Manfred Spieker: Szanse przeżycia i ryzyko śmierci w pandemii koronawirusa. Bezdroża etyki triażu

Etyka triażu obejmuje zasady określania przez lekarza, który decyduje o przyjęciu pacjenta na oddział intensywnej terapii, szans przeżycia i ryzyka śmierci. Termin pochodzi z języka francuskiego – „triage" oznacza selekcję. Mechanizm ten stosuje się w sytuacji, gdy niemożliwe okazuje się udzielenie medycznie niezbędnej opieki wszystkim, którzy jej potrzebują – pisze Manfred Spieker w tekście poświęconym etyce triażu w obliczu pandemii.

W pierwszych tygodniach rozprzestrzeniania się pandemii koronawirusa w Niemczech, wiosną 2020 roku, pojawiły się duże obawy, że szpitalne oddziały intensywnej terapii nie będą w stanie poradzić sobie z napływem zakażonych pacjentów. Zdjęcia z Lombardii i Alzacji, Madrytu, a później z Nowego Jorku i Londynu ukazywały przeciążone szpitale, wyczerpanych lekarzy i pielęgniarki oraz przepełnione domy pogrzebowe. Pytanie o sposób podziału łóżek przeznaczonych do intensywnej terapii czy respiratorów, w przypadku braku wystarczającej ilości dla wszystkich potrzebujących zajmowało lekarzy, etyków medycznych i prawników (nie tylko karnistów). Ci ostatni skupili się głównie na rozwikłaniu kwestii, które decyzje o przydziale są legalne, a które karalne.

Aby odroczyć konieczność stawiania tego typu pytań, w Niemczech zwiększono liczbę respiratorów i łóżek intensywnej opieki medycznej. Ponadto utworzono prowizoryczne szpitale. Z 29,2 łóżkami intensywnej terapii na 100 000 mieszkańców, Niemcy były stosunkowo dobrze wyposażone. Włochy miały 12,5, Francja 11,6, a Hiszpania 9,7 łóżek intensywnej terapii na 100 000 mieszkańców. Kraje te zostały znacznie mocniej dotknięte pandemią. W Niemczech krzywa infekcji uległa spłaszczeniu dzięki ogólnej blokadzie biznesu i społeczeństwa, kościołów i kultury, zamknięciu szkół i przedszkoli oraz drakońskiemu narodowemu i międzynarodowemu zakazowi kontaktów i podróży.

System granic europejskich przewidziany w układzie z Schengen został błyskawicznie zawieszony. Odbyło się to bez debaty parlamentarnej. Polityka ta wydawała się być zgodna z anachroniczną pedagogiką, według której skuteczność środka wzrasta wraz z jego dotkliwością. Ludność zaakceptowała ograniczenia, o ile dawały one nadzieję na odzyskanie bezpieczeństwa utraconego w wyniku oddziaływania koronawirusa. Uniknięto przeciążenia systemu szpitalnego. Pytanie o cenę jaką będzie musiała za to zapłacić gospodarka i społeczeństwo, będzie jeszcze długo nurtować Niemcy. Cezura była i jest tu naprawdę poważna. Bezpieczeństwo utracone w wyniku pandemii Korony nie powróci – nawet jeśli nie dojdzie do „drugiej fali" pandemii, której się obawiano.

W medycynie ratunkowej, wojennej czy medycynie katastrof triaż to wstępna selekcja ofiar na miejscu wypadku lub na polu bitwy. Służyć ma ona podjęciu decyzji o tym, kto powinien być traktowany priorytetowo, a komu należy paliatywnie towarzyszyć w umieraniu

Chociaż niemieckim lekarzom oszczędzono sytuacji triażu, pytanie o to, jakimi kryteriami powinni kierować się w razie konieczności rozdzielenia łóżek do intensywnej terapii czy respiratorów w sytuacji przewyższania zasobów przez liczbę pacjentów, wymagało odpowiedzi. Niemiecka Rada Etyki, rozmaite towarzystwa i akademie medyczne, Konferencja Episkopatu Niemiec, Fundacja Konrada Adenauera, prawnicy, etycy medyczni i teologowie moralni szukali odpowiedzi i publikowali prace naświetlające drogi, ale także bezdroża etyki triażu.

