

Stanowisko Zespołu Ekspertów
Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych
w kwestii dystrybucji środków ratunkowych w sytuacji pandemii
wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2

02.04.2020

1. Państwa demokratyczne troszczące się o dobro swoich obywateli zgodnie z zasadami sprawiedliwości starają się zabezpieczyć środki na ich opiekę zdrowotną proporcjonalnie do rozwoju medyczo-farmakologicznego oraz możliwości swojego budżetu. Zasady sprawiedliwości i równość co do godności osobowej wszystkich obywateli sugerują, że potrzeby te będą zagwarantowane w równym stopniu wszystkim pacjentom przynajmniej w podstawowym wymiarze. W miarę wzrostu gospodarczego zakres tej opieki w wymiarze jakościowym i ilościowym winien być coraz szerszy i stopniowo obejmować także najpoważniejsze wyzwania zdrowotne, zwłaszcza w tych przypadkach, gdy opieka ta może być w miarę skuteczna.

2. Zawsze aktualne pozostają zasady:

a. opieka zdrowotna ma na uwadze potrzeby całego społeczeństwa lub szerokich grup pacjentów. Gwarantowane na ten cel środki, jeżeli są one ograniczone i nie wystarcza ich na zaspokojenie potrzeb wszystkich, to nie powinny być one przesuwane na korzyść partykularnych, bardzo drogich terapii.

b. społeczna solidarność zobowiązuje obywateli, czy też szerokie grupy pacjentów, do rezygnacji ze środków służących wyłącznie polepszeniu jakości życia, na rzecz środków potrzebnych pacjentom, których życie jest zagrożone.

3. To ogólne stanowisko jest niewystarczające w nadzwyczajnych sytuacjach masowego wzrostu zagrożenia dla zdrowia i życia, gdy możliwości budżetu, personelu służby zdrowia, a także produkcja środków leczniczych i aparatury ratunkowej nie nadążają za gwałtownie rosnącym zapotrzebowaniem.

4. Z takimi wyzwaniami spotyka się ludzkość dzisiaj, w dobie wzrastającego zagrożenia pandemią wywołaną przez koronawirusa. Coraz głośniejsze są pytania natury etycznej, a mianowicie, jak należy postępować w takich sytuacjach. Z takimi

pytania zwrócono się też do Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych. Zespół ten stara się więc przyjść z pomocą osobom, które muszą podejmować trudne decyzje w materii dystrybucji środków ratujących życie, jeśli notuje się ich niedostatek. Dotyczy to zwłaszcza respiratorów, których produkcja jest możliwa w specjalistycznych firmach, przeważnie wymaga dużo czasu lub niemożliwe jest ich szybkie sprowadzenie w dostatecznej ilości.

5. Kierując się ogólnymi zasadami personalistycznej etyki medycznej, środki ratunkowe powinny być przydzielane chorym, dla których w ocenie pracowników służby zdrowia, są one naprawdę konieczne dla ratowania ich życia i stosowane według kolejności, w jakiej ci pacjenci zostaną przyjęci w szpitalu.

Próby kwalifikowania pacjentów do korzystania ze środków ratunkowych wyłącznie według samych kryteriów klinicznych (medycznych) rodzą poważne zastrzeżenia etyczne, gdyż nie spełniają one podstawowych kryteriów personalistycznego traktowania pacjentów. Przede wszystkim nie można odmówić środków ratunkowych pacjentowi będącemu w stanie klinicznej konieczności, czekając na pacjenta w cięższym stanie. Ponadto nie można z moralną pewnością porównywać stopnia zagrożenia pacjentów będących w poważnym stanie klinicznym i wyrokować dalszego przebiegu ich choroby. Nie można też akceptować jakiegokolwiek zwłoki w przydzieleniu tych środków w takich sytuacjach i w stanach pacjentów.

6. Dotyczy to także sytuacji, gdy do danego ośrodka z pacjentami będącymi w prawdziwej potrzebie klinicznej zostanie w pewnym momencie dostarczony transport takich środków w niewystarczającej ilości. O tym, którym pacjentom zostaną one przydzielone, winna decydować kolejność ich przyjęcia do tego ośrodka, chyba że różnica w ich stanach ocenianych według kryteriów klinicznych jest ewidentna.

