

Patrycja Zurzycka¹, Katarzyna Czyżowicz¹, Grażyna Puto², Iwona Repka¹

¹ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa,
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa,
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego

Działalność szpitalnych komisji etycznych – informacje udostępniane na stronach internetowych podmiotów leczniczych

Activities of hospital ethics committees – availability of information
on hospital websites

STRESZCZENIE

Szpitalne komisje etyczne (SKE) funkcjonują w systemach opieki zdrowotnej od wielu lat. Ich głównym zadaniem jest pomoc zarówno pacjentom i ich bliskim, jak i personelowi medycznemu w rozwiązywaniu problemów natury etycznej pojawiających się w związku z realizowaniem opieki medycznej.

Celem pracy była ocena zakresu informacji dotyczących funkcjonowania szpitalnych komisji etycznych w Polsce, udostępnianych na stronach internetowych szpitali. Analizie poddano strony internetowe szpitali akredytowanych oraz placówek ujętych w wykazie prowadzonym przez Ośrodek Bioetyki Naczelnej Izby Lekarskiej.

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że niemal połowa badanych placówek (50,7%) nie przedstawia składu osobowego powołanych komisji. Tylko w przypadku jednej komisji wskazano, że jej członkowie mają wykształcenie w zakresie bioetyki. Zadaniem większości SKE (72,5%) jest ochrona praw pacjenta, rozwiązywanie problemów natury etycznej (66,7%), nadzór nad przestrzeganiem przez personel medyczny zasad etyki zawodowej (46,4%).

Słowa kluczowe: szpitalne komisje etyczne, etyka kliniczna, konsultacje etyczne

SUMMARY

Hospital ethics committees (HECs) have functioned in healthcare systems for many years. Their main task is to help patients and their relatives as well as medical staff in

Address for correspondence / Adres do korespondencji: patrycja.zurzycka@uj.edu.pl

ORCID: Patrycja Zurzycka – 0000-0002-2048-3711; Katarzyna Czyżowicz – 0000-0003-0397-5623; Grażyna Puto – 0000-0002-0829-327X; Iwona Repka – 0000-0001-9464-4269

Brak źródeł finansowania / No sources of financing

solving ethical problems that arise in connection with the implementation of medical care.

The aim of the study was to find out what information on the functioning of hospital ethics committees in Poland is made available to interested persons on hospital websites. The websites of accredited hospitals and the establishments included in the list kept by the Center of Bioethics of the Supreme Medical Chamber were analyzed.

Almost half of the surveyed institutions (50,7%) do not disclose the composition of the appointed committees. Only one committee indicated that its members had education in the field of bioethics. The task of most HECs (72,5%) is to protect a patient's rights, solve ethical problems (66,7%), and to supervise the observance of professional ethics by medical personnel (46,4%).

Key words: hospital ethics committees, clinical ethics, ethics consultation

WSTĘP

Na całym świecie obserwuje się wzrastające zapotrzebowanie na doradztwo w rozwiązywaniu problemów etycznych i innych trudności pojawiających się w codziennej praktyce klinicznej (Rasoal, 2017; Chen, 2014; Grönlund 2017; Szewczyk, 2009). Szpitalne komisje etyczne (SKE, *Hospital Ethics Committees* – HEC) funkcjonują w systemach opieki zdrowotnej od kilkudziesięciu lat (Tapper, 2013; Czarkowski 2009, Czarkowski, 2017, Orzechowski 2020). Znaczący wzrost ich rozpowszechnienia zaobserwowano od lat 80. XX wieku (Hajibabae, 2016; Dörries, 2011; Szewczyk, 2009; Agich, 2009). Powstanie szpitalnych komisji etycznych związane było z etycznymi i prawnymi kontrowersjami, jakie pojawiły się na skutek możliwości wynikających z postępu medycyny (możliwości zastępowania niektórych funkcji organizmu aparaturą medyczną), a także zagadnieniami związanymi z definiowaniem śmierci mózgowej człowieka. Wraz z pojawieniem się nowych wariantów postępowania terapeutycznego powstawać zaczęły dylematy dotyczące wdrażania i kontynuowania tego typu terapii (Hajibabae, 2016; Annas, 2016; Aulisio, 2008). W większości krajów Europy Środkowej i Wschodniej szpitalne komisje etyczne powołane do realizowania konsultacji etycznych w warunkach klinicznych powstawać zaczęły po 1989 roku (Orzechowski, 2020). Prawdopodobnie pierwsza funkcjonują-

ca w Polsce SKE została powołana w 2006 roku w Instytucie Pomniku – Centrum Zdrowia Dziecka; nosiła ona nazwę Komitetu Doradczego Etyki Klinicznej (CZD, 2006). W 2009 roku Polskie Towarzystwo Bioetyczne (PTB) zainicjowało dyskusję o konieczności powoływania szpitalnych komisji etycznych (PTB, 2009). Jej efektem było wydanie oświadczenia PTB w sprawie szpitalnych komisji etycznych (*Oświadczenie PTB*, 2009).

Szpitalne komisje etyczne realizują swe zadania w trzech płaszczyznach. Pierwsza z nich dotyczy udzielania wsparcia i rady pacjentom, ich bliskim i personelowi medycznemu w sytuacji pojawienia się trudnych przypadków klinicznych (funkcja konsultacyjna) oraz identyfikacji i analizy powstających w praktyce klinicznej dylematów. Drugi z obszarów (funkcja regulacyjna) obejmuje tworzenie wytycznych, wskazówek i rekomendacji oraz identyfikowanie zagadnień etycznych, które wymagają uwzględnienia w programach nauczania. Trzeci z obszarów dotyczy działalności edukacyjnej (funkcja edukacyjna) rozumianej jako organizowanie i prowadzenie różnego rodzaju szkoleń z zakresu etyki klinicznej, mających na celu podniesienie kompetencji personelu opieki zdrowotnej, a także zwiększenie świadomości pacjentów w tym obszarze (Rasoal, 2017; Schuchte, 2018, *Oświadczenie PTB* 2009; Caminiti, 2011; Larchear, 2009).

