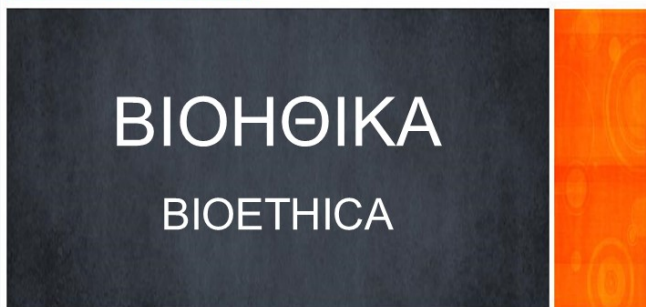


Bioethica

Vol 8, No 2 (2022)

Bioethica



Comparative approach of triage's legal regulation

Eleni (Elena) Douvika

doi: [10.12681/bioeth.31781](https://doi.org/10.12681/bioeth.31781)

Copyright © 2022



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

To cite this article:

Douvika, E. (Elena). (2022). Comparative approach of triage's legal regulation. *Bioethica*, 8(2), 65–84.
<https://doi.org/10.12681/bioeth.31781>

Συγκριτική προσέγγιση των νομικών πλαισίων της διαλογής ασθενών (triage)

Ελένη (Ελενα) Δουβίκα

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο δίκαιο της υγείας στο Πανεπιστήμιο της Σορβόνης (Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne)

Ασκούμενη στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής και Τεχνοηθικής



edouvika@hotmail.com

Περίληψη

Ως triage ορίζεται η διαλογή των ασθενών σε περίπτωση έλλειψης διαθέσιμων πόρων υγείας. Πρόκειται για μία πρακτική, η οποία χρησιμοποιείται σε διαφορετικές μορφές από την αρχαία Αίγυπτο έως σήμερα. Λόγω της πανδημίας του COVID-19, η πρακτική αυτή εντάθηκε και κατά συνέπεια άρχισαν να προκύπτουν τόσο ηθικά όσο και νομικά ζητήματα. Θα πρέπει ο επαγγελματίας υγείας να κάνει τη διαλογή χωρίς κάποια κρατική οδηγία ή μήπως ο κρατικός μηχανισμός θα πρέπει να ρυθμίζει το ακριβές πλαίσιο της διαλογής; Ποιος έχει την ευθύνη για τις επιλογές διαλογής; Ποια κριτήρια διαλογής είναι ηθικά; Αυτά είναι τα κύρια ερωτήματα που προκύπτουν από την πρακτική αυτή. Η παρούσα εργασία προσπαθεί να δώσει απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα αναλύοντας και συγκρίνοντας τα διαφορετικά νομικά πλαίσια διάφορων κρατών, και εν τέλει προτείνοντας ένα βέλτιστο νομικό πλαίσιο της πρακτικής του triage.

Λέξεις κλειδιά: βιοηθική, ιατρικό triage, συγκριτική νομική έρευνα, νομική ρύθμιση.

Comparative approach of triage's legal regulation

Eleni (Elena) Douvika

LLM Candidate in Health Law at Paris 1 Panthéon-Sorbonne University
Stagiaire, Hellenic National Commission for Bioethics & Technoethics

Abstract

Triage is defined as the sorting of patients in the absence of available health resources. It is a practice that has been used in different forms from ancient Egypt to the present day. Due to the COVID-19 pandemic, this practice intensified and consequently both ethical and legal issues began to arise. The health professional, should the screening be done without any state directive or should the state mechanism regulate the exact framework of screening? Who is responsible for screening options? What screening criteria are ethical? These are the main questions arising from this practice. This paper attempts to answer these questions by analysing and comparing the different legal frameworks of different states, and ultimately proposing an optimal legal framework for the practice of triage.

Keywords: bioethics, medical triage, comparative legal research, legal regulation.

I. Εισαγωγή

«Στις 17 Μαρτίου 2020, αντιμέτωπη με τον αυξανόμενο αριθμό σοβαρών περιστατικών ασθενών που πάσχουν από τον κορονοϊό, η Fédération hospitalière de France χαρακτήρισε τον κορεσμό ορισμένων μονάδων εντατικής θεραπείας ως "πολεμική ιατρική". Σε ένα πλαίσιο που χαρακτηρίζεται από επείγουσα ανάγκη και περιορισμένους πόρους, η έκφραση αναφέρεται στην ανάγκη να γίνουν θυσίες εάν δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν όλοι οι ασθενείς» γράφει ο Étienne Dignat στο άρθρο του «*Triage médical : quelle justice face à l'exigence démocratique ?*». Η απουσία δυνατότητας φροντίδας όλων των ασθενών επιφέρει την ανάγκη επιλογής μεταξύ αυτών. Με αυτήν ακριβώς η επιλογή ασχολείται η πρακτική του triage.

Για να γίνει κατανοητή η έννοια της εν λόγω πρακτικής καθώς και τα ζητήματα που ανακύπτουν πρέπει πρώτα να ορισθεί ακριβώς το triage. Το λεξικό Myriam Webster ορίζει το triage ως «την ταξινόμηση και την κατανομή της θεραπείας στους ασθενείς και ιδίως στα θύματα μαχών και καταστροφών σύμφωνα με ένα σύστημα προτεραιοτήτων που αποσκοπεί στη μεγιστοποίηση του αριθμού των επιζώντων ή την ταξινόμηση των ασθενών (όπως σε μια αίθουσα επειγόντων περιστατικών) ανάλογα με τον επείγοντα χαρακτήρα της ανάγκης τους για περίθαλψη».¹ Η λέξη triage προέρχεται από το γαλλικό ρήμα trier που σημαίνει διαλέγω.

Το triage βασίζεται στη μοντέρνα ερμηνεία του όρκου του Ιπποκράτη, και οι ρίζες του φτάνουν ως την αρχαία Αίγυπτο, καθώς η ιδέα της ιεράρχησης με βάση την πρόγνωση απαντάται σε ένα αιγυπτιακό έγγραφο του 17ου αιώνα π.Χ. Η «δομημένη ταξινόμηση» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον

αυτοκράτορα της Αγίας Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας Μαξιμιλιανό Α'. Στους στρατούς του οι τραυματίες κατηγοριοποιήθηκαν για πρώτη φορά και αντιμετωπίστηκαν σύμφωνα με σειρά προτεραιότητας. Η πρακτική εξαπλώθηκε και σε άλλους στρατούς τους επόμενους αιώνες και ονομάστηκε "διαλογή" (triage) από τους Γάλλους. Η σύγχρονη ιατρική διαλογή επινοήθηκε από τον Dominique Jean Larrey, χειρουργό κατά τη διάρκεια των Ναπολεόντειων Πολέμων, ο οποίος φρόντιζε τους τραυματίες ανάλογα με το πόσο επείγουσα ήταν η κατάσταση τους. Η διαλογή χρησιμοποιήθηκε περαιτέρω κατά τη διάρκεια του Α' Παγκοσμίου Πολέμου από τους Γάλλους γιατρούς που περιέθαλπαν τους τραυματίες του πεδίου της μάχης. Οι υπεύθυνοι για την απομάκρυνση των τραυματιών από το πεδίο της μάχης ή τη φροντίδα τους χώριζαν τους τραυματίες ανάλογα με το εάν η περίθαλψη θα επηρέαζε την επιβίωση του ασθενούς.

Σήμερα υπάρχουν διάφορα μοντέλα triage που εφαρμόζονται. Οι κατηγοριοποιήσεις των ασθενών είναι συχνά το αποτέλεσμα βαθμολογιών διαλογής που βασίζονται σε συγκεκριμένα ευρήματα φυσιολογικής αξιολόγησης.

Καθώς υπάρχουν διάφορα μοντέλα triage, τα κριτήρια με τα οποία ταξινομούνται οι ασθενείς διαφέρουν. Το κατά ποσό τα κριτήρια αυτά είναι ηθικά, καθώς και το ποιος θα πρέπει να πάρει την ευθύνη για την εφαρμογή αυτών των κριτηρίων στις αποφάσεις του triage είναι κάποια από τα κρίσιμα ζητήματα τα οποία εγείρει αυτή η πρακτική.

Στην παρούσα εργασία εξετάζονται τα διαφορετικά νομικά πλαίσια τα οποία πλαισιώνουν την πρακτική του triage ανά τον κόσμο. Υπάρχουν τόσο νομικώς δεσμευτικά κείμενα τα οποία καθορίζουν το πλαίσιο του triage (Α) καθώς και μη νομικώς δεσμευτικά κείμενα, όπως συστάσεις και οδηγίες, τα οποία παρέχουν ένα πιο ελεύθερο πλαίσιο για την άσκηση της πρακτικής αυτής (Β). Άλλη μια περίπτωση που αξίζει να εξεταστεί είναι η περίπτωση απουσίας πλαισίου για την εν λόγω πρακτική του (Γ). Μαζί με αυτά τα νομικά πλαίσια εξετάζονται και τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν, καθώς το ζήτημα της διαλογής

¹ Myriam Webster, definition of the word "triage"

αποτελεί φλέγον θέμα στον τομέα της βιοηθικής. Τέλος, η εργασία κλείνει με σκέψεις σχετικά με την ύπαρξη βέλτιστου νομικού πλαισίου του triage.

A. Νομικώς δεσμευτικά κείμενα

1. Τι προβλέπουν τα νομικώς δεσμευτικά κείμενα σε κάθε χώρα;

α) Αργεντινή και Κολομβία, δυο χώρες με παραπλήσια νομικά πλαίσια στο ζήτημα του triage

Από τις πιο πρωτοπόρες χώρες στην θέσπιση νομικών κανόνων για το ζήτημα του triage είναι η Κολομβία και η Αργεντινή, καθώς πρόκειται για χώρες των οποίων οι νόμοι προηγούνται της πανδημίας του COVID- 19 και παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες.

Σε ό,τι αφορά την Αργεντινή, το νομοθετικό πλαίσιο για το triage ρυθμίζεται από τον νόμο XVII – Νο 109, ο οποίος χωρίζεται σε δυο κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τον ορισμό της πρακτικής του triage καθώς και των στόχων στην επίτευξη των οποίων αποσκοπεί. Το δεύτερο κεφάλαιο ορίζει το Υπουργείο Δημόσιας Υγείας της Αργεντινής ως Αρχή Εφαρμογής του παρόντος νόμου αναλύοντας ταυτόχρονα τις αρμοδιότητες του ως τέτοια Αρχή και προβλέπει τις απαιτούμενες προϋποθέσεις σχετικά με το προσωπικό που θα κάνει χρήση της πρακτικής του triage. Πιο συγκεκριμένα, μπορούν να προβούν σε triage οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι «αποδεικνύουν παρακολούθηση μαθημάτων ή δραστηριοτήτων κατάρτισης που υλοποιούνται από την Αρχή Εφαρμογής και τουλάχιστον δύο (2) έτη εμπειρίας σε υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών νοσοκομείων, γενική νοσηλεία ή εντατική θεραπεία».²

Αντίθετα με την Αργεντινή, το νομοθετικό πλαίσιο του triage στην Κολομβία καθορίζεται από την κανονιστική διοικητική πράξη του Υπουργείου Υγείας Resolución 5596 του 2015. Στην κανονιστική πράξη αυτή περιλαμβάνεται ο ορισμός του triage, οι στόχοι στους οποίους αποσκοπεί, καθώς και οι απαιτούμενες προϋποθέσεις σχετικά με το προσωπικό που θα κάνει χρήση του triage. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την κολομβιανή κανονιστική πράξη «Στις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης υψηλής και μέσης πολυπλοκότητας το "triage" πρέπει να πραγματοποιείται από επαγγελματίες της Ιατρικής ή της Νοσηλευτικής. Για υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης χαμηλής πολυπλοκότητας, το triage μπορεί να πραγματοποιείται από βοηθούς νοσηλευτών ή τεχνολόγους προνοσοκομειακής φροντίδας με την αντίστοιχη ιατρική επίβλεψη. Το προσωπικό που είναι υπεύθυνο για το "triage" πρέπει να έχει αποδεικτικά παρακολούθησης μαθημάτων σε θέματα που σχετίζονται άμεσα με το σύστημα επιλογής και ταξινόμησης ασθενών σε επείγοντα περιστατικά, το "triage", που εφαρμόζει ο Φορέας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (IPS).».

