

ΘΕΛΟΥΜΕ ΚΙ ΑΛΛΕΣ ΜΕΘ, ΓΙΑΤΙ ΕΙΧΑΜΕ ΛΙΓΕΣ:

ΙΣΤΟΡΙΑ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΕΝΟΣ ΒΑΘΙΑ ΠΡΟΛΕΤΑΡΙΑΚΟΥ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Η θεραπεία όλων των ασθενών είναι αδύνατη·
όμως η πρόβλεψη του ποιος ασθενής θα πεθάνει και ποιος θα ανανήψει,
θα προστατεύσει τον ιατρό από την απόδοση ευθυνών (...)
Ιπποκράτης¹

Τι θαυμαστή περίοδος ο περασμένος Μάρτης! Εκεί που εμείς προσπαθούσαμε να συνέλθουμε από τις σφαλιάρες μπας και ανοίξουμε το στόμα μας, αντιληφθήκαμε ότι ένα σωρό άλλοι ήξεραν πολύ καλά τι να πουν και τι να κάνουν! Επιδεικνύοντας τα γνωστά και από άλλες περιστάσεις οξύτατα αντανάκλαστικά του, το ριζοσπαστικό αντικαπιταλιστικό κίνημα άρχισε να ζητάει εν χορώ «κι άλλες ΜΕΘ», «κι άλλα τεστ», «κι άλλους γιατρούς» και πάει λέγοντας. Κυρίως απ' το ίντερνετ, αλλά βγάζανε και κάτι σάπια τρικακία.

Προβληματιστήκαμε σφοδρά.

- Ρε μαλάκες, ξέρετε εσείς τι σκατά είναι αυτό το «ΜΕΘ»;
- Ναι αμέ, έχω δει το Breaking Bad δύο φορές.
- Εγώ είχα πάρει μια φορά, αλλά μετά έμπλεξα με τα πολιτικά και δεν επανέλαβα.
- Όχι ρε, αυτοί κάτι ξέρουν που δεν ξέρουμε! Κοίτα εδώ: συγκρίνουν μπάτσους κατά κεφαλή με ΜΕΘ κατά κεφαλή – έχουν βρει και στοιχεία!
- Δεν ξέρω, μου φαίνεται έχουμε καταντήσει εντελώς εκτός τόπου και χρόνου. Μήπως να διαβάσουμε Ντόνα Χάραγουεϊ;
- Πω ρε φίλε, όχι Ντόνα Χάραγουεϊ! Μήπως καλύτερα να το διαλύσουμε;
- Και πότε διαλύθηκε κάτι στα Εξάρχεια επειδή είχε καταντήσει εκτός τόπου και χρόνου;
- Καλά λες! Ας κάνουμε ότι δεν τρέχει τίποτα.

Ενώ όμως εμείς κάναμε ότι δεν τρέχει τίποτα, οι καιροί δεν σταμάτησαν να προσφέρουν γνώση σε όποιον επιδιώκει τέτοιο πράγμα. Για παράδειγμα, εμπεδώσαμε για τα καλά ότι τα μέλη των αριστερών οργανώσεων σπανίως γνωρίζουν τι ακριβώς περιλαμβάνεται στα αιτήματα που με άγνωστο τρόπο βρίσκονται να υιοθετούν. Επίσης εμπεδώσαμε ότι, αντιθέτως, η ηγεσία των αριστερών οργανώσεων, χάρη στην εγγύτητα με το κράτος, γνωρίζει επακριβώς τη σημασία των αιτημάτων.² Και καθώς εμπεδώναμε, η ταυτόχρονη ανακάλυψη της «ΜΕΘ» από πληθώρα αντικαπιταλιστών, έπαψε να μας προκαλεί έκπληξη, κι έγινε η απαρχή μιας γνώσης.

