

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΣΠΥΡΟΣ Α. ΔΟΞΙΑΔΗΣ

Η συλλογή των άρθρων για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα (Π.Φ.) απευθύνεται σε αναγνώστες που δεν είναι γιατροί. Είναι λοιπόν γι' αυτό αναγκαίο να εξηγηθεί γιατί στα τελευταία χρόνια και η Π. Φ. και η Ιατρική Ηθική έχουν έλθει στο προσκήνιο του ενδιαφέροντος όχι μόνο των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας, αλλά και πολλών άλλων επιστημών καθώς και των υπεύθυνων για την πολιτική υγείας.

Είναι χρήσιμο να σημειωθεί εδώ η διαφορά μεταξύ Ιατρικής Ηθικής και Ιατρικής Δεοντολογίας. Αν δεχθούμε τον ορισμό ότι «ηθική είναι ο κλάδος της Φιλοσοφίας ο ερευνών και μελετών τις πράξεις των ανθρώπων» τότε θα μπορούσαμε να πούμε ότι η Ιατρική Ηθική είναι η έρευνα, η κριτική ανάλυση πράξεων συλλογικών ή ατομικών που έχουν σχέση με την υγεία ομάδων ή ατόμων. Σε αντιδιαστολή με την Ηθική που είναι μια αδιάκοπη και εξελισσόμενη αναζήτηση και μελέτη των «περί του αγαθού αντιλήψεων» η Δεοντολογία είναι κάτι πιο άμεσο και πρακτικό, είναι δηλαδή «η γλώσσα της ορθής συμπεριφοράς στην άσκηση ενός επιστημονικού επαγγέλματος», στην περίπτωση μας του ιατρικού και των άλλων επαγγελματιών υγείας.

Για τις ιστορικές εξελίξεις και για τη σημερινή ονομασία της Π.Φ. στο σχεδιασμό και στην οργάνωση της υγειονομικής πολιτικής μιας χώρας έχουν πολλά γραφεί και το θέμα αναπτύσσεται διεξοδικά σε άλλα άρθρα αυτού του τεύχους. Αρκεί εδώ να προσθέσω ότι, όπως έχει πια γίνει πολύ φανερό και διεθνώς παραδεκτό, στις περισσότερες αρρώστιες που σήμερα προσβάλλουν τον πληθυσμό μιας αναπτυγμένης χώρας η ιατρική δεν μπορεί να κάνει παρά μερική μόνον αποκατάσταση. Γιατί δεν μπορεί παρά να είναι μερική η αποκατάσταση έπειτα από ένα έμφραγμα, από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο ή από τη θεραπεία

μιας κακοήθους νόσου. Οι νόσοι όμως αυτές καθώς και τα, κυρίως τροχαία, ατυχήματα είναι οι συχνότερες αιτίες θανάτων ενηλίκων.

Αυτό δείχνει ο επόμενος πίνακας που παρουσιάζει τις αιτίες θανάτου στην χώρα μας το 1981.

Όπως γίνεται φανερό, για τις ηλικίες 20-44 χρόνων και από τα 44 κι έπειτα περισσότεροι από το 50% των θανάτων οφείλονται σε νεοπλάσματα, σε νόσους καρδιάς και αγγείων, σε άλλες νόσους του αναπνευστικού συστήματος και σε ατυχήματα από μεταφορικά μέσα. Και όπως γράφω και παραπάνω, η ιατρική σήμερα μερική μόνον αποκατάσταση μπορεί να κάνει σ' αυτές τις περιπτώσεις.

Όλες όμως αυτές οι αιτίες νόσων και θανάτων είναι δυνατό να προληφθούν. Και είναι φανερό ότι η πρόληψη και μόνον αυτή μπορεί ν' απομακρύνει αυτούς τους κινδύνους και στη χώρα μας όπως και σε άλλες αναπτυγμένες χώρες. Ακόμη σημαντικότερη είναι όμως η συμβολή της προληπτικής ιατρικής, που αποτελεί μεγάλο μέρος της Π.Φ., στην ραγδαία ελάττωση νοσηρότητας και της θνησιμότητας βρεφών και παιδιών. Δεν είναι μόνον οι εμβολιασμοί που απομάκρυναν τους κινδύνους που απειλούσαν βρέφη και παιδιά ως πριν από λίγες δεκαετίες, αλλά η εξάπλωση των γνώσεων σε θέματα υγείας που έκανε ώστε αρρώστιες που θέριζαν άλλοτε τις ηλικίες αυτές, όπως η γαστρεντερίτιδα, ν' αποτελούν σήμερα στις αναπτυγμένες χώρες σπανιότατη αιτία θανάτου. Βέβαια δεν πρέπει να λησμονούμε ότι παράλληλα με τις εξελίξεις αυτές στις γνώσεις για την υγεία και στις υπηρεσίες υγείας, και η άνοδος του βιοτικού επιπέδου αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα στις ευνοϊκές εξελίξεις.

