



# Triaža med enakostjo in pravičnostjo

Dr. Renata Salecl

Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani

# Triaža med enakostjo in pravičnostjo



- Teorije, ki poudarjajo enakost
  - “Prvi pride, prvi melje”
  - Loterija
- Utilitarizem
  - Reševanje čim večjega števila ljudi
  - Je reševanje dveh življenj pomembneje od reševanja enega?
  - Teorije, ki presojuje pričakovano življenjsko dobo
  - Teorije, ki presojuje pričakovano kvaliteto življenja
  - Naj ima vsak možnost 4 sezon življenja?
  - Vprašanja, vezana na nujnost reševanja ljudi določenih poklicev (npr. zdravstveni delavci)

# Kdo odloča?



- Odloča naj **skupina** in ne posameznik
- Vprašanje **sestave** triažnih skupin
- Nemci: 6 oči (en predstavnik, ki po možnosti ni zdravnik – morda medicinski tehnik ali predstavnik etične komisije)
- Francozi: lokalne etične komisije, ki naj bodo v pomoč pri triažnih odločitvah (24 ur telefon na voljo)
- Američani: vključiti psihologe, duhovnike in druge kadre

# Transparentnost triaže

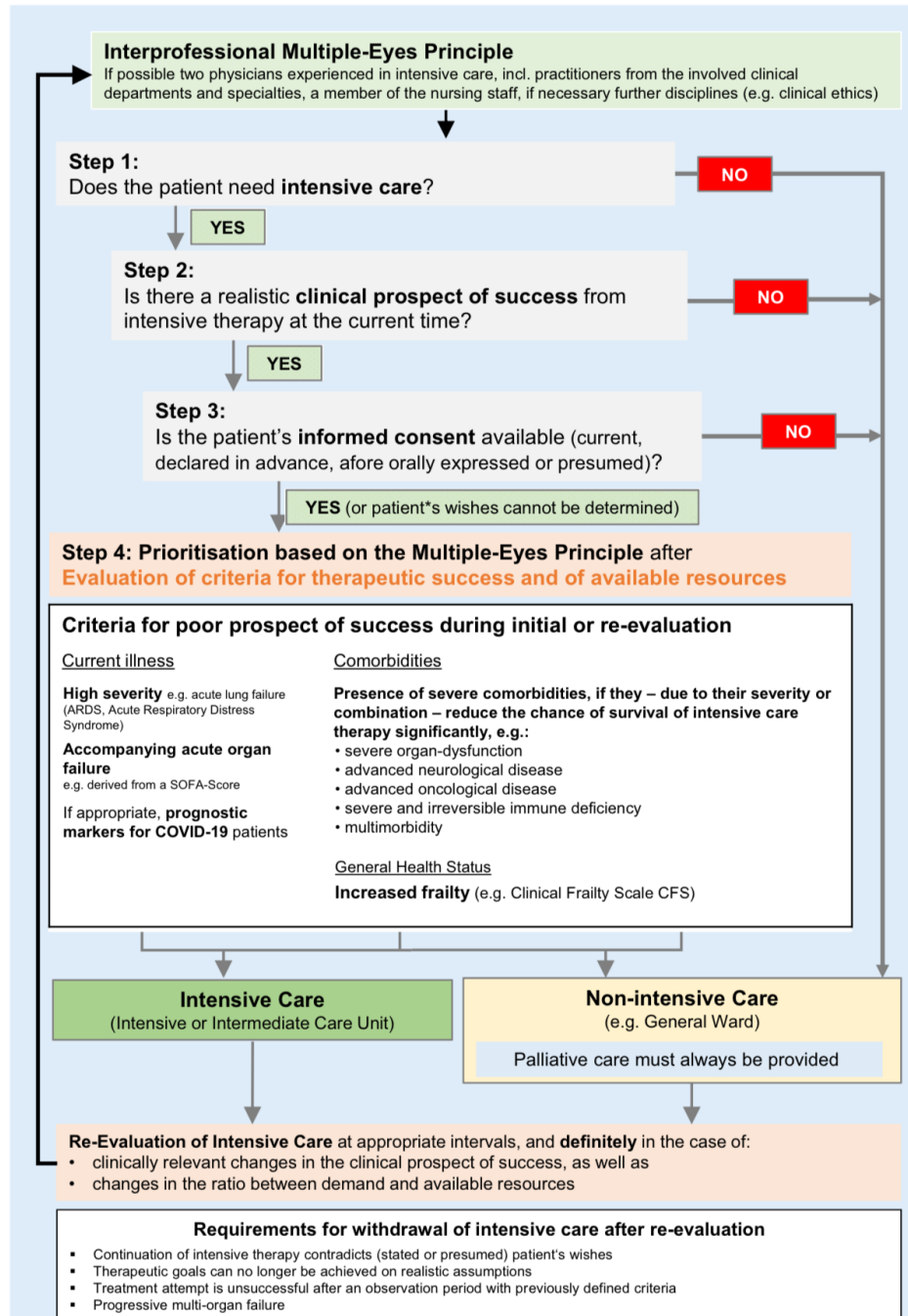


- Pomen vnaprej izražene volje pacientov
- Jasna pravila
- Transparentnost postopka
- Postopek jasno razložen
- Soglasje pacienta oz. pravnega zastopnika
- Možnost pritožbe?
- Dokumentacija o triažnem postopku

# Nemško govoreča področja



- Vsa nemško govoreča združenja so kot osnovno merilo določila **reševanje največjega števila življenj**.
- **Starosti** nobeno združenje ni določilo kot dovoljenega kriterija za razvrščanje pacientov v prednostni vrstni red.
- Švicarska akademija znanosti pa je 85. leto določila za mejnik, po katerem se pacientov ne zdravi več aktivno.