W realizacji funkcji konsultacyjnej głównym zadaniem szpitalnych komisji etycznych

jest pomoc pacjentom i ich bliskim, zespołom opieki medycznej i innym osobom zaangażowanym w opiekę nad pacjentem w rozwiązywaniu problemów etycznych pojawiających się w czasie realizowania praktyki klinicznej (Hajibabae, 2016; Prince, 2017; Tarzian, 2015). Celem konsultacji prowadzonych przez szpitalne komisje etyczne jest identyfikacja i rozwiązywanie zarówno istniejących, jak i potencjalnych problemów etycznych związanych ze świadczoną opieką medyczną, poprawa jakości opieki nad pacjentem (Wocial, 2016), zapewnienie mu bezpieczeństwa i dobrego samopoczucia, a także rozwiązywanie konfliktów pomiędzy personelem opieki medycznej a pacjentami i ich bliskimi (Rasoal, 2017; Slowther, 2012). Wykazano, że dostarczane przez wykwalifikowane osoby (lub grupy osób) wsparcie etyczne ułatwia personelowi codzienną pracę i radzenie sobie z sytuacjami etycznie trudnymi, korzystnie wpływa na współpracę w zespole terapeutycznym oraz poprawia relacje pomiędzy osobami świadczącymi opiekę a pacjentami i ich bliskimi (Rasoal, 2017; Magelssen, 2018). Wsparcie to służy również podniesieniu świadomości personelu medycznego w zakresie etycznych aspektów pracy i wzbudzeniu refleksji na temat zagadnień etycznych, a także poprawie komunikacji pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego (Grönlund, 2016; Larcheal, 2009).

Prowadzenie konsultacji etycznych jest kilkietapowym procesem rozpoczynającym się od zdefiniowania występującego problemu etycznego, poprzez zebranie i analizę możliwie jak największej ilości informacji zarówno z obszaru zagadnień klinicznych, jak i unormowań prawnych oraz uwarunkowań jednostkowych, społecznych i kulturowych. Kolejnym krokiem jest podjęcie partnerskiego dialogu pomiędzy wszystkimi stronami zaangażowanymi w konflikt, którego celem jest osiągnięcie stanowiska podzielanego przez wszystkich zainteresowanych. Ostatnim etapem jest sformułowanie rekomendacji dotyczącej podjęcia zalecanych działań lub decyzji w omawianej sytuacji (Aulisio, 2000; Chen, 2014; Schuchte, 2018). Istotne jest również podjęcie

późniejszej oceny wskazanych zaleceń (Førde, 2014). Członkowie szpitalnych komisji etycznych (osoby biorące udział w konsultacji etycznej) powinni posiadać odpowiednie kompetencje i wykształcenie w zakresie doradzania w podejmowaniu decyzji etycznych (Rasoal, 2017; Tarzian, 2013; Rasmussen, 2016; Kuperberg, 2020; Agich, 2009; McLean, 2009; Simon, 2009). Sam fakt posiadania wykształcenia medycznego nie powinien być jedynym kryterium uprawniającym do członkostwa w szpitalnej komisji etycznej (Aulisio, 2000).

CEL PRACY

Celem pracy była ocena zakresu informacji dotyczących funkcjonowania szpitalnych komisji etycznych w Polsce udostępnianych na stronach internetowych szpitali.

MATERIAŁ I METODY

Badania prowadzone były metodą jakościowej analizy dokumentów. Analizie poddane zostały strony internetowe szpitali akredytowanych (227 placówek) oraz placówek ujętych w wykazie prowadzonym przez Ośrodek Bioetyki Naczelnej Izby Lekarskiej (baza szpitalnych komisji etycznych, stan na 31.01.2020, obejmująca 229 placówek). Po wykluczeniu powtarzających się rekordów, do szczegółowej analizy zakwalifikowano 69 ($N=69$) placówek, które wykazały w informacjach zawartych na swoich stronach internetowych, że posiadają komisję etyki.

WYNIKI

W poddanych analizie 69 placówkach do rozwiązywania problemów etycznych powołane zostały zespoły określane w różny sposób. Najczęściej nazywano je Zespołami do spraw Etyki (41), Zespołami Etycznymi (18) lub rzadziej – Komisjami do spraw Etyki (7). Pojedyncze placówki określały powołane przez siebie zespoły jako: Szpitalna Komisja Etyczna, Komisja Etyki szpitala, Szpitalny Zespół do spraw Etyki.