Στο σημείο αυτό είναι χρήσιμο να τονισθεί ότι σε έναν ευρύ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1
ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΩΝ 1981

	Η Λ Ι Κ Ι Α			
	20-44		45 -	
ΣΥΝΟΛΟΝ ΘΑΝΑΤΩΝ	3.266	%	79.599	%
Κακοήθη νεοπλάσματα	880	27	16.570	21
Νόσοι καρδιάς και αγγείων	566	17	36.258	45
Άλλες νόσοι του αναπνευστικού συστήματος	96		5.727	7
Ατυχήματα από μεταφορικά μέσα	578	18	707	
		62%		73%

ορισμό της Π.Φ. συμπεριλαμβάνεται και κάθε μέτρο που επιδρά ευνοϊκά αλλά έμμεσα στην κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού. Τέτοια μέτρα όπως η άνοδος του μορφωτικού και βιοτικού επιπέδου, η βελτίωση του συγκοινωνιακού δικτύου, η καταπολέμηση της ρύπανσης, η εξασφάλιση καθαρού νερού και καλής αποχέτευσης υπήρξαν και είναι εξίσου σημαντικά με άλλα μέτρα που παραδοσιακά ανήκουν στις υπηρεσίες υγείας, είναι επομένως συνδυασμένα με την Π.Φ.

Η άλλη εξέλιξη στις τελευταίες δεκαετίες είναι στον ευρύτατο τομέα της Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας. Σ' αυτόν οι διάφοροι παράγοντες μετά τον δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο συνετέλεσαν ώστε η Ηθική και η Δεοντολογία όχι μόνον ιατρικών πράξεων αλλά και γενικότερα της πολιτικής υγείας να συζητούνται όλο και περισσότερο και να ασχολείται μ' αυτές όλο και μεγαλύτερος κύκλος επιστημόνων. Οι αιτίες για την εξέλιξη αυτή ήταν πολλές. Και επαναλαμβάνω εδώ ότι είχα γράψει σε πρόσφατο άρθρο μου.¹

α. Η χρησιμοποίηση για απάνθρωπα πειράματα αιχμαλώτων και φυλακισμένων στη διάρκεια του πολέμου. Οι καταδίκες των υπεύθυνων στη δίκη της Νυρεμβέργης έδειξαν ότι είναι δυνατό να υπάρχουν και ιατροί που δεν υπακούουν σε δεοντολογικές επιταγές και φέρονται κατά τρόπο απάνθρωπο. Αποτέλεσμα αυτής της συνειδητοποίησης και της ανάγκης προστασίας του ανθρώπου από τέτοιες πράξεις ήταν μια σειρά από κώδικες και κανόνες Δεοντολογίας που συγγράφηκαν και υιοθετήθηκαν από διεθνείς οργανισμούς, όπως η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και ο Παγκόσμιος Ιατρικός Σύλλογος.

β. Η μεγάλη πρόοδος της Ιατρικής στα τελευταία 40 χρόνια, πρόοδος βασισμένη στην εξέλιξη της θεραπευτικής και της τεχνολογίας, σώζει πολύ περισσότερες ζωές, θεραπεύει νόσους, εξαλείφει επιδημίες αλλά συγχρόνως κάνει πολύ ισχυρότερη τη δύναμη της Ιατρικής και των ιατρών και πολύ εφικτή την περιφρόνηση των δικαιωμάτων του αρρώστου και του υγιούς. Είναι επομένως επιθυμητό να μπαίνουν όρια στη δυνατότητα του ιατρού να εισβάλλει στη σωματική και ψυχική ακεραιότητα του ανθρώπου.

γ. Στα χρόνια όμως αυτά παρουσιάσθηκε και μια εξέλιξη στο «αντίπαλο στρατόπεδο». Εξαπλώθηκε σε πολλές χώρες η μόρφωση σε ευρύτερα στρώματα του πληθυσμού και συνειδητοποιήθηκαν τα δικαιώματα του ανθρώπου. Και η συνειδητοποίηση δεν αφορά μόνο τα πολιτικά δικαιώματα αλλά και άλλα ευρύτερα και ασαφέστερα, όπως το δικαίωμα της αυτονομίας. Η ευρύτερη μόρφωση έφερε και καλύτερη γνώση των δυνατοτήτων της Ιατρικής και επομένως μεγαλύτερες προσδοκίες από την ιατρική επιστήμη και τα επαγγέλματα υγείας. Ήρθαν λοιπόν στην επιφάνεια προβλήματα και συγκρούσεις που ήταν ανύπαρκτα την εποχή που ο ιατρός εθεωρείτο ο μόνος παντογνώστης σε θέματα υγείας, αλλά και αυτός που είχε απόλυτη εξουσία να αποφασίζει για τα θέματα αυτά. Χρειάσθηκε επομένως ν' αρχίσει έρευνα και συζήτηση για τις σχέσεις ιατρού και αρρώστου και ακόμα ιατρού και υγιούς πάνω στη νέα αυτή βάση.