- Novejše smernice nemških zdravniških združenj zdaj tudi izrecno omenjajo, da se ne sme prednostno obravnavati le pacientov s covidom (ker bi to nasprotovalo načelu enakosti)



# British Medical Association



- Prednost pri zdravljenju imajo tudi osebe na nujnih delovnih mestih – omenja se vse zaposlene v zdravstvenem sektorju, zaposlene v laboratorijih, ki izdelujejo Covid-19 cepiva in zaposlene v vladi – podrobneje bi morala te izjeme opredeliti vlada.



## Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19, The New England Journal of Medicine



- **maksimiranje koristi**: rešiti je potrebno čim več življenj in/ali čim več pričakovanih let življenja.
- V situaciji, kjer je potrebno izbirati, naj se etične komisije odločijo za **reševanje življenj ali pričakovanih let** življenja ter se izbire konsistentno držijo.
- Upoštevajo naj »**vnaprej izraženo voljo**«.
- Prednost imajo pacienti z **večjo možnostjo ozdravitve**. To vključuje tudi prioritizacijo mladih, ki še niso živel »polnega življenja«. Pacienta s slabšo možnostjo ozdravitve se tako lahko tudi premakne iz intenzivne nege in se mu nudi paliativno nego.



- Testiranje, oskrba, postelje naj gredo **najprej nujnim delavcem**, torej zaposlenim v zdravstvu, zaradi njihove instrumentalne vrednosti – so nujni člen odziva na pandemijo.
- V primeru pacientov s podobno prognozo naj se izbere **egalitaren način izbire**, kot je žreb, saj princip »kdor prej pride« prioritizira ljudi, ki živijo bližje bolnicam oz. imajo olajšan dostop.
- Pri razdeljevanju virov se ne sme razlikovati med pacienti s covid-19 in pacienti z drugimi boleznimi.
- Priporočene so ustanovitve **komisij** izkušenih zdravnikov in etikov v bolnišnicah, ki naj zdravnikom pomagajo pri sprejemanju odločitev.