Παρατηρείται λοιπόν ότι όπως και στην Αργεντινή έτσι και στην Κολομβία οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να μπορούν να αποδείξουν την παρακολούθηση μαθημάτων (πρόκειται για μαθήματα τα οποία προσφέρουν πανεπιστήμια αλλά και ιατρικοί σύλλογοι και που αναφέρονται τόσο στις τεχνικές λεπτομέρειες όσο και στην θεωρία της πρακτικής του triage) και/ή την πρότερη εμπειρία σε μονάδες επειγόντων περιστατικών νοσοκομείων, ή εντατική θεραπεία. Παρόλα αυτά το κολομβιανό κείμενο είναι πιο συγκεκριμένο σχετικά με το ποιοι ακριβώς επαγγελματίες υγείας μπορούν να προβούν σε triage και υπό ποιες συνθήκες.

Στην συνέχεια, παρατηρείται ότι σε αντίθεση με τον νόμο LEY XVII – N.ο 109 της Αργεντινής, η Resolución 5596 αναφέρει το σύστημα κατάταξης των ασθενών το οποίο θα πρέπει να ακολουθείται. Το σύστημα αυτό αναφέρει πέντε κατηγορίες ταξινόμησης των ασθενών, με την πρώτη να αναφέρεται στους ασθενείς οι οποίοι χρειάζονται άμεση φροντίδα και την πέμπτη να αναφέρεται στους ασθενείς με

² Κεφάλαιο 2 άρθρο 8 του νόμου LEY XVII – N.ο 109

χρόνια προβλήματα υγείας που δεν βρίσκονται σε κατάσταση επιδείνωσης και των οποίων η ζωή και η λειτουργικότητα των οργάνων δεν απειλείται. Το ίδιο κείμενο επισημαίνει πως οι καθορισμένοι χρόνοι περίθαλψης δεν εφαρμόζονται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης ή καταστροφών με πολλαπλά θύματα.³

Η Resolución 5596 είναι ιδιαίτερα αναλυτική σε ζητήματα ευθύνης του κάθε φορέα που εμπλέκεται. Πιο συγκεκριμένα, προβλέπεται ότι ο φορέας παροχής υγειονομικής περίθαλψης είναι υπεύθυνος, μεταξύ άλλων, για τον καθορισμό μιας μεθόδου «triage» πέντε κατηγοριών που να συμμορφώνεται με τις προαναφερθείσες διατάξεις, για την περιοδική επαναξιολόγηση των ασθενών που έχουν ταξινομηθεί σύμφωνα με αυτήν καθώς και για την εξασφάλιση των αναγκαίων πόρων για την υλοποίηση του triage.⁴

Η πράξη προβλέπει επίσης τις αρμοδιότητες των επαγγελματιών υγείας που διεξάγουν το triage, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι, μεταξύ άλλων, για την έγκαιρη και κατάλληλη αξιολόγηση του ασθενή, για την κατάταξη του σύμφωνα με την μεθοδολογία του triage που εφαρμόζεται καθώς και για την οργάνωση και εξασφάλιση της σειράς με την οποία θα πραγματοποιείται το "triage" στα άτομα που φθάνουν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.⁵

Τέλος, στην πράξη αναφέρεται πως οι διευθύνσεις υγείας των τμημάτων, των περιφερειών και των δήμων, οι φορείς προαγωγής της υγείας των ανταποδοτικών και επιδοτούμενων συστημάτων, οι προσαρμοσμένοι φορείς και οι διαχειριστές επαγγελματικού κινδύνου, στο πλαίσιο των διατάξεων του παρόντος ψηφίσματος, είναι υπεύθυνοι, μεταξύ

άλλων, για την ενημέρωση των πολιτών για την πρακτική του triage.⁶

Η πολύ αναλυτική αναφορά στις αρμοδιότητες κάθε φορέα που εμπλέκεται στο triage διευκολύνει τα πράγματα από νομικής άποψης, αφού η ευθύνη του κάθε φορέα είναι ξεκάθαρη.

β) Δομινικανή Δημοκρατία: ένα ελλιπές νομοθετικό πλαίσιο

Άλλη μια χώρα της οποίας το νομοθετικό πλαίσιο για το triage ρυθμίζεται από κανονιστική διοικητική πράξη του Υπουργείου Δημόσιας Υγείας είναι η Δομινικανή Δημοκρατία. Η Resolución No.000022 της 10ης Αυγούστου 2016 οποία προβλέπει την εντολή εφαρμογής της νοσοκομειακής διαλογής (triage) σε όλα τα ιδρύματα παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα, επιβάλλεται σε όλα τα ιδρύματα που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας να εγγυώνται την έγκαιρη περίθαλψη των ασθενών σε επείγουσες ιατρικές καταστάσεις, σύμφωνα με τις διατάξεις της ισχύουσας εθνικής νομοθεσίας. Ο προσδιορισμός της επείγουσας ιατρικής κατάστασης γίνεται από τον υπεύθυνο ιατρό, υπό την ευθύνη της διεύθυνσης του ιδρύματος. Το νομοθετικό πλαίσιο δεν είναι αναλυτικό, παρόλα αυτά είναι ένα βήμα προς την αναγνώριση της ύπαρξης του triage καθώς και ως προς την αναγνώριση του ως μια θεμιτή ιατρική πρακτική.

γ) Τα «υβριδικά» νομικά πλαίσια της Βραζιλίας και της Γαλλίας: συνδυάζοντας δεσμευτικά και μη δεσμευτικά κείμενα

Αρκετά πλούσιο είναι και το νομοθετικό πλαίσιο της Βραζιλίας. Η Βραζιλία διαθέτει σε εθνικό επίπεδο κανονιστική διοικητική πράξη 2048/2002 του Υπουργείου Υγείας: σύμφωνα με την οποία η διαδικασία του triage «πρέπει να

³ Άρθρο 5 Resolución 5596.

⁴ Άρθρο 6 Resolución 5596.

⁵ Άρθρο 9 Resolución 5596.

⁶ Άρθρο 7 Resolución 5596.

διεξάγεται από ανώτερο επαγγελματία υγείας, μέσω ειδικής κατάρτισης και χρήσης προκαθορισμένων πρωτοκόλλων, και αποσκοπεί στην αξιολόγηση του βαθμού επείγοντος των παραπόνων των ασθενών, τοποθετώντας τους κατά σειρά προτεραιότητας για περίθαλψη». Σε τοπικό επίπεδο, αξίζει να αναφερθεί ο δημοτικός νόμος 9.636/17 του São José dos Campos,⁷ ο οποίος εξουσιοδοτεί τον δήμο να εφαρμόσει τη διαλογή υποδοχής και ταξινόμησης κινδύνου στις μονάδες επείγουσας περίθαλψης και στα δημοτικά νοσοκομεία.

Το νομικό πλαίσιο της Βραζιλίας θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως υβριδικό, καθώς πέρα από νομικώς δεσμευτικά κείμενα έχει και πληθώρα μη δεσμευτικών νομικών κειμένων όπως πρωτοκόλλων και ψηφισμάτων ιατρικών συλλόγων. Πιο συγκεκριμένα, η Γραμματεία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τον COVID-19 εξέδωσε ένα πρωτόκολλο σχετικά με το triage, το οποίο συνιστά την υιοθέτηση της μεθοδολογίας Fast-Track, που προέρχεται από το πρωτόκολλο διαλογής στα επείγοντα περιστατικά. Σύμφωνα με το μοντέλο, οι ασθενείς με προτεραιότητα φροντίδας είναι άτομα άνω των 60 ετών ή πάσχοντες από χρόνιες ασθένειες, ανοσοκατασταλαμένοι και έγκυες γυναίκες.

Το Ψήφισμα του Ομοσπονδιακού Συμβουλίου Νοσηλευτικής (COFEN) (RESOLUÇÃO COFEN N° 423/2012) συγκεκριμενοποιεί τον ρόλο των νοσηλευτών στο πλαίσιο του triage. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται στην μεθοδολογία του πρωτοκόλλου του Μάντσεστερ ως προτεινόμενη μεθοδολογία. Ταυτόχρονα, διευκρινίζει πως μέσα στην νοσηλευτική ομάδα, η ταξινόμηση κινδύνου και η ιεράρχηση της βοήθειας στις Υπηρεσίες

Έκτακτης Ανάγκης ανήκει αποκλειστικά στον Νοσηλευτή, ο οποίος πρέπει να είναι εφοδιασμένος με τις γνώσεις, που εγγυώνται την τεχνική-επιστημονική αυστηρότητα της διαδικασίας. Τέλος, αναφέρει πως εναπόκειται στα Περιφερειακά Συμβούλια Νοσηλευτικής να θεσπίσουν τα αναγκαία μέτρα για την παρακολούθηση της διαδικασίας που αναφέρεται στον παρόντα κανόνα, με στόχο την ασφάλεια του ασθενούς και των εμπλεκόμενων επαγγελματιών. Αντίθετα, η απόφαση του Περιφερειακού Νοσηλευτικού Συμβουλίου της Ομοσπονδιακής Περιφέρειας (COREN) N° 033/1994 απαγορεύει στον Επαγγελματία Νοσηλευτή να εκτελεί τη διαδικασία διαλογής σε ασθενείς στα νοσοκομεία της Ομοσπονδιακής Περιφέρειας. Αξίζει να σημειωθεί πως η Βραζιλία είναι η μόνη που οι νοσηλευτές μπορούν σε κάποιες περιπτώσεις να κάνουν triage.

Μια ακόμα ιδιαίτερη περίπτωση αποτελεί το νομοθετικό πλαίσιο της Γαλλίας σχετικά με το triage. Η ιδιαιτερότητα της Γαλλίας έγκειται στους δυο νόμους οι οποίοι προβλέπουν, μεταξύ άλλων, την διευθέτηση της «θεραπευτικής υπερβολής», που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως υποκατηγορία του triage. Πρόκειται για τους νόμους “Leonetti” Νόμος αριθ. 2005-370 της 22ας Απριλίου 2005 για τα δικαιώματα των ασθενών και το τέλος της ζωής και “Claeys-Leonetti” Νόμος αριθ. 2016-87 της 2ας Φεβρουαρίου 2016 για τη δημιουργία νέων δικαιωμάτων για τους ασθενείς και τα άτομα στο τέλος της ζωής.