Skład szpitalnych komisji etycznych
 Wśród wszystkich placówek aż 35 (50,7%) nie przedstawiło żadnych informacji dotyczących składu osobowego powołanych komisji etycznych. W 12 przypadkach (17,4%) nie ujawniono personaliów, podano jedynie informację, że członkami zespołu są pracownicy szpitala. W 7 z tych placówek doprecyzowano, że w skład zespołu wchodzi przedstawiciele środowiska lekarskiego, pielęgniarstwa, inni przedstawiciele personelu medycznego (farmaceuta, psycholog) i niemedycego (radca prawny). W szpitalach, które nie ujawniały personaliów członków zespołu, nie podawano informacji na temat liczebności zespołu. W 22 (31,8%) spośród 69 analizowanych placówek podany był skład osobowy z uwzględnieniem personaliów członków zespołu etycznego, a w 13 spośród nich określona była także profesja danego członka zespołu (przynależność zawodowa). Jedynie w przypadku 1 placówki oprócz podania danych osobowych i profesji członków komisji umieszczono adnotację dotyczącą wykształcenia związanego z etyką – 2 członków tej komisji opisano jako bioetyków. Z 22 placówek (31,8%), które ujawniły skład osobowy komisji, 9 (13%) wskazało, że ich członkami są osoby, które jednocześnie pełnią rolę pełnomocnika do spraw praw pacjenta. Współpracę z pełnomocnikami do spraw praw pacjenta, jeśli nie wchodził on w skład komisji lub skład ten nie został podany, deklarowało 12 komisji (17,4%). Niewielka część placówek, bo 10 (14,5%), wskazała, że w ich skład wchodzi osoba duchowna, a 4 z tych placówek podały personalia duchownych. W skład 17 (24,6%) komisji wchodził psycholog. W placówkach, które ujawniły dane osób zasiadających w komisjach, liczebność zespołów wahała się od 3 do 13 osób.

Zgłaszanie wniosków do szpitalnych komisji etycznych

Spółród analizowanych placówek zdecydowana większość (64; 92,7%) sprecyzowała, w jaki sposób osoby zainteresowane kontaktem z zespołem do spraw etyki mogą zgłosić się ze swoim problemem, jedynie 5 (7,3%) placówek, któ-

re wykazały funkcjonowanie komisji etycznej, nie wskazało żadnej formy kontaktu umożliwiającej zgłoszenie problemu. Większość placówek umożliwia osobom zainteresowanym kontakt z komisją poprzez różne kanały. Formą najbardziej preferowaną przez świadczących jest kontakt drogą elektroniczną (52; 75,4%). Przesłanie zgłoszenia za pomocą poczty e-mail umożliwia 50 (72,5%) placówek (2 z nich dodatkowo dają możliwość wypełnienia elektronicznego formularza), a 2 (2,9%) komisje dopuszczają składanie wniosków elektronicznych jedynie poprzez wypełnienie i przesłanie formularza zamieszczonego na stronie internetowej placówki. Złożenie lub przesłanie w formie pisemnej z zachowaniem zasad poufności (zaklejona koperta) umożliwia 49 (71%) SKE. Część placówek dopuszcza osobiste złożenie wniosku i kontakt z przedstawicielami komisji (23; 33,3%). 7 (10,1%) komisji warunkuje taką możliwość koniecznością wcześniejszego umówienia spotkania telefonicznie, a w jednym przypadku wymagane jest wcześniejsze umówienie spotkania drogą elektroniczną (e-mail). Kontakt telefoniczny był możliwy w przypadku 16 (23,2%) komisji. Jedną placówką akceptowała przekazanie sprawy do dalszej oceny poprzez pozostawienie pisemnego wniosku w przygotowanych do tego celu skrzynkach znajdujących się w ogólnodostępnych miejscach szpitala. Również jedna placówka przewidywała możliwość złożenia wniosku do komisji ustnie poprzez jej członka, który zobowiązany był do sporządzenia informacji ze spotkania w formie pisemnej, natomiast jeszcze jedna placówka przewidywała możliwość składania wniosków do komisji osobiście za pośrednictwem pielęgniarek oddziałowych.

Część placówek poddawanych analizie (19; 27,5%) określiła, jakie informacje powinien zawierać wniosek. Były to dane personalne osoby zgłaszającej, dane kontaktowe (adres e-mail lub korespondencyjny, numer telefonu) oraz opis sytuacji problemowej. Niemal połowa placówek (34; 49,3%) udzieliła informacji, iż wnioski anonimowe nie będą rozpatrywane, a 23 (33,3%) zespoły wskazały, że w swych

pracach kierują się zasadami zachowania poufności. Jedna z placówek dopuszczała rozpatrywanie zgłoszeń anonimowych, zastrzegając, że w takim przypadku osoba zgłaszająca nie otrzyma odpowiedzi zwrotnej.

Większość placówek (54; 78,3%) zdecydowała się na umieszczenie informacji, komu ma służyć komisja i kto jest uprawniony do składania wniosków. W 52 przypadkach (75,4%) komisje podały, że udzielają pomocy pacjentom i ich bliskim oraz pracownikom (35 z tych komisji wymienia, komu ma za zadanie służyć, pomoc pracownikom stawiając na pierwszym miejscu). Dwie z komisji przedstawiły informację, że swoją pomoc oferują jedynie pacjentom. Jedynie 17 (24,6%) SKE podało szczegółową informację na temat tego, kto jest uprawniony do składania wniosku, 15 (21,7%) komisji podało informację, że są to pacjenci i personel, w dwóch przypadkach jako osoby uprawnione wymienieni zostali sami pacjenci. Ponadto odnotowano pojedyncze przypadki, w których za osoby uprawnione uznano także inne osoby zaangażowane w opiekę, np. wolontariuszy, kontrahentów, osoby zatrudnione w ramach umów cywilnoprawnych itp. Jedna z placówek za źródło informacji, na której podstawie komisja etyczna może wszcząć działania, uznała doniesienia prasowe i medialne oraz wyniki przeprowadzonych w szpitalu kontroli i audytów.

Jedynie 12 (17,4%) placówek zdecydowało się na podanie do wiadomości informacji dotyczących obowiązującego regulaminu lub zasad i trybu pracy komisji. W przypadku 8 placówek określono częstotliwość spotkań komisji (5 – raz na kwartał, 3 – co pół roku), 13 placówek wskazało czas rozpatrzenia wniosku – wynosił on do 30 dni (1 miesiąca). W 13 analizowanych przypadkach przewidziano możliwość procedowania i wydawania opinii w razie pojawienia się takiej potrzeby (tryb pilny). Jedna z komisji wskazała, że nie dopuszcza rozpatrywania spraw w trybie pilnym.

