

Bioethica

Vol 7, No 1 (2021)

Bioethica



Triage

Takis Vidalis, Charalampos Savvakis

doi: [10.12681/bioeth.26531](https://doi.org/10.12681/bioeth.26531)

Copyright © 2021, Takis Vidalis, Charalampos Savvakis



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

To cite this article:

Vidalis, T., & Savvakis, C. (2021). Triage. *Bioethica*, 7(1), 2–4. <https://doi.org/10.12681/bioeth.26531>

Triage

Τάκης Βιδάλης,^{1,2} Χαράλαμπος Σαββάκης^{2,3}

¹ Επιστημονικός συνεργάτης, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, Αθήνα, Ελλάδα.

² Εμπειρογνώμων, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Βρυξέλλες, Βέλγιο.

³ Ομότιμος Καθηγητής Μοριακής Βιολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, Ελλάδα.



t.vidalis@bioethics.gr

Λέξεις κλειδιά: Πανδημία, COVID-19, βιοηθική, διαλογή ασθενών.

Triage

Takis Vidalis,^{1,2} Charalampos Savvakis^{2,3}

¹ Scientific Officer, Hellenic National Bioethics Commission, Athens, Greece.

² Ethics Expert, European Commission, Brussels, Belgium.

³ Emeritus Professor in Molecular Biology, University of Crete, Greece.

Keywords: Pandemic, COVID-19, bioethics, triage.

Μετά το Δεκέμβριο η πίεση που δέχεται το σύστημα υγείας από τη ραγδαία αύξηση των κρουσμάτων του κορωνοϊού έχει φτάσει σε οριακό σημείο. Η αύξηση αυτή ήταν αναμενόμενη ήδη από το καλοκαίρι καθώς μετά το «πρώτο κύμα» δεν υπήρξε ουσιαστική πρόοδος στην ανάπτυξη κατάλληλων θεραπειών. Όσο δεν έχουμε φάρμακα στη «φαρέτρα» μας για τη θεραπεία ασθενών με κορωνοϊό, όσο τα μέτρα που λαμβάνονται είναι ατελέσφορα και μέχρι να εμβολιαστεί ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού, ασθενείς θα εξακολουθούν να γεμίζουν τα νοσοκομεία, εξαντλώντας μοιραία τους διαθέσιμους πόρους σε κλίνες, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), αναπνευστήρες, αλλά και υπηρεσίες ειδικευμένου υγειονομικού προσωπικού.

Δεν είναι μόνο η χώρα μας που αντιμετωπίζει αυτή την αφόρητη πίεση στο σύστημα υγείας. Καμία χώρα δεν κατάφερε στο χρόνο που πέρασε να ανταποκριθεί με επάρκεια στην επέλαση της πανδημίας, ακόμη και αν μιλάμε για προηγμένα συστήματα, που έχουν οργανωθεί μακριά από τις χρόνιες παθολογίες του -τραυματισμένου και από την οικονομική κρίση- δικού μας Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Κανείς δεν αμφιβάλει ότι αν η περίθαλψη των ασθενών στη χώρα μας διατηρείται σε συγκρίσιμα επίπεδα με αυτή των ασθενών στη Γερμανία, τη Βρετανία ή τη Γαλλία, αυτό οφείλεται στην υπερπροσπάθεια του υγειονομικού προσωπικού και όχι στις δομές ή τον εξοπλισμό.

Η πίεση ωστόσο αυξάνεται με αμείλικτους ρυθμούς, έχοντας σύμμαχο τον χρόνο. Και το ερώτημα που πρέπει πια να δούμε κατάματα είναι: *τι συμβαίνει όταν περισσότεροι ασθενείς έχουν την ίδια ανάγκη σε πόρους που δεν επαρκούν για όλους;* Το ερώτημα αυτό δεν είναι, δυστυχώς, ούτε υποθετικό ούτε πολιτικό: γνωρίζουμε ότι έχει προκύψει σε πολλές χώρες, ήδη από το «πρώτο κύμα» και δεν συνδέεται με λανθασμένες πολιτικές επιλογές. Προκύπτει μοιραία, απλώς επειδή οι πόροι για την υγεία θα είναι πάντοτε πεπερασμένοι και η Φύση θα παραμένει πάντοτε απρόβλεπτη. Τι μπορούμε λοιπόν να κάνουμε μπροστά σε αυτό το καιριο ερώτημα; Όσο κι αν μας απογοητεύει, τρία τουλάχιστον βήματα επιβάλλεται να τολμήσουμε, με την προϋπόθεση

