സംവാദം – IX - പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ രാഷ്ട്രീയം

ഡോ. ഇ. ദിവാകരൻ

1967ൽ ആദ്യത്തെ ആധുനിക ഹോസ്പീസ് ആയ സെന്റ് ക്രിസ്റ്റോഫേഴ്സ് ഹോസ്പീസ് പ്രവർത്തനം തുടങ്ങിയെങ്കിലും 1987ൽ മാത്രമാണ് ലണ്ടനിലെ റോയൽ കോളേജ് ഓഫ് ഫിസിഷ്യൻസ്, പാലിയേറ്റീവ് മെഡിസിനെ ഒരു മെഡിക്കൽ സ്പെഷ്യാലിറ്റിയായി അംഗീകരിക്കുന്നത്. സ്വാഭാവികമായും അന്നത്തെ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ഡോക്ടർമാർ ആ തീരുമാനത്തെ അത്യന്തം ആഹ്ളാദത്തോടെയാണ് എതിരേറ്റത്. അന്നത്തെ പൊതുവായ മാനസികാവസ്ഥയ്ക്ക് വിരുദ്ധമായി ഒരു വിയോജനക്കുറിപ്പെഴുതിയത് മൈക്കേൽ കേർണി എന്ന പാലിയേറ്റീവ് ഡോക്ടറായിരുന്നു. പാലിയേറ്റീവ് മെഡിസിൻ മറ്റൊരു സ്പെഷ്യാൽറ്റി മാത്രമോ എന്ന തലക്കെട്ടിൽ അദ്ദേഹം എഴുതിയ ലേഖനത്തിൽ മറ്റു ചികിത്സാശാഖകളിൽ നിന്നും വ്യത്യസ്തമായി പാലിയേറ്റീവ് മെഡിസിനിൽ അന്തർലീനമായ മറ്റു ദൗത്യങ്ങളെക്കുറിച്ച് പ്രതിപാദിക്കുന്ന കൂട്ടത്തിൽ അദ്ദേഹം ഒരു ആശങ്ക പങ്കുവെയ്ക്കുന്നുണ്ട്. നിലവിലുള്ള ചികിത്സാസമ്പ്രദായങ്ങൾ സൃഷ്ടിച്ച ഏതൊക്കെ പ്രശ്നങ്ങളെ നേരിടാനും പരിഹരിക്കാനും വേണ്ടിയാണ് നാം ഇറങ്ങിപ്പുറപ്പെട്ടത്, അതേ ചികിത്സാസമ്പ്രദായത്തിനുതന്നെ നമ്മുടെ ആത്മാവിനെത്തന്നെ വിൽക്കലാവില്ലെ ഇത്തരമൊരു നടപടിയിലൂടെ നാം ചെയ്യുന്നത്? ഈ ഒരാശങ്കയുടെ ഉള്ളറകളിലേയ്ക്ക് പോയാൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ രാഷ്ട്രീയം വെളിവാകും. സാമ്പ്രദായിക, വൈദ്യശാസ്ത്രത്തിന്റെ അപമാനവീകരണത്തിനും, സ്ഥാപനവത്ക്കരണത്തിനുമെതിരായി ജനപക്ഷത്തുനിന്നുള്ള ചെറുത്തുനില്പിന്റെയുംപുതിയ പാത വെട്ടിത്തുറക്കലിന്റെയും ആശയങ്ങൾ പാലിയേറ്റീവ് കെയറിൽ നിലീനമാണ്.

