

RENATA SALECL (UR.)

KOGA REŠEVATI V ČASU PANDEMIJE?

Etični,
medicinski in
kazenskopravni
vidiki triaže



RENATA SALECL (UR.)

KOGA REŠEVATI V ČASU PANDEMIJE?

Etični, medicinski in
kazenskoopravni vidiki triaže



RENATA SALECL (UR.)

KOGA REŠEVATI V ČASU PANDEMIJE?

Etični, medicinski in
kazenskopravni vidiki triaže



INŠTITUT ZA KRIMINOLOGIJO
pri Pravi fakulteti v Ljubljani

**Koga reševati v času pandemije?
Etični, medicinski in kazenskopravni vidiki triaže**

Urednica: Renata Salecl
Recenzenta: Miha Hafner in Zoran Kanduč
Jezikovni pregled: Tea Finžgar Plavčak
Oblikovanje in priprava za tisk: Manca Švara
Izdal in založil: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani
Nosilec avtorskih pravic: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani
Tisk: Demat d.o.o.
Naklada: 300 izvodov
Kraj in leto izida: Ljubljana, 2021

Raziskovalni rezultati, ki so predstavljeni v monografiji, so nastali v raziskavi, ki sta jo sofinancirala Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije in Ministrstvo za zdravje iz državnega proračuna. Raziskava poteka v okviru raziskovalnega projekta »Etični in pravni vidiki triaže ob epidemiji COVID-19«. (V5-2037 (B)).
Izdajo knjige so finančno podprli Slovenska akademija znanosti in umetnosti, Ministrstvo za zdravje in Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-083.98:17
616-083.98:343

KOGA reševati v času pandemije? : etični, medicinski in kazenskopravni vidiki triaže /
Renata Salecl (ur.). - Ljubljana : Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti, 2021

ISBN 978-961-6503-36-5
COBISS.SI-ID 84431107

Kazalo

Uvodnik

Renata Salecl.....9

1. del - Raziskave o triaži med epidemijo covid-19

Triažne odločitve v času pandemije covida-19:

medicinske smernice, pravna načela in javno mnenje

Lora Briški, Matjaž Ambrož, Renata Salecl.....15

Splošno etično pravilo in njegova uporaba na življenjskem primeru tragične triaže

Matjaž Jager51

Koga reševati v času omejenih možnosti?

Družbeni vidiki pandemije covida-19

Mirjana Ule71

Izbrani izzivi pravnega urejanja medicinske triaže

Luka Mišič.....89

Pravica do vnaprejšnje izjave glede zavrnitve zdravstvenega posega

Alenka Šelih.....113

Pravica do vnaprej izražene volje pacienta

Jelka Reberšek Gorišek119

Reševanje problema izbire v preobremenjenem zdravstvenem sistemu: Pregled dokumentov zdravniških združenj in etičnih komisij o triaži med epidemijo covida-19

Lora Briški, Nesa Vrečer.....125

Stanovalci domov za starejše so bili žrtvovani	
<i>Dušan Keber</i>	159

Ljudje z ovirami in starejši v socialnovarstvenih institucijah: pomen transdisciplinarnosti za etično odločanje v izrednih razmerah	
<i>Darja Zaviršek</i>	195

Doživljanje triažiranja, zdravstvene in socialno oskrbe stanovalcev v domovih za starejše v prvem valu epidemije – skupinski intervju s svojci	
<i>Brigita Skela Savič</i>	229

Rezultati vprašalnika o triaži med epidemijo covid-19	
<i>Nesa Vrečer</i>	253

2. del - Eseji s posveta

O posvetu »Koga reševati v času pandemije? Etični, medicinski in kazenskopravni vidiki triaže?«	
.....	279

Problematične poteze odločevalcev pri obravnavi epidemije	
<i>Blaž Rozman</i>	281

Oddelki za intenzivno zdravljenje: ozko grlo epidemije, v katerem zdravstveni sistem obstane ali se zruši	
<i>Matjaž Jereb</i>	285

Sodobna medicinska oskrba vsakega bolnika v času pandemije	
<i>Marko Noč</i>	289

Etično delovanje zdravstvenih delavcev	
<i>Tatjana Lejko Zupanc</i>	293

Kako (ne) ravnati, ko se zamaje javno zdravje. Primer covid-19	
<i>Andrej Pleterski</i>	299
Tragične izbire kot pravni problem	
<i>Matjaž Ambrož</i>	303
Ugovor vesti v času pandemije	
<i>Valentin Hribar</i>	309
Sklepi in priporočila posveta	315
Povzetki	319
Abstracts	327

Uvodnik

Renata Salecl

Zdravstvena kriza, ki jo je leta 2020 povzročila pandemija novega koronavirusa, je odprla vrsto etičnih dilem, kako ob pomanjkanju kadra in sredstev čim bolj pravično pomagati ljudem, ki so zboleli za covidom-19. Ob tem so se odprla vprašanja, ali naj se države zavzemajo za čim bolj egalitaren način odločanja, komu pomagati ob omejenih sredstvih, ali pa naj postopajo utilitarno in poskušajo vzpostaviti sistem triaže, ki bo temeljil na tem, da se reši čim več ljudi. Mnogokje po svetu je prišlo do tako imenovanih kolizij dolžnosti in odločevalci, ki so ob pomanjkanju sredstev morali izbrati, komu od pacientov omogočiti možnost preživetja, so bili pod velikim pritiskom.

Triažno odločanje v času pandemije je vezano na kompleksne etične, medicinske in pravne dileme, o katerih se je v preteklosti razpravljalo predvsem na podlagi hipotetičnih scenarijev. Kriza, ki jo je povzročil covid-19, je te dileme naredila še kako realne, zato je bilo nujno poglobiti premislek o izzivih triažnega odločanja v zdravstvu. Namen te knjige je, da predstavi različne poglede na problematiko triaže s pravnega, etičnega in medicinskega vidika, da osvetli, kako so se različne države lotevale vprašanja triaže v času pandemije, ter izpostavi probleme, s katerimi smo se soočali v Sloveniji.

Prvi del knjige odpira znanstvene razprave, ki se dotikajo tako problema triaže kot širših problemov celotnega razmerja odnosa med zdravstvom in človeškim življenjem. Prvi trije članki se širše osredotočajo na problem covid-19 in triaže. V prvem članku Lora Briški, Matjaž Ambrož in Renata Salecl razgrinjajo problem triaže, njene etične in pravne okvire. Avtorji analizirajo odgovore, ki jih ponuja (medicinska) etika, in jih povežejo s priporočili slovenskih in tujih etičnih komisij ter zdravniških strokovnih združenj. Prikažejo stališča (slovenske in nemške) javnosti o kriterijih za razvrščanje pacientov, ki so rezultat spletne ankete, izvedene

od maja do junija 2021. Obravnavajo tudi odzivanje kazenskoopravnega sistema v situacijah t. i. kolizij dolžnosti (ko posameznik zaradi preobremenitev ne more izpolniti vseh dolžnosti, ki ga zavezujejo). Matjaž Jager v svojem članku širše predstavi etične dileme in razprave, ki se odpirajo ob vprašanju tragične triaže. Usmerja se predvsem v razkorak med utilitarističnimi in deontološkimi etičnimi teorijami ter na posledice teh teorij na delovanje posameznikov v situacijah tragične triaže. Mirjana Ule razširi pojem pandemije na sindemijo in se usmeri na družbene vidike epidemije covid-19, ki so ob medicinskih razpravah pogosto potisnjeni v ozadje. Pandemijo covid-19 tako razlaga kot posledico globalizacije, ki je še dodatno razgalila socialne neenakosti in nepravilnosti.

Naslednji štirje prispevki se osredotočajo na pravne vidike triaže, predvsem na razne smernice in pacientove pravice. Luka Mišič v svojem besedilu obravnava osrednje pravne izzive medicinske triaže. Poleg zakonskih in državnih omejitev razpravo spremlja tudi premislek o (ne) upravičljivih merilih redistribucije omejenih enot zdravljenja (npr. medicinsko-tehničnih pripomočkov, zdravil, specifičnih zdravstvenih storitev) ali urejanja njihove dostopnosti ter odpira tudi vprašanje (ne)obveznega cepljenja proti SARS-CoV-2 v luči triaže oziroma omejenega dostopa do zdravstvenih storitev. Alenka Šelih in Jelka Reberšek Gorišek v dveh komplementarnih prispevkih obravnavata vprašanje pravice vnaprej izražene volje pacienta. Alenka Šelih se problematike dotika predvsem s pravnega vidika, medtem ko Jelka Reberšek Gorišek z medicinskega, pri čemer opozarja tudi na premajhno poznavanje te možnosti in slab izkoristek v zdravstvenem sistemu. Lora Briški in Nesa Vrečer v članku primerjata triažne smernice več različnih držav (Nemčije, Avstrije, Švice, Francije, Združenega kraljestva, Belgije, Nizozemske, Italije in Združenih držav Amerike) in pokažeta skupne točke in razlike različnih zdravstvenih sistemov. Dotakneta se tudi problematike starosti kot merila za triažo, kar nas napelje na naslednji sklop prispevkov.

Sledi sklop treh prispevkov, ki s treh različnih zornih kotov obravnavajo triažiranje med epidemijo v domovih za starejše občane. Najprej Dušan Keber širše opozarja na problem starizma in s pomočjo statističnih podatkov razgalja temno sliko dogajanja v domovih za starejše med

epidemijo covid-19. Darja Zaviršek v svojem članku s pomočjo intervjujev s socialnimi delavci, ki delajo v domovih za starejše, pokaže na nemoč, s katero so se soočali tako zaposleni kot stanovalci domov. Brigita Skela Savič je preko intervjujev pokazala, kako so se z dogajanjem v domovih soočali svojci stanovalcev. Tri perspektive, ki se dopolnjujejo, nam tako pokažejo celostno in žalostno sliko domov za starejše med epidemijo.

V zadnjem članku prvega dela knjige Nesa Vrečer predstavlja rezultate ankete o triaži med covidom-19, ki jo je raziskovalna skupina Inštituta za kriminologijo izvedla med majem in julijem 2021. Na koncu članka se dotakne tudi primerjave javnega mnenja o triaži z drugimi državami, kjer so izvajali ankete podobnega tipa – na Nizozemskem, v Združenem kraljestvu in Združenih državah Amerike.

Drugi del knjige je esejski in vključuje premisleke, ki so bili predstavljeni na posvetu o etičnih, medicinskih in kazensko-pravnih vidikih triaže v organizaciji Inštituta za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani in Sveta za razvoj pri SAZU v novembru 2020. Avtorji v krajših prispevkih problematizirajo triažo z različnih zornih kotov. Blaž Rozman, Matjaž Jereb, Marko Noč in Tatjana Lejko Zupanc k problemu pristopajo z zdravniške perspektive in nam pokažejo na napake države pri soočanju z epidemijo, odstrejo pa nam tudi aktualne probleme zdravstvenega sistema. Andrej Pleterski širše odpira vprašanje in pomen javnega zdravstva, Matjaž Ambrož pa pokaže na etične in pravne plati zdravstva. Valentin Hribar na koncu opozori na pomen ugovora vesti in pomen lastnega odločanja o zdravju in smrti. Knjiga se zaključi s sklepi in priporočili posveta, ki so jih sodelujoči posredovali odločevalcem v Sloveniji, z namenom, da se problem triaže v času pandemije reši na sistemski ravni, ob upoštevanju strokovnih analiz in spoštovanju ustavnih načel.

Renata Salecl

Prvi del

RAZISKAVE O TRIAŽI
MED EPIDEMIJO COVID-19

Triažne odločitve v času pandemije covida-19: medicinske smernice, pravna načela in javno mnenje ¹

Lora Briški, Matjaž Ambrož, Renata Salecl

1 Uvod

Situacije, v katerih je več ljudi hkrati življenjsko ogroženih, vendar pa vseh ni mogoče rešiti, so bile od nekdanj zanimive za študije s področja filozofije (etike), prava, psihologije in drugih ved. Filozofija izbire pri reševanju tega vprašanja ponuja v prvi vrsti dve različni rešitvi: prva vztraja pri tem, da bi morali biti vsi, ki potrebujejo pomoč, obravnavani enako, druga zasleduje načelo, ki ga lahko strnjeno povzamemo kot »delati je treba tako, da ima največ ljudi v povprečju največjo korist.«

S pojavom pandemije covida-19 so hipotetični scenariji, o katerih smo prej razpravljali (predvsem) na akademskih forumih, (vsaj v nekaterih delih sveta) postali del družbene realnosti. V preobremenjenih zdravstvenih sistemih prihaja do tako imenovanih kolizij dolžnosti, ko zaradi pomanjkanja osebja in zdravstvene opreme vsem pacientom ni mogoče zagotoviti ustrezne zdravstvene oskrbe. Odločevalci, ki morajo izbrati, komu od pacientov omogočiti možnost preživetja, so pod velikim pritiskom. V pomoč pri odločitvah jim je, če v družbi obstajajo jasna merila o tem, kako razporediti omejena sredstva zdravljenja, in če je strokovna in splošna javnost seznanjena z etičnimi in pravnimi izzivi odločanja v zdravstvu.

Pandemija covida-19 zahteva ponovni premislek o vprašanih triaže v zdravstvu. V prispevku bomo najprej orisali etične pristope k vprašanju, koga zdraviti in koga ne, kadar zdravstvene oskrbe ni mogoče zagotoviti

¹ Prispevek je nastal v okviru projekta Etični in pravni vidiki triaže ob epidemiji COVID-19 (V5-2037 (B)), ki ga je sofinancirala Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije, in projekta Marie Curie Transmaking (Obzorje 2020). Krajša verzija prispevka z naslovom »Koga reševati v času pandemije? Etični in kazenskoopravni vidiki triaže« je bila objavljena v *Reviji za kriminalistiko in kriminologijo*, 71, št. 3 (september 2020), 183–193.

vsem, ki bi jo potrebovali. Preučili bomo stališča slovenske javnosti o merilih za razvrščanje pacientov v času izrednih razmer. Nato bomo analizirali dosedanje kazenskopravne razprave o tako imenovani koliziji dolžnosti (situaciji, ko ni mogoče pomagati vsem, ki bi potrebovali pomoč) ter predstavili tradicionalne poglede kazenskega prava na ta institut in jih primerjali z izzivi, ki jih je prinesla pandemija covid-19. Posebno pozornost bomo namenili različnim skupinam kolizij, zlasti razlikam med situacijami, ko več posameznikov potrebuje prosto medicinsko napravo (*ex ante* konkurenca), in situacijami, ko bi napravo potrebovala tako posameznik, ki še ni priklopljen nanjo, kot posameznik, ki je nanjo že priklopljen (*ex post* konkurenca). Nenazadnje bomo naslovili tudi vprašanje, kako na kazenskopravno presojo kolizije dolžnosti vplivajo različne razsežnosti človekovega dostojanstva, ki v pravni argumentaciji velja za enega najmočnejših argumentov, a so sklici nanj pogosto pavšalni.

1.1 Kolizija dolžnosti v kazenskem pravu in merila izbire

Kolizije dolžnosti ne ustvarjajo posebnih dilem, kadar gre za različno pomembne dolžnosti – v pravnem jeziku govorimo o koliziji dolžnosti različnih rangov. V teh primerih je treba dati prednost izpolnjevanju pomembnejše dolžnosti (gasilec mora denimo najprej reševati življenja, šele nato premoženje). Kompleksnejše so kolizije enakovrednih dolžnosti, ko se moramo odločati o tem, katero človeško življenje rešiti. Situacije, v katerih je več ljudi hkrati življenjsko ogroženih, vendar pa vseh ni mogoče rešiti in je zato treba izbrati, so v kazenskem pravu obravnavane pod geslom *upravičljiva kolizija dolžnosti*. Pravna literatura si pri obravnavi tega instituta običajno pomaga s hipotetičnimi primeri (denimo oče, ki lahko reši le enega izmed utaplajočih se otrok). S pojavom pandemije covid-19 pa je problematika kolizije dolžnosti dobila splošen družbeni pomen, zlasti v državah, ki so se srečale s pomanjkanjem naprav za umetno predihavanje in drugih sredstev (tudi kadrovskih),² ki so potrebna za optimalno zdravljenje. Ob takšnih kolizijah dolžnosti

² Čeprav v javnosti odmevata predvsem potreba po napravah za umetno predihavanje in njihovo število (razpoložljivost) v bolnišnicah, je treba upoštevati, da lahko takšno napravo upravlja le za to izučeno (zdravstveno) osebje. *Ozko grlo* bolnišnic tako ni nujno le pomanjkanje zdravstvene opreme, ampak tudi pomanjkanje zdravstvenih delavcev, ki znajo takšno opremo uporabljati.

je prevladujoče pravno stališče, da nosilec dolžnosti, ki od dveh enakovrednih dolžnosti lahko izpolni le eno, ravna v skladu s pravom, kadar po lastni izbiri izpolni eno izmed dolžnosti. Razlogi, ki so ga vodili pri izbiri, niso pomembni in se ne preverjajo.³ Za protipravna je mogoče razglasiti le tista ravnanja, pri katerih je mogoče povedati, kakšno bi bilo ustrezno ravnanje. Kadar pa so dejanske okoliščine takšne, da vseh dolžnosti ni mogoče izpolniti, bi bilo nosilcem dolžnosti nesmiselno očitati, da niso storili tistega, kar je nemogoče storiti. Claus Roxin to podkrepi z mislijo, ki presega običajni besednjak pravne tehnike: »V teh primerih se lahko očitki nanašajo kvečjemu na usodo, ne pa na človeka, ki ji je bil podvržen.«⁴

Takšno razlago je mogoče prenesti na primere, ko so zdravstveni delavci postavljeni pred tragično izbiro: dva pacienta sta istočasno pripeljana na intenzivni oddelek in oba bi potrebovala umetno predihavanje (tako imenovana *ex ante* konkurenca), na voljo pa je le ena naprava. Zdravstveni delavci ravnaajo v upravičljivi koliziji dolžnosti (to je v skladu s pravnim redom), ko le enemu izmed pacientov omogočijo priklop na napravo. V skladu s tradicionalnim kazenskopravnim pogledom na kolizijo dolžnosti jim ni treba prepričljivo pojasniti izbire, da bi se izognili kazenski odgovornosti.

Zavedati se je treba, da so bile doslej razprave o koliziji dolžnosti v kazenskem pravu vezane predvsem na izjemne primere, ki se zgodijo bolj ali manj kot presenečenje (dve osebi se hkrati utapljata, pomagati je mogoče le eni). Krizne situacije, ki jih prinašajo pandemije, se od teh tradicionalnih scenarijev nekoliko razlikujejo: v pandemijah kolizije dolžnosti niso več presenečenje, temveč postanejo del rutine, nanje pa se je vsaj nekoliko mogoče pripraviti z oblikovanjem priporočil za primere takšnih stisk.

1.2. Smernice in priporočila o ravnanju v situaciji preobremenjenega zdravstvenega sistema

Priporočila, kako v primerih kolizije dolžnosti ravnati, so pomembna iz več razlogov. V odločanje zdravstvenih delavcev vnašajo transparentnost,

³ Roxin, Claus, *Strafrecht – Allgemeiner Teil I (Grundlagen, Aufbau der Verbrechenlehre)* (München: Verlag C. H. Beck, 2006), 780–781.

⁴ *Ibidem*, 780.

hkrati pa na odločevalce delujejo psihično razbremenilno. Možnost proste izbire je v primerih tragičnih odločitev lahko nepopisno psihično breme, zato je pomembno, da obstajajo protokoli, ki posameznika razbremenijo teže lastne odločitve. Hkrati tovrstna priporočila pomenijo nov dejavnik za pravno presojo. Tradicionalno stališče kazenskega prava, da se v primerih kolizij enakovrednih dolžnosti posameznik lahko prosto odloča, je namreč z obstojem priporočil postavljeno pod vprašaj in zato zahteva ponovno analizo (k njej se bomo vrnili v razdelku 4).

Dokumenti, ki urejajo vprašanja triaže v pandemiji covid-19 doma in po svetu, so običajno delo zdravniških združenj in državnih etičnih komisij. Ti dokumenti se opredeljujejo do različnih vrst vprašanj. Prvič, katere cilje naj zasleduje delovanje preobremenjenega zdravstvenega sistema (denimo »reševanje največjega števila življenj«). Drugič, glede na opredeljeni cilj nekatere smernice določajo kriterije, po katerih naj se izbira opravlja (denimo starostno mejo za sprejem v bolnišnico), ali pa določene kriterije odsvetujejo (denimo upoštevanje socialnih meril). Tretjič, nekateri urejajo tudi postopek odločanja o triaži in v njegovem okviru še posebej pristojnost za odločanje in način sodelovanja samega pacienta. Nekaterne smernice in priporočila posebej obravnavajo tudi vprašanje prekinitve že začetega zdravljenja pacienta, ko si od tega ni več mogoče obetati uspeha. Med državami obstaja razlika v tem, katerim vprašanjem dajejo smernice prednost, toda vsi dokumenti, ki urejajo triažo, poskušajo najti nek način odločanja, ki bo etičen in čim bolj pravičen do pacientov.

2 Triaža in etika

2.1 Pojem triaže

Termin triaža opisuje razvrščanje pacientov v prednostni vrstni red, po katerem bodo zdravstveni delavci bolnike oskrbovali.⁵ Poteka v različnih okoliščinah oziroma razmerah: v množičnih nesrečah, po

⁵ Cotič Anderle, Majda, »Triaža – krizni menedžment urgentnih oddelkov,« dostopano 16. 9. 2021, https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/213C.pdf; Ken Kipnis, »Triage and Ethics,« *Medicine and Society*, 4, št. 1 (Januar 2002); Jože Prestor, »Pomen triaže in izvajanje primarne triaže v primeru izrednih dogodkov,« v *Urgentna medicina – izbrana poglavja: zbornik predavanj*, ur. Marko Gričar in Rajko Vajd (Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino), 150–151.

naravnih katastrofah, v vojni, pa tudi v ambulanti ali bolnišnici. Že ob hitrem pregledu naštetih situacij lahko zaslutimo, da se načini opravljanja triaže glede na okoliščine, v katerih se ta izvaja, med seboj razlikujejo,⁶ razlikujejo pa se tudi priporočila, ki se na načelni ravni opredeljujejo do meril in poteka postopka triaže.

Posebno zapletene so situacije, v katerih se število pacientov tako močno poveča, da začasno preobremeni zdravstvene kapacitete.⁷ V množičnih nesrečah, med katere spadajo potresi, nesreče z nevarnimi snovmi, poplave, požari in epidemije nalezljivih bolezni, morajo udeleženci v verigi reševanja sprejemati psihično obremenjujoče odločitve, katerim pacientom pomagati in katerim ne.⁸

Posamezniki se ob takšnih odločitvah pogosto sprašujejo, kako ravnati dobro (ali vsaj čim boljše). V nadaljevanju predstavljamo premisleke o etičnem problemu, kako naj ravna (izbira) nosilec enakovrednih dolžnosti, ki ne more izpolniti vseh.

2.2 Etični razmisleki, na katerih temelji izbira

Na vprašanje, kako pravično razdeliti omejena sredstva zdravljenja, najdemo različne odgovore. Etične premisleke o merilih, ki naj vodijo k odločitvi o tem, koga zdraviti in koga ne, lahko razdelimo v dve skupini, ki spominjata na klasični veji etičnih teorij: deontološke in utilitarne teorije.⁹ Deontološke teorije so v svojem bistvu egalitarne, temeljijo pa na prepričanju, da je (ne)moralnost ravnanja neodvisna od posledic, ki ravnanju sledijo.¹⁰ Pomembnejša je dolžnost nekaj storiti, in ne posledice naše dejavnosti. Na nasprotni strani so teorije posledic, ki pravilnost ravnanja presojujejo na podlagi posledic, ki iz tega ravnanja

⁶ Cotič Anderle, »Triaža«, 2.

⁷ Kipnis, »Triage and Ethics«.

⁸ Greenacre, Matthew in Katherine Fleshner, »Distributive justice in disaster triage: Utilitarianism competes with egalitarianism, autonomy, and the physician-patient relationship«, *Trauma and Disaster Medicine* 86, št. 1 (avgust 2017): 35–37. 2017: 35; »Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah«, dostopano 16. 9. 2021, <https://www.szd.si/wp-content/uploads/2018/11/szd-uzvnmrmi-smernice-za-delovanje-sistema-nmp-ob-mnozicnih-nesrecah.pdf>.

⁹ Kilner, John F., *Who lives? Who dies? Ethical criteria in patient selection* (New Haven, London: Yale University Press, 1990), 23–24.

¹⁰ Stefanini, Angelo, »Editorial: Ethics in health care priority-setting: a north–south double standard?« *Tropical Medicine & International Health*, 4, št. 11 (Januar 2002): 709.

izvirajo. Njihovo geslo bi lahko povzeli takole: ravnajmo tako, da bo naše ravnanje imelo najboljše možne posledice. Najbolj znana oblika teh teorij je utilitarizem.¹¹

2.2.1 Egalitarna usmeritev

Egalitarni pristop največjo težo pripisuje načelu enakosti: zdravstvena oskrba mora biti enako zagotovljena vsem, ki jo potrebujejo, ne glede na leta in morebitne druge bolezni.¹² Zagovorniki egalitarne usmeritve nasprotujejo ocenjevanju in razvrščanju vrednosti človeškega življenja. Poudarjajo, da je posamezniku, za čigar življenje gre, to življenje prav tako pomembno kot drugemu njegovo.¹³ V primeru, ko potrebe po zdravljenju močno presega jo bolnišnične kapacitete (ko obstaja več kandidatov za en respirator), bi nekateri radikalni zagovorniki takšnega pojmovanja enakosti izbirali celo po načelu naključnosti, denimo z žrebom.¹⁴ Drugi bi ravnali v skladu z reko *kdor prej pride, prej melje*, kar pomeni, da bi vrstni red za zdravniško obravnavo določali po vrstnem redu hospitalizacije.¹⁵

Nekateri zagovorniki egalitarne usmeritve so zato kritični do smernic nemških zdravniških združenj, ki za prednostno merilo določajo klinične možnosti uspeha zdravljenja.¹⁶ Namesto omenjenega merila kritiki ponujajo načelo vrstnega reda (prvi pride, prvi melje) ali pa načelo naključnosti.¹⁷

Pod imenom egalitarnosti avtorji pogosto obravnavajo prve postopke triaže, v katerih so vrstni red zdravljenja določali po stopnji poškodbe, ki jo je oseba utrpela. Z drugimi besedami, hujšo poškodbo je oseba

¹¹ Zack, Naomi, *Ethics for Disaster* (Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, 2009), 33–34.

¹² Salecl, Renata, »Koronakapitalizem ali koliko je vredno življenje: Koga priključiti na respirator, če je bolnikov več kot naprav? Direktorja, ki ga podjetje nujno potrebuje, ali samohranilca treh otrok?« dostopano 16. 9. 2021, <https://www.delo.si/sobotna-priloga/koronakapitalizem-ali-koliko-je-vredno-zivljenje-297748.html#>.

¹³ Greenacre in Fleshner, »Distributive justice«, 36.

¹⁴ Rönnau, Thomas in Kilian Wegner, »Grundwissen – Strafrecht«, *Die Juristische Schulung*, št. 5 (2020): 405; Salecl, »Koronakapitalizem«.

¹⁵ Greenacre in Fleshner, »Distributive justice«; Rönnau in Wegner, »Grundwissen – Strafrecht«, 405.

¹⁶ Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin [DIVI], »Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie: Klinisch-ethische Empfehlungen (Version 2)«, dostopano 16. 9. 2021, <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19-dokumente/covid-19-ethik-empfehlung-v2.2020>.

¹⁷ Rönnau in Wegner, »Grundwissen – Strafrecht«, 405.

utrpele, prej je prišla na vrsto za zdravljenje.¹⁸ Gre za enako obravnavo oseb z enakimi potrebami po zdravstveni oskrbi (huje poškodovane osebe bodo zdravljenja deležne pred lažje poškodovanimi). V tem pristopu pa je po našem mnenju mogoče opaziti tudi zametke utilitarizma: najmanj škode bo, če hude primere vzamemo naprej, tisti manj hudi pa lahko brez škode malo počakajo.

2.2.2 Utilitarna usmeritev

Danes verjetno prevladujoče usmeritve pri razporejanju sredstev zdravljenja v situaciji stiske se opirajo na različne variante utilitarnih teorij. Bistvo utilitarizma navadno ponazorijo z zapovedjo, da je treba »delati tako, da ima največ ljudi v povprečju največjo korist.«¹⁹ Toda kaj ta največja korist največjega števila ljudi v okviru zdravstvene oskrbe pravzaprav pomeni? Razprave se zgoščajo zlasti okoli neprijetne dileme, ali reševati predvsem največje število ljudi ali pa upoštevati tudi pričakovano življenjsko dobo in kakovost prihodnjih let življenja določenega posameznika.

Postavlja se tudi vprašanje, ali bi morali v primeru pomanjkanja sredstev za zdravljenje dati določeno težo družbenim merilom, kot sta »družbena koristnost« ali odgovornost oseb, ki tekmujejo za prosto mesto na intenzivni terapiji.

a) Reševanje največjega števila življenj

Najširše uveljavljeno vodilo zdravljenja v preobremenjenem zdravstvenem sistemu bi lahko povzeli takole: ravnajmo tako, da bo življenje ohranilo največje število ljudi. To pomeni, da znotraj skupine zdravljenja potrebnih pacientov zdravstveni sistem prednostno obravnava tiste, katerih možnost preživetja je največja.²⁰ Kot navaja Weyma Lübbe, bodo v takem sistemu pacienti razvrščeni v štiri skupine. Prednostne obravnave bodo deležni pacienti, ki bodo brez zdravljenja zagotovo ali z visoko stopnjo verjetnosti izgubili življenje, dejansko pa imajo dobre klinične možnosti uspeha. Druga v vrsti je skupina pacientov, ki imajo dobre možnosti za

¹⁸ Greenacre in Fleshner, »Distributive justice«, 36.

¹⁹ Svetovno zdravniško združenje, *Priročnik zdravniške etike* (Maribor: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, 2016), 30.

²⁰ Greenacre in Fleshner, »Distributive justice«, 35; Salecl »Koronakapitalizem«.

preživetje tudi brez bolnišničnega zdravljenja, bi jih pa ustrezno zdravljenje še izboljšalo. Bolnišnica ne bo sprejela pacientov, ki kažejo le blažje znake bolezni, in pacientov, ki jih je bolezen močno prizadela in katerih možnosti za uspeh so tudi z bolnišničnim zdravljenjem slabe. Slednji bodo lahko deležni paliativne oskrbe.²¹

Cilj reševanja največjega števila življenj najdemo v smernicah nemškega sveta za etiko in v smernicah nemških zdravniških združenj. Oba dokumenta se nanašata na potencialno etično problematične situacije, do katerih lahko pride ob pomanjkanju sredstev za zdravljenje v času epidemije covid-19. Nemški svet za etiko je opozoril, da je cilj reševanja največjega števila življenj legitimen, vendar pa si je za njegovo uresničitev treba prizadevati tako, da ne kršimo ustavnih pravic, zlasti načela enakosti in prepovedi diskriminacije. Njegove smernice poudarjajo, da država ne sme razvrščati življenj po vrednosti in razlikovati na podlagi spola, etnične pripadnosti, starosti, družbene vloge ali predvidene življenjske dobe.²² Podobno stališče je zavzela tudi Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko (v nadaljnjem besedilu: KME), in sicer da pri vključevanju respiratorjev v zdravstveno ukrepanje ni vzdržno določati zgornje starostne ali kakršnekoli druge meje, ki bi zdravstveno pravičnost z določanjem pravic posameznih skupin bolnikov delila na več kategorij. Prav pa je, da se razlike v zdravstvenem in funkcionalnem stanju pacientov upoštevajo pri odločanju o vrsti in intenzivnosti zdravljenja. KME je tudi pozvala vodstva zdravstvenih ustanov, naj v sodelovanju s klinično stroko in drugimi deležniki pripravijo selektivne ukrepe, ki bi se izvajali, če bi širjenje epidemije preobremenilo zdravstveni sistem. Omenjeni ukrepi morajo temeljiti na spoštovanju načel koristne in pravične dostopnosti.²³

²¹ Lübke, Weyma, »Corona triage: A commentary on the triage recommendations by Italian SIAARTI medicals regarding the corona crisis,« dostopano 16. 9. 2021, <https://verfassungsblog.de/corona-triage-2>.

²² Deutscher Ethikrat, »Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise 2020: Ad-hoc-Empfehlung«, dostopano 24. 6. 2021, <https://www.ethikrat.org/mitteilungen/mitteilungen/2020/solidaritaet-und-verantwortung-in-der-corona-krise/>; DIVI, »Entscheidungen«.

²³ Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko [KME], »Stališče Komisije RS za medicinsko etiko o odločanju zdravnikov v zvezi z vključevanjem respiratorjev v zdravljenje hudo prizadetih bolnikov z boleznijo, povzročeno z virusom SARS-CoV2,« dostopano 16. 9. 2021, <http://www.varuh-rs.si/fileadmin/Koronavirus/Stalisce-KME-o-odlocanju-zdravnikov-v-zvezi-z-vkljucevanjem-respiratorje....pdf>.

b) Reševanje največjega števila (kakovostnih) let življenja

Če se zagovorniki pravkar predstavljenega razumevanja zavzemajo za to, da se reši čim več ljudi, pa so drugi prepričani, da bi se morali podrobneje ukvarjati z vprašanjem, za kakšna življenja gre. Z drugimi besedami: tisto, kar šteje, ni le število rešenih življenj, ampak tudi pričakovana življenjska doba rešenih pacientov in predvidena kakovost njihovega življenja. Zato menijo, da moramo aparat za predihavanje prednostno nameniti tistemu pacientu, za katerega pričakujemo, da bo doživel več zdravstveno kakovostnih let življenja (angl. *quality-adjusted life years*).²⁴ Prednost pred starejšimi pacienti naj imajo tako – ob enakih kliničnih možnostih za uspeh – mlajši pacienti.²⁵

Nekateri avtorji so kritični do reševanja največjega števila kakovostnih let življenja in nasprotujejo razvrščanju ljudi v starostne skupine, zlasti pa vnaprejšnjemu odrekanju bolnišnične oskrbe tistim, ki presežejo določeno starostno mejo. Trdijo tudi, da razvrščanje starejše osebe oropa (poštenih) možnosti, da bi bile deležne zdravljenja.²⁶

Upoštevanje starostne meje za bolnišnično zdravljenje oseb, obolenih za covidom-19, so priporočile smernice švicarske akademije medicinskih znanosti²⁷ in smernice italijanskih anesteziologov.²⁸ Kritiki takšnih omejitev poudarjajo, da je upoštevanje starosti kot samostojnega merila²⁹ v

²⁴ Greenacre in Fleshner, »Distributive justice«, 35.

²⁵ Daniels, Norman, »Justice, resource allocation, and emergency preparedness: Issues regarding stockpiling«, v *Emergency ethics: Public health preparedness and response*, ur. Bruce Jennings, John D. Arras, Drue H. Barrett in Barbara A. Ellis (Oxford: Oxford University Press, 2016), 113.

²⁶ Ibidem; Christian Jäger in Johannes Gründel, »Zur Notwendigkeit einer Neuorientierung bei der Beurteilung der rechtfertigenden Pflichtenkollision im Angesicht der Corona-Triage«, 15, št. 4 (2020); Lübke, »Corona triage«.

²⁷ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMWa], »Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit«, dostopano 18. 7. 2020, https://www.samw.ch/dam/jcr:4c30e233-6357-4b1a-98fa-27323db77ccc/richtlinien_v2_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit_20200324.pdf.

²⁸ SIAARTI, »Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances«, dostopano 18. 7. 2020, <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf2020>.

²⁹ V izogib nejasnostim je treba pojasniti, da je upoštevanje starosti posredno lahko vključeno v ocenjevanje potencialnega uspeha zdravljenja, sporno pa je vprašanje, ali je pri enakih možnostih za uspeh kot izključujoče merilo treba upoštevati starost pacienta (Hübner, Joachim, Denis M. Schewe, Alexander Katalinic in Fabian S. Frielitz, »Rechtsfragen der Ressourcenzuteilung in der COVID-19-Pandemie – Zwischen Utilitarismus und Lebenswertindifferenz«, *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 145, št. 10 (april 2020): 3.

nasprotju s temeljnim načelom enakosti, ker življenju določenega posameznika zaradi visoke starosti ali manjše pričakovane življenjske dobe pripisuje nižjo vrednost. Poudarjajo tudi, da je takšen ukrep nesorazmeren. Cilje javnega zdravja lahko namreč uresničujemo tudi z blažjim posegom v pravice pacientov: v postopek izbire vključimo vse osebe, ki potrebujejo zdravljenje, v drugem koraku pa jih razvrstimo v skladu z merilom kliničnih možnosti za uspeh zdravljenja. Spet drugi kritiki poudarjajo, da se pri reševanju največjega števila let življenja zdi, da določenih življenj »ni vredno reševati«. ³⁰ Švicarska akademija medicinskih znanosti je te kritike do določene mere upoštevala. Starostno mejo je namreč povezala z indeksom klinične šibkosti (Clinical Frailty Scale, CFS). V prenovljenih smernicah izključuje možnost zdravljenja na oddelku intenzivne terapije za starejše od 85 let, če je njihovo zdravstveno stanje slabo oziroma so v slabi kondiciji. ³¹ Za popolno opustitev starostne meje pa se ta akademija kljub pozivom, naj to stori, ni odločila.

c) Reševanje družbeno najkoristnejših

Ko govorimo o merilu največje koristi največjega števila ljudi ali ko poudarjamo potrebo po reševanju največjega števila življenj ali največjega števila let življenja, ostajamo v polju numerike. Odločanje se še bolj zakomplicira, ko poskušamo vzpostaviti nekakšna družbena merila triaže. V kontekstu pandemije covid-19 so se na primer pojavljali predlogi, da bi prednostno obravnavali zdravstvene delavce in druge osebe, ki izvajajo naloge, nujne za nemoteno delovanje države. Idejo, ki stoji za temi predlogi, lahko strnemo takole: hitreje ko takšne osebe ozdravijo, prej se bodo lahko vrnile na svoja delovna mesta, ki so ključna za reševanje pandemije. Prednostno zdravljenje zdravstvenih delavcev, prostovoljcev v raziskavah in drugih, ki tvegajo lastno varnost za javno

³⁰ Jäger, Christian in Johannes Gründel, »Zur Notwendigkeit«; Douglas B. White in Bernard Lo, »A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic«, *JAMA* 323, št. 18 (marec 2020).

³¹ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], »Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit (aktualisierte Version 3.1 vom 17. Dezember 2020)«, dostopano 28. 6. 2021, https://www.samw.ch/dam/jcr:4c30e233-6357-4b1a-98fa-27323db77ccc/richtlinien_v2_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit_20200324.pdf.

korist ali imajo pomembno vlogo pri odzivanju na pandemijo, je kot legitimno možnost ocenilo Združenje ameriških pulmologov (American College of Chest Physicians). Hkrati je to Združenje opozorilo, da ne obstaja nekakšen dokončni seznam »ključnih skupin«, ki bi si zaslužile prednostno obravnavo.³² Tudi strokovno-etična priporočila Univerzitetnega kliničnega centra (UKC) Ljubljana³³ predvidevajo prednostno zdravstveno obravnavo pacientov, ki so neposredno vključeni v zdravstveno obravnavo rizičnih pacientov (predvsem zdravniki, medicinske sestre, zdravstveni tehniki in drugi zdravstveni delavci), ter pacientov, ki skrbijo za delovanje kritične infrastrukture, »zlasti zaposleni[h] v javnem sektorju, ki so najbolj izpostavljeni«, in »zaposleni[h], katerih nadomeščanje (zaradi bolniške odsotnosti) bi bilo težavno oziroma nemogoče.« Smernice še pojasnjujejo, da merila za prednostno obravnavo ne smejo biti družbeni status, premoženje ali prepoznavnost pacienta, pač pa je pomembna le okoliščina, da je pacientovo zdravje ključno za delovanje kritične državne infrastrukture.

Nekatere etične komisije po svetu so v splošnem odsvetovale uporabo socialnih meril za razvrščanje oseb v vrstni red za zdravljenje (npr. klinično-etična priporočila nemških zdravniških združenj³⁴ in smernice švicarske akademije medicinskih znanosti³⁵). Tovrstne prepovedi so včasih utemeljene z argumentom »spolske strmine« (*slippery slope*) oziroma nevarnosti zlorab: prednostna obravnava določenih skupin se sčasoma razširi in lahko izključi družbeno neproduktivne oziroma nezaželene člane družbe. Pravni argument, na katerega se sklicujejo nasprotniki ocenjevanja družbene koristi oseb, pa je pravno načelo prepovedi

³² Maves, Ryan C., James Downar, Jeffrey R. Dichter, John L. Hick, Asha Devereaux, James A. Geiling, Niranjana Kissoon, Nathaniel Hupert, Alexander S. Niven, Mary A. King et al., »Triage of Scarce Critical Care Resources in COVID-19 An Implementation Guide for Regional Allocation An Expert Panel Report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians«, *Critical Care: Special Features* 158, št. 1 (julij 2020).

³³ Univerzitetni klinični center (UKC) Ljubljana, »Strokovno-etična priporočila UKC Ljubljana pripravljena ob pandemiji okužb z virusom SARS-CoV-2 (COVID-19)«, dostopano 9. 11. 2021, [https://www.kclj.si/dokumenti/SD_UKCL_0005_-_Strokovno-eticka_priporocila_UKC_Ljubljana_pripravljena_ob_pandemiji_okužb_z_virusom_SARS-CoV-2_\(COVID-19\).PDF](https://www.kclj.si/dokumenti/SD_UKCL_0005_-_Strokovno-eticka_priporocila_UKC_Ljubljana_pripravljena_ob_pandemiji_okužb_z_virusom_SARS-CoV-2_(COVID-19).PDF). Po informacijah, ki smo jih avtorji pridobili iz UKC, smernic do začetka jeseni 2021 v klinični praksi še niso uporabljali.

³⁴ DIVI, »Entscheidungen«.

³⁵ SAMW, »Covid-19-Pandemie«.

diskriminacije. Problematičnost pripisovanja družbene vrednosti je mogoče prikazati na smernicah, ki so jih za primer izrednih razmer oblikovali v nekaterih zveznih državah Združenih držav Amerike oziroma njihovih kliničnih centrih še pred pandemijo covid-19 in so zdravljenje bodisi odrekle osebam z določenimi vrstami telesnih ali mentalnih okvar bodisi so določile, da imajo pri zdravstveni obravnavi pred temi skupinami oseb prednost »mlajši, sicer zdravi pacienti«.³⁶

d) Reševanje družbeno najodgovornejših

Ena od oblik utilitarne pristopa sledi vodilu, da so posamezniki odgovorni za svoje storitve oziroma opustitve, katerih učinke lahko predvidijo in nanje lahko vplivajo. Tudi če si posledic ne želimo, smo zanje odgovorni, če so predvidljive in izogibne.³⁷ V kontekstu preobremenjenega zdravstvenega sistema bi zagovorniki takšnega pristopa upoštevali odgovornost osebe za okužbo oziroma hujši potek bolezni.

Idej, naj imajo pri zdravljenju prednost tisti, ki so vestno skrbeli za svoje zdravje, ni rodila pandemija. Znane so bile zlasti v okviru zdravljenja s presaditvijo organov, ko je na voljo manj organov, kot pa je oseb, ki bi tovrstno zdravljenje potrebovale.³⁸ Zasevke pristopa reševanja družbeno odgovornejših lahko prepoznamo v ideji, naj se pri odločitvi, katerim pacientom pomagati in katerim ne, upošteva posameznikov cepilni status.³⁹ O tej ideji so razpravljali v ameriški zvezni državi Teksas⁴⁰ in

³⁶ Bagenstos, Samuel, »Who Gets the Ventilator? Disability Discrimination in COVID-19 Medical-Rationing Protocols«, *Yale Law Journal Forum*, 130 (maj 2020): 1–25.

³⁷ Savulescu, Persson, Wilkinson, »Utilitarianism«, 625.

³⁸ Gre zlasti za dejavnike posameznikovega življenjskega sloga, kot so denimo alkoholizem, kajenje ali ekstremni športi. Ubel, Peter A., Christopher Jepsen, Jonathan Baron, Tara Mohr, Stacy McMorrow in David A. Asch (»Allocation of Transplantable Organs: Do People Want to Punish Patients for Causing Their Illness?« *Liver Transplant*, 7, št. 7 (julij 2001): 600–607) so ugotovili, da je pomemben del javnosti naklonjen upoštevanju posameznikove »odgovornosti« za poslabšanje zdravstvenega stanja pri določanju vrstnega reda zdravljenja.

³⁹ Na omenjeno etično dilemo, povezano s cepilnim statusom, nas je opozoril dr. Sašo Dolenc, za kar se mu avtorji zahvaljujemo.

⁴⁰ Lieber, Dave, »North Texas doctor's group retreats on policy saying vaccination status to be part of care decisions: This would have been a big change in health care, and it was all outlined in a memo obtained by the Watchdog«, *The Dallas Morning News*, dostopano 16. 9. 2021, <https://www.dallasnews.com/news/watchdog/2021/08/19/if-north-texas-runs-out-of-icu-hospital-beds-doctors-can-consider-a-patients-vaccination-2021>.

švicarskem kantonu Bern.⁴¹ Predstavnik obeh posvetovalnih skupin sta kasneje pojasnila, da bi cepilni status potencialno upoštevali »le« pri oceni kliničnih možnosti uspeha zdravljenja in ne kot samostojni kriterij. V Teksasu so pojasnili tudi, da bi to oceno prilagajali v primerih, kadar oseba na razlog, zaradi katerega ni cepljena, ne more vplivati. Gre na primer za primere, ko oseba ni cepljena, ker je nedavno prebolela covid-19 ali pa zaradi kontraindikacije⁴² za cepljenje.⁴³ In vendar, prav upoštevanje razloga, iz katerega oseba ni cepljena, v nasprotju z omenjenimi razlagami strokovnjakov kaže, da bi šlo pri uvajanju kriterija cepilnega statusa za »nagrajevanje« cepljenja kot takega in ne samo večjih možnosti za uspeh.

Ob razpravah o odgovornosti posameznika za svojo bolezen obstaja strah, kaj bi dolgoročno pomenilo razlikovanje ljudi glede njihovih odločitev in življenjskega sloga. Ali bi bili v primeru pomanjkanja zdravil ali zdravstvenega kadra kadilci z rakom na pljučih obravnavani kasneje kot nekadilci, ki zbolijo za isto boleznijo? Bi v primeru, ko je na volje le en aparat, ki posameznika pomaga ohranjati pri življenju, obstajata pa dva poškodovana kolesarja, ki aparat nujno potrebujeta, dobil prednost tisti, ki je nosil čelado? Zaradi tovrstnih zagat se vprašanja o odgovornosti posameznika za bolezen ali poškodbo in vpliv te odgovornosti na odločanje o triaži v smernicah in priporočilih dejansko precej redko pojavljajo.

3. Vrednote javnosti glede ravnanja v primerih kolizije dolžnosti

Na epidemijo se je mogoče učinkovito odzvati, če se med medicinsko stroko, državnimi voditelji in javnostjo vzpostavi ozračje zaupanja in transparentnosti, ki pa ne sme biti slepo, ampak se mora potrjevati in nadgrajevati na osnovi znanstvenih spoznanj in neposrednih izkušenj.⁴⁴

⁴¹ »Triage: First Swiss canton considers prioritising vaccinated people in hospitals«, *The Local*, dostopano 16. 9. 2021, <https://www.thelocal.ch/20210906/first-swiss-canton-considers-prioritising-vaccinated-people-in-hospitals/The-Local>.

⁴² Kontraindikacija pomeni bolezenska znamenja ali okoliščine, ki ne dovoljujejo določenih medicinskih ukrepov (definicija po »Kontraindikacija«, Fran, dostopano 16. 9. 2021, <https://fran.si/iskanje?View=1&Query=kontraindikacija>).

⁴³ Lieber, »North Texas doctor's group«.

⁴⁴ Dolenc, Sašo, »Zaupanje v času pandemije«, dostopano 16. 7. 2021, <https://www.delo.si/mnenja/kolumne/zaupanje-v-casu-pandemije/.n/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>.

Ukrepi, ki jih prebivalci razumejo kot neupravičene ali nepošteno, ne tvegajo le neuspeha, ker jih naslovniki ne bodo spoštovali, pač pa lahko ogrozijo tudi preostala prizadevanja za zajezitev širjenja okužb. Val nezaupanja, ki sledi določenemu ukrepu ali politiki, zmanjšuje motivacijo za upoštevanje drugih pravil, kot so tista o omejevanju stikov ali nošnji mask. Seže pa tudi onkraj odziva na samo pandemijo – tudi ko ta mine, je izgubljeno zaupanje zdravstvenemu sistemu težko povrniti.⁴⁵

Predstavljeno velja tudi za smernice oziroma priporočila glede ravnanja v primerih kolizije dolžnosti, ki morajo zato iskati občutljivo ravnotežje med uživanjem javne podpore in uresničevanjem temeljnih ustavnih vrednot, kot je človekovo dostojanstvo ali načelo enakosti. Z namenom preučiti, kakšna so stališča (slovenske) javnosti o triaži v času pandemije covid-19, smo po vzoru raziskave, ki sta jo leta 2020 izvedla inštitut Maxa Plancka za raziskovanje kriminalitete, varnosti in prava ter Univerza v Leipzigu,⁴⁶ oblikovali spletno anketo. Anketiranci so v reševanje prejeli hipotetične scenarije, povezane s težavnimi odločitvami glede določanja vrstnega reda za zdravljenje pacientov. Njihova naloga je bila, da odločijo, katerega pacienta zdraviti prednostno, kadar sredstev za zdravljenje (naprav za predihavanje) ni dovolj za vse. Izbrali so lahko tudi možnost, naj bo izbor opravljen naključno.

V nadaljevanju izpostavljam izbrane vidike rezultatov ankete in jih primerjamo z izsledki omenjene nemške študije. Pred tem želimo opozoriti, da primerjava terja določeno stopnjo previdnosti. Nemška vprašalnica in slovenski vprašalnik⁴⁷ so vsebovali enake hipotetične primere in vprašanja, vzorca respondentov pa se med državama razlikujeta. Nemška vzorca sta bila reprezentativna po spolu, starosti in prebivališču.

⁴⁵ Auriemma, Catherine L., Ashli M. Molinero, Amy J. Houtrow, Govind Persad, Douglas B. White in Scott D. Halpern, »Eliminating Categorical Exclusion Criteria in Crisis Standards of Care Frameworks«, *The American Journal of Bioethics* 20, št. 7 (maj 2020): 32.

⁴⁶ Universität Leipzig, »Corona Triage: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage«, dostopano 15. 7. 2021, <https://csl.mpg.de/de/forschung/projekte/triage-in-pandemics-a-survey/#downloads-links>.

⁴⁷ Univerza v Leipzigu je v okviru študije opravila dve anketi z različnimi hipotetičnimi scenariji. Prvo so izvedli junija 2020 in vanjo zajeli 1069 izpraševancev, starih med 16 in 70 let s prebivališčem v Nemčiji. Drugo so izvedli oktobra 2021, vzorec je štel 1000 izpraševancev, starih med 16 in 70 let s prebivališčem v Nemčiji. Hipotetični primeri oziroma vprašanja prve in druge nemške ankete so se razlikovali. V anketi, ki smo jo v reševanje predali slovenskim izpraševancem, smo z dovoljenjem Univerze v Leipzigu in Inštituta Maxa Plancka za raziskovanje kriminalitete, varnosti in prava združili hipotetične primere in vprašanja iz obeh anket.

Slovenski vzorec je bil oblikovan na drugačen način. Anketo smo sestavili v spletnem orodju www.1ka.si in jo delili na spletni in Facebook strani Inštituta za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani. Anketo smo člani raziskovalne skupine tudi neposredno pošiljali svojim znanecem, posebej tistim, ki delujejo na področju prava in medicine, skupaj s prošnjo, naj jo izpolnijo. Spletno anketo, ki jo je objavil Inštitut za kriminologijo, je med majem in julijem 2021 rešilo 1164 oseb, starih med 18 in 79 let.

3.1 Legitimnost prednostnih meril

Rezultati ankete kažejo, da izpraševanci za sprejemljivo prednostno merilo štejejo možnosti uspeha zdravljenja. Prost aparat za predihavanje bi 78 odstotkov nemških in 81 odstotkov slovenskih respondentov namenilo pacientu, ki ima večje možnosti za preživetje zdravljenja na intenzivni terapiji (90-odstotna verjetnost preživetja), pred pacientom s pičlimi možnostmi, da bo njegovo zdravljenje uspešno (20-odstotna verjetnost preživetja), ob predpostavki, da ga oba nujno potrebujeta.

Za razliko od številnih dokumentov in smernic etičnih komisij in strokovnih združenj, ki zavračajo starost kot samostojen kriterij izbire, ga respondenti do določene mere razumejo kot legitimnega. Rezultati ankete kažejo, da nemški in slovenski respondenti upoštevajo starost kot samostojen kriterij pri razvrščanju pacientov, kadar si za edino pristo mesto na intenzivni terapiji konkurirata otrok in starostnik s primerljivimi možnostmi preživetja. Petletnika bi prednostno zdravilo 77 odstotkov nemških in 80 odstotkov slovenskih respondentov, osemdesetletnika 2 odstotka tako nemških kot slovenskih respondentov, medtem ko bi 20 odstotkov nemških in 18 odstotkov slovenskih respondentov izbralo naključno. Med tistimi, ki bi prednostno zdravili otroka, bi večina nemških in slovenskih respondentov (75 odstotkov vprašanih) otroka vselej zdravila pred odraslim.

Izpraševanci pa starosti dajejo manjšo težo v primeru, ko si za prost aparat za predihavanje konkurirajo odrasli. Z zmanjševanjem starostne razlike med pacientoma se zmanjšuje tudi delež tistih, ki bi dali prednost mlajšemu; pri starostni razliki desetih let (konkurirata si trideset- in

štiridesetletnik) med respondenti nemške študije ni več prepričljive večine v prid mlajšega pacienta. V slovenski študiji smo anketirance, ki so petletniku dali prednost pred osemdesetletnikom, povprašali, ali bi dali prednost mlajšemu pacientu tudi v primeru, ko za prosto napravo konkurirata: a) šestdeset- in tridesetletnik, b) petdeset- in tridesetletnik, c) štirideset- in tridesetletnik.⁴⁸ Največ podpore je prejel odgovor, naj ima šestdesetletnik prednost pred tridesetletnikom (60 odstotkov odgovorov), medtem ko je možnost »vedno naj ima prednost mlajši pacient« prejela 37 odstotkov glasov.

Več kot polovica nemških (55 odstotkov) in slovenskih izpraševancev (65 odstotkov) bi prednostno zdravila pacienta z (občutno) daljšo pričakovano življenjsko dobo. Izbirali so med pacientoma, ki sta imela enake možnosti za kratkoročno preživetje, vendar pa bi prvi živel še približno pet let, drugi pa trideset let po hospitalizaciji. Naključno bi izbiralo 40 odstotkov nemških respondentov in 33 odstotkov slovenskih. Večina nemških (65 odstotkov) kot tudi slovenskih (63 odstotkov) respondentov pritrjuje izjavi, da bi moral imeti v situaciji, v kateri primanjkuje sredstev za reševanje vseh, dvajsetletnik prednost pred sedemdesetletnikom, ker prvi še ni imel možnosti, da bi izkusil življenje, kot ga je lahko drugi.

Respondenti so pri razvrščanju upoštevali dejstvo, da oseba, ki je bila pripeljana na intenzivno terapijo, skrbi za druge (otroke).⁴⁹ Več kot polovica nemških izpraševancev (60 odstotkov) bi prednostno zdravila mamo dvoletnika in štiriletnice pred osebo, ki otrok nima (ob predpostavki, da imata osebi enake možnosti za preživetje). Naključni izbor bi opravilo 38 odstotkov, medtem ko bi se za osebo, ki otrok nima, odločila 2 odstotka vprašanih. Slovenski respondenti merilo skrbi za drugega podpirajo v nekoliko manjšem deležu: mamo dveh otrok bi prednostno zdravilo 53 odstotkov izpraševancev, medtem ko bi naključni izbor opravilo 45 odstotkov vprašanih.

Tako slovenski kot nemški respondenti so pri razvrščanju pacientov prepričljivo zavrnilo upoštevanje merila relevantnosti osebe za (zdravstveni)

⁴⁸ V slovenski anketi so lahko respondenti pri tem vprašanju izbrali več možnih odgovorov.

⁴⁹ Okoliščina, da je bila v primeru oseba odgovorna za otroka in ne za drugo osebo (npr. skrb za starostnika ali odraslega bolnika), bi utegnila pomembno vplivati na delež oseb, ki so osebi z majhnima otrokoma dali prednost pred osebo brez otrok.

sistem. Če bi prosto napravo za predihavanje potrebovali medicinska sestra, ki opravlja delo na intenzivni negi, in oseba, ki ni zaposlena v zdravstvu, obe pa imata enake možnosti, da bo njuno zdravljenje uspešno, bi 73 odstotkov nemških in 84 odstotkov slovenskih respondentov izbiralo po kriteriju naključja, (le) 25 odstotkov nemških in 15 odstotkov slovenskih izpraševancev bi dalo prednost medicinski sestri.

Okoliščino, da je do okužbe prišlo, ker je oseba kršila ukrepe za zaježitev širitve koronavirusa,⁵⁰ bi pri triaži upoštevalo 58 odstotkov nemških respondentov. Drugače pa je s slovenskimi izpraševanci, ki v 75 odstotkih načina, kako je prišlo do okužbe, ne bi upoštevali.

3.2 Naklonjenost odklopu enega pacienta v korist drugega

Iz odgovorov ni razbrati prevladujočega stališča glede dopustnosti prekinitev zdravljenja pacienta, da bi rešili drugega (t. i. *ex post* konkurence). Respondenti so v reševanje prejeli naslednji hipotetični primer. V bolnišnico pripeljejo pacienta z dobrimi možnostmi za preživetje (90-odstotna verjetnost preživetja), na edini prosti aparat pa je priklopljena oseba, ki ima zaradi slabšega splošnega zdravstvenega stanja le 20-odstotno verjetnost preživetja. Največ, to je 41 odstotkov, nemških respondentov bi prekinilo zdravljenje drugega pacienta, čigar možnosti uspešnega zdravljenja so slabe, 32 odstotkov bi nadaljevalo z njegovim zdravljenjem (kar pomeni, da na napravo ne bi priklopljali prvega pacienta), 27 odstotkov respondentov pa bi odločalo naključno. Pri slovenskih respondentih je drugače,⁵¹ največ respondentov, to je 41 odstotkov, je izbralo možnost, naj zdravstveno osebje nadaljuje z obravnavo pacienta, ki je na napravo že priklopljen, 34 odstotkov bi prekinilo zdravljenje prvega pacienta in na napravo priklopilo pacienta z večjimi možnostmi za preživetje, 25 odstotkov respondentov pa bi izbiro opravilo naključno.

⁵⁰ Oseba ni nosila maske in ni ohranjala priporočene minimalne razdalje do drugih.

⁵¹ Razhajanje med rezultati nemške in slovenske študije pri tem odgovoru bi morda lahko pripisali vzorcu: v slovenskem je bil zajet nereprezentativno velik delež oseb, ki delujejo v zdravstvu, so pravniki ali študenti teh področij: za delujoče v zdravstvu se je opredelilo 26 odstotkov izpraševancev, 40 odstotkov pa jih deluje na pravnem področju.

3.3 Ali dokumenti glede ravnanja v primerih kolizije dolžnosti odražajo vrednote javnosti?

Ugotovimo lahko, da so stališča prebivalcev ubrana z določenimi deli dokumentov in smernic, ki so jih sprejele organizacije v njihovih državah, medtem ko je v drugih primerih javnost naklonjena drugačnim rešitvam. Merilo kliničnih možnosti uspeha zdravljenja, ki so ga kot edino sprejemljivo prednostno merilo opredelila nemška zdravniška združenja,⁵² slovenski in nemški respondenti štejejo za boljše od naključnega dodeljevanja sredstev zdravstvene oskrbe. Do razhajanj pa prihaja pri upoštevanju dodatnih kriterijev, na primer starosti ali družbenih kriterijev. Koledarsko starost, ki jo nemški svet za etiko⁵³, nemška zdravniška združenja (DIVI)⁵⁴ in Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko (KME)⁵⁵ kot merilo odsvetujejo, anketiranci v določenem obsegu razumejo kot upravičeno merilo, predvsem kadar gre za občutno razliko v letih med osebama, ki se potegujeta za isto napravo za predihavanje (otrok – odrasel, starejša oseba, ki je že »izkusila življenje« – mlajša, ki ga še ni mogla). Sodeč po anketi se javnost tudi ne nagiba proti uporabi vseh družbenih kriterijev, ki so jih nemški svet za etiko⁵⁶ in nemška zdravniška združenja⁵⁷ označili za nedopustna. Izpraševancem se zdijo nekatera socialna merila po večini sprejemljiva, druga pa ne: več kot polovica jih je upoštevala skrb za druge (majhne otroke), medtem ko posameznikove vloge v zdravstvenem sistemu večina ne bi upoštevala in bi izbirala po kriteriju naključja. Glede razlikovanja med *ex post* in *ex ante* konkurenco, o kateri razpravljamo v nadaljevanju prispevka, sodeč po rezultatih ankete v javnosti ni jasnega večinskega stališča.

⁵² DIVI, »Entscheidungen«.

⁵³ Deutscher Ethikrat, »Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise 2020: Ad-hoc-Empfehlung«, dostopano 24. 6. 2021, <https://www.ethikrat.org/mitteilungen/mitteilungen/2020/solidaritaet-und-verantwortung-in-der-corona-krise/>.

⁵⁴ DIVI, »Entscheidungen«.

⁵⁵ KME, »Stališče«.

⁵⁶ Deutscher Ethikrat, »Solidarität«.

⁵⁷ DIVI, »Entscheidungen«.

4 Kazenskopravna obravnava izbire

Priporočila etičnih komisij in strokovnih združenj glede ravnanja v primerih kolizije dolžnosti so iz razumljivih razlogov praviloma napisana zadržano in previdno. Merila izbire so praviloma negativno podana, in sicer v smislu, kateri dejavniki naj se ne bi upoštevali pri izbiri. Ko takšna priporočila enkrat obstajajo, pa se zastavlja vprašanje, kako kazenskopravno presoјati ravnanja zdravstvenih delavcev, ki priporočil morebiti ne bi upoštevali.

Ali v primeru, da priporočila odsvetujejo upoštevanje starosti pacienta pri izbiri, zdravstveni delavec, ki to merilo upošteva, ravna protipravno? Vsaj na prvi pogled se zdi, da ne. Poudariti pa je treba, da gre za priporočila, in ne za pravne prepovedi (enako Hörnle⁵⁸). Vendar pa je možen tudi drugačen razmislek: omenjena priporočila niso povsem samonikla in oblikovana po prostem preudarku, temveč temeljijo na pravnem načelu prepovedi diskriminacije.⁵⁹ V tem smislu je mogoče reči, da priporočila naslovnike obveščajo o prepovedi diskriminacije, ki že obstaja tudi kot *pravno* načelo. Zato se zdi smiselno preveriti tudi situacijo, v kateri bi zavzeli stališče, da kršitev priporočil pomeni protipravno ravnanje.

Preverimo torej možnost, da zdravstveni delavec, ki ne upošteva priporočil, ravna protipravno. Ravnati protipravno še ne pomeni biti kriv. V kazenskem pravu so storilci protipravnih ravnanj pod določenimi pogoji lahko ekskulpirani: obstajajo različni instituti, ki lahko v primeru izjemnih okoliščin vodijo v izključitev krivde. V primeru tragičnih odločitev je še zlasti pomemben institut opravičljive skrajne sile (drugi odstavek 32. člena Kazenskega zakonika).⁶⁰ Gre za obliko pravne prizanesljivosti do storilcev, ki ukrepajo v okoliščinah tako imenovanih eksistenčnih stisk: odvrčajo nevarnost za telesno integriteto, svobodo ali življenje ene osebe, vendar s tem posežejo v

⁵⁸ Hörnle, Tatjana, »Dilemmata bei der Zuteilung von Beatmungsgeräten«, Verfassungsblog on matters constitutional, dostopano 17. 9. 2021, <https://verfassungsblog.de/dilemmata-bei-der-zuteilung-von-beatmungsgeraeten/2020>.

⁵⁹ Za to poanto se avtorji zahvaljujemo dr. Alešu Novaku, s katerim smo se posvetovali o pomenu neupoštevanja priporočil za pravno presojo posameznikovega ravnanja.

⁶⁰ Kazenski zakonik (KZ-1). (2012). Uradni list RS (50/12).

enako pomembne dobrine druge osebe. Čeprav so tovrstni posegi v dobrine drugih oseb protipravni, bodo storilci pod določenimi pogoji oproščeni.⁶¹

Uporabo instituta skrajne sile je zlasti v zvezi s tragičnimi izbirami v medicini v slovenskem pravnem prostoru razčlenil Damjan Korošec. Tudi on v tej zvezi vidi manevrski prostor le za tako imenovano opravičljivo skrajno silo, kar bi v našem primeru pomenilo, da bi bilo ravnanje zdravstvenega delavca, ki ne bi upošteval priporočil, protipravno, ne pa nujno krivdno. Ob tem avtor pozove k nadaljnjemu raziskovanju omejitvev te oblike skrajne sile.⁶²

V zvezi s tem je treba poudariti omejitve dveh vrst. Prve so zakonsko urejene in se med pravnimi sistemi nekoliko razlikujejo. Drugih zakonsko besedilo ne omenja, izpeljati pa bi jih bilo mogoče iz ustavnih in splošnih etičnih načel. Med zakonsko urejenimi omejitvami slicevanja na opravičljivo skrajno silo je treba omeniti omejitve, ki jo poznajo v Nemčiji, in sicer, da je ta oblika skrajne sile lahko podana le, če je posameznik odvrčal nevarnost od sebe ali svojih bližnjih. Te omejitve v Sloveniji nimamo, torej ta oblika skrajne sile načeloma pride v poštev tudi za zdravstvene delavce, ki se znajdejo v položaju tragične izbire. V tem smislu je mogoče reči, da bi bila opravičljiva skrajna sila pri nas realna možnost za oprostitev tistih zdravstvenih delavcev, katerih *napačne* odločitve pri tragični izbiri bi bile prepoznane kot protipravne. Možna pa bi bila razprava o nadaljnjih omejitvah sklicevanja na skrajno silo, ki bi jih izpeljali iz ustavnih in splošnih etičnih načel, na primer, da je nedopustno prevzemati vlogo gospodarja nad tujimi življenji – ta vidik se posebej izpostavlja v zvezi z *ex post* konkurencami, ko je eden izmed pacientov že priklopljen na aparaturo in se zastavi vprašanje odklopa, da bi se aparaturo zagotovila pacientu z boljšimi možnostmi preživetja. Ta vidik bomo razčlenili v razdelku 4.2.

⁶¹ Za razčlenitev teh pogojev glej Bavcon, Ljubo, Alenka Šelih, Damjan Korošec, Matjaž Ambrož in Katja Filipič, *Kazensko pravo: splošni del* (Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije, 2013), 299–301.

⁶² Korošec, Damjan, *Medicinsko kazensko pravo* (2. izdaja) (Ljubljana: GV Založba, 2016), 320–325.

4.1 Kako naj bodo smernice odločanja oblikovane?

Klinično-etična priporočila nemških zdravniških združenj klinične možnosti uspeha določajo kot edino sprejemljivo prednostno merilo. Upoštevanje koledarske starosti ali socialnih meril izrecno odsvetujejo.⁶³

Upoštevanje enega samega merila je bistveno lažje od uporabe skupka meril. V zadnjem primeru (več meril, ki jih je treba upoštevati) je treba določiti razmerja med posameznimi merili oziroma njihovo hierarhijo. Odločanje postane še posebno zapleteno takrat, kadar posamezna merila vlečejo vsako v svojo smer, težavno pa je tudi tedaj, kadar so med merili takšna, ki jih je težko natančno kvantificirati (na primer socialna merila, kot je denimo posameznikova koristnost za družbo).

Že zato je omejitev na eno samo merilo razumljiva, vendar pa se zastavlja vprašanje, ali bo eno samo merilo lahko vselej opravilo nalogo oblikovanja izbire v kritični situaciji, ko sredstev primanjkuje. Upoštevati je namreč treba tudi primere konkurence več pacientov s primerljivimi možnostmi preživetja oziroma s primerljivo skupno prognozo,⁶⁴ v teh primerih se kaže potreba po nadaljnjih merilih diferenciranja.

Klinično-etična priporočila strokovnih združenj izrecno odsvetujejo, da bi bilo to merilo starost pacienta ali kakršnakoli socialna merila. Vprašanje pa je, zakaj so se ta merila znašla na prepovedanem seznamu. Vzemimo osebi A in B, ki nujno potrebujeta zdravljenje z medicinsko aparaturo – edino, ki je še na razpolago. Recimo, da medicinsko osebje dodeli aparaturo osebi A, ker je mlajša. S tem so bile osebi B vzete ali močno zmanjšane možnosti preživetja in nemara bi lahko dejali, da je bila kršena njena pravica do življenja. Toda opozarjanje na pravico do življenja nas pripelje v začarani krog, kajti pravico do življenja ima tudi oseba B – to je navsezadnje bistvo tragičnih izbir, značilnih za kolizijo dolžnosti. V tej zvezi se zato namesto na pravico do življenja pogosto opozarja na koncept človekovega dostojanstva (tako tudi priporočilo nemškega sveta za etiko⁶⁵), ki ima tako v Nemčiji kot pri nas ustavni rang. Bi lahko trdili, da je dajanje prednosti osebi A, ker je mlajša, kršitev dostojanstva osebe B?

⁶³ DIVI, »Entscheidungen«.

⁶⁴ Hörnle, »Dilemmata«.

⁶⁵ Glej Deutscher Ethikrat, »Solidarität«.

Za ustavnopravni koncept človekovega dostojanstva je značilno dvoje: gre za težkokategorijski pravni argument, ki ima moč hitro ustaviti nadaljnjo diskusijo, hkrati pa je vsebinsko razmeroma odprt – splošno soglasje o tem, kaj natanko koncept človekovega dostojanstva pomeni oziroma zagotavlja, ne obstaja. Formalno gledano gre zlasti za dilemo, ali je treba na človekovo dostojanstvo gledati kot na človekovo pravico, splet pravic, vir pravic ali etični ideal, ki uživa tudi določeno pravno varstvo.⁶⁶ Z vidika vsebine pa gre za vprašanje, katera ravnanja oziroma posegi v posameznikovo področje kršijo njegovo dostojanstvo. Nemško ustavno sodišče se je odpovedalo temu, da bi razvilo splošno definicijo človekovega dostojanstva, namesto tega raje razsoja od primera do primera.⁶⁷

Ključno vprašanje je torej, ali bi bilo dostojanstvo ene osebe prizadeto, če bi bilo zdravljenje z napravo dodeljeno drugi osebi, ker je mlajša. Odgovor bi bil nesporno pritrdilen, kadar bi se posamezniku ali skupini ljudi na splošno sporočilo, da so njihova življenja manj pomembna ali celo da niso vredni reševanja. Toda – ali tragična izbira, pri kateri se da prednost mlajši osebi, to zares sporoča? Ali se v nerešljivi stiski zaradi pomanjkanja naprav in ob primerljivih kliničnih prognozah res ne sme iskati dodatnih, racionalno utemeljivih meril izbire? Ali vsak tovrstni poskus nujno pomeni kršitev človekovega dostojanstva?

Avtorji, ki poskušajo koncept človekovega dostojanstva razumeti ozko,⁶⁸ opozarjajo, da v nerešljivih stiskah dajanje prednosti enemu ne pomeni nujno kršitve dostojanstva drugega, če izbira temelji na vnaprejšnjih in racionalno utemeljivih merilih.⁶⁹ Dejstvo pa je, da smo kot družba na tovrstne razprave o prednostnih merilih izjemno občutljivi; marsikdo jih razume kot grobo kršitev občutljivih tabujev. V negotovih

⁶⁶ Hilgendorf, Eric, »Problem areas in the dignity debate and ensemble theory of human dignity«, v *Human dignity in context: Explorations of a contested concept*, ur. Dieter Grimm, Alexandra Kemmerer in Cristoph Mölster (Baden-Baden: Nomos, 2018), 326, 333.

⁶⁷ BVerfGE 30, 1 (25).

⁶⁸ Kot kontrapunkt megljenim moralno-političnim sklicem na človekovo dostojanstvo, ki jih zaznamuje težnja številne dileme sodobne družbe (od raziskovanja matičnih celic prek nadomestnega materinstva do sestrelitve ugrabljenih letal) reševati z opozorili na človekovo dostojanstvo, je treba opozoriti na dva poskusa ozkega razumevanja človekovega dostojanstva: Hilgendorf, »Problem« in Hörnle, Tatjana, »How to define human dignity, and the resulting implications for biotechnology«, v *Human dignity in context: Explorations of a contested concept*, ur. Dieter Grimm, Alexandra Kemmerer in Cristoph Mölster (Baden-Baden: Nomos, 2018).

⁶⁹ Hörnle, »Dilemmata«.

razmerah, ki jih ustvarjajo pandemije, razprave o prednostnih merilih, kot so starost in druga socialna merila, ustvarjajo strahove, zato marsikdo te razprave šteje za žaljive.⁷⁰ Hitro se budijo tudi asociacije na nacistične evtanazijske programe, strašljive besedne zveze o življenju, nevrednem življenja, in podobno. Četudi torej argument človekovega dostojanstva ne bi smel vnaprej preprečiti vsakršne razprave o merilih izbire pri tragičnih dilemah, je zadržanost na tem področju, ki jo priporočajo nemška klinično-etična priporočila strokovnih združenj, socialnopsihološko razumljiva.

4.2 Problematika *ex post* konkurence

Eno ključnih vprašanj pri reševanju problema kolizije dolžnosti je, ali *ex ante* konkurenco (dva pacienta potrebujeta priklop na napravo, na voljo pa je ena prosta naprava) presojeti enako kot *ex post* konkurenco (dva pacienta potrebujeta napravo, eden izmed njiju pa je na napravo že priklopljen). Nemški svet za etiko meni, da je *ex post* konkurenco treba presojeti drugače kot *ex ante* konkurenco, priporočila nemških strokovnih združenj pa obe obravnavajo enako.

V kazenskopравни literaturi je vprašanje izključitve protipravnosti pri *ex post* konkurenci izjemno sporno. Do razlik v stališčih prihaja zlasti zato, ker obstajajo različni pogledi na to, kaj pomeni odklop naprave, ki vzdržuje posameznikovo življenje.⁷¹ Po eni interpretaciji pomeni odklop naprave samo *opustitev nadaljnjega zdravljenja*, po drugi pa gre za *aktivno usmrnitev tistega*, ki se mu naprava izklaplja.

Mnogo ljudi ima občutek, da je pasivno dopustiti smrt manj zavržno kot nekoga aktivno usmrtiti. Tovrstne razlage se včasih zatekajo k prisposodobam, kot je naslednja: da nekoga potisneš v deročo reko, je treba zbrati več *kriminalne energije*, kot da nekoga iz deroče reke ne rešiš.⁷² O tezi, da je dopustitev tega, da neka posledica nastopi, manj zavržna kot to, da neko posledico aktivno povzročimo, se obširno razpravlja v

⁷⁰ Ibidem.

⁷¹ Roxin, Claus, *Strafrecht – Allgemeiner Teil I (Grundlagen, Aufbau der Verbrechenlehre)* (München: Verlag C. H. Beck, 2003), 664–667.

⁷² Ambrož, Matjaž, *Kaznivo dejanje in njegove vrednostne prvine* (Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti, 2014), 130.

moralni filozofiji, ko se obravnava razlika med povzročanjem in dovoljevanjem škode (*doing harm vs. allowing harm*).⁷³

Problem se je pokazal kot aktualen na področju priporočil za obvladovanje etičnih konfliktov pri obravnavi pacientov s covidom-19. Nemški svet za etiko se je izrecno postavil na stališče, da je *ex ante* konkurenco treba presojeti drugače kot *ex post* konkurenco.⁷⁴ V prvem primeru pacienti, ki jim zdravstveno osebje ne pomaga, niso »ubiti«, temveč le »niso rešeni«. Ker ni mogoče rešiti vseh pacientov, zdravstveni delavci ravnajo v skladu s pravom, upoštevajoč načelo, da od nikogar ni mogoče zahtevati nemogočega. V drugem primeru pa svet za etiko pojasnjuje, da izklop naprave pacientu, da bi bila na voljo drugemu pacientu, ne more biti v skladu s pravom, hkrati pa opozarja na možnost ekskulpacije (izključitve krivde) zdravstvenega delavca, ki bi se v mejnih primerih in z moralno prepričljivimi razlogi odločil za odklop naprave, da bi jo dobila v uporabo druga oseba.

Zastavlja se vprašanje, ali je fenomenološka razlika med opustitvijo in storitvijo, med nepriklopom na napravo in odklopom z naprave, res tako pomembna, da upravičuje bistveno različno normativno presojo obeh položajev. Po naši oceni se v tem kontekstu strukturnim razlikam med opustitvami in storitvami pripisuje prevelik pomen. Le s formalnim poudarjanjem, da je eno opustitev, nekaj povsem drugega pa storitev, različnih pravnih posledic ni mogoče prepričljivo utemeljiti.

V čem sta si opustitev in storitev pravzaprav tako različni? Lahko bi dejali, da pri eni pustimo, da gredo stvari svojo pot, pri drugi pa se v dogajanje aktivno vpletemo in ga poskušamo usmerjati. Da je drugo bolj problematično, se utemeljuje s svarili, naj človek ne prevzema vloge boga, naj ne posega v usodo itd. Eno izmed različic teh svaril, namreč, naj človek ne prevzema vloge boga, je v slovenski literaturi obdelal Damjan Korošec.⁷⁵ Meni sicer, da fraza zveni patetično, vendar se ji zaradi nazornosti in uveljavljenosti ne odpoveduje. Bistvo prepovedi prevzemanja vloge boga je, naj se oseba, ki sama ni izpostavljena navarnosti, ne postavi

⁷³ Woollard, Fiona in Frances Howard-Snyder, »Doing vs. allowing harm«, Stanford Encyclopedia of Philosophy, dostopano 16. 9. 2021, <https://plato.stanford.edu/entries/doing-allowing> 2016.

⁷⁴ Deutscher Ethikrat, »Solidarität«, 4.

⁷⁵ Korošec, *Medicinsko kazensko pravo*, 322–323.

v vlogo gospodarja nad tujimi življenji in naj si ne jemlje pravice pogubiti eno človeško življenje, da bi rešila drugo. Korošec⁷⁶ problematiko sicer ponazori z *ex post* konkurenco dveh pacientov za aparat za zunanji krvni obtok, pri čemer gre seveda za smiselno enako dilemo kot pri napravah za umetno predihavanje. Avtor preveri tudi možnost, da bi tovrstne primere *ex post* konkurenc razglasili za etično tako zahtevne, da jim pravna presoja ni več kos (ideja o tako imenovanem prava prostem prostoru⁷⁷), zato je treba posamezniku prepustiti, naj se odloči po svoji vesti. To možnost Korošec zavrne in ocenjuje, da nekaj možnosti za opravičljivo skrajno silo pri *ex post* konkurencah vendarle ostaja – na tem mestu slovenske avtorje poziva k nadaljnji obravnavi teh vprašanj.⁷⁸

Svarilo, naj človek ne prevzema vloge boga oziroma naj ne posega v usodo, je po našem mnenju smiselno ob predpostavki, da je v ozadju vsega, kar se zgodi, pravičen in smiseln načrt, ki se mu človek ne sme postavljati po robu ali ga poskušati spremeniti (enako Hörnle⁷⁹). Toda to je metafizična predpostavka, ki jo lahko sprejemamo ali tudi ne. V vsakem primeru pa je jasno, da smo pri spoštovanju svarila, naj človek aktivno ne posega v tok usode, različno dosledni: velik del tega, kar človek počne, je usmerjenega v aktivno preoblikovanje naših danosti. Razmejitev med še sprejemljivim in nedopustnim poseganjem v usodo je nujno arbitrarna, kar se izrazi zlasti takrat, ko je treba razdeliti sredstva, ki so omejena. Vzemimo komisije, ki morajo odločiti, katerim izmed pacientov, ki bi jim zdravljenje z nekim dragim zdravilom lahko podaljšalo življenje, bo astronomsko ceno zdravlila plačalo zdravstveno zavarovanje. Mar ne bi bilo tudi za te mogoče reči, da prevzemajo vlogo boga oziroma usode?

Temu je treba dodati, da je tudi sama razvrstitev nekega ravnanja med *storitve* ali *opustitve* lahko precej arbitrarna oziroma odvisna od naključnih okoliščin. Ali naj pri vrednotenju izklopa medicinske aparature, ki ohranja življenje, pretehta pritisk na gumb (ki je tehnično gledano aktivno ravnanje)

⁷⁶ Ibidem, 322.

⁷⁷ Analiza ideje Arthurga Kaufmanna o prava prostem prostoru je v slovenski literaturi na voljo v Ambrož, *Kaznivo dejanje*, 84–89.

⁷⁸ Korošec, *Medicinsko kazensko pravo*, 323.

⁷⁹ Hörnle, »Dilemmata«.

ali pa okoliščina, da od tega trenutka dalje ohranjanje pri življenju ni več nudeno (tehnično gledano opustitev)? Nadalje si je, vsaj hipotetično, mogoče predstavljati različne konstrukcijske izpeljave medicinskih aparatov: take, ki delujejo, dokler jih ne izklopiš, in take, ki po določenem času zahtevajo pritisk na gumb, da se ne ustavijo.⁸⁰ Ob tem se pojavlja naslednji pomislek: saj vendar ne more biti od tehnične izvedbe aparature odvisno radikalno drugačno pravno ovrednotenje nekega ravnanja.

Na podlagi zapisanega menimo, da delitev na opustitve in storitve ni zadosten argument za bistveno različno pravno obravnavo *ex ante* in *ex post* konkurence, vendarle pa se strinjamo z oceno nemškega sveta za etiko, da pri *ex post* konkurencah odklop na napravo že priklopljenega pacienta praviloma ne more biti v skladu s pravom, če bi ga utemeljevali samo z utilitarističnim tehtanjem. K temu sklepu nas niso vodile razlike med storitvami in opustitvami, temveč predvsem načelo pravne varnosti. Podobno kot pri pravnih institutih pravnomočnosti ali zastaranja je tudi tu pomembno, da se odločanje na neki stopnji konča, prizadeti pa se lahko zanesejo na stanje, kakršno je. Zavest, da lahko posameznika v skladu s pravom v vsakem trenutku odklopijo z naprave, če se pojavi oseba, ki napravo bodisi bolj potrebuje bodisi ima boljše možnosti ozdravljenja, bi bila za paciente močno obremenjujoča, nadvse težavna pa bi bila tudi za zdravstveno osebje, saj bi bila vsaka razdelitev naprav le začasna, dokler se s prihodom novega pacienta karte ne premešajo na novo. Možnost zaupanja, da že začeto zdravljenje z napravo ne bo nepričakovano prekinjeno, je po našem mnenju sama zase tako pomembna dobrina, da prevlada nad utilitarnimi premisleki o tem, da bi *konkurenčni* pacient ob sprostitvi naprave morebiti imel boljše možnosti preživetja. Kljub izjemnemu pomenu zaupanja v to, da že začeto zdravljenje z napravo ne bo nepričakovano prekinjeno, pa prepovedi odklopa z naprave ne bi smeli absolutizirati. Kjer razvoj dogodkov pokaže, da od zdravljenja z napravo zanesljivo ni več mogoče pričakovati uspeha, bi bilo vztrajanje pri absolutni prepovedi prekinitve zdravljenja

⁸⁰ Roxin, *Strafrecht – Allgemeiner Teil II (Besondere Erscheinungsformen der Straftat)* (München: Verlag C. H. Beck, 2003), 665.

nesmiselno. Takšno stališče so zavzeli Komisija RS za medicinsko etiko⁸¹ in avtorji smernic Univerze v Pittsburghu.^{82, 83}

5 Sklep

V prispevku smo opozorili na zapletena pravna in etična vprašanja, ki jih porajajo kolizije dolžnosti, do katerih pride zaradi resne preobremenitve zdravstvenega sistema. Problem izbire, o katerem različne etične šole že dolgo razpravljajo, morajo zdravstveni delavci reševati pod časovnim pritiskom in v stresnih okoliščinah.⁸⁴ Pri tem so jim lahko v veliko pomoč vnaprej pripravljene smernice in priporočila.

Priporočila za ravnanje zdravstvenih delavcev v času pandemije koristijo tudi pacientom, njihovim bližnjim in širši javnosti. Oblikovanje dobro premišljenih, transparentnih in, kolikor je mogoče, enotnih kriterijev za odločanje v situacijah, v katerih si nasproti stojijo človeška življenja, prispeva k izboljšanju družbene povezanosti in zaupanju v medicinske postopke. Predvidljivo ravnanje zdravstvenega osebja v situacijah tragičnih izbir blaži tudi tesnobo pacienta v sicer nepredvidljivem času epidemije. Pomirjujoč učinek namreč izhaja že iz samega vedenja pacienta, da bo obravnavan nediskriminatorno in po legitimnih, skrbno sprejetih etičnih in pravnih kriterijih.

Priporočila pomenijo izziv za kazenskopravno obravnavo kolizij enakovrednih dolžnosti. Da bi bilo posameznikovo ravnanje v skladu s pravom, je po tradicionalnem stališču zadoščala izpolnitev ene izmed konkurirajočih dolžnosti, razlogov za izbiro pa ni bilo treba preverjati. Priporočila, kako je treba izbirati (oziroma kako se ne sme izbirati), lahko to stališče omajejo. Res je, da gre le za priporočila (in ne za pravna pravila), toda pokazali smo, da določen vpliv na pravno presojo

⁸¹ KME, »Stališče«.

⁸² University of Pittsburgh, Department of Critical Care Medicine, »Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency«, dostopano 29. 6. 2021, https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy_2020_04_15.pdf.

⁸³ Oba dokumenta odločitve o prekinitvi zdravljenja poverjata konziliju.

⁸⁴ Obstajajo zamisli, da bi lahko težko psihično breme z zdravstvenih delavcev prevailili na umetno inteligenco. Ta pot pa ni brez pasti. Glej Briški, Lora, Matjaž Ambrož, Renata Salecl, »Koga reševati v času pandemije? Etični in kazenskopravni vidiki triaže«, *Revija za kriminalistiko in kriminologijo* 71, št. 3 (september 2020), 192.

vendarle lahko imajo. Sami pomen priporočil razumemo predvsem kot pomoč odločevalcem in ne kot instrument za kriminalizacijo njihovih odločitev. Za posameznega zdravnika je bistveno lažje, če lahko ravna po smernicah, kot če se odloča spontano in nato v času po odločitvi retrospektivno preizprašuje pravilnost svoje odločitve. Preverili smo tudi možnosti in meje sklicevanja na skrajno silo tistih odločevalcev, ki priporočil zavestno ne bi upoštevali, hkrati pa bi za svojo odločitev ponudili moralno relevantne razloge.

Vsebinska priporočila, kako ravnati v situacijah tragične izbire, je vselej delikatna in sporna. Ne samo da prihaja do konfliktov v stališčih različnih etičnih šol, zastavlja se tudi vprašanje, ali naj bodo priporočila oblikovana le negativno (katera merila se ne smejo upoštevati) ali pa naj vsebujejo tudi pozitivne napotke. V drugem primeru se zastavlja vprašanje, ali naj ponudijo eno ali več meril, ki jih je pri odločanju treba upoštevati. Kot smo pokazali, so možne situacije, ko eno samo merilo (na primer možnosti uspeha zdravljenja) ne bo dovolj in bo potrebno nadaljnje, podrobnejše določanje. Prikazali smo tudi, katerim od možnih meril za razvrščanje pacientov sta naklonjeni slovenska in nemška javnost, katere kriterije zavračata in glede katerih ni mogoče razbrati večinskega stališča. Ugotovili smo, da pretežni del javnosti merilo kliničnih možnosti uspeha zdravljenja šteje za pravično in utemeljeno. Upoštevanje kronološke starosti pacienta, ki v strokovnih krogih sproža polemične odvzive, nezanemarljiv del javnosti podpira, dokler je med osebama, ki konkurirata za mesto na intenzivni terapiji, večja starostna razlika (zlasti kadar je eden od kandidatov za prosto napravo za predihavanje otrok). Z zmanjševanjem starostne razlike med kandidati se zmanjšuje delež tistih, ki bi prednostno obravnavali mlajšega pacienta. Več kot polovica respondentov bi pri razvrščanju pacientov upoštevala okoliščino, da je oseba odgovorna za skrb mlajših otrok. Takšnega stališča pa javnost ne goji do vseh družbenih meril. Velika večina izpraševancev pri triaži ne bi upoštevala okoliščine, da je oseba zaposlena na intenzivnem oddelku bolnišnice. Podobno so se slovenski respondenti odločili tudi glede okoliščine, da se je oseba okužila zaradi neupoštevanja ukrepov za zajezitev širitve koronavirusa, medtem ko je večina

nemških respondentov to okoliščino upoštevala pri presoji, komu nameniti prosto napravo za predihavanje.

Poseben izziv za etično in kazenskopravno presojno je razlikovanje tako imenovane *ex ante* in *ex post* konkurence. V zvezi s tem smo kritično ovrednotili tradicionalni pogled, v skladu s katerim storitve (odklop z naprave) zahtevajo bistveno drugačno normativno ovrednotenje kot opustitve (nepriklop na napravo). Kritičnemu premisleku smo izpostavili tudi pogosto premalo reflektirana gesla, kot je denimo tisto, naj človek ne posega v usodo. Opozorili smo na velik pomen zaupanja v to, da že začeto zdravljenje z napravo ne bo nepričakovano prekinjeno, kar po našem mnenju vendarle upravičuje različno obravnavo *ex post* in *ex ante* konkurence. Stališče, naj se v že začeto zdravljenje ne posega, je zavzel tudi največji delež izpraševancev slovenske ankete, ki pa ni presegel polovice vprašanih.

Po tem, ko so državne agencije odobrile cepivo proti bolezni, ki jo povzroča virus covid-19, je tako v Evropi kot v Združenih državah Amerike razprava o vrstnem redu zdravstvene obravnave v času pandemije zaživela v novem kontekstu. Podobno kot predstavljena merila razporejanja v vrstni red za zdravljenje na intenzivni terapiji niso bili nesporni niti kriteriji, kdo (prej) dobi cepivo, ki ga v začetnem obdobju ni bilo dovolj za vse, ki so si ga želeli. Države so cepivo praviloma prednostno delile starejšim in rizičnim skupinam ter nekaterim poklicnim skupinam. Posebej glede slednjih niti v slovenski javnosti niti med oblikovalci politik ni bilo konsenza, na kar je poleg kritik kazalo tudi spreminjanje strategije s strani pristojnih.⁸⁵

Etične dileme zahodnega sveta glede tega, koga cepiti (prej), so uto-nile v pozabo precej hitreje, kot smo si morda predstavljali.⁸⁶ V posameznih državah, tudi v Sloveniji, je nezaupanje do cepiv določen delež

⁸⁵ O »velikem etičnem zdrsu naše [slovenske, op. a.] družbe« razpravlja denimo Dolenc, »Zaupanje v času pandemije«, dostopano 16. 7. 2021, <https://www.delo.si/mnenja/kolumne/zaupanje-v-casu-pandemije/.n/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf> 2021.

⁸⁶ Vprašanja, kako pravično deliti omejene količine cepiva, pa ostajajo še kako aktualna na svetovni ravni. Nekatere manj razvite države še vedno čakajo na prve odmerke cepiva, v drugih cepiv primanjkuje. Svetovna zdravstvena organizacija je zato avgusta 2021 pozvala k moratoriju za pozitivni odmerek cepiva in k preusmeritvi odmerkov cepiva v države z nižjimi prihodki («WHO poziva k moratoriju za pozitivni odmerek cepiva; EU odobril nakup do 200 milijonov odmerkov cepiva Novavax», dostopano 17. 9. 2021, <https://www.rtvsllo.si/zdravje/novi-koronavirus/who-poziva-k-moratoriju-za-pozitivni-odmerek-cepiva/589794>).

prebivalstva odvrnilo od cepljenja. Ko je v četrtem valu pandemije znova začelo naraščati število okuženih in hospitaliziranih s covidom-19, pa se je spet pojavil strah pred tem, da se bodo mesta v bolnišnicah prehitro zapolnila in da bodo neizbežne odločitve, komu izmed več pomoči potrebnih omogočiti zdravstveno oskrbo. Opisane razmere so rodile idejo, omenjeno v prispevku, da bi lahko v skrajnem primeru kot eno izmed dodatnih meril razvrščanja pacientov v vrstni red za zdravljenje upoštevali tudi posameznikov cepilni status. Toda, kot smo že opozorili, je razvrščanje ljudi glede življenjskega stila oz. individualnih odločitev v zdravstvu izjemno problematično. Na mestu so tudi opozorila, da postane ob odsotnosti znanstvenih dokazov, da imajo cepljene osebe, ki zbolijo za hujšo obliko bolezni, več možnosti za preživetje, funkcija takšnega pravila predvsem kaznovalna. Harald Schmidt⁸⁷ nadalje opozarja, da omenjeni kriterij, ki na prvi pogled deluje povsem medicinski, lahko poslabša položaj članov deprivilegiranih skupin, med katerimi je delež cepljenih manjši. Razlogi za to so različni, med drugim tudi slabše možnosti prevoza ali pomanjkanje zaupanja v medicinsko stroko. Še dodatno pa zoper takšno rešitev govori obstoj drugačnih rešitev, ki ne kaznujejo z odrekanjem zdravstvene oskrbe: spodbujanje prebivalcev k cepljenju ali uvedba splošnega obveznega cepljenja.

