

Podstawowe kompetencje szpitalnych komisji etycznych

W SKRÓCIE

W Wielkiej Brytanii powstaje coraz więcej szpitalnych komisji etycznych (CEC – *clinical ethics committees*). Inaczej niż w USA [gdzie takie komisje stanowią stały element systemu opieki zdrowotnej – przyp. tłum.] w większości przypadków powołuje się je w odpowiedzi na lokalne zapotrzebowanie. Ich struktury nie są ustalone ogólnie, nie sprecyzowano też wymagań dotyczących wykształcenia ich członków ani nie określono jasno ich kompetencji. Odpowiedzialna za kwestie etyki w medycynie UKCEN (UK Clinical Ethics Network) przeprowadziła ostatnio wiele konsultacji, by po raz pierwszy w historii Wielkiej Brytanii ustalić podstawowe kompetencje podmiotów orzekających w dziedzinie etyki medycznej. Opracowano też rekomendacje dotyczące wykształcenia osób aspirujących do zasiadania w szpitalnych komisjach etycznych i zasad członkostwa. Zaproponowane standardy, całkowicie zgodne z podstawowymi zasadami etyki medycznej, należy teraz sprawdzić w praktyce.

Wstęp

Coraz więcej osób zdaje sobie sprawę z rosnącego zapotrzebowania na praktyczne i jednocześnie głęboko przemyślane porady z zakresu etyki oraz na pomoc przy rozwiązywaniu problemów o tym charakterze, których dostarcza współczesna praktyka kliniczna.^{1,2} Takiego wsparcia mogą udzielać samodzielni konsultanci, grupy ekspertów lub wyspecjalizowane instytucje. W Wielkiej Brytanii najczęściej zajmują się tym szpitalne komisje etyczne tworzone głównie w odpowiedzi na lokalne potrzeby; podobnie jest w większości krajów europejskich.^{3,4} Liczba brytyjskich komisji zwiększyła się z 20 w 2000 r. do 75 w 2007 r. Ich działanie wspiera UKCEN, umożliwiając im gromadzenie i przechowywanie wydawanych przez nie orzeczeń.⁵ Komisje etyczne udzielają wsparcia, pełnią funkcję edukacyjną i prowadzą konsultacje; ich działania mają więc charakter raczej doradczy niż orzecznicy czy quasi-sądowiczy.⁶ W sferze ich zainteresowania leży bardziej dbałość o przestrzeganie zasad etyki niż o ich zgodność z przepisami prawa.⁷ W USA natomiast działania komisji etycznych regulują rekomendacje sądu, decyzje rządowych ciał doradczych bądź też ich istnienie jest niezbędnym warunkiem uzyskania przez szpital akredytacji.^{8,9}

W przeciwieństwie do komisji etycznych opiniujących badania kliniczne (REC – *research ethics committees*) [w Polsce są to komisje bioetyczne – przyp. red.] szpitalne komisje etyczne w Wielkiej Brytanii nie podlegają regulaminom działania stworzonym przez władze centralne, a ich członkowie nie muszą spełniać określonych wymogów formalnych, jeśli chodzi o wykształcenie czy umiejętności.¹⁰ Nie dziwi więc, że osoby podające krytykę funkcjonowanie tych komisji kwestionują ich wartość jako grup eksperckich oraz ich założenia i cele działania. Kwestionuje się też ewentualne poszerzenie zakresu ich kompetencji.¹¹ Rodzą się zwłaszcza obawy, że brytyjskie komisje, wzorem podobnych instytucji z USA, mogą przywiązywać zbyt małą wagę do kwestii formalnoprawnych.¹²

Szczegółowa odpowiedź na tę krytykę przekracza ramy tej pracy i nie jest jej celem, toczy się bowiem powszechna debata nad tym, czy idea komisji etycznych jest jedynym i jednocześnie najlepszym modelem udzielania pomocy w kwestiach etycznych w codziennej praktyce klinicznej. W artykule omówiono obecną sytuację w Wielkiej Brytanii, wskazując na rosnącą liczbę komisji etycznych i na potrzebę określenia ich kompetencji, by mogły jak najlepiej spełniać swoje funkcje.