δ. Η επέκταση των διαγνωστικών και θεραπευτικών δυνατοτήτων της Ιατρικής και η δυνατότητα όλο και μεγαλύτερων ομάδων του πληθυσμού να οφελούνται από αυτή την πρόοδο αύξησε σημαντικά το κόστος των υπηρεσιών υγείας. Το αυξημένο κόστος δεν αντιμετωπίζεται πια από το άτομο ή την οικογένειά του αλλά, όλο και περισσότερο, από το κοινωνικό σύνολο, άλλοτε με τη μορφή του κράτους και άλλοτε με τη μορφή διαφόρων ασφαλιστικών οργανισμών. Η κάλυψη όμως των δαπανών για τις υπηρεσίες υγείας απαιτεί μεγάλη επιδάρυνση του κοινωνικού συνόλου και συγκρούεται με άλλες ανάγκες, που πρέπει να καλυφθούν από την ίδια πηγή. Άρχισε επομένως μια συζήτηση για την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων στις δαπάνες του κοινωνικού συνόλου, μια αναζήτηση νέων πόρων και μια σύγκρουση ή αντιδικία για την κατανομή των οικονο-

μικών βαρών. Αναπόφευκτα το πρόβλημα αυτό αποτέλεσε, με τις ηθικές του προεκτάσεις, και άλλη σοβαρή αιτία για το έντονο ενδιαφέρον των τελευταίων δεκαετιών για Ιατρική Ηθική και Δεοντολογία.

Όλες οι παραπάνω εξελίξεις κατέληξαν σε συγκεκριμένες δραστηριότητες. Έτσι τα τελευταία 40 χρόνια εγκρίθηκαν επτά κώδικες Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, εκδόθηκαν ειδικά περιοδικά, οργανώθηκαν διεθνή συνέδρια. Άλλο αποτέλεσμα ήταν να γίνει από τις πηγές χρηματοδότησης ερευνητικών προγραμμάτων και από τις Συντάξεις ιατρικών περιοδικών αυστηρότερος ο έλεγχος της ηθικής πλευράς ιατρικών ερευνητικών εργασιών. Τέλος αυτές οι εξελίξεις είχαν ως αποτέλεσμα να αυξηθεί και στη χώρα μας το ενδιαφέρον και η ευαισθητοποίηση για τα προβλήματα και να ιδρυθεί ο Όμιλος Μελέτης Ιατρικής Ηθικής.

Όλα όμως αυτά, η ευαισθητοποίηση, το ενδιαφέρον, οι δραστηριότητες είχαν ως στόχο προβλήματα που παρουσιάζονται στην άσκηση κλινικής –θεραπευτικής ιατρικής (από ευθανασία ως μεταμόσχευση, ως άμβλωση) και πειραμάτων πάνω σε ανθρώπους. Ελάχιστες και μόνον τα τελευταία λίγα χρόνια ήταν οι ασχολίες με θέματα Π.Φ., δηλαδή προαγωγής της υγείας, προληπτικής ιατρικής και της πρώτης επαφής του αρρώστου προς τον ιατρό. Και όμως τέτοια θέματα είναι σήμερα εξίσου σοβαρά, αν όχι σοβαρότερα,² για πολλούς λόγους που αναφέρονται στον επόμενο πίνακα. Ο πίνακας αυτός δείχνει τις διαφορές μεταξύ έργων που υπάγονται στην θεραπευτική ιατρική, δηλαδή στην ένα προς ένα σχέση ιατρού με άρρωστο, και στην Π.Φ. για την οποία επιστημονικά, νομικά και ηθικά υπεύθυνοι συχνά δεν είναι ένας ιατρός ή μια μικρή ομάδα επαγγελματιών υγείας αλλά ένα Υπουργείο, ένας κρατικός οργανισμός ή ένας ασφαλιστικός φορέας.

Ακολουθεί Πίνακας 2.

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα και η Ιατρική Ηθική αναπτύχθηκαν σημαντικά και συγχρόνως στα τελευταία 40 χρόνια. Παρά όμως τη σύγχρονη εξέλιξή τους δεν συνδέθηκαν ουσιαστικά μεταξύ τους. Η μεν Π.Φ. είχε κυρίως ενδιαφέρον για την καθιέρωσή της, για την οργάνωσή της και για διδασκαλία όλων των επαγγελματιών υγείας πάνω στα θέματα που εντάσσονται σ' αυτήν. Η Ιατρική Ηθική πάλι ξεκινώντας από θέματα ευθανασίας, παράτασης ζωής, μεταμοσχεύσεων, άμβλωσης και πειραμάτων σε ανθρώπους έλκυσε το ενδιαφέρον μόνον όσων ασχολούνται με τη δευτεροβάθμια και κυρίως την τριτοβάθμια φροντίδα και υγεία.