Literatura

- Ambrož, Matjaž. *Kaznivo dejanje in njegove vrednostne prvine*. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti, 2007.
- Ambrož, Matjaž. *Storilstvo in udeležba v kazenskem pravu*. Ljubljana: GV Založba, 2014.
- Auriemma, Catherine L., Ashli M. Molinero, Amy J. Houtrow, Govind Persad, Douglas B. White in Scott D. Halpern. »Eliminating Categorical Exclusion Criteria in Crisis Standards of Care Frameworks.« *The American Journal of Bioethics* 20, št. 7 (Maj 2020): 28–36. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1764141>.
- Bagenstos, Samuel. »Who Gets the Ventilator? Disability Discrimination

⁸⁷ Lieber, »North Texas doctor's group«.

- in COVID-19 Medical-Rationing Protocols.« *Yale Law Journal Forum*, 130 (Maj 2020): 1–25.
- Bavcon, Ljubo, Alenka Šelih, Damjan Korošec, Matjaž Ambrož in Katja Filipčič. *Kazensko pravo: splošni del*. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije, 2013.
- Briški, Lora, Matjaž Ambrož in Renata Salecl. »Koga reševati v času pandemije? Etični in kazenskopravni vidiki triaže.« *Revija za kriminalistiko in kriminologijo* 71, št. 3 (september 2020), 183–193.
- BVerfGE 30, 1 (25). Zvezno ustavno sodišče Zvezne Republike Nemčije (1970). <https://www.servat.unibe.ch/dfr/bv030001.html>
- CotičAnderle, Majda. »Triaža – krizni menedžment urgentnih oddelkov.« Dostopano 16. 9. 2021. https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/213C.pdf.
- Daniels, Norman. »Justice, resource allocation, and emergency preparedness: Issues regarding stockpiling.« V *Emergency ethics: Public health preparedness and response*, ur. Bruce Jennings, John D. Arras, Drue H. Barrett in Barbara A. Ellis, 104–154. Oxford: Oxford University Press, 2016.
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin [DIVI]. »Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie: Klinisch-ethische Empfehlungen (Version 2).« Dostopano 24. 6. 2021. <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19-dokumente/covid-19-ethik-empfehlung-v2>.
- Deutscher Ethikrat. »Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise 2020: Ad-hoc-Empfehlung.« Dostopano 24. 6. 2021. <https://www.ethikrat.org/mitteilungen/mitteilungen/2020/solidaritaet-und-verantwortung-in-der-corona-krise/>.
- Dolenc, Sašo, »Etične dileme cepljenja: ‚Iz načina, kako se družba loti razdeljevanja redke dobrine, lahko izvemo veliko o njeni etični ozaveščenosti.‘« Dostopano 16. 7. 2021. <https://kvarkadabra.net/2021/04/eticne-dileme-cepljenja/>.
- Dolenc, Sašo, »Zaupanje v času pandemije.« Dostopano 16. 7. 2021. <https://www.delo.si/mnenja/kolumne/>

- zaupanje-v-casu-pandemije/.n/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf.
- Fran. (2021). Kontraindikacija. Dostopano 16. 9. 2021. <https://fran.si/iskanje?View=1&Query=kontraindikacija>.
- Greenacre, Matthew in Katherine Fleshner. »Distributive justice in disaster triage: Utilitarianism competes with egalitarianism, autonomy, and the physician-patient relationship.« *Trauma and Disaster Medicine* 86, št. 1 (Avgust 2017): 35–37.
- Hilgendorf, Eric. »Problem areas in the dignity debate and ensemble theory of human dignity.« V *Human dignity in context: Explorations of a contested concept*, ur. Dieter Grimm, Alexandra Kemmerer in Cristoph Mölster, 325–343. Baden-Baden: Nomos, 2018.
- Hörnle, Tatjana. »How to define human dignity, and the resulting implications for biotechnology.« V *Human dignity in context: Explorations of a contested concept*, ur. Dieter Grimm, Alexandra Kemmerer in Cristoph Mölster, 561–581. Baden-Baden: Nomos, 2018.
- Hörnle, Tatjana. »Dilemmata bei der Zuteilung von Beatmungsgeräten.« Verfassungsblog on matters constitutional. Dostopano 17. 9. 2021. <https://verfassungsblog.de/dilemmata-bei-der-zuteilung-von-beatmungsgeraeten/2020>.
- Hübner, Joachim, Denis M. Schewe, Alexander Katalinic in Fabian S. Frielitz. »Rechtsfragen der Ressourcenzuteilung in der COVID-19-Pandemie – Zwischen Utilitarismus und Lebenswertindifferenz.« *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 145, št. 10 (April 2020): 687–692.
- Jäger, Christian in Johannes Gründel. »Zur Notwendigkeit einer Neuorientierung bei der Beurteilung der rechtfertigenden Pflichtenkollision im Angesicht der Corona-Triage.« *Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik*, 15, št. 4 (2020): 151–163.
- Kazenski zakonik (KZ-1). (2012). *Uradni list RS*, št. 50/12.
- Kilner, John F. *Who lives? Who dies? Ethical criteria in patient selection*. New Haven, London: Yale University Press, 1990.
- Kipnis, Ken. »Triage and Ethics,« *Medicine and Society* 4, št. 1 (Januar 2002).

- Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko [KME]. »Stališče Komisije RS za medicinsko etiko o odločanju zdravnikov v zvezi z vključevanjem respiratorjev v zdravljenje hudo prizadetih bolnikov z boleznijo, povzročeno z virusom SARS-CoV2.« Dostopano 16. 9. 2021. <http://www.varuh-rs.si/fileadmin/Koronavirus/Stalisce-KME-o-odlocanju-zdravnikov-v-zvezi-z-vkljucevanjem-respiratorje....pdf>
- Korošec, Damjan. *Medicinsko kazensko pravo* (2. izdaja). Ljubljana: GV Založba, 2016.
- Lieber, Dave. »North Texas doctor's group retreats on policy saying vaccination status to be part of care decisions: This would have been a big change in health care, and it was all outlined in a memo obtained by the Watchdog.« *The Dallas Morning News*. Dostopano 16. 9. 2021. <https://www.dallasnews.com/news/watchdog/2021/08/19/if-north-texas-runs-out-of-icu-hospital-beds-doctors-can-consider-a-patients-vaccination-status/?fbclid=IwAR0aLzjeMaBS12kL48utVEaW9tXME5wH-7TUQUzc-gpXyxZ2yD-gw31UbnY>.
- Lübbe, Weyma. »Corona triage: A commentary on the triage recommendations by Italian SIAARTI medicals regarding the corona crisis.« Dostopano 16. 9. 2021. <https://verfassungsblog.de/corona-triage-2>.
- Maves, Ryan C., James Downar, Ryan C. Maves, James Downar, Jeffrey R. Dichter, John L. Hick, Asha Devereaux, James A. Geiling, Niranjana Kissoon, Nathaniel Hupert, Alexander S. Niven, Mary A. King, Lewis L. Rubinson, Dan Hanfling, James G. Hodge Jr., Mary Faith Marshall, Katherine Fischkoff, Laura E. Evans, Mark R. Tonelli, Randy S. Wax, Gilbert Seda, John S. Parrish, Robert D. Truog, Charles L. Sprung, Michael D. Christian. »Triage of Scarce Critical Care Resources in COVID-19 An Implementation Guide for Regional Allocation An Expert Panel Report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians.« *Critical Care: Special Features* 158, št. 1 (Julij 2020): 212–225.
- Prestor, Jože. »Pomen triaže in izvajanje primarne triaže v primeru izrednih dogodkov.« V *Urgentna medicina – izbrana poglavja: zbornik predavanj*, ur. Marko Gričar in Rajko Vajd, 150–155. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.

- Rönnau, Thomas in Kilian Wegner. »Grundwissen – Strafrecht.« *Die Juristische Schulung*, št. 5 (2020).
- Roxin, Claus. *Strafrecht – Allgemeiner Teil II (Besondere Erscheinungsformen der Straftat)*. München: Verlag C. H. Beck, 2003.
- Roxin, Claus. *Strafrecht – Allgemeiner Teil I (Grundlagen, Aufbau der Verbrechenslehre)*. München: Verlag C. H. Beck, 2006.
- Salecl, Renata. »Koronakapitalizem ali koliko je vredno življenje: Koga priključiti na respirator, če je bolnikov več kot naprav? Direktorja, ki ga podjetje nujno potrebuje, ali samohranilca treh otrok?« Dostopano 16. 9. 2021. <https://www.delo.si/sobotna-priloga/koronakapitalizem-ali-koliko-je-vredno-zivljenje-297748.html#>.
- Savulescu, Julian, Ingmar Persson, Dominic Wilkinson. »Utilitarianism and the pandemic.« *Bioethics* 34, št. 6 (Maj 2020): 620–632.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW]. (2020a). Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit. Pridobljeno na https://www.samw.ch/dam/jcr:4c30e233-6357-4b1a-98fa-27323db77ccc/richtlinien_v2_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit_20200324.pdf
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW]. (2020b). »Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit (aktualisierte Version 3.1 vom 17. Dezember 2020).« Dostopano 28. 6. 2020. <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin.html>.
- SIAARTI. »Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances.« Dostopano 18. 7. 2020. <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf2020>.
- »Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah.« Dostopano 16. 9. 2021. <https://www.szd.si/wp-content/uploads/2018/11/szd-uzvn-mrmi-smernice-za-delovanje-sistema-nmp-ob-mnozicnih-nesrecah.pdf>.

- Stefanini, Angelo. »Editorial: Ethics in health care priority-setting: a north–south double standard?« *Tropical Medicine & International Health*, 4, št. 11 (Januar 2002): 709.
- Svetovno zdravniško združenje. *Priročnik zdravniške etike*. Maribor: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, 2016.
- »Triage.« Merriam-Webster Online Dictionary. Dostopano 17. 9. 2021. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/triage>
- »Triage: First Swiss canton considers prioritising vaccinated people in hospitals.« *The Local*. Dostopano 16. 9. 2021. <https://www.thelocal.ch/20210906/first-swiss-canton-considers-prioritising-vaccinated-people-in-hospitals/The Local>.
- Ubel, Peter A., Christopher Jepson, Jonathan Baron, Tara Mohr, Stacy McMorrow in David A. Asch. »Allocation of Transplantable Organs: Do People Want to Punish Patients for Causing Their Illness?« *Liver Transplant*, 7, št. 7 (Julij 2001): 600–607.
- Universität Leipzig. »Corona Triage: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage.« Dostopano 15. 7. 2021. <https://csl.mpg.de/de/forschung/projekte/triage-in-pandemics-a-survey/#downloads-links>.
- University of Pittsburgh. »Allocation of scarce critical care resources during a public health emergency.« Dostopano 17. 9. 2021. https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy_2020_04_15.pdf
- Univerzitetni klinični center (UKC) Ljubljana. »Strokovno-etična priporočila UKC Ljubljana pripravljena ob pandemiji okužb z virusom SARS-CoV-2 (COVID-19).« Dostopano 9. 11. 2021. [https://www.kclj.si/dokumenti/SD_UKCL_0005_-_Strokovno-eticna_priporocila_UKC_Ljubljana_pripravljena_ob_pandemiji_okužb_z_virusom_SARS-CoV-2_\(COVID-19\).PDF](https://www.kclj.si/dokumenti/SD_UKCL_0005_-_Strokovno-eticna_priporocila_UKC_Ljubljana_pripravljena_ob_pandemiji_okužb_z_virusom_SARS-CoV-2_(COVID-19).PDF)
- White, Douglas B. in Bernard Lo. »A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic.« *JAMA* 323, št. 18 (Marec 2020): 1773–1774.
- »WHO poziva k moratoriju za pozitivni odmerki cepiva; EU odobrila nakup do 200 milijonov odmerkov cepiva Novavax.« Dostopano 17. 9. 2021. <https://www.rtvsllo.si/zdravje/novi-koronavirus/>

who-poziva-k-moratoriju-za-pozitivni-odmerek-cepiva/589794.
 Woollard, Fiona in Frances Howard-Snyder. »Doing vs. allowing harm.« Stanford Encyclopedia of Philosophy, dostopano 16. 9. 2021. <https://plato.stanford.edu/entries/doing-allowing> 2016.
 Zack, Naomi. *Ethics for Disaster*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, 2009.

O avtorjih:

Lora Briški je mlada raziskovalka na Inštitutu za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani in doktorska študentka na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani. V svoji doktorski nalogi preučuje spreminjanje parametrov spora v kazenskem postopku. Raziskovalno se ukvarja tudi z drugimi kriminološkimi in kazenskopravnimi temami, med drugim z odločanjem v kazenskem pravosodju, položajem oškodovancev kaznivih dejanj, spolnim kazenskim pravom ter spolno in nasilno kriminaliteto.

Matjaž Ambrož je profesor kazenskega prava na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani in raziskovalec na Inštitutu za kriminologijo. Raziskovalno deluje predvsem na področjih temeljnih vprašanj kazenskega prava, pripisovanja kazenske odgovornosti in kaznovalnih teorij. Kot Humboldtov štipendist je gostoval na Humboldtovi univerzi v Berlinu (2019) in na Inštitutu Maxa Plancka za raziskovanje kriminalitete, varnosti in prava v Freiburgu (2021).

Renata Salecl je filozofinja in sociologinja, ki kot raziskovalka deluje na Inštitutu za kriminologijo in kot profesorica na School of Law, Birkbeck College v Londonu. Kot gostujoča predavateljica je delovala na mnogih visokošolskih institucijah v tujini, kot so Cardozo School of Law v New Yorku, Humboldtovi univerzi v Berlinu in na univerzi Duke v Durhamu. Njeno delo je na presečišču prava, kriminologije, študij političnih ideologij in psihoanalize. V zadnjem letu je izdala knjigi *Strast do nevednosti* in *Človek človeku virus*, ki odstira problematiko epidemije covid-19. Njene knjige so bile prevedene v 16 jezikov. Od leta 2017 je izredna članica SAZU.

Splošno etično pravilo in njegova uporaba na življenjskem primeru tragične triaže

Matjaž Jager

1 Uvod

Vprašanja kriterijev tragične triaže¹ so zapletena in jih ni moč zadovoljivo obravnavati v kratkem prispevku. Zavedajoč se tega dejstva se bom omejil le na temeljni strukturni okvir razprave o etičnih pravilih za te situacije, za katere si sicer želimo, da ne bi nikoli nastopile. Razprava je, na kratko rečeno, strukturno vpeta v razkorak med univerzalnim in partikularnim. Ta razkorak je po eni strani neodpravljen, saj nastopa ob vsakem etičnem normiranju s splošnim in abstraktnim pravilom. Po drugi strani je v našem primeru že sam razmislek o vsebini splošnega pravila radikalno heterogen. Na ta način niti zgornja premisa v obliki splošnega etičnega pravila – instanca univerzalnosti – ne nastopa enotno, kot bi se za univerzalno morda spodobilo. Razdrobljena je na partikularne, med seboj tekmujoče etične zastavitve.

O uporabi splošnega etičnega pravila na konkretnem življenjskem primeru lahko tako govorimo le v okviru tega ali onega izbranega etičnega pristopa, ki ga neka skupnost v nekem trenutku izbere oziroma razpozna za svojega.

V nadaljevanju bom na primeru tragične triaže najprej predstavil odločevalčevo potrebo po informacijah o posameznem življenjskem primeru na eni ter njegovo hkratno potrebo po splošnem pravilu na drugi strani. Na kratko bom soočil dve na Zahodu uveljavljeni etični zastavitvi (utilitarizem in Kantova etika), ki ju najdemo v razpravah o tragični triaži, ter v kritični luči pokazal izbor njunih kriterijev za triažiranje. Sledil bo poskus grobe razvrstitve posameznih obravnavanih držav na

¹ Z izrazom tragična triaža označujem skrajne situacije, ki nastopijo takrat, ko mora zaradi omejenosti virov zdravstveni delavec izbrati med dvema (ali več) pacientoma, ki imata enake možnosti za uspeh zdravljenja, brez zdravljenja pa ne bosta preživila.

osi med obema etičnima zastavitvama. Na koncu bom podrobneje pokazal zagate mehanske uporabe tega ali onega izbranega pravila na konkretnem življenjskem primeru ter opozoril na to, kako to zagato večina rešuje v praksi.

2 Potreba po empiričnih podrobnostih primera

Zdi se, da je najbolj etična konkretna triažna odločitev v praksi možna le, če poznamo in upoštevamo čim več konkretnih okoliščin in posebnosti primera. Ustrezno niansirana sodba želi izhajati iz čim več podatkov o konkretnem življenjskem primeru. Potrebo po podrobnih informacijah o posamični zadevi smo hitro zaznali tudi v vprašalniku, ki smo ga zastavili v okviru raziskave Inštituta za kriminologijo.²

Vprašalnik, ki je v celoti sledil nemškemu izvirniku, je bil izrazito zaprtega tipa; lahko si se odločil le med skopo odmerjenim številom odgovorov. Predvideli smo, da bo zaprtost možnih odgovorov pri vrsti razmišljujočih respondentov sprožila frustracije in nezadovoljstvo, zato smo v slovenski verziji vprašalnika na koncu dodali možnost, da respondenti prosto izrazijo kakršnekoli misli ali pomisleke, ki so jih imeli pri izpolnjevanju.³

Dobili smo številna anonimna, odkrita in konstruktivna razmišljanja in komentarje. Po pričakovanju so bili pomisleki v veliki meri v zvezi s prislilno naravo vprašalnika. Naj naštejemo le nekaj najbolj značilnih kritik v zvezi s tem:

»Nekoliko preveč črno-belo zastavljena vprašanja.« / »Vedno obstaja v krizah tudi možnost za iznajdljivost, inovacije, alternativne rešitve ...« / »Vprašanja so preveč simplificirana, ni možno priti do zaključka na podlagi ponujenih informacij.« / »Delam kot zdravnik, tudi na covid intenzivi: vprašanja triaže niso nikoli tako enostavna, kot ste jih postavili vi.« / »Možni odgovori so zelo poenostavljeni, črno-beli; v praksi na odločitev vpliva več faktorjev.« / »Pri več vprašanjih bi bilo dobro dodati možnost ne vem ali nimam odgovora.« / »V praksi situacije niso tako

² Glej Vrečer, Nesa. »Rezultati vprašalnika o triaži med epidemijo covid-19,« v *Koga reševati v času pandemije? Etični, medicinski in kazenskopравни vidiki triaže*, Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, 2021.

³ Nemška različica za razliko od naše ni nudila te možnosti.

črno-bele. Upoštevati je treba čim več dejavnikov hkrati, redko (nikoli?) le enega ...« / »Ponujeni scenariji so zelo poenostavljeni, v resnici so odločitve veliko kompleksnejše. Praktično nikoli ne gre za odločitev na podlagi enega samega kriterija.«

V ospredju so torej korektna opozorila, da posamične situacije tragične triaže niso enostavne, temveč kompleksne, da stvari niso črno-bele, da potrebujemo čim več informacij in da je treba za najmanj slabo odločitev – še vedno namreč gre za tragično odločitev – upoštevati celoto vseh dejstev in okoliščin. Skratka, respondenti si želijo pred odločitvijo izvedeti čim več podrobnosti konkretne situacije oziroma konkretnega konteksta življenjskega primera, v katerem bi bili primorani odločitev sprejeti.

Na drugi strani pa so mnogi izrazili željo, da bi se lahko v teh situacijah oprli na dobro premišljeno etično splošno pravilo, ki bi jih usmerjalo v posameznem življenjskem primeru.

3 Potreba po splošnem pravilu

Respondenti so na primer zapisali: »Na osnovi več podatkov bi ob odločanju lahko sprejeli boljše in bolj etične odločitve. Zdravstvenemu osebju bi moral biti v takšnih primerih na voljo določen algoritem ukrepanja.« / »Glede vsake odločitve, komu nameniti respirator in komu ne, je prav, da se odloči več strokovnih delavcev skupaj in ne posameznik oziroma da se sledi vnaprej pripravljenim smernicam.« / »Razlika je, če se moramo odločati po pravnih ali moralnih kriterijih ali morda kriterijih, ki jih določi doktrina.« / »Potrebujemo družbeni konsenz oziroma vsaj dogovor za take primere. Zdravniki ne bi smeli in ne želimo biti rabsodniki v takšnih primerih. To so zelo težka vprašanja, ki zahtevajo precej zahtevnejši premislek, kot smo ga zdravniki s pretežno znanstveno, naravoslovno, ciljno usmerjeno tehnično izobrazbo sposobni, čeprav so morda nekateri prepričani v nasprotno.«

Po eni strani so torej izrazili svojo nezadovoljstvo z vprašalnikom zaprtega tipa in opozorili, da je narava odločanja v posamičnih življenjskih primerih tragičnih triaž mnogo bolj kompleksna. Hkrati pa so jasno opozorili tudi na to, da bi jim odločanje zelo olajšala pravila, ki bi bila postavljena na splošno vnaprej in bi na podlagi temeljitega premisleka

določala etične kriterije za odločanje. V praksi bi jim potem samo sledili. Isto skrb najdemo tudi v literaturi o vprašanju kriterijev tragične triaže. Vsa razprava očitno izhaja iz globoke psihološke, pravne in čisto praktične potrebe po razbremenitvi, po pravilih, normativnih smernicah, bodisi etičnih, lahko pa tudi pravnih, ki bi odločevalca usmerjala, ko in če bi bil nekega dne prisiljen izbirati paciente za nadaljnje zdravljenje.

Po eni strani ta želja izhaja iz potrebe določiti negativne kriterije, ki naj ne bi oziroma ne bi smeli priti v poštev, bodisi iz etičnih ali morda pravnih oziroma ustavnopravnih razlogov. Po drugi strani pa si želijo več, želijo si, da bi etične smernice čim bolj natančno določile tudi in predvsem pozitivne vsebinske kriterije (nem. *positive Auswahlkriterien*) za razvrščanje pacientov. Obe zahtevi se opravičuje z naslednjimi razlogi: 1) jasni in konkretni vnaprejšnji kriteriji bodo zdravnika vsebinsko vodili (npr. kot »algoritem«) pri odločanju koga izbrati in koga ne; 2) razbremenili ga bodo tudi psihološko, saj bo rešitev etične dileme pri roki, ob tem pa se bo lahko zanesel, da kriteriji temeljijo na stroki in etiki; in 3) posledično bo zdravnik razbremenjen tudi pravno, saj mu ne bo treba skrbeti, ali je ravnal protipravno oziroma krivdno ali ne.

Vsi ti razlogi na strani zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev – odločevalcev v tragičnih dilemah – so globoko človeški in razumljivi, še posebej če imamo pred očmi, da je izvajanje tragične triaže praviloma zvezano z dodatnimi bremenami izrednih razmer, kot so predolgi delovniki, pomanjkanje usposobljenega kadra, preobremenjenost in premalo počitka, kar lahko vodi v izgorelost, časovna stiska, pritiski svojcev in vplivnih oseb itn.

Poleg koristi za zdravstvene delavce bi vnaprej znani etični kriteriji vnesli transparentnost, predvidljivost in, nenazadnje, pravno varnost tudi za paciente; ti bi ob poznavanju sprejetega pravila, vsaj zdi se tako, natančno vedeli, kaj lahko pričakujejo, če bi do tako hude stiske z viri vendarle prišlo.

Rešitev obeh potreb se zdi v teoriji na dlani. Postaviti je treba takšno splošno etično pravilo, ki bo, po eni strani, vzelo v obzir čim več relevantnih podrobnosti in informacij o konkretnem življenjskem primeru ter njegovem kontekstu ter bo, po drugi strani, čim bolj konsenzualno sprejeto ter legitimno.

V praksi je rešitev te naloge otežena iz več razlogov. Prvi in zdi se ključni razlog je načelno nesoglasje glede etičnih kriterijev za izvajanje tragične triaže. Drugi razlog je nepremostljiv razkorak med splošnim pravilom in konkretnim primerom, v katerega je ujeta tudi ta etična dilema. Oba razloga sta med seboj povezana in prepletena. V našem primeru je naloga še posebej težka zaradi najvišjih možnih vložkov, saj gre za človeška življenja. Poglejmo si zato podrobneje vprašanje vrednostnega nesoglasja, za tem pa še problem razkoraka med splošnim in posamičnim.

Problem vrednostnega nesoglasja je na kratko v tem, da etični vrednostni okvir, ki bi naj postavil splošno etično pravilo, ni konsenzualno univerzalen, temveč razdrobljen – partikularen. Partikularnost posameznega življenjskega primera se tako sooča z neko drugo partikularnostjo na ravni normativnega. Polje etike, vsaj na ravni teorije,⁴ je razdeljeno na številne etične teorije, ki si med sabo lahko tudi močno nasprotujejo. V našem primeru si bomo na kratko pogledali dve družini etičnih teorij, ki sta v razpravah o kriterijih tragične triaže največkrat zastopani. To sta konsekvencializem oziroma konkretno utilitarizem in deontološka etika oziroma konkretno Kantova etika.⁵

4 Konsekvencialistična etika

Prva, za triažo ključna skupina teorij, je konsekvencializem ali teleološka etika, katere najbolj izpostavljena oziroma najbolj obravnavana teorija je utilitarizem. Zagovorniki utilitarizma so prepričani, da moramo moralno vrednost nekega dejanja ocenjevati glede na posledice, do katerih to dejanje privede na ravni skupnosti.⁶ Radikalni zgodnji teoretik utilitarizma Jeremy Bentham je konec osemnajstega stoletja v svojem delu *Uvod v načela morale in zakonodaje* (1789) razvil skoraj kvantificiran pogled na to, kako naj družba skozi zakonodajne rešitve uspešno zasleduje cilj

⁴ Problem tragične triaže imamo pred očmi skozi filozofske teorije etike ali kot bi temu lahko rekli, od zgoraj navzdol.

⁵ Pri tem bomo obe etični teoriji poenostavili do te mere, kot jo običajno najdemo v razpravah o etiki tragične triaže.

⁶ To temeljno usmeritev si deli z drugimi pristopi, ki jih najdemo v okviru konsekvencializma. Za etični egoizem je na primer etična tista odločitev, ki pripelje do lastnega užitka. Utilitarizem pa, drugače, postavlja v ospredje kriterij dobrobiti skupnosti kot celote.

»doseganja največje koristi za največje število ljudi«. ⁷ V skladu s to etično (in tudi zakonodajno) teorijo so moralno dobra tista dejanja, ki v svojih posledicah privedejo do največje koristi za največje število ljudi. V takšnem utilitarnem univerzumu vsak član družbe šteje enako, nihče ni *a priori* privilegiran (bodisi z rojstvom, spolom ali npr. raso) na način, da bi njegova korist štela več kot korist drugih. V utilitarni državi bi si morali vsi državljani tako osebno kot na nivoju pravne ureditve prizadevati, da v svojih dejanjih zasledujejo maksimiranje tega cilja. Če je treba, in to je ključno, lahko gre doseganje tega cilja tudi na račun manjšine in njenih (človekovih) pravic. Za miselni okvir utilitarizma je v zadnji instanci pomemben le neto pozitiven izplen na ravni celote.

Kakorkoli že ocenjujemo ta etični program, moramo ugotoviti, da je z vidika prakse utilitarizem pomembna etična teorija. Kot bomo videli v nadaljevanju, je v razreševanja konkretnih praktičnih dilem dokaj v sozvočju z moralnimi intuicijami znatnega števila ljudi.

Če se v luči povedanega vrnemo k (tragični) triaži, lahko že na prvi pogled ugotovimo, da se znajdemo na radikalno utilitarnem terenu. Sama ideja triaže – razvrščanja pacientov po prioritetah – ima za svoj cilj maksimirati korist na ravni skupnosti, ne nujno na ravni posameznika. Že pri vsakdanji triaži v okviru normalno delujočega zdravstvenega sistema smo v celoti v utilitarnem miselnem okviru. Če bi bilo kapacitet zdravstvenega sistema dovolj za vse, bi bil lahko vsak pacient obravnavan takoj in v celoti. Le v tem primeru potreba po triaži ne bi obstajala. V času, v katerem živimo, je takšno obilje virov zdravstvenega sistema izjema že v normalnih okoliščinah, ko zdravstveni sistem (npr. urgencia, enota intenzivne medicine) ni izpostavljen nobeni izredni obremenjenosti.

Že vsakodnevna triaža je torej utilitarna, ko ob pomanjkanju virov pogled zdravstvenega delavca s posameznega pacienta preusmeri v maksimiranje koristi za skupnost kot celoto. Razprava o triaži in njenih kriterijih se torej že na ravni pojma samega nahaja v utilitarnem miselnem okviru. ⁸

⁷ Bentham, Jeremy, »An Introduction to the Principles of Morals and Legislation,« v *The Utilitarians: An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. Garden City, N.Y.: Anchor Press/Doubleday, 1973.

⁸ Utilitarna triaža se je še posebej uveljavila v zdravstveni oskrbi (ranjenih) vojakov na fronti (npr. v prvi svetovni vojni). Vzpostavilo se je pravilo, da se sicer prioritarno rešuje paciente z najhujšim rizikom za

Pri (hudi) preobremenjenosti sistema se fokus od posameznega pacienta premakne na celotno skupino oziroma na prizadevanje za najboljši rezultat na ravni celotne skupine. Čeprav je reševanje življenja posameznika izredno pomembna, tako rekoč ključna vrednota, postane zaradi nastalih razmer manj absolutna. Povedano z druge plati, utilitarni okvir triaže na koncu koncev dopušča oziroma normalizira žrtvovanje; dopušča opustitev zdravstvene oskrbe posameznika ali celo njegovo smrt, če to pomeni povečane zdravstvene koristi za večje število drugih. Reševanje enega bi v skladu z utilitarno etiko triaže potrošilo dragocene vire, s katerimi bi lahko rešili več drugih, manj prizadetih.⁹

Utilitarna logika, ki je, ponovimo, (tragični) triaži pisana na kožo, nalaga doseganje enega cilja: paciente za obravnavo izbiramo tako, da skušamo maksimirati nekaj, kar bi lahko imenovali »enote življenja«. Ta kriterij ima lahko več različic. Lahko ostanemo pri osnovnem kriteriju in rešujemo le največje število življenj. Lahko pa se odločimo, da bomo upoštevali še različne (nadaljnje) variante tega kriterija,¹⁰ kot so:

- Prednost naj imajo mlajši (kriterij koledarske starosti). S tem mislimo starost kot samostojni kriterij, ki se lahko uporabi v različnih fazah obravnave, npr. za prevoz v bolnišnico na intenzivni oddelk, za zasedbo postelje na intenzivnem oddelku ali za priključitev na ventilator. Italija npr. na vrhuncu prvega vala

zdravje, vendar le tiste, ki jih je realistično možno rešiti, in še posebej pravilo, da je prioriteta vrniti na fronto čim več vojakov v najkrajšem času. (Cf. Nielsen, Alyssa. »Utilitarian Triage in Disasters,« v *Brigham Young University Law Review*, 46(1):217–248, 2021. <https://digitalcommons.law.byu.edu/lawreview/vol46/iss1/8/>)

⁹ V okviru istega utilitarnega razmisleka lahko imata civilna ali vojaška triaža različna cilja, čeprav sta obe utilitarni. Prva si bo prizadevala za reševanje največjega števila življenj, medtem ko si druga lahko za svoj glavni cilj zastavi vrnitev največjega možnega števila ranjenih ali obolelih vojakov čim prej nazaj v bojne vrste (Iserson, Kenneth V., and John C. Moskop. »Triage in medicine, part II: Underlying Values and Principles,« *Annals of emergency medicine* vol. 49,3 (2007): 282–7). Po tem zadnjem tragičnem kriteriju bi osebe prej reševalo dvanajst manj nujnih primerov kot enega hujše ranjenega, za katerega bi porabili znatno več zdravstvenih virov in časa kot za njegove tovariše.

¹⁰ Glej Briški, Lora in Nesa Vrečer. »Reševanje problema izbire v preobremenjenem zdravstvenem sistemu: Pregled dokumentov o triaži med epidemijo COVID-19 zdravniških združenj in etičnih komisij različnih držav.« v *Koga reševati v času pandemije? Etični, medicinski in kazenskopравни vidiki triaže*. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, 2021. Glej tudi Hoven, Elisa, »Berücksichtigung von Lebensalter und Lebenserwartung,« v *Triage in der Pandemie*, Tatjana Hörnle, Stefan Huster in Ralf Poscher (ur.), Mohr Siebeck, str. 335–370.

covida-19 starejših od 85 let (oziroma v nekem trenutku celo 75 let) sploh ni več pošiljala na intenzivni oddelek.

- Kriterij »kratkoročne verjetnosti preživetja« (*near term survival*), po katerem imajo prednost tisti, za katere ocenimo, da bodo po uspešni obravnavi živeli dlje. Smernice Univerze v Pittsburgu (ZDA) na primer določajo mejo pet let ali več po odpustu iz bolnišnice. Različica tega kriterija je kriterij »preživetja več kakovostnih let življenja«, ki daje prednost tistim, za katere ocenimo, da bodo po odpustu preživeli več tako definiranih let življenja.
- Kriterij »življenjskega kroga« (*life circles* oziroma *fair innings*), po katerem imajo spet prednost mlajši pacienti, ki še niso imeli možnosti (do)živeti vseh obdobj življenja. Ta kriterij lahko nastopa kot primarni ali sekundarni kriterij, npr. v kombinaciji s primarnim ali sekundarnim kriterijem »kratkoročne verjetnosti preživetja«. Kot legitimen etični kriterij ga je uvedla npr. Nizozemska.
- Kriterij »družbene pomembnosti pacienta« je kriterij, ki se, za razliko od prej navedenih, praviloma ne veže na starost. Po tem kriteriju imajo lahko npr. v pandemiji prednost najbolj ogroženi oziroma obremenjeni zdravstveni delavci, oziroma še širše nekateri ali vsi zaposleni v t. i. kritični infrastrukturi, člani vlade oziroma najvišji državni funkcionarji in podobno. Razmeroma širok spekter teh izjem dopuščajo npr. smernice *British Medical Association*.

Vsem navedenim utilitarnim kriterijem oziroma njihovim kombinacijam je skupno, da želijo maksimirati največjo korist na ravni celotne družbe, dejstvo, da bi to pomenilo žrtvovati nekatere posameznike, pa utilitarni okvir razmišljanja sprejema kot sestavni del tega procesa.

5 Deontološka etika

Druga velika skupina etičnih teorij v nasprotju z utilitarizmom (konsekvencializmom) izhaja iz prepričanja, da cilj reševanja največjega števila življenj ne more upravičiti uporabe vseh sredstev. Namesto iskanja koristi je treba narediti to, kar je prav, in se pri tem ne ozirati na posledice.

Etično ravnamo takrat, ko storimo svojo dolžnost. Vsebina naše dolžnosti odraža določena etična načela, in to brez ozira na posledice. Tovrstne teorije etike tvorijo družino t. i. deontološke etike. Njena splošna etična pravila so lahko dana na primer od Boga (npr. božje zapovedi), lahko pa nam jih, kot je bil prepričan Kant, nalaga naš razum. Deontološke teorije se osredotočajo na vrednote, kot so pravičnost, človekove pravice, delovanje iz dolžnosti, varovanje človekovega dostojanstva. Kantova etika nam npr. izrecno nalaga, da ljudi spoštujemo in obravnavamo kot cilje oziroma smotre same na sebi. Nikoli jih ne smemo instrumentalizirati za nek »višji cilj« na ravni družbe oziroma države. Oziroma, kot pravi Kant, nihče ne sme biti »uporabljen zgolj kot sredstvo«, kot golo orodje, predmet za doseganje kateregakoli cilja. Tudi takrat ne, ko bi želeli na tak način utilitarno maksimirati koristi skupnosti oziroma največjega števila (drugih) ljudi.¹¹ Še več, dostojanstvo vsakega človeškega bitja ima prednost tudi pred pravico do življenja drugih: nikoli ni dovoljeno ubiti, uporabiti oziroma zlorabiti druge osebe zgolj kot sredstvo za reševanje drugih življenj.

Takoj vidimo, da Kantova deontološka pozicija odklanja samo idejo triaže, njeno utilitarno bit. Dostojanstvo človeka je brez cene. Drugače rečeno, zagovornik Kantove etike posameznika ne more in ne sme žrtvovati skupnosti. Kar pomeni, da lahko dosledni kantovec tragično triažo izvede samo tako, da je ne izvede. Vse paciente brez izjeme mora obravnavati radikalno enako brez vsake vsebinske diskriminacije. V praksi bi to lahko pomenilo, kot menijo nekateri, da bi paciente morali obravnavati tako, kot da potrebe po triaži ni, oziroma strogo po vrsti, to je po kriteriju *kdor prvi pride, prvi melje*.¹²

Radikalna varianta tega kriterija ne bi dopuščala niti običajnega kriterija prognoze zdravljenja, ki je v medicini uveljavljen že v normalnih okoliščinah. Pri tem bi se kantovec skliceval na načelo enakosti, na

¹¹ Kategorični imperativ v obliki t. i. formule humanosti izhaja iz postulata človekovega dostojanstva (Kant, Immanuel. *Utemeljitev metafizike nravi*. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU, 2005.: 45): »Deluj tako, da boš človečnost tako v tvoji osebi kakor v osebi vsakogar drugega vselej uporabljal hkrati kot smoter, nikoli zgolj kot sredstvo.«

¹² Birnbacher, Dieter. »Triage-Entscheidungen im Kontext der Corona-Pandemie – die Sicht eines Ethikers,« v *Triage in der Pandemie*. Tübingen: Mohr Siebeck, 2021, 212.

nedopustnost vsakršne diskriminatorne obravnave oziroma na dolžnost vsakega obravnavati enako v njegovem človeškem dostojanstvu. Ali z drugimi besedami, zdravniško osebje se ne bi smelo nikoli postaviti v vlogo Boga in paciente razvrščati glede na nek kriterij, ki bi, če ne po imenu, pa po vsebini, nedvomno rangiral vrednost njihovega življenja.¹³ Poleg kriterija časa prihoda vidi radikalni deontološki pristop drugo možnost le v trižiranju pacientov z žrebom, ki bi naj vsem dajal povsem enake možnosti.¹⁴

V radikalni različici gre na ta način za trižo brez vsebinskega razvrščanja. Kantovska triža želi ohraniti le formo razvrščanja bodisi po kriterijih časa prihoda bodisi po kriteriju žreb. Vsak naj bi bil s tem obravnavan strogo enako kot oseba brez vsebine, lahko bi rekli formalno aritmetično kot število.¹⁵

Kritiki te pozicije trdijo, da gre za udejanjanje slepega egalitarizma, ki ne upošteva razlik med pacienti.¹⁶ Po drugi strani se zdi, da naj bi kriterij »kdor prej pride, prej melje« izhajal iz neke vrste »zasluge«, ki naj bi »utemeljevala« privilegirano obravnavo. V imenu enakosti paciente tretiramo neenako, pri tem pa se sklicujemo na nek na videz objektivni kriterij, ki pa je lahko v življenju bolj vezan na okoliščino dostopnosti informacije o zdravstveni pomoči ali na socio-ekonomski status pacienta, ki se lahko odraža tudi v njegovi večji informiranosti in zmožnosti prej priti do zdravstvene pomoči. V tem primeru je diskriminacija očitnejša kot pri žrebu, za katerega lahko rečemo, da je edini kriterij, ki, če se uporablja dosledno tako pri *ex ante* kot pri *ex post* triži, odmisli vso vsebino in okoliščine konkretnega primera. Vsi pacienti pri njem nastopajo zgolj kot številke. Še vedno pa bi lahko žrebu očitali, da se po naravi stvari opravi vedno le med tistimi, ki so navzoči. Ne nazadnje lahko uporaba žreba privede pri zdravstvenih delavcih do hudega moralnega stresa, o čemer več v nadaljevanju.

¹³ Ibidem, 213. Cf. tudi Korošec, Damjan, Vid Jakulin in Sabina Zgaga. *Medicinsko kazensko pravo*. Ljubljana: IUS Software, GV založba, 2016, str. 323.

¹⁴ Birnbacher, Dieter. »Triage-Entscheidungen im Kontext der Corona-Pandemie – die Sicht eines Ethikers,« 213.

¹⁵ Ni sicer jasno, kako bi radikalna deontološka pozicija žreba odgovorila na izziv *ex post* triže. Če bi jo dopustila, bi bilo treba ob vsakem novem pacientu žreb ponovno izvesti in na ta način vsakič znova premešati karte življenja in smrti.

¹⁶ Cf. Calabresi, Guido, and Philip Bobbit. *Tragic Choices*. New York: W.W. Norton, 1978, 41–42.

6 Poskus razvrstitev obravnavanih držav glede na etično usmeritev triažnih kriterijev

Ob upoštevanju različnih dokumentov zdravniških združenj in etičnih komisij izbranih držav o triaži med epidemijo covid-19¹⁷ lahko v luči predstavljenih kriterijev dveh glavnih etičnih pristopov države provizorično razvrstimo na deontološko-utilitarni osi. Na levem polu prevladujejo deontološki argumenti, bolj ko gremo proti desni, pa se krepijo utilitarni vidiki triaže.

Deontološka etika

Utilitarizem

Nemčija	Avstrija	ZDA, ZK	Nizozemska
	Švica	Francija	
		Italija	
		Belgija	

Schema 1: Razvrstitev držav glede na izbrano etično usmeritev triažnih kriterijev

Vse države na osi smo postavili bližje desni kot levi strani, s čimer želimo izpostaviti splošni utilitarni okvir tragične triaže. Najbolj na levi najdemo Nemčijo, ki brez dvoma najbolj izstopa po svojih deontoloških usmeritvah. Te izvajajo iz ustavne vrednote človekovega dostojanstva, prepovedi diskriminacije in prepovedi razvrščanja življenj po njihovi vrednosti: Nemška komisija za etiko dopušča kriterij »klinične možnosti uspeha zdravljenja« kot edini kriterij in ni naklonjena *ex post* triaži, za katero meni, da pravno ni dopustna. Prav tako zavrača utilitarne kriterije, ki se bolj konkretno navezujejo na koledarsko starost pacientov.¹⁸ Podobna stališča kot Nemčija ima Avstrija, ki prav tako zavrača kriterij koledarske starosti in družbene vloge, se pa zdi, da je bolj naklonjena ideji *ex post* triaže.¹⁹ Podobno velja za Švico. Desno od Švice in Avstrije sledi skupina držav, ki v večji meri upoštevajo kriterij starosti (bodisi

¹⁷ Briški, Vrečer, »Reševanje problema izbire v preobremenjenem zdravstvenem sistemu: Pregled dokumentov zdravniških združenj in etičnih komisij o triaži med epidemijo COVID-19.«

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Ibidem.

izrecno, bodisi skozi načelo življenjskega kroga, bodisi skozi izrecno definiran kriterij dolžine kratkoročnega preživetja), so vse naklonjene ideji *ex post* triaže in nimajo zadržkov s kriterijem družbene koristnosti pacienta kot kriterijem za prednostno obravnavo. V to skupino spadajo ZDA, Združeno kraljestvo, Francija, Italija in Belgija. Nazadnje smo najbolj desno postavili Nizozemsko, saj izrecno dovoljuje kriterij starosti kot samostojni kriterij, in sicer zelo konkretno s podrobneje razdelanim kriterijem življenjskega kroga (*fair innings*), nima zadržkov do *ex post* triaže in sprejema kriterij privilegiranja zdravstvenih delavcev (ne pa tudi drugih).²⁰

Skicirana razporeditev držav nam omogoča hiter in zelo grob pregled nad situacijo v različnih obravnavanih državah glede obsega deontoloških kriterijev v okviru utilitarne tragične triaže.²¹ Za naš namen je pomembno, da prikaz ilustrira zelo različne, mestoma celo vrednostno nasprotujoče si etične pristope, kot jih trenutno najdemo v izbranih visoko razvitih liberalnih demokracijah Evrope. Z umeščanjem Slovenije se na tem mestu ne bi ukvarjali, zdi pa se, da bi bili po vsej verjetnosti bližje Nemčiji in Avstriji kot Nizozemski.²²

Ko se družba odloči o etični usmeritvi kriterijev tragične triaže, s tem naredi šele prvi korak. Sprejetje tega ali onega kriterija nikakor ne sme pripeljati do tega, da bi države zanemarile svojo skrb za to, da do situacije tragične triaže sploh ne pride. Sprejem kriterijev sam po sebi namreč ne zmanjšuje možnosti za tragično triažo, prav tako ne zmanjšuje njene tragične narave. Za primer, da do naslednjega koraka – uporabe splošnega pravila na konkretnem življenjskem primeru – vendarle pride, velja za konec opozoriti na mogoče zagate te, recimo ji, druge faze.

²⁰ Ibidem.

²¹ Shema lahko ustvari lažni vtis o enotni ureditvi po državah, saj to pri vseh državah ne velja. (Cf. Briški, Lora in Nesa Vrečer. »Reševanje problema izbire v preobremenjenem zdravstvenem sistemu: Pregled dokumentov o triaži med epidemijo COVID-19 zdravniških združenj in etičnih komisij različnih držav«). Posamezne države, predvsem tiste v sredini, bi lahko kdo drug z vidika celote kriterijev razporedil tudi kako drugače, vendar, kot rečeno, to za naš namen ni pomembno.

²² Glej npr. Komisija za strokovno etična vprašanja, UKC Ljubljana. *Strokovno-etična priporočila UKC Ljubljana pripravljena ob pandemiji okužb z virusom SARS-CoV-2 (COVID-19)*. Ljubljana, junij 2020. Dostopno na [https://www.kclj.si/dokumenti/SD_UKCL_0005_-_Strokovno-eticka_priporocila_UKC_Ljubljana_pripravljena_ob_pandemiji_okuzyb_z_virusom_SARS-CoV-2_\(COVID-19\).PDF](https://www.kclj.si/dokumenti/SD_UKCL_0005_-_Strokovno-eticka_priporocila_UKC_Ljubljana_pripravljena_ob_pandemiji_okuzyb_z_virusom_SARS-CoV-2_(COVID-19).PDF)

7 Še o splošnem pravilu in njegovi življenjski uporabi

Teoretična razprava o uporabi splošnih pravil na konkretnih življenjskih primerih je stara toliko kot človeška družba. Aristotel je npr. v drugi knjigi Nikomahove etike, govoreč o vrlini, na nekem mestu podal oceno, ki nakazuje, v čem je problem. Takole pravi o splošnih pravilih in posamičnih življenjskih primerih: »Vendar ne zadošča samo splošna ugotovitev, treba jo je tudi prilagoditi posameznim primerom. Kadar namreč razpravljamo o dejanjih, so splošne ugotovitve sicer bolj obče veljavne, dognanja o posameznostih pa so dosti bližje resnici.«²³

Splošna etična pravila, tudi tista za tragično triažo, v svoji občosti namreč zarežejo počez. Želijo veljati nasploh: to je za vse osebe in za vse primere. Tako utilitarizem kot Kantova etika predstavljata dve, sicer različni smeri takšnega visoko ambicioznega etičnega univerzalizma. Naslovnike želita vezati s svojo splošnostjo in abstraktnostjo, ki mora nujno odmisli štetilne posamičnosti nekega življenjskega primera, posamičnosti, ki pa nas praviloma pripeljejo »bližje resnici« etične kompleksnosti nekega primera.

Hkrati s tem, da odmisli štetilne (zanj nepomembne) podrobnosti, pa snovalec splošnega in abstraktnega pravila neizogibno tudi izbira. Katerokoli formulacijo pravila bo že izbral, nujno bo v konkretnih življenjskih razmerah bolj v korist enim kakor drugim. Izbrano splošno pravilo bo paciente diskriminiralo, triažiralo glede na nek izbrani kriterij. Zgodovinski razvoj in namen ideje medicinske triaže je ravno v tem. Tvorec splošnega pravila je v svoji vlogi poklican, da prevzame odgovornost in odloči; s splošnim pravilom sme oziroma mora na splošno in *in abstracto* diskriminirati, triažirati.²⁴ Drugače rečeno, naslovniki splošnega pravila bodo formalno enaki (in neenaki) le znotraj tistih kriterijev oziroma kriterija, ki ga bo etični ali pravni »zakonodajalec« izbral in določil kot relevantnega.

²³ Cf. Aristotel *Nikomahova etika*, prevod, uvodna beseda, opombe in terminološki slovarček Kajetan Gantar, Ljubljana, Slovenska matica 2002: 86–87, op. 15 (107a31–2). Naj mimogrede spomnimo še na to, kako je opredelil svoj cilj, vrlino: »Vrlina je potemtakem zadržanje, ki omogoča pravilno odločitev in ki se ravna po sredini glede na nas, sredini, ki jo opredeljuje zdrava pamet, kar pomeni, da jo določimo tako, kot bi jo določil pameten človek; in sicer je to sredina med dvema slabostma, katerih ena je v pretiravanju, druga v pomanjkanju« (ibidem, 85, 1107a).

²⁴ Cf. Zupančič, Boštjan M. *Prvine (pravne) kulture*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 1995, 146.

Dva pacienta v tragični triaži bosta tako formalno enaka v svojih pravicah, ne bosta pa enaka v materialnih okoliščinah, ki bodo izbrane za diskriminacijski kriterij splošnega pravila, na primer: a) kalendarjska starost kot samostojni kriterij ali kot pomemben vsebinski del kriterija klinične prognoze uspešnosti zdravljenja, b) vrstni red prihoda na urgenco ali enoto intenzivne medicine, c) družbena pomembnost osebe ali nenazadnje d) žreb, kot neke vrste »kriterij brez kriterija« in tako naprej.²⁵ Kriterij bo lahko eden, praviloma pa bo, kot smo videli v obravnavanih državah, kombinacija več kriterijev, bodisi primarnih ali sekundarnih.

Razsvetljeni snovalci splošnega pravila bodo gotovo stremeli k čim večji niansiranosti določb in kriterijev, ki jih bo le-to vsebovalo.²⁶ S tem bodo skušali zmanjševati nepravilnost dejstva, da bo splošno pravilo po svoji »naravi« in, kljub vsemu trudu, hočeš nočeš udarilo počez. S tem pa bo lahko v posameznih primerih pri odločevalcih pripeljalo do moralne stiske.

8 Moralni stres ob konfliktu s postavljenim etičnim pravilom

Ko bo zdravstveni delavec v tragični triaži želel storiti, kar misli, da je pravilno in etično, mu bo lahko izbrano splošno etično pravilo to onemogočalo. Lahko mu bo nalagalo, da postopa ravno nasprotno od tega, kar misli, da je prav. Priča bomo situaciji etičnega konflikta oziroma moralnega stresa.²⁷

Ta problem lahko ilustriramo z rezultati naše ankete. Splošno pravilo bi lahko, recimo, zdravniku zapovedovalo, da mora v situaciji tragične triaže izbrati z žrebom. Prej ko slej se bo zgodilo, da bi moral

²⁵ Seveda se tudi žreb po naravi stvari izvede med prisotnimi in ne jemlje v ozir oseb, ki jih tam (še) ni.

²⁶ Zupančič problem nepravilnega zanemarjanja razlik med različnimi življenjskimi situacijami ilustrira na pravih kazenskega prava, ko pravi: »To, v bistvu krivično zanemarjanje razlik med posamičnimi pravnimi situacijami nas uči, da je količina pravičnosti v družbi zelo odvisna od stopnje diferenciacije, razdrugečnosti pravnih pojmov, doktrin in pravil. Dokler na primer kazensko materialno pravo ni poznalo doktrine o neprištevnosti in je bil »*furiosus*« enak pred zakonom« z duševno zdravim človekom, ki je svoje dejanje storil s premeditacijo, je bilo kazensko materialno pravo krivično do duševnih bolnikov, ki so storili kazniva dejanja.« (Zupančič, *Prvine (pravne) kulture*, 150).

²⁷ Več o moralnem stresu v medicinskem okolju prim. Mareš, Jiří. »Moral distress: Terminology, theories and models,« v *Kontakt*, september 2016. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.07.001>

žreb odločiti med, na primer, osemdesetletnikom in majhnim otrokom. V primeru, da bi žreb izbral osemdesetletnika, bi se, glede na rezultate našega vprašalnika, 90 odstotkov zdravstvenih delavcev, ki so v anketi v tej tragični triaži izbrali otroka, znašlo v hudem moralnem stresu. Morali bi namreč začeti reševati osemdesetletnika, čeprav so prepričani, da bi, ob vsej veliki tragičnosti te situacije, vendarle moral imeti prednost otrok. Enak moralni stres bi, upoštevajoč rezultate ankete, zelo verjetno izkusili tudi v primeru, ko bi osemdesetletnik k zdravniku prispel prej kot otrok, s splošnim pravilom pa bi bil zapovedan kriterij obravnave po vrstnem redu, po katerem so pacienti prispeli.

Podobne scenarije si lahko zamislimo glede na katerikoli izbrani splošni etični kriterij, pa tudi v primerih, ko splošno pravilo dopušča bodisi ne dopušča ali celo zapoveduje kontroveržno *ex post* triažo. Podobno široko paleto možnih notranjih konfliktov prav tako odpira kriterij, ki določa prednostno zdravstveno obravnavo posameznih segmentov oseb. Ne gre toliko za logično nujno privilegiranje zdravstvenega osebja, ki je neposredno udeleženo v obravnavo rizičnih pacientov in zaposlenih v kritični infrastrukturi, temveč za širše izmuzljive in vijugaste meandre definiranja in izbora po ev. kriteriju »družbeno pomembne osebe«. V vsakem od teh primerov bi zunanja, heteronomna »etična« norma zapovedovala nekaj, kar je v nasprotju z našim etičnim prepričanjem. Nenazadnje in pomembno bodo zdravstveni delavci v še posebej močnem moralnem stresu v situacijah, ko bi bili udeleženi njihovi najbližji, pri tem pa splošno pravilo ne bi dopuščalo nobene pozitivne diskriminacije.

Ko družbeno sprejeta etična norma v posamičnih primerih ustvarja nove etične stiske, se lahko vprašamo, kaj ljudje naredijo v praksi. Nedavne raziskave v okviru eksperimentalne moralne psihologije nam ponujajo nekaj delnih uvidov.

9 Kako razkorak med splošnim pravilom in življenjskim primerom razrešujemo v praksi?

Novejše raziskave moralne psihologije postopoma odstirajo psihološko-kognitivne mehanizme odločanja v moralnih dilemah. Na nek način nam kažejo, kako se ljudje v praksi skušamo bolj ali manj uspešno izviti iz nasprotja med splošnimi normami in posamičnimi primeri.

V eni od nedavnih študij, ki je še posebej povedna, so na primer raziskovali, ali so ljudje pripravljeni v dilemah, ko ni drugega izhoda, kot da nekoga žrtvujemo, privilegirati osebo, za katero bi ocenili, da »prispeva k družbi več kot drugi«. ²⁸ Ta zelo kontroverzni kriterij, imenujmo ga »družbena pomembnost osebe«, smo že omenili. V raziskavi so respondente postavili pred konkretno dilemo: bi v situaciji tragične triaže dali prednost visoko specializiranemu zdravniku, ki kot srčni kirurg rešuje številna življenja, pred trajno brezposelno osebo, za katero ni verjetno, da bo kmalu našla delo? ²⁹ Jasna predpostavka je bila, da je zdravnik družbeno pomembnejša oseba in ji je zato treba dati prednost. ³⁰ Izbira primera je več kot očitno izšla iz utilitarnega mentalnega okvira, poleg tega ni čisto jasno, ali je konkretnega zdravnika šteti med pripadnike t. i. kritične infrastrukture ali ne, kar je pomembna razlika. Problem bi bil še bolj radikalno definiran, če bi namesto zdravnika kirurga nastopal npr. slavni pesnik, priljubljena filmska igralka ali zvezdnik iz sveta športa.

Kakorkoli že, posebnost raziskave je bila v tem, da je v prvi vrsti ni zanimal delež pozitivnih ali negativnih odgovorov na to vprašanje. Zanimal jo je prav odnos med normativnim na ravni splošnega pravila in konkretnim primerom. Oziroma, raziskava je želela osvetliti vprašanje, ali ljudje kriterij »družbene pomembnosti osebe« vrednotijo različno glede na to, ali jim je treba glede tega postaviti splošno etično ali pravno pravilo oziroma politiko ali pa se od njih zahteva »le« odločitev v posamičnem konkretnem primeru. ³¹

²⁸ Caviola et al. (2021). »Should You Save the More Useful? the Effect of Generality on Moral Judgments About Rescue and Indirect Effects,« *Cognition*. 206 (2021). 10.1016/j.cognition.2020.104501

²⁹ Ibidem.

³⁰ Podobne dileme je vseboval tudi vprašalnik, ki smo ga uporabili v raziskavi Inštituta za kriminologijo.

³¹ Caviola et al., »Should You Save the More Useful? the Effect of Generality on Moral Judgments About Rescue and Indirect Effects.«

Intrigantna hipoteza je bila, da so ljudje bolj pripravljeni dati prednost »družbeno pomembni osebi« v konkretnem življenjskem primeru, kot pa so pripravljeni to svojo odločitev preliti v splošno pravilo, ki bi veljalo za vse podobne primere. In ta hipoteza se je potrdila. Opisano zakonitost so poimenovali učinek splošnosti (*effect of generality*).

To odkritje je pomembno, saj kaže na pomembno deskriptivno zakonitost človeškega odločanja v etičnih dilemah, kot so tragične triaže. Kaže na to, da smo ljudje nezaupljivi do splošnih etičnih pravil, ki naj bi veljala za vse primere. Veliko bolj smo v okoliščinah konkretnega primera pripravljeni narediti izjemo kot isti kriterij povzdigniti v splošno etično pravilo, ki bi veljalo za vse podobne primere. V ozadju je lahko naš strah pred potencialno (pre)široko rabo kriterija, sprejetega kot splošno pravilo, ki bi ga bili zavezani uporabiti tudi za primere in kontekste, za katere po našem mnenju ne bi bilo primerno.

Omenjena raziskava je pokazala, da je učinek splošnosti nastopil tudi takrat, ko je bilo splošno pravilo postavljeno tako zelo ozko, da se je lahko nanašalo zgolj in izključno le na konkretne primere, v katerih bi ga sicer večina uporabila.³² Tudi takrat se ljudje niso odločili za posplošitev, to je uvedbo kriterija, ki so ga uporabili v konkretnih primerih, kot splošno pravilo. Da je tudi v teh primerih nastopil učinek splošnosti, nakazuje to, da je na delu neka nekonsistentnost v presoji, še prej pa potrjuje zakoreninjeno nezaupanje do reševanja težkih moralnih dilem s splošnimi etičnimi pravili. Pozicije so se malo zblížale le v primeru, ko je oseba v raziskavi konkretni primer ocenjevala skupaj s splošnim pravilom, ko ga je bila, kot bi rekel Kant, na nek način prisiljena univerzalizirati, posplošiti. Takrat so nekateri udeleženci spremenili svoje stališče glede konkretnega primera, niso pa praviloma spremenili svojega »načelnega« nezaupanja do splošnih pravil kot orodij za reševanje težkih moralnih dilem.³³ Še vedno je bila v povprečju podpora posamični odločitvi močnejša od podpore splošnemu pravilu, ki bi naredilo zgolj to, da bi že sprejeto etično sodbo v konkretnem primeru posplošilo kot pravilo.

³² Ibidem, 10.

³³ Ibidem, 11.

In kar je še posebej pomembno, učinek splošnosti ni deloval le pri izbranem kriteriju »družbene pomembnosti osebe«, temveč se je redno pokazal tudi v drugih tragičnih dilemah, skratka, učinkoval je na splošno.³⁴

Lahko te rezultate jemljemo kot izraz izkustvenega nezaupanja do uporabnega dometa splošnih pravil v težkih moralnih dilemah, še posebej v situacijah z zelo visokimi vložki? Je v teh primerih bolj modro ne postaviti splošnega etičnega pravila, ki ne dopušča nobenega »upogibanja« glede na konkretne okoliščine primera? Bi lahko tudi za problem tragične triaže rekli, da gre za področje, kjer pretirana regulacija, navzlic vsem razumljivim prizadevanjem zanj, lahko privede do zmanjševanja manevrskega prostora za ustrezno etično presojo? Vsa ta vprašanja nas brez dokončnih odgovorov na nek način vračajo na izhodišče našega prispevka.

Literatura

- Aristotel. *Nikomahova etika*. Ljubljana: Slovenska matica, 2002.
- Bentham, Jeremy, »An Introduction to the Principles of Morals and Legislation,« v *The Utilitarians: An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. Garden City, N.Y.: Anchor Press/Doubleday, 1973.
- Birnbacher, Dieter. »Triage-Entscheidungen im Kontext der Corona-Pandemie – die Sicht eines Ethikers,« v *Triage in der Pandemie*. Tübingen: Mohr Siebeck, 2021, 189–219.
- Briški, Lora in Nesa Vrečer. »Reševanje problema izbire v preobremenjenem zdravstvenem sistemu: Pregled dokumentov o triaži med epidemijo COVID-19 zdravniških združenj in etičnih komisij različnih držav.« v *Koga reševati v času pandemije? Etični, medicinski in kazenskopравни vidiki triaže*. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, 2021.

³⁴ Raziskava je poleg tega pokazala, da so ljudje bližje deontološkemu načinu razmišljanja takrat, ko morajo oblikovati splošno abstraktno pravilo, manj pa takrat, ko se morajo (isti ljudje) odločiti v konkretni življenjski moralni dilemi. Podobno bo verjetno vsak izmed nas tu in tam ocenil, da nam v danih okoliščinah na prehodu za pešce za prečkanje ceste ni treba počakati na zeleno luč, hkrati pa se ne bo nihče zavzemal za to, da ta posamična negacija norme postane splošno, univerzalno pravilo. Lahko pa bi, podobno kot avtorji navedene raziskave, ob neki drugi priložnosti špekulirali tudi o tem, da so, glede na vse povedano, t. i. sistemi *common law*, ki v izdatno večji meri temeljijo na precedensih in sodni praksi, na splošno bolj utilitarno usmerjeni kot kontinentalni sistemi, ki temeljijo prvenstveno na splošnih in abstraktnih pravnih virih (ibidem, 14).

- Briški, Lora, Matjaž Ambrož in Renata Salecl. »Koga reševati v času pandemije? Etični in kazenskopравни vidiki triaže.« *Revija za kriminalistiko in kriminologijo* 71, št. 3 (september 2020), 183–193.
- Calabresi, Guido, and Philip Bobbit. *Tragic Choices*. New York: W. W. Norton, 1978.
- Caviola, Lucius, Stefan Schubert, and Andreas Mogensen. »Should You Save the More Useful? the Effect of Generality on Moral Judgments About Rescue and Indirect Effects.« *Cognition*. 206 (2021). 10.1016/j.cognition.2020.104501
- Deutscher Ethikrat. »Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise 2020: ad-hoc-Empfehlung.« 2020. Dostopano: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>
- Hoven, Elisa. »Berücksichtigung von Lebensalter und Lebenserwartung,« v *Triage in der Pandemie*. Tübingen: Mohr Siebeck, 2021, 335–370.
- Iserson, Kenneth V., and John C. Moskop. »Triage in medicine, part II: Underlying Values and Principles.« *Annals of emergency medicine* vol. 49,3 (2007): 282–7.
- Kant, Immanuel. *Utemeljitev metafizike nravi*. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU, 2005.
- Komisija za strokovno etična vprašanja, UKC Ljubljana. *Strokovno-etična priporočila UKC Ljubljana pripravljena ob pandemiji okužb z virusom SARS-CoV-2 (COVID-19)*. Ljubljana, junij 2020. Dostopno na [https://www.kclj.si/dokumenti/SD_UKCL_0005_-_Strokovno-eticka_priporocila_UKC_Ljubljana_pripravljena_ob_pandemiji_okuzb_z_virusom_SARS-CoV-2_\(COVID-19\).PDF](https://www.kclj.si/dokumenti/SD_UKCL_0005_-_Strokovno-eticka_priporocila_UKC_Ljubljana_pripravljena_ob_pandemiji_okuzb_z_virusom_SARS-CoV-2_(COVID-19).PDF)
- Korošec, Damjan, Vid Jakulin in Sabina Zgaga. *Medicinsko kazensko pravo*. Ljubljana: IUS Software, GV založba, 2016.
- Mareš, Jiří. »Moral distress: Terminology, theories and models,« v *Kontakt*, september 2016. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.07.001>
- Nielsen, Alyssa. »Utilitarian Triage in Disasters,« v *Brigham Young University Law Review*; 46(1):217–248, 2021. <https://digitalcommons.law.byu.edu/lawreview/vol46/iss1/8/>

Vrečer, Nesa. »Rezultati vprašalnika o triaži med epidemijo covid-19,« v *Koga reševati v času pandemije? Etični, medicinski in kazenskopravni vidiki triaže*, Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, 2021.

Zupančič, Boštjan M. *Prvine (pravne) kulture*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 1995.

O avtorju:

Matjaž Jager (dr. iur., univ. dipl. pravnik, LL.M., magister filozofije) je znanstveni svetnik Inštituta za kriminologijo pri PF v Ljubljani in redni profesor na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani. Raziskuje kriminaliteto nosilcev družbene moči in odnos med pravom in etiko. Njegova zadnja knjiga ima naslov *Primer Eichmann in Kantova etika* (2019).

Koga reševati v času omejenih možnosti? Družbeni vidiki pandemije covid-19

Mirjana Ule

1 Uvod

V procesu izoblikovanja in uveljavljanja zaščitnih mer proti širjenju bolezni covid-19 je tako rekoč sočasno po vsem svetu postalo vidno tisto, kar je bilo do tedaj bolj ali manj nevidno, namreč splošna in akutna nevarnost izbruha novih in nevarnih bolezni, ki imajo pandemične razsežnosti.¹ Pandemija covid-19 je nedvomno ena večjih zdravstvenih in socialnih kriz v sodobnem času, saj ima svetovne razsežnosti. Sicer so najbolj očitne in neposredne zdravstvene posledice pandemije, vendar so druge, zlasti družbene, kulturne in psihološke posledice, prav tako velike. Po svojem obsegu in daljnosežnosti so najbrž še znatno usodnejše od zdravstvenih. Izbruh pandemije covid-19 imamo zato lahko za demonstrativno bolezen družbe tvegani, ko je življenje večine ljudi po vsem svetu postalo manj varno in bolj tvegano, ob kateri so popustile že sicer nenadzorljive meje med zdravjem in boleznimi v globaliziranem svetu pozne moderne.

Pandemija covid-19 je v kratkem času vsepovsod po svetu izpostavila in razširila področja socialnih in življenjskih neenakosti. Covid-19 je resnično pojav globalizacije, čeprav je treba imeti v mislih, da moramo globalne grožnje in priložnosti videti skupaj. S tega vidika je treba sedanji izbruh obravnavati kot priložnost za pomembne spremembe v strategijah razvoja v smeri izravnavanja nesorazmerij v svetu.² Vprašanje, koga reševati, zato ni samo zdravstveni ali medicinski problem. Je osrednji družbeni problem sodobnega sveta, je vprašanje ohranjanja moralnih ravnovesij v svetu. Smo na prelomnici, kjer izzivi, ki jih

¹ Padmanabhan, Srinivatsan. »The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pan-Syndemic—Will We Ever Learn?« *Clinical Infectious Diseases* November 29 (2020): 1–2.

² Baines, Paul, Heather Draper, Sara Fovargue in Lucy Frith. »COVID-19 and beyond: the ethical challenges of resetting health services during and after public health emergencies.« *Journal of Medical Ethics*, 46/11 (2020). 715–16.

prinaša pandemija covid-19, naravnost terjajo presojo sodobnih etičnih načel, kot je načelo pravičnosti, a tudi osnovnih koordinat družbenega življenja, kjer se bo treba bolj samozavestno opreti na vrednote, kot so solidarnost, soodvisnost, vzajemnost in človeško dostojanstvo.

2 Covid-19 ima sindemične, ne samo pandemičnih razsežnosti

Družbena tveganja so že nekaj desetletij del našega vsakdanjega življenja. Nemški sociolog Ulrich Beck zato sodobne družbe poimenuje družbe novih tveganj in negotovosti.³ Gre za proizvodnjo in način soočanja s tveganji, ki so posledica pospešenega in nebrzdanega tehnološkega razvoja, temelječega na izčrpanju naravnih virov, ter sprememb socialnega življenja, ki se iz standardiziranih življenjskih potekov s pomočjo tradicij in socialnih rutin pomikajo v individualizirane, samovodene in fluidne življenjske poteke in identitete. Individualizacija življenjskih potekov ima svoje pozitivne in negativne plati. Pozitivne so gotovo te, da ima sedaj vsak človek možnost izbire in pravico do pravic. Ker lahko izbiramo, lažje načrtujemo svojo življenjsko pot. Negativno pri tem pa je, da smo s temi izbirami, odgovornostmi zanje in odločitvami vse bolj obremenjeni ter se v njih pogosto ne znajdemo.

Poleg tega na našo zavest in nezavedno delujejo močne zahteve in norme, ki niso izrecno formulirane, a jih posredujejo politika, kapitalški interesi in mediji. Ena takšnih zapovedi je zapoved zdravja, čistosti in vitalnosti. Skrb za zdravje oziroma ohranjanje zdravja se v sodobnih družbah spreminja v svojsko ideologijo. Zdravje je postalo bistven del moralnega diskurza.⁴ Ta visoki pomen zdravja je povezan s splošnim večanjem potrebe po samonadzoru in samoobvladovanju. V teh razmerah tudi tako temeljni in mejni dogodki, kot so kronična bolezen, staranje in smrt, ne obstajajo več kot gole življenjske danosti ali usojenosti.

Bistvo teorije o družbi tveganj je razlikovanje med tveganji, ki so proizvedena odvisno od odločitev in jih načeloma lahko kontroliramo, in takimi nevarnostmi, ki se ne podrejajo zahtevi moderne družbe po

³ Beck, Ulrich. *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt/M: Suhrkamp. 1986.

⁴ Ule, Mirjana. *Spregljedana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej. 2003.

nadzoru samoproizvedenih nevarnosti. Predvsem slednja so problematična: so nepredvidljiva, nenamerna in nerazumljiva, vendar vplivajo na vsakdanje življenje ljudi. Intenzivno prepleten in globaliziran svet pozne moderne preprosto ne trpi kontrol in omejitev ter jih vedno znova »uspešno« prebija. Izbruh bolezni zaradi covid-19 je tipičen primer te vrste. Se je pa z izbruhom epidemije covid-19, z oblikovanjem in izvajanjem ukrepov, tveganje, ki je bilo prej nevidno in abstraktno, spremenilo v vidno in realno.⁵

V skladu z vsemi dosedanjimi množičnimi epidemijami po vsem svetu tudi izbruh covid-19 sproža močne in vsepovsod razširjene pojave socialnih stresov, strahov in anksioznosti, še zlasti ker se nepoznanost in izmuzljivost bolezni pogosto srečujeta z nepripravljenostjo, razkrojem in nemočjo socialnih, političnih in zdravstvenih institucij ter z mučnim doživljanjem zoženih in izpraznjenih socialnih interakcij in medosebnih odnosov.⁶ Skratka, družba tveganja ne izhaja zgolj iz dejstva, da je vsakdanje življenje na splošno nevarnejše. Problem je bolj v rušenju meja med obvladljivimi in neobvladljivimi tveganji.

Soočanje z izbruhom bolezni covid-19 poteka v treh razsežnostih: prostorski, časovni in socialni razsežnosti.⁷

Prostorska razsežnost pomeni, da je bolezen nelokalizirana, oddaljila se je od lokalnih skupnosti ali ravni držav in se razširila na svetovno skupnost.

Časovna razsežnost covid-19 pomeni nevarnost, ki nima časovnih omejitev, vsaj trenutno nam niso znane. Časovni vidik opozarja na kritična obdobja bolezni in njene različne posledice. Časovno razsežno in nejasno je inkubacijsko obdobje bolezni, pa tudi iskanje rešitev za preprečevanje širjenja bolezni. Časovna razsežnost pomeni tudi, da ima covid-19 dolgoročne posledice v različnih družbenih, ekonomskih in političnih okoljih.

Socialna razsežnost covid-19 pomeni, da so v času pandemije močno omejeni in ogroženi odnosi med ljudmi, skupnostno življenje, da se

⁵ Constantinou, Costas. »People Have to Comply with the Measures: COVID-19 in 'Risk Society',« *Journal of Applied Social Science*. 15(1) (2021): 3–11.

⁶ Palitsky, Roman, Harrison Schmitt, Daniel Sullivan in Isaac Young. »An Existential Analysis of Responses to the 2020 Coronavirus Outbreak,« *Journal of Humanistic Psychology*. 61(2) (2020): 1–13.

⁷ Mansouri, Fardin in Fatemeh Sefidgarbaei. »Risk Society and COVID-19,« *Canadian Journal of Public Health*. 112(1) (2021): 36–37.

zaradi nevarnosti okužbe rušijo naši prostori socialne vmesnosti in nas ukrepi zoper nevarnost okužbe še bolj individualizirajo in atomizirajo. V krizi, zlasti globalni krizi, s kakršno se danes soočamo, je nevarno prav to, da se ta socialna vmesnost, ki nosi naš življenjski svet, hitro oži in ruši. Takšno zoževanje socialnosti pomeni zoževanje sveta, s tem pa tudi zoževanje nas samih v svoji človečnosti.

Prav zaradi neposredne povezave in prepletenosti zdravstvenih in družbenih vidikov pandemije nekateri govorijo o sindemiji, namesto o pandemiji. Kot je zapisal Richard Horton v uvodniku k lanski septembrski številki revije *The Lancet*: »Ko se svet približuje milijonu smrtnih primerov zaradi bolezni covid-19, se moramo soočiti z dejstvom, da pri obvladovanju tega izbruha novega koronavirusa uporabljamo preozek pristop. Za vzrok te krize smo imeli zgolj virus. Vsi naši posegi so bili osredotočeni na rezanje linij virusnega prenosa in nadzora nad širjenjem patogena ... Toda to, kar smo se do zdaj naučili o virusu, nam pove, da zgodba o COVID-19 ni tako preprosta ... Covid-19 ni pandemija. Gre za sindemijo. Sindemična narava grožnje, s katero se soočamo, pomeni, da je potreben bolj niansiran pristop, če želimo zaščititi zdravje skupnosti.«⁸

Pojem sindemije je zasnoval Merrill Singer, ameriški medicinski antropolog v devetdesetih letih prejšnjega stoletja. Singer trdi, da sindemični pristop razkriva biološke in socialne interakcije, ki so pomembne za prognozo, zdravljenje bolezni in zdravstveno politiko. Sindemični model zdravja se osredotoča na biosocialni kompleks, ki ga sestavljajo interakcije med sočasno prisotnimi ali zaporednimi boleznimi ter socialnimi in okoljskimi dejavniki, ki spodbujajo in krepijo negativne učinke bolezni.⁹

Pri bolezni covid-19 na primer dve kategoriji bolezni medsebojno vplivata znotraj določenih populacij – okužba s hudim akutnim respiratornim sindromom koronavirusa in vrsta kroničnih nenalezljivih bolezni. Ti zdravstveni problemi pa se združujejo znotraj družbenih skupin v skladu z vzorci neenakosti, ki so globoko vpeti v sodobne družbe.

⁸ Horton, Richard. »Offline: COVID-19 is not a pandemic,« *The Lancet* September 26, 396 (2020): 874.

⁹ Singer, Merrill, Nicola Bulled, Bayla Ostrach in Emily Mendenhall. »Syndemics and the biosocial conception of health,« *The Lancet* 389 (2017): 941–50.

Združevanje teh bolezni na podlagi socialnih in ekonomskih razlik poslabša škodljive učinke vsake posamezne bolezni. Padmanabhan (2020) govori celo o pansindemiji kot ekstremni obliki sindemije, kjer so na mah razkriti problemi sodobnega sveta, predvsem vedno večje neenakosti in nepravilnosti v razdelitvi družbenih dobrin.¹⁰

Sindemični pristop k zasnovi zdravja in klinični praksi preoblikuje konvencionalno razumevanje bolezni kot ločenih entitet, ločenih od drugih bolezni, in neodvisno od družbenih okoliščin, v katerih se pojavljajo. Vsi ti dejavniki po navadi sinergično delujejo na različne načine, kar bistveno vpliva na zdravje posameznikov in celotne populacije. Natančneje, sindemični pristop preučuje, zakaj se nekatere bolezni združujejo in prizadenejo posameznike, skupine in celotno skupnost. Preučuje poti, po katerih se povezujejo v populacijah in s tem množijo splošno breme bolezni, ter načine, na katere socialna okolja, zlasti razmere socialne neenakosti in krivice, prispevajo k združevanju in interakciji bolezni ter ranljivosti.

Za biomedicinski model zdravljenja, ki prevladuje v sodobni medicini, je značilno, da raziskuje predvsem individualne dejavnike tveganja za posamezno bolezen. Povezovanje socialnoekonomskega položaja določenih skupin z njihovim zdravjem se zdi onkraj dometa zdravstva. Z vključevanjem družboslovnih znanosti v socialno epidemiologijo, oziroma ko epidemiologija postane pozorna na ugotovitve družbenih ved, se je izkazala pomembna povezava med družbenim položajem ljudi in njihovim zdravjem.¹¹ Pokazalo se je, da niti medicina niti genetika ne moreta razložiti, zakaj je zdravje v neki deželi boljše kot v drugi, zakaj se spreminja življenjska doba. Teh razlik tudi ne moremo razložiti samo z individualnimi dejavniki. Študije kažejo, da so vzrok zdravstvenih težav predvsem družbeni in ekonomski pogoji življenja.¹²

Znano je, da so ljudje, ki živijo v prikrajšanih socialnih okoljih, bolj izpostavljeni slabšim socialnim dejavnikom zdravja. Tu mislimo na bivanjske pogoje, možnosti za kvalitetno izobraževanje, delo, varnost zaposlitve in dostop do zdravstvenega varstva. Posledice so tudi že znane: večja

¹⁰ Padmanabhan, »The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pan-Syndemic—Will We Ever Learn?« 1–2.

¹¹ Bartley, Mel. *Health inequality. An introduction to theories, concepts and methods*, Cambridge, Oxford: Polity Press. 2016.

¹² Wilkinson Richard. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, London: Routledge. 2002.

obolevnost, večja pojavnost kroničnih bolezni (hipertenzije, diabetesa, bolezni srca in debelosti). Ta nesrečna ponavljajoča se tema o večji obolevnosti za boleznimi v bolj prikrajšanih populacijah je znana že od pandemije gripe leta 1918 in jo je zopet razkrila trenutna pandemija covida-19.¹³ Nepravično breme kroničnih bolezni, ki izvirajo iz socialnih neenakosti in družbene nepravičnosti, poimenuje Farmer s sodelavci strukturno nasilje. Po njihovem mnenju je strukturno nasilje »eden od načinov opisovanja družbenih ureditev, ki ogrožajo posameznike in prebivalstvo. Ureditve so strukturne, ker so vključene v politično in gospodarsko organizacijo našega družbenega sveta, in so nasilne, ker ljudem povzročajo poškodbe.«¹⁴ V razmerju med zdravjem in življenjskim standardom se kaže še en zanimiv paradoks. V bogatih deželah se zdi, da ima izboljšanje življenjskega standarda majhen vpliv na zdravje. Ko življenjski standard doseže prag, ki zagotavlja osnovne materialne pogoje preživetja za vse, premožnost države ne vpliva več na temeljno zdravje ljudi. Ta točka označuje epidemiološko tranzicijo, ko infekcijske bolezni odstopijo prostor boleznim obilja (npr. raku in degenerativnim boleznim) kot najpogostejšim vzrokom smrti. Bolezen bogatih postane bolezen revnih v bogatih državah. Tako imajo lahko tudi revni ljudje v razvitih družbah letno stopnjo smrtnosti dva- do štirikrat večjo kot bogati ljudje v isti državi.¹⁵ V Sloveniji, na primer, je bila prezgodnja umrljivost v obdobju od 2004 do 2008 v občinah s slabšim socialnoekonomskim stanjem (občine severovzhodne Slovenije) tudi do 60 odstotkov višja kot v občinah z boljšim ekonomskim stanjem (občine osrednje in zahodne Slovenije), umrljivost zaradi možgansko-žilnih bolezni (npr. možganska kap, možganska krvavitev) in umrljivost zaradi samomora pa sta bili skoraj dvakrat višji.¹⁶ Razlike v zdravju oziroma umrljivosti med občinami v Sloveniji so v nekaterih primerih tolikšne, kot so razlike med starimi in novimi članicami EU. To kaže, kako pomembni so socialni in ekonomski vplivi na zdravje ljudi.

Pandemija je pokazala, kako dolgotrajne zdravstvene, stanovanjske,

¹³ Padmanabhan, »The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pan-Syndemic—Will We Ever Learn?«, 1–2.

¹⁴ Farmer, Paul, Bruce Nizeye, Sara Stulac in Saalman Keshavjee. »Structural violence and clinical medicine,« *PLoS Med*, 3:e449 (2006). 449.

¹⁵ Wilkinson, *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*.

¹⁶ Buzeti, Tatjana in Mojca Gobec. »Neenakosti v zdravju v Sloveniji,« *Zdravstveno varstvo*. 51 (1) (2012): 75–79.

finančne in rasne neenakosti vplivajo na širjenje virusa covid-19 in povzročajo nesorazmerno večjo stopnjo ogroženosti pri tistih, ki se že sicer soočajo s prikrajšanostjo in diskriminacijo. Če covid-19 obravnavamo kot sindemijo, usmerjamo pozornost na tisti del populacije, ki je obremenjen z dolgotrajnimi zdravstvenimi in socialno-ekonomskimi problemi.¹⁷ Sindemični pristop k bolezni je dragocen zaradi stopnje, v kateri je soboleznost (komorbidnost), to pomeni hkratno in nevzročno pojavljanje različnih bolezni, v povezavi z neugodnimi socialnimi razmerami, koncentrirana v različnih populacijah.

Koncept sindemije poudarja pomen socialnih, psiholoških in bioloških razlogov, zaradi katerih se bolezni združujejo, načine, kako komorbidne bolezni vplivajo druga na drugo, kako pomembne so lahko te interakcije za zdravstveno breme prebivalstva, poti medsebojnega delovanja bolezni in način, kako na zdravje ljudi vpliva fizično in socialno okolje, v katerem živijo.¹⁸ Sindemični pristop ponuja biosocialni model, ki podpira razširitve zdravstveno-znanstvenega razumevanja bolezni. Hkrati pa nakazuje potrebo po novih strategijah za izboljšanje javnega zdravja in zdravljenja. Ta model vključuje obe intervenciji; sočasno identifikacijo in zdravljenje bolezenskih stanj ter socialno-zdravstvene pobude, namenjene spreminjanju neugodnega socialnega in fizičnega okolja.

Natančneje, sindemični pristop ponuja učinkovit način interdisciplinarnega povezovanja okoljskih, družbenih in medicinskih vednosti in znanj. To seveda pomeni velik izziv za sodobno medicino in zdravstveno politiko. Pomeni preorientacijo iz alopatske medicine, ki je usmerjena v individualno obravnavo bolezni, v socialno medicino, ki predvsem v povezavi z družbenimi vedami daje večji poudarek ocenjevanju medsebojnih vplivov psihosocialnih dejavnikov na (so)boleznost. To pomeni tudi prevrednotenje medicinskih pristopov, predvsem emancipacijo in večji družben pomen zdravstva in medicine na primarnem nivoju, ki omogoča tudi vzpostavljanje bolj sodelovalnega odnosa s pacienti.

¹⁷ Baines et al., »COVID-19 and beyond: the ethical challenges of resetting health services during and after public health emergencies,« 715–16.

¹⁸ Horton, »Offline: COVID-19 is not a pandemic.«

3 S covidom-19 se odpirajo tudi nove etične dileme sodobne medicine in zdravstva

Prepričanja o zdravju in bolezni so del širšega razumevanja sveta, v katerem živimo, in mesta v njem. So del znanja o boleznih in telesnih znakih, socialni vlogi bolnika, kar vse dolgujemo kulturnemu kontekstu. Tega dejstva ni prva odkrila sociologija, ampak medicina oziroma socialna higiena, veja medicine, ki je že v devetnajstem stoletju s precejšnjo mero uspeha odkrivala socialne vzroke najbolj razširjenih in nevarnih bolezni tedanjega časa tuberkuloze, sifilisa, alkoholizma itd.¹⁹ Zanimivo je, da je ravno odkrivanje socialnih izvorov bolezni dajalo izgovor za vladne intervencije in družbeni nadzor nad določenimi skupinami, predvsem revnejšega in bolj ogroženega prebivalstva, ter sprožanje moralnih kampanj.

Sprejete zakonov o javnem zdravju na začetku dvajsetega stoletja je bilo po mnenju Claudine Herzlich odločilno za to, kar kasneje poimenujemo medikalizacija družbe.²⁰ Z odkritjem penicilina in drugih antibiotikov se je namreč neznansko povečala učinkovitost medicine v rutinsko tehničnem smislu. Delo zdravnikov se je iz patronažne službe in dela na terenu vse bolj oddaljevalo v območje zdravstvenih institucij in bolnišnic.²¹ To je omogočilo medicini, da se organizira vzdolž samozadostnih kolegijskih črt. Spremembe so se v dvajsetem stoletju še okrepile z laboratorijsko medicino, v kateri je bolnik postal še bolj odrezan od neposredne realnosti svoje bolezni. Britanski sociolog medicine Bryan Turner ob tem ugotavlja: »Vztrajanje na konceptualni čistosti razmejitve med fizičnimi simptomi in socialnimi simptomi nosi s seboj preveliko ceno, namreč izvzetje medicine iz konkretnega socio-kulturnega sveta. Ampak samo v tem svetu deluje jezik fizičnih bolezni.«²²

Napredek biomedicinskih znanosti in tehnike, posebno nagel razvoj medicine v zadnjih sto letih je z napredkom anestezije, s presajanjem

¹⁹ Turner, Brian. »The History of Changing Concepts of Health and Illness: Outline of General Model of Illness Categories,« v *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, ur. Garry Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan Scrimshaw. London: Sage. 2000.

²⁰ Herzlich, Claudine. »Modern Medicine and the Quest for Meaning. Illness as a Social Signifier,« v *The Meaning of Illness*, ur. Marc Augé in Cludine Herzlich, 151–173. Luxembourg: Harwood academic pbl. 1995.

²¹ Foucault, Michael. *The Birth of Clinic: an Archeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books. 1975.

²² Turner, Brian. *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. London: Sage. 1996.

organov in nadomestki za organe, v zdravljenju neplodnosti in napredku genetske diagnostike in genske terapije neznansko razširil možnosti tehničnega delovanja medicine in zdravnikov. Vendar, bolj ko se razmerje med strokovno medicinskimi in medicinsko tehničnimi deli prakse nagiba v prid slednjih, več rutinskosti je v medicini, s tem pa se zmanjšuje njena socialna vloga in posledično njena ekspertna moč. Meje medicinskega znanja tudi vse bolj postavljajo eksterni dejavniki, kot sta politika in kapital, ter vse manj notranja logika stroke in znanosti. Farmaceutvska industrija, menedžerji in tržniki se zdijo danes večji eksperti za zdravstveni sistem kot zdravniki. Predpisujejo na primer, kaj so optimalni kriteriji za medicinsko prakso. Tudi zaradi tega se povečuje tehničnost medicine. Obenem nam je ravno sodobna naravoslovno usmerjena medicina dala možnost, da zastavljamo vprašanja, ali etično smemo storiti, kar tehnično že zmoremo.

Torej imamo na eni strani visoka pričakovanja ljudi po pomoči in razumevanju v njihovih stiskah, na drugi strani pa visoko tehnizirano medicino. Subjektivne izkušnje bolnikov in empirični podatki se ujemajo med seboj: pomanjkanje časa za pogovor, pomanjkljiva sposobnost za življenje v bolnika in uporaba preveč strokovnega jezika so najpogostejše kritične točke, ki jih bolniki očitajo zdravnikom. Raziskave ugotavljajo, da pri bolnikih naraščajo različni občutki strahu, pred katerimi povsem na telesno zdravljenje usmerjena medicina odpove. Opozarjajo na to, kako zelo malo nam pomaga čisto tehnična predstava o telesnih ustrojih ljudi in telesnem poteku bolezni.²³

Zastavljajo se nam nova etična vprašanja, na primer do kod in kako lahko s sredstvi sodobne znanosti in tehnike posegamo v človeško življenje. Ali naj (še) pristajamo na nudenje medicinske pomoči v situaciji, ko je pred nami zgolj podaljševanje terminalnega stanja? Sem sodijo tudi vprašanja o pravici ali dolžnosti do prekinitve terapije pri umirajočih, vprašanja o mejah intenzivne medicine, o napetosti med zdravniško odgovornostjo in avtonomijo bolnika itd. Vsa ta vprašanja odpirajo nove etične dileme v zdravstvu. Naraščajoči pluralizem vrednotnih predstav in vrednotnih prioritet v sodobnih družbah razširja tudi prostore, v

²³ Ule, Mirjana, Brina Manar in Slavko Kurdija. *Health and medicine in transition*. Wien: Echoraum. 2014.

katerih danes zastavljamo nova etična vprašanja medicinski znanosti.²⁴ Navkljub množici etičnih in kulturnih vrednot in principov v sodobnih družbah se neredko znajdemo v izjemnih situacijah, ko nimamo odgovora na etične dileme, ki jih te situacije vsebujejo, ko torej ni na voljo ustreznih etičnih meril in presoj. Uporaba agresivno tehničnih medicinskih posegov je pogosto izraz obrambne etike, izjemnega stanja etične odgovornosti in odločanja pri posameznem zdravniku ali bolniku, pa tudi v zdravstvenih institucijah in pri nosilcih zdravstvene politike. Kot pravi Thomas Sass, danes žal vse pogosteje etično upravljanje s krizami nadomešča in zamenjuje konsenzualno ocenjevanje koristi in škode.²⁵

Sociologi, ki se ukvarjajo z etiko v medicini, ugotavljajo, da postaja medicinska etika vse preveč defenzivna, da se vse preveč zadovoljuje z obrambo medicine take, kakršna je, in da se premalo ukvarja z družbeno refleksijo medicinskega delovanja in dilem, s katerimi se srečuje.²⁶ Velik etični problem je, da medicina postaja vedno dražja, da trendu tehnizacije medicine ne morejo več slediti niti najbogatejše države sveta in da se danes vprašanja pravičnosti v zdravniških odločitvah postavljajo na drugačen način. V ospredje prihaja problem distributivne pravičnosti. Seveda vse to postavlja na dnevni red vprašanje, koga reševati, komu dati prednost v situaciji omejenih sredstev in zdravstvenih možnosti, zato to ni novo in ni samo pandemično vprašanje.

Ni pravil, kako ravnati v primerih omejenih medicinskih virov in sredstev. Toda rešitev ni defenzivna etika. Ta se bo morala zaradi vedno večjih in širših možnosti delovanja medicine in novih etičnih dilem, ki ob tem nastajajo, pa tudi zaradi vse večje občutljivosti javnosti za etične dileme medicine, umakniti pred ofenzivno etiko, ki naj bi delovala refleksivno in naj bi presegala etično presojo konkretnih postopkov v globalno presojo vloge medicine in njenih postopkov v sodobnih spremenjenih razmerah kvalitete življenja, obvladovalnega ravnanja, pravic bolnikov. Pod refleksivnostjo razumemo predvsem zavedanje situacije, v kateri se nahajata

²⁴ Neves, Nedy, Flávia Bitencourt in Almir Bitencourt. »Ethical dilemmas in COVID-19 times: how to decide who lives and who dies?« *Revista da Associação Médica Brasileira*. 66, Supl. 2 (2020): 106–110.

²⁵ Sass, Hans Martin. *Medizin und Ethik*. Stuttgart: Reclam. 1989.

²⁶ Zussman, Robert. »Sociological perspectives on medical ethics and decision-making,« *Annual Review of Sociology*, Palo Alto. Vol. 23 (1997): 171–189.

zdravnik in pacient, in njune odgovornosti za sprejete odločitve. Le v primeru medsebojno deljene skrbi in odgovornosti za zdravje in zdravljenje pacientov lahko pričakujemo, da bosta tako zdravnik kot pacient zaznala zahteve situacije in se odgovorno in dogovorno odzvala nanje.

Izzivi, ki jih prinaša odziv na covid-19, silijo k oceni prevladujočih kliničnih pristopov in postopkov. Na primer, načelu pravičnosti bo morda treba dati večjo veljavo. Bolj samozavestno in odločno je potrebno tudi vključevanje etike solidarnosti in vzajemnosti pri odločanju na individualni in organizacijski ravni.²⁷ Vsekakor se analitiki strinjajo, da v razmerah pomanjkanja, na primer med trenutno pandemijo covid-19, prihaja do premika pri določanju prednostnih etičnih načel, ki vodijo klinične odločitve.²⁸ Medtem ko so v vsakdanji medicinski praksi z zadostnimi sredstvi v središču načela, kot so splošni dostop, avtonomija pacientov in sorazmernost koristi in škode, se prednostne naloge v kriznih situacijah premaknejo k maksimiranju koristi in pravični razdelitvi redkih virov. Nikakor pa ne sme priti do diskriminacije glede na starost, raso, invalidnost, spolno usmerjenost, vero, izobrazbo, ekonomski položaj oziroma nacionalni izvor. Premisleke o življenjskem ciklu lahko uporabimo kot varovalko.²⁹

Horton meni, da je pandemija prelomni trenutek v zgodovini, dogodek, ki je veliko večji od zgolj zdravstvene krize. »Covid-19 je zrcalo naše družbe in nas prisiljuje, da pogledamo, kdo v resnici smo kot človeška družba. O sebi smo odkrili nekaj, kar smo morda lahko prikladno skrivali, vendar tega ne moremo več početi. In kaj naj zdaj naredimo s tem znanjem? Na to vprašanje še nimamo odgovora. Vendar je že jasno, da moralna provokacija covid-19 ni nekaj, kar bi si lahko privoščili prezreti.«³⁰

Če vlade ne bodo oblikovale ustreznih politik in programov za odpravo ali vsaj zaustavitev vedno večjih družbenih neenakosti, ne bomo nikoli zares varni pred covidom-19. Ali kot pravi Singer s sodelavci,

²⁷ Robert, René, Nancy Kentish-Barnes, Alexandre Boyer, Alexandra Laurent, Elie Azoulay in Jean Reignier. »Ethical dilemmas due to the COVID-19 pandemic,« *Annals of Intensive Care* volume 10.84 (2020): 1–9.

