

## Ηθική. Περιοδικό φιλοσοφίας

Αρ. 10 (2014)

# Ηθική

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑΣ

10

ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2014



**Ανεπαρκείς πόροι υγείας και επιπόλαιοι ασθενείς: ο παράγοντας της προσωπικής ευθύνης**

*Μιχάλης Ηγουμενίδης*

doi: [10.12681/ethiki.22751](https://doi.org/10.12681/ethiki.22751)

### Βιβλιογραφική αναφορά:

Ηγουμενίδης Μ. (2020). Ανεπαρκείς πόροι υγείας και επιπόλαιοι ασθενείς: ο παράγοντας της προσωπικής ευθύνης. *Ηθική. Περιοδικό φιλοσοφίας*, (10), 43–57. <https://doi.org/10.12681/ethiki.22751>

# Ανεπαρκείς πόροι υγείας και επιπόλαιοι ασθενείς: ο παράγοντας της προσωπικής ευθύνης

ΜΙΧΑΗΛΗΣ ΗΓΟΥΜΕΝΙΔΗΣ

## A) Εισαγωγή

Η έννοια της δικαιοσύνης δεν μπορεί να είναι απόλυτη και οι εκάστοτε αποφάσεις περί δικαίου πάντα θα αντιμετωπίζονται από μερίδα ανθρώπων με τον ισχυρισμό ότι δεν είναι δίκαιες. Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα έκδηλο στον χώρο της υγείας, όπου παρουσιάζονται συνεχώς ευκαιρίες για κάθε είδους αδικία, κυρίως σε σχέση με την κατανομή των πόρων. Το πρόβλημα της κατανομής των πόρων στον χώρο της υγείας αφορά σε δύο είδη πόρων πρώτον, στα κονδύλια, τα οποία συνήθως είναι ανεπαρκή, και δεύτερον, σε κάποια σπάνια αγαθά με μεγάλη ζήτηση και μικρή προσφορά, όπως είναι τα διάφορα μοσχεύματα ή οι κλίνες σε ΜΕΘ. Σε μία φανταστική κοινωνία με απεριόριστους πόρους δεν θα υπήρχε πρόβλημα κατανομής. Όλοι θα είχαν άμεση πρόσβαση στις υπάρχουσες θεραπείες χωρίς να υπολογίζεται το κόστος, ενώ οι λίστες αναμονής υποψηφίων ληπτών οργάνων δεν θα υπήρχαν. Αφού όμως δεν ζούμε σε τέτοια κοινωνία, οφείλουμε να ασχοληθούμε με το πρόβλημα της κατανομής, το οποίο ουσιαστικά είναι ένα πρόβλημα συγκριτικής δικαιοσύνης: αυτό σημαίνει ότι δεν αναρωτιόμαστε ποιος ασθενής δικαιούται θεραπεία, αλλά ποιος τη δικαιούται περισσότερο σε σύγκριση με ορισμένους άλλους. Πρόκειται λοιπόν για μια σκληρή δι-

καιοσύνη, απαραίτητη όμως να ερευνηθεί με βάση τις υπάρχουσες δυσμενείς συνθήκες που δημιουργεί η παγκόσμια κρίση σε όλα τα επίπεδα της κοινωνίας.

Καμία θεωρία περί δικαίου δεν μπορεί να εξασφαλίσει τόσο ικανοποιητικό επίπεδο δικαιοσύνης ώστε να συμφωνήσουν όλοι με αυτήν<sup>1</sup>. Όταν λοιπόν πρέπει να αποφασιστεί το πώς θα κατανεμηθούν ορισμένοι πεπερασμένοι πόροι, το καλύτερο που μπορούμε να κάνουμε είναι να εξετάσουμε όλους τους σχετικούς παράγοντες, να τους ισοσταθμίσουμε και να προχωρήσουμε στην κατανομή των πόρων, χωρίς την ψευδαίσθηση ότι η απόφαση πρόκειται να ικανοποιήσει όλον τον κόσμο ή ότι θα είναι απόλυτα δίκαιη και σωστή. Αν περιμέναμε να ανακαλύψουμε πρώτα τέτοιες απόλυτες ισορροπίες και να δράσουμε στη συνέχεια βάσει αυτών, δεν θα γινόταν ποτέ τίποτα και ο κόσμος μας θα είχε μείνει στάσιμος. Το κοινό και οι επαγγελματίες υγείας συχνά παραπλανούνται λόγω αυτής της έλλειψης ομοφωνίας, όπως δείχνουν και τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών<sup>2</sup>. Όμως, αν και δεν υπάρχει συμφωνία σχετικά με τις αποφάσεις που λαμβάνονται, συνήθως υπάρχει μια σχετική συμφωνία όσον αφορά στο ποιοι είναι οι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κάθε φορά πριν να καταλήξουμε στην όποια απόφαση. Ενδεικτικά μπορούν να αναφερθούν το κριτήριο της ιατρικής αναγκαιότητας, το κριτήριο της χρονικής προτεραιότητας, η ασφαλιστική κάλυψη των ασθενών και η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας μίας συγκεκριμένης θεραπείας. Όλοι αυτοί οι παράγοντες εξετάζονται, τους αποδίδεται η δέουσα σημασία και βάσει αυτών λαμβάνονται οι αποφάσεις. Πολλές φορές η απόφαση μπορεί να είναι εύκολη για παράδειγμα, στις μεταμοσχεύσεις καρδιάς τον κύριο λόγο έχει η ιατρική προσέγγιση του κατάλληλου λήπτη, όπου αποκλείονται σχεδόν αμέσως, για ιατρικούς λόγους, οι περισσότεροι υποψήφιοι<sup>3</sup>. Τις περισσότερες φορές όμως, όταν οι καθαρά ιατρικοί λόγοι δεν επαρκούν για να υποδείξουν τον κατάλληλο ασθενή ή την προτιμητέα ομάδα ασθενών, ανακύπτουν διαφωνίες σχετικά με το ποιοι παράγοντες πρέπει να επικρατούν έναντι κάποιων άλλων.