Οι εξελίξεις όμως που ανέφερα παραπάνω και η σοβαρότητα, όπως φαίνεται από τον πίνακα 2, των προβλημάτων Ιατρικής Ηθικής και στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, έχουν κάνει πλέον απολύτως αναγκαία την μελέτη της αλληλεπίδρασης αυτών των δύο μεγάλων τομέων. Είναι δηλαδή αναγκαία η συζήτηση και η διδασκαλία των ηθικών διλημάτων που παρουσιάζονται και πρέπει να αντιμετωπισθούν σε πολλές από τις δραστηριότητες που εντάσσονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα.

Γι' αυτές τις δραστηριότητες είναι υπεύθυνο το κράτος, διάφορες υπηρεσίες και ασφαλιστικοί οργανισμοί και τα άτομα που ανήκουν στα επαγγέλματα υγείας. Είναι άπειρα τα θέματα και μόνον ενδεικτικά αναφέρω παρακάτω μερικά από τα ηθικά προβλήματα παρουσιάζοντας τα ως ερωτήματα και διλήμματα και όχι ως απαντήσεις και τελικές γνώμες. Γιατί ένα από τα χαρακτηριστικά στοιχεία της Ιατρικής Ηθικής είναι η αδυναμία διατύπωσης τελικών και δογματικών λύσεων. Η προσπάθεια είναι η ευαισθητοποίηση όλων των υπεύθυνων, η αδιάκοπη έρευνα και συζήτηση και η παραδοχή ότι ιδεώδεις λύσεις δεν υπάρχουν και πολλές φορές αναγκαζόμαστε να επιλέγουμε την λιγότερο κακή και να καταλήγουμε σε συμβιβαστικές προτάσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2
ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΑ ΗΘΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΞΥ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
Αφορά μικρόν αριθμό ατόμων	Αφορά μεγάλο αριθμό ατόμων, άρα οι επιπτώσεις μιάς απόφασης επηρεάζουν μεγαλύτερο πληθυσμό
Ασχολείται με άρρωστα κυρίως άτομα	Όλα τα άτομα είναι υγιή ή φαινομενικά υγιή, άρα οι επιπτώσεις μιάς απόφασης επηρεάζουν μερίδα του υγιούς πληθυσμού
Ο ιατρός έχει την άμεση επαφή και ευθύνη για τον άρρωστο, ενώ η ευθύνη του κράτους είναι έμμεση και μακρινή	Η ευθύνη συχνά ανήκει αποκλειστικά στο κράτος χωρίς να υπάρχει άμεση επαφή και ανατροφοδότηση, άρα οι υπεύθυνοι είναι πιθανό να έχουν λιγότερο αναπτυγμένο το αίσθημα της ευθύνης
Βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα	Μακροπρόθεσμα αποτελέσματα άρα η ευθύνη δεν φαίνεται άμεσα και εξασθενεί η σημασία της
Οφθαλμοφανή κριτήρια επιτυχίας/αποτυχίας της παρέμβασης	Αποτελεσματικότητα εξαρτημένη από την παρεμβολή πολλών παραγόντων άρα και πάλι εξασθενεί το αίσθημα της ευθύνης

Ευθύνη Κράτους

Το πρώτο και κύριο ερώτημα ηθικής φύσεως που τίθεται προς τους υπεύθυνους για την γενική πολιτική υγείας ενός κράτους είναι η σημασία που θα δοθεί στην υγεία του λαού. Είναι αυτό ένα «απόλυτο αγαθό» εμπρός στο οποίο πρέπει να υποχωρεί κάθε άλλο ή μπαίνει πιο χαμηλά στην κλίμακα των προτεραιοτήτων και προηγούνται άλλα όπως, και αυτό είναι το συνηθισμένο, η οικονομική ανάπτυξη; Είναι βέβαια γνωστό ότι η άνοδος του βιοτικού επιπέδου έχει επίδραση στην υγεία ενός πληθυσμού, αλλά το θέμα δεν είναι καθόλου απλό γιατί αν στις προσπάθειες για οικονομική ανάπτυξη λαμβάνονται μέτρα, όπως μεγαλύτερες βιομηχανίες ή ακόμα περισσότερη ανάπτυξη πυρηνικής ενέργειας που μπορεί να βλάψει την υγεία του λαού, τότε τι έρχεται πρώτο; Πως πετυχαίνουμε μια ισορροπία; Απόλυτα σχετικό με το παραπάνω πρόβλημα είναι και οι κυβερνητικές αποφάσεις για κατανομή πόρων μεταξύ των διαφόρων τομέων.

Πιο συγκεκριμένο όμως και πιο ρεαλιστικό είναι το ερώτημα που αφορά την ιεράρχηση προτεραιοτήτων μέσα στον γενικό τομέα των υπηρεσιών υγείας. Με δεδομένους και περιορισμένους πόρους για τις υπηρεσίες υγείας – κάτι που υπάρχει και στις πλουσιότερες χώρες – ποια είναι η κατανομή τους; Περισσότερα νοσοκομεία και τι επίπεδου; ή προτεραιότητα στα Κέντρα Υγείας ή περισσότερη ενίσχυση της έρευνας ή περισσότερα και καλύτερα εκπαιδευμένα στελέχη επαγγελματιών υγείας ή μεγαλύτερες προσπάθειες για υγειονομική διαφώτιση; Είναι βέβαια δυνατό να ειπωθεί ότι κανένα από τα παραπάνω δεν αποκλείει το άλλο, καμμία απο τις δραστηριότητες αυτές δεν είναι ασυμβίβαστη με οποιαδήποτε άλλη. Έρχεται εδώ όμως η σκληρή οικονομική πραγματικότητα που επιβάλλει επιλογή, δηλαδή ιεράρχηση αναγκών και τρόπου κάλυψής τους.