Etyka triażu obejmuje zasady określania przez lekarza, który decyduje o przyjęciu pacjenta na oddział intensywnej terapii, szans na przeżycie i ryzyka śmierci. Termin ten pochodzi z języka francuskiego – *triage* oznacza selekcję. W medycynie ratunkowej, wojennej czy medycynie katastrof triaż to wstępna selekcja ofiar na miejscu wypadku lub na polu bitwy. Służyć ma ona podjęciu decyzji o tym, kto powinien być traktowany priorytetowo, a komu należy paliatywnie towarzyszyć w

umieraniu. Mechanizm ten stosuje się w sytuacji, gdy niemożliwe okazuje się udzielenie medycznie niezbędnej opieki wszystkim, którzy jej wymagają.

Panuje powszechna zgoda co do tego, że nadawanie priorytetów tylko w grupie chorych na Covid 19 jest „nieuzasadnione". Dlatego właśnie wszelkie decyzje o przydziale deficytowych łóżek do intensywnej terapii muszą uwzględniać także pacjentów z innymi schorzeniami.

Ważnym rozróżnieniem w debacie na temat etyki triażu w pandemii koronawirusa jest podział na triaż *ex ante* i *ex post*. Triaż *ex ante* polega na podejmowaniu decyzji, który z pacjentów przybywających na oddział ratunkowy w tym samym czasie powinien otrzymać łóżko na oddziale intensywnej terapii, gdy łóżek tych nie wystarcza dla wszystkich potrzebujących. Triaż *ex post* dotyczy sytuacji, w której rozważa się pozbawienie respiratora pacjenta uprzednio już do niego podłączonego na rzecz osoby nowo przyjętej. Triaż *ex post* stawia więc trudne pytania będące przedmiotem kontrowersji w toczącej się obecnie debacie.

I. Triaż *ex ante*

W przypadku traiżu *ex ante* odpowiedzi są łatwiejsze. Jeżeli lekarz ma do dyspozycji tylko jedno łóżko na dwóch pacjentów wymagających intensywnej terapii, zapyta najpierw, czy leczenie na oddziale intensywnej terapii jest wskazane i czy pacjent wyraża na nie zgodę, tzn. czy nie ma „odmiennej woli życiowej". Jeżeli pacjent wykluczył intensywne leczenie poprzez pisemne lub ustne oświadczenie woli, lekarz go nie rozpocznie. W przypadku braku takiego zalecenia lekarz podejmuje decyzję na podstawie kryteriów medycznych. Obejmują one kwestie pilności, proporcjonalności i szans powodzenia terapii. Uwzględniają również inne choroby – na wzór chirurgii transplantacyjnej, która stosuje te same kryteria podczas przydzielania deficytowych organów. W swoich wytycznych dotyczących triażu Szwajcarska Akademia Nauk Medycznych – podobnie jak niemieckie Interdyscyplinarne Stowarzyszenie Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej – daje pierwszeństwo pacjentom, „których rokowanie co do opuszczenia szpitala z intensywną terapią jest dobre, a bez niej niekorzystne." Pacjenci, którzy tracą na tych decyzjach i nie otrzymują

intensywnej opieki a w efekcie umierają, nie są zabijani przez zaniechanie. Nie można ich uratować z powodu braku środków. Dlatego lekarz nie zostaje obciążony winą.

W związku z szybkim rozprzestrzenianiem się pandemii nie jest jednak uzasadnione zatrzymywanie łóżek do intensywnej terapii dla potencjalnych pacjentów, którzy prawdopodobnie wkrótce się pojawią. Pomimo tego, że przewidujemy, iż ilość sprzętu okaże się niewystarczająca, wskazane jest udzielanie zalecanej pomocy pacjentom już przyjętym na oddział. „Zgodnie z zasadą triażu, przewidywani a aktualnie nieobecni pacjenci nie są brani pod uwagę przy podejmowaniu decyzji." Gdyby lekarz mimo to wziął ich je pod uwagę, należałoby mu, z punktu widzenia pozostawionych pacjentów i ich bliskich, postawić zarzut nieudzielenia pomocy.

Bezdroże pierwsze: dyskryminacja

Nawet jednak w ramach triażu *ex ante* pojawić się mogą kontrowersyjne pytania. Jeśli jeden pacjent jest stary lub nawet bardzo stary, a drugi młody; jeden jest lekarzem lub pielęgniarką, drugi robotnikiem lub sprzedawcą; jeden matką kilkorga małych dzieci, a drugi osobą samotną; jeden bogaty, a drugi biedny, wielu lekarzy i etyków skłaniać się będzie do określonych rozwiązań. Znajdą oni powody, by opowiadać się po stronie młodych i przeciwko starszym; za lekarzami czy pielęgniarkami a nie robotnikami i sprzedawcami; za matką małych dzieci a przeciwko osobie samotnej. Zastosowanie znajdzie tu zasada: „Ratuj najpierw tych, którzy ratują" lub „Ratuj najpierw tych, którzy ponoszą odpowiedzialność za innych".