Victor Larcher,¹

Anne-Marie Slowther,²

Alan R Watson³

¹ Great Ormond Street Hospital, Londyn, Wielka Brytania

² University of Warwick, Coventry, Wielka Brytania

³ Nottingham University Hospitals, Nottingham, Wielka Brytania

Core competencies for clinical ethics committees

Clinical Medicine 2010;1(10):30-33

Tłum. lek. Paweł Lesiak

Dział koordynowany przez prof. dr. hab. med. Tomasza Pasierskiego



Patient-Oriented
Medicine

W 2004 r. wydano przewodnik opisujący strukturę, skład i zadania istniejących już i powstających szpitalnych komisji etycznych.¹³ Nie określono jednak, jakie kompetencje powinny mieć komisje, by spełniać swe funkcje. Rok później Royal College of Physicians wydał publikację „Etyka w praktyce lekarskiej” („Ethics in practice”),² w której wskazano, że rolą szpitalnych komisji etycznych jest udzielanie wsparcia w sprawach etyki, oraz zalecono określenie ich podstawowych kompetencji. Co więcej, osoby zasiadające w komisjach powinny wcześniej odebrać odpowiednią edukację i przejść szkolenia. W USA ukazała się wcześniej publikacja określająca podstawowe kompetencje komisji etycznych, nie jest jednak jasne, do jakiego stopnia zostały one przeniesione na grunt brytyjski, a w jakiej części je odrzucono.^{14,15}

Określanie podstawowych kompetencji instytucji zajmujących się poradnictwem etycznym w praktyce klinicznej

W związku z potrzebą ustalenia podstawowych kompetencji szpitalnych komisji etycznych UKCEN rozpoczęła cykl konsultacji z członkami istniejących komisji (>70). Ich podsumowanie i wyniki zostaną omówione poniżej. We wstępnej wersji dokumentu, którą przedstawiono członkom rady naukowej UKCEN, zawarto wiele rozwiązań amerykańskich, ale dostosowanych do realiów brytyjskich.¹⁴ Po wprowadzeniu poprawek dokument przedstawiono wszystkim komisjom należącym do UKCEN w celu ich przedyskutowania. Następnie wraz z propozycjami poprawek ze strony tychże komisji trafił on ponownie do komitetu naukowego UKCEN, gdzie po dalszej dyskusji wypracowano konsensus. Chociaż jako instrument polityki rozwojowej może być on kwestionowany, należy podkreślić, że możliwość wglądu w dokument i skomentowania go miało ponad 700 osób.¹⁶

W efekcie opisanych wyżej prac po raz pierwszy w Wielkiej Brytanii określono podstawowe kompetencje (umiejętności, wiedzę i cechy osobowości), jakie powinni mieć członkowie komisji etycznych oraz innych grup oferujących wsparcie i pomoc w dziedzinie etyki. Wskazano też możliwości ich nabywania i oceny. Ponieważ dokument zawiera wskazówki co do wprowadzania standardów postępowania w dziedzinie udzielania pomocy z zakresu etyki, na jego podstawie szpitalne komisje etyczne i inne grupy wsparcia mogą zdefiniować zakres kształcenia i szkoleń swych członków oraz wskazać zasady oceny działań komisji i przeprowadzania audytu. Celem artykułu jest zachęcenie do dyskusji, którą można by prowadzić w ramach odpowiednich struktur, a nie krępowanie jej nadmierną biurokracją i nierealistycznymi wymaganiami stawianymi osobom udzielającym etycznego wsparcia, z których większość jest wolontariuszami. Oczywiście jest jednak, iż ze względu na zwiększające się wymagania dotyczące poradnictwa z zakresu etyki medycznej osoby zajmujące się tą działalnością będą musiały udowodnić nie tylko to, że są kompetentne, ale też że spełniają standardy formalne i etyczne.¹¹

Kompetencje niezbędne do udzielania pomocy z zakresu etyki medycznej

Pomoc z zakresu etyki medycznej może obejmować rozpatrywanie konkretnych przypadków i dyskusję nad problemami etycz-

nymi, jakie one rodzą, edukację pracowników ochrony zdrowia na podstawie takich przypadków oraz poradnictwo w kwestiach etycznych. Problemy etyczne powinny być identyfikowane i analizowane według odpowiednich podstaw prawnych, żeby uniknąć zarzutów o brak kierowania się wymaganymi procedurami. Ponieważ pomocy może udzielać osoba, niewielkie grupy wsparcia lub komisje etyczne, ich podstawowe kompetencje winny odnosić się do grupy jako całości. Oczekiwanie, by każdy z członków komisji miał wszystkie wymagane kompetencje, jest nierealne. Jedną z mocnych stron grup wsparcia czy komisji etycznych, jeśli chodzi o udzielanie pomocy, jest to, że doświadczenie i wiedza specjalistyczna poszczególnych ich członków wzajemnie się dopełniają i łączą.