Παρακάτω θα αντιμετωπίσουμε τη «ΜΕΘ» ως χώρο εργασίας, οπότε θα ανακαλύψουμε τα εξής:

i. Η λεγόμενη «ΜΕΘ» είναι μια παραπλανητική ονομασία. Δεν πρόκειται για σύστημα που «θεραπεύει», αλλά για σύστημα διατήρησης στη ζωή με το ζόρι. Η «ΜΕΘ» είναι ένα σύστημα οργάνωσης του θανάτου. Το «εντατική», αντιθέτως, δεν είναι καθόλου παραπλανητικό.

ii. Η καινοτομία της «ΜΕΘ» δεν εντοπίζεται στο πεδίο της τεχνικής, αλλά στο πεδίο της πολιτικής και της οργάνωσης της εργασίας. Η καινοτόμος (και πολύ κείνσιανή) ιδέα ήταν ότι μπορεί κανείς να οργανώσει συστηματικά τον θάνατο εντός του νοσοκομειακού συστήματος και ότι αυτό μπορεί να είναι παραγωγικό με πληθώρα τρόπων.

iii. Η οργάνωση του θανάτου εντός «ΜΕΘ» επιτελείται καθημερινά ακολουθώντας άρρητους κανόνες που διέπουν την «κανονική λειτουργία» της «ΜΕΘ». Αυτοί οι άρρητοι κανόνες προκύπτουν από επίσης άρρητους λογαριασμούς των «ιατρών», που κάθε μέρα λογαριάζουν ατομικά συμφέροντα, κρατικές πολιτικές και ποινικές ευθύνες και εγγράφουν αυτούς τους υπολογισμούς τους στην οργάνωση της εργασίας και τις μηχανές της «ΜΕΘ».

iv. Τα υψηλά ποσοστά «θανάτων» και «κατηλειμμένων κλινών» στις ΜΕΘ, δεν

προκύπτουν από την «οξύτητα των υγειονομικών προκλήσεων». Αντιθέτως, προκύπτουν από την ευκολία με την οποία οι γιατροί αποφασίζουν τη διασωλήνωση, δηλαδή από όλους τους άρρητους λογαριασμούς της «ΜΕΘ» και τα εκάστοτε εξαγόμενά τους. Ή αλλιώς, από την ιστορική συγκυρία και τις καπιταλιστικές απαιτήσεις. Αυτή η παρατήρηση αποδεικνύεται ιδιαίτερος σημαντική για την Ελλάδα του 2020 και την κατανόηση της προέλευσης των αριστερών αιτημάτων.

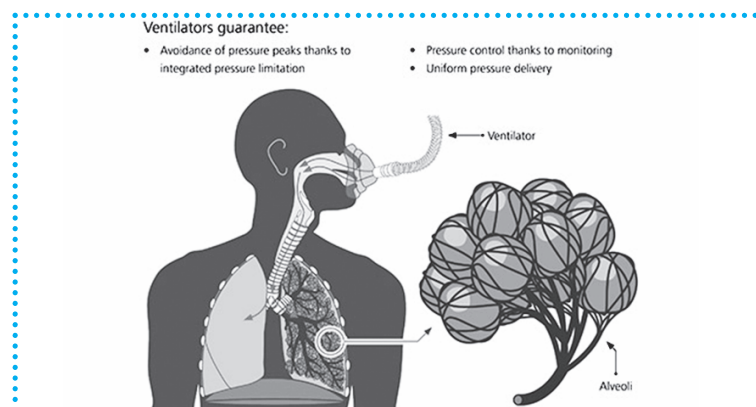
v. Άλλα δευτερεύοντα, όπως ότι η παραγωγή του SEAT Leon εγκαταλείφθηκε ώστε να σωθούν ανθρώπινες ζωές, ότι υπάρχουν λόγοι που η Ελλάδα δεν διαθέτει αυτοκινητοβιομηχανία και ότι ο Νταρθ Βέιντερ είναι μάλλον αριστερός.

Θα ξεκινήσουμε από τις μηχανές.

ΠΟΥ ΜΠΑΙΝΟΥΝ ΤΑ ΣΩΛΗΝΑΚΙΑ: ΚΑΘΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΕΧΕΙ ΜΙΑ ΥΛΙΚΗ ΟΨΗ

Όπως καταλαβαίνετε, εμείς ειδικοί δεν είμαστε για να ξέρουμε από τέτοια πράγματα. Όμως, στην κατάσταση που βρίσκονται οι αιτούντες ΜΕΘ, ό,τι μαλακία και να πεις, σίγουρα θα είναι κάτι παραπάνω από όσα ξέρουν οι αιτούντες ΜΕΘ. Οπότε πήγαμε στη Wikipedia και γράψαμε «ΜΕΘ».³