Σύμφωνα με αυτούς, «Η θεραπεία και η περίθαλψη δεν πρέπει να εφαρμόζονται ή να συνεχίζονται όταν προκύπτουν από αδικαιολόγητο πείσμα». Ως αδικαιολόγητο πείσμα ορίζεται η περίπτωση που η ιατρική φροντίδα ή οι εξετάσεις φαίνονται περιττές, δυσανάλογες ή δεν έχουν άλλο αποτέλεσμα από την τεχνητή διατήρηση της ζωής. Για την διευθέτηση αυτής της περίπτωσης προβλέπεται συλλογική διαδικασία που επιτρέπει στον γιατρό να αποφασίζει μετά από μια διαδικασία συλλογικής διαβούλευσης από την ομάδα φροντίδας του ασθενούς. Εάν αποφασιστεί ο περιορισμός ή η διακοπή ορισμένων θεραπειών, που κρίνονται παράλογες, η φροντίδα θα πρέπει

⁷ Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι πρόκειται για νόμο που έχει ψηφιστεί από το Câmara Municipal, ένα νομοθετικό όργανο, υπεύθυνο για τη θέσπιση νόμων που αποσκοπούν στην ευημερία και την κοινωνική οργάνωση μιας πόλης.

πάντοτε να συνεχίζεται, ιδίως η υποστηρικτική φροντίδα.

Η ύπαρξη αυτών των νόμων αποτελεί ένα από τα δυο επιχειρήματα σχετικά με το γιατί δεν υπάρχει νομοθετική παρέμβαση σε σχέση με την πρακτική του triage. Πιο συγκεκριμένα, με την C. Manaouil στο άρθρο του «Réflexions sur le tri des patients en période de crise sanitaire»⁸ οι προαναφερθέντες νόμοι είναι πιθανόν να χρησιμεύσουν ως νομική βάση για τις αποφάσεις για τη διευθέτηση ασθενών και επομένως να αποτρέψουν οποιαδήποτε ευθύνη εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας που διενεργούν το triage. Σε αυτό το άρθρο αναφέρεται πως στην Γαλλία δεν είναι σοκαριστικό να διαχωρίζονται οι ασθενείς, υπό την προϋπόθεση ότι αυτό γίνεται στο πλαίσιο της ανάλυσης οφέλους/κινδύνου κάθε απόφασης. Τέτοιου τύπου διαχωρισμός ασθενών είναι η περίπτωση της θεραπευτικής υπερβολής.

Το δεύτερο επιχειρήμα που δικαιολογεί την απουσία νομοθετικής παρέμβασης σε σχέση με την πρακτική του triage είναι η ύπαρξη συστάσεων σχετικά με τα κριτήρια διαλογής των ασθενών. Τέτοιες είναι οι συστάσεις της Εθνικής Συμβουλευτικής Επιτροπής Δεοντολογίας (CCNE) των οποίων στόχος είναι η διευκόλυνσή της λήψης αποφάσεων.⁹ Πιο συγκεκριμένα, η επιτροπή αυτή εξέδωσε τις παρακάτω 8 προτάσεις σε σχέση με την πρακτική του triage εν μέσω πανδημίας COVID-19:

1. Διάθεση όλων των διαθέσιμων μέσων και εγγύηση της βέλτιστης χρήσης των πόρων σε εδαφικό και εθνικό επίπεδο.

2. Εξέταση της σχετικής κλίμακας των ορίων συναγεμμού και τις διαδικασίες μόνιμης αναθεώρησής τους για την διαλογή ασθενών.
3. Καθιέρωση μιας συλλογικής και διεπιστημονικής διαδικασίας λήψης αποφάσεων, με τη συμμετοχή ιατρών, άλλων επαγγελματιών υγείας και ατόμων που εμπλέκονται στον ηθικό προβληματισμό για την ιεράρχηση ασθενών. Οι διαδικασίες αυτές πρέπει να βασίζονται σε ρητά και αιτιολογημένα κριτήρια, να είναι γραπτές και ευκόλως κατανοήσιμες.
4. Διατήρηση της πρόσβασης στην περίθαλψη για τις πιο επείγουσες καταστάσεις και παράλληλη εξασφάλιση της απουσίας διακρίσεων με βάση την ηλικία, την αναπηρία ή την κοινωνική ομάδα.
5. Όλες οι αποφάσεις σχετικά με την περίθαλψη των ασθενών πρέπει να λαμβάνονται με συμμετοχή των εκπροσώπων των πολιτών και με συμμετοχή των ασθενών και των συγγενών τους για κάθε απόφαση που αφορά μια συγκεκριμένη κατάσταση.
6. Ενημέρωση σχετικά με τον προγραμματισμό του συστήματος υγείας για την βελτίωση της παροχής υπηρεσιών
7. Παροχή ηθικής υποστήριξης από τις μονάδες δεοντολογικής υποστήριξης στις ιατρικές ομάδες που καλούνται να κάνουν επιλογές ιεράρχησης.
8. Πρόβλεψη εκτεταμένης τοπικής ανατροφοδότησης των νοσοκομείων και συλλογικός προβληματισμός σε σχέση με την κατανομή πόρων στην δημόσια υγεία.

Επίσης, σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι η επιτροπή απορρίπτει το κριτήριο της ηλικίας ως κριτήριο triage και θεωρεί ότι το triage πρέπει να αποσκοπεί στο να σωθούν όσο περισσότερες ζωές γίνεται.

Το ζήτημα που τίθεται εδώ είναι το νομικό καθεστώς αυτών των κειμένων. Παρά την έμμεση αναγνώρισή τους από το Συμβούλιο Επικρατείας (Conseil d'Etat) σε απόφαση του

⁸ C. Manaouil, Réflexions sur le tri des patients en période de crise sanitaire, D. actu. 30 avr. 2020.)

⁹ CCNE, Contribution sur les enjeux éthiques face à une pandémie, 13 mars 2020 και CCNE, 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, 16 nov. 2020.

στις 15 Απριλίου 2020, όπου οι δικαστές αφού έκριναν πως το ζήτημα της ταξινόμησης των ασθενών δεν τίθεται στη Γαλλία, αποφάνθηκαν πως τα κείμενα αυτά υπάρχουν για να καθοδηγούν τους επαγγελματίες υγείας, ενώ παραμένει το ερώτημα αν μπορούν πράγματι να θεωρηθούν ότι διαθέτουν επαρκή νομιμοποίηση για τόσο σοβαρές αποφάσεις.¹⁰

Η απουσία συγκεκριμένου νόμου που να ορίζει τα κριτήρια με τα οποία πρέπει να γίνεται η διαλογή του triage έγινε αντικείμενο προσφυγής στο γαλλικό Συμβούλιο Επικρατείας (Conseil d'Etat) στην αρχή της πανδημίας¹¹. Πιο συγκεκριμένα, μια οργάνωση ζήτησε από το Conseil d'Etat να διατάξει την κυβέρνηση να ενεργήσει για να καθορίσει τα κριτήρια που θα εφαρμοστούν και να εγγραφεί την ευθύνη των φροντιστών. Η προσφυγή απερρίφθη, καθώς το Conseil d'Etat θεώρησε ότι, ελλείπει αποδεικτικών στοιχείων για την πρακτική του «triage», το ερώτημα ήταν πρόωρο. Η αιτιολόγηση αυτή αμφισβητήθηκε εν μέρει μετά τη δημοσίευση κοινοβουλευτικών εκθέσεων που έδειχναν ότι οι ηλικιωμένοι είχαν αποκλειστεί από την πρόσβαση στην εντατική φροντίδα.¹²

Σημαντικό είναι να αναρωτηθούμε κατά πόσο η ύπαρξη δεσμευτικών κριτηρίων που προκύπτουν από νομοθετικά κείμενα έρχεται σε αντίθεση με το δικαίωμα των γιατρών να παραμένουν ανεξάρτητοι στην άσκηση της ιατρικής.

2. Ποιες οι συνέπειες του δεσμευτικού νομικού πλαισίου στην ανεξαρτησία των ιατρών?

α) Λίγα λόγια για την ανεξαρτησία των γιατρών

Η επιστημονική ανεξαρτησία του ιατρού είναι ένα από τα βασικά δικαιώματα του, το οποίο προβλέπεται τόσο από εθνικά όσο και από διεθνή κείμενα. Πιο συγκεκριμένα, η Διακήρυξη του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (WMA) της Σεούλ ορίζει την επαγγελματική αυτονομία και κλινική ανεξαρτησία ως «τις διαδικασίες βάσει των οποίων οι μεμονωμένοι ιατροί έχουν την ελευθερία να ασκούν την επαγγελματική τους κρίση κατά τη φροντίδα και τη θεραπεία των ασθενών τους χωρίς αδικαιολόγητη ή ακατάλληλη επιρροή από εξωτερικά μέρη ή άτομα.»¹³

Η επιστημονική ανεξαρτησία των ιατρών προβλέπεται επίσης από διατάξεις σε διάφορες εθνικές νομοθεσίες όπως για παράδειγμα το άρθρο 5 του γαλλικού κώδικα ιατρικής δεοντολογίας, καθώς και το άρθρο 3 του ελληνικού νόμου 3418/2005.

Από αυτό το δικαίωμα προκύπτουν και άλλα, όπως για παράδειγμα το δικαίωμα της ανεξάρτητης συνταγογράφησης. Η ανεξαρτησία των ιατρών θα μπορούσε λοιπόν να μειωθεί σημαντικά στην περίπτωση δεσμευτικών νομοθετικών κειμένων τα οποία θα παρέμβαιναν στην άσκηση του επαγγέλματος τους.

β) Η ανεξαρτησία των γιατρών επηρεάζεται από τα νομικά δεσμευτικά κείμενα;

¹⁰ La responsabilité des professionnels de santé face au tri des patients : dilemme éthique ou question juridique ? – Jonas Knetsch – Maxime Lassalle – D. 2022. 286.

¹¹ CE 15 avr. 2020, n° 439910.

¹² La responsabilité des professionnels de santé face au tri des patients : dilemme éthique ou question juridique ? – Jonas Knetsch – Maxime Lassalle – D. 2022. 286.

¹³ Άρθρο 2 της Διακήρυξης του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (WMA) της Σεούλ για την επαγγελματική αυτονομία και την κλινική ανεξαρτησία ορίζει την επαγγελματική αυτονομία.

Στην περίπτωση του triage, η παρέμβαση στην ανεξαρτησία των ιατρών θα ήταν βέβαιη αν ο νομοθέτης θέσπιζε δεσμευτικά κριτήρια σύμφωνα με τα οποία θα έπρεπε να γίνει η ταξινόμηση των ασθενών κατά την πρακτική αυτή. Αυτό θα καθιστούσε την πρακτική του triage μια μηχανική διαλογή των ασθενών σύμφωνα με σαφώς προκαθορισμένα κριτήρια. Βέβαια, η ύπαρξη τέτοιων κριτηρίων θα διευκόλυνε την εκδίκαση υποθέσεων σχετικές με τις συνέπειες του triage, καθώς η εξέταση σε σχέση με την ευθύνη του ιατρού θα ήταν πολύ πιο εύκολη.