Υπάρχουν όμως και κάποιοι παράγοντες που δημιουργούν δια-

φωνίες ακόμα και για το αν θα έπρεπε να θεωρούνται παράγοντες, και όχι μόνο για το πόση σημασία θα έπρεπε να τους αποδίδεται. Ένας από αυτούς είναι ο λεγόμενος 'παράγοντας της προσωπικής ευθύνης' ο οποίος εξετάζεται στο παρόν άρθρο. Με απλά λόγια, αυτός ο παράγοντας θέτει το εξής ερώτημα: θα έπρεπε αυτοί που φαίνονται υπεύθυνοι για την κακή κατάσταση της υγείας τους να έχουν την ίδια προτεραιότητα με όσους φαίνονται πιο αθώοι, με δεδομένο ότι οι πόροι φροντίδας υγείας είναι περιορισμένοι; Για παράδειγμα, όταν υπάρχει μόνο ένα μόσχευμα ήπατος διαθέσιμο, το δικαιούται περισσότερο ο εγκρατής και νηφάλιος ασθενής σε σχέση με τον αλκοολικό; Όταν υπάρχει ένα μόνο διαθέσιμο κρεβάτι σε μονάδα εντατικής θεραπείας, το δικαιούται περισσότερο ο πολυτραυματίας που οδηγούσε υπό την επήρεια μέθης και προκάλεσε το δυστύχημα ή ο αθώος πεζός που είδε ξαφνικά ένα αυτοκίνητο να κατευθύνεται προς το μέρος του; Θα ακολουθήσουν ορισμένες σκέψεις πάνω σε αυτού του είδους τα διλήμματα, χωρίς όμως να χρησιμοποιηθεί κάποια θεωρία ή κάποιες συγκεκριμένες αρχές δικαίου διότι οι συνθήκες έλλειψης και ανεπάρκειας που αντιμετωπίζουμε αναγκάζουν συχνά μια κοινωνία να προβεί σε «τραγικές αποφάσεις» και τότε, οι αρχές δικαίου μπορεί τελικά να καταπιεστούν, να συμβιβαστούν, ή και να θυσιαστούν εντελώς<sup>4</sup>.

## **B) Ποιοι εμπíπτουν στην υπό εξέταση κατηγορία**

Υπάρχουν πολλοί ασθενείς που ενδέχεται να βρεθούν σε μειοεκτική θέση αν χρησιμοποιηθεί ο παράγοντας της προσωπικής ευθύνης. Αναφέρθηκαν ήδη τα παραδείγματα των οδηγών υπό την επήρεια μέθης και των αλκοολικών. Σε αυτούς μπορούν να προστεθούν οι καπνιστές, οι χρήστες παράνομων ουσιών, οι άνθρωποι που δεν προσέχουν τη δίαιτά τους, οι εργασιομανείς με αυξημένα επίπεδα stress, όσοι επιδίδονται σε επικίνδυνα αθλήματα – η λίστα θα μπορούσε να επιμηκυνθεί πολύ, αλλά δεν είναι απαραίτητο. Πρέπει όμως να αναφέρουμε μια σημαντική διαφορά που υπάρχει μεταξύ αυτών των ασθενών, διότι δεν θα ήταν σωστό ο παράγοντας να έχει

σε όλους την ίδια ισχύ. Ένας πυροτεχνουργός ή ένας σωματοφύλακας ή ένας επαγγελματίας πυγμάχος μπορεί να θέτουν ηθελημένα και εν γνώσει τους τη ζωή και την υγεία τους σε κίνδυνο, αλλά είναι η φύση της δουλειάς τους τέτοια ώστε να μην τους επιτρέπει να αποφύγουν την έκθεση στον κίνδυνο. Αν όμως η επαγγελματική δικαιολογία απουσιάζει γίνεται σαφές ότι η ριψοκίνδυνη συμπεριφορά αυτών των ανθρώπων αποσκοπεί στην ευχαρίστησή τους. Ο καπνιστής έχει τη διέγερση που προκαλεί η νικοτίνη, ο παχύσαρκος απολαμβάνει τις ανθυγιεινές τροφές που του αρέσουν, και ο κάτοχος ενός γρήγορου αυτοκινήτου έχει τη χαρά της ταχύτητας. Όταν λοιπόν όλοι αυτοί οι άνθρωποι αξιολογούν την ευχαρίστησή τους πάνω από την υγεία τους φαίνεται λογικό να μην έχουν την ίδια προτεραιότητα με κάποιους των οποίων η υγεία είναι δυσχερής χωρίς να ευθύνονται καθόλου οι ίδιοι, και χωρίς να έχουν αντλήσει κάποια ευχαρίστηση σε αντάλλαγμα. Επειδή όμως αυτή η διαπίστωση προκαλεί πολλές ενστάσεις και ερωτήματα, είναι καλύτερα να μην επεκταθούμε άλλο. Ας συγκρατήσουμε απλά ότι η ενασχόλησή μας αφορά σε όσους θέτουν σε κίνδυνο την υγεία τους λόγω επιλογής, και όχι λόγω ανάγκης.