Η «ΜΕΘ», που λέτε, είναι ένα κυκλοφοριακό σύστημα που περιλαμβάνει μηχανές, ένα ανθρώπινο σώμα, και σωλήνες που συνδέουν τις μηχανές με το ανθρώπινο σώμα. Το κεντρικό μηχανήμα εδώ είναι ο αναπνευστήρας [ventilator]. Ο αναπνευστήρας είναι μια αντλία αέρα που χρησιμεύει για να κυκλοφορεί αέρα κατευθείαν μέσα στα πνευμόνια και μετά να τον εξάγει. Προσομοιώνει την αναπνοή με μηχανικό τρόπο, καθιστά δηλαδή την αναπνοή αναγκαστική. Για να φέρει εις πέρας αυτό το επίτευγμα, ο αναπνευστήρας πρέπει να συνδεθεί κατευθείαν με τον πνεύμονα, προφανώς χρησιμοποιώντας ένα σωλήνα. Αυτός λέγεται «ενδοτραχειακός σωλήνας» και συνδέεται όπως φαίνεται στο παρακάτω σχέδιο.



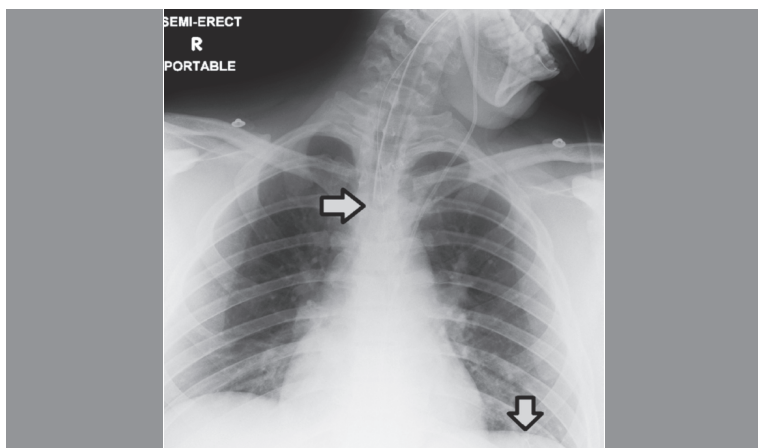
Ο σωλήνας εισέρχεται στον πνεύμονα μέσω της τραχείας χρησιμοποιώντας ένα πανέμορφο αεροδυναμικό εργαλείο που λέγεται «λαρυγγοσκόπιο» ή μια διαδικασία που λέγεται «τραχειοτομή», και δεν θα κάνουμε τον κόπο να τα περιγράψουμε εδώ γιατί δεν είμαστε περιοδικό με ιστορίες τρόμου. Αλλά ο ενδοτραχειακός σωλήνας δεν είναι ο μοναδικός που βρίσκουμε στην εντατική. Πράγματι, αφού η βασική επιδίωξη εξασφαλίστηκε και ο ασθενής συνεχίζει να

αναπνέει με το ζόρι για το χρονικό διάστημα που θα επιλέξουμε, θα πρέπει επίσης να εξασφαλίσουμε ότι ο ασθενής θα κάνει και τα υπόλοιπα βασικά, δηλαδή θα τρώει και θα χέζει, με τη μορφή και το περιεχόμενο που θα επιλέξουμε.

Το φαΐ και το χέσιμο εξασφαλίζονται με –τι άλλο;- επιπλέον σωλήνες! Για το φαΐ χρησιμοποιείται ο «ρινογαστρικός σωλήνας», δηλαδή ένας σωλήνας που εισέρχεται από τη μύτη και καταλήγει κατευθείαν στο στομάχι. Η διαδικασία είναι εξόχως επιστημονική:

[Αφού ο σωλήνας μετρηθεί στο κατάλληλο μήκος] εισέρχεται από τη μύτη και κατέρχεται από το λαιμό. Καθώς εισέρχεται στον ορθοφάρυγγα και κυλύεται στο οπίσθιο φάρυγγικό τοίχωμα, ο ασθενής ενδέχεται να αναγουλιάσει· σε αυτή την περίπτωση, εφόσον ο ασθενής διατηρεί τις αισθήσεις του, τού ζητείται να μιμηθεί την κατάποση, ή του δίνεται λίγο νερό με καλαμάκι, οπότε ο σωλήνας συνεχίζει να εισέρχεται. Άπαξ και ο σωλήνας περάσει τον φάρυγγα και εισέλθει στον οισοφάγο, κατέρχεται εύκολα στο στομάχι.⁴