Παρόλα αυτά, όπως προκύπτει από την παραπάνω έρευνα, κανένα από τα νομικώς δεσμευτικά κείμενα τα οποία έχουν ερευνηθεί στην παρούσα εργασία δεν προβαίνει στην θέσπιση κριτηρίων σχετικά με το πως θα πρέπει να γίνεται το triage. Τα κείμενα αυτά ασχολούνται κυρίως με τον ορισμό του triage, με το ποιος είναι υπεύθυνος να το διεξάγει καθώς και με τις γενικές αρμοδιότητες του φορέα παροχής υγείας. Το μόνο κείμενο το οποίο μπαίνει σε πιο τεχνικές λεπτομέρειες είναι η κανονιστική διοικητική πράξη της Κολομβίας, που ορίζει πέντε κατηγορίες ταξινόμησης σε περίπτωση πρακτικής του triage. Η νομοθεσία της Γαλλίας για την μορφή του triage στην περίπτωση της θεραπευτικής υπερβολής ορίζει μονάχα την περίπτωση όπου η θεραπεία συνεχίζεται από αδικαιολόγητο πείσμα.

Κατά συνέπεια, η ανεξαρτησία του ιατρού δεν επηρεάζεται στην περίπτωση που η νομοθεσία δεν ορίζει τα κριτήρια, παρά μόνο τους φορείς και τις αρμοδιότητες τους σχετικά με το triage. Θα ήταν βέβαια σκόπιμο να αναρωτηθεί κανείς εάν σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, όπως πανδημίες ή μαζικές καταστροφές είναι προτιμότερο να αναλάβει ο νομοθέτης την ευθύνη για τον καθορισμό των κριτηρίων του triage, βάζοντας σε πρώτη προτεραιότητα την δημόσια υγεία, ακόμα και εάν αυτό γίνεται εις βάρος της ανεξαρτησίας των ιατρών.

B. Μη νομικώς δεσμευτικά κείμενα (οδηγίες, προτάσεις και νομολογία)

1. Κείμενα διεθνών οργανισμών

Κρίνεται σκόπιμο να αναλυθούν σε πρώτο επίπεδο οι «Κατευθυντήριες γραμμές για τη διαχείριση ηθικών ζητημάτων σε εστίες μολυσματικών ασθενειών»¹⁴ του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Το συγκεκριμένο κείμενο προσδιορίζει από ποιες ηθικές αρχές θα πρέπει να διέπονται οι αποφάσεις κατανομής των πόρων της δημόσιας υγείας σε περίπτωση μολυσματικών ασθενειών.

Πρόκειται, μεταξύ άλλων για τις αρχές της χρησιμότητας και της ισότητας. Η αρχή της χρησιμότητας απαιτεί την κατανομή των πόρων για τη μεγιστοποίηση του οφέλους ενώ η αρχή της ισότητας απαιτεί την δίκαιη κατανομή των πόρων και του οφέλους που αποκομίζεται.

Το κείμενο αναφέρει πως δεν είναι πάντα δυνατό να επιτευχθούν πλήρως τόσο η χρησιμότητα όσο και η ισότητα. Για παράδειγμα, η δημιουργία θεραπευτικών κέντρων σε μεγάλα αστικά περιβάλλοντα προάγει την αξία της χρησιμότητας, επειδή καθιστά δυνατή τη θεραπεία μεγάλου αριθμού ανθρώπων με σχετικά λίγους πόρους. Ωστόσο, μια τέτοια προσέγγιση μπορεί να βρίσκεται σε αντίθεση με την αρχή της ισότητας, εάν σημαίνει ότι λιγότεροι πόροι θα κατευθυνθούν σε απομονωμένες κοινότητες σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές.

Σε ό,τι αφορά την εφαρμογή της αρχής της χρησιμότητας, ως επίτευξη του μέγιστου οφέλους πρέπει να θεωρείται ο μεγαλύτερος δυνατός αριθμός ζώων που σώζονται. Σε ό,τι αφορά την εφαρμογή της αρχής της ισότητας σημαντικό είναι να δίνεται η αναγκαία προσοχή στα άτομα από ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

Μια ακόμα σημαντική αρχή είναι η αρχή της αμοιβαιότητας, η οποία συνεπάγεται ότι η κοινωνία πρέπει να στηρίζει τα άτομα που

¹⁴ Who Team: Health Ethics & Governance, WHO, 2016. *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*

αντιμετωπίζουν δυσανάλογο βάρος ή κίνδυνο για την προστασία του δημόσιου συμφέροντος.

Τέλος, υπάρχουν κάποιες γενικές προϋποθέσεις για την εφαρμογή αυτών των αρχών. Τέτοιες είναι η συνέπεια, η ανάπτυξη μηχανισμών επίλυσης διαφορών σχετικά με την κατανομή των πόρων της δημόσιας υγείας, η καταπολέμηση της διαφθοράς, και η αποφυγή ύπαρξης σύγκρουσης συμφερόντων εκ των ιατρών που επιμελούνται της διαλογής των ασθενών.

Ένα άλλο ενδιαφέρον κείμενο διεθνούς οργανισμού είναι η «Δήλωση σχετικά με το COVID-19: ηθικές εκτιμήσεις από μια παγκόσμια προοπτική»¹⁵ της Διεθνούς Επιτροπής Βιοηθικής της UNESCO και της Παγκόσμιας Επιτροπής της UNESCO για τη Δεοντολογία της Επιστημονικής Γνώσης και Τεχνολογίας. Το συγκεκριμένο κείμενο αναφέρεται περισσότερο σε γενικές κατευθυντήριες γραμμές που θα πρέπει να ακολουθήσουν τα κράτη εν μέσω πανδημίας του COVID-19. Σημαντικά για την πρακτική του triage είναι τα : η έμφαση στην αποφυγή διακρίσεων ατόμων από ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, καθώς και η ηθική δικαιολόγηση της κατανομής των πόρων υγείας η οποία πρέπει να βασίζεται στην αρχή της δικαιοσύνης, της ευεργεσίας και της ισότητας. Στην περίπτωση της επιλογής ασθενών όταν υπάρχει έλλειψη πόρων, η κλινική ανάγκη και η αποτελεσματική θεραπεία πρέπει να έχουν προτεραιότητα. Οι διαδικασίες πρέπει να είναι διαφανείς και να σέβονται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Οι ηθικές αρχές που κατοχυρώνονται στο πλαίσιο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αναγνωρίζουν την προστασία της υγείας ως δικαίωμα κάθε ανθρώπου. Το άρθρο 14 της Οικουμενικής Διακήρυξης της UNESCO για τη Βιοηθική και

τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (2005) αναφέρει ότι "το υψηλότερο εφικτό επίπεδο υγείας" αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου, το οποίο στο παρόν πλαίσιο σημαίνει πρόσβαση στην υψηλότερη δυνατή υγειονομική περίθαλψη.

Αξίζει να παρατηρηθεί πως τα διεθνή κείμενα δεν μπαίνουν σε τεχνικές λεπτομέρειες ούτε προτείνουν ξεκάθαρα ένα μοντέλο πρακτικής του triage. Αντίθετα, αφήνουν μεγάλη ελευθερία στα κράτη ώστε αυτά να πράξουν ανάλογα, ακολουθώντας τις βασικές αρχές τις οποίες αναφέρουν.

2. Οδηγίες, προτάσεις και νομολογία σε κάθε χώρα

α) Οδηγίες και προτάσεις από επιτροπές βιοηθικής

i) Μεξικό: η ύπαρξη οδηγιών από την εθνική επιτροπή βιοηθικής σε ομοσπονδιακό επίπεδο

Το Μεξικό είναι η μόνη χώρα από αυτές που ερευνήθηκαν στην παρούσα εργασία η οποία αν και ομοσπονδιακό κράτος διαθέτει οδηγό σε εθνικό επίπεδο, ο οποίος είναι έργο της Επιτροπής βιοηθικής του Μεξικού.¹⁶ Ο συγκεκριμένος οδηγός δημιουργήθηκε εν όψει της πανδημίας του COVID-19 για να καθοδηγήσει τους επαγγελματίες υγείας στην πρακτική του triage.

Ο συγκεκριμένος οδηγός έχει άλλη μια ιδιαιτερότητα, αφού πρόκειται για τον μοναδικό οδηγό ο οποίος αναλύει τα βιοηθικά ζητήματα τα οποία προκύπτουν από την πρακτική του triage. Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο κεφάλαιο του οδηγού αναφέρεται στον βιοηθικό τρόπο σκέψης που δικαιολογεί έναν συγκεκριμένο τρόπο κατανομής (trriage) των σπάνιων πόρων

¹⁵ International Bioethics Committee UNESCO, 2020. *Statement on COVID-19: ethical considerations from a global perspective*. [ebook] UNESCO.

¹⁶ Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica.

της εντατικής θεραπείας. Το δεύτερο κεφάλαιο περιγράφει τη διαδικασία που πρέπει να ακολουθείται για το triage.

Σύμφωνα με το πρώτο κεφάλαιο αυτού του οδηγού, πολλές φορές το triage θεωρείται ως επιλογή του ποιος θα πεθάνει ενώ στην πραγματικότητα αυτό δεν ισχύει: πρόκειται για επιλογή του ποιος θα ζήσει, και παρότι ο θάνατος ή η βλάβη του άλλου ασθενή είναι γνωστή και προβλεπόμενη, δεν πρόκειται για τον σκοπό του triage.

Η καθημερινή ιατρική πρακτική διέπεται από δυο αρχές δικαιοσύνης που καταλήγουν σε διαφορετικά κριτήρια, και χρησιμοποιούνται ως βάση για να γίνει το triage. Πρόκειται για την αρχή της προτεραιότητας και την αρχή της ιατρικής αναγκαιότητας. Η αρχή της προτεραιότητας προστάζει να λαμβάνεται υπόψιν η ημερομηνία και η ώρα που ένας ασθενής (ή ο θεράπων ιατρός) ζητά τη χρήση ενός σπάνιου πόρου, η οποία συγκρίνεται με την ημερομηνία και την ώρα που ένας άλλος ασθενής (ή ο θεράπων ιατρός) ζητά τον ίδιο πόρο και επιλέγεται ο ασθενής που ζήτησε πρώτος τον πόρο. Η συγκεκριμένη αρχή μπορεί να δικαιολογηθεί από βιοηθικής άποψης ως προς την αποτελεσματικότητα, τη διαφάνεια, την ουδετερότητα σε σχέση με τις προσωπικές και κοινωνικές ιδιότητες των ασθενών και τη δίκαιη μεταχείριση των ασθενών. Η αρχή της ιατρικής αναγκαιότητας υποστηρίζει ότι ο ασθενής του οποίου η υγεία είναι περισσότερο επιβαρυνμένη και για τον οποίο η θεραπεία δεν θα ήταν μάταιη, είναι εκείνος που πρέπει να λάβει τους σπάνιους πόρους. Οι δυο αυτές αρχές μπορούν να χρησιμοποιηθούν συνδυαστικά.

Στην καθημερινή ιατρική πρακτική ο στόχος είναι η πρόληψη, η θεραπεία ή της ασθένειας ενός συγκεκριμένου ασθενούς ενώ στην δημόσια υγεία ο στόχος είναι να καταστεί η υγεία του πληθυσμού όσο το δυνατόν καλύτερη σύμφωνα με το ποσό των διαθέσιμων πόρων. Σε περίπτωση όμως έκτακτης ανάγκης δημόσιας υγείας, η καθημερινή ιατρική πρακτική εντάσσεται στην πρακτική της δημόσιας υγείας. Κατά συνέπεια, επικρατεί η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης σύμφωνα με την οποία όλοι οι άνθρωποι έχουν την ίδια αξία άρα η κατανομή των σπάνιων πόρων κατά τη διάρκεια μιας έκτακτης ανάγκης δημόσιας υγείας θα πρέπει να

προσανατολίζεται στη διάσωση του μεγαλύτερου αριθμού ζώων.