### **Γ) Ποια είναι η ευθύνη που προκύπτει από τις επιλογές;**

Οι υποστηρικτές του παράγοντα της προσωπικής ευθύνης λένε πολύ απλά ότι όποιος επιλέγει να κάνει κακό στην υγεία του φέρει ευθύνη, επομένως πρέπει να αντιμετωπίσει τις όποιες συνέπειες. Αυτή η άποψη βασίζεται στην υπόθεση ότι όλοι γνωρίζουν για τους κινδύνους που ενέχουν ορισμένες συνήθειες και συμπεριφορές, δεδομένου βέβαια ότι συζητάμε για άτομα επαρκούς αυτονομίας (ενήλικους χωρίς νοητικά προβλήματα). Εκ πρώτης όψευς, αυτό φαίνεται σωστό: ζούμε σε μια κοινωνία όπου διαφαίνεται μία μετάβαση σε έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Υπάρχει διαρκής ενημέρωση για προβλήματα που σχετίζονται με τον καπνό και το αλκοόλ: το κάπνισμα απαγορεύεται στους περισσότερους δημόσιους χώρους· ειδικοί μιλούν για την σημασία της φυσικής άσκησης και της σωστής διατρο-

φής γίνονται προσπάθειες περιβαλλοντολογικής ευαισθητοποίησης του κοινού, με την χρήση διαφόρων μέσων οι νέοι πληροφορούνται από νωρίς για την ανάγκη προφύλαξης κατά τη σεξουαλική πράξη και γενικά, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι όλοι μπορούν πλέον να ξεχωρίσουν το καλό από το κακό σε ζητήματα υγείας.

Παρ' όλα αυτά, η γνώση δεν επαρκεί από μόνη της. Η «αμαρτία» είναι πολύ πιο ευχάριστη και μπορεί εύκολα να δικαιολογηθεί, ενώ οι συνέπειές της μπορούν να παραβλεφθούν. Καμιά φορά αρκεί να αναλογιστεί κανείς κάποιον που έχει ζήσει ριψοκίνδυνα χωρίς αρνητικές επιπτώσεις. Ο Βρετανός πρωθυπουργός Winston Churchill, για παράδειγμα, έζησε μέχρι τα ενενήντα του πίνοντας μπράντυ, καπνίζοντας πούρα, όντας υπέρβαρος και χωρίς να ασκείται ποτέ<sup>5</sup>. Με ένα τέτοιο πρότυπο, όσο ακραίο κι αν φαίνεται, θα μπορούσε κάποιος να εκλογικεύσει και να δικαιολογήσει την «κακή» του συμπεριφορά. Για άλλους, επικρατεί μια γενετική μοιρολατρεία, σε συνδυασμό με τον σημασία του παράγοντα της τύχης. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να ονομαστεί 'τύχη και γονίδια' και η χρήση της είναι συχνά ένας τρόπος για να απαλλαγεί κάποιος από την ηθική ευθύνη<sup>6</sup>. Πολλοί πιστεύουν δηλαδή ότι οι προσωπικές προσπάθειες δεν παίζουν ρόλο στις περισσότερες περιπτώσεις, διότι ο παράγοντας 'τύχη και γονίδια' υπερτερεί και αντιμετωπίζεται πολύ δύσκολα. Επίσης, ο Knowles προσφέρει μια άλλη εξήγηση σχετικά με το γιατί το κοινό δεν αντιδρά όπως θα έπρεπε, αποδίδοντας ευθύνες στον γενικότερο σύγχρονο τρόπο σκέψης: «πρόκειται για μία κουλτούρα πιστώσεων, που κάνει κάτι τώρα και το πληρώνει αργότερα, είτε αυτό είναι φαγητό και ποτό, είτε η αγορά αυτοκινήτων και σπιτιών»<sup>7</sup>.

Όλα τα παραπάνω μπορούν να θεωρηθούν ως προσπάθειες αποφυγής και παράβλεψης της γνώσης που μας προσφέρουν οι επαγγελματίες της υγείας. Είναι καθαρά θέμα του κάθε ατόμου ξεχωριστά το αν θα επιλέξει να αγνοήσει τον κίνδυνο και να συνεχίσει να ζει ριψοκίνδυνα (έστω κι αν αυτό σημαίνει απλά το κάπνισμα ενός τσιγάρου) υποτιμώντας την αξία μιας πιο υγιεινής ζωής. Είναι βεβαίως αλήθεια ότι ο παράγοντας της τύχης παίζει πολύ μεγάλο ρόλο στην εξέλιξη της υγείας ενός ατόμου. Είναι επίσης αλήθεια ότι πολλοί

άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν θετικά ή αρνητικά σε αυτήν την εξέλιξη είναι αδύνατο να ελεγχθούν ικανοποιητικά, αφού κάποιος μπορεί ακόμα και να είναι άγνωστος. Παρ' όλα αυτά, για ορισμένους από τους παράγοντες που ο καθένας μπορεί να ελέγξει υπάρχουν σαφέστατες ενδείξεις ότι αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης ενός σημαντικού αριθμού νοσημάτων, και αυτές οι ενδείξεις δεν θα έπρεπε σε καμία περίπτωση να αγνοηθούν. Ο Ronald Dworkin έχει εισαγάγει τις έννοιες της 'τύχης κατ' επιλογή' (option luck) και της 'καθαρής τύχης' (brute luck), ανάλογα με το αν κανείς είναι υπεύθυνος για την τύχη του ή όχι<sup>8</sup>. Είναι όμως προφανές ότι ούτε η 'τύχη κατ' επιλογή' ούτε η 'καθαρή τύχη' μπορούν να υπάρξουν σε καθαρή μορφή, εντελώς δηλαδή ανεξάρτητη η μία από την άλλη. Εξάλλου ο Dietrich παρατηρεί ότι μία ενστικτώδης βεβαιότητα συνήθως μας πληροφορεί ως προς τις αιτίες που έχουν πραγματικά σχέση, ακόμα κι αν «συχνά δεν έχουμε αλάνθαστο ένστικτο όταν ζυγίζουμε διαφορετικούς αιτιώδεις παράγοντες»<sup>9</sup>. Με πιο απλά λόγια, μπορεί να είναι συχνά αδύνατο να απομονώσουμε ένα μόνο υπεύθυνο παράγοντα που ενεργοποιεί μία ασθένεια, αλλά οι ατομικές επιλογές που αφορούν στη συμπεριφορά του καθενός δεν πρέπει ποτέ να απαλλάσσονται λόγω αμφιβολιών.