Poszczególne komisje etyczne będą pełniły różne funkcje bądź specjalizować się w określonych działaniach. Niezbędne kompetencje konieczne do wypełniania tych funkcji będą obejmować różne poziomy umiejętności i różne zakresy wiedzy, w zależności od konkretnych zadań komisji. Koncepcję podstawowego i zaawansowanego stopnia kompetencji przejęto z modelu funkcjonującego w USA.¹⁴ Podstawowy poziom wiedzy i kompetencji wymagany jest, aby móc doradzać i pomagać w rozwiązywaniu typowych i prostych problemów. Umiejętności i wiedza na poziomie zaawansowanym pozwalają członkom komisji doradzać i udzielać wsparcia w sytuacjach bardziej złożonych i poważniejszych, do których dochodzi rzadziej.

Zakładamy, że wszyscy członkowie komisji etycznych będą mieli wiedzę i umiejętności z zakresu podstawowego, a poziom zaawansowany osiągną osoby wypełniające szczególne zadania, np. prowadzące indywidualne konsultacje.

Umiejętności

Wśród umiejętności, które musi mieć członek komisji etycznej, można wymienić predyspozycję do dokonywania ocen etycznych oraz umiejętności operacyjne i interpersonalne (tab. 1). Dzięki nim komisjom etycznym, które przecież nie muszą wdrażać się w akademickie dyskusje, łatwiej rozwiązywać dylematy moralne wynikające z konkretnych przypadków. Biorąc pod uwagę wymóg kierowania się procedurami formalnymi, szczególnie ważne są umiejętności operacyjne i działanie według określonych zasad.

Wiedza

Wiedza, jaką muszą mieć członkowie komisji etycznych, dotyczy tak szerokiego zakresu (tab. 2), że nie jest możliwe, by dysponowała nią jedna osoba. W związku z tym rekrutację należy przeprowadzić w taki sposób, by w skład komisji weszły osoby ze specjalistyczną wiedzą z zakresu wąskich dziedzin, takich jak prawo medyczne, organizacja systemów opieki zdrowotnej czy nauki społeczne. Odpowiednią wiedzą medyczną dotyczącą specjalistycznej terminologii i procesów chorobowych muszą wspierać komisję klinicyści, którzy będą mogli udzielać szczegółowych wyjaśnień. W nadzwyczaj trudnych przypadkach szpitalna komisja etyczna może korzystać z ekspertyz zewnętrznych.



Tabela 1. Umiejętności, jakie powinni mieć członkowie komisji etycznych

1. Umiejętności w zakresie oceny sytuacji od strony etycznej:
 - zidentyfikowanie i omówienie natury konfliktu moralnego będącego przyczyną szukania pomocy
 - ujawnienie i zrozumienie przekonań oraz wartości moralnych wszystkich stron konfliktu, w tym:
 - analiza wątpliwości i konfliktów moralnych
 - wyjaśnienie wymiaru etycznego sprawy osobom biorącym w niej udział i innym
 - sformułowanie i uzasadnienie akceptowalnego moralnie rozwiązania
2. Umiejętności operacyjne i proceduralne:
 - prowadzenie konsultacji dotyczącej wybranego przypadku i posiedzenia komisji etycznej*
 - prowadzenie mediacji i negocjacji w celu rozwiązania konfliktu w warunkach stresu emocjonalnego*
3. Umiejętności interpersonalne:
 - w zakresie komunikacji:* aktywne słuchanie, klarowność wypowiedzi, komunikacja niewerbalna
 - w zakresie rzecznictwa ułatwiający przedstawianie poglądów osób, które mają z tym trudności*
 - zachowanie postawy nieoceniającej, wyczerpanie na nierówność sił

* Umiejętność zaawansowana wymagana od przewodniczących, wiceprzewodniczących i członków komisji zajmujących się konsultacjami w przypadkach nagłych bądź retrospektywnych.