Το δεύτερο κεφάλαιο του οδηγού παρέχει τις τεχνικές οδηγίες σχετικά με την πρακτική του triage. Πιο συγκεκριμένα, κάθε υγειονομική μονάδα που παρέχει κρίσιμη περίθαλψη θα πρέπει να δημιουργήσει ομάδες διαλογής (triage), οι οποίες θα πρέπει να περιλαμβάνουν δύο υπεύθυνους διαλογής (εντατικολόγους ή ιατρούς επειγόντων περιστατικών), Και οι δυο υπεύθυνοι διαλογής θα πρέπει να έχουν εκτεταμένη εμπειρία στη φροντίδα ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση. Το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης που φροντίζει άμεσα τους ασθενείς, δεν πρέπει να λαμβάνει αποφάσεις ταξινόμησης. Προβλέπεται συνεχής επαναξιολόγηση της κατανομής των ασθενών, της οποίας η διαδικασία αναφέρεται διεξοδικά στον οδηγό.

Προβλέπεται επίσης ένα σύστημα προσφυγής και επίλυσης διαφορών σε σχέση με την απόφαση ταξινόμησης ενός ασθενή ως συνέπεια της πρακτικής του triage. Τα ακόλουθα πρόσωπα μπορούν να ασκήσουν έφεση κατά της απόφασης ταξινόμησης: ο ασθενής, τα μέλη της οικογένειας ή ο θεράπων ιατρός.

Η προσφυγή κατά της αρχικής απόφασης κατανομής πόρων θα πρέπει να επιλυθεί αμέσως. Υπάρχουν δύο τύποι προσφυγών: οι επιτρεπόμενες και οι μη επιτρεπόμενες. Οι επιτρεπόμενες προσφυγές είναι εκείνες που ζητούν τη διόρθωση μιας απόφασης ταξινόμησης επειδή έχει γίνει λάθος στον υπολογισμό της βαθμολογίας ιεράρχησης. Οι μη επιτρεπόμενες προσφυγές είναι εκείνες που αμφισβητούν την καταλληλότητα του συστήματος ιεράρχησης. Η ομάδα διαλογής θα πρέπει να συμμετέχει σε όλες τις διαδικασίες προσφυγής. Η διαδικασία μετά την προσφυγή προβλέπεται αναλυτικά στον οδηγό.

Σε περίπτωση triage, δεν πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν χαρακτηριστικά τα οποία οδηγούν σε διακρίσεις όπως η πολιτική τοποθέτηση, θρησκεία, κοινωνική θέση, εθνικότητα ή μεταναστευτικό καθεστώς, φύλο, φυλή, σεξουαλικές προτιμήσεις, αναπηρία, ύπαρξη ασφάλισης υγείας και η ύπαρξη οικονομικών πόρων για την κάλυψη των εξόδων νοσηλείας. Προβλέπεται προτεραιότητα νοσηλείας για τους γιατρούς που καταπολεμούν τον COVID-19.

Παρατηρείται ότι το Μεξικό έχει ένα πολύ διεξοδικό πλαίσιο σχετικά με το triage, το οποίο όμως δεν είναι νομικά δεσμευτικό.

- ii) Καναδάς και ΗΠΑ: η ύπαρξη οδηγιών σε εθνικό επίπεδο, και πρωτοκόλλων σε ομοσπονδιακό επίπεδο

Σε δυο άλλα ομοσπονδιακά κράτη, όπως είναι ο Καναδάς και οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, υπάρχουν οδηγίες σε εθνικό επίπεδο, αλλά και πρωτόκολλα σε ομοσπονδιακό επίπεδο.

Στον Καναδά, υπάρχει ένας οδηγός του καναδικού ιατρικού συλλόγου και ένας οδηγός σχετικά με το πως να παίρνει ένας γιατρός αποφάσεις σε περίπτωση πανδημίας. Ο δεύτερος οδηγός προβλέπει το ηθικό πλαίσιο των αποφάσεων του triage και είναι χωρισμένος στα παρακάτω βήματα:

- Βήμα 1: Προσδιορισμός του ζητήματος και συγκέντρωση των σχετικών στοιχείων για να κατανοηθεί με σαφήνεια το πρόβλημα
- Βήμα 2: Προσδιορισμός και ανάλυση των ηθικών προβληματισμών και ιεράρχηση των αξιών και αρχών που θα τηρηθούν.
- Βήμα 3: Προσδιορισμός και αξιολόγηση των επιλογών υπό το πρίσμα των αξιών και αρχών
- Βήμα 4: Επιλογή της βέλτιστης πορείας δράσης και εφαρμογή
- Βήμα 5: Αξιολόγηση

Το ηθικό πλαίσιο που συνέταξε ο Καναδικός Ιατρικός Σύλλογος (CMA) βασίζεται στην αρχή της "διάσωσης περισσότερων ζωών". Στην πράξη, αυτό σημαίνει ότι δίνεται προτεραιότητα στους ασθενείς που είναι έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής. Σύμφωνα με αυτές τις κατευθυντήριες γραμμές, θα ήταν "δικαιολογημένο" να αφαιρεθεί ένας ηλικιωμένος, ασθενέστερος ασθενής από τον αναπνευστήρα, αν χρειαστεί για να σωθεί ένα νεότερο άτομο.

Το πλαίσιο συνιστά επίσης ότι οι κρίσιμες ιατρικές παρεμβάσεις πρέπει να πηγαίνουν πρώτα στους φροντιστές πρώτης γραμμής και σε άλλους βασικούς εργαζόμενους, η εκπαίδευση των οποίων καθιστά δύσκολη την αντικατάστασή τους.

Κάποιες πολιτείες έχουν πρωτόκολλο για το πως θα πρέπει να διεξάγεται το triage. Πρόκειται για παράδειγμα για το Οντάριο και το Κεμπέκ. Το πρωτόκολλο του Οντάριο λειτουργεί με την ιεράρχηση των ασθενών που χρειάζονται κρίσιμη φροντίδα κατά σειρά από τον χαμηλότερο προς τον υψηλότερο βραχυπρόθεσμο κίνδυνο θνησιμότητας. Το πρωτόκολλο αυτό είναι σχεδόν το μόνο που αρνείται να επιλέξει μεταξύ ασθενών με ίση κλινική κατάσταση, καταφεύγοντας σε τυχαία κλήρωση.

Το πρωτόκολλο του Κεμπέκ δίνει προτεραιότητα στους ασθενείς με μεγάλο προσδόκιμο ζωής καθώς και στους ασθενείς που εργάζονται στην υγειονομική περίθαλψη ή στις κοινωνικές υπηρεσίες. Αξίζει εδώ να αναρωτηθούμε εάν αυτές οι προτιμήσεις δεν αποτελούν την βάση για συστημικές διακρίσεις. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το άρθρο των Cal DeWolfe, Jocelyn Downie,¹⁷ οι πληθυσμοί των Αφροαμερικανών Καναδών, των ιθαγενών και των φυλακισμένων, καθώς και τα άτομα με αναπηρία, ζουν κατά μέσο όρο μικρότερη διάρκεια ζωής από τους Καυκάσιους Καναδούς, πράγμα που σημαίνει πως αυτοί οι πληθυσμοί βρίσκονται σε άμεσο μειονέκτημα και άρα δεν θα λάβουν θεραπεία. Το ίδιο άρθρο προτάσσει πως ενώ η προτίμηση αποσκοπεί στην προφύλαξη των επαγγελματιών υγείας από τον ιό COVID-19 καθώς εκείνοι έρχονται πιο συχνά σε επαφή με κρούσματα, παρατηρείται πως η κατηγορία των επαγγελματιών υγείας περιλαμβάνει αυθαίρετα ορισμένους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που δεν διατρέχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο COVID (για παράδειγμα,

¹⁷ DeWolfe, C. and Downie, J., 2022. *It's time for Canada to follow Ontario's critical care triage protocol*. [online] Policy Options.

οπτικούς και θεραπευτές μασάζ) και αποκλείει βασικούς μη υγειονομικούς εργαζόμενους που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο COVID.

Σε ο,τι αφορά τις Ηνωμένες Πολιτείες, το πλαίσιο σχετικά με την πρακτική του triage περιορίζεται στην ύπαρξη οδηγιών σε επίπεδο πολιτειών. Τέτοιες πολιτείες είναι η Αλαμπάμα, το Κάνσας, η Λουιζιάνα, η Νέα Υόρκη και η Ουάσιγκτον.

Η Αλαμπάμα, για παράδειγμα, εξέδωσε ένα πρωτόκολλο έκτακτης ανάγκης που αναφέρει ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης δεν πρέπει να προσφέρουν μηχανική υποστήριξη με αναπνευστήρα σε ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από κάποιο νοητικό ή νευρολογικό πρόβλημα. Στην Νέα Υόρκη, το πρωτόκολλο κλινικής κατανομής αναπνευστήρων προτρέπει τους γιατρού να λαμβάνουν υπόψιν τους τις υποκείμενες νόσους των ασθενών σε περίπτωση διαλογής. Το Τμήμα Υγείας και Περιβάλλοντος του Κάνσας (KDHE) δημιούργησε μια κατευθυντήρια γραμμή κατανομής παιδιατρικών αναπνευστήρων σύμφωνα με την οποία ο ασθενής που ήδη πάσχει από κακοήθη νόσο δεν θα εισάγεται σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Εν τω μεταξύ, ο κατάλογος κριτηρίων αποκλεισμού της Λουιζιάνα αποκλείει την εισαγωγή σε νοσοκομείο ασθενών με "γνωστή σοβαρή άνοια". Οι κατευθυντήριες γραμμές διαλογής της Πολιτείας της Ουάσιγκτον αναφέρουν ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να εξετάζουν τη "βασική λειτουργική κατάσταση" των ασθενών, η οποία περιλαμβάνει τη νόσηση και τη φυσική τους ικανότητα.

Ο γνώμονας αυτών των οδηγιών είναι να σωθούν ζωές με περισσότερη «κοινωνική αξία». Για αυτά τα συστήματα λοιπόν, κάποιες ζωές αξίζουν περισσότερο από άλλες.

- iii) Ισπανία και Ιταλία: η ύπαρξη οδηγιών και προτάσεων σε εθνικό επίπεδο μετά την αύξηση των κρουσμάτων του COVID-19

Αρκετά ενδιαφέρουσα είναι και η περίπτωση της Ισπανίας. Μέχρι την πανδημία του COVID-19, η Ισπανία δεν είχε κάποιο συγκεκριμένο πλαίσιο οδηγιών σε περίπτωση triage. Καθώς η Ισπανία ήταν από τις πρώτες χώρες οι οποίες βίωσαν μεγάλο αριθμό κρουσμάτων, το μέχρι

πρότινος νομικό κενό καλύφθηκε από την ατομική πρωτοβουλία των νοσοκομείων, τα οποία αναγκάστηκαν να δημιουργήσουν δικά τους πρωτόκολλα triage. Τον Μάρτιο του 2020, η Επιτροπή Βιοηθικής της Ισπανίας δημοσίευσε γενικές οδηγίες σχετικά με τα κριτήρια που πρέπει να ακολουθούνται σε περίπτωση triage. Πρόκειται για ιδιαίτερες εκτενείς οδηγίες οι οποίες δεν έχουν τόσο τεχνικό χαρακτήρα όσο κοινωνικό. Μεταξύ άλλων, αναφέρεται πως οποιοδήποτε κριτήριο ή πρωτόκολλο που υιοθετείται για την πρακτική του triage δεν μπορεί ποτέ να εφαρμοστεί μηχανικά, καθώς κάθε άνθρωπος δικαιούται προσωπική εκτίμηση.

