii daremnej nie kończy procesu leczenia, ale ukierunkowuje postępowanie terapeutyczne na opiekę paliatywną. Zapewnienie opieki paliatywnej w warunkach pandemii ma ogromne znaczenie dla chorych i ich bliskich w zaawansowanych stanach choroby. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ustanawia prawo do umierania w spokoju i godności (7). To prawo nakazuje traktowanie pacjentów znajdujących się u schył-

ku życia w sposób podmiotowy i z szacunkiem należnym każdej osobie (8). W warunkach epidemii prawo to często przestaje być przestrzegane. Pamiętać należy, że w wyjątkowo trudnej sytuacji zdrowotnej, jaką stwarza pandemia, przy izolacji osób chorych i umierających, zapewnienie opieki paliatywnej i godnych warunków umierania powinno mieć taki sam priorytet jak w normalnej sytuacji zdrowotnej. Grupa Robocza ds. Etyki Austriackiego Towarzystwa Anestezjologii, Reanimacji i Intensywnej Terapii w swoim stanowisku z 17 marca 2020 r., dotyczącym alokacji środków dla intensywnego leczenia w czasie pandemii (9), zwraca uwagę na potrzebę zapewnienia możliwości pożegnania się umierającego z bliskimi (Verabschiedung). Pożegnanie bliskiej osoby może być zapewnione przy przestrzeganiu przepisów higieny i izolacji, niewielkim nakładem kosztów, jeśli tylko istnieje zrozumienie problemu i dobra wola. W dodatku zapewnienie środków ochrony osobistej dla bliskich, którzy towarzyszą umierającym, nie powinno być traktowane jako uprzejmość czy łaska organizatorów opieki zdrowotnej, ale jako element terapii. Osoba towarzysząca umierającemu to nie zwykły „odwiedzający”, którego, ze zrozumiałych względów, nie wpuszcza się do szpitala w przypadkach epidemii, ale członek zespołu terapeutycznego. W przypadku medycznej niemożności osobistego pożegnania, przekazanie informacji dla bliskich o zapewnieniu właściwej opieki i godności aż do chwili śmierci pacjenta powinno być obowiązkiem zespołu leczącego. Niestety ukierunkowanie na priorytet „absolutnej walki ze śmiercią”, nie zawsze sensowny, obniża jakość opieki paliatywnej, co w warunkach pandemii staje się szczególnie drastyczne przez odbieranie podmiotowych praw człowieka i dehumanizację okresu umierania.

Rozwiązania, jakie należy zaproponować dla zagadnienia terapii daremnej, to:

- pilne wdrożenie wytycznych dotyczących postępowania w przypadku terapii daremnej jako obowiązującego trybu postępowania na OIT w formie rozporządzenia lub obwieszczenia ministra zdrowia stanowiącego uzupełnienie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
- powołanie interdyscyplinarnej grupy roboczej dla uzupełnienia i poszerzenia wytycznych dotyczących unikania terapii daremnej na inne grupy pacjentów, w tym wprowadzenie legalnej definicji terapii daremnej;
- podjęcie ponownych działań dotyczących wprowadzenia zmian legislacyjnych związanych z postępowaniem w okresie kończącego się życia, takich jak „uprzednie oświadczenie woli”, „instytucja pełnomocnika medycznego” i inne, wielokrotnie postulowane przez środowiska związane z medycyną paliatywną;
- podniesienie znaczenia opieki paliatywnej, w tym prawa do umierania w spokoju i godności, w oficjalnej strategii opieki zdrowotnej, poprzez opublikowanie standardu praw osób umierających w czasie pandemii.

2. Czynniki zależne od pandemii

2.1. Selekcja pacjentów do intensywnego leczenia

Triaż (fr. *triage*) to procedura segregowania pacjentów wywodząca się z medycyny wojskowej, gdzie służyła segregacji rannych, a obecnie jest znanym sposobem postępowania w medycynie ratunkowej i katastrof. Warunki pandemii mogą zmuszać do segregacji pacjentów posiadających wskazania do intensywnej terapii. W pewnym uproszczeniu można to odnieść do dostępu do wentylacji mechanicznej, czyli alokacji respiratorów. Segregacja taka oznacza

często wybór między życiem a śmiercią. Dlatego dobór kryteriów segregacji jest w tym przypadku bardzo trudny. W sytuacji epidemii kryteria egalitarne tracą swoje znaczenie na rzecz utylitarnych, dających szansę na korzystny efekt intensywnej terapii. Uściślenie tych kryteriów jest jednak również bardzo trudne. Weźmy przykład: czy kryterium wieku to wybór słuszny i etyczny? Jeden z wiodących bioetyków amerykańskich uważa, że tak, i proponuje próg 80 lat, a w trudniejszych warunkach obniża go do 70 lat (10). Inni nie uważają wieku za właściwe osobne kryterium regulujące dostęp do intensywnej terapii. Decyzja o jego podjęciu zależy zwykle od lekarza intensywnej terapii. Wpływowy amerykański bioetyk uważa, że w takich warunkach działać powinien komitet do spraw triażu złożony z ochotników, klinycystów o wysokim autorytecie (11). Decyzje takiego komitetu odciążałyby lekarza prowadzącego terapię i ułatwiały relacje z rodziną. Pozostaje jednak pytanie, czy taki szacowny komitet zdążyłby się zebrać przy łóżku zakażonego, gdy na podjęcie decyzji pozostają minuty? Tak właśnie teoria rozmija się z praktyką. W ważnym dokumencie uzgodnieniowym, przedstawionym w czasopiśmie „Chest”, a dotyczącym triażu w warunkach pandemii, autorzy szczegółowo przedstawiają proces planowania i przygotowywania się do triażu, opracowania protokołu i zabezpieczenia prawnego, konkludując jednak, że triażu dotyczącego intensywnej terapii należy za wszelką cenę uniknąć (12).

Propozycje zasad prowadzenia triażu dotyczącego intensywnej terapii w warunkach pandemii pojawiały się w artykułach z czasu epidemii ptasiej grypy i SARS. Obecnie liczne publikacje z różnych stron świata przedstawiają propozycje rozwiązań tej krytycznej sytuacji w pandemii COVID-19. Niewątpliwie lekarze działający na pierwszej linii walki z pandemią potrzebują wsparcia poprzez wytyczne postępowania ustalone przez wielodyscyplinarne grona ekspertów. Wybór nie jest łatwy. Osobiście najbardziej przekonuje mnie protokół triażu przedstawiony przez grupę kanadyjską (13). Opiera się on na pewnych wzorach z protokołów triażu w przypadkach katastrof (kody kolorów), uwzględnia system oceny ciężkości stanu pacjenta (SOFA) stosowany obecnie rutynowo na OIT, a także dokładnie definiuje kliniczne kryteria selekcji pacjentów. Protokół ten posiada cztery główne składowe: kryteria włączenia, kryteria wyłączenia, minimalne warunki do przeżycia oraz narzędzie priorytetyzacji. Kryteria włączenia do intensywnej terapii to kliniczne wskazania do inwazyjnej wentylacji mechanicznej i utrzymujące się mimo podstawowej terapii objawy wstrząsu. Kryteria wyłączenia obejmują ciężkie urazy i oparzenia, ciężkie schorzenia systemowe, krańcowe postacie niewydolności narządowej w oparciu o przyjęte systemy klasyfikacji i wiek powyżej 85 lat. Minimalne warunki do przeżycia to koncepcja stosowana w warunkach wojennych, która wymaga powtórnej oceny stanu chorych po 48 i 120 godzinach oraz rezygnacji z intensywnej terapii, gdyby pojawiły się kryteria wyłączenia albo ciężkość stanu chorego w skali SOFA wyniosłaby 11 lub więcej punktów. Składowa ta ma wcześniej zidentyfikować pacjentów, których stan nie ulega poprawie a rokowanie jest złe. Narzędzie priorytetyzacji jest typowe dla triażu w warunkach wojny lub katastrof i polega na kategoryzacji pacjentów za pomocą kodu kolorów. Pacjent oznaczony na niebiesko (lub czarno) nie ma wskazań do intensywnej terapii. Czerwony ma najwyższy priorytet intensywnej terapii (np. wirusowe zapalenie płuc i niska punktacja SOFA). Żółty to kategoria pacjentów, którzy mogliby odnieść korzyść z intensywnej terapii, ale nie kosztem czerwonych – są więc przyjmowani w miarę dostępności stanowisk. Kolor zielony to grupa chorych, którzy kwalifikują się do wypisu z OIT. Protokół ten wydaje się zarówno kompetentny, jak i użyteczny. Niewątpliwie jednak trudno znaleźć uniwersalny, globalny protokół triażu w razie pandemii i potrzebne jest tworzenie ustaleń krajowych, regionalnych, ośrodkowych, najtrafniej uwzględniających

lokalną specyfikę. Ważne, aby takie protokoły zostały przygotowane niezależnie od istnienia pandemii (najlepiej, aby ją wyprzedzały) i były elementem zawodowego szkolenia pracowników opieki zdrowotnej.

Rozwiązania, jakie należy zaproponować dla zagadnienia selekcji pacjentów do intensywnego leczenia, to:

- powołanie wielodyscyplinarnego zespołu (Ministerstwo Zdrowia, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii czy inne gremia) dla opracowania własnego protokołu triażu dla dostępu do intensywnej terapii w warunkach pandemii;
- akceptacja protokołu triażu jako standardu opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
- wdrożenie szkolenia w zakresie triażu podczas pandemii do programów szkolenia specjalistycznego oraz szkolenia ustawicznego.

2.2. Obecność personelu, czyli obowiązek leczenia

Pomoc innym osobom w potrzebie stanowi uniwersalny obowiązek moralny, ale ma też charakter prawny. W przypadku pracowników opieki zdrowotnej obowiązek ten jest szerszy i wynika z kilku zasadniczych uzasadnień. Są to:

- Zgoda bezpośrednia zwana inaczej kontraktową (*explicit consent*), gdy świadomie zaakceptowane zostają warunki pracy z określeniem jej zakresu, kompensacji finansowej w razie przekroczenia jej zakresu, dostępu do środków ochrony zapewniających bezpieczeństwo, możliwości wsparcia (np. opieka nad dziećmi).
- Zgoda domniemana (*implied consent*) opiera się na założeniu, że ktoś podejmujący się pracy w opiece zdrowotnej akceptuje obowiązek pomagania innym, nawet gdy stanowi to dla niego ryzyko. Jest to oczywiste dla opinii publicznej, ale niekoniecznie dla konkretnego pracownika.
- Wyszkolenie specjalistyczne. Pracownicy opieki zdrowotnej przechodzą specjalistyczne szkolenia (studia) w zakresie udzielania pomocy innym w stanach zagrożenia zdrowia i życia. Dlatego są zawodowo najlepiej przygotowani do pomocy innym w stanach zagrożenia zdrowotnego.
- Zasada wzajemności (*reciprocity*). Pracownicy opieki zdrowotnej, lekarze i pielęgniarki otrzymują specjalne wykształcenie, szereg przywilejów i wysoką pozycję społeczną. Takie wysokie usytuowanie, szczególnie lekarzy, w hierarchii społecznej powoduje wymaganie od tej grupy więcej niż od innych w sytuacji powszechnego zagrożenia zdrowia.
- Kodeksy, karty, deklaracje, przysięgi. Wiele dokumentów przyjmowanych przez różne grupy pracowników opieki zdrowotnej podkreśla obowiązki wynikające z pełnienia tego specjalnego zawodu. Mają one zazwyczaj charakter ogólny i często traktowane są deklaratywnie bez powiązania z rzeczywistością.

Grupa amerykańskich bioetyków uznała, że powyższe argumenty, szeroko wykorzystywane w medialnych dyskusjach, nie stanowią solidnej podstawy dla przyjęcia przez pracowników opieki zdrowotnej zasady „obowiązku leczenia” w czasie pandemii (14). Oczywiście wykorzystać można przepisy prawne i narzucać rozwiązania nakazowe i dyscyplinarne wymuszające zapewnienie usług w okresie zagrożenia. Jak uczy doświadczenie, podejście takie przynosi w dłuższej perspektywie więcej szkody niż pożytku. Rezultatem jest bowiem odejście od zawodu i pozbawienie intensywnej terapii podstawowego systemowego wsparcia, jakim jest wyszkolony personel. W szczególności zarządzenia dyrektorów podmiotów opieki zdrowotnej

naruszające ustawy i wymuszające na pracownikach opieki zdrowotnej pracę ponad normę nie jest dopuszczalne moralnie oraz prawnie. Przeciwnie, w obliczu prawa pracownicy opieki zdrowotnej nie mają obowiązku poświęcania swojego życia, zdrowia i dobra swoich najbliższych i nie usprawiedliwia tego stan wyższej konieczności. Stąd propozycja, że najbardziej korzystnym rozwiązaniem może być szersze wykorzystanie zasady zgody bezpośredniej przez właściwe kontraktowanie określonych usług (14).

Rozwiązania, jakie należy zaproponować dla zagadnienia niedoboru personelu intensywnej terapii w sytuacji obowiązku leczenia, to:

- przedstawienie oficjalnego stanowiska wielodyscyplinarnego zespołu w sprawie obowiązku leczenia przez personel medyczny w stanie pandemii w aspekcie medycznym, etycznym i prawnym;
- reforma nauczania etyki i prawa w programie studiów zawodów medycznych.

GŁOS W DEBACIE

W czasie obecnej pandemii jednym z dominujących tematów prowadzonych dyskusji jest ilość i dostępność respiratorów. Dostęp do leczenia przy użyciu respiratora był już w historii medycyny przedmiotem dyskusji bioetycznej. W 1952 r., po wprowadzeniu do praktyki klinicznej prototypu urządzenia, które dawało o wiele lepsze możliwości leczenia wentylacyjnego niż tzw. „żelazne płuca”, ale z powodu wysokich kosztów nie było dostępne powszechnie dla wszystkich pacjentów z niewydolnością oddechową, rozpoczęła się ożywiona dyskusja (głównie w Stanach Zjednoczonych) mająca na celu rozstrzygnięcie, który z pacjentów miałby pierwszeństwo korzystania z tego urządzenia. Ostatecznie, po debatach, przyjęto, że jest możliwe ustanowienie czytelnych i jednoznacznych kryteriów kwalifikujących pacjentów do leczenia przy użyciu respiratora, opartych wyłącznie na wiedzy medycznej. W następnej kolejności, w procesie tworzenia w latach 50. specjalistycznych oddziałów intensywnej terapii, wykorzystujących nowe, zwykle kosztowne technologie do podtrzymywania czynności życiowych pacjenta, ustalono kryteria kwalifikujące do przyjęć do tych oddziałów. W Polsce sformułowano szereg wytycznych i rekomendacji, które są czytelne dla lekarzy specjalistów i stanowią odniesienie w podejmowaniu czasami trudnych decyzji terapeutyczno-leczniczych. Lekarze są przygotowani merytorycznie do postępowania według określonych i przyjętych w wytycznych (opartych o aktualną wiedzę) wskazań medycznych i nie powinno być inaczej w czasie obecnej pandemii. W odniesieniu do wstępnego opracowania prof. Włodzimierza Galewicza otwierającego dyskusję chciałam bardzo wyraźnie podkreślić, że w mojej opinii lekarze nie są „opuszczeni regulacyjnie” w podejmowaniu decyzji dotyczących kwalifikowania i leczenia w warunkach oddziałów intensywnej terapii. Regulacje odnoszące się do procedur intensywnej terapii zostały opracowane wprawdzie bez odniesienia do sytuacji nadzwyczajnych, ale nawet sytuacja pandemii nie uzasadnia potrzeby tworzenia „superregulacji”, zwłaszcza że jest wiele pytań co do patomechanizmu niewydolności oddechowej rozwijającej się podczas choroby COVID-19, jej przebiegu oraz czynników prognostycznych. Dotychczasowe próby usystematyzowania wiedzy na ten temat wskazują, że o ciężkim stanie klinicznym pacjenta zakażonego koronawirusem decydują raczej nie zaburzenia wentylacji, a zmiany w mikrokrażeniu płucnym wpływające na wymianę gazową, na co leczenie respiratorem nie ma bezpośredniego wpływu. Dlatego nie ma obecnie potrzeby dokonania jakiegoś uszczegółowienia kryteriów kwalifikujących do respiratoroterapii, poza tymi już znanymi i sprawdzonymi w praktyce klinicznej. Z kolei wytyczne dotyczące ograniczania czy też odstępowania od „terapii daremnej” nie odnoszą się wybiórczo do respiratoroterapii, ale do całości postępowania w warunkach OIT. Ważną decyzją, podejmowaną w trosce o dobro pacjenta i nieprzysparzanie mu niepotrzebnego cierpienia, jest decyzja o nieeskalowaniu intensywnej terapii i podjęciu w zamian leczenia paliatywnego. Trzeba w tym miejscu bardzo wyraźnie podkreślić, że nie są dopuszczone w Polsce żadne regulacje prawne i etyczne, na podstawie których można byłoby podjąć decyzję o odłączeniu respiratora, z wyjątkiem rozpoznania i potwierdzenia u pacjenta śmierci mózgowej.

Uważam natomiast, że personel medyczny został pozostawiony sam sobie organizacyjnie, a nie decyzyjnie. Zapewnienie odpowiedniej ilości stanowisk intensywnej terapii dla pacjentów

oraz odpowiedniego zaopatrzenia w środki ochrony indywidualnej dla personelu pracującego z zakażonymi lub potencjalnie zarażającymi pacjentami jest kwestią organizacyjną, szczególnie ważną, wręcz kluczową, w obecnej sytuacji nadzwyczajnej. Organizacja musi przewidywać konieczność rozwijania dodatkowych stanowisk IT, a w następnej kolejności korzystania z sieci szpitali, do których można przetransportować pacjenta. Ten mechanizm organizacyjny powinien być niezwykle precyzyjny i przedyskutowany prewencyjnie. Lekarz, a zwykle jest to zespół lekarzy specjalistów, kieruje się wiedzą, doświadczeniem i umiejętnościami i podejmuje decyzje terapeutyczne w jednakowym standardzie, mając na względzie dobro medyczne każdego pacjenta. Kwalifikacja do leczenia respiratorem, jak to wynika z szeregu informacji przekazywanych w trakcie gorących spotkań naukowych w gronie lekarzy specjalistów z różnych europejskich ośrodków zajmujących się leczeniem pacjentów z COVID-19, jest – po próbie leczenia nieinwazyjnego lub małoinwazyjnego – elektywna. Polscy lekarze specjaliści uczestniczący w misji medycznej we włoskiej Lombardii nie potwierdzają reporterskich doniesień dotyczących sytuacji niepodejmowania terapii wentylacyjnej u pacjentów z COVID-19 ze względu na wiek, podkreślają natomiast doskonałą organizację pracy włoskich placówek medycznych (po wstępnym, krótkotrwałym okresie pewnego chaosu) oraz standard podejmowania decyzji po dyskusji w zespołach złożonych z lekarzy różnych specjalności.