Tabela 2. Wiedza, jaką powinni mieć członkowie komisji etycznych

1. Znajomość podstawowych pojęć z zakresu teorii i zasad etyki oraz umiejętność ich zastosowania i rozpatrywania spraw w kategoriach moralności (taką wiedzę powinna mieć co najmniej jedna osoba należąca do komisji, a także osoba prowadząca konsultacje w sprawie konkretnych przypadków)
2. Wiedza na temat pozycji komisji etycznej w strukturze szpitala i jej związku z systemem ochrony zdrowia
3. Wiedza z zakresu terminologii medycznej i procesów chorobowych*
4. Wiedza z zakresu nauk społecznych obejmująca rozumienie kontekstu kulturowego problemu dotyczącego pacjenta, członka personelu szpitala czy lokalnej społeczności*
5. Znajomość odpowiednich kodeksów etyki (lekarskiego, pielęgniarskiego)*
6. Wiedza z zakresu prawa, a w szczególności prawa medycznego, oraz znajomość regulacji dotyczących praw człowieka*
7. Znajomość założeń lokalnej i rządowej polityki zdrowotnej, np. wytycznych dotyczących finansowania leczenia*

* Umiejętność zaawansowana wymagana od przewodniczących, wiceprzewodniczących i członków komisji zajmujących się konsultacjami w przypadkach nagłych bądź retrospektywnych.

Cechy osobowości

Nabycie i pielęgnowanie odpowiednich cech osobowości powinno być obok podnoszenia kwalifikacji zawodowych dalekosiężnym celem każdego człowieka. Można je same w sobie uznać raczej za zalety, które są istotne w wielu innych dziedzinach życia, niż za cechy pomocne czy konieczne przy rozwiązywaniu problemów etycznych. Mogą one jednak umożliwić przyszłym członkom komisji etycznych zdobywanie, właściwe wykorzystywanie i ciągłe rozwijanie niezbędnych umiejętności i wiedzy. W związku z powyższym wymienione w tabeli 3 cechy odgrywają istotną rolę w prowadzeniu konsultacji etycznych.¹⁴

Ocena podstawowych kompetencji

Rozstrzygnięcie, czy dana osoba, członek komisji, kandydat na jej członka lub cała komisja mają niezbędne kompetencje w wymaganym zakresie, jest niezwykle trudne i wymaga wiele wyczucia. Najważniejszym podstawowym warunkiem jest to, by wymienione osoby bądź zespoły były zainteresowane osiąganiem tychże kompetencji i angażowały się w ich zdobywanie. Poszczególnych kompetencji nie można ocenić za pomocą jednej metody, dlatego

aby określić pełny zakres kompetencji posiadanych przez konkretną osobę, stosuje się ich wiele, jak w przypadku kompetencji zawodowych.¹⁷ Zaproponowany przez Millera model piramidy uczenia się umożliwia zastosowanie innych instrumentów oceny na każdym etapie procesu nauczania i ułatwia przeprowadzenie zintegrowanej oceny.¹⁸

Według stanowiska przyjętego w USA proces nabywania niezbędnych kompetencji i ich ocena staną się łatwiejsze, jeśli instytucje odpowiedzialne za programy nauczania etyki upewnią się, że kompetencje te zostały zdobyte, a założone cele osiągnięte.¹⁴ W Wielkiej Brytanii jednak wielu członków komisji etycznych to wolontariusze, którzy mogą nie mieć możliwości wzięcia udziału w formalnych programach edukacyjnych, w związku z czym przyjęcie systemu amerykańskiego wydaje się nierealne. Z drugiej strony, jeśli komisje etyczne mają odgrywać ważną rolę w systemie pomocy pacjentom, ich rodzinom oraz pracownikom opieki zdrowotnej, trzeba pilnie wykazać, że poziom ich kompetencji jest zadowalający. Aby zapewnić członkom komisji działającym w ramach publicznej opieki zdrowotnej (NHS) możliwość zdobycia wymaganych kompetencji, należy zacząć od opisanych poniżej kroków.

Tabela 3. Cechy osobowościowe i inne ważne przy prowadzeniu konsultacji etycznych

- Tolerancja, cierpliwość i współczucie
- Szczerość, bezstronność, samoświadomość, zdolność do refleksji
- Odwaga
- Rozwaga, pokora
- Prawość

Posiadanie ww. cech umożliwia:

- zachowanie odmiennego poglądu w trudnych sytuacjach,
- poznanie własnych ograniczeń i rozwój relacji opartych na zaufaniu i szacunku
- rozpoznanie braku równowagi sił między osobami
- wsłuchanie się w głosy osób słabszych i skrzywdzonych oraz przedstawianie odrębnych poglądów osobom mającym władzę, w tym występowanie w czyjejs obronie
- niewychodzenie poza swój poziom kompetencji, uświadomienie sobie konfliktu między własnymi poglądami moralnymi a rolą konsultanta
- wybieranie właściwych z punktu widzenia etyki rozwiązań w momencie, gdy łatwiej postąpić w inny sposób
- wyczerpanie na zmieniające się okoliczności, które mają konsekwencje etyczne