Τα συστήματα πρόληψης δεν λειτουργούν αποτελεσματικά για πολλούς άλλους λόγους πέρα από την επιπολαιότητα του κοινού, και είναι σαφές ότι η ευθύνη δεν βαραίνει μόνο τους καταναλωτές. Οι αιτίες αυτής της μη αποτελεσματικότητας πρέπει να εξεταστούν χωριστά και δεν εμπίπτουν στον σκοπό του παρόντος άρθρου. Για παράδειγμα, το πρόχειρο φαγητό αποδεδειγμένα προκαλεί προβλήματα υγείας, υπάρχουν όμως αλυσίδες πρόχειρου φαγητού που διαφημίζουν το προϊόν τους χωρίς κανέναν περιορισμό. Ο Kilner σημειώνει ότι «η ευθύνη δεν μπορεί να αποδοθεί παρά μόνο αν αποδειχθεί ότι οι εν λόγω πράξεις έλαβαν χώρα ελεύθερα»<sup>10</sup>. Μπορεί να υποστηριχθεί ότι η διαφήμιση του πρόχειρου φαγητού επηρεάζει το βαθμό της ελευθερίας του ατόμου κατά την επιλογή της διατροφής του; Πιθανώς ναι, αλλά αυτό αποτελεί τελείως διαφορετική συζήτηση. Μπορούμε λοιπόν απλά να κάνουμε την παραδοχή ότι εμείς

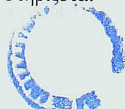
εξετάζουμε αυτόνομους και ελεύθερους ανθρώπους, που μπορούν να αναλάβουν τις ευθύνες τους χωρίς να μεταθέτουν την αιτία του κακού αποκλειστικά στην τύχη ή στο κράτος που δεν ήταν εκεί για να τους προστατέψει, ενδεχομένως απαγορεύοντας τις διαφημίσεις πρόχειρου φαγητού. Σαφώς φέρουν μερίδιο ευθύνης το κράτος και η τύχη, αλλά ένας άνθρωπος που πραγματικά αξιολογεί την αυτονομία του εξετάζει πρωτίστως τι λάθη έκανε ο ίδιος από την δική του πλευρά. Συνεπώς μπορούμε να πάρουμε ως δεδομένο ότι πράγματι, υπάρχει ευθύνη που προκύπτει από τις εκάστοτε επιλογές μας.

### **Δ) Πρέπει να χρησιμοποιηθεί ο παράγοντας της προσωπικής ευθύνης;**

Στη συνέχεια θα αναφερθούν εν συντομία ορισμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της χρησιμοποίησης του εν λόγω παράγοντα. Αυτό δεν θα οδηγήσει σε κάποιο καταληκτικό συμπέρασμα, αλλά αποσκοπεί στο να δείξει ότι η χρησιμοποίηση ή μη χρησιμοποίηση δεν είναι ένα θέμα που λύνεται τόσο απλά. Πάντως στο τέλος του άρθρου θα σημειωθεί μία περίπτωση όπου ίσως ο παράγοντας μπορεί να χρησιμοποιείται, παρ' όλη την αβεβαιότητα που επικρατεί σχετικά με το θέμα.

#### *Πλεονεκτήματα*

Οι γνώμες του κοινού φαίνεται να συγκλίνουν υπέρ της χρήσης ενός τέτοιου παράγοντα. Μια έρευνα του 2000 που αναφέρεται σε μοσχεύματα ήπατος και αλκοολικούς δίνει ποσοστό 71% της κοινής γνώμης υπέρ του παράγοντα<sup>11</sup>, ενώ μία μεταγενέστερη γενικότερη έρευνα επιβεβαιώνει ότι ο παράγοντας συνήθως λαμβάνεται υπ' όψιν<sup>12</sup>. Αυτό είναι πολύ σημαντικό, διότι η υποστήριξη του κοινού έχει πρωταρχική σημασία, και αυτή η υποστήριξη εξαρτάται ως ένα μεγάλο βαθμό από την ικανοποίηση του κοινού. Παραδείγματος χάρι, είναι αναγκαίο το να υπάρχουν όργανα για μεταμόσχευση, αλλά η προσφορά τους εξαρτάται από την θέληση του κοινού να τα δωρίσει. Συνεπώς, όλο το σύστημα των μεταμοσχεύσεων στηρίζεται





πάνω σε αυτήν την πολύ εύθραυστη βάση<sup>13</sup>. Αν υπάρξει η αίσθηση ότι αυτά τα όργανα κατανέμονται αδίκως, λιγότεροι άνθρωποι θα προθυμοποιηθούν να γίνουν δωρητές. Άρα η ικανοποίηση του κοινού αποτελεί σημαντικό πλεονέκτημα. Επιπροσθέτως, τα μέτρα της πρόληψης θα είναι πιο αποτελεσματικά αν ο κόσμος γνωρίζει ότι όσοι είναι ανεύθυνοι δεν θα έχουν ίσες ευκαιρίες για θεραπεία με αυτούς που είναι υπεύθυνοι.