Το δέσιμο του «ρινογαστρικού σωλήνα» στη θέση του για να μην έχουμε άλλα, καθώς και η εξασφάλιση ότι ο σωλήνας δεν θα χωθεί κατά λάθος στον πνεύμονα, είναι ξεχωριστές διαδικασίες που χρησιμοποιούν επιπλέον συσκευές, αλλά δεν θα υπεισέλθουμε, πηγαίνετε να δείτε μόνες σας. Σε κάθε περίπτωση πάντως, έπειτα από την εισαγωγή των δύο βασικών σωλήνων, το πράγμα καταλήγει κάπως έτσι:



Αυτή είναι μια ακτινογραφία, δηλαδή μια ουδέτερη απεικόνιση ιδιαίτερως φορτισμένων συναισθηματικά διαδικασιών. Ας έχουμε πάντως υπ' όψη ότι η ιστορία του «ρινογαστρικού σωλήνα» είναι αρκετά περίπλοκη ώστε να επιτρέψει σε όσους αμφισβητούν την αποτελεσματικότητα των οδηγιών του ΠΟΥ να προσφύγουν κατά βούληση στον λαϊκισμό. Γιατί πρόκειται ακριβώς για τη μέθοδο που χρησιμοποιείται, εδώ και περίπου έναν αιώνα, για την αναγκαστική σίτιση των απεργών πείνας.



Εδώ, για παράδειγμα, απεικονίζεται η αναγκαστική σίτιση συλληφθείσας σουφραζέτας στις αρχές του περασμένου αιώνα. Όπως βλέπουμε, το υποκείμενο διατηρεί τις αισθήσεις του, ενδέχεται όμως κάποια βασικά δικαιώματα να παραβιάζονται, γι' αυτό και παρίστανται ειδικοί™, οι οποίοι φοράνε τήβενο, ώστε να καταλαβαίνουμε αμέσως ότι είναι ειδικοί™ οπότε θέλουν το καλό μας. Έτσι, από τη μια δηλώνεται κάποιου είδους νομική αυθεντία που εξασφαλίζει ότι η φάση με τα δικαιώματα είναι κομπλέ, και από την άλλη, επίλεκτοι τηβενοφόροι

μπορούν άμα λάχει να βοηθήσουν και στο κράτημα των ποδιών.⁵ Σε κάθε περίπτωση, η αρχή λειτουργίας του ρινογαστρικού σωλήνα παραμένει η αυτή, δηλαδή «πρέπει η τροφή να περιέχεται σε δοχείο που βρίσκεται ψηλότερα από το στομάχι».⁶ Όπως εύκολα καταλαβαίνουμε, ο ρινογαστρικός σωλήνας είναι η εφεύρεση που απάλλαξε τους ειδικούς™ από τον κίνδυνο του δαγκώματος.

Πού ήμασταν όμως; Α να! Αφού εξασφαλίσουμε ότι το υποκείμενο θα αναπνέει και θα τρώει ό,τι και όπως θέλουμε, πρέπει να εξασφαλιστεί και το χέσιμο, το κατούρημα, η αναρρόφηση του εμετού μέσω δεύτερης αντλίας, και βεβαίως η χορήγηση επιπλέον ενδοφλέβιων φαρμάκων, που στοχεύουν στη «μείωση του πόνου και στην πρόληψη δευτερευουσών λοιμώξεων».⁷ Δίχως να είμαστε ειδικοί δηλαδή, μπορούμε να μετρήσουμε τουλάχιστον έξι σωλήνες, καθένας από τους οποίους έχει τον ειδικό του, τον πόνο του, το μηχανήμα του, και βεβαίως τις παρενέργειές του. Για παράδειγμα, στις παρενέργειες του αγαπημένου μας «ρινογαστρικού σωλήνα» βρίσκουμε τον πονόλαιμο, τη ρινορραγία, τη φλεγμονή στη μύτη που δημιουργεί μύξες (που χρειάζονται άλλη αντλία), τη διάτρηση του οισοφάγου, την πνευμονική κατάρρευση και πάει λέγοντας.⁸ Το όλο πράγμα απεικονίζεται πάντα με πολύ τακτικό τρόπο, ως εξής:



Σε ετούτη εδώ τη φωτογραφία, μια νοσοκόμα του αμερικανικού στρατού σώζει παιδάκι από το θάνατο μέσω «ΜΕΘ» - στη Βαγδάτη. Βέβαια, αν οι εργοδότες αυτής της καλοντυμένης νοσοκόμας δεν είχαν ζηγήθει έτσι όπως ζηγήθηκαν στη Βαγδάτη, ίσως το παιδάκι να μη χρειαζόταν «ΜΕΘ». Αλλά αυτά είναι προβληματισμοί που μόνο σε κομμουνιστές αρμόζουν· στις βασικές επιδιώξεις του αμερικανικού στρατού συγκαταλέγεται να μη χαθεί καμιά ανθρώπινη ζωή, τελεία και παύλα, ιδού και τα τεκμήρια.

Οπότε κάτι καταλαβαίνουμε ήδη, ε; Πρώτον, το απλό ακρωνύμιο «ΜΕΘ» κρύβει πίσω του μηχανές επί μηχανών, σωλήνες επί σωλήνων, περιπλοκές επί περιπλοκών και ειδικούς επί ειδικών. Δεύτερον, το όλο πράγμα καθόλου δεν έχει να κάνει με «θεραπεία», αντιθέτως η κεντρική ιδέα είναι η διατήρηση στη ζωή με το ζόρι -κι από «θεραπεία», ό,τι καταφέρει μόνος του ο ετοιμοθάνατος. Τρίτον, αυτοί που οκτώ μήνες τώρα ζητάνε «περισσότερες ΜΕΘ», ιδέα δεν έχουν για όλα τούτα, ή αν έχουν ιδέα, σίγουρα δεν κάνουν τον κόπο να τη γράψουν και στις προκηρύξεις τους ώστε να τη μάθει και το πόπολο. Τέταρτον και σημαντικότερο όμως: όταν περίπλοκες εργασιακές διαδικασίες και μηχανές κρύβονται πίσω από τρία γράμματα, όταν εμπολέμες ιστορίες κρύβονται πίσω από φωτογραφίες μηχανημάτων και νοσοκόμων με στολή παραλλαγής, σίγουρα υπάρχουν πολλά περισσότερα να κρυφτούν, και κάποιοι έχουν συμφέρον να τα κρύψουν. Συνωμοσιολογία καλές μας συντροφίσσες! Το αγαπημένο μας σπορ!

Και μιας και είναι να εισέλθουμε στη συνωμοσιολογία, ας μας επιτραπεί να προσφύγουμε στον μέγιστο των συνωμοσιολόγων, δηλαδή τον Κάρολο Μαρξ. Αυτός μας έμαθε ότι οι καπιταλιστικές κοινωνίες είναι οργανωμένες γύρω από μια μαγική αντίληψη σύμφωνα με την οποία οι σχέσεις μεταξύ ανθρώπων εννοούνται ως σχέσεις μεταξύ πραγμάτων, και ότι αυτό δεν είναι «ιδεολογία», αλλά επιτελείται μέσω της καθημερινής κοινωνικής πρακτικής.⁹ Στην περίπτωσή μας, αυτό εφαρμόζεται αντιστρόφως ως εξής: οι μηχανές (τα πράγματα) δεν υπάρχουν μόνες τους. Αντιθέτως, οι μηχανές βρίσκονται μέσα σε χώρους εργασίας. Μέσα στους χώρους εργασίας βρίσκουμε κοινωνικές σχέσεις, συμφέροντα, εξουσία και ιστορία. Αυτά, οι κοινωνικές σχέσεις, η εξουσία και η ιστορία, κατασκευάζουν τις μηχανές, τόσο σίγουρα όσο και οι μηχανουργοί. Οπλισμένες με αυτή την εντελώς συνωμοσιολογική αντίληψη, μπορούμε τώρα να παρατήσουμε τις τεχνικές περιγραφές, και να εισέλθουμε σε μια σύντομη τεχνοκοινωνική ιστορία της ΜΕΘ (άλα τις!).

ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ, ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΕΣ, ΚΑΙ ΆΛΛΕΣ ΠΑΡΑΞΕΝΕΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΜΠΑΡΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ.