ആരോഗ്യരംഗത്ത് പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ പ്രാധാന്യം നിസ്തർക്കമാണ്. മരിച്ചുപോകുന്നവരുടെ മൊത്തം കണക്കെടുത്താൽ നാല്പതു മുതൽ അറുപതു ശതമാനം പേർക്ക് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ആവശ്യമാണെന്നാണ് കണക്ക്. ഒരു സമയം ഏതാണ്ട് ഇരുപത് ദശലക്ഷം പേർക്ക് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ആവശ്യമാണ്. ഇവരിൽ 78 ശതമാനം പേരും ജീവിക്കുന്നത് അവികസിത രാജ്യങ്ങളിലോ, വികസ്വര രാജ്യങ്ങളിലോ ആണ്. കുട്ടികളുടെ കാര്യത്തിലാണെങ്കിൽ 98% ആവശ്യക്കാരും ഇത്തരം പിന്നോക്ക രാജ്യങ്ങളിലാണ് ജീവിക്കുന്നത്. ദുരിതം പേറുന്നവരിൽ ഏറിയ പങ്കും വിഭവശേഷി കുറഞ്ഞവരിലാണെന്നത് പ്രശ്നത്തെ കൂടുതൽ സങ്കീർണമാക്കുന്നുണ്ട്. ഇവർക്കുവേണ്ടി ആരാണ് ശബ്ദമുയർത്താൻ പോകുന്നത്? വ്യാപാര താല്പര്യങ്ങളും വ്യവസായ താല്പര്യങ്ങളും നിയന്ത്രിക്കുന്ന ആരോഗ്യപരിപാലന രംഗം ഇവരുടെ ആവശ്യങ്ങൾക്ക് വേണ്ടത്ര ശ്രദ്ധയെടുക്കാറില്ല. ഒറ്റ ഉദാഹരണം പറയാം. വേദന മാറ്റുന്നതിന് ദിവസം ആറുരൂപയ്ക്ക്നല്കാവുന്ന മൊർഫിൻ ഗുളികകൾ ഉണ്ടാക്കാൻ അധികം പേർ തയ്യാറല്ല. എന്നാൽ ദിവസം ശരാശരി ഇരുനൂറ് രൂപ ചിലവ് വരുന്ന ഫെന്റാനിൽ പാച്ച് ഉണ്ടാക്കാനും കച്ചവടം ചെയ്യാനും മരുന്നു വ്യവസായികൾ മത്സരിക്കുന്നു. മൊത്തം ചികിത്സാചെലവുകൾ പരമാവധി കുറ

യ്ക്കാൻ; ചികിത്സയുടെ ഗുണനിലവാരത്തിൽ വിട്ടുവീഴ്ച ചെയ്യാതെതന്നെ, പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന് സാധിക്കുന്നു എന്നത് തെളിയിക്കപ്പെട്ട വസ്തുതയാണ്. കൂടുതൽ ഉപയോഗിക്കുക, കൂടുതൽ ചിലവാക്കുക, കൂടുതൽ ലാഭം കൊയ്യുക എന്ന പുതുയുഗത്തിന്റെ ആസുര സങ്കല്പങ്ങൾക്ക് നേരെ എതിർദിശയിലാണ് പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ പോക്ക് എന്ന് സാരം.

വേൾഡ് ഹെൽത്ത് അസംബ്ളി 2014ൽ ഇദംപ്രഥമമായി പുറത്തിറക്കിയ അതിന്റെ ഗ്ലോബൽ റെസലൂഷനിൽ ലോകാരോഗ്യ സംഘടന അതിന്റെ അംഗരാജ്യങ്ങൾക്ക് താഴെപ്പറയുന്ന ആഹ്വാനം നല്കുകയുണ്ടായി. പ്രാഥമികാരോഗ്യ പരിപാലനത്തിലും, സാമൂഹികവും ഗൃഹകേന്ദ്രീകൃതവുമായ പരിപാലനത്തിലും ഊന്നൽ നല്കികൊണ്ടുള്ള പാലിയേറ്റീവ് കെയറിനെ ആരോഗ്യവ്യവസ്ഥയുടെ മുഖ്യഘടകമായി ജനങ്ങളിലെത്തിക്കുക എന്നതായിരുന്നു അത്. 2016ൽ ലോകാരോഗ്യ സംഘടന പുറത്തിറക്കിയ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ മാന്വലിന്റെ ആമുഖത്തിൽ പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണം ഒരു മൗലികാവകാശമാണെന്നും അതിന്റെ സാക്ഷാൽക്കാരത്തിനായി അംഗരാജ്യങ്ങൾക്കൊപ്പം പ്രവർത്തിക്കാൻ പ്രതിജ്ഞാബദ്ധരാണെന്നും പറയുകയുണ്ടായി.

കാര്യമിങ്ങനെയൊക്കെയാണെങ്കിലും പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ ലഭ്യത പരിതാപകരമാംവണ്ണം കുറവാണ്. ഇന്ത്യയിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ ലഭ്യത രണ്ടോ മൂന്നോ ശതമാനം മാത്രമാണ്. പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ആവശ്യമായവരിൽ ഏറ്റവും മുന്നിൽ നില്ക്കുന്ന ബുദ്ധിമുട്ട് വേദനയാണല്ലോ. 2011 ലെ കണക്കനുസരിച്ച് ലോകത്തിലെ 83 ശതമാനം പേരും നിവസിക്കുന്നത് വേദനാഹാരികൾ തീരെ ലഭ്യമല്ലാത്ത രാജ്യങ്ങളിലോ, വളരെ പരിമിതമായി മാത്രം ലഭിക്കുന്ന രാജ്യങ്ങളിലോ ആണ്. നമ്മുടെ രാജ്യവും ആ കൂട്ടത്തിൽ പെടുന്നു. 2015ലെ ഇക്കണോമിസ്റ്റ് ഇന്റലിജൻസ് റിപ്പോർട്ട് പ്രസിദ്ധമാണല്ലോ. മരണത്തിന്റെ ഗുണനിലവാരം സൂചികയാക്കി തയ്യാറാക്കിയ 80 രാജ്യങ്ങളുടെ പട്ടികയിൽ, നാം എത്തിയത് അറുപത്തിയേഴാം രാജ്യമായാണ്. നമ്മേക്കാൾ മോശമായി മരിക്കുന്നവരുടെ രാജ്യങ്ങൾ പതിമൂന്നെണ്ണമേയുള്ളൂ.