Ένα άλλο πλεονέκτημα έχει να κάνει με το προσδοκώμενο όφελος. Ο George Best υπήρξε θρυλικός παίκτης των αγγλικών γηπέδων, αλλά εξίσου θρυλικές ήταν και οι επιδόσεις του στην κατανάλωση αλκοόλ. Το γεγονός αυτό τον οδήγησε σε ανάγκη μεταμόσχευσης ήπατος, η οποία πραγματοποιήθηκε με έξοδα του εθνικού συστήματος της Αγγλίας το 2002. Τόσο το γεγονός ότι βρέθηκε μόσχευμα ήπατος για τον Best, όσο και το ότι τα έξοδα καλύφθηκαν από το δημόσιο, πυροδότησαν σειρά αντιδράσεων στην Αγγλία, λόγω του γνωστού προβλήματος που είχε με τον αλκοολισμό. Σύμφωνα με τους επικριτές της απόφασης, θα έπρεπε να είχε αποκλειστεί από τη διαδικασία διότι, σε αντίθεση με άλλους, «αθώους» ασθενείς, ο Best είχε προκαλέσει ο ίδιος το πρόβλημα στον εαυτό του και το ήπαρ του, παρά τις σαφείς προειδοποιήσεις των ιατρών. Το χειρότερο όμως ήταν ότι αποδείχθηκε ατυχής επιλογή ως λήπτης ηπατικού μοσχεύματος, διότι δεν πέρασε πολύς καιρός από την επέμβαση και εντοπίστηκε να επιδίδεται εκ νέου σε κατανάλωση αλκοολούχων σκευασμάτων, κάτι που οδήγησε τελικά στον θάνατό του το 2005, περίπου δύο χρόνια μετά την επέμβαση. Η επίγνωση ότι το μόσχευμα ήπατος θα μπορούσε να είχε χρησιμοποιηθεί πολύ πιο αποτελεσματικά από έναν άλλο ασθενή που το είχε ανάγκη οδήγησε τον ιατρό που πραγματοποίησε την επέμβαση να δηλώσει ότι οι αλκοολικοί θα έπρεπε να αποκλείονται από τις λίστες υποψηφίων ληπτών, αν και αναγνώρισε ότι δεν υπάρχει προς το παρόν τρόπος πρόβλεψης όσον αφορά στο ποιος έχει πιθανότητες να συμμορφωθεί και να σταματήσει τις καταχρήσεις μετά από μία τόσο σοβαρή επέμβαση, και ποιος όχι. Αν όμως είχε χρησιμοποιηθεί ο παράγοντας της προσωπικής ευθύνης ως κριτήριο αυτό δεν θα αποτελούσε πρόβλημα, καθώς θα

αποκλείονταν από τη διαδικασία επιλογής οι υποψήφιοι των οποίων η συμπεριφορά δυσχεραίνει την θεραπεία τους ή τη μετέπειτα φροντίδα τους εις βάρος κάποιων άλλων<sup>14</sup>.

Τέλος, ένα ακόμα σημαντικό πλεονέκτημα του παράγοντα της προσωπικής ευθύνης είναι ότι δεν είναι απόλυτος. Όπως αποσαφηνίζουν οι Moss και Sieglar σχετικά με τους αλκοολικούς, δεν προτείνεται να μη λαμβάνουν ποτέ μόσχευμα ήπατος ασθενείς σε τελικά στάδια αλκοολικής ηπατοπάθειας, αλλά μάλλον να καθιερωθεί μια ειδική βαθμίδα προτεραιότητας<sup>15</sup>. Άρα ο παράγοντας δεν χρησιμοποιείται ως ένα είδος τιμωρίας για όσους ακολουθούν έκλυτο βίο: αν ορισμένα άτομα πρέπει να τιμωρούνται για τη συμπεριφορά τους υπάρχουν πιο κατάλληλοι θεσμοί από τη φροντίδα υγείας για αυτόν τον σκοπό. Θα μπορούσε όμως να θεωρηθεί ότι, αν και δεν έχει σχέση με τιμωρίες, ο παράγοντας αναφέρεται ίσως σε κάποιο είδος ανταμοιβής: είναι μια μέθοδος επιβράβευσης όσων μπορούν να απέχουν από επιβλαβείς συνήθειες, όπως αυτές ορίζονται από τη σύγχρονη ιατρική. Με αυτόν τον τρόπο αποφεύγονται επομένως όσες ενστάσεις θα μπορούσαν να υπάρχουν σχετικά με ποινές ή εκδικητικές τάσεις απέναντι στους επιπόλαιους ασθενείς. Ο παράγοντας της προσωπικής ευθύνης είναι δίκαιος επειδή δικαιώνει όσους ήταν συνετοί και συμμορφώθηκαν, και όχι επειδή τιμωρεί τους υπόλοιπους.

### *Μειονεκτήματα*

Υπάρχουν κάποιοι προβληματισμοί που ενδεχομένως μειώνουν την αξία του παράγοντα της προσωπικής ευθύνης. Είναι αλήθεια ότι ευθυνόμαστε για τις επιλογές μας, αλλά χρειάζεται να λάβουμε υπ' όψιν δύο επιπλέον στοιχεία: το πρώτο είναι ο εθισμός που σχετίζεται με πολλές από τις ανθυγιεινές συνήθειες που μας ενδιαφέρουν. Ο εθισμός είναι δύσκολο να καταπολεμηθεί και δημιουργεί πολλές αντιπαράθεσεις σχετικά με το πότε εμφανίζεται, σε ποιους, και αν αποτελεί παθολογική κατάσταση ή όχι. Για πολλούς ο εθισμός προκύπτει από μια προϋπάρχουσα φυσική ή ψυχολογική ανωμαλία<sup>16</sup>, κι έτσι πρέπει να το σκεφτόμαστε πολύ σοβαρά πριν κατηγορήσουμε για αδυναμία χαρακτήρα κάποιον που έχει εθιστεί. Το δεύτερο