Tabela 4. Sposoby zdobywania wiedzy i umiejętności z zakresu etyki medycznej

- Samokształcenie poszczególnych członków komisji
- Zajęcia grupowe w obrębie danej komisji (np. sesje wyjazdowe, warsztaty treningowe, rezygnacja z typowego posiedzenia komisji na rzecz spotkania w celu dokształcania)
- Dni naukowe (*study days*) organizowane przez uniwersytety, instytuty itp. poświęcone konkretnym zagadnieniom
- Uczestnictwo w konferencjach z dziedziny etyki
- Krótkie, 2- lub 3-dniowe kursy
- Szkolenie modułowe, nierzadko prowadzące do uzyskania stopnia naukowego
- Studia w celu osiągnięcia stopnia naukowego umożliwiające zdobycie zaawansowanej wiedzy i umiejętności

1. W celu wstępnej oceny poziomu kompetencji obecnego bądź przyszłego członka komisji należy:
 - Poprosić go o wypełnienie szczegółowej ankiety obejmującej m.in.:
 - dane personalne i zawodowe,
 - informacje o publikacjach i wystąpieniach z danej dziedziny,
 - oświadczenie o gotowości do zdobywania potrzebnych kompetencji,
 - informacje na temat szkoleń z zakresu etyki medycznej bądź oświadczenie o chęci odbycia takiego przeszkolenia,
 - polecenie rozwiązania przykładowego problemu etycznego.
 - Zapoznać się z oceną postawy danej osoby wydaną przez dwie osoby.

- Przeprowadzić krótką rozmowę kwalifikacyjną (dotyczy to nowych członków).
2. Przejrzeć indywidualne lub grupowe portfolio zawierające wszelkiego rodzaju informacje na temat przebytych kursów, szkoleń itp., a także pełnionych w przeszłości funkcji w ramach komisji etycznych.

Warunkiem członkostwa w komisji powinien być regularny udział w różnego rodzaju szkoleniach i zaangażowanie w nie, poddawane ocenie raz w roku. Nowi członkowie powinni odbyć co najmniej jedno szkolenie dotyczące konsultacji z zakresu etyki w ciągu 2 lat od przyjęcia do komisji, a następnie przynajmniej raz na 3 lata.

Zdobywanie kompetencji

Kompetencje mogą być nabywane w trakcie rozwiązywania konkretnych problemów etycznych, jednak aby uzyskać te podstawowe, trzeba odebrać odpowiednią edukację i odbyć szkolenia. Podobnie jest w przypadku wymagań stawianych członkom komisji etycznych ds. badań klinicznych – muszą oni przejść podstawowe szkolenie z zakresu teorii etyki oraz analizy etycznej organizowane przez instytucje rządowe.

U osób mających udzielać porad i prowadzić konsultacje z zakresu etyki niezmiernie ważne są zarówno umiejętności operacyjne, jak i interpersonalne. Większość członków szpitalnych komisji etycznych może je nabyć w trakcie podstawowego szkolenia zawodowego bądź na różnego rodzaju kursach. Od osób mających pełnić określone funkcje, np. prowadzić konsultacje kliniczne, wymaga się bardziej zaawansowanych umiejętności, dlatego powinny one przejść specjalistyczne szkolenia z danej dziedziny. Przykładowe sposoby uzyskiwania wymaganych umiejętności i wiedzy przedstawiono w tabeli 4.

Określanie potrzeb edukacyjnych

Członkowie komisji, kierując się własnymi przemyśleniami lub wypełniając specjalną ankietę, mogą określić, jakie szkolenia czy kursy chcieliby odbyć. Model zakładający istnienie krajowej grupy konsultacyjnej podobnej do tej, która opracowuje program nauczania dla studentów prawa i etyki, również mógłby znaleźć zastosowanie w ustalaniu podstawowego programu dokształcania dla członków komisji etycznych.¹⁹ Powinno to pomóc w uświadomieniu władzom NHS, jak ważne jest finansowanie szkoleń i funkcjonowania tychże komisji.

Wnioski

W artykule określono podstawowe kompetencje niezbędne w procesie udzielania pomocy z zakresu etyki medycznej, przedstawiono też sposoby ich zdobywania, utrwalania i oceny. Jego celem nie jest przerwanie dyskusji nad tym, w jaki sposób i kto powinien udzielać takiej pomocy, ani też ograniczenie debaty na temat coraz większej liczby złożonych dylematów etycznych, które wynikają z praktyki klinicznej. Autorzy starali się natomiast stworzyć podstawy dla takiej debaty, w której opinie na tematy związane z etyką medyczną mogłyby być wyrażane z poszanowaniem litery prawa, a jednocześnie byłyby spójne z przyjętymi wcześniej wytycznymi.