ഒരാശ്വാസം ആ റിപ്പോർട്ടിൽ കേരളത്തിലെ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രവർത്തനത്തെയും അത് ജീവിതത്തിന്റെയും മരണത്തിന്റെയും ഗുണനിലവാരം മെച്ചപ്പെടുത്തിയതിനെയും കാര്യമായി ശ്ളാഘിക്കുന്നുണ്ട് എന്നതാണ്.

കേരളത്തിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ എങ്ങനെ ഇത്രമാത്രം പ്രചാരമുള്ളതായി എന്നത് അന്വേഷിക്കേണ്ട വിഷയം തന്നെയാണ്. 1993ൽ കോഴിക്കോട് ആരംഭിച്ച പെയിൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സൊസൈറ്റിയുടെ പ്രവർത്തനം ഒരു പ്രസ്ഥാനമായി വളർന്നുവികസിച്ചത് രണ്ടുഘട്ടങ്ങളിലായാണ്. രണ്ടായിരത്തോടടുത്ത് നിലവിൽ വന്ന നൈബർഹുഡ് നെറ്റ്വർക്ക് ഇൻ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ (NNPC) ആണ് ആദ്യത്തേത്. രണ്ടാമത്തെതാകട്ടെ 2008ൽ കേരള സർക്കാർ പ്രഖ്യാപിച്ച പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പോളിസിയും. ചികിത്സാവിദഗ്ദ്ധരുടെ നേതൃത്വത്തിൽ കോഴിക്കോട് ആരംഭിച്ച പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രസ്ഥാനം മലപ്പുറം ജില്ലയിലെത്തിയപ്പോൾ സാധാരണക്കാരായ സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരുടെ നേതൃത്വത്തിലേയ്ക്ക് വഴിമാറിയപ്പോഴാണ് NNPC എന്ന സമൂഹാധിഷ്ഠിത പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രസ്ഥാനം രൂപം കൊണ്ടത്. ഈ ഒരു വസ്തുത ഏറെ പ്രാധാന്യമർഹിക്കുന്നു. ജനങ്ങളുടെ പ്രശ്നങ്ങൾക്ക് ജനങ്ങൾ തന്നെ പരിഹാരം കാണുന്നതിന് പ്രാപ്തരാകുന്നതോടെയാണ് അർത്ഥപൂർണമായ പരിഹാരങ്ങൾ ഉടലെടുക്കുന്നത്. NNPC യെക്കുറിച്ച് യാൻ സ്റ്റെൻസ്വാഡ് പറയുകയുണ്ടായി. **നാമെങ്ങനെ മരിക്കുന്നു എന്നത് കേവലം വൈദ്യശാസ്ത്രപരമായ പ്രശ്നം മാത്രമല്ല. അതിന് സാംസ്കാരികവും സാമൂഹ്യശാസ്ത്രപരവുമായ മാനങ്ങൾ കൂടിയുണ്ട്.** ഇന്നത്തെ വൈദ്യശാസ്ത്രത്തിലുള്ള അമിത ഊന്നൽ വേണ്ടവിധം തുലനം ചെയ്യണമെങ്കിൽ ജനങ്ങൾ ഉടമസ്ഥത ഏറ്റെടുത്തേ പറ്റൂ. അതിന് ജനങ്ങളെ ശാക്തീകരിക്കുക തന്നെ വേണം.