²⁸ Baines et al., »COVID-19 and beyond: the ethical challenges of resetting health services during and after public health emergency,« 715–16.

²⁹ Jöbges, Susanne, Rasita Vinay, Valerie Luyckx in Nikola Biller-Andorno. »Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis,« *Bioethics*. 25. 34/9 (2020): 948–959.

³⁰ Horton, »Offline: COVID-19 is not a pandemic,« 874.

»sindemični pristop ponuja zelo drugačno usmeritev h klinični medicini in javnemu zdravju, ker pokaže, kako je lahko celostni pristop k razumevanju in zdravljenju bolezni veliko uspešnejši kot preprosto obvladovanje epidemije ali zdravljenje posameznih bolnikov.«³¹ Zato pristop h covidu-19 kot sindemiji potrebuje širšo vizijo, ki bo upoštevala socialnoekonomske pogoje bivanja in kvalitete življenja. Če na covid-19 gledamo samo kot na pandemijo, izključujemo ta širši, a nujni pristop k svetovni ozdravitvi.

4 Koga torej reševati – predvsem javno in primarno zdravstvo ter človečnost in solidarnost med ljudmi

Najpomembnejša posledica tega, da aktualno pandemijo covid-19 doživljamo kot sindemijo, je poudarek na družbenem izvoru, predvsem na družbenih dejavnikih neenakosti in socialne nepravičnosti. Negativni vidiki družbenega razvoja (okoljski, ekonomski, socialni, politični) so povzročili pandemijo covid-19, zato tudi reševanje pandemije presega okvir medicine in zdravstva. To ni samo zdravstveni problem, ampak obče družben problem, zato ga moramo tudi obravnavati in reševati interdisciplinarno, kar pomeni, da moramo skupaj premisliti, zakaj je prišlo do pandemije in kako jo obvladati.

Pandemija covid-19 je jasno opozorila na ključni pomen celostnega bio-psiho-socialnega pristopa k bolniku. Tak pristop lahko nudi le široka in dobro organizirana javna zdravstvena mreža, kjer se učinkovito, hitro in vsem enako dostopno povezujejo sistemi primarnega zdravstva in specializirane intenzivne pomoči. Svetovna zdravstvena organizacija je v svoji nedavni objavi dopolnjenega sporočila o pomenu primarnega zdravstva v času pandemije covid-19 sporočila, da je primarno zdravstveno varstvo bistveni temelj za globalni odziv na covid-19. Primarno zdravstveno varstvo igra pomembno vlogo pri nadzoru in kliničnih odzivih: prepoznavanje in preizkušanje možnih primerov covid-19, zgodnja diagnoza, pomoč ranljivim ljudem pri soočanju s tesnobo zaradi virusa itd.³²

³¹ Singer et al., »Syndemics and the biosocial conception of health«, 941–50.

³² World Health Organization. *Role of primary care in the COVID-19 response Interim guidance*. Western Pacific Region. (9 April 2021).

V reševanju pandemične krize ni nujno le dobro sodelovanje primarnega in sekundarnega zdravstva, temveč tudi enakopravno sodelovanje s pacienti in javnostjo. Tu mora veljati znano geslo »Nič o nas brez nas«, ki terja vključevanje vseh prizadetih in ne le neposredno angažiranih zdravstvenih delavcev v reševanje zdravstvenih kriz. Takšno sodelovanje olajša odločitve v zdravljenju in posegih. Tako ugotavljata Tessa Richards in Henry Scowcroft v svoji poslanici Britanski zdravstveni javnosti o pomenu sodelovanja pacientov in javnosti v upravljanju s pandemijo covid-19. Terjata, da morajo zagovorniki pravic pacientov in zagovorniki človekovih pravic dejavno skrbeti za to, da pridejo do svojega glasu tudi pacienti in njihovi bližnji, tudi in posebej takrat, ko gre za nujne in težke odločitve, na primer za ohranjanje človeškega dostojanstva v starosti in hudi bolezni, o humanem zaključevanju življenja. Seznanitev in vključitev v odločanje pacientov in svojcev ter upoštevanje želja pacientov znatno izboljšajo njihovo počutje, zaupanje v zdravstveno oskrbo in tudi potek okrevanja.³³

Abstraktni socialni sistemi znanja, med katere lahko štejemo tudi medicinski sistem, so namreč močno odvisni od zaupanja ljudi vanje. Zaupanje ni le prepričanje v upravičenost posameznih odločitev. Je več, je splošno stališče, ki utemeljuje odločitve. Vendar se zaupanje upira zgolj racionalnemu odločanju, ker vsebuje element vere. Zaupanje stopa v dialektično napetost s tveganji in psihološko varnostjo posameznikov in skupin. Zavezanost trditvi, da je zdravstveno varstvo temeljna človekova pravica, ne glede na raso, bogastvo, vero ali državljanstvo, je tu ključnega pomena. Prav tako je ključnega pomena zavedanje, da samo javno zdravstvo lahko zagotavlja to pravico in da je steber javnega zdravstva primarno zdravstvo, ki mu je treba dati večjo veljavo in status znotraj zdravstva. Tu se vzpostavlja zaupanje v medicinski sistem, kar ugodno vpliva na proces zdravljenja. Sprememba hierarhičnih razmerij v medicini in izboljšanje statusa zdravnikov in zdravnic na primarnem nivoju bi okrepilo interes za delo v zdravstvu na primarnem nivoju in zmanjšalo kadrovske primanjkljaje v tem delu zdravstva, ki nosi breme javnega zdravstva.

³³ Richards, Tessa in Henry Scowcroft. »Patient and public involvement in COVID-19 policy making«. *BMJ* July 1 (2020): 1–2.

Pristajanje na triažo v ožjem smislu »koga reševati« je prav zaradi opisanih problemov nesprejemljivo. Če pristanemo na dilemo, komu dati prednost, na primer 90-letniku ali 30-letniku, se ujamemo v zanko neobvladljivih etičnih in medicinskih zadreg. Lahko gremo dalje do dileme, ali dati prednost visoko izobraženemu strokovnjaku ali človeku z osnovno izobrazbo, menedžerju podjetja ali fizičnemu delavcu v podjetju, državljanu s stalnim prebivališčem ali migrantu itd. Treba je storiti vse, da do takih izbir ne pride. Edina pot iz te pandemije je torej opustitev retorike delitve na posamezne družbe ali celo le segmente družb in sprejemanje celotnega človeštva kot vrednega pravične oskrbe.

Predvsem pa se je treba na podlagi izkušnje s covidom-19 zoperstaviti sistemskim družbenim neenakostim, ki so postale nevidne skozi desetletja pristajanja na večanje socialnih razlik, na sistematična in sistemska nasilja, revščino, izključevanja. Če parafraziramo Martina Luthra Kinga, izjava »nihče ni zdrav, če nismo vsi zdravi« je še kako resnična zlasti v času pandemije covida-19. Izbruh pandemije covida-19 v tem smislu pomeni pravicato zaušnico neoliberalnemu individualiziranemu svetu, saj nespodbitno terja od vseh ljudi več dejavne solidarnosti in medsebojne pomoči, več empatije, sodelovanja in občutka moralne odgovornosti. Takšno stanje v družbi terja razvoj močne in splošne socialne integracije in skupnosti, ki pomaga ljudem razviti zavest socialne zaščite in medsebojne odgovornosti.

Literatura

- Baines, Paul, Heather Draper, Sara Fovargue in Lucy Frith. »COVID-19 and beyond: the ethical challenges of resetting health services during and after public health emergencies.« *Journal of Medical Ethics*, 46/11 (2020). 715–16.
- Bartley, Mel. *Health inequality. An introduction to theories, concepts and methods*. Cambridge, Oxford: Polity Press. 2016.
- Beck, Ulrich. *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt/M: Suhrkamp. 1986.

- Buzeti, Tatjana in Mojca Gobec. »Neenakosti v zdravju v Sloveniji.« *Zdravstveno varstvo*. 51 (1) (2012): 75–79.
- Constantinou, Costas. »People Have to Comply with the Measures: COVID-19 in ‘Risk Society’.« *Journal of Applied Social Science*. 15(1) (2021): 3–11.
- Farmer, Paul, Bruce Nizeye, Sara Stulac in Saalman Keshavjee. »Structural violence and clinical medicine.« *PLoS Med*, 3:e449 (2006).
- Foucault, Michael. *The Birth of Clinic: an Archeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books. 1975.
- Herzlich, Claudine. »Modern Medicine and the Quest for Meaning. Illness as a Social Signifier«, v *The Meaning of Illness*, ur. Marc Augé in Cludine Herzlich, 151–173. Luxemburg: Harwood academic pbl. 1995.
- Horton, Richard. »Offline: COVID-19 is not a pandemic.« *The Lancet* September 26, 396: 874. (2020). <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>
- Jöbges, Susanne, Rasita Vinay, Valerie Luyckx in Nikola Biller-Andorno. »Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis.« *Bioethics*. 25. 34/9 (2020): 948–959. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bioe.12805>
- Mansouri, Fardin in Fatemeh Sefidgarbaei. »Risk Society and COVID-19.« *Canadian Journal of Public Health*. 112(1) (2021): 36–37. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7814519/>
- Neves, Nedy, Flávia Bitencourt in Almir Bitencourt. »Ethical dilemmas in COVID-19 times: how to decide who lives and who dies?« *Revista da Associação Médica Brasileira*. 66, Supl. 2 (2020): 106–110. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302020001400106&tlng=en
- Padmanabhan, Srinivatsan. »The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pan-Syndemic—Will We Ever Learn?« *Clinical Infectious Diseases* November 29 (2020): 1–2. <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa1797/6009406>
- Palitsky, Roman, Harrison Schmitt, Daniel Sullivan in Isaac Young. »An Existential Analysis of Responses to the 2020 Coronavirus Outbreak.« *Journal of Humanistic Psychology*. 61(2) (2020): 1–13.

- René Robert, Nancy Kentish-Barnes, Alexandre Boyer, Alexandra Laurent, Elie Azoulay in Jean Reignier. »Ethical dilemmas due to the COVID-19 pandemic.« *Annals of Intensive Care* volume 10.84 (2020): 1–9. <https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-020-00702-7>
- Richards, Tessa in Henry Scowcroft. »Patient and public involvement in COVID-19 policy making.« *BMJ* July 1 (2020): 1–2. <https://www.bmj.com/content/bmj/370/bmj.m2575.full.pdf>
- Sass, Hans Martin. *Medizin und Ethik*. Stuttgart: Reclam. 1989.
- Singer, Merrill, Nicola Bulled, Bayla Ostrach in Emily Mendenhall. »Syndemics and the biosocial conception of health.« *The Lancet* 389 (2017): 941–50.
- Turner, Brian. *The Body and Society. Explorations in Social Theory*. London: Sage. 1996.
- Turner, Brian. »The History of Changing Concepts of Health and Illness: Outline of General Model of Illness Categories.« V *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, ur. Garry Albrecht, Ray Fitzpatrick, in Susan Scrimshaw. London: Sage. 2000.
- Ule, Mirjana. *Spregledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej. 2003.
- Ule, Mirjana, Brina Manar in Slavko Kurdija. *Health and medicine in transition*. Wien: Echoraum. 2014.
- Wilkinson Richard. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge. 2002.
- World Health Organization. *Role of primary care in the COVID-19 response Interim guidance*. Western Pacific Region. (9 April 2021). Dostopano <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331921/Primary-care-COVID-19-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Zussman, Robert. »Sociological perspectives on medical ethics and decision-making.« *Annual Review of Sociology*, Palo Alto. Vol 23 (1997): 171–189.

O avtorici:

Mirjana Ule, univ. dipl. psih. je redna profesorica za socialno psihologijo ter ustanoviteljica Centra za socialno psihologijo na Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani. Njena raziskovalna področja so študije vsakdanjega življenja, zdravja, življenjskih potekov, študije spolov, identitete, psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov.

Izbrani izzivi pravnega urejanja medicinske triaže

Luka Mišič

1 Pacientove pravice: od deontološke zaveze do praktične neuresničljivosti

Izvorna in nepopustljiva deontološka zaveza prava k enakovrednosti življenja, ki izvira iz etike njegove svetosti, področni zakonski ureditvi odvzema gibkost, nujno potrebno za učinkovito reševanje najtežavnejših primerov triaže, tako v razmerju *ex ante* kot tudi *ex post* konkurence,¹ ki terjajo odločitev o tem, kdo naj živi in kdo umre. Tako civilno in kazensko kot tudi zdravstveno in socialno pravo življenj posameznikov, ne glede na njihove obremenjujoče osebne okoliščine, npr. starost, zdravstveno stanje, ali npr. zasluge vrednostno ne razvrščajo.² Ker je človekovo življenje nedotakljivo (17. člen URS) in ker vsako šteje enako, pravni red le stežka ponudi etično prepričljive mehanizme, ki bi poseg v posameznikovo pravico do osebnega dostojanstva in varnosti (34. člen URS) v najtežavnejših primerih triaže naredili sprejemljiv. Drugače, odločitev o tem, kdo naj živi in kdo umre, jasno deluje po načelu vse ali nič. Kot že ugotovljeno, lahko primere, kadar je zdravljenje zagotovljeno le enemu pacientu ali kadar zaradi zdravljenja enega pacienta nastopi celo opustitev zdravljenja drugega, pri čemer opustitev ali nezagotovitev pomeni njegovo gotovo smrt, koherentno rešujejo le pravila kazenskega prava o skrajni sili oziroma o koliziji dolžnosti.³ Tako Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)⁴ kot tudi npr. Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej)⁵ namreč vseskozi ostajata zvesta ustavnopravnemu konceptu človekovega dostojanstva – tudi

¹ Glej Briški, Salecl, Ambrož, »Koga reševati v času pandemije? Etični in kazenskopravni vidiki triaže«, 187 in nasl.

² Mišič, Strban, »Triaža: kjer se pravo in medicina razideta«, 749.

³ Mišič, Strban, »Triaža: kjer se pravo in medicina razideta«, 752. Glej predvsem Korošec, »Medicinsko kazensko pravno«, 322 in nasl.

⁴ Ur. l. RS, št. 15/08 do 177/20.

⁵ Ur. l. RS, št. 23/05 do 112/21.

v primerih, ko se zdi, da nekoliko popustita utilitarističnemu preračunu – ki ga Briški in drugi opisujejo kot t. i. težkokategorjni pravni argument, ki ima moč hitro ustaviti vsakršno nadaljnjo razpravo, pri čemer pa je sam vsebinsko razmeroma odprt.⁶ Spoštovanje pacientovega dostojanstva pravzaprav predstavlja osrednje ustavnopravno načelo ZPacP.⁷ Kot izhaja iz 3. člena zakona, med njegova osrednja načela sodijo: spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj ter, med drugim, spoštovanje pacientove telesne in duševne celovitosti ter varnosti. Z varstvom pacientove zasebne avtonomije je neločljivo povezana pravica do enake obravnave pri zdravstveni obravnavi, ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino, ki je določena v 7. členu ZPacP. Kot izhaja iz 4. člena zakona, so pacientove pravice lahko omejene z zakoni s področja zagotavljanja javne varnosti in javnega zdravja (npr. z ZNB, ki določa ukrepe, kot so osamitev, karantena, obvezno zdravljenje, obvezno cepljenje)⁸ ter kadar bi bile ogrožene pravice drugih oseb, vendar pa takšna določba kvečjemu lahko predstavlja učinkovit mehanizem omejevanja npr. pravice do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave pacienta, ki mu grozi zdaj večje, zdaj manjše poslabšanje zdravstvenega stanja, na račun konkurirajočega pacienta, ki mu istočasno grozi hujše poslabšanje zdravstvenega stanja, celo smrt. Pri tem mora praviloma biti konkretna primerjava dejanskega položaja konkretnih pacientov, npr. na nekem bolnišničnem oddelku, ne pa na nacionalni ravni čakalnih dob za dostop do posamezne zdravstvene storitve v skladu s t. i. triažo napotne listine, saj mora triaža napotne listine izpolnjevati časovne zaveze kakovostne zdravstvene obravnave, ki glede na 11. člen ZPacP pomeni tudi njeno *pravočasnost*.⁹ Edino pot iz najtežavnejših primerov triaže mimo pacientove vnaprejšnje zavrnitve medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave v skladu s 30. členom ZPacP pravzaprav omogoča, pa še to le na videz, 12. člen zakona, ki upravičenost do medicinskega posega

⁶ Briški, Salecl, Ambrož, »Koga reševati v času pandemije? Etični in kazenskopравни vidiki triaže«, 188.

⁷ Glej Korošec idr., »Komentar 3. člena ZPacP«, 50.

⁸ Zakon o nalezljivih boleznih, Ur. l. RS, št. 33/06 do 82/21.

⁹ Glej 14.b člen ZPacP.

oziroma zdravstvene obravnave na račun javnih sredstev, tj. na račun državnega proračuna (npr. nujno zdravljenje oseb neznanega prebivališča in drugih v skladu s 14. alinejo 7. člena ZZVZZ) ali račun obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: OZZ), pogojuje s tem, da sta poseg ali obravnava glede na pravila medicinske stroke potrebna in se glede na sodobno medicinsko doktrino upravičeno pričakuje, da bosta pacientu koristna in da so pričakovane koristi zanj večje od tveganj in obremenitev. Vendar pa 12. člen ZPacP po namenu prav gotovo ne ureja primerov tehtanja pričakovanih koristi in tveganj ter obremenitev enega pacienta v razmerju do drugega. S to določbo pravzaprav zgolj prevzema funkcijo ZZVZZ, ki bi kot *lex specialis* moral sam določati načelo gospodarnosti, ki med drugim *potrebe* zdravstvenega stanja ločuje od želja, ki jih pacienti, kadar te niso zdravju škodljive, zadovoljujejo kot potrošniki na trgu (zasebnih) zdravstvenih storitev, zunaj mreže javne zdravstvene dejavnosti. Taka omejitev izhaja tudi iz Pravil OZZ,¹⁰ ki v 25. členu iz nabora pravic obvezno zavarovanih oseb izločajo storitve, ki se izvedejo na zahtevo zavarovane osebe in po mnenju pooblaščenega zdravnika glede na njeno zdravstveno stanje niso potrebne. Videz, a gotovo ne kaj več kot to, učinkovite pravne podlage izhaja tudi iz opredelitve *primerne* in *kakovostne* zdravstvene obravnave iz 11. člena ZPacP. Ta primerno zdravstveno obravnavo namreč opredeljuje kot tisto, ki je skladna s pacientovimi potrebami ter zmožnostmi zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji, kakovostno pa kot tisto, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi in najboljšimi praksami ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, že omenjena pravočasnost, kontinuiteta, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta. Po eni strani je vprašljivo, ali je zmožnosti zdravstvenega sistema moč razlagati v kontekstu hipnega in partikularnega, ne splošnega, systemskega pomanjkanja enot zdravljenja, po drugi strani pa (medicinski) standardi in (medicinske) najboljše prakse ne smejo podajati vnaprejšnjih, sicer strokovnih sodb o tem, komu v mejnih primerih (ne) zagotoviti zdravstvene storitve, temveč lahko le olajšujejo celostno strokovno presojo zdravstvenega stanja konkretnega pacienta, neodvisno od njegovih

¹⁰ Ur. l. RS, št. 79/94 do 61/21.

osebnih okoliščin samih na sebi. Še več, opredelitev kakovostne zdravstvene obravnave ob uspešnosti, pravočasnosti in učinkovitosti določa tudi načelo enakopravnosti in osredotočenosti na pacienta.

Tako kot 4. in 12. člen zakona tudi 11. člen ZPacP ne nudi zadovoljivih odgovorov, kako rešiti najzahtevnejše primere triaže. Še več, 45. člen ZZDej določa, da zdravstveni delavci in sodelavci zdravstveno dejavnost opravljajo v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino, strokovnimi in drugimi etičnimi kodeksi, pri čemer morajo pri opravljanju svojega dela vse ljudi obravnavati pod enakimi pogoji in na enak način spoštovati njihove ustavne in zakonske pravice. Prav določba o enakem spoštovanju ustavnih in zakonskih pravic (enakopravna obravnava) preprečuje različno obravnavo po posameznih referenčnih skupinah, pri čemer bi pacienti znotraj skupine bili obravnavani enako. Načelo enakosti sicer pomeni enako obravnavo enakih ali v bistvenem podobnih primerov in obratno, vendar pa ne le ustavne, temveč tudi zakonske pravice, kot že zapisano, izhajajo iz kategoričnega varstva osebnega dostojanstva, ki, zdi se tako, v primeru odločanja o življenju in smrti, ne dopušča različne obravnave po različnih referenčnih skupinah oziroma, natančneje, njihove vnaprejšnje formacije. Še pomembneje, 45. člen prav tako določa, da edino merilo prednosti predstavlja nujnost zdravstvenega posega. Zakon o zdravniški službi (ZZdrS)¹¹ v 3. členu sicer določa strokovno neodvisnost zdravnika, ki svobodno izbere način zdravljenja, ki je v danih okoliščinah najprimernejši, pri čemer ravna po spoznanjih znanosti in strokovno preverjenih metodah. Svobodna izbira najprimernejšega načina zdravljenja seveda obsega tudi izbiro, da se zdravstvene storitve pacientu ne zagotovi. To po namenu nenazadnje izhaja tudi iz 11. člena ZPacP. Vendar pa tudi 3. člen ZZdrS, ki ščiti zdravnikovo strokovno avtonomijo, prav gotovo ni *a priori*, če sploh, namenjen razreševanju primerov konkurirajočih si pacientov. Te lahko rešuje le posredno, kadar je nek način zdravljenja, ki terja potrošnjo morda zadnje enote zdravljenja, za enega pacienta neprimeren. Podobno kot pri široki interpretaciji *zmožnosti zdravstvenega sistema* iz 11. člena ZPacP, ki določa primerno zdravstveno obravnavo, je tudi v primeru 3. člena ZZdrS vprašljivo, ali lahko *dane okoliščine* razlagamo

¹¹ Ur. l. RS, št. 72/06 do 66/19.

široko, tako da te zaobsežejo tudi primere konkurence, kadar je nek način zdravljenja za enega pacienta bolj, za drugega pa manj primeren. Drugače, vprašljivo je, ali lahko okoliščine pomanjkanja enot zdravljenja, npr. zaradi epidemije, elementarne nesreče, način zdravljenja, ki je v običajnih okoliščinah primeren, naredijo neprimerne, saj njegovo (ne)primernost vendar določajo pravila medicinske stroke, ki zasledujejo največjo korist za zdravstveno stanje posameznega pacienta. Če to drži, je vsak zdravnik na podlagi zakona omejeno enoto zdravljenja, ki opredeljuje nek način zdravljenja, ki je po spoznanjih znanosti in strokovno preverjenih metodah najprimernejši za mnogo starejšega pacienta s sicer pridruženimi boleznimi in kratko pričakovano življenjsko dobo, ne pa za sicer zdravega otroka, obvezan nameniti prvemu in ne sprejeti tveganja neučinkovitega ali manj učinkovitega zdravljenja slednjega navzlic dejstvu, da zaradi nezmožnosti drugega načina zdravljenja mlajšemu pacientu preti smrt ali hude, trajne okvare zdravja. Primer, ki je namenoma tako zastavljen, morda celo neživljenjsko in povsem učbeniško, jasno kaže na to, da izvorna deontološka zaveza prava področno ureditev po eni strani dela praktično neuresničljivo, saj, kot že zapisano, najzahtevnejši primeri triaže delujejo po načelu vse ali nič – nekdo bo umrl! –,¹² in, po drugi strani, z že nekoliko širšo razlago posameznih določb omogoča uresničitve zdravnikove strokovne neodvisnosti, a hkrati pripira vrata arbitrarnim, pa vendar intuitivno privlačnim razdeljevalnim kriterijem starosti, let življenja, kakovostnih let življenja, skupnega dobrega, zaslug, potreb (npr. odvisnih družinskih članov) ipd., ki lahko izhajajo tudi iz nekakšnega utilitarističnega preračuna.¹³ Glede upoštevanja *danih okoliščin* se zdi prepričljivejše stališče, da te pri presoji protipravnosti ravnanja zdravstvenih delavcev, predvsem pa pri presoji subjektivne odgovornosti, vplivajo na presojo, ali je bila izbira manj primerne načina zdravljenja strokovno pravilna, saj v običajnih okoliščinah najprimernejšega načina zdravljenja ni bilo

¹² V razpravi ob strani puščam teoretične primere, ko bi zaradi omejenih enot zdravljenja zdravstveni delavci izbirali med popolno ozdravitvijo (v skladu z 11. členom ZPacP) enega in smrtjo drugega pacienta ter delno ozdravitvijo oziroma preživetjem obeh, a s hujšimi in trajnimi okvarami zdravja, ki nepovratno vplivajo na posameznikov življenjski slog, npr. življenjski slog mladega pacienta, ki je bil zdravstvene oskrbe nižje kakovosti deležen zavoljo reševanja življenja npr. mnogo starejšega pacienta s pridruženimi boleznimi.

¹³ Prim. Briški, Salecl, Ambrož, »Koga reševati v času pandemije? Etični in kazenskopравни vidiki triaže«, 186–187.

moč izvesti, npr. zaradi pomanjkanja kadra, medicinsko-tehničnih pripomočkov, ne pa nujno zaradi zavestne odločitve reševanja življenja enega pacienta na rovaš drugega. V tem primeru lahko gordijski vozal vnovič presekajo le splošni instituti kazenskega prava, celo v primerih, kadar bi etične ali strokovne komisije sprejele priporočila ali smernice ravnanja. Slednje sicer odkazujejo na zahtevno razmerje med normativno močjo prava in medicinske stroke, po eni strani lomijo demokratično zavezo določanja pravic in obveznosti z zakonom, a po drugi strani lahko v razmerja, pogojena z izjemnimi okoliščinami, vnašajo nekaj pravne varnosti in predvidljivosti. Kot ugotavljajo Briški in drugi, priporočila v primerih kolizije dolžnosti v odločanje zdravstvenih delavcev vnašajo transparentnost in nanje delujejo razbremenilno, vprašanje pa je, ali te v razmerju do zdravstvenih delavcev že delujejo kot zapovedi oziroma prepovedi, ali pa, kakor veleva tradicionalno stališče kazenskega prava, posamezniku, soočenemu s kolizijo enakovrednih dolžnosti, izbire, ki je prosta, ni treba pojasnjevati.¹⁴

2 Pravice obvezno zavarovanih oseb: poseg v legitimna pričakovanja in neenaka obravnava

Omejitev ali poseg v pravice obvezno zavarovanih oseb iz OZZ se v luči dosedanje razprave lahko zdi manj ključna od omejitev ali posegov v pacientove pravice, urejene z *lex generalis* ZPacP, ki mimo nekaterih posebnih določb velja za paciente, ki nastopajo kot potrošniki zdravstvenih storitev na trgu, in njihove zasebne ponudnike, prav tako za paciente, ki pri uveljavljanju zdravstvenih storitev nastopajo kot obvezno zavarovane osebe, in za javne zavode ali koncesionarje, ki so kot ponudniki zdravstvenih storitev vključeni v javno mrežo zdravstvene dejavnosti. Vendarle pa ne gre spregledati, da vsaka omejitev pravic iz OZZ, bodisi v neposrednih primerih triaže bodisi v primerih splošnega omejevanja dostopa do zdravstvenih storitev, ki pravzaprav predstavlja posebno obliko triaže,¹⁵ pomeni odstop od vzajemnih obveznosti oziroma dajatev znotraj

¹⁴ Briški, Salecl, Ambrož, »Koga reševati v času pandemije? Etični in kazenskopравни vidiki triaže«, 184, 187 in nasl.

¹⁵ Sklicujoč na številne avtorje, Briški in drugi triažo opredeljujejo kot razvrščanje pacientov v prednostni vrstni red, po katerem bodo zdravstveni delavci bolnike oskrbovali. Glej Briški, Salecl, Ambrož, »Koga

socialnozavarovalnega razmerja kot dvostranskega javnopravnega dolžniškega razmerja med obvezno zavarovano osebo in nosilcem socialnega zavarovanja,¹⁶ v katerem se prva v skladu z načelom obveznosti zavarovanja in načelom vertikalne in horizontalne solidarnosti *ex lege* odpove delu svojega razpoložljivega dohodka z namenom zagotavljanja javne dohodkovne (socialne) varnosti v primeru nastopa socialnega primera bolezni ali poškodbe. To velja navkljub dejstvu, da o (ne)zagotovitvi ali odlogu zdravljenja v neposrednih primerih triaže odloča zdravnik, zaposlen pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, in, seveda, ne ZZZS.

Drugače kot pri socialnih pravicah, predvsem denarnih dajatvah, ki nastajajo v daljšem časovnem obdobju, npr. pravica do pokojnine, v primeru pravic v naravi (iz OZZ) le težka govorimo o pravicah v nastajanju ali pridobljenih pravicah, celo pravicah, ki bi uživale lastninskopravno varstvo, vendar pa imajo obvezno zavarovane osebe upravičeno in v zakonskih obveznostih ZZZS (in izvajalcev zdravstvene dejavnosti, s katerimi je ZZZS sklenil pogodbo), nenazadnje pa tudi ustavnopravnih obveznostih države, utemeljeno pričakovanje,¹⁷ da bodo, predvsem zato, ker plačujejo prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje, s čimer je poseženo v njihovo svobodo na premoženjskem področju, v primeru nastopa socialnega primera prejeli primerno, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo. Drugače, družbena pogodba, v kateri je utemeljen razdeljevalni mehanizem socialnih zavarovanj, temelji na z zakonom določeni vnaprejšnji odpovedi dela razpoložljivega dohodka, praviloma v največjo korist najmanj privilegiranih članov zavarovalne skupnosti, ki bi si v primeru neureditve institutov javne dohodkovne varnosti kljub večjemu razpoložljivemu dohodku ob pogosto večji izpostavljenosti zavarovalnim tveganjem najtežje privoščili učinkovito

reševati v času pandemije? Etični in kazenskopравни vidiki triaže», 184. V tem smislu vsakršen odlog zdravstvene oskrbe, npr. zaradi suspenza nenujnih zdravstvenih storitev, pomeni posebno obliko triaže. Toliko bolj v primeru suspenza *nenujnih* zdravstvenih storitev, saj kaže triažo, nekoliko določeneje in hkrati širše, opredeliti kot razvrščanje pacientov v prednostni vrstni red, po katerem bodo zdravstveni delavci bolnike oskrbovali glede na potrebe zdravstvenega stanja pacienta oziroma nujnosti oskrbe v okoliščinah omejenih enot zdravljenja. Odlog nenujnih zdravstvenih storitev v luči omejenih enot zdravljenja namreč pomeni pretresenje tako določenega vrstnega reda.

¹⁶ Glej Strban, »Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja«, 91–95.

¹⁷ Na podlagi drugega odstavka 50. člena URS država ne le ureja, temveč tudi skrbi za delovanje zdravstvenega in drugih socialnih zavarovanj. Kot izhaja iz drugega odstavka 51. člena, so pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev določene z zakonom.

varčevanje ali sklenitev ustreznih zasebnih, npr. zdravstvenih, pokojninskih zavarovanj, in v največjo korist katerih deluje načelo vertikalne solidarnosti. Pristanek na sodelovanje tudi premožnejših ali najbolj premožnih obvezno zavarovanih oseb, za katere je sicer urejen sistem socialnih zavarovanj v najmanjšo korist, je mimo praktičnih zavez *ex lege* zavarovanja moč izpeljati iz izvorne liberalno-egalitarne ideje urejanja družbenih razmerij izza tančice nevednosti, za katero se nahajajo posamezniki, ki določajo pravila osrednjih socialno-ekonomskih institucij neke skupnosti, in pri tem ne vedo, ali bodo v tako nastali skupnosti pripadali skupini njenih najmanj, povprečno ali najbolj privilegiranih članov. Racionalni strah pred pripadnostjo prvi skupini vse udeležence v formalni pravičnosti utemeljenega normodajnega postopka vodi v urejanje pravil ali pravic in obveznosti, s katerimi bodo pripravljene živeti tudi v primeru, da bodo dejansko pripadali tej skupini.¹⁸ Zaveze proceduralne pravičnosti v tem smislu individualizirajo in racionalizirajo v največji koristi *skupnosti* utemeljene zaveze komunitarističnega pristopa k urejanju družbenih razmerij, utemeljenih v vnaprej danih tesnih vezeh med člani skupnosti, ki naj bi določale tudi avtonomno učinkovanje načela solidarnosti.

Z enakim proceduralno-pravičnostnim razlogovanjem bi sicer lahko v teoriji upravičili vsako nadaljnjo prispevno ali davčno obremenitev ali poseg v pravice obvezno zavarovanih oseb, kadar je ta v korist njenih najmanj privilegiranih ali, podobno, najbolj ranljivih članov skupnosti, npr. starejših, kronično bolnih, še posebej v okoliščinah epidemije. A vendar naj bo, prav zaradi izvorne liberalno-egalitarne ideje urejanja sistema socialnih zavarovanj,¹⁹ vsako omejevanje pravic, tudi kadar je v javnem interesu, *ultima ratio* ukrep zakonodajalca. Tudi in predvsem zato, ker lahko nesorazmerne ali nesorazmerno dolge omejitve, npr. v času t. i. suspenza nenujnih zdravstvenih storitev, po eni strani lomijo liberalne temelje sistema socialnih zavarovanj, ki v prvi vrsti zagotavljajo enakost v priložnostih – vnaprejšnja omejitve svobode na premoženjskem področju širi polje zasebne avtonomije povprečnih in najmanj privilegiranih članov

¹⁸ Podrobneje o Rawlsovem egalitarnem liberalizmu in njegovi aplikaciji na področje prava socialne varnosti v Mišič, »Socialna pravičnost kot vprašanje upravičenosti redistribucije«, 141 in nasl.

¹⁹ Podrobneje v Štrban, Mišič, »Property Protection of Social Rights: Perspectives of the European Court of Human Rights and the Slovenian Constitutional Court«, 1–3.

skupnosti – in ki so sočasno utemeljeni v načelu samouprave ali participacije obvezno zavarovanih oseb pri upravljanju posameznih nosilcev, npr. ZZS, in zdaj bolj, zdaj manj avtonomnem izvajanju posamezne veje zavarovanja, ter po drugi strani vodijo v neenako obravnavo pacientov oziroma obvezno zavarovanih oseb na podlagi osebne okoliščine gmotnega stanja oziroma socialno-ekonomskega položaja.²⁰ Ker je suspenz zdravstvenih storitev (v prvem obdobju epidemije) nastopil tako znotraj kot izven javne mreže zdravstvene dejavnosti, in sicer glede na osrednji triažni kriterij (ne)nujnosti zdravstvenega posega, sicer ni nastopila nevarnost, da bi na zdravstveno obravnavo čakajoče premožnejše obvezno zavarovane osebe storitve zdravljenja, npr. specialistične preglede, opravile pri zasebnikih, medtem ko bi socialno-ekonomsko šibkejšje obvezno zavarovane osebe *de facto* bile nezmožne uveljavljati storitve zdravljenja kot takšne, neodvisno od njihove javne ali zasebne narave. S tega zornega kota je omejitev svobodne gospodarske pobude na področju zdravstva v času epidemije učinkovala izenačevalno, ohranjajoč v načelu vertikalne in horizontalne solidarnosti utemeljeno razdelitev zdravstvenih storitev znotraj obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Prav tak položaj pa je lahko nastopil tik po odpravi suspenza in v mesecih po njej, ko so lahko premožnejše obvezno zavarovane osebe ob močno povečanih čakalnih dobah v zdravstvu zdravstvene storitve, npr. posamezne specialistične preglede, hipno uveljavljale izven mreže javne zdravstvene dejavnosti in se vanjo, npr. k napotnemu zdravniku, vrnile v času pred zahtevnejšim, praviloma tudi dražjim zdravstvenim posegom. Prehajanje pacientov iz javnega v zasebno zdravstvo in nazaj je sicer zmerom mogoče in lahko kljub neenakemu dejanskemu položaju obvezno zavarovanih oseb znotraj OZZ celo skrajšuje čakalne dobe v razmerju do nekaterih zdravstvenih storitev, a je posebej problematično tedaj, kadar so dobe nesorazmerno dolge, saj je tedaj položaj dejanske neenakosti, ki lahko omejuje posameznikovo zasebno avtonomijo, najbolj pereč.²¹ Vsak odlog sicer nenujne zdravstvene storitve lah-

²⁰ O drugih omejitvah podrobneje v Mišič, »Pravni in etični vidiki pravice do zdravljenja v času epidemije«.

²¹ Podobno sicer velja glede osebne okoliščine gmotnega stanja in z njo pogosto povezane (ne)ustrezne ravni informiranosti o svojih pravicah pri uveljavljanju čezmejnega zdravstvenega varstva na podlagi 44.b člena ZZVZZ. Podrobneje v Mišič, »Pravni in etični vidiki pravice do zdravljenja v času epidemije«.

ko pomeni ne le poslabšanje zdravstvenega stanja ali kasnejše odkritje zahtevnejšega obolenja ali okvare zdravja, temveč tudi podaljšuje posameznikov položaj dejanske, zdaj večje, zdaj manjše, oviranosti pri zasebnem in poklicnem življenju ter tako negativno in v daljšem časovnem obdobju vpliva na možnost življenja v skladu s svobodno izbranim načinom življenja. S tega, prav tako liberalno-egalitarnega zornega kota, in z zornega kota (odškodninske) odgovornosti države za s sistemskim (ne)ukrepanjem povezana poslabšanja zdravstvenega stanja ali smrti bi bilo ključno, da bi Ministrstvo za zdravje že v času prvega ali, glede na višjo raven informiranosti o negativnih učinkih SARS-CoV-2, vsaj v času drugega obdobja epidemije sprejelo aktivne ukrepe za učinkovito skrajševanje čakalnih vrst v zdravstvu,²² povzročenih (neodvisno od njegove morebitne primernosti, nujnosti in sorazmernosti) s heteronomnim suspensom nenujnih zdravstvenih storitev. To velja tudi glede na načelo prilagajanja prava spremenjenim razmerjem oziroma razmeram v družbi.

3 Odškodninska odgovornost države: različna obravnava prvega in naslednjih obdobj epidemije ter pomen cepljenja

Država, ki pravico do zdravstvenega varstva na račun javnih sredstev uresničuje predvsem z urejanjem in skrbjo za delovanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, ne more odgovarjati za nepovratne posege v pravico do zdravja ali življenja, kadar kapacitete, ki jih v ta namen zagotavlja (z vzpostavitvijo mreže javne zdravstvene dejavnosti in službe nujne medicinske pomoči),²³ odgovarjajo na povprečne in predvidljive potrebe zdravstvenega stanja prebivalstva oziroma obvezno zavarovanih oseb. Razen če pri tem ravna protipravno, npr. v neskladju z ZZDej, ZZVZZ, ZNB.²⁴ Kot ugotavlja Tratar, doktrina o pozitivnih obveznostih države tej nalaga odgovornost za njene kršitve ali kršitve organov

²² Sklep o Nacionalnem razpisu za izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev je bil objavljen dne 23. 7. 2021.

²³ Glej npr. 5. člen ZZDej in primerjaj obveznosti države, občine oziroma mesta na različnih ravneh zdravstvene dejavnosti.

²⁴ O posebnih primerih odgovornosti države brez protipravnega ravnanja, npr. za škodo kot posledico obveznega cepljenja, glej Možina »Odškodninska odgovornost države«, 158 in nasl.

in nosilcev javnih pooblastil in tudi za kršitve, ki nastanejo, ker država nečesa v sistemskem smislu ne stori, a bi to morala.²⁵ Sistemsko (ne) aktivnost in njeno (ne)primernost v kriznih situacijah, kot je npr. epidemija, je pri tem nujno presoјati glede na verodostojne informacije, s katerimi oblasti razpolagajo ali bi z njimi v določenem trenutku lahko razpolagale, in glede na objektivno možnost na podlagi tako pridobljenih informacij sprejeti primerne in nujne ukrepe varovanja javnega zdravja. V nasprotnem primeru škodne posledice glede na njeno objektivno nepredvidljivost ni moč pripisati ravnanju ali opustitvam njenih organov ali nosilcev javnih pooblastil. Drugače, preventivne in druge ukrepe, ki so ali niso, pa bi retrospektivno morali biti sprejeti, je treba presoјati v luči konkretnih okoliščin prvega, drugega in nadaljnjih obdobij epidemije, verjetno tudi s primerljivimi dobrimi praksami iz drugih (evropskih) držav. Glede na skoraj pregovorno nizko raven informiranosti o SARS-CoV-2, načinih širjenja okužbe, poteku bolezni glede na različne skupine prebivalstva, uspešnih načinov zdravljenja ipd., je ukrep splošne omejitve nenujnih storitev zdravljenja v prvem obdobju epidemije,²⁶ ki je kot sistemski ukrep lahko povzročil večje število poslabšanj zdravstvenega stanja, celo smrti,²⁷ seveda moč oceniti tudi kot primeren in nujen ter sorazmeren ukrep. Vendar pa to velja le pod predpostavko, da oblasti v prvem obdobju epidemije upravičljivo niso mogle zagotoviti ustreznih kapacitet za obravnavo s covidom-19 okuženih in neokuženih pacientov, tj. objektivno niso mogle odgovoriti na močno povečane (predpostavljene) potrebe zdravstvenega stanja

²⁵ Tratar, »Doktrina pozitivnih dolžnosti držav po EKoČP«, 101.

²⁶ Glej Odlok o začasnih ukrepih na področju zdravstvene dejavnosti zaradi zaježitve in obvladovanja epidemije COVID-19, Ur. l. RS, št. 40/20 do 65/20.

²⁷ Primeri zahtevnih zdravstvenih stanj, prepoznanih na podlagi stopenj nujnosti, kot so *redno*, *hitro* in *zelo hitro* ter *nujno*, presojo vzročne zveze jasno naredijo še toliko zahtevnejšo. V luči še neopredeljene stopnje nujnosti bi normodajalec prav tako moral biti še posebej zadržan pri omejevanju dostopa do osebnega zdravnika in drugih specialistov, glede katerih obvezno zavarovane osebe uživajo neposredni dostop, saj lahko prav odlog prvega pregleda ključno vpliva na poslabšanje posameznikovega zdravstvenega stanja. Odlok o začasnih ukrepih na področju zdravstvene dejavnosti zaradi zaježitve in obvladovanja epidemije covid-19 je sicer določil prekinitev izvajanja preventivnih zdravstvenih storitev, specialističnih pregledov in operativnih posegov ter zobozdravstvenih storitev pri vseh izvajalcih (zobo)zdravstvene dejavnosti, vendar pa bi normodajalec gotovo moral sprejeti dodatne ukrepe, ki bi omogočali nemoteno uveljavljanje zdravstvenih storitev pri osebnih zdravnikih kot t. i. vratarjih v svet zdravstvenih storitev. Podrobneje o pomenu osebnega zdravnika v OZZ v Strban, »Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja«, 247–248, 256 in nasl.

in so pri tem predpostavko določile objektivno utemeljeno, oziroma izvajalcev zdravstvene dejavnosti objektivno upravičljivo niso uspele opremiti z ustrezno zaščitno opremo, ki bi glede na takrat znanstveno prepoznane načine širjenja omogočila primerno, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo vseh, tudi nenujnih primerov. Vprašanje vzročne zveze je, jasno, nadvse zahtevno in bolj kakor pravna odgovornost, praviloma s socializacijo škode (odškodninska odgovornost), se zdi verjetna politična odgovornost nosilcev javnih funkcij.

Ker je suspenz nenujnih storitev zdravljenja v prvem obdobju epidemije, nenazadnje pa tudi povečane potrebe zdravstvenega stanja prebivalstva med epidemijo, povzročil dodatno podaljšanje čakalnih dob v zdravstvu, je nujno, da se država kot garant delovanja sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja in učinkovitega uresničevanja pravice do zdravstvenega varstva (iz javnih sredstev) odzove na tako spremenjene razmere v družbi. Sploh ker je odlog zdravstvenih storitev in nekaterih programov nastal na podlagi heteronomnega pravnega akta. Kot že zapisano, bi Ministrstvo za zdravje že davno pred objavo Nacionalnega razpisa za izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev z dne 23. 7. 2021, v času tik po prvem obdobju epidemije, morale začeti s povečanim sofinanciranjem OZZ, vse do dejanskih meja sposobnosti realizirati na novo dogovorjen obseg zdravstvenih storitev (npr. zaradi delovno-pravnih omejitev, izčrpanosti kadra zaradi epidemije), in tako zagotoviti takojšnje skrajševanje čakalnih dob v zdravstvu. Pri tem se poraja tudi vprašanje vključitve zasebnikov v mrežo javne zdravstvene dejavnosti, ne pod pogoji, določenimi s koncesijo, temveč le na podlagi pogodbe z ZZS, celo z možnostjo pacientovega zasebnega uveljavljanja storitev zdravljenja in (delnim) povračilom stroškov od ZZS, kakor je to že danes mogoče po pravilih Direktive 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu.²⁸ Vendar pa bi takšna, čeprav lečasna ureditev, najverjetneje odprla Pandorino skrinjico pretežne privatizacije javnega zdravstva, saj koncesionarji, v tem primeru privlačni predvsem za obvezno zavarovane osebe, ki si lahko privoščijo

²⁸ Ur. l. EU, L 88/45 z dne 4. 4. 2011. Glej tudi Mišič, Strban »Functional and Systemic Impacts of COVID-19 on European Social Law and Social Policy«, 985–986.

delno zasebno plačilo storitev zdravljenja, pogosto ne bi bili več zainteresirani biti neposredni del mreže javne zdravstvene dejavnosti, s tem ko bi, predvsem zaradi delnega kritja zdravstvene storitve s strani ZZZS, lahko svojim storitvam določili višjo ceno, ki je prej veljala le za zasebne paciente, pri čemer je bila ta zaradi popolnoma zasebnega plačila brez možnosti povračila morda celo nižja. Ureditve, ki prav tako lahko vodi v nadaljnje prehajanje zdravstvenih delavcev iz javnega v zasebni sektor, bi v primeru množičnega izstopa koncesionarjev bila, in to je bistveno, v najmanjšo korist najmanj privilegiranih ali socialno-ekonomsko najšibkejših obvezno zavarovanih oseb, dejansko in v celoti vezanih na uveljavljanje zdravstvenih storitev pri javnih zavodih, dodatno obremenjenih zaradi izstopa. Takšno spremembo ureditve bi javne oblasti lahko upravičile le s trajno infrastrukturno, kadrovsko in finančno krepitvijo javne zdravstvene mreže, ki pa se glede na nedavne razmisleke o kleščanju institutov socialne države zdi malo verjetna.²⁹

Za posebej zahtevno se lahko izkaže vprašanje odgovornosti (države) za škodne posledice morebitne nadaljnje omejitve nenujnih storitev zdravljenja, potem ko je ta zagotovila ustrezne količine cepiva proti SARS-CoV-2, celo v obsegu, ki dopušča posameznikovo izbiro cepiva različnih proizvajalcev. Drugače, če predpostavimo, da bodo za SARS-CoV-2 v prihodnjih obdobjih epidemije zbolevali oziroma s hujšim potekom bolezni zbolevali predvsem necepljeni posamezniki, ki so imeli objektivno možnost cepiti se, zaradi česar bo prišlo do preobremenitve zdravstvenih kapacitet, se omejitev dostopa do nenujnih storitev zdravljenja zdi še spornejša kot v prvem, s postopoma dvigajočo se tančico nevednosti zastrtem obdobju epidemije. Po eni strani je dostop do nenujnih storitev zdravljenja lahko vseskozi omogočen cepljenim posameznikom (primeren ukrep preprečevanja širjenja okužb pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti), kar sicer vzpostavlja vzporedni sistem pravic in obveznosti za cepljenje in necepljene paciente oziroma obvezno zavarovane osebe in od slednjih utemeljeno terja pridobitev

²⁹ Merim predvsem na razmislek o uvedbi (proti)socialne kapice, glej npr. Mišič, »Socialnopravna vročica slovenskega zakonodajalca: o obmejnih in starejših delavcih ter o predlogu (proti)socialne kapice«, 85–89.

potrdila o neokuženosti,³⁰ a po drugi strani ni izvedljiv v primeru zdravstvene krize, tedaj ko je zdravstvene delavce nujno prerazporejati zaradi zdravljenja najhujših primerov, povezanih s SARS-CoV-2. V tem primeru oblasti sicer nikakor niso razrešene obveznosti prilagajati ukrepe spremenjenim razmeram v družbi oziroma ne smejo odstopiti od potrebnih, učinkovitih in objektivno možnih ukrepov preprečevanja širjenja okužb, pospešenega zagotavljanja storitev zdravljenja, npr. z zagotavljanjem sredstev za nakup dodatnih medicinsko-tehničnih pripomočkov, vendarle pa je pri presoji odškodninske odgovornosti za sistemsko povzročitev večjega števila poslabšanj zdravstvenega stanja, celo smrti, povezanih z morebitno nadaljnjo splošno omejitvijo nenujnih storitev zdravljenja, gotovo treba upoštevati dejstvo, da je država vendar omogočila cepljenje vsakemu državljanu oziroma vsaki obvezno zavarovani osebi, in da je tako moč govoriti o vsaj delni prevalitvi moralne odgovornosti z države na družbeno skupnost pretežno necepljenih posameznikov. Slednji namreč niso prevzeli individualne odgovornosti za kolektivno preprečevanje prenosa okužb, predvsem pa preprečevanje hujših potekov bolezni in smrti, s čimer so, vsaj posredno, povzročili škodo drugemu posamezniku, in sicer svobodnim ravnanjem posegli v njegovo zasebno avtonomijo. Kot je v zvezi z obveznim cepljenjem (otrok) ugotovilo Ustavno sodišče, se s cepljenjem zagotavlja kolektivno varstvo prebivalstva pred nalezljivimi boleznimi, pri čemer se posameznik pri uveljavljanju svoje pravice odločati (se) o samem sebi ne more sklicevati na to, da bodo za varstvo pred širjenjem bolezni in s tem tudi za varstvo njega samega pred okužbo poskrbeli drugi, ki se bodo podvrgli cepljenju.³¹ Čeprav naj bi bila odločitev za cepljenje proti SARS-CoV-2 rezultat posameznikove svobodne odločitve ali odraz posameznikovega svobodnega odločanja o zdravljenju, pa se v družbi cepilnih »zastonjkarjev« (t. i. cepilni *free-riding*), ki odgovornost zaščitite sebe in drugih, tudi ranljivih članov skupnosti, vztrajno prelagajo na druge, razmislek o uvedbi obveznega cepljenja žal zdi nujen.

³⁰ Ki lahko pomeni posredno neenako obravnavo pacientov oziroma zavarovanih oseb na podlagi gmotnega stanja.

³¹ Točka 19 Odločbe št. U-I-127/01 z dne 12. 2. 2004.

Ustavnopravno podlago, ki jo posredno potrjuje tudi Evropsko sodišče za človekove pravice,³² imamo že vrsto let. Nenazadnje tretji odstavek 51. člena URS določa, da nikogar ni moč prisiliti k zdravljenju, razen v primerih, ki jih določa zakon, tj. že omenjeni ZNB, pri čemer bi odločitev o *primernosti*, *nujnosti* in nenazadnje tudi *sorazmernosti* ukrepa obveznega cepljenja, zvezani s prevlado skupnostnih koristi nad individualnimi tveganji, morala biti utemeljena v prevladujočih stališčih stroke.

Tako opisani izzivi (ne)obveznega cepljenja so vsaj posredno povezani tudi z učbeniškim primerom konkurence dveh za nalezljivo boleznijo zbolelih umirajočih pacientov, ki oba potrebujeta v eni enoti razpoložljiv medicinsko-tehnični pripomoček, zdravilo ipd., pri čemer gre za konkurenco cepljenega in necepljenega posameznika z enakimi možnostmi preživetja. Razdeljevalni kriterij *zaslug*, v tem primeru do širše družbene skupnosti ali varovanja javnega zdravja, je intuitivno privlačen, a še kako nevaren. Enako velja za kakršnokoli drugo vsebinsko napolnitev tega kriterija, saj edini dopusten razdeljevalni kriterij, kot izhaja iz uvodnega dela razprave, predstavlja nujnost zdravstvenega posega oziroma kriterij *potreb*, tj. potreb zdravstvenega stanja. Drugačen je seveda primer konkurence cepljenega in necepljenega posameznika, kjer možnosti preživetja zvišuje prav dejstvo prejema cepiva proti SARS-CoV-2, vendar pa, kot izhaja iz uvodnega dela razprave, dejstvo samo po sebi nujno ne more razrešiti konkurence pacientov, ko oba potrebujeta omejeno enoto zdravljenja, pri čemer je način zdravljenja za oba najprimernejši.

4 Triaža in pravna razmerja

Izzivi triaže prav tako odpirajo pomembna vprašanja, vezana na množstvo pravnih razmerij v zdravstvu. Ta obsegajo predvsem razmerja med državo in ZZZS, ZZZS in izvajalci zdravstvene dejavnosti ter razmerja med pacienti in izvajalci zdravstvene dejavnosti ter, ožje, razmerja med pacientom in zdravnikom ali drugim zdravstvenim delavcem, zaposlenim pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Enako velja za izvajalce zdravstvene dejavnosti in njihove zaposlene. Epidemija je nedvomno vplivala na razmerja med vsemi udeleženci, podroben opis vseh njenih

³² Glej Mišič, »Pravni in etični vidiki pravice do zdravljenja v času epidemije«.

učinkov pa presega meje splošne razprave o pravnih izzivih (medicinske) triaže. Izpostaviti kaže, da je suspenz nenujnih zdravstvenih storitev, ki – kot že zapisano – predstavlja posebno obliko triaže, po eni strani lahko vplival na neizpolnjevanje splošnega dogovora oziroma na njegovi podlagi sklenjenih individualnih pogodb med ZZZS in izvajalci zdravstvene dejavnosti, pri čemer so ti po drugi strani v izjemnih okoliščinah zdravstvene in epidemiološke krize lahko oziroma celo morali izvajati nedogovorjene obsege zdravstvenih storitev. Kot ugotavlja Strban, osrednjo pravico izvajalcev zdravstvene dejavnosti, vključenih v javno mrežo zdravstvene dejavnosti, predstavlja pravica do plačila zdravstvenih storitev, njihovo osrednjo obveznost pa zagotavljanje gospodarne in kakovostne zdravstvene oskrbe.³³ Tako kot lahko v primeru neupravičene zavrnitve zdravstvene oskrbe ali v primeru zagotavljanja neprimerne, nekakovostne in zdravstvene oskrbe, ki ni varna, ZZZS od izvajalca zdravstvene dejavnosti terjaja odškodnino ali odpove pogodbo, lahko izvajalec od ZZZS terjaja plačilo obveznosti, ki presegajo s pogodbo dogovorjene, a jih je na podlagi zdravstvene zakonodaje slednji moral opraviti. Tako opravljeni presežki terjajo participacijo države pri kritju presežkov odhodkov zavoda nad njegovimi prihodki. Nujne medicinske pomoči izvajalec zdravstvene dejavnosti na podlagi 10. člena ZPacP namreč ne sme zavrniti, na podlagi drugega odstavka 52. člena ZZDej pa je nujno medicinsko pomoč, nego in oskrbo treba zagotavljati tudi v času stavke, v splošnem pa mora ta biti stalno dostopna in neprekinjena.³⁴ Nujno zdravljenje, ki ga v nekaterih primerih sicer krije državni proračun, je, tudi v razmerju do nujne medicinske pomoči, v slovenski ureditvi sicer nejasno opredeljeno. ZPacP se v 12.b točki 2. člena, ki opredeljuje nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve, sklicuje na predpise s področja zdravstvenega zavarovanja. Glede na 25. člen ZZVZZ nujno zdravljenje obsega neodložljive zdravstvene storitve oživljanja, ohranitve življenja in preprečitve poslabšanja zdravstvenega stanja, medtem ko Pravila OZZ razlikujejo med nujno medicinsko pomočjo in nujnim zdravljenjem. Nujna medicinska

³³ Strban, »Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja«, 226 in nasl., predvsem 235–237 in 240–246.

³⁴ Glej 53. člen ZZDej.

pomoč na podlagi prvega odstavka 103. člena Pravil OZZ obsega storitve oživljanja, storitve, potrebne za ohranjanje življenjskih funkcij, za preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja nenadno obolelih, poškodovanih in kronično bolnih, pri čemer se storitve zagotavljajo do stabilizacije življenjskih funkcij oziroma do začetka zdravljenja na ustreznem mestu. Nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve na podlagi drugega odstavka 103. člena med drugim obsegajo takojšnje zdravljenje po nudenju nujne medicinske pomoči, če je to potrebno. Nujno medicinsko pomoč, ki je zdravnik ne sme pogojevati v vnaprejšnjim plačilom, (so)opredeljujejo tudi 43. in naslednji členi ZZdrS ter ZZDej. Morebitne spore med ZZZS in izvajalci zdravstvene dejavnosti, tako v zvezi z nerealiziranimi programi kot tudi nesorazmerno visokimi stroški zdravljenja, povezanimi z epidemijo SARS-CoV-2, je zakonodajalec skušal preprečiti z interventno zakonodajo, na podlagi katere je proračun npr. pokrila 80 odstotkov razlike med polno vrednostjo mesečnega dogovorjenega pogodbenega programa za leto 2019 in realizirano vrednostjo programa v letu 2020, in sicer izvajalce, ki jim je na podlagi suspenza zdravstvenih storitev bilo onemogočeno izvajanje pogodbenih obveznosti do ZZZS. Smiselno enako velja glede zagotavljanja sredstev zaradi izpadov programa zaradi zagotavljanja prostorov in kadra, kadar je izvajalec zdravstvene dejavnosti zaradi obravnave okuženih pacientov moral prilagoditi svoje prostore in način izvajanja zdravstvene dejavnosti, zaradi česar jim je bilo začasno onemogočeno izvajanje pogodbenih obveznosti do ZZZS.³⁵ Zanimivo bi bilo tudi vprašanje odgovornosti ZZZS, če ta do posameznega izvajalca zdravstvene dejavnosti ne bi izpolnil vseh pogodbeno dogovorjenih obveznosti, zaradi česar bi pri posameznem izvajalcu nastopilo pomanjkanje ustreznih kapacitet.

Kar se najzahtevnejših primerov triaže tiče – o njih sem razpravljal uvodoma – je gotovo najpomembnejše pravno razmerje med pacientom in zdravnikom oziroma izvajalcem zdravstvene dejavnosti, zvezano s protipravnostjo ravnanja in krivdo bodisi v primeru nezagotovljene zdravstvene storitve ali zagotovljene zdravstvene storitve nižje kakovosti zaradi omejene razpoložljivosti enot zdravljenja, npr. medicinsko-tehničnih

³⁵ Glej Kramberger, Kenk, Kos, »Letno poročilo ZZZS 2020«, 27.

pripomočkov, zdravil, zdravstvenih delavcev. Žnidaršič Skubic, ki se v razmerju do napake pri zdravljenju sklicuje npr. tudi na primere preu-trujenosti v izjemnih primerih naravne nesreče, epidemije ali vojne in neustrezno organizacijo zdravstvene službe, glede odškodninske odgovor-nosti zdravstvenega delavca, ki je pacientu povzročil škodo, izpostavlja stališče, ki se zavzema za presojo zdravnikove subjektivne odgovornosti, npr. kadar zdravnik ravna v nasprotju s pravili stroke, vendar mu glede tega ni moč pripisati krivde.³⁶ Kot napako pri zdravljenju gre smiselno obravnavati tudi druge primere ravnanja v nasprotju s pravili stroke, ra-zen če ta – vprašanje je obravnavano prav v zadnjem poglavju te razprave – v izjemnih okoliščinah, npr. elementarne nesreče, epidemije, vnaprej predvidevajo drugačno ravnanje oziroma določajo drugačen strokovni standard, s čimer pravzaprav izključujejo protipravnost ravnanja. Razbre-menitev (odškodninske) odgovornosti zdravstvenega delavca pa seveda ne pomeni, da je odgovornosti *a priori* razbremenjen tudi izvajalec zdra-vstvene dejavnosti, če bi ta npr. glede na dane okoliščine lahko ustrezneje načrtoval delovni proces, saj v splošnem razpolaga z zadostnimi kapaci-tetami, ali celo drug zdravstveni delavec, ki je npr. neupravičeno izostal z delovnega mesta. Kot sicer izhaja iz prvega odstavka 52. člena ZZDej, zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci ne smejo zapustiti delovnega mesta, dokler ne dobijo nadomestitve, čeprav je njihov delovni čas pote-kel, če bi to pomenilo nevarnost za zdravje ljudi. Vprašanja pomanjkanja ustreznega kadra bodo, če ta ne bo zagotovljen, gotovo lahko vplivala tudi na presojo odškodninske odgovornosti države v naslednji epidemiji.

5 Razmerje med pravom in medicino

Vprašanje razmerja med pravom ali, natančneje, heteronomnim prav-nim aktom, npr. zakonom, podzakonskim pravnim aktom, in avtono-mnim pravom ter pravili medicinske stroke pomembno vpliva tako na razmerja med pravicami in obveznostmi pacientov oziroma zavarovanih oseb in zdravstvenih delavcev kot tudi na presojo protipravnosti ravnanja in subjektivne odgovornosti zdravstvenega delavca. Kot izhaja iz 45. čle-na ZZDej, morajo zdravstveni delavci in sodelavci pri svojem delu med

³⁶ Žnidaršič Skubic, »Civilno medicinsko pravo«, 84.

drugim upoštevati že omenjene strokovne in druge etične kodekse in kodeks medicinske deontologije, kar pa ne pomeni, da lahko avtonomno pravo Zdravniške zbornice Slovenije (v nadaljevanju: Zbornica), npr. Kodeks zdravniške etike, sprejet 6. oktobra 2016 na 85. redni skupščini Zbornice, ustvarja pravice, predvsem pa obveznosti za paciente oziroma zavarovane osebe. Te so lahko določene le z zakonom, pri čemer je način njihovega uresničevanja določen s podzakonskim pravnim aktom, npr. Pravili OZZ. Različni kodeksi se lahko uporabljajo le v pravnih razmerjih med zdravnikom in Zbornico kot stanovsko organizacijo, npr. znotraj disciplinskih postopkov. To pa ne velja za pravila medicinske stroke, ki skozi t. i. blanketno pravno urejanje napolnjujejo nedoločne pravne pojme, na katere se sklicuje zakon. Bodisi z neposrednim sklicem na strokovna pravila, npr. strokovne standarde,³⁷ strokovne smernice, sodobne medicinske smernice, pravila medicinske stroke, strokovno preverjene metode ipd., bodisi s posrednim sklicem, ob upoštevanju strokovne presoje, strokovnega mnenja, strokovne utemeljenosti, strokovnosti dela ipd.³⁸ Na pravila zdravniške znanosti in stroke se npr. sklicuje 179. člen KZ-1,³⁹ ki opredeljuje kaznivo dejanje malomarnega zdravljenja in opravljanja zdravilske dejavnosti, medtem ko OZ⁴⁰ v 6. členu določa, da morajo udeleženci v obligacijskem razmerju pri izpolnjevanju obveznosti iz svoje poklicne dejavnosti ravnati z večjo skrbnostjo, po pravilih stroke in po običajih, tj. v skladu s skrbnostjo dobrega strokovnjaka.⁴¹ Z vidika strokovne usklajenosti, enotnih standardov kakovosti in nenazadnje predvidljivosti ravnanja, ki lahko podobno kot že omenjena priporočila ravnanja v primerih kolizije dolžnosti za zdravstvene delavce učinkuje razbremenilno, je tako nujno, da pristojni strokovni organi sprejemajo in v skladu s sodobnimi

³⁷ O pravnem standardu *vestnega zdravljenja* tudi v Pavčnik, »Teorija prava«, 113–114.

³⁸ Na več mestih glej npr. določbe ZPacP in ZZdrS.

³⁹ Kazenski zakonik, Ur. l. RS, št. 50/12 do 95/21.

⁴⁰ Obligacijski zakonik, Ur. l. RS, št. 97/07 do 20/18.

⁴¹ O razmerju med pogodbenim in deliktным temeljem glej Žnidaršič Skubic, »Civilno medicinsko pravo«, 83 in nasl. Kot ugotavlja avtorica, pregled predpostavk, ki morajo biti izpolnjene pri obeh vrstah odgovornosti, kaže, da se v obeh primerih kot odločilno poudarja vprašanje kršitve dolžne skrbnosti, tj. ravnanje *contra legem artis*. O javno- in zasebnopravnih elementih razmerja med obvezno zavarovano osebo in izvajalcem zdravstvene dejavnosti ter zdravstvenim delavcem glej Strban, »Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja«, 265 in nasl.

dognanji medicinske znanosti in stroke posodablajo klinične smernice in priporočila. Prav zaradi zavezanosti spoštovanja ustavnih in zakonskih pravic teh določb zakona ne smejo napolnjevati na način določanja enoznačnih mehanicističnih ali celo arbitrarnih kriterijev (ne)zagotovitve zdravstvene storitve (npr. upoštevanje osebne okoliščine starosti ali spola samih po sebi), temveč morajo zdravniku v primeru zahtevnih strokovnih odločitev nuditi oporo pri sprejemu strokovno najprimernejše odločitve, sprejete na podlagi celovite preučitve zdravstvenega stanja oziroma potreb obravnavanega pacienta. To velja tudi za morebitne smernice ali priporočila, ki bi bila sprejeta za primere triaže. V nasprotnem primeru bi sicer z zakonom neskladna pravila medicinske stroke lahko celo izključevala protipravnost ravnanja v očitnih primerih neupravičene neenake obravnave in posegov v pravico do osebne dostojanstva in varnosti. Pravo se medicinski stroki namreč ne sme umakniti v splošnem ali na način, da bi slednji namesto zakonodajalca bilo dovoljeno splošno in abstraktno, celo določanje standardiziranih pogojev, pod katerimi bi bili nepovratni posegi v pacientovo telesno celovitost oziroma pravico do zdravja, celo pravico do življenja, določeni kot strokovno utemeljeni, s tem pa tudi skladni s pravom.⁴² Navkljub odsotnosti že potrebne gibkosti za reševanje najtežjih primerov triaže tudi avtonomno sprejemanje pravil medicinske stroke s strani področnih strokovnih organov vežejo zakonske meje, določene prav s t. i. težkokategorijem pravnim argumentom osebne dostojanstva. Ta pa razpravo vnovič vrača na njen začetek, tj. v svet splošnih institutov kazenskega prava.

6 Sklep

Vnovična razprava o pravnih izzivih medicinske triaže potrjuje že znano. Praviloma je zadnja beseda presoje najtežjih primerov triaže, kadar se odloča o življenju in smrti, lahko tudi nepovratnem poslabšanju posameznikovega zdravstvenega stanja, pridržana splošnim institutom kazenskega prava oziroma pravilom o koliziji dolžnosti in skrajni sili, medtem ko pravila zdravstvenega prava in prava socialne varnosti v primeru neizbežnega trka absolutnih pravnih vrednot odpovedo. S

⁴² Mišič, Strban, »Triaža: kjer se pravo in medicina razideta«, 752–753.

tega zornega kota je ključno, da zakonodajalec in področni normodajalci pravna razmerja v zdravstvu urejajo na način, da z zagotavljanjem ustreznih kapacitet oziroma enot zdravljenja, prostorov, medicinsko-tehničnih pripomočkov, kadra ipd. ustvarjajo razmere, v katerih je tudi v času zdaj znanih in dalj časa trajajočih zdravstvenih kriz zagotovljena primerna, kakovostna in varna zdravstvena obravnava vseh pacientov oziroma obvezno zavarovanih oseb, neodvisno od specifičnega obolenja in glede na potrebe zdravstvenega stanja. S tem prav tako preprečujejo ali vsaj omejujejo nastop najtežjih primerov triaže. Pri tem je odveč poudarjati pomen pravice do socialne varnosti iz 50. člena in pravice do zdravstvenega varstva (iz javnih sredstev) iz drugega odstavka 51. člena URS, glede katerih zakonodajalec sicer uživa široko polje proste presoje, a je pri tem pomembno zavezan z določbami mednarodnega prava in drugimi človekovimi pravicami (in temeljnimi svoboščinami) ter osrednjimi ustavnimi načeli, ki preprečujejo ali vsaj v bistvenem omejujejo normodajno urejanje v korist zasebnih institutov dohodkovne varnosti, kar velja tudi in predvsem za posebej občutljivo področje zdravstva.

Literatura

- Briški, Lora, Renata Salecl in Matjaž Ambrož, »Koga reševati v času epidemije? Etični in kazenskopравни vidiki triaže.« *Revija za kriminologijo in kriminologijo* 71, št. 3 (2020): 183–193.
- Korošec, Damjan. *Medicinsko kazensko pravo*. Ljubljana: GV Založba, 2016.
- Korošec, Damjan et al., »Komentar 3. člena ZPacP.« In *Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) s komentarjem* (fragment), ed. Jože Balazic et al. (Ljubljana: GV Založba, 2009): 49–55.
- Kramberger, Boris, Nataša Kenk in Damjan Kos, ur. *Letno poročilo ZZZS 2020*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Mišič, Luka in Grega Strban, »Functional and Systemic Impacts of COVID-19 on European Social Law and Social Policy.« In *Coronavirus and the Law in Europe*, ur. Ewoud Hondius et al. (Cambridge – Antwerp – Chichago: Intersentia, 2021), 973–988.

- Mišič, Luka, »Pravni in etični vidiki pravice do zdravljenja v času epidemije.« *Delavci in delodajalci* 21, št. 1–2 (2021) (sprejeto v recenzijo).
- Mišič, Luka in Grega Strban, »Regulation of Triage in Times of a Pandemic: Experiences from Slovenia.« *Medicine, Law & Society* 14, št. 1 (2021) (sprejeto v recenzijo).
- Mišič, Luka, »Socialnopravna vročica slovenskega zakonodajalca: o omejenih in starejših delavcih ter o predlogu (proti)socialne kapice.« *Javna uprava* 57, št. 1–2 (2021): 79–104.
- Mišič, Luka, »Metamorfoze pacientovih pravic v kriznih časih.« *Pravna praksa* 39, št. 45 (2020): 1–6.
- Mišič, Luka in Grega Strban, »Triaža: kjer se pravo in medicina razideta?« *Pravnik* 137, št. 11–12 (2020): 747–808.
- Mišič, Luka in Grega Strban, »Property Protection of Social Rights: Perspectives of the European Court of Human Rights and the Slovenian Constitutional Court.« *Iustinianus Primus Law Review* 11, posebna št. (2020): 1–17.
- Mišič, Luka. »Socialna pravičnost kot vprašanje upravičenosti redistribucije v sistemu socialnih zavarovanj.« Doktorska disertacija, Univerza v Ljubljani, 2019.
- Možina, Damijan, »Odškodninska odgovornost države.« *Pravni letopis* (2013): 141–165.
- Pavčnik, Marijan. *Teorija prava. Prispevek k razumevanju prava*. 3. razširjena, spremenjena in dopolnjena izdaja. Ljubljana: GV Založba, 2007.
- Strban, Grega. *Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Ljubljana: Cankarjeva založba, 2005.
- Tratar, Boštjan, »Doktrina pozitivnih dolžnosti držav po EKoČP.« *Dignitas*, št. 41–44 (2009): 81–102.
- Žnidaršič Skubic, Viktorija. *Civilno medicinsko pravo. Izbrane teme*. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije, 2018.

O avtorju:

Luka Mišič je docent na Katedri za delovno in socialno pravo na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani in raziskovalec na Inštitutu za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani. V okviru svojega pedagoškega in raziskovalnega dela se ukvarja z domačo in mednarodno pravno ureditvijo sistemov socialne zaščite, s poudarkom na socialnih zavarovanjih, v zadnjem času pa predvsem z izzivi pacientovih pravic, urejanjem pravice do pomoči pri prostovoljnem končanju življenja in urejanjem (medicinske) triaže. Je odgovorni urednik Zbornika znanstvenih razprav.

Pravica do vnaprejšnje izjave glede zavrnitve zdravstvenega posega

Alenka Šelih

1 Uvod

Vnaprejšnja izjava volje glede zavrnitve zdravstvene oskrbe (v nadaljevanju: vnaprejšnja izjava volje) je v slovenskem pravnem sistemu novost, ki jo je uvedel Zakon o pacientovih pravicah leta 2008 (ZPa-cP).¹ Pomeni možnost zavrnitve zdravstvene pomoči v prihodnosti in je vezana na precejšnje število pogojev in obličnosti. Nekateri drugi pravni sistemi poznajo to možnost že dalj časa, tako na primer anglo-ameriški, ki govori o *living will*, ali nemški, ki pozna *Patientenverfügung*. Pravica, da se pacient vnaprej odpove določeni medicinski oskrbi, štejejo za izraz pacientove avtonomije; ta pravica pa predpostavlja na eni strani privolitveno sposobnega pacienta, na drugi pa zdravnika, ki bo odločitev takega pacienta, dano v predpisani obliki, spoštoval. V Sloveniji ljudje to možnost zelo redko uporabljajo, razlogov za to je več: ta izjava volje je malo znana, ljudje imajo verjetno precej pomislekov glede njene uporabe, izjava in njena priprava sta vezani na precejšnje število formalnih pogojev, ki jih ni enostavno izpolniti.

2 Materialnopravne značilnosti

Pod oznako »8. Pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje« zakon uvršča tri pravice, opredeljene v 32., 33. in 34. členu ZPa-cP: prva med njimi je določitev zdravstvenega pooblaščenca (32. člen), druga se nanaša na izključitev oseb, ki so po zakonu upravičene do odločanja o zdravstveni oskrbi (33. člen), tretja pa je upoštevanje vnaprej izražene volje v ožjem pomenu (34. člen). Zakonska določba, ki opredeljuje to pacientovo pravico, je vezana na več pogojev in se glasi:

¹ Zakon o pacientovih pravicah, UL RS 15/2008.

(1) *Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let, ima pravico, da se upošteva njegova volja o tem, kakšne zdravstvene oskrbe ne dovoljuje, če bi se znašel v položaju, ko ne bi bil sposoben dati veljavne privolitve, če:*

– *bi trpel za hudo boleznijo, ki bi glede na dosežke medicinske znanosti v kratkem vodila v smrt tudi ob ustreznem medicinskem posegu oziroma zdravstveni oskrbi in tako zdravljenje ne daje upanja na ozdravitev oziroma izboljšanje zdravja ali lajšanje trpljenja, ampak samo podaljšuje preživetje;*

– *bi mu medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba podaljšala življenje v položaju, ko bo bolezen ali poškodba povzročila tako hudo invalidnost, da bo dokončno izgubil telesno ali duševno sposobnost, da bi skrbel zase.*

(2) *Volja iz prve alineje prejšnjega odstavka je za zdravnika zavezujoča, volja iz druge alineje prejšnjega odstavka pa mora biti upoštevana kot smernica pri odločanju o zdravljenju.*

(3) *Vnaprej izraženo voljo je treba upoštevati, ko nastopi položaj, ki ga predvideva opredelitev in če hkrati ne obstoji utemeljen dvom, da bi pacient voljo v teh okoliščinah preklical.*

(4) *Vnaprej izražena volja mora biti dokumentirana na obrazcu iz 27. člena tega zakona.*

(5) *Izbrani osebni zdravnik in zastopnik pacientovih pravic pacienta pred izjavljanjem volje natančno poučita o pomenu in posledicah njegove odločitve. Ugotovitev identitete pacienta, ugotovitve glede izpolnjevanja pogojev iz prvega odstavka tega člena, osnovna pojasnila ter podpisi pacienta, izbranega osebnega zdravnika in zastopnika pacientovih pravic so sestavni del obrazca iz 27. člena tega zakona.*

(6) *Pisna izjava iz prvega odstavka tega člena velja pet let in jo Pacient lahko ne glede na sposobnost odločanja o sebi kadar koli s pisno izjavo prekliče.*

(7) *Podatek o tem, da je pacient dal izjavo po tem členu, je zdravniku dostopen prek informacijskega sistema kartice zdravstvenega zavarovanja ali centralne evidence zdravstvene dokumentacije. Postopek zapisa in izbri-
sa podatkov, hrambo in postopek seznanitve z izjavo predpiše minister, pristojen za zdravje.*

Zakon o pacientovih pravicah je bil leta 2017 spremenjen z novelo tako, da se 6. odstavek² glasi:

»Pisno izjavo iz prvega odstavka tega člena lahko pacient kadar koli s pisno izjavo spremeni ali prekliče.«

Zakonodajalec je torej opustil omejitev veljavnosti izjave volje na čas petih let ter določilo o tem, da jo lahko pacient prekliče »ne glede na sposobnost odločanja o sebi«, ki je bila v bistvu odvečna.

Bistvo pravice vnaprejšnje izjave volje je pravica polnoletnega pacienta, ki je sposoben odločanja o sebi, da zavrne bodočo mogočo zdravstveno oskrbo, kar štejemo za izraz pacientove avtonomnosti. Pacient se odloča o zdravstveni oskrbi kot bodočem negotovem dogodku; ne odloča se nujno o konkretni zdravstveni oskrbi; odločitev ni nujno potrebna zaradi dejansko obstoječe bolezni; pacient, ki se odloča, je sposoben odločanja in se odloča za primer, ko tega ne bo sposoben.³

Takšna zavrnitev je dovoljena v omejenem obsegu in pod zakonsko določenimi pogoji. Zakon določa alternativno dva pogoja za veljavnost vnaprej izražene volje: prva možnost obstaja, če bi pacient trpel za hudo boleznijo, ki bi v kratkem vodila v smrt in ko zdravljenje ne bi dajalo upanja na ozdravitev, temveč samo za podaljšanje preživetja. Druga možnost obstaja takrat, ko bi medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba pacientu podaljšala življenje v položaju tako hude invalidnosti, da bo pacient dokončno izgubil telesno ali duševno sposobnost skrbi zase. V prvem primeru izjava volje zdravnika obvezuje, da jo spoštuje, v drugem jo mora upoštevati kot smernico pri odločanju o zdravljenju. Kot poudarja Korošec, »zakon prvič v slovenski zakonodajni zgodovini povsem nedvoumno pove, da je volja iz prve alineje za zdravnika zavezujoča, volja iz druge alineje pa mora biti upoštevana kot smernica pri odločanju o zdravljenju. Opustitev zdravstvene pomoči po prvi alineji 1. odstavka 34. člena ZPacP ne more biti protipravna (saj je celo prepovedana) in s tem tudi ne kazensko pravno protipravna in s tem ne kazniva.«⁴

² UL RS 55/2017.

³ Brulc, Urban, Nataša Pirc-Musar. *Zakon o pacientovih pravicah, Uvodna pojasnila*. Ljubljana: GV Založba, 2008, 53–54.

⁴ Korošec, Damjan. *Medicinsko kazensko pravo, 2. spremenjena in dopolnjena izdaja*. Ljubljana: GV založba, 2016, 152–153.

Temeljna predpostavka za veljavnost vnaprej izražene volje je pacientova svobodna odločitev zanjo. Obstajati ne sme noben dvom o tem, da gre za pacientovo svobodno odločitev, prav tako ne sme obstajati nobena okoliščina, ki bi nakazovala na to, da bi pacient vnaprej izraženo voljo v dani situaciji preklical ali spremenil.⁵

3 Postopkovne značilnosti

Za veljavnost vnaprej izražene volje pacienta zahteva zakon vrsto procesnih varovalk. Korošec ob tem poudarja, da gre za primer t. i. zgodnje privolitve, pri katerih je včasih sporno, ali privolitev, podana mnogo pred zdravstveno storitvijo, v času, ko naj bi do nje prišlo, še velja. Ob tem opozarja, da gre za zelo redek primer vezanosti veljavnosti zavrnitve medicinskega posega na zelo strogo določeno normo.⁶

Pogoji, ki jih ZPacP določa za veljavnost pacientove vnaprej izražene volje, so naslednji: izjava mora biti izražena na posebnem obrazcu in podpisana, zadošča pa neoverjeni podpis; v postopek sta vključena tako osebni zdravnik kot zastopnik pacientovih pravic, ki sta dolžna pacienta natančno informirati o pomenu in posledicah takšne odločitve; preklic je vedno mogoč, mora pa biti pisni. Podatek o pacientovi vnaprej izraženi volji je zdravniku dostopen preko centralnega registra o pacientih, ki ga določa zakon. Postopek za tako izjavo je torej zapleten in precej zahteven, zato je mogoče pričakovati, da se bo marsikateri pacient, ki bi morda želel takšno izjavo dati, tej možnosti odrekel zaradi zapletenosti postopka.

Institut je – po osebnih izkušnjah – malo poznan in se redko uporablja. Sodnih odločitev, ki bi bile povezani z njim, doslej v Sloveniji ni bilo – v nasprotju z na primer nemškim pravnim sistemom, kjer je zvezno vrhovno sodišče o nekaj primerih te vrste že odločalo.

4 Ocena

Pravica do vnaprejšnje zavrnitve je opremljena s številnimi, zlasti formalnopravnimi varovalkami. Zakonodajalec se je očitno želel »zavarovati« pred možnostjo preširoke uporabe in morda tudi pred možnimi

⁵ Brulc, Pirc-Musar. *Zakon o pacientovih pravicah, Uvodna pojasnila*, 55.

⁶ Korošec 2016, 160–161.

zlorabami. Ta previdnost pri vpeljavi novega instituta na področju zdravstva in zlasti pacientovih pravic ne preseneča, saj je neznank ob njegovi uporabi precej; zdi se mi tudi, da zaupanje zdravstva kot institucije do pacientove presoje tudi ni prav visoko.

Do obstoječe rešitve je skeptičen Korošec, ki meni, da zakonodajalec s kumulacijo zelo strogih obličnosti za veljavnost vnaprejšnjih zavrnitev zavestno otežuje vnaprejšnje izjasnjevanje pacientov in daje vtis, da si množičnosti takšnih opredeljevanj ne želi.⁷

Literatura

Brulc, Urban, Nataša Pirc-Musar. *Zakon o pacientovih pravicah, Uvodna pojasnila*. Ljubljana: GV Založba, 2008.

Korošec, Damjan. *Medicinsko kazensko pravo, 2. spremenjena in dopolnjena izdaja*. Ljubljana: GV založba, 2016.

O avtorici:

Alenka Šelih je doktorica pravnih znanosti, redna članica Slovenske akademije znanosti in umetnosti (SAZU) ter zaslužna profesorica Univerze v Ljubljani. Raziskovalno se je ukvarjala predvsem z vprašanji kazenskih sankcij, mladoletniškega prestopništva, človekovih pravic v okviru kazenskega prava, otrokovih pravic in pravic obrobni družbenih skupin.

⁷ Korošec 2016, 161.

Pravica do vnaprej izražene volje pacienta

Jelka Reberšek Gorišek

*Kakor za komedijo tudi za življenje ni pomembno,
če je dolgo, ampak če je dobro odigrano.
Seneka, starogrški filozof*

1 Uvod

Živimo v času, ko se po svetu, tudi v Sloveniji, življenjska doba podaljšuje zaradi številnih dejavnikov, predvsem pa zaradi izjemnega razvoja medicinske znanosti in s tem povezane zdravstvene oskrbe. Staranje je normalen proces upadanja življenjskih funkcij in pešanja organov, ki vodi starostnika v krhkost in ranljivost. Starajoča se populacija in daljšanje življenjske dobe ljudi pogojujeta bistvene strukturne spremembe družbe in njihovo pravno ureditev, zlasti na področju zdravstvene oskrbe.¹ Pravica starostnika je njegovo izrekanje svobodne volje in spoštovanje njegove osebnosti. Pacientova avtonomija se izraža z oza-veščeno privolitvijo v medicinsko obravnavo po zdravnikovi pojasnilni dolžnosti in s pravico do vnaprej izražene volje z določitvijo osebe, ki bo v času njegove nesposobnosti odločanja o sebi odločala o njegovi zdravstveni oskrbi. Vnaprej izražena volja pacienta, ki jo nekateri imenujejo tudi biološki testament, je zelo pomemben dokument tako za pacienta in njegove najbližje kot za zdravnika in izvajalce zdravstvene nege. Pomembnosti tega dokumenta se zavedajo v številnih zdravstveno razviti- h državah in vnaprej izraženo voljo pacienta tudi posebej zakonsko opredeljujejo. Tudi Slovenija je sprejela leta 2008 zelo sodoben Zakon

¹ Veninšek, Gregor, »Problem starega človeka,« v: 10. Bedjaničev simpozij. Pristop k starostniku z okužbo. Zbornik predavanj, ur. Božena Kotnik Kevorkijan in Rajko Saletinger (Maribor: Univerzitetni klinični center, 2015), str. 31–37.

o pacientovih pravicah (v nadaljevanju: ZPacP 2008), kjer je opredeljena tudi pravica do vnaprej izražene volje pacienta. Gre za pomemben dokument, nimamo pa podatkov, koliko ljudi v Sloveniji zapiše svoj biološki testament, zato je potrebna na tem področju večja ozaveščenost celotne družbe, ne le zdravstvene oskrbe.

2 Avtonomija pacienta, vnaprej izražena volja pacienta, etične dileme

Pravica do vnaprej izražene volje daje pacientu možnost, da avtonomno izrazi svoje želje o zdravstveni oskrbi in določi osebo, ki bo v primeru in času njegove nesposobnosti odločanja o sebi odločala o njegovi zdravstveni oskrbi in drugih pravicah iz ZPacP 2008. To je pacientovo sporočilo najbližjim, da sta zanj pomembna dostojanstvo in kakovost življenja, ne pa kakršnokoli življenje.² To željo je treba spoštovati. Nespoštovanje lahko vodi v pravne spore. Vnaprej izražena volja je pomembna zlasti takrat, ko partner ali družinski člani ne bi želeli spoštovati pacientove volje. Pravno je pravica do vnaprej izražene volje okvirno opredeljena, vendar se pri izvajanju lahko v klinični praksi pojavljajo pomembne etične dileme in tudi konflikti. Osnovni etični konflikt predstavlja zdravnikova etična zaveza po ohranjanju življenja, na drugi strani pa avtonomna odločitev pacienta, da sam odloča, kaj se bo z njim dogajalo, kar je lahko v nasprotju z zdravniško etiko po ohranjanju življenja. Vzroki za nastale probleme in etične dileme pri izvajanju vnaprej izražene pacientove volje so lahko različni. Eden pomembnih vzrokov je hiter razvoj medicinskih znanj in tehnologije ter s tem nastanek novih situacij, ki jih pacient ni mogel predvideti. Presoja o vnaprej izraženi volji je zato lahko težja. Tudi vrednote in stališča osebe se lahko skozi čas spreminjajo in v času nezmožnosti izražanja volje niso več povsem enake že zapisanim. Tudi želje pacientov se lahko spreminjajo in če se vnaprej izražena volja ne dopolnjuje, lahko to predstavlja etični problem.³ Če je pacient sposoben odločanja o sebi, se

² Voljč, Božidar, »Realnost izvajanja svobodne volje starostnika z vidika Svetovne zdravstvene organizacije«, v: 18. *Posvetovanje Medicina in pravo na temo: Pacientova avtonomija v novi zakonodaji in praksi. Zbornik izvolčkov*, ur. Jelka Reberšek Gorišek in Suzana Kraljić (Maribor: Univerzitetni klinični center, 2009), str. 70–73.

³ Reberšek Gorišek, Jelka in Nina Gorišek Miksić, »Starostnik, pojasnilna dolžnost, ozaveščena privolitev

upoštevajo njegove želje, vendar sta ob tem zelo pomembni zdravnikova pojasnilna dolžnost in dobra presoja sposobnosti pacientovega avtonomnega odločanja. V bolezenskem stanju lahko na pacientovo sposobnost razumevanja in odločanja vplivajo tudi zdravila, v starosti tudi pešanje psihofizičnih sposobnosti, koncentracije in spomina, vpliv svojcev, vere in še drugih dejavnikov.⁴ V takšnih primerih sta presoja in odločitev pogosto težki, še zlasti če pacient ni sposoben izraziti svoje želje. V takšnih primerih odloči zdravnik ali še bolje konzilij zdravnikov, ki ga pri čim bolj ustrezni interpretaciji volje pacienta in svojcev zavezujejo najvišje strokovne in etične vrednote zdravniškega poklica. Takšna presoja ni lahka in lahko povzroči spore tudi pri svojcih. Poseben problem predstavljata nejasno in ne konkretno, torej slabo napisana vnaprej izražena volja ali pa nezmožnost izvajanja pacientove volje v dani situaciji, zaradi česar se pri zdravstveni oskrbi pacienta lahko izvajajo agresivnejše metode, ki morda niso v skladu z bolnikovimi željami. Problemi in etične dileme se pojavljajo tudi, ko pacient ne zmore dobro oceniti zdravstvene obravnave v primeru bolezni ali nesreče, pa tudi zdravniki ne morejo napovedati poteka in izteka bolezni. Če je pacientova volja jasno izražena, jo mora zdravnik spoštovati kljub osnovni zdravniški zavezi ohranjanja življenja. Izjemnega pomena je, da se pacient pri pisanju svoje volje čim natančneje pogovori z osebnim zdravnikom o različnih oblikah zdravstvene oskrbe, ki lahko podaljšujejo življenje, in na podlagi pridobljenih informacij zapiše svojo voljo. Za takšen pogovor potrebujeta oba dovolj časa. Glede na dolgost življenja in nenehen razvoj medicinskih znanj je treba vnaprej izraženo voljo obnavljati oziroma dopolnjevati. Sodobna medicina lahko uspešno zdravi številne bolezni in poškodbe, ki jih nekoč ni mogla in so bile smrtne, so pa še vedno primeri, kjer obravnave niso povsem uspešne, kjer se življenje zgolj podaljšuje, vendar je vezano na številne posege, tudi agresivne, ki povzročajo pacientu neugodje, bolečine in lahko prizadenejo tudi dostojanstvo. Številnim pacientom je tudi takšno življenje vredno živeti, ne pa vsem. Želja po dostojni smrti je skupna vsem, različne pa so

in vnaprej izražena volja», v: 25. *Posvet Medicina in pravo: Razmerje med pacientom in zdravnikom. Konferenčni zbornik (18.–19. marec 2016, Maribor, Slovenija)*, ur. Suzana Kraljić, Jelka Reberšek Gorišek in Vesna Rijavec (Maribor: Pravna fakulteta, 2016), str. 67–73.

⁴ Ibidem.

lahko predstave o dostojni smrti. Dostojno smrt je treba razumeti kot povezanost med zdravstveno obravnavo in etiko ter vnaprej izraženo voljo pacienta.⁵ Zdravnik po svoji etični zavezanosti skrbi za ohranjanje življenja ob ustrezni zdravstveni oskrbi z lajšanjem trpljenja, kar pa ni vedno v soglasju z izraženo voljo pacienta. Avtonomno izražanje pacientove volje ne sme siliti zdravnika k ukrepom, za katere zdravnik meni, da niso strokovno in etično utemeljeni. Tudi želja po evtanaziji in pomoči zdravnika pri samomoru je lahko avtonomno izražena volja pacienta, vendar izvajanje te volje pri nas ni dovoljeno. Pri naštetih etičnih dilemah bi bilo treba posebej obravnavati bolnike z demenco, psihiatrične bolnike in otroke. Veliko je še vprašanj, dilem in situacij, v katerih se znajdetta zdravnik in pacient pri uresničevanju vnaprej izražene volje pacienta in o katerih bo treba še veliko razmišljati in jih razreševati.

Vnaprej izraženo voljo pišejo po meni do sedaj znanih podatkih predvsem starejše osebe, ki živijo same, osebe s težavami, kroničnimi in številnimi pridruženimi boleznimi. Pomembno vprašanje pri vnaprej izraženi volji je, kdaj jo napisati. Najbolje bi jo bilo napisati takoj po polnoletnosti, saj hude bolezni in nesreče ne izbirajo starosti. Morda bi jo veljalo napisati glede na obdobja bolezni, predvsem pa jo napisati čim bolj jasno, da bi se izognili različnim interpretacijam. Področje, o katerem bo še treba razpravljati, je, kam vnesti podatke o vnaprej izraženi volji, da bi bili zlasti v nujnih primerih takoj dosegljivi – morda v obrazec pojasnilne dolžnosti, a na način, da pacient ne bi že na pragu bolnišnice razmišljal, da se bliža koncu življenja. Obrazec/protokol za vnaprej izraženo voljo je treba dopolnjevati, upoštevaje sodobna medicinska znanja in tehnološki razvoj, saj v zdravstveno obravnavo že vstopajo na številnih področjih roboti, ki pa še nimajo etičnih zavez. Tudi s področjem robotike, ki bo v prihodnosti še kako aktualno, je treba paciente seznanjati.⁶ Na pomen vnaprej izražene volje je opozorila

⁵ Horst, Christina, »*Patientenverfügung und Ethik: Überblick über Debatte*«. 3. 9. 2020 (nazadnje posodobljeno 17. 2. 2021). Dostopano 27. 7. 2021: <https://www.afilio.de/ratgeber/patientenverfuegung/patientenverfuegung-und-ethik>

⁶ Gorišek Miksić, Nina, Katja Markač Hrovatin in Jelka Reberšek Gorišek, »Ali lahko robot v bodočnosti nadomesti zdravnika?«, v: 28. *Posvetovanje Medicina, pravo in družba. Globalizacija medicine v 21. stoletju, konferenčni zbornik (28.–30. marec 2019, Maribor, Slovenija)*, ur. Suzana Kraljič, Jelka Reberšek Gorišek in Vesna Rijavec (Maribor: Univerzitetna založba Univerze, 2019), str. 1–13.

tudi pandemija covid-19. Pri tej bolezni so prizadeti predvsem starejši ljudje in bolniki s številnimi pridruženimi boleznimi, pri katerih je potek bolezni pogosto težak, potrebno je zdravljenje v bolnišnici, pogosto tudi s pomočjo respiratorjev, smrtnost teh bolnikov pa je kljub intenzivnemu zdravljenju velika. V teh primerih bi bila zelo pomembna pacientova izražena volja, za kakšno zdravljenje se odloča. Koronavirus je žal še vedno med nami.