Σε περίπτωση triage, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να ξεκινήσει αναλύοντας πως θα φρόντιζε έναν ασθενή εάν δεν υπήρχε έλλειψη πόρων. Μόνο αν η ανταπόκρισή του ή της σε ένα κανονικό σενάριο θα περιλάμβανε τη χρήση κάποιου πόρου του συστήματος υγείας θα έχει πραγματικό νόημα να εξεταστούν οι επιλογές ταξινόμησης. Σημαντική είναι και η άρνηση της επιτροπής να δώσει προτεραιότητα στους ασθενείς με κορονοϊό. Ένα ακόμα από τα μέτρα είναι να ζητείται η γνώμη της Επιτροπής Δεοντολογίας της Υγείας, και μάλιστα ενθαρρύνεται η δημιουργία μόνιμων επιτροπών στα νοσοκομεία.

Μέσα από αυτές τις προτάσεις, η επιτροπή αποκλείει κάποια κριτήρια στα οποία μπορεί να βασίζόταν η επιλογή των ασθενών. Πρόκειται για το κριτήριο της κοινωνικής χρησιμότητας η οποία δεν αντιστοιχεί στις βιοηθικές αρχές που πρέπει να διέπουν τη λήψη αποφάσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης καθώς και για το κριτήριο κατανομής που βασίζεται σε απλή χρονική προτεραιότητα. Άλλο ένα κριτήριο είναι το κριτήριο της αναπηρίας, το οποίο δεν μπορεί ποτέ από μόνο του να αποτελέσει λόγο για να δοθεί προτεραιότητα στη φροντίδα των ατόμων χωρίς αναπηρία.

Έναν μήνα μετά, το Υπουργείο Υγείας δημοσίευσε έκθεση σχετικά με τις ηθικές πτυχές σε καταστάσεις πανδημίας SARS-CoV-2,¹⁸ στην οποία αναφέρει τα γενικώς εφαρμόσιμα κριτήρια για την πρακτική του triage. Τέτοια είναι η αρχή του μέγιστου οφέλους για την ανάκτηση της ανθρώπινης ζωής, η αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς ανάλογα με την σοβαρότητα της νόσου, οι αντικειμενικές προσδοκίες ανάκαμψης, του ασθενούς και η χρονική σειρά εισόδου στο κέντρο υγείας. Το τελευταίο κριτήριο δεν μπορεί ποτέ να υπερισχύει των προηγούμενων.

Η χρήση των κριτηρίων αυτών όμως είναι θεμιτή μόνο όταν έχουν εξαντληθεί όλες οι υπάρχουσες δυνατότητες. Σε ό,τι αφορά την ευθύνη των ιατρών στα πλαίσια της πρακτικής του triage, η ιατρική ομάδα που είναι υπεύθυνη για τον ασθενή είναι υπεύθυνη για τις συνέπειες της απόφασής της. Συνιστάται για τους επαγγελματίες υγείας να ζητούν καθοδήγηση από την επιτροπή δεοντολογίας της υγειονομικής περίθαλψης του νοσοκομείου ή από άλλους πιο έμπειρους και ώριμους γιατρούς, ακόμη και με τη μορφή μιας ad hoc επιτροπής.

Σημαντική είναι και η περίπτωση της Ιταλίας, καθώς όπως και η Ισπανία, ήταν από τις πρώτες χώρες με μεγάλο αριθμό κρουσμάτων. Εν αναμονή της επιδείνωσης της πανδημίας, στις 6 Μαρτίου 2020 η Ιταλική Εταιρεία Αναισθησίας, Αναλγησίας, Αναζωογόνησης και Εντατικής Θεραπείας (SIAARTI) εξέδωσε συστάσεις κλινικής δεοντολογίας για την κατανομή των θεραπειών εντατικής θεραπείας, σε εξαιρετικές περιπτώσεις περιορισμένων πόρων. Σύμφωνα με αυτές τις συστάσεις,

προκειμένου να μεγιστοποιηθεί το όφελος για τον μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων, συνιστάται να δίνεται προτεραιότητα στους ασθενείς με τις περισσότερες πιθανότητες επιβίωσης και δευτερευόντως σε εκείνους που μπορούν να έχουν τα περισσότερα χρόνια ζωής που σώζονται. Τα καθοδηγητικά κριτήρια προτεραιότητας ήταν η ηλικία, οι συννοσηρότητες και η λειτουργική κατάσταση.

Στις 9 Ιουλίου 2020, το Ιταλικό Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας (ISS) κάλεσε τους προέδρους της SIAARTI και της Ιταλικής Εταιρείας Νομικής και Ασφαλιστικής Ιατρικής (SIMLA) να προετοιμάσουν ένα σχέδιο εγγράφου που θα καθορίζει τα κριτήρια διαλογής για την εντατική φροντίδα σε περίπτωση πανδημίας έκτακτης ανάγκης, τα οποία θα εφαρμοστούν σε περίπτωση πλήρους κορεσμού των διαθέσιμων πόρων.

Μετά από δημόσια διαβούλευση, η τελική έκδοση του εγγράφου δημοσιεύθηκε στην ιστοσελίδα του Εθνικού Κέντρου Κλινικής Αριστείας, Ποιότητας και Ασφάλειας της Φροντίδας ISS (CNEC) στις 13 Ιανουαρίου 2021 στην ενότητα που είναι αφιερωμένη στις "βέλτιστες κλινικές πρακτικές". Σύμφωνα με τον ιταλικό νόμο 24/2017, οι επαγγελματίες δραστηριότητες στην Ιταλία αξιολογούνται νομικά με βάση τη συμμόρφωσή τους με τις κατευθυντήριες γραμμές που δημοσιεύονται στον ιστότοπο του ISS CNEC και, ελλείψει αυτών, με τις βέλτιστες κλινικές πρακτικές, όπως αυτές που προτείνονται στο παρόν έγγραφο. Πρόκειται για την πρώτη χώρα η οποία δίνει σαφή νομικά δεσμευτικό χαρακτήρα στις κατευθυντήριες γραμμές.

Σύμφωνα με το αίτημα του ISS, τόσο οι δεοντολογικές όσο και οι νομικές αρχές θα πρέπει να αποτελούν τη βάση του εγγράφου. Σε ό,τι αφορά τις νομικές αρχές, βασίζονται σε

¹⁸ Informe del Ministerio de Sanidad sobre Los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2. Romeo Casabona C (Coordinador). Ministerio de Sanidad, Consumo Y Bienestar social de España.

άρθρα του ιταλικού Συντάγματος, τα οποία προβλέπουν το δικαίωμα στην υγεία και την απαγόρευση των διακρίσεων, καθώς και την διασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.¹⁹

Σε ό,τι αφορά τις δεοντολογικές αρχές, αυτές μπορούν να εκφραστούν με την μορφή καθηκόντων. Τέτοια καθήκοντα είναι το καθήκον φροντίδας του ασθενούς, το καθήκον υπεύθυνης κατανομής των πόρων, το καθήκον σχεδιασμού της διαχείρισης προβλέψιμων ηθικών προκλήσεων κατά τη διάρκεια μιας έκτακτης ανάγκης δημόσιας υγείας, και το καθήκον προστασίας των υγειονομικών υπαλλήλων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τις παραπάνω κατευθυντήριες γραμμές, ακόμη και όταν υπάρχει εξαιρετική ανισορροπία μεταξύ της ανάγκης και της προσφοράς περίθαλψης, το πρωταρχικό και θεμελιώδες δικαίωμα στην υγεία πρέπει να διασφαλίζεται. Ως εκ τούτου, είναι αναγκαία η τήρηση των βασικών αρχών της ισότητας, της κοινωνικής αλληλεγγύης και του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Σε ό,τι αφορά τις τεχνικές λεπτομέρειες του triage, το κριτήριο διαλογής των ασθενών είναι ποιος ασθενής έχει τις περισσότερες πιθανότητες ανάρρωσης. Η ηλικία από μόνη της δεν μπορεί να θεωρηθεί ως κριτήριο ταξινόμησης των ασθενών. Τα προτεινόμενα κριτήρια διαλογής πρέπει να εξετάζονται υπό το πρίσμα κάθε κλινικής κατάστασης. Για να αξιολογηθεί ένας ασθενής σε περίπτωση triage ως εργαλεία αξιολόγησης προτείνονται ο δείκτης Charlson, η κλίμακα κλινικής αδυναμίας και σε περίπτωση COVID-19, το Coronavirus Clinical Characterisation Consortium mortality score. Φυσικά, πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν οι επιθυμίες του ασθενούς σχετικά με την φροντίδα του ώστε να αποφεύγεται η ταξινόμηση ατόμων που δεν επιθυμούν εντατική φροντίδα.

Τέλος, η διαδικασία διαλογής θα πρέπει να τεκμηριώνεται στον ιατρικό φάκελο. Ο ασθενής, οι τυχόν νόμιμοι εκπρόσωποι και τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να ενημερώνονται για το αποτέλεσμα της διαλογής και την εκτιμώμενη πιθανότητα ανάρρωσης σε περίπτωση εισαγωγής στη ΜΕΘ.

- iv) Ηνωμένο Βασίλειο: οδηγίες σε εθνικό πλαίσιο βασισμένες στις προτάσεις του Βρετανικού Ιατρικού Συλλόγου

Στο Ηνωμένο Βασίλειο η μόνη κεντρική καθοδήγηση σχετικά με το triage βρίσκεται στο "COVID-19 Rapid Guideline" που εκδόθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο Αριστείας για την Υγεία και τη Φροντίδα (NICE). Η συγκεκριμένη οδηγία συνιστά την ταξινόμηση της εισαγωγής στη ΜΕΘ με βάση την ευπάθεια του ασθενούς, αλλά παρέχει λίγες συγκεκριμένες οδηγίες σχετικά με τον τρόπο χορήγησης ή επαναχορήγησης των αναπνευστήρων όταν ένας ασθενής βρίσκεται στη ΜΕΘ. Έτσι, εάν υπάρχει έλλειψη αναπνευστήρων, οι αποφάσεις αυτές θα πρέπει να ληφθούν σε τοπικό ή περιφερειακό επίπεδο από τους γιατρούς, τα νοσοκομεία και τις κλινικές επιτροπές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) που είναι υπεύθυνες για τη διαχείριση και την προμήθεια υπηρεσιών υγείας.