> *Zakaz dyskryminacji jest jednym z aspektów konstytucyjnych ram podejmowania decyzji medycznych*

Osoba stojąca przed takim dylematem wzdrygnie się prawdopodobnie przed podjęciem decyzji na korzyść bogatego pacjenta a przeciwko biednemu. Naruszenie zakazu dyskryminacji jest tu aż nazbyt wyraźne. Zakaz

dyskryminacji obowiązuje jednak również w innych przypadkach i jest to tylko jeden z aspektów konstytucyjnych ram podejmowania decyzji medycznych. Pozostałe aspekty to nienaruszalna godność istoty ludzkiej oraz prawo do życia i integralności fizycznej, które każdemu są gwarantowane i do których każdy ma prawo. Nie zależy ono od przewidywanego czasu trwania lub jakości życia. Ustawa Zasadnicza wymienia te aspekty w art. 1, ust. 1, zd. 1: „Godność człowieka jest nienaruszalna" oraz w art. 2, ust. 2, zd. 1: „Każdy człowiek ma prawo do życia i nietykalności cielesnej". Stanowią one podstawę zakazu dyskryminacji w art. 3. Są to wiążące warunki ramowe nie tylko dla ustawodawcy, który może rozważyć ustawowe uregulowanie wymogów triażu, ale także dla lekarza.

Podejmując decyzję o podziale szans na przeżycie lub ryzyko śmierci, lekarz musi powstrzymać się od jakiejkolwiek oceny wartości lub czasu trwania życia swoich pacjentów. Konstytucyjne wymogi dotyczące działań medycznych w przypadku pandemii koronawirusa nie są zresztą osobliwością charakterystyczną dla Niemiec. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka ONZ z 1948 r. również opiera się w art. 1 na godności istoty ludzkiej, która leży u podstaw zakazu dyskryminacji (art. 2) oraz prawa do życia i wolności (art. 3). Konstytucja ma jednak swoje granice, o czym od czasu do czasu przypomina nam pandemia koronawirusa. Nie tyczy się to jednak obowiązków medycznych w zakresie triażu. Obejmuje raczej polityczne procesy decyzyjne w walce z pandemią.

Ograniczenie praw podstawowych, regulacje dotyczące zakazu kontaktów, zamknięcie granic państwowych, blokada gospodarki i systemu edukacji oraz niewyobrażalne wcześniej zadłużenie państwa w celu ratowania gospodarki - wszystko to w oczywisty sposób świadczy o dominacji władzy wykonawczej w rządzie federalnym i stanowym. Rodzi również pytania o rolę władzy ustawodawczej i sądowniczej oraz o równowagę w systemie podziału władzy. W Niemczech system federalny amortyzuje dominację rządu federalnego. Sądy sprawdzają, czy przy stosowaniu wszystkich rygorystycznych środków przestrzegana jest zasada proporcjonalności. Tak więc w pandemii koronawirusa konstytucja jest testowana, ale nie unieważniana. Tyczy się to również obowiązków zawodowych lekarzy, które w czasie pandemii podlegają testom, ale nie ulegają zawieszeniu.

> *Ograniczenie praw podstawowych, regulacje dotyczące zakazu kontaktów, zamknięcie granic państwowych, blokada gospodarki i systemu edukacji oraz niewyobrażalne wcześniej zadłużenie państwa w celu ratowania gospodarki - wszystko to w oczywisty sposób świadczy o dominacji władzy wykonawczej w rządzie federalnym i stanowym*

W swym zaleceniu pod tytułem Solidarność i odpowiedzialność w kryzysie koronawirusa wydanym ad hoc dnia 27 marca 2020 r. Niemiecka Rada Etyki podkreśliła wiążący charakter wymogów konstytucyjnych: „Wiążące ramy obejmujące również etykę lekarską stanowią podstawowe wymogi konstytucji: ochrona godności ludzkiej wymaga egalitarnej równości podstawowej i tym samym ustanawia odpowiednią podstawową ochronę przed dyskryminacją dla wszystkich. Państwo, jako bezpośredniego adresata praw podstawowych, obowiązuje również zasada neutralności w odniesieniu do wartości życia: nie wolno mu wartościować ani tym bardziej dewaluować życia ludzkiego. Niedopuszczalne jest jakiekolwiek bezpośrednie lub pośrednie rozróżnianie przez państwo wartości lub długości życia oraz związane z tym wymagania państwowe dotyczące nierównego podziału szans na przeżycie i ryzyka śmierci w sytuacjach ostrych kryzysów. Każde życie ludzkie cieszy się taką samą ochroną. Tym samym niedopuszczalne jest nie tylko różnicowania ze względu na płeć lub pochodzenie etniczne. Państwo ma również obowiązek powstrzymać się od klasyfikacji ze względu na wiek, rolę społeczną i zakładaną „godność” lub „przewidywaną długość życia”.