Kolejną kwestią organizacyjną jest zarządzanie personelem medycznym w sytuacji kryzysowej. Polska jest chyba jedynym krajem, w którym wykorzystuje się narzędzie prawne w postaci nakazu pracy i jest to procedura z rygorem natychmiastowej wykonalności. W 2008 r., w którym przyjęto ustawę o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi, zabrakło w strukturach samorządowych zawodów medycznych dyskusji na ten temat. Przekonujemy się dzisiaj, jak bardzo brakuje regulacji dotyczących szczegółów nawiązywania nowego stosunku pracy (maksymalny wymiar czasu pracy, kwestie organizacyjne i płacowe), odpowiedzialności pracodawcy co do zapewnienia pracownikowi odpowiednich, zgodnych z wytycznymi i standardami środków ochrony indywidualnej (procedury anestetycznej związane ze stosowaniem terapii wentylacyjnej powodujące powstanie aerosolu zakaźnego są związane z najwyższym ryzykiem zarażenia) oraz kwestii ubezpieczenia (od odpowiedzialności cywilnej oraz ubezpieczenia na wypadek utraty zdrowia lub życia w nowym miejscu pracy). Zamiast tych konkretnych regulacji materiały medialne odwołują się do przysięgi Hipokratesa w jakiejś doraźnej, zupełnie nieprawidłowej interpretacji, do etosu zawodów medycznych i straszą postępowaniem prokuratorskim. Jakie mogą być długofalowe skutki takiej sytuacji, oprócz wielu aktualnych ludzkich dramatów? Jestem pełna niepokoju zarówno jako praktykujący lekarz anestezjolog, jak i kierownik Zakładu Etyki Medycznej, nauczający przyszłych przedstawicieli zawodów medycznych. Obserwujemy konflikt między powinnościami, obowiązkami a rzeczywistymi możliwościami i warunkami pracy. Może to się odbić w późniejszym czasie na postrzeganiu pracy w zawodach medycznych w naszym kraju i doprowadzić do weryfikowania przez młodzież oraz już wykształconych pracowników ochrony zdrowia warunków pracy, a w konsekwencji – do rozważania decyzji o emigracji.

Następne ważne pytanie, nie mieszczące się w zakreślonych przez prof. Galewicza kwestiach, brzmi: czy kierując się dobrem pacjenta, można stosować eksperyment leczniczy w warunkach oddziału intensywnej terapii? Praktycznie wszystkie leki rekomendowane w schematach do leczenia COVID-19, oprócz chlorochiny, którą minister zdrowia zaakceptował do stosowania, wybierane są z poziomu „*compassionate treatment*”, w związku z tym pojawia się pytanie, do kogo powinna należeć decyzja o ich włączeniu i czy decyzje mogą zapadać jednoosobowo, bez aprobaty grona ekspertów?

Reasumując, lekarz nie może podejmować decyzji terapeutycznych w oparciu o kryteria inne niż medyczne, nawet w sytuacjach nadzwyczajnych czy kryzysowych. Są jednak osoby odpowiedzialne za odpowiednie decyzje organizacyjne, od których będzie zależało, czy wszyscy kolejni pacjenci będą mieli szansę na otrzymanie pomocy. Tak było w sytuacji „normalnej” i tak jest w sytuacji pandemii. Kluczowe jest planowanie odpowiednich do potrzeb społecznych nakładów finansowych na opiekę zdrowotną, a w sytuacji kryzysowej – precyzyjne zarządzanie. Nie do przyjęcia jest sytuacja, w której ciężar organizacji zabezpieczenia i dostępności leczenia spada na barki osób wykonujących zawody medyczne, podczas gdy gremia odpowiedzialne za podejmowanie kluczowych dla życia i zdrowia obywateli decyzji zajmują się sprawami, które mogą być rozstrzygnięte w innym czasie.

GŁOS W DEBACIE

Główną obawą, jaka pojawia się w obliczu pandemii COVID-19, jest możliwość zapewnienia w sytuacji kryzysowej dostatecznej liczby respiratorów dla leczenia niewydolności oddechowej. W sytuacji ich niedoboru lekarze mogą zostać zmuszeni do odmawiania niektórym chorym leczenia. Czym powinni się kierować w takiej sytuacji? Środowisko lekarskie stoi twardo na stanowisku, że powinny być to kryteria jedynie medyczne. Zgodnie z zasadą etyki konsekwencjalnej leczenie powinni otrzymać ci chorzy, którzy najbardziej na tym skorzystają. Z medycznego punktu widzenia każdy chory, u którego stężenia tlenu i dwutlenku węgla we krwi wskazują na niewydolność oddechową, powinien być leczony respiratorem.

Znacznie łatwiej rozpoznać tych chorych, którym leczenie respiratorem przyniesie jedynie umieranie w cierpieniu, niż wytypować tych, którzy na nim skorzystają. W pierwszej opublikowanej serii pacjentów z COVID-19 z Wuhan, na 32 chorych leczonych respiratorem przeżył tylko jeden.

Dlatego w opublikowanych wytycznych (NICE, Szwajcaria, Narodowa Amerykańska Koalicja Raka – NCCN) duży nacisk kładzie się na wczesne zidentyfikowanie chorych, którzy najpewniej nie odniosą korzyści z respiratoroterapii i u których powinno wdrożyć się postępowanie paliatywne. Wytyczne szwajcarskie określają tę grupę jako chorych z rozsianym nowotworem i schyłkową niewydolnością narządów, wytyczne NICE zwracają natomiast uwagę na zespół kruchości.

Wszyscy podkreślają jednak, żeby nigdy nie kierować się wiekiem metrykalnym chorego.

Jakie jest jednak sprawiedliwe działanie przy wyborze między dwoma chorymi o jednokowej sytuacji medycznej? W grę wchodzi kolejka, jak np. przy oczekiwaniu na przeszczep narządu, lub jakaś forma losowania. Te pozamedyczne procedury powinny zostać wcześniej dokładnie opisane i być w pełni transparentne.

GŁOS W DEBACIE

Na wstępie chciałabym ustosunkować się do projektu sformułowania wytycznych postępowania ratującego życie wobec obecnej pandemii spowodowanej COVID-19. Celowość tego projektu nie budzi żadnych wątpliwości wobec rozmiarów tej epidemii, która stwarza konieczność dokonywania tu i teraz trudnych wyborów wobec rozbieżności pomiędzy potrzebami a możliwościami ich zaspokojenia. Charakter tej pandemii, a szczególnie jej masowość, w wielu sytuacjach skutkowały brakami określonych dóbr, jak i potencjału ludzkiego dla ratowania życia osób dotkniętych tą chorobą. Dotyczy to w szczególności osób z ciężkim przebiegiem, którzy obarczeni są wysoką śmiertelnością. Czynniki te powodują konieczność podejmowania trudnych, niejednokrotnie dramatycznych wyborów. Przyjęte powszechnie reguły postępowania w ratowaniu życia, jak i wytyczne odstępstwa od daremnej terapii, mogą być pomocne w tych decyzjach, ale ze względu na różnice sytuacyjne wymagają co najmniej podjęcia próby ich uzupełnienia.

Zacznę od wypunktowania nowych okoliczności i różnic między sytuacjami, jakie przyniosła obecna epidemia, a dotychczasowymi kierunkami działań ratujących życie. Różnice te należy uwzględnić przy realizacji założeń i celów tej debaty.

1. Obecnie mamy do czynienia z nową chorobą i jej nieznanymi późnymi skutkami. Brak jest możliwości stwierdzenia reakcji na ukierunkowane zwalczanie tej choroby, bowiem obecnie istnieje jedynie leczenie objawowe.
2. Nagłość sytuacji (masowy napływ chorych oraz charakterystyczne gwałtowne pogorszenie stanu chorego) nie pozwala na zapoznanie się z danymi z wywiadu lub uwzględnienie woli chorego odnośnie do określonego postępowania.
3. Występuje konieczność podejmowania szybkiej decyzji w ustalaniu wskazań do zastosowania respiratorów przy ich ograniczonej ilości i określania liczby chorych, u których wstępnie zastosowane metody tlenoterapii nie odnoszą skutku.
4. Znaczącą rolę w decyzjach odgrywa czas, który jest dodatkowym elementem wywołującym ogromny stres.

Wymienione okoliczności są przykładem różnic np. pomiędzy ustalonymi od kilku lat wytycznymi PTAiT dotyczącymi rezygnacji z daremnej terapii a sytuacją spowodowaną obecną epidemią. Nie są one wystarczające dla decyzji wymaganych obecnie w odniesieniu do pacjentów z zakażeniem COVID-19. W zaniechaniu daremnej terapii istnieje znacznie więcej danych w ocenie szans ocalenia od śmierci grożącej „już teraz”, jak i w dalszej przyszłości. Mamy bowiem czas na rozważenie skutków dotychczasowej terapii i innych istotnych parametrów, których jest wiele i które są doskonale znane uczestnikom tej debaty.

Wobec tych ograniczeń istnieje więc wiele wątpliwości, czy na obecnym etapie wiedzy o chorobie spowodowanej COVID-19 możliwe jest ustalenie priorytetów w ratowaniu życia. Dla przykładu, jeśli dalsze doświadczenia wykażą, że u chorych w wieku powyżej 80 lat śmiertelność wynosić będzie 100% pomimo zastosowania wszelkich metod ratowania życia, to ten wiek będzie mógł być jednym z parametrów eliminujących czy ograniczających zastosowanie najwyższych procedur terapeutycznych. Obecnie już wiemy o przeżyciu chorej 80-latki w Hiszpanii.

W obecnej pandemii dysponujemy już publikacjami światowymi opartymi na doświadczeniach własnych, w tym też ustaleń priorytetowych w stosowaniu zaawansowanych technologii medycznych. Profesor Pawlikowski uczestniczący w naszej debacie przedstawił dane zebrane w najnowszych publikacjach i na pewno się do nich odniesie.

Po tym ogólnym wstępie przystąpię do odpowiedzi na przysłane przez profesora Galewicza pytania dotyczące przyznawania pierwszeństwa w dostępie do intensywnej terapii w warunkach kryzysu zdrowia publicznego.

Kryteria utylitarne

W ustalaniu pierwszeństwa w dostępie do intensywnej terapii w zakażeniach COVID-19 możemy obecnie rozważać jedynie spodziewane korzyści krótkoterminowe dla chorego, ponieważ nieznane są jeszcze odległe skutki przebytej choroby. Dotychczasowe dane zawierają jedynie obawy, że np. w ciężkich przebiegach choroby szkody w postaci trwałych zmian w płucach mogą w znacznym stopniu ograniczyć funkcję układu oddechowego, a tym samym tylko czasowo (nie wiadomo, na ile i na jak długo) przywrócić jego w miarę prawidłowe funkcjonowanie. Gdyby te przewidywania się sprawdziły, to można by u chorych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego uściślić kryteria medyczne w dostępie do respiratoroterapii, co ułatwiłoby ocenę szans na przeżycie zarówno „tu i teraz”, jak i w odległym czasie. W tych sytuacjach należałoby korzystać z dostępnych stopni zaawansowania choroby przewlekłej układu oddechowego.

Jak wynika z przytoczonych przykładów, kryteria medyczne powinny być podstawą w ocenie szans i korzyści, a tym samym w ustalaniu priorytetów dostępu do procedur medycznych. Przyjęcie kryteriów medycznych jako podstawowych obciąża lekarzy, którzy na podstawie badań naukowych i doświadczeń klinicznych podejmować muszą powyższe decyzje.

W rozważaniu kryteriów utylitarnych należy rozważać korzyści i szanse nie tylko dla konkretnego chorego, ale również w odniesieniu do całego społeczeństwa. Epidemiczny charakter sytuacji wymaga od nas, lekarzy, postępowania zarówno z myślą o pojedynczym chorym powierzonym naszej opiece, jak i o skutkach dla społeczeństwa. Tu, poza kryteriami priorytetowymi, czyli ściśle medycznymi, mogą decydować inne kryteria, takie jak korzyści społeczne. Stąd też w ustalaniu pierwszeństwa do intensywnej terapii należy uwzględnić, niezależnie od kryteriów ściśle medycznych, potencjalną przydatność pacjenta w zwalczaniu kryzysu zdrowia publicznego. Przykładem będzie pracownik ochrony zdrowia, który po skutecznym leczeniu będzie mógł nadal uczestniczyć w zwalczaniu epidemii. W obecnej sytuacji dostrzegamy skutki braków spowodowanych wykluczeniem z działań osób walczących czynnie i bezpośrednio ze skutkami pandemii.

Kryteria egalitarne

Jakkolwiek z racji uwarunkowań zawodowych kryteria medyczne uważam za podstawę w ustalaniu priorytetów, to w sytuacjach szczególnie dramatycznych nie odrzucałabym korzystania z kryteriów takich jak wybór losowy. Dostępne dane z piśmiennictwa światowego odrzucają kryteria kolejności zgłoszeń, argumentując, że oddalenie miejsca pobytu chorego nie może być czynnikiem decydującym o szansie uzyskania pomocy. W naszych warun-

kach decydującym czynnikiem mogłaby być szybkość udzielonej pomocy zależna od służb biorących udział w przewozie chorego do ośrodka leczącego. Kryteria kolejności zgłoszeń mają zastosowanie w warunkach, w których w chwili zgłaszania nie istnieje zagrożenie życia.

Mam trudność w zajęciu stanowiska wobec kolejnego pytania, dotyczącego kryterium pierwszeństwa jakim jest ciężkość choroby. Nie wiem, czy chodziło tu o kwalifikacje pierwszeństwa, jakie stosuje się przede wszystkim w warunkach wojennych i masowych wypadkach, polegające na udzielaniu pomocy w pierwszej kolejności najciężej poszkodowanemu, czyli najbardziej chorym (zasada triage)? W obecnych rozważaniach ciężkość przebiegu choroby jest rozpatrywana łącznie w ustalaniu szans na przeżycie „tu i teraz” oraz w dalszym etapie, i nie może być jedynym kryterium pierwszeństwa. Ciężkość choroby zależna jest od bardzo wielu czynników, takich jak niewydolność jednego, dwóch lub wielu układów czy narządów. Te dane stanowią jedno z podstawowych kryteriów w ocenie szans. Ponadto należy uwzględnić, że w przypadkach niewydolności układu oddechowego, najczęściej atakowanego przez koronawirus, mamy już opracowane wytyczne postępowania dotyczące między innymi stosowania różnych form tlenoterapii. Pozwala to na zastosowanie takiej terapii w zależności od stopnia duszności, czyli ciężkości choroby, która jest brana pod uwagę i którą możemy mierzyć dzięki aparaturze monitorującej.

Reasumując – podjęta próba określenia priorytetów w sytuacjach ograniczonego dostępu do intensywnej terapii powinna opierać się na kryteriach medycznych, co jest równoznaczne z koniecznością podejmowania decyzji przez lekarzy. W danych z piśmiennictwa postuluję się, aby w tych najtrudniejszych decyzjach dotyczących konkretnego chorego nie tylko uczestniczyli lekarze go leczący, lecz aby wspierali ich doświadczeni lekarze spoza zespołu. Oznacza to powrót do naszych krajowych dyskusji na temat szpitalnych komitetów etycznych.

Mam nadzieję, że debata pozwoli na szersze sprecyzowanie pomocnych w praktyce uwag, choć mam świadomość, że obecnie możliwe jest jedynie określenie pewnych ogólnych priorytetów, które będą uzupełniane w miarę zdobywania kolejnych doświadczeń w zakresie postępowania w tej chorobie.

W SPRAWIE KRYTERIÓW PRZYJMOWANIA CHORYCH NA ODDZIAŁY INTENSYWNEJ TERAPII

Poniżej przedstawiam mój punkt widzenia w tytułowej sprawie:

1. Zgadzam się [z prof. Galewiczem], iż jest „rzeczą bezsporną, że intensywnej terapii należy poddawać wyłącznie pacjentów, którym ona może przynieść wystarczającą korzyść”.

2. Co do kwestii „uzgodnienia, w którym punkcie skali ustalić próg tej „wystarczającej korzyści”, stoję na stanowisku, iż kwestia ta jest uregulowana w „Wytycznych Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określających zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii” (data powstania: luty 2012 r.).

Zawarte tam – przedstawione poniżej – cztery priorytety są wystarczająco uniwersalne, aby rozstrzygnąć, czy dany pacjent powinien być przyjęty na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, czy też nie powinien tam trafić.

Priorytet 1: Pacjenci z tym priorytetem przyjęcia znajdują się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, który wynika przede wszystkim z zaburzeń w układzie krążenia i/lub oddychania. W przypadku tej grupy chorych nie istnieją żadne limity w zakresie terapii wspomagającej.

Priorytet 2: To chorzy wymagający intensywnego monitorowania w systemie wzmożonego nadzoru, u których w każdej chwili może zaistnieć konieczność wdrożenia inwazyjnych technik leczenia, zarezerwowanych wyłącznie dla intensywnej terapii. Podobnie jak w grupie pierwszej, brak jest wskazań do określenia limitu potencjalnie udzielanej terapii.

Priorytet 3: Do grupy tej kwalifikowani są krytycznie chorzy, których stan zdrowia poprzedzający wystąpienie stanu zagrożenia życia, a także zaawansowanie aktualnie toczącego się procesu chorobowego ograniczają w znacznym stopniu szanse na wyzdrowienie i tym samym osiągnięcie korzyści z przyjęcia na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Pacjenci ci kwalifikują się do tego, aby zapewnić im intensywne leczenie, które może przynieść im doraźną ulgę w cierpieniu podczas nieodwracalnie przebiegającego procesu chorobowego, ale zakres stosowanych środków i technik inwazyjnych może zostać ograniczony *a priori*, np. poprzez niepodejmowanie czynności takich jak intubacja dotchawicza w przypadku wystąpienia ostrej niewydolności oddechowej lub też niepodejmowanie prób resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Priorytet 4: Do tej grupy należą chorzy, których przyjęcie na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii jest zasadniczo nieuzasadnione. Przyjęcie chorych na oddział i powzięcie decyzji o ich leczeniu może mieć miejsce jedynie w wyjątkowych sytuacjach. Decyzja dotycząca przyjęcia powinna być powzięta na podstawie głębokiej analizy indywidualnego przypadku i jedynie za zgodą ordynatora oddziału. Pacjentów tych można zaliczyć do dwóch kategorii. Do pierwszej kategorii zaliczamy chorych, którzy na skutek przyjęcia na OAiIT nie odniosą żadnej dodatkowej korzyści albo odniosą tylko bardzo ograniczoną korzyść. Powodem jest niskie ryzyko interwencji diagnostyczno-terapeutycznej, która nie może być dokonana poza OAiIT (tzn. pacjenci są w stanie „zbyt dobrym”, by wynieść korzyść z hospitalizacji na takim

oddziale, lecz procedura medyczna, która może wpłynąć na dalszy proces leczniczy, może być wykonana tylko w OAiIT). Do drugiej kategorii zaliczamy chorych z nieuleczalną chorobą terminalną, którzy stoją w obliczu zagrażającej śmierci (tzn. „zbyt chorzy”, aby hospitalizacja w OAiIT mogła wpłynąć na zmianę niepomyślnego rokowania).

3. Być może powyższe zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych na Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii będą niewystarczające „w warunkach masowego zagrożenia zdrowia”, jakim może być obecna (lub też przyszła) epidemia (pandemia). Może to wynikać z różnych przyczyn, np. z nieproporcjonalnej do potrzeb ilości stanowisk intensywnej terapii, niewystarczającej liczby odpowiednio wykształconego/przeszkolonego personelu lekarskiego czy pielęgniarskiego, niedostatecznej liczby sprzętu i aparatury medycznej czy nawet niedostatecznej liczby indywidualnych środków ochrony osobistej.