Zakres działania szpitalnych komisji etycznych

Informacje o działalności komisji. W zakresie informacji o działaniu szpitalnych komisji etycznych, 18 (26,1%) z 69 analizowanych placówek, udzieliło jedynie krótkiej informacji o tym, że w placówce działa jednostka zajmująca się problemami etycznymi. Pozostałe placówki przedstawiły różne szczegółowe informacje dotyczące obszarów stanowiących przedmiot prac SKE.

Kwestie związane z ochroną praw pacjenta. Większość placówek (50, 72,5%) odniosła się do kwestii ochrony praw pacjenta. Niemal połowa komisji (33, 47,8%) określiła, że ich celem jest ochrona praw pacjenta zgodnie z przyjętymi unormowaniami prawnymi (ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Współpracę z pełnomocnikami do spraw praw pacjentów zadeklarowało 12 (17,4%) komisji, w 9 (13%) przypadkach wspomniano, że pełnomocnicy są członkami komisji. W przypadku 3 (4,3%) placówek doprecyzowano, że szczególną uwagę należy skierować na ochronę praw pacjentów szczególnie narażonych na ich naruszenie (dzieci, osoby nieprzytomne, pacjenci w stanach terminalnych, pacjenci z chorobami psychicznymi). W 9 (13%) placówkach do komisji można kierować sprawy związane z naruszeniem tajemnicy zawodowej i poufności.

Przestrzeganie zasad etycznych w praktyce zawodowej. Zadaniem 32 (46,4%) komisji był nadzór nad przestrzeganiem przez pracowników zasad wynikających z kodeksów etyki zawodowej i kodeksów ustanowionych przez poszczególne placówki, a celem 9 (13%) promowanie postępowania zgodnego z zasadami etycznymi. Prace 9 (13%) komisji ukierunkowane były na kwestie związane z problemami etycznymi wynikającymi z relacji interpersonalnych. Komisje kolejnych 2 (2,9%) placówek deklarowały rozpatrywanie kwestii związanych z dyskryminowaniem pacjentów lub pracowników. Zadaniem 12 (17,4%) komisji, według podanych informacji, było rozwiązy-

wanie problemów związanych z podejrzeniem występowania zachowań o charakterze mobbingu wśród pracowników, a 3 (4,3%) deklarowało podejmowanie działań konsultacyjnych mających na celu przeciwdziałanie korupcji w placówce.

Wsparcie w rozwiązywaniu dylematów moralnych. Zamierzeniem 46 (66,7%) komisji była pomoc w rozwiązywaniu problemów natury etycznej pacjentów, ich bliskich i pracowników, 22 (31,9%) SKE określiło, że ich celem jest pomoc w przypadku zaistnienia konfliktów natury moralnej czy sytuacji etycznie wątpliwych. Udzielanie odpowiedzi na pytania dotyczące zagadnień etycznych, określenie sposobu rozwiązania sytuacji problemowych stanowiło przedmiot prac jedynie 8 (11,6%) SKE. Wspieranie w sytuacjach konfliktowych natury moralnej i etycznej pojawiających się w trakcie hospitalizacji pomiędzy pacjentami, ich bliskimi a personelem (a także wśród personelu) było zadaniem 41 (59,4%) komisji. Jedna z komisji udzieliła informacji, że podmiotem jej działania jest udzielanie pomocy w przypadku zaistnienia konfliktu pomiędzy wartościami lub przekonaniem religijnymi a zalecanym sposobem postępowania terapeutycznego oraz w sytuacjach niepokoju moralnego powstającego u personelu terapeutycznego w związku z podjętą decyzją dotyczącą opieki medycznej. Identyfikowanie i definiowanie problemów etycznych pojawiających się w placówce odnotowano w 12 (17,4%) badanych jednostkach, natomiast działalność edukacyjną w zakresie etyki – upowszechnianie wiedzy dotyczącej etycznego postępowania i prowadzenie szkoleń – w 18 (26,1%) komisji.

Wsparcie w rozwiązywaniu specyficznych dylematów moralnych pojawiających się w praktyce klinicznej. Według dostępnych informacji jedynie 20 (28,9%) SKE określiło, że ich zadaniem jest pomoc w podejmowaniu decyzji dotyczących kwalifikowania do różnych metod terapii i prowadzonego leczenia. Jedna z komisji zadeklarowała, że udziela pomocy w przypadkach niepewności co do tego, kto powinien