Przedstawione powyżej propozycje można wprowadzić w życie, np. włączając je w zakres wymagań i obowiązków oraz standardowych procedur wszystkich szpitalnych komisji etycznych. Zaproponowane standardy są zgodne z podstawowymi zasadami etycznego postępowania i jeśli dysponowano by odpowiednimi środkami, można by je poddać ocenie. Nadszedł już czas, by ko-

misje etyczne wypracowały bardziej konkretne i jasne podstawy dla swej działalności.

Adres do korespondencji: Professor AR Watson, Children's Renal and Urology Unit, QMC Campus, Nottingham University Hospitals, Derby Road, Nottingham NG7 2UH, UK. E-mail: Judith.hayes@nuh.nhs.uk

© Copyright 2010 Royal College of Physicians i Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

Piśmiennictwo:

1. Royal College of Paediatrics and Child Health. Withholding and withdrawing life-sustaining treatment in children: a framework for practice. London: RCPCH, 2004.
2. Royal College of Physicians. Ethics in practice. Background and recommendations for enhanced support. London: RCP, 2005.
3. Slowther A, Buunch C, Woolnough B, Hope T. Clinical ethics support services in the UK: an investigation of current provision of ethics support to health professionals in the UK. *J Med Ethics* 2001;27(Suppl 1):2-8.
4. Van der Kloot Meijburg HH, ter Meulen RHJ. Developing standards for Institutional Ethics Committees: lessons from the Netherlands. *J Med Ethics* 2001;27(Suppl 1):i36-i40.
5. Slowther A, Johnston C, Goodall J, Hope T. Development of a national clinical ethics network. *BMJ* 2004;328:950-2.
6. Larcher VF. The role of clinical ethics committees in paediatric practice. *Arch Dis Child* 1999;81:104-6.
7. McLean SAM. Law and ethics: a new governance issue? *Clin Risk* 2005;11:111-4.
8. Re. Quinlan [1976] 355 A2d 647 (NJ 1976).
9. Joint Commission for Accreditation of Health Care Organisations. Comprehensive manual for hospitals. Chicago: JCAHO, 1996:95-7.
10. Campbell AV. Clinical governance – watchword or buzzword? *J Med Ethics* 2001;27(Suppl 1):854-6.
11. Williamson L, McLean S, Connell J. Clinical ethics committees in the United Kingdom: towards evaluation. *Med Law Int* 2007;8(3):221-8.
12. Wolf SM. Due process in ethics committee case review. *HEC Forum* 1992;4:83-96.
13. Slowther A, Johnston C, Goodall J, Hope T. A practical guide for clinical ethics support. Oxford: The Ethox Foundation, 2004. www.ethics-network.org.uk/reading/Guide/Guide.htm
14. Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ. Health care ethics consultation: nature, goals, and competencies. A position paper from the Society for Health and Human Values-Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. *Ann Intern Med* 2000;133(1):59-69.
15. Fox E, Myers S, Pearlman RA. Ethics consultation in United States hospitals. A national survey. *Am J Bioethics* 2007;17:13-25.
16. Schwartz LJ, Morrison J, Sullivan F. Rationing decisions: from diversity to consensus. *Health Care Analysis* 1999;7:195-205.
17. Schuwirth LWT, van der Vleuten CPM. Medical education: challenges for educationalists. *BMJ* 2006;333:544-6.
18. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990;65:S63-S67.
19. Consensus Group of Teachers of Medical Ethics and Law in UK Medical Schools. Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum. *J Med Ethics* 1998;24:188-92.