Για να γίνει πιο φανερή η σημασία του οικονομικού παράγοντα στις αποφάσεις για προληπτικά μέτρα, αναφέρω τους υπολογισμούς που έκαναν τελευταία στη Βρετανία για το κό-

στος σωτηρίας μιας ζωής από διάφορα μέτρα πρόληψης. Έτσι: — για την κατασκευή και υποχρεωτική χρήση ειδικών κουτιών για φάρμακα που δεν μπορούν να ανοιχθούν από μικρά παιδιά ώστε να προληφθούν θάνατοι από δηλητηρίαση το κόστος είναι £ 1000 κατά άτομο που θα σωθεί.

— για την εφαρμογή ειδικής σκεπής καλύματος στους γεωργικούς ελκυστήρες ώστε στην ανατροπή τους να προστατεύεται ο οδηγός το κόστος είναι £ 100.000 κατά ζωή που θα σωθεί.

— για την εφαρμογή ειδικών οικοδομικών κανόνων ώστε να αποφευχθούν δυστυχήματα του τύπου κατάρρευσης μιας πολυκατοικίας από έκρηξη αγωγών (όπως έγινε στο Ronan Point του Λονδίνου) το κόστος είναι £ 10-20.000.000.

Σε σύγκριση με αυτά το κόστος της εκστρατείας της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας που εξαφάνισε την ευλογιά απ' όλο τον κόσμο υπολογίστηκε σε £ 3-5 κατ' άτομο.

Μια άλλη σειρά ερωτημάτων ηθικής φύσεως παρουσιάζεται όταν αποφασίζεται από το κράτος η υποχρεωτική εφαρμογή στα αυτοκίνητα ζώνης ασφαλείας ή στους οδηγούς δικύκλων προστατευτικού κράνους. Έχει το κράτος το δικαίωμα να επέμβει απαγορευτικά στην ιδιωτική ζωή των πολιτών; Από την άλλη όμως μεριά έχουν οι πολίτες το δικαίωμα να ζητούν την παροχή υπηρεσιών υγείας, ή σύνταξη αναπηρίας ή σύνταξη θανάτου ενώ δεν έλαβαν οι ίδιοι τα αναγκαία για την προστασία της υγείας τους και της ζωής τους μέτρα; Ένα σχετικό παράδειγμα, πιο ακραίο όμως, είναι η ενδεχόμενη επιθυμία του κράτους να περιορίσει άλλες δραστηριότητες π.χ. ορειβασία ή πυγμαχία εφόσον είναι γνωστό ότι και σ' αυτές τις περιπτώσεις υπάρχουν κίνδυνοι για την υγεία. Εδώ στην κρίση και απόφαση εισέρχεται και ένας «ποσοτικός» παράγων. Πόσο συχνός και πόσο μεγάλος είναι ο κίνδυνος από τη μη χρησιμοποίηση ζώνης ασφαλείας ή κράνους σε σύγκριση με το πόσο μεγάλος είναι ο περιορισμός της ελευθερίας του ατόμου από τα μέτρα αυτά. Κατά τη γνώμη μου ο ζυγός βαρύνει υπέρ της υποχρεωτικής εφαρμογής των προληπτικών μέτρων. Στο άλλο όμως πα-

ράδειγμα αθλητικών δραστηριοτήτων ο κίνδυνος είναι πολύ σπανιότερος και ο περιορισμός της ατομικής ελευθερίας πολύ μεγαλύτερος άρα ο ζυγός βαραίνει προς την αντίθετη πλευρά.

Ένα άλλο παράδειγμα είναι η φθορίωση του νερού. Επιτρέπεται η προσθήκη μιας χημικής ουσίας στο νερό που πίνει όλος ο πληθυσμός για να προστατευτεί η υγεία μιας μόνον ομάδας δηλαδή των παιδιών; Είναι διεθνώς παραδεκτό ότι η προσθήκη των ποσοτήτων φθορίου που προστατεύουν τα δόντια των παιδιών, δεν έχει, παρόλο που έχει γραφεί κατά καιρούς, καμμία βλαβερή επίδραση στον οργανισμό. Παρόλα αυτά υπάρχουν στο θεωρητικό επίπεδο αντιρρήσεις. Εδώ όμως στις περισσότερες χώρες έχει επικρατήσει η παραδοχή του «κοινού αγαθού». Στην περίπτωση αυτή η στοματική υγεία χιλιάδων παιδιών θεωρείται μεγαλύτερης αξίας από την αντίρρηση στην προσθήκη στο νερό μιας ουσίας που είναι άχρηστη για τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.