podejmować decyzje dotyczące postępowania terapeutycznego oraz w jaki sposób należy podejmować te decyzje w przypadku pacjentów niemogących ich podejmować samodzielnie. W 8 (11,6%) przypadkach komisje zajmowały się zagadnieniami związanymi z kontynuacją długotrwałej terapii o niskiej szansie powodzenia – w 5 przypadkach określono ją jako terapię uporczywą, a w 3 jako terapię daremną. Problemy wynikające z ciężkiej lub śmiertelnej choroby rozpatrywało 5 (7,2%) komisji, a 4 (5,8%) zajmowały się zagadnieniami związanymi z opieką w stanach terminalnych. W informacjach pochodzących z 18 (26,1%) placówek pojawiło się ogólne stwierdzenie, że komisje zajmują się zagadnieniami związanymi z końcem życia i prowadzeniem terapii podtrzymującej życie. W jednej z tych placówek doprecyzowano, iż chodzi o kwestie związane z odstąpieniem od reanimacji na życzenie pacjenta, odstąpieniem od podejmowania reanimacji będącej następstwem wielu wcześniejszych następujących po sobie w krótkim czasie, terapii daremnej, sedacji terminalnej. Problemy etyczne związane z zagadnieniami początku życia ludzkiego stanowiły przedmiot prac jedynie 5 (7,2%) komisji. W informacjach z jednej z nich sprecyzowano, że problemy te obejmują: wywieranie nacisku na przeprowadzenie cięć cesarskich ze wskazań innych niż medyczne, niegodne obchodzenie się personelu z obumarłym płodem, narażenie matki na dodatkowe cierpienie poprzez niewłaściwe zachowanie i brak taktu w wypowiedziach, problemy matek, które decydują się na oddanie dziecka do adopcji i pozostawiają je na oddziale. Pozostałe rozpatrywane przez komisje kwestie związane z praktyką kliniczną dotyczyły transplantologii (13, 18,8%) oraz transfuzji krwi (2, 2,9%). Spośród analizowanych SKE 4 (5,8%) wskazały, że do ich zadań należy między innymi definiowanie problemów etycznych i określenie sposobu ich rozwiązywania w zakresie badań klinicznych i eksperymentu medycznego. W placówkach tych – 2 szpitalach powiatowych, szpitalu wielospecjalistycznym i samodzielnym ZOZ – wymieniano poza tym inne, typowe dla SKE obszary pracy: zagad-

nienia początku i końca życia, transplantologii i praw pacjentów. Ponadto jedna z powyższych SKE zdefiniowała problemy etyczne, które mogą potencjalnie wystąpić w placówce i stanowić przedmiot prac komisji. Jednym z nich są terapie eksperymentalne mogące wywołać niepożądane, niesprecyzowane dokładnie skutki uboczne, niosące niepewność, cierpienie pacjentów i ich rodzin. Należy nadmienić, że zgodnie z obowiązującymi unormowaniami prawnymi zagadnienia te powinny być przedmiotem rozważań komisji bioetycznych, a nie podlegać ocenie prowadzonej przez SKE.

Inne zagadnienia pojawiające się jednostkowo. Po przeprowadzeniu analizy danych z wszystkich objętych badaniem placówek (69) zidentyfikowano szczegółowe zagadnienia, które stanowiły przedmiot działań pojedynczych komisji. Jednostkowo pojawiające się kwestie dotyczyły: powołania eksperta do rozwiązywania konfliktów występujących we wzajemnych relacjach personelu, udzielanie intelektualnej pomocy w podejmowaniu trudnych decyzji etycznych, udzielanie pomocy w szukaniu rozwiązań w trudnych sytuacjach życiowych, podejmowanie działań ponad własne możliwości lub kosztem własnego zdrowia (przemęczenie personelu, które stanowi ryzyko dla pacjenta), udzielania wsparcia w zakresie podejmowania decyzji opartych o klauzule sumienia, braku poszanowania intymności, niewłaściwego zachowania względem pacjentów, molestowania seksualnego. Jedna z komisji zajmowała się wydawaniem opinii dotyczących wypisania pacjenta z szpitala na mocy art. 29 ust 1 pkt 3 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. – pacjenta można wypisać ze szpitala, gdy w sposób rażąco narusza on porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób. Również jedna SKE zadeklarowała, że jej celem jest prowadzenie szkoleń z zakresu obowiązujących w opiece zdrowotnej przepi-

sów prawnych. Jedna z placówek zajmująca się opieką nad pacjentami chorymi psychicznie wskazała, że celem działania komisji etycznej jest pomoc rodzinom pacjentów w rozwiązywaniu problemów związanych z podejmowaniem decyzji o złożeniu wniosku o ubezwłasnowolnienie pacjenta. Ponadto działania komisji nakierowane były na udzielanie pomocy (zarówno lekarzom, jak i pacjentom i ich bliskim) w zakresie spraw związanych z umieszczeniem pacjenta bez jego zgody w placówce zajmującej się leczeniem zaburzeń psychicznych lub w domach pomocy społecznej.

Żadna z analizowanych placówek, w których funkcjonują szpitalne komisje etyczne, nie podała wymogów, jakie muszą spełniać jej członkowie, nie określono także zasad ich powoływania. Żadna z SKE nie przedstawiła również wyników prowadzonych spraw ani innych informacji (danych statystycznych) podsumowujących działalność.

DYSKUSJA

Duży wpływ na funkcjonowanie doradztwa etycznego i szpitalnych komisji etycznych w Polsce ma długoletnia praktyka paternalizmu w opiece medycznej (Orzechowski, 2020; Czarkowski, 2010a), brak unormowań prawnych i wzorców działania oraz reguł finansowania (Czarkowski, 2010a), a także brak dostępności wykwalifikowanych osób, które mogłyby w sposób kompetentny rozpatrywać sprawy skierowane do SKE (Czarkowski, 2010b). Personel medyczny postrzegany jest jako grupa profesjonalistów kompetentnych do podejmowania decyzji we wszystkich wymiarach zdrowia i choroby, w tym także aspektów etycznych. Wiedza pacjentów o istocie doradztwa etycznego i możliwości uzyskania pomocy od szpitalnej komisji etycznej wciąż jest niewielka. Pacjenci w niewystarczającym stopniu są informowani o możliwościach otrzymania wsparcia w rozwiązywaniu problemów etycznych pojawiających się w czasie opieki medycznej (Orzechowski, 2020; Aulisio, 2000; Czarkowski, 2010b).