Komentarz:
dr n. med. Marek Czarkowski
Klinika Chorób Wewnętrznych
i Endokrynologii, WUM; Ośrodek
Bioetyki Naczelnej Rady
Lekarskiej, Warszawa

Szpitalne komisje etyczne (SKE), w artykule Larchera i wsp. nazywane *clinical ethics committees* (CEC), to grupy osób działające przy szpitalach i innych zakładach opieki zdrowotnej (np. hospicjach), które pracownikom tych instytucji oraz korzystającym z ich świadczeń pacjentom lub członkom ich rodzin udzielają pomocy w podejmowaniu trudnych decyzji etycznych, zwłaszcza w obliczu śmiertelnej lub ciężkiej choroby.¹ Jak zaznaczono w artykule, tego typu komisje istnieją głównie w USA. Kraj ten ma także najdłuższe i największe doświadczenie korzystania ze SKE oraz drugiej podobnej formy pomocy ukierunkowanej przede wszystkim na prowadzenie mediacji i doradztwa, czyli tzw. konsultacji etycznych.² W Wielkiej Brytanii SKE są powoływane od niedawna i w odróżnieniu od amerykańskich działają w warunkach pustki prawnej. W Polsce sytuacja jest podobna do brytyjskiej. Brakuje przepisów prawa

dotyczących SKE, choć dyskusja nad zasadnością ich powołania toczy się od kilku lat zarówno w środowisku lekarzy, etyków, jak i prawników.^{3,4,5} Obecnie w kraju istnieje zaledwie kilka SKE.⁶ Pierwsza z nich została powołana z inicjatywy prof. Ryszarda Grendy w 2006 r.⁷ Celem działania Komitetu Doradczego Etyki Klinicznej przy Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie jest „pomoc lekarzom, rodzicom i pacjentom w podejmowaniu trudnych decyzji klinicznych dotyczących kwalifikacji lub dyskwalifikacji z różnych metod terapii przedłużających życie, w przypadkach niespełniających powszechnie uznanych kryteriów kwalifikacji albo zaniechania lub wycofania się z uprzedzonego leczenia podtrzymującego życie, a w konsekwencji – pomoc co do wyboru opieki paliatywnej, a także kształcenie lekarzy w zakresie etyki klinicznej”.⁷ W porównaniu z propozycjami amerykańskimi czy brytyjskimi zwraca uwagę jednolity pod względem kwalifikacji zawodowych skład komisji, do której należy tylko pięciu lekarzy.⁷ Warto podkreślić, że ich członkowie aktywnie angażują się w problematykę etyki medycznej, o czym może świadczyć czynny udział w konferencjach tematycznych poświęconych różnym zagadnieniom bioetycznym.

Pierwsze pytanie, jakie nasuwa się w związku z artykułem Larchera i wsp., dotyczy kwestii, czy w Polsce ktokolwiek chce zakładać SKE. W obecnej sytuacji ich powołanie zależy przede wszystkim od stanowiska lekarzy i dyrektorów placówek medycznych. Nie znam żadnych badań, które mówiłyby o nastawieniu polskich lekarzy i innego personelu medycznego, a także pacjentów do pomysłu tworzenia SKE. Można podejrzewać, że ani lekarze, ani dyrektorzy placówek nie

są zainteresowani taką inicjatywą, przy czym sytuacja ta może mieć różne przyczyny. W przypadku lekarzy przepisy prawa ani Kodeks Etyki Lekarskiej nie pozwalają na działania medyczne, które są dopuszczalne w USA czy w Wielkiej Brytanii. W Polsce nie obowiązuje na przykład procedura „testamentu życia” ani procedura „do not resuscitate”, które upoważniają lekarzy do odstąpienia od ratowania życia pacjenta, jeśli wcześniej wyraził takie życzenie. Nie istnieje zatem podstawa do ujawniania się sporów moralnych towarzyszących tym zagadnieniom. Przeciwnie, polskie prawo nakazuje wręcz lekarzowi „udzielanie pomocy lekarskiej w *każdym przypadku*, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia (...)”.⁸ Jak w takiej sytuacji pogodzić jednoznacznie sformułowany zapis prawa z takimi pojęciami, jak terapia uporczywa lub terapia daremna? A przecież Kodeks Etyki Lekarskiej zwalnia lekarza z obowiązku „podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych” w stanach terminalnych.⁹ Czy w takim przypadku potrzebna byłaby decyzja SKE, skoro przedstawiony problem nie jest dylematem etycznym, lecz usterką prawną ustawodawcy, który nie dostosował zapisów prawa do bardziej nowoczesnego i zgodnego z kanonami etyki medycznej brzmienia Kodeksu Etyki Lekarskiej? Jaką moc miałyby opinia SKE w sytuacji, gdy nie jest ona prawnie usankcjonowaną instytucją? Z drugiej strony dyrektorzy placówek ochrony zdrowia w sytuacji ich dramatycznego niedofinansowania mogą nie chcieć przeznaczać środków finansowych na działalność dodatkowej komisji, nawet gdyby zasadność powoływania SKE była oczywista.