Pomimo istnienia postanowienia, według którego przewidywana długość życia nie może być kryterium podczas przydziału łóżka na intensywnej terapii jako wskazanie medyczne, istnieją propozycje, aby wykluczyć z przyjęcia na intensywną terapię pacjentów, którzy przekroczyli określony wiek lub rokują bardzo ograniczoną

przewidywaną długość życia. Wytyczne Szwajcarskiej Akademii Nauk Medycznych od początku pandemii wykluczają przyjmowanie pacjentów w wieku powyżej 85 lat. Oczekiwana długość życia krótsza niż dwanaście miesięcy jest kryterium wykluczającym dla Elisy Hoven. Sugeruje ona, że nikt nie będzie „poważnie twierdził", iż perspektywa kilku miesięcy życia jest „równoważna" z perspektywą wielu lat. Zdanie to jest w oczywisty sposób niekonstytucyjne.

> *Wytyczne Szwajcarskiej Akademii Nauk Medycznych od początku pandemii wykluczają przyjmowanie na oddziały intensywnej terapii pacjentów w wieku powyżej 85 lat*

W świetle pandemii koronawirusa podobnie problematyczne, zarówno z punktu widzenia prawa jak i etyki, jest zjawisko nakłaniania szczególnie podatnej na zakażenie grupy pensjonariuszy domów opieki do sporządzania testamentów życia. Bettina Schöne-Seifert i Hugo van Aken ze Szpitala Uniwersyteckiego w Münster twierdzą, że to „ostatni moment, w którym należy wyjaśnić jak największej liczbie mieszkańców domów opieki, że powinni podjąć decyzję, czy w hipotetycznej sytuacji ciężkiego przebiegu Covid-19 chcą być przeniesieni do szpitala i otrzymać intensywną opiekę medyczną." Hugo van Aken stwierdził również, że „nie należy dążyć do uniknięcia śmierci z powodu zapalenia płuc w zaawansowanym wieku w każdym pojedynczym przypadku."

Według Akena „złe i niesprawiedliwe byłoby ratowanie pacjentów, którzy chcą umrzeć, kosztem tych, którzy chcą żyć". Nacisk na sporządzanie testamentów pod presją ograniczonych zasobów nie uwzględnia faktu, iż pensjonariusze domów opieki, wśród których odsetek pacjentów z demencją jest szczególnie wysoki, często nie rozumieją, czym jest pandemia i dlaczego, w celu jej zwalczania, wprowadza się rygorystyczne zakazy kontaktu.

Presji na spisywanie takich deklaracji woli i ich okresową „reewaluację" nie czyni bardziej akceptowalną uzasadnienie chęcią uniknięcia „nadopiekuńczości i paternalizmu." Ponownie, za cel uznaje się tu

„utrzymanie zasobów dostępnych dla tych, którzy życzą sobie wskazanej intensywnej terapii.”

Każdy, kto nie wykluczył tej terapii na samym początku w testamencie, chce jej. Osoby, które są obecnie zachęcane do wydania opisanego wyżej rozporządzenia woli, nie mogą - jak pisze biskup Essen Franz-Josef Overbeck i inni autorzy – „ nie odnieść wrażenia, że pośrednio wzywa się je do *umierania w sposób społecznie akceptowalny*.” Schöne-Seifert i van Aken, zwolennicy przygotowywania owych testamentów, nie sprawiają wrażenia, jakoby było wielu chętnych do rezygnacji z intensywnej terapii w celu udrożnienia zbliżającego się „wąskiego gardła w zaopatrzeniu.”