4. Powyższe niedobory mogą wynikać ze skali „masowego zagrożenia zdrowia”, jak i z różnego rodzaju uprzednich zaniedbań, które zaistniały, ale – obiektywnie oceniając – nie powinny mieć miejsca. Zaniedbania takie mogą mieć charakter systemowy (stosunkowo niewielka liczba stanowisk intensywnej terapii na 100 000 mieszkańców w okresie bez „masowego zagrożenia zdrowia”; niewystarczająca liczba personelu medycznego w okresie bez „masowego zagrożenia zdrowia” z powodu niedofinansowania systemu ochrony zdrowia czy niskich wynagrodzeń konkretnych grup zawodowych; brak poważania społecznego konkretnej grupy zawodowej itp.), organizacyjny, prawny, ale mogą także wynikać z błędów popełnionych już w trakcie „masowego zagrożenia zdrowia” (znaczny procent personelu nie może udzielać świadczeń zdrowotnych z powodu braku czy niewystarczającej liczby indywidualnych środków ochrony osobistej na pewnym etapie „masowego zagrożenia zdrowia”, co skutkuje wtórnym zakażeniem tego personelu).

Identyfikacja przyczyny, dlaczego przedstawione powyżej zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych na Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii mogą być niewystarczające „w warunkach masowego zagrożenia zdrowia”, ma moim zdaniem kluczowe znaczenie dla treści przyszłych „rekomendacji na wypadek dramatycznego niedostatku zasobów ratujących życie w polskich szpitalach, a szczególnie na oddziałach intensywnej terapii, w dalszym toku obecnej (lub też niewykluczonej przyszłej) epidemii”. Takie rekomendacje są dla mnie dopuszczalne etycznie jedynie w przypadku, kiedy dramatyczny niedostatek zasobów wynika z olbrzymiej skali „masowego zagrożenia zdrowia”, której nie można było przewidzieć lub przygotowanie się na nią, oceniając obiektywnie, pociągałoby za sobą niewspółmiernie duże koszty w stosunku do możliwości państwa, a nie wynika z różnego rodzaju zaniedbań systemowych, organizacyjnych, prawnych czy innych.

5. Jeśli dramatyczny niedostatek zasobów wynika nie z olbrzymiej skali „masowego zagrożenia zdrowia”, ale przede wszystkim z uprzednich rozmaitych zaniedbań systemowych, organizacyjnych, prawnych czy innego rodzaju, nie powinien być on w żaden sposób „legalizowany”, w tym poprzez „formułowanie rekomendacji na wypadek dramatycznego niedostatku zasobów ratujących życie w polskich szpitalach, a szczególnie na oddziałach intensywnej terapii, w dalszym toku obecnej (lub też niewykluczonej przyszłej) epidemii”. Co więcej, gdyby do takiej legalizacji doszło, mogłoby to stanowić swego rodzaju zachętę dla instytucji i osób organizujących i finansujących opiekę zdrowotną, do likwidowania szpitali i oddziałów czy ograniczania nakładów w okresie „normalności”, bo przecież istnieje odpowiednia procedura „na wypadek niedostatku zasobów ratujących życie”. I wystarczy jej tylko przestrzegać!

6. Biorąc pod uwagę obecne doświadczenia kolegów z innych krajów w trakcie pandemii COVID-19, w tym kolegów anestezjologów, wydaje się zasadne przedyskutowanie (zmody-

fikowanie) postępowania zawartego w Wytycznych jedynie w sytuacji, kiedy dramatyczny niedostatek zasobów wynika z olbrzymiej skali „masowego zagrożenia zdrowia” i nie można zapewnić intensywnej terapii wszystkim pacjentom z priorytetem 1 oraz 2 (ustalenie zasad pierwszeństwa skorzystania z intensywnej terapii dla pacjentów z priorytetem 1 i 2).

7. Moim zdaniem przyjęcie w ww. przypadku jednolitej, usankcjonowanej korporacyjnie zasady jest ważne, ale jeszcze ważniejsze jest jej umocowanie prawne. Rekomendacje nie będące częścią porządku prawnego w Polsce nie spełnią swojego celu. Widzimy to obecnie w praktyce w odniesieniu do innych „dyskusyjnych” sytuacji. Zasada świętego spokoju jest dominująca.

8. Rekomendacje nie powinny dotyczyć tylko Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej terapii. Dramatyczny niedostatek zasobów ratujących życie w polskich szpitalach może bowiem dotyczyć także innych oddziałów. Ponieważ dla większości hospitalizowanych pacjentów ratunkiem może okazać się np. tlenoterapia czy nieinwazyjna wentylacja, terapia taka może i powinna odbywać się na innych oddziałach (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków, intensywną terapię mogą prowadzić po 2-letnim szkoleniu i uzyskaniu odpowiedniej specjalizacji z intensywnej terapii lekarze specjaliści II stopnia lub posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii naczyniowej, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chorób płuc, chorób płuc dzieci, chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych, kardiologii, kardiologii dziecięcej, nefrologii, nefrologii dziecięcej, neonatologii, neurochirurgii, neurologii, neurologii dziecięcej, pediatrii lub toksykologii klinicznej).

9. Ponieważ zasoby kadrowe poszczególnych oddziałów czy liczba określonych specjalistów są ograniczone i łatwo mogą ulec wyczerpaniu, rekomendacje powinny zawierać również zalecenia dotyczące wspomagania kluczowych oddziałów (specjalistów) przez personel innych oddziałów, także z innych podmiotów leczniczych. Problem ten nie dotyczy tylko lekarzy.

ETYCZNY WYMIAR DECYZJI I WYTYCZNYCH DOTYCZĄCYCH RACJONOWANIA W WARUNKACH EPIDEMII

Powodem zaproponowanej debaty jest potrzeba stworzenia wytycznych dla podejmowania decyzji dotyczących racjonowania w warunkach epidemii oraz etyczny wymiar tych decyzji. Szerzej na ten temat wypowiedziałem się kilka tygodni temu w artykule opublikowanym na łamach „Medycyny Praktycznej”, przytaczając szereg wytycznych (a niektóre krytycznie analizując)¹⁵. W tym miejscu chciałbym odnieść się jedynie do wybranych wątków dotyczących decyzji mających na celu racjonowanie (ograniczanie dostępu do dóbr deficytowych), priorytetyzację (ustalanie pierwszeństwa dostępu do zasobów przez określone grupy osób) i alokację (rozmieszczenie zasobów materialnych), które są związane z sytuacją epidemii.

W ostatnich tygodniach w wielu krajach sformułowano wytyczne kliniczne i kryteria dotyczące stosowania zaawansowanych technologii medycznych¹⁶. Pojawiły się one również w Polsce¹⁷. Z jednej strony wytyczne pomagają w podejmowaniu decyzji klinicznych, z drugiej zaś niektóre zaproponowane w nich kryteria (np. wieku czy względów społecznych) budzą poważne wątpliwości z perspektywy etyki medycznej. Niezależnie od wytycznych opracowanych w innych krajach, warto odnosić się również do międzynarodowych rekomendacji dotyczących aspektów etycznych epidemii, sformułowanych kilka lat temu przez WHO po epidemii SARS¹⁸.

W wytycznych klinicznych, poza wskazówkami praktycznymi, uwzględniono ważne kwestie etyczne: nieszkodzenia w postaci rezygnacji terapii daremnej (nazywanej niekiedy również uporczywą, co przewiduje również polski Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 32, zobowiązując jednocześnie do zapewnienia humanitarnej opieki terminalnej w art. 30), poszanowania autonomii (współdecydowanie pacjenta i jego bliskich o odstąpieniu od kontynuowania terapii; podejmowanie decyzji „nie intubować” z obowiązkiem uzasadniania, dokumentowania i informowania o niej pacjenta i jego bliskich), kolegialność podejmowanych decyzji i otwartość na ich weryfikację, stopniowalność zaawansowanych technologii medycznych (środki zwyczajne i nadzwyczajne), a także uwzględnienie dobra innych pacjentów oczekujących na pomoc (nie tylko z objawami COVID-19, ale również z innymi chorobami wymagającymi nagłej interwencji, hospitalizacji i intensywnej terapii).

Nie należy zawężać dyskusji dotyczącej racjonowania wyłącznie do kwestii intensywnej terapii i korzystania z respiratorów. To jest poziom mikroracjonowania, tzn. decyzji lekarza co do zastosowania konkretnych technologii medycznych (ten poziom może również dotyczyć zlecenia badań diagnostycznych w kierunku SARS-CoV-2, hospitalizacji i farmakoterapii). Oprócz tego kwestia racjonalnej alokacji w czasie epidemii pojawia się na poziomie mezo

¹⁵ Pawlikowski (2020).

¹⁶ Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) (2020); Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) (2020); Emanuel, Persad, Upshur et al. (2020).

¹⁷ Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) (2020).

¹⁸ World Health Organization (WHO) (2016).

(np. decyzja kierownictwa szpitala o rozmieszczeniu środków ochrony indywidualnej czy sprzętu specjalistycznego między szpitalnym oddziałem ratunkowym [SOR], oddziałem zakaźnym, OIT itp.) oraz makro (np. decyzja rządu krajowego o utworzeniu sieci szpitali, kierowaniu dofinansowania i specjalistycznego sprzętu do wybranych ośrodków oraz określeniu populacji, w której będą wykonane testy na obecność wirusa). Jednak niewątpliwie najtrudniejsze i wyjątkowo dramatyczne są decyzje dotyczące odmowy wdrożenia wentylacji mechanicznej lub rezygnacji z jej stosowania, ponieważ zazwyczaj oznaczają one życie lub śmierć chorego. Jednocześnie decyzja o podjęciu leczenia angażuje środki techniczne zazwyczaj na kilka tygodni, co wyklucza ich użycie dla dobra innych chorych, a dynamika rozwoju sytuacji oraz szeroki zakres populacji z zagrożeniem życia wymagają szybkich decyzji. Dodać trzeba, że od strony psychologicznej łatwiejsza jest decyzja o niepodjęciu leczenia niż o jego zaprzestaniu, co podkreśla znaczenie wstępnej oceny oraz konieczność przygotowania algorytmów postępowania z odpowiednim wyprzedzeniem.

W etyce medycznej decyzje dotyczące ustalania priorytetów, sprawiedliwego racjonowania i alokacji ograniczonych zasobów powinny się opierać na kryteriach medycznych, czyli wynikających z życiowej lub zdrowotnej potrzeby zastosowania danej technologii oraz jej prognozowanych pozytywnych skutków (korzyści) dla życia i zdrowia pacjenta. W Deklaracji Światowego Towarzystwa Lekarskiego w sprawie praw pacjenta, przyjętej w Lizbonie w roku 1981, czytamy: „W sytuacji, gdy trzeba dokonywać wyboru, który z potencjalnych pacjentów powinien uzyskać określone świadczenie o ograniczonej dostępności, wszyscy pacjenci zasługują na uczciwą procedurę selekcji. Wybór taki musi się opierać na kryteriach medycznych i należy go dokonać bez dyskryminacji¹⁹. Pomocy należy zatem udzielać w pierwszej kolejności tym, którym jest ona niezbędna do przeżycia, a w ramach tej grupy wybierać osoby mające większe szanse przeżycia. W sytuacjach epidemii lub katastrof masowych zakres pomocy należy jednocześnie ograniczyć do koniecznego minimum, aby mogło z niej skorzystać jak najwięcej osób²⁰.

Dodać należy, że problem ustalania priorytetów, racjonowania i alokacji w etyce medycznej nie jest nowy i pojawiał się już kilka dekad wcześniej w związku z decyzjami podejmowanymi w sytuacji ograniczonej dostępności aparatów do hemodializy czy narządów do przeszczepienia. Po wielu dyskusjach nad wagą różnych kryteriów pozamedycznych – takich jak wiek, przesłanki społeczne (np. status rodzinny, pozycja społeczna, rola przywódcza, zasługi) lub ekonomiczne (np. wielkość składki na ubezpieczenie społeczne) – dochodzono ostatecznie do wniosku, że należy bazować przede wszystkim na kryteriach medycznych. Podejmując kwestie ustalania priorytetów, alokacji i racjonowania, decydenci nie tylko muszą odpowiednio wyważyć zasady troski o dobro pacjenta oraz zasady sprawiedliwości, ale powinni mieć również świadomość, do jakiej koncepcji sprawiedliwości się odnoszą²¹. Dążąc słusznie do

¹⁹ Fragment w tłum. J. P.: „In circumstances where a choice must be made between potential patients for a particular treatment that is in limited supply, all such patients are entitled to a fair selection procedure for that treatment. That choice must be based on medical criteria and made without discrimination”; za: World Medical Association (WMA) (2018), s. 1e.

²⁰ Marczewski (2003).

²¹ Konkuruje ze sobą bowiem w tym zakresie różne podejścia, np. ukierunkowane na: wolność jednostki (libertarianizm – dystrybucja środków powinna następować wg zasad rynkowych), korzyść (utilitaryzm – dystrybucja środków powinna następować wg zasady maksymalnej korzyści dla wszystkich), równość (egalitaryzm – dystrybucja środków powinna następować wg potrzeb i służyć wyrównaniu istniejących różnic w zaspokajaniu potrzeb), dobro wspólnoty (komunitaryzm – dystrybucja środków ukierunkowana na dobro wspólnoty). W systemach opieki zdrowotnej współlistnieją obok siebie najczęściej dwie (lub więcej) koncepcje sprawiedliwości.

sprawiedliwości, nie należy jednak nigdy podporządkowywać godności konkretnego człowieka względem społecznej użyteczności ani pragmatyzmu.

Priorytetyzacja powinna się różnić w zależności od interwencji i może się zmieniać w miarę pojawiania się nowych danych naukowych. Na przykład: pierwszeństwo dostępu do technologii profilaktycznych (jak oczekiwana szczepionka na COVID-19) powinny mieć osoby z grup największego ryzyka, a więc członkowie „frontowego” personelu medycznego, a następnie osoby starsze przed młodszymi, ponieważ te ostatnie są w mniejszym stopniu narażone na zakażenie i poważne konsekwencje choroby. Osoby młode lub dzieci mogłyby natomiast stanowić grupę priorytetową, jeśli modele epidemiologiczne wskażą, że byłby to najlepszy sposób na zmniejszenie rozprzestrzeniania się wirusa w populacji. Łóżka na OIT i respiratory są z kolei technologiami leczniczymi stosowanymi w stanie zagrożenia życia, dlatego jako pierwsze powinny z nich korzystać osoby, które mają największą szansę na wyleczenie, co wtórnie spowoduje, że zazwyczaj (choć nie zawsze!) beneficjentami będą tu osoby młodsze i z mniejszą liczbą chorób towarzyszących. Farmakoterapia przeciwwirusowa będzie natomiast najbardziej efektywna u pacjentów, którzy są poważnie, ale nie krytycznie chorzy, a zarazem nie spełniają kryteriów kwalifikujących do wentylacji mechanicznej. Eksperymentalne stosowanie farmakoterapii przed- lub poekspozycyjnej będzie zaś kierowane przede wszystkim do osób zakażonych, ale bezobjawowych lub z łagodnymi objawami.

Decyzje alokacyjne w dużej mierze należą do osób odpowiedzialnych za zarządzanie systemem opieki zdrowotnej (od organów władzy centralnej po kierowników oddziałów szpitalnych), ale ich skutki mają wpływ na wybory dokonywane przez poszczególnych pracowników medycznych i na losy konkretnych pacjentów. Choć można mieć nadzieję, że liczba respiratorów w polskich szpitalach jest wystarczająca dla wszystkich potrzebujących w prognozowanym scenariuszu rozwoju sytuacji epidemicznej, to trzeba jednak pamiętać, że deficyt dostępu do świadczeń zdrowotnych wiązać się może nie tylko z brakiem aparatury, ale również z jej niewłaściwym rozmieszczeniem, brakiem koordynacji systemu na poziomie krajowym lub regionalnym, a nawet brakiem personelu do prawidłowej obsługi sprzętu medycznego. Sprawnemu zarządzaniu systemem ochrony zdrowia nie pomaga również jego zdeintegrowana struktura własnościowa, brak osób odpowiedzialnych za politykę zdrowotną na poziomie regionalnym, niejasny zakres kompetencji różnych instytucji publicznych w zakresie polityki zdrowotnej oraz brak kodyfikacji prawa medycznego.

Zgadzając się z postulatem konieczności opracowywania wytycznych oraz ich wartość, należy jednak podkreślić ich ograniczenia i niemożność uwzględnienia wielu konkretnych okoliczności. Powinny one być opracowywane przez osoby posiadające odpowiednią wiedzę i znające z własnego doświadczenia okoliczności, do których wytyczne mają się odnosić (pozostałe osoby, w tym etycy, bioetycy, duchowni, prawnicy mogą pełnić rolę konsultacyjną). Wytyczne wymagają również okresowej weryfikacji. Niezależnie od istnienia wytycznych w praktyce medycznej należy zawsze dbać o kolegialność podejmowania trudnych decyzji.

Nie należy również przeciwstawiać wytycznych indywidualnemu sumieniu w procesie podejmowania decyzji albo zakładać, że mogą one „zwolnić” lekarzy, ratowników czy diagnostów z używania sumienia. Wytyczne zawężają jedynie do pewnego stopnia pole wyboru i dylematy związane z podejmowaniem decyzji. Zawarte w nich zalecenia mają być pomocne dla lekarzy i innych osób podejmujących decyzje, powinny chronić ich przed wyborami błędnymi i dyskryminującymi pacjentów oraz częściowo (na ile to możliwe) zdejmować z nich moralną i prawną wagę indywidualnej decyzji. Nawet najbardziej precyzyjne wytyczne są jedynie wskazówkami, a ostateczną decyzję podejmuje konkretna osoba (lekarz, ratownik), kierując

się wiedzą, doświadczeniem, roztropnym rozważeniem aktualnych okoliczności i własnym sumieniem. Nikt nie zdejmie z tej osoby ciężaru trudnych wyborów, a ich niepodejmowanie jest również decyzją o pozostawieniu rzeczy samym sobie. Niezależnie od istnienia wytycznych, trudne decyzje dotyczące nieprzyjęcia na OIT, niepodejmowania lub zaprzestania terapii, powodowały i będą powodować u decydujących osób zrozumiałe rozterki, wyrzuty sumienia, niechęć do rozmowy na ten temat, uraz moralny i poważną traumę psychiczną. Dlatego po ustąpieniu epidemii takie osoby będą wymagały wsparcia psychicznego i duchowego oraz zrozumienia ze strony kolegów i społeczeństwa. Wytyczne nie zastąpią zatem indywidualnej odpowiedzialności moralnej, choć mogą niewątpliwie ułatwić podejmowanie prawidłowych decyzji.

Obecna sytuacja wymaga również apelu do organizatorów systemu ochrony zdrowia – od władz państwowych przez samorządowe po dyrektorów szpitali – o odpowiednie wyposażenie sprzętowe, ale również o troskę o pracowników oraz właściwą koordynację systemu na poziomie krajowym i regionalnym, ponieważ powyższe dylematy nie wynikają wyłącznie z ciężkości choroby, ale również z poziomu zaopatrzenia w sprzęt medyczny, dostępności kadr i odpowiedzialnego zarządzania.