Άλλο πρόβλημα που παρουσιάστηκε τα τελευταία χρόνια είναι ο εμβολιασμός κατά της ερυθράς. Σε ποια ηλικία πρέπει να γίνεται; Αν γίνεται στην νηπιακή και πρώτη παιδική ηλικία και αν πάνω από 90% των παιδιών εμβολιασθούν μπορεί να ελπίζεται η πλήρης εκρίζωση της νόσου. (Πρέπει να σημειωθεί εδώ για το μη ιατρικό αναγνωστικό κοινό ότι η ερυθρά είναι μια αθώα αρρώστια εκτός όταν προσβάλλει έγκυες τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης, οπότε ο κίνδυνος βαρειάς βλάβης του εμβρύου είναι μεγάλος). Αν όμως δεν επιτευχθεί τόσο υψηλό ποσοστό εμβολιασμού και η νόσος δεν εκριζωθεί υπάρχει ο κίνδυνος να μετατεθεί η προσβολή προς μεγαλύτερες ηλικίες άρα και προς γυναίκες στην ηλικία της αναπαραγωγής. Η άλλη μέθοδος, δηλαδή η προφορά του εμβολιασμού μόνον σε κορίτσια της εφηβικής ηλικίας προστατεύει όσα εμβολιασθούν, αλλά είναι ανεδαφικό να ελπίζει κανείς ότι στις περισσότερες χώρες ο αριθμός όσων προσέλθουν για εμβολιασμό, αντίθετα με την παιδική ηλικία που οι εμβολιασμοί είναι γενικότερα παραδεκτοί, δεν θα είναι μικρός. Το ηθικό δίλημμα, όπως και με τους άλλους εμβολιασμούς, είναι αν θα γίνει απολύτως υποχρεωτικός στην μικρή ηλικία, οπότε ελπίζεται η εκρίζωση της αρρώστιας. Αν όμως αυτό θεωρηθεί ως παρέμβαση στην ελευθερία των γονέων να αποφασίζουν για τα παιδιά τους και ένα ποσοστό κάτω του 90% εμβολιασθεί, τότε όπως παραπάνω αναφέρθηκε εκθέτονται σε κίνδυνο άλλες ομάδες πληθυσμού.

Ευθύνη Ασφαλιστικών φορέων και Εργοδοτών

Μεταξύ της ευθύνης του κράτους και της ευθύνης του ατόμου παρεμβάλλονται σε πολλές χώρες και άλλα όργανα που έχουν σημασία και παίρνουν αποφάσεις σχετικές με την υγεία. Αναφέρω ένα μόνον παράδειγμα ηθικού διλήμματος που προέρχεται από την πρόοδο της βιοτεχνολογίας. Αυτή κάνει δυνατή την πρόβλεψη γενετικών προδιαθέσεων που είναι δυνατόν, αργότερα, με την επίδραση άλλων γνωστών ή αγνώστων παραγόντων ή χωρίς καμμία γνωστή πρόσθετη αιτία, να καταλήξουν σε βαρεία νόσο. Τέτοιου είδους προγνωστικές δοκιμασίες (predictive tests) υπάρχουν ήδη για λίγες, αλλά σοβαρές, αρρώστειες (νόσος Huntington) και είναι πολύ πιθανό μέσα στα επόμενα χρόνια ότι θα βρεθούν και για πολλές άλλες. Ήδη αναζητούνται γενετικά σημεία για την νόσο Alzheimer, για το κακοήθες μελάνωμα, για την μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, για τον καρκίνο του μαστού. Η ευρεία εφαρμογή τέτοιων προγνωστικών δοκιμασιών εντάσσεται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα.

Ποια είναι τα ηθικά διλήμματα; Το άτομο μαθαίνει την προδιάθεση προς κάποια αρρώστια και παίρνει τις σχετικές αποφάσεις για μέτρα που θα απομακρύνουν την δυσάρεστη εξέλιξη, όταν τέτοια είναι γνωστά, ή για άλλες μεταβολές στη ζωή του –εργασία, οικονομικές ρυθμίσεις– που η γνώση της προδιάθεσης καθιστά αναγκαίες. Ποιος άλλος όμως έχει το δικαίωμα να πληροφορείται γι' αυτήν την προδιάθεση; Ο ασφα-

λιστικός φορέας που μπορεί τότε να επιβάλλει βαρύτερο ασφάλιστρο; Ο μελλοντικός εργοδότης που μπορεί τότε να μην προσλάβει τον κατά τα άλλα ικανό υποψήφιο; Και αν αυτό συμβεί μήπως τότε η βλάβη του ατόμου είναι μεγαλύτερη από την ωφέλεια; Τέτοια ερωτήματα έχουν ήδη αρχίσει να εμφανίζονται σε άλλες χώρες^{3,4,5} και αργά ή γρήγορα θα παρουσιασθούν και σε μας.