ότι ακολουθούμε τις βασικές αρχές της Βιοηθικής.

Το πρώτο βήμα είναι να αναγνωρίσουμε αντί να κρύψουμε το πρόβλημα. Αν δεν το αναγνωρίσουμε, τότε οι αποφάσεις που θα ληφθούν δεν θα έχουν το στοιχείο της διαφάνειας. Μια αδιαφανής «προτεραιοποίηση» ασθενών στην πρόσβαση σε πόρους υγείας, αφήνει ανέλεγκτο εκείνον που αποφασίζει, καλλιεργώντας το έδαφος για αυθαίρετες κρίσεις, κατά παράβαση ιδίως της αρχής της δικαιοσύνης.

Το δεύτερο βήμα αφορά τον αποκλεισμό ανορθολογικών κρίσεων στην επιλογή ασθενών. Δεν «παίζουν όλα» στην πρόσβαση σε ΜΕΘ ή σε αναπνευστήρες, αν θέλουμε να σεβαστούμε τις αρχές της ωφέλειας και της δικαιοσύνης. Επιλογές του τύπου «προτεραιότητα έχει εκείνος που φτάνει πρώτος» (first come, first served) ή με τυχαία κλήρωση μεταξύ ασθενών είναι για τον λόγο αυτόν ανορθολογικές, καθώς καταλήγουν σε μια ισοπεδωτική προσέγγιση των περιστατικών, απολύτως απαράδεκτη όταν μιλάμε για ανθρώπους.

Το τρίτο βήμα, τέλος, είναι να αποφύγουμε γενικές και απόλυτες κρίσεις. Να εμπιστευθούμε δηλαδή ρόλο αφ' ενός στους γιατρούς που έχουν ακριβή εικόνα των εκάστοτε περιστατικών - επομένως είναι οι αρμοδιότεροι να εφαρμόσουν την αρχή της ωφέλειας ως προς συγκεκριμένους ασθενείς- και αφ' ετέρου στους ίδιους τους ασθενείς που πρέπει να ασκούν ανεμπόδιστοι την αυτονομία τους, ιδίως αν δεν επιθυμούν συγκεκριμένες θεραπείες.

Χώρες με αναπτυγμένα συστήματα υγείας, όπως η Ιταλία, η Γερμανία, η Γαλλία κ.ά. προχώρησαν έγκαιρα στο πρώτο βήμα, αναγνωρίζοντας ρητά το πρόβλημα και ανοίγοντας μια ευρύτατη δημόσια συζήτηση, με συμμετοχή επιστημονικών εταιρειών, οργανώσεων ασθενών και Επιτροπών βιοηθικής. Η συζήτηση αυτή κατέληξε σε ορισμένες κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση πόρων εν ανεπαρκεία στο σύστημα υγείας. Στη χώρα μας, εν μέσω «τρίτου κύματος» της πανδημίας, αυτό δεν το έχουμε ακόμα κερδίσει.

Η Πολιτεία πρέπει να αντιμετωπίσει με θάρρος το πρόβλημα και να ενημερώσει την κοινωνία. Μια πρωτοβουλία από την πλευρά της προς την κατεύθυνση των εντατικολόγων, ώστε

αυτοί να αναλάβουν την εκπόνηση οδηγιών, ως οι πιο ειδικοί, πλασιωμένοι από εμπειρογνώμονες της Βιοηθικής και του Δικαίου, δεν μπορεί να καθυστερεί περισσότερο.