στοιχείο που πρέπει να έχουμε υπ' όψιν είναι το γεγονός ότι ο άνθρωπος δεν συνδέεται με μία, ενιαία προσωπικότητα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Στο κεφαλαιώδους σημασίας έργο *Reasons and Persons*, ο Parfit προσφέρει το παράδειγμα ενός έφηβου που ξεκινάει να καπνίζει γνωρίζοντας ότι αυτό μπορεί να του προκαλέσει μεγάλα δεινά έπειτα από πενήντα χρόνια, κάτι όμως που ελάχιστα τον απασχολεί εκείνη τη στιγμή<sup>17</sup>. Και αυτό είναι απόλυτα λογικό, διότι ο εν λόγω έφηβος αδυνατεί να ταυτιστεί με το μελλοντικό του είναι, όπως και κάθε άνθρωπος που τοποθετεί τον εαυτό του σε ένα σχετικά μακρινό μέλλον. Η προσωπικότητά μας επιδέχεται διαρκών αλλαγών, σε σημείο που να μη μας επιτρέπει εύκολα να μιλάμε για το παρελθόν και το μέλλον κάποιου χωρίς να μας δημιουργείται η αίσθηση ότι αναφερόμαστε, όχι μόνο σε διαφορετικές εποχές, αλλά και σε διαφορετικούς ανθρώπους. Ο έφηβος ξεκινάει λοιπόν να καπνίζει, ακολουθεί εθισμός στη νικοτίνη, και ο εαυτός του πενήντα χρόνια μετά μπορεί να θεωρεί, δικαιολογημένα ως ένα βαθμό, ότι δεν ευθύνεται ο ίδιος για τα προβλήματα υγείας που αυτός ο εθισμός προκάλεσε: ευθύνονται οι παλιοί του εαυτοί, οι οποίοι δεν υπάρχουν πια. Όπως μία νέα κυβέρνηση παραλαμβάνει κακή κατάσταση από τους προηγούμενους, έτσι και ο ασθενής εαυτός ενός ατόμου μπορεί να κατηγορεί τους παλιούς εαυτούς του ίδιου ατόμου για το γεγονός ότι δεν διαχειρίστηκαν καλά την υγεία που του κληροδότησαν.

Ένα άλλο μειονέκτημα έχει να κάνει με τις περαιτέρω διακρίσεις που θα μπορούσαν να επακολουθήσουν έναντι ομάδων όπως οι καπνιστές και οι πότες, αν ο παράγοντας της προσωπικής ευθύνης χρησιμοποιηθεί. Ο John Harris συνδέει αυτήν την παρατήρηση με το γεγονός ότι οι πολιτικοί συνήθως είναι πρόθυμοι να ενισχύσουν ορισμένες δημοφιλείς προκαταλήψεις ενάντια σε μη δημοφιλείς ομάδες ανθρώπων<sup>18</sup>. Για παράδειγμα, το κάπνισμα και όσοι το εξασκούν δεν είναι πια σε καμία περίπτωση δημοφιλείς στις ανεπτυγμένες χώρες. Έτσι, όσο η δημοτικότητα τους θα συνεχίσει να μειώνεται, υπάρχει η ανησυχία ότι θα υπάρξει ένα γενικότερο κλίμα ρατσισμού ενάντια στην ομάδα των καπνιστών. Χρησιμοποιώντας τον παράγοντα της προσωπικής ευθύνης, ο οποίος αποτελεί καθαρή διάκριση εις βάρος

των καπνιστών, αυτό το κλίμα ρατσισμού πιθανότατα θα επισπευτεί και θα ενταθεί. Και φυσικά οι καπνιστές αποτελούν μόνο ένα παράδειγμα: υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ρατσισμού και στις περιπτώσεις όσων πίνουν λίγο παραπάνω από το κανονικό, όσων τρώνε παραπάνω με αποτέλεσμα να είναι υπέρβαροι, ή όσων αδιαφορούν για τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η φυσική άσκηση. Αν υπάρχει θέληση να καταπολεμηθεί αυτού του είδους ο ρατσισμός, τότε ο παράγοντας της προσωπικής ευθύνης δεν πρέπει να χρησιμοποιηθεί.

### **Ε) Η δυνατότητα του αναδρομικού πατερναλισμού**

Επισημώς, ο παράγοντας της προσωπικής ευθύνης δεν χρησιμοποιείται. Όπως δείχνει η παραπάνω συζήτηση, επικρατεί αβεβαιότητα σχετικά με το αν πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν ή όχι – κι έτσι δεν χρησιμοποιείται, διότι στη φροντίδα υγείας το λάθος αποτελεί μεγαλύτερο φόβητρο από την αβεβαιότητα. Επιπλέον, υπάρχουν πολλές πρακτικές δυσκολίες, όπως το πώς μπορούν να εκτιμηθούν τα ρίσκα που παίρνει κανείς ανάλογα με τις δραστηριότητές του, έτσι ώστε να του αποδοθεί η ευθύνη που του αναλογεί, ή το ποιες δραστηριότητες τελικά δεν ενέχουν κανένα κίνδυνο και μπορούν να θεωρηθούν απολύτως ασφαλείς<sup>19</sup>. Έτσι, επίσημοι φορείς, όπως για παράδειγμα η American Medical Association, δεν συγκαταλέγουν τον παράγοντα της προσωπικής ευθύνης στα κριτήρια που είναι αποδεκτά όταν εξετάζουμε ένα πρόβλημα κατανομής<sup>20</sup>. Παρ' όλα αυτά, ούτε το κοινό, ούτε οι επαγγελματίες υγείας αποδέχονται πλήρως αυτήν την αντίληψη<sup>21</sup>, αν και άλλες έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει πάντα η θέληση να προσφερθεί, ακόμα και σε όσους έχουν μεγάλο μερίδιο ευθύνης, μια 'δεύτερη ευκαιρία'<sup>22</sup>. Τι μπορεί λοιπόν να συμβεί τελικά με αυτόν τον παράγοντα;

Πιθανότατα ο παράγοντας μπορεί ενδεχομένως να χρησιμοποιηθεί μόνο όταν ικανοποιούνται τρεις προϋποθέσεις. Αρχικά, η εφαρμογή του πρέπει απαραίτητα να γίνεται σε ατομικό και όχι σε οικογενειακό επίπεδο. Αν ξεκινάμε με την ομολογουμένως δημοφιλή παραδοχή στην οποία πολλοί ερευνητές καταλήγουν, ότι δηλαδή