Ευθύνη ατόμων

Δεν είναι όμως μόνον το κράτος και οι άλλοι φορείς υπεύθυνοι για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Ένα μεγάλο τμήμα αντιμετωπίζεται από τα άτομα των επαγγελματιών υγείας δηλαδή τους ιατρούς, μαιές, νοσοκόμες κλπ. Η ενασχόληση των ιατρών με θέματα Ιατρικής Ηθικής εντοπίζεται κυρίως σε προβλήματα δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας. Υπάρχουν όμως παρόμοια προβλήματα και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα γι' αυτό αναφέρω, ενδεικτικά μόνον, δύο παραδείγματα.

Η αυξητική ορμόνη είναι μια ουσία που παράγεται στην υπόφυση και η έλλειψή της καταλήγει σε ύψος του παιδιού κάτω από το φυσιολογικό. Όταν διαπιστωθεί η έλλειψη της ορμόνης αυτής γίνεται η θεραπεία με χορήγηση της ουσίας. Ως τώρα οι ποσότητες της αυξητικής ορμόνης που διαθέτονταν για θεραπευτικό σκοπό ήταν ελάχιστες γιατί μόνον από υποφύσεις ανθρώπινων πτωμάτων μπορούσαν να συλλεγούν. Τώρα όμως με την εξελισσόμενη βιο-μηχανική τεχνολογία η ορμόνη άρχισε να παράγεται και έξω από το ανθρώπινο σώμα και θα υπάρχει σε μεγάλες ποσότητες. Και αυτή μεν η επάρκεια της ορμόνης θα είναι ευεργετική για όσα παιδιά έχουν αποδειγμένα έλλειψή της. Τώρα όμως που οι ποσότητες θα είναι απεριόριστες είναι φυσικό ότι πολλοί κοντοί γονείς θα θέλουν τα παιδιά τους ψηλότερα, ζητώντας από τον ιατρό να την χορηγήσει σ' αυτά έστω κι αν δεν υπάρχει έλλειψη της ορμόνης στον οργανισμό τους. Και το αίτημα αυτό θα γίνει πιο έντονο αν δειχθεί ότι και στη χώρα μας –όπως ήδη δείχθηκε στις ΗΠΑ– τα υψηλότερα άτομα έχουν και πιο πετυχημένη σταδιοδρομία στην πανεπιστημιακή, επιχειρηματική και πολιτική ζωή. (Αρκεί να αναφερθεί ότι από το 1904 στο 80% των προεδρικών εκλογών στις ΗΠΑ νικητής ήταν ο υψηλότερος υποψήφιος).

Το πρώτο λοιπόν ερώτημα είναι στενά ιατρικό: είναι βέβαιο ότι η χορήγηση αυξητικής ορμόνης σε παιδιά που δεν έχουν αποδειγμένα ανεπάρκεια της ορμόνης αυτής θα τα κάνει να έχουν μεγαλύτερο τελικό ύψος; Αν όχι, τότε καθήκον του παιδίατρου είναι να πείσει τους γονείς ότι το παιδί τους δεν θα ωφεληθεί.

Αν όμως θεωρηθεί πιθανό ότι η χορήγηση αυξητικής ορμόνης κάνει πιο ψηλά και φυσιολογικά άτομα, τίθεται το ηθικό δίλημμα: πρέπει να γίνεται η θεραπεία αυτή μόνο και μόνο για μεγαλύτερο ύψος; Δικαιολογείται μια τέτοια αγωγή με αδέβαιο ακόμη αποτέλεσμα για μια ασμφισβητούμενη επίδραση στη σωματική και, έμμεσα, στην ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού;

Άλλο παράδειγμα: με τις μεταβαλλόμενες αντιλήψεις των νέων για την σεξουαλική δραστηριότητα δεν είναι παράδοξο αν μερικές κοπέλες στην εφηβική ηλικία καταφεύγουν στον ιατρό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (οικογενειακός ιατρός, παθολόγος, παιδίατρος) με ερωτήματα και για συμβουλές που έχουν σχέση με αντισύλληψη ή γενικότερα με την σεξουαλική τους ζωή. Και αν μεν έρθουν μαζί με τη μητέρα τους που γνωρίζει τα ερωτήματα και το πρόβλημα, δεν υπάρχει θέμα εμπιστευτικότητας και τότε ο παιδίατρος θα συμβουλευτεί μητέρα και κόρη μαζί.

Υπάρχουν όμως περιπτώσεις –και αυτό έχει πολύ συζητηθεί στην Βρετανία– όπου η κοπέλα έρχεται μόνη της και είτε ζητάει συμβουλές, είτε ρωτάει από που μπορεί να πάρει καλή πληροφόρηση ή ακόμη σοβαρότερο, φοβάται ή νομίζει ότι είναι έγκυος.