# Koga cepiti?



- Ko bo razvito cepivo, imajo prednost **starejše generacije**, na katere covid-19 slabše vpliva in ima večjo smrtnost.
- V primeru, da cepiva primanjkuje tudi za starejše s pridruženimi stanji, se ga razdeljuje z žrebom ali naključno izbiro.
- Mlajši bi imeli prednost le na podlagi instrumentalne vrednosti, če se izkaže, da se širjenje virusa najlažje prepreči s cepljenjem mlajših generacij.
- **Raziskovalci**, ki testirajo potencialna cepiva in zdravila, naj imajo določeno prednost pri zdravljenju – to vključuje tudi posameznike vključene v klinične teste cepiv.

# Belgija



- *Belgian Society of Intensive Care Medicine* priporoča, da se predvsem pri starejših pacientih s pridruženimi stanji izdelava v stiku z osebnim zdravnikom razviti »načrt vnaprej izražene volje«, že pred okužbo s covid-19, v katerem se ugotovi katero zdravljenje bi pacient sploh preživel oz. katere vrste zdravljenja njegovega obstoječega stanja ne bi poslabšala.
- Na podlagi tega se za starostnike v DSO odsvetuje premik v bolnišnico ali intenzivno nego in se spodbuja **nego v samih domovih**.

# Francija

- Ustanovitev **podpornih etičnih enot** (*CSE-Cellule de soutien éthique*), ki jih ustanovijo regionalne etične komisije in regionalne agencije za zdravje v vseh notranjih in čezmorskih regijah Francije.
- Člani CSE so negovalci, medicinski etiki, filozofi, etiki... ter tudi psihologi, ki zdravnikom nudijo psihološko pomoč.
- Zdravniki lahko enote pokličejo na 24-urno telefonsko linijo, kontaktirajo preko e-pošte.
- CSE nudijo psihološko pomoč zdravnikom, ki odločitve na koncu sprejemajo.



# ZDA



Raziskovalci so o **izvajanju triaže v praksi** povprašali različne bolnišnice po ZDA.

Od teh jih je 67 odgovorilo, da še niso sprejele pravil, 7 pa usmeritev ni želelo razkriti.

Tistih, ki so usmeritve razkrile, je bilo 29, enakomerno razdeljenih po geografskih regijah ZDA.

**Najpogostejši kriteriji** triaže so bili:

**korist** ( 96.2% usmeritev), **potrebe** (53,8%), **starost** (50%), **ohranitev virov zdravljenja** (38,5%) in **loterija** (34,6%). Večina programov klinične potrebe in koristi zdravljenja izračunava po SOFA ali MSOFA točkovni lestvici.

Dodatni kriteriji, ki se upoštevajo pri razvrščanju pacientov, se od bolnišnice do bolnišnice močno razlikujejo. Nekateri napotujejo na starost, drugi dajejo prednost zdravstvenim delavcem.

**Problematično** je, da bolnišnična pravila pogosto sploh ne določajo natančno, kdo odločitve sprejema in mehanizmov za zmanjševanje tveganja, da bo sprejeta odločitev pristranska.

# Triažne skupine v ZDA



**Sestava triažne skupine**, ki odloča o zdravljenju, se od bolnišnice do bolnišnice razlikuje. 23 bolnišnic je določilo sestavo triažnih skupin in vse zahtevajo oziroma priporočajo, da je eden od članov **zdravnik**.

Drugi najpogostejši član je **medicinska sestra** (87%), **strokovnjak s področja etike** (69,6%), **duhovnik** (34,8%) in **respiratorni fizioterapevt** (34%). Dve bolnišnici zahtevata oziroma priporočata, da je v triažni skupini tudi **predstavnik skupnosti**. Šest bolnišnic iz triažnih skupin **izloča** zdravstvene delavce, ki neposredno zdravijo paciente.

**Postopek odločanja**: 18 bolnišničnih programov dovoljuje **pritožbe** zoper triažno odločitev, ampak praviloma omejujejo njihov doseg. To pomeni, da na primer dovoljujejo le zatrjevanje kršitev pravil postopka odločanja, ne pa tudi same vsebine odločitve.



# Pomembna vprašanja



- Zagate utilitarizma in neoliberalna presoja vrednosti življenja
- Razredne razlike in zdravje
- Problem soglasja in izbire
- Interdisciplinarnost trižnega postopka
- Družbeni konsenz