Narodowa Służba Zdrowia, w liście z 27 marca 2020, wezwała starszych pacjentów z poważnymi chorobami towarzyszącymi do dodania sformułowania „nie reanimować” do testamentów

O tym, że obawy te nie są bezpodstawne, świadczy jednak spojrzenie na inicjatywy podejmowane przez państwowe i społeczne służby zdrowia w Anglii i USA. Angielska Narodowa Służba Zdrowia, w liście z 27 marca 2020, wezwała starszych pacjentów z poważnymi chorobami towarzyszącymi do dodania sformułowania „nie reanimować” do testamentów. Krewni mieli zostać poinformowani, aby nie wzywać karetki, jeśli ich stan zdrowia pogorszy się z powodu choroby Covid-19. Celem było zarezerwowanie zasobów dla młodszych i silniejszych pacjentów, którzy mają większe szanse na przeżycie infekcji. Promujące wspomagane samobójstwo amerykańskie stowarzyszenie „Compassion and Choices” wezwało swoich członków, by dodali do testamentów życia ustęp o zrzeczeniu się intensywnego leczenia w przypadku zakażenia Covid-19. Podobne propozycje poszerzenia testamentów zostały zaproponowane przez „Save Other Souls” i „National Hospice and Palliative Care Organization”. Nakłanianie osób starszych do sporządzania testamentów, ich ponownej oceny lub uzupełnienia w celu złagodzenia problemu ograniczonych zasobów, pozostaje aberracją na drodze do etycznego triażu.

II. Triaż *ex-post*

W ramach triażu *ex-post* propozycje uznania określonego wieku lub długości życia krótszej niż dwanaście miesięcy za kryterium niedopuszczenia do pomocy medycznej czy porównywanie długości życia wynoszącej kilka miesięcy z długością liczącą wiele lat, pojawiają się ponownie. W tym przypadku nie chodzi już o przyjęcie lub nieprzyjęcie na oddział intensywnej terapii. Rodzi się bowiem pytanie, czy można odłączyć od respiratora pacjenta o ograniczonej prognozowanej długości życia, aby przekazać go pacjentowi o prawdopodobnie dłuższej perspektywie. Wielu lekarzy, a także prawników i etyków medycznych odpowiada na to pytanie twierdząco, poszukując dla swojej decyzji dobrego uzasadnienia.

Drugie bezdroże: kwantyfikacja

Sama maksyma ratowania jak największej liczby istnień ludzkich nie jest wystarczającym uzasadnieniem dla odebrania respiratora pacjentowi już do niego podłączonemu na rzecz innego chorego. Zakładamy tu, że intensywna terapia jest konieczna dla obu - ten, który jej nie otrzyma – umrze Dlatego wytyczna ratowania jak największej liczby istnień ludzkich nierzadko uzupełniana jest wymogiem walki o jak największą liczbę lat życia. Trzech lekarzy zaangażowanych w tę sprawę stwierdziło w interpelacji w „Frankfurter Allgemeine Zeitung", że chcieli „ilościowo oszacować możliwe rezultaty decyzji triażowych."

Skonstruowali oni pojęcie anonimowego „kolektywu ogólnego", według którego można poświęcić pacjenta o złym rokowaniu, w sytuacji gdyby respirator, do którego został on podłączony, przydzielono pacjentowi o znacznie lepszym rokowaniu. Dlatego też wytyczne Szwajcarskiej Akademii Nauk Medycznych wykluczają nie tylko przyjmowanie pacjentów powyżej 85 roku życia, ale również tych, którzy ukończyli 75 lat, jeśli cierpią na wybrane choroby towarzyszące. Austriackie Towarzystwo Anestezjologii, Resuscytacji i Intensywnej Terapii uważa również, że „zakończenie intensywnej terapii u pacjenta z Covid-19 w kontekście ogólnej sytuacji opieki" jest możliwe, jeśli umożliwiłoby

> *Sama maksyma ratowania jak największej liczby istnień ludzkich nie jest wystarczającym uzasadnieniem dla odebrania respiratora pacjentowi już do niego podłączonemu na rzecz innego chorego*

leczenie innego pacjenta z prognozowanym, lepszym efektem."

Lekarze, którzy na łamach „Frankfurter Allgemeine Zeitung" domagają się ilościowego rozpatrywania decyzji dotyczących triażu, postulują nawet wywiedzenie z owych „liczbowych prawdopodobieństw" realnych „konsekwencji dla koncepcji etycznych." Byłaby to kapitulacja etyki wobec statystyki. Wspomniani lekarze oskarżyli również Niemiecką Radę Etyki o „lekceważące obchodzenie się ze statystykami." „Dla Rady Etyki liczy się tylko pojedynczy przypadek, o dużej liczbie nie warto wspominać. Jednak to tylko myślenie utylitarne ratuje nam skórę jako społeczeństwu i jako narodowi." – twierdzą.