όλοι οι ασθενείς έχουν ίδια δικαιώματα στον τομέα της υγείας<sup>23</sup>, τότε ο παράγοντας της προσωπικής ευθύνης δεν μπορεί να διαδραματίζει οποιονδήποτε ρόλο στις αποφάσεις που λαμβάνονται. Αν όμως επικεντρωνόμαστε στον κάθε ασθενή ξεχωριστά, όπως ίσως οφείλουμε να κάνουμε, τότε η κατάσταση διαφοροποιείται – αυτό θα γίνει πιο κατανοητό στη συνέχεια. Η δεύτερη προϋπόθεση είναι να στραφούμε ενάντια σε μία παραδοχή την οποία αποδεχθήκαμε νωρίτερα, ότι δηλαδή έχουμε να κάνουμε με αυτόνομους και ελεύθερους ανθρώπους. Πραγματικά, η αυτονομία του κάθε ασθενούς είναι μία έννοια-κλειδί στη σύγχρονη φροντίδα υγείας, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι το επίπεδο αυτονομίας είναι το ίδιο για όλους. Για τη μειωμένη αυτονομία ενός ασθενή μπορεί να ευθύνονται οι επαγγελματίες υγείας ή το σύστημα γενικότερα, αλλά εδώ μας ενδιαφέρει η ευθύνη του ίδιου του ασθενούς.

Ένας αυτόνομος άνθρωπος είναι εκείνος ο οποίος μπορεί να πάρει μόνος του αποφάσεις για τη ζωή του, να αποδεχθεί την ευθύνη για αυτές, αλλά και να έχει κάποια συνέπεια στις απόψεις του. Ας εξετάσουμε και πάλι το παράδειγμα του καπνιστή. Ένας καπνιστής Α, ο οποίος διακόπτει το κάπνισμα επειδή αποφασίζει να ζήσει πιο υγιεινά, είναι συνεπής. Ένας καπνιστής Β, ο οποίος διακόπτει το κάπνισμα επειδή παρουσίασε κάποια προβλήματα υγείας που σχετίζονται με αυτό δεν είναι συνεπής, επειδή θα έπρεπε να το είχε διακόψει πριν την εμφάνιση αυτών των προβλημάτων. Και ένας καπνιστής Γ, ο οποίος έχει παρουσιάσει προβλήματα υγείας και συνεχίζει να καπνίζει, προφανώς επειδή η ευχαρίστηση μετράει για αυτόν περισσότερο από την υγεία, είναι επίσης συνεπής. Ο Α και ο Γ φαίνονται να ξέρουν τι θέλουν και να δρουν αυτόνομα, ενώ ο Β φαίνεται να έχει μια πιο πρόχειρη λογική κατά συνέπεια, αναιρεί ο ίδιος αρκετή από την αυτονομία του. Για αυτόν τον λόγο, ο παράγοντας της προσωπικής ευθύνης θα μπορούσε να έχει εφαρμογή στον καπνιστή Γ, αλλά όχι και στον Β. Στον Β θα ταίριαζε καλύτερα να υιοθετήσουμε μια στάση αναδρομικού πατερναλισμού, που αφορά στο παρελθόν και αναφέρεται στο πώς θα έπρεπε να είχαμε φερθεί απέναντι σε κάποιο άτομο, αν δεν είχαμε κάνει την παραδοχή ότι εί-

vai αυτόνομο. Αυτό σημαίνει ότι ο καπνιστής Β δεν ήταν αυτόνομος όταν κάπνιζε, αλλά εμείς δεν μπορούσαμε να το γνωρίζουμε ώστε να φερθούμε πατερναλιστικά και να του απαγορέψουμε να καπνίζει: έτσι, το μόνο που μπορούμε να κάνουμε είναι να φερθούμε πατερναλιστικά αναδρομικά, να υποθέσουμε δηλαδή ότι το κάπνισμα δεν ήταν πραγματικά αυτό που ήθελε, και να τον εξισώσουμε με τους άλλους ασθενείς που δεν έχουν ευθύνη για την κατάσταση της υγείας τους – με την απαραίτητη όμως παραδοχή ότι ο συγκεκριμένος ασθενής δεν ήταν και ούτε είναι αυτόνομος. Ο πατερναλισμός είναι μη αποδεκτός στην εποχή μας, η οποία εξυμνεί την αυτονομία όσο τίποτε άλλο, ακόμη κι αν υπάρχουν συγγραφείς που κάνουν λόγο σε ορισμένες περιπτώσεις για *επιτρεπόμενο πατερναλισμό*<sup>4</sup>. Όμως η έννοια του αναδρομικού πατερναλισμού μπορεί άνετα να χρησιμοποιηθεί, εφόσον υπάρχει η παραδοχή ότι η αυτονομία του ασθενούς δεν τίθεται πλέον ως θέμα.

Αυτό μας οδηγεί στην τρίτη προϋπόθεση που πρέπει να ικανοποιηθεί προκειμένου να χρησιμοποιηθεί ο παράγοντας της προσωπικής ευθύνης: ο αυτόνομος ασθενής πρέπει να επιβεβαιώσει προσωπικά την αυτονομία του. Δεν μπορούμε αυθαίρετα να αποφασίζουμε ποιος δρούσε αυτόνομα όταν έκανε κακό στη υγεία του και ποιος όχι. Για αυτόν τον λόγο, είναι καλύτερα να αντιμετωπίζουμε κάθε περίπτωση διλήμματος κατανομής σπάνιων πόρων ως μια διαμάχη μεταξύ δύο προσώπων, που και οι δύο θέλουν να επωφεληθούν από την κατανομή<sup>5</sup>. Αν υποθέσουμε ότι όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες είναι ισοδύναμοι και θελήσουμε να χρησιμοποιήσουμε τον παράγοντα της προσωπικής ευθύνης ως τελικό κριτήριο, μπορούμε να το κάνουμε μόνο αν ο ένας από τους δύο ασθενείς παραδεχτεί την προσωπική του ευθύνη και αποσυρθεί οικειοθελώς.