3 Zaključek

Zapuščinski testament pišemo za druge, vnaprej izraženo voljo zaradi sebe. Žal je ta dokument pri nas še premalo poznan in uveljavljen, čeprav imamo ZPacP 2008, v katerem je zapisan, že trinajst let. Je zelo pomemben dokument, ki bi ga morali bolje poznati, saj pomembno vpliva na potek zdravstvene obravnave ob koncu življenja. Ko se piše vnaprej izražena volja, mora biti napisana čim bolj jasno, da bo pri uveljavljanju čim manj strokovnih in etičnih dilem, dokument pa mora biti hitro dostopen. Pri tem mora biti v veliko pomoč razvoj sodobne digitalizacije. Veliko dela je treba opraviti še na področju ozaveščenosti, širjenja znanja in miselnih premikov, da se bomo več pogovarjali o zadnjem obdobju človekovega življenja in o tem tudi sami odločali.

Literatura

Gorišek Miksić, Nina, Katja Markač Hrovatin in Jelka Reberšek Gorišek, »Ali lahko robot v bodočnosti nadomesti zdravnika?«, v: 28. *Posvetovanje Medicina, pravo in družba. Globalizacija medicine v 21. stoletju, konferenčni zbornik (28.–30. marec 2019. Maribor, Slovenija)*, ur. Suzana Kraljić, Jelka Reberšek Gorišek in Vesna Rijavec (Maribor: Založba Univerze v Mariboru, 2019), str. 1–13.

Horst, Christina, »*Patientenverfügung und Ethik: Überblick über Debatte.*« 3. 9. 2020 (nazadnje posodobljeno 17. 2. 2021) Dostopano: <https://www.afilio.de/ratgeber/patientenverfuegung/patientenverfuegung-und-ethik>

Reberšek Gorišek, Jelka in Nina Gorišek Miksić, »Starostnik, pojasnilna dolžnost, ozaveščena privolitev in vnaprej izražena volja«, v: 25. *Posvet Medicina in pravo: Razmerje med pacientom in zdravnikom. Konferenčni zbornik (18.–19. marec 2016, Maribor, Slovenija)*, ur. Suzana Kraljić, Jelka Reberšek Gorišek in Vesna Rijavec (Maribor: Pravna fakulteta, 2016), str. 67–73.

Veninšek, Gregor, »Problem starega človeka«, v: 10. *Bedjaničev simpozij. Pristop k starostniku z okužbo. Zbornik predavanj*, ur. Božena Kotnik Kevorkijan in Rajko Saletinger (Maribor: Univerzitetni klinični center, 2015), str. 31–37.

Voljč, Božidar, »Realnost izvajanja svobodne volje starostnika z vidika Svetovne zdravstvene organizacije«, v: 18. *Posvetovanje Medicina in pravo na temo: Pacientova avtonomija v novi zakonodaji in praksi. Zbornik izvalčkov*, ur. Jelka Reberšek Gorišek in Suzana Kraljić (Maribor: Univerzitetni klinični center, 2009), str. 70–73.

Zakon o pacientovih pravicah, Uradni list RS, št. 15/2008.

O avtorici:

Prim. Jelka H. Reberšek Gorišek, dr.med.,specialistka infektologije, do leta 2012 zaposlena na Infekcijskem oddelku v UKC Mariboru. Višja predavateljica na Fakulteti za zdravstvene vede v Slovenj Gradcu, članica Centra za medicinsko pravo Pravne fakultete v Mariboru. V letih 2017 do 2021 predsednica Odbora za pravno etična vprašanja pri Zdravniški zbornici Slovenije, soorganizatorica 30. tradicionalnih posvetov »Medicina, pravo in družba«, predsednica etične komisije na Almi Mater Europaea v Mariboru, članica etične komisije na Fakulteti za zdravstvene vede v Mariboru in predsednica Komisije varuha bolnikovih pravic v Mariboru.

Reševanje problema izbire v preobremenjenem zdravstvenem sistemu: Pregled dokumentov zdravniških združenj in etičnih komisij o triaži med epidemijo covid-19

Lora Briški, Nesa Vrečer

1 Uvod

V kriznih razmerah zaradi epidemije covid-19 so zdravniška združenja in etične komisije različnih držav oblikovale dokumente za ravnanje v situaciji, ko ni mogoče optimalno pomagati vsem pacientom. Dokumenti so bili pripravljene z namenom, da bi omejena sredstva za zdravljenje čim pravičneje razdelili med pomoči potrebne in da bi bili kriteriji pravične delitve znotraj države poenoteni. Priporočila in smernice so se tako opredelili zlasti do kriterijev, na podlagi katerih kaže paciente razvrščati v vrstni red za zdravljenje oziroma na podlagi katerih odločati, kadar več ljudi nujno potrebuje zdravljenje, vendar pa zaradi omejenih naprav in drugih sredstev za zdravljenje ni mogoče zdraviti vseh (hkrati). Poleg (dopustnih oziroma zaželenih) meril izbire nekatere smernice in priporočila obravnavajo tudi postopke, po katerih naj se takšne odločitve o zdravljenju sprejemajo.

V poglavju analizirava smernice in priporočila za triažo v času pandemije covid-19 iz osmih evropskih držav (Nemčije, Avstrije, Švice, Francije, Združenega kraljestva, Belgije, Nizozemske in Italije) in Združenih držav Amerike. Priporočila so delo državnih etičnih komisij ali zdravniških združenj. V sklepnem delu izpostavlja pomembnejše podobnosti in razhajanja v predstavljenih dokumentih.

2 Nemčija

Nemški svet za etiko (*Deutscher Ethikrat*) je marca 2020 objavil dokument z naslovom Solidarnost in odgovornost v koronski krizi,¹ v katerem je med drugim naslovil vprašanje, koga zdraviti, kadar sredstev za zdravljenje ni dovolj za vse. Sklicevaje na ustavno vrednoto človekovega dostojanstva, iz nje izpeljano prepoved diskriminacije in razvrščanja življenj po vrednosti, je nemški svet za etiko poudaril, da mora država vsa človeška življenja varovati enako. To pomeni, da sredstev zdravljenja ne sme razdeljevati na podlagi spola, etnične pripadnosti, starosti, družbene vloge in njene domnevne vrednosti ali predvidene življenjske dobe. Vse moči je treba usmeriti v cilj, da se reši čim več življenj, vendar pa ne s kakršnimikoli sredstvi oziroma ukrepi: ukrepe, ki jih država podvzame pri zasledovanju tega cilja, omejuje okvir ustavnih načel. Dolžnost države ni le rešitev toliko življenj, kot je mogoče, pač pa tudi zaščita temeljev pravnega sistema. Temeljne človekove pravice, kot ugotavlja nemški svet za etiko, določajo meje pravnega delovanja, praviloma pa ne ponujajo opornih točk, kako delovati znotraj tako očitane polja. Na tem polju so odločitve v prvi vrsti zaupane medicinski stroki, ki pa mora za zagotovitev enake obravnave in zaupanja v zdravstveni sistem oblikovati ne le individualne odločitve, ampak tudi poenotiti pravila za nujno medicinsko pomoč.

Nemška strokovna združenja za intenzivno in urgentno medicino (*Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin – DIVI*)² so marca 2020 oblikovala klinično-etična priporočila za odločanje o delitvi virov v času pandemije covid-19 in jih aprila 2020 posodobila. Kot edino sprejemljivo prednostno merilo so opredelila klinične možnosti uspeha, odsvetovala pa so upoštevanje koledarske starosti ali družbenih kriterijev.

¹ Deutscher Ethikrat, »Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise 2020: Ad-hoc-Empfehlung,« dostopano 24. 6. 2021, <https://www.ethikrat.org/mitteilungen/mitteilungen/2020/solidaritaet-und-verantwortung-in-der-corona-krise/>

² Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin [DIVI], »Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie: Klinisch-ethische Empfehlungen (Version 2),« dostopano 24. 6. 2021, <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19-dokumente/covid-19-ethik-empfehlung-v2>

Nemški svet za etiko (Deutscher Ethikrat 2020) je oblikoval stališče, da je treba primere, ko več posameznikov konkurira za medicinsko obravnavo (*ex ante* konkurenca) presojeti drugače kot primere, v katerih zdravljenje potrebuje posameznik, ki je na napravo že priklopljen, in posameznik, ki naprave še nima (*ex post* konkurenca). V prvem primeru se mora posameznik po stališču sveta za etiko neizogibno odločiti, katerega pacientu dati prednost, saj nihče ne more biti dolžan izpolniti nemožnega (tj. zdraviti vseh, če sredstev zdravljenja ni dovolj). Odločitev naj temelji na premišljenih, utemeljenih, transparentnih in čim bolj poenotenih kriterijih. Drugače pa je v situaciji, ko so vsi ventilatorji v uporabi, pojavi pa se nov pacient, ki bo brez aparata umrl. V takšnem primeru izklop naprave enemu pacientu (prekinitev njegovega zdravljenja), da bi rešili drugega, ni skladen s pravom kot sistemom norm, posamezni odločevalec pa je lahko deležen krivdnega odpustka. Logika nemškega sveta za etiko je naslednja: v situacijah *ex ante* triaže pacienti, ki niso izbrani za priklop na ventilator, niso ubiti, ampak le niso rešeni, medtem ko bi v situacijah *ex post* triaže smrt pacienta povzročilo aktivno ravnanje zdravstvenega osebja. Priporočila nemških strokovnih združenj razlikovanja med konkurenca *ex ante* in *ex post* ne poznajo. Svetujejo, naj prednostno razvrščanje zajame vse paciente, ki potrebujejo intenzivno terapijo, ne glede na to, kje jih trenutno obravnavajo (nujni sprejem na urgenci, splošni oddelek, intenzivni oddelek), in ne glede na to, ali je povod za njihovo bolezen covid-19 ali ne.

Nemška strokovna združenja (DIVI) so se v priporočilih opredelila tudi glede ustreznega postopka odločanja, ki je, kot zapišejo, predpogoj za dosledno, pravično, tako medicinsko kot etično utemeljene odločitve. Če je le mogoče, naj bodo odločitve sprejete po načelu več oči več vidi, v skupino pa naj bo poleg izkušenih zdravnikov intenzivne medicine vključen tudi nekdo iz bolnišnice, ki ni zdravnik. Odločitve o zdravljenju je treba redoma, v intervalih, ki so primerni za oceno poteka koronavirusne bolezni, ponovno ovrednotiti in po potrebi spremeniti, posebej kadar pride do klinično pomembne spremembe bolnikovega stanja ali kadar se spremeni razmerje med potrebami po zdravljenju in razpoložljivimi viri.³

³ Ibidem.

3 Avstrija

Avstrijska komisija za bioetiko (*Bioethikkommission*) je v stališču, objavljenem marca 2020,⁴ opozorila na temeljna ustavna načela, ki v epidemiji zavezujejo tako državne kot klinične akterje. Zagotoviti morajo enakost pri uživanju temeljne človekove pravice do življenja in drugih človekovih pravic (recimo pravice do spoštovanja zasebnega življenja), kar pomeni, da odločitve o zdravstveni oskrbi ne smejo opreti na nemedicinska merila (recimo predvideno življenjsko dobo ali kakovost življenja po zdravljenju). Nekateri skupine oseb (recimo tiste z duševnimi ali fizičnimi okvarami) v epidemiji potrebujejo dodatno podporo.

Podobno kot nemški svet za etiko tudi avstrijska komisija za bioetiko razlikuje med *ex ante* in *ex post* konkurenco, a ju imenuje »scenarij 1« (situacija, v kateri je na voljo manj mest za zdravljenje, kot je zdravljenja potrebnih, in ki na prvi pogled terja manj problematične odločitve) in »scenarij 2« (vsa mesta za zdravljenje so zasedena, ko se pojavi nov pacient, ki zdravljenje prav tako potrebuje). Oba scenarija lahko omili okoliščina, da pacient ne potrebuje intenzivnega zdravljenja, ga zavrača oziroma si ga ne želi ali pa tudi s takšnim zdravljenjem nima možnosti za uspeh: v takšnih primerih se osebe sploh ne začne zdraviti ali se že začeto zdravljenje prekine. Kadar nobenega izmed zdravljenja potrebnih pacientov ni mogoče umestiti v eno od zgornjih skupin, je treba sprejeti zahtevno odločitev, koga zdraviti. Osrednji kriterij za odločitev o začetku (ali opustitvi) in nadaljevanju ali prekinitvi zdravljenja naj bo kratkoročna verjetnost preživetja (možnosti pacienta, da preživi intenzivno zdravljenje), ob katerem pa je treba upoštevati tudi riziko kronično kritične bolezni (trajna odvisnost od ukrepov intenzivne nege). Pacienti, ki bodo bolj verjetno preživeli, morajo imeti prednost pred drugimi. Verjetnost kratkoročnega preživetja se lahko uporabi kot odločilno merilo tako v scenariju 1 kot v scenariju 2, pri čemer se lahko že začeto zdravljenje prekine le v korist konkretne, že obstoječe osebe z večjimi možnostmi kratkoročnega preživetja, ne le hipotetične osebe,

⁴ Bioethikkommission, »Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie: Stellungnahme der Bioethikkommission,« dostopano 25. 6. 2021, https://www.bundesskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/pressemitteilungen_bioethik/stellungnahme-zum-umgang-mit-knappen-ressourcen-in-der-gesundheitsversorgung-im-kontext-der-covid-19-pandemie.html

ki bi lahko zdravljenje potrebovala nekoč v prihodnosti. Po stališču avstrijske komisije za bioetiko bi bilo trižno odločitev strokovno in etično neutemeljeno opirati izključno na kriterije koledarske starosti ali domnevno kvaliteto življenja. Prav tako ni sprejemljivo upoštevati družbenega položaja osebe ali njenih osebnih vezi z odločevalci.⁵

Avstrijsko združenje za anesteziologijo, oživljanje in intenzivno medicino (*Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin – ÖGARI*) je marca 2020 oblikovalo klinično-etična priporočila⁶ za primer uresničitve črnega scenarija, v katerem zdravstveni sistem ne bi zmozel obravnavati vseh bolnikov. Postavilo se je na stališče, da je treba v takšnih razmerah opustiti običajno pravilo »prvi pride, prvi melje«. Specialist intenzivne terapije, ki odloča o začetku zdravljenja, naj upošteva kriterija: pacientove kratkoročne možnosti za preživetje (zdraviti je treba le tiste, ki imajo razumne možnosti, da bodo preživeli intenzivno terapijo) in soboleznost oziroma komorbidnost (bolniki brez komorbidnosti naj imajo prednost pred bolniki, ki imajo poleg covid-19 še z njim nepovezane bolezni oziroma slabše zdravstveno stanje, zaradi katerega so učinki intenzivne terapije šibki). Prekinitev intenzivne terapije bolnika s covidom-19 je upravičena, če se vitalne funkcije kljub intenzivni terapiji ne stabilizirajo ali če stroški ukrepov intenzivne terapije ne morejo doseči cilja zdravljenja.

Avstrijska komisija za bioetiko (*Bioethikkommission*) svetuje, naj se breme sprejemanja težkih odločitev o tem, koga zdraviti, kolikor je le mogoče, porazdeli na več ramen. Stisko odločevalcev lahko blažijo skupinski posveti in svetovalci klinične etike.⁷

4 Švica

Švicarska akademija medicinskih znanosti (*Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften – SAMW*) je smernice, objavljene

⁵ Bioethikkommission, »Zum Umgang.«

⁶ Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin [ÖGARI], »Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid 19 Pandemie: Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen,« dostopano 25. 6. 2021, https://www.oegari.at/web_files/cms_datan/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf

⁷ Bioethikkommission, »Zum Umgang.«

spomladi 2020, posodobila decembra 2020 (v nadaljevanju obravnavamo zadnjo omenjeno verzijo, če ni zapisano drugače). Svoje dokumente so dopolnjevali oziroma spreminjali tudi organi in komisije drugih držav; na dotično posodobitev posebej opozarjamo zato, ker pomeni (vsaj delno) spremembo stališča do kontroverzne starostne meje, o kateri so avtorji energično razpravljali.⁸

SAMW je v dokumentu predlagala oblikovanje nacionalnega organa, ki bi koordiniral delovanje bolnišnic in ocenil, ali so bolnišnice zasedene do te mere, da je treba sprejemati triažne odločitve. Na ta način bi zagotovili, da bodo sredstva zdravljenja kar najbolje izkoriščena po vsej državi.⁹ Dokument SAMW uvodoma opozarja, da tudi v izrednih razmerah preobremenjenosti zdravstvenega sistema ostajajo pomembna osrednja štiri načela medicinske etike: ravnati v pacientovo največjo korist, mu pri tem ne škodovati, spoštovati (pacientovo) avtonomijo in ravnati pravično. Omejena sredstva za zdravljenje morajo biti razdeljena nediskriminatorno (prepovedano je neupravičeno razlikovanje na podlagi starosti, spola, prebivališča, veroizpovedi, družbenega položaja ali invalidnosti). Cilj ukrepov v takšnih izrednih razmerah je minimiziranje števila smrti oziroma ohranitev največjega števila življenj. Odločilen kriterij izbire je prognoza kratkoročnega preživetja: prednost imajo pacienti, katerih prognoza je z intenzivno terapijo dobra, brez nje pa slaba. Starost, invalidnost ali demenca ne sme služiti kot samostojni kriterij izbire. Upoštevati pa se sme šibkost starejše osebe zaradi starosti, ko poslabša prognozo kratkoročnega preživetja. SAMW izrecno izključuje razdeljevanje sredstev za zdravljenje po kriteriju naključnosti (loterija) in po načelu prvi pride, prvi melje, pa tudi prednostno obravnavo oseb, ki imajo pred sabo več pričakovanih kakovostnih let življenja ali so družbeno koristn(ej)še.

⁸ O tem so pisali Jäger in Gründel (2020, 151) in Lübke (2020).

⁹ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, »Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit (aktualisierte Version 3.1 vom 17. Dezember 2020),« dostopano 28. 6. 20201, https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheits/corona/alters--und-pflegeheime/weiterfuehrende_infos/richtlinien_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit.pdf

Kot je bilo omenjeno, je prvotni dokument SAMW¹⁰ za primer preobremenitve zdravstvenega sistema predvideval za bolnišnično zdravljenje oseb starostno mejo 85 let. Kasneje so, soočeni s kritikami, ta kriterij precizirali in ga povezali z indeksom klinične šibkosti (*Clinical Frailty Scale – CFS*, glej Prilogo 1)¹¹ v vsakdanjem življenju: starost nad 85 let izključi možnost intenzivne terapije, če je zdravstveno stanje osebe slabo oziroma je v slabi kondiciji.¹² Podpredsednik SAMW je v intervjuju pojasnil, da se za popolno opustitev starostnih kriterijev kljub vsemu niso odločili, ker »starost v medicini preprosto igra odločilno vlogo. Ko se nekdo postara, nekatera zdravljenja preprosto niso več koristna.«¹³

SAMW je poudarila, da morajo biti odločitve o triaži takšne, da jih je mogoče ponovno preučiti: v pisni obliki, vključevati morajo navedbo razlogov in ime odgovorne osebe. Odločajo naj izkušeni strokovnjaki. Če je le mogoče, naj odločevalsko skupino sestavljajo predstavniki različnih strok. Odločitev, da pacientu intenzivna terapija ne bo omogočena ali da bo že začeto zdravljenje prekinjeno, je treba pacientom odkrito sporočiti. Pojasniti jim je treba postopek odločanja in jim nuditi podporo v obliki bolnišnične pastorale ali psihološke podpore.¹⁴

5 Združene države Amerike

V ZDA so različna priporočila in smernice že pred pandemijo covid-19 obravnavale vprašanje, kako razdeliti medicinsko opremo (zlasti respiratorje), če je ni dovolj za vse, ki jo potrebujejo. V letu 2007 je posebna delovna skupina državnega oddelka za zdravje za zvezno državo New York oblikovala osnutek smernic za razdeljevanje aparatov za

¹⁰ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, »Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit (aktualisierte Version 2 vom 24. März 2020),« dostopano 28. 6. 2021, https://www.samw.ch/dam/jcr:4c30e233-6357-4b1a-98fa-27323db77ccc/richtlinien_v2_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit_20200324.pdf

¹¹ Lestvica iz smernic SAMW pozna devet stopenj. S prvo so zajete zdrave osebe v dobri kondiciji, z zadnjo pa umirajoči bolniki (SAMW, »Covid-19-Pandemie,« 9).

¹² SAMW, »Covid-19-Pandemie.«

¹³ SAMW-Vizepräsident Daniel Scheidegger, »Präzisierung zu Triage – Nach Kritik: Neue Triage-Richtlinien für ältere Covid-Patienten,« intervjujal Georg Humbel, *SRF Schweizer Radio und Fernsehen*, 4. november 2020, <https://www.srf.ch/news/schweiz/praezisierung-zu-triagen-nach-kritik-neue-triage-richtlinien-fuer-aeltere-covid-patienten>

¹⁴ SAMW, »Covid-19-Pandemie.«

predihavanje v pandemiji gripe (*Allocation of Ventilators in an Influenza Pandemic*). Dokument naj bi bil eden prvih, ki je načel občutljivo temo, kako razdeliti omejene medicinske vire. Kot osrednji cilj je dokument opredelil reševanje največjega števila človeških življenj, za merila za razvrščanje pacientov pa je določil merljive medicinske kriterije.¹⁵

Podobne dokumente so oblikovale tudi druge zvezne države.¹⁶ Dokument etičnega odbora Centrov za nadzor in preprečevanje bolezni (*Centers for disease control and prevention*)¹⁷ iz leta 2011 spodbuja zvezne države in bolnišnice, naj na transparenten in pravičen način naslovijo vprašanja odklopa pacientov z aparata za umetno predihavanje, če se je njihovo zdravstveno stanje močno poslabšalo, respirator pa potrebujejo pacienti z boljšo prognozo.

V epidemiji covid-19 so vprašanja iz starejših dokumentov znova postala relevantna. Nastali so novi dokumenti in smernice, izmed katerih v nadaljevanju predstavljamo smernice, ki so jih pripravili strokovnjaki Univerze v Pittsburghu, ter dokument delovne skupine za intenzivno terapijo in združenja ameriških pulmologov.

5.1 Smernice Univerze v Pittsburghu

Smernice, ki jih je spomladi 2020 na Univerzi v Pittsburghu s skupino strokovnjakov pripravil Douglas White,¹⁸ poskušajo združevati cilja

¹⁵ Valerie Gutmann Koch and Beth E. Roxland, B. E., »Unique Proposals for Limiting Legal Liability and Encouraging Adherence to Ventilator Allocation Guidelines in an Influenza Pandemic,« Chicago-Kent College of Law Research Paper No. 2013-06, 468–469. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2174511

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Ethics Subcommittee of the Advisory Committee to the Director Ventilator Document Workgroup, Centers for Disease Control and Prevention, »Ethical Considerations for Decision Making Regarding Allocation of Mechanical Ventilators during a Severe Influenza Pandemic or Other Public Health Emergency,« dostopano 29. 6. 2021, https://www.cdc.gov/about/advisory/pdf/VentDocument_Release.pdf

¹⁸ Douglas B. White and Bernard Lo (»A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic,« *JAMA*, 323, št. 18 (marec 2020)) sta potrebo po novem dokumentu utemeljila predvsem z etično spornostjo nekaterih obstoječih smernic poklicnih združenj in priporočil zveznih držav za dodeljevanje ventilatorjev, ki so določenim skupinam oseb (zlasti tistim s pridruženimi boleznimi, kot so hujše kronične bolezni pljuč, hujše oblike srčnega popuščanja ali pa resnejši kognitivni primanjkljaji) zaprla vrata na intenzivni bolnišnični oddelek. Izključevanje pacientov določenih kategorij po njunem vzbujta vtis, da določenih življenj »ni vredno reševati«, obenem pa je povsem nepotrebno. Cilje javnega zdravja je mogoče uresničevati tudi z blažjim posegom v pravice pacientov. Zdravstveno osebje naj v postopek izbire vključi vse osebe, ki potrebujejo zdravljenje. V vrstni red naj jih razvrsti tako, da uporabi merilo kliničnih možnosti za uspeh (koristi) zdravljenja.

reševanja največjega števila življenj in ohranitve večjega števila let življenja, pri tem pa zagotavljati individualno obravnavo pacientov. Osrednje merilo za razvrščanje pacientov je korist, ki jo bo imelo predihavanje z respiratorjem za pacienta. Pričakovane koristi zajemajo tako verjetnost, da bo pacient preživel hospitalizacijo, kot tudi verjetnost, da bo doživel tudi bližnjo prihodnost (petih let) po odpustu iz bolnišnice, tj. verjetnost kratkoročnega preživetja (*near-term survival*).¹⁹ White in Lo²⁰ sta zavzela stališče, da je merilo kratkoročnega preživetja v petih letih po hospitalizaciji legitimno. Po njunem javnost šteje za pravično, da se prednostno zdravi pacienta, ki bi brez zdravljenja izgubil štirideset let življenja, »na škodo« pacienta s kronično boleznijo, ki bi po napovedih zdravstvenega osebja v krajšem času po zdravljenju umrl. Pričakovane življenjske dobe pa smernice pri razporejanju pacientov v vrstni red za zdravljenje ne upoštevajo.

Poleg osrednjega merila pričakovanih koristi zdravljenja smernice predvidevajo dodatne kriterije. Prednost pri zdravljenju naj imajo ključni kadri za varstvo javnega zdravja, med njimi tudi zdravstveni delavci, ki zdravijo obolele za covidom-19. Če so tisti, ki jih je treba zdraviti prednostno, po predstavljenih merilih izenačeni, naj se upošteva »načelo kroga življenja« (*life-circle principle*). Paciente naj se razvrsti v štiri starostne skupine in predstavnike mlajših skupin obravnava prednostno (University of Pittsburgh 2020; White in Lo 2020).

Smernice urejajo tudi postopek odločanja. Triažnih odločitev naj ne sprejema zdravnik, ki pacienta zdravi, ampak vodje triaže (*triage officers*), zdravniki, ki so za to delo posebej imenovani in imajo izkušnje na področju zdravljenja kritično bolnih. Vodja triaže razvršča paciente v vrstni red zdravljenja na podlagi sprejetih pravil in komunicira z zdravniki, ki paciente zdravijo, ter pacientovimi bližnjimi. Odločitve sprejema v skladu s pravili smernic, ki koristijo največjemu številu pacientov. Če imajo bolnišnice dovolj sredstev, naj oblikujejo triažne skupine, v katere poleg zdravnika vključijo medicinsko sestro, ki ima izkušnje s

¹⁹ University of Pittsburgh, Department of Critical Care Medicine, »Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency,« dostopano 29. 6. 2021, https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy_2020_04_15.pdf

²⁰ White Lo, »A Framework.«

področja intenzivne oziroma urgentne medicine, in administratorja. Pomemben del pravičnega triažnega postopka je seznanjanje pacientov in njihovih bližnjih z odločitvami glede zdravljenja. Pacienta in družino lahko obvesti bodisi vodja triaže, bodisi zdravnik, ki pacienta zdravi, bodisi oba skupaj. Katero od teh možnosti izbrati, je treba presoditi glede na okoliščine v vsakem posameznem primeru posebej. Smernice predvidevajo, da bolnišnica zagotovi ustrezne mehanizme reševanja pritožb (bolnikov in svojcev) zoper odločitve o triaži.²¹

Odklop pacientov z naprave za predihavanje je strokovna skupina z Univerze v Pittsburghu ocenila kot utemeljenega, kadar se prekine zdravljenje osebe, ki nima resnih možnosti za preživetje. Dolgoročen priklop takšnih pacientov na (omejene) aparate za predihavanje bi lahko ogrozil prizadevanja za dosego največje koristi največjega števila ljudi. Da bi zdravstvenemu osebju olajšali odločanje o prekinitvi zdravljenja, smernice predlagajo, da naj svojcem zdravljenje z respiratorjem vselej predstavijo kot časovno omejeno poskusno zdravljenje. Trajanje poskusnega zdravljenja naj ne bo prekratko; v nasprotnem primeru obstaja nevarnost, da bi z aparatom odklopili pacienta, ki bi po le nekaj dni daljšem zdravljenju preživel. Odločitve o prekinitvi zdravljenja sprejema triažna skupina (ang. *triage team*) in ne zdravniki, ki paciente neposredno zdravijo. Ločitev »klinične« od »triažne« vloge pomeni objektivnejše odločanje in blaži moralno stisko odločevalcev.²²

5.2 Poročilo delovne skupine za intenzivno terapijo v primeru množičnega pripada pacientov (Task Force for Mass Critical Care) in Združenje ameriških pulmologov (American College of Chest Physicians)

Julija 2020 sta Delovna skupina za intenzivno terapijo v primeru množičnega pripada pacientov (*Task Force for Mass Critical Care*) in Združenje ameriških pulmologov (*American College of Chest Physicians*) pripravila dokument o načelih, po katerih naj se izvaja triaža, in metodah za implementacijo triažnega sistema, na katerega se lahko v izrednih razmerah oprejo

²¹ University of Pittsburgh, »Allocation.«

²² White in Lo, »A Framework.«

bolnišnice.²³ Dokument sta podprli dve združenji, Združenje medicinskih sester intenzivne nege (*American Association of Critical-Care Nurses*) in Združenje intenzivne medicine (*Society of Critical Care Medicine*).

Poročilo skupnostim svetuje, naj sprejmejo triažne protokole, ki bodo uporabni v skrajnem scenariju, v katerem bo sredstev zdravljenja primanjkovalo, in katerih cilj naj bo maksimiziranje koristi za največje število ljudi. Kot nepošteno ocenjuje razvrščanje pacientov po vrstnem redu hospitalizacije, ker merilo »prvi pride, prvi melje« v neenak položaj postavlja osebe, ki težje dostopajo do bolnišnice oziroma imajo slabše možnosti za prevoz do nje. Skupnosti se lahko odločijo, da bodo pri odločanju o zdravljenju dajale prednost ključnim skupinam, ki vključujejo zdravstvene delavce, prostovoljce v raziskavah in druge, ki tvegajo lastno varnost za javno korist ali imajo sicer pomembno vlogo pri odzivanju na pandemijo. Upošteva cilje reševanja največjega števila let življenja imajo lahko prednost pri zdravljenju otroci in nosečnice. Dokument ameriškega združenja pulmologov za razliko od smernic Univerze v Pittsburghu ne ponuja ene same rešitve oziroma algoritma, pač pa opredeli nekatere temeljne vrednote, ki naj jih oblikovalci končnih rešitev upoštevajo, in nakaže alternativne pristope k reševanju množičnega pripada pacientov v pandemiji.²⁴

Pisci poročila so se izrekli proti (izključujočim) kriterijem, ki intenzivno terapijo odrečejo celotnim kategorijam pacientov zaradi njihove starosti ali pridruženih bolezni (soobolevnosti). Protokoli, ki zdravljenje odrekajo le na podlagi enega dejavnika, lahko pomenijo kršitev pravil o prepovedi diskriminacije.²⁵

Točkovni sistem za razvrščanje pacientov naj upošteva specifične značilnosti bolezni, ki jo povzroča koronavirus, in ocene razpoložljivih virov zdravljenja. V prejšnjih pandemijah so o zdravljenju odločali na podlagi ocene akutne odpovedi delovanja organov, denimo s točkovnikom SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment score*).²⁶ Delovna skupina za

²³ Ryan C. Maves et al., »Triage of Scarce Critical Care Resources in COVID-19 An Implementation Guide for Regional Allocation An Expert Panel Report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians,« *Critical Care: Special Features*, 158, št. 1 (julij 2020).

²⁴ Ibidem.

²⁵ Ibidem, 2017.

²⁶ »Točkovna lestvica SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment score*) je namenjena oceni prizadetosti organov bolnikov, zdravljenih na oddelku intenzivne terapije« (27. Mednarodni simpozij intenzivne

intenzivno terapijo in združenje pulmologov sta opozorila, da vse več dokazov kaže, da v pandemiji covid-19 takšne točkovne lestvice ne bodo dovolj natančne, zato naj triažni algoritmi ne temeljijo samo na točkovniku SOFA. V postopek odločanja je treba vključiti vse kritično bolne paciente, ne le okuženih s covidom-19. Pacienti, ki niso izbrani za zdravljenje, morajo biti deležni podpornih storitev, najmanj vsakodnevno pa je treba ponovno oceniti njihovo zdravstveno stanje in ponovno presoditi, ali jim ni mogoče zagotoviti zdravljenja.²⁷

Kriteriji triaže in postopek sprejemanja odločitev morajo biti znotraj ene regije kar se da enotni oziroma usklajeni. Bolnišnice znotraj iste regije se morajo obveščati o vseh relevantnih informacijah (denimo o številu prostih postelj). Vsaka regija naj vzpostavi centralno triažno skupino (*central triage committee*), ki bo povezovala in obveščala vodje triaž in triažne skupine v bolnišnicah.²⁸

Poročilo se nanaša tudi na sporočanje odločitev o triaži. Osebi, ki po triažnih merilih ne bo sprejeta na oddelek za intenzivno terapijo, je treba odločitev pojasniti. Pacienti in njihove družine upravičeno pričakujejo, da bodo tisti s podobnimi potrebami po zdravljenju obravnavani enakovredno, ne da bi pri tem dajali prednost določeni skupini. Soočanje z odločitvami v izrednih razmerah ne bo obremenjujoče le za paciente, ampak tudi za zdravstveno osebje. Temu naj pri obveščanju pacientov pomaga dodatno osebje, denimo strokovnjaki za paliativno oskrbo, psihiatri, psihologi oziroma socialni delavci. V razvrščanje pacientov mora imeti vpogled tudi širša javnost, kar se doseže s kriznim komuniciranjem, ki javnosti pojasni razmere in nujne ukrepe za zmanjševanje učinkov

medicine, 2018: 51). SOFA točkovanje je odvisno od šestih spremenljivk (sistema organov). Vsakemu sistemu organov se pripiše od nič (normalno) do štiri točke (hujša odpoved oziroma okvara). Za razliko od nekaterih drugih točkovnih sistemov, ki jih uporabljajo na intenzivni negi, točkovna lestvica SOFA ni bila zasnovana za natančno napovedovanje smrtnosti. Čeprav ni neposredne pretvorbe ocene SOFA v smrtnost, so raziskave pokazale, da na podlagi SOFA ocene lahko grobo ocenimo tveganje smrtnosti. Zaporedna ocena okvare organov v prvih dneh na intenzivni negi je dober indikator kasnejšega poteka bolezni. Tako povprečne kot najvišje točke, ki jih pacient dosega v prvih dneh, lahko v grobem napovedujejo uspeh zdravljenja (Flavio Lopes Ferreira, Daliana Peres Bota, Annette Bross, Christian Mélot in Jean-Louis Vincent, »Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients,« *JAMA*, 286, št. 14 (oktober 2011); »SOFA Calculator Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) severity of illness score for hospital mortality,« dostopano 29. 6. 2021, <https://clincalc.com/IcuMortality/SOFA.aspx>)

²⁷ Maves, »Triage,« 217–218.

²⁸ Ibidem, 219.

pandemije. Poročilo predlaga vzpostavitev telefonske linije in spletne strani, na katere se lahko obrnejo osebe, ki imajo kakršnekoli pomisleke ali skrbi glede zagotavljanja zdravstvene oskrbe v pandemiji.²⁹

5.3 Triaža v izbranih bolnišnicah ZDA

Združenje Association of Bioethics Program Directors je marca 2020 svoje članice – severnoameriške bolnišnice – zaprosilo, naj posredujejo svoje programe za izvajanje triaže. V analizo so prejeli 26 različnih smernic 29 bolnišnic iz 18 zveznih držav. Smernice so izrecno omenjale naslednja merila za razvrščanje pacientov: korist (25 dokumentov), potrebe (14 dokumentov), starost (13 dokumentov), ohranitev virov zdravljenja (10 dokumentov), naključni izbor (9 dokumentov) in načelo »prvi pride, prvi melje« (6 bolnišnic). Poslednji dve merili (naključni izbor in časovno merilo) pa nobeni izmed bolnišnic ne služita kot izključna oziroma edina kriterija za razvrščanje pacientov. Prevladujoči kriterij koristnosti zdravljenja se v večini bolnišnic izračunava po SOFA ali MSOFA³⁰ točkovni lestvici.³¹

Bolnišnice odločitve o triaži poverjajo različnim subjektom (vodjem triaže, triažnim odborom oziroma skupinam). Sestavo triažnih skupin ureja 23 dokumentov; vsi zahtevajo oziroma priporočajo, da je eden od članov zdravnik. Drugi najpogostejši član je medicinska sestra (v 20 dokumentih), strokovnjak s področja etike (v 16 dokumentih), redkeje pa sta del triažne skupine duhovnik in respiratorni fizioterapevt (8 dokumentov). Dve bolnišnici v triažno skupino vključujeta predstavnika skupnosti. Devet bolnišnic iz triažnih skupin izloča zdravstvene delavce, ki neposredno zdravijo paciente, v šestih je to priporočljivo.³²

Noben analizirani dokument ne prepoveduje prekinitve že začete intenzivne terapije. Večina izmed njih (23 dokumentov) zahteva ali

²⁹ Ibidem, 222.

³⁰ Točkovna lestvica MSOFA je točkovna lestvica SOFA, prilagojena za primere množičnega pritoka bolnikov. Za razliko od SOFE ne zahteva laboratorijskih testov, ki so v primeru pomanjkanja virov zdravljenja omejena dobrina (Grissom, Colin K., Samuel M. Brown, Kathryn G. Kuttler, Jonathan P. Boltay, Jason Jones, Al R. Jephson, James F. Orme Jr, »A modified sequential organ failure assessment score for critical care triage,« *Disaster Med Public Health Prep*, 4, št. 4 (december 2010)).

³¹ Amand H. Matheny Antommaria et al., »Ventilator Triage Policies During the COVID-19 Pandemic at U.S. Hospitals Associated With Members of the Association of Bioethics Program Directors,« *Annals of Internal Medicine*, 173, št. 3 (avgust 2020): 190.

³² Ibidem.

priporoča, naj se pacientom, katerih zdravljenje se prekine, zagotovi paliativna oskrba.³³

Avtorji raziskave opozarjajo, da so njeni rezultati zaskrbljujoči: dokumenti severnoameriških bolnišnic za razvrščanje pacientov so neenotni. Medtem ko večina bolnišnic pri razvrščanju pacientov upošteva potrebe pacienta in koristi zdravljenja, se dodatni kriteriji za triažo od bolnišnice do bolnišnice močno razlikujejo. Nekateri napotujejo na starost, drugi dajejo prednost zdravstvenim delavcem. Problematično je tudi, da mnogi dokumenti ne določajo subjekta, ki odredi, da se začnejo takšna izredna triažna pravila uporabljati. Neustrezna ocena situacije ima lahko za posledico, da bo posamezna bolnišnica zaradi prezasedenosti zavračala paciente, namesto da bi jih premeščala v bližnje bolnišnice, v katerih so na voljo proste naprave za predihavanje.³⁴

6 Francija

Pri primeru Francije moramo vzporedno brati smernice, ki jih je februarja in novembra 2020 pripravila Narodna svetovalna komisija za etiko (*Comité consultatif national d'éthique – CCNE*), in pa smernice, ki jih je aprila 2020 po bolnišnicah razposlalo Francosko društvo za anestezijsko in intenzivno terapijo (*Société française d'anesthésie-réanimation – SFAR*). Vsebinsko je med priporočili CCNE in SFAR precej diskrepanc, medicinska praksa pa je večinsko sledila priporočilom SFAR. Za Francijo je specifično, da ni bilo nikakršne javne razprave o triaži in da so glede na vsebino tudi v CCNE in SFAR smernice pisali povsem ločeno in brez interakcije. Etiki tako pri smernicah SFAR, ki so se dejansko uporabljale, niso sodelovali, sama navodila pa so dejansko ostala precej skrita in niso zaokrožila po medijih, kot se je zgodilo v Italiji. Francija je tako precej časa skrivala statistiko smrti v domovih za starejše občane, saj covidnih pacientov iz domov niso hospitalizirali, tako da so v domovih samih prejemali le paliativno nego.³⁵

³³ Ibidem, 192.

³⁴ Ibidem, 192.

³⁵ Orfali, Kristina, »What triage issues reveal: Ethics in the COVID-19 pandemic in Italy and France,« *Journal of bioethical inquiry* vol. 17,4 (2020): 675–679. doi:10.1007/s11673-020-10059-y

6.1 Prvo mnenje CCNE o covidu-19, marec 2020

Konec februarja 2020 je Ministrstvo za solidarnost in zdravje (*Ministère des Solidarités et de la Santé*) pozvalo Narodno svetovalno komisijo za etiko (CCNE) k pisanju mnenja o etičnih problemih, ki jih bo sprožil covid-19. Mnenje so javno objavili 13. marca pod naslovom »Etična vprašanja ob pandemiji« (Enjeux éthiques face à une pandémie).³⁶ Samo mnenje je zastavljeno precej širše in se dotika vseh etičnih težav, ki se odpirajo ob pandemiji, krajši del pa se posveča tudi etičnim vprašanjem triaže.

Mnenje v veliki meri temelji na že predhodno oblikovanem mnenju iz leta 2009 o potencialni pandemiji gripe (mišljeno je obdobje ptičje gripe).³⁷ Etični problemi pri gripi so premočrtni etičnim problemom pri covidu-19, na ravni zdravstvene oskrbe so torej predvsem omejeni na premajhne bolnišnične kapacitete (tako premajhno število postelj kot premalo opreme, v primeru covid-19 pa ventilatorjev).

Cilj medicinske etike je delovati po načelu enakosti, kar pomeni, da se nudi zdravstvena pomoč vsem. Spoštovati je treba človeško dostojanstvo, ki ni zvezano z uporabno ali ekonomsko vrednostjo človeka. Delovati po principih egalitarne pravičnosti tako pomaga predvsem manjšinam in ogroženim skupinam. Med pandemijo pa zavoljo zasedenosti bolnišničnih kapacitet ni mogoče vedno delovati po principu enakosti. Enakost mora biti nadomeščena z družbeno pravičnostjo, ki v tem primeru celotni skupnosti zagotavlja enako pričakovano dolžino življenja in kakovost življenja. Na eni strani imamo tako egalitarno pravičnost (skrb brez partikularnosti), na drugi pa pravičnost v družbenem smislu.

V pandemiji se to prevede v dve nasprotujoči si vprašanji: ali rešiti čim večje število ljudi ali rešiti kumulativno največje pričakovano število dni življenja. V prvem primeru primarno zaščitimo ogrožene skupine, torej skupine z najkrajšo življenjsko dobo, v drugem pa mlajše generacije, z najdaljšo pričakovano življenjsko dobo. Ta dilema je ključna tako pri vprašanju triaže kot pri problemu, ki bi nastopil, če cepiva ne bi bilo dovolj za vse prebivalce.

³⁶ Comité consultatif national d'éthique. »Enjeux éthiques face à une pandémie,« Dostopano 5. 8. 2021. https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf

³⁷ Comité consultatif national d'éthique. »Questions éthiques soulevées par une possible pandémie gripale,« Dostopano 5. 8. 2021. https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_106.pdf

V mnenju o gripi se je CCNE do neke mere ravnal tudi po etičnih kriterijih prioritiziranja pri presaditvah organov. Triažna situacija pri gripi oziroma covidu-19 seveda ni premočrtna čakalnim vrstam za presaditev organov, saj je odločitve treba sprejeti v trenutku sprejema, medtem ko so vrste za presaditev organov precej bolj dolgotrajen postopek. Določeni diagnostični principi pa so vseeno enaki. Ocenjuje se pričakovana življenjska doba, učinkovitost zdravljenja in nujnost. Tako pogosto spontano pride do prioritiziranja mlajših generacij nad starejšimi. Pri zdravljenju so prav tako prioritizirane določene skupine ljudi, ki zagotavljajo preživetje ostalega prebivalstva – prioritizirane so torej zdravljenje medicinskih delavcev in ostalih »nujnih« delavcev. V krizni situaciji, kot je pandemija, tako egalitarno pravičnost nadomesti radikalnejša ideja, da mora preživeti največje možno število ljudi z najdaljšo pričakovano življenjsko dobo. Vse triažne odločitve morajo biti razložene, spoštovati dostojanstvo osebe in njegovo enakost.

CCNE je v mnenju o covidu-19 spodbudil tudi ustanovitev podpornih etičnih enot (*Cellule de soutien éthique – CSE*), ki bi jih ustanovile regionalne etične komisije in regionalne agencije za zdravje v vseh notranjih in čezmorskih regijah Francije. Člani CSE so negovalci, medicinski etiki, filozofi, etiki ... in tudi psihologi, ki zdravnikom nudijo psihološko pomoč. Enote so v poletni dobi, ko so bile številke obolelih nižje, mirovale, z jesenjo pa jih ponovno oživljajo. Zdravniki lahko enote pokličejo na 24-urno telefonsko linijo, kontaktirajo po e-pošti, medtem ko so zaradi nevarnosti prenosa okužbe osebni stiki odsvetovani. CSE nudi pomoč pri etičnih vprašanjih, povezanih s triažo, na podlagi več faktorjev: na podlagi želje pacienta, osnovnega stanja pacienta (starost, kognitivni status), kritičnosti obolenosti in potencialnih let življenja, ki bi jih z zdravljenjem pacient pridobil. Prav tako nudijo psihološko pomoč zdravnikom, ki te odločitve na koncu sprejemajo.

6.2 Smernice SFAR o covidu-19, april 2020

Francosko društvo za anestezijo in intenzivno terapijo (SFAR) je aprila 2020 po bolnišnicah razposlalo precej nadrobna navodila za

triažiranje pacientov v primeru pomanjkanja kapacitet za zdravljenje.³⁸ Kot glavna cilja so označili čim manjše število mrtvih in maksimizacijo kumulativnega števila ohranjenih let življenja.

Metode odločanja in delovanja zdravstvenega osebja so odvisne od situacije epidemije – ločijo nivo A (obremenjenost) in nivo B (saturacija). Kriteriji presoje na obeh nivojih ostajajo isti, spremeni pa se standard, koga še zdraviti in koga ne.

Kot relevantne kriterije navajajo prognozo kratkoročnega preživetja, pridružene bolezni in uspeh pri zdravljenju. Neustrezna kriterija sta: prioritizacija glede na čas prihoda (kdor prej pride, prej melje), saj je nepravilna do pacientov, ki živijo dlje od bolnišnice, in loterija, ki je prav tako nepravilna in izničuje singularnost posameznega življenja.

Ob prihodu v bolnišnico so pacienti razdeljeni v štiri nivoje (P1–P4) glede na potrebe po intenzivni negi in glede na prognozo. V kategorijo P1 sodijo pacienti, ki brez oživljanja ne bodo preživeli in imajo visoke možnosti za preživetje – ti so deležni intenzivne terapije, v kategoriji P2 so pacienti s slabšo možnostjo preživetja – mesto dobijo, če ga ne potrebuje pacient iz kategorije P1, v kategorijo P3 so uvrščeni pacienti, ki intenzivne terapije še ne potrebujejo ali pa je ne potrebujejo več, v kategorijo P4 pa so dodeljeni pacienti, ki jim zdravljenje ne bi pomagalo in se jim nudi le paliativna nega. Zaposlene v zdravstvu in negovalce se oživlja ne glede na nivo zasedenosti bolnišnic.

Triazni kriteriji so odvisni od nivoja epidemije – ali so bolnišnice obremenjene (A) ali že prenapolnjene (B). Za klasifikacijo pacientov se poslužujejo dveh točkovnikov – SOFE in indeksa klinične šibkosti (*Clinical Frailty Scale – CFS*). V primeru obremenjenosti bolnišnic so triazni kriteriji za hospitalizacijo naslednji: CFS mora biti največ 7 (pacient je v celoti odvisen od drugih, ampak stabilen), pričakovana življenjska doba mora biti 12 mesecev ali več, prav tako ne zdravijo pacientov z določenimi hujšimi priključenimi boleznimi (predvsem nevrološke ali kardiološke naprave). V primeru prenapoljenosti oziroma saturacije

³⁸ Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. »Priorisation des traitements de réanimation pour les patients en état critique, en situation d'épidémie de COVID-19, avec capacités d'accueil de réanimation limitées.« Dostopano 31. 8. 2021. <https://sfar.org/priorisation-des-traitements-de-reanimation-pour-les-patients-en-etat-critique-en-situation-depidemie-de-covid-19-avec-capacites-limitees/>

bolnišnic so pogoji še zaostreni: CFS mora biti največ 5 (pacient potrebuje nekaj pomoči, predvsem pri bolj zapletenih ali napornejših opravilih, je pa še opravljen), pacient mora biti mlajši od 85 let oziroma od 75 let, če ima določene priključene bolezni, npr. cirozo jeter, na točkovniku SOFA ima lahko največ 8 točk. Sama triaža se večinoma odvija že na ambulantni ravni, ko zdravnik v rešilcu zavrne prevoz pacienta v bolnišnično oskrbo.

6.3 Drugo mnenje CCNE o covidu-19, november 2020

Drugo mnenje je etična komisija izdala novembra 2020, ko je po celotni Evropi že divjal drugi val epidemije, situacija v bolnišnicah pa je bila v več državah še slabša kot spomladi.³⁹ Mnenje CCNE se zato v celoti osredotoča na dostopnost do zdravljenja. Zanimivo je, da nasprotuje rabi besede triaža, saj že sam pojem predvideva bližnjico, ki daje vtis, da je treba ljudem dati ali vzeti pravico do zdravljenja. Raje se poslužujejo prakse iz urgentne medicine, ki temelji na razmerju kritičnosti oziroma učinkovitosti in ima za cilj rešiti čim več življenj z ozirom na omejitve. Ni sicer povsem jasno, na kakšen način so prakse iz urgentne medicine drugačne od triaže, saj se ravno na urgencah triaža izvaja na vsakodnevni bazi, tudi ko ni izrednih razmer.

Navkljub pojmovnemu nasprotovanju mnenje vsebuje smernice za dejansko triažo, ki temeljijo predvsem na različnih mednarodnih smernicah iz prvega vala pandemije, predvsem iz ZDA. Kriteriji sprejema v bolnišnico morajo biti objektivni medicinski kriteriji (kritičnost stanja pacienta, možnost ozdravitve, pričakovana kakovost življenja). V situaciji pandemije je treba opustiti egalitaristično logiko in slediti utilitaristični, ki ima za cilj maksimizacijo rešenih življenj. Etična komisija nasprotuje kriteriju starosti in na podlagi tega tudi različnim točkovnikom klinične šibkosti, ki jih precej držav uporablja za evalvacijo pacientov, saj znajo doprinesiti k stigmatizaciji starostnikov. Kot državo, ki je diskriminirala paciente na podlagi starosti, označujejo Italijo, je

³⁹ Comité consultatif national d'éthique. »Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19,« dostopano 5. 8. 2021. <https://www.ccne-ethique.fr/fr/actualites/enjeux-ethiques-de-la-prise-en-charge-et-de-lacces-aux-soins-pour-tous-en-situation-de>

pa zanimivo, da niso omenjali smernic SFAR, ki so tudi francoskim zdravnikom podale navodila za triažiranje, vezano na starost pacientov. Opozarjajo tudi, da je treba enako obravnavati paciente s covidom-19 kot paciente brez okužbe s covidom-19, saj so v prvem valu opazili porast kardiovaskularnih bolezni in kasnejše odkrivanje raka, saj pacienti brez covida-19 niso dobili pravočasne oskrbe.

Vse primere je treba preučiti na individualni bazi in se izogibati mehanizmom za avtomatizacijo odločanja, kot so razni točkovniki. Priporočajo tudi, da pri triažnih odločitvah sodelujejo predstavniki združenj pacientov in da se razprave o triaži odprejo javnosti.

7 Združeno kraljestvo

V Združenem kraljestvu je smernice in priporočila za izvajanje triaže izdalo več društev in organizacij, tako na državni kot na regionalni ravni (predvsem Škotska je izdajala ločene smernice). Osredotočili se bomo na dvoje smernic. Prve je *British Medical Association* kot priročnik z etičnimi načeli v času covida-19 izdala marca 2020.⁴⁰ V primeru pomanjkanja postelj in respiratorjev je težnja v bolj utilitaristični smeri delovanja s ciljem rešiti čim več življenj. Nad individualne potrebe raznih egalitarnih teorij se tako postavi družbene cilje. Pomaga se pacientom z boljšo prognozo in več pričakovanimi leti življenja, tako v *ex ante* kot tudi v *ex post* triažnih situacijah. V primeru, ko se pacientom s slabo prognozo ne nudi zdravstvene pomoči, se jim omogoči kakovostna paliativna nega. Prioritizira se pomoč pacientom v najbolj kritičnem stanju, z najpreprostejšimi simptomi in najdaljšim številom let pričakovanega življenja. Sicer je poudarjeno, da se mlajših ne prioritizira pred starejšimi, saj je treba preučiti celotno klinično sliko pacientov, je pa vseeno izpostavljeno, da bodo pri starejši populaciji te odločitve težje. Prav tako naj okužba s covidom-19 ne bi pomenila prioritietne obravnave. Na odločitev ne smejo vplivati diagnoze, ki ne vplivajo na prognozo pri covidu-19, kot so različne kognitivne motnje, tudi starost sama po sebi ni kriterij. Glavni kriterij so pridružene bolezni, ki bi oteževale

⁴⁰ British Medical Association, »COVID-19 – ethical issues. A guidance note,« dostopano 15. 8. 2021. <https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf>

zdravljenje in preživetje. Prednost pri zdravljenju imajo tudi osebe na nujnih delovnih mestih – omenja se vse zaposlene v zdravstvenem sektorju, zaposlene v laboratorijih, ki izdelujejo cepiva proti covidu-19, in zaposlene v vladi. Podrobneje bi morala te izjeme opredeliti vlada, vendar jih ni.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) je že v smernicah prvega vala priporočil, da se razen ob izjemah (pri mladih ali pri pacientih z dolgotrajnimi zdravstvenimi stanji, kot so avtizem, cerebralna paraliza idr.) pri sprejemu v bolnišnice upošteva CFS (Clinical Frailty Scale) in CCRA (Critical Care Referral Algorithm). Marca 2021 je NICE objavil razširjene smernice, namenjene zdravstvenemu osebju – »COVID-19 rapid guideline: managing COVID-19.«⁴¹ Priročnik služi predvsem kot pripomoček pri komunikaciji s pacienti in njihovimi družinami, pri hitri diagnostiki težavnosti bolezni in metodah lajšanja bolezni, naj gre za zdravljenje ali paliativno nego. Poudarek je na poglobljeni komunikaciji s pacienti, predvsem na daljavo – že v tem procesu zdravniki ocenijo, če je hospitalizacija potrebna. Pri pacientih s hujšimi pridruženimi boleznimi se priporoča tudi pogovor o načrtih za nego ali odločitvi za zavrnitev zdravljenja, kar vključuje tudi oživljanje. Podatki o željah pacienta se zabeležijo že ob prvem pogovoru z njim in kasneje upoštevajo pri triažnih odločitvah.

8 Belgija

V Belgiji so prve smernice za triažo pripravili v Belgijskem društvu za intenzivno terapijo (*Belgian Society of intensive care medicine*)⁴² marca 2020, *l'Académie royale de Médecine de Belgique*⁴³ pa je svoje smernice objavila novembra 2020. Smernice obeh organizacij so vsebinsko zelo

⁴¹ The National Institute for Health and Care Excellence, »COVID-19 rapid guideline: managing COVID-19,« Dostopano 15. 8. 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng191/resources/fully-accessible-version-of-the-guideline-pdf-pdf-51035553326>

⁴² Belgian Society of Intensive Care Medicine. »Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive care medicine,« Dostopano 12. 8. 2021. https://www.siz.be/wp-content/uploads/COVID-19-ethical_final_c.pdf

⁴³ Académie royale de Médecine de Belgique. »Mise au point de l'Académie sur le tri des patients,« Dostopano 12. 8. 2021. https://www.armb.be/fileadmin/sites/armb/uploads/Document-site/pdf/Avis/COVID-19/MISE_AU_POINT_DE_L_ACADEMIE_SUR_LE_TRI_DES_PATIENTS.pdf

usklanjane, je pa hitro razvidno, da so precej krajše in manj podrobne od smernic ostalih držav.

Belgijsko društvo za intenzivno terapijo priporoča, da se predvsem pri starejših pacientih s pridruženimi stanji ali pri bolnikih, ki jih zdravljenje ne bi več rešilo, v stiku z osebnim zdravnikom izdelava vnaprejšnje načrte zdravljenja. To je treba narediti vnaprej s pacientom ali družinskimi člani pacienta, saj je v akutni fazi za izdelavo že prepozno in pomeni dodatno čustveno obremenitev za pacienta in družino. Pri starostnikih z demenco je boljše, da se ob poslabšanju bolezni zdravijo v domu, kar naj bi bila razumna in humana opcija. V obeh smernicah je pred obravnavo svetovana tudi raba CFS (*Clinical Frailty Scale*), ki jo uporabljajo tudi druge države. Starost sama po sebi ni zadosten kriterij za zavrnitev zdravljenja, pač pa se jo obravnava v spektru z ostalimi komorbidnostmi.

Pri odločitvi o prioritizaciji ali zavrnitvi oskrbe naj sodeluje več zdravnikov, najmanj dva ali trije. V primeru, ko se zdravnik ne more fizično posvetovati s sodelavci, naj bo posvet telefonski, lahko tudi z osebnim zdravnikom pacienta. Pri vseh pacientih je treba preučiti potencialno komorbidnost, prioritizira pa se jih glede na medicinsko nujnost. Odsvetujejo rabo nemedicinskih kriterijev, kot je čas prihoda (princip »kdor prej pride«), saj obstaja zadosti točkovnikov zdravstvenega stanja pacienta, ki pomagajo pri sprejemu odločitev.

9 Nizozemska

Nizozemska nastopa kot zanimiv primer, saj so pri pripravi smernic sodelovali zdravniki in etiki, kot posvetovalno telo pa so uporabili tudi združenje pacientov, kar je redek primer vključevanja širše javnosti pri smernicah za triažo. Nizozemsko združenje zdravstvenih strokovnjakov (*The Dutch Association of Medical Specialists – FMS*) in Kraljevo nizozemsko zdravniško združenje (*Royal Dutch Medical Association – KNMG*) sta za pomoč pri pisanju triažnih smernic zaposlili pet etikov.⁴⁴

⁴⁴ Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. »Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie.« Dostopano 12. 8. 2021. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/11/24/draaiboek-triage-op-basis-van-niet-medische-overwegingen-voor-ic-opname-ten-tijde-van-fase-3-in-de-covid-19-pandemie>

Originalni zapis je dostopen le v nizozemskem jeziku, so pa avtorji priporočil zaključke predstavili v znanstvenem članku.⁴⁵ Na začetku pandemije se je Nizozemska soočala z izredno majhnim številom postelj na intenzivni terapiji, ki ob razmahu covida-19 niso več zadostovale. Takoj na začetku je prva priporočila pripravilo Nizozemsko društvo za intenzivno terapijo (*Nederlandse vereniging voor Intensive Care – NVIC*), ki so temeljila na medicinski osnovi (možnost ozdravitve, pričakovana življenjska doba idr.). Zaradi hudega primanjkljaja je obstajal strah, da bo treba pripraviti tudi smernice za odločanje na nemedicinski osnovi, torej smernice, ki ne upoštevajo le strogih medicinskih okoliščin. KNMG in FMS sta zato prvotne smernice razširila.

V osnovi delujejo na podlagi podobnih principov kot v ostalih državah: na osnovi načela enakosti in vrednosti vsakega življenja, nediskriminaciji na ravni spola, rase, narodnosti, mentalnih ali fizičnih težav. Kot odločevalni faktor so izključili tudi odgovornost za okužbo, ki jo je v situaciji razporeditve pacientov na intenzivni terapiji nemogoče ugotoviti. Zaposleni v zdravstvu imajo prioriteto obravnavo, ampak le če so izpostavljeni covidu-19 med delom – njihov argument proti prioritizaciji delavcev v zdravstvu je, da če potrebujejo intenzivno terapijo, še več mesecev ne bodo delovno sposobni, torej med samo pandemijo ne bodo delovno aktivni. Kar pa izstopa, je odnos nizozemskih smernic do starosti. Smernice etičnih komisij drugih držav starost umeščajo med faktorje, na podlagi katerih se ne sme odločati – izjema je seveda v primeru raznih komorbidnosti. Smernice, ki selekcionirajo na podlagi starosti, so tako le smernice zdravniških združenj. Nizozemske smernice starost obravnavajo skozi prizmo medgeneracijske solidarnosti. Pacienti so razporejeni v generacijske skupine po 20 let (0–20, 20–40 itn.) in prednost pri zdravljenju bi v primeru prezasedenosti imele mlajše generacijske skupine. Argument za to imenujejo *fair innings* in sloni na tem, da mlade generacije niso izkusile vsega, kar lahko ponuja življenje, in niso doživele vseh življenjskih mejnikov, ki so jih starejše generacije.

⁴⁵ Verweij, Marcel et al. »Ethical Advice for an Intensive Care Triage Protocol in the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned from The Netherlands,« *Public Health Ethics*, Vol. 13, 2 (2020), str. 157–165, <https://doi.org/10.1093/phe/phaa027>

O ideji medgeneracijske solidarnosti so med pripravo smernic govorili z različnimi pacienti, tudi starejšimi, ki so idejo podprli.

V *ex post* situacijah je odklop z naprav možen, ampak le po individualni presoji o možnostih preživetja pacienta. V primeru zasedenosti bolnišnic bi bili ti kriteriji precej strožji. Če zaradi saturacije bolnišnic navedeni kriteriji ne bi delovali, bi z bolj utilitarnih metod prešli na egalitarne in izbrali opcijo žreba ali princip »kdor prej pride«.

10 Italija

V začetku marca 2020 je italijanska Zveza za anestezijo, analgezijo, oživljanje in intenzivno terapijo (*Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva – SIAARTI*) izdala dokument »Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments in Exceptional, Resource-Limited Circumstances«, aprila 2020 pa je Nacionalna komisija za bioetiko (*Comitato nazionale per la bioetica*) izdala še svoje smernice⁴⁶. Smernice SIAARTI so tako v Italiji kot v mednarodnem svetu dvignile precej prahu, saj so kot prve omenjale možnost starostne meje za sprejem na intenzivno terapijo. Na vrhuncu krize epidemije v Italiji je bila dejanska omejitev postavljena na 75 let, ne na 80, kot so pričakovali prvotno. Zdravniki, ki so po krizi o tem spregovorili javno, so bili toženi, italijanska javnost pa je bila nad informacijami ogorčena. Pojavile so se skupine zdravnikov, ki so zahtevale vzpostavitev skupinskega odločanja in podrobnejša navodila za triažo, v odločevalnih ekipah pa naj ne bi bili le zdravniki, temveč tudi drugi strokovnjaki.⁴⁷

SIAARTI v smernicah že od začetka napoti k fleksibilnosti pri sprejemih in odpustih z intenzivne terapije, kar je vezano tudi na starost pacientov. Čeprav je dopis še ne postavi, pa omenja možnost postavitve zgornje starostne meje za sprejem na intenzivno terapijo – predvsem zaradi možnosti preživetja pacientov in pričakovane življenjske dobe. Nasprotujejo

⁴⁶ Comitato Nazionale per la Bioetica. »Covid 19: clinical decision-making in conditions of resource shortage and the “pandemic emergency triage” criterion,« Dostopano 30. 8. 2021. <https://bioetica.governo.it/en/opinions/opinions-responses/covid-19-clinical-decision-making-in-conditions-of-resource-shortage-and-the-pandemic-emergency-triage-criterion/>

⁴⁷ Orfali, Kristina. »What Triage Issues Reveal,« 3.

principu »kdor prej pride«, saj je cilj maksimiziranje koristi za največje možno število pacientov. Na dnevni rabi je treba preverjati primernost in učinkovitost zdravljenja, če zdravljenje ni dovolj učinkovito, pa se pacienta lahko neha zdraviti. O vseh odločitvah se je sicer treba pogovoriti z drugimi zdravniki, pacienti in družinami, a v kratkem času.

Nacionalna komisija za bioetiko ima malce mehkejši pristop kot SIAARTI, a zagovarja podobna načela. Starost pacientov označi kot parameter, a le v interakciji z njegovo prognozo in komorbidnostmi. Za razliko od triaže v nepandemičnih časih je v obdobju pandemije individualna obravnava pacienta postavljena v širši okvir skupnosti – v ozir se ne sme vzeti le fizično prisotnih pacientov, ampak tudi vse potencialne, ki bodo mogoče imeli boljšo prognozo. Eden od članov komisije mnenja ni podprl, saj ga je videl kot preveč nedoločenega in brez preciznih indikatorjev. Pripravil je ločen komentar v podporo smernic SIAARTI, ki jih je označil kot realistične in transparentne, čeprav mogoče niso pomirjujoče.⁴⁸

11 Sklep

Po analizi predstavljenih dokumentov in smernic lahko izpostavimo vprašanja, o katerih so besedila (povečini) soglasna, in vprašanja, na katera ponujajo različne odgovore.

Med osrednjimi cilji triažnega postopka večina dokumentov navaja eno od variant utilitarne načela »delati tako, da ima največ ljudi v povprečju največjo korist«. V dokumentu delovne skupine za intenzivno terapijo v primeru množičnega pripada pacientov in združenja ameriških pulmologov gre za maksimiziranje koristi za največje število ljudi (in v nadaljevanju besedila za ohranitev največjega števila življenj).⁴⁹ Smernice švicarske SAMW⁵⁰ ga opišejo kot ohranitev največjega števila življenj oziroma zmanjševanja smrtnih primerov. Podoben opis ponudijo britanske smernice BMA,⁵¹ ki poleg ohranjanja največjega števila življenj omenjajo še prioriteto pacientov z več pričakovanimi leti

⁴⁸ Comitato Nazionale per la Bioetica 2020, 12–15.

⁴⁹ Maves et al., »Triage,« 213, 216–217.

⁵⁰ SAMW, »Covid-19-Pandemie,« 3.

⁵¹ BMA, »COVID-19 – ethical issues. A guidance note,« 2.

življenja. Priporočila nemških DIVI in avstrijske ÖGARI so splošnejša: razvrščanje pacientov v pandemiji utemeljijo na dolžnosti, da omejeni viri omogočijo koristno zdravljenje največjemu številu pacientov⁵² oziroma največjo korist največjemu številu prizadetih.⁵³ Smernice Univerze v Pittsburgu⁵⁴ uvodoma pojasnjujejo, da iščejo kompromis med ciljema reševanja največjega števila življenj in reševanja največjega števila let življenja. Francoski SFAR se opredeli za reševanje največjega števila kumulativnih let življenja, medtem ko se mnenje CCNE dejansko ne opredeli, ampak omenja le različne možnosti. Nizozemske, belgijske in italijanske smernice sledijo poti reševanja največjega števila let življenja. Bolj zanimiv je odnos do egalitarnih načel, ki se v medicini običajno iztečejo kot načelo naključja – določanje triažnega reda po principu »kdor prej pride« ali z loterijo. Večina držav ga kategorialno zavrača, z različnimi razlagami (francoski SFAR zanimivo omenja, da izničuje singularnost posameznega življenja⁵⁵), Nizozemska pa je edina država, ki načelo naključja omenja kot možno rešitev težave, ko vse ostale strategije triaže padejo v vodo – predvsem loterijo.⁵⁶

Glavno merilo za razvrščanje pacientov v analiziranih dokumentih je medicinsko (klinično), npr. klinične možnosti uspeha oziroma prognoza kratkoročnega ali srednjeročnega preživetja. Z različnimi oblikami teh meril se pričujoče poglavje ne ukvarja, ker spadajo na področje medicinske stroke in ne prava oziroma etike. Opozoriti želiva na merilo, ki je v strokovni in splošni javnosti verjetno dvignilo največ prahu: koledarska starost pacienta. Večina analiziranih dokumentov koledarsko starost izključuje kot splošni samostojni kriterij (to je takšen, ki bi se upošteval v vseh primerih, ko je pacientov več, kot jih lahko sprejmejo na intenzivno terapijo). Obstajajo pa štiri izjeme, ene eksplicitnejše od drugih. Švicarska SAMW in italijanska SIAARTI predvidevata starostno mejo za sprejem na terapijo oziroma

⁵² DIVI, »Entscheidungen,« 4.

⁵³ ÖGARI, »Allokation,« 5.

⁵⁴ University of Pittsburgh, »Allocation,« 1.

⁵⁵ SFAR, » Priorisation des traitements de réanimation pour les patients en état critique, en situation d'épidémie de COVID-19, avec capacités d'accueil de réanimation limitées,« 5.

⁵⁶ Verweij et al., »Ethical Advice for an Intensive Care Triage Protocol in the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned from The Netherlands, Public Health Ethics,« 3.

nego. SAMW⁵⁷ v zadnji verziji smernic starostno mejo »mehča« z upoštevanjem pacientove klinične šibkosti. Nizozemske smernice⁵⁸ sledijo principu t. i. *fair innings* ali principu življenjskega cikla, ki mlajšim pacientom daje prioriteto pred starejšimi na podlagi že doživetih življenjskih prelomnic. Smernice francoskega SFAR pa v primeru prenapoljenosti starost postavljajo kot kriterij za zavrnitev sprejema na intenzivno terapijo in začetek paliativne oskrbe – mejnik je 85 let oziroma v primerih določene komorbidnosti (kot ciroza jeter) že 75. Prav tako so izredno stroga merila za upoštevanje točkovnikov SOFA in CFS.⁵⁹ Smernice Univerze v Pittsburghu v primeru, če so pacienti po ostalih kriterijih izenačeni, kot dodatno merilo upoštevajo pacientovo starostno skupino (otročstvo, mladost, odraslost in starost) in dajejo prednost predstavnikom mlajših skupin.⁶⁰ Za razliko od omenjenih nekateri dokumenti izrecno prepovedujejo upoštevanje koledarske starosti kot samostojnega kriterija za razvrščanje pacientov. V priporočilih nemških DIVI⁶¹ je razvrščanje izključno na podlagi koledarske starosti označeno za nedopustno.⁶² Ameriški Task Force for Mass Critical Care in American College of Chest Physicians⁶³ svetujeta, naj triažni protokoli ne izključujejo skupin pacientov na podlagi starosti in opozarjata, da lahko onemogočanje zdravljenja *samo* na podlagi starosti pomeni kršitev pravil o prepovedi diskriminacije.

Edini družbeni kriterij, ki ga nekatere od smernic upoštevajo, je, če je pacient ključni delavec – predvsem zaposlen v zdravstvu. Kot prioritetni faktor to omenjajo francoski SFAR,⁶⁴ nizozemske smernice⁶⁵ in

⁵⁷ SAMW, »Covid-19-Pandemie,« 7.

⁵⁸ Verweij et al., »Ethical Advice for an Intensive Care Triage Protocol in the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned from The Netherlands, Public Health Ethics,« 6.

⁵⁹ SFAR, »Priorisation des traitements de réanimation pour les patients en état critique, en situation d'épidémie de COVID-19, avec capacités d'accueil de réanimation limitées,« 11.

⁶⁰ University of Pittsburgh, »Allocation,« 7.

⁶¹ DIVI, »Entscheidungen,« 4.

⁶² S tem DIVI verjetno nakazujejo, da je *a contratio* kriterij koledarske starosti lahko upoštevan nesamosojno, tj. v kombinaciji z drugimi kriteriji (Hans-Jörg Ehni, Urban Wiesing in Robert Ranisch, »Saving the most lives—A comparison of European triage guidelines in the context of the COVID-19 pandemic,« *Bioethics* 35 (2021): 130.

⁶³ Maves et al., »Triage,« 217.

⁶⁴ SFAR, »Priorisation des traitements de réanimation pour les patients en état critique, en situation d'épidémie de COVID-19, avec capacités d'accueil de réanimation limitées,« 11.

⁶⁵ Verweij et al., »Ethical Advice for an Intensive Care Triage Protocol in the COVID-19 Pandemic: Lessons

britanski BMA, ki jih kot kriterij še razširi na zaposlene v laboratorijih, kjer se izdelujejo cepiva proti covidu-19, in pa na vladne uslužbence.⁶⁶

Več dokumentov priporoča skupinsko odločanje. Nemška združenja DIVI⁶⁷ svetujejo, naj pri življenjsko pomembnih odločitvah sodeluje »več oči«. Če je mogoče, naj bo član takšne skupine tudi nekdo iz bolnišnice, ki ni zdravnik, npr. medicinski tehnik ali socialni delavec. Odločitve morajo biti transparentno pojasnjene pacientom, sorodnikom (kolikor je mogoče) in dokumentirane na strokoven način. Avstrijska ÖGARI⁶⁸ omenja kolegialno odločanje, pri katerem po potrebi pomaga lokalna (bolnišnična) služba za etično svetovanje (*Ethikberatungsdienst*). V smernicah Univerze v Pittsburgu⁶⁹ sta v triažno skupino vključena medicinska sestra, ki ima izkušnje s področja intenzivne oziroma urgentne medicine, in administrator, ki bo zbiral in urejal dokumentacijo. Podporna člana triažne skupine zdravniku (vodji triaže) posredujejo relevantne informacije in mu pomagata pri odločanju. Smernice francoske etične komisije CCNE priporočajo ustanovitev podpornih etičnih enot na regionalni ravni, v katerih bi bili zbrani strokovnjaki več področij (medicina, psihologija, etika, filozofija idr.). Te enote bi bile zdravnikom dostopne vse dni, po telefonu ali v živo.⁷⁰

Pregled dokumentov vseh naštetih držav nas usmerja k dejstvu, da pandemične triažne smernice vsaj v grobem sledijo istim etičnim načelom – na prvem mestu je utilitarno načelo ohranitve čim večjega števila življenj oziroma čim večjega števila življenjskih let. Kriteriji izbire v triažnih situacijah so tako podrejeni maksimizaciji koristi za čim večje število pacientov. Egalitarna načela izbire, torej takšna, ki ne predvidevajo odločitve na podlagi medicinskih (ali nemedicinskih) kriterijev, pač pa na podlagi bolj ali manj naključnih, v situaciji pandemije niso primerna, saj lahko na koncu razgalijo še večje razlike (kot preprosto razdaljo do bolnišnice v primeru kriterija »kdor prej

Learned from The Netherlands, *Public Health Ethics*,« 6.

⁶⁶ BMA, »COVID-19 – ethical issues. A guidance note,« 8.

⁶⁷ DIVI, »Entscheidungen,« 5.

⁶⁸ ÖGARI, »Allokation,« 4.

⁶⁹ University of Pittsburgh, »Allocation,« 3–4.

⁷⁰ CCNE, »Enjeux éthiques face à une pandémie,« 9.

pride«). Če nam je aktualna pandemije kaj pokazala, je nujnost okrepitev javnega zdravstvenega sistema – konec koncev so najboljše izšle države z največ dostopnimi bolniškimi posteljami.

Clinical Frailty Scale*

1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.

2 Well – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.

3 Managing Well – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.

4 Vulnerable – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.

5 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.

6 Moderately Frail – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.

7 Severely Frail – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within – 6 months).

8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.

9 Terminally Ill – Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:169-175.
© 2009, Version 1.2, EN. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

Priloga 1: The Rockwood Clinical Frailty Scale. Dostopano 22. 9. 2021. <https://www.nature.com/articles/s41415-019-0861-y>

Literatura

Académie royale de Médecine de Belgique. »Mise au point de l'Académie sur le tri des patients.« Dostopano 12. 8. 2021. https://www.armb.be/fileadmin/sites/armb/uploads/Document-site/pdf/Avis/COVID-19/MISE_AU_POINT_DE_L_ACADEMIE_SUR_LE_TRI_DES_PATIENTS.pdf

Antommaria, Amand H. Matheny, Tyler S. Gibb, Amy L. McGuire, Paul Root Wolpe, Matthew K. Wynia, Megan K. Appelwhite, Arthur Caplan, Douglas S. Diekema, D. Micah Hester, Lisa Soleymani Lehmann, et al. »Ventilator Triage Policies During the COVID-19 Pandemic at U.S. Hospitals Associated With Members of the Association

- of Bioethics Program Directors.« *Annals of Internal Medicine*, 173, št. 3 (avgust 2020): 188–195.
- Belgian Society of Intensive Care Medicine. »Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive care medicine.« Dostopano 12. 8. 2021. https://www.siz.be/wp-content/uploads/COVID-19-ethical_final_c.pdf
- Bioethikkommission. »Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie: Stellungnahme der Bioethikkommission.« Dostopano 25. 6. 2021. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/pressemitteilungen-bioethik/stellungnahme-zum-umgang-mit-knappen-ressourcen-in-der-gesundheitsversorgung-im-kontext-der-covid-19-pandemie.html>
- British Medical Association, »COVID-19 – ethical issues. A guidance note.« Dostopano 15. 8. 2021. <https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf>
- Comitato Nazionale per la Bioetica. »Covid 19: clinical decision-making in conditions of resource shortage and the “pandemic emergency triage” criterion.« Dostopano 30. 8. 2021. <https://bioetica.governo.it/en/opinions/opinions-responses/covid-19-clinical-decision-making-in-conditions-of-resource-shortage-and-the-pandemic-emergency-triage-criterion/>
- Comité consultatif national d'éthique. »Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19.« Dostopano 5. 8. 2021. <https://www.ccne-ethique.fr/fr/actualites/enjeux-ethiques-de-la-prise-en-charge-et-de-lacces-aux-soins-pour-tous-en-situation-de>
- Comité consultatif national d'éthique. »Enjeux éthiques face à une pandémie.« Dostopano 5. 8. 2021. https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf
- Comité consultatif national d'éthique. »Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale.« Dostopano 5. 8. 2021. https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_106.pdf

- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin [DIVI]. (2020a). »Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie: Klinisch-ethische Empfehlungen.« <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file>
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin [DIVI]. (2020b). »Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie: Klinisch-ethische Empfehlungen - Version 2. <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1549-entscheidungen-ueber-die-zuteilung-intensivmedizinischer-ressourcen-im-kontext-der-covid-19-pandemie-klinisch-ethische-empfehlungen/file>
- Deutscher Ethikrat. »Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise 2020: Ad-hoc-Empfehlung.« Dostopano 24. 6. 2021. <https://www.ethikrat.org/mitteilungen/mitteilungen/2020/solidaritaet-und-verantwortung-in-der-corona-krise/>
- Ehni, Hans-Jörg, Wiesing, Urban in Robert Ranisch. (2020). »Saving the most lives—A comparison of European triage guidelines in the context of the COVID-19 pandemic.« *Bioethics*. 2021; 35: 125–134. <https://doi.org/10.1111/bioe.12836>
- Ethics Subcommittee of the Advisory Committee to the Director Ventilator Document Workgroup, Centers for Disease Control and Prevention. »Ethical Considerations for Decision Making Regarding Allocation of Mechanical Ventilators during a Severe Influenza Pandemic or Other Public Health Emergency.« Dostopano 29. 6. 2021, https://www.cdc.gov/about/advisory/pdf/VentDocument_Release.pdf
- Ferreira, Flavio Lopes, Daliana Peres Bota, Annette Bross, Christian Mélot in Jean-Louis Vincent. »Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients.« *JAMA*, 286, št. 14 (oktober 2011), 1754–1758.
- Grissom, Colin K., Samuel M. Brown, Kathryn G. Kuttler, Jonathan P. Boltay, Jason Jones, Al R. Jephson, James F. Orme Jr, »A modified sequential organ failure assessment score for critical care triage,« *Disaster Med Public Health Prep*, 4, št. 4 (december 2010): 277–284.

- Gutmann Koch, Valerie, in Beth E. Roxland. »Unique Proposals for Limiting Legal Liability and Encouraging Adherence to Ventilator Allocation Guidelines in an Influenza Pandemic.« *Chicago-Kent College of Law Research Paper No. 2013-06*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2174511
- Jäger, C. in Gründel, J. (2020). Zur Notwendigkeit einer Neuorientierung bei der Beurteilung der rechtfertigenden Pflichtenkollision im Angesicht der Corona-Triage. *Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik*, 15(4). Pridobljeno na http://www.zis-online.com/dat/artikel/2020_4_1356.pdf
- Joebges, Sussane, Biller-Andorno, Nikola. »Ethics guidelines on COVID-19 triage—an emerging international consensus.« *Crit Care* 24, 201 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02927-1>
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. »Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie.« Dostopano 12. 8. 2021. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/11/24/draaiboek-triage-op-basis-van-niet-medische-overwegingen-voor-ic-opname-ten-tijde-van-fase-3-in-de-covid-19-pandemie>
- Lübbe, Weyma. *Corona triage: A commentary on the triage recommendations by Italian SLAARTI medicals regarding the corona crisis*. Berlin: Verfassungsblog, 2020. <https://verfassungsblog.de/corona-triage-2>.
- Maves, Ryan C., James Downar, Jeffrey R. Dichter, John L. Hick, Asha Devereaux, James A. Geiling, Niranjana Kissoon, Nathaniel Hupert, Alexander S. Niven, Mary A. King et al. »Triage of Scarce Critical Care Resources in COVID-19 An Implementation Guide for Regional Allocation An Expert Panel Report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians.« *Critical Care: Special Features*, 158, št. 1 (julij 2020): 212–225.
- Orfali, Kristina. »What Triage Issues Reveal: Ethics in the COVID-19 Pandemic in Italy and France.« *Journal of bioethical inquiry* vol. 17,4 (2020): 675–679. doi:10.1007/s11673-020-10059-y
- Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin [ÖGARI]. »Allokation intensivmedizinischer Ressourcen

- aus Anlass der Covid 19 Pandemie: Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen.« Dostopano 25. 6. 2021. https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf
- Perin, Marta, and Ludovica De Panfilis. »Among equity and dignity: an argument-based review of European ethical guidelines under COVID-19.« *BMC medical ethics* vol. 22,1 36. 31 Mar. 2021, doi:10.1186/s12910-021-00603-9
- SAMW-Vizepräsident Daniel Scheidegger. »Präzisierungen zu Triagen – Nach Kritik: Neue Triage-Richtlinien für ältere Covid-Patienten.« Intervjuval Georg Humbel. *SRF Schweizer Radio und Fernsehen*, 4. november 2020. <https://www.srf.ch/news/schweiz/praезisierungen-zu-triagen-nach-kritik-neue-triage-richtlinien-fuer-aeltere-covid-patienten>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW]. (2020a). »Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit (aktualisierte Version 2 vom 24. März 2020).« Pridobljeno na https://www.samw.ch/dam/jcr:4c30e233-6357-4b1a-98fa-27323db77ccc/richtlinien_v2_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit_20200324.pdf
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW]. (2020b). »Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit (aktualisierte Version 3.1 vom 17. Dezember 2020).« Dostopano 28. 6. 2021. https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/corona/alters--und-pflegeheime/weiterfuehrende_infos/richtlinien_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit.pdf
- Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva. »Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments in Exceptional, Resource-Limited Circumstances.« Dostopano 11. 11. 2020. <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf>

- Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. »Priorisation des traitements de réanimation pour les patients en état critique, en situation d'épidémie de COVID-19, avec capacités d'accueil de réanimation limitées.« Dostopano 31. 8. 2021. <https://sfar.org/priorisation-des-traitements-de-reanimation-pour-les-patients-en-etat-critique-en-situation-depidemie-de-covid-19-avec-capacites-limitees/>
- »SOFA Calculator Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) severity of illness score for hospital mortality.« Dostopano 29. 6. 2021. <https://clincalc.com/IcuMortality/SOFA.aspx>.
- The National Institute for Health and Care Excellence, »COVID-19 rapid guideline: managing COVID-19.« Dostopano 15. 8. 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng191/resources/fully-accessible-version-of-the-guideline-pdf-pdf-5103553326>
- University of Pittsburgh, Department of Critical Care Medicine. »Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency.« Dostopano 26. 7. 2021. https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy_2020_04_15.pdf
- »U.S. Civil Rights Office Rejects Rationing Medical Care Based on Disability, Age.« *The New York Times*. Dostopano 29. 6. 2021. <https://www.nytimes.com/2020/03/28/us/coronavirus-disabilities-rationing-ventilators-triage.html>
- Verweij, Marcel, Suzanne van de Vathorst, Maartje Schermer, Dick Willem, Martine de Vries. »Ethical Advice for an Intensive Care Triage Protocol in the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned from The Netherlands.« v *Public Health Ethics*. Vol. 13, 2 (2020), str. 157–165, <https://doi.org/10.1093/phe/phaa027>
- White, Douglas B., in Bernard Lo. »A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic.« *JAMA*, 323, št. 18 (marec 2020): 1773–1774.

O avtoricah:

Lora Briški je mlada raziskovalka na Inštitutu za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani in doktorska študentka na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani. V svoji doktorski nalogi preučuje spreminjanje parametrov spora v kazenskem postopku. Raziskovalno se ukvarja tudi z drugimi kriminološkimi in kazenskoopravnimi temami, med drugim z odločanjem v kazenskem pravosodju, položajem oškodovancev kaznivih dejanj, spolnim kazenskim pravom ter spolno in nasilno kriminaliteto.

Nesa Vrečer je doktorska študentka filozofije na Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani in strokovna sodelavka na Inštitutu za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani. Raziskovalno se ukvarja z vprašanji identitete, feminizma, spolnega nadlegovanja in nasilja, psihoanalize ter kapitalizma. Je tudi članica programskega odbora Inštituta za delavske študije.

Stanovalci domov za starejše so bili žrtvovani

Dušan Keber

1 Uvod

Epidemija covid-19 in s tem povezan nenaden velikanski priliv bolnikov v zdravstveni sistem je po vsem svetu sprožil utrjevanje, še pogosteje pa rahljanje etičnih smernic triaže za primer, če bi potrebe bolnikov presegle zmogljivosti zdravstva. Leto in pol po začetku epidemije, ki še traja in ki je zakrivila, da je temeljna pravica do enake zdravstvene obravnave za enake potrebe odrinjena v kot, je čas za premislek, ali je odrekanje nekaterih storitev nekaterim bolnikom ali njihovo razvrščanje na prednostne sezname potekalo pravično, transparentno in nediskriminatorno. Vse kaže, da je v mnogih državah, tudi v Sloveniji, nastal razkorak med sprejetimi etičnimi načeli triažnega postopka in njegovim izvajanjem, pri čemer so bile diskriminirane najbolj ranljive in marginalizirane družbene skupine. Največjo med temi skupinami predstavljajo starejši prebivalci. Pričujoča analiza poskuša oceniti, ali je domneva o diskriminaciji oskrbovancev v domovih starejših občanov (DSO) v Sloveniji utemeljena.

2 Splošno o triaži v zdravstvu

Zaradi pomanjkanja zdravstvenega osebja, postelj, opreme ali zdravil se zdravstveni delavci neredko znajdejo v stiski, da ne morejo pomagati vsem pacientom ali ne vsem enako hitro. Odločanje, koga obravnavati prej, koga kasneje ali komu celo odreči določeno zdravstveno storitev, je triaža: njen najpogosteje navajani namen je zagotoviti, da pomoč najprej dobijo tisti, ki jo najbolj potrebujejo in bodo od nje imeli največ koristi. Triaža poteka po vnaprej znanem postopku ali vsaj smernicah; le-te morajo zagotoviti, da so odločitve etične in pravične, obenem pa že samo dejstvo, da obstajajo, preprečuje, da bi bile odvisne zgolj od osebne presoje in preferenc vsakokratnega odločevalca.

Pri etičnih vprašanjih se triažne smernice v zdravstvu ravnaajo po enem od dveh moralnih načel: po egalitarnem (deontološkem) načelu ali utilitarnem načelu.¹ V mnogih triažnih odločitvah so prisotni elementi obeh načel.

Ne brez sarkazma je treba že v uvodu zapisati, da dilem triaže zasebno zdravstvo v običajnih razmerah ne pozna; morda je bolje reči, da jo opravi že na vratih s preverjanjem sposobnosti bolnikovega plačila. Zgolj retorično vprašanje je, kakšno moralno obremenitev v takem sistemu čutijo zdravniki.

3 Egalitarno načelo

Egalitarno načelo v triaži upošteva splošne moralne vrednote ne glede na obseg koristi ali škode, ki jo nosi odločitev. Največjo težo pripisuje načelu enakosti: zdravstvena oskrba mora biti v enaki meri zagotovljena vsem, ki jo potrebujejo – ne glede na starost, bolezn in druge okoliščine; nesprejemljivo je razvrščanje po trajanju in vrednosti preostalega življenja. Zagovorniki poudarjajo, da je vsakemu človeku njegovo življenje enako pomembno kot nekomu drugemu njegovo. V primeru, ko potrebe po zdravljenju močno presegajo bolnišnične kapacitete (ko denimo več ljudi potrebuje edini ventilator), bi nekateri radikalni zagovorniki enakosti izbirali kandidate po načelu naključnosti, denimo z žrebom ali pa v skladu z rekom: kdor prej pride, prej melje. Vendar pa večina meni, da je v takem primeru možno bolnike razvrstiti na nujne in nekoliko manj nujne in da to še vedno pomeni spoštovanje egalitarnega načela: gre za enako obravnavo enako ogroženih oseb in hitrejše obravnavo huje ogroženih oseb.² Primeri takega odločanja v »mirnodobnem« čas, torej ko ni vojne ali naravne katastrofe, so poškodovani ob prometni ali drugi nesreči ter življenjsko ogroženi bolniki na urgentnih oddelkih bolnišnic.

Bolj kot je intervencija zaradi življenjske ogroženosti nujna in manj kot je posameznikov, med katerimi poteka izbira, bolj se triaža v praksi ravna

¹ Briški, Lora, Matjaž Ambrož in Renata Salecl. »Koga reševati v času pandemije? Etični in kazenskopравни vidiki triaže,« *Revija za kriminalistiko in kriminologijo* 71 (3) (2020). 183–193.

² Greenacre, Mathew and Katherine Fleshner. »Distributive justice in disaster triage: Utilitarianism competes with egalitarianism, autonomy, and the physician-patient relationship,« *Trauma and Disaster Medicine*, 86(1) (2017), 35–37.

po deontoloških načelih. Bolnikova smrtna ogroženost odvrne zdravnika od utilitarnih razmišljanj. Zelo redki so dogodki, kjer dva bolnika enako nujno potrebujeta zdravstveno obravnavo, ki jo je mogoče nuditi samo enemu; največkrat je možno poleg izbranega prvega bolnika tudi drugega ohranjati pri življenju z alternativnimi postopki ali ga premestiti v drugo bolnišnico.³ Zdravnik le izjemoma opusti ukrep, ki ga je začel izvajati pri enem bolniku, v korist drugega, ki se je pojavil nekaj minut kasneje, lahko pa ga opusti, če se izkaže, da od njega ni mogoče pričakovati uspeha, kar pa ni triaža, temveč opustitev zdravljenja.

Odločanje med dvema ali več osebami, komu odreči boljšo možnost preživetja, je v običajnih okoliščinah v zdravstvu zelo redko, vendar najbolj buri duhove zdravnikov, filozofov in javnosti: komu nameniti edino napravo, če jo enako nujno potrebujejo direktor podjetja, mati samohranilka in zdravnik – ali dvajsetletnik, invalid in star kronični bolnik? Menim, da bi se v takem primeru različni zdravniki odločali različno, pri čemer bi nihali med empatijo in utilitarnimi kriteriji, ki bi jim v skladu s svojimi vrednotami dajali različno težo. Pri tem ne bi veliko pomagalo točkovanje posameznih kriterijev ali prepuščanje odločitve računalniku, kar predlagajo nekatere tuje smernice – zlasti ker so ti kriteriji arbitrarni in pod vplivom političnih, ekonomskih, moralnih in socialnih vrednot družbenega trenutka, v katerem so nastali. Čeprav so smernice namenjene temu, da moralno razbremenijo zdravnika, mora v najtežjih dilemah težo odločitve vseeno prevzeti zdravnik, še boljše dva ali več zdravnikov, pri čemer nobena odločitev ne sme postati predmet kasnejših obtoževanj.

Najbolj množična triaža po egalitarnih načelih se v javnem zdravstvu odigrava vsak dan pri bolnikih, ki na krajši rok niso huje ogroženi. Potrebna je zaradi omejenih virov in velikega priliva bolnikov, zato zagate ni mogoče rešiti drugače kot s čakalnimi dobami. Bolniki so po stopnji nujnosti razporejeni v sezname, ki potrebujejo nujno, zelo hitro, hitro ali redno obravnavo, znotraj teh skupin pa po datumu vstopa na seznam. Ta triaža je egalitarna po svojem namenu: pomeni hitrejšo obravnavo

³ Spominjam se primera, ko je v nočnem času pri dveh bolnikih v različnih prostorih skoraj istočasno prišlo do srčnega zastoja, za reanimacijo pa so bili dosegljivi samo en zdravnik, dve medicinski sestri in en defibrilator. Prednost (defibrilatorja) je najprej dobil pacient, do katerega je ekipa prišla prva, pri drugem pa je medicinska sestra izvajala osnovni postopek oživljanja.

bolnikov, ki obravnavo bolj potrebujejo, ter odlaganje diagnostike ali zdravljenja drugim, ki domnevno lahko čakajo brez večjega tveganja, ob tem pa nobenemu bolniku ni trajno odvzeta pravica do storitve, ki jo potrebuje. Pravzaprav to sploh ni triaža. Realno stanje je zlasti ob dolgih čakalnih dobah drugačno: nekatere elektivne posege je res mogoče brez škode odložiti,⁴ veliko pa je takih obravnav, kjer dolga čakalna doba povečuje bolnikovo trpljenje ter poslabšuje njegovo prognozo in preživetje.⁵

Ker je pri čakalnih dobah storitev samo odložena, se marsikateri zdravnik ne zaveda, da opravlja triažo in da gre za zelo odgovorno početje. Prihaja do zlorab in »navijanja« za svoje bolnike, pa tudi različnih načinov nelegalnega preskakovanja vrste. Že veliko število stopenj nujnosti omogoča arbitrarnost in privilegirano obravnavo.⁶ Morda najhuje od vsega pa je uzakonitev preskakovanja vrst s pomočjo dodatnega zavarovanja, ki posamezniku omogoči hiter pregled pri specialistu in diagnostiko ter bistveno skrajša čakanje na operativni poseg, pri čemer potegnejo kratko najbolj deprivilegirani bolniki. V takih primerih je egalitarno načelo povsem izničeno.