Od zapoczątkowania w 2009 r. przez Polskie Towarzystwo Bioetyczne debaty na temat konieczności powoływania szpitalnych komisji etycznych nie rozpoczęły się żadne prace legislacyjne zmierzające do unormowania funkcjonowania tego typu organów w Polsce. Nadal nie istnieją powszechnie obowiązujące przepisy obligujące placówki szpitalne do oferowania pacjentom i ich bliskim oraz pracownikom doradztwa etycznego. Jedyne podstawy funkcjonowania szpitalnych komisji etycznych wynikają ze wskazówek zawartych w wymogach akredytacyjnych dla placówek opieki medycznej lub z unormowań wewnętrznych stworzonych w poszczególnych placówkach. Wymogi obligujące placówki opieki zdrowotnej do utworzenia SKE oraz do zapewniania informacji o możliwości skorzystania z doradztwa etycznego funkcjonującego w danej placówce zawarte są w standardach akredytacyjnych (obszar ZO8). Jednak pamiętać należy, że zalecenia te są kierowane do podmiotów podlegających akredytacji, która jest dobrowolna i nie obejmuje wszystkich funkcjonujących w Polsce placówek opieki zdrowotnej. Ponadto nawet wśród tych placówek, które poddawały się akredytacji, nie wszystkie spełniły w pełni jej wymogi – tylko część szpitali powołała w swych strukturach zespoły etyczne (Czarkowski, 2017; Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, 2009). Ponadto można zaobserwować znaczny deficyt badań związanych z funkcjonowaniem szpitalnych komisji w Polsce. Według informacji posiadanych przez autorów, jedyne badania dotyczące funkcjonowania szpitalnych komisji etycznych w Polsce zostały przeprowadzone w 2015 roku przez Czarkowskiego i współpracowników (Czarkowski, 2015). Wyniki badań, które uwzględniono w poniższej dyskusji, pochodzą z krajów, w których szpitalne komisje etyczne są elementem doradztwa w opiece medycznej od wielu lat, ich funkcjonowanie oparte jest na ugruntowanych procedurach, podstawach prawnych i zdobytym doświadczeniu.

Wyniki badań własnych dotyczących składów komisji wykazały, że niemal połowa z nich (35, 50,7%) nie wskazała składu osobowego

i profesji członków. Wśród placówek, które ujawniły skład komisji, najczęściej członkami byli przedstawiciele zawodów medycznych (lekarze, pielęgniarki) oraz psychologowie. Zbliżone wyniki uzyskano w badaniach Czarkowskiego i wsp. (2015), w których wykazano, że w skład komisji bioetycznych poza lekarzami wchodziły pielęgniarki (86% komisji) i psychologowie (28% komisji), według zaś badań Prince i wsp. (2017) pielęgniarki były członkami aż 98% SKE. W przeprowadzonych badaniach ujawniono, że przedstawiciele duchowieństwa byli członkami jedynie 10 (14,5%) komisji, według zaś danych pozyskanych przez Czarkowskiego i wsp. (2015) przedstawiciele duchowieństwa byli członkami aż 42% komisji. W badaniach z innych krajów wykazano, że przedstawiciele duchowieństwa byli członkami niemal wszystkich komisji (98%) (Prince, 2017) lub zdecydowanej większości (84%) (Slowther, 2012).

W badaniach Czarkowskiego i wsp. (2015) osoby z wykształceniem etycznym były członkami komisji jedynie w 2% analizowanych placówek, podobne wyniki uzyskano w badaniach własnych – tylko w 1 przypadku (1,4%) wskazano, że członkowie komisji (2 osoby) posiadały przygotowanie w zakresie bioetyki. Natomiast w badaniach prowadzonych przez Prince i wsp. (2017) wykazano, że aż w 85% przypadków członkami komisji byli bioetycy lub filozofowie. Aż 41% badanych zespołów uznawało wykształcenie w zakresie bioetyki za istotny wymóg członkostwa, a 5% uznawało posiadanie wykształcenia bioetycznego za niezbędny warunek członkostwa w SKE. Również wyniki badań Slowther i wsp. (2012) potwierdzają, że w skład większości badanych komisji etycznych wchodziły etycy (60%). Należy jednak podkreślić, że skład komisji, jak i wykształcenie zawodowe oraz filozoficzno-etyczne jej członków w przypadku komisji amerykańskich i brytyjskich regulowane jest wymogami formalnymi ich funkcjonowania. W Polsce brak jakichkolwiek wytycznych w tym obszarze.

W badaniach własnych analizowano deklarowany zakres działania szpitalnych komisji etycznych. W zakresie działania szpitalnych

komisji etycznych rezultaty zbliżone do wyników badań własnych wykazano w badaniach Czarkowskiego i wsp. (2015) – rozwiązywanie problemów pojawiających się w opiece nad pacjentami wskazywało 88% analizowanych placówek, a rozwiązywanie problemów etycznych związanych z prowadzeniem i wdrażaniem terapii u schyłku życia (terapia daremna, intubacja, odłączanie respiratora) 12%. W badaniach przeprowadzonych przez La Puma i wsp. (1992) wykazano, że najczęstszym problemem, z którym zwracano się do komisji, jest podejmowanie decyzji związanych z rezygnacją z prowadzenia leczenia podtrzymującego życie (75%) i ocena kompetencji pacjenta w zakresie podejmowania decyzji (30%). Z kolei według Slowther i wsp. (2012) najczęstszymi przypadkami, w których zwracano się o pomoc do komisji etycznych były ocena zdolności do podejmowania decyzji (88%), zaniechanie leczenia (82%), zagadnienia związane z odżywianiem i nawadnianiem pacjenta (63%) oraz odmowa leczenia wyrażona przez pacjenta lub jego rodzinę (55%). Według badań Wasson i wsp. (2016) przedmiotem działań komisji była pomoc w podejmowaniu decyzji (93,6%), zagadnienia związane z celami opieki i leczenia (80,8%) i zagadnienia związane z końcem życia (73,1%). Johnson i wsp. (2012) wykazali, że do SKE zwracano się po pomoc w kwestiach dotyczących końca życia (47%) oraz wspólnego podejmowania decyzji dotyczących prowadzonego leczenia (41%).