ഇതുതന്നെയാണ് പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ രാഷ്ട്രീയം. **ദുരിതമനുഭവിക്കുന്ന ജനങ്ങൾ ഒന്നിച്ചുചേരുകയും സ്ഥാപനവൽകൃതമായ ചികിത്സാസമ്പ്രദായങ്ങൾക്കെതിരായി സാമൂഹ്യമായ സമീപനത്തിലുള്ള ആരോഗ്യപ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ഏർപ്പെടുകയും ചെയ്യുമ്പോഴാണ് സാമൂഹികാടിസ്ഥാനത്തിലുള്ള പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സംഭവിക്കുന്നത്**. പാലിയേറ്റീവ് കെയറിലെ ഈ സാമൂഹികസമീപനത്തെക്കുറിച്ച് ജർണൽ ഓഫ് പബ്ളിക് ഹെൽത്ത് പോളിസി (JPHP- 2007- Vol.28. No.1) യിൽ പറഞ്ഞതിപ്രകാരമാണ്. അൽമാ ആറ്റ ഡിക്ളറേഷനുശേഷം 28 വർഷം കഴിഞ്ഞ് ഇതാ, പാലിയേറ്റീവ് കെയറിലെ ഈ സാമൂഹിക സമീപനം എല്ലാവർക്കും പാലിയേറ്റീവ് കെയർ എന്ന ലക്ഷ്യത്തിലെക്കെത്തിക്കുന്നു. ഈ ഒരു തന്ത്രം മറ്റു സ്ഥലങ്ങളിലേക്കും വ്യാപിപ്പിക്കുകയാണെങ്കിൽ അത് പാലിയേറ്റീവ് കെയറിനെ സാർവ്വലൗകികമാക്കുന്നതിലേക്കുള്ള സുപ്രധാന കാൽവെപ്പായിരിക്കും. ദുരിതമനുഭവിക്കുന്നവരുമായി ഐക്യപ്പെടുന്നതിന്റെ ഏറ്റവും പുതിയ മാതൃകകളാണ് ഘാനയിലും, ഗാസയിലും അഭയാർത്ഥികൾക്കിടയിൽ നടക്കുന്ന പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രവർത്തനം.

കേരളത്തിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രസ്ഥാനത്തിന്റെ രണ്ടാമത്തെ കുതിച്ചുചാട്ടം 2008ൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പോളിസി വന്നതോടെയാണ്. NNPC വഴി കേരളത്തിന്റെ വടക്കൻ ജില്ലകളിൽ സജീവമായ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പോളിസിയോടെയാണ്. രാഷ്ട്രീയമായ ഉണർവുള്ള ഒരു സിവിൽ സമൂഹവും പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പോളിസി അവതരിപ്പിച്ച ഉത്തരവാദിത്തമുള്ള സർക്കാരുമാണ് പാലിയേറ്റീവ് കെയറിനെ കേരളത്തിൽ ഇന്നത്തെ നിലയിലെത്തിച്ചത്.

ജനകീയമായ സ്വീകാര്യതയും പ്രചാരവും പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ രാഷ്ട്രീയമാനത്തെക്കുറിച്ച് ചിന്തിക്കുമ്പോൾ അല്പം വേവലാതികൾക്കും ഇടം നല്കുന്നുണ്ട്. സഹജീവികളോടുള്ള കാരുണ്യവും പ്രതിജ്ഞാബദ്ധതയും മാത്രമായിരുന്നു ആദ്യകാലത്തെ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രവർത്തകരെ പ്രചോദിപ്പിച്ചിരുന്നത്. എന്നാൽ പില്ക്കാലത്ത് മതപരവും രാഷ്ട്രീയവുമായ താല്പര്യങ്ങൾ ഈ പ്രവർത്തനത്തിലേക്ക് കടന്നുവരികയുണ്ടായി. അതെല്ലാം തന്നെ, സംഘടനയുടെ ജനാധിപത്യപരമായ ഉള്ളുറപ്പിനെ ബാധിക്കാത്തിടത്തോളം പ്രശ്നമല്ലെന്ന് വേണം വിചാരിക്കാൻ.

പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ രാഷ്ട്രീയത്തെക്കുറിച്ച് ചിന്തിക്കുമ്പോൾ ഏറ്റവും ആശാവഹമായി തോന്നുന്നത് അതിന്റെ നിർമിതിയിൽത്തന്നെ ഉൾച്ചേർന്നിട്ടുള്ള (built in) സമവായത്തിന്റെ സമീപനമാണ്. രോഗിയുടെ പരിചരണത്തിലേർപ്പെട്ടിട്ടുള്ള വിവിധങ്ങളായ സാങ്കേതികവിദഗ്ദ്ധരുമായും, ഏജൻസികളുമായും, ഇടപെടുകയും രോഗിയുടെ നന്മ എന്ന കേന്ദ്ര പ്രമേയത്തിലേക്ക് എല്ലാപ്രവർത്തനങ്ങളെയും ഏകോപിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുക എന്നതാണല്ലോ പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ രീതി. മതങ്ങളും, രാഷ്ട്രീയ പാർട്ടികളും അവരവരുടെതായ ഒറ്റത്തുരുത്തുകളിൽ (silos) നില്ക്കുകയും പരസ്പരം പോരടിക്കുകയും ചെയ്യുമ്പോൾ ഈ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സമീപനം ആശാവഹമായ സാദ്ധ്യതകൾ തുറക്കുന്നുണ്ട്.