W ODPOWIEDZI NA APEL DO POLSKICH LEKARZY O SFORMUŁOWANIE REKOMENDACJI NA WYPADEK DRAMATYCZNEGO NIEDOSTATKU ZASOBÓW NA ODDZIAŁACH INTENSYWNEJ TERAPII

W Polsce obowiązują zasady segregacji (*Triage*) przyjęć chorych na stanowiska intensywnej terapii na Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Poniżej pozwolę sobie zamieścić ogólne zasady wspomnianego triage'u, gdyż jestem ich autorem.

Kwalifikacja i kryteria (priorytety) przyjęcia chorych na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Zaawansowane techniki podtrzymywania życia dostępne na Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii mają za zadanie zapewnienie czasowego wspomaganie podstawowych funkcji życiowych chorego, które zostały istotnie zaburzone w przebiegu potencjalnie odwracalnego procesu chorobowego. Wkroczenie z niezwykle inwazyjnymi technikami podtrzymywania funkcji narządów, a w związku z tym życia, jest logicznie uzasadnione, jeśli wpisuje się w definicję potencjalnej odwracalności zaistniałej niewydolności narządu lub narządów i realnej szansy na powrót pacjenta do środowiska, społeczeństwa, rodziny, do pracy, słowem: do warunków, w których żył.

Podsumowując, na Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii powinni być leczeni tylko chorzy, u których rozpoznaje się w sposób obiektywny szanse na wyzdrowienie oraz powrót chorego do społeczeństwa.

Ten punkt widzenia znajdował i znajduje odbicie w oficjalnym stanowisku Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii i jest zgodny z podstawową doktryną intensywnej terapii reprezentowaną przez międzynarodowe gremia naukowe, które w oparciu o konferencje konsensusu wypracowują treści, które ogólnie należy w zakresie zadań sformułować następująco:

1. Ratowanie i podtrzymywanie czynności organizmu u ciężko chorych dla zapewnienia im należytej jakości życia.
2. Zapewnienie specjalistycznej opieki i rehabilitacji wymagających intensywnych metod postępowania u chorych powracających do zdrowia po ciężkiej chorobie, operacji lub urazie.
3. Zapewnienie opieki nad chorymi oddziałów intensywnej terapii, u których wymiar choroby nie pozwala na wyleczenie, tak aby uwolnić ich od cierpienia i zapewnić pełen komfort zarówno chorym, jak i ich rodzinom, oraz otoczyć ich zasadami obowiązującymi w medycynie paliatywnej.

U podstawy każdego przyjęcia na oddział OIT musi leżeć uwzględnienie takich czynników, jak:

1. Wyrażane zawczasu przez pacjenta życzenie lub sprzeciw co do stosowania u niego terapii podtrzymującej życie.
2. Współistniejące schorzenia oraz stopień wydolności organizmu w okresie poprzedzającym wystąpienie aktualnego pogorszenia stanu pacjenta.
3. Stopień zaawansowania choroby i potencjalna jej odwracalność.

Zgodnie z minimalnym standardem zapotrzebowania na stanowiska intensywnej terapii liczba łóżek w oddziale A i IT powinna stanowić od 2–5% do 10% wszystkich łóżek w szpitalach uniwersyteckich, a w USA około 20%. Przy deficytowej bazie tych stanowisk w Polsce (lekarz ze ściśle określonym, wysoko kwalifikowanym zakresem umiejętności na stałe obecny w oddziale, pielęgniarka przypisana do stanowiska oraz skomplikowany sprzęt medyczny) niezbędne jest właściwe wykorzystanie tej kadry medycznej oraz sprzętu. Zgodnie z doktryną intensywnych terapii na świecie oraz w Polsce, oddziały te stają się niekwestionowaną bazą dla planowych przyjęć chorych po rozległych zabiegach operacyjnych w obrębie wszystkich jam ciała, z tego prostego powodu, że tylko te oddziały są gwarancją przeżycia przez chorego okresu pooperacyjnego, a procedurze chirurgicznej nadają wymiar racjonalności postępowania medycznego. Gwarancje przeżycia wynikają z obecności na oddziale specjalistycznej kadry i zaawansowanych, niedostępnych w innych oddziałach szpitala technologii medycznych służących terapii i monitorowaniu czynności życiowych. Jest to więc rodzaj przyjęć do A i IT, który wymaga wcześniejszego zaplanowania terminu operacji i rezerwacji dla danego chorego stanowiska leczniczego. Między innymi z tego tytułu współczynnik obłożenia na OAiIT wynosi 100%, jeśli jest on równy 0,7. W uproszczeniu, na 10-stanowiskowym oddziale zajęcie 7 stanowisk oznacza uzyskanie współczynnika 0,7 (100%), a pozostałe łóżka oczekują w gotowości na przyjęcie chorych wymagających udzielenia intensywnej terapii natychmiast. W innym razie świadczenie to nie zostanie udzielone wcale lub istotnie za późno, co najczęściej wiąże się ze zgonem chorego lub głębokim uszczerbkiem na zdrowiu. Kolejnym istotnym punktem działania OAiIT jest przeprowadzenie na oddziale tzw. preoptymalizacji stanu chorego przed rozległym zabiegiem operacyjnym, bardzo często w trybie pilnym lub ze wskazań życiowych. Preoptymalizacja stanu chorego dotyczyć może także chorych operowanych w trybie planowym, a zakres operacji jest na tyle rozległy, iż wymaga w okresie przedoperacyjnym specjalnego monitorowania, leczenia żywieniowego, kontrolowanego leczenia ciężkich zaburzeń wodno-elektrolitowych itp. Aktualnie procedury takie niestety nie są uwzględnione przez partnera, jakim powinien być NFZ, ale funkcjonują jako uznane za standardowe w powszechnym systemie ubezpieczeń zdrowotnych krajów należących do Unii Europejskiej. Z tego między innymi tytułu, dla lepszej organizacji pracy i racjonalnego wykorzystania stanowisk intensywnej terapii, powinna obowiązywać „priorytetyzacja” przyjęć chorych na OAiIT. Procedura ta powszechnie funkcjonuje w uznanych za wzorcowe systemach opieki zdrowotnych.

W aktualnej sytuacji Polska dysponuje około 1,7–1,8% stanowiskami intensywnej terapii na OAiIT w stosunku do wszystkich łóżek szpitalnych. Oczywiście zmniejszanie liczby ogólnej łóżek szpitalnych może wpływać na pozorną poprawę tego wskaźnika. Warto zwrócić uwagę, że sam Minister Zdrowia w Rozporządzeniu z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii określił, że liczba łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii stanowi co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu. Zwracam zatem uwagę, że Minister Zdrowia dozwala na swobodne zwiększanie liczby łóżek na Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii przez organizatorów ochrony zdrowia, a jednak odsetek ten nie wzrasta, a nawet się zmniejsza. Dynamicznie zaś wzrasta liczba pracowni hemodynamicznych, w których udziela się świadczeń zdrowotnych z tytułu ostrego zespołu wieńcowego, krwawienia podpajęczynówkowego lub udaru niedokrwiennego. Duża grupa chorych leczonych w ten sposób, czyli techniką zabiegów wewnątrznaczyniowych, trafia na stanowiska intensywnej terapii lub – kiedy one są zajęte – jest transportowana do regionu, w którym aktualnie znajduje się pracownia hemodynamiki

i wolne stanowisko intensywnej terapii na OAiIT. Skąd ta dysproporcja? Wynika ona z właściwego oszacowania świadczenia udzielanego w pracowni hemodynamicznej przez płatnika i głębokiego, sięgającego 50% ponoszonych kosztów, niedoszacowania świadczeń udzielanych na stanowiskach intensywnej terapii na OAiIT. W roku 2012 jednoznacznie udowodniłem, że koszty poniesione przez OAiIT nie zostały opłacone przez NFZ w wartości przekraczającej ponad ćwierć miliona złotych. W oczywisty sposób świadczeniodawca zmuszony był udzielić świadczeń ratujących życie, bo przecież zgodnie z treścią Ustawy o Działalności Leczniczej, tak jak inne specjalności medyczne, anestezjologia i intensywna terapia nie zapisuje chorych wymagających ratowania życia do kolejki, wzorem oczekujących na endoprotezę.

Ten krótki wstęp służy próbie udzielenia odpowiedzi na „Apel do polskich lekarzy o sformułowanie rekomendacji na wypadek dramatycznego niedostatku zasobów na oddziałach intensywnej terapii”, w tym głównej intencji tego przesłania, jakim może być racjonowanie terapii oddechowej u chorych z ostrą niewydolnością oddechową.

1. Racjonowanie świadczeń zdrowotnych w czasie warunków niezakłócających życia społeczno-gospodarczego

Większość systemów ochrony zdrowia, bez względu na rodzaj finansowania, racjonuje świadczenia zdrowotne w zależności od specjalistycznych zasobów kadrowych, przestrzeni do udzielania tych świadczeń oraz pokrywania kosztu sprzętu medycznego niezbędnego do ich udzielania.

Zatem racje udzielanych świadczeń zdrowotnych w Polsce w różnych dyscyplinach medycyny są bardziej lub mniej restrykcyjne, jakkolwiek są nam powszechnie znane i nie budzą z etycznego punktu widzenia niepokoju, chociaż chorzy oczekujący w kolejce na udzielenie świadczenia specjalistycznego mogą umrzeć w kolejce (i umierają), ich stan zdrowia może ulec pogorszeniu w trakcie oczekiwania (i pogarsza się), a niektórzy z nich nie uzyskają świadczenia zdrowotnego z tytułu braku dla określonej jednostki chorobowej refundacji, również w przypadku możliwości udzielenia takiego świadczenia w innym kraju oczywiście odpłatnie. Nie dziwią nas zbiórki społeczne na zabiegi operacyjne ratujące dzieciom życie w USA, Kanadzie, Austrii. Wspomagamy tę aktywność. Urzędnik w imieniu RP wydał decyzję o niewydatkowaniu środków publicznych na ratowanie życia tej pojedynczej osoby. Urzędnik w imieniu RP, czyli „kogo”? Pojawiają się pytania: kim jest, czym jest i kto w imieniu RP za taką decyzję odpowiada? Czym w tym wypadku jest Instytucja Państwa? Mówimy w tej chwili nie o racjonowaniu, tylko o braku „racji”, tej przysłowiowo rozumianej jako żywnościowej. Brak przydzielenia racji żywnościowej musi skutkować śmiercią z głodu. Kto i na jakiej podstawie, zgodnie z jakimi wytycznymi i zaleceniami podjął tę – jak może się wydawać – na wskroś nieetyczną decyzję? Może ma ona jednak głębszy kontekst i odmówienie jednej racji pozwoli wyasygnować kilkaset innych racji dla osób również zagrożonych zgonem, np. z powodu tzw. chorób rzadkich.

Artykuł 68 Konstytucji RP powiada, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Zatem świadczenia medyczne mają charakter powszechny, a ich wymiar zapisano w ustawie, określając tzw. Koszyk Świadczeń Zdrowotnych, w którym to koszyku praktycznie znajdują się wszystkie świadczenia zdrowotne, poza wymienionymi powyżej. Podsumowując, obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, w pełni korzysta nieodpłatnie z koszyka świadczeń zdrowotnych, zatem dostęp do nich jest w jego rozumieniu powszechny. To w istocie prawda, przy czym

zwracam uwagę – z wyjątkami, które przedstawiłem powyżej – że powszechny nie oznacza natychmiastowy i na życzenie obywatela, w określonym przez niego terminie.

W początkowych słowach apelu stwierdzono słusznie, że: „Profesjoniści intensywnej terapii są przyzwyczajeni do sytuacji, w których zasobów ratujących życie jest mniej niż osób potrzebujących ratunku. Nawet w normalnych, nie kryzysowych czasach muszą więc oni nieraz decydować, komu dać jeszcze jakąś, choćby jedynie niewielką, nadzieję na podtrzymanie życia, skoro nie można jej darować wszystkim”.

W związku z tym w warunkach, które nie mają znamion kryzysowych, świadczenia w dziedzinie intensywnej terapii praktycznie jako jedyne nie tylko wypełniają kryterium bycia powszechnymi, ale także kryterium natychmiastowości.

Niedobór stanowisk intensywnej terapii w OAiIT powoduje konieczność podejmowania decyzji o przyjęciu na oddział tylko jednego z chorych, spełniającego kryteria przyjęć, o których wspominałem na wstępie. Owe kryteria są niczym innym jak priorytetyzacją przyjęć, zgodnie z zasadą o rokowaniu w stosunku do przeżycia oraz powrocie do społeczeństwa, a nierzadko do pracy. Niestety – jak się okazuje w przebiegu leczenia – nawet wykorzystanie priorytetyzacji nie dają tego typu gwarancji, a chorzy giną na intensywnej terapii lub ją opuszczają w celu dalszej opieki w zakładach opieki leczniczej bez uzyskania oczekiwanego sukcesu terapeutycznego. Niestety lekarze polskich OAiIT – odmiennie niż anestezjolodzy ze Skandynawii, Niemiec, Włoch, Francji, Belgii itd. – nierzadko z dwojga pacjentów aplikujących do jednego stanowiska intensywnej terapii w pierwszej kolejności przyjmują chorego w stanie cięższym i o gorszym rokowaniu co do przeżycia. Chory w stanie ogólnym lepszym, chociaż spełniający kryteria przyjęcia w priorytecie wyższym, oczekuje na zwolnienie miejsca w intensywnej terapii, przebywając na oddziale podstawowym. W tym czasie jego stan, przy braku świadczeń w zakresie intensywnej terapii, ulega gwałtownemu pogorszeniu i po kilku dobach zostaje przyjęty na stanowisko OAiIT ze złym rokowaniem, co do przeżycia, podobnie jak jego poprzednik. Nazwałbym to opacznie rozumianą priorytetyzacją przyjęć do OAiIT, u podstawy której leżą najczęściej względy pozamerytoryczne, wynikające z braku samodzielności oraz odpowiedzialności za podejmowane decyzje. Zarazem nie można pominąć wadliwie zorganizowanego systemu w zakresie leczenia szpitalnego, w którym wyróżnić możemy w Polsce dwa poziomy: oddział podstawowy bez odpowiedniego zaplecza wyposażeniowego i kadrowego oraz OAiIT, gdzie udziela się świadczeń zdrowotnych w oparciu o zwiększone zasoby kadrowe i możliwości terapeutyczne, które nie są dostępne w żadnym innym oddziale szpitala. Polska nie powołała – pomimo wielu wystąpień gremiów naukowych, PTAiT, Nadzoru Krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii – oddziałów pośrednich, różnie w różnych krajach nazywanych (*step-down, intermediate care, HDU* itp.), które stanowią doskonały bufor dla często zagrożonych brakiem miejsc oddziałów intensywnej terapii. Wymieniony przeze mnie bufor pełni rolę intensywnego nadzoru oraz intensywnej opieki, wraz z procedurą wentylacji mechanicznej, jednak z tytułu mniej wyęźzonego nakładu na nasycenie tego kompartmentu specjalistycznymi zasobami kadrowymi, zarówno pielęgniarskimi, jak i lekarskimi, może on z sukcesem być zapleczem dla intensywnej terapii i zwalnianych z niej chorych. Może być także strukturą, w której dzięki właściwemu monitorowaniu czynności życiowych, odpowiedniej fizjoterapii i opiece pielęgniarskiej oraz dzięki leczeniu wykorzystującym drogę dożylną, można doprowadzić stan chorego do optymalnego i nie spełniającego priorytetu przyjęcia na stanowisko intensywnej terapii.

2. Wewnętrzne problemy organizacyjne i etyczno-moralne zachodzące w polskich OAiT oraz ich wpływ na właściwy, czyli zgodny z priorytetem przyjęć proces leczniczy

Przyjęcie na stanowisko intensywnej terapii chorego o złym – wg skali prognostycznych – rokowaniu co do przeżycia i zaangażowanie środków technologicznych, które z natury rzeczy mogą pomimo swojej inwazyjności być skuteczne, dotyczy tylko takiego procesu chorobowego, który jest potencjalnie odwracalny. Należy jednak pamiętać o tym, że przyjęcie chorego na stanowisko intensywnej terapii w priorytecie najwyższym niestety również może zakończyć się niepowodzeniem terapeutycznym, pomimo zastosowania adekwatnych sił i środków. W konsekwencji stosowane środki i technologie medyczne stają się – wobec swojej nieskuteczności, wobec postępującego nieuchronnie procesu umierania – narzędziami przysparzającymi nierzadko dodatkowego cierpienia podczas umierania, a przecież proces ten powinien zostać otoczony szczególnym rodzajem upodmiotowienia godności osoby, która nie powróci do zdrowia i życia. Postępowanie takie nazwalibyśmy „terapią daremną”, a zalecenia dotyczące unikania tego nieetycznego postępowania zostały opublikowane przez grupę roboczą, a wcześniej konsultowane z wieloma środowiskami. Nieetyczność terapii daremnej nie dotyczy tylko podmiotu, wobec którego jest ona prowadzona, lecz również tych chorych, którzy nie będą mogli skorzystać we właściwym czasie z racjonowanej już w czasie „pokoju” intensywnej terapii. Chorzy, którzy spełniają kryteria terapii daremnej, nadal są otoczeni właściwą opieką, nie cierpią bólu, pragnienia, uczucia głodu, powinni być otoczeni członkami rodziny, co spełnia kanony wynikające z medycyny paliatywnej.

3. Racjonowanie intensywnej terapii na czas katastrofy, w tym katastrofy epidemiologicznej, i towarzyszących jej niedostatków zasobów intensywnej terapii

W treści apelu z pewnym uproszczeniem sprowadzono owo racjonowanie do niedostatku związanego z liczbą respiratorów. Domyślam się, że takie podejście wywodzi się nie tylko z medialnych, ale i bezpośrednich informacji o braku zabezpieczenia ogromnej liczby chorych z ostrą niewydolnością oddechową w przebiegu SARS-2 COVID-19 w urządzeniach rutynowo w takich sytuacjach stosowane, czyli respiratory. Wiązać się to musi ze stosowaniem logicznie zbudowanego triage'u na czas takiej ponadstandardowej sytuacji. Wydaje się, że w naturalny sposób triage, przedstawiony jako priorytety przyjęć, czyli leczenia w czasie pokoju, w czasie pandemii nie może odegrać swojej roli. Roli takiej niestety nie mogą odegrać także respiratory – mam świadomość, że jest to stwierdzenie rozczarowujące. Respiratory to aktualnie skomplikowane urządzenia, które bezpiecznie mogą zastosować profesjonaliści medyczni. Posiadają one nawet pewną wewnętrzną inteligencję, jednak nie są tak inteligentne, aby po podłączeniu ich przez osobę nieprzeszkoloną rozpoznały potrzeby wentylacyjne chorego i uruchomiły się w trybie dla niego bezpiecznym. Respiratory mogą ratować życie, ale w rękach nieprofesjonalistów mogą być przyczyną natychmiastowego zgonu.