Potrzeba powoływania SKE może wiązać się także z innymi zagadnieniami, takimi jak racjonowanie leczenia czy alokacja środków finansowych. Polska jest krajem, w którym na opiekę zdrowotną przeznaczają się zbyt niskie kwoty, a problem jej niedofinansowania narasta z każdym rokiem. SKE mogą więc pełnić funkcję niezależnego monitora i doradcy w kwestii jawnego racjonowania zasobów opieki zdrowotnej na poziomie danej placówki leczniczej. Idea tworzenia publicznie jawnych kolejek pacjentów oczekujących na racjonowane procedury medyczne i potrzeba rozstrzygania tworzących się w takich sytuacjach sporów także może być zadaniem dla SKE.⁵ Oczywiście należy spodziewać się silnych oporów ze strony zwolenników racjonowania niejawnego.

Na obecnym etapie dyskusji warto podkreślić, że ideę powoływania SKE w Polsce należy wnikliwie przeanalizować pod kątem istniejących barier o charakterze formalnoprawnym. To zadanie spoczywa przede wszystkim na Biurze Rzecznika Praw

Pacjenta. Obecnie żadne przepisy nie wykluczają możliwości powoływania SKE w niektórych jednostkach opieki zdrowotnej, szczególnie tych, w których lekarze i dyrekcja są przekonani co do zasadności ich działania.

Innym zagadnieniem poruszonym w pracy Larchera i wsp. jest poziom wykształcenia i kwalifikacji, jakie powinni mieć członkowie SKE. Kryterium w rodzaju „wysoki autorytet moralny”, obowiązujące w przypadku powoływania członków polskich komisji bioetycznych opiniujących projekty eksperymentów medycznych, należy traktować jako zdecydowanie zbyt ogólnikowe.⁸ Jakość pracy SKE będzie zawsze uzależniona od poziomu niezależności tych instytucji względem podmiotu je powołującego oraz Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Opinie SKE mogą bowiem godzić w ekonomiczne zasady racjonowania świadczeń zdrowotnych, a tym samym stawiać te instytucje w sytuacji oczywistego konfliktu interesów. W związku z tym podmioty zakładające SKE powinny szczególnie wnikliwie rozważyć kwestię rzeczywistej niezależności członków komisji względem dyrekcji jednostki oraz NFZ. Larcher i wsp. zignorowali to zagrożenie (aczkolwiek wśród pożądanых cech osobowych członków SKE wymienili bezstronność), a brytyjscy autorzy przewodnika dla SKE wręcz akceptują obecność w komisji dyrektorów szpitali, a nawet przedstawicieli National Health Service, czyli brytyjskiego odpowiednika NFZ.¹⁰ Takie podejście grozi przekształceniem SKE w instytucje wymuszające na lekarzach i pacjentach postępowanie, które ubrane w pozory etycznej poprawności w rzeczywistości będzie służyło realizacji zasady ograniczania wydatków na opiekę zdrowotną kosztem pacjentów, zwłaszcza tych najbardziej narażonych na pokrzywdzenie i wykorzystanie.

Piśmiennictwo:

1. Galewicz W. Oświadczenie Polskiego Towarzystwa Bioetycznego w sprawie szpitalnych komisji etycznych. *Gazeta Lekarska* 2009;11:31.
2. Orr RD, Shelton W. A process and format for clinical ethics consultation. *J Clin Ethics*. 2009;20:79-89.
3. Machinek M. Konflikty etyczne u kresu życia w relacji lekarz-pacjent. Refleksja w kontekście projektu powołania szpitalnych komisji etycznych. *Diametros* 2009;22:64-75.
4. Czarkowski M. Zasadność powoływania szpitalnych komisji etycznych w Polsce. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 2010;1:47-50.
5. Safjan M. Jakiego prawa potrzebujemy? *Liberte*, <http://www.liberte.pl/component/content/article/108.html>
6. Kornas S. Czy w polskich szpitalach potrzebne są komitety etyczne? *Medycyna Praktyczna* 2009;2:145-148.
7. Komitet Doradczy Etyki Klinicznej przy Instytucie „Pomniku – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, <http://www.czd.pl/index.php?id=781>
8. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty. *DzU* 2008; nr 136, poz. 857 (z późniejszymi zmianami).
9. Kodeks Etyki Lekarskiej. *Naczelna Izba Lekarska*. 2004.
10. Slowther A, Johnston C, Goodall J, Hope T. A practical guide for clinical ethics support. Oxford. The Ethox Centre, 2004.