Το λοιπόν, η μπάρα της γνώσης απαντάει τα πάντα. Το πρόβλημα είναι ότι πρέπει και να ξέρεις τι να ρωτήσεις. Για παράδειγμα, σε αυτό το περιοδικό έχουμε τη γνώμη ότι η κρατική διαχείριση του «ιού» είναι διαχείριση του διακρατικού ανταγωνισμού και του ταξικού πολέμου. Επιπλέον, κατά τη συγγραφή ετούτου του κειμένου, μάθαμε ότι στο επίκεντρο της ΜΕΘ βρίσκεται ένα μηχανήμα που λέγεται «αναπνευστήρας» [ventilator]. Ο «αναπνευστήρας» μάς φάνηκε σαν κάτι που θα μπορούσε να κατασκευαστεί από μια αυτοκινητοβιομηχανία. Ξέραμε επίσης ότι, μετά που συναχώθηκαν οι νυχτερίδες, οι εθνικές αυτοκινητοβιομηχανίες είχαν κάτι προβληματάκια λόγω της «θραύσης των εφοδιαστικών αλυσίδων».

Οπότε γράψαμε στη μπάρα της γνώσης «ventilators automobile industry».

Ε, δεν ξέρουμε αν εκπλήσσεστε, αλλά αμέσως μετά το νυχτεριδοσυνάχι, οι εθνικές αυτοκινητοβιομηχανίες του πλανήτη ολόκληρου, τροφοδοτήθηκαν με κρατικό χρήμα και άρχισαν να φτιάχνουν «αναπνευστήρες» σαν να μην υπήρχε αύριο.²⁹ Στην εμπροσθοφυλακή βρέθηκαν οι Ιταλικές αυτοκινητοβιομηχανίες, αλλά άλλοι ενδιαφερόμενοι ακολούθησαν άμεσα.³⁰ Στις ΗΠΑ, ας πούμε, ο (υποτίθεται αναισθητός σε θέματα ιώσεων) πρόεδρος Τραμπ αποφάσισε, ήδη από τον Απρίλη, να επικαλεστεί τη «νομοθεσία αμυντικής παραγωγής» που είχε ξεμείνει από τον Πόλεμο της Κορέας για να διοχετεύσει κρατικό χρήμα προς τις αμερικανικές αυτοκινητοβιομηχανίες. Κατά συνέπεια, η Ford και η General Motors, έστρεψαν την παραγωγή τους «από τα φορτηγάκια στις αναπνευστικές μηχανές».³¹ Ειδικά η General Motors, χρειάστηκε μόλις ένα μήνα για να περάσει «από ένα αναγνωριστικό τηλεφώνημα, στην παραγωγή σωτήριας τεχνολογίας για τις ανάγκες των ιατρικών ηρώων της πρώτης γραμμής». Στο τέλος παρήγαγε έναν αναπνευστήρα κάθε επτά λεπτά.³²

Οπότε, όπως καταλαβαίνετε, επειδή κάθε «σωτήρια τεχνολογία» σε κάποιο πνευμόνι πρέπει να χώσει το σωλήνα της, είναι πολύ πιθανόν το ποσοστό μάταιης διασωλήνωσης και μαζί οι νεκροί διασωληνωμένοι στις ΗΠΑ να μην είναι πια αυτό που ήταν το 1989. Η Ελλάδα από την άλλη, είναι μια χώρα δίχως εθνική αυτοκινητοβιομηχανία για να χρηματοδοτηθεί με κρατικό χρήμα, και με ελάχιστη διάθεση να χρηματοδοτήσει τις αυτοκινητοβιομηχανίες των άλλων, εκτός κι αν στάξει κάτι η κυρία Μέρκελ. Οπότε, μέχρι την εξασφάλιση σχετικής ευρωπαϊκής χρηματοδότησης, θα χρησιμοποιούμε τους σωληνες που ήδη έχουμε και η δίψα για αναπνευστήρα θα περιορίζεται βασικά στο ρητορικό επίπεδο, αναγκάζοντας τον κύριο Γεραπετρίτη να προσφεύγει, απηυδησμένος, σε παράξενα επιχειρήματα.