## ΣΤ) Επίλογος

Η τελευταία διαπίστωση σίγουρα φαίνεται αρχικά ουτοπική. Δεν αναμένεται σε καμία περίπτωση να χρησιμοποιηθεί εύκολα στην πράξη, ούτε καν να ληφθεί σοβαρά υπ' όψιν. Ουσιαστικά αναφέ-

ρεται σε δικαιώματα στον τομέα της υγείας, αλλά με την αρνητική έννοια, δηλαδή με την άρνηση ενός δικαιώματος. Όμως, τα δικαιώματα στην υγεία μάλλον κατασκευάζονται παρά ανακαλύπτονται<sup>26</sup>, κι έτσι φαίνεται άτοπο να απαρνεύεται κάποιος κάτι το οποίο δεν είναι βέβαιο αν υφίσταται. Ο παράγοντας της προσωπικής ευθύνης δεν φαίνεται πια να αποτελεί μέρος οποιασδήποτε πολιτικής στον χώρο της υγείας, αλλά κάτι καθαρά προσωπικό. Θα έπρεπε λοιπόν να μας ενδιαφέρει;

Μόνο προσωπικές απόψεις επιτρέπονται, και εδώ εκφράζεται η άποψη ότι θα έπρεπε. Αν κάποιος πιστεύει ότι η ανθρώπινη φύση είναι ατελής και ότι οι ανθρώπινες αδυναμίες που προκαλούν μη αυτόνομες 'κακές' συμπεριφορές δεν θα μπορέσουν ποτέ να καταπολεμηθούν, τότε δεν τίθεται θέμα χρήσης, ούτε καν συζήτησης, του παράγοντα της προσωπικής ευθύνης. Αν όμως πιστεύουμε ότι οι άνθρωποι είναι δυναμικά πιο αυτόνομοι απ' όσο φαίνονται, και ότι η εξάλειψη των αρνητικών τους συμπεριφορών εξαρτάται αποκλειστικά από τη θέλησή τους, τότε ο παράγοντας της προσωπικής ευθύνης αποκτά συγκεκριμένη αξία, διότι αποκτά αξία και η ευθύνη του κάθε ατόμου. Και έτσι, ίσως μελλοντικά να φανεί με κάποιο τρόπο χρήσιμος.

## ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1. Raanan Gillon, *Philosophical Medical Ethics*, London, John Wiley & Sons, 1986, σελ. 94.
2. Lee Berney, Moira Kelly, Len Doyal, Gene Feder, Chris Griffiths, Ian Rees Jones, «Ethical principles and the rationing of health care: a qualitative study in general practice», *British Journal of General Practice* 55 (2005), σσ. 620-625.
3. Arthur Caplan, «Equity in the selection of recipients for cardiac transplants», *Circulation* 75[1] (1987), σσ. 10-18.
4. Tom L. Beauchamp & James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics* [5th edition], New York, Oxford University Press, 2001, σελ. 227.
5. John Knowles, «The responsibility of the individual», *Daedalus* 1 (1977), σσ. 57-80.
6. Michele Crossley, «Could you please pass one of those health leaflets along?», *Social Science & Medicine* 55 (2002), σσ. 1471-1483.
7. John Knowles, *ό.π.*, σελ. 60.

8. Ronald Dworkin, «What is equality? Part 2: equality of resources», *Philosophy and Public Affairs* 10 (1981), σσ. 283-345.
9. Frank Dietrich, «Causal responsibility and rationing in medicine», *Ethical Theory and Moral Practice* 5 (2002), σσ. 113-131.
10. John F. Kilner, *Who Lives? Who Dies?*, New Haven & London, Yale University Press, 1990, σελ. 168.
11. Julie Ratcliffe, «Public preferences for the allocation of donor liver grafts for ransplantation», *Health Economics* 9 (2000), σσ. 137-148.
12. Eve Wittenberg, Sue Goldie, Baruch Fischhoff, John Graham, «Rationing decisions and individual responsibility for illness: are all lives equal?», *Medical Decision Making* 23 (2003), σσ. 194-211.
13. Arthur Caplan, *If I were a rich man could I buy a pancreas? and other essays on the ethics of health care*, Indiana University Press, 1992, σελ. 159.
14. John F. Kilner, *ό.π.*, σελ. 166.
15. A. H. Moss & M. Siegler, «Should alcoholics compete equally for liver transplantation?», *JAMA* 265 (1991), σσ. 1295-1298.
16. Jane Odgen, «Psychological theory and the creation of the risky self», *Social Science and Medicine* 40[3] (1995), σσ. 409-415.
17. Derek Parfit, *Reasons and Persons*, New York, Oxford University Press, 1984, σσ. 319-320.
18. John Harris, «Could we hold people responsible for their own adverse health?», *Journal of Contemporary Health Law and Policy* 12 (1995), σελ. 147.
19. John Harris, *The Value of Life*, London, Routledge, 2002, σελ. 223.
20. James Neuberger, David Adams, Paul MacMaster, Anita Maidment and Mark Speed, «Assessing priorities for allocation of donor liver grafts: survey of public and clinicians», *British Medical Journal* 317 (1998), σελ. 174.
21. *Ό.π.*
22. P. Fortes & E. Zoboli, «A study in the ethics of microallocation of scarce resources in health care», *Journal of Medical Ethics* 28[4], 2002, σσ. 266-270.
23. Per-Erik Liss, «Hard choices in public health: the allocation of scarce resources», *Scandinavian Journal of Public Health* 31[2] 2003, σσ. 156-157.
24. Robert Goodin, «Permissible paternalism: saving smokers from themselves», *Ethics in Practice [2nd edition]*, Hugh LaFollette, Oxford, Blackwell Publishers, 2002, σελ. 311.
25. Re'em Segev, «Well-being and fairness in the distribution of scarce health resources», *Journal of Medicine and Philosophy* 30 (2005), σσ. 231-260.
26. Tristram Engelhardt, Jr, «Allocating scarce medical resources and the availability of organ transplantation», *The New England Journal of Medicine* 311 (1984), σσ. 66-71.