Dopiero odpowiednia liczba profesjonalistów medycznych (lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarek w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki pielęgniarskiej), odpowiednia liczba stanowisk intensywnej terapii oraz odpowiednie zaplecze diagnostyczne mogą zmniejszyć tragiczny wymiar liczby zgonów związanych z przerostem liczby chorych wymagających intensywnej terapii w stosunku do jej

pojemności w przebiegu epidemii. Silne gospodarki, mimo wielokrotnie zwiększonej liczby zakażonych w stosunku do polskiej populacji, doskonale radzą sobie z pandemią i leczeniem tysięcy chorych na stanowiskach intensywnej terapii. To bardziej przesłanie dla polityków, że silna ochrona zdrowia daje szansę na brak recesji w przebiegu pandemii i tragicznych, także dla przeżycia obywateli, skutków tej głębokiej recesji. To dywagacja nie do końca odnosząca się do treści apelu, ale warta – w mojej opinii – podniesienia przez etyków.

Brak wskazania podstawowej grupy profesjonalistów medycznych, którzy mogą odegrać kluczową rolę w wojnie z epidemią wobec chorych dotkniętych ostrą niewydolnością oddechową, jest błędem. Jeśli są to anestezjolodzy, to ich mizerne zasoby kadrowe powinny być szczególnie chronione przed zakażeniem poprzez odpowiednie wyposażenie w środki ochrony osobistej. Inaczej całe zespoły ludzkie z OAiIT są kierowane na kwarantannę z powodu pojedynczego zakażenia. Można powiedzieć, że paradoksalnie wzrasta liczba respiratorów w stosunku do liczby potrafiących je obsłużyć. Na szczęście sytuacja w tym wymiarze zaczyna ulegać stopniowej poprawie.

Organizator ochrony zdrowia – oczywiście w znacznym przerysowaniu sytuacji – wypełnił największy samolot osobowy dziećmi, przy braku obecności dorosłych. Przypominając instrukcję zachowania się pasażerów podczas awarii samolotu, zwracam uwagę, że po wypadnięciu masek z tlenem w samolocie dorosły ma obowiązek założenia takiej maski najpierw sobie, a dopiero potem dziecku. To mądra i logiczna procedura. Ratuje życie i dziecku, i dorosłemu.

Doprowadzenie do poważnego spadku liczby profesjonalistów medycznych na OAiIT z powodu zakażenia może spowodować, że w przytoczonym „samolocie intensywnej terapii” będą lecieć tylko bezradne dzieci (bezzadni chorzy). Scenariusz, choć przerysowany, to jednak odzwierciedlający sytuację, która miała miejsce w Lombardii na początku pandemii. Niemożliwy do oszacowania i niekontrolowany napływ chorych do szpitali z potencjalnie śmiertelną i wyjątkowo zaraźliwą chorobą musi wywołać chaos we wszystkich obszarach organizacji ochrony zdrowia. Czy chaos ten można umniejszyć, zrationalizować, by zwiększyć szansę na przeżycie chorych, konstruując specjalny triage na okoliczność nieprzewidywalną? Zawsze należy podjąć próbę utworzenia zasad na okoliczności wymykające się z pod kontroli. Nawet triage opracowany na stan wojny obejmuje rodzaje tej wojny – konwencjonalną (przewidywane straty), atomową (nieprzewidywalne straty) – i zakłada we wniosku, aby zachować tych, których „uda się” zachować w takich warunkach, przy właściwym postępowaniu. Słowo „uda”, zapożyczone z wojskowości, jest tutaj kluczowe, gdyż apel i słusznie zakłada, że należy tak zorganizować system ratowania życia, aby móc określić, że w wybranej sytuacji epidemiologicznej straty będą w przybliżeniu znane, kontrolowane, i jedynie takie, których uniknąć w danych warunkach nie można było. Otrzymałem zatem pytanie dotyczące przygotowania triage’u, który nazwałbym na okoliczność tej odpowiedzi „idealnym”. Na czym więc polega triage „idealny”? Poniżej wymieniam ogólne zasady, w oparciu o które należy go zbudować:

- powinien być możliwy do zastosowania, zatem mieć znamiona realnego, a nie wirtualnego, utworzonego w celu zaspokojenia instytucji i grup zainteresowań samym faktem zaistnienia;
- powinien opierać się o pryncypia wynikające z etyki, czyli powinien wywodzić się z autonomii i mieć cechy dobroczynności, charakteryzować się brakiem złej woli, szacunkiem dla woli jednostki, sprawiedliwością;
- jeżeli zasoby są niewystarczające, aby umożliwić wszystkim pacjentom otrzymanie idealnie wymaganego leczenia, wówczas te podstawowe zasady należy stosować zgodnie z następującymi zasadami nadrzędności:

- sprawiedliwość: każdego leczymy z zasadą stosowania wszystkich terapii, które należy zastosować, a nie wszystkich terapii, które można zastosować,
- zachowanie przy życiu tak wielu chorych, jak to tylko w danych warunkach jest możliwe,
- zaangażowanie do maksimum ochrony profesjonalistów medycznych, bez obecności których zasady triage'u „idealnego” nie mogą zaistnieć.

W oparciu o takie wartości PTAiIT przygotowało zasady triage'u, które zostaną opublikowane w maju. Budowa zasad triage'u oparta jest o wiedzę profesjonalistów medycznych aktywnie uprawiających zawód i znających wszystkie realia jego wykonywania. Nie mogą wynikać z wiedzy przyswojonej z książek i w oparciu o ich treść, nie mogą zostać zbudowane z za biurka.

To prawda, że niektóre kraje – takie jak Włochy, Hiszpania, Szwajcaria, Niemcy i inne – już przygotowały takie zalecenia na okoliczność katastrofy epidemiologicznej. Jednak większość, krajów Europy, również tych rozwiniętych, nie uczyniła tego, gdyż – jak się okazuje – kryteria przyjęte w zaleceniach powstałych na okoliczność apelu zmieniają się dynamicznie, każdego dnia. Pandemia z punktu widzenia objawów klinicznych rozwija się w tempie, którego nie można objąć precyzyjnie słowem pisanim, a w tym wypadku zaleceniem lub wytyczną.

Powracając do koncepcji niedostatku zasobów, przede wszystkim respiratorów – którą właściwie uważam za dobry przyczynek do dyskusji, chociaż nie jest to sprawa pierwszorzędna ani drugorzędna w problematyce tej pandemii – zwróć uwagę na zagadnienie raczej mało złożone.

Terapia wentylacyjna jest prowadzona za pomocą skomplikowanego narzędzia i ma sens tylko wtedy, jeśli pozostałe elementy intensywnej terapii są realizowane. Terapia wentylacyjna wymaga także miareczkowania leku, jakim jest zwykle mieszanina tlenu z powietrzem, tak jak miareczkujemy katecholaminy, antybiotyki, terapie pozaustrojowe itp. Nie założyliśmy podczas tej pandemii, że w niektórych, nawet wysoko rozwiniętych krajach zabraknie respiratorów lub profesjonalistów medycznych – i nie zabrakło. Zabrakło leku, zabrakło tlenu, który miareczkowany jest z osławionych respiratorów. Napisanie zaleceń i wytycznych na czas nieprzewidywalny, na wypadek nie wiadomo jakiej wojny, z nieznanym przeciwnikiem, do tego na kolanie, niekoniecznie musi wesprzeć tych, którzy leczą na pierwszej linii frontu.

4. Koncepcja przygotowania zaleceń i wytycznych w sprawie terapii daremnej wynikała między innymi z plagi, która istniała w tym wymiarze w polskich OAiIT

Autorzy z samego założenia zmuszeni byli do wszechstronnego konsultowania tego zagadnienia z gremiami ekspertów spoza zawodów medycznych, gdyż obszar zainteresowania dotyczył etyki i moralności, prawa, prawa pacjenta i obywatela, prawa osób uprawnionych do decydowania o zdrowiu i życiu swojego bliskiego oraz wiedzy o autonomii człowieka i jej interpretowaniu. W większości publikacji dotyczących tego problemu używa się sformułowania „end of life issue”. Niestety w Polsce również. Właśnie dlatego próby unormowania zasad postępowania poprzez zalecenia i wytyczne, czyli „issue”, nie są skuteczne. Kraje o wysokiej kulturze rozumienia autonomii człowieka i jego podmiotowości nie opierają się na zasadach wynikających z „issue”, ale opierają się o demokratycznie zbudowane przepisy prawa, które nazywają się „end of life law”. Mam wrażenie, że w Polsce jeszcze przez wiele lat będę musiał czekać na takie prawo.

To była moja próba odpowiedzi na skierowany między innymi do mnie apel.

CZY TWORZYĆ WYTYCZNE POSTĘPOWANIA W KRYTYCZNEJ SYTUACJI ZDROWOTNEJ, DO KTÓREJ DOCHODZI W WYNIKU ZANIEDBAŃ?

W moim tekście wprowadzającym apelowałem do potencjalnych uczestników obecnej debaty, aby wypowiedzieli się w sprawie potrzeby sformułowania rekomendacji na wypadek dramatycznego niedostatku zasobów ratujących życie w polskich szpitalach, a szczególnie na oddziałach intensywnej terapii, w dalszym toku szerzącej się teraz (lub też niewykluczonej przyszłej) epidemii. Wypowiedzi, które do tej pory byli łaskawi nadesłać zaproszeni specjaliści, są bardzo rozbieżne. Oprócz głosów, które potwierdzają wskazaną w moim apelu potrzebę, są również takie, które ją negują, albo dlatego, że szczególne wskazania na wypadek szerokiego kryzysu epidemicznego są w ogóle zbędne, albo dlatego, że są one przynajmniej *implicite* zawarte w ogólniejszych regulacjach prawnych czy też rekomendacjach medycznych, które zostały już sformułowane.

O krok dalej w krytycznym stosunku do idei formułowania specjalnych wytycznych dotyczących racjonowania intensywnej terapii w warunkach szerokiej epidemii posuwa się dr hab. n. med. Mariusz Piechota (w dalszym ciągu odnosząc się do wypowiedzi uczestników obecnej debaty będę dla prostoty pomijał ich tytuły naukowe, prosząc ich o wyrozumiałość oraz o wzajemność). Zwraca on najpierw uwagę, że różnego typu niedobory w opiece zdrowotnej, a szczególnie w dziedzinie intensywnej terapii, „mogą wynikać ze skali ‘masowego zagrożenia zdrowia’, jak i z uprzednich różnego rodzaju zaniedbań, które miały, ale nie powinny – obiektywnie oceniając – mieć miejsca”. Następnie zaś pisze:

„Jeśli dramatyczny niedostatek zasobów wynika nie z olbrzymiej skali ‘masowego zagrożenia zdrowia’, a przede wszystkim z uprzednich rozmaitych zaniedbań systemowych, organizacyjnych, prawnych czy innego rodzaju, nie powinien być on w żaden sposób ‘legalizowany’, w tym poprzez ‘formułowanie rekomendacji na wypadek dramatycznego niedostatku zasobów ratujących życie w polskich szpitalach, a szczególnie oddziałach intensywnej terapii, w dalszym toku obecnej (lub też niewykluczonej przyszłej) epidemii’. Co więcej, gdyby do takiej legalizacji doszło, mogłoby to stanowić swego rodzaju zachętę dla instytucji i osób organizujących i finansujących opiekę zdrowotną, do likwidowania szpitali i oddziałów czy ograniczania nakładów w okresie ‘normalności’, bo przecież istnieje odpowiednia procedura ‘na wypadek niedostatku zasobów ratujących życie’”.

Tak więc zdaniem Mariusza Piechoty tworzenie wytycznych dotyczących postępowania w sytuacji, do której doszło wskutek różnego rodzaju zaniedbań – a przecież z taką właśnie sytuacją mamy obecnie niewątpliwie do czynienia w polskich szpitalach czy też ośrodkach opieki długoterminowej – byłoby nie tylko niepotrzebne, ale wręcz społecznie niewłaściwe. Czy jest to stanowisko słuszne?

Otóż trzeba najpierw przyznać, że jest ono emocjonalnie w pełni zrozumiałe. Nawet osobie spoza środowiska medycznego nietrudno wczuć się w głęboką etyczną irytację medyków, którzy często nie ponoszą osobistej, ani nawet zbiorowej odpowiedzialności za dramatyczną sytuację w ochronie zdrowia czy też w opiece nad osobami niesamodzielnymi, a teraz zaleca się im brać udział w tworzeniu rekomendacji, przynajmniej w jakimś stopniu moderujących

ten społeczny dramat! Obrazowo mówiąc, chociaż kto inny nabrudził, teraz to oni mieliby sprzątać i nieuchronnie brudzić sobie ręce!

Rozumiejąc motywy stanowiska, które tak trafnie i dobitnie wyraża Mariusz Piechota (a które przypuszczalnie podziela także wielu innych medycznych profesjonalistów), nie mogą jednak nie zwrócić uwagi na pewne jego słabości lub jednostroności.

Po pierwsze, nie jest chyba prawdą, że członkowie polskiego środowiska medycznego, a zwłaszcza jego zarządzających gremiów, nie ponoszą żadnej, ale to żadnej odpowiedzialności za stan polskiej ochrony zdrowia. Zgodnie z art. 71. Kodeksu etyki lekarskiej: „Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne”. Oczywiście większość lekarzy powie, że nie zaniedbywali tego obowiązku – że zwracali uwagę, i to wielokrotnie (na przykład na zdrowotne niebezpieczeństwa związane z paleniem węglem i zanieczyszczeniem powietrza), tyle że nikt ich nie słuchał. Myślę jednak, że niejeden z medycznych profesjonalistów – a zwłaszcza medycznych administratorów – powinien zastanowić się w swoim sumieniu, czy rzeczywiście to czynił, a jeżeli tak, to czy dostatecznie często, stanowczo i jednoznacznie.

Po drugie, zarysowana sytuacja nie jest na pewno jedyną, w której lekarz musi robić coś, czego wolałby nie robić, dlatego że kto inny zrobił coś, czego nie powinien. Lekarz, który amputuje pacjentowi nogę, zgangrenowaną w wyniku zaniedbanej postrzałowej rany, nie staje się przez to współnikiem bandyty, który zadał tę ranę, ani też kogoś, kto o nią w odpowiednim czasie nie zadbał.

Po trzecie wreszcie – i najważniejsze – wytyczne racjonowania intensywnej opieki w sytuacji dramatycznego niedoboru zasobów, przeznaczone dla lekarzy „z pierwszej linii frontu”, nie muszą wcale wyręczać innych podmiotów i zwalniać ich z obowiązku zadbania o dostateczną ilość tych zasobów. Jak podkreślają autorzy włoskich wytycznych, sformułowanych w związku z pandemią Covid-19: “The application of restrictive (rationing) policies is justifiable only if all the relevant stakeholders (“task forces,” hospitals, institutions) have already tried to increase the availability of resources and have already assessed the feasibility and safety to transfer patients to other hospitals”²².

²² Vergano, Bertolini, Giannini et al. (2020).

TERAPIA DAREMNA I RACJONOWANIE OPIEKI W DOBIE KRYZYSU. DLACZEGO NIEKTÓRYCH PACJENTÓW NALEŻY ODŁĄCZAĆ OD RESPIRATORA?

W tym krótkim tekście chciałbym skomentować pewien spór co do obowiązujących norm, który zarysował się pomiędzy uczestnikami debaty. Wygląda na to, że część z biorących w niej udział lekarzy intensywiści twierdzi, że w Polsce nigdy nie jest dopuszczalne odłączenie żywego pacjenta od respiratora, a część ma w tej sprawie przeciwną opinię. W pierwszej grupie jest bez wątpienia Anna Paprocka-Lipińska, która napisała w swoim głosie, że „nie są dopuszczone w Polsce żadne regulacje prawne i etyczne, na podstawie których można byłoby podjąć decyzję o odłączeniu respiratora, z wyjątkiem rozpoznania i potwierdzenia u pacjenta śmierci mózgowej”. W drugiej grupie jest natomiast, jak sądzę, m.in. Andrzej Kübler, jeden z autorów właśnie tego rodzaju regulacji, które są niedopuszczalne zdaniem Anny Paprockiej-Lipińskiej. Z wytycznych autorstwa Andrzeja Küblera możemy bowiem dowiedzieć się, że rezygnacja z terapii daremnej, w tym także terapii za pomocą respiratora, może mieć „(...) formę niepodjęcia (withholding), czyli niewdrażania nowej metody leczenia, lub niezwiększania intensywności metody leczenia już stosowanej, albo formę odstąpienia od stosowania określonej metody leczenia (withdrawing)”²³. Z innego tekstu Andrzeja Küblera i jego współpracowników dowiadujemy się, że we wrocławskim szpitalu poddano już jednego pacjenta procedurze odłączenia od respiratora²⁴.

W debacie bioetycznej raczej panuje konsensus co do tego, że pod względem moralnym zachodzi symetria pomiędzy niepodłączeniem do respiratora a odłączeniem od respiratora pacjenta, który został już do niego uprzednio podłączony²⁵. Jeśli leczenie jest daremne, jeśli nie przynosi korzyści i jest źródłem cierpienia, to w żadnym wypadku nie powinno mieć ono miejsca, a jeśli już trwa, to powinno być przerwane. Pogląd, którego wyrazicielką w tej debacie stała się Anna Paprocka-Lipińska, zakładający asymetrię moralną pomiędzy niepodłączeniem a odłączeniem, jest moim zdaniem niebezpieczny dla pacjentów. Jego konsekwencją jest strach lekarzy przed podłączaniem pacjentów do respiratora. Lekarze wierzący w moralną asymetrię wolą nie poddawać pacjenta sztucznej wentylacji z obawy przed mylnym oszacowaniem jego szansy na odniesienie korzyści z leczenia. Myślą bowiem, że gdy podłączą już pacjenta do sztucznej wentylacji, to moralnie niedopuszczalne będzie przerwanie leczenia. Wiara w tego rodzaju asymetrię powoduje, że ratowanych jest mniej pacjentów niż mogłoby być, zbiera więc śmiertelne żniwo, które może być szczególnie obfite w dobie pandemii COVID-19. W tym kontekście warto mieć na uwadze spostrzeżenie, które już dawno temu poczynili Joanne Lynn i James Childress, stwierdzając, że „[w]ypróbowałeś leczenie, łatwiej ocenić, czy będzie ono miało jakąkolwiek wartość dla pacjenta, a decyzja o jego zakończeniu może być oparta na bardziej rzetelnych podstawach”²⁶. Ta słuszna ze wszech miar opinia stosuje

²³ Kübler, Siewiera, Durek et al. (2014), s. 230, podkreślenie moje.

²⁴ Woźnica-Niesobka, Goździk, Śmiechowicz et al. (2020).

²⁵ Zob. Wilkinson, Butcherine, Savulescu (2019), wraz z komentarzami.

²⁶ Lynn, Childress (2009), s. 150.

się również do terapii za pomocą respiratora, a jej znaczenie może być szczególnie istotne, jeśli zapotrzebowanie na sztuczną wentylację przewyższy możliwości polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Warto zwrócić uwagę, że regulacyjnego wsparcia dla „symetrycznych” wytycznych Andrzeja Küblera można szukać w Kodeksie Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym „1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i *prowadzenia* reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. 2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych” (podkreślenie moje), a także w obwieszczeniu Ministra Zdrowia regulującym dość szczególnie przypadek terapii daremnej:

[w] przypadkach ciężkiego uszkodzenia mózgu, w których nie są spełnione wszystkie kryteria śmierci mózgu, a jednocześnie na podstawie aktualnego doświadczenia i wiedzy medycznej stwierdza się, że dalsze leczenie ma cechy terapii daremnej, należy rozważyć jego ograniczenie zgodnie z aktualnie obowiązującymi zasadami²⁷.