Στη φωτογραφία, γραμμή παραγωγής της SEAT/Volkswagen που κατασκευάζει αναπνευστήρες. Εκεί προηγουμένως κατασκευαζόταν το SEAT Leon, που προφανώς δεν χρειάζεται πλέον να κατασκευαστεί. Στη συναρμολόγηση χρησιμοποιούνταν τα μοτέρ των υαλοκαθαριστήρων, που φαίνεται πως είχαν περισσέψει. Βέβαια, τη σήμερον ημέρα ο σοβαρός αναπνευστήρας έχει και κομπιούτερ πάνω, και κοστίζει περισσότερο από ένα αυτοκίνητο, οπότε το πράγμα χρειάζεται περισσότερο ψάξιμο. Επόμενη αναζήτηση «ventilator assembly line».³³

ΜΗΧΑΝΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ: ΚΑΘΕ ΜΗΧΑΝΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΖΕΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Η «Μονάδα Εντατικής Θεραπείας» δεν ήταν ακριβώς μια «εφεύρεση». Ήταν περισσότερο μια επίκαιρη ιδέα και ένα τόλμημα. Δείτε το: το 1953, κάποιος Bjorn Aage Ibsen εγκατέστησε την πρώτη «ΜΕΘ» στη Δανία εν μέσω κύματος επιδημίας πολιομυελίτιδας. Το 1955, κάποιος William Mosenthal μετέφερε την ιδέα στις ΗΠΑ. Όπως είδαμε προηγουμένως, τα χρησιμοποιούμενα μηχανήματα και οι μέθοδοι υπήρχαν ήδη: αντλίες αναγκαστικής αναπνοής και πώς να τις συνδέσεις με τον πνεύμονα, σωλήνες αναγκαστικής διατροφής και πώς να τους συνδέσεις με το στομάχι, όλα αυτά ήταν ήδη γνωστά και είχαν ήδη τις εφαρμογές τους, όπως είδαμε με το παράδειγμα της αναγκαστικής σίτισης απεργών πείνας.

Πράγματι, η «εφεύρεση», αν υπήρχε κάποια, είναι καλύτερα κατανοητή αν περιγραφεί με τον τρόπο που βρίσκουμε σε μια πρόσφατη βιογραφία ενός από τους πρωτοπόρους:

η [απλή] ιδέα [ήταν] να συγκεντρωθούν οι βαρύτερα ασθενείς ενός νοσοκομείου σε ένα τόπο και επίσης να επικεντρωθούν εκεί οι νοσοκομειακοί πόροι.¹⁰

Από αυτή τη σκοπιά, δηλαδή τη σκοπιά της οργάνωσης της εργασίας, φαίνεται ότι η «απλή ιδέα» της «συγκέντρωσης των βαρύτερα ασθενών και της επικέντρωσης των πόρων», δεν ήταν και τόσο «απλή»· εμπειρείχε περίπλοκους και άρρητους πολιτικούς λογαριασμούς. (α) Μέσα σε κάθε νοσοκομείο υπάρχουν «βαριά ασθενείς», δηλαδή εδώ που τα λέμε ετοιμοθάνατοι. (β) Ως τώρα αφήναμε αυτούς τους ετοιμοθάνατους να πεθάνουν ησύχως και διάσπαρτοι μέσα στο νοσοκομείο· μέγα λάθος! Διότι, ακριβώς επειδή είναι ετοιμοθάνατοι, μπορούν να υποστούν ειδική, ή για να το πούμε αλλιώς, «εντατική» μεταχείριση. (γ) Αν αυτοί οι ετοιμοθάνατοι συγκεντρωθούν σε ένα τόπο και μετατραπούν σε ειδική κατηγορία, ο θάνατος, από αναπόφευκτο γεγονός, μπορεί να μετατραπεί σε πρόβλημα προς επίλυση (δ) Ακριβώς λόγω «της αξίας της ανθρώπινης ζωής», ο θάνατος-ως-επιλύσιμο-πρόβλημα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν ρητορικό επιχείρημα, ώστε να «επικεντρωθούν πόροι» (δ) Εδώ που τα λέμε, μπορούμε να εξασφαλίσουμε όσους πόρους θέλουμε και να κάνουμε στους ετοιμοθάνατους ό,τι θέλουμε· το επιχείρημά μας είναι πανίσχυρο: ούτως ή άλλως, χωρίς αυτό που θα τους κάνουμε, θα πεθάνουν. (ε) Αυτό το τμήμα παραγωγής θανάτου θα είναι και πεδίο παραγωγής εξουσίας. Και όσο πιο πιθανός ο θάνατος, όσο πιο απευκαίσιος, τόσο μεγαλύτερη η εξουσία.