Στην συνέχεια, η ίδια οδηγία προβλέπει ότι η «υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων» μπορεί να βρεθεί σε ένα σημείωμα καθοδήγησης που δημοσιεύθηκε από τον Βρετανικό Ιατρικό Σύλλογο (BMA) ο οποίος προτείνει οι αποφάσεις να βασίζονται στη σχετική «ικανότητα του ασθενούς να ωφεληθεί γρήγορα». Πιο συγκεκριμένα ο BMA αναφέρει ότι όταν οι συνέπειες της ηλικίας ή μιας προϋπάρχουσας αναπηρίας σημαίνουν ότι ο ασθενής έχει σημαντικά λιγότερες πιθανότητες να επιβιώσει, αυτοί καθίστανται σχετικοί παράγοντες.

Όσον αφορά την απόσυρση της θεραπείας, ο BMA υιοθετεί την ίδια προσέγγιση, πράγμα που σημαίνει ότι η θεραπεία ενός βελτιούμενου ασθενούς θα μπορούσε να σταματήσει σε περίπτωση που αυτός έχει χειρότερη πρόγνωση από κάποιον άλλον ασθενή με τις ίδιες ανάγκες.

¹⁹ Άρθρα 2, 3, 32 του Ιταλικού Συντάγματος

Η προσέγγιση του Ηνωμένου Βασιλείου έχει γίνει αντικείμενο πολλών κριτικών, καθώς οι οδηγίες δεν θεωρούνται αρκετά σαφείς.

ν) Γερμανία: η ύπαρξη νομολογίας για την ρύθμιση της πρακτικής του triage

Σημαντικό είναι να αναφερθεί και η περίπτωση της Γερμανίας, όπου τον πρώτο λόγο για την διαμόρφωση των κριτηρίων του triage τον έχει το Συνταγματικό Δικαστήριο.

Πρόκειται για την απόφαση BvR 1541/20, με ημερομηνία την 16η Δεκεμβρίου 2021, όπου οι καταγγέλλοντες ισχυρίζονταν ότι ο νομοθέτης παραβίασε την απαγόρευση της μειονεκτικής μεταχείρισης λόγω αναπηρίας που προβλέπεται στο άρθρο 1 του Συντάγματος 3 και στην σχετική σύμβαση του ΟΗΕ που έχει επικυρώσει η Γερμανία. Ο νομοθέτης δεν έλαβε κανένα μέτρο για να διασφαλίσει ότι τα άτομα με αναπηρία προστατεύονται αποτελεσματικά από διακρίσεις σε περίπτωση που προκύψουν καταστάσεις διαλογής κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Στην συγκεκριμένη περίπτωση οι δικαστές αποφάνθηκαν ότι ο νομοθέτης πρέπει να ορίζει νομικώς δεσμευτικά κριτήρια για την προστασία των ατόμων με αναπηρία και προϋπάρχουσες συνθήκες σε καταστάσεις διαλογής (triage) που σχετίζονται με την πανδημία, καθώς η απουσία αυτών των κριτηρίων αποτελεί παράβαση του άρθρου 3 του Γερμανικού Συντάγματος, και συγκεκριμένα της δεύτερης του πρότασης που προβλέπει πως «Κανένα άτομο δεν πρέπει να γίνεται αντικείμενο διακρίσεων λόγω αναπηρίας».

β) Η φύση των μη νομικώς δεσμευτικών κειμένων παραμένει άρτια?

Πρόκειται για ένα ίσως προφανές ερώτημα, που όμως αξίζει να ερευνηθεί. Ο προβληματισμός είναι απλός: τα μη νομικώς δεσμευτικά κείμενα λαμβάνονται όντως υπόψιν τους ως τέτοια, ή τείνουν να χρησιμοποιούνται ως νομικές βάσεις για να ληφθεί υπόψιν η ευθύνη των ιατρών?

Παρατηρείται ότι στην Ιταλία, το έγγραφο που περιέχει τις συστάσεις σχετικά με την διεξαγωγή της πρακτικής του triage έχει νομικές

συνέπειες, παρόλο που δεν πρόκειται για νόμο ή διοικητική κανονιστική πράξη. Σύμφωνα με το ιταλικό νομικό σύστημα, οι γιατροί που δεν συμμορφώνονται με τις κατευθυντήριες γραμμές που έχουν δημοσιευτεί στην επίσημη ιστοσελίδα του ISS CNEC διώκονται ποινικά. Πρόκειται λοιπόν για ένα αυστηρό νομικό πλαίσιο, το οποίο όμως υπάρχει υπό την μορφή μη νομικώς δεσμευτικού κειμένου. Στην περίπτωση της Ιταλίας λοιπόν, η φύση του μη νομικώς δεσμευτικού κειμένου αλλάζει και γίνεται δεσμευτική.

Η Ιταλία δεν είναι η μόνη χώρα στην οποία υπάρχει η τάση προς ένα νομικώς δεσμευτικό πλαίσιο. Η νομολογία της Γερμανίας δείχνει ακριβώς το ίδιο καθώς το Συνταγματικό Δικαστήριο καλεί τον νομοθέτη να ορίσει νομικώς δεσμευτικά κριτήρια, κλίνοντας έτσι προς ένα αυστηρό νομικό πλαίσιο. Η φύση λοιπόν του μη νομικώς δεσμευτικού κειμένου, εν προκειμένω της νομολογίας, αλλάζει, καθώς γίνεται έκκληση για την δημιουργία νομικώς δεσμευτικών κριτηρίων.

Παρατηρείται λοιπόν ότι στις περισσότερες χώρες όπου η ύπαρξη πλαισίου παραμένει πιο ρευστή, τα μη νομικώς δεσμευτικά κείμενα που το ορίζουν δέχονται σφοδρές κριτικές ή μεταμορφώνονται σε νομικώς δεσμευτικά κείμενα.

Γ) Η απουσία νομικού πλαισίου: το παράδειγμα της Κίνας

1. Τι ισχύει στην περίπτωση της Κίνας

Η Κίνα είναι μια ιδιαίζουσα περίπτωση, καθώς από το 1950 έως το 2014 αναφέρθηκαν συνολικά 19 είδη μεθόδων διαλογής στην Κίνα. Μια από αυτές είναι αυτή του υπουργείου Δημόσιας Υγείας, η οποία επιμένει περισσότερο στις τεχνικές λεπτομέρειες όπως το χρώμα του αυτοκόλλητου που πρέπει να έχει κάθε ασθενής ανάλογα με την κατηγορία του, με το κόκκινο να χαρακτηρίζει τους ασθενείς που πρέπει να φροντιστούν άμεσα και το μαύρο αυτούς που δεν έχουν καθόλου προτεραιότητα στο σύστημα διαλογής.

Μόλις 15 από αυτά τα είδη μεθόδων διαλογής έχουν αναφερθεί σε πρακτική εφαρμογή σε σεισμούς, πολέμους, κ.λπ. Αξίζει

να σημειωθεί εδώ πως μόνο η μέθοδος του Υπουργείου Δημόσιας Υγείας PT (1995), η "Μέθοδος των πέντε βημάτων και η DRABC έχουν αναφερθεί ότι εφαρμόστηκαν στην πράξη περισσότερες από 2 φορές.

Αξίζει να σημειωθεί πως στην Κίνα έχουν χρησιμοποιηθεί ποικιλία μεθόδων triage όπως είδαμε παραπάνω, ωστόσο, δεν υπάρχουν κανόνες ή κατευθυντήριες γραμμές που να προσφέρουν ομοιομορφία στο πλαίσιο και να λαμβάνονται υπόψιν στην εκτέλεση της πρακτικής διάσωσης. Στο κινέζικο πλαίσιο απουσιάζουν επίσης και τα ειδικά πρωτόκολλα για παιδιά κάτω των 8 ετών τα οποία διαθέτουν διαφορετικά παθολογικά χαρακτηριστικά από τους ενήλικες.

2. Το βιοηθικό ζήτημα που προκύπτει: «Playing God»

Όπως είναι φυσικό επόμενο, οι γιατροί σε αυτήν την περίπτωση φέρουν μόνοι τους το βάρος της απόφασης για το ποιος ασθενής θα επωφεληθεί από την θεραπεία και ποιος όχι. Ο γιατρός λοιπόν μετατρέπεται σε ένα είδος «Θεού» αφού αποφασίζει ποιος θα ζήσει και ποιος θα πεθάνει. Πρόκειται για το ηθικό ζήτημα επονομαζόμενο ως "Playing God", το οποίο αναφέρεται στις περιπτώσεις όπου ένας επαγγελματίας υγείας παίρνει ζωτικές αποφάσεις για τον ασθενή, όπως είναι η περίπτωση του triage.

Το ηθικό ζήτημα του playing god θέτει ακόμη ένα ζήτημα. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για το κατά πόσο η απουσία νομικού πλαισίου είναι μια σιωπηλή αποδοχή από το κράτος της δύναμης που θα διαθέτει ο επαγγελματίας υγείας πάνω στις ανθρώπινες ζωές, καθιστώντας έτσι την καθημερινή ιατρική πρακτική πιο σημαντική από την δημόσια υγεία.

Φυσικά δεν πρέπει κανείς να ξεχνά πως μια τόσο ισχυρή δύναμη συνυπάρχει με μια πολλή μεγάλη ευθύνη. Η απουσία νομικού πλαισίου καθιστά τα πράγματα ρευστά σχετικά με το κατά πόσο ο γιατρός φέρει ευθύνη για την έκβαση των ασθενών μετά το triage. Κατά συνέπεια, η απουσία του νομικού πλαισίου αφήνει ανοιχτό το ερώτημα της ευθύνης και ανοίγει τον δρόμο για την ύπαρξη αντιφάσκουσας νομολογίας.

II. Κατακλείδα

Σκόπιμο είναι να αναρωτηθεί κανείς ποιο είναι το βέλτιστο πλαίσιο για την ρύθμιση της πρακτικής του triage. Το triage είναι μια πολύ δύσκολη διαδικασία και αποτελεί μεγάλη πηγή ευθύνης για τον επαγγελματία υγείας ο οποίος την διεξάγει.

Η πιο απλή φαινομενικά λύση για να μειωθεί η ευθύνη του επαγγελματία υγείας κατά την διεξαγωγή του triage θα ήταν να υπάρχει ένα αυστηρό νομικά δεσμευτικό πλαίσιο το οποίο να προβλέπει τα κριτήρια με τα οποία πρέπει να γίνεται το triage, τις κατηγορίες ταξινόμησης των ασθενών, την ακριβή διαδικασία σε περίπτωση απόφασης διαλογής ασθενών καθώς και την ευθύνη που εμπίπτει σε κάθε επαγγελματία υγείας. Κατά αυτόν τον τρόπο, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να ακολουθήσει τα κριτήρια τα οποία του επιβάλλονται, υπό την απειλή ποινής σε περίπτωση που ενεργήσει διαφορετικά.

Το συγκεκριμένο μοντέλο όμως ενέχει κινδύνους, με τον πιο προφανή από όλους να είναι η εκτεταμένη κρατική παρέμβαση στην άσκηση των ιατρικών επαγγελμάτων. Η παρεμβατική αυτή στάση του κράτους θα ήταν αντίθετη με την συνειδησιακή και επιστημονική ανεξαρτησία των ιατρών, η οποία όμως είναι θεμελιώδες δικαίωμά τους. Η παραβίαση του δικαιώματος της ανεξαρτησίας των γιατρών δεν είναι όμως ο μόνος κίνδυνος που προκύπτει. Η λεπτομερής πρόβλεψη κριτηρίων και κατηγοριών ταξινόμησης μετατρέπει τον επαγγελματία υγείας σε ένα άβουλο ον το οποίο λειτουργεί με βάση τις εντολές τις οποίες του έχουν δώσει. Πρόκειται ουσιαστικά για την μετατροπή των ιατρών σε μηχανές που λειτουργούν με αλγόριθμους προκειμένου να κάνουν την διαλογή των ασθενών. Άλλωστε, η δημιουργία αλγορίθμων για την διεξαγωγή του triage και η αντικατάσταση των ιατρών από αυτούς είναι κάτι που έχει ήδη προταθεί σαν εναλλακτικό σενάριο.