Niestety wytyczne Andrzeja Küblera nie rozwiązują w pełni problemów związanych z zagrożającym nam kryzysem. Dotyczą one bowiem wyłącznie pacjentów niekompetentnych. Ponadto są to wytyczne dotyczące terapii daremnej, a nie wytyczne w sprawie racjonowania dostępu do intensywnej terapii w warunkach epidemii. Wytyczne stanowią, że przerwanie terapii podtrzymującej życie nie może być uwarunkowane „aspektami organizacyjnymi (np. zwolnieniem stanowiska intensywnej terapii dla innego pacjenta)”²⁸. Tymczasem w dobie zapotrzebowania na sztuczną wentylację, które przewyższa możliwości organizacyjne systemu opieki zdrowotnej, należałoby oczekiwać właśnie takich wytycznych, które określają, kiedy należy przerwać terapię na OIT właśnie ze względów „organizacyjnych”, takich jak ustąpienie miejsca pacjentowi o lepszych rokowaniach. Osobiście uważam, że także w takim przypadku należy jasno podkreślać moralną symetrię pomiędzy niepodłączeniem a odłączeniem pacjenta od respiratora. Zdanie sobie sprawy z moralnej symetrii zachodzącej pomiędzy niepodłączeniem a odłączeniem pacjenta od respiratora zapewnia maksymalizację liczby uratowanych istnień ludzkich, w szczególności w czasie epidemii COVID-19.

²⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu.

²⁸ Kübler, Siewiera, Durek et al. (2014), s. 231.

GŁOS W SPRAWIE „ZASOBÓW RATUJĄCYCH ŻYCIE”

Jednym ze wskaźników różnicujących kraje rozwinięte i kraje trzeciego świata jest śmiertelność związana z chorobami zakaźnymi. W Polsce w roku 2017 choroby zakaźne spowodowały 0,5 z 104,8 zgonów na 10 tys. ludności, co kwalifikuje nas do krajów rozwiniętych²⁹. Wybuchające w kolejnych latach epidemie chorób zakaźnych, takich jak kolejne odmiany grypy, SARS czy Ebola, stawiały system ochrony zdrowia w gotowości i powodowały w nim różne zmiany. Pandemia świńskiej grypy AH1N1 w latach 2009–2010 zainicjowała rozwój programu dostępu do ECMO, sprecyzowanie protokołów kwalifikacji, określenie ścisłych wskazań i przeciwwskazań do tej procedury³⁰. Tworzono wówczas stanowiska do tej niezwykle inwazyjnej i zaawansowanej terapii. Epidemia Eboli w latach 2013–2016 poskutkowała utworzeniem licznych wytycznych postępowania w przypadku pojawienia się podejrzanego o zakażenie lub chorego, ale na szczęście w Polsce nie zostały one przetestowane.

Pandemia spowodowana wirusem SARS-CoV-2 nie minęła jednak Polski i obnażyła istniejące wcześniej problemy systemu ochrony zdrowia, szczególnie w zakresie szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR-ów) i oddziałów intensywnej terapii (OIT-ów). Problem dostępu do wysokospecjalistycznego leczenia – utożsamianego w tej sytuacji z liczbą stanowisk intensywnej terapii – istniał wcześniej. Jak ogromny był ten niedobór jeszcze przed epidemią, przekonał się niemal każdy praktykujący, a szczególnie dyżurujący lekarz – albo próbując przekazać chorego i zderzając się z brakiem miejsc, albo odmawiając w trakcie dyżuru na oddziale intensywnej terapii przyjęcia chorego, dla którego nie miał miejsca. Jednocześnie tajemnicą poliszynela pozostaje, że w niektórych szpitalach stał nieużywany (często z powodu braku pielęgniarek lub lekarzy) sprzęt, w tym respiratory.

Jak stwierdził profesor Kübler, „samochód, wbrew swej zwodniczej nazwie, sam się nie porusza, respirator również nie będzie wentylował pacjenta bez fachowej obsługi”. Obecnie w Polsce brakuje nie tyle respiratorów, ile fachowego personelu. Szacunki mówią, że wentylowanych chorych jest nawet 10 razy mniej niż wynosi liczba respiratorów w kraju (dane z dnia przygotowywania materiału). Jak wspomniano, sama liczba respiratorów nie określa jednak liczby stanowisk udzielania wysokospecjalistycznej pomocy. Ponadto, nawiązując do przytoczonych słów profesora Küblera, od poczciwych Fiatów 126p nie można oczekiwać i wymagać tego samego co od najnowszej klasy Mercedesów.

Można powiedzieć, że powszechne akcje „kupowania respiratorów” należałoby przynajmniej uzupełnić, jeśli nie zastąpić, akcjami „kupowania fachowego personelu”. Nie wiadomo tylko nic o możliwych rynkach zbytu tego ostatniego, deficytowego towaru. Zgodnie z niektórymi projektami prawodawców i głosami suwerena właściwym miejscem nabycia byłby targ niewolników, tyle tylko, że takie praktyki zostały zakazane wiele lat temu.

²⁹ GUS (2019).

³⁰ Lango, Szkulmowski, Maciejewski et al. (2009).

W swoim wprowadzeniu profesor Galewicz skupia się na założeniach wytycznych terapii daremnej i odstępowania od terapii³¹, wydaje się jednak, że warto w tej dyskusji zwrócić uwagę na wytyczne kwalifikacji chorych do zaawansowanych procedur³².

W medycynie każde działanie powinno być poprzedzone analizą potencjalnych korzyści i ryzyka. Działanie należy wdrożyć, jeżeli potencjalne korzyści dla chorego przekraczają przewidywane ryzyko. Im bardziej inwazyjna procedura, tym bardziej należy przestrzegać wskazań i przeciwwskazań. Warto też zwrócić uwagę, że procedury intensywnej terapii są najczęściej bardzo inwazyjne i przez to obciążone wysokim ryzykiem potencjalnych powikłań, w tym przysporzenia bólu i cierpienia. Eskalowanie działań daremnych, kiedy chory nie ma szans uzyskania korzyści, przeważa ten bilans na stronę ryzyka. Rezygnacja z eskalowania terapii i wdrażania inwazyjnych i przysparzających cierpienia procedur jest postępowaniem z gruntu humanitarnym i zgodnym z etyką zawodu.

W Polsce zakończenie wentylacji (powtarzane obecnie w mediach „odłączenie od respiratora”) jest możliwe w dwóch przypadkach: kiedy stwierdzono śmierć mózgu oraz kiedy chory nie wymaga dalszej wentylacji. Drugie kryterium może być oczywiście zwodnicze, bo zdarza się, że rzeczywistość w sekundach, minutach lub godzinach weryfikuje ocenę anesteziologa, ale jednak nierzadko zachodzi. Problem pojawia się, gdy chory nie wymaga już intensywnej terapii. W strukturach systemu ochrony zdrowia brakuje bowiem oddziałów pośrednich, do których można by go przekazać.

Jest też grupa chorych, którzy wymagają wprawdzie stałej wentylacji, ale mogą być przekazani do domu (i w czasach „przed pandemią” byli przekazywani do wentylacji domowej) lub do zakładu opiekuńczo-leczniczego, z respiratorami zdecydowanie prostszymi niż te dedykowane dla stanowisk intensywnej terapii. Paradoksalnie ta sama pandemia, która spowodowała, że stanowiska intensywnej terapii są tak bardzo potrzebne, znacząco ograniczyła możliwości przekazywania chorych z oddziałów intensywnej terapii. A przestój związany z brakiem możliwości przekazania chorych powoduje, że dla napływających może nie znaleźć się miejsce.

W tym miejscu warto zauważyć, że intensywna terapia nie sprowadza się jedynie do obsługi respiratorów, w jej skład wchodzi bowiem wiele zaawansowanych i inwazyjnych procedur. Sama wentylacja mechaniczna nie musi być przypisana bezwzględnie do oddziału intensywnej terapii, choć wymaga przynajmniej okresowego nadzoru specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii. Przykładem są stanowiska wentylacji na salach wzmożonego nadzoru na oddziałach pulmonologii, neurologii, neurochirurgii czy oddziały opiekuńczo-lecznicze z wentylacją lub wentylacją domowa. Oddziały takie mogą być miejscem wentylacji chorych, którzy nie wymagają innych procedur charakterystycznych dla intensywnej terapii. Z drugiej strony na oddziałach intensywnej terapii widuje się chorych, którzy pozostają bez wentylacji mechanicznej, jednak ze względu na stan kliniczny i wskazane procedury medyczne są jednoznacznie kwalifikowani do leczenia na OIT.

Bardziej konstruktywne od rozważania „niepodłączania” wydaje się więc zwrócenie uwagi na wskazania do przyjęcia chorego do OIT, w tym do rozpoczęcia wentylacji inwazyjnej, popularnie zwanej „respiratoroterapią”. Wbrew niektórym opiniom, decyzja o rozpoczęciu i prowadzeniu wentylacji mechanicznej nie jest prostym wynikiem równania składającego się z dwóch zmiennych: ciśnienia parcjalnego tlenu i dwutlenku węgla we krwi tętniczej.

³¹ Kübler, Siewiera, Durek et al. (2014).

³² Kusza, Kübler, Piechota et al. (2012).

Warto przypomnieć obowiązujące od roku 2012 wytyczne kwalifikowania chorych do OIT. Zagadnienie kwalifikowania chorych jest bowiem znacznie starsze niż aktualna pandemia. Wytyczne te wskazują na 4 priorytety przyjęć, a obecna sytuacja zaowocowała wydaniem 1 kwietnia 2020 r. zarządzenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii, by każdego chorego oceniać pisemnie wg określonych kryteriów.

Konsultant Krajowy wraz z Polskim Towarzystwem Anestezjologii i Intensywnej Terapii zaleca kierowanie się następującymi priorytetami przyjęć chorych:

Priorytet 1 – to chorzy w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, który wynika przede wszystkim z zaburzeń w układzie krążenia i/lub oddychania. Wymagają intensywnej terapii i monitorowania, które nie są dostępne na pozostałych oddziałach szpitalnych. Nie ma u nich wskazań do określenia limitu potencjalnie udzielanej terapii.

Priorytet 2 – to chorzy wymagający intensywnego monitorowania w systemie wzmożonego nadzoru, u których w każdej chwili może zaistnieć konieczność wdrożenia inwazyjnych technik leczenia zarezerwowanych wyłącznie dla intensywnej terapii. Podobnie jak wyżej, zwykle nie określa się limitu potencjalnie udzielanej terapii.

Priorytet 3 – to chorzy, których stan zdrowia, poprzedzający wystąpienie stanu zagrożenia życia, ogranicza w znacznym stopniu szanse na wyzdrowienie i tym samym osiągnięcie korzyści z przyjęcia na OIT. Pacjenci ci kwalifikują się jednak do tego, aby zapewnić im intensywne leczenie, które może przynieść im doraźną ulgę w cierpieniu podczas nieodwracalnie przebiegającego procesu chorobowego, ale zakres stosowanych środków i technik inwazyjnych może zostać ograniczony *a priori* (np. niepodejmowanie intubacji i resuscytacji krążeniowo-oddechowej).

Priorytet 4 – do tej grupy należą chorzy, których przyjęcie na oddziały anestezjologii i intensywnej terapii jest zasadniczo nieuzasadnione. Pacjentów tych można podzielić na 2 kategorie. Pierwsza to chorzy w stanie „zbyt dobrym”, by odnieść korzyść z hospitalizacji, ale przyjmowani, jeśli procedura medyczna, która wpłynie na dalszy proces leczniczy, może być wykonana tylko na OIT. Natomiast druga to chorzy z nieuleczalną chorobą w stadium terminalnym, którzy stoją w obliczu zagrażającej śmierci (tzn. „zbyt chorzy”, aby hospitalizacja na OIT mogła wpłynąć na zmianę niepomyślnego rokowania). Zalicza się tu chorych z ciężkim, nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu, nieodwracalną niewydolnością wielonarządową, przerzutami nowotworowymi niepoddającymi się chemio- i radioterapii, chorych z rozpoznaną śmiercią mózgu (poza potencjalnymi dawcami narządów), chorych w stanie wegetatywnym czy w nieodwracalnej śpiączce. Do grupy tej zalicza się również chorych, którzy są w stanie samodzielnie podejmować świadome decyzje dotyczące ich zdrowia i życia i w związku z tym dokonali wyboru polegającego na odmowie intensywnego leczenia.

Lekarz dyżurujący na OIT i odbierający telefony w sprawie przyjęcia niestety regularnie mierzy się z całkowitym brakiem akceptacji faktu, że istnieje priorytet czwarty, oznaczający brak wskazań do przyjęcia. Wydaje się, że na poziomie edukacji lekarzy brakuje przypomnienia bardzo podstawowego stwierdzenia, że ludzie są śmiertelni i żaden oddział, nawet najlepiej wyposażony i dysponujący najlepszym personelem, tego nie zmieni. Jest to potencjalne wyjaśnienie niezłomnego uporu w próbach przekazania niektórych chorych. Drugim jest niestety wyparcie medycyny opartej na dowodach przez medycynę opartą na strachu przed prokuratorem. Hospitalizacja na oddziale intensywnej terapii staje się alibi potwierdzającym, że chory nie miał szans na przeżycie. W dobie rozważań o dystrybucji ograniczonych zasobów takie postępowanie jest niezwykle szkodliwe zarówno systemowo, jak i dla pojedynczych chorych, którzy narażani są na cierpienia związane z przymusem uprocedurowienia umierania.

Sytuacja, kiedy podejmuje się resuscytację chorego w stanie terminalnym, uniemożliwiającym poprawę w zakresie, który doprowadził do zatrzymania krążenia, a następnie różnymi sposobami wymusza się przyjęcie chorego na stanowisko intensywnej terapii, niezależnie od założeń dystrybucji zasobów, powoduje zablokowanie stanowiska. Nie można na zajęte już miejsce przyjąć kolejnego chorego, a nawet gdyby dopuszczać, jak w niektórych krajach (do których Polska nie należy!), zakończenie terapii przez odłączenie od respiratora – wymagałoby to czasu.

Ustalanie wskazań do danego sposobu leczenia jest przypisane do każdej specjalizacji. Nie podlega wątpliwości konieczność kwalifikacji lub dyskwalifikacji do procedur onkologicznych (chemioterapia, radioterapia czy zabiegi chirurgiczne), przeszczepów narządowych czy wykonania przezskórnej plastyki naczyń wieńcowych. Onkolog, transplantolog, kardiolog ocenia wskazania, potencjalne korzyści i ryzyko indywidualnego chorego, biorąc pod uwagę całość stanu chorego, a nierzadko uwzględniając wiek biologiczny jako istotny czynnik. Ten sam proces powinien następować w kwalifikacji do każdego rodzaju leczenia i być tym ważniejszy, im bardziej jest ono inwazyjne, a dodatkowo ograniczone zasobami.

Przykładem inwazyjnego leczenia niewydolności narządowej jest wprowadzona w latach pięćdziesiątych XX w. dializoterapia. Początkowo dializy stosowano przez okres od kilku dni do kilku tygodni, a więc do wyleczenia ostrej niewydolności nerek lub zgonu chorego. Po kilku latach zaczęto je stosować w celu podtrzymania życia chorych na przewlekłą mocznicę. Ze względu na ograniczone zasoby w wielu krajach powstawały komisje kwalifikujące chorych do przewlekłej dializoterapii na podstawie różnych kryteriów. Po kilkudziesięciu latach ilość sprzętu jest co najmniej wystarczająca, choć czasem brakuje ludzi (lekarzy i pielęgniarek), a problemem stał się moment rozpoczynania przewlekłej dializoterapii. Zbyt wczesne rozpoczęcie przedłuża wprawdzie jej stosowanie, ale paradoksalnie – może skrócić życie. Co więcej, okazało się, że spora grupa chorych, u których można stwierdzić „formalne” wskazania do dializy, wcale nie odniesie korzyści z jej zastosowania³³. W przypadku ciężkich chorób współistniejących, które prowadzą do zgonu szybciej niż sama mocznica, dializa nie przedłuży życia, a na pewno pogorszy jego jakość. Jest wtedy postępowaniem daremnym, zwiększającym cierpienie chorego.

Podobnie należy zwrócić uwagę, że nawet prawidłowo prowadzona wentylacja inwazyjna, nie wspominając już o wentylacji niedostosowanej do konkretnego chorego, może być związana z powikłaniami opisywanymi jako VILI (Ventilator-Induced Lung Injury) i VALI (Ventilator-Associated Lung Injury), obejmującymi bakteryjne zapalenie płuc, odmę opłucnową, nasilanie zwłóknienia płuc, ryzyko zachłystowego zapalenia płuc, w dalszej perspektywie ryzyko malacji tchawicy³⁴. Wentylacja często jest postępowaniem chroniącym przed natychmiastową śmiercią spowodowaną niewydolnością oddechową, niemniej jednak respirator nie jest leczeniem choroby, a protezą na czas potrzebny do powrotu czynności płuc, która jednocześnie może ten organ dodatkowo uszkadzać. Tzw. protekcyjna wentylacja ma na celu ograniczenie uszkodzenia narządów, nie gwarantuje jednak uniknięcia działań niepożądanych. Mając na uwadze, że czas prowadzenia wentylacji mechanicznej jest czynnikiem ryzyka powikłań, warto starannie rozważyć moment jej rozpoczęcia u chorych obciążonych, szczególnie z przewlekłą niewydolnością oddechową.

W obecnej sytuacji organizacyjnej pojawia się jeszcze zjawisko nieujęte w żadnej statystyce i najprawdopodobniej niemożliwe do obiektywnego wyliczenia. Chorzy, którzy spełniają

³³ Rhee, Nguyen, Nyamathi et al. (2020).

³⁴ Cruz, Ball, Rocco et al. (2018).

kryteria priorytetu 1 i bez wątpliwości powinni być leczeni w OIT, ze względu na opóźnienia organizacyjne na ten oddział nie docierają. Na przykład chorzy w rozpoczynającym się wstrząsie septycznym wpadają w tryby triażu związanego z epidemią i nie otrzymują leczenia, które powinno być rozpoczęte jak najszybciej – wytyczne postępowania w sepsie precyzują optymalne wdrożenie procedur w czasie pierwszej godziny³⁵. Kiedy nadchodzi już szczęśliwie wynik badania RT-PCR w kierunku wirusa (niezależnie czy ujemny, czy dodatni) i wiadomo, do jakiego szpitala można przekazać chorych, bywa za późno. Najwięcej tracą na tym pacjenci z chorobami innymi niż COVID-19. O ile nie określono jeszcze sposobu/ sposobów skutecznego leczenia przyczynowego zakażenia wirusem SARS-Cov-2 i niemal wszystkie próby pozostają postępowaniem objawowym, a leczenie jest w fazie eksperymentu medycznego, to istnieje ogromna liczba chorób i stanów, dla których znane jest skuteczne leczenie, często obejmujące procedury OIT. Przynajmniej część tych chorych można uratować, jeśli leczenie rozpocznie się wystarczająco wcześnie. Oznacza to między innymi, że nie będą czekać kilka dni na wynik badania trwającego około 8 godzin oraz będą mogli być skutecznie leczeni, jeśli w czasie oczekiwania możliwe będzie zapewnienie im pomocy bez narażania personelu i pozostałych chorych. W przypadku COVID-19 mamy do czynienia z eksperymentami medycznymi i obserwowaniem lub wspomaganiem samozdrowienia tych, których nazywa się ozdowieńcami, a nie wyleczonymi. Znane i osiągalne leczenie pozostałych chorób przystopowało, bo w obliczu epidemii niektórym zdarza się zapominać, że ludzie wciąż chorują na wszystkie inne dotychczas znane choroby.