Wyniki badań Czarkowskiego i wsp. (2015) wskazują, że istotną rolą komisji etycznych jest prowadzenie edukacji w zakresie etyki medycznej (47%) i rozwiązywanie sytuacji konfliktowych w relacjach pomiędzy pracownikami oraz personelem a pacjentami i ich bliskimi (88%). Również w badaniach Chen i wsp. (2014) wykazano, że rolą szpitalnych komisji etycznych było rozwiązywanie sporów pomiędzy rodziną pacjenta a przedstawicielami opieki zdrowotnej (37,84%) oraz nieporozumień pojawiających się w relacjach pomiędzy członkami personelu (18,75%). Odmienne wyniki uzyskano w badaniach własnych – działania edukacyjne obejmujące upowszechnianie

wiedzy dotyczącej etycznego postępowania i prowadzenie szkoleń w tym zakresie było zadaniem tylko 18 (26,1%) SKE, natomiast kwestie związane z problemami etycznymi wynikającymi z relacji interpersonalnych były tematem prac jedynie 9 (13%) komisji.

Część szpitalnych komisji etycznych funkcjonujących w polskich placówkach opieki zdrowotnej łączy w obszarze swej działalności dwa zagadnienia. Podstawowym obszarem działania jest udzielanie wsparcia etycznego w sytuacjach problematycznych, natomiast druga sfera działalności odnosi się do rozwiązywania problemów interpersonalnych, konfliktów oraz innych sytuacji problemowych wynikających z zachowania personelu danej placówki. Ze względu na to, że rozwiązywanie problemów wynikających z relacji pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego czy też innymi pracownikami placówki opieki zdrowotnej nie powinno stanowić głównego celu SKE, zasadne wydaje się jasne uregulowanie zakresu obowiązków szpitalnych komisji etycznych oraz powołanie osobnych organów do rozstrzygania konfliktów interpersonalnych.

WNIOSKI

Niewielka część szpitali umieszcza na swoich stronach internetowych informacje o funkcjonowaniu w swoich placówkach doradztwa etycznego realizowanego poprzez szpitalne komisje etyczne, co – ze względu na ograniczanie prawa pacjenta do informacji – wymaga pilnego uzupełnienia. W skali ogólnopolskiej wartą uwagi inicjatywą byłaby kampania informacyjna dotycząca istoty działania SKE.

W większości analizowanych przypadków przedstawione informacje odnoszące się do zakresu działania komisji są ogólnikowe, wskazane byłoby uzupełnienie informacji dotyczących funkcjonowania SKE w placówkach opieki zdrowotnej, określenie obszarów ich działalności merytorycznej, doprecyzowanie zasad zgłaszania problemów do komisji, a także uszczegółowienie oraz uzupełnienie o treści dotyczące składu osobowego i profesji członków komisji etycznych.

Ze względu na wykazane w badaniu braki w powszechnie dostępnych informacjach na temat działalności szpitalnych komisji etycznych, a także rozbieżności w samym ich funkcjonowaniu, zasadne wydaje się podjęcie przez uprawnione podmioty działań zmierzających do jak najszybszego wprowadzenia unormowań prawnych dotyczących działalności komisji. Unormowania te powinny służyć ujednoczeniu działalności już istniejących, jak i nowo powstających SKE. Zasadne wydaje się opracowanie wytycznych regulujących, w jakich placówkach SKE powinny być tworzone, jakie powinny być zasady i reguły ich funkcjonowania oraz co powinno stanowić przedmiot ich działalności. Ponadto wskazane jest określenie wymogów dotyczących składu komisji, które powinny obejmować zarówno personel medyczny (przedstawiciele różnych zawodów medycznych), osoby posiadające wykształcenie etyczne czy filozoficzne, jak i przedstawiciele innych zawodów i profesji, których wkład w działanie SKE może być istotny (np. prawnicy, osoby zajmujące się ochroną praw pacjenta).