Tendencji do myślenia utylitarnego w etyce triażu, szczególnie rozpowszechnionej wśród lekarzy, należy przeciwstawić stwierdzenie, że żyć istot ludzkich nie wolno ze sobą porównywać - ani z punktu widzenia maksymalizacji użyteczności społecznej, ani oczekiwanej długości życia. Każde jest równie cenne. Federalny Trybunał Konstytucyjny podkreślił to w swoim orzeczeniu dotyczącym ustawy o ochronie lotnictwa z dnia 15 lutego 2006 r. Jako niezgodne z konstytucją, odrzucił zezwolenie na zestrzelenie samolotu pasażerskiego porwanego przez terrorystów w celu ochrony ludzi na ziemi, przed celowo spowodowaną katastrofą. Tyczy się to nawet sytuacji, w której mielibyśmy do czynienia z wypełnionym po brzegi stadionem piłkarskim. Takie zestrzelenie nie byłoby zgodne z konstytucyjnym prawem do życia i gwarancją godności ludzkiej. Dotykałoby wszak osób znajdujących się na pokładzie samolotu, w żaden sposób nie zamieszanych w przestępstwo. Według konstytucji: „Życie i godność człowieka korzystają z równej ochrony konstytucyjnej bez względu na czas trwania fizycznej egzystencji jednostki."

Trzecie bezdroże: zniesienie podziału na traiż *ex ante* i *ex post*

Konsekwencją, jaką lekarze, karniści i etycy wywodzą z podejścia utylitarnego, jest zatarcie różnicy między triażem *ex ante* i *ex post*. Nie ma „kategorycznej różnicy między segregacją *ex-ante* i *ex-post*" – stwierdzili czterej karniści na łamach czasopisma „Medstra". Nie jest według nich „konstytucyjnie ani karnie uzasadnione zaniechanie weryfikacji, czy zasadna jest kontynuacja leczenia pacjenta mającego 20% prawdopodobieństwo przeżycia, który został przypadkowo podłączony do wolnego wcześniej respiratora, tylko dlatego, że odłączenie od urządzenia wydawałoby się czynnym działaniem, a więc zabójstwem, jeśli spowodowałoby to śmierć nowo przyjętego pacjenta, który również wymaga pilnego leczenia, a jego prawdopodobieństwo przeżycia wynosi 80%."

Należy przeciwstawić się twierdzeniu, jakoby pacjent z prawdopodobieństwem przeżycia 20% został podłączony do respiratora „przypadkowo" . Trzeba raczej stwierdzić, że stało się to w wyniku wskazań medycznych i ufać, że lekarze wezmą pod uwagę jego interes, przestrzegając klasycznej zasady działania medycznego nieszkodzenia pacjentowi. Odłączenie jednego pacjenta od respiratora na rzecz innego, z większym prawdopodobieństwem przeżycia, naruszałoby owo zaufanie. Byłoby nie tylko „pozornym", ale w istocie „czynnym działaniem, a więc zabijaniem."

> *Konsekwencją, jaką lekarze, karniści i etycy wywodzą z podejścia utylitarnego, jest zatarcie różnicy między triażem* ex ante *i* ex post

Z inną sytuacją mamy do czynienia, kiedy chory rzeczywiście umiera i dochodzi do zmiany celu terapii. W takim przypadku odłączenie respiratora i podjęcie kontynuacji leczenia o charakterze paliatywnym może być uzasadnione medycznie. Znalazłoby to również etyczne uzasadnienie po zaklasyfikowaniu jako „eutanazja bierna." Również jednak ten przypadek może okazać się problematyczny. Dzieje się tak, jeśli motywem wyłączenia nie jest wyraźny zamiar lekarza, aby nie

przeszkadzać dłużej umierającemu, ale aby leczyć oczekującego pacjenta z perspektywą dłuższego przeżycia. Kłopot może się również pojawić, kiedy motywujemy powtórną ocenę krytyczną celu terapii względami ograniczonych zasobów. To motywacja lekarza decyduje więc o tym, czy usunięcie respiratora jest zgodne z prawem, czy też nie. Konkurencyjne roszczenie drugiego pacjenta nie może odgrywać roli w decyzji o zakończeniu leczenia pacjenta w ramach intensywnej terapii.

Pacjent z mniejszym prawdopodobieństwem przeżycia nie jest zobowiązany do poświęcenia swojego życia dla pacjenta z prawdopodobieństwem większym. Reinhard Merkel stwierdził, że „ci, których nie można uratować, gdyż jedyny sposób na ich uratowanie nie jest zgodny z prawem, stają się ofiarami złego losu (…) ci, którzy zostali wybrani, aby umrzeć dla dobra innych stają się ofiarami zabójstwa. (…) Żaden system prawny nie może przyjąć tego jako obowiązującej normy. Ingerencja w podtrzymującą życie procedurę kliniczną ze skutkiem śmiertelnym, w celu ratowania życia innej osoby za pomocą uwalnianego w ten sposób urządzenia, jest podręcznikowym przypadkiem kryminalnym bezprawnego zabójstwa.”