Teraz, kiedy w Polsce nie pojawił się jeszcze (i być może już się nie pojawi) dramat „braku dostatecznej liczby respiratorów i przymusu decydowania o tym, któremu z duszących się chorych dać jeszcze szansę na uratowanie”, wydaje się rozsądne i konstruktywne przekierowanie dyskusji na odpowiednie gospodarowanie zasobami oraz uniknięcie sytuacji, kiedy na przykład będzie wiele wolnych respiratorów, tylko zabraknie „kierowcy”. Jednocześnie warto zwrócić uwagę, że zastosowanie wentylacji mechanicznej często nie likwiduje poczucia duszności, a w niektórych przypadkach intubacja i niezsynchronizowana wentylacja nawet je nasilają. Leczenie duszności składa się z wielu elementów, w tym tlenoterapii, wentylacji, leków anksjolitycznych i opioidowych.

³⁵ <https://www.sccm.org/SurvivingSepsisCampaign/Home>

DRUGI GŁOS W DYSKUSJI

Po prześledzeniu wszystkich umieszczonych w debacie interesujących opinii nasunęły mi się pewne ogólne uwagi, którymi w skrócie chciałabym się podzielić z uczestnikami debaty.

Moja wstępna refleksja dotyczy polemiki pomiędzy głosem Piechoty a odpowiedzią Galewicza (korzystam z sugestii Galewicza, aby pomijać tytuły). Przypuszczam, że obawy Piechoty, iż legalizacja wytycznych racjonowania w obecnej pandemii grozić będzie ograniczeniem nakładów w normalnych warunkach, są wynikiem różnic w ocenie założeń tej debaty. Trudno się jednak z tymi obawami zgodzić, bowiem praktykuje się przecież na wypadek działań zbrojnych tworzenie zapasów, zarówno materiałowych, jak i ludzkich, co nie wpływa na ograniczanie ich w warunkach normalnych. Niezależnie od tej uwagi, powód debaty inspirowanej przez Galewicza odczytałam nieco inaczej. Widzę potrzebę dyskusji nad podstawowymi etycznymi przesłankami w postępowaniu lekarskim w sytuacji masowego zagrożenia życia i zdrowia społeczeństwa. Powinny nas więc zainteresować takie zagadnienia jak na przykład:

1. Czy dotychczasowe wytyczne dotyczące postępowania w sytuacji masowych zagrożeń wobec pojedynczego człowieka (życie każdego człowieka jest jednakowo ważne) mogą zostać rozszerzone na interes całego społeczeństwa?
2. Czy w kryteriach dostępu do procedur medycznych w nowej sytuacji mogą być dopuszczone kryteria egalitarne, a jeśli tak, to jakie?

Wracając do założeń debaty i oceny kryteriów, na podstawie których podejmowane są decyzje dostępności do procedur ratujących życie, należałoby odpowiedzieć może szerzej na pytanie o możliwość ich uzupełnienia. Nie myślę, aby zasadniczą kwestią tej debaty była ocena przygotowania ochrony zdrowia do potrzeb, jakie zaistniały, jak i odpowiedzialności za braki i zaniedbania systemowe, które się ujawniły, choć te kwestie przewiną się na pewno i w tej debacie. Dylemat dotyczący tego, kogo ma wybierać lekarz w sytuacji, gdy ma do dyspozycji jeden respirator i wielu potrzebujących, był jedynie przykładem trudnych decyzji, które mogłyby zaistnieć (mam nadzieję, że do tego nie dojdzie). Słusznie zresztą zauważyła Kusza, że mamy więcej respiratorów niż osób wyszkolonych w ich obsłudze. Braki kadrowe uważam za budzące największy niepokój. Dlatego też priorytetową sprawą jest maksymalna ochrona tej kadry, od której zależy zdrowie zakażonych.

Dobrze się stało, że w dotychczasowych wypowiedziach szczegółowo omówiono zasady i wytyczne postępowania w zakresie wskazań do hospitalizacji na Oddziałach Intensywnej Terapii, do stosowania specjalistycznych procedur czy zaniechania terapii daremnej. Na tej najważniejszej bazie, opartej na kryteriach medycznych, będzie można uściślać wytyczne w miarę poszerzania wiedzy i doświadczeń w zakresie tej epidemii (różnice sytuacyjne podkreśliłam w pierwszej swojej wypowiedzi). Nie przeszkadza to moim zdaniem, aby obecnie rozważać inne kryteria „pomocnicze”, które mogłyby mieć ewentualne zastosowanie w sytuacji masowego zagrożenia zdrowia i życia, jaką stworzył COVID-19. Myślę między innymi o kryteriach egalitarnych. Interesującą kwestią byłoby na przykład: **Czy w sytuacjach najbardziej dramatycznych obecnej pandemii, polegających na dysproporcji potrzeb w odniesieniu do możliwości ich realizowania, można w dokonywanej selekcji dopuścić element losowy?**

Większość znawców tych zagadnień opowiada się za brakiem optymalnego systemu wyboru w oparciu o zasadę sprawiedliwości. Niemniej jednak podnosi się, że system losowy najlepiej realizuje zasadę bezstronności, ogranicza koszty emocjonalne u osób podejmujących decyzje i jest powszechnie lepiej akceptowany. W mojej opinii należy rozważyć to kryterium jako możliwe do zastosowania, obok zasadniczych kryteriów biomedycznych, w sytuacjach wyjątkowych.

Do ważnych kwestii poruszanych w wypowiedziach uczestników dyskusji chciałabym dodać kolejny istotny element, jakim jest wola chorego, która powinna być naczelnym kryterium warunkującym zakres stosowanej terapii. Ten ważny element niebudzący już obecnie wątpliwości wymaga jednak uregulowań prawnych i powrotu do dyskusji o formie i sposobie przekazywania *a priori* świadomej woli. Może dobrym pomysłem byłby powrót do koncepcji ustanawiania pełnomocnika, co ma miejsce w aktach prawnych w wielu sytuacjach życiowych. Masowe zagrożenie zdrowia i życia społeczeństwa jest wystarczającym powodem, aby ustalenia prawne w tym zakresie zostały zrealizowane.

KILKA UWAG O TRIAŻU W STANIE EPIDEMII I O KONIECZNOŚCI PRZEFORMUŁOWANIA TRADYCYJNIE UJMOWANEJ UMOWY SPOŁECZNEJ

Mój głos w debacie na temat intensywnej terapii w warunkach kryzysu, prowadzonej pod auspicjami Interdyscyplinarnego Centrum Etyki Uniwersytetu Jagiellońskiego, przeznaczę na zasygnalizowanie dwóch tematów kluczowych dla medycyny katastrof, mianowicie etyki triażu i uzasadnienia szczególnej ochrony pracowników opieki zdrowotnej jako jednej z etycznych norm tej instytucji.

I. Triaż w sytuacji klęski naturalnej

Pandemie – w tym także obecna – są katastrofami naturalnymi, w których obowiązują specjalne pryncypia etyczne inne niż w normalnych warunkach. Wśród tych specjalnych zasad na pierwsze miejsce wysuwają się reguły triażu. Termin pochodzi z języka francuskiego, od słowa *trier*, i oznacza „sortować” dobra według ich jakości i ceny (pierwotnie, w XV wieku, ziarna kawy). Cena kojarzona była z szeregowaniem (priorytetyzowaniem) sortowanych towarów³⁶.

Do szeregowania i wyboru pacjentów zaczęto używać tej instytucji w czasie drugiej wojny światowej. W dostępie do bardzo wówczas skutecznej, jednakże deficytowej penicyliny pierwszeństwo mieli „ranni” w domu uciech, kosztem tych, którzy odnieśli obrażenia na polu bitwy. Żołnierze bowiem są (byli?) zawsze w czasach wojny zasobem deficytowym, a „rany” zadane w domu uciech łatwo się leczyły i chorzy szybciej od poszkodowanych w bitwie wracali do walki – szybciej uzyskiwali użyteczność w osiągnięciu wspólnego dobra (celu), jakim było wygranie wojny. Przykład ten pokazuje, że triaż w stanach katastrof jest także alokacją pacjentów (i innych deficytowych zasobów) podległą dobru wspólnemu rozumianemu utylitarystycznie, jako dążenie do największego dobra dla maksymalnej liczby osób. Innymi słowy, w czasach pandemii powinniśmy dążyć do maksymalizacji sumarycznie (agregacyjnie) rozumianego dobra wspólnego, nawet jeśli jest to postępowanie niesprawiedliwe, wymagające poświęcenia pacjentów mających większe potrzeby zdrowotne od chorych wybranych do leczenia.

Uwzględnianie w triażu dobra wspólnego pociąga za sobą radykalną zmianę etycznej perspektywy działań podejmowanych przez lekarzy (i szerzej – przez personel medyczny, a także organizatorów systemu opieki zdrowotnej i polityki zdrowotnej państwa). Jest nią przeniesienie centrum ich procesu decyzyjnego z szacowania skutków, jakie ów proces ma dla indywidualnych pacjentów, na poziom populacyjnych efektów zdrowotnych osiągniętych dzięki podjętym działaniom. Populacja staje się tu „pacjentem zbiorowym”. W obecnej pandemii, mającej – jak wskazuje jej nazwa – charakter globalny, staje się nim nawet całość populacji ludzkiej. Zasada sprawiedliwości ustępuje pierwszeństwa utylitarystycznej zasadzie użyteczności w powiększaniu dobra wspólnego. Tak radykalna zamiana perspektywy moralnej procesu decyzyjnego w pandemii jest trudna do zaakceptowania przez lekarzy, szczególnie

³⁶ Szerzej o pochodzeniu terminu „triage”: Nakao, Ukai, Kotani (2017).

intensywiści, pielęgniarki w izbach przyjęć i w OIT oraz ratowników medycznych. Dla uproszczenia dalsze rozważania ograniczę wyłącznie do lekarzy.

Zasadniczym powodem wspomnianej trudności jest ich przywiązanie do etyki hipokratejskiej nakazującej medykom dbać o dobrostan zdrowotny indywidualnych chorych i chronić ich przed szkodą. Tymczasem, jak zauważa Robert Veatch, tradycja hipokratesowa w warunkach pandemii (i katastrof naturalnych bądź wywołanych przez człowieka) jest „kompletnie bezużyteczna” (*utterly useless*)³⁷, a sam triaż epidemiczny stanowi wręcz naruszenie Przysięgi Hipokratesa³⁸. Kolejną przyczynę trudności wskazuje Michael Christian³⁹ w artykule omawiającym zasady triażu, do którego będę się jeszcze odwoływał. Jest nią zrozumiały skądinąd brak doświadczenia w przeprowadzaniu triażu w warunkach epidemii, połączony ze skłonnością do mylenia go z triażem rutynowo w normalnych warunkach stosowanym na SOR-ach oraz na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Podejrzewam, że taką właśnie pomyłkę popełnili w swoim tekście Anna Duława i Jan Duława.

Christian następująco pogrupował różne typy triażu⁴⁰:

1. Priorytetyzacja pacjentów prowadzona na SOR-ach, np. stosująca kolory dla rozróżnienia poszczególnych grup chorych. W tym typie doboru chorych pierwszeństwo ma zasada sprawiedliwości w ujęciu nakazującym troszczyć się o tych, którzy są w największej potrzebie. Christian ujmuje tu termin triaż w cudzysłów, twierdząc, że różni się on „znaczaco” (*distinctly*), od triażu prowadzonego w warunkach katastrofy⁴¹.
2. Tak zwany „triaz rutynowy”. W pewnym uproszczeniu, różni się on od triażu w warunkach katastrofy (epidemicznego) o wiele mniejszą skalą zapotrzebowania na świadczenia przy jednoczesnym ich deficycie⁴². W przypadku niewystarczających środków w OIT lekarze muszą ważyć korzyść, jaką może odnieść dany pacjent dzięki ich wykorzystaniu, a jaką jego „konkurent” do deficytowego zasobu. O tym właśnie racjonowaniu Włodzimierz Galewicz pisze jako o „zjawisku codziennym” w pracy OIT. W triażu rutynowym nie zachodzi konieczność uwzględniania dobra wspólnego na poziomie wyższym niż skala zasobów danego OIT. Natomiast podejmując triaż w warunkach katastrofy, przenosimy się na poziom skutków populacyjnych, na poziom wcześniej wspomnianego pacjenta zbiorowego ze wszystkimi omawianymi konsekwencjami tego przejścia.
3. Triaż w warunkach katastrofy (epidemiczny):
 - a. Dokonywany bezpośrednio na miejscu zdarzenia (*primary triage*) – przede wszystkim trzęsienia ziemi, powodzie, ataki bombowe; ze względu na niewielkie znaczenie tego typu dla obecnych rozważań, pominię jego omówienie.
 - b. Prowadzony na wejściu do SOR-ów i w ich obrębie (*secondary triage*); zasady priorytetyzacji także wewnątrz instytucji, reguły podejmowania resuscytacji, rekomendacje odsyłania do odpowiednich oddziałów szpitalnych.
 - c. Prowadzony na wyjściu z SOR-ów lub na wejściu do OIT i w jego obrębie (*tertiary triage*). Ten typ triażu budzi wiele kontrowersji, jest bardziej etycznie skomplikowany w porównaniu z poprzednimi. Być może jest to główny powód, dla którego większość regulacji i wytycznych dotyczy właśnie priorytetyzacji usytuowanej między SORem a OIT. Ja również ograniczę się do nich.

³⁷ Veatch (2005), s. 236.

³⁸ Ibidem: s. 237.

³⁹ Christian (2019), s. 575.

⁴⁰ Ibidem, s. 678-9.

⁴¹ Ibidem, s. 575.

⁴² Ibidem, s. 577.

Dla pełni obrazu dodam, że zarówno triaż rutynowy, jak i triaż w sytuacji epidemii, nie ma nic wspólnego z instytucją daremności medycznej. W pewnym uproszczeniu, daremność mieści się w tradycji hipokratesowej, streszczonej w porzekadle „po pierwsze nie szkodzić”. Rezygnuje się w tej instytucji z terapii, ważąc korzyści terapeutyczne, jakie może przynieść rozważana procedura podtrzymująca życie z ciężarami nakładanymi na tego konkretnego, indywidualnego pacjenta. Jak słusznie zauważa Galewicz daremność nie jest racjonowaniem, nie zestawia korzyści pacjentów konkurujących o deficytowy zasób, ani nie kieruje się w procesie decyzyjnym jakkolwiek definiowanym dobrem wspólnym. Na marginesie dodam, że krytycznie oceniany przez Piotra Nowaka pogląd o dopuszczalności odłączenia od respiratora wyłącznie ciał w śmierci mózgowej (bądź tych pacjentów, którzy nie potrzebują już wentylatora) unieważnia całą światową debatę o daremności.

Autorzy wytycznych triażu epidemicznego starają się uwzględnić w nich także zasady inne niż reguły utylitarne, przede wszystkim normę sprawiedliwości. Stąd też, stwierdza Veatch, triaż ten regulują dwa „podstawowe pryncypia” – zasada użyteczności i zasada sprawiedliwości⁴³. Kłopot w tym, że użyteczność i (szczególnie) sprawiedliwość można różnie definiować. Tę drugą można rozumieć między innymi jako równość (egalitaryzm, brak dyskryminacji wiekowej) w dostępie do świadczeń bądź jako wspomniane już pierwszeństwo w uzyskiwaniu tych świadczeń przez pacjentów o większych potrzebach zdrowotnych. Jednym z zabiegów osłabiających utylitaryzm jest system punktów stosowany przez niektóre kraje i stany w USA⁴⁴. Za udaną moim zdaniem próbę „zmiękczenia” utylitaryzmu wytycznych i zarazem przykład zastosowania różnych ujęć wspomnianych dwu zasad można uznać propozycję Ezekiela Emanuela i współpracowników⁴⁵.

Jej trzonem są cztery fundamentalne wartości czy też zasady etyczne: jedna utylitarne – maksymalizująca korzyści uzyskiwane z niewystarczających zasobów; dwie wywodzące się ze sprawiedliwości – egalitarny nakaz równego traktowania ludzi oraz pierwszeństwo grup w najgorszym położeniu; i zasada instrumentalna – uprzywilejowanie tych, którzy uczestniczą aktywnie w zwalczaniu pandemii. Autorzy sugerują, by wartości te rozumieć (operacjonalizować) następująco (podaję wybrane przykłady):

- a. maksymalizacja korzyści – uratowanie możliwie najwięcej pacjentów lub/i uzyskanie możliwie największej liczby prognozowanych lat życia,
- b. zasada równego traktowania – selekcja losowa między pacjentami o podobnym rokowaniu; nie rekomendują zasady „kto pierwszy ten lepszy” ze względu na niebezpieczeństwo gromadzenia się chorych przed szpitalami oraz ewentualnych rozruchów w kolejkach,
- c. pierwszeństwo grup w najgorszym położeniu – bardziej chorzy mają pierwszeństwo, jeśli wiąże się to z maksymalizacją korzyści; młodszy mają pierwszeństwo, jeśli wiąże się to z maksymalizacją korzyści takiej, jak zapobieganie rozprzestrzenianiu się wirusa; zasada sprawiedliwości jest tu jawnie podporządkowana normie utylitarnej,
- d. uprzywilejowanie wartości instrumentalnej – danie pierwszeństwa pracownikom systemu opieki zdrowotnej w dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Z operacjonalizacji tych wynika, że najważniejsza „w kontekście” pandemii jest maksymalizacja korzyści, choć nieco zmiękczona zasadą równości szans i sprawiedliwego oddania pierwszeństwa grupom pacjentów w najgorszym położeniu⁴⁶. Warto wspomnieć o jeszcze

⁴³ Veatch (2005), s. 238.

⁴⁴ Daugherty Biddison, Faden, Gwon et al. (2019).

⁴⁵ Emanuel, Persad, Upshur et al. (2020).

⁴⁶ Ibidem, s. 3.

jednym priorytecie wynikającym z egalitarnego rozumienia zasady sprawiedliwości. Jest nim rekomendacja zakazująca zróżnicowania alokacji zasobów między pacjentami z Covid-19 a cierpiącymi na inne schorzenia⁴⁷.