PIŚMIENNICTWO

- Agich G. (2009). The Issue of Expertise in Clinical Ethics. *Diametros*, 22, 3–20
- Annas G., Grodin M. (2016). Hospital ethics committees, consultants, and courts. *AMA J Ethics*, 18(5), 554–559
- Aulisio M., Arnold R. (2008). Role of the ethics committee: helping to address value conflicts or uncertainties. *Chest*, 134(2), 417–424
- Aulisio M., Arnold R., Youngner S. (2000). 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*, 133(1), 59–69
- Caminiti C., Diodati F., Gatti A., Santachiara S., Spinsanti S. (2011). Current functions of Italian ethics committees: A cross-sectional study. *Bioethics*, 25(4), 220–227
- Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (2009). *Zestaw standardów akredytacyjnych – szpitalne*. <https://www.cmj.org.pl/akredytacja/standardy.php> dostęp: 22.03.2021
- Chen Y., Chu T., Kao Y., Tsai P., Huang T., Ko W. (2014). To evaluate the effectiveness of health care ethics consultation based on the goals of health care ethics consultation: a prospective cohort study with randomization. *BMC Med Ethics*, 15, 1
- Czarkowski M. (2009). Czy szpitalne komisje etyczne są nam potrzebne? Debata PTB, https://ptb.org.pl/pdf/czarkowski_konflikt.pdf dostęp: 14.12.2020
- Czarkowski M. (2010a). Zasadność powoływania szpitalnych komisji etycznych w Polsce. *Anestezjologia i Intensywna Terapia*, 2010, 42: 47–50
- Czarkowski M. (2010 b). Jak zakładać szpitalne komisje bioetyczne? *Polski Merkuriusz Lekarski*, 165, 207–210
- Czarkowski M. (2017). Kliniczne konsultacje etyczne w Polsce – potrzeby i ograniczenia. *Med. Prakt.*, 11: 124–129
- Czarkowski M., Kaczmarczyk K., Szymańska B. (2015). Hospital Ethics Committees in Poland. *Sci Eng Ethics*, 21(6), 1525–1535
- CZD. Centrum Zdrowia Dziecka (2006). *Komitet Doradczy Etyki Klinicznej*. <http://web.archive.org/web/20160304125905> http://www.czd.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=605&Itemid=38 dostęp: 1.02.2021
- Dörries A., Boitte P., Borovecki A., Cobbaut J., Reiter-Theil S., Slowther A. (2011). Institutional challenges for clinical ethics committees. *HEC Forum*, 23(3), 193–205
- Førde R., Hansen T. (2014). Do organizational and clinical ethics in a hospital setting need different venues? *HEC Forum*, 26(2), 147–158
- Grönlund C., Dahlqvist V., Zingmark K., Sandlund M., Söderberg A. (2016). Managing ethical difficulties in healthcare: communicating in inter-professional clinical ethics support sessions. *HEC Forum*, 28(4), 321–338
- Hajibabae F., Joolae S., Cheraghi M., Salari P., Rodney P. (2016). Hospital/clinical ethics committees' notion: an overview. *J Med Ethics Hist Med*, 9, 17
- Johnson L., Lesandrini J., Rozycki G. (2012). Use of the medical ethics consultation service in a busy level I trauma center: impact on decision-making and patient care. *Am Surg*, 78(7), 735–740
- Kuperberg E. (2020). Clinical ethics needs assessment: adapting clinical ethics to a population health program. *HEC Forum*, 32(1), 21–32
- La Puma J., Stocking C., Darling C., Siegler M. (1992). Community hospital ethics consultation:

- evaluation and comparison with a university hospital service. *Am J Med*, 92(4), 346–351
- Larchear V. (2009). The Development and Function of Clinical Ethics Committees (CECs) in the United Kingdom. *Diametros*, 22, 47–63
- McLean S. (2009). Clinical Ethics Consultation in the United Kingdom. *Diametros*, 22, 76–89
- Magelssen M., Gjerberg E., Lillemoen L., Førde R., Pedersen R. (2018). Ethics support in community care makes a difference for practice. *Nurs Ethics*, 25(2), 165–173
- Orzechowski M., Schochow M., Steger F. (2020). Clinical ethics consultation in the transition countries of central and eastern Europe. *Sci Eng Ethics*, 26, 833–850
- Polskie Towarzystwo Bioetyczne (PTB) (2009). *Konferencja Konflikt między opinią lekarza i wolą pacjenta – czy są nam potrzebne szpitalne komisje etyczne?* https://ptb.org.pl/konferencje_konflikt_prog.html dostęp: 17.12.2020
- Oświadczenie Polskiego Towarzystwa Bioetycznego w sprawie szpitalnych komisji etycznych (2009). <https://ptb.org.pl/pdf/SKE-oswiadczenie.pdf> dostęp: 16.01.2020
- Prince A., Cadigan R., Whipple W., Davis A. (2017). Membership recruitment and training in health care ethics committees: Results from a national pilot survey. *AJOB Empir Bioeth*, 8(3), 161–169
- Rasmussen L. (2016). Clinical ethics consultants are not “ethics” experts – But they do have expertise. *J M and Philos*, 41(4), 384–400
- Rasoal D., Skovdahl K., Gifford M., Kihlgren A. (2017). Clinical ethics support for healthcare personnel: an integrative literature review. *HEC Forum*, 29(4), 313–346
- Schuchte P., Heller A. (2018). The Care Dialog: the “ethics of care” approach and its importance for clinical ethics consultation. *Med Health Care Philos*, 21(1), 51–62
- Simon A. (2009). Quality Standards for Clinical Ethics Consultation. *Diametros*, 22, 105–15
- Slowther A., McClimans L., Price C. (2012). Development of clinical ethics services in the UK: A national survey. *J Med Ethics*, 38(4), 210–214
- Szewczyk K. (2009). *Szpitalne komisje etyczne jako składnik systemu opieki zdrowotnej w krajach demokratycznych*. Debata PTB, https://ptb.org.pl/pdf/szewczyk_konflikt_1.pdf dostęp: 14.12.2020
- Tapper E. (2013). Consults for conflict: the history of ethics consultation. *Proc Bayl Univ Med Cent*, 26(4), 417–422
- Tarzian A., ASBH Core Competencies Update Task Force 1 (2013). Health care ethics consultation: an update on core competencies and emerging standards from the American Society For Bioethics and Humanities’ core competencies update task force. *Am J Bioeth*, 13(2), 3–13
- Tarzian A., Wocial L., The ASBH Core Competencies Update Task Force Committee (2015). A code of ethics for health care ethics consultants: Journey to the present and implications for the field. *Am J Bioeth*, 15(5), 38–51
- Wasson K., Anderson E., Hagstrom E., McCarthy M., Parsi K., Kuczewski M. (2016). What ethical issues really arise in practice at an academic medical center? A quantitative and qualitative analysis of clinical ethics consultations from 2008 to 2013. *HEC Forum*, 28(3), 217–228
- Wocial L., Molnar E., Ott M. (2016). Values, quality, and evaluation in ethics consultation. *AJOB Empir Bioeth*, 7(4), 227–234

Praca zgłoszona do czasopisma 26.11.2020 / praca zaakceptowana do druku: 18.03.2021

Manuscript received: 26.11.2020 / manuscript accepted: 18.03.2021