7. Nieetyczne jest gromadzenie środków ratunkowych w jednym ośrodku w przekonaniu, że prawdopodobnie pojawią się tam pacjenci ich potrzebujący, kiedy w innym, nieodległym ośrodku pacjenci będący w prawdziwej, klinicznej potrzebie zostają ich pozbawieni.

8. Zgodnie z wcześniejszym stanowiskiem Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych na temat terapii daremnej („O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii”; Warszawa 27.06.2018) środki ratunkowe nie muszą być przydzielane osobom, które według obiektywnej oceny kompetentnych lekarzy są w stanie kończącego się życia i nie można ich już

uratować. Wszelkie postępowanie, w tym stosowanie środków ratunkowych, byłoby wówczas działaniem daremnym (uporczywym), a więc jedynie przedłużałoby proces umierania, a z drugiej strony pozbawiałoby innych pacjentów dostępu do tych środków. W przypadku zakwalifikowanych pacjentów, którzy znajdują się w ostrej niewydolności oddechowej, właściwym jest podanie im odpowiednich środków analgetycznych, uspokajających czy też wprowadzenie ich w stan śpiączki farmakologicznej. W powyższych sytuacjach powinno się także uwzględnić autonomię pacjenta oraz brak jego akceptacji dla intubowania. Pacjentom umierającym powinno się ponadto zapewnić humanitarną opiekę terminalną, godne warunki śmierci, wsparcie psychologiczne i duchowe.

9. W sytuacji skrajnej, gdy brakuje sprzętu ratującego życie dla wszystkich, pacjent świadomy swej dramatycznej sytuacji może odstąpić go drugiej osobie. Decyzja ta winna być jednak podjęta przez osobę pełnoletnią, w sposób wolny, bez jakiegokolwiek przymusu i uszanowana przez pracowników służby zdrowia po uprzednim poinformowaniu pacjenta, że rezygnacja ze sprzętu prawdopodobnie spowoduje jego śmierć. Osoba, która poświęciła swoje życie dla ratowania drugiego człowieka, zasługuje na największy szacunek. Do niej odnoszą się słowa Pana Jezusa: „Nikt nie ma większej miłości od tej, gdy ktoś życie swoje oddaje za przyjaciół swoich” (J 15,13).

10. Zasadniczo - poza prawdziwymi wyjątkami - nie może być usprawiedliwiony przydział takich środków pacjentom kwalifikowanym według innych kryteriów niż wyżej przedstawione, jak np. pozycja społeczna, zamożność, wiek, wykształcenie, wysokość składki ubezpieczeniowej.

11. Do takich prawdziwych wyjątków można zaliczyć dostęp do środków profilaktycznych lekarzy i pielęgniarek, gdyż z racji wykonywanej posługi wobec osób chorych znajdują się oni w ciągłym niebezpieczeństwie zakażenia.

12. Możliwa jest także priorytetowa opieka nad rodzicem (także rodzicami) posiadającym liczne, małoletnie potomstwo.

13. W trudnej sytuacji lekarz prowadzący powinien mieć możliwość skonsultowania się ze „szpitalną komisją etyczną” co do zasad postępowania w danym przypadku.

14. Zespół pragnie w końcu podkreślić, że przestrzeganie zasad służących ochronie przed zakażeniami lub ograniczeniu tych zakażeń, nie jest tylko kwestią uległości wobec kompetencji i autorytetu osób troszczących się o zdrowie całego społeczeństwa, ale jest wyrazem społecznej dojrzałości i ma także charakter wybitnie moralny, gdyż jest partykularnym wyrazem przestrzegania przykazania miłości bliźniego oraz zasad sprawiedliwości społecznej – obowiązku troski o dobro wspólne urzeczywistniane przez poszczególnych obywateli.

W imieniu Zespołu Ekspertów KEP ds. Bioetycznych

+Bp Józef Wróbel SCJ

Przewodniczący Zespołu