Είναι σκόπιμο να αναρωτηθεί κανείς για το κατά ποσό η διαλογή των ασθενών θα πρέπει να γίνει μια αυτοματοποιημένη διαδικασία είτε μέσω αυστηρών και λεπτομερών δεσμευτικών πλαισίων είτε μέσω αλγορίθμων με απώτερο

σκοπό να μειωθεί η ευθύνη των επαγγελματιών υγείας.

Φυσικά, και η απουσία νομικού πλαισίου ενέχει κινδύνους, ίσως ακόμα πιο εμφανείς. Η απουσία νομικού πλαισίου αφήνει ελεύθερους τους ιατρούς να διαλέξουν πως θα ταξινομήσουν τους ασθενείς σε περίπτωση triage, δίνοντας τους την δυνατότητα να αφαιρέσουν ή να σώσουν ζωές αυθαίρετα. Μεγάλο είναι και το νομικό ζήτημα που τίθεται, καθώς είναι δύσκολο να εξετασθεί κατά πόσο ο ιατρός φέρει ευθύνη για τον τρόπο που επέλεξε να ταξινομήσει τους ασθενείς. Οι πράξεις του θα πρέπει να συγκριθούν με τις πράξεις του μέσου γιατρού, κάτι που όμως είναι δύσκολο να εκτιμηθεί από τους δικαστές ειδικά λαμβάνοντας υπόψιν πως είναι ελάχιστες οι φορές όπου ιατρός καταθέτει ενάντια σε συνάδελφο του για κακή λήψη αποφάσεων ή ενεργειών.

Κατά συνέπεια, θα μπορούσε κανείς να προτείνει την ύπαρξη μη νομικώς δεσμευτικού πλαισίου ως την βέλτιστη λύση για την ρύθμιση της πρακτικής του triage. Όπως όμως φάνηκε παραπάνω, η ύπαρξη οδηγιών τείνει να χάνει τον μη δεσμευτικό της χαρακτήρα.

Ποια θα ήταν λοιπόν η καλύτερη δυνατή προσέγγιση για την ρύθμιση της πρακτικής του triage; Η συγγραφέας της συγκεκριμένης εργασίας προτείνει ένα κράμα των παραπάνω συστημάτων.

Πιο συγκεκριμένα, η ύπαρξη νομικά δεσμευτικών κριτηρίων θα πρέπει να περιοριστεί στην διαφύλαξη βασικών δικαιωμάτων, όπως είναι η πρόσβαση στην υγεία και η απαγόρευση των διακρίσεων, ώστε να αποφευχθεί η πρακτική αξιολόγησης βασισμένη στο κριτήριο της ηλικίας ή της κοινωνικής προέλευσης, ή ακόμα και στο κριτήριο του ποιος ασθενής ζήτησε πρώτος την θεραπεία καθώς αυτό είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το που μένει ο ασθενής αυτός ή με το ποσά μέσα έχει για να φτάσει στην μονάδα υγείας. Η νομοθεσία θα πρέπει επίσης να προβλέπει την ύπαρξη του triage ως μιας νόμιμης πρακτικής στην οποία οι επαγγελματίες υγείας έχουν δικαίωμα να καταφύγουν.

Έπειτα, για να διασφαλιστεί η ομοιογένεια των πρακτικών του triage στις νοσοκομειακές μονάδες μιας χώρας, θα πρέπει να προσαρμοστεί ο τρόπος εκπαίδευσης των ιατρών. Οι μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να

λαμβάνουν μαθήματα και σεμινάρια triage, κατά το παράδειγμα της Αργεντινής και της Κολομβίας, στα οποία θα διδάσκονται τις πιθανές μεθόδους triage, τα αποτελέσματά τους καθώς και τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους. Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας θα έχουν τις ίδιες βάσεις σχετικά με την πρακτική του triage, πράγμα που σημαίνει ότι οι εκ διαμέτρου αντίθετες πρακτικές διαλογής δεν θα λαμβάνουν χώρα.

Ακόμα, η ύπαρξη οδηγιών για τις βέλτιστες πρακτικές σε σχέση με την διαλογή των ασθενών θα μπορούσε να αποβεί χρήσιμη σε ότι αφορά την ενημέρωση των ιατρών σχετικά με νέα πρωτόκολλα triage, καθώς και με την εκπαίδευσή τους, η οποία θα πρέπει να γίνεται καθ'όλη την διάρκεια άσκησης του επαγγέλματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βιβλιογραφία που αναφέρεται στις υποσημειώσεις:

1. Myriam Webster, definition of the word “triage” <https://www.merriam-webster.com/dictionary/triage> .
2. Ley XVII – N.ο 109 de Argentina, κεφάλαιο 2 άρθρο 8, <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/9956.html> .
3. Ministerio de salud y Protección social de Colombia, Resolución 5596 de 2015, άρθρο 5 έως 9, https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%205596%20de%202015.pdf .
4. C. Manaouil, Réflexions sur le tri des patients en période de crise sanitaire, D. actu. 30 avr. 2020.) <https://www.dalloz-actualite.fr/dossier/reflexions-sur-tri-des-patients-en-periode-de-crise-sanitaire#.YtEnNy81uqA> .
5. CCNE, Contribution sur les enjeux éthiques face à une pandémie, 13 mars 2020 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/200330-ccne-avis_reforcement_des_mesures_de_protection_en_ehpad_et_usld.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000d5163e650dd

- b374056839d4e2c527b42b49c2a2d227f05c8d40a0568097360e9086ab8361514300072513b2d68282e112feb07077d369e7509ac48b61ec3bf0c5d094e9561e51cb23aafa4aa753f14f0d1c7d18854443e50 .
6. CCNE, 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, 16 nov. 2020. https://www.sfm.org/upload/30_vieprofessionnelle/4_outils_pro/6_alertessanitaire/ccne - saisine triage.pdf .
 7. Knetsch J, Lassalle M. La responsabilité des professionnels de santé face au tri des patients : dilemme éthique ou question juridique ?, Dalloz, D. 2022. 286 <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-03575054> .
 8. CE 15 avr. 2020, n° 439910 <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000041807017> .
 9. Διακήρυξη του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (WMA) της Σεούλ για την επαγγελματική αυτονομία και την κλινική ανεξαρτησία, άρθρο 2 <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-seoul-on-professional-autonomy-and-clinical-independence/> .
 10. Who Team : Health Ethics & Governance, *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*, WHO, 2016. <https://www.who.int/publications/item/9789241549837> .
 11. International Bioethics Committee UNESCO, 2020. *Statement on COVID-19: ethical considerations from a global perspective*. UNESCO, <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115> .
 12. Comisión nacional de Bioética de México, Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica, available at <https://www3.ugto.mx/accionesug/image/s/pdf/guia-bioetica.pdf> .
 13. DeWolfe, C. and Downie, J., 2022. *It's time for Canada to follow Ontario's critical care triage protocol*. [online] Policy Options. Available at: <https://policyoptions.irpp.org/fr/magazine/s/aout-2020/its-time-for-canada-to-follow-ontarios-critical-care-triage-protocol/> .
 14. Ministerio de Sanidad, Consumo Y Bienestar social de España. Informe del Ministerio de Sanidad sobre Los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2. Romeo Casabona C (Coordinador), Available: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia .
 15. Άρθρα 2, 3, 32 του Ιταλικού Συντάγματος, <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione> .
- Γενική βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση της εργασίας:
- Bundesverfassungsgericht.de. 2022. *Bundesverfassungsgericht - Press - The legislator must take effective measures ensuring that persons with disabilities are protected in triage situations caused by the pandemic*. [online] Available at: <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/EN/2021/bvg21-109.html> .
 - Camarasjc.sp.gov.br. 2022. *Lei define criterios para triagem de atendimento na republica de saludde Noticias*. [online] Available at: <https://www.camarasjc.sp.gov.br/noticias/6221/lei-define-criterios-para-triagem-de-atendimento-na-rede-publica-de-saude> .
 - Chen, J. H., Yang, J., Yang, Y., & Zheng, J. C. (2015). Mass Casualty Incident Primary Triage Methods in China. *Chinese medical journal*, 128(19), 2664–2671. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.166030> .
 - Cloisters - Barristers Chambers. 2022. *Triaging Coronavirus treatment* –

- (2) *the legal basis and discrimination - Cloisters - Barristers Chambers*. [online] Available at: <https://www.cloisters.com/triaging-coronavirus-treatment-2-the-legal-basis-and-discrimination/>.
- Decisão N° 033/1994 COREN <https://www.coren-df.gov.br/site/decisao-coren-df-no-0331994/>.
 - DeWolfe, C. and Downie, J., 2022. *It's time for Canada to follow Ontario's critical care triage protocol*. [online] Policy Options. Available at: <https://policyoptions.irpp.org/fr/magazines/aout-2020/its-time-for-canada-to-follow-ontarios-critical-care-triage-protocol/>.
 - Herreros B, Gella P, Real de Asua D 2020. *Triage during the COVID-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments* Journal of Medical Ethics; 46:455-458. Available at: <https://jme.bmj.com/content/46/7/455.citation-tools>.
 - Hinshawlaw.com. 2022. *Picking and Choosing COVID-19 Patients: Health Care Providers Face Ethical and Legal Dilemmas When Following State Triage Guidelines*. [online] Available at: <https://www.hinshawlaw.com/newsroom/updates-ethical-and-legal-challenges-when-following-state-triage-guidelines.html>.
 - Legem 9.636/17 de São José dos Campos, Brasil.
 - Liddell K, Skopek JM, Palmer S, Who gets the ventilator? Important legal rights in a pandemic *Journal of Medical Ethics* 2020; 46:421-426., available at: <https://jme.bmj.com/content/46/7/421.citation-tools>.
 - Ministerio de salud de la Republica Dominicana Resolución No.000022 del 10/08/2016 que ordena la aplicación de triaje hospitalario en todos los establecimientos de prestación de atención en Salud, available at: <https://repositorio.msp.gov.do/handle/123456789/1004>.
 - Ministerio de salud y Protección social de Colombia, Resolución 5596 de 2015 Available at: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%205596%20de%202015.pdf.
 - Portaria N° 2048, de 5 de novembro de 2002, Ministério da Saúde, available at: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html.
 - Resolução cofen N° 423/2012, Brasil, Available at: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html.
 - Riccioni, L., Ingravallo, F., Grasselli, G. *et al*. The Italian document: decisions for intensive care when there is an imbalance between care needs and resources during the COVID-19 pandemic. *Ann. Intensive Care* 11, 100 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13613-021-00888-4>.
 - Welle, D., 2022. *COVID: Germany must protect disabled people in triage cases, court rules* | DW | 28.12.2021. [online] DW.COM. Available at: <https://www.dw.com/en/covid-germany-must-protect-disabled-people-in-triage-cases-court-rules/a-60271619>.