Το δίλημμα του ιατρού είναι τότε αν θα υπερισχύσει η αρχή του απόρρητου στην ιατρική πράξη ή αν θα πληροφορήσει τους γονείς, που τους γνωρίζει για πολλά χρόνια, για το πρόβλημα και την κατάσταση της νέας. Το πρώτο δῆμα είναι να την πείσει ότι πρέπει να πληροφορήσει αυτή η ίδια, ή και οι δυο μαζί, τους γονείς ή και μόνη την μητέρα. Αν όμως η κοπέλα αρνηθεί κατηγορηματικά τι πρέπει να κάνει; Θα σεβασθεί την ατομική αυτονομία μιας νέας που του εμπιστεύθηκε το πρόβλημά της; Έστω κι αν αυτή δεν είχε την νομικά καθορισμένη ηλικία; Ή ακολουθώντας μια πιο πατερναλιστική αντίληψη θα πληροφορήσει τους γονείς παρά την θέλησή της;

Το δίλημμα δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί με τον ίδιο τρόπο σε όλες τις περιπτώσεις. Η απόφαση του ιατρού θα εξαρτηθεί τελικά και από την γενικότερη φιλοσοφική του τοποθέτηση απέναντι στο θέμα αυτονομίας κάθε ατόμου και από την γνώση του της νοοτροπίας και των αντιλήψεων των γονέων της κοπέλας.

Και το Συμπέρασμα;

Πρέπει πρώτα να δεχθούμε την ύπαρξη του προβλήματος, δηλαδή πολλών ηθικών διλημμάτων και ερωτημάτων όχι μόνον στην κλινική θεραπευτική Ιατρική αλλά και στον ευρύτατο τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

Έχοντας αναγνωρίσει την ύπαρξη και τη σοβαρότητα αυτών των προβλημάτων έχουμε υποχρέωση να ευαισθητοποιήσουμε όχι μόνον τα επαγγέλματα υγείας⁶, αλλά έναν πολύ ευρύτερο κύκλο ανθρώπων, αρχίζοντας από τους υπεύθυνους για την πολιτική υγείας του κράτους και προχωρώντας στην πολιτική ηγεσία, στις διοικήσεις ασφαλιστικών οργανισμών και παρόμοιων φορέων και τέλος σε κάθε πολίτη που πρέπει να ενδια-

φέρεται για όλες τις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του ίδιου και των παιδιών του.

Για να πετύχουμε τα παραπάνω χρειάζονται εκτός από πολλά αυτονόητα και δύο ακόμη προϋποθέσεις:

— η πρώτη είναι ότι δεν μπορούμε να μεταφέρουμε εμπειρίες, ερωτήματα και συμπεράσματα από μια χώρα στην άλλη, αλλά χρειάζεται για κάθε χώρα και περιοχή να μελετήσουμε πολλούς κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες που επηρεάζουν την νοοτροπία ενός πληθυσμού πριν προχωρήσουμε σε μελέτη και εφαρμογή μέτρων.

— η δεύτερη ότι η ιατρική και τα άλλα επαγγέλματα υγείας δεν είναι επαρκής για τη μελέτη της Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας. Χρειάζεται συνεργασία με εκπροσώπους πολλών επιστημών, δηλαδή μια πολυεπιστημονική προσέγγιση και αυτήν επιχειρεί ο Όμιλος Μελέτης Ιατρικής Ηθικής που ιδρύθηκε φέτος.

Σημειώσεις

1. Δοξιάδης Σ. Ηθικά Προβλήματα στην Προληπτική Ιατρική. ΙΑΤΡΙΚΗ 45: 327-331, 1985.
2. Ethical Issues in Preventive Medicine. 1985 Martinus Nijhoff. Editor S. Doxiadis.
3. Berg, K., Fletcher, J., Ethical and Legal Aspects of Predictive Testing. THE LANCET, 1: 1043, 1986
4. Uzych, L., Ethical Aspects of Predictive Testing. THE LANCET 1: 1445, 1986.
5. Hulten, M. A., Ethical Aspects of Predictive Testing. THE LANCET 1: 1440, 1986.
6. Δοξιάδης, Σ., Εκπαίδευση σε Θέματα Ιατρικής Ηθικής και Ιατρικής Δεοντολογίας. ΙΑΤΡΙΚΗ 46: 310-312, 1984.

ΕΘΝΟΚΤΗΜΑΤΙΚΗ

Α.Ε. ΕΝΕΡΓΟΥ ΠΟΛΕΟΔΟΜΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

«ΕΚΤΕΝΕΠΟΛ»

- *Ανάπτυξη - ανάπτυξη Ζωνών Ενεργού Πολεοδομίας*
- *Προγράμματα οργανωμένης δόμησης*
- *Τουριστικές, οικιστικές, βιομηχανικές, βιοτεχνικές, γεωργοκτηνοτροφικές αναπτύξεις*
- *Διαχείριση, ανάπτυξη, εκμετάλλευση τουριστικών μονάδων*

Κεντρικά Γραφεία: Αθήνα 105 62, Λέκκα 23-25

Τηλ.: 32.21.761, 32.20.319, 32.39.402

Telex. 221071 EPOL GR.