Η «εφεύρεση» της «ΜΕΘ» δεν περιελάμβανε ιδιαίτερα εντυπωσιακές τεχνικές καινοτομίες. Αντιθέτως, ήταν εξαιρετικά καινοτόμος με πολιτικό τρόπο. Ήταν η ιδέα ότι εντός ενός νοσοκομείου μπορεί και πρέπει να δημιουργηθούν πραγματικοί χώροι που θα ασχολούνται συγκεκριμένα με την οργάνωση του θανάτου ως πρόβλημα και ως κοινωνικό γεγονός. Εντός τέτοιων πεδίων έκτακτης ανάγκης, οι μέθοδοι, οι αντιλήψεις, και το επίπεδο ανάλυσης πόρων που συνήθως απαγορεύονται για ηθικούς, οικονομικούς και πολιτικούς λόγους, θα καθίσταντο νόμιμα.

Φυσικά, ο άρχων αυτού του πεδίου έκτακτης ανάγκης ήταν και ο εφευρέτης του. Ο «ιατρός», ο εξ ορισμού άρχων της ζωής και του θανάτου, αποκτούσε τον ύστατο θρόνο του και τον ύστατο ρόλο του: επιστάτης σε εργοστάσιο παραγωγής θανάτου, όπου ο θάνατος εννοείτο, όχι πια ως αμετάκλητο και αναπόφευκτο γεγονός, αλλά ως πρόβλημα προς επίλυση· δηλαδή ως εργασιακή διαδικασία και μηχανές, ως συναισθήματα και ρητορική, ως καταναγκασμοί και εξουσία. Ο θάνατος ως παραγωγική διαδικασία – αυτή ήταν η πραγματική εφεύρεση.

Οι μηχανές που περιγράψαμε στην προηγούμενη ενότητα είναι κάπως παράξενες. Γιατί είναι μηχανές προορισμένες να λειτουργήσουν εντός αυτού του εργοστασίου οργάνωσης του θανάτου. Και αυτό δεν φαίνεται μόνο στην ωμή βία που βρίσκεται εγγεγραμμένη στον υλικό τους σχεδιασμό. Πολύ περισσότερο φαίνεται στη λειτουργία και τους στόχους τους: αναγκαστική αναπνοή, αναγκαστική σίτιση, αναγκαστικό χέσιμο· δεν είναι μηχανές που «θεραπεύουν εντατικά» ετούτες εδώ. Είναι μηχανές προορισμένες να παρατείνουν τη ζωή με το ζόρι. Και να διακόψουν τη ζωή κατά βούληση.

Ως τώρα βέβαια, μέيناμε στη μικροκλίμακα της «ΜΕΘ», στην όψη της ως οργάνωση της ιατρικής εξουσίας. Το όλο πράγμα όμως διέθετε και ευρύτερες

όψεις, που διακρίνονται καλύτερα αν στραφούμε στη συγκεκριμένη ιστορική συγκυρία εντός της οποίας όλα αυτά τα όμορφα μπήκαν σε κίνηση. Ήταν το σωτήριο έτος 1953 – δηλαδή οι απαρχές του κείνσιανού ψυχροπολεμικού κόσμου. Εδώ όπου οι «κρατικές δαπάνες» γίνονταν αντιληπτές ως «μπουκάλια με λεφτά θαμμένα σε ανθρακωρυχεία». Εδώ όπου τα πρώτα «Εθνικά Συστήματα Δημόσιας Υγείας» στήνονταν, όχι μόνο ως τόποι θεραπείας και εξουσίας, αλλά και ως τόποι κρατικής μακροοικονομικής παρέμβασης στην εθνική εκμετάλλευση της εργασίας¹¹. Εντός αυτού του περιβάλλοντος, οι εφευρέτες της «ΜΕΘ» πρότειναν μια σημαντική προσθήκη: την ιδέα ότι «η ζωή», συνεπώς και οι κρατικές δαπάνες «για τη ζωή», είναι ηθικό, επιθυμητό, και τεχνικά εφικτό, να παρατείνονται και να μεγενθύνονται κατά βούληση. Αρκεί βέβαια να αδιαφορήσουμε για το τι ακριβώς «ζωή» είναι αυτή που προκύπτει. Έτσι είναι οι μεγάλες εφευρέσεις: συνδυάζουν ατομικά και κρατικά συμφέροντα και