Omeniti je treba še eno vrsto triaže, ki poteka v obliki finančnega razporejanja sredstev s strani plačnika (zdravstvene blagajne) za posamezne skupine bolnikov. Pri tem odločanju vodstveni zdravstveni delavci branijo interese svojih bolnikov in svojih ožjih strok; končna odločitev pa temelji na presoji, katerim bolnikom je treba s financiranjem večjega števila storitev omogočiti hitrejšo obravnavo. Pri tem odločanju dosledno zmaguje življenjska ogroženost, zato so praviloma na slabšem bolniki, ki zaradi svoje bolezni »samo« trpijo. To pojasnjuje, zakaj so čakalne dobe v ortopediji, pa tudi revmatologiji in dermatologiji med najdaljšimi.

In končno, na zadovoljevanje zdravstvenih potreb ljudi vplivajo tudi strateške in razvojne odločitve v zdravstvu: ali bo država dala prednost

⁴ Odstranitev žolčnika zaradi žolčnih kamnov se v primeru, da bolnik nima težav, lahko odloži brez škode za več let. Celo v tem primeru pa bolnik lahko doživlja napade bolečin (žolčnih kolik), dolgotrajna odložitve pa je povezana z večjo pojavnostjo raka žolčnika.

⁵ Čakanje na preiskavo lahko spremeni operabilni rak v neoperabilnega. Med čakanjem na operacijo srca ali raka bolnik lahko umre.

⁶ Nemogoče je verodostojno razložiti, zakaj je nek bolnik uvrščen na listo, kjer bo čakal 16 mesecev, drugi s podobnim stanjem pa v isti bolnišnici na listo, kjer je čakalna doba 6 mesecev.

osnovnemu ali bolnišničnemu zdravstvenemu varstvu, primarnemu ali terciarnemu, preventivi ali kurativi? Tudi te odločitve vplivajo na dostopnost zdravstvenih storitev in odločajo o tem, na katerih področjih bo v primeru pomanjkanja sredstev potrebna triaža.

4 Utilitarno načelo

Bistvo utilitarnega načela pri triaži je delovati tako, da ima odločitev največjo korist največ ljudi.⁷ To načelo prevladuje takrat, ko je treba izvesti triažo zaradi priliva velikega števila bolnikov, ki zaradi velike ogroženosti vsi spadajo v nujno skupino, torej njihove obravnave ne moremo odložiti, obenem pa ta obravnava ni dosegljiva vsem (pomanjkanje opreme, organov za transplantacijo ali zdravil). Izločitev je bolj ali manj dokončna in pomeni za bolnika veliko verjetnost smrti ali neugodnejšega izida zdravljenja. Vprašanja, ki jih ta pristop zastavlja, so številna. Ali je treba dati prednost številu rešenih življenj ali številu let rešenega življenja? Ali korist določa samo preživetje ali tudi kakovost preostanka življenja? (Kriterij števila let življenja diskriminira starejše, število let kakovostnega življenja pa poleg starejših tudi invalide in dementne osebe.)

Pri utilitarnem pristopu je treba vedeti vnaprej, kateri bolniki imajo večjo možnost preživetja, pri čemer vse smernice zahtevajo, da je taka presoja izključno strokovno medicinska in da ob tem ne smejo biti kršena temeljna etična načela, zlasti načeli enakosti in nediskriminatornosti. Nanjo torej ne smejo vplivati osebne karakteristike bolnika (starost, spol, rasa, etnični izvor, družbeni položaj, izobrazba, vera, prejšnje ali pričakovane koristi za družbo ali invalidnost).⁸

Najbolj znan primer utilitarne triaže iz bližnje preteklosti sega v šestdeseta leta prejšnjega stoletja na začetek zdravljenja kronične ledvične odpovedi z dializo.⁹ Sprožila sta jo začetno majhno število dializnih aparatov in visoka cena zdravljenja. Strokovna telesa po različnih bolnišnicah in

⁷ Svetovno zdravniško združenje. *Priročnik zdravniške etike*. Maribor: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, 2016.

⁸ Deutscher Ethikrat. *Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise: ad-hoc-Empfehlung*. 2020. Pridobljeno na <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>

⁹ Parsons, V., and P. Lock. »Triage and the patient with renal failure,« *Journal of medical ethics* vol. 6,4 (1980): 173-6. doi:10.1136/jme.6.4.173

državah, tudi v Sloveniji, so pripravila kriterije, ki so izbrali za program dialize tolikšno število bolnikov, kolikor so ga omogočali obstoječi dializni aparati. Klasična študija, ki analizira začetke dialize v ZDA,¹⁰ navaja, da so pri selekciji bolnikov upoštevali utilitarne principe, ki so jih v tistem času zagovarjali mnogi filozofi in politični analitiki: starost (nad 65 let), spol, zakonski stan, število otrok, izobrazba, zaposlitev, pretekli dosežki in bodoči potencial. Drugod so dodajali sladkorno bolezen, hepatitis B in nekatere druge nalezljive in nenalezljive somatske in duševne bolezni ter socialne okoliščine, ki bi ovirale izvajanje kronične dialize² – vse z namenom zagotoviti korist ne le posamezniku, temveč tudi skupnosti. Večina teh kriterijev ne velja več, nekateri so v današnjem času hudo diskriminatorni. Raziskava o stopnji soglasja o teh kriterijih je pokazala, da se več deset nefrologov pri poskusu triažiranja štiridesetih kroničnih ledvičnih bolnikov niti pri enem ni soglasno zedinilo, da ga je možno izključiti iz dializnega programa.⁹ Zlasti je izstopala triaža po starosti, ki se je ponekod niti niso trudili zakriti z drugimi kriteriji. Odrekanje dialize pomeni za bolnika s končno ledvično odpovedjo hitro smrt, zato je triaža povsod po svetu sprožala velike proteste, ki so postopoma dosegli povečanje financiranja tega postopka. Danes je dializa v razvitejših državah, tudi v ZDA, dostopna brezplačno vsem bolnikom.

Tako drastičnih primerov razvrščanja bolnikov na tiste, ki bodo živeli ali umrli, v zadnjih desetletjih nimamo, smo pa različno blizu temu ob izbiri kandidatov za transplantacijo organov ali ob novih »čudežnih«⁹ zdravlilih, zlasti v onkologiji, nedostopnih vsem, ki bi jim potencialno koristila. Značilno za triažo v teh primerih je, da razlika med učinkovitostjo starega in novega zdravljenja ni nagla smrt, temveč boljša ali slabša prognoza, ki se meri v trajanju ali kakovosti življenja. Še več je primerov triaže, ko je zaradi pomanjkanja določene opreme ali zdravil mogoče določeno pomoč nuditi samo nekaterim bolnikom, vendar razlika med novim in obstoječim načinom zdravljenja ni velika. V takih primerih je spoznanje, da gre za triažo, med zdravniki še manj

¹⁰ Fox, Renée C., Judith P. Swazey, J. P. *The Courage to Fail, A Social view of Organ Transplants and Dialysis*. Chicago: University of Chicago Press, 1974.

prisotno.¹¹ V smernicah, ki jih za take primere sprejmejo pristojna strokovna telesa, pogosto nastopa višja starost kot eden od kriterijev, vendar ga nobena smernica ne priznava kot izločilnega samega po sebi, temveč kot dejavnik, s katerim se družijo drugi dejavniki (druge bolezni, kakovost življenja, pričakovana življenjska doba itd.). Vsakokrat, ko določena obravnava postaja dostopnejša, poraste med zdravljenimi število starejših bolnikov. To dokazuje, da so bili v prejšnji fazi, ko je šlo za pomanjkanje sredstev, starejši bolniki najbolj nesorazmerno izločeni.

Strokovna telesa prilagajajo smernice za triažo ekonomskim možnostim zdravstvenega sistema, le-te pa z obsegom financiranja določa politika. Manj kot je sredstev, manj se je pri triaži možno opirati na verodostojne strokovne kriterije in vse več bolnikov ostane brez storitve, ki jo utemeljeno potrebujejo. Seveda je še vedno bolje, da se prilagajanje ekonomskemu diktatu odvija na podlagi razmisleka strokovnih teles, kot da bi bil moralnemu pritisku izpostavljen posebej vsak zdravnik ali da bi izločilne kriterije postavljala politika. Kar je zgrešeno, pa je, da se stroka pogosto pridružuje političnim floskulam, da »kljub krizi vsi bolniki še vedno pridejo do vseh storitev, ki jih potrebujejo«. Poleg tega nosilci zdravstvenega sistema zelo redko, če sploh kdaj, priznajo, da je bolnik zaradi nedostopne storitve utrpel škodo ali umrl.¹² To pasivizira zdravnike, bolnikom pa onemogoča, da bi se za svoje pravice borili s političnimi sredstvi.

5 Starost kot triažni kriterij

Večina zdravnikov, strokovnih združenj in etičnih komisij izrecno izjavlja, da starost kot izoliran kriterij pomeni diskriminacijo. Zlasti je nesprejemljivo vnaprejšnje odrekanje bolnišnične oskrbe v celoti tistim, ki presežejo določeno starostno mejo, saj jih tako razvrščanje vnaprej oropa (poštenih) možnosti, da bi bili deležni katerekoli oblike

¹¹ Pa vendar: če proizvajalci novih zdravil in opreme dokazujejo njihovo prednost pred obstoječimi načini zdravljenja z boljšim preživetjem ali boljšo kakovostjo življenja in je zdravljenje plačano z javnimi sredstvi, so tisti, ki nimajo dostopa do novega zdravljenja, diskriminirani, razen v primeru znanstvenih dokazov, da zdravilo koristi samo določenim skupinam bolnikov. Utemeljeno domnevam, da v vseh primerih ni tako in so kriteriji, kjer v ozadju tiči starost, pogosti.

¹² V primeru dolgotrajne zdravniške stavke so slovenski zdravniki zanikali, da so te okoliščine bolnikom škodovale, enako pa trdijo ob dolgih čakalnih dobah uradni predstavniki zdravstva. Njihove izjave so identične: »Kljub stavki (kljub krizi s čakalnimi dobami) bolniki ne trpijo škode.«

bolnišničnega zdravljenja in ne le tiste, ki je bila predmet triaže.¹³

Starost se je kot samostojen izločilni kriterij pojavila v času epidemije koronavirusa v nizozemskih in švicarskih etičnih smernicah (prikazano v nadaljevanju).

Čeprav pred pandemijo starosti ne najdemo med samostojnimi kriteriji, pa je implicitno prisotna v drugih. Tak je na primer kriterij števila let, ki jih z zdravljenjem ohranimo: ta je praviloma v prid mlajšim bolnikom. Ali pa kakovost preostalih let življenja: zaradi psihosomatskih omejitev starostnikov (slaba mobilnost, omejena sposobnost za samostojno življenje, invalidnost, demenca) se njihovim življenjem pripisuje manjša vrednost. Tu sta še kriterija možnosti in trajanja preživetja: ponekod se nanašata na preživetje ob sedANJI bolezni, drugod tudi na preživetje prihodnjih nekaj let, kar pomeni upoštevanje drugih bolezni. Ob tem nastopi nova dilema: če je obstoječa kronična bolezen s slabo prognozo okoliščina, zaradi katere bolnik izpade, zakaj to ne bi veljalo tudi za starost, ki sicer ni bolezen, vendar prav tako nima »ugodne« prognoze?

Ne bi se smeli sprenevedati: pri utilitarnem moralnem principu starost res ne nastopa kot neodvisen kriterij, je pa prisotna v večini drugih odločujočih kriterijev. V ozadju take selekcije je neizgovorjena misel, da mlajši bolniki bolj zaslužijo preostanek življenja, ki jim ga prinaša zdravljenje, saj so ga doslej užili manj kot starejši. Ta misel seveda nima veljave v očeh starejšega bolnika. Vsi ljudje želijo imeti enako pravico do najboljšega možnega zdravljenja, kar je v mnogih državah, tudi naši, uzakonjeno v zakonih in ustavi. Seveda pa se zastavlja tudi drugačno vprašanje: ali v neresljivi stiski zaradi pomanjkanja sredstev res ne smemo upoštevati starosti in z njo povezanega trajanja preživetja ter kakovosti preostalega življenja?

Povzamemo lahko, da je zavračanje starosti kot samostojnega kriterija še posebej v času epidemije smiselno, saj je dovolj, da se pojavlja posredno. Kljub temu pa v bližnji prihodnosti potrebujemo odkrito in etično razpravo o smiselnih mejah zdravljenja v starosti in natančneje opredeliti, katere odločitve pomenijo diskriminacijo in katere ne.

¹³ Daniels, Norman. »Justice, resource allocation, and emergency preparedness: Issues regarding stockpiling.« V B. Jennings, J. D. Arras, D. H. Barrett in B. A. Ellis (ur.), *Emergency ethics: Public health preparedness and response* (str. 104–154). Oxford: Oxford University Press, 2016.

6 Triaža med pandemijo covid-19 v Evropski uniji

V času epidemije so bile v mnogih državah bolnišnice soočene z množičnim prilivom bolnikov, kar je neredko vodilo do zasedenosti vseh postelj v enotah intenzivne terapije in še zlasti aparatov za mehansko predihavanje – ventilatorjev. Prišlo je do potrebe po triaži bolnikov, kar je predstavljalo veliko moralno breme za zdravstveno osebje. Smernice triaže so v večini držav obstajale še od prej, tudi v Sloveniji.¹⁴ Navajam nekatere poudarke iz slovenskih smernic za odločanje o zdravljenju v intenzivni medicini iz leta 2015:

Kot etični okvir za sprejemanje odločitev je tudi ob dilemah ob koncu življenja v intenzivni medicini ustrezen sistem štirih načel medicinske etike: spoštovanje avtonomije slehernega človeka, neškodljivost, dobrodelnost oz. koristnost in pravičnost.

Ob tem se je ključno zavedati, da je situacija, v kateri je vsak bolnik, le njemu lastna, neponovljiva in edinstvena. To onemogoča, da bi odločali po vnaprejšnjih algoritmih, ampak zahteva sprotno skupno presojo ter dobro komuniciranje med vsemi vpletenimi v odločanje.

Priporočila ne morejo ponuditi dokončnih navodil, katere vrste zdravljenja na kateri točki prekiniti ali omejiti, ampak so vodilo za postopek odločanja o tem. Kadar zdravljenje ni več utemeljeno, sta opustitev in odtegnitev zdravljenja etično enakovredni izbiri v okviru prenehanja postopkov zdravljenja in vzdrževanja življenja.

Nikoli ni etično sprejemljivo opustiti ali odtegniti paliativne oskrbe.

Pri bolniku, ki ima ohranjeno zmožnost odločati o sebi, je za uveljavitev načela spoštovanja njegove avtonomije ključni postopek pridobitev njegove privolitve po pojasnilu. Odločitev mora biti svobodna, brez pritiskov.

Bolnik naj po svojih zmožnostih vedno sodeluje pri pripravi načrta zdravljenja. Odloča se na podlagi informacij ob zdravnikovi podpori, v zaupnem medsebojnem odnosu. Informacije morajo biti vedno zadostne.

V postopku odločanja, v katerem ima bolnik pravico dejavno – kolikor je

¹⁴ Etična priporočila za odločanje o zdravljenju in paliativni oskrbi bolnika ob koncu življenja v intenzivni medicini. Skupna izjava Slovenskega združenja za intenzivno medicino in Komisije RS za medicinsko etiko. 2015. Univerzitetni klinični center.

tega sposoben – sodelovati pri izbiri zdravljenja (21. člen ZPacP), je treba zagotoviti tudi zahtevano obličnost odločitve (26. člen ZPacP), kar pomeni izpolniti obrazec v predpisani obliki oziroma ustrezno preoblikovani obrazec. Postopek odločanja o prenehanju zdravljenja mora biti razviden ter dokumentiran (načelo razvidnosti in odgovornosti) (glej 5. do 7. odst. 26. člena ZPacP) (17).

Če bolnik ni zmožen odločiti o sebi, so bolnikovi ožji družinski člani oziroma osebe, ki imajo pravico v imenu bolnika privoliti v medicinski poseg ali zdravstveno oskrbo, z etičnega vidika dolžni, s pravnega vidika pa upravičeni nuditi bolniku podporo pri odločanju ali skrbi za prepoznavo njegovih želja, vrednot in prepričanj.

Proces skupnega odločanja in načrtovanja oskrbe naj poteka na družinskih sestankih. Na družinskem sestanku sodelujejo člani zdravstvenega tima, bolnik (če mu zdravstveno stanje dopušča) in bolnikovi svojci (tj. ožji družinski člani oziroma osebe, ki imajo pravico v imenu bolnika privoliti v medicinski poseg ali zdravstveno oskrbo, če bolnik ni sposoben odločiti o sebi).

Bolniku in njegovim svojcem mora biti omogočeno, da se posvetujejo tudi z etično komisijo ali v ta namen sestavljenim odborom pri izvajalcu zdravstvenih storitev ali s strokovnjakom s področja medicinske etike.

Neobvladljiv priliv zelo ogroženih bolnikov na oddelke intenzivne terapije v državah, ki jih je epidemija najprej prizadela, zlasti v Italiji, je bil razlog, da so v številnih državah skušali smernice triaže opredeliti bolj določno. V tem zborniku je na voljo izčrpen pregled novih dokumentov o triaži osmih evropskih držav (Nemčije, Avstrije, Švice, Francije, Združenega kraljestva, Belgije, Nizozemske in Italije).¹⁵ Večina ohranja dosedanja etična načela. Na prvem mestu je načelo ohranitve čim večjega števila življenj ali let življenja na podlagi medicinske ocene kratkoročnega ali srednjeročnega preživetja. Smernice nemškega sveta za etiko⁸ navajajo, da je cilj reševanja največjega števila življenj legitim, vendar ob tem ne sme priti do kršenja ustavnih pravic, zlasti

¹⁵ Briški, Lora in Nesa Vrečer. »Reševanje problema izbire v preobremenjenem zdravstvenem sistemu: Pregled dokumentov o triaži med epidemijo COVID-19 zdravniških združenj in etičnih komisij različnih držav«. v *Koga reševati v času pandemije? Etični, medicinski in kazenskoopravni vidiki triaže*. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, 2021.

načela enakosti in prepovedi diskriminacije. Poudarjajo tudi načelo sorazmernosti, ki dopušča le toliko omejevanja oskrbe, kot je nujno v trenutnih okoliščinah, in zahteva nenehno uravnoteževanje omejitev glede na obstoječe stanje.¹⁶ To načelo zavrača vnaprejšnjo triažo, saj je stopnja odtegnitve pomoči vselej odvisna od trenutnih razmer.

Kar se tiče starosti, jo pet držav zavrača kot samostojen kriterij, tri pa jo dopuščajo kot skrajno možnost: Švica, Francija in Italija. Švicarska akademija medicinskih znanosti (SAMS) je v svoje smernice marca 2020¹⁷ vnesla starost kot izločitveni kriterij, vendar ob številnih varovalkah. Zaradi njihove določnosti jih navajamo podrobneje:

Tudi v času pomanjkanja virov je ključno spoštovanje štirih ključnih načel medicinske etike: dobronamernosti, neškodljivosti, avtonomije in pravičnosti. Pacienti s covidom-19 se tudi v času covida-19 obravnavajo po istih kriterijih kot drugi bolniki, ki potrebujejo intenzivno zdravljenje.

Vse dokler so na voljo zadostna sredstva, je treba bolnike, ki potrebujejo intenzivno nego, sprejeti in zdraviti v skladu z uveljavljenimi merili.

Razpoložljiva sredstva se morajo deliti brez diskriminacije. Postopek dodelitve mora biti pošten, objektivno utemeljen in pregleden. S pravičnim postopkom dodelitve se je mogoče izogniti samovoljnim odločitvam.

V razmerah akutnega pomanjkanja je cilj vseh ukrepov, da se čim bolj omeji število smrti in primerov hudega poslabšanja bolezni.

Pomembno je, da se z bolniki, ki so tega sposobni, vnaprej pogovorimo o njihovih željah o vrsti ukrepov v primeru zapletov (oživljanje, obseg intenzivne nege). Če zavrnejo posege intenzivnega zdravljenja, jim je treba zagotoviti celovito paliativno oskrbo.

Če so kapacitete intenzivne nege izčrpane, je za triažo odločilna kratkoročna prognoza. Pri sprejemu na oddelek za intenzivno nego imajo največjo prednost tisti bolniki, pri katerih je napoved glede odpusta iz bolnišnice ob intenzivnem zdravljenju dobra, brez njega pa slaba.

¹⁶ Jäger, Christian, Johannes Gründel. »Zur Notwendigkeit einer Neuorientierung bei der Beurteilung der rechtfertigenden Pflichtenkollision im Angesicht der Corona-Triage,« *Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik*, 15(4) (2020). Pridobljeno na http://www.zis-online.com/dat/artikel/2020_4_1356.pdf

¹⁷ Swiss Academy Of Medical Sciences. »COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity,« *Swiss medical weekly* vol. 150 w20229. 24 Mar. 2020, doi:10.4414/smw.2020.20229

Starost sama po sebi se ne sme uporabljati kot merilo, saj bi s tem pripisali manj vrednosti starejšim kot mlajšim in s tem kršili ustavno prepoved diskriminacije. Starost pa se posredno upošteva v sklopu glavnega kriterija »kratkoročna prognoza«, saj imajo starejši ljudje pogostejše spremljajoče bolezni. V zvezi s covidom-19 je starost dejavnik tveganja večje smrtnosti, zato jo je treba upoštevati.

Če je stanje z intenzivnimi posteljami kritično, vendar so še dosegljive, smernice poimensko naštevajo kot izločitvene kriterije za zdravljenje v enoti intenzivne terapije končna stanja nekaterih kroničnih bolezni, ki jih skupno povzema zadnji kriterij: pričakovano preživetje je manjše od enega leta.

Če intenzivnih postelj ni več na razpolago, veljajo za izločitveni kriterij vse prejšnje bolezni v nekoliko manj težki fazi, kar povzema zadnji kriterij: pričakovano preživetje je krajše od 24 mesecev. Med kriteriji nastopa tudi starostna omejitev: starejši od 85 let, tudi če nimajo spremljajočih bolezni, ali pa starejši od 75 let s katero od težjih kroničnih bolezni.

Triaža se stalno izvaja tudi pri bolnikih, ki so sprejeti na intenzivni oddelk. Njihovo stanje se preverja vsaj na 48 ur. Če ni izboljšanja ali je stanje celo slabše, zdravnik pretehta, ali je nadaljnje intenzivno zdravljenje smiselno ali pa je bolniku potrebno omogočiti paliativno zdravljenje.

Pravila, ki se uporabljajo v času, ko primanjkuje sredstev, veljajo za vse bolnike na intenzivnem oddelku in ne samo za bolnike s covidom-19.

Pri triažnih odločitvah je bistveno zaupanje. Merila in kriterije je treba uporabljati transparentno. Jasne razloge za (ne)upoštevanje prednosti je treba dokumentirati in podatke osveževati.

Enake starostne kriterije imata tudi Francija in Italija.

V Švici je starost 85 let kot samostojen izločilni pogoj takoj po objavi doživel kritike, zato so ga še isto leto povezali z dodatnim kriterijem klinične krhkosti, določne po znanih kriterijih.

Belgijske smernice¹⁸ skušajo razbremeniti intenzivne oddelke, ki so po nepotrebnem zasedeni z bolniki, ki jih zdravljenje ne more rešiti.

¹⁸ Belgian Society of Intensive Care Medicine. »Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive care medicine,« Dostopano 12. 8. 2021. https://www.siz.be/wp-content/uploads/COVID-19-ethical_final_c.pdf

Priporočajo, da se z vsemi takimi bolniki ali njihovimi svojci pripravi vnaprejšnji načrt zdravljenja, ki predvidi nezaželene posege v primeru poslabšanja (reanimacija, intubacija, mehanska ventilacija, dializa, zdravljenje v intenzivni terapiji, hospitalizacija). To je treba storiti vnaprej, saj v akutni fazi bolezni predstavlja preveliko čustveno obremenitev za bolnika in svojce ter je neetično. Še posebej se načrtovanje priporoča pri oskrbovancih domov za starejše. Pri tem pristopu starost ne sme biti izoliran kriterij triaže, pač pa jo je treba obravnavati v sklopu kliničnih podatkov, zlasti s krhkostjo in kognitivnimi motnjami. Smernice poudarjajo, da je pri oskrbovancih s hujšo kognitivno okvaro (demenco) celo bolje, da se ob poslabšanju bolezni zdravijo simptomatsko v domu, kar naj bi bila razumna in humana opcija. Morebitna napotitev v bolnišnico bi morala biti utemeljena z realistično oceno izida zdravljenja, medtem ko napotitev na intenzivni oddelek smernice povsem odsvetujejo. Pri belgijskih smernicah je treba poudariti, da vnaprejšnje načrtovanje zdravljenja ne pomeni triaže, saj bolnika ne izloča zaradi pomanjkanja kapacitet, pač pa ustreza pojmu opustitev nepotrebne zdravljenja. Sporna pri tem je predvsem zadnja stopnja, ko gre za vnaprejšnji dogovor, da pacient ne bo več hospitaliziran, s čimer se odpove vsem bolnišničnim storitvam, vendar gre pri tem za bolnike z zelo kratko življenjsko prognozo.¹⁹

Posebnost so nizozemske smernice, po katerih imajo v primeru neizogibnega odločanja med mlajšim in starejšim bolnikom prednost mlajši, ki še niso užili vseh obdobj življenja, kar opredeljujejo kot medgeneracijsko solidarnost.²⁰ Nizozemska in Belgija omenjata tudi žreb, potem ko so bolniki povsem izenačeni po ostalih načelih.

Nekatere smernice dajejo pri izboru prednost zdravstvenim delavcem.

¹⁹ Če bi tak bolnik utrpel poškodbo, ki bi zahtevala kratkotrajno hospitalizacijo, mu verjetno ne bi bila odklonjena.

²⁰ Verweij, Marcel, Suzanne van de Vathorst, Maartje Schermer, Dick Willems, Martine de Vries. »Ethical Advice for an Intensive Care Triage Protocol in the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned from The Netherlands, Public Health Ethics,« Vol. 13, 2 (2020), str. 157–165, <https://doi.org/10.1093/phe/phaa027>

7 Triaža med pandemijo covid-19 v Sloveniji

7.1 Smernice za uporabo ventilatorjev

Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko (KME) je na začetku epidemije pripravila smernice za uporabo ventilatorjev (respiratorjev), kadar jih primanjkuje.²¹

S stališča zagotovljenih pravic in pravičnega odnosa do vseh bolnikov KME RS meni, da tudi pri vključevanju respiratorjev v zdravstveno ukrepanje etično ni vzdržno določati zgornjo starostno ali kakršnokoli drugo mejo, ki bi zdravstveno pravičnost z določanjem pravic posameznih skupin bolnikov delila na več kategorij.

Z leti so razlike v zdravstvenem in funkcionalnem stanju posameznikov vse večje in je prav, da se jih upošteva pri odločanju o vrsti in intenzivnosti zdravljenja.

Odločitev vsakega posameznega zdravnika ali še boljše konzilija je, da po vsakodnevem preverjanju stanja bolnika odloči, ali bo priključen na respirator ali ne oziroma pri katerem od intenzivno obravnavanih bolnikov je pomoč respiratorja še smotrna. /.../

V takih primerih bolnik ali svojci ne morejo zahtevati nadaljnjega nesmiselnega ukrepanja ali priključitve na respirator, morajo pa dobiti vsa potrebna pojasnila.

KME RS se pridružuje pobudam, po katerih naj bi vodstva primarnih zdravstvenih ustanov v sodelovanju s klinično stroko skupaj s koncesionarji in odgovornimi deležniki pripravila selektivne ukrepe, ki bi jih bilo ob takem razvoju epidemije, s spoštovanjem koristne in pravične dostopnosti, potrebno izvajati na primarni ravni zdravstva.

Razvidno je, da se smernice KME nanašajo zgolj na stanje, ko je bolnik s covidom-19 že v bolnišnici in je potrebna odločitev o priključitvi na ventilator ali odklopitvi z njega, vendar so bistveno manj določne kot švicarske smernice, saj kot podlago za odločitev navajajo zgolj zdravstveno in funkcionalno stanje posameznika, ki pa ga ne razčlenijo. S tem v ničemer ne razbremenjujejo zdravnikovo odločanje in mu hkrati

²¹ Stališče Komisije RS za medicinsko etiko o odločanju zdravnikov v zvezi z vključevanjem respiratorjev v zdravljenje hudo prizadetih bolnikov z boleznijo, povzročeno z virusom SARS-CoV2. Številka 0120-160/2020-3, 24. marec 2020.

dopuščajo veliko arbitrarnosti pri upoštevanju stanja bolnika. Velik pomen pa dajejo opustitvi nepotrebne zdravljenja, kar je smiselno in ne pomeni triaže.

Nenavadno je, da je KME svojo nalogo preudarnega svetovalca pri težkih etičnih odločitvah prenesla na vse zdravstvene izvajalce na primarni ravni, ko jim priporoča, naj pripravijo selektivne ukrepe, ki bi jih bilo morda treba izvajati na primarni ravni, ob tem pa ni dala nikakršnih usmeritev, na primer, da bi navedla okoliščine, v katerih naj bi se ta selekcija izvajala (zasedenost bolnišnice, intenzivnih postelj ali ventilatorjev).

7.2 Navodila Ministrstva za zdravje za izvajanje triaže

Epidemija je Slovenijo v začetnem obdobju našla bolj pripravljeno kot nekatere bogatejše države EU. Za razliko od razdrobljenega sektorja zasebnih izvajalcev na primarni ravni jo je pričakal razmeroma odporen javni zdravstveni sistem, ki se je naglo odzval na prve okužbe in vsaj začasno zaustavil širjenje. Glavno zaslugo imajo vseeno državljani, ki so se obnašali zelo samozaščitno, ker je učinkoval strah pred neznano boleznijo. Slovenija je bila v vrhu držav, ki so se uspešno spoprijele z epidemijo.

V času, ko je število okužb že upadalo in so bile kapacitete zadostne, je ministrstvo za zdravje razposlalo navodila »v povezavi z zaježitvijo in obvladovanjem epidemije COVID-19, izvajanjem triaže in nudenjem ustrezne zdravstvene oskrbe uporabnikom v socialno varstvenih zavodih.²² Pobudo ali vsaj legitimost za nastanek navodil je nedvomno dalo priporočilo KME, saj so bila izdana v razmiku dveh tednov za njim. Navodilom so zelo zgodaj ugovarjali posamezni vodstveni delavci in zdravniki DSO, ko pa so s časovnim zamikom prišla v javnost, se je dvignil val ogorčenja: glavni očitek je bil, da so diskriminatorna. Na dan so prišla nekatera pričevanja, izjave in protesti nekaterih zdravnikov in direktorjev domov, bojkotiranja spornih navodil, odklonilno mnenje vsaj ene bolnišnične etične komisije, pisma predsedniku države, vlade, ministrom in varuhu človekovih pravic, navsezadnje tudi nelagodje, ki

²² Ministrstvo za zdravje RS, »Izvajanje začasnih ukrepov na področju zdravstvene dejavnosti zaradi zaježitve in obvladovanja epidemije COVID-19,« Dopis ministra za zdravje domovom za starejše in drugim socialno varstvenim zavodom, zdravstvenim domovom in bolnišnicam. Številka: 181-77/2020/1, 6. 4. 2020.

ga je bilo čutiti pri posameznih članih strokovne svetovalne skupine ministrstva za zdravje. Kljub temu so navodila ostala v veljavi.

Minister za zdravje je navodila izdal v dveh dopisih, naslovljenih na DSO in druge socialnovarstvene zavode, zdravstvene domove in bolnišnice. Prvi dopis²³ vsebuje obvestilo, da se bodo oskrbovanci, ki bodo zboleli za covidom-19, zdravili v DSO. Odreja vzpostavitev treh con (za zdrave, sumljive in pozitivne na virus) in bolnišnice na nobenem mestu sploh ne omenja niti v primeru, da dom ne bi imel primernih prostorskih kapacitet.

Če vaše prostorske zmogljivosti tega ne omogočajo, s tem seznanite vašega koordinatorja, ki mu posredujete tudi predloge glede uporabe drugih prostorov ali objektov. Pri načrtovanju imejte v mislih omejenost kadrovskih virov, po katerih se potreba z decentralizacijo izvajanja storitev le še povečuje. Po potrebi se za načrtovanje dodatnih prostorov s pomočjo koordinatorja poveže s predstavniki občine (župan, civilna zaščita).

Navodilo torej prepoznava pomanjkanje prostorskih in kadrovskih kapacitet, vendar ne predlaga drugega kot povečanje prostorske zaohranitev kadrovske stiske: svari namreč pred povečevanjem kadrovske stiske ob morebitnem razseljevanju oskrbovancev na druge lokacije.

Hospitalizacija je omenjena šele v priloženem algoritmu. Iz njega je razvidno, da se v domu obravnavajo bolniki z blažjo klinično sliko, oskrbovanci z najzahtevnejšo paliativno obravnavo in umirajoči bolniki. Priložena so tudi navodila, kaj vse naj bi jim moral nuditi dom: zdravljenje s kisikom, aspiracije dihalnega trakta, titrirano dajanje morfija, zdravljenje s kortikosteroidi in anksiolitiki, inhalacije, pršilnike in dihalno fizioterapijo. Pogojno je bolnike v paliativni oskrbi možno hospitalizirati, če dom ne bi imel možnosti zdravljenja s kisikom.

Preostali oskrbovanci se lahko napotijo v bolnišnico glede na klinično sliko (verjetno je mišljen težak potek bolezni) ali če dom nima kisika, vendar je tudi v tem primeru napotitev odvisna od bolnišničnih kapacitet. Med njimi so strožje obravnavani oskrbovanci z demenco ali

²³ Organizacija izvajanja zdravstvene oskrbe v socialno varstvenih zavodih (Uradni list RS, št. 32/20). Številka: 181-70/2020/217, 27. 3. 2020.

najzahtevnejšo domsko oskrbo: zanje mora zdravnik posebej presoditi, ali je zdravljenje v bolnišnici smiselno.

Drugi dopis²⁴ deloma ponavlja prvega, bistvena novost pa so navodila za presejanje in vnaprejšnjo triažo vseh oskrbovancev za primer, če bodo zboleli za covidom-19.

Hkrati prilagamo Vložni list za zdravstveni karton, ki se ga izpolni v začetnem presejanju uporabnikov, tudi če v zavodu še ni okužbe s COVID-19, torej v stabilnem stanju uporabnika. Vložni list se izpolni za primer, če se pri uporabniku pojavi okužba s COVID-19, in ne nadomešča siceršnjega paliativnega načrta obravnave.

Priloženi Vložni list je oblikovan kot individualni dokument z vsemi osebnimi podatki oskrbovanca. Na njem je treba izpolniti razdelke z diagnozami, trenutnim zdravstvenim stanjem, simptomi, zdravljenjem in vrsto paliativne oskrbe. Sledi ocena, ali bolnikovo stanje utemeljuje invazivno zdravljenje (oživljanje, mehansko ventilacijo), pri čemer je treba označiti, ali je s tem mnenjem seznanjen oskrbovanec oziroma skrbnik. Njun podpis ni predviden. Dokument zaključujeta dve mnenji, zapisani v zanikani obliki: izboljšanja bolnikove prognoze ni moč pričakovati (da/ne), napotitev v bolnišnico ni utemeljena (da/ne).

Presejanje je potekalo tako, da je konec marca 2020 minister za zdravje imenoval za vse domove koordinatorje za izvajanje zdravstvene dejavnosti v zvezi z obvladovanjem epidemije. Ti so v nekajtedenskem obdobju ob svojem prvem in v večini domov edinem obisku vzpostavili konzilij treh ali štirih zdravstvenih delavcev, ki so v enem delovnem dnevu pregledali sto in več kartotek takih stanovalcev. V povprečju so za eno kartoteko porabili nekaj minut. Pričevalci trdijo, da so konziliji od četrtnine do polovice stanovalcev uvrstili v skupino, pri kateri je zdravljenje v bolnišnici v primeru okužbe s koronavirusom neutemeljeno (uradno ta visoki delež ni bil ne potrjen ne zanikan.) Niti pacienti

²⁴ Ministrstvo za zdravje RS, »Izvajanje začasnih ukrepov na področju zdravstvene dejavnosti zaradi zajeitve in obvladovanja epidemije COVID-19«. Dopis ministra za zdravje domovom za starejše in drugim socialno varstvenim zavodom, zdravstvenim domovom in bolnišnicam. Številka: 181-77/2020/1, 6. 4. 2020.

niti njihovi svojci niso bili seznanjeni, da so bili podvrženi triaži, ki jih je izločila, v nekaterih primerih ni bil prisoten niti domski zdravnik. Vložni list je bil vstavljen v kartoteko stanovanca. Po izjavah direktorjev DSO je mogoče sklepati, da je bila triaža opravljena v večini domov, vendar je tudi ta podatek nedostopen. Nobenega verodostojnega poročila ni tudi o tem, v kolikšni meri je vnaprejšnja triaža vplivala na odločitev o hospitalizaciji, ko je oskrbovanec zbolel bodisi za covidom-19 ali za kako drugo boleznijo. Vse uradne izjave so zatrjevale, da so bili hospitalizirani vsi stanovalci DSO, ki so hospitalizacijo potrebovali.

8 Kritika triažnih navodil

Na začetku nekaj številčnih podatkov:

Kadrovski normativ v DSO za negovalni tim za delo v treh turnusih za 150 oskrbovancev sestavlja 32 oseb (3 diplomirane in 12 srednjih medicinskih sester ter 17 bolničark negovalk), za enako število bolnikov v bolnišnici z najmanj zahtevno nego pa dva in polkrat več: 81 oseb z neprimerno boljšo izobrazbeno strukturo (16 diplomiranih in 65 srednjih medicinskih sester).

V Sloveniji je 21 % prebivalcev starejših od 65 let, vendar kar 94 % vseh umrlih zaradi covid-19 spada v to starostno skupino. V tej starostni skupini predstavljajo oskrbovanci domov manj kot 5 %, k skupnemu številu umrlih pa prispevajo slabo polovico. Na začetku epidemije je bil njihov delež še znatno višji. Mednarodna primerjava²⁵ je konec junija 2020 uvrstila Slovenijo na visoko prvo mesto po deležu smrti med oskrbovanci domov v skupni smrtnosti (81 %); sledili so: ZDA in Izrael (45 %) in nato med državami EU Portugalska (40 %) ter Nemčija (39 %). Oktobrski podatki so na vrh uvrstili Kanado (80 %), ki sta ji sledili Španija (63 %) in Belgija (61 %). Do konca leta 2020 se je v Sloveniji delež stanovalcev DSO med vsemi umrlimi znižal na 57 %, do konca septembra 2021 pa na 44 %. Ta upad je zasluga visoke precepljenosti v DSO, pa tudi visoke smrtnosti in števila okužb v letu

²⁵ Dory, Pamela, Martin Blanco. *Long-Term Care and the Impact of COVID-19: A First Look at Comparative Cross-National Statistics*. 2020. Pridobljeno na <https://aspe.hhs.gov/reports/long-term-care-impact-covid-19>

pred cepljenjem. Novejših mednarodnih primerjav še ni, so pa podatki tudi težko primerljivi, saj so odvisni od časovno različnih valov okužb, načina poročanja in posteljnih kapacitet ter razlik v starosti in zdravju oskrbovancev.

Slovenija spada med države z najvišjo umrljivostjo zaradi covid-19: do prvega tedna oktobra 2021 je umrlo 4581 ljudi oziroma 2203 na milijon prebivalcev, kar nas je uvrstilo na peto mesto med 27 državami EU. Zaradi visokega deleža smrti v DSO je umrljivost v DSO še nekaj mest višja. Tudi če vse smrti izven DSO pripišemo ljudem, starejšim od 65 let, je smrtnost med njimi dvajsetkrat manjša kot med stanovalci DSO. V DSO je zaradi covid-19 doslej umrlo približno 10 % stanovalcev.

8.1 DSO niso primeren nadomestek za bolnišnico.

DSO je po svojem namenu nadomestilo za oskrbovančev dom, delo zdravstvenega osebja v njem pa primarno zdravstveno varstvo, ki jo izvaja najbližji zdravstveni dom, kar je učinkoviteje in ceneje, kot da bi oskrbovanci, ki pogosto potrebujejo zdravstvene storitve, hodili v zdravstveni dom. Ni ga mogoče čez noč spremeniti v bolnišnico, tudi zasilno ne. Poleg tesnih in neprimernih prostorov, kjer je skoraj nemogoče vzpostaviti zares ločene cone, in nezadostne opreme (kisikova jeklenka je dostopna zgolj za nekaj postelj do največ deset odstotkov vseh postelj), izstopa zlasti pomanjkanje kadra ter znanja in veščin, potrebnih za obravnavo težjih bolnikov. V nočnem času sestavlja tim v DSO s 150 posteljami ena srednja medicinska sestra in ena bolničarka, zdravnik pa pride v nujnih primerih iz najbližjega zdravstvenega doma. Za rdečo cono je bilo treba vzpostaviti še eno tako ekipo. Osebjem domov ni bilo naloženo le izčrpavajoče fizično breme, ki ga kljub trudu ni moglo opraviti tako, kot ga lahko opravijo bolnišnice, temveč tudi neznosno moralno breme ob zavedanju, da bolnim stanovalcem ne morejo nuditi vsega, kar potrebujejo.

8.2 Napačna odločitev, da okuženi in oboleli stanovalci do kritičnega poslabšanja ostanejo v DSO.

Odločitev »upravljalcev epidemije« (vlade, ministrstva za zdravje, NIJZ in strokovne svetovalne skupine), da bodo okuženi in oboleli stanovalci ostali v domu in se razen izjemnih primerov tam tudi zdravili, je glavni razlog za širjenje okužb in visoko smrtnost v DSO. Preprečevanje okužb, izolacija okuženih in zdravljenje bolezni, »ko ta ne potrebuje bolnišnične obravnave«, je bilo naloženo ustanovam, ki za to niso niti kadrovsko niti prostorsko in tehnično opremljene. Ekipa dveh oseb ne more presoditi, kdaj je oskrbovanca treba premestiti v bolnišnico, saj ga sredi noči včasih niti ne odkrije. Pri covidu-19 lahko od poslabšanja do smrti mine manj kot ena ura. Kako je taka ekipa ravnala ob oskrbovancu, ki je nosil oznako, da ni kandidat za bolnišnico, sklepam po pripovedih zaposlenih – najpogosteje takrat, ko mu običajno dovajanje kisika ni zadoščalo. V takem stanju jim tudi bolnišnica največkrat ni mogla več pomagati.

Namen te odločitve je bil varčevanje s posteljnimi kapacitetami bolnišnic in opremo, predvsem mehanskimi ventilatorji. V času uveljavljanja navodil je bila zasedena le tretjina bolnišničnih kapacitet, tisoč zdravstvenih delavcev pa je bilo doma na čakanju. Na določen dan med prvim valom je bilo v enem samem DSO več obolelih kot v vseh bolnišnicah skupaj (v tem domu je v nekaj dnevih umrlo 38 stanovalcev). Napravimo miselni preizkus: če bi neka bolezen razsajala med otroki, jih zanesljivo ne bi zadrževali skupaj z zdravimi otroki v isti ustanovi, pa čeprav bi razpolagala s posteljami. Enako prizadet starostnik, ki je živel v lastnem domu, je bil mnogo hitreje hospitaliziran kot oskrbovanec DSO. Že ta razmislek kaže, da so bili oskrbovanci domov v primerjavi z drugimi enako težkimi bolniki neenako obravnavani.

Zaradi dejstva, da ima DSO zdravnika (večino časa na klic), medicinske sestre in postelje, zdravniki zbolelemu stanovalcu DSO tudi v običajnih okoliščinah pogosteje odklonijo hospitalizacijo kot nekomu, ki je prišel od doma. Zdravniki so med epidemijo starejše ljudi plašili s trditvami, da so bolnišnice zanje nevarne, saj se v tujem okolju lahko telesno in duševno porušijo, okužijo z bolnišničnimi klicami in verjetneje

umrejo kot v domačem okolju. Vse to se starostniku (tudi tistemu, ki pride iz lastnega doma) res lahko pripeti. Ob odločanju o hospitalizaciji pa bi moralo imeti večjo težo dejstvo, da ima starostnik bolezen, ki je v visokem odstotku smrtna, nevarnost, ki nanj preti v bolnišnici, pa je zgolj možna. Visok delež umrlih med stanovalci domov dokazuje, da so bili med epidemijo domovi smrtne pasti; utemeljeno lahko domnevamo, da bi preživel več stanovalcev, če bi živeli v lastnem domu.

8.3 Vnaprejšnja triaža je kršila smernice medicinske etike.

Ugotovitev posebnih konzilijev, ki je bila zapisana na »vložni list« in vložena v osebno dokumentacijo, da pri oskrbovancu, ki (še) ni bil okužen s koronavirusom, zdravljenje v bolnišnici zaradi njegovega splošnega zdravstvenega stanja ni utemeljeno, je številne oskrbovance opremila z oznako, ki je pomenila veliko verjetnost zavrnitve hospitalizacije ali vsaj njeno odlašanje, če so zboleli za covidom-19. Šlo je za pravo selekcijo, poimensko določanje oskrbovancev. Delež takih oskrbovancev se prikriva: pričevalci ocenjujejo, da je bilo v to skupino uvrščenih od 25 do 50 odstotkov vseh stanovalcev.

Ali ta postopek sploh lahko imenujemo triaža? Razlikovati moramo med smernicami za triažo in triažo. Primerno je, celo nujno, da so smernice triaže pripravljene, še preden pride do okoliščin, ko jih je treba uporabiti. Smernice za vso državo so boljše kot posebej za posamezno bolnišnico, saj to olajša premeščanje iz ene bolnišnice v drugo, preden pride do triaže zaradi absolutnega pomanjkanja kapacitet. Hvalevredno je, da se je tako premeščanje v resnici dogajalo.

Sama triaža se izvaja od primera do primera šele takrat, ko v resnici prične zmanjkovati možnosti določenega zdravljenja za vse. Pri tem se je treba ravnati po etičnem načelu sorazmernosti, ki zahteva, da je omejitve zdravljenja dopustna samo takrat, ko okoliščine to izrecno zahtevajo. To pomeni, da je treba omejitve nenehno uravnoteževati glede na obstoječe zdravstveno stanje, ki se lahko spreminja iz dneva v dan, in spreminjajoče se zmogljivosti. Vnaprejšnja triaža to načelo radikalno krši.

V kasnejših izjavah so zdravstveni odločevalci trdili, da je bilo zgolj nekakšno administrativno presejanje oskrbovancev DSO, ki naj bi

pomagalo oceniti potrebne kapacitete. Tako presejanje ima smisel, vendar se na hitro pridobljene ocene ne bi smele vpisati v kartone oskrbovancev. Tej razlagi ni mogoče verjeti tudi zato, ker je zajela samo oskrbovance domov, kjer živi samo pet odstotkov ljudi iste starostne skupine. Ali pač, le da bi to pomenilo, da so odločevalci predvidevali velik izbruh okužb v DSO in so si za glavni cilj zastavili zmanjšanje priliva bolnikov iz DSO v bolnišnice. To pa bi bil izjemno diskriminatoren ukrep v sklopu omejevanja širjenja epidemije (kar obravnavam kasneje).

Nekatere izjave so selekcijo oskrbovancev, ki še sploh niso zboleli, opisovale kot vnaprejšnji načrt zdravljenja, kot ga priporočajo belgijske smernice in ki ga v DSO tudi sicer izvajajo. Pri vnaprejšnjem načrtu zdravljenja je sprejemljivo, da pride med drugim tudi do odločitve o opustitvi določenih načinov zdravljenja, vendar se mora s tem strinjati ali zavrniti bolnik ali njegov zastopnik, najpogosteje družinski član, in to potrditi s podpisami. Lahko pa zdravnik sam presodi, da določena oblika zdravljenja zaradi bolnikovega stanja sploh ne pride v poštev, ker mu ne bi koristila ali bi mu celo škodila. Tako odločitev mora zelo dobro utemeljiti, saj zanjo ne potrebuje pristanka bolnika, mora pa ga o tem obvestiti. Sprejemljiv primer take opustitve bi bil mehanska ventilacija, zelo vprašljivo pa je vnaprejšnje opuščanje hospitalizacije (razen pri umirajočem bolniku); takih bolnikov v domovih zanesljivo ni v tako visokem odstotku.

V konkretnem primeru oskrbovanci in njihovi svojci niso bili obveščeni o »razvrstitvi«, kar pomeni grobo kršitev dveh ključnih pravic pacienta: pravice do obveščeniosti in sodelovanja ter pravice do samostojnega odločanja o zdravljenju.²⁶ Le v primeru prave triaže, ki pa se lahko po načelu sorazmernosti opravi le takrat, ko je neizbežna, bolnikovo soglasje ni potrebno, mora pa biti o njej obveščen.

Tudi sicer vnaprejšnjega načrta zdravljenja ni mogoče izdelati v nekaj minutah, še zlasti če se nanaša na odpovedovanje postopkom, ki odločajo o življenju. Potrebne so: vzpostavitev zaupanja in več poglobljenih pogovorov med zdravnikom, bolnikom in njegovo družino, empatija in strpnost. Po mnenju domskega zdravnika, ki ima izkušnje s pripravo vnaprejšnjih

²⁶ Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17 in 177/20).

načrtov zdravljenja, bi za pripravo teh načrtov potrebovali več mesecev.

Pri iskanju odgovora, kakšen je bil ta postopek, se moramo sklicevati na poimenovanje, ki je uporabljeno v ministrovih dopisih: »izvajanje triaže« in »presejanje uporabnikov«. Šlo je torej za nedopustno vnaprejšnjo triažo. Alternativna možnost je, da je šlo za nedopustno vnaprejšnjo opustitev zdravljenja. Odredba in njena izvedba pomenita grobo kršitev etičnih smernic triaže iz dveh ključnih razlogov: ker je bila narejena vnaprej, ker je kršila načelo sorazmernosti (kapacitete bolnišnic niso bile izčrpane) in ker je bila opravljena brez vednosti oskrbovancev in njihovih svojcev.

8.4 Triaža je izločila neutemeljeno veliko število oskrbovancev.

Uradnega podatka, kolikšen delež oskrbovancev je bil med triažo predviden kot neprimeren za hospitalizacijo, ni, ker ga udeleženci prikrivajo. Anonimni udeleženci postopka navajajo 25- do 50-odstotni delež. Verjetno sta ti številki blizu resnice, saj ju uradna pojasnila po izbruhu afere skušajo upravičiti z navajanjem podatka, da v zadnjih letih pred epidemijo letno umre 5000 oskrbovancev domov, kar ustreza četrtnini posteljnih kapacitet; to naj bi pomenilo, da je triaža odkrila tiste, ki so imeli tudi sicer zelo kratko prognozo preživetja.

To sklepanje je napačno. Vsako leto se namreč med letom izmenja med četrtnino do polovice stanovalcev, torej je treba pri izračunu umrljivosti upoštevati večje število, kot je število postelj. Še pomembnejše pa je, da so med stanovalci taki, ki v domu preživijo vrsto let, znaten del pa se zaradi terminalnih bolezni menja na nekaj mesecev, tako da vseh ni mogoče odkriti med enkratnim pregledom kartotek. Celo ob zelo ohlapnih kriterijih bi v enem dnevu odkrili le nekaj odstotkov stanovalcev s prognozo, ki je krajša od enega leta. Če upoštevamo švicarske etične smernice,¹⁶ ki dopuščajo odrekanje zdravljenja v intenzivni enoti, kadar je pomanjkanje postelj kritično, tistim bolnikom, pri katerih je pričakovano preživetje krajše od enega leta, je triaža v slovenskem primeru nekajkratno preseгла ta kriterij.

8.5 Preprečen dostop do bolnišničnih storitev.

Etična načela določajo, da se triaža vrši v okoliščinah, ki triažo zahtevajo, torej za storitve, ki jih kritično primanjkuje. Pri težji obliki covid-19 lahko primanjkuje intenzivnih postelj ali mehanskih ventilatorjev. Omejevanje hospitalizacije je torej bistveno preširoko, saj ne prepreči dostopa samo do teh dveh storitev, temveč do vseh bolnišničnih storitev.

Starejši bolniki s covidom-19 niso veliki uporabniki mehanskega predihavanja, ker jim le izjemoma pomaga. Ob covidu-19 pa se lahko poslabšajo njihove druge bolezni: bolezni srca in pljuč, sladkorna bolezen, okvare ledvic in mnoge druge. Hitra diagnostika, ki bi ta poslabšanja odkrila, in skrbno zdravljenje teh poslabšanj v bolnišnici lahko omogočita preživetje. Smernice Svetovne zdravstvene organizacije, sprejete 21. marca 2020, priporočajo, naj se bolniki s covidom-19, starejši od 60 let, in taki s spremljajočimi boleznimi ne glede na starost zdravijo v bolnišnici. Triaža je torej mnogim oskrbovancem preprečila bolnišnično obravnavo stanj, ki sploh ne bi potrebovala zdravljenja na oddelku intenzivne terapije.

8.6 V bolnišnico niso prišli vsi oskrbovanci, ki so jo potrebovali, ali so prišli prepozno.

Uradna stroka trdi, da so vsi bolniki s covidom-19 kljub opravljeni selekciji prišli v bolnišnico, če so jo potrebovali, vendar tega ne more dokazati, hkrati pa je mogoče o tem utemeljeno dvomiti. Zaradi oznake o neutemeljenosti hospitalizacije so taki oskrbovanci v primeru, da so zboleli, nedvomno ostajali v domu dlje, kot bi bilo varno. Po izjavah vodstvenih delavcev je bil glavni razlog za hospitalizacijo trenutek, ko možnosti za zdravljenje s kisikom v domu niso zadostovale ali ko dom ni imel na voljo dodatne jeklenke s kisikom. To pomeni, da so bili mnogi napoteni v bolnišnico v stanju, ko bi potrebovali ventilator, ki pa prav takim bolnikom najmanj pomaga, saj je bila njihova vnaprejšnja izločitev napravljena verjetno prav v mislih na smiselnost mehanske ventilacije. Z drugimi besedami: velika verjetnost obstaja, da je bil znaten del oskrbovancev napoten v bolnišnico prepozno, ko je ni več potreboval.

Posredni dokazi kažejo na to, da mnogi sploh niso bili hospitalizirani, čeprav bi morali biti. Podlaga za tak zaključek je podatek, da je imela Slovenija večino časa epidemije največje število okuženih in umrlih covidnih bolnikov na svetu, ob tem pa nikoli ni zapadla v absolutno pomanjkanje intenzivnih postelj in ventilatorjev, o čemer so poročali v več državah EU, kjer so prosili za pomoč sosednje države (Italija, Belgija). Kako je bilo to mogoče, ko pa Slovenija spada med države EU z najmanjšim številom bolniških postelj, intenzivnih postelj in ventilatorjev? Tudi dramatičnih poročil o izbiranju med kandidati za eno prosto mesto nismo zasledili. To si je mogoče razložiti samo z obsežnim izločanjem starejših bolnikov še pred prihodom v bolnišnico. Tudi podatek o nizki umrljivosti covidnih bolnikov v naših bolnišnicah v primerjavi z drugimi državami morda ni nekaj, na kar bi morali biti ponosni: govori lahko o zaviranju dostopa najtežjih bolnikov iz DSO v bolnišnico.

8.7 Kršitev pravice do enake zdravstvene obravnave.

Pravica do enake zdravstvene obravnave²⁵ za vse pomeni enako obravnavo za enake primere in zahtevnejšo obravnavo za težje primere. Potek bolezni se je pri koronavirusu pokazal kot najtežji pri starejših bolnikih, zato bi jim moral zdravstveni sistem izkazati največjo pozornost. Kriteriji za sprejem v bolnišnico pri starejši osebi, ki jo bolezen stokrat bolj ogroža kot mlajšo, ne morejo biti enaki kot pri mlajši osebi. Res je, da za bolezen še nimamo prepričljivo učinkovitih zdravil, lahko pa zdravimo druge akutne bolezni in zaplete pri kroničnih boleznih, pogostejših pri starejših, ki se ob okužbi lahko dramatično poslabšajo in privedejo do smrti. Podatki o povprečni starosti bolnikov, ki so se zdravili v bolnišnicah (na začetku epidemije 68 let, sedaj 55 let), niso v sorazmerju s starostjo umrlih bolnikov, ki je okrog 80 let. To pomeni, da med sprejetimi v bolnišnico niso prevladovali starejši bolniki, kljub temu da so bili najbolj ogroženi.

8.8 Zanemarjanje epidemioloških načel preprečevanja širjenja okužbe.

Varstvo prebivalstva pred nalezljivimi boleznimi in bolnišničnimi okužbami obsega sistem sistemskih, skupinskih in posamičnih

aktivnosti ter ukrepov za njihovo preprečevanje, obvladovanje, zdravljenje in odstranjevanje posledic.²⁷ Osamitev vira okužbe (okužena ga posameznika) in preprečevanje širjenja okužbe sta zdravstveno in ekonomsko bistveno učinkovitejša ukrepa kot na primer cepljenje in zdravljenje, ki mora obravnavati množico ljudi.

Že na začetku epidemije je bilo očitno, da se epidemija najhitreje širi v DSO in da so starejši ljudje tudi najbolj ogroženi, zato bi morala biti oskrbovancem DSO posvečena največja skrb tako pri izolaciji okuženih kot pri preprečevanju širjenja. Po epidemioloških načelih, da je treba okužene ločiti od okolice, so bile na ravni države odrejene karantene, država je začasno izpraznila celo zapore. Ne pa tudi DSO: odločevalci so kar v njih vzpostavili cone za neokužene, okužene in obolele. Hitro se je izkazalo, da to okužbe ne ustavi v zadostni meri; širila se je med conami celo v primeru, ko so bile razporejene po različnih nadstropjih; v enem od primerov so strokovnjaki ugotovili, da se je okužba širila po vertikalnih prezračevalnih kanalih. Če ne prej, bi vsaj takrat lahko odločevalci sprejeli razlago, da se virus širi z izdihanim aerosolom, ki lebdi v zraku po več ur in se širi z gibanjem zraka v vse smeri, vendar se vse doslej (september 2021) v DSO ukrepi niso spremenili: ves čas so v uporabi manj učinkovite maske, skrb za učinkovito zračenje ali filtracijo zraka pa novih standardih je še naprej zanemarjena. Velika precepljenost oskrbovancev je bistveno zmanjšala število novih okužb in smrti, vendar zadnja poročila kažejo, da se dobra četrtina cepljenih, zlasti starejših, lahko ponovno okuži. Bolezen poteka blažje, vendar tudi smrti, ponovno predvsem pri starejših, niso izjema.

9 Triaža med pandemijo covid-19 po svetu

Leto in pol po začetku epidemije ni nobenega dvoma: tudi drugod po svetu so starejši ljudje največje žrtve pandemije: polovico vseh smrti v razvitih državah so prispevali stanovalci domov za starejše, čeprav predstavljajo manj kot odstotek prebivalstva. Večino časa smo spremljali zastrašujoča lokalna poročila v dnevnem časopisju

²⁷ Zakon o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06, 49/20, 142/20, 175/20, 15/21 in 82/21).

drugih držav,^{28, 29, 30, 31, 32} zelo počasi se pridružujejo tudi bolj analitični teksti.^{33, 34} Vsi sporočajo isto: starejši ljudje so zlasti v domovih za starejše plačali strahovito ceno. O tem pričajo že naslovi teh člankov: covid-19 se je izkazal za uničujočega za stare ljudi. Starejšim ljudem so odrekli dostop do bolnišnic, intenzivnih postelj in ventilatorjev, čeprav so najbolj ranljiva skupina. Kršene so bile človekove pravice, triaža se je izvajala samo na podlagi starosti. Kljub nemoči in ogroženosti starejši niso imeli prednosti. Starejšim so odrekli zdravljenje. Starejši so bili žrtvovani. Svetovni tisk so pretresale zgodbe o umrlih, ki so bili zapuščeni brez hrane in vode, odkriti v svojih sobah več dni po smrti. Na Švedskem so protokoli omejevali napotovanje starejših ljudi v bolnišnice. Oskrbovanci domov so se vračali iz bolnišnic nesterilni. V Veliki Britaniji so ponekod odredili, da reševalna vozila ne prevažajo starejših ljudi v bolnišnice. Britanska vladna svetovalna skupina je razvila tri triažne kriterije: starost, krhkost bolnika in spremljajoče bolezni, pri čemer je starost nad osemdeset let bolnika avtomatsko izločila. Splošni zdravniki v domovih so dobili navodilo, naj vplivajo na oskrbovance, da bi podpisali soglasje o odpovedi zdravljenju in oživljanju.

Diskriminacija po starosti v zdravstvu ni nov pojav. Medtem ko potrebe po zdravstvenih storitvah s starostjo naraščajo, se število teh

²⁸ Stevis-Gridneff, Martina, Matt Apuzzo and Monika Pronczuk. »When Covid-19 hit, many elderly were left to die,« *New York Times*, 8. december 2020. Pridobljeno na <https://www.nytimes.com/2020/08/08/world/europe/coronavirus-nursing-homes-elderly.html>

²⁹ Egge, Robert. »Why Covid-19 took a devastating toll on people in nursing homes,« *CNN*, 27. junij 2020. Pridobljeno na <https://edition.cnn.com/2020/06/27/opinions/nursing-homes-deaths-covid-19-egge/index.html>

³⁰ Gauriat, Valérie. »The deadly impact of COVID-19 on Europe's care homes,« *Euronews*, 14. maj 2020. Pridobljeno na <https://www.euronews.com/2020/05/08/the-deadly-impact-of-covid-19-on-europe-s-care-home>

³¹ Alcorn, Gay, Matilda Boseley. »Victoria's Covid-19 aged care disaster: 'This virus is like a fire out of control',« *Guardian*, 24. julij 2020. Pridobljeno na <https://www.theguardian.com/australia-news/2020/jul/25/victorias-covid-19-aged-care-disaster>

³² Englund, Will. »Why did so many nursing home residents die of covid-19 on site, and not in hospitals?« *Washington Post*, 16. junij 2020. Pridobljeno na <https://www.washingtonpost.com/business/2020/06/16/nursing-home-deaths-coronavirus-hospital-transfers/>

³³ Ortiz, Isabel. »Neglected, sacrificed: older persons during the Covid-19 pandemic,« *Social Europe*, 5. oktober 2020. Pridobljeno na <https://socialeurope.eu/neglected-sacrificed-older-persons-during-the-covid-19-pandemic>

³⁴ Simmonds, Bethany. »Do older lives matter? Age discrimination in COVID-19 and new ageism,« *Transforming Society*, 1. oktober 2020. Pridobljeno na <https://www.transformingsociety.co.uk/2021/10/01/do-older-lives-matter-age-discrimination-in-covid-19-and-new-ageism/>

storitev nesorazmerno hitro zmanjšuje. Mnogi starejši ljudje ne pridejo do storitve, ki bi jim potencialno rešila življenje. Med epidemijo so prav tej starostni skupini najbolj odlagali elektivne operacije in druga zdravljenja, nepovezana s koronavirusom, in preventivne storitve.³⁵

Mediji so ostali na pol poti: medtem ko pri dramatičnem opisovanju posameznih tragedij kažejo na diskriminacijo in starizem, se pri analizi odmikajo od samospraševanja o družbenem starizmu. Večina krivi za katastrofo v domovih objektivne okoliščine: pomanjkljivo opremo, pomanjkanje kadra, premalo testiranja, varčevanje v primeru privatnega lastništva, premalo investicij v javno zdravstvo in socialno varstvo, premajhne kapacitete bolnišnic. Ti razpršeni vzroki omogočajo udeležencem, da z mirno vestjo kažejo s prstom proč od sebe. Mnogi domovi v ZDA so zahtevali in pridobili imuniteto pred tožbami. Tako sedaj kaže, da ne bo nihče odgovoren za sto tisoče smrti v domovih.

Pravi zaključek bi se moral glasiti: kljub okoliščinam, ki so starejše ljudi že v izhodišču postavljale v slabši položaj – ali pa prav zaradi njih –, bi morala vsaka družba ne glede na svoje ekonomske možnosti spoštovati etično načelo, da so pri vprašanju zdravja in bolezni, življenja in smrti vsi ljudje enaki. Slabe razmere v domovih za starejše ne morejo biti opravičilo, da so stanovalci med epidemijo obravnavani slabše kot ostali prebivalci. Družbe so med pandemijo izdale svoje starejše prebivalce.

Malo člankov se v dnevnih medijih posveča ključnemu vzroku: starizmu. Ravnanje s starejšimi med epidemijo dokazuje starizem v prikritih in neprikritih oblikah; dokazuje ga tudi dejstvo, da se je razrastle neopazno in da ga tako javnost kot oblast večinsko zanika – za razliko od rasizma, ki je zaradi policijskega nasilja v istem času doživljal svetovne proteste. Stotisoče starih je umrlo zato, ker je bila država brezbrizna do njihove ogroženosti. Umiranje starih se je sprejemalo kot normalen zaključek njihovih življenj. Redki so bili pozivi, da se mora vsakdo zamisliti nad lastnim prikritim starizmom in njegovim obsegom v družbi ter s teh predpostavk razmišljati, kako v prihodnosti ravnati drugače.

³⁵ Royal College of Surgeons. *Age still a barrier to surgery, RCS and Age UK warn*. 2014. Pridobljeno na <https://www.rcseng.ac.uk/news-and-events/media-centre/press-releases/age-still-a-barrier-to-surgery/>

Zelo redki voditelji držav so se opravičili za neuspeh. Švedski kralj je priznal, da je Švedski spodletelo, in posebej obžaloval, da so ljudje umirali daleč od svojcev. Nemska kanclerka je bila verjetno edina med voditelji, ki je izgovorila besedo senicid. Nekateri so bili drugačnega mnenja. V Veliki Britaniji, kjer so se na začetku epidemije podobno kot Švedi odločili za politiko čredne imunosti, so nekajkrat vzniknile razprave, da so pri taki odločitvi šibki pač žrtvovani v dobro mlajše generacije. Ta politika je krepila vidik starizma, da je smrt starih naravna in normalna – za razliko od smrti mladih, ki je tragedija.

Države, ki so svojo starejšo generacijo obravnavale enakopravno z mlajšimi (Norveška, Finska, Danska), bistveno bolje obvladujejo epidemijo. Norveška kot najuspešnejša država je ravnala drugače kot Švedska, sosednja država s podobnim kulturnim, ekonomskim in socialnem ozadjem: izdatno je podprla zdravstveno varstvo starejših s povečanim številom zdravnikov in medicinskih sester.³⁶ Avtorji primerjave med državama trdijo, da bi na Švedskem veliko smrti lahko preprečili, če bi se zgledovali po Norveški.

10 Zaključki

Triža v domovih starejših občanov v Sloveniji med prvim valom epidemije covid-19 je kršila vrsto zakonsko določenih pravic pacienta (pravico do enakopravnega dostopa in zdravstvene obravnave, pravico do obveščeniosti in sodelovanja, pravico do samostojnega odločanja o zdravljenju in pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave) in etičnih načel (načelo enakosti in nediskriminatornosti ter načelo sorazmernosti).

- Odločitev, da se stanovalci, ki so zboleli za covidom-19, zadržijo v DSO, je bila sprejeta z namenom, da se ohranja zadostno število intenzivnih postelj in mehanskih ventilatorjev za perspektivnejše bolnike. To se je dogodilo v času, ko so bile kapacitete več kot zadostne; torej je šlo za nedopustno vnaprejšnjo trižo

³⁶ Askim, Jostein, Tomas Bergström. »Between lockdown and calm down. Comparing the COVID-19 responses of Norway and Sweden.« *Local Governments Studies*, 2021. Pridobljeno na <https://doi.org/10.1080/03003930.2021.1964477>

oziroma za vnaprejšnjo opustitev zdravljenja brez seznanitve bolnika (neprostovoljno pasivno evtanazijo).

- DSO nadomešča stanovalčev dom in ga ni mogoče čez noč spremeniti v bolnišnico. Hitro poslabšanje bolezni zahteva nenehen nadzor bolnikov in izkušnje pri prepoznavi razvijajoče se tihe hipoksemije. Tega od ekipe dveh sester za 150 ljudi v nočnem času ni mogoče pričakovati.
- Oskrbovancem DSO je bila z »nalepko«, da hospitalizacija v primeru okužbe s covidom-19 zanje ni utemeljena, odvzeta možnost za diagnostiko in zdravljenje bolezni, ki niso potrebovale obravnave v enoti intenzivne terapije ali na ventilatorju, so pa lahko odločale o preživetju bolnika. S tem so bili oskrbovanci DSO obravnavani neenakopravno v primerjavi s svojimi vrstniki, ki so zboleli na lastnem domu.
- Vnaprejšnja triaža je sama po sebi nedopustna. Poleg tega je bila opravljena v času, ko v bolnišnicah niso bile izčrpane kapacitete in jih triažirani oskrbovanci niso potrebovali, kar pomeni grobo kršitev etičnega načela sorazmernosti.
- Triaža je izločila neutemeljeno veliko število oskrbovancev, kar dodatno dokazuje, da se je oblast odločila dostop do bolnišnic omejiti čim večjemu številu oskrbovancev. Ni si mogoče predstavljati, da kar pri četrtini do polovici oskrbovancev hospitalizacija ne bi bila smiselna, če bi zboleli.
- Trditve, da so v bolnišnico prišli vsi oskrbovanci, ki so jo potrebovali, ni mogoče dokazati. Oznaka, da je pri oskrbovancu hospitalizacija neutemeljena, je delovala kot stigma in povzročala, da je osebje s hospitalizacijo odlašalo do zadnjega trenutka. Velika verjetnost obstaja, da so bili številni oskrbovanci napoteni v bolnišnico prepozno.
- Znano je bilo, da je potek covid-19 najtežji pri starejših bolnikih, zato bi jim moral zdravstveni sistem izkazati največjo pozornost. Kriteriji za sprejem v bolnišnico pri starejši osebi, ki jo bolezni stokrat bolj ogroža kot mlajšo, bi morali biti ustrezno nižji.
- Ukrep, da covidni bolniki ostanejo v DSO, je zanemaril epidemiološka načela osamitve vira okužbe in preprečevanje njenega širjenja, kar se je izkazalo s širjenjem okužb v domovih ter velikim številom

obolelih in umrlih. Odločitev, da bodo okuženi in oboleli stanovalci ostali v domu in se razen izjemnih primerov tam tudi zdravili, je glavni razlog za širjenje okužb in visoko smrtnost v DSO.

Način, kako sta oblast in uradna zdravstvena stroka obravnavali oskrbovance DSO, dokazuje zavestni ali nezavedni starizem, ravnodušnost javnosti do te tragedije pa starizem na ravni vsakega posameznika. Gre za pogled na starejšo osebo kot krhkega, poldementnega, slabo pokretnega in kronično bolnega posameznika, ki zaradi tega, ker je že dolgo živel in ima pred seboj le še kratko in neakovostno življenje, ni enako upravičen do uveljavljanja svojih potreb, tudi zdravstvenih, kot mlajše osebe. To diskriminacijo obsojajo deklaracije o človekovih pravicah in etični kodeksi, vendar to ne pomeni, da ni pri mnogih prisotna vsaj na podzavestni ravni.

Odredba zdravstvenih odločevalcev, da okuženi in bolni oskrbovanci ostanejo v DSO, je neposredni vzrok za veliko število smrti zaradi covid-19 v Sloveniji. Če bi obravnavo v Sloveniji primerjali z obravnavo v uspešnejših državah, število nepotrebnih smrti znatno presega tisoč. Vendar smo na vrhu smrtnosti tudi med državami, ki so z oskrbovanci domov ravnale podobno diskriminatorno, kar bi lahko pomenilo, da smo bili celo v tej primerjavi med najbolj zadržimi.

Ni pričakovati, da bi se zaradi tega poročila zganil kak segment oblasti ali zdravniška stroka; obseg tragedije je prevelik, da bi kdorkoli želel načenjati vprašanje odgovornosti. Doseči pa moramo priznanje, da je bilo to, kar se je zgodilo varovancem domov za starejše občane, strašna napaka, in se zavezati, da se ne bo več ponovila. S tem bomo preprečili, da bi njihova tragična usoda utonila v pozabo.

Literatura

Alcorn, Gay, Matilda Boseley. »Victoria's Covid-19 aged care disaster: 'This virus is like a fire out of control'.« *Guardian*, 24. julij 2020. Pridobljeno na <https://www.theguardian.com/australia-news/2020/jul/25/victorias-covid-19-aged-care-disaster>

- Askim, Jostein, Tomas Bergström. »Between lockdown and calm down. Comparing the COVID-19 responses of Norway and Sweden.« *Local Governments Studies*, 2021. Pridobljeno na <https://doi.org/10.1080/03003930.2021.1964477>
- Belgian Society of Intensive Care Medicine. »Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive care medicine.« Dostopano 12. 8. 2021. https://www.siz.be/wp-content/uploads/COVID-19-ethical_final_c.pdf
- Briški, Lora in Nesa Vrečer. »Reševanje problema izbire v preobremenjenem zdravstvenem sistemu: Pregled dokumentov o triaži med epidemijo COVID-19 zdravniških združenj in etičnih komisij različnih držav.« v *Koga reševati v času pandemije? Etični, medicinski in kazenskopравни vidiki triaže*. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, 2021.
- Briški, Lora, Matjaž Ambrož in Renata Salecl. »Koga reševati v času pandemije? Etični in kazenskopравни vidiki triaže.« *Revija za kriminalistiko in kriminologijo* 71 (3) (2020). 183–193.
- Daniels, Norman. »Justice, resource allocation, and emergency preparedness: Issues regarding stockpiling.« v B. Jennings, J. D. Arras, D. H. Barrett in B. A. Ellis (ur.), *Emergency ethics: Public health preparedness and response* (str. 104–154). Oxford: Oxford University Press, 2016.
- Deutscher Ethikrat. *Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise: ad-hoc-Empfehlung*. 2020. Pridobljeno na <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>
- Doty, Pamela, Martin Blanco. *Long-Term Care and the Impact of COVID-19: A First Look at Comparative Cross-National Statistics*. 2020. Pridobljeno na <https://aspe.hhs.gov/reports/long-term-care-impact-covid-19>.
- Egge, Robert. »Why Covid-19 took a devastating toll on people in nursing homes.« *CNN*, 27. junij 2020. Pridobljeno na <https://edition.cnn.com/2020/06/27/opinions/nursing-homes-deaths-covid-19-egge/index.html>

- Englund, Will. »Why did so many nursing home residents die of covid-19 on site, and not in hospitals?« *Washington Post*, 16. junij 2020. Pridobljeno na <https://www.washingtonpost.com/business/2020/06/16/nursing-home-deaths-coronavirus-hospital-transfers/>
- Fox, Renée C., Judith P. Swazey, J. P. *The Courage to Fail, A Social view of Organ Transplants and Dialysis*. Chicago: University of Chicago Press, 1974.
- Gauriat, Valérie. »The deadly impact of COVID-19 on Europe's care homes.« *Euronews*, 14. maj 2020. Pridobljeno na <https://www.euronews.com/2020/05/08/the-deadly-impact-of-covid-19-on-europe-s-care-home>
- Greenacre, Mathew and Katherine Fleshner. »Distributive justice in disaster triage: Utilitarianism competes with egalitarianism, autonomy, and the physician-patient relationship.« *Trauma and Disaster Medicine*, 86(1) (2017), 35–37.
- Jäger, Christian, Johannes Gründel. »Zur Notwendigkeit einer Neuorientierung bei der Beurteilung der rechtfertigenden Pflichtenkollision im Angesicht der Corona-Triage.« *Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik*, 15(4) (2020). Pridobljeno na http://www.zis-online.com/dat/artikel/2020_4_1356.pdf
- Ministrstvo za zdravje RS, »Izvajanje začasnih ukrepov na področju zdravstvene dejavnosti zaradi zajezitve in obvladovanja epidemije COVID-19.« Dopis ministra za zdravje domovom za starejše in drugim socialno varstvenim zavodom, zdravstvenim domovom in bolnišnicam. Številka: 181-77/2020/1, 6. 4. 2020.
- Organizacija izvajanja zdravstvene oskrbe v socialno varstvenih zavodih (Uradni list RS, št. 32/20). Številka: 181-70/2020/217, 27. 3. 2020/.
- Ortiz, Isabel. »Neglected, sacrificed: older persons during the Covid-19 pandemic.« *Social Europe*, 5. oktober 2020. Pridobljeno na <https://socialeurope.eu/neglected-sacrificed-older-persons-during-the-covid-19-pandemic>
- Parsons, V., and P. Lock. »Triage and the patient with renal failure.« *Journal of medical ethics* vol. 6,4 (1980): 173–6. doi:10.1136/jme.6.4.173
- Royal College of Surgeons. *Age still a barrier to surgery, RCS and Age UK warn*. 2014. Pridobljeno na <https://www.rcseng.ac.uk/>

- news-and-events/media-centre/press-releases/age-still-a-barrier-to-surgery/
- Simmonds, Bethany. »Do older lives matter? Age discrimination in COVID-19 and new ageism.« *Transforming Society*, 1. oktober 2020. Pridobljeno na <https://www.transformingsociety.co.uk/2021/10/01/do-older-lives-matter-age-discrimination-in-covid-19-and-new-ageism/>
- Stališče Komisije RS za medicinsko etiko o odločanju zdravnikov v zvezi z vključevanjem respiratorjev v zdravljenje hudo prizadetih bolnikov z boleznijo, povzročeno z virusom SARS-CoV2. Številka 0120-160/2020-3, 24. marec 2020.
- Stavis-Gridneff, Martina, Matt Apuzzo and Monika Pronczuk. »When Covid-19 hit, many elderly were left to die.« *New York Times*, 8. december 2020. Pridobljeno na <https://www.nytimes.com/2020/08/08/world/europe/coronavirus-nursing-homes-elderly.html>
- Svetovno zdravniško združenje. *Priročnik zdravniške etike*. Maribor: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, 2016.
- Swiss Academy Of Medical Sciences. »COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity.« *Swiss medical weekly* vol. 150 w20229. 24 Mar. 2020, doi:10.4414/smw.2020.20229
- Verweij, Marcel, Suzanne van de Vathorst, Maartje Schermer, Dick Willems, Martine de Vries. »Ethical Advice for an Intensive Care Triage Protocol in the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned from The Netherlands, Public Health Ethics.« Vol. 13, 2 (2020), str. 157–165, <https://doi.org/10.1093/phe/phaa027>
- Zakon o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06, 49/20, 142/20, 175/20, 15/21 in 82/21).
- Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17 in 177/20).

O avtorju:

Dušan Keber je zdravnik in znanstvenik, profesor interne medicine, nekdanji minister za zdravje, mednarodni konzultant za zdravstvene sisteme, kolumnist in mnenjski voditelj, vztrajni borec za ohranitev

javnega zdravstva. V slovenskem prostoru je sooblikoval doktrine za obravnavo ateroskleroze, arterijske in venske tromboze ter rehabilitacije srčnih bolnikov. Je avtor ali soavtor več kot tisoč bibliografskih enot. Spada med pionirje promocije zdravega načina življenja in preprečevanja srčno-žilnih bolezni. V zadnjih letih se v svojih člankih posveča problematiki socialne neenakosti in izključenosti ter nujnosti večje solidarnosti in socialne povezanosti. V času pandemije koronavirusa opozarja na napake pri ukrepih za preprečevanje širjenja bolezni.

Ljudje z ovirami in starejši v socialnovarstvenih institucijah: pomen transdisciplinarnosti za etično odločanje v izrednih razmerah

Darja Zaviršek

Kot da so ljudje samo neko telesno bitje, ki se lahko okuži s korono. Kaj boš z njihovo duhovnostjo, kaj bo z njihovo duševnostjo, kaj bo z njihovim psihičnim stanjem – to v bistvu nobenga ni zanimal. [...] Tko da tuki, to je mene najbolj zmotil, no, da se v bistvu ni upošteval drugih strok in se ni dal znanja vseh strok na kup in bi se na njihovi podlagi naredili neki ukrepi.» Socialna delavka, fokusna skupina junij 2021

1 Uvod

V prvem letu pandemije covid-19 so bili v mnogih delih sveta in tudi v Sloveniji v resnici najbolj diskriminirani ljudje, ki jih medicinski, socialni, rehabilitacijski in drugi diskurzi imenujejo »ranljive družbene skupine« in ki naj bi jim bila namenjena posebna družbena skrb. Nekatero tuje analize, ki bodo predstavljene v nadaljevanju, opozarjajo na diskriminacijo ljudi z ovirami in starih, ki so bile »vpisane« v nekatere smernice za obravnavo pacientov s covidom-19. Nanje so se odzvale zagovorniške skupine ljudi z ovirami in ponekod uspele okrepiti razumevanje o tem, kako pomembno je, da se pri prednostnem razvrščanju pacientov za sprejem v intenzivno nego v času pandemije, kadar je pomanjkanje medicinske opreme in osebja, upoštevajo načela enakosti in nediskriminacije, uveljavljena v mednarodnih in nacionalnih dokumentih o človekovih pravicah in dostojanstvu. Posebej bom opisala doživljanje in poglede socialnih delavk, ki delajo v domovih za starejše, na ukrepe, ki so se izvajali v teh ustanovah, in etične dileme, s katerimi so se spopadale. Vodil me je premislek, da skrb, ki ne upošteva človekovih pravic, odgovornosti, pravičnosti, skupnosti, solidarnosti, slejkoprej postane nasilna skrb, ki okrepi že tako prisotne

disciplinatorične elemente v velikih zajetjih, v katerih dolgotrajno biva veliko število ljudi.¹

V splošnem pregledu se bom osredotočila na ljudi z ovirami, v specifičnem pa na starejše ljudi, ki so živeli v domovih za starejše in so hkrati tudi ovirani. Njihova viktimizacija je bila dvojna: po številu smrti so v prvi polovici leta 2020 prevladovali starejši in ovirani, ki so živeli v socialnovarstvenih institucijah, kršene pa so jim bile tudi številne temeljne človekove pravice poleg tistih, ki so ljudem, živečim v institucijah, kršene že tako in tako. Ponavljanje fraz, češ da smo v obdobju pandemije »vsì v istem čolnu« in da je treba »varovati najšibkejše«, je prikrivalo dejstvo, da so bili »najšibkejši« izpostavljeni sekuritizacijskim metodam zaščite; vodstvi dveh domov za starejše sta na primer instituciji obdali kar z zaščitno ograjo². Socialna delavka, ki je 18 let zaposlena v domu za starejše, je varovanje brez upoštevanja potreb in pravic ljudi ubesedila takole: »Sploh ni blo pomembno, kdo je stanovalec, kdo je sorodnik, kakšne so potrebe – važno je bilo preprečiti virus« (fokusna skupina, junij 2021).

Z izrazom »ljudje z ovirami« menimo ljudi s fizičnimi, senzornimi, intelektualnimi oviranostmi in dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Ljudje, ki živijo v domovih za starejše in drugih socialnovarstvenih institucijah, imajo oviranosti in včasih tudi pridružene zdravstvene težave. V besedilu bom zato k ljudem z ovirami ves čas vštevvala tudi starejše, ki živijo v domovih za starejše in podobnih institucijah.

Izmenično uporabljam tudi pojem »hendikepirani«, ki je v skladu s smernicami Svetovne zdravstvene organizacije in Organizacije združenih narodov konceptualno enakovreden izrazu »ljudje z ovirami«. Za osebo s kakršnokoli dolgotrajnejšo telesno, senzorno ali kognitivno oviranostjo je enako kot zdravstvena in rehabilitacijska obravnava pomembno odpravljanje družbenih ovir, ki jo diskriminirajo in jo dejansko ovirajo v vsakdanjem življenju. Oviranosti ne smemo reducirati na odrezano nogo, oko, ki ne vidi, ali na dih, ki ga naredijo pljuča s

¹ Gl. Darja Zaviršek. *Skrb kot nasilje*. Ljubljana: cf/*, 2018.

² Zaviršek, Darja. »Solidarnost in krutost v času korone,« *Dnevnik, Objektiv*, 11. april 2020. <https://www.dnevnik.si/1042926880>.

»slabo prognozo«, saj je oviranost vedno že tudi družbeno vprašanje neenakosti, diskriminacij, enakega dostopa itd. Večinski svet ljudi z oviranostmi predsodkovno obravnava kot »manjvredne«, »druge« in »drugačne«. Neovirani ljudje so norma, ki določa »normalnost«, človekova ovira, pa naj gre za mlade ali starejše ljudi, je odklon od nje.

2 Metodologija

Ker so domovi za starejše v prvi vrsti socialnovarstvene in ne medicinske institucije, je pomembno, da ob medicinskem diskurzu damo prostor socialnodelovnemu.³ V juniju 2021 smo z metodo fokusnih skupin opravili pogovore s socialnimi delavkami in delavci, zaposlenimi v domovih za starejše.⁴ Vprašali smo jih, kaj jim je bilo najtežje v zvezi s sprejetimi ukrepi za zajezitev virusa SARS-CoV-2 v letu 2020, in kaj so bile etične dileme, s katerimi so se srečevali na delovnem mestu. Izvedene so bile tri fokusne skupine s skupaj 17 udeleženkami in udeleženci (13 žensk in 4 moški), zaposlenimi v 17 domovih za starejše po Sloveniji, in sicer 14 javnih domov za starejše in 3 zasebnih.⁵

V dveh fokusnih skupinah je po ena izmed udeleženk izrazila svojo stisko ob preživetih dogodkih z jokom; opazno čustvene odzive so imele tudi druge udeleženke in so se zanj opravičevale. Razlagale so ga skozi dožemanje, da od samega začetka pandemije niso imele nikakršnih strokovnih pogovorov, ki bi jih razbremenili stisk in vprašanj, s katerimi so se ubadale: »stanovalci ... pri nas je blo ogromno smrti tudi. En dan – šest. Tisto eno nedeljo je šest ljudi umrlo«; niso imele strokovne

³ Iz raziskave smo namerno izpustili probleme, s katerimi so se srečevali stari in ovirani, ki so živeli doma, saj so imeli kopico drugih težav, na primer, ko so se zaprle podporne službe in so se ukinili programi dovažanja toplih obrokov na dom: »Takrat na začetku, je v bistvu država zaprla vse prehrabene, se pravi, vse gostilne, ki so kuhale, ki so dostavljale hrano – starejšim med drugim, in se tudi spomnim, da to je blo v petek, da so vse zaprli. V soboto me je pa klicala ena svojka z Gorenjske in mi povedala: »Ja, veš, moja starša sta 96 let stara, kaj pa zdaj? Onadva sta ostala brez hrane,« (fokusna skupina, junij 2021). Praznino so deloma pokrili domovi za starejše: »Kar se pa tiče hrane, pa se je pr nas isto zgodilo, da so vse gostilne kle v okolici se zaprle, vrtci, šole in tud niso mel toplih obrokov, tko da smo mi potem še za ostale kahal, še za skupnost in isto smo jih oskrbel s temi zaščitnimi maskami, ker smo jih ogromno, ogromno dobil« (fokusna skupina, junij 2021).

⁴ Naslov temeljnega projekta, ki ga financira ARRS, je »Dolgotrajna oskrba ljudi z demenco v teoriji in praksi socialnega dela« (2020–2023). Številka projekta: J5-2567.

⁵ Udeležencem je bila zagotovljena anonimnost. Fokusne skupine so potekale po povezavi Zoom; vsaka je trajala dve uri. Posnetke smo transkribirali in se hranijo med raziskovalno dokumentacijo. Vsi citati socialnih delavk v pričujočem besedilu so transkripcije delov pogovorov v fokusnih skupinah.

supervizije ali kakršnekoli druge oblike strokovnega razbremenjevanja: »tudi če si bil čist zamaskiran, so te prepoznal, kdo si, in ja – so bili hvaležni: prid še, prid še, ja«; refleksije ali zunanje strokovne podpore pri svojem delu: »tudi kolegicam sem na glas rekla, da pač mam ugovor vesti [...] enostavno res se v določeni fazi nisem več vidla kot socialna delavka v domu.«

Pri stanovalkah in stanovalcih domov za starejše osebe je jok največkrat pripiše pretirani senzibilnosti »starčkov« (osebje pogosto uporablja ta »ljubkovalni« izraz). »Jokavost« lahko postane del klinične slike depresije ali celo manifestacija posameznikove »težavnosti« in »neprilagojenosti«. Tu se kršenje človekovih pravic ljudi, ki živijo v zavodih, šele začne.

Med pogovori so socialne delavke manifestirale podobno zapuščanost in odrinjenost, o katerih so pripovedovale, ko so opisovale stanovke in stanovalce socialnovarstvenih institucij:

Najbolj je mene pač to prizadelo, ko nismo mogli mi soodločati pri izvajanju ukrepov, tako pa stanovalci ne morjo pri oblikovanju svojega vsakdana, dejansko so bili potisnjeni ob zid in – sprejmi ali pusti. To je tista etična dilema – da nimaš več pravice do, do ... izražanja svojega mnenja, svojih potreb, svojih želja, in to zdej že traja 14 mesecev. (socialna delavka, fokusna skupina junij 2021)

[...] nas pač res niso hotli poslušati, no, da res niso imeli posluha, da niso hotli slišati, da je dom pač mogoče malo drugačna ustanova, da to ni bolnica, da tuki niso ljudje štrnajst dni al pa tri tedne pa grejo domov, ampak da to JE njihov dom, in bolj ko smo jim probal dopovedati, če si predstavljajo, kako je, ko bi prišli mi k njim domov, pa jim začeli razlagati, kako morjo živeti, manj so nas poslušali. (socialna delavka, fokusna skupina, junij 2021)

3 Organizacije za pravice ljudi z ovirami in bioetične odločitve v času pandemije

V postopku sprejemanja obolelih v bolnišnico imajo triažni protokoli, povezani s širjenjem virusa SARS-CoV-2 namen oceniti, kateremu

izmed pacientov na intenzivnem oddelku v primeru pomanjkanja zdravstvenih pripomočkov in osebja pomagati, oziroma koga zdraviti prednostno, glede na strokovno informirano oceno o verjetnosti preživetja.⁶

Številni avtorji poudarjajo, da v mnogih državah medicinske smernice o oskrbovanju bolnikov v obdobjih izrednih razmer vključno s pandemijo covid-19 in točkovačni protokoli za odločanje o prednostni obravnavi kategorično deprivilegirajo določene skupine ljudi, med njimi najpogosteje starejše in ljudi z ovirami.⁷ V teh primerih se triažni protokoli srečajo z vprašanjem diskriminacij in predsodkov do določenih skupin ljudi. Oglejmo si nekaj primerov.

Konec marca 2020 je newyorška državna zagovorniška organizacija za človekove pravice ljudi z ovirami pisala guvernerju Andrewu Cuomo v zvezi s smernicami za uporabo respiratorjev.⁸ V pismu so poudarili, da smernice, napisane leta 2009 in dopolnjene 2015, ljudi z ovirami diskriminirajo in jih življenjsko ogrožajo. Ljudi z ovirami, ki so doma trajno uporabljali respirator, je namreč zelo zaskrbelo nejasna formulacija smernic, ki se jih je lahko razumelo v smislu, da se jim bo v primeru, da zbolijo za covidom-19 in bodo na intenzivni oddelek prišli s svojim respiratorjem, tega lahko odvzelo in dodelilo nekemu, ki bi ga triažni postopek opredelil za človeka z večjo verjetnostjo preživetja, in bi bil potemtakem prednostno obravnavan.⁹ Zaradi strahu, da bi njihove respiratorje dodelili ljudem, ki bi imeli boljše ocenjeno verjetnost za preživetje, so se nekateri ovirani posamezniki in uporabniki respiratorja celo odločili, da ne bodo odšli v bolnišnico, če zbolijo za covidom-19,

⁶ Briški, Lora, Matjaž Ambrož in Renata Salecl. »Koga reševati v času pandemije? Etični in kazenskopравни vidiki triaže.« *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 71, no. 3 (2020): 183–193.

⁷ Sabatello, Maya et al., »Disability, Ethics, and Health Care in the COVID-19 Pandemic.« *American Journal of Public Health*, 110, no 10 (2020): 1523–1527.; Abrams, Thomas, and David Abbott. »Disability, Deadly Discourse, and Collectivity amid Coronavirus (COVID-19)«, *Scandinavian Journal of Disability Research*, 22, no. 1 (2020), 168–174; Bagenstos, Samuel R. »Who Gets the Ventilator? Disability Discrimination in COVID-19 Medical-Rationing Protocols.« *The Yale Law Journal Forum*. 27. maj 2020.

⁸ Disability Rights Monitor. *Disability Rights during the Pandemic. A global report on findings of the Covid-19*. 2020. <https://covid-drm.org/assets/documents/Disability-Rights-During-the-Pandemic-report-web.pdf>.