To motywacja lekarza decyduje o tym, czy usunięcie respiratora jest zgodne z prawem, czy też nie. Konkurencyjne roszczenie drugiego pacjenta nie może odgrywać roli w decyzji o zakończeniu leczenia

Niemiecka Rada Etyki nie pozostawia również wątpliwości co do bezprawności triażu *ex post*, w ramach którego trwające i w dalszym ciągu wskazane leczenie jest aktywnie przerywane w celu umożliwienia sztucznego oddychania osobie trzeciej. Jednakże Rada Etyki - podobnie jak Reinhard Merkel jako współautor rekomendacji Rady Etyki – przyznają lekarzom w tego typu granicznych sytuacjach „usprawiedliwiającą wyrozumiałość systemu prawnego”. (…) Lekarze „mogą się mylić, ale nie są kryminalistami.” – skonkludował Merkel.

Rozróżnienie pomiędzy triażem *ex ante* i triażem *ex post* pozostaje zasadniczym elementem etyki triażu. Zasadę tę wyznaje nie tylko Niemiecka Rada Etyki i Konferencja Biskupów Niemieckich. Postulat ten zawarty został również w wielu dokumentach.

Bezdroże czwarte: zrównanie działania i zaniechania

Ci, którzy negują istnienie różnicy między triażem *ex ante* i triażem *ex post*, często próbują uzasadnić swoje stanowisko, zrównując działanie i zaniechanie. Czasami argumentują też za nieuchronnością winy. Synonimizacja działania i zaniechania lub „braku działania i zakończenia" zakłada, że aktywne przerwanie dostarczania tlenu nie różni się pod względem etycznym i prawnym od zaniechania jego rozpoczęcia. To, czy leczenie „nie zostało rozpoczęte czy przedwcześnie zakończone" nie ma w tej optyce znaczenia. Obie formy pozwolenia na śmierć byłyby z tego punktu widzenia „normatywnie równoważne." Lekarz miałby taki sam obowiązek wobec nowo przybyłego pacjenta, jak wobec pacjenta już przebywającego na oddziale intensywnej terapii. „Mając na względzie równą rangę danych interesów prawnych", z „perspektywy normatywnej" nie było „żadnego powodu, aby wymagać od sprawcy zachowania status quo - naruszającego interes prawny - i karać go w przypadku aktywnej interwencji."

> *Gdyby moralna jakość działań zależała wyłącznie „od ich przydatności jako środków do optymalizacji celu", nie istniałyby* eo ipso *działania niemoralne*

W pierwotnej wersji przytoczonego tekstu, znajdującej się w posiadaniu autora, Elisa Hoven twierdziła ponadto, że można mieć wątpliwości, czy zaniechanie w zestawieniu z działaniem aktywnym stanowi zawsze mniejsze zło. Wątpliwości tej musiałby przeciwstawić się fakt, że zaniechanie dotleniania w przypadku braku respiratora nie tylko nie stanowi mniejszego zła, ale w ogóle nim nie jest. Z drugiej strony, odłączenie respiratora mimo przewidywanej w konsekwencji śmierci nie jest

pozwoleniem na śmierć, lecz zabójstwem, a więc czynnością aktywną, przed którą należy się powstrzymać. Ów obowiązek powstrzymania się ma pierwszeństwo zawsze przed obowiązkiem udzielenia pomocy nowo przybyłemu pacjentowi. Jeżeli temu drugiemu można pomóc jedynie poprzez naruszenie prawa i zaufania w stosunku do pierwszego pacjenta, to pomocy tej należy zaniechać. Obowiązek powstrzymania się ma pierwszeństwo przed obowiązkiem działania. Jest to zgoła inna bezwarunkowość niż obowiązek pomocy. Rozróżnienie między działaniem a zaniechaniem nie straciło więc swojego normatywnego znaczenia w kontekście problemu triażu. Gdyby moralna jakość działań zależała wyłącznie „od ich przydatności jako środków do optymalizacji celu", nie istniałyby eo ipso działania niemoralne. Zdanie „Cel uświęca środki", które zawsze było uważane za wyraz nagannego przekonania, straciłoby swój negatywny wydźwięk.