Na koniec tego punktu wspomnę o włoskich rekomendacjach etycznych, jako o przykładzie realnie wdrożonych w życie wytycznych *tertiary triage* w warunkach obecnej epidemii⁴⁸. Autorzy dokumentu zastrzegają jednoznacznie, że w ich scenariuszu może okazać się konieczne, aby kryteria przyjmowania do OIT i wypisywania z niego nie opierały się jedynie na zasadach zgodności z praktyką kliniczną i proporcjonalnością opieki zdrowotnej, lecz wynikały także z kryteriów sprawiedliwości dystrybucyjnej (rozdzielczej) i właściwej alokacji zasobów opieki zdrowotnej, które mogą być bardziej ograniczone niż zazwyczaj⁴⁹. Jest to ważne zastrzeżenie pokazujące niewystarczalność w decyzjach triażu epidemicznego kryteriów *sensu stricto* medycznych. Lekarz powinien liczyć się z tym faktem. Uwzględniając kryteria pozamedyczne, nie czyni on zatem niczego etycznie zdrożnego.

Naczelną zasadą epidemicznego triażu włoskiego jest utilitarne pryncypium maksymalizowania korzyści największej liczby ludzi. W jego świetle należy oceniać kliniczny przebieg choroby u starszych pacjentów z chorobami współtowarzyszącymi, bardziej konsumującymi skąpe zasoby w porównaniu z osobami młodymi o potencjalnie łagodniejszym przebiegu choroby i mającymi większe szanse na wyleczenie i długość życia. Wytyczne włoskie dopuszczają zatem racjonowanie wiekowe pacjentów.

Istotną rekomendacją jest wskazanie na bezwzględną konieczność właściwej opieki paliatywnej po wycofaniu lub niepodjęciu procedur podtrzymujących życie, a także wzmianka o wadze oświadczeń *pro futuro*. Podobnie jak w propozycji Emanuela i współpracowników, kryteria przyjęcia na OIT i jego opuszczenia powinny być jednakowe dla wszystkich chorých. Jak ważna jest to rekomendacja, pokazują dane z Polski (szczególnie rosnąca zwłoka w diagnozowaniu i leczeniu nowotworów). Natomiast włoski dokument nie wspomina o preferencjach dla pracowników opieki zdrowotnej. Sądzę, że jest to poważne niedopatrzenie. Jako wartość instrumentalna służą one także wartościom utilitarnym – więcej zdrowych i bardziej wypoczętych lekarzy, pielęgniarek i ratowników zwiększa sumaryczne szanse na przeżycie danej populacji chorych. Służą również sprawiedliwości – ułatwiają równy dostęp do limitowanej opieki i efektywność troski nad chorymi. Reasumując: w redakcji włoskiego dokumentu widać wyraźnie braki, wynikające zapewne ze zrozumiałego pośpiechu w jego opracowywaniu. Stąd postulat, aby takie wytyczne redagować z odpowiednim wyprzedzeniem, niejako w oczekiwaniu na pandemię.

II. Przeformułowanie klasycznej umowy społecznej jako kontraktu zawartego między lekarzem (całością profesji) a społeczeństwem (państwem)

Zasadność względnego uprzywilejowania lekarzy (i pozostałego personelu systemu opieki medycznej), usprawiedliwianego ich wartością instrumentalną, próbuję w tym punkcie wzmocnić argumentem, który nazwałem „racją z przeformułowanej umowy społecznej”. Konieczność zmiany dotychczasowej interpretacji takiej umowy zasygnalizowana jest w arty-

⁴⁷ Ibidem, s. 6.

⁴⁸ Vergano, Bertolini, Giannini et al. (2020).

⁴⁹ Ibidem, s. 1.

kule wstępnym do majowego numeru „Lancet” z 2020 roku⁵⁰. Stwierdza się w nim, że obecna relacja „daj-i-bierz” wiążąca jednostkę i państwo w sytuacji globalnego kryzysu zdrowotnego została „nadwyrężona”, a jej niedostatki wydobyte na jaw, co zmusza do jej przeformułowania. Na zasadzie wzajemności interpretowanej jako umowa społeczna opiera się tradycyjny profesjonalizm lekarski i związana z nim profesjonalna etyka lekarska. Pierwszy Kodeks etyki lekarskiej zredagowany przez Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie w 1847 roku stanowił etyczną umowę społeczną między lekarzami, pacjentami, profesją i społeczeństwem. Był to kontrakt jednostronnie podejmowany przez profesję i profesjonalistów. Zgodnie z zasadą wzajemności nakładał on obowiązki na lekarzy wobec pacjentów, jak i obarczał pacjentów zobowiązaniami wobec lekarzy. W Kodeksie spisane są także powinności profesji wobec społeczeństwa (*public*). Towarzyszą im obowiązki społeczeństwa wobec stanu lekarskiego. Autorytet profesjonalny medyków oparł się na autorytecie profesji, uprawniając ich jednocześnie do pomocy ze strony profesjonalnych organizacji, a także do żądania szacunku od społeczeństwa i do podporządkowania się profesjonalnym zaleceniom lekarzy⁵¹. W obiegowej interpretacji omawianego ujęcia zasady wzajemności pojawiają się takie jej uzasadnienia jak:

- Studia medyczne są bardzo drogie. Społeczeństwołożyło na wykształcenie lekarza, więc teraz ma prawo wymagać od niego w trudnym czasie epidemii większego poświęcenia niż od reszty członków społeczeństwa.
- Profesja medyka cieszy się dużym uznaniem społecznym. Sprawiedliwa dystrybucja uznania i prestiżu wymaga odwzajemnienia i większego zaangażowania lekarzy w walce z epidemią.

Są dwa zasadnicze powody zakwestionowania wagi tego ujęcia w uzasadnianiu zwiększonych obowiązków terapeutycznych w stanach epidemii, nawet łącznie z narażaniem własnego życia w czasie poważnych kryzysów. Pierwszy i mniej ważny – prestiż społeczny i gratyfikacje finansowe nie są równo rozdzielane między specjalizacje lekarskie; i drugi – o wiele ważniejszy – potoczne rozumienie umowy społecznej w dużej części zdejmuje ze społeczeństwa i państwa brzemień odpowiedzialności za zdrowie publiczne w czasach epidemii, przerzucając je na barki profesji medycznych, a przede wszystkim jej indywidualnych przedstawicieli. Tendencja obywateli do indywidualizacji „pandemicznej” odpowiedzialności medyków sprzyja moralnie ambiwalentnej postawie wobec nich, silnie widocznej w naszym kraju. Z jednej strony, jako profesjonalistom zaangażowanym w opiekę nad chorymi, bijemy im brawo, z drugiej – jako indywidualnym lekarzom, pielęgniarkom, ratownikom – przecinamy opony w samochodach bądź niewybrednie hejtujemy w internecie. Również wśród lekarzy taka jednostronna umowa apelująca do ich indywidualnej odpowiedzialności wydaje się daleko niewystarczająca. Świadczą o tym wpisy pod publikacją Tadeusza Zielonki zatytułowaną *Czy lekarz musi leczyć zakażonych?*⁵². Tak oto jednostronność kontraktu z czasów narodzin profesjonalizmu lekarskiego ujawniła swoje niedostatki w dobie pandemii.

Możliwe uzasadnienie przeformułowania tak pojmowanej jednostronnej umowy podają Sylwia Cruess i Richard Cruess⁵³. Ich argumentacje streścić można następująco: Rola uzdrowiciela istniała od zawsze. Jednakże po ukształtowaniu się profesjonalizmu lekarskiego społeczeństwo „wybrało” właśnie tę instancję jako sposób organizowania i świadczenia opieki zdrowotnej. Ten wybór zadecydował, że „profesjonalizm zaczął służyć jako podstawa społecz-

⁵⁰ Editorial (2020).

⁵¹ Zob. Szewczyk (2019), s. 39.

⁵² Zielonka (2020).

⁵³ Cruess, Cruess (2004).

nej umowy”⁵⁴. Podkreślę, że to społeczeństwo w tej interpretacji umowy jest stroną aktywnie wybierającą profesję – zawierającą z nią kontrakt. Wybór, a zatem i ciężar odpowiedzialności za tę decyzję i za zewnętrzne warunki uprawiania profesji, w dużej części przenoszony jest na społeczeństwo i państwo. Uciekając się do metafory przywołanej w dyskusji przez Andrzeja Küblera, można powiedzieć, że to na państwie i społeczeństwie, które wybrało profesję i zawiązało z nią umowę, spoczywa obowiązek zaopatrzenia systemu opieki zdrowotnej w odpowiednią do potrzeb liczbę samochodów, kształcenie odpowiedniej do zapotrzebowania liczby kierowców i personelu technicznej obsługi tych pojazdów, jak również powinność zapewnienia im odpowiedniej gratyfikacji finansowej i prestiżowej, a także właściwej ich ochrony, łącznie z omawianymi „epidemicznymi” preferencjami. Tak przeformułowana umowa nie jest kontraktem wyłącznie jednostronnym. Lekarz – stając się profesjonalistą, niejako wchodząc w profesjonalizm traktowany jako podstawa umowy społecznej – zawiązuje tym samym umowę ze społeczeństwem i państwem, przyjmując obowiązki związane ze społeczną rolą profesjonalisty. Jest to umowa milcząca (domniemana). Można przypuszczać, że odpowiednie warunki wypełniania roli profesjonalisty gwarantowane przez państwo skłoniłyby go do właściwszego (bardziej heroicznego?) wywiązywania się z profesjonalnych obowiązków w czasach pandemii. Niewykluczone, że pożądanym uzupełnieniem tak przeformułowanej umowy społecznej byłaby postulowana przez Heidi Malm i współpracowników instytucja zgody bezpośredniej na pracę w warunkach epidemii udzielanej przez profesjonalistów podczas sporządzania kontraktu o pracę⁵⁵.

⁵⁴ Ibidem, s. 164.

⁵⁵ Malm, May, Francis et al. (2008), s. 16.

Bibliografia

- Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) (2020), *Polskie zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne oraz organizacyjne w zakresie opieki nad osobami zakażonymi lub narażonymi na zakażenie SARS-CoV-2*;
<http://www.aotm.gov.pl/www/zalecenia-covid-19/> (dostęp 25.04.2020 r.).
- American Thoracic Society Statement (1997), *Fair Allocation of Intensive Care Unit Resources*, "American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine" 156(4), 1282-1301.
- Blanch L., Favez F. A., Pravin A. et al. (2016), *Triage Decisions for ICU Admission: Report From the Task Force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine*, "Journal of Critical Care" 36, 301-305.
- Breen D., Churches T., Hawker F. et al. (2002), *Acute Respiratory Failure Secondary to Chronic Obstructive Pulmonary Disease Treated in the Intensive Care Unit: A Long Term Follow up Study*, "Thorax" 57(1), 29-33.
- Christian M. D. (2019), *Triage*, "Critical Care Clinics" 35(4), 575-589.
- Christian M. D., Hawryluck L., Wax R. S. et al. (2006), *Development of a Triage Protocol for Critical Care During an Influenza Pandemic*, "Canadian Medical Association Journal" 175(11), 1377-1381.
- Christian M. D., Sprung Ch. L., King M. A. et al. (2014), *Triage: Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters: CHEST Consensus Statement*, "Chest" 146(4 Suppl), e61S-e74S.
- Cruess S. R., Cruess R. L. (2004), *Professionalism and Medicine's Social Contract with Society*, "Virtual Mentor" 6(4), 185-188.
- Cruz F. F., Ball L., Rocco P. R. M. et al. (2018), *Ventilator-Induced Lung Injury During Controlled Ventilation in Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome: Less is Probably Better*, "Expert Review of Respiratory Medicine" 12(5), 403-414.
- Daugherty Biddison E. L., Faden R., Gwon H. S. et al. (2019), *Too Many Patients... A Framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters*, "Chest" 155(4), 848-854.
- Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. Poz. 2218 w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.
- Editorial (2020), *COVID-19: Remaking the Social Contract*, "Lancet" 395(10234), 1401;
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930983-1> (dostęp 25.04.2020 r.).
- Emanuel E. J., Persad G., Upshur R. et al. (2020), *Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19*, "The New England Journal of Medicine" 382(21), 2049-2055; <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114> (dostęp 27.03.2020 r.).
- Galewicz W. (2018), *Dobro i sprawiedliwość w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo UJ, Kraków.
- Kodeks etyki lekarskiej, art. 4.
- Konferencja Episkopatu Polski (2018), *(Polski) Zespół Ekspertów KEP ds. Bioetycznych: zaprzestanie terapii daremnej nie może być utożsamiane z eutanazją*; <https://episkopat.pl/en/zespol-eksperto-w-kep-ds-bioetycznych-zaprzestanie-terapii-daremnej-nie-moze-byc-utozsamiane-z-eutanazja/> (dostęp 30.05.2020 r.).
- Kübler K., Siewiera J., Durek G. et al. (2014), *Guidelines Regarding the Ineffective Maintenance of Organ Functions (Futile Therapy) in ICU Patients Incapable of Giving Informed Statements of Will*, "Anaesthesiology Intensive Therapy" 46(4), 215-220; (polska wersja: "Anestezjologia Intensywna Terapia" 46(4), 229-234).

- Kusza K. (2012), *Contracting Medical Services of Intensive Therapy by NFZ in Poland, i.e. Life-Saving Services but Only Partially?*, "Anaesthesiology Intensive Therapy" 44(3), 134-138.
- Kusza K., Kübler A., Piechota M. et al. (2012), *Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii*, "Anestezjologia Intensywna Terapia" 44(4), 201-212.
- Lango R., Szkulmowski Z., Maciejewski D. et al. (2009), *Protokół zastosowania pozaustrojowej okygenacji krwi (ECMO) w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej*, "Anestezjologia Intensywna Terapia" 41(3), 253-258.
- Lynn J., Childress J. F. (2009), *Czy pacjenci zawsze powinni otrzymywać pożywienie i wodę* [w:] *Antologia bioetyki*, t. 1: *Wokół śmierci i umierania*, W. Galewicz (red.), Kraków: Universitas, 139-153.
- Malm H., May T., Francis L. P. et al. (2008), *Ethics, Pandemics and the Duty to Treat*, "The American Journal of Bioethics" 8(8), 4-19.
- Marczewski K. (2003), *Rozważania o etyce medycznej czasu wojen i katastrof* [w:] *Notatki do ćwiczeń z etyki medycznej, czyli jak i po co odróżniać eutyamię od eutanazji*, K. Marczewski (red.), Lublin: Akademia Medyczna w Lublinie, 305-310.
- Miller F. G. (2020), *Why I Support Age Related Rationing of Ventilators in Covid-19 Patients*; <https://www.thehastingscenter.org/why-i-support-age-related-rationing-of-ventilators-for-covid-19-patients> (dostęp 30.05.2020 r.).
- Nakao H., Ukai I., Kotani J. (2017), *A Review of the History of the Origin of Triage From a Disaster Medicine Perspective*, "Acute Medicine & Surgery" 4(4), 379-384.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu.
- Osterreichische Gesellschaft für Anaesthesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (OGARI) (2020), *Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen. Statement der Arbeitsgruppe Ethik der OGARI vom 17.03.2020*; www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf (dostęp 30.05.2020 r.).
- Pawlikowski J. (2020), *Etyczny wymiar decyzji priorytetyzacyjnych i alokacyjnych dotyczących stosowania zaawansowanych technologii medycznych w kontekście pandemii COVID-19*, "Medycyna Praktyczna" 4; https://www.mp.pl/etyka/terapia_chorob/231724,etyczny-wymiar-w-kontekście-pandemii-covid-19 (dostęp 25.04.2020 r.).
- Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii (2020), *Materiały Italian COVID-19 Working Group – do ewentualnego wykorzystania!*; <http://anestezjologia.org.pl/news,news,392.html> (dostęp 17.03.2020 r.).
- Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 22 lipca 2015 r., sygn. SK 20/14.
- Rhee C. M., Nguyen D. V., Nyamathi A. et al. (2020), *Conservative vs. Preservative Management of Chronic Kidney Disease: Similarities and Distinctions*, "Current Opinion in Nephrology and Hypertension" 29(1), 92-102.
- Rosenbaum L. (2020), *Facing Covid-19 in Italy – Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line*, "The New England Journal of Medicine" 382(20), 1873-1875.
- Seneff M. G., Wagner D. P., Wagner R. P. et al. (1995), *Hospital and 1-Year Survival of Patients Admitted to Intensive Care Units with Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, "JAMA" 274(23), 1852-1857.
- Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) (2020), *Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pan-*

- demia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos*; https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/Ética_SEMICYUC-COVID-19.pdf (dostęp 27.03.2020 r.).
- Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) (2020), *Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments, in Exceptional, Resource-Limited Circumstances*; <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf> (dostęp 16.03.2020 r.).
- Strauss M. J., LoGerfo J. P., Yeltatzie J. A. et al. (1986), *Rationing of Intensive Care Unit Services. An Everyday Occurrence*, "JAMA" 255(9), 1143-1146.
- Swiss Academy of Medical Sciences (2015), *Medical Ethical Guidelines: Intensive-Care Interventions*, "Swiss Medical Weekly" 145, w14109.
- Swiss Academy of Medical Sciences (2020), *COVID-19 Pandemic: Triage for Intensive-Care Treatment under Resource Scarcity. Guidance on the Application of Section 9.3 of the SAMS Guidelines "Intensive-Care Interventions" (2013)*, "Swiss Medical Weekly" 150, w20229.
- Szeroczyńska M. (2013), *Withdrawing and Withholding Futile Therapy – de lege lata and de lege ferenda*, "Palliative Medicine" 5(2), 31-40.
- Szewczyk K. (2019), *Formy profesjonalizmu lekarskiego i ich przydatność w edukacji moralnej studentów medycyny i młodych lekarzy*, "Diametros" 16(62), 33-64.
- Troug R. D., Mitchell Ch., Daley G. Q. (2020), *The Toughest Triage – Allocating Ventilators in the Pandemic*, "The New England Journal of Medicine" 382(21), 1973-1975.
- Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1127 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158).
- Veatch R. M. (2005), *Disaster Preparedness and Triage: Justice and the Common Good*, "Mount Sinai Journal of Medicine" 72(4), 237-241.
- Vergano M., Bertolini G., Giannini A. et al. (2020), *Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments in Exceptional, Resource-Limited Circumstances: The Italian Perspective During the COVID-19 Epidemic*, "Critical Care" 24; <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02891-w>.
- Wilkinson D., Butcherine E., Savulescu J. (2019), *Withdrawal Aversion and the Equivalence Test*, "American Journal of Bioethics" 19(3), 21-28.
- World Health Organization (WHO) (2016), *Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks*; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250580/9789241549837-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (dostęp 27.03.2020 r.).
- World Medical Association (WMA) (2018), *Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient*; <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/> (dostęp 27.03.2020 r.).
- Woźnica-Niesobka E., Goździk W., Śmiechowicz J. et al. (2020), *An Analysis of Management Protocols Regarding Ineffective Maintenance of Organ Function in Patients Treated at the Intensive Care Unit of the University Hospital in Wrocław*, "Anaesthesiology Intensive Therapy" 52(1), 3-9.
- Zielonka T. M. (2020), *Czy lekarz musi leczyć zakażonych?*, "Medycyna Praktyczna"; <https://www.mp.pl/covid19/etyka/233829,etyka-lekarska-w-czasach-zarazy-cz-4-czy-lekarz-musi-leczyc-zakazonych> (dostęp 25.04.2020 r.).