⁹ V Smernicah je bilo namreč med drugim zapisano, da bi v primeru, »če bi se kroničnim bolnikom dovolilo, da bi ohranili svoje respiratorje, ne da bi šli skozi triažni postopek, ki rangira, kdo respirator dobi in kdo ne, to pomenilo, da ima ta skupina ljudi prednost pred vsemi drugimi« (Ne'eman 2020). – Guverner Cuomo je dne 10. 8. 2021 odstopil s položaja zaradi obtožb o spolnem nadlegovanju, morebitna obtožnica glede spolnega nadlegovanja, posebej pa še zaradi potvarjanja podatkov o smrtnosti starejših v zvezni državi med pandemijo pa ob času tega zapisa ni izključena.

kar je zanje pomenilo veliko življenjsko tveganje.¹⁰

V ameriški zvezni državi Washington so standardi oskrbe bolnih v obdobju kriz omenjali nepokretne, intelektualno ovirane ali splošno zelo bolne ljudi, katerim se ob pomanjkanju medicinskih pripomočkov ne omogoči uporaba respiratorjev; v zvezni državi Alabami so medicinske smernice med ljudi, ki se jih v primeru pomanjkanja respiratorjev ne rešuje, prištele paciente s težkimi in težjimi intelektualnimi ovirami, s srednje napredovano in zelo razvito demenco ter ljudi s težko poškodbo možganov. V zvezni državi Tennessee so med ljudi, ki se jih ne rešuje, če pride do pomanjkanja virov, uvrstili ljudi s spinalno mišično atrofijo, ki potrebujejo dolgotrajno asistenco.¹¹ Podobne protokole imajo v ameriških zveznih državah Kansas, Pensilvanija in Utah. Organizacije za človekove pravice hendikepiranih so se zato pritožile na Zvezni urad za državljanske pravice (*Office for Civil Rights*), češ da tovrstne smernice kršijo zvezne zakone o pravicah ljudi z ovirami in zakone, ki prepovedujejo diskriminacijo.¹²

Takojšnje reakcije zagovorniških organizacij za človekove pravice ljudi z ovirami so v nekaterih zveznih državah (New York, Alabama) do sedaj dosegle, da so delovne skupine, ki se ukvarjajo s smernicami reševanja življenj v izrednih razmerah, jasneje določile politiko prednostnega razvrščanja ter zdravnikom in drugemu medicinskemu osebju dale natančnejše smernice za delo, ki bi sicer lahko vodilo v zlorabe. V primeru, ko ima človek z oviro pripomoček, s pomočjo katerega diha, v trajni uporabi, ima pravico, da je v bolnišnico sprejet s svojim respiratorjem, ki se mu ga ne sme odvzeti, ne glede na to, koga se rešuje v času krize. Zaradi načela enakosti se sicer vsakega, ki pride na intenzivni

¹⁰ Ne'eman 2020; Fins, Joseph J. *New York State Task Force on Life and the Law Ventilator Allocation Guidelines: How Our Views on Disability Evolved*; The Hasting Centre, 7. april 2020. <https://www.thehastingscenter.org/new-york-state-task-force-on-life-and-the-law-ventilator-allocation-guidelines-how-our-views-on-disability-evolved/>.

¹¹ Sabatello et al., »Disability, Ethics, and Health Care in the COVID-19 Pandemic,«; Bagenstos, »Who Gets the Ventilator? Disability Discrimination in COVID-19 Medical-Rationing Protocols,«

¹² Podobno je bilo v Južni Afriki, kjer so organizacije za pravice ljudi z ovirami dokazovale, da so medicinske smernice v nasprotju z ustavnimi pravicami ljudi in mednarodnimi dokumenti o človekovih pravicah, ki pred zlorabami ščitijo prav najbolj diskriminirane posameznice in posameznike. Zagovorniki so poudarjali, da oviranost ne sme biti eksplicitni dejavnik, ki odloča, ali se nekomu v obdobju izrednih razmer in procesu triaže zavrne zdravljenje na intenzivnem oddelku zaradi okužbe s covidom-19 (Erasmus 2020).

oddelek, oceni v smislu verjetnosti preživetja, ta ocena pa postane relevantna šele, če človek z oviro potrebuje boljši respirator od tistega, ki ga uporablja. S temi dodatki so ljudje z oviro podvrženi enakemu trižnemu postopku kot neovirani.¹³

Newyorška zagovorniška organizacija za človekove pravice ljudi z ovirami *Disability Rights New York* je med drugim zahtevala tudi¹⁴:

- da odločitve o tem, koga prednostno zdraviti, ne smejo biti vezane na določeno skupino ljudi (na primer na stare, ovirane), temveč morajo biti individualizirane;
- da odločitve o življenju in smrti ne smejo biti predsodkovne, npr. da imajo ljudje z oviranostmi slabšo kvaliteto življenja in da so njihova življenja manj vredna od življenja neoviranih;
- da odločitve o tem, koga prednostno zdraviti, ne smejo sloneti na predpostavki, da imajo ljudje z ovirami samoumevno nižjo verjetnost preživetja v primeru okužbe s covidom-19;
- da odločitve o reševanju življenj ne smejo sloneti na predpostavki, da človek z oviro *a priori* zahteva več virov, in je potemtakem njegovo zdravljenje zahtevnejše tako v finančnem kot v medicinskem smislu.

Tovrstne bioetične razprave so razkrile, da tudi na zdravstveno pravičnost vplivajo zgodovinsko ustvarjeni predsodki, obstoječe vrednote in politični konsenz.¹⁵ Triaža in človekove pravice sta prepleteni vprašanji. Velja spomniti, da so še nedolgo tega na ljudi z ovirami gledali kot na »uboge«, ki so takšni zaradi »božje kazni« ali »krute usode«. Posledica je bila sistematično izključevanje oviranih iz običajnih tokov življenja.¹⁶ Lju-

¹³ Fins, Joseph J. »New York State Task Force on Life and the Law Ventilator Allocation Guidelines: How Our Views on Disability Evolved.« *The Hasting Centre*, 7. april 2020. <https://www.thehastingscenter.org/new-york-state-task-force-on-life-and-the-law-ventilator-allocation-guidelines-how-our-views-on-disability-evolved/>

¹⁴ Disability Rights Monitor. *Disability Rights during the Pandemic*.

¹⁵ Scully, Jackie L. *Disability Bioethics: Moral Bodies, Moral Difference*. Lanham, Boulder, New York, Toronto: Rowman & Littlefield Publishers, 2008.; Sabatello et al., »Disability, Ethics, and Health Care in the COVID-19 Pandemic«, Bagenstos, »Who Gets the Ventilator? Disability Discrimination in COVID-19 Medical-Rationing Protocols,«

¹⁶ Foucault, Michel. *History of Madness*. Abingdon: Routledge, 2006.; Zaviršek, Darja. *Hendikep kot kulturna travma*. Ljubljana: Cf*, 2000.

di so sortirali na »normalne« in »nenormalne«¹⁷; na »delovno sposobne« in »delovno nesposobne«, o čemer še danes priča rek iz 19. stoletja »kdor ne dela, naj ne je«¹⁸; delilo se jih je na tiste, katerih življenje je »vredno, da se ga živi«, in na tiste, katerih življenje »niso vredna, da bi se jih živel«¹⁹. V ZDA, Franciji, Veliki Britaniji, pa tudi v Sloveniji, so konec 19. in v zgodnjem 20. stoletju ugledni pravniki, zdravniki, antropologi, pisatelji in sploh javni intelektualci v zvezi z ljudmi z ovirami zagovarjali evgenične metode za doseg »nacionalnega zdravja«.²⁰ Izolirana zajetja ljudi, ki so živetarili v starih gradovih in drugih odročnih stavbah, in molk, ki je ovijal to tematiko, je pričal o nelagodju, ki ga ustvarja hendikep.²¹ Ob sedANJI izkušnji s pandemijo tako lahko ugotavljamo, da »racionalne« odločitve o tem, katero življenje ima večjo vrednost, je bolj smiselno, produktivno in vrednejše, da se ga živi, še vedno informira globoka zgodovinska delitev na »normalne« in »nenormalne«, v kateri so se ljudje z ovirami zdeli pomanjkljivi, bolni in blizu smrti.

4 Tveganje za predsodkovne odločitve in vloga transdisciplinarnosti

Zgodovinska izkušnja ideoloških prepričanj, napačnih sodb in sovrašva do ljudi z ovirami povzroča tveganje, da se jih v izrednih razmerah obravnava, kot da je njihovo življenje manj vredno od življenja neoviranih ljudi. Hendikep se zdi le kot korak do smrti, človekove enkratne izkušnje življenja z oviro, odnosov, ki jih ima, želja, h katerim stremlji, pa se ne upošteva. Svojo avtobiografsko izkušnjo hospitalizacije

¹⁷ Davis, Lennard J. (ed.). *Disability Studies. Reader*. London: Routledge, 1997.; Shakespeare, Tom (ed.). *The Disability Reader: Social Science Perspective*. London: Cassell, 1998.

¹⁸ Završček, Darja. »Those Who Do Not Work Shall Not Eat! A Comparative Perspective on the Ideology of Work within Eastern European Disability Discourses,« v: Rasell, M., Iarskaia-Smirnova, E., *Disability in Eastern Europe and the Former Soviet Union*. London, New York: Routledge, 2014.; Završček, Darja. Skrb kot nasilje. Ljubljana: Icf*, 2018.; Završček, Darja. »(Ne)plačano delo med prisilo in pravico, med prekarnostjo in samopotrditvijo,« v: Rutar, Dušan (ur.), *Egalitarne simbolizacije življenja s posebnimi potrebami*. Kamnik: Cirius Kamnik (2018): 141–170.

¹⁹ Aly, Goetz. *Die Belasteten. »Euthanasie« 1939–1945, Eine Gesellschaftsgeschichte*, Frankfurt: S. Fischer, 2013.; Šumskienė, Egle and Orlova, Urte. »Sexuality of 'Dehumanized People' across Post-Soviet Countries: Patterns from Closed Residential Care Institutions in Lithuania«. *Sexuality & Culture. An Interdisciplinary Quarterly*, 18, no. 4 (2014): 369–387.

²⁰ Završček, *Hendikep kot kulturna trauma.*; Cergol Paradiž, Ana. *Evgenika na Slovenskem*. Ljubljana: Sophia, 2015.

²¹ Završček, »(Ne)plačano delo med prisilo in pravico, med prekarnostjo in samopotrditvijo.«

zaradi intubacije in priključitve na mehanično ventilacijo je filozofinja in ena od najuglednejših zagovornic pravic ljudi z ovirami pri nas, Elena Pečarič, opisala takole:

Imela sem občutek, da dojemajo in doživljajo hendikepirane osebe vseeno nekako drugače kot druge paciente, čeprav se je zdelo, da jih prav to lahko še dodatno zmede ter jih pušča negotove, brez temeljev za razumevanje neka-kšnega tujka v njihovi sicer običajni rutini postopanja. Kazalo je, da hendikepirane doživljajo kot neko zelo nenavadno podskupino s svojimi značilnosti in posebnostmi; da so zanje bolj kot bitja, ki ne živijo, ampak životarijo; kot bitja, ki nimajo vsak svoje, njemu lastne zgodbe, identitete in pestrega, »polnega« življenja; kot bitja, ki zgolj preživljajo, s tujo pomočjo nekako preživijo iz dneva v dan, od jutra do večera in se tako počasi prebijajo skozi čas.²²

Zgodovinsko utrjena diskriminatorna prepričanja lahko informirajo odločitve zdravstvenega osebja, ko odloča o tem, čigava življenja reševati v času krize. Raziskovalci ugotavljajo, da medicinsko osebje kvaliteto življenja oseb z ovirami praviloma slabše ocenjuje, kot jo ocenjujejo ljudje z ovirami sami.²³ Medicinske prognoze o pričakovani dolžini življenja oviranega človeka so pogosto krajše od dejanske. Ljudje z ovirami pogosto dobijo slabšo oskrbo kot neovirani. Elena Pečarič je na avto-etnografski način reflektirala ta proces, ki ga je doživela v eni izmed slovenskih bolnišnic. Atmosfero, ki je dajala slutiti, da je pri osebju »odpisana«, so spremenili šele svojci in prijatelji, ki so prihajali na obisk in tak odnos zaznali ter so tudi sami uporabljali najrazličnejše načine, da bi Eleno v očeh osebja »humanizirali«:

Morda je, ne da bi se prav zavedala, kaj sploh počne, hotela na svoj način povedati, jim dopovedati, opisati in pojasniti, zakaj naj se kar najbolj

²² Pečarič, Elena. *Svoboda dihanja*. Ljubljana: KUD AAC Zrakogled, 2021. Elena Pečarič je v bolnišnico prišla z vrsto diagnoz, med drugimi: progresivna spinalna mišična amiotrofija, torakolumbalna skolioza, kronična respiracijska insuficienca. Dragocena izkušnja »iz prve roke«, ki je ključna perspektiva na področju študij hendikepa.

²³ Iacono, Teresa, Christine Bigby, Jacinta Douglas, and Jo Spong. »A prospective study of hospital episodes of adults with intellectual disability,« *Journal of Intellectual Disability Research*, 64, no. 5 (2020): 357–367.

potrudijo ali zakaj morajo narediti vse in še več, kar je v njihovi zmožnosti, da me rešijo, da mi pomagajo, da me (o)zdravijo, ohranijo pri življenju. Da sem »vredna«, da si »zaslužim« njihove pomoči, pozornosti, skrbi in strokovnega ukrepanja. Kot bi jih hotela prepričati, naj naredijo vse, kar je njihova dolžnost in zmožnost. Morda še več, kot je tisto, v mejah možnega. Želela je, da bi bili sposobni spoznati, videti in uvideti, da sem (zanjo in ne le v njenih očeh) nekaj posebnega, da sem drugačna na drugačen način, drugačna od tistega stereotipnega dožemanja, ki vznikne iz brezbriznosti in ignorance. [...] Hrepenela je po tem, da bi lahko tudi oni vsaj za malenkost zaslutili nekaj razlogov, zakaj sem za nekatere tako dragocena, kaj je na meni izjemnega, zakaj sploh me imajo eni radi (drugi sovražijo); skratka, hotela je potrditi in jim dati za vselej vedeti, kako zelo in zakaj sem vredna ljubezni, zakaj sem tako ljubljena. Zakaj sem željena, nepogrešljiva, izjemna v svoji enkratnosti. Tako je nekega dne nenadoma s seboj prinesla cele albume fotografij o meni, veliko slik iz različnih starostnih obdobjih ter jih kar tako začela kazati okoli, opisovati ter razlagati dežurnim sestram in drugemu osebju o tem, kakšna sem bila nekoč; kako je moje obolenje postopoma napredovalo, puščalo za seboj trajne posledice, me spreminjalo in fizično (pre)oblikovalo.²⁴

Številni hendikepirani aktivisti so opozorili na »medicinski ableizem« v času pandemije, ki se kaže pri ocenah porabe resursov in možnosti preživetja.²⁵ Če je malo resursov, kot na primer respiratorjev, medicinskega osebja ali postelj na intenzivnih oddelkih, in če se hendikepirane zagleda kot osebe s slabo kvaliteto življenja in nizko pričakovano življenjsko dobo, ne bodo dobili respiratorja. Te ocene praviloma naredi medicinsko osebje brez oviranosti, kar naredi ljudi z ovirami zares ranljive.²⁶

Upoštevajoč mednarodne dokumente o človekovih pravicah ljudi z ovirami, vključno s starimi ljudmi, ki živijo v domovih za starejše in drugih institucionalnih zajetjih, so zagovorniki človekovih pravic najpogosteje poudarjali, da se v primeru pomanjkanja resursov pri ocenjevanju,

²⁴ Pečarič, *Svoboda dihanja*, 105.

²⁵ Goggin, Gerard and Ellis, Katie. »Disability, communication, and life itself in the COVID-19 pandemic«, *Health Sociology Review*, 29, no.2 (2020): 168–176.

²⁶ Abram, Abbott, »Disability, Deadly Discourse, and Collectivity amid Coronavirus (COVID-19)«.

koga reševati, ne bi smeli opirati na prognoze o dolžini življenja. Številne osebe z oviro imajo krajšo pričakovano in dejansko življenjsko dobo bodisi zaradi samega poteka bolezni bodisi zaradi zanemarjanja in diskriminacij, ki so del bolezenskih potekov; niti se ne bi smeli opirati na oceno o kvaliteti življenja: pri slednji gre za etično vprašanje o tem, kdo določa kriterije »kvalitete« in kaj je opredeljeno kot dobra kvaliteta življenja.²⁷

Protokoli naj bi bili nevtralni in brez selekcijskih kriterijev, kot so starost, spol, etnična pripadnost in hendikep, ki bi pomenili hierarhizacijo življenj glede na predstavo o tem, katero življenje je vrednejše. Nekateri celo menijo, da bi morali protokoli za triažo eksplicitno določati, da oviranost ne sme biti kriterij za odločitev, koga se v primeru pomanjkanja resursov rešuje na intenzivnih oddelkih za covidne bolnike. Izraelske nacionalne smernice za triažo pacientov v primeru okužbe s covidom-19 natančno določajo, da kronološka starost in oviranost nista legitimna kriterija za triažiranje; lahko se presojata le v kombinaciji z drugimi dejavniki tveganja.²⁸

Tudi nacionalna komisija za bioetiko Republike San Marino je marca 2020 v odgovoru na zahtevano hitro mnenje glede etičnih vprašanj, ki se tičejo uporabe invazivne metode pomoči pri dihanju zaradi okužbe z virusom SARS-CoV-2 v zvezi z ljudmi z ovirami, poudarila, da so temeljne bioetične premise utemeljene že v Konvenciji Združenih narodov o pravicah oseb z ovirami (UN CRPD), ki jo je leta 2008 podpisala tudi Slovenija²⁹. Poudarili so, da mora biti bioetična ocena vedno opravljena tako, da spoštuje dostojanstvo človeka in človekove pravice.³⁰

²⁷ Sabatello et al., »Disability, Ethics, and Health Care in the COVID-19 Pandemic«.

²⁸ Točka D.10; Israeli Position Paper: Triage Decisions for Severely Ill Patients During the COVID-19 Pandemic 2020.

²⁹ V Sloveniji je bila Konvencija Združenih narodov o pravicah ljudi z ovirami prevedena kot Konvencija o pravicah invalidov, kar je napačno. Na to je opozoril tudi odbor za človekove pravice pri Združenih narodih in priporočil Sloveniji, naj terminološko napako odpravi (Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2018). Da je beseda invalid nezdržljiva s sodobnim pojmovanjem pravic oseb z ovirami, dokazuje že raba besede v SSKJ, ki definira besedo invalid takole (1994, str. 309): »invalid -a, kdor je zaradi prirojene telesne napake, posledic bolezni, poškodbe nesposoben ali delno sposoben za delo; invaliden -dna, -o, prid., ki je zaradi prirojene telesne napake, posledic bolezni, poškodbe nesposoben ali le delno sposoben za delo. Invaliden delavec, rehabilitacija invalidnih otrok, telesno in duševno invalidne osebe. V prenesenem smislu pa: »skoraj vsi kipi v hiši so bili invalidni«.

³⁰ National Bioethics Committee, *Republic of San Marino. Answer to the requested urgent opinion on ethical issues regarding to the use of invasive assisted ventilation in patients all age with serious disabilities in relation to covid-19 pandemic*, 16. marec 2020.

Konvencija Združenih narodov o pravicah oseb z ovirami določa načela nediskriminacije (člen 3b), spoštovanje različnosti in sprejemanje ljudi z ovirami kot dela človekove raznolikosti in humanosti (člen 3d). Opozarja na obveznost držav podpisnic konvencije, da ljudi z ovirami obravnavajo kot enake, in jih ne diskriminirajo (člen 5); in na obveznost v zvezi z ukrepi za zagotovitev varstva in varnosti ljudi z ovirami v obdobju nevarnih razmer in humanitarnih kriz (člen 11). Konvencija določa tudi obvezo, da se ne kršijo pravice do najvišjega dosegljivega zdravstvenega standarda brez diskriminacije zaradi ovire (člen 25). Zdravstveni delavci morajo ljudem z ovirami zagotoviti enako kakovostno oskrbo kot drugim (člen 25 d), od držav pa Konvencija zahteva, da preprečujejo diskriminacijsko odrekanje zdravstvene oskrbe, zdravstvenih storitev ali hrane in tekočin človeku zaradi ovire (člen 25 f).

Komisija za medicinsko etiko Republike Slovenije (KME) je v svojem priporočilu za pravičen odnos do vseh bolnikov v času eskalacije epidemije poudarila, »da ni etično vzdržno določati zgornjo starostno ali kakršnokoli drugo mejo«, ko se določajo pravice osebe, ki potrebuje respirator³¹. Poleg kronološke starosti ljudje z ovirami niso bili posebej omenjeni, čeprav bi priporočilo KME, da ni etično vzdržno določati pravice »posameznih skupin bolnikov«, ki bi bili razdeljeni na kategorije (na primer intelektualno ali fizično ovirani), lahko interpretirali v duhu prej omenjenih tujih etičnih smernic.

Ljudje z ovirami so nadalje poudarili, da smernice etičnega ravnanja pri vprašanju, koga reševati v času krize, praviloma napišejo zdravniki³², in da pri tem ne sodelujejo ljudje z ovirami, ki bi lahko zmanjšali število slabih prognoz, ki jih izdelajo (večinoma neovirani) zdravniki. Včasih je na delu tokenistična logika, ali pa se zdi, da gre za homogeno skupino, v kateri ni ekonomskih, spolnih, etničnih in drugih razlik. Ljudje z ovirami morajo torej biti vključeni v načrtovanje in implementiranje prihodnjih kriznih načrtov, ko gre za širjenje virusa covid-19, in v drugih izrednih razmerah.

³¹ Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko [KME]. *Stališče Komisije RS za medicinsko etiko o odločanju zdravnikov v zvezi z vključevanjem respiratorjev v zdravljenje hudo prizadetih bolnikov z boleznijo, povzročeno z virusom SARS-CoV-2*. 24. marec 2020.

³² Vprašanje danes je, koliko vpliva imajo na te odločitve tudi interesi farmacevtskih in zavarovalniških korporacij.

Velik pomen imajo transdisciplinarne odločitve, saj ponekod med zdravstvenim osebjem ni veliko znanja o javnem zdravju in njegovih družbenih determinantah, in o študijah hendikepa, katerih osrednja tema je prav vprašanje enakosti in pravičnosti. Transdisciplinarni pristop lahko z znanjem posamičnih strok prinese nove odgovore na kompleksne situacije, ko gre za podporo ljudem, saj transdisciplinarnost ne pomeni zgolj dodajanje znanja drugemu znanju, temveč preoblikovanje znanja ene stroke v kompleksnejše in holistično razumevanje človeških problemov. Tako se zmanjšujejo negativni učinki ozkih specializacij in se presega teoretične, epistemološke in praktične omejitve ene discipline. Nekateri tudi menijo, da bi transdisciplinarne komisije zmanjšale stres zdravnikov, ki morajo sprejemati tako težke bioetične odločitve, pa tudi očitke, da so se odločali brez širšega konsenza in pod vplivom invalidizma in starizma³³.

Socialne delavke, zaposlene v domovih za starejše v Sloveniji, so v raziskavi poudarjale problem prevlade zdravstvenih odločitev in marginalizacije socialnodelovne perspektive vse od začetka širjenja virusa SARS-CoV-2. Številne so menile, da je bila socialnodelovna stroka »povožena«:

[...] ti epidemiologi, če bi šli oni za en teden v dom delat, bi mogoče drugač gledal, če pa samo pridejo, dajo navodila in grejo, tudi če jim razlagaš, kako to ni za človeka pa da en to res ne more [...] in potem še, če so direktorji bili iz zdravstvenih vod, je pač tako kot je. (socialna delavka, fokusna skupina junij 2021)

Nekatere so izražale razočaranje zaradi nepovezovanja izkušenj različnih strok v izrednih razmerah:

Zdravstvo je povsem prevzelo vodenje, nimaš ... ne moreš, zdaj to ti nič rečt, zej gre vse v imenu preprečevanja okužb, mislim zdej odloča – pri nas zdej pač glavna sestra, no, odloča o vsem [...] o vsaki najmanjši stvari mora

³³ Sabatello et al., »Disability, Ethics, and Health Care in the COVID-19 Pandemic.«

dati ona zadnjo besedo – kaj se sme, kaj se ne sme, navodila, kakšna so, upoštevati, ne upoštevati ... (socialna delavka, fokusna skupina junij 2021)

Izražale so tudi vtis, da je prav monodisciplinarnost prinesla številne preglavice in kršitve človekovih pravic v segregiranih zajetjih: »navodila so bla taka od higieničarke, nč po hiši, nč po hiši, nč po hiši«; »tudi v tistem času, ko smo bli zaprti, tud jaz recimo po sobah nisem smela«; »ampak so mi tud kdaj rekl, da naj pustim zdej svojo socialo ob strani, dobesedno«; in paradoks, da so bile »postavljene na stranski tir«, čeprav so institucije socialnovarstvene: »mi smo socialni zavod, ne, ne moremo mi upoštevati samo higieničarke, sem bla včasih že kar glasna potem, ampak to je blo v drugem valu.« V nekaterih domovih za starejše je to posebej podpiralo vodstvo institucije:

Tudi s strani našega resornega ministrstva – v bistvu ja, smo dobili navodila, usmeritve, predloge, priporočila vse sorti ... ampak vse je blo na koncu, kar je ministrstvo za zdravje dalo navodila, naši so se samo, v bistvu, na njihovo ministrstvo sklicevali. (socialna delavka, fokusna skupina junij 2021)

Ena od socialnih delavk je različne poglede na potrebe ljudi v domovih za starejše s strani zdravstvene in socialnodelovne stroke opisala na naslednjem primeru:

Naša zdravnica, s temi našimi balkonskimi prireditvami, kako to zdravstvena stroka razmišlja, je rekla po eni takšni prireditvi: »To je pa tok fajn, zakaj pa mi ne bi mel kar zmeri tko prireditve, vsak na svojem balkončku bi gledu dol na dvorišče, spremlu to prireditev in pol tud se ne bi gripe in prehladi prenašal v zimskem času.« (*z rokami in glavo kaže nestrinjanje in nejevero*) Sm rekla: »Lepo vas prosm, takoj, ko bo mogoče, bomo spet vsi na kup, da se vidmo, da se čutmo, da se skup smejimo, da skup ploskamo.« Mislim, tku si predstavljajo. Njim se to zdi idealno. Vsak v svojem okvirčku, nekje v sobi zaprt, gripe ni, prehlada ni, ničesar ni. Ampak ni pa tud, ne vem česa vsega. Ampak ne – ne bo tko. Bomo imel to moč, da bomo rekli ne. (socialna delavka, fokusna skupina junij 2021)

Številni tuji kritiki ravnanj v zvezi z reševanjem življenj v obdobju krize zaradi širjenja covid-19 so poudarjali, da enaka obravnava ljudi z ovirami, ki jo zapoveduje Konvencija, pomeni tudi dostop do najrazličnejših, lahko dostopnih informacij za ljudi z različnimi ovirami; pravico do informiranega pristanka; primerno bivanje, kjer je ljudem omogočena ustrezna medicinska pomoč namesto *ad hoc* bivalnih rešitev, kot so na primer telovadnice in kontejnerji brez ustreznih naprav. Zanimiva zahteva nekaterih zagovornikov pravic ljudi z ovirami in strokovnjakov iz tujine je bila, da bi bližnje osebe, ki tudi sicer redno obiskujejo človeka, ga hranijo, vodijo ven, pomagajo posedati na voziček ipd., dobile status »nepogrešljivega osebja« (*essential personnel*) in bi tudi v izrednih razmerah imele pravico, da nudijo podporo bližnji osebi v instituciji.³⁴ Prav ta vprašanja so bila ključna tudi za socialne delavke v socialnovarstvenih ustanovah v Sloveniji, ki so menile, da šele sedaj spoznavajo, koliko dela opravijo bližnje osebe, ki so pred epidemijo redno prihajale na obisk (hranjenje, preoblačenje, sprehajanje, pogovori, pomoč drugi osebi, s katero si človek deli sobo, čustvena opora).

5 Slovenski »ground zero«³⁵ in intenzivna institucionalizacija starejših in hendikepiranih v slovenskem socialnem varstvu

V različnih delih sveta in tudi v Sloveniji so bili starejši in ljudje z ovirami, ki so živeli v zavodih, neproporcionalno prizadeti zaradi širjenja virusa SARS-CoV-2: bodisi so trpeli večjo sekuritizacijo v socialnovarstvenih zavodih bodisi je bilo med njimi število okužb in smrti sorazmerno večje kot med starimi in oviranimi, ki so živeli doma.³⁶

Mednarodna organizacija *Disability Rights Monitor*,³⁷ ki se je od

³⁴ To seveda poveča tveganje za prenos okužbe, zato bi bilo treba zagotoviti zadosti zaščitne opreme in ljudi redno testirati, kar je večina zahodnih domov za starejše uvedla veliko prej kot ustanove v Sloveniji. Sabatello et al., »Disability, Ethics, and Health Care in the COVID-19 Pandemic.«

³⁵ Pojem *ground zero*, ki se je izvorno nanašal na pogorišče newyorških dvojčkov po terorističnem napadu 11. septembra leta 2001, v povezavi s številom smrti ljudi v zavodih za dolgotrajno bivanje, so začeli uporabljati v ZDA v zvezi z velikim številom smrtnih žrtev stanovalcev domov za starejše (Sabatello et al., »Disability, Ethics, and Health Care in the COVID-19 Pandemic.«).

³⁶ Flaker, Vito. »Corona virus institutionalis – kronski institucionalni virus,« *Socialno delo*, 59, no. 4 (2020): 307–324.

³⁷ Disability Rights Monitor. *Disability Rights during the Pandemic*.

začetka širjenja virusa SARS-CoV-2 ukvarjala z vprašanjem položaja ljudi z ovirami, je na podlagi okoli 2000 odgovorov iz 134 držav ugotovila hude zlorabe človekovih pravic ljudi z ovirami v institucijah. Ena od glavnih ugotovitev je bila, da ljudem z ovirami ni bila zagotovljena zaščita pravice do življenja, saj jim je bil odvzet dostop do zdravstvenih storitev, zaradi česar je prišlo do povečanega števila umrlih; institucije so še bolj kot prej stanovalcem onemogočale svobodo gibanja, prekinilo pa se je tudi delovanje služb podpore v skupnosti.³⁸ Kršitve pravic, ki so bile pogoste tudi sicer, so se namnožile.³⁹

V Sloveniji, eni najbolj institucionaliziranih držav v Evropski uniji,⁴⁰ je kriza zaradi širitve covid-19 marca 2020 povzročila totalno zaprtje domov za starejše in drugih institucij za mlade in odrasle z ovirami. Tako se je pod totalnim zaprtjem znašlo okoli 24.000 ljudi, med njimi 19.000 ljudi v domovih za starejše in okoli 5.000 otrok, mladih in odraslih z ovirami.⁴¹ Slovenija je bila navkljub zavezi do določil Konvencije ZN o pravicah oseb z ovirami ena od tistih postsocialističnih držav, ki so v nasprotju z določili Konvencije (člen 19) in s sredstvi EU po občinah spretno gradile, obnavljale, dograjevale socialnovarstvene institucije in domove za starejše,⁴² namesto da bi gradile skupnostne službe.⁴³ Izmed najpogostejših primerov kršenja

³⁸ Ibidem, 15.

³⁹ Nekatere so domovi za starejše dobili navodila, da naj se določenih ljudi ne priključi na respirator (t. i. *blanket do not resuscitate rule*); nekaj pacientov z neozdravljivimi kroničnimi boleznimi (rak, srčne in pljučne bolezni) je od zdravnika v Walesu prejelo pismo, ki jih je pozivalo, da vnaprej izrazijo svojo voljo, naj jih ne priključijo na respirator, saj je zelo majhna verjetnost, da bodo sprejeti na intenzivni oddelek in skoraj zagotovo ne bodo izbrani za paciente, ki bodo priključeni na respirator (ITV News. »Apology after patients with life-limiting illnesses asked to sign 'do not resuscitate' form if they get coronavirus,« ITV News, 1. april 2020. <https://www.itv.com/news/wales/2020-04-01/surgery-askpatients-with-significant-life-limiting-illnesses-to-sign-form-waiving-cpr-if-they-get-covid-19/>; Clarke, Rachel. »'Do not resuscitate' orders have caused panic in the UK. Here is the truth,« The Guardian, 8. april 2020. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/apr/08/do-not-resuscitateorders-caused-panic-uk-truth.>). Novice, da ljudje iz domov za starejše niso bili sprejeti v bolnice, so prihajale tudi iz Belgije in Avstralije (Chen Bo and McNamara, Marie. »Disability Discrimination, Medical Rationing and COVID-19,« Asian Bioethics Review, 12 (September 2020): 511–518. <https://doi.org/10.1007/s41649-020-00147-x>).

⁴⁰ Flaker, Vito. »Corona virus institutionalis – kronski institucionalni virus.«

⁴¹ Nekatere od njih so svoji vzeli domov.

⁴² Evropska komisija je zato dodala navodila in postala pozornejša na tovrstne kršitve. Cf. Crowther, Neil, Gerard Quinn, and Alexandra Hillen-Moore. »Opening up communities, closing down institutions: Harnessing the European Structural and Investment Funds,« Structural Funds Watch. https://eustructuralfundswatchdotcom.files.wordpress.com/2017/11/cle-sfw_opening-up-communities-november-2017_final.pdf

⁴³ Zaviršek, Darja et al., *Analiza sistema institucionalnega varstva in možnosti nevladnih organizacij zagotav-*

človekovih pravic v zavodih za dolgotrajno bivanje je veliko število stanovalcev na enem mestu (kongregacijsko zajetje); pomanjkanje zasebnosti (v sobah sta večinoma dve osebi; ponekod štiri in celo sedem); pomanjkanje podpore s strani številčno okrnjenega in zato praviloma tudi slabo usposobljenega ter slabo plačanega osebja; pomanjkanje samoodločbe stanovalcev; občasna fiksacija stanovalk in stanovalcev (npr. pasovi Segufix), izoliranje; pretirana psihofarmakološka medikalizacija (tudi zato, da se na takšen način poveča cena oskrbnega dne). Je pa medikalizacija pripravno sredstvo, da se ljudi utiša in umiri ter s tem, ob pomanjkanju osebja, zmanjša obseg dela tistih, ki delajo v takšnih pogojih (»smolo sem imela pa še zaradi tega, ker sem za 263 stanovalcev sama, kolegica je bila na evropskem projektu«). V instituciji je »mir«. ⁴⁴

V Sloveniji je bilo navkljub popolnemu zaprtju socialnovarstvenih ustanov največ smrtnih primerov zaradi virusa SARS-Cov-2 v domovih za starejše (80 % vseh smrti zaradi covid-19 v letu 2020). Zaradi pomanjkanja zaščitnih oblačil in hitrega testiranja, visoke gostote ljudi na enem mestu (stanovalcev in osebja), ki so v tesnem stiku večkrat na dan, nejevere in zanikanja so se okužbe hitro širile med osebjem, še posebej pa med stanovalkami in stanovalci. Čeprav so bili ljudje zaprti po sobah (največkrat po dve osebi v eni sobi) in niso smeli uporabljati skupnih prostorov, hodnikov in zelenic, virusa ni bilo mogoče zaježiti. ⁴⁵ Obstajal je strah, da bodo bolnišnice v Sloveniji kmalu napolnjene z mlajšimi bolniki in se ne bodo zmožne odzvati na vse potrebe ljudi po oskrbovanju na intenzivnih oddelkih. Zaradi tega naj bi prišlo do odločitve, da se obolelih starejših in hendikepiranih iz zavodov za dolgotrajno bivanje

ljati storitve v skupnosti za uresničevanje deinstitucionalizacije v Sloveniji. Ljubljana: YHD, 2015. http://www.mju.gov.si/fileadmin/mju.gov.si/pageuploads/JAVNA_UPRAVA/NVO/FP_2007-2013_-_dosezki/MDI_Analiza_final.pdf

⁴⁴ Zavišek, Darja. »The remembrance viod of survivors of long-stay institutions during socialism,« v Mayrhofer, Hemma, Gudrun Wolfgruber, Katja Geiger, Walter Hammerschick, Veronika Reidinger (eds.), *Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in der Wiener Psychiatrie von 1945 bis 1989.* Wien: LIT, (2017): 603–613. http://www.irks.at/assets/irks/Publikationen/Forschungsbericht/Kinder_Jugendliche_Behinderungen_Psychiatrie.pdf; Zavišek, »(Ne)plačano delo med prisilo in pravico, med prekarnostjo in samopodrtivijo.«

⁴⁵ V neki bivalni enoti zavoda za mlajše hendikepirane v Sloveniji je bilo poleg izhodov prepovedano tudi zadrževanje na terasi bivalne enote.

ne preseli v bolnišnice, temveč da ostanejo v domovih za starejše, čeprav je za socialnovarstvene ustanove značilno hudo pomanjkanje prostora in osebja – v nekaterih domovih za starejše zdravnik dela le nekaj dni na teden ali celo manj.⁴⁶

V enem od številnih medijskih člankov beremo: »Ministrstvo za zdravje je za vse domove starejših imenovalo koordinatorje, ki so skupaj s konzilijem drugih zdravstvenih delavcev odločali, ali stanovalcem pripada zgolj paliativno zdravljenje – torej le lajšanje simptomov v domu – ali tudi zdravljenje v bolnišnici, če bi ga potrebovali. Keber [nekdanji minister za zdravje Dušan Keber, op. a.] meni, da je šlo za neko triažo, ki se seveda izvaja v vojnem času ali v času naravnih nesreč.«⁴⁷

Odločitev je bila sprejeta brez obveščeneega soglasja stanovalcev in brez seznanitve njihovih bližnjih. Sezname oseb, ki naj se jih oskrbuje v domovih za starejše namesto v bolnišnicah, so bili kasneje poimenovani »sezname odpisanih«.⁴⁸ Izpostavljeno je bilo, da v prvi polovici leta 2020 bolnišnične zmogljivosti za covidne bolnike niso bile presežene; nasprotno so bili domovi za starejše prenatrpani in je bilo malo možnosti za korektne ukrepe izolacije.

V raziskavi smo socialne delavke vprašali, ali so slišale za »sezname odpisanih«. Njihovi odgovori so bili zelo različni: od tistih, ki so dejale, da so zanje vedele, do drugih, ki so o njih izvedele iz medijev, in tretjih, ki so dejale, da jih zagotovo ni bilo. Vprašanje je med udeleženci povzročilo tudi nestrinjanje, kot na primer v tem dialogu:

»[...] Zdaj, da bi bli sezname – koga ja, koga ne – tega ni blo – vsak, ki je rabil, je dobil. Pa tud za nobenga ne vem, da bi kje res to obstajalo, to je v bistvu ena, spet ena senzacionalna zgodba, zgleda bla.«

»Ne, ne to je blu dejansko, blu navodilo z Ministrstva za zdravje, ja v taki

⁴⁶ Jager, Vasja. »V domovih za starejše obstajajo sezname odpisanih, ki ne smejo priti v bolnišnico,« *Mladina*, 15. maj 2020. <https://www.mladina.si/198377/v-domovih-za-starejse-obstajajo-sezname-odpisanih-ki-ne-smejo-priti-v-bolnisnico/>; Kovač, Vanja. »Odločitev, da se bolne in okužene zadrži v domovih, je bila slaba in ima tragične posledice,« *MMC RTV SLO*, 23. maj 2020. <https://www.rtvlo.si/zdravje/novi-koronavirus/odlocitev-da-se-bolne-in-okuzene-zadrzi-v-domovih-je-bila-slaba-in-ima-tragicne-posledice/524860>.

⁴⁷ Kovač, »Odločitev, da se bolne in okužene zadrži v domovih, je bila slaba in ima tragične posledice.«

⁴⁸ Keber, Dušan. »Tudi za človečnost gre,« *Dnevnik*. 13. junij (2020): 20.

smeri, zato ker so se bali, za prosta mesta, oziroma obvladovanja vsega tega, dejansko je blu, no. Zdej mogoče je blo mal, mal, mal drugačen namen, no, ne vem, ne vem, glavno ... ja, je blo. Ni blo vredu tko.« (socialni delavec in delavka, fokusna skupina junij 2021)

Jst tud sm zvedla iz medijev za te sezname, potem sem takoj stopila do dveh zdravnic, ki jih imamo, če onedve kej vesta glede tega, sta povedale, da vesta, ampak da bo v bolnišnico poslan vsak, ki bo potreboval pomoč. (socialna delavka, fokusna skupina junij 2021)

A vse sogovornice in sogovorniki so pritrjevali izkušnjam, po katerih bolnišnice niso hotele sprejeti vseh obolelih stanovalcev, čeprav je osebe v domu aktivno iskalo bolnišnico, ki bi bila pripravljena sprejeti obolelega z virusom SARS-Cov-2:

Bil je tak primer, da je gospa sicer v težji obliki pr nas prebolevala kovid, pa je bla informacija, osebna zdravnica – naša, jo je poslala na hospital, ampak so jo pač zavrnil, češ naj v domu preboleva. Tak da prostor so puščali očitno ostalim. (socialna delavka, fokusna skupina junij 2021)

Je pa res, da smo bli odvisni od tega, kar nam je bolnišnica povedala – kakšen prostor imajo. In sprva so te ... te prostore je sprva iskal center, ki se je pač ukvarjal s prevozi, kasneje je pa moral naš hišni zdravnik sam iskat prostor po vsej Sloveniji ... je postalo neobvladljivo. In res, res je tudi, da v bistvu, pogovor, po besedah zdravnice, se je tud končal z odloženo slušalko, ko je povedala, kolk je oseba stara, za kero gre, ne. Tud to smo doživeli, ne. (socialna delavka, fokusna skupina junij 2021)

Težko smo našli tudi, ko se je zgodila okužba, namestitev v bolnišnici za tistega, ki je rabu dodatno pomoč, na eni točki smo ugotavljali, da v bistvu, da za stanovalce veliko lažje poskrbimo sami, kot pa da iščemo po celi Sloveniji – kam bo taka oseba prepeljana, ko je nujno stanje. Saj ko je bilo nujno stanje, so hodili, ne vem z Novega mesta iskat osebo z reševalnim vozilom, kar je daleč, daleč predolga vožnja do nas, kaj šele nazaj v

bolnišnico, ko je neko urgentno stanje. (socialni delavec, fokusna skupina 2021)

Pa tudi nadomestno lokacijo v bistvu ni bilo zlahka najt. Vsi so se otepali – češ, kaj bomo pa zdaj, zdaj ga boste pa nam tu pustili, kdo bo pa še v tak hotel šou in tak naprej. Tak da, na tej točki te je kar zgrabila ena stigma, ko si bil pozitiven. (socialni delavec, fokusna skupina 2021)

Nekatere socialne delavke so menile, da so bili stanovalci domov za starejše zapostavljeni ali premalo skrbno obravnavani, kar je povzročalo širjenje okužb:

Mi smo čakal na te izvide testov en dan al pa en dan pa pol in smo ugotovile z glavno sestro, da v bistvu te stanovalce iz domov dajo nekam nazaj in potem so v bistvu, na podlagi teh naših izkušenj, ker mi smo pa rabil takoj teste, da smo potem lahko cone uredil, premestil, če je blo treba, kakorkoli, a ne; da so spremenil barvo teh listov za analizo in da so vse stanovalce, za celo Slovenijo začel prednostno obravnavat, prej jih pa niso. (socialna delavka, fokusna skupina 2021)

Z grenkobo so se spominjale, da so se nekateri stanovalci okužili v bolnišnicah, kamor so redno zahajali:

Mene osebno je zlo šokiralo to – kr mi smo mel kokr nek mehurček v centru, potem pa smo ugotovil, da na dializi, kamor so hodil naši stanovalci – pet od njih, da ga tam pa nimajo, in da tam prihaja do okužb in jaz mislim, da je tut dost okužb v domovih pršlo iz teh dializnih centrov, iz bolnišnc in tko naprej. (socialna delavka, fokusna skupina 2021)

6 Etične dileme socialnih delavk v domovih za starejše v obdobju prvega in drugega vala širjenja virusa SARS-Cov-2

V zavodih za socialno varstvo, kot so domovi za starejše, ima poklic socialni delavec oziroma socialna delavka pomembno vlogo. Socialne

delavke so posrednice med življenjem znotraj in življenjem zunaj institucije, med stanovalci in bližnjimi osebami in naj bi delovale kot zagovornice stanovalcev. Njihova strokovna etika je utemeljena na mednarodnih in nacionalnih etičnih standardih.⁴⁹ Globalna izjava o etičnih načelih v socialnem delu⁵⁰ med drugim poudarja, da socialne delavke priznavajo neodtujljivo dostojanstvo človeka, se zavzemajo za človekove pravice, socialno pravičnost, so proti institucionalni diskriminaciji in za pravico ljudi do samoodločbe.

Mandat socialnih delavk je trojen:

- zavezane so obveznostim, ki jih določa zakonodaja in specifično delovno mesto;
- zavezujejo jih teorije stroke in njeni etični standardi;
- zavezane so mandatu, ki ga prejemajo s strani uporabnikov socialnih storitev.

V obdobju širjenja virusa SARS-Cov-2 v domovih za starejše se je delo socialnih delavk močno spremenilo. Spremljale so ga številne etične dileme, saj so bila pričakovanja do njih s strani vodstev domov, ministrstev in zdravniškega osebja v domovih pogosto v nasprotju z njihovim dojetjem poklica in poslanstva ter v nasprotju z etičnimi načeli socialnega dela. V zvezi s tem so sodelujoči v raziskavi izpostavili naslednje vsebine:

- odvisnost in podrejenost socialnih delavk zdravstvenim službam (»ampak niti ni bilo dovoljeno, da bi hodle socialne delavke, da bi kdorkoli hodil po sobah, razen, razen zaposlenih, zdravstvena služba«);
- slaba organizacija in pomanjkanje ustreznih informacij (»meni se zdi no, da ... da je blo, da je blo vodenje pač ... zlo, zlo ... slabo, pri nas je bil v kriznem timu vzdrževalec, pa glavna sestra, pa direktor, oni so baje imeli sestanke«; »kasneje, ko so se svojci pritožili, pa naredili na njih pritisk, so nas pa klicali – češ, zakaj pa ne dovolite, ne vem, obiska v sobo?‘ ,Sej, navodila ste nam dali – naj omejimo stike.‘ ... Ja ne, pol so nam pa rekli, da to niso navodila, da so to

⁴⁹ Banks et al., »Practising ethically during COVID-19: Social work challenges and responses,« *International Journal of Social Work*. 63:5, 569–583, 2020.

⁵⁰ Globalna izjava o etičnih načelih v socialnem delu. <https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2019/09/GLOBAL-SW-STATEMENT-SLOVENE-TRANSLATION.pdf>

samo priporočila, oni so se spretno, se pravi, umaknili z zgodbe in nas same pustili«);

- problem popolne zaprtosti stanovalk in stanovalcev po sobah, v izolirnih karantenah, v zgradbah brez dovoljenja za izhode (»največji izziv, se mi zdi, je predstavljalo to, da je bilo težko, težko gledat, da stanovalci nimajo izhodov iz sob, da so zaprti«);
- popolna prepoved stikov (z zunanjim svetom in med seboj);
- instrumentaliziranje socialnega dela za nadzorovanje stanovalcev (»jaz sn se včasih počutila kot policaj, no, tud v tistem vmesnem času, ko smo mi nekak tud obiske odprl, ampak imel smo navodila – zapisovat kršitelje, kdo je preblizu skupi, kdo se je objemal, kdo nima maske, kdo si je dal masko za vogalom dol, kdo je šel v trgovino, ko ne bi smel«);
- selitve ljudi po domovih in onemogočanje stikov med umirajočimi in svojci;
- zavračanje nekaterih stanovalcev v zdravstvenih ustanovah.

Socialne delavke so bile pogosto mediatorke med zdravstvenim osebjem, ki je bilo osredotočeno na prepoved stikov, in stanovalci, katerih potreba je bila ohranjanje najnujnejših stikov za življenje. Velikokrat so opravile zagovorniško vlogo v korist uporabnika, ki je kršil pravila. Na potrebe posameznika so gledale na kompleksen socialnodelovni način: »Mi mamo gospoda, ki je pršou k nam slep, pr nas je že več kot deset let in je pr ns postal tudi gluh in dementen. Kaj, razen dotika, pa mu lahko svojec ponudi? Al pa da mu da neki v usta za pojest, al pa da mu da v roko, da si sam nese? A ne – tuki pač morš narest izjemo.«

Vseeno se je delo socialne delavke pogosto spreminjalo v nadzor preprečevanja stikov med stanovalci samimi (»pejte se pogovorit, ta gospod je šou k uni sosedi, pejte se pogovorit, ne bi smel«) ter med stanovalci in svojci (»pač res kot v zaporu, policaji res, varnostniki, pri obiskih, stojimo pa gledamo, ni podobno, ne paše v dom«). Morale so nadzorovati morebitne dotike in podarjanje priboljškov (»In so prišli, ne vem, k dementnemu na obisk, v bistvu je moral bit nek telesni stik, da se je nekdo sploh odzval pri nekom, ki ne govori več. In ti si moral tam zravn stat; in ti si moral poslušat, kaj se kdo pogovarja.«).

Med ključnimi potrebami ljudi v institucijah, ki so praviloma osamljeni, je potreba po ohranjanju stikov z zunanjim svetom, najpogosteje z bližnjimi. Socialni delavec je povedal, da je, ko je bilo izredno stanje mimo, kršil pravila o omejevanju stikov stanovalcev s svojci (»Ja, bomo naredil izjemo, normalno, sej, če se postavim v isto kožo – grozno, no. Tko, da ja – obiski, obiski, obiski, obiski.«). Nekatere socialne delavke so poskušale najti načine za preprečevanje okužb, da bi se obiski ohranili:

Ampak to je zelo moteče, da si zraven, da ne morejo niti se pogovarjat zaupne stvari. Potem smo tak, da smo noter sedele, in čez šipo si gledal, da se pač ne objemajo, da ni nekih ... glavo vstran obrnit, to je to ... čist druga vloga socialnega delavca. (socialna delavka, fokusna skupina 2021)

V številnih zahodnih državah so v primerjavi s Slovenijo že kmalu uvedli testiranje obiskovalcev, da odnosi niso bili prekinjeni. Ljudje so prejeli zaščitna oblačila in domovi so razvili kreativne načine varovanja pred okužbo (objemanje prek plastičnih ponjav na primer).⁵¹ V nekaterih domovih za starejše v Sloveniji so bili obiski omejeni še tudi v obdobju, ko so potekale fokusne skupine.

V enem od manjših domov za starejše, kjer okužb skoraj ni bilo, so socialne delavke v duhu mandata stroke in zavezanosti potrebam uporabnikov izvajale neko obliko civilne nepokorščine:

Zdaj vam bom pa jaz nekaj povedala, to nism še nobenmu povedala, to ve nekaj naših zaposlenih. Mi tud v času, ko smo mel prepoved, to je blo spomlad en mesec, pa potem, k je bil drugi val, dva mesec je bla prepoved, drugač celo leto so bli obiski. Ampak tud takrat – k nam so svojci hodil. Vsem tistim stanovalcem, za katere smo mi – se prav socialna delavka na svojem oddelku in ostali zaposleni – prepoznal, da nujno rabijo obiske – to so bli tisti, k se jim je psihično stanje poslabšalo, fizično ... (socialna delavka, fokusna skupina 2021)

⁵¹ Anonymous. »Covid-19: Italian nursing home creates Hug Room,« *Wanted in Milan*. 12. november 2020. <https://www.wantedinmilan.com/news/covid-19-italian-nursing-home-creates-hug-room.html>; Whitehead, Joanna. Italian care home installs plastic curtains for residents to cuddle loved ones. *Independent*, 13. november 2020. <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/care-home-residents-pensioners-covid-social-distancing-b1722314.html>.

Med najbolj perečimi etičnimi dilemami so bile za socialne delavke selitve ljudi, ki so bile pogoste, brezosebne in deindividualizirane (selitve brez osebnih predmetov, praviloma z novim osebjem). Te selitve so bile posledica odločitve, da se bolne stanovalce namesto v bolnišnice namesti v posebne cone institucij:

Kar se je pa meni zdelo, nekak, naša največja napaka, ko so se pojavle okužbe na oddelku za dementne, smo jih selili v rdečo cono, ki jo mamó tukaj na ... v matičnem domu, ne. Sicer so se umaknli, ampak je bil problem, da za njimi pa ni šlo tud osebje iz oddelka za demence, ampak je oskrbo prevzelo osebje tukaj, ki jih niti ne pozna. Stanovalci niso bli navajeni na njihov način dela, novi prostori so bli, tako da mislim, da je šlo okrog 12 ali 14 stanovalcev smo takrat preselili v tole rdečo cono in morem rečt, no, da se je ... da je blo vidno opazno poslabšanje psihičnega stanja. (socialna delavka, fokusna skupina 2021)

Masovne selitve ljudi, pri nas se je to zlo hitro širilo, mi smo meli pripravljeno rdečo cono za šest ljudi, to je blo naenkrat mnogo več ljudi, vedno več ljudi. Te pa se samo ta rdeča cona, ne vem, selila enkrat tu, pa je bla premala, pa zopet, ne vem, strašno dosti se je ljudi selilo. Vi ste jih s postelami selili, mi še s postelami ne, mi še brez postel, še svoje postele ni mel ... To je blo zlo, zlo hudo. (socialna delavka, fokusna skupina 2021)

Jaz sn šla zadnjič preštet v tistem času od 23. oktobra do konc januarja, ko so ble ... ko so se zadnji stanovalci selil, smo v domu nardil 334 selitev. Grozn vlka številka. Zdej, če si predstavljate to – pomeni brez, brez stvari, brez osnovnih ... ne vem, nekih oblačil, pa tiste najbolj osnovne stvari so stanovalci s sabo nesl, skrbel jih je, kaj bo s stvarmi tam. Če so kej potreboval, je bil to cel projekt. To ni kr tko, da greš noter v rdečo cono, pa neki z omare vzameš, treba to zorganizirati, tudi če neko majhno stvar za prinest. Skratka, meni so te selitve veliko stisk prnesle, no. (socialna delavka, fokusna skupina 2021)

Tud selitve, ker smo jih selili iz njihovih sob – tam, kjer so oni bivali, smo jih selili v drugo nadstropje, v drugačne sobe, ne, recimo so šli iz standarda,

recimo, ko je mel sobo z balkonom, večjo sobo, je šel potem v nižji bivalni standard. S tem, da so pa svoje stvari puščali v tistih sobah, ne. To je blo tud eno, bi reku nekak, so želeli vse to svoje – osebno lastnino, so želeli s sabo prenašat, ne. V, v začasno sobo, ne. (socialni delavec, fokusna skupina 2021)

[T]o je pa tista moja osebna, s katero sem se tekom celotnega tega procesa epidemije in okužb tud osebno srečeval. In sicer selitve, že zaradi samga vzpostavljanja con, a ne. Pr nas pač, to je odvisno tud od doma, kako je prostorsko, kaj dopušča, pr nas smo mogli selit stanovalce že samo zato, ko so se pojavle okužbe, da smo vzpostavil sivo in rdečo cono, nekatere, ne glede na to, al so bli okuženi al ne. Tud v prostore delovne terapije, fizioterapije tud, a ne, pa tud potem zarad samih okužb, a ne – teh selitev je blo zlo velik; nekak smo na to poskušal opozarjat s strani socialne službe, da bi blo tega čim manj, ampak pač v tisti paniki al pa naglici, ko so se začele okužbe širt, je na to pozabljeno blo, no. To je Dom, to je ... tuki ljudje živijo, so doma, nekateri tud stalna prebivališča tuki prijavljena, a ne, in tako, tako agresivno vstopanje v njihov osebni prostor in jih dobesedno izselt iz njihovega doma, je pač zame nesprejemljivo, a ne. In s tem se js nism mogu sprjaznt tekom vsega, kar se je dogajal, a ne. In, poleg tega, tud ne samo njih izselt, tud njihove osebne stvari izselt, a ne, sobe majo urejene po pač svoje, po domače, s svojimi osebnimi predmeti, slikami, ne vem, tepihi, karkol, a ne. Vse je mogl it ven, če je bla tam rdeča cona potem, in s tem se jst nism mogu, nism mogu sprjaznt. Še danes mi grejo kar malo kocine pokonc, no, ko se spomn, kako smo tist dan do poznega večera vzpostavljajl vsi rdečo cono. (socialni delavec, fokusna skupina 2021)

Nepripravljenosti na izredne razmere, pomanjkanje osebja in kvalitetne organizacije so prispevali k dramatičnosti in kaotičnosti: »Ampak mi smo sivo cono delal direkt na negovalnem oddelku, kjer smo mel polno, in točno iz tam ven smo mogli mi ven ljudi selit. Pa bom rekla zdaj grdo, ampak glih tam – kamor je padlo, kjer je bil prostor.« Druga je povedala:

Kar se pa tiče teh selitev, ja, pol je blo tko hudo, recimo vsaj jaz sem tko doživljajla, ko sem hodila po domu, pa mi smo mel potem nameščene stanovalce

v glavni jedilnici, pa v eni manjši jedilnici, ki je zastekljena, sej bla prelepljena pol, [...] pa v fizioterapiji, in v bistvu k je bla huda situacija, k smo mel okužbe, smo vsi dirkal, a ne, takrat so tudi vsi jedli po sobah, vsi smo delal vse, vsi smo nosil hrano, pospravljaj, kavo nosil, ni da ni. In si hodu mimo teh obrazov, k si šou in si vidu čez steklo, vse te preseljene stanovalce, ki so bli preventivno preseljeni, da smo lahko gor mel sivo cono pa rdečo cono, pa to, a ne. In si jih gledal tam na postlah in mi je zmer znova hodil po glavi tko: preselil smo jih, vsi šibajo sem pa ke, vsi šibajo, vse je nujno, vsem se mudi, premalo kadra, vsi samo šibamo. Ali nas ne bi moglo biti neki takih, mogoč kakšna socialna delavka, ki bi šla do teh ljudi, sam tolk, da postoji pr njih, da se jih dotakne, vsaj prime za roko, pove, razloži kakšno besedo, a ne. K to je vse na horuk. Ne vem, tle je men blo težko, no, ko sem hodila mim in vidla tiste zaprepadene obraze, a ne, k, k ... čutš, da kličejo po, po pozornosti, k vidš strah, zmedenost, kaj se dogaja, kok časa bo še tko. (socialna delavka, fokusna skupina 2021)

V enem od domov so selitvam nasprotovali, da bi zaščitili stanovalce pred posledicami selitev:

Mi smo mel en tak resen sestanek, so ble te koordinatorke zraven, one so s to idejo pršle, ampak, mi smo se potem, po tem sestanku mal umaknl – direktorca, glavna sestra in jst in sva rekle: »Uprl se bomo.« Ampak morm rečt, da so bli grozni pritiski takrat, no, mi smo se, mi smo dejansko rekl: »Ne, te selitve ne bomo nardili, pa tud tko ne bomo selili znotraj hiše stanovalcev.« (socialna delavka, fokusna skupina 2021)

Kot najbolj travmatična izkušnja socialnih delavk se je izkazal drakonski ukrep prepovedi slovesa svojcev in sostanovalcev ob umiranju in prepoved obiska mrtveca (»na začetku aprila, te niti teh niso smeli priti – mrtvih ne pogledat«):

[M]i smo mel julija okužbo pa avgusta. Od takrat, no, tuki je pa naša domska zdravnica – žal ni dovolila, da bi se poslovil. Tko da tuki je blo grozn, no, pač. Ena gospa mi je ostala v spominu. Ko je v bistvu čakala, je bla v sivi coni, čakala je na rezultat brisa, sicer je bla negativna, gospa – svojka je bla

že tuki, smo se pač nekak dogovoril, da bi pršla, kot paliativa naj bi blo dovoljeno, ampak se je zdravnica pol z njo dogovorila in je ni pustila gor. Tko da tole mi je blo pa grozno. Tko da ... (socialna delavka, fokusna skupina 2021)

Tudi v takšnih primerih so socialne delavke v skladu s socialno delovno etiko ponekod ravnale zagovorniško in se pri zdravstveni službi posebej zavzele, da je prišlo do obiska:

[P]otem je gospod hodil, večkrat na teden je prišu h gospe, sicer čisto oblečen v zaščitno opremo – vizir, rokavice, ampak tisti dotik – najprej smo rekli brez dotikov, ne, potem pa sta se začela tam dotikat, ker je itak zelo čustven gospod. Ker smo se spraševali, kako bi se mi počutili, ker gospa se je dejansko poslavljala in potem je čez nekaj časa tudi umrla. Kako, kako bi se počutili po tem, kako bi pogledali človeku v oči, da mu ne bi mogli omogočit tega, da bi vidu svojo ženo, k sta bila tako navezana. (socialna delavka, fokusna skupina 2021)

Socialne delavke so ves čas tehtale med strogimi ukrepi, njihovimi učinki in posledicami za stanovalce, svojce in tudi za njih same:

[M]islilim ... men osebno se zdi hujš živēt s tem, da nismo omogočil obiska nekomu, k umira, dostojne poslovitve svojca od njega, kokr da bi, ne vem, zavaroval druge stanovalce ... sej smo jih ... mi smi ugotovili, če se ti držiš osnov, je prenos zlo težak in ne vem, ... men to ni normalno ... mi smo to dovolil ... na skrivaj. (socialna delavka, fokusna skupina 2021)

7 Konec

Iz predstavljenega raziskovalnega materiala je mogoče spoznati, da so se socialne delavke in delavci soočali s številnimi etičnimi dilemami in da strokovne klime, ki bi omogočala transdisciplinaren razmislek o tem, kako preprečiti širjenje virusa SARS-Cov-2 ter ohraniti raven dostojanstva ljudi v socialnovarstvenih ustanovah, ki so že tako ali tako prostori, kjer ni izbir in samodeterminacije, ni bilo.

V obdobjih relativnega miru in blagostanja malo ljudi razmišlja o biotičnih dilemah, ki so bile popisane, in še manj o tem, kako so te odvisne od razumevanja človekovih pravic ter socialnih, zdravstvenih, kulturnih in ekonomskih politik. Pogosto šele izredne razmere zares razkrijejo obstoječe hierarhije in neenakosti vzdolž predsodkovnih prepričanj in ideologij, npr. starizma in ableizma. Pomanjkanje sodelovalnega odnosa med strokami in odsotnost transdisciplinarnega pogleda na potrebe ljudi v socialnovarstvenih ustanovah se izkažejo kot kritičen primanjkljaj. V Sloveniji so izredne razmere ponovno opozorile, da potrebujemo resničen premik od varovalnega, polmedicinskega okolja dolgotrajnih zajetij k človeku prijaznim skupnostnim službam, kjer bo osebje na transdisciplinaren način krepilo samoodločanje posameznic in posameznikov ne glede na njihovo starost in oviranost. Potrebujemo manjše enote za bivanje starih ljudi in ljudi z ovirami ter osebje, ki bo prejelo robustno supervizijsko podporo za detravmatizacijo tako osebja kot stanovalcev, saj je oboje epidemija prizadela bolj kot večino prebivalstva. Potrebna sta hitrejša in kreativnejša iskanje odgovorov v neobičajnih situacijah in solidna pripravljenost, preden izredne razmere nastopijo.

Literatura

- Abrams, Thomas, and David Abbott. »Disability, Deadly Discourse, and Collectivity amid Coronavirus (COVID-19).« *Scandinavian Journal of Disability Research*, 22, no. 1 (2020), 168–174.
- Aly, Goetz. Die Belasteten. »Euthanasie«, 1939–1945, *Eine Gesellschaftsgeschichte*, Frankfurt: S. Fischer, 2013.
- Anonymous. »Covid-19: Italian nursing home creates Hug Room.« *Wanted in Milan*. 12. november 2020. <https://www.wantedinmilan.com/news/covid-19-italian-nursing-home-creates-hug-room.html>
- Bagenstos, Samuel R. »Who Gets the Ventilator? Disability Discrimination in COVID-19 Medical-Rationing Protocols.« *The Yale Law Journal Forum*. 27. maj 2020.
- Banks, Sarah and Cai, Tian and de Jonge, Ed and Shears, Jane and Shum, Michelle and Sobočan, Ana M. and Strom, Kim and Truell,

- Rory and Úriz, María Jesús and Weinberg, Merlinda. »Practising ethically during COVID-19: Social work challenges and responses.« *International Journal of Social Work*. 63:5, 569–583, 2020.
- Briški, Lora, Matjaž Ambrož in Renata Salecl. »Koga reševati v času pandemije? Etični in kazenskopравни vidiki triaže.« *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 71, no. 3 (2020): 183–193.
- Cergol Paradiž, Ana. *Evgenika na Slovenskem*. Ljubljana: Sophia, 2015.
- Chen, Bo and Marie McNamara. »Disability Discrimination, Medical Rationing and COVID-19.« *Asian Bioethics Review*, 12 (September 2020): 511–518. <https://doi.org/10.1007/s41649-020-00147-x>
- Clarke, Rachel. »‘Do not resuscitate’ orders have caused panic in the UK. Here is the truth.« *The Guardian*, 8. april 2020. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/apr/08/do-not-resuscitateorders-caused-panic-uk-truth>.
- Committee on the Rights of Persons with Disabilities. »Concluding observations on the initial report of Slovenia.« *CRPD*, 16. april 2018. <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2fPPRiCAqhKb7yhsiV%2bq2wB82cxwr-VotBOWJsoWAUSWNqtykKMEtURxvZ0CNkBX8rxIf9hTyugdQKLO5L6%2fS0srzEUsgCntqOX4Avdq8G5T0e%2blNO1%-2fAWIH8BHG>
- Crowther, Neil, Gerard Quinn, and Alexandra Hillen-Moore. »Opening up communities, closing down institutions: Harnessing the European Structural and Investment Funds.« *Structural Funds Watch*. https://eustructuralfundswatchdotcom.files.wordpress.com/2017/11/cle-sfw_opening-up-communities-november-2017_final.pdf
- Davis, Lennard J. (ed.). *Disability Studies. Reader*. London: Routledge, 1997.
- Disability Rights Monitor. *Disability Rights during the Pandemic. A global Report on findings of the Covid-19*. 2020. <https://covid-drm.org/assets/documents/Disability-Rights-During-the-Pandemic-report-web.pdf>.
- Fins, Joseph J. »New York State Task Force on Life and the Law Ventilator Allocation Guidelines: How Our Views on Disability Evolved«, *The Hasting Centre*, 7. april 2020. <https://www.thehastingscenter>.

- org/new-york-state-task-force-on-life-and-the-law-ventilator-allocation-guidelines-how-our-views-on-disability-evolved/
- Flaker, Vito. »Corona virus institutionalis – kronski institucionalni virus.« *Socialno delo*, 59, no. 4 (2020): 307–324.
- Foucault, Michel. *History of Madness*. Abingdon: Routledge, 2006.
- Foucault, Michel. *Rojstvo biopolitike. Kurz na College de France: 1978–1979*. Ljubljana: Krtina, 2015.
- Goggin, Gerard and Katie Ellis. »Disability, communication, and life itself in the COVID-19 pandemic«, *Health Sociology Review*, 29, no. 2 (2020): 168–176.
- Iacono, Teresa, Christine Bigby, Jacinta Douglas, and Jo Spong. »A prospective study of hospital episodes of adults with intellectual disability.« *Journal of Intellectual Disability Research*, 64, no. 5 (2020): 357–367.
- ITV News. »Apology after patients with life-limiting illnesses asked to sign ‘do not resuscitate’ form if they get coronavirus.« *ITV News*, 1 April 2020. [https://www.itv.com/news/wales/2020-04-01/surgery-askspatients-](https://www.itv.com/news/wales/2020-04-01/surgery-askspatients)
- Jager, Vasja. »V domovih za starejše obstajajo sezname odpisanih, ki ne smejo priti v bolnišnico.« *Mladina*, 15. maj 2020. <https://www.mladina.si/198377/v-domovih-za-starejse-obstajajo-seznami-odpisanih-ki-ne-smejo-priti-v-bolnisnico/>.
- Keber, Dušan. »Tudi za človečnost gre.« *Dnevnik*. 13. junij (2020): 20.
- Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko [KME]. *Stališče Komisije RS za medicinsko etiko o odločanju zdravnikov v zvezi z vključevanjem respiratorjev v zdravljenje hudo prizadetih bolnikov z boleznijo, povzročeno z virusom SARS-CoV-2*. 24. marec 2020. KM_C364e-20200330112916 (gov.si)
- Kovač, Vanja. »Odločitev, da se bolne in okužene zadrži v domovih, je bila slaba in ima tragične posledice.« *MMC RTV SLO*, 23. maj 2020. <https://www.rtvsllo.si/zdravje/novi-koronavirus/odlocitev-da-se-bolne-in-okuzene-zadrzi-v-domovih-je-bila-slaba-in-ima-tragicne-posledice/524860>
- National Bioethics Committee, Republic of San Marino. *Answer to the requested urgent opinion on ethical issues regarding to the use of invasive*

assisted ventilation in patients all age with serious disabilities in relation to covid-19 pandemic, 16. marec 2020.

- Ne'eman, Ari. »Do New York State's ventilator allocation guidelines place chronic ventilator users at risk? Clarification needed.« *The Hastings Centre*, 3 april 2020. <https://www.thehastingscenter.org/do-new-york-states-ventilator-allocation-guidelines-place-chronic-ventilator-users-at-risk-clarification-needed/>
- Pečarič, Elena. *Svoboda dihanja*. Ljubljana: KUD AAC Zrakogled, 2021.
- Sabatello, Maya, Teresa Blankmeyer Burke, Katherine E. McDonald and Paul Appelbaum, S. »Disability, Ethics, and Health Care in the COVID-19 Pandemic«, *American Journal of Public Health*, 110, no. 10 (2020): 1523–1527.
- Scully, Jackie L. *Disability Bioethics: Moral Bodies, Moral Difference*. Lanham, Boulder, New York, Toronto: Rowman & Littlefield Publishers, 2008.
- Shakespeare, Tom (ed.). *The Disability Reader: Social Science Perspective*. London: Cassell, 1998.
- Steinberg, Avraham, Ephrat Levy-Lahad, Tami Karni, Noam Zohar, Gil Siegal, Charles L. Sprung, and the Israel National Bioethics Council and the Ethics Bureau of the Israel Medical Association and Representatives from the Israeli Ministry of Health. »Israeli Position Paper: Triage Decisions for Severely Ill Patients During the COVID-19 Pandemic. Joint Commission of the Israel National Bioethics Council, the Ethics Bureau of the Israel Medical Association and Representatives from the Israeli Ministry of Health.« *Rambam Maimonides Medical Journal*, 11, no. 3, 2020.
- Šumskienė, Egle and Urte Orlova. »Sexuality of 'Dehumanized People' across Post-Soviet Countries: Patterns from Closed Residential Care Institutions in Lithuania.« *Sexuality & Culture. An Interdisciplinary Quarterly*, 18, no. 4 (2014): 369–387.
- Whitehead, Joanna. »Italian care home installs plastic curtains for residents to cuddle loved ones.« *Independent*, 13. november 2020. <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/care-home-residents-pensioners-covid-social-distancing-b1722314.html>

- Zaviršek, Darja, Gašper Krstulović, Vesna Leskošek, Petra Videmšek, Monika Bohinec, Elena Pečarič, Natalija Jeseničnik in Klaudija Popropat. *Analiza sistema institucionalnega varstva in možnosti nevladnih organizacij zagotavljati storitve v skupnosti za uresničevanje deinstitucionalizacije v Sloveniji*. Ljubljana: YHD, 2015. http://www.mju.gov.si/fileadmin/mju.gov.si/pageuploads/JAVNA_UPRAVA/NVO/FP_2007-2013_-_dosezki/MDI_Analiza_final.pdf
- Zaviršek, Darja. 'Those Who Do Not Work Shall Not Eat!' A Comparative Perspective on the Ideology of Work within Eastern European Disability Discourses. V: Rasell, M., Iarskaia-Smirnova, E., *Disability in Eastern Europe and the Former Soviet Union*. London, New York: Routledge, 2014.
- Zaviršek, Darja. »(Ne)plačano delo med prisilo in pravico, med prekarnostjo in samopotrditvijo.« V: Dušan Rutar (ur.), *Egalitarne simbolizacije življenja s posebnimi potrebami*. Kamnik: Cirius Kamnik, (2018): 141–170.
- Zaviršek, Darja. »Delayed deinstitutionalisation in post-socialism.« *European Journal of Social Work*, 20, no. 6, (2017): 834–845.
- Zaviršek, Darja. »Opredelitev hendikepa in razvoj študija hendikepa v socialnem delu: mednarodna perspektiva.« v Študij hendikepa v državah postsocializma in v *jugovzhodni Aziji, posebna številka. Socialno delo*, 53, no. 3–5 (2014): 133–146.
- Zaviršek, Darja. »Solidarnost in krutost v času korone.« *Dnevnik, Objektiv*, 11. april 2020. <https://www.dnevnik.si/1042926880>.
- Zaviršek, Darja. »The remembrance viod of survivors of long-stay institutions during socialism.« In: Mayrhofer, Hemma, Gudrun Wolfgruber, Katja Geiger, Walter Hammerschick, Veronika Reidingner (eds.), *Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in der Wiener Psychiatrie von 1945 bis 1989*. Wien: LIT, (2017): 603–613. http://www.irks.at/assets/irks/Publicationen/Forschungsbericht/Kinder_Jugendliche_Behinderungen_Psychiatrie.pdf
- Zaviršek, Darja. *Hendikep kot kulturna travma*. Ljubljana: Cf*, 2000.
- Zaviršek, Darja. *Skrb kot nasilje*. Ljubljana: /cf*, 2018.

O avtorici:

Darja Zaviršek je sociologinja in redna profesorica na Fakulteti za socialno delo, kjer je vodja Katedre za socialno vključevanje in pravičnost. V svojem raziskovalnem delu se ukvarja predvsem s študijami hendikepa in duševnega zdravja, z nasiljem nad ženskami ter s študijami družbenih neenakosti, zgodovine socialnega dela in zgodovine žensk. Izdala je številne zbornike in monografije, med drugim *Ženske in duševno zdravje* (1994), *Hendikep kot kulturna travma* (2000), *Notranje in mednarodne posvojitve: od osebnih izkušenj do dobre prakse* (2012) in *Skrb kot nasilje* (2018).

Doživljanje triažiranja, zdravstvene in socialno oskrbe stanovalcev v domovih za starejše v prvem valu epidemije – skupinski intervju s svojci

Brigita Skela Savič

1 Uvod

V letu 2020 se je ves svet in s tem tudi Evropa soočil z epidemijo covid-19. Za Evropo epidemije niso ravno praksa, s katero bi imeli veliko izkušenj, zato so se vlade in zdravstveni sistemi evropskih držav zelo različno odzivali. Chaudhry et al. so naredili eksplorativno analizo odzivov na epidemijo v 50 državah s takrat največjo incidenco okužb s covidom-19, da bi prepoznali dejavnike, ki so povezani s smrtnostjo in drugimi izidi okužb s covidom-19.¹ Raziskava je pokazala, da so breme epidemije in izidi pri obolelih tesno povezani z nacionalno pripravljenostjo za obvladovanje epidemije, zmožnostmi za testiranje in zdravstvenimi značilnostmi populacije. Kot ključni dejavniki učinkovitosti upravljanja epidemije so se izkazali: stopnja razvitosti javnega zdravstvenega sistema, zmogljivosti zdravstvenega sistema, zdravje populacije, socialno-ekonomski dejavniki in vladni ukrepi. Spremenljivke razvitosti so bile: denar za zdravstvo, vlaganja v infrastrukturo, investicije v nove kapacitete, kadrovske zmogljivosti, zbiranje podatkov in analitične zmogljivosti le-teh, zmogljivosti laboratorijske diagnostike, sposobnost spremljanja izbruhov okužbe, epidemiološko sledenje in ukrepanje, zdravje populacije in socialno-ekonomski dejavniki zdravja.

¹ Chaudhry, Rabail, et al., »A country level analysis measuring the impact of government actions, country preparedness and socioeconomic factors on covid-19 mortality and related health outcomes,« *EClinical Medicine* 25 (2020): 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100464>

V poročilu OECD »The territorial impact of Covid-19: Managing the crisis across levels of government«² izpostavijo pomen družbenih vidikov obvladovanja epidemije covid-19, kjer na prvo mesto postavijo komuniciranje epidemije z državljani, med politiki in različnimi družbenimi sektorji, z zdravstvenimi delavci in ranljivo populacijo (hudo bolni, starejši, svojci obolelih). Sledijo pravočasni preventivni, zaščitni in vzdrževalni ukrepi, omogočanje testiranja in obvladovanje zmogljivosti le-tega. Vodenje in koordinacija epidemije s strani vlade je ključna, prav tako regionalna povezanost in razumevanje socialne distance. Doseči je treba smiselnost lokalnih in nacionalnih omejitev gibanja, zaporo storitev idr. S takim pristopom bi naj bila epidemija vodena na način, da je zdravstvena obravnava okuženih pod kontrolo ter državljani potrebne ukrepe razumejo in jih upoštevajo. To omogoča, da je zdravstvena obravnava dostopna tudi vsem drugim, akutno ali kronično bolnim, ki imajo lahko omejen dostop do zdravstvenih storitev zaradi preobremenitev zdravstva z epidemijo. Pomembno je tudi zagotavljanje preventivnih programov, ki so se izvajali pred epidemijo.

Ključno vlogo pri obvladovanju preobremenitev zdravstvenega sistema ob epidemiji, poleg že navedenih dejavnikov, odigra triažni sistem, tako za obolele s covidom-19 kot tudi druge akutno ali kronično bolne v času epidemije. Triaža je kompleksen proces, za katerega je nujno ustrezno načrtovanje in priprava zdravstvenega tima ter zdravstvenega sistema. Ne glede na zahtevnost obremenitev zdravstvenega sistema mora ohranjati osnovna etična načela socialne pravičnosti, neškodovanja ljudem, spoštovanje ljudi in njihovega dostojanstva ter biti osnovana na resničnih podatkih. Triaža mora biti podprta v zdravstvenem sistemu in imeti zaupanje v družbi. Zagotavljati mora, da se zdravstveno ustrezno obravnava vse paciente, tudi tiste, ki ne morejo dobiti nujno potrebnih intervencij, potrebujejo pa podporno zdravljenje ali paliativno oskrbo. Triažo mora izvajati usposobljeno zdravstveno osebje, spremljati jo morajo: načrt triaže, podporni protokoli, infrastruktura in prilagojeni delovni procesi,

² OECD. »The territorial impact of covid-19: Managing the crisis across levels of government,« Last updated November 10, 2020. https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=128_128287-5agkk-jaaa&title=The-territorial-impact-of-covid-19-managing-the-crisis-across-levels-of-government&_ga=2.74028562.1653088040.1631392600-1309552568.1631392596

zagotoviti je treba pravne in regulatorne vidike triaže.^{3, 4} Epidemija covid-19 je močno opozorila na etično ravnanje pri izvajanju triaže zlasti pri ranljivih skupinah, kot so okuženi stanovalci v domovih za starejše, bolni starejši na domu, kronično bolni in drugi ranjivi.^{5, 6} Vprašanje, kdo dobi zdravstveno obravnavo in kdo ne, ko je različnih resursov premalo, potrebe po zdravstveni obravnavi pa velike, je postalo družbeno pomembno in odmevno vprašanje. Kenneth et al.⁷ so pri triaži opredelili tri koncepte: 1) triaža zaradi nezadostnih resursov, 2) distribucija, razpoložljivost in zadostnost resursov, 3) dodelitev zdravstvene obravnave glede na vse resurse v zdravstvenem sistemu. Jöbges et al.⁸ so naredili pregled nacionalnih dokumentov o triaži in etičnih smernicah za njeno izvajanje. Smernice morajo biti jasne, konsistentne, prenosljive v prakso z upoštevanjem različnih kontekstov v kliničnih okoljih. Avtorji opredelijo deset ključnih usmeritev za etično delovanje ob izvajanju triaže:

PRAVIČNOST – Sprejemanje odločitev o triaži mora temeljiti na pravičnosti in maksimiranju koristi, ki naj vključuje vse paciente, s covidom-19 ali brez. Diskriminacija glede na starost, raso, oviranost, spolno orientacijo, vero, zavarovalni status, premoženje, socialni status idr. ni dovoljena. Posebno skrb je treba nameniti ranljivim skupinam (starejši, manjšine, ljudje z oviranostmi). Odločanje z vidika življenjskega cikla je lahko zelo problematično. Maksimiranje koristi mora biti jasno

³ Christian, Michael D., Charles L. Sprung, Mary A. King, Jeffrey R. Dichter, Niranjana Kissoon, Asha V. Devereaux, Charles D. Gomersall and Task Force for Mass Critical Care. »Triage: Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement,« *Chest* 146 (4 Suppl 2014): e61S–e74S. [10.1378/chest.14-0736](https://doi.org/10.1378/chest.14-0736).

⁴ Maves, Ryan C., James Downar, Jeffrey R. Dichter, John L. Hick, Asha Devereaux, James A. Geiling, Niranjana Kissoon, et al. »Triage of scarce critical care resources in covid-19 An implementation guide for regional allocation: An expert panel report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians,« *Chest* 158, no. 1 (July 2020): 212–25. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.063>.

⁵ Dorritie, Richard, Denise D. Quigley, Mansi Agarwal, Aluem Tark, Andrew Dick, in Patricia W. Stone. »Support of nursing homes in infection management varies by US State Departments of Health,« *Journal of Hospital Infection* 105, no. 2 (2020): 258–64.

⁶ Davidson, Patricia M. and Sarah Szanton. »Nursing homes and covid-19: We can and should do better,« *Journal of Clinical Nursing* 29 (2020): 2758–9. <https://doi.org/10.1111/jocn.15297>

⁷ Iserson, Kenneth V. in John C. Moskop. »Triage in medicine, part I: concept, history, and types,« *Annals of Emergency Medicine* 49, no. 3 (2007): 275–81. [10.1016/j.annemergmed.2006.05.019](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.05.019).

⁸ Jöbges, Susanne, Rasita Vinay, Valerie A. Luyckx in Nikola Biller-Andorno. »Recommendations on covid-19 triage: international comparison and ethical analysis,« *Bioethics* 34, no. 9 (2020): 948–59. <https://doi.org/10.1111/bioe.12805>.

definirano v različnih fazah pomanjkanja resursov. Kriteriji naj bodo oblikovani na kriterije prvega (kratkoročno preživetje) in drugega reda (dolgoročno preživetje). Znakovno označevanje pacientov se odsvetuje.

PROTOKOL – Omogočiti jasen proces odločanja skozi nedvoumne kriterije in triažni protokol, transparentno odločanje, dokumentiranje odločanja in možnosti pritožbe.

ODGOVORNOSTI – Določiti odgovornosti za jasno prevzemanje in komuniciranje odločitev.

SPREMLJANJE RESURSOV – Določiti procedure za ločevanje različnih nivojev pomanjkanja resursov in poti odločanja v teh primerih.

KRATKOROČNO IN DOLGOROČNO PREŽIVETJE – Konsistentno spremljanje kratkoročnega in dolgoročnega preživetja s postavljenimi medicinskimi kriteriji, testi in validiranimi napovednimi orodji.

VREDNOTENJE RESURSOV – Redno ponovno vrednotenje razpoložljivih resursov, ki vključuje vse dosegljive resurse in oceno stanja v kliničnih okoljih, izvaja naj ga neodvisni triažni odbor.

VKLJUČITEV PACIENTA – Upoštevanje želja pacientov pri kliničnem odločanju, spoštovanje odklonitve intenzivnega zdravljenja. Informacije o pričakovanih izidih zdravljenja in bremenih zdravljenja morajo biti pacientu oziroma njegovemu zastopniku ali skrbniku povedane vnaprej.

PALIATIVNA OSKRBA – Zagotoviti dostopnost paliativne in druge podporne oskrbe, ko jo pacient potrebuje.

ZAŠČITA ZA ZDRAVSTVENO OSEBJE – Zagotoviti ustrezno zaščito za zdravstveno osebje, ki deluje v fizičnih in psihološko stresnih situacijah.

EVALVACIJA TRIAŽE – Recenzija in evalvacija smernic za triažo med epidemijo in po njej s ciljem prepoznati priložnosti za izboljšanje in zaupanje v smernice.

Tudi v Sloveniji je potekalo triažiranje obolelih za covidom, katerega namen je bil preprečiti kolaps zdravstvenega sistema. V javnosti je zelo odmevalo vnaprejšnje triažiranje v domovih za starejše, o izvedbi katerega je tekla tudi razprava v Državnem zboru v okviru Odbora

za zdravstvo. Na izvajanje »tihega triažiranja« so opozarjali druženje za dostojno starost – Srebrna nit in posamezni družbeno aktivni državljani. Pleterski⁹ je v Sobotni prilogi časopisa Delo v članku »Koronavirus, zdravniški paternalizem in prazne bolniške postelje« javno analiziral in komentiral izvedbo triaže in ravnanja, ki so zmotila triažirane, njihove svojce in družbo.

Namen naše raziskave je bil ugotoviti, kako so svojci bivaajočih v domovih za starejše dojeli in razumeli izvedeno triažiranje ter zdravstveno in socialno oskrbo v prvem valu epidemije.

2 Metode

Uporabljena je bila kvalitativno raziskovalna paradigma, podatki so bili zbrani s tehniko skupinskega intervjuja in obdelani po metodi tematske analize. Skupinski intervju uporabimo, ko želimo dobiti podatke za strateško načrtovanje, zanimajo nas mnenja in odgovori na že vnaprej pripravljena izhodiščna vprašanja. Udeleženci se lahko med seboj poznajo, kar poveča interakcijo med njimi in moderatorjem. Razpravo moderira moderator, ki temo razprave dobro pozna.¹⁰ Green in Thorogood¹¹ to poimenujeta naravna skupina, ki raziskovalni problem pozna, moderator ima možnosti, da zazna kulturno dinamiko o razpravljanjih temah in odzive iz prakse, kar oblikuje tudi potek skupinskega intervjuja in obdelavo podatkov.

Opis poteka raziskave

Skupinski intervju je potekal v eni sekvenci, dne 19. 8. 2020 v Ljubljani. Društvo Srebrna nit združenje za dostojno starost je organiziralo okroglo mizo o razmerah v domovih za starejše, na katerega je povabilo svojce, ki se na združenje obračajo z željo, da bi uredili probleme, zaznane v zdravstveni in socialni oskrbi v domu za starejše, kjer imajo

⁹ Pleterski, Andrej. »Koronavirus, zdravniški paternalizem in prazne bolniške postelje.« *Delo*, julij 11, 2020. <https://www.delo.si/sobotna-priloga/koronavirus-zdravniski-paternalizem-in-prazne-bolniške-postelje/>.

¹⁰ Kumar, Ranjit. *Research methodology: step-by-step guide for beginners*. 3rd ed. London, etc.: Sage Publications, 2011. pp. 123–9, 171–3.

¹¹ Green, Judith and Nicki Thorogood. *Qualitative Methods for Health Research*. London, New Delhi: Sage Publications, 2004. pp. 107–29, 173–200.

starše ali druge sorodnike. Pogovor sta moderirali dve moderatorki, ki sta si pripravili izhodiščna vprašanja in v ta vprašanja vključili tudi pisne pozive svojcev, ki se na povabilo niso mogli odzvati. Prav tako sta moderatorki pozvali prisotne svojce, da že prej zapisano izkušnjo delijo z ostalimi. Pred začetkom smo sodelujoče ustno povabili, naj podajo soglasje k snemanju izrečenega s ciljem, da bi lahko zajeli celovito sliko izpovedi, izkušenj in doživljanj in jih tudi obdelali v raziskovalne namene. Vodili smo pisni seznam udeležencev, ki so privolili v snemanje izrečenega. Udeležence smo seznanili z anonimnostjo pri obdelavi podatkov, prostovoljno vključenostjo. Sodelujoči v raziskavi so podali ustno strinjanje s snemanjem izrečenega. Nobeden od vključenih v razpravo ni odklonil snemanja.

Opis sodelujočih

Uporabili smo priročni vzorec. Na povabilo, da spregovorijo o svojih izkušnjah in doživljanju, se je odzvalo 24 svojcev. Kumar¹² pravi, da je izbor vzorca pri skupinskem intervjuju odgovornost raziskovalca, ki naj sledi namenu, to je obravnavi strateške teme. Pomembno je, da vključeni področje poznajo in je zajet širok spekter raziskovancev, ki so s področjem razprave povezani.

Opis obdelave podatkov

Iskali smo skupne vsebine v celotnem setu podatkov intervjujev in teme oblikovali na osnovi primerjav in nasprotij v izrečenem med raziskovanci. Sledili smo pristopu tematske analize besedila avtorjev Gomm¹³ ter Green in Thorogood¹⁴, ki pravijo, da se raziskovalec odloči, kaj bo štelo kot dokaz za oblikovanje tem. Končne teme so lahko inspirirane tudi z idejami raziskovalca in najpogosteje izhajajo iz predhodnega raziskovalnega dela obravnavanega raziskovalnega problema. Pri tem je potrebna reflektivna drža raziskovalca.

¹² Kumar, *Research methodology: step-by-step guide for beginners*, 123–9, 171–3.

¹³ Gomm, Roger. *Social research methodology: a critical introduction*. 2nd ed. New York: Palgrave Macmillan, 2008, pp. 239–67.

¹⁴ Green in Thorogood, *Qualitative Methods for Health Research*, 107–29, 173–200.

Na osnovi opisanih usmeritev smo najprej prečistili transkript, tako da smo vključili le vsebinsko razumljivo izrečeno besedilo. Transkript smo oblikovali v žensko slovnično obliko, ker je bilo razmerje spolov v obeh skupinah v korist žensk. Izbrisali smo vse navedbe krajev in ustanov, različnih organov, mašila, ki so jih uporabljali posamezniki, idr. S tem smo zagotovili anonimnost pri neposredni rabi izrečenega. Enota kodiranja je bila izrečena misel ali izrečeno stališče posameznega govorca na določeno temo. Če je govorec govoril o več temah, smo izrečeno kodirali ločeno glede na temo. Pri kodiranju smo uporabili tehniko tematskega kodiranja,¹⁵ zato smo kode oblikovali večbesedno, s ciljem opisa ključne vsebine povedanega, kar imenujemo odprto opisno kodiranje. Omogočilo nam je, da smo lahko kategorije kot nadpomenke kod ravno tako oblikovali na vsebinski ravni in iz njih razvili ključne ugotovitve intervjujev, ki smo jih podali v obliki tem. V prispevku ne prikazujemo celotnega procesa obdelave podatkov.

3 Rezultati

V okviru analize besedila smo v obdelavo vključili 69 citatov udeležencev in oblikovali 22 kategorij in 8 tem. Vsak citat je uporabljen samo enkrat. V tem prispevku predstavljamo 5 tem, ki smo jih oblikovali z vključitvijo 40 citatov in 14 kategorij. V tabeli 1 predstavljamo najbolj reprezentativne citate, razvoja kod in tem. Sinteza tem nam da naslednji dve vsebinski sporočili oziroma sodbi v jeziku kvalitativnih raziskovalcev:

- paternalizem oblasti in medicinske stroke do stanovalcev in problematike v domovih,
- ogrožanje zdravja in kakovosti življenja stanovalcev v domovih (zdravih in bolnih).

Sinteza je prikazana v tabeli 2.

¹⁵ Gomm, *Social research methodology: a critical introduction*, 239–67.