Bezdroże piate: nieuchronność winy

Różnica pomiędzy triażem *ex ante* i *ex post* jest kwestionowana również przez biskupa Essen, Franza-Josefa Overbecka i współautorów wydanego przezeń oświadczenia na temat triażu. Chociaż przerwanie intensywnej terapii medycznej w sytuacji triażu jest „z chrześcijańskiego punktu widzenia raczej trudne do uzasadnienia", istnieją „dobre powody, aby nie czynić istotnej różnicy między triażem przyjęcia i triażem przerwania." Autorzy próbują rozwiązać tę sprzeczność za pomocą tezy o nieuchronności winy. Argumentują, że istnieją „tragiczne decyzje, które - mówiąc z perspektywy tradycji katolickiej - są obciążone winą", niezależnie od tego, „jaką decyzję podejmie się w danej sytuacji."

Na taki tok myślenia trzeba odpowiedzieć następująco: nie istnieje konieczność winy. Lekarz, który nie może pomóc pacjentowi, ponieważ nie posiada niezbędnych do tego środków lub mógł je zdobyć tylko z naruszeniem prawa i zaufania, nie ponosi winy, jeśli nie udziela pomocy. Niemożność zapobieżenia śmierci wszystkich pacjentów w sytuacji nagłej powoduje cierpienie, ale nie jest zawiniona, o ile nie doszło do zaniedbań w organizacji szpitala lub pogotowia ratunkowego. Wówczas jednak konsekwencje za nie poniósłby podmiot odpowiedzialny za zarządzanie szpitalem lub pogotowiem ratunkowym, a nie lekarz. Oczywiście, autorzy nie do końca zgadzają

się z tezą o nieuchronności winy. Twierdzą oni, że „natura takich sytuacji decyzyjnych” stoi w sprzeczności z „ludzkimi standardami moralnymi.” Wymaga ona „perspektywy transcendentnej.” Nie można zatem „sformułować tutaj rozstrzygającego sądu wartościującego.” Z pewnością zawsze zalecane jest „spojrzenie transcendentne.” Tutaj jednak odwołanie do perspektywy transcendentnej wydaje się być uchyleniem od wysiłku rozumu.

> *Niemożność zapobieżenia śmierci wszystkich pacjentów w sytuacji nagłej powoduje cierpienie, ale nie jest zawiniona, o ile nie doszło do zaniedbań w organizacji szpitala lub pogotowia ratunkowego*

Nie jest jasne, w jakim stopniu oświadczenie episkopatu odnosi się do „tradycji katolickiej”. Nie podano żadnych ku temu dowodów. Mówienie o nieuchronności winy w sytuacji takiego dylematu kojarzy się bardziej z teologią reformacyjną lub tradycją tragedii greckiej. Na gruncie kontrowersji wokół udziału chrześcijan w prawnym doradztwie dotyczącym sporów związanych z ciążą pod koniec 1999 r. Kościół katolicki był często wytykany palcami przez przedstawicieli EKD. Wskazywano na „sytuacje, w których nie można było uniknąć winy.” Należy do nich konflikt interesów podczas ciąży. Jeśli ktoś wystawia w ramach poradnictwa go dotyczącego zaświadczenie o poradnictwie, które w pierwszej kolejności umożliwia aborcję, staje się winny wobec zabitego dziecka. Jeśli się go nie wyda, staje się winnym wobec ciężarnej kobiety, która chce dokonać aborcji. Czegokolwiek byśmy nie postanowili, obarczenie winą jest nieuchronne. Należy się temu przeciwstawić: ten, kto chroni życie dziecka i w jego imię odsuwa na dalszy plan inne, mniej ważne wartości lub cele, nie staje się winnym.

Kościół katolicki nigdy nie podzielał tezy o nieuchronności winy. Odpowiedź na ten problem znajdujemy w Katechizmie: „Okoliczności, łącznie z konsekwencjami, są drugorzędnymi elementami czynu moralnego. Przyczyniają się one do zwiększenia lub zmniejszenia moralnego dobra lub zła ludzkich czynów. Mogą one również zmniejszyć lub zwiększyć odpowiedzialność podmiotu działającego.

Okoliczności same w sobie nie mogą zmienić moralnej natury samych czynów; nie mogą one uczynić z wewnętrznie złego działania czegoś dobrego i sprawiedliwego.” „Tradycja katolicka”, czyli nauczanie Kościoła katolickiego, nie pozostawia zatem wątpliwości, że odłączenie od respiratora pacjenta o krótszej oczekiwanej długości życia na rzecz innego, o prognozie dłuższej, byłoby czynnym zabójstwem, a zatem czynem niemoralnym.

Manfred Spieker

Autor jest niemieckim socjologiem i emerytowanym profesorem chrześcijańskiej nauki społecznej na Uniwersytecie w Osnabrück.

Tłumaczenie: Hanna Nowak

Foto: Youtube