Tabela 1: Reprezentativni citati, razvoja kod in tem

Izrečeno (dokazi)	Kategorije	Teme
»Če pa se karkoli ugotavlja in ljudi razvršča v paliativno oskrbo, je pa to treba narediti v skladu z obstoječo zakonodajo z vednostjo tako stanovalcev kot tudi svojcev.«	Triaža na daljavo	Triaža brez avtonomije triažiranih
»Mi imamo polna usta neke skrbi za nekoga, od evtanazije je greh, se boš moral it skor spovedat, ampak delamo pa jo na daljavo.«		
»Ko smo vidli, kaj so delali ti koordinatorji, vsaj v nekaterih domovih, kljub temu da se to ni priznalo, smo se enostavno odločili, da ne dovolimo vpogleda v kartoteke ...«	Nezaupanje v triažiranje	
»Domskim zdravnikom, oni lahko te stvari ..., ker pozna stanje, pozna zdravstvene težave stanovalcev, on bo najbolj tisti, ki bo vedel, koga bo napotu v bolnišnico, koga ne bo napotu v bolnišnico«		
»Zahtevamo od ministrstva, da se ti listi umaknejo ...«	Priznanje vnaprejšnjega	
»Da ministrstvo prizna, v katerih domovih se je to delalo, ker v nekaterih se ni, in ministrstvo ima te podatke in da potem zahteva, da se ti listi umaknejo.«	triažiranja in umik triažnih obrazcev	
»To, kar se je počelo in se ne bi smelo početi in tega še vedno ne priznajo, da se je delalo mimo stanovalcev, mimo porotnikov.«	Kršena avtonomija stanovalcev	
»No, in tu se mi postavlja neko načelno vprašanje, kot sem razumela, je nek resen problem z zastopnostjo in sposobnostjo izvajanja avtonomije, ki pač pritiče državljanu.«		

»Imam občutek, da so to covid situacijo izrabil zato, da so si olajšal delo, da so šli na dopuste, ker so uvedli 100-odstotno karanteno zaprtja doma, potem ko v našem mestu 59 dni ni bilo okuženega človeka, oni so pa šli pa zapirat bajto.«	Neutemeljene zapore domov	Ignoriranje vloge svojcev
»Socialna delavka se strinja, da ne morejo zdravim ljudem prepovedat gibanja in met stike, ampak to je šlo tako, da meni je prepovedano pridt v dom, medtem ko ljudje, ki so na stanovanjskem oddelku, srečujem po trgovinah v mestu.«	Svojci kot opora in ne grožnja	
»Svojci so marsikaj naredili tudi namesto njih v tistem času. In povejte mi, kateri svojec bo ogrožal svojega človeka v domu? Da se ne bo držal teh ukrepov, da ne bo pač prihajal okužen oziroma boln?«	Nedopustno omejevanje stikov s svojci pri poslabšanjih	
»Skrivanje ta starih pred covidom je umiranje za šipo za vrati in se nehajmo farbat.«	»Ministrstvo za zdravje naj navodila dopolni, da so izjeme tudi za tiste osebe, katerim bi se poslabšalo psihično stanje, če nam ne dovolijo obiskov.«	
»Moja mami je cele dneve govorila z mano, včeraj prvič ni spregovorila besede, samo tko je nardila, zakaj jo ne primem, zakaj sem dve mize stran, odzuni sva sedele, ne govorijo, tišina je, ko jagenjčki obmolknejo. To je hiša groze.«		
»Ministrstvo za zdravje naj navodila dopolni, da so izjeme tudi za tiste osebe, katerim bi se poslabšalo psihično stanje, če nam ne dovolijo obiskov.«		

»Moja mama, ko je prišla v dom, je bila še v demenci, ki je bila obvladljiva, danes je nepokretna.«	Poslabšanje zdravstvenega stanja dementnih	Poslabšanje kakovosti življenja in zdravstvenega stanja preživelih
»Mama, če se dovolj z njo ukvarjam, je lepo odzivna, v tistem času dveh mesecev, ko je bil pa dom zaprt, je bila totalno neodzivna.«		
»Za vse osebe z demenco bi se mogl res prilagodit ukrepi, ker tukaj je potem, bom rekla, je tehtanje med tem – ker oni tolk nazadujejo, če nimajo stikov, ne, s tem, ko jih varujemo, se jih v bistvu tudi ubijamo.«	Demenca zahteva obravnavo med epidemijo	
»Omejevanje svobode gibanja je temeljna ustavna pravica, ki se omeji za zaščito nekih drugih interesov. In treba si je priznati, da če ogrožamo veliko število oseb, je to utemeljeno, vendar ne pa kar pavšalno in počez.«	Oviranje gibanja	
»Gibanje je pomemben regulator, namreč tudi naše presnove, in ne poznamo hrane, ki bi bila za telo in možgane tako koristna, kot je redna telesna aktivnost. In to se pri starejših ljudeh, ki se jih zapira, ki se jim ne dovoli kontaktov, ki se jih omejuje, absolutno potem vidi.«		

<p>»V domovih Šmarje in Ljutomer pa Hrastnik se je verjetno potrdilo, da to strokovno ne sledi, zakaj ... ker na koncu so videli, da so se okužbe kar naprej širile in tako dalje.«</p>	<p>Oboleli so okužili druge.</p>	<p>V domovih ni pogojev za varno zdravstveno obravnavo.</p>
<p>»Skratka, tu je en kup enih zadev, ki zdaj pa se izgovarjajo, češ, vi zagovarjate, da želite iti v bolnišnice ne glede na to, kakšno je stanje, pa to ni res. Saj nobenega tudi z gripo ne pošiljajo – če ima blažje oblike, ga hišni zdravnik ne pošlje v bolnico.«</p>		
<p>»Jaz mislim, da se bojo morali počasi dati dopovedati, da tako stvari it ne morejo. Če sem jaz okužena, želim, da grem ven, da ne bom svojega soseda, s katerim živim skupaj, ogrozila.«</p>		
<p>»Ampak seveda tistega, ki je okužen s covidom – tistega ne moremo zadrževati notri.«</p>		
<p>»Da pravzaprav takrat, ko boš se spravil v horizontalo, ko se boš ulegel, takrat boš pravzaprav neke vrste v negovalni bolnišnici. Zakaj? Zaradi tega, ker onih bolnišnic ni, tu jih bomo pa, ker že imamo neke kapacitete, to lepo počasi spreminjali, vsebinsko spreminjali na to.«</p>	<p>Domovi niso negovalne bolnišnice.</p>	
<p>»Ne samo to, hm ..., nekatere stvari so šle tako daleč, da se domovi spreminjajo skorajda v napol infekcijske bolnišnice oziroma v neke zdravstvene zavode.«</p>		

»Tudi v času epidemije se svojci lahko poslovijo od umirajočih in se pač ti obiski zagotovijo na ta način, da bo ta stik možen. Pa ne samo enkrat za 15 minut, kar je bil primer v enem od domov, ampak če je potrebno, tudi večkrat, dokler se pač oseba ne poslovi.«	Omogočanje paliativne oskrbe in slovesa	Paliativna oskrba kot pravica stanovalcev in svojcev
»Kaj lahko tukaj naredimo, da mejčkn razširimo ta humani odnos do umirajočih.«		
»Tudi glede poslovitve, če človek nima te možnosti, da se poslovi od svojega človeka, kakšne težave ima potem ta svojec, ki ostane.«	Oviranje slovesa in učinek na svojce	
»Ta občutek, da jim ni bilo slovo omogočeno, nosijo in postanejo depresivni, potrebujejo zdravlila, potrebujejo sogovornika, ki ga nimajo.«		

Tabela 2: Sinteza tem

Teme	Tematska sinteza – sodbi
Triaža brez avtonomije triažiranih	Paternalizem oblasti in medicinske stroke do stanovalcev in problematike v domovih
Ignoriranje vloge svojcev	
V domovih ni pogojev za varno zdravstveno obravnavo	Ogrožanje zdravja in kakovosti življenja stanovalcev v domovih (zdravih in bolnih)
Poslabšanje kakovosti življenja in zdravstvenega stanja preživelih	
Paliativna oskrba kot pravica stanovalcev in svojcev	

4 Razprava

Epidemija koronavirusa je močno posegla v življenje slehernega državljana Slovenije. Soočili smo se z visoko stopnjo umrljivosti med starejšimi državljani, polovica teh smrti je bila v domovih za starejše. Že v času prvega vala epidemije so svojci stanovalcev v domovih, aktivni državljani in različna združenja opozarjali na ranljivost starejših v domovih za starejše in nujnost ureditve razmer glede kadra, zaščitne opreme, izolacije obolelih in premeščanja v bolnišnice in na druge lokacije. Vedno bolj je postalo jasno, da epidemija ni le medicinski problem, temveč družbeni problem, pri obvladovanju katerega sta izjemnega pomena primerna komunikacija in zaupanje v ljudi. Svojci stanovalcev v domovih za starejše so se v času prvega vala epidemije znašli v težkih situacijah, ker so domove zaprli za obiske. Naša raziskava je pokazala, da so svojci ukrepe v domovih doživljali kot paternalizem oblasti in medicinske stroke ter da sta bila ogrožena zdravje in kakovost življenja stanovalcev.

4.1 Paternalizem oblasti in medicinske stroke

Raziskava pokaže na paternalizem v dveh dimenzijah, to sta triaža brez avtonomije trižiranih in ignoriranje vloge svojcev. Svojci so triažo razumeli kot triažo brez avtonomije tistih, ki so bili trižirani, ali njihovih pooblaščenec, kar je v nasprotju s priporočili¹⁶. Triažo so dojeli kot izvedbo na daljavo, brez realnega poznavanja posameznega varovanca. Ker o triaži niso nič vedeli, se je ustvarilo nezaupanje do nje. Med vključenimi v raziskavo je v ospredju potreba po priznanju Ministrstva za zdravje, da pristop ni bil ustrezen, saj je močno kršil avtonomijo stanovalcev. Pričakujejo, da se obrazec vnaprejšnje triaže umakne iz zdravstvenih kartonov. Počutili so se ignorirane, ker niso mogli prispevati k premagovanju stiske svojcev, zaprtih v domove, tudi niso dobili dovolj informacij o svojcih, obiski so bili omejeni tudi za tiste najhujše bolne. Zapore domov razumejo kot slabo utemeljene, ocenjujejo, da so negativno vplivale na zdravje mnogih stanovalcev, z njimi sta vlada in stroka spregledali njihov prispevek, ki ga dajejo s psihofizično oporo svojcem, nastanjenih v domovih.

¹⁶ Jöbges et al. »Recommendations on covid-19 triage: international comparison and ethical analysis,« 948–59.

4.2 Ogroženo zdravje in kakovost življenja stanovalcev

Spoznanje, da so svojci ukrepe vlade in stroke razumeli ter doživljali kot ogrožanje zdravja varovancev, je zelo prisotno. Izkazuje se s temo, da v domovih ni pogojev za varno zdravstveno obravnavo, kar se v realnosti tudi izkaže po številu smrti v domovih v prvem in drugem valu epidemije na ravni Evropske unije. Svojci so poročali, da je bilo stanovalce strah, da bodo oboleli okužili druge, saj domovi niso negovalne bolnišnice niti z vidika gradnje niti kadrovskih in drugih resursov. Tema poslabšanje kakovosti življenja in zdravstvenega stanja preživelih je utemeljena s poslabšanjem zdravstvenega stanja dementnih in zelo poveden je citat »da s tem, ko jih varujemo, jih v bistvu tudi ubijamo.« Ogroženo zdravje in kakovost življenja se izkazujeta tudi z oviranim gibanjem in svobodo gibanja, saj so bili v domovih za to prikrajšani. Kot pomembna se izkaže tudi paliativna oskrba, ki v domovih ne deluje, raziskava izpostavi tudi problem slovesa, ki v prvem valu ni bilo vedno omogočeno, in njegov pomen za umirajočega in svojce.

Zaključimo lahko, da raziskava pokaže na slabo pripravljenost vlade, zdravstvenega in socialnega sektorja na obvladovanje epidemije na raziskanem področju, kar Chaudhry et al.¹⁷ navajajo kot enega od ključnih dejavnikov uspešnega obvladovanja. Raziskava opozori na pomanjkljivost družbenih vidikov obvladovanja epidemije covid-19¹⁸, kjer na prvo mesto postavijo komuniciranje z državljani med epidemijo. V našem primeru je bilo ključno neustrezno komuniciranje in obveščanje svojcev obolelih v domovih za starejše, ki po navedbi OECD (2020) sodijo v kategorijo ranljive populacije, sledita smiselnost ukrepov in omejitev gibanja. Oboje se v raziskavi izkaže kot pomembno. Izvedena triaža je kršila pacientove in človekove pravice in ni bila izvedena v skladu z mednarodnimi usmeritvami, ki jih povzemajo Jöbges et al.¹⁹ Predvsem so vključeni v raziskavo pri triaži opozorili na naslednje dimenzije triaže po Jöbges et al.²⁰: pravičnost (diskriminacija starejših,

¹⁷ Chaudhry et al., »A country level analysis measuring the impact of government actions, country preparedness and socioeconomic factors on covid-19 mortality and related health outcomes,« 1–8.

¹⁸ OECD, »The territorial impact of covid-19: Managing the crisis across levels of government.«

¹⁹ Jöbges et al. »Recommendations on covid-19 triage: international comparison and ethical analysis,« 948–59.

²⁰ Ibidem.

neenakosti v zdravstveni oskrbi), protokol (ni bilo vpogleda v protokol), odgovornost (odgovorni in komuniciranje triaže s stanovalci in svojci), spremljanje resursov (bolnišnice so imele v prvem valu prazne postelje, domovi z okuženimi niso imeli pogojev za izolacijo, kadrov in zaščitne opreme), vključitev pacienta (triažirani niso vedeli, da so triažirani, niso imeli možnosti izjasniti, če si zdravljenja ob okužbi želijo), paliativna oskrba (svojci ne vedo, če so je umrli bili deležni, ker niso imeli vstopa v domove) in zaščita za zdravstveno osebje (svojci povedo, da so okužbo v domove prinesli zaposleni, ki niso imeli ne opreme in ne znanj).

4.3 Usmeritve za odločevalce in klinično prakso

Restriktivni ukrepi, kot so popolna zapora javnega življenja, socialna distanca, prepoved potovanja, da bi preprečili širjenje okužbe z novim koronavirusom, so imeli velik učinek na ljudi s kroničnimi boleznimi, ker so omejevali njihovo aktivnost, možnost za zagotovitev zdrave hrane, zmanjšan je bil dostop do preventivnih storitev, storitev za krepitev zdravja²¹ in v Sloveniji tudi dostopnost do osebnega zdravnika in referenčne ambulante, kjer se izvajajo presejalni programi za tvegane starostne skupine državljanov in vodenje stabilnih kroničnih bolnikov. Naša raziskava opozori tudi na slabo premišljene ukrepe v domovih za starejše. Cena epidemije se je štela v izgubljenih življenjih starejših, polovica jih je bila stanovalcev domov za starejše. Ob tem pa ne smemo imeti v mislih le kratkoročne škode epidemije, temveč tudi dolgoročno škodo akutno ali kronično bolnih starejših in drugih, ki zaradi preobremenitve zdravstva niso imeli ali še danes nimajo dostopa do zdravstvenih storitev in preventivnih programov.

Epidemija je naplavila problemska področja, v zvezi s katerimi smo dobili že veliko pozivov iz Evropske unije, ki jih je treba ustrezno nagovoriti in so se pri obvladovanju covida-19 izkazala kot ključna. OECD

²¹ Saudi Patient Safety Center & International Council of Nurses (SPSC & ICN). *Nurse staffing levels for patient safety and workforce safety*. Riyadh: Saudi Patient Safety Center & International Council of Nurses, 2019. Dostopano 30. aprila 2020. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WHITE%20PAPER%20on%20Nurse%20Staffing%20Levels%20For%20Patient%20Safety%20and%20Workforce%20Safety_1.pdf

omenja ključne dejavnike učinka na potek epidemije, ki se v Sloveniji izkazujejo kot šibkost: financiranje zdravstva je pod povprečjem EU 27, nimamo zakona o dolgotrajni oskrbi, soočamo se s prenizkim financiranjem zdravstvenih storitev in zdravstvene nege v domovih za starejše, število negovalnega kadra v zdravstvu in sociali je močno pod povprečjem EU 27, enako število zdravnikov na primarni ravni. Šibki smo v informacijski tehnologiji v zdravstvu, zbiranju in analiziranju podatkov, soočamo se z neenakostmi v zdravju, nizkimi pokojninami, velikim deležem populacije z minimalno plačo in slabo dostopnostjo zdravstva (primarna in specialistična raven).²²

Kar se moramo naučiti iz epidemije na področju zdravstvene in socialne obravnave starejših, je, da sta imeli odtegnitev stikov in pomanjkljiva zdravstvena obravnava v domovih za starejše velike posledice za stanovalce, ki jih pri nas še nismo sistematično raziskali; na nekatere posledice opozori naša raziskava, so jih pa prepoznali raziskovalci v Veliki Britaniji. Nekaterim njihovim ugotovitvam pritrjuje tudi naša raziskava. Avtorji^{23, 24} so odkrili, da je odtegnitev stikov med stanovalci in svojci povzročila kognitivni upad, občutek zapuščenosti, poslabšanje prisotnih bolezni, odsotnost pomoči pri dnevni aktivnosti (osebje, svojci), odsotnost stika z naravo, odtegnitev fizioterapije, delovne terapije na račun izolacije in poenostavitve prehranskega režima. V smernicah »White paper on nurse staffing levels for patient safety and workforce safety«,²⁵ ki so jih sprejeli v letu 2019 ob mednarodnem dnevu varnosti pacientov, je za oskrbo na domu ali v domovih za starejše predpisan normativ ena diplomirana medicinska sestra na šest varovancev. Slovenski standardi temu nikakor ne sledijo, še več, tudi storitve zdravstvene nege so v domovih za starejše podhranjene in nekdo, ki z enakim zdravstvenim problemom prejema pomoč patronažne medicinske sestre in družinskega zdravnika, je v boljšem položaju z vidika storitev,

²² OECD, »The territorial impact of covid-19: Managing the crisis across levels of government.«

²³ Dorritie et al., »Support of nursing homes in infection management varies by US State Departments of Health,« 258–64.

²⁴ Davidson et al., »Nursing homes and covid-19: We can and should do better,« 2758–9.

²⁵ Skela-Savič, Brigita. »It is time for advanced nursing practice in the eastern countries of the European Union: Marking the international year of the nurse and the midwife,« *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 11, no. 4 (2020): 152-3. 10.15452/CEJNM.2020.11.0034.

ki mu pripadajo, kot varovanec v domu za starejše, kjer si storitve zdravstvene nege doplačuje. Zdravstveni politiki in zdravniške organizacije ne podprejo klicev za povečanje števila visokošolsko izobraženih medicinskih sester, kaj šele karierni razvoj na ravni kliničnih specializacij.²⁶ Poklic specialistke gerontološke zdravstvene nege je nujen v domovih za starejše.

Tudi na področju triaže omejenih potreb po zdravstvenih storitvah se lahko veliko naučimo iz izvedene raziskave. Avtonomija in spoštovanje človekovih in pacientovih pravic morata biti izhodiščni pristop pri uporabi smernic na tem področju. Triaža ne sme potekati tiho, treba jo je ustrezno komunicirati s pacienti, svojci in družbo. V sprejemanju etičnih odločitev v času epidemije ima pomembno vlogo celotni zdravstveni tim, saj izvaja zdravstveno obravnavo, pacienta spremlja 24 ur in o njem zbira informacije, ki so podlaga za odločanje, sodeluje pri razpravi, ki je podlaga za sprejete triažne odločitve.²⁷ Maves et al.²⁸ pravijo, da je treba triažni sistem uporabiti kot zadnjo možnost, ko so vsi drugi viri izčrpani, kot sta premeščanje obolelih v zdravstvene ustanove in premeščanje obolelih med regijami. Ravno na to opozori naša raziskava. Stiske svojcev so bile razumljive, saj obolelih niso premeščali v bolnišnice, ki so v prvem valu imele prazne postelje, večji izbruhi okužbe pa so bili locirani na tri do štiri domove, ki niso zmogli zavarovati širjenja okužbe zaradi neustreznih prostorskih in kadrovskih pogojev ter manka znanja in opreme. Avtorji povzemajo ključni moment pri triaži, da tisti pacienti, ki niso obravnavani v intenzivni terapiji oziroma negi, dobijo najboljšo podporno zdravstveno obravnavo, ki jo je možno zagotoviti, in da se dnevno evalvira njihovo stanje ter možnosti za intenzivno obravnavo znotraj ustanove in med ustanovami, če jo potrebujejo. Tak način preprečuje nepotrebne smrti, zmanjša moralni stres izvajalcev triaže in povečuje

²⁶ Hick, John L., Sharon Einav, Dan Hanfling, Niranjana Kissoon, Jeffrey R. Dichter, Asha V. Devereaux, Michael D. Christian, Task Force for Mass Critical Care and Task Force for Mass Critical Care. »Surge capacity principles: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement,« *Chest* 146 (4 suppl 2014): e1S–e16S. 10.1378/chest.14-0733.

²⁷ Maves et al., »Triage of scarce critical care resources in covid-19 An implementation guide for regional allocation: An expert panel report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians,« 212–25.

²⁸ Ibidem.

zaupanje javnosti v pravičnost zagotavljanja ustreznih pogojev zdravstvene obravnave za obolele.^{29, 30} Poleg etičnih principov, ki morajo usmerjati triažiranje ob epidemiji, so pomemben element še zakonodajni in drugi regulatorni mehanizmi, ki poudarjajo informiranje in strinjanje s triažo na strani obolelega ali njegovega svojca oziroma skrbnika.^{31, 32} Vključeni v raziskavo so opozorili na manko paliativne oskrbe, pomanjkanje informacij o zdravstvenem stanju svojca in stisko ob dobljenih informacijah o triažiranju v domovih iz druge roke.

Seveda se opisana spoznanja izvedene raziskave niso odvijala samo v Sloveniji, saj je veliko mednarodnih opozoril, razprav in raziskav izpostavljalo zlasti obolele starejše v domovih za starejše. Vzroki za visoko smrtnost so tudi v prisotni komorbidnosti pri obolelih starejših osebah, sledi padec kakovosti zdravstvene oskrbe starejših ob epidemiji zaradi pomanjkanja resursov in nezadostne usposobljenosti kadra na področju novega koronavirusa. Zagotavljanje celostne oskrbe varovancev je bilo pomembno povezano s hitro odzivnostjo in fleksibilnostjo vseh zaposlenih, vzpostavitev protokolov za upravljanje in obvladovanje simptomov, usposabljanjem zaposlenih ter vzpostavitev ustrezne triaže.³³ Prav tako covid-19 predstavlja ogromen izziv za vse DSO, saj zahteva izjemno povečan obseg zagotavljanja kakovostne paliativne oskrbe. Analiza mednarodnih smernic za paliativno oskrbo v DSO v primeru covid-19 pokaže, da so se še bolj očitno izpostavile že prej obstoječe

²⁹ Ibidem.

³⁰ Daniels, Norman. *How to achieve fair distribution of ARTs in 3 by 5: fair process and legitimacy in patient selection. Background paper for the consultation on equitable access to treatment and care for HIV/AIDS*, Geneva, Switzerland 26-27 January 2004. Geneva: World Health Organization, 2004. Dostopano 31. avgusta 2021. <http://www.who.int/ethics/en/background-daniels.pdf>

³¹ Daniels, Norman. »Accountability for Reasonableness. Establishing a Fair Process for Priority Setting is Easier than Agreeing on Principles,« *BMJ* 321 (2000): 1300–01. 0.1136/bmj.321.7272.1300.

³² Etkind, Simon N., Anna E. Bone, Natasha Lovell, Rachel L. Cripps, Richard Harding, Irene J. Higginson, Katherine E. Sleeman. »The Role and Response of Palliative Care and Hospice Services in Epidemics and Pandemics: A Rapid Review to Inform Practice During the covid-19 Pandemic,« *Journal of Pain and Symptom Management* 60, no. 1 (2020): e31–e40. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.029>.

³³ Gilissen, Joni, Lara Pivodic, Annelien Wendrich-van Dael, Chris Gastmans, Robert Vander Stichele, Yvonne Engels, Myrra Vernooij-Dassen, Luc Deliens in Lieve Van den Block. »Implementing the theory-based advance care planning ACP+ programme for nursing homes: study protocol for a cluster randomised controlled trial and process evaluation,« *BMC Palliative Care*, 19 (2020): 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0505-7>.

pomanjkljivosti. Večina dokumentov se nanaša na preprečevanje in upravljanje okužb, ne pa na kakovostno paliativno oskrbo. Pri oblikovanju novih smernic bo treba veliko pozornosti nameniti upravljanju simptomov, izobraževanju in podpori zdravstvenega osebja, napotitvam na nadaljnje zdravljenje oziroma oskrbo ter družinskim oskrbovalcem.³⁴

4.4 Omejitve

Podatki so bili zbrani avgusta 2020, povzetki okrogle mize so bili narejeni nekaj dni po izvedbi, analiza besedila je bila izvedena julija 2021. Pri analizi in interpretaciji smo nenehno upoštevali časovno okno interpretacije, to je prvi val epidemije. Omejitve raziskave so tudi v izboru paradigme, saj ima kvalitativno raziskovanje več omejitev na področju veljavnosti in zanesljivosti. Z vidika veljavnosti raziskave smo takoj po okrogli mizi naredili povzetke in jih poslali vsem udeležencem ter jih povabili h komentarjem zapisa. Omejitve predstavlja tudi vzorčenje, saj so se okrogle mize najverjetneje udeležili tisti zainteresirani svojci, ki so imeli slabe izkušnje, zato rezultatov raziskave ne moremo posploševati, predstavljajo pa uvid v problemsko stanje in so osnova za izvajanje izboljšav. Pomembno je tudi povedati, da je avtorica članka zagovornica potreb starejših, kar bi se lahko odrazilo na interpretaciji rezultatov, a je avtorica obvladovala z reflektivno držo in pregledom literature o raziskovanem problemu. Avtorica je za potrebe objave članka ponovno preverila dobljene rezultate s tehniko sekundarne analize s ciljem razumljivosti, transparentnosti in natančnosti.

5 Zaključek

Z induktivnim raziskovalnim pristopom smo prikazali, kako so svojci doživljali nekatere ukrepe Vlade RS in Ministrstva za zdravje, ki so bili povezani z zdravstveno in socialno oskrbo v domovih za starejše. Izkaže se, da so pristope odgovornih razumeli kot paternalistične in kvarne za zdravje in kakovost življenja starejših v domovih za starejše. Spoznanja so lahko opozorilo politikom, medicinskim in drugim

³⁴ Mesec, Blaž. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za socialno delo, 1998.

zdravstvenim strokovnjakom pri načrtovanju ukrepov na tem področju v prihodnosti, saj novi koronavirus še ni premagan. Prav tako je raziskava izziv raziskovalcem, da spoznanja preverijo po deduktivni poti raziskovanja. Raziskava daje izhodišča za premislek pri načrtovanju strateških usmeritev na področju epidemičnih obolenj v prihodnosti.

»Ne, ko starejši umirajo v takem obsegu, ne moremo reči, da je vse v redu. Vsako življenje, najsi bo človek mlad ali starejši, je dragoceno in storiti moramo vse, da ga rešimo.«
(Tedros Adhanom Ghebreyesus, generalni direktor WHO).

Literatura

- Chaudhry, Rabail, George Dranitsarisb, Talha Mubashirc, Justyna Bartoszko in Sheila Riazi. »A country level analysis measuring the impact of government actions, country preparedness and socioeconomic factors on covid-19 mortality and related health outcomes.« *EClinical Medicine* 25 (2020): 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100464.7>
- Christian, Michael D., Charles L. Sprung, Mary A. King, Jeffrey R. Dichter, Niranjana Kissoon, Asha V. Devereaux, Charles D. Gomersall and Task Force for Mass Critical Care. »Triage: Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement.« *Chest* 146 (4 Suppl 2014): e61S–e74S. 10.1378/chest.14-0736.
- Daniels, Norman. »Accountability for Reasonableness. Establishing a Fair Process for Priority Setting is Easier than Agreeing on Principles.« *BMJ* 321 (2000): 1300–01. 0.1136/bj.321.7272.1300.
- Daniels, Norman. *How to achieve fair distribution of ARTs in 3 by 5: fair process and legitimacy in patient selection. Background paper for the consultation on equitable access to treatment and care for HIV/AIDS, Geneva, Switzerland 26-27 January 2004*. Geneva: World Health Organization, 2004. Dostopano 30. avgusta 2021. <http://www.who.int/ethics/en/background-daniels.pdf>.
- Davidson, Patricia M. and Sarah Szanton. »Nursing homes and covid-19: We can and should do better.« *Journal of Clinical Nursing*

- 29 (2020): 2758–9. <https://doi.org/10.1111/jocn.15297>.
- Dorritie, Richard, Denise D. Quigley, Mansi Agarwal, Aluem Tark, Andrew Dick, and Patricia W. Stone. »Support of nursing homes in infection management varies by US State Departments of Health.« *Journal of Hospital Infection* 105, no. 2 (2020): 258–64. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.02.007>.
- Etkind, Simon N., Anna E. Bone, Natasha Lovell, Rachel L. Cripps, Richard Harding, Irene J. Higginson, Katherine E. Sleeman. »The Role and Response of Palliative Care and Hospice Services in Epidemics and Pandemics: A Rapid Review to Inform Practice During the covid-19 Pandemic.« *Journal of Pain and Symptom Management* 60, no. 1 (2020): e31–e40. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.029>.
- Gilissen, Joni, Lara Pivodic, Annelien Wendrich-van Dael, Chris Gastmans, Robert Vander Stichele, Yvonne Engels, Myrra Vernooij-Dassen, Luc Deliens and Lieve Van den Block. »Implementing the theory-based advance care planning ACP+ programme for nursing homes: study protocol for a cluster randomised controlled trial and process evaluation.« *BMC Palliative Care*, 19 (2020): 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0505-7>.
- Gomm, Roger. *Social research methodology: a critical introduction*. 2nd ed. New York: Palgrave Macmillan, 2008. pp. 239–67.
- Green, Judith and Nicki Thorogood. *Qualitative Methods for Health Research*. London, New Delhi: Sage Publications, 2004. pp. 107–29, 173–200.
- Hick, John L., Sharon Einav, Dan Hanfling, Niranjana Kissoon, Jeffrey R. Dichter, Asha V. Devereaux, Michael D. Christian, Task Force for Mass Critical Care and Task Force for Mass Critical Care. »Surge capacity principles: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement.« *Chest* 146 (4 suppl 2014): e1S–e16S. [10.1378/chest.14-0733](https://doi.org/10.1378/chest.14-0733).
- Iserson, Kenneth V. and John C. Moskop. »Triage in medicine, part I: concept, history, and types.« *Annals of Emergency Medicine* 49, no. 3 (2007): 275–81. [10.1016/j.annemergmed.2006.05.019](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.05.019).
- Jöbges, Susanne, Rasita Vinay, Valerie A. Luyckx and Nikola Biller-Andorno. »Recommendations on covid-19 triage: international comparison and ethical analysis.« *Bioethics* 34, no. 9 (2020): 948–59.

- <https://doi.org/10.1111/bioe.12805>.
- Kumar, Ranjit. *Research methodology: step-by-step guide for beginners*. 3rd ed. London, etc.: Sage Publications, 2011. pp. 123–9, 171–3.
- Maves, Ryan C., James Downar, Jeffrey R. Dichter, John L. Hick, Asha Devereaux, James A. Geiling, Niranjana Kissoon, et al. »Triage of scarce critical care resources in covid-19 An implementation guide for regional allocation: An expert panel report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians.« *Chest* 158, no. 1 (July 2020): 212–25. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.063>.
- Mesec, Blaž. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za socialno delo, 1998.
- OECD. »The territorial impact of covid-19: Managing the crisis across levels of government.« Last updated November 10, 2020. https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=128_128287-5agkkojaaa&title=The-territorial-impact-of-covid-19-managing-the-crisis-across-levels-of-government&_ga=2.74028562.1653088040.1631392600-1309552568.1631392596.
- Pleterski, Andrej. »Koronavirus, zdravniški paternalizem in prazne bolniške postelje.« *Delo*, 11. julij 2020. <https://www.delo.si/sobotna-priloga/koronavirus-zdravniski-paternalizem-in-prazne-bolniske-postelje/>.
- Saudi Patient Safety Center & International Council of Nurses (SPSC & ICN). *Nurse staffing levels for patient safety and workforce safety*. Riyadh: Saudi Patient Safety Center & International Council of Nurses, 2019. Dostopano 30. aprila 2020. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WHITE%20PAPER%20on%20Nurse%20Staffing%20Levels%20For%20Patient%20Safety%20and%20Workforce%20Safety_1.pdf.
- Skela-Savič, Brigita. »It is time for advanced nursing practice in the eastern countries of the European Union: Marking the international year of the nurse and the midwife.« *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 11, no. 4 (2020): 152–3. 10.15452/CEJNM.2020.11.0034.

WHO. *Infection Prevention and Control Guidance for Long-Term Care Facilities in the Context of covid-19: Interim Guidance 21 March 2020*. Geneva: World Health Organization, 2020. Dostopano 30. aprila 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-eng.pdf.

O avtorici:

Brigita Skela Savič je redna profesorica in znanstvena svetnica na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin (FZAB) in na Univerzi na Primorskem. Kot visokošolska učiteljica deluje na programih 2. in 3. stopnje FZAB in na doktorskem študiju Javno zdravje na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Raziskovalno se ukvarja z dolgoživo družbo in odzivi zdravstvenega sistema na ta pojav. Skozi raziskovalno delo in kot družbeno aktivna državljanica utemeljuje pomen profesionalizacije vseh zdravstvenih strok, nujnost medpoklicnega sodelovanja in izobraževanja zdravstvenih delavcev. Je članica delovne skupine združenja Srebrna nit, ki je pripravila predlog zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja, ki je v času izdaje tega zbornika v javni razpravi.

Rezultati vprašalnika o triaži med epidemijo covid-19

Nesa Vrečer

1 Uvod

Že na začetku prvega vala epidemije covid-19 (marca 2020) je bil močno prisoten strah, da število bolniških postelj in ventilatorjev ne bo zadostovalo za število pacientov, ki bodo zaradi virusa nujno potrebovali oskrbo. Če se v prvem valu ti strahovi niso uresničili, pa so se slovenske bolnišnice s prenapolnjenostjo soočile jeseni v drugem valu epidemije, ko je bil zdravstveni sistem že na robu zmogljivosti. V javnosti je bilo prisotno nezaupanje do zdravstvene stroke, delovanja države in ukrepov, ki je med drugim temeljilo na strahu zaradi nevednosti in netransparentnosti delovanja. Italijanski primer je pokazal, kakšen vpliv ima netransparentnost ukrepov, triažnih smernic in dogajanja na zaupanje do zdravstvenega sistema. Posledice pomanjkanja transparentnosti v prvih dveh valih močno čutimo še leto in pol po začetku epidemije. Vidne so v idejah o genocidu nad starejšo populacijo, saj je do večjih izbruhov prihajalo v domovih za starejše občane; v dvomih, ali so bile bolnišnice res prenasočene in na koncu tudi v dvomih v cepljenje. Prva dva vala sta tako zamajala zaupanje v zdravstveni sistem in znanost samo. Med načini za povrnitev zaupanja sta transparentnost delovanja in javna razprava o ukrepih. Anketni vprašalnik o odnosu javnosti do triaže med epidemijo covid-19 je način, da se razprava odpre javnosti.

2 Metodologija

Anketo, naslovljeno »Vprašalnik o triaži med covidom-19«, je izvajala raziskovalna skupina Inštituta za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani v okviru raziskovalnega projekta »Etični in pravni vidiki triaže ob epidemiji COVID-19.« Ciljni raziskovalni projekt (CRP) Etični in pravni vidiki triaže ob epidemiji covid-19 (V5-2037 (B) ARRS)

financirata Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije in Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Namen ankete je raziskati, kakšno je stališče slovenske javnosti do triaže v času epidemije covid-19. Anketna vprašanja so bila prvotno zasnovana v raziskavi, ki sta jo leta 2020 izvedla Inštitut Maxa Plancka za raziskovanje kriminalitete, varnosti in prava ter Univerza v Leipzigu. Vprašanja smo prevedli in priredili z dovoljenjem obeh institucij. Anketiranci so v reševanje prejeli hipotetične scenarije, v katerih so se morali odločiti za vrstni red zdravljenja pacientov, ko sredstev za zdravljenje ni dovolj. Izbrali so lahko tudi možnost naključnega izbora.¹

Razlika med nemško in slovensko anketo je v vzorcu respondentov in zbranih demografskih podatkih. Na koncu ankete smo dodali odprto vprašanje, ki je respondentom pustilo prosto mesto za dodatno refleksijo o odgovorih, situacijah in anketi. Nemška vzorca sta bila reprezentativna po spolu, starosti in prebivališču. Slovenski vzorec je drugačen. Prioritetno smo zbirali podatke respondentov, ki delujejo na področju medicine in prava, kar odražajo tudi v nadaljevanju predstavljeni demografski podatki in analiza rezultatov. Anketo smo postavili na spletni strani www.1-ka.si in jo delili na spletni in Facebook strani Inštituta za kriminologijo. Člani raziskovalne skupine smo anketo neposredno pošiljali svojim znancem in relevantnim organizacijam, ki delujejo na področju medicine in prava.²

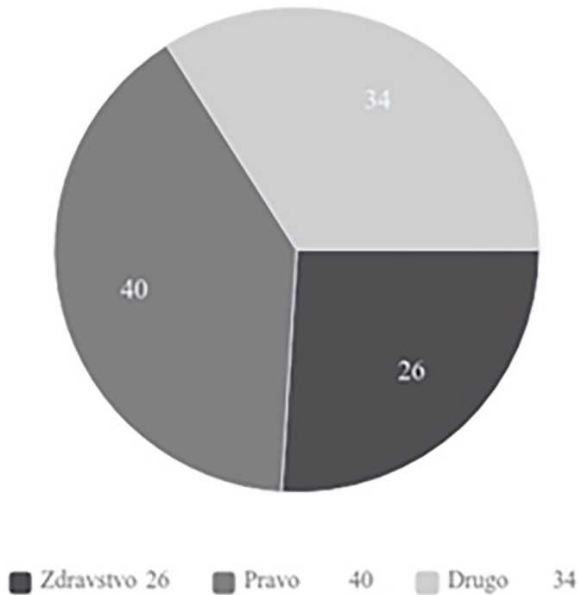
Med 6. majem in 16. julijem je anketo izpolnilo 1164 respondentov. 800 respondentov je anketo rešilo v celoti, na zadnje odprto vprašanje pa je pisno odgovorilo 190 respondentov. Odgovori so bili analizirani znotraj portala 1-ka, ki generira analize in podatke. Pri analizi rezultatov ankete sta bili v ospredju spremenljivki, vezani na starost respondentov ter respondentovo področje delovanja in dela. Numerični rezultati so bili nato oblikovani v grafe, ki so predstavljeni v nadaljevanju članka. Opisni odgovori so bili kodirani v vsebinske kategorije, ki jih obravnavamo v razpravi.

¹ Briški, Lora, Matjaž Ambrož in Renata Salecl. »Triažne odločitve v času pandemije Covid-19: medicinske smernice, pravna načela in javno mnenje« v *Koga reševati v času pandemije? Etični, medicinski in kazensko-pravni vidiki triaže*. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, 2021.

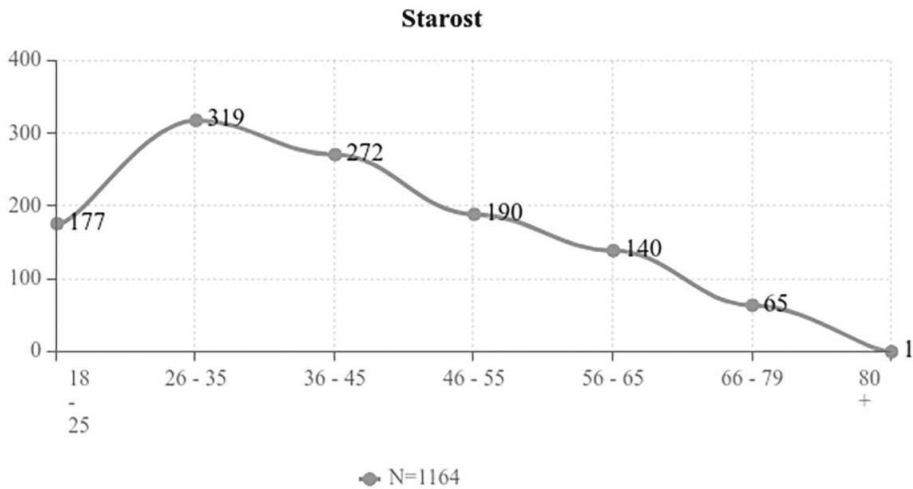
² Ibidem.

Reprezentiranost respondentov glede na področje delovanja oziroma študija je precej enakomerno razporejena: največ je pravnikov (40 %), najmanj pa dejavnih na področju zdravstva (26 %) (slika 1). Starostna razporeditev je malce bolj neenakomerna: 26 % respondentov pripada starostni skupini 26–35 let, 23 % starostni skupini 36–45 let, v ostalih pa je reprezentacija nižja od 20 %. V starostni skupini 80+ je anketo izpolnil le en respondent (slika 2).

Področje delovanja oz. študija



Slika 1: Procentualna analiza respondentov glede na področje delovanja in študija



Slika 2: Številčna analiza respondentov glede na starost

3 Rezultati

Analiza rezultatov je v grobem razporejena v tri kategorije: vpliv starosti pacientov na odločitev o triaži, vpliv zdravstvenega stanja pacientov in vpliv družbenih okoliščin.

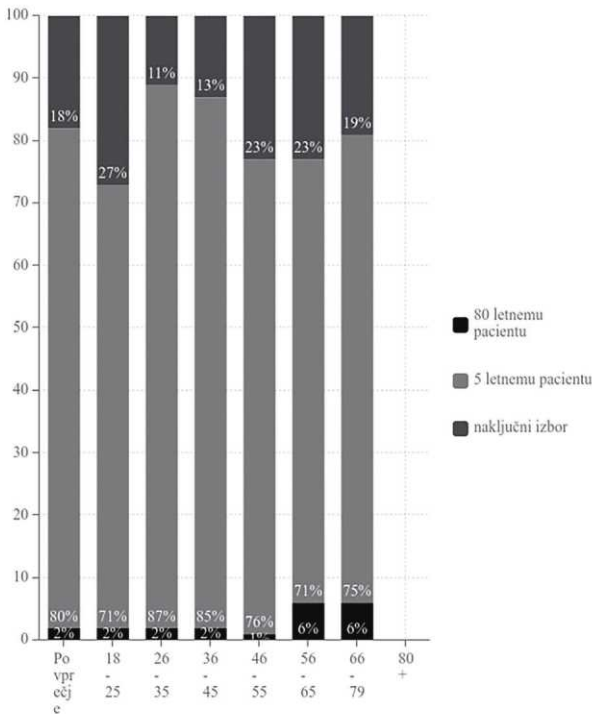
3.1 Starost

Komisija za medicinsko etiko RS v stališču do odločanja zdravnikov v zvezi z vključevanjem respiratorjev iz 24. marca 2020 pravi, da starost ne sme biti edini izključevalni pogoj za zavrnitev zdravljenja,³ ne da bi se obravnavala tudi komorbidnost pacienta, pri čemer sledi večinskemu mnenju več evropskih etičnih komisij. Del anketnih vprašanj je bil tako namenjen preverjanju odnosa respondentov do prioritiziranja pacientov glede na njihovo starost. Eno od vprašanj je odnos respondentov preverjalo s scenarijem, v katerem so se morali odločiti, ali bi raje zdravili 80-letnika, 5-letnika ali pa bi odločitev prepustili naključju. Velika

³ Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko. *Stališče KME o odločanju zdravnikov v zvezi z vključevanjem respiratorjev v zdravljenje hudo prizadetih bolnikov z boleznijo, povzročeno z virusom SARS-CoV-2*. 2020. Dostopano 25. 9. 2021. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/KME/Stalisce-KME-o-odlocanju-zdravnikov-v-zvezi-z-vkljucenjem-respiratorjev-v-zdravljenje-hudo-prizadetih-bolnikov-z-boleznijo-povzroceno-z-virusom-SARS-CoV2.pdf>

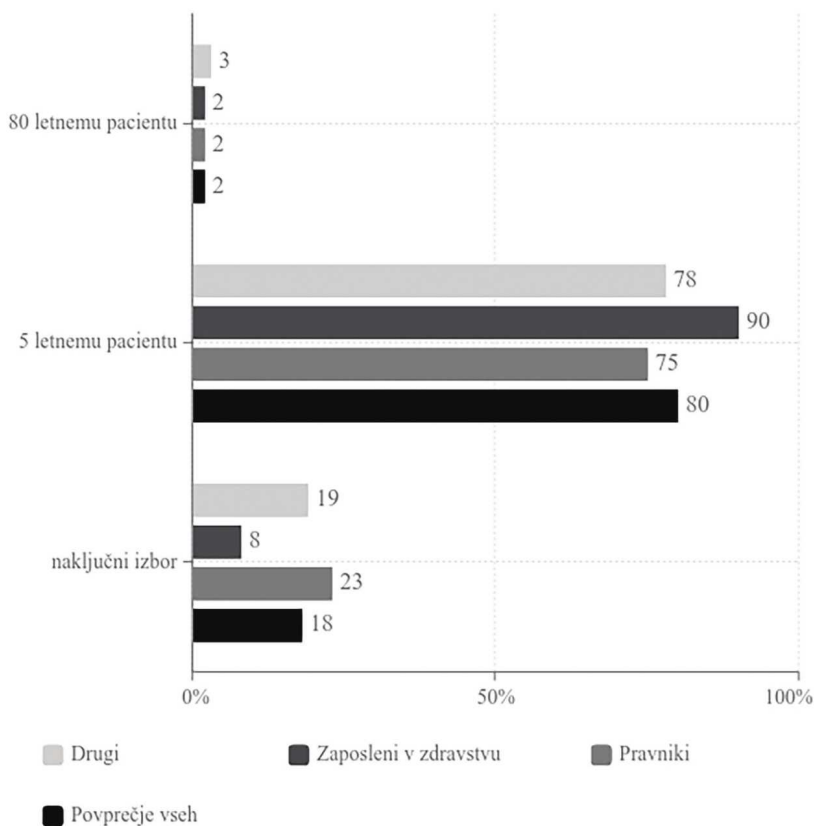
večina respondentov se je odločila, da bi življenje rešila otroku. Analiza tako glede na področje delovanja kot na starost kaže, da bi 80-letnemu pacientu življenje rešila približno 2 % respondentov. Odstotek se zviša na 6 % pri starejših od 56 let, pri čemer lahko sklepamo na generacijsko solidarnost (slika 3). Največ respondentov bi otroka rešilo v starosti 26–45 let, mlajši in starejši, ki bi sicer večinsko še kar rešili življenje otroku, pa se pogosteje zatekajo k naključnemu izboru. Diskrepanca v izbiri po naključnem principu je vidna tudi v analizi glede na področje delovanja, kjer se delujoči v zdravstvu manj pogosto odločajo za naključje (le v 8 %, medtem ko je sicer povprečje 18 %) (slika 4).

V bolnišnico pripeljejo 80-letnega pacienta A in 5-letnega pacienta B. Nobeden od njiju brez respiratorja ne bo preživel. Oba imata pridružena bolezenska stanja in možnosti za uspeh zdravljenja z respiratorjem so pri obeh enake. V bolnišnici je na voljo le en prost respirator. Kako naj bolnišnično osebje odloči? Prost respirator naj nameni...



Slika 3: Analiza respondentov na vprašanje glede na starost

V bolnišnico pripeljejo 80-letnega pacienta A in 5-letnega pacienta B. Nobeden od njiju brez respiratorja ne bo preživel. Oba imata pridružena bolezenska stanja in možnosti za uspeh zdravljenja z respiratorjem so pri obeh enake. V bolnišnici je na voljo le en prost respirator. Kako naj bolnišnično osebje odloči? Prost respirator naj namení...



Slika 4: Analiza respondentov na vprašanje glede na področje dela

V primeru izbire odgovora, da bi rešili življenje 5-letnemu pacientu, se je respondentom odprlo še dodatno vprašanje, ki je preizpraševalo velikost starostne razlike, pri kateri bi še rešili življenje mlajšemu pacientu (slika 5).

V kateri od spodnjih situacij bi zdravnik moral dati prednost mlajši osebi? Ko gre za izbiro med:
Izberete lahko več odgovorov.

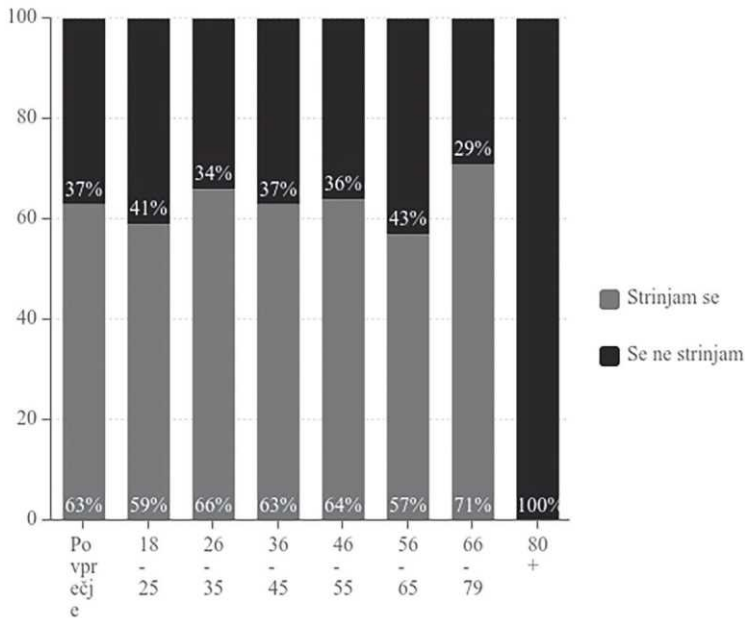
- A 60-letnikom in B 30-letnikom
- A 50-letnikom in B 30-letnikom
- A 40-letnikom in B 30-letnikom
- vedno ima prednost mlajši pacient

Slika 5: Vprašanje o prioritizaciji glede na starost

Veljavnih odgovorov na dotično vprašanje je bilo 642. Večina respondentov je izbrala odgovor A (386 respondentov ali 60 %) ali odgovor D (239 oziroma 37 %). Pri analizi odgovorov na vprašanje se je pokazala manjša zagata. Ker je bilo mogoče izbrati več odgovorov, so nekateri respondenti odgovorili tako na odgovor D (vedno ima prednost mlajši pacient) kot na enega ali več ostalih odgovorov. Napaka je nastala zaradi napačnega razumevanja nemskega vprašalnika, ki je predvideval drugačno strukturo odgovarjanja (po izbiri prvega odgovora se je tam odprl drugi in tako naprej). Le na odgovor »vedno ima prednost mlajši pacient« je tako odgovorilo 231 respondentov, na vse štiri odgovore 3 respondenti, na kombinacijo zgornjih pa 5 – teh 5 odgovorov je zato izključujočih z zadnjim odgovorom, saj mlajšega pacienta ne bi rešili v vseh situacijah. Dejansko lahko tako štejemo, da je odgovor D označilo 234 respondentov ter da bi približno 40 % v vseh primerih življenje rešilo mlajšemu pacientu.

Za analizo iz perspektive starosti respondentov je zanimivo tudi vprašanje, ki se nanaša na medgeneracijsko solidarnost, kot jo imenujejo nizozemske smernice, oziroma na t. i. »princip življenjskega kroga«, ki predvideva, da imajo mlajši prednost pri zdravljenju, ker so doživeli precej manj življenjskih prelomnic in velikih dogodkov kot starejši pacienti (slika 6). V povprečju se 63 % respondentov strinja, da ima 20-letni pacient prednost pred 70-letnim, saj je v življenju izkusil manj. S tem se strinja največ respondentov v starostni kategoriji 66–79 let (71 %), najmanj pa v kategoriji 56–65 (57 %). Anketo je izpolnila le ena oseba v kategoriji 80+, ki se s to izjavo ne strinja.

Se strinjate s spodnjo izjavo? Zdi se mi pošteno, da ima v situaciji stiske oz. nuje 20-letnik na intenzivni negi prednost pred 70-letnikom, ker 20-letnik še ni imel možnosti izkusiti življenja, medtem ko ga je 70-letnik lahko.



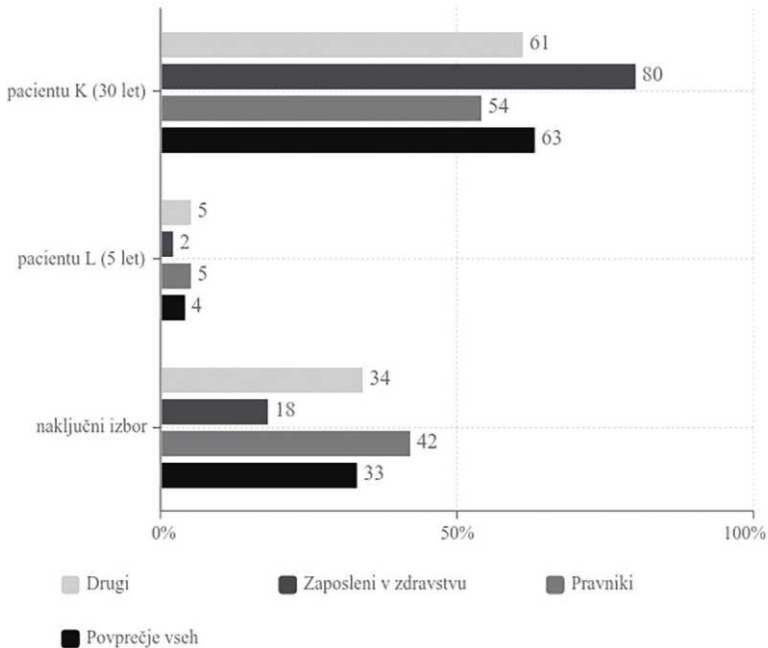
Slika 6: Analiza vprašanja glede na starost

3.2 Zdravstveno stanje pacientov

V utilitarističnih teorijah triažiranja sta dve najpogostejši ideji rešiti čim večje število življenj in čim večje število pričakovanih življenjskih let. Obe v ospredje jemljeta razvrščanje pacientov glede na njihovo zdravstveno stanje, predvsem na komorbidnost, ki vpliva na možnost ozdravitve ali pričakovano življenjsko dobo. Analiza vprašanj, vezanih na pričakovano število življenjskih let in možnost preživetja, nam kaže, da se respondenti v obeh primerih pretežno odločajo za pacienta, ki bo živel dlje časa ali ima večje možnosti za preživetje. Vprašanje, kjer respondenti izbirajo med pacientoma iste starosti, pri čemer ima eden pričakovano življenjsko dobo 5 let, drugi pa 30, nam pokaže opredeljenost

63 % respondentov, da bi rešili pacienta z daljšo življenjsko dobo, 33 % pa bi izbor prepustilo naključju. Vidna je diskrepanca med odgovori delujočih v pravo in zdravstvu – kar 80 % delujočih v zdravstvu bi rešilo pacienta z daljšo življenjsko dobo in 54 % pravnikov, medtem ko bi izbor prepustilo naključju 18 % zaposlenih v zdravstvu in kar 42 % pravnikov (slika 7). Podoben vzorec je prisoten tudi pri drugih odgovorih, vezanih na zdravstveno stanje, kjer se zaposleni v zdravstvu večinoma opredelijo za enega od pacientov, pravniki pa v večjem številu uporabijo naključno izbiro.

V bolnišnico pripeljejo 50-letnega pacienta L in 50-letnega pacienta K. Pacient L ima zaradi pridruženih bolezenskih stanj, nepovezanih s covid-19, pred seboj le še 5 let življenja. Pričakovana življenjska doba K je 30 let. Nobeden izmed njiju brez predihavanja ne bo preživel, njune možnosti za preživetje ob priklopu na respirator so enake. V bolnišnici je na voljo le en prost respirator, kako naj zdravstveno osebje odloči? Prost respirator naj nameni...



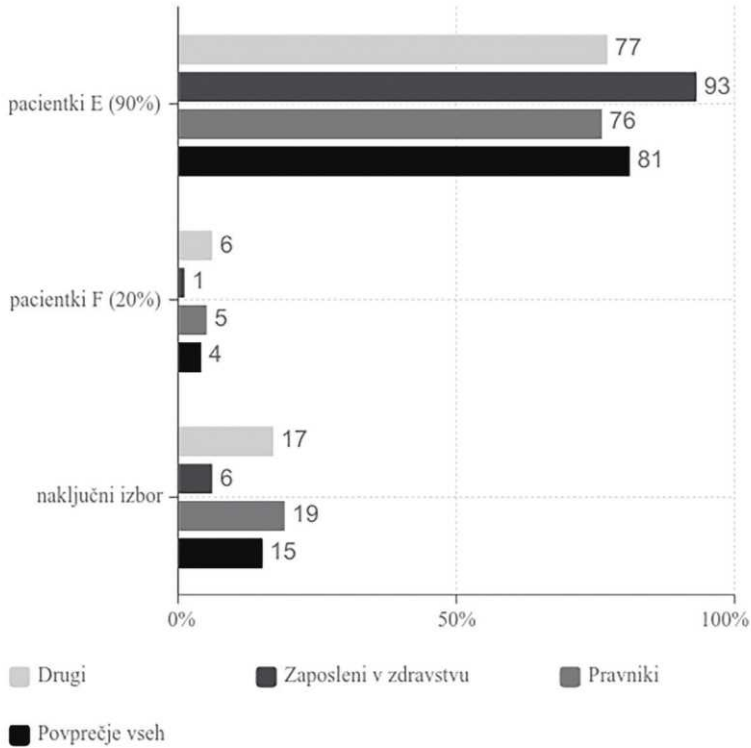
Slika 7: Analiza respondentov na vprašanje glede na področje dela

Podobne rezultate lahko opazujemo tudi v situaciji, ko se hkrati na urgenci najdetata pacient z 90-odstotno in pacient z 20-odstotno možnostjo preživetja. Kar 81 % respondentov se je opredelilo, da bi rešili pacienta z večjo možnostjo preživetja, od tega zaposleni v zdravstvu predstavljajo 93 %. Pacienta z manj možnostmi za preživetje bi rešili 4 % pacientov, 15 % pa bi izbor prepustilo naključju, od tega 6 % prihaja iz zdravstva (slika 8).

Precej bolj neodločeni so respondenti v situaciji, ko sta pred njimi pacienta z isto možnostjo preživetja kot v prejšnjem primeru – 90 % in 10 %. Razlika je, da je pacient z 10-odstotno možnostjo preživetja na respirator že priključen, kar pomeni, da bi ga bilo treba za zdravljenje pacienta z višjo možnostjo preživetja z respiratorja odklopiti. V takšni situaciji govorimo o *ex post* triaži, ko je treba zdravljenje enega pacienta prekiniti. Komisija za medicinsko etiko RS predvideva preverjanje pacienta na dnevni ravni, da ugotovijo, če je zdravljenje še smotrno. V primeru, da je respirator edina stvar, ki pacienta ohranja pri življenju, je pacientovo zdravljenje tako mogoče prekiniti s konziliarno odločitvijo, kar pomeni, da je *ex ante* triaža pri nas mogoča.⁴ V anketi se je 34 % respondentov odločilo, da bi prekinili zdravljenje pacienta z manjšimi možnostmi preživetja, 41 % bi zdravljenje nadaljevalo, 25 % pa bi izbiro prepustilo naključju. Za prekinitev se je odločilo najmanj pravnikov (30 %), ki bi zdravljenje večinoma nadaljevali (45 %), 25 % pravnikov pa se je odločilo za naključni izbor. Zaposleni v zdravstvu so ponovno najmanj naklonjeni naključnemu izboru (17 %), 47 % pa bi nadaljevalo zdravljenje pacienta (slika 9).

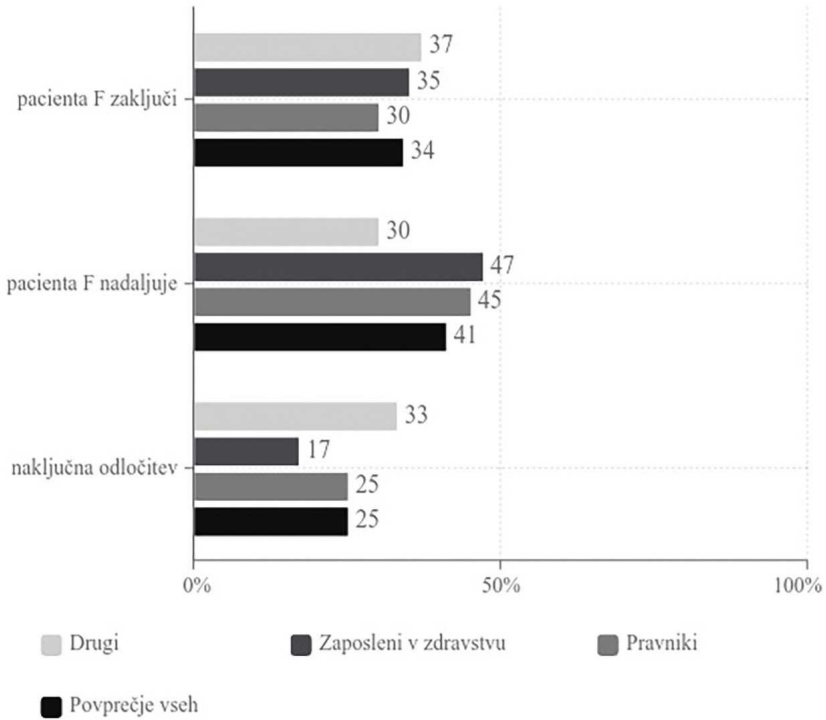
⁴ Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko. *Stališče KME o odločanju zdravnikov v zvezi z vključevanjem respiratorjev v zdravljenje hudo prizadetih bolnikov z boleznijo povzročeno z virusom SARS-CoV-2*. 2020.

V bolnišnico pripeljejo pacientki E in F. Obe nujno potrebujeta respirator. Če na respirator priključijo E, ima ta 90-odstotne možnosti za preživetje. Če na respirator priključijo F, ima ta zaradi splošnega zdravstvenega stanja le 20-odstotne možnosti za preživetje. V bolnišnici je na voljo le en prost respirator. Kako naj bolnišnično osebje odloči? Prost respirator naj nameni...



Slika 8: Analiza vprašanja v *ex ante* situaciji

V bolnišnico pripeljejo pacienta E, ki nujno potrebuje respirator. Če ga priključijo na respirator, ima 90-odstotne možnosti za preživetje. Na edini delujoči respirator pa je priključen pacient F, čigar možnosti za preživetje so zaradi njegovega splošnega zdravstvenega stanja samo 20-odstotne. Brez respiratorja bi pacient F umrl. Kako naj ravna bolnišnično osebje? Zdravstveno obravnavo....



Slika 9: Analiza vprašanja v *ex post* situaciji

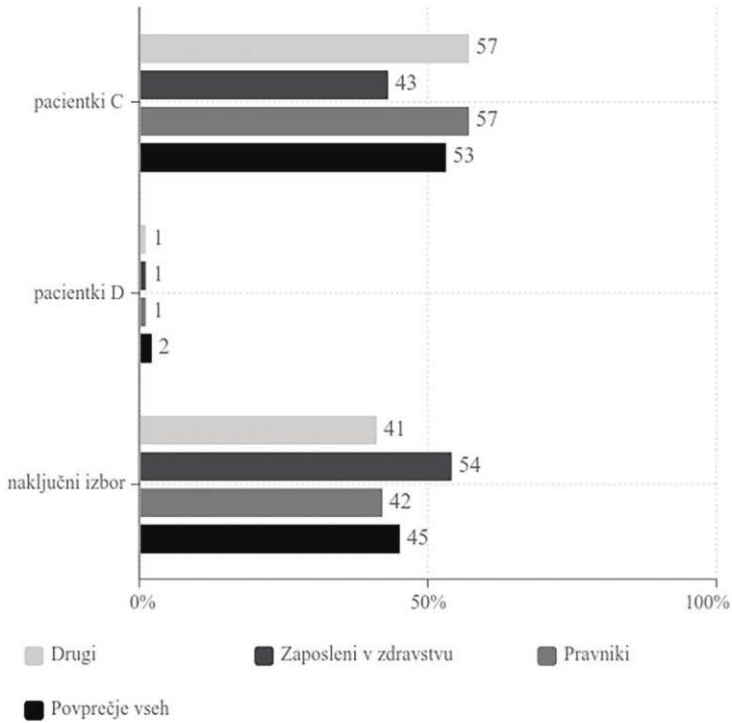
3.3 Vpliv družbenih kriterijev

Ko govorimo o družbenih kriterijih za triažo, se nanje gleda z vidika večje ali manjše koristnosti za družbo. V času pandemije bi to torej pomenilo, da imajo prednost pri zdravljenju ključni delavci (večinoma zaposleni v zdravstvu in negi, britanska triažna merila pa to razširjajo tudi na sodelujoče pri razvoju cepiv in politike).⁵ Kategorija družbene koristnosti se lahko še razširi na starševstvo, saj so starši ključni za razvoj otrok; starost kot čista kategorija; upoštevanje varovalnih ukrepov ipd. Analizirali bomo predvsem dve premeni: vpliv starševstva in statusa ključnega delavca.

V prvem primeru so se respondenti morali odločiti med dvema štiridesetletnima pacientkama. Obe imata iste možnosti za preživetje, ena je mama dveh otrok, druga pa otrok nima. Analizo smo naredili tako z vidika področja delovanja kot z vidika starosti, saj nas je zanimalo, kako starost oziroma življenjska doba vpliva na percepcijo starševstva. Splošno gledano je bila odločitev deljena predvsem med izbiro mame (53 %) in naključnim izborom (45 %). Delujoči v zdravstvu so tokrat odločitev pretežno prepustili naključju (54 %), 43 % anketiranih pa bi rešili mamo dveh otrok. Obratno odločitev sprejemajo pravniki in drugi, ki so večinsko podprli rešitev mame (57 %) in izbiro prepustili naključju v 41–42 % (slika 10). Ko pogledamo starost respondentov, vidimo, da pri najmlajših dveh starostnih kategorijah (18–25 in 26–35 let) večji delež podpira naključni izbor – pri najmlajši kategoriji naključje podpira kar 65 % proti 35 % za mamo, pri drugi najmlajši pa 53 % podpira naključni izbor, 47 % pa izbor mame. Odstotek naključne izbire nato pade na 35–40 %, mamo pa bi rešilo približno 60 % respondentov. Minimalno se poveča tudi izbira ženske brez otrok, ki z 0 % pri najmlajših dveh kategorijah zraste na 2–4 %. Naključna izbira je najnižja pri starejših, v generaciji 66–79 let bi se zanjo odločilo 25 %, 70 % bi rešilo mamo z otrokom, 5 % pa žensko brez otrok (slika 11).

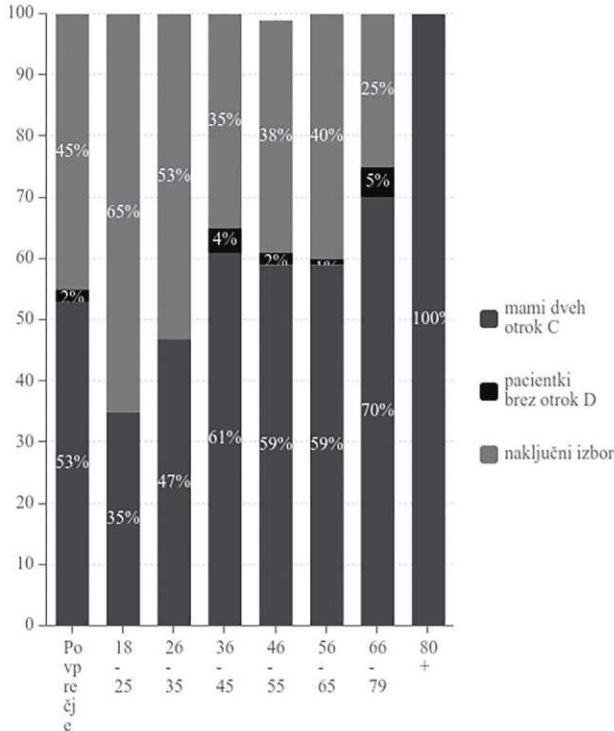
⁵ Briški, Lora in Nesa Vrečer. »Reševanje problema izbire v preobremenjenem zdravstvenem sistemu: Pregled dokumentov o triaži med epidemijo COVID-19 zdravniških združenj in etičnih komisij različnih držav«. v *Koga reševati v času pandemije? Etični, medicinski in kazenskopravni vidiki triaže*. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, 2021.

V bolnišnico pripeljejo dve 40-letni pacientki, C in D. Oseba C je mama dvoletniku in štiriletnici. D nima otrok. Nobena od pacientk nima pridruženih bolezni, možnosti za uspeh zdravljenja so pri obeh enake, brez respiratorja pa nobena ne bo preživela. V bolnišnici je na voljo le en prost respirator. Kako naj bolnišnično osebje odloči? Prost respirator naj namenijo...



Slika 10: Analiza vprašanja glede na področje delovanja

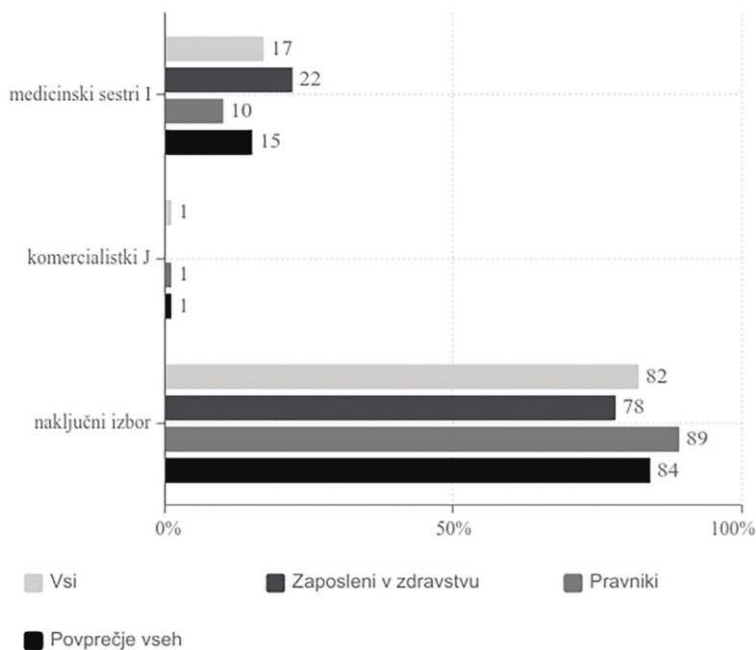
V bolnišnico pripeljejo dve 40-letni pacientki, C in D. Oseba C je mama dvoletniku in štiriletnici. D nima otrok. Nobena od pacientk nima pridruženih bolezni, možnosti za uspeh zdravljenja so pri obeh enake, brez respiratorja pa nobena ne bo preživela. V bolnišnici je na voljo le en prost respirator. Kako naj bolnišnično osebje odloči? Prost respirator naj nameni...



Slika 11: Analiza vprašanja glede na starost

Pri vplivu zaposlitve so respondenti izbirali med medicinsko sestro in komercialistko. Respondenti dajejo zaposlitvi manjšo težo kot starševstvu, saj tu prevladuje naključna izbira s kar 84 %. Medicinski sestri bi življenje rešilo 15 % respondentov, 1 % pa komercialistki. Pri izbiri medicinske sestre prevladujejo zaposleni v zdravstvu z 22 %, najverjetneje zaradi zavedanja nujnosti njihovega položaja; naključni izbor pa najbolj podpirajo pravniki z 89 % (slika 12).

V bolnišnico pripeljejo pacientki I in J. I je zaposlena kot medicinska sestra na intenzivni negi bolnišnice, J je komercialistka. Nobena od njiju brez respiratorja ne bo preživel. Nobena od njiju nima pridruženih bolezni in ob zdravljenju z respiratorjem imata enake možnosti za ozdravitev. V bolnišnici je na voljo le en prost respirator. Kako naj bolnišnično osebje odloči? Prost respirator naj nameni...



Slika 12: Analiza vprašanja glede na področje delovanja

4 Razprava

Rezultati ankete nam pokažejo, da je med odnosom ljudi in preučeniimi uradnimi smernicami etičnih komisij ter zdravniških združenj dokajšnja diskrepanca. Najbolj je to vidno iz izbora kategorije naključja, ki je precej visoko reprezentirana v precej odgovorih, čeprav je smernice ne omenjajo ali pa ji pogosto neposredno nasprotujejo. Tudi v odgovorih na odprta vprašanja je kategorija naključja večkrat omenjena. Nekateri respondenti jo podpirajo z argumentom pravičnosti:

»Odločanje o tem, kdo bi dobil prednost pri zdravljenju, je nemogoče dat v roke ljudi, ker nikoli ne bo pravično. Menim, da je najbolje, da o tem odloča naključje, razen pri [...] Ne vem, to so težke odločitve in upam, da o tem ne bom nikoli rabla odločat.«

»Situacije se nanašajo na tako imenovane »nemogoče izbire«, so samo slabe izbire in pri teh je etično mogoče utemeljiti tako izbiro v eno kot v drugo smer. Najmanj slabo je, da odloči kocka, to je naključje.«

Odgovor enega od respondentov, ki deluje v zdravstvu, kategorijo naključnega izbora zavrača, podpira pa vrstni red glede na čas prihoda, ki se prav tako umešča v egalitarno usmeritev v primerjavi z utilitarno;⁶ »kriterija naključja v medicini ni. izraz ni v redu. kdor je prvi obravnavan ima prednost.« Iz rezultatov je tako tudi razvidno, da pri čisto medicinski izbiri kriterij naključja najmanj uporabijo ravno zaposleni v zdravstvu, čeprav se ta odstotek dvigne pri odločitvah, vezanih na družbene kriterije. Obratno pravniki kriterij naključja izberejo predvsem pri striktno medicinskih vprašanjih, manj pogosto pa pri družbenih.

Še ena diskrepanca z uradnimi smernicami je vidna v upoštevanju družbenih faktorjev, najbolj starševstva in starosti. Starost kot edino merilo za odločitev večina etičnih komisij zavrača (z izjemo nizozemskih smernic), kljub temu pa se pojavlja v določenih smernicah zdravstvenih združenj (najbolj viden primer je francoski SFAR)⁷. Rezultati ankete nam kažejo, da je starost pacienta faktor izbire, ki ga respondenti štejejo kot legitimnega. To je najbolj vidno, ko je starostna razlika med pacientoma zelo velika – ko gre za odločitev med otrokom ali mladostnikom in starostnikom. Manjša je razlika, predvsem v odrasli dobi, manj ljudi se odloči za pomoč mlajšemu pacientu. Če bi v izbiri med 80-letnikom in 5-letnikom kar 80 % vprašanih rešilo življenje otroku, bi mlajšega pacienta vedno izbrali le v približno 40 %, ko se starostna razlika zmanjša.

Pri vprašanju legitimnosti družbenih faktorjev jih vse smernice kategorialno zavračajo, z izjemo prioritete zaposlenim v zdravstvu in negi,

⁶ Briški, Lora, Matjaž Ambrož in Renata Salecl. »Triažne odločitve v času pandemije Covid-19: medicinske smernice, pravna načela in javno mnenje.«

⁷ Briški, Lora in Nesa Vrečer. »Reševanje problema izbire v preobremenjenem zdravstvenem sistemu: Pregled dokumentov o triaži med epidemijo COVID-19 zdravniških združenj in etičnih komisij različnih držav«

saj se z utilitarističnega vidika predvideva, da je njihova družbena koristnost med pandemijo preveč ključnega pomena. Ostale kategorije (rasa, spol, starševstvo, mentalno zdravje idr.) so strogo zavračane, saj odpirajo vrata prevelikim potencialom za diskriminacijo pacientov. Anketiranci v tem primeru kot bolj ključno smatrajo kategorijo starševstva kot družbeno koristnost zaposlenih v zdravstvu, saj bi odločitev glede na poklic večinsko prepustili naključju, raje pa bi rešili življenje mami dveh otrok kot ženski brez otrok. Podoben sentiment je večkrat izražen tudi v opisnih odgovorih, kjer se je kar 15 respondentov direktno opredelilo v prid upoštevanja družbenih kriterijev. Če odločitve ilustriramo s par odgovori:

»pri odločanju koga zdraviti se mi zdi, da je pomemben tudi življenjski slog bolnika, ali se zdravo prehranjuje, ali vzdržuje primerno telesno težo, torej ali ima zdrav življenjski slog, da se vidi, da mu je življenje dragoceno, seveda tudi dejstvo, ali ima družino, če za koga skrbi, je družbeno aktiven,...«

»vprašanja so zelo \»ozka\», tako da je samo na podlagi danih podatkov zelo težko odgovoriti. samo starost zame za odločitev ne zadošča, pomembna bi bila tudi vloga človeka v družbi (na primer, ali so od njega odvisni drugi ljudje, za katere skrbi, in podobno)..«

»na obravnavane situacije gledam z vidika nadaljevanja vrste oziroma koristnosti za družbo. to se kaže v tem, da bi dal prednost mlajšim in ženskam (samohranilkam). vem, da je ideja o največji koristi za družbo že davno prerekana, pa vselej.«

»za odločitev, komu pomagati z edinim respiratorjem, ki je na voljo, kaže preveriti, ali je ta oseba edini skrbnik mladoletnih otrok.«

Respondenti se v opisnih odgovorih dotikajo tudi problematike vnaprej izražene volje pacienta, ki v anketi ni vključena. Eksplicitno jo omenita dva respondenta, če podamo primer: »med vprašanji pogrešam možnost, da se pacient sam odloča o svoji usodi. Vsak si ne želi priklopa na respirator in posledično dolgotrajnega in težkega okrevanja po boleznih. Bistvena bi morala biti lastna volja vsakega posameznika!«

Pomemben element, ki ga izpostavljajo respondenti v opisnih odgovorih, je družbenokritičen in povezan z delovanjem države med

pandemijo. Družbena kritika in želja, da takšnih situacij ne bi bilo, je prisotna v kar 38 odgovorih respondentov, s tem da je bolj neposredno družbeno kritičnih 12:

»zdi se mi kruto razporejanje pacientov glede možnosti preživetja, vsi bi morali imeti enake možnosti dostopa do zdravstvenih storitev, kar bi morala država zagotoviti. ogromno denarja se vrti tako v zdravstvu kot v farmaciji, samo vprašanje je, čemu je denar namenjen, zdi se mi, da je človek vedno manj pomemben.«

»preizprašujete mdr. družbeno koristnost (medicinska sestra komercialistka), temu bi bilo potem treba dodati tudi anketo, ki bi sestavila lestvico družbene koristnosti posameznih poklicnih skupin. in koristna bi bila anketa o sprejemu triažnih kriterijev (referendum - da/ne, državni zbor da/ne).«

»želim, da teh dilem zaradi zadostne medicinske opreme, ne bi bilo. da tako ne bi bilo niti medicinsko osebje v dilemah, niti ne bi bilo državljanov strah za življenje, ki se lahko konča, zaradi take banalnosti, kot je pomanjkanje respiratorjev.... kisika..... prav tako menim, da za posameznike, ki plačujemo zdr.zavarovanje ni bistveno, ali smo obravnavani v javni bolnišnici ali pri zasebniku. važno mi je, da smo obravnavani pravočasno, pravilno in pošteno.«

»na žalost smo se v zdravstvu, ne samo po stopnji nujnosti primerov, pač pa tudi zaradi pomanjkanja resursov, primorani na dnevni ravni, tudi brez covid situacije, odločiti o prednostnih obravnavah posameznih pacientov. idealno bi bilo, če to ne bi bilo potrebno. neetično in nemoralno pa bi bilo, če bi nekomu proti plačilu dali prednost. zaradi monopola ene zdravstvene zavarovalnice, se na nek način v vsakdanji praksi dogaja ravno to - samoplačniki imajo prednost.«

V luči družbene kritike eden od respondentov tako izrazi tudi željo po javni debati o problematiki in možnosti referenduma: »preizprašujete mdr. družbeno koristnost (medicinska sestra komercialistka), temu bi bilo potem treba dodati tudi anketo, ki bi sestavila lestvico družbene koristnosti posameznih poklicnih skupin. in koristna bi bila anketa o sprejemu triažnih kriterijev (referendum - da/ne, državni zbor da/ne).«

5 Primerjava s stanjem v tujini

Naša anketa je zavrlo lažje primerjave osnovana na podlagi nemške ankete. Opozoriti je treba, da zaradi že omenjenega različnega vzorca popolna primerjava ni mogoča. V zadnjem letu so podobne raziskave izvajali v več državah. Čeprav vprašanja in hipotetični primeri niso isti kot v naši, pa tudi tuje ankete raziskujejo iste parametre: starost, družbeno koristnost, zdravstveno stanje. Poleg nemške ankete bomo tako primerjali še ameriško,⁸ britansko⁹ in nizozemsko¹⁰ anketo. Vse so tako kot naša in nemška temeljile na različnih hipotetičnih primerih, s to razliko, da so v vseh treh primerih respondenti prejeli naključni izbor situacij in je bil sam nabor možnih situacij precej večji kot pri naši in nemški anketi. Kot je podrobneje opredeljeno v članku »Triažne odločitve v času pandemije covid-19: medicinske smernice, pravna načela in javno mnenje«, so nemški in slovenski respondenti na anketne situacije odgovarjali zelo podobno. Starost je bila upoštevana kot legitimen faktor predvsem pri večjih starostnih razlikah, podobno pa so kot relevanten faktor dojemali tudi družbeno koristnost iz perspektive starševstva, medtem ko so poklicno zavrnil.¹¹

Podobno kot nemški in slovenski respondenti, so tudi britanski pri dilemi možnosti preživetja izbrali pacienta z boljšo prognozo – manjša je bila razlika v možnosti preživetja, več pacientov se je opredelilo za naključno izbiro (met kovanca). Britanska anketa je dodala tudi možnost t. i. »*veil of ignorance*« – »tančice nevednosti«. V tem primeru je bilo dodano, da bo pacient v bližnji prihodnosti njihov družinski član. Brez vednosti, kakšna

⁸ V ZDA so aprila in maja 2020 izvedli tri vzporedne eksperimente, v katerih je sodelovalo skupaj 1868 respondentov v treh skupinah. Buckwalter, Wesley, and Andrew Peterson. »Public attitudes toward allocating scarce resources in the COVID-19 pandemic,« *PloS one* vol. 15,11 e0240651. 4 Nov. 2020, doi:10.1371/journal.pone.0240651

⁹ V Združenem kraljestvu je anketo raziskovalna skupina Univerze v Oxfordu izvajala med 29. majem in 22. junijem 2020. Anketo je izpolnilo 763 respondentov, odgovarjali pa so na 38 možnih triažnih scenarijev. Wilkinson, Dominic et al. »Which factors should be included in triage? An online survey of the attitudes of the UK general public to pandemic triage dilemmas,« *BMJ open* vol. 10,12 e045593. 8 Dec. 2020, doi:10.1136/bmjopen-2020-045593

¹⁰ Na Nizozemskem je anketo izvajala raziskovalna skupina Univerze v Tilburgu med 5. in 27. oktobrom 2020. Anketo je izpolnilo 1461 respondentov. Reeskens, Tim, Roosma, Femke & Wanders, Evelien. »The perceived deservingness of COVID-19 healthcare in the Netherlands: a conjoint experiment on priority access to intensive care and vaccination,« *BMC Public Health* 21, 447 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10488-3>

¹¹ Briški, Lora, Matjaž Ambrož in Renata Salecl. »Triažne odločitve v času pandemije Covid-19: medicinske smernice, pravna načela in javno mnenje,«

bo njegova prognoza, so se morali respondenti odločiti za izbiro pacienta z boljšo ali slabšo prognozo; kar 90 % je izbralo pacienta z boljšo prognozo.¹² Prav tako bi večina respondentov izbrala mlajše paciente in paciente z več pričakovanimi leti življenja. Večinsko bi tudi rešili življenje starša s tremi mladimi otroki (80 %), medtem ko bi 18 % izbralo naključno. Obstaja pa ena pomembna razlika, in to je odnos do ključnih delavcev. Če bi se nemški in slovenski respondenti pretežno odločili za naključno izbiro, ko je treba izbrati med zdravstvenim delavcem in komercialistko, bi v podobni izbiri kar 63 % britanskih respondentov prioritiziralo zdravstvenega delavca, 33 % pa bi jih izbiralo na podlagi meta kovanca, torej naključja.¹³

Nizozemska anketa ni preiskovala le odnosa javnosti do triaže pri zdravljenju, pač pa tudi pri cepljenju. V ozir bomo vzeli le rezultate, vezane na triažo pri zdravljenju. Če so bile slovenska, nemška in britanska anketa zelo podobno strukturirane, je nizozemska raziskava dodala precej drugačne parametre. Za najbolj kritični parameter pri odločanju se je izkazala družbena odgovornost. Slovenski respondenti so na vprašanje, ali bi rešili pacienta, ki je ukrepe kršil, večinsko odgovorili, da bi izbirali naključno (75 %), medtem ko bi malce večji delež nemških rešil pacienta, ki je ukrepe upošteval (58 %).¹⁴ Nizozemska raziskava kaže, da bi 31 % manj ljudi rešilo življenje pacienta, ki ukrepov ni upošteval. Drugi relevantni parameter je poklic pacienta – večinsko bi nizozemski respondenti rešili življenje zaposlenega v zdravstvu ali v šolstvu (kategorija, ki je prejšnje ankete niso vključevale). Brezposelni pacient ima 24 % manj glasov kot medicinska sestra. Tretji relevantni odločevalni faktor, ki ga je vključila nizozemska anketa in ki sicer ni prisoten, je pacientova teža (ki širše predstavlja način življenja) – za pacienta s prekomerno težo je glasovalo 7 % manj respondentov. Zadnja relevantna kategorija je starost, pri kateri bi vsi respondenti izbrali mlajšega pacienta.¹⁵

Raziskava v ZDA je respondente razdelila v tri reprezentativne skupine, vsaka je reševala svoj eksperiment, pri katerem so na podlagi scenarijev

¹² Wilkinson, Dominic et al., »Which factors should be included in triage? An online survey of the attitudes of the UK general public to pandemic triage dilemmas,« 4.

¹³ Ibidem, 5.

¹⁴ Briški, Lora, Matjaž Ambrož in Renata Salecl. »Triažne odločitve v času pandemije Covid-19: medicinske smernice, pravna načela in javno mnenje.«

¹⁵ Reeskens, Tim et al., »The perceived deservingness of COVID-19 healthcare in the Netherlands: a joint experiment on priority access to intensive care and vaccination,« 4–6.

odločali o triaži pacientov. Prvi eksperiment je bil vezan na *ex ante* triažo, v drugem so bili scenariji enaki, le da so respondenti odločali o *ex post* triaži, v tretjem pa so raziskovali odnos do marginaliziranih družbenih skupin v triažnih situacijah. V prvem eksperimentu so se respondenti večinoma strinjali z utilitarističnimi odločitvami, predvsem so prioritizirali paciente v najslabšem stanju oziroma najbolj ogrožene, nasprotovali pa so odločitvam na podlagi egalitarnega principa (na primer naključja) ali na podlagi družbene uporabnosti.¹⁶ V drugem eksperimentu, ko gre za *ex post* triažo, so bili respondenti precej neodločeni. Največ strinjanja je dobila trditev, da se pacienta z ventilatorja odklopi po ozdravitvi ali smrti, kar pomeni, da so respondenti *ex ante* triaži večinsko nasprotovali.¹⁷ V tretjem eksperimentu, kjer so izpostavljene družbene skupine, so bili odgovori deljeni glede na skupino samo. V primeru starostnikov ali odvisnikov od različnih substanc so bili respondenti večinsko mnenja, naj se reši mlade paciente brez odvisnosti. Pri vprašanju rase in invalidnosti so bili precej bolj neodločeni in ju niso dojemali kot resen kriterij za alokacijo, za razliko od starosti in odvisnosti.¹⁸

Tako rezultati slovenske ankete kot tudi rezultati tujih anket nam kažejo na precejšnjo diskrepanco med mnenjem javnosti in med uradnimi smernicami. Komentarji in odzivi javnosti prav tako kažejo, da je javna razprava o triaži in ukrepah zaželeno in korak v smeri večje transparentnosti, ki bi lahko povrnila zaupanje v zdravstvo in znanost.

Literatura

Briški, Lora in Nesa Vrečer. »Reševanje problema izbire v preobremenjenem zdravstvenem sistemu: Pregled dokumentov o triaži med epidemijo COVID-19 zdravniških združenj in etičnih komisij različnih držav.« v *Koga reševati v času pandemije? Etični, medicinski in kazenskopravni vidiki triaže*. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, 2021.

¹⁶ Ibidem, 7.

¹⁷ Ibidem, 10.

¹⁸ Ibidem, 14.

- Briški, Lora, Matjaž Ambrož in Renata Salecl. »Triažne odločitve v času pandemije Covid-19: medicinske smernice, pravna načela in javno mnenje« v *Koga reševati v času pandemije? Etični, medicinski in kazenskopravni vidiki triaže*. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, 2021.
- Buckwalter, Wesley, in Andrew Peterson. »Public attitudes toward allocating scarce resources in the COVID-19 pandemic.« *PloS one* vol. 15,11 e4 .0240651 Nov. 2020, doi:10.1371/journal.pone.0240651
- Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko. *Stališče KME o odločanju zdravnikov v zvezi z vključevanjem respiratorjev v zdravljenje hudo prizadetih bolnikov z boleznijo povzročeno z virusom SARS-CoV-2*. 2020. Dostopano: 25. 9. 2021. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/KME/Stalisce-KME-o-odlocanju-zdravnikov-v-zvezi-z-vkljucivanjem-respiratorjev-v-zdravljenje-hudo-prizadetih-bolnikov-z-boleznijo-povzroceno-z-virusom-SARS-CoV2.pdf>
- Reeskens, Tim, Femke Roosma in Evelien Wanders. »The perceived deservingness of COVID-19 healthcare in the Netherlands: a conjoint experiment on priority access to intensive care and vaccination.« *BMC Public Health* 21, 447 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10488-3>
- Wilkinson, Dominic et al. »Which factors should be included in triage? An online survey of the attitudes of the UK general public to pandemic triage dilemmas.« *BMJ open* vol. 10,12 e045593. 8 Dec. 2020. doi:10.1136/bmjopen-2020-045593

O avtorici:

Nesa Vrečer je doktorska študentka filozofije na Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani in strokovna sodelavka na Inštitutu za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani. Raziskovalno se ukvarja z vprašanji identitete, feminizma, spolnega nadlegovanja in nasilja, psihoanalize ter kapitalizma. Je tudi članica programskega odbora Inštituta za delavske študije.

Drugi del

ESEJI S POSVETA

O posvetu »Koga reševati v času pandemije? Etični, medicinski in kazenskoopravni vidiki triaže?«

Pandemija covid-19 je v mnogih državah privedla do resne preobremenitve zdravstvenega sistema. V takšni krizni situaciji prihaja do tako imenovanih kolizij dolžnosti, ko zaradi pomanjkanja osebja in zdravstvene opreme vsem pacientom ni mogoče zagotoviti ustrezne zdravstvene oskrbe. Odločevalci, ki morajo izbrati, komu od pacientov omogočiti možnost preživetja, so pod velikim pritiskom. Njihovo odločanje je vezano na kompleksne etične, medicinske in pravne dileme, o katerih smo v preteklosti razpravljali predvsem na podlagi hipotetičnih scenarijev. Kriza, ki jo je povzročil covid-19, zahteva ponovni premislek o teh izzivih odločanja v zdravstvu.

Z namenom, da bi o zagatah, do katerih lahko pride ob pomanjkanju opreme in osebja v času pandemije, govorili, preden bi v slovenskem zdravstvu prišlo do krizne situacije, sta Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani in Svet za razvoj pri SAZU 24. novembra 2020 organizirala posvet o etičnih, medicinskih in kazenskoopravnih vidikih triaže. Spletni dogodek, na katerem so nastopali govorniki različnih strok, je v živo spremljalo več kot 250 gledalcev. V štirih sekcijah so nastopili prof. dr. Matjaž Ambrož, akademik prof. dr. Valentin Hribar, izr. prof. dr. Matjaž Jereb, prof. dr. Dušan Keber, doc. dr. Tatjana Lejko Zupanc, doc. dr. Luka Mišič, izredni član SAZU prof. dr. Marko Noč, prof. ddr. Andrej Pleterski, prim. Helena Reberšek Gorišek, akademik prof. dr. Blaž Rozman, izredna članica SAZU prof. dr. Renata Salecl, prof. dr. Brigita Skela Savič, akademik prof. dr. Franc Strle, akademikinja prof. dr. Alenka Šelih, prof. dr. Mirjana Ule in dr. Božidar Voljč.

Govorniki so v referatih naslovno temo osvetlili z različnih zornih kotov. Večkrat je bila izpostavljena potreba po sprejetju systemske rešitve na državni ravni, da pri zdravstvenih delavcih do tragičnih izbiranj v času epidemije sploh ne bi prišlo. Zakonodajalec je odgovoren, da tudi v času zdravstvene krize poskrbi za ustrezne kapacitete in opremo za varno izvajanje storitev in programov. Posebno pozornost je treba posvetiti

domovom za starejše občane, v katerih se, kot nas učijo zadnji meseci, okužbe s covidom-19 posebej hitro širijo. Čeprav je vprašanje tragične izbire v krizni situaciji težko, je bilo opozorjeno, da je treba tudi o takem vprašanju razpravljati, saj v nasprotnem primeru celotno breme krizne situacije nosijo zdravstveni delavci. Nekateri govorci so izpostavili, da mora biti odločanje v času, ko primanjkuje virov zdravljenja za vse, strokovno upravičeno, solidarno, razumno in predstavljeno javnosti. Priporočili so tudi dobre prakse iz tujine, ki za življenjsko pomembne odločitve uvajajo skupinsko odločanje. Vsebinska merila za razvrščanje pacientov, če sredstev zdravljenja ni dovolj za vse, niso zakonsko urejena. Velja pa, da morajo biti odločitve zdravstvenega osebja v skladu s temeljnimi ustavnimi načeli, kot sta denimo prepoved diskriminacije in spoštovanje človekovega dostojanstva. Posebej je bil poudarjen institut vnaprej izražene volje, ki se v Sloveniji redko uporablja, njegovo bistvo pa je, da se potencialni pacienti o tem, kakšno zdravljenje si želijo, opredelijo, preden se potencialno okužijo in zbolijo. Posvet se je dotaknil tudi težke teme, in sicer pomoči pri tem, da osebe umrejo v skladu z načelom človeškega dostojanstva.

V knjigi predstavljamo določene prispevke govorcev posveta. Medtem, ko so nekateri od prispevkov predstavljeni v razširjenih znanstvenih člankih v prvem delu knjige, pa jih par sledi v esejski formi. Prebrali boste lahko prispevke Blaža Rozmana, Matjaža Jereba, Marka Noča, Tatjane Lejko Zupanc, Andreja Pleterskega, Matjaža Ambroža in Valentina Hribarja.

Problematične poteze odločevalcev pri obravnavi epidemije

Blaž Rozman

Ocenjujem se kot manj pomembnega diskutanta v tej zelo težavni temi iz več razlogov. Prvič, že več kot deset let sem upokojen zdravnik internist in pravzaprav odvisen izključno od javnega poročanja in nisem seznanjen z vsemi internimi zadevami, ki se dogajajo v medicini. Drugič, približujemo se že koncu diskusije, teme so že tako obdelane, da bom moral skrajno skrbno prebrskati nekaj informacij, ki sem si jih napisal na predlogo prispevka. Vseeno pa menim, da lahko prispevam nekaj s triažo direktno oziroma indirektno povezanih problematičnih potez odločevalcev, saj sem 41 let delal kot zdravnik internist.

Virus in pandemija sta prvenstveno medicinski in ne politični problem, ki temelji predvsem na široki paleti ideološko in politično neodvisnih odločevalcev. V tem kontekstu seveda se z marsikaterimi stvarmi, ki so bile opravljene s strani vladnih odločevalcev, ne strinjam in nekatere od njih bi rad omenil. V začetku bi predvsem predstavil dva popolnoma različna pristopa k obravnavi epidemije. Vzemimo nemškega, kjer epidemijo vodi, ne tako kot pri nas, minister za zdravje, kjer ima ključno vlogo pri pojasnjevanju in spodbujanju prebivalstva glavni epidemiolog, in ne tako kot pri nas, kjer so večino kritičnih epidemiologov takoj odstranili z mesta odločanja. Na drugi strani je ameriški model, ki kaže, kako škodljivo je politično vmešavanje pri reševanju pandemije. Politično odvisen zdravnik je spodbujal ljudi, naj se ne držijo vseh predpisanih splošno veljavnih navodil pri preprečevanju okužb.

V nadaljevanju lahko samo opozorim na nekatere stvari, ki so me skrajno iritirale v dosedanjem poteku reševanja epidemije. Naj začnem s to temo, ki je bila že natančno obdelana, tj. zloraba starostnikov v prvi fazi, kjer odločno stojim za stališčem prof. Kebra. Ne nameravam nadaljevati s to diskusijo, opozoril pa bi samo še na dve stvari, in sicer na

to, kar skrajno pogrešam pri teh zadevah. Torej na takojšnje pravno-medicinsko-etične odzive ustreznih institucij. Komisija za medicinsko etiko je (sicer prepozno) sprejela dva sklepa, ki ju želim citirati, vendar nobeden ni bil realiziran in bi še kako prav prišla v drugi fazi. V prvem je Komisija za medicinsko etiko predlagala, naj neodvisni strokovnjaki raziščejo odločitve na zalogo, kateri starostniki so dovolj perspektivni za hospitalno zdravljenje, in to brez njihove odločitve oziroma odločitve svojcev. Poleg tega je kasneje Komisija za medicinsko etiko priporočila, da se pripravijo selektivni ukrepi, če se bo epidemija razširila in vseh bolnikov ne bo možno sprejeti v bolnico.

Nadalje bi se dotaknil vseslovenske raziskave o razširjenosti okužb z novim koronavirusom med prebivalstvom. Ne glede na svoje strokovne pomisleke k tej študiji, upravičene, saj sem dolga leta delal na področju imunskega odziva, pa bi opozoril na dejstvo, da so rezultati raziskave zamujali. Razlog zamujanja je bil čakanje na odločitev vlade. Vlada je kljub temu, da ni obravnavala teh rezultatov, sprejela odločitve ne glede na izplen te študije, ki je zahtevala na stotine ur zdravstvenih delavcev, ter s tem jasno pokazala vso ignoranco do medicinskih strokovnjakov.

Navajam tudi odlok vlade, ki je z mojega stališča povsem nesprejemljiv, in sicer, da bolezen covid-19 uvrstimo v prvo skupino nalezljivih bolezni z izjemno visoko smrtnostjo. Ta poseben strokovno povsem neutemeljen pravnoformalni status je seveda odvzel tudi formalno pravico do pravočasnega in učinkovitega ukrepanja v primeru drugih bolezni, katerih smrtnost je bistveno višja. Kasneje se je izkazalo, da je bil Zakon o nalezljivih boleznih tudi zlorabljen v avtoritarne represivne namene.

Želel bi opozoriti še na katastrofalni zdrs zdravništva, ko je Zdravniško društvo (uzurpacija preostalega zdravništva) poslalo politični strukturi apel, pomotoma imenovan za imunost, ampak ustrezno za imuniteto zdravnikov med epidemijo. S tem je ta del zdravništva implicitno priznal, da se med epidemijo dela škoda bolnikom in neupravičeno posega v moralno etične vrednote zdravnikov.

Nedavno me je izredno zmotila informacija, da s helikopterskim prevozom dveh ogroženih nosečnic, okuženih z virusom, ni možno prepeljati iz oddaljenih krajev Slovenije v Klinični center. Ob prvi zmedi

je prišlo končno pojasnilo, da je prevoz odklonil dežurni zdravnik. Ta naj bi se skliceval na odlok, ki ga je sprejelo Ministrstvo za zdravje sredi marca letos. Pomembno vprašanje, ki se pri tej stvari zastavlja, je, ali je zdravnik ravnal v skladu s svojo vestjo in v interesu nosečnice, ali je podlegel političnemu aktu in s tem ravnal v smislu poslušnosti oziroma posnemanja, torej neracionalno.

Na koncu poudarjam, da pravzaprav kot neodvisni opazovalec zadev želim izvedeti iz javnih občil več. In sicer želim slišati tudi kritična mnenja. Takih je bilo zelo malo, lahko domnevam, da zaradi ustrahovanja in strahu pred stigmatizacijo. Izpostavil se je prof. Zver, ki je poudaril, da je odkritih 30 odstotkov manj levkemij v tem času v primerjavi s prejšnjimi leti. Opozoril je tudi na skrajno neživiljenjsko odločitev Ministrstva za izobraževanje, da tuji zdravniki v tem času ne morejo opravljati izpita slovenskega jezika in s tem pomagati preobremenjenim domačim zdravnikom. Nekaj kritičnih informacij je prišlo še iz UKC Maribor, nekaj iz domov za ostarele, nekaj od strokovnjakov duševnega zdravja. Ključno je, da bi ljudi obveščali neodvisni strokovnjaki, ne pa jih zavajali sledilci vladne politike. Morali bi biti ustrezno seznanjeni s težavami, s katerimi se sooča zdravstvo. Zelo me moti in s tem tudi končujem, da od zdravstvenih delavcev že mesec in pol poslušam samo, da so na robu zmogljivosti. Torej, na robu zmogljivosti so bili takrat, ko je bilo 500 oseb s covidom-19 v bolnišnicah, ko je bilo 100 oseb na ventilatorjih, in enako na robu zmogljivosti so danes, ko je situacija še mnogo bolj dramatična. Torej, ali je dejansko ta rob zmogljivosti že prekoračen. Najbrž da. Prekoračen s stotinami smrti, kar nas uvršča na vrh umrljivosti v svetu. Prekoračen zaradi tega, ker se vozijo hudo bolni bolniki iz ene bolnišnice v drugo ali celo po celi Sloveniji, preden najdejo svojo posteljo, in še zaradi marsičesa drugega, česar nikoli ne bomo izvedeli.

O avtorju:

Blaž Rozman, dr. med. je internist revmatolog. Bil je predstojnik Revmatološke klinike in kasnejšega Kliničnega oddelka za revmatologijo Kliničnega centra v Ljubljani. Je redni profesor Medicinske fakultete v Ljubljani in zaslužni profesor Univerze v Ljubljani. Je višji znanstveni svetnik. Strokovno je predvsem deloval na področju vezivnih bolezni, revmatoidnega artritisa in vaskulitičnih sindromov. Pod njegovim vodstvom je raziskovalna skupina Kliničnega oddelka za revmatologijo postala ekspertna in referenčna ustanova v Evropi za detekcijo avtoprotiteles. Sodeloval je v mednarodnih projektih v zgodnjih fazah preizkušanja imunomodulirajočih zdravil vključno z novimi biološkimi zdravili. Prejel je nagrado republike Slovenije za vrhunske raziskovalne dosežke in Zoisovo nagrado za življenjsko delo. Je redni član SAZU.

Oddelki za intenzivno zdravljenje: ozko grlo epidemije, v katerem zdravstveni sistem obstane ali se zruši

Matjaž Jereb

Kdor misli, da lahko v sedanjih razmerah in ob številu aktivno okuženih z virusom SARS-CoV-2 v Sloveniji nudimo vsem covidnim in necovidnim bolnikom enako oskrbo, kot smo jo lahko ponudili bolnikom pred epidemijo, se žal moti in živi v nekem drugem svetu ter daleč od realnosti.

Pandemija covid-19 nas je postavila pred dejstvo, da število razpoložljivih postelj v bolnišnicah komaj sledi potrebam bolnikov, ki zaradi hude ali kritične bolezni in dihalne odpovedi potrebujejo bolnišnično obravnavo. Vsaj tako velik, če ne še večji problem je pomanjkanje usposobljenega zdravstvenega kadra, ki žal tudi zboleva. Pandemija je v slovenski družbi še dodatno razgalila problem kadrovske in infrastrukturno podhranjenega zdravstvenega sistema. Problem je pomanjkanje navadnih postelj, še večji pa pomanjkanje ustreznih intenzivnih postelj. Težave smo imeli že pred covidom-19 in danes imamo še večje. Slovenija je v primerjavi z drugimi evropskimi državami že sicer v dokaj nezavidljivem položaju po številu intenzivnih postelj na število prebivalcev, imamo jih 15/100 000 prebivalcev, npr. Nemčija jih ima preko 30/100 000 prebivalcev. Dejstvo je, da škodo trpijo bolniki s covidom-19 in bolniki s številnimi drugimi boleznimi. Enostavno povedano, postelj in osebja je premalo, bolnikov, ki potrebujejo našo pomoč, pa enostavno preveč.

Po moji oceni so prav intenzivne postelje ozko grlo, kjer bo naš zdravstveni sistem v sedANJI epidemiji obstal ali se bo zrušil. Če smo imeli v prvem valu epidemije na oddelkih za intenzivno zdravljenje (v nadaljevanju: OIZ) slovenskih bolnišnic v enem dnevu hospitaliziranih največ 36 bolnikov, to je bilo 8. aprila, smo jih imeli tekom drugega vala do

danes največ 17. novembra, in to je 209. Smo na meji obvladljivosti razmer, teoretično morda lahko oskrbimo 250–260 bolnikov s covidom-19, ki imajo dihalno odpoved in potrebo po mehanskem predihavanju, toliko imamo postelj s pripravljeno opremo. Nimamo pa dovolj osebja, ki je že sedaj izčrpano in preobremenjeno. Če samo predstavim številke in standard negovalnega kadra za oskrbo življenjsko ogroženega bolnika, priklopljenega na aparat za mehansko predihavanje, je to po normativih pet medicinskih sester na intenzivno posteljo za oskrbo 24/7, danes jih imamo na covidnem OIZ pod dve. To je realnost, s katero se sooča slovensko zdravstvo v sedANJI pandemiji covida-19.

Ko govorimo o intenzivnem zdravljenju, je treba izpostaviti še eno dejstvo. Obravnava življenjsko ogroženega bolnika na OIZ nikakor ne pomeni zanesljive rešitve, za to pot se že sicer ne odločimo pri tistih, ki so zaradi starosti in/ali kroničnih bolezni na koncu svoje življenjske poti in intenzivno zdravljenje za njih ne pomeni rešitve, temveč le podaljševanje trpljenja oziroma umiranja. Zdravniku intenzivistu je najlažje bolnika uspavati, intubirati in priklopiti na aparat za mehansko predihavanje. Zato je še kako pomembno, da vsak od nas pozna razliko med tem, kar imaš pravico narediti, kaj znaš narediti in kaj je prav, da narediš. Triaža je pogosto težka, je pa medicinsko utemeljena odklonitev sprejema bolnika na OIZ edina pravilna odločitev. Pri teh odločitvah nam naši bolniki redko pomagajo, saj je pogovor o smrti in koncu življenja v povprečni slovenski družini tabu tema in vnaprej izražena volja bolnikov glede intenzivnega zdravljenja s podporo aparata za mehansko predihavanje zelo redka. Tudi družba zdravnikom pri njihovih odločitvah s svojimi nasprotujočimi si stališči ni v pomoč, potencialno pa jim grozi tudi kazenska ovadba, če se z očmi laične javnosti odločijo napačno.

Covid-19 ima v primerjavi z morebitnimi drugimi razlogi za izredne razmere, kot so vojna, naravne nesreče, epidemije z nekaterimi drugimi povzročitelji epidemij (npr. hemoragična vročica ebola, kjer so lahko prizadeti vsi prebivalci v določenem okolju, ne glede na starost bolnikov, njihovo krhkost in kronične bolezni), določene značilnosti, ki so pomembne za triažo, le-ta pa naj se začne doma, v domovih za starejše

občane oziroma najkasneje ob sprejemu na navadni oddelek in predno se ob dihalni odpovedi pojavi potreba po intenzivnem zdravljenju. Samo s triažo, ki je medicinsko utemeljena, lahko v sedanjih epidemioloških razmerah ohranimo pretočnost intenzivnih postelj in delovanje zdravstvenega sistema.

Tu želim dodatno osvetliti utemeljenost zavračanja nekaterih bolnikov za sprejem na OIZ, intubacijo in mehansko predihavanje. Povprečna starost bolnikov, zdravljenih na OIZ Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja (KIBVS), Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani (UKCL), je bila v prvem valu, ko smo skupaj zdravili 35 bolnikov, 65 let in v drugem valu 65,3 leta. Do druge polovice novembra smo na OIZ KIBVS UKCL zdravili 207 bolnikov. Skupaj je v tem obdobju zaradi covid-19 umrlo 40 bolnikov. Povprečna starost umrlih v prvem valu je bila 76,4 leta in v drugem valu 74,2 leta. Vsi starostniki so imeli vsaj eno kronično bolezen, večina dve ali več. Starost je bila pri umrlih statistično pomembno višja kot pri preživelih.

Covid-19 je bolezen, ki neposredno življenjsko ogroža predvsem, ne pa samo, starostnike. Določena starostna meja seveda ne more biti, ne sme biti in ni razlog za odklonitev bolnika za sprejem na OIZ. Je pa osnova za ustrezno strokovno utemeljeno triažo in pravilno odločitev. Zavedati se moramo, da bolnik s covidom-19, starejši od 80 let, z dihalno odpovedjo zaradi obsežnih vnetnih sprememb na pljučih in sočasnimi kroničnimi boleznimi praktično nima možnosti, da bi preživel intenzivno zdravljenje z aparati na OIZ.

Tu se postavi vprašanje. Kako naj ravna zdravnik intenzivist v primerih, ko je kandidatov za intenzivno zdravljenje več in jih med seboj ni moč razvrstiti tudi ob upoštevanju vseh strokovnih medicinskih kriterijev, prostih intenzivnih postelj pa ni? Odgovora ne vem in dvomim, da lahko pošten odgovor poda kdorkoli od nas. Lahko pa vsem zagotovim, da načelna, napisana stališča in priporočila zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja v prvih linijah ne odvežejo hude moralne in človeške stiske, s katero se ob vseh strokovnih izzivih soočamo pri obravnavi življenjsko ogroženih bolnikov s covidom-19.

O avtorju:

Matjaž Jereb je izredni profesor na katedri za infekcijske bolezni in epidemiologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in vodja Oddelka Intenzivne terapije na Infekcijski kliniki Univerzitetnega kliničnega centra (UKC).

Sodobna medicinska oskrba vsakega bolnika v času pandemije

Marko Noč

Koga torej reševati v času pandemije? Moje mnenje je jasno – vsakega bolnika. Vsak bolnik si namreč tudi v času pandemije zasluži sodobno medicinsko obravnavo, ki temelji na medicinski stroki, pri čemer je povsem nepomembno, ali ima pandemsko okužbo ali ne. In kaj dandanes pomeni sodobna medicinska oskrba? To je z dokazi in izkušnjami podprto zdravljenje, ki bolniku bodisi podaljša življenje, izboljša njegovo kvaliteto ali olajša umiranje, če ozdravitev ni možna (paliativna medicina). In če zdravstveni sistem posamezne države v pandemiji tega ne zmore? Osebnost sem prepričan, da se to v razvitih državah, kamor štejem tudi Slovenijo, ne bi smelo zgoditi. Povečano obolevnost in večje število sprejemov v bolnišnico med pandemijo je namreč treba pravočasno predvideti s pomočjo računalniških simulacij in na tej narediti natančni načrt postopnega zamika nenujnih medicinskih storitev, ki lahko počakajo. Na ta način pridobimo ustrezne prostorske in kadrovske kapacitete za sprejem in zdravljenje okuženih bolnikov. Da zaradi zamika nenujnih medicinskih storitev ne nastanejo škodljivi učinki pri bolnikih na čakalnih listah, mora biti zamik čim krajši, prednost pa morajo imeti bolniki z večjo stopnjo nujnosti.

V prvem valu nam je s pravočasnim zaprtjem celotne države uspelo zmanjšati število okuženih bolnikov in celokupna umrljivost v času prvega vala od februarja do junija 2020 je bila povsem primerljiva s prejšnjimi leti, ko ni bilo pandemije. Drugi val je žal drugačna zgodba. »Lockdown« je bil žal prepozen in nepopoln in prišlo je do neprimerne večjega širjenja virusa in posledičnega navala bolnikov v bolnišnice, ki so zaradi tega morale zmanjšati vse ostale »mirnodobne« dejavnosti. Tako je bilo na primer v prvem valu največ 37 intenzivnih postelj zasedenih z bolniki s covidom-19, v drugem in tretjem valu pa več kot 210.

Čeprav ni prišlo do popolnega zloma bolnišničnega sistema, pa se je njegova preobremenitev pokazala v bistveno večji celokupni smrtnosti v primerjavi s preteklimi leti, ki je od oktobra 2020 do februarja 2021 znašala več kot 3 500. Da rezultat ni bil še slabši, imajo ob zanemarjanju slovenskega zdravstva s strani politike v zadnjih 30 letih največ zaslug požrtvovalni zdravstveni delavci na vseh nivojih.

Ker se je že v prvem valu medijsko neustrezno izpostavljala medicinska oskrba bolnikov iz domov za ostarele (DSO), bi nekaj besed namenil tudi temu področju. Gre za moje osebno mnenje, ki temelji na 34 letih dela v vodilni intenzivni enoti na področju neoperativnih strok v Sloveniji. Trdno verjamem v to, da je pri vsakem oskrbovancu v DSO treba vseskozi analizirati vrste in stopnje bolezni, njegovo splošno in mentalno stanje, biološko starost in želje glede medicinske oskrbe ter na osnovi tega narediti načrt zdravljenja v primeru poslabšanja stanja, ki ga na primer lahko povzroči okužba s covidom-19. Na osnovi te ocene je treba narediti načrt zdravljenja in ga predstaviti oskrbovancu, če je priseben, oziroma svojcem ali skrbniku in pridobiti soglasje. Ker gre praviloma za zapletene odločitve, smo kot pomoč zdravnikom v DSO v prvem valu poizkusno uvedli pilotski projekt tako imenovanih zdravniških konzilijev. To pomeni, da iz bolnišnice, kamor gravitira DSO, pride eden ali več ustreznih zdravnikov – specialistov, ki skupaj z zdravnikom in medicinsko sestro v DSO naredijo načrt zdravljenja posameznega oskrbovanca v primeru naglega poslabšanja. Načrt zdravljenja nikakor ni nekaj novega, saj to delamo vsak dan pri bolnikih v bolnišnici. Prednost našega pilotskega projekta je bila v tem, da smo šli izven bolnišnice k bolniku v DSO in v miru in ne v urgentni situaciji zaradi morebitnega poslabšanja stanja skupaj z medicinsko ekipo v DSO predvideli medicinske ukrepe. Načrt je obsegal odločitve, ali v primeru poslabšanja bolnika zdravimo le v DSO in ga ne pripeljemo na urgentni oddelek bolnišnice oziroma ga prepeljemo v bolnišnico na zdravljenje bodisi na neintenzivnem ali intenzivnem oddelku. Cilj takega načrta nikakor ni bil, da prihranimo bolniške postelje, zdravstveni kader in medicinski material/aparature, ampak da bolniku, ki se mu morda življenje izteka, ponudimo humano medicino. To pomeni, da

ne izvajamo zdravljenja in posegov, za katere glede na podatke raziskav obstaja zelo velika verjetnost, da bolniku ne bi pomagali, istočasno pa bi mu zaradi agresivnosti zadali bolečine in trpljenje. Žal zaradi neprimerne medijske kampanje, ki je bil celo na nivoju terminologije v smislu »seznama odpisanih«, ta koncept ni zaživel in verjetno tudi ne bo v bližnji prihodnosti. Bolnišničnim zdravnikom, ki so šli v prvem valu prostovoljno v DSO, se je namreč grozilo celo z ovadbami. Absurdnost neupravičenega medijskega programa naše pobude se je najbolj groteskno pokazala tudi v parlamentu, kjer je razprava zvenela izrazito politično, čeprav gre za izrazito področje medicinske stroke in etike. In samo medicinska stroka in etika sta lahko temelj za bolj humano medicino pri ostarelih in zelo bolnih ljudeh.

O avtorju:

Marko Noč je predstojnik Kliničnega oddelka za intenzivno interno medicino v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, redni profesor na Medicinski fakulteti ter izredni član Slovenske akademije znanosti in umetnosti (SAZU). Je specialist interne, intenzivne in kardiovaskularne medicine. V letih 1991-1993 je bil raziskovalec na področju eksperimentalne kardiologije (University of Health Sciences, Chicago), 1995-96 gostujoči profesor (ICM, University of Southern California, Los Angeles), 1999-2000 pa je opravil specializacijo iz intervencijske kardiologije (Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles). Poleg dela z bolniki je objavil 142 člankov (»PubMed«), ki so bili v zadnjih 10 letih citirani v 5940 primerih (h-indeks 27), ter 12 poglavji v mednarodnih učbenikih. Kot vabljen predavatelj je sodeloval na 230 mednarodnih srečanjih.

Etično delovanje zdravstvenih delavcev

Tatjana Lejko Zupanc

Domnevala sem, da bo veliko tega, kar je treba o sedanjih razmerah povedati, že povedano, zato bom govorila z vidika zdravstvenih delavcev. Ko uporabljam izraz zdravstveni delavci, mislim pravzaprav na vse, ki delajo v zdravstvu, ne glede na to, ali so zdravniki, medicinske sestre, strežnice, fizioterapevti ali drugo osebje, ki skrbi za bolnike.

Epidemije porajajo številne dileme in veliko vprašanj ter prinašajo številne težko rešljive zaplete:

- Pojavijo se zelo velike potrebe po zdravstveni oskrbi in če so te potrebe večje od kapacitet, sledi vprašanje, kdo ima prednost in kako se bomo dogovorili, ali sploh triažiramo kogarkoli.
- Naravna reakcija posameznika, ki se počuti ogroženega, je poskus bega z nevarnega področja. Zaradi omejitev gibanja med epidemijo (številne omejitve gibanja, prepovedi prehodov med občinami in podobno) to dostikrat ni mogoče.
- Zbiranje podatkov zaradi epidemiološkega spremljanja poraja dvome o tem, ali so ti podatki ustrezno zavarovani in kako je varovana naša zasebnost.
- Praviloma skoraj nikoli nimamo na voljo pravih zdravil ali cepiv, zato je potreben hiter razvoj, ki se dogaja dostikrat v okolju, kjer je raziskovanje močno otežkočeno. Kaj nam pomaga, če imamo veliko število bolnikov, če pa ni človeka, ki bi zbiral podatke ali izvajal raziskavo.
- V zgodovini se je velikokrat pojavila nalezljiva bolezen, a se rezultati in podatki niso delili. Sprememba na svetovnem nivoju je nastopila šele z epidemijo ebole. Vsi, ki spremljajo strokovno-znanstvena spoznanja, vidijo, da je danes pravzaprav vsa literatura o covidu-19 dostopna na internetu, in to zastonj.

- Inovativne oblike zdravljenja so omejene, kar izpostavlja razmislek, komu to inovativno zdravljenje omogočiti, ali pri tem izvajati triažo oziroma upoštevati princip, kdor prvi pride, prvi dobi.
- Potrebe po kadrih so velike in na to naraščanje potreb se navezuje moj prispevek.

Poleg naštetega se moramo zavedati, da je povsod prisoten strah. Ne samo med prebivalstvom, temveč tudi med zdravstvenimi delavci in sodelavci – tukaj stopijo v veljavo moralni in etični standardi zdravstvenih delavcev.

O tem, da bi morala biti etična načela v planih pripravljenosti držav, se govori že dolgo. Pred leti so ocenili pandemske plane desetih evropskih držav, tudi Švice, pregledali so dokumente Svetovne zdravstvene organizacije, Evropske komisije in dokumente iz centra ECDC, ki so pokazali, da praviloma skoraj noben pandemski plan ni vključil etičnih vprašanj. Posebno poglavje o tem so imele le Švica, Velika Britanija in Francija. Plani državne pripravljenosti zelo redko vsebujejo etična priporočila, zlasti priporočila glede triaže.

Že dolgo so določeni principi, kaj je pravzaprav pomembno pri etičnih razmišljanjih v okviru pandemij – jasno je povedano, da morajo biti vsakršne omejitve človekovih pravic v skladu z zakoni in imeti za splošni legitimni cilj splošno dobro. Ta omejitev je dokazano potrebna in se uporabi le takrat, če ni drugega manj vsiljivega načina za reševanje problema. Vse omejitve morajo imeti za podlago znanstvene dokaze, najbolj pomembno pa je, da prebivalstvo te napore za zamejitve epidemije sprejme z zaupanjem. Žal imam vtis, da se to v naši državi še ni zgodilo.

Med ključnimi etičnimi vprašanji izpostavljam dolžnost zdravstvenih delavcev, da nudijo nego med izbruhom nalezljive bolezni. Ključna so vprašanja glede omejitev osebne svoboščine in določitve prioritet ter nekaterih mednarodnih omejitev. Nas, zdravstvene delavce, zavezuje tako imenovana dolžnost skrbnega ravnanja, žal pa se ta pogosto uporablja kot neke vrste zapovedi. Vprašanje pa je, ali smo zdravstveni delavci dejansko dolžni izvajati dolžnost skrbnega ravnanja v kakršnihkoli razmerah. Kje so pravzaprav meje, do katerih so zdravstveni delavci

dolžni izpostavljati svoje zdravje, tudi psihično, in življenje? Ta zahteva po dolžnosti skrbnega ravnanja lahko pomeni tudi svojevrsten pritisk na zdravstvene delavce in njihovo ustrahovanje. Dolžnosti ljudi, ki imajo ustrezno izobrazbo, so bolj obvezujoče kot dolžnosti tistih, ki te izobrazbe in znanja nimajo, vendar pa v resnici niso povsem določene. Na prvi bojni liniji imajo zdravstveni delavci številne dolžnosti in morda nekaj pravic, sodelujejo številni ljudje, med katerimi so tudi prostovoljci. Za slednje veljajo druga pravila kot za dejansko zaposlene v zdravstveni organizaciji. Kot sem že rekla, ne govorim prav o zdravstvenih delavcih, ampak tudi o sodelavcih. Tveganje je, kot smo videli v več kot polovici leta od začetka epidemije, lahko zelo veliko in treba se je izogibati tistim tveganjem, ki niso potrebna ali so pretirana. Nekateri delavci imajo profesionalno obvezo, vendar ne vsi. Ob tem se zastavlja vprašanje, ali je dolžnost nekoga, na primer nekega zdravstvenega tehnika enaka dolžnosti administrativnega delavca.

Vse te dolžnosti niso samo po sebi umevne, pravzaprav se tudi zato pričakuje določena recipročnost med družbo in zdravstvenimi delavci. Tukaj mislim predvsem na minimiziranje tveganja za okužbo in da imajo oboleli zdravstveni delavci prioriteten dostop do zdravstvene oskrbe, kar je tudi neke vrste triaža. Pričakuje se tudi ustrezno plačilo in nudenje podpore ljudem, ki so zboleli in so morda zaradi tega stigmatizirani. V prvem valu sem imela občutek, da so bili ljudje v lokalnem okolju že vnaprej na nek način stigmatizirani, če so bili zaposleni na oddelku, kjer so se zdravili bolniki s covidom-19. Če pa so še zboleli, so bili toliko bolj. Potrebovali bi podporo pri reintegraciji v okolje in kolektiv. Obolele so obtoževali, da so prinesli v kolektiv okužbo. Če se zgodi najhuje, da zdravstveni delavec zboli, ostane trajni invalid ali celo umre, je seveda treba poskrbeti, da bo njegova družina preskrbljena. Naše dodatne pravice in dolžnosti so tudi te, ki so pravzaprav ves čas na očeh vsem: sodelujemo pri epidemiološkem spremljanju in poročanju ter ustrezno obveščamo javnost s konkretnimi, pravnimi in točnimi informacijami, četudi so še tako neprijetne. Nikoli me ni bilo sram povedati, če česa nisem vedela, saj še posebej na začetku marsičesa nismo vedeli. Seveda se je pomembno izogibati tega, da bi izkoriščali svoj položaj, ranljive

skupine, ranljive paciente oz. neke kazali svojo moč in premoč. Na kaj opozarjajo priporočila? Večina priporočil pravzaprav ne formulira jasno, da so zdravstveni delavci nego dolžni nuditi tudi preko vseh meja. Pravzaprav bi pričakovali, da bodo profesionalna združenja podala jasna navodila o tem, kakšna so pričakovanja in obveznosti med izbruhom nalezljive bolezni. Vsekakor pa morajo odločevalci, zdravstveni sistemi in vlade zagotoviti zdravstvenim delavcem varnost, podporo in kompenzacijo v primeru morebitnih neprijetnih posledic ali zapletov.

Zadnja točka priporočil pravi, da moramo vzpostaviti strategije za zagotavljanje človeških virov. Tukaj pa moram žal ponoviti znana dejstva, da so za nami dolga, dolga leta zmanjševanja zaposlovanja v zdravstvu in omejevanja napredovanj, slabi so osnovni dohodki na določenih deloviščih, ni možnosti dobro nagraditi kakovostnega dela. Zdravstvo že brez epidemije trpi hudo pomanjkanje kadra. Govoriti o tem, kako bi lahko v določenih sredinah izboljšali kadrovsko strukturo med prvim in drugim valom, so samo pobožne želje. Trenutna situacija v državi gotovo tega ne omogoča.

Zdravstveni delavci imamo v prvi vrsti odgovornost in dolžnost do bolnikov, a tudi odgovornost in dolžnost do svojih domačih ter prijateljev, zlasti starejši oziroma tisti z dejavniki tveganja za težji potek bolezni pa tudi odgovornost do sebe. Med izbruhi bolezni imamo še posebne obveznosti, ki so se v dolgoletnem razvoju pravzaprav izoblikovale v neka etična načela, predvsem načelo dobrotljivosti, ki poudarja našo moralno obveznost za izboljšanje blaginje in počutja bolnikov. V bistvu je to načelo, ki je v sodobnem zdravstvenem sistemu bolj ali manj razumljeno in splošno sprejeto, je temeljno načelo odnosa med bolnikom in zdravstvenim delavcem. Zakaj je tako? Ker smo po eni strani izobraženi, da zagotavljamo oskrbo. Vsekakor smo bolj izobraženi kot laična javnost in s tem imamo tudi večjo obveznosti. Z odločitvijo za naš poklic smo na nek način že prevzeli tveganje, dodatno je poklic legitimiran z neke vrste socialno pogodbo. Zaradi teh socialnih pogodb, ki jih v bistvu opredeljujejo kodeksi etike, moramo biti na voljo tudi v teh primerih. Etični kodeksi so značilnost samoregulativnega poklica in se razvijajo na podlagi tega, kakšne vrednote in temeljna načela ima naš

poklic. Kodekse v medicini in zdravstveni etiki poznamo. Tak kodeks v svojem bistvu ni zakonodajen, vendar je neke vrste zakon, po katerem se zdravstveni delavci ravnamo. Če je ta kodeks jasen in ima jasna navodila za etična razmišljanja, je ne glede na to, o čem govorimo, torej če govorimo o triazi ali o čem drugem, relativno v pričakovano pomoč, v nasprotnem primeru lahko etični kodeks postane neučinkovit in zato nepomemben. Pri razporejanju pomanjkljivih virov, je, kar se tiče zdravstvenih delavcev, seveda treba pretehtati korist. Vsekakor je treba paziti na določene specifičnosti, ranljive populacije, dovolj prostega časa idr. Tisti, ki nosijo največje breme in so izpostavljeni največjemu tveganju, morajo imeti določeno prednost, tudi pri dostopu do storitev.

Ob zaključku želim opozoriti na publikacijo, ki je jeseni izšla pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije, in sicer nekaj napotkov glede razporejanja pomanjkljivih virov, v tem primeru pomanjkanja cepiva. Da bomo v prvi fazi imeli zelo omejeno količino cepiva, je jasno. Osredotočiti se je treba na neposredno zmanjševanje obolevnosti in umrljivosti ter vzdrževanje najbolj bistvenih storitev. V tem primeru bi bilo smiselno zaščititi tiste, pri katerih je tveganje najvišje, tako tveganje za okužbo kot tveganje za prenos, saj imajo zdravstveni delavci kritično vlogo pri obravnavi bolnikov, obenem pa lahko bolezen prenesejo tudi na svoje paciente. Zdravstveni delavci poleg tega delujejo tudi v takih razmerah, kjer pravzaprav izpostavljajo nevarnosti ne le sebe, ampak potencialno tudi svoje domače.

S tem področjem se že dolgo ukvarjam, zato dodajam svoje opažanje – dejansko na srečanje s tako hudo zelo nalezljivo boleznijo ni pripravljeno niti osebje niti zdravstvene ustanove. Zdravstveno osebje ni bilo zadosti izurjeno, ni bilo opreme ali pa je bila pomanjkljiva in žal smo vsaj v prvem valu ostali sami, kajti tudi v Evropi je veljalo načelo: pomagaj si sam.

Predvsem pa nas lahko skrbi, da je tveganje zelo podcenjeno – ne podcenjuje ga le prebivalstvo, podcenjujejo ga tudi zdravstveni odločevalci in vodstvo sistema.

O avtorici:

Tatjana Lejko Zupanc je docentka na katedri za infekcijske bolezni in epidemiologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in predstojnica Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja ljubljanskega UKC.

Kako (ne) ravnati, ko se zamaje javno zdravje. Primer covid-19

Andrej Pleterski

Pandemija covid-19 je našla nepripravljene vse vlade vseh držav sveta. Povsod je pokazala, da so zdravstveni sistemi narejeni za normalne razmere, nikakor pa njihove zmogljivosti ne zadoščajo za enakopravno obravnavo vseh pacientov v pandemičnih razmerah. Kakšno ravnanje ob tem pričakujemo državljanke in državljani ter kaj smo doživeli in doživljamo pri nas?

Javno zdravje v državi je zapleten sklop, na katerega vplivajo zdravstveni sistem, izobrazba, šport, prehrana, stanovanjski pogoji, zaposlenost, socialni stiki, kultura, znanost in njeno podružbljenje, politično delovanje in še marsikaj. Vsak poseg v en del sistema ima posledice pri drugih delih. Pričakovali bi strokovne analize teh soodvisnosti, informiranje javnosti o tem in ravnanje odločevalcev v skladu s strokovnimi predlogi. Pri nas se ni zgodilo nič o tega. Javnost ni bila obveščena o ničemer, razen o vladnih odlokih, ki so bili utemeljeni zgolj z grožnjami kazni. Vedno znova pa prihajajo na dan informacije, da vlada ne upošteva številnih strokovnih predlogov. Razmerja v javnem zdravju so porušena, odgovornost za to je na strani vlade.

Tako kot v javnem zdravju mora hkrati vladati ravnovesje v zdravstvenem sistemu, vse vrste pacientov morajo imeti primerljive možnosti zdravljenja. Pandemija je dramatično povečala količino specifičnih pacientov in izjemen pritisk na en del zdravstvenega sistema. V tem primeru bi potrebovali dogovorjen sistem triažiranja, ki bi bil narejen na osnovi strokovnih analiz vzročnih povezav in posledic določenih triažnih priorit. Vloga odločevalcev bi morala biti v vodenju javne razprave o tem in organizaciji odločanja. Ker gre za vprašanja množičnih smrti, bi bilo edino demokratično sprejemanje izbora triažiranja na referendumu. Važnejše kot to, za kakšna pravila triažiranja se dogovorimo, je namreč skupinski način sprejetja in zavest, da pravila veljajo za

vse. Vse to nas še čaka, kajti pandemije se bodo ponavljale, zelo verjetno vedno hitreje zaradi uničevanja okolja in vedno večje mobilnosti prebivalstva. Če želimo, da gre za skupno odločitev, bo postopek njenega sprejemanja dolgotrajen, zato ga je treba začeti sprejemati čim prej in ni ter ne sme biti odvisen od poteka sedanje pandemije.

Vlade doma in v tujini so podlegle psihološkemu pritisku, strahu pred množičnimi smrtmi v bolniških čakalnicah in se odločile za takojšnjo samovoljno, nedogovorjeno triažo. Covidni bolniki so dobili absolutno prednost pred vsemi pacienti v zdravstvenem sistemu, umirjanje pandemije pa absolutno prednost znotraj sistema javnega zdravja. Posledice te odločitve bomo čutili še desetletja in šele čez desetletja bo znano, koliko nepotrebnih smrti je povzročila. V pravu velja načelo, da povzročeno zlo ne sme biti večje od tistega, ki je grozilo, kadar ni mogoče pomagati vsem. Primerjalne analize enega in drugega zla še nimamo. Zanesljivo pa politični odločevalci računajo s tem, da so hitre smrti za njih politično bolj škodljive kot odložene smrti čez mesece, leta, desetletja. Kajti, kdo pa bo tedaj še vedel, da so neke smrti odvečne in kaj je pravi vzrok zanje.

Navsezadnje se je treba vprašati, ali smo tudi kot posamezniki že izčrpali možnosti, ki jih imamo. Pandemična obolevnost in povečanje števila smrti sta vsakomur opomin, da razmisli o svojem življenju do njegovega konca. Da pri tem nima samo pravic, ampak tudi moralno dolžnost, da sprejema in sprejme odločitve o sebi ter jih ne prelaga na druge. Ogromna večina državljanek in državljanov še vedno nima urejene svoje pisne volje o odpovedi zdravniški pomoči v določenih situacijah, kar omogoča že sedanji Zakon o pacientovih pravicah. S to pisno voljo lahko pomembno pomagamo sebi do hitrejše, manj trpeče in bolj dostojanstvene smrti, svojcem in zdravstvenemu osebju pa prihranimo mnogo težkih trenutkov in mučnih odločitev. V sklopu priprav na konec življenja moramo zahtevati tudi stalno izboljševanje in razvoj paliativne oskrbe ter kot njeno končno dejanje pravno urejeno pomoč pri dokončanju življenja.

O avtorju:

Andrej Pleterski je redni univerzitetni profesor (arheologija), znanstveni svetnik, trikratni doktor znanosti (zgodovina, arheologija, etnologija). Kot upokojenec je še naprej sodelavec Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti. Kot raziskovalec proučuje preteklost Slovanov, njihov način življenja in duhovno kulturo. Kot izobraženec čuti odgovornost do družbe, v kateri živi in vodi skupino društva Srebrna nit združenja za dostojno starost, ki pripravlja predlog Zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja.

Tragične izbire kot pravni problem

Matjaž Ambrož

Vprašanje, o katerem danes razpravljamo, se v najbolj temeljni obliki glasi: Kako deliti v razmerah pomanjkanja? Problem je v tem, da ne govorimo o razdeljevanju česar koli, o razdeljevanju nadomestljivih dobrin, ampak govorimo o delitvi sredstev in oskrbe, ki dajejo možnost preživetja. Besedno zvezo »tragične izbire« uporabljam, ker naklonitev sredstev in oskrbe enemu pomeni prikrajšanje drugega. To so položaji, kjer je vsaka odločitev slaba.

Upam in želim si seveda, da še vedno govorimo predvsem o hipotetičnem problemu in da je pri nas še vedno mogoče, če že ne perfektno, pa vsaj dovolj dobro poskrbeti za vse, ki intenzivno zdravljenje potrebujejo (in ga ne odklanjajo). Vseeno pa – tudi na podlagi izkušenj iz prvega vala v Italiji – vidimo, da ta problem v pandemijah lahko postane realen in se mu je treba nasloviti.

Obstaja sicer pogled, ki pravi, da o teh stvareh ne smemo preveč razpravljati, vsaj javno ne, saj se ljudje ob teh vprašanjih po nepotrebnem vznemirijo. S tem pogledom se ne strinjam, odprta in argumentirana razprava se mi zdi zmeraj boljša možnost od tabujev.

Pisal bom o pravnih vidikih, ki so eden od sestavnih delov kompleksnega mozaika tragičnih odločitev.

Merila odločanja oziroma triažiranja zakonsko niso urejena, do neke mere je celo sporno, ali naj se pravo v to sploh kakorkoli vmešava ali pa naj stvar v celoti prepusti avtonomni presoji stroke.

Čeprav torej nimamo celovite zakonske rešitve tega problema, pa obstaja ustavna materija, ki je lahko vsaj izhodiščna orientacija. Običajno v tej zvezi izpostavljajo štiri ustavne stebre: pravico do življenja, načelo enakosti, prepoved diskriminacije in koncept človekovega dostojanstva.

To so človekove pravice, ki ne učinkujejo samo na vertikalni osi (torej državna oblast nasproti posamezniku), temveč do neke mere tudi

horizontalno (torej med posamezniki in seveda tudi na ravni posameznika nasproti zdravstvenemu sistemu).

Izkaže se, da so ustavna načela primerna predvsem za izpeljavo negativnih smernic, torej smernic, ki povedo, katerih meril se ne sme upoštevati. Šolski primer (ki ni posebno realen, je pa ilustrativen) bi bil denimo merilo, ali je posameznik morda ravnal neodgovorno in je tako prispeval k poslabšanju svojega zdravstvenega stanja. To je nepomembno: temeljna ustavna jamstva veljajo za vse in si jih ni treba s primernim ravnanjem šele prislužiti. Analogno velja, da so nepomembne morebitne posameznikove zasluge, socialna koristnost (pretekla ali bodoča). V tem smislu sta oziroma bi morala biti človek z zaslugami in ignorant, ki je morda verjel v teorije zarote, v enakem položaju, ko se znajdetata pred vrati intenzivnega oddelka. Določena izjema od načela, da socialna koristnost ne sme biti dejavnik presoje, je lahko prednostna obravnava ljudi, ki pomembno prispevajo k delovanju »kritične državne infrastrukture«. Tudi nasprotniki utilitarističnega pristopa bi takšno izjemo v določenem obsegu dopustili, da bi se preprečilo »zlom zdravstvenega sistema«, poudarjajo pa, da je treba ta privilegij razumeti ozko in ga omejiti na ljudi, ki neposredno rešujejo življenja.

Izločanje posameznih meril kot neprimernih z vidika ustavnih načel nam praviloma dobro uspeva. To kažejo tudi priporočila Nemškega sveta za etiko in nemških strokovnih združenj. Oboja so oblikovana tako, da primeroma povedo, katerih meril naj zdravstveni delavci ne bi upoštevali.

Več težav imamo, ko bi se morali sporazumeti o tem, katera merila je treba upoštevati. V grobem bi lahko zagovarjali formalna ali vsebinska merila.

Med formalnimi merili sta zlasti čas prihoda (kdor prej pride, prej dobi) in ob istočasnem prihodu naključna dodelitev (torej žreb). Med vsebinskimi merili sta najpogostejše omenjani stopnja nujnosti in možnost uspeha. Če predpostavimo, da govorimo samo o položajih, kjer je obravnava vseh konkurirajočih pacientov nujna (nihče od njih ne more »še malo počakati«), ostane kot osrednje merilo možnost uspeha.

Pri tem je seveda ključno vprašanje, kaj štejemo za uspeh. Tu v grobem srečamo dva pristopa. Prvega, ki pravi, da je treba enako obravnavati

vse, ki imajo vsaj minimalno možnost preživetja. In drugega, ki bi namenil prednost tistim z boljšimi možnostmi preživetja.

V pravu obstaja značilen konflikt med dvema šolama mišljenja. Prva bi razvrščanje na podlagi boljših možnosti preživetja dopustila, druga vsako razvrščanje na podlagi vsebinskih meril zavrača v imenu človekovega dostojanstva in enake vrednosti človeških življenj. Zlasti v germanskem pravnem okolju je od začetka pandemije covid-19 izjemno narasla količina literature na to temo, sporna vprašanja pa so se izostrila. Tema je pridobila pozornost tudi pri nas, razpravo pa bo v prihodnosti treba še poglobiti. Moja teza za to razpravo bi bila, da v nerešljivih stiskah dajanje prednosti enemu ne pomeni nujno kršitve dostojanstva drugega, če izbira temelji na vnaprejšnjih in racionalno utemeljivih merilih, kot je možnost preživetja (oz. boljša klinična prognoza).

Na koncu naj napravim kratek skok na svoje matično področje, to je kazensko pravo. Kazenskopravne razprave na temo tragičnih izbir bi načeloma za medicinsko osebje lahko bile vir informacij, katera ravnanja pri triažnih odločitvah so potencialno lahko kazenskopravno preganjana. Poudariti pa je treba, da bi bile tovrstne informacije vse prej kot zanesljive. Sodne prakse s področja triaže v razmerah pandemije nimamo (ne pri nas ne v tujini). V zadnjem času pa je iz razumljivih razlogov izrazito narasla količina (zlasti tuje) literature, ki se s problemom ukvarja. Vendar pa slika, ki jo ta literatura daje, nikakor ni enotna. Spor poteka zlasti med tistimi, ki bi pustili razmeroma široko polje proste presoje medicinski stroki in triažnih odločitev – razen v primerih zelo hudih kršitev – ne bi kriminalizirali, in onimi, ki bi dodeljevanje medicinskih sredstev in obravnave v času pomanjkanja natančno normirali, odstopa pa bi kazenskopravno preganjali, tudi kot najhujša kazniva dejanja (npr. uboj). Sam sem zelo zadržan do vneme, da bi se problem tragičnih izbir skušalo reševati s kriminalizacijo ravnanja odločevalcev.

V podrobnosti nasprotujočih si mnenj v literaturi se tu ne morem spustiti, lahko ponudim le nekaj najbolj temeljnih informacij.

Izhodišče za kazenskopravno presojo triažnih odločitev je t. i. institut kolizije enakovrednih dolžnosti. Gre za vprašanje, kako naj kazensko

pravo obravnava posameznika, ki je soočen s tragično izbiro, ker ne more dovolj dobro pomagati vsem, ki pomoč potrebujejo. Izhodiščno načelo na tem področju je, da od nikogar ni mogoče zahtevati, naj napravi nemogoče.

Institut kolizije dolžnosti zakonsko ni urejen, vendar pa obstaja široko soglasje o naslednjem. Posameznik, ki izmed dveh dolžnosti lahko opravi samo eno, izmed dveh ogroženih ljudi lahko reši samo enega, ravna upravičeno, skladno s pravom, če to naredi. Pravno nepomembno je, kako je izbiral, izbire mu ni treba pojasnjevati: obeh tako ali tako ne bi mogel rešiti, pomembno je samo, da je naredil tisto, kar je lahko, da je rešil enega. Ni mu torej treba polagati računov, zakaj je rešil osebo A in ne osebe B. O koliziji dolžnosti učbeniška literatura praviloma razpravlja na podlagi hipotetičnih primerov (npr. dve utapljajoči se osebi, od katerih je mogoče rešiti samo eno).

Ta hip v kazenskopравни literaturi potekajo obširne polemike o tem, v kolikšnem obsegu je splošna načela glede kolizije dolžnosti mogoče prenesti na triažne situacije. Če bi jih prenesli brez izjem, bi to pomenilo, da zdravstveni delavec oziroma zdravstvena ekipa lahko – vsaj s stališča kazenskega prava – prosto izbira. Pomislek zoper to stališče je, da izbira ne more biti povsem prosta, saj vendar obstajajo določene smernice oziroma priporočila za ravnanje v teh situacijah.

Sporno pa je, kakšne naj bodo posledice morebitnega neupoštevanja tovrstnih smernic. Tu znova svarim pred stališčem, ki v vsakem odstopu od smernic vidi že najhujša kazniva dejanja. Za zadržanost pri pozivanju h kazenskopravnemu ukrepanju obstaja več razlogov. Poleg tistih, ki veljajo na splošno (kazensko pravo kot *ultima ratio*), obstajajo v tem primeru tudi specifični razlogi. Delovanje v ekstremnih pogojih in pod hudimi obremenitvami si zasluži več tolerance: naša retrospektivna presoja triažiranja mora upoštevati realne pogoje odločanja, vključno s stresom in časovno stisko. Seveda so tudi v teh pogojih mogoče napačne ali celo zavestno diskriminatorne odločitve, toda eno je očitok diskriminatornega ravnanja, drugo pa je očitok naklepnega odvzema življenja – tako po simbolni teži kot glede na zagrožene sankcije. Pri razpravah o tem, kako naj bi triažiranje idealno tipično potekalo, se mi zdi izjemno pomembno, da vsakega odstopa od »idealnega scenarija« (o katerem se

je, kot smo videli, težko oziroma nemogoče sporazumeti) ne razglasimo za problem kazenskega prava.

O avtorju:

Matjaž Ambrož je profesor kazenskega prava na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani in raziskovalec na Inštitutu za kriminologijo. Raziskovalno deluje predvsem na področjih temeljnih vprašanj kazenskega prava, pripisovanja kazenske odgovornosti in kaznovalnih teorij. Kot Humboldtov štipendist je gostoval na Humboldtovi univerzi v Berlinu (2019) in na Inštitutu Maxa Plancka za raziskovanje kriminalitete, varnosti in prava v Freiburgu (2021).

Ugovor vesti v času pandemije

Valentin Hribar

V času virusne pandemije je človekova vest najbolj prizadeta ob umiranju. Zadeva umirajočega samega pa sorodnike in nenazadnje tudi zdravstveno osebje, na čelu z zdravniki. Pustiti starše v domu ali ne? Prosit za sprejem staršev v dom ali ne? Zahtevati prestavitev v bolnico ali ne? Terjati v bolnici intenzivno nego, priključitev na respirator ali ne? In samospraševanje zdravnikov: Po kakšnih kriterijih selekcionirati bolnike? S triažo ali ne? Kako umirajočim pomagati pri umiranju? Sprejeti in udeležiti njihovo morebitno željo po smrti? In njihovo zavrnitev respiriranja?

Vprašanju ugovora vesti se ob tem ne izmakne nihče. Razen tisti, ki je brez vesti. Pa je kdo tak? Vztrajati ali ne vztrajati zgolj pri paliativni oskrbi? Zagovarjati ali ugovarjati pasivni evtanaziji? Uporabljati le pasivno ali tudi aktivno evtanazijo? Da bi lahko odgovorili na ta vprašanja, se moramo najprej rešiti terminoloških preprek in zablod.

Kot vemo, pri nas uradno tudi pasivna evtanazija ni dovoljena. Toda zdravniki jo, če se oprem na mednarodno terminologijo, uporabljajo že četrto stoletja, skoraj 25 let. Tako je prof. dr. Jože Trontelj (1939–2013) kot njen predsednik že pred več kot dvajsetimi leti objavil *Stališče Državne komisije za medicinsko etiko o ravnanju z umirajočimi in o evtanaziji* (glej Zdravniški vestnik, Ljubljana 1997). V njem utemeljuje upravičenost tega, čemur Nemci v svoji pedantnosti pravijo pasivna evtanazija, razlikujoč jo od aktivne evtanazije. Pasivna evtanazija je pri njih in vrsti drugih držav zdaj že tudi uzakonjena. Prav po Trontljevi zaslugi pa je pasivna evtanazija uradno dovoljena tudi pri nas (čeprav ne pod pravim imenom) že četrto stoletja. V *Stališču* izhaja iz stanja pacientov z boleznijo ALS (amiotrofična lateralna skleroza), od katerih veliko večino čaka najprej neinvazivno, potem pa invazivno umetno predihavanje. Trontelj ob tem ugotavlja:

»Nekateri tako zdravljenje odklanjajo, drugi ga ne prenašajo. Ob nadaljnjem napredovanju bolezni in odpovedovanju dihanja prihaja v

poštev le še trajno umetno predihavanje na domu. Bolniku je treba v sapnik, skozi tako imenovano traheostomo, uvesti cevko, ki je povezana z aparatom za umetno dihanje. Ta poseg je namenjen podaljševanju življenja. Treba pa je pošteno prikazati perspektivo takega podaljševanja: kakšna bo predvidljiva kakovost življenja čez nekaj mesecev ali celo let. S priključitvijo na respirator se namreč preživetje lahko podaljša tudi za več kot 10 let. Napredujoče propadanje motoričnega sistema pa bolnika kmalu oropa vsakršnih gibov. Stanje, v katerem se znajde, je pretresljivo, ohromel do negibnosti, nesposoben dihanja, požiranja, govora, domala nesposoben komuniciranja z okolico, popolnoma odvisen od tuje pomoči, vendar z ohranjenim čutenjem in zaznavanjem, z zavestjo. Kolikor lahko rečemo danes, so obeti medicinske znanosti za učinkovito zdravljenje te usodne bolezni odmaknjeni še leta, verjetneje desetletja. Za tak način zdravljenja se bolniki odločajo le izjemoma, saj je obremenilno tako za bolnika kot svojca in ne prispeva pomembno h kvaliteti življenja. Izjema bi bila situacija z zgodnjo odpovedjo dihanja, ko so ostale funkcije še razmeroma ohranjene. Tak bolnik bi lahko imel še mesece življenja, ki bi se mu morda zdeli vredni posega. Pri bolniku na invazivnem umetnem predihavanju pa nastopi novo težavno vprašanje, kdaj in kako izvesti odklop. Ali ni to evtanazija?»

Da, to je evtanazija, vendar ne aktivna, marveč pasivna. Trontelj se zaradi nacistične zlorabe besede »evtanazija« te besedi sicer odreče v celoti, toda to, kar konkretno opisuje, je prav evtanazija v njeni pasivni obliki: »Z etičnega in pravnega vidika ni razlike med neuvedbo invazivnega umetnega predihavanja in odklopom, potem ko se naravni potek bolezni bliža koncu. Ne eno ne drugo ni evtanazija in je po deontološkem kodeksu v tipični konstelaciji okoliščin celo zdravnikova dolžnost. Vsakdo, ki je sposoben odločanja o sebi, ima pravico, da veljavno zavrne kakršenkoli medicinski poseg, tudi takega, ki bi mu rešil ali podaljšal življenje. Med neuvedbo in ukinitvijo invazivnega umetnega predihavanja ni načelne etične ali pravne razlike.« Res je ni. Vendar pa to ne velja povsod. V Italiji do nedavnega ni. Odklop je veljal za evtanazijo, zato so morali deklet, ki je že nekaj let zgolj vegetiralo, iz Rima preseliti, da so ji z odklopom pustili dostojno umreti. Trontelj, tedaj že

predsednik Slovenske akademije znanosti in umetnosti, se je za takšno evtanazijsko dejanje javno zavzel, drugače rečeno, podprl je, ne da bi jo izrecno tako tudi poimenoval, pasivno evtanazijo.

Ko gre za življenje (svetost življenja) in/ali smrt (posvečenost mrtvih), ta predpostavka, sovpadajoča s človekovim dostojanstvom, nima izjeme. Ne samo na ravni pasivne, ampak tudi aktivne evtanazije ne. Vsakršna izjema je v nasprotju z zlatim pravilom etičnosti, s tem pa tudi človeškosti in človečnosti. Kajti na načelni etični ravni to, kar velja za pasivno, velja tudi za aktivno evtanazijo, vključno s po sebi samem hoteno avtoevtanazijo. Nekdanje ostre meje zato med evtanazijami izginjajo. Tudi zaradi tega, ker z vidika človekovega dostojanstva in uveljavljenih temeljnih človekovih pravic nobene od evtanazij ne smemo več razglašati za obliko umora oziroma samo(u)mora.

Zadnja leta je medicina silovito napredovala, zato tudi umiramo drugače, kot smo pred četrto stoletja. Kako? Pred dvema letoma sem imel hudo operacijo: izrezali so mi žolčne kamne, žolčnik, vranico in del trebušne slinavke, zaradi česar spadam v najvišjo rizično skupino in če pride vame virus, ne bom preživel. Zato sem se odločil, da ne pristanem na priklop na respirator. Posledice?

Ker osebno nimam ne izkušenj ne vpogleda v intenzivno oziroma invazivno obravnavo, sem se po spletu obrnil na poznavalca z naslednjim vprašanjem (5. 11. 2020): »Kako umirajo, zdaj že skoraj množično, za virusom? Do kam seže paliativna oskrba? Ali že poteka triaža? Zapisal sem že, da sam, če me doleti virus, ne želim intenzivne obravnave. Moram imeti to zapisano s seboj ob hospitalizaciji, s posebno izjavo? Kako se varovati pred morebitnim »pravovernežem«, ki je prepričan, da mora človeka ohranjati pri življenju do njegove »naravne smrti«, kljub vsem mukam?« Odgovor poznavalca je prijazen in razumevajoč, že uvodoma (7. 11. 2020): »ko gre za morebitno okužbo, tudi jaz razmišljam zelo podobno«. Sledi nasvet: »v primeru padca kisika pod 90 % je potrebno takoj v bolnico, kjer imajo kisik.« In osrednji del odgovora: »Če pa je nujno v bolnico, se strinjam z vami, da ne bi šel na intenzivno. Večina v bolnici tudi tega ne potrebuje, zadostuje kisik preko nosnega katetra in ni potrebno umetno predihavanje in lepo okrevajo. Med tistimi, ki

so na intenzivni negi z umetnim predihavanjem, pa je kljub vsem aparatom smrtnost kar velika. Če ste se odločili, da tega ne želite, izpolnite obrazec, ki ga pripenjam. To morajo spoštovati.« Ker sem hotel izvedeti še več, sem si želel dodatnih pojasnil.

Za odgovor sem se zahvalil, a z vprašanji še nadaljeval: »Hvala za hiter odgovor ter seveda za formular. Skušal ga bom čim prej izpolniti; se mi pa zdi za zdajšnjo virusno situacijo preveč kompliciran, poleg tega bom, ko bom šel po podpis, med čakanjem dvakrat tvegaj okužbo. In ni mi jasno, katera pot je lažja do »lepe« smrti. Slišal sem, mimogrede, da te dajo (pred? med?) respiracijo v umetno koma. Ni že to pomoč pri umiranju, najbolj enostavna, tako da bi bilo najbolj pametno pristati kar na respirator? Kaj pa se zgodi, če ne pristaneš? Nisi tedaj pravzaprav v težji situaciji?« Odgovor (8. 11. 2020) poznavalca, čeprav ne neposrednega: »Nikoli nisem delal na intenzivni, kolikor razumem, pa je bolnik na respiratorju res globoko sediran, ne vem, ali je to že koma, ampak vsekakor globoko spanje. [...] Če te ne dajo na respirator, ostaja kisik po maski ali nosnem katetru in dihalna stiska, to zdravijo med drugim z morfijem, ta umiri človeka in že s tem zmanjša potrebo po kisiku, pa ublaži trpljenje.« Samo ublaži? Kaj tedaj storiti? Če mi kljub navedenim pojasnilom vse skupaj še zmerom ni jasno, kako naj se odloča človek, ki ga virusni cunami nenadoma zajame, pa je v bistvu brez vsakršnih informacij (ali pa jih ne more razumeti)?

Če pretehtamo vse odgovore, kaže, da je morda vseeno bolje pristati na respirator (zato še nisem izpolnil formularja). Na podlagi vsakodnevni poročil sklepam, da evtanaziranje, skupaj s selekcioniranjem, v takšni ali drugačni obliki poteka vsak dan po vseh intenzivnih oddelkih v Sloveniji (in seveda tudi po svetu). Od tod pojav zahteve po pravni imunosti zdravnikov. Ker je pač toliko stvari nejasnih. V teh okoliščinah je terminološka razprava za ali proti evtanaziji postala brezpredmetna, neplodna. Ključno je vprašanje, na katerega je pozitivno odgovorilo nemško ustavno sodišče in za njim tudi nemška etična komisija. Ta odgovor se glasi: da, pomoč pri umiranju je samoumevna, z vidika človekovega dostojanstva in njegovih pravic pa je upravičeno tudi pomagati umreti, namreč na poti do lahke (neboleče) smrti, smrti

brez nepotrebnega trpljenja. Ni dovolj biti ob umirajočem, treba je biti z umirajočim; ne zadošča biti zgolj opazovalec bolj ali manj težkega umiranja, marveč sem dolžan biti udeležen na poti sočloveka do lahke smrti. Samo to je dejavna ljubezen v pravem pomenu besede.

Do tega ne bo prišlo brez spremembe razumevanja smisla življenja, se pravi, brez drugačne kulture, tako kulture življenja kot kulture smrti. Kako daleč smo od tega premika, nam dokazuje več kot zaničevalna, negativistična raba sintagme »kultura smrti«, namreč razumljene, pod obnebjem tabuja smrti, zgolj kot kulture »ubijanja«, če že ne umora. To pa pomeni, da smo šele pri prvih korakih na poti do kultivirane smrti.

S tem pa tudi do razrešitve dileme, ki izvira iz vesti! Zdaj je nekdo po svoji vesti, vsaj tako je prepričan, proti nareku, da je treba pomagati ne le živeti, ampak v skrajnih primerih tudi umreti. Torej se bo skliceval na ugovor vesti. Drugi pa se bo prav zaradi ugovora vesti uprl veljavnemu zakonu in bo sočloveku pomagal dostojanstveno umreti ne glede na zagroženo kazen.

O avtorju:

Valentin Hribar je do upokojitve na Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani deloval kot redni profesor za fenomenologijo in filozofijo religije. Bil je odgovorni urednik študentskega lista Tribuna, nato kulturniške revije Problemi in zatem prvi glavni in odgovorni urednik Nove revije. Bil je, do prenehanja njenega izhajanja, tudi glavni urednik zbirke Znamenja pri nekdanji založbi Obzorja v Mariboru. Od leta 1995 je izredni član SAZU, od leta 2001 pa redni član.

Sklepi in priporočila posveta

Koga reševati v času pandemije? Etični, medicinski in kazenskopравни vidiki triaže

Organizatorja: Svet za razvoj pri Slovenski akademiji znanosti in umetnosti in Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani

Datum srečanja: 24. 11. 2020 prek spletne platforme Zoom.

V času pandemije prihaja do pomanjkanja opreme in osebja, kar odpira pomembna medicinska, pravna in etična vprašanja, ki so vezana na triažo. Hkrati se pojavlja tudi problem neenake obravnave pacientov z drugimi boleznimi.

Tovrstna situacija zahteva sistemske rešitve na državni ravni. Pomembno je, da je odločanje v času, ko primanjkuje virov zdravljenja, za vse pregledno in se opira na strokovne analize. To pomeni, da obstajajo jasno določena pravila odločanja, komu nameniti (omejena) sredstva za zdravljenje, temeljiti morajo na širšem družbenem konsenzu. Pri tem je treba spoštovati načelo uravnoveženosti sestavnih delov javnega zdravja in zdravstvenega sistema.

Triažne odločitve morajo temeljiti na ustavnih načelih, kot sta prepoved diskriminacije in spoštovanje človekovega dostojanstva. Biti morajo strokovno upravičene, solidarne in razumne, kriteriji morajo biti predstavljeni javnosti. Odločitve naj bodo pregledne, dokumentirane in jasno ter z občutkom sporočene pacientom in njihovim družinam.

Skupinsko odločanje zmanjšuje psihično breme, ki ga nosi odločevalec oziroma posameznik. Dobre prakse in priporočila iz tujine se ravnajo po načelu več oči, kar pomeni, da pri pomembnih odločitvah sodeluje več odločevalcev. Če je mogoče, naj bo član triažne skupine tudi nekdo, ki ni zdravnik (denimo diplomirana medicinska sestra ali diplomirani zdravstvenik, diplomirana socialna delavka ali diplomirani

socialni delavec). Dobre prakse iz drugih držav omogočajo tudi stalno psihološko pomoč odločevalcem.

Smiselno je rešiti čim več življenj in upoštevati možnosti uspeha intenzivnega zdravljenja. Hkrati pa je treba ta prizadevanja po smotrni alokaciji sredstev uravnotežiti z varstvom individualnih pravic posameznikov. Pri iskanju tega ravnovesja je treba iskati širše družbeno soglasje.

Pravna stroka in del zdravstvene stroke ugotavljata, da zdravstvenim delavcem ni treba podeliti posebne imunitete, ker zdravstveni delavci za odločanje v zvezi s pandemijo (in tudi v splošnem) niti kazensko niti odškodninsko namreč ne odgovarjajo objektivno. Objektivna je le presoja, ali je prišlo do kršitev pravil stroke, medtem ko se krivda oziroma odgovornost presojata glede na okoliščine vsakega dejanskega stanja. Ob zdravstvenih tveganjih, ki so jim izpostavljeni zdravstveni delavci, pa bi vlada morala slednjim zagotoviti varnost in nadomestilo ob pojavu bolezni, invalidnosti ali smrti.

Od odločevalcev pričakujemo, da skrbijo za stalen potek strokovnih analiz, ki so vezane na pandemijo in preobremenjenost zdravstvenega sistema, da z njimi seznanjajo javnost ter z njimi javno utemeljujejo svoje odločitve.

Pomembno je tudi, da ljudje aktivno načrtujejo življenje in tudi njegov zaključek. Slednje lahko omogoči pisna vnaprej izražena volja o zdravstveni oskrbi, o kateri je treba ljudi ozaveščati.

Posebno pozornost je treba posvetiti domovom za starejše občane (DSO). Tam je treba v komunikaciji z oskrbovanci in njihovimi svojci napraviti načrt zdravstvene obravnave za vsakega posameznega oskrbovanca. Pomembno je, da se o tem, kakšne zdravstvene obravnave si želi, izjavi vsak oskrbovanec oziroma njegov pravni zastopnik. Hkrati je pomembno, da se zagotovi in izboljšuje dostopnost paliativne oskrbe. Paliativna pomoč pri umiranju naj vedno in povsod postane samoumevna.

Posvet je prav tako izpostavil problem dolgoletnega zanemarjanja problema financiranja slovenskega javnega zdravstva, pomanjkanja kadrov in premajhnega plačila za njihovo delo, ki še posebej v času pandemije od tistih, ki neposredno delajo s pacienti s covidom-19,

zahteva izjemne napore. Namen porabe proračunskih sredstev je problem »trijaže« na družbeni ravni in v situaciji pandemije je nujno, da vlada kar največ sredstev nameni za javno zdravje in javni zdravstveni sistem.

Organizatorja posveta:

Prof. dr. Renata Salecl, izredna članica SAZU,

Inštitut za kriminologijo pri PF

Prof. ddr. Andrej Pleterski, ZRC SAZU

Povzetki

Lora Briški, Matjaž Ambrož, Renata Salecl

Triažne odločitve v času pandemije covid-19: medicinske smernice, pravna načela in javno mnenje

Pandemija covid-19 je v večini držav po svetu povzročila resne preobremenitve zdravstvenega sistema. Ob takšnih preobremenitvah prihaja do t. i. kolizij dolžnosti: zaradi premalo osebja, tehničnih sredstev ali pomanjkanja drugih virov vsem pacientom ni mogoče zagotoviti ustrezne zdravstvene oskrbe, ki jo potrebujejo. Te situacije povzročajo neznošen pritisk na odločevalce, ki so soočeni z izbiro, komu od pacientov ponuditi možnost preživetja. V zvezi s tem se odpirajo kompleksne etične in pravne dileme, o katerih smo v preteklosti razpravljali zlasti na podlagi hipotetičnih scenarijev. V prvem delu prispevka avtorji analizirajo odgovore, ki jih ponuja (medicinska) etika, in jih povežejo s priporočili slovenskih in tujih etičnih komisij ter zdravniških strokovnih združenj. V drugem delu prikažejo stališča (slovenske in nemške) javnosti o kriterijih za razvrščanje pacientov, ki so rezultat spletne ankete, izvedene od maja do junija 2021. V tretjem delu pa obravnavajo odzivanje kazenskopravnega sistema v situacijah t. i. kolizij dolžnosti (ko posameznik zaradi preobremenitev ne more izpolniti vseh dolžnosti, ki ga zavezujejo).

Ključne besede: triaža, kolizija dolžnosti, covid-19, kazenska odgovornost, javno mnenje, respirator, razvrščanje v zdravstveni oskrbi, intenzivna terapija

Matjaž Jager

Splošno etično pravilo in njegova uporaba na življenjskem primeru tragične triaže

Članek je osredinjen na primer tragične triaže, ki označuje skrajne situacije, ki nastopijo takrat, ko mora zaradi omejenosti virov zdravstveni delavec izbrati med dvema (ali več) pacientoma, ki imata enake možnosti za uspeh zdravljenja, brez zdravljenja pa ne bosta preživela. Razprava

o etičnih dilemah tragične triaže je strukturno vpeta v razkorak med univerzalnim in partikularnim. Ta razkorak je po eni strani strukturno neodpravljen, saj nastopa ob vsakem etičnem normiranju s splošnim in abstraktnim pravilom. Po drugi strani je v našem primeru že sam razmislek o vsebini splošnega pravila radikalno heterogen. Na ta način niti zgornja premisa v obliki splošnega etičnega pravila - instanca univerzalnosti - ne nastopa enotno kot bi se za univerzalno morda spodobilo. Razdrobljena je na partikularne, med seboj tekmujoče si etične zastavitve. Avtor v članku sooči dve na Zahodu uveljavljeni etični zastavitvi (utilitarizem in Kantova etika), ki ju najdemo v razpravah o tragični triaži ter v kritični luči pokaže izbor njenih kriterijev za triažiranje.

Ključne besede: tragična triaža, utilitarizem, deontološka teorija, Kantova etika

Mirjana Ule

Koga reševati v času omejenih možnosti?

Družbeni vidiki pandemije covid-19

Pandemija covid-19 je nedvomno ena večjih zdravstvenih in socialnih kriza v sodobnem času, saj ima svetovne razsežnosti. Sicer so najbolj očitne in neposredne zdravstvene posledice pandemije, vendar so prav tako velike druge posledice, zlasti družbene, kulturne in psihološke. Pandemija covid-19 je v kratkem času vsepovsod po svetu izpostavila in razširila področja socialnih in življenjskih neenakosti. Covid-19 je resnično pojav globalizacije, čeprav moramo imeti v mislih sočasen pogled na globalne grožnje in priložnosti. Najpomembnejša posledica tega, da aktualno pandemijo covid-19 doživljamo kot sindemijo, je poudarek na družbenem izvoru, predvsem na družbenih dejavnikih neenakosti in socialne nepravilnosti. Negativni vidiki družbenega razvoja (okoljski, ekonomski, socialni, politični) so povzročili pandemijo covid-19, zato tudi reševanje pandemije presega okvire medicine in zdravstva.

Ključne besede: covid-19, pandemija, sindemija, neenakosti, družbeni razvoj

Luka Mišič

Izbrani izzivi pravnega urejanja medicinske triaže

Besedilo na enem mestu obravnava osrednje pravne izzive medicinske triaže, ki sem jih doslej obravnaval v različnih razpravah. Izzivi, ki so dopolnjeni z nekaterimi novimi, predvsem razlagalnimi dognanji, obsegajo (i) omejitve pacientovih pravic po Zakonu o pacientovih pravicah (ZPacP) in drugih predpisih ter (ne)dopustne posege v pravico do osebnega dostojanstva in varnosti, (ii) omejitve pravic obvezno zavarovanih oseb po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), s poudarkom na varstvu legitimnih pričakovanj obvezno zavarovanih oseb, (iii) odškodninsko odgovornost države za smrt in poslabšanje zdravstvenega stanja pacientov zaradi omejenega dostopa do zdravstvenih storitev v času epidemije, (iv) pravna razmerja, npr. med državo, Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) in izvajalci zdravstvenih storitev, ter, splošno, (v) živopisno razmerje med pravom in medicino ali, natančneje, razmerje med normativno močjo zakona ali drugega heteronomnega pravnega akta in normativno močjo avtonomnih pravnih aktov in pravil medicinske stroke. Razpravi, ki jo spremlja vnovični, tokrat premislek o (ne)upravičljivih merilih redistribucije omejenih enot zdravljenja (npr. medicinsko-tehničnih pripomočkov, zdravil, specifičnih zdravstvenih storitev) ali urejanja njihove dostopnosti, je kratko dodano vprašanje (vi) (ne)obveznega cepljenja proti SARS-CoV-2 v luči triaže oziroma omejenega dostopa do zdravstvenih storitev. Vprašanje je obravnavano ob vprašanju odškodninske odgovornosti države zaradi omejenega dostopa do zdravstvenih storitev, saj je z njim pomembno povezano. Namen besedila, ki zaradi kvantitativnih omejitev ob robu pušča analizo (človekove) pravice do zdravja, v našem pravnem redu izpeljane iz pravice do zdravstvenega varstva (51. člen URS), je prikazati, koliko perečih pravno relevantnih vprašanj so na področju zdravstvenega prava, prava socialne varnosti in širše na področju človekovih pravic in temeljnih svoboščin sprožile z epidemijo spremenjene ali, boljše, pogojene razmere v družbi, v luči katerih so redki ali celo zgolj učbeniški, torej pravno in etično najzahtevnejši primeri triaže pričeli trkati na vrata vsakdana

pacientov oziroma obvezno zavarovanih oseb in zdravstvenih delavcev. Prikaz naj služi predvsem poglobljenemu razmisleku o prihodnji normodajni dejavnosti na področju, pa tudi nujnosti zagotavljanja dejanskih oziroma materialnih pogojev učinkovitega delovanja mreže javne zdravstvene dejavnosti.

Ključne besede: triaža, pravo, medicina, pacientove pravice, zdravstveno zavarovanje, načelo enakosti, država, ZZZS, odškodninska odgovornost, čakalne dobe, obvezno cepljenje

Alenka Šelih

Pravica do vnaprejšnje izjave volje glede zavrnitve zdravstvenega posega

Prispevek predstavlja institut vnaprejšnje izjave volje, kakor ga opredeljuje Zakon o pacientovih pravicah (2008, novela 2017). Gre za vnaprejšnjo izjavo pacienta o zavrnitvi zdravstvene oskrbe. To pravico štejejo za izraz pacientove avtonomije. Vnaprejšnja izjava volje, s katero pacient zavrne določeno bodočo zdravstveno storitev, je vezana na pogoje glede zdravstvenih okoliščin, v katerih je mogoča (huda bolezen, ki bi vodila v smrt ali možnost, da pacienta zadene huda invalidnost); prav tako pa tudi glede postopkovnih pogojev (starost pacienta 18 let, sposobnost odločanja, vključenost izbranega zdravnika in zastopnika pacientovih pravic idr.). V slovenskem pravnem sistemu se ta pravica malo uporablja.

Ključne besede: pacientova avtonomija, vnaprej izražena volja ZPačP, zdravje, odločanje

Jelka Reberšek Gorišek

Pravica do vnaprej izražene volje pacienta

Vnaprej izražena volja pacienta, ki jo nekateri imenujejo tudi biološki testament, je zelo pomemben dokument tako za pacienta in njegove najbližje kot za zdravnika in izvajalce zdravstvene nege. Pomembnosti tega dokumenta se zavedajo v številnih zdravstveno razvitih državah

in vnaprej izraženo voljo pacienta tudi posebej zakonsko opredeljujejo. Pravica do vnaprej izražene volje daje pacientu možnost, da avtonomno izrazi svoje želje o zdravstveni oskrbi in določi osebo, ki bo v primeru in v času njegove nesposobnosti odločanja o sebi odločala o njegovi zdravstveni oskrbi in drugih pravicah iz ZPacP 2008. Žal je ta dokument pri nas še premalo poznan in uveljavljen.

Ključne besede: vnaprej izražena volja, ZPacP, dostojna smrt, pacientove pravice, avtonomija

Lora Briški, Nesa Vrečer

Reševanje problema izbire v preobremenjenem zdravstvenem sistemu: Pregled dokumentov zdravniških združenj in etičnih komisij o triaži med epidemijo COVID-19

Epidemija covid-19 je v mnogih državah na svetu pomenila grožnjo za kolaps zdravstvenega sistema, do česar je skoraj tudi prišlo. Zdravniška združenja in etične komisije različnih držav so tako oblikovale smernice in dokumente za delovanje zdravnikov, ko ni mogoče pomagati vsem pacientom. Dokumenti so bili pripravljene z namenom, da bi omejena sredstva za zdravljenje čim pravičneje razdelili med pomoči potrebne in da bi bili kriteriji pravične delitve znotraj države poenoteni. Prispevek analizira smernice in priporočila za triažo v času pandemije covid-19 iz osmih evropskih držav (Nemčije, Avstrije, Švice, Francije, Združenega Kraljestva, Belgije, Nizozemske in Italije) in Združenih držav Amerike. Priporočila so delo ali državnih etičnih komisij ali pa zdravniških združenj.

Ključne besede: covid-19, triaža, smernice, medicinska etika, zdravniška združenja

Dušan Keber

Stanovalci domov za stare so bili žrtvovani

Epidemija Covida-19 in s tem povezan nenaden velikanski priliv bolnikov v zdravstveni sistem je po vsem svetu sprožil utrjevanje, še pogosteje pa rahljanje etičnih smernic triaže za primer, če bi potrebe bolnikov presegle zmogljivosti zdravstva. Vse se kaže, da je v mnogih državah, tudi v Sloveniji, prišlo do razkoraka med sprejetimi etičnimi načeli triažnega postopka in njegovim izvajanjem, pri čemer so bile diskriminirane najbolj ranljive in marginalizirane družbene skupine. Največja med temi skupinami so starejši prebivalci. Pričujoča analiza poskuša oceniti, ali je domneva o diskriminaciji oskrbovancev v domovih starejših občanov (DSO) v Sloveniji utemeljena. Način, kako sta oblast in uradna zdravstvena stroka obravnavali oskrbovance DSO, dokazuje zavestni ali nezavedni starizem, ravnodušnost javnosti do te tragedije pa starizem na ravni vsakega posameznika. Odredba zdravstvenih odločevalcev, da okuženi in bolni oskrbovanci ostanejo v DSO, je neposredni vzrok za veliko število smrti zaradi covid-19 v Sloveniji.

Ključne besede: domovi za starejše občane, starizem, triaža, diskriminacija, covid-19

Darja Zaviršek

Ljudje z ovirami in starejši v socialnovarstvenih institucijah: pomen transdisciplinarnosti za etično odločanje v izrednih razmerah

V prvem letu pandemije covid-19 so bili v mnogih delih sveta in tudi v Sloveniji v resnici najbolj diskriminirani ljudje, ki jih medicinski, socialni, rehabilitacijski in drugi diskurzi imenujejo »ranljive družbene skupine« in ki naj bi jim bila namenjena posebna družbena skrb. Prispevek najprej obravnava tuje analize, ki opozarjajo na diskriminacijo ljudi z ovirami in starih in so bile »vpisane« v nekatere smernice za obravnavo pacientov s covidom-19. Poseben fokus je na doživljanju in pogledih socialnih delavk, ki delajo v , na ukrepih, ki so se izvajali v teh ustanovah, in etičnih dilemah, s katerimi so se spopadale.

Ključne besede: covid-19, domovi za ostarele, socialno delo, triaža, diskriminacija

Brigita Skela Savič

Doživljanje triažiranja, zdravstvene in socialno oskrbe stanovalcev v domovih za starejše v prvem valu epidemije – skupinski intervju s svojci

Epidemija koronavirusa je močno posegla v življenje slehernega državljana Slovenije. Soočili smo se z visoko stopnjo umrljivosti med starejšimi državljani, polovica teh smrti je bila v domovih za starejše. Svojci stanovalcev v domovih za starejše so se v času prvega vala epidemije znašli v težkih situacijah, ker so domove zaprli za obiske. Namen naše raziskave je bil ugotoviti, kako so svojci bivajočih v domovih za starejše dojeli in razumeli izvedeno triažiranje, zdravstveno in socialno oskrbo v prvem valu epidemije. Podatki so bili zbrani s tehniko skupinskega intervjuja in obdelani po metodi tematske analize. Sodelovalo je 24 svojcev, uporabili smo priročni vzorec. V obdelavo smo vključili 69 citatov udeležencev in oblikovali 22 kategorij in 8 tem. V tem prispevku predstavljamo 5 tem, ki smo jih oblikovali z vključitvijo 40 citatov in 14 kategorij. Teme: triaža brez avtonomije triažiranih, ignoriranje vloge svojcev, v domovih ni pogojev za varno zdravstveno obravnavo, poslabšanje kakovosti življenja in zdravstvenega stanja preživelih ter paliativna oskrba kot pravica stanovalcev in svojcev. Oblikovali smo dve sodbi, »paternalizem oblasti in medicinske stroke do stanovalcev in problematike v domovih« in »ogrožanje zdravja in kakovosti življenja stanovalcev v domovih (zdravih in bolnih). Raziskava je pokazala na slabo pripravljenost vlade ter zdravstvenega in socialnega sektorja na obvladovanje epidemije na raziskanem področju. Spoznanja so lahko opozorilo politikom, medicinskim in drugim zdravstvenim strokovnjakom pri načrtovanju ukrepov na tem področju v prihodnosti, saj novi koronavirus še ni premagan.

Ključne besede: triaža, domovi za starejše, covid-19, intervjuji, zdravje

Nesa Vrečer

Rezultati vprašalnika o triaži med covid-19

Že na začetku prve vala epidemije covid-19 marca 2020 je bil močno prisoten strah, da število bolniških postelj in ventilatorjev ne bo zadostovalo za število pacientov, ki bodo zaradi virusa nujno potrebovali oskrbo. V javnosti je bilo prisotno nezaupanje do zdravstvene stroke, delovanja države in ukrepov, ki je med drugim temeljilo na strahu zaradi nevednosti in netransparentnosti delovanja. Posledice pomanjkanja transparentnosti v prvih dveh valih še leto in pol po začetku epidemije močno čutimo. Prva dva vala sta tako zamajala zaupanje v zdravstveni sistem in v znanost samo. Eden od načinov za povrnitev zaupanja je transparentnost delovanja in javna razprava o ukrepih. Anketni vprašalnik o odnosu javnosti do triaže med epidemijo covid-19 je tako način, da se razprava odpre javnosti. Anketo naslovljeno »Vprašalnik o triaži med covid-19« je izvajala raziskovalna skupina Inštituta za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani. Anketna vprašanja so bila prvotno zasnovana v raziskavi, ki sta jo leta 2020 izvedla inštitut Maxa Plancka za raziskovanje kriminalitete, varnosti in prava ter Univerza v Leipzigu. Med 6. majem in 16. julijem je anketo izpolnilo 1164 respondentov.

Ključne besede: anketa, triaža, covid-19, hipotetične situacije, javna razprava

Abstracts

Lora Briški, Matjaž Ambrož, Renata Salecl

Triage Decisions during the COVID-19 Pandemic: Clinical Guidelines, Legal Principles, and Public Opinion

In several countries the COVID-19 pandemic has caused situations in which the health care system was severely overburdened. In such situations different collisions of duties appear: due to a shortage of personnel, technical equipment or other resources, adequate medical care cannot be provided to all of the patients that would need it. Such situations may cause an immense burden to decision-makers, who are put in a position to choose whom to offer a chance of survival. This kind of choice opens complex ethical and legal dilemmas, which have been in the past addressed mostly on the basis of hypothetical scenarios. In the first part of our paper the authors examine the answers of medical ethics and link them to recommendations published by the Slovenian and foreign ethics councils and professional medical associations. In the second part, they present (Slovenian and German) public opinion on ethical criteria in patient selection measured in an online survey from May to June, 2021. In the third part, the authors examine the response of criminal law system in situations of so-called collisions of duties (when an overburdened individual is unable to fulfil all binding obligations).

Keywords: triage, conflict of duties, ethics, COVID-19, criminal responsibility, public opinion, respirator, prioritisation in healthcare, intensive care.

Matjaž Jager

General ethical rule and its application a real-life case of a disaster triage

The article focuses on disaster triage, which is identified by extreme situations that occur when, due to limited resources, a healthcare professional has to choose between two (or more) patients who have equal chances of treatment success and will not survive without treatment.

The discussion of the ethical dilemmas of disaster triage is structurally embedded in the gap between the universal and the particular. On the one hand, this gap is structurally insurmountable, as it occurs at every ethical standardization with a general and abstract rule. On the other hand, in our case, the very consideration of the content of the general rule is radically heterogeneous. In this way, even the above premise in the form of a general ethical rule - an instance of universality - does not act uniformly as would be appropriate for the universal. It is fragmented into particular, competing ethical hypotheses. In the article, the author confronts two ethical principles established in the West (utilitarianism and Kant's ethics), which are found in discussions on disaster triage, and critically evaluates their criteria for triage.

Key words: disaster triage, utilitarianism, deontological theory, Kant's ethics

Mirjana Ule

Who to save in times of limited options?

Social aspects of the COVID-19 pandemic

The COVID-19 pandemic is undoubtedly one of the major health and social crises of modern times, as it has global proportions. The most obvious and immediate consequences on the pandemic are health consequences. However, others, especially social, cultural, psychological consequences are also great. The COVID-19 pandemic has in a short time exposed and spread spheres of social and life inequality all over the world. COVID-19 is truly a phenomenon of globalization, although we need to keep in mind that we need to perceive global threats and opportunities together. The most important consequence of experiencing the current COVID-19 pandemic as a syndemic is the emphasis on social origins, especially on the social factors of inequality and social injustice. Negative aspects of social development (environmental, economic, social, and political) have led to the COVID-19 pandemic. Therefore, tackling a pandemic also goes beyond medicine and healthcare.

Key words: COVID-19, pandemic, syndemic, inequalities, social development

Luka Mišič

Selected challenges of legal regulation of medical triage

The article addresses the central legal challenges of medical triage, which I have addressed so far in various discussions¹. Challenges, supplemented by some new, mainly interpretative findings, include (i) restrictions on patients' rights under the Patients' Rights Act (ZPacP²) and other regulations, and (im)permissible encroachments on the right to personal dignity and safety, (ii) restrictions on rights of compulsory insured persons under the Health Care and Health Insurance Act (ZZVZZ)³, with emphasis on the protection of legitimate expectations of compulsory insured persons, (iii) state liability for death and deterioration of patients' health due to limited access to health services during the epidemic, (iv) legal relationships, e.g. between the state, the Health Insurance Institute of Slovenia (hereinafter: ZZZS) and health care providers, and, in general, (v) the vivid relationship between law and medicine or, more precisely, the relationship between the normative power of law or other heteronymous legal act and the normative power of autonomous legal acts and rules of the medical profession. The discussion, accompanied by a reconsideration, this time of the (un)justifiable criteria of redistribution of limited treatment units (e.g. medical devices, medicines, specific health services) or regulation of their accessibility, is briefly added to the question (vi) of (compulsory) vaccination against SARS-CoV-2 in the light of triage or limited access to health services. The issue is addressed in addition to the issue of state liability for limited access to health services, as it is significantly related to it. The purpose of the text, which, due to

¹ To this end, see: Mišič, „Metamorphoses of Patients' Rights in Times of Crisis“, 1 (I) et seq., Mišič, Strban, „Triage: Where Law and Medicine Diverge“, 747 et seq., Mišič, „Legal and Ethical aspects of the right to treatment during an epidemic „and Mišič, Strban,“ Regulation of Triage and Times of a Pandemic: Experiences from Slovenia (and Beyond) „(both accepted for review).

² Ur. l. RS, št. 15/08 do 177/20

³ Ur. l. RS, št. 72/06 do 51/21.

quantitative limitations, leaves out an analysis of the (human) right to health, derived in our legal order from the right to health care (Article 51 URS)⁴, is to show how many legally relevant issues are in the field of health law, social security and, more broadly, in the field of human rights and fundamental freedoms, triggered by an epidemic of changed or, better, conditioned conditions in society, in the light of which rare or even only textbook, i.e. legally and ethically most demanding cases of triage began to knock on patients persons and health professionals. The presentation should primarily serve an in-depth reflection on the future normative activity in the field, as well as the necessity of ensuring the actual or material conditions for the efficient operation of the public health activity network.

Key words: triage, law, medicine, patients' rights, health insurance, principle of equality, state, ZZZS, liability for damages, waiting periods, compulsory vaccination

Alenka Šelih

The right to a prior declaration of intent to refuse medical intervention

The article deals with the institute of »anticipated patient's will« (living will) in Slovene legal system. It has been introduced by the statute of patient's rights in 2008. This is an anticipated patient's statement declining a medical care in the future. It is considered to be the expression of the patient's autonomy. It is bound by several terms (serious illness, that would lead to death or possibility of serious disability) as well as some procedural demands (the age of the patient is above 18 years, mental capacity, personal doctor as well as representative of patient's rights are included in the procedure). There have been very few cases in which this possibility has been used.

Key words: patient autonomy, anticipated will of ZPacP, health, decision making

⁴Constitution of the Republic of Slovenia, Ur. l. RS, no. 33/91-I to 92/21. See in particular Mišič, "Legal and Ethical Aspects of the Right to Treatment During an Epidemic" and the literature cited there.

Jelka Reberšek Gorišek

The right to an anticipated will of the patient

The anticipated will of the patient, which some also call a living will, is a very important document both for the patient and those closest to him, as well as for the doctor and nursing care providers. The importance of this document is recognized in many health-developed countries and the anticipated will of the patient is also specifically defined by law. The right to anticipated will gives the patient the opportunity to autonomously express their wishes about health care and to determine the person who will decide on his health care and other rights from ZPacP 2008 in case and during his inability to decide on himself. Sadly, the document is still not well known or established.

Key words: anticipated will, ZPacP, dignified death, patient rights, autonomy

Lora Briški, Nesa Vrečer

**Addressing Choice in an Overloaded Health System:
A Review of Medical Association and Ethics Commission
Documents on Triage during the COVID-19 Epidemic**

The COVID-19 epidemic posed a threat to the collapse of the health care system in many countries around the world, and it almost did. Medical associations and ethics commissions of various countries have thus developed guidelines and documents for the work of doctors when it is not possible to help all patients. The documents were prepared in order to distribute the limited funds for treatment as fairly as possible among the aid needed and to unify the criteria for fair distribution within the country. The paper analyzes guidelines and recommendations for triage during the COVID-19 pandemic from eight European countries (Germany, Austria, Switzerland, France, the United Kingdom, Belgium, the Netherlands and Italy) and the United States. Recommendations are the work of either state ethics commissions or medical associations.

Key words: COVID-19, triage, guidelines, medical ethics, medical associations

Dušan Keber

Residents of nursing homes were sacrificed

The COVID-19 epidemic and the associated sudden huge influx of patients into the healthcare system have triggered a consolidation around the world, and even more often a loosening of triage ethical guidelines in case patients' needs exceed healthcare facilities. All indications are that in many countries, including Slovenia, there has been a gap between the accepted ethical principles of the triage procedure and its implementation, with the most vulnerable and marginalized social groups being discriminated against. The largest among these groups are the elderly population. The present analysis attempts to assess whether the presumption of discrimination against persons in care in homes for the elderly (DSO) in Slovenia is justified. The way in which the authorities and the official medical profession treated the residents of the DSO proves conscious or unconscious old age, and the indifference of the public to this tragedy proves old age at the level of each individual. The order of the health decision-makers that the infected and sick patients remain in the DSO is the direct cause of the large number of deaths due to COVID-19 in Slovenia.

Key words: homes for the elderly, old age, triage, discrimination, COVID-19

Darja Zaviršek

People with disabilities and older people in social care institutions: the importance of transdisciplinarity for ethical decision-making in emergencies

In the first year of the COVID-19 pandemic, people in many parts of the world, including Slovenia, were in fact the most discriminated against, whom medical, social, rehabilitation and other discourses call "vulnerable social groups" and for whom special social care is intended. The paper first discusses foreign analyzes that point to discrimination against people with disabilities and the elderly, which have been "inscribed" in some guidelines for the treatment of patients with COVID-19.

Special focus is on the experiences and views of social workers working in nursing homes, on the measures implemented in these institutions, and on the ethical dilemmas they faced.

Key words: COVID-19, nursing homes, social work, triage, discrimination

Brigita Skela Savič

Experiencing triage, health and social care of residents in nursing homes in the first wave of the epidemic - group interview with relatives

The corona virus epidemic has severely affected the lives of every Slovenian citizen. We faced high mortality rates among senior citizens, half of these deaths were in nursing homes. Relatives of residents in nursing homes found themselves in difficult situations during the first wave of the epidemic because the homes were closed for visits. The purpose of our research was to find out how the relatives of the residents of nursing homes perceived and understood the performed triage, medical and social care in the first wave of the epidemic? Data were collected using the group interview technique and processed by the method of thematic analysis. 24 relatives participated; we used a handy sample. We included 69 citations of participants in the processing and designed 22 categories and 8 topics. In this paper, we present 5 topics that we designed by including 40 citations and 14 categories. Topics: triage without the autonomy of the triage, ignoring the role of relatives, there are no conditions for safe medical treatment in homes, deterioration of the quality of life and health of survivors and palliative care as a right of residents and relatives. We formulated two judgments, “paternalism of the authorities and the medical profession towards residents and problems in homes” and “endangering the health and quality of life of residents in homes (healthy and sick). The research shows the poor readiness of the government, health and social sectors to manage the epidemic in the research area. The findings could be a warning to politicians, medical and other health

professionals in planning action in this area in the future, as the new corona virus has not yet been defeated.

Key words: triage, nursing homes, COVID-19, interviews, health

Nesa Vrečer

Results of the triage questionnaire during COVID-19

Already at the beginning of the first wave of the COVID-19 epidemic on March 19, 2020, there was a strong fear that the number of hospital beds and ventilators would not be sufficient for the number of patients who would urgently need care due to the virus. There was distrust in the public towards the health profession, the functioning of the state and measures, which was based, among other things, on fear of ignorance and non-transparency of operation. The consequences of the lack of transparency in the first two waves are still being felt for a year and a half after the beginning of the epidemic. The first two waves thus shook confidence in the health care system and in science itself. One way to restore confidence is through transparency and public debate on measures. A survey questionnaire on public attitudes towards triage during the COVID-19 epidemic is thus a way to open the debate to the public. The survey entitled "Questionnaire on triage during COVID-19" was conducted by a research group of the Institute of Criminology at the Faculty of Law in Ljubljana. The survey questions were originally conceived in a survey conducted in 2020 by the Max Planck Institute for Crime, Security and Law Research and the University of Leipzig. Between 6 May and 16 July, 1,164 respondents completed the survey.

Key words: survey, triage, COVID-19, hypothetical situations, public debate

Zdravstvena kriza, ki jo je leta 2020 povzročila pandemija novega koronavirusa, je odprla vrsto etičnih dilem, kako ob pomanjkanju kadra in sredstev čim bolj pravično pomagati ljudem, ki so zboleli za covidom-19. Ob tem so se odprla vprašanja, ali naj se države zavzemajo za čim bolj egalitaren način odločanja, komu pomagati ob omejenih sredstvih, ali pa naj postopajo utilitarno in poskušajo vzpostaviti sistem triaže, ki bo temeljil na tem, da se reši čim več ljudi. Mnogokje po svetu je prišlo do tako imenovanih kolizij dolžnosti in odločevalci, ki so ob pomanjkanju sredstev morali izbrati, komu od pacientov omogočiti možnost preživetja, so bili pod velikim pritiskom.

Triažno odločanje v času pandemije je vezano na kompleksne etične, medicinske in pravne dileme, o katerih se je v preteklosti razpravljalo predvsem na podlagi hipotetičnih scenarijev. Kriza, ki jo je povzročil covid-19, je te dileme naredila še kako realne, zato je bilo nujno poglobiti premislek o izzivih triažnega odločanja v zdravstvu. Namen knjige je, da predstavi različne poglede na problematiko triaže s pravnega, etičnega in medicinskega vidika, da osvetli, kako so se različne države lotevale vprašanja triaže v času pandemije, ter izpostavi probleme, s katerimi smo se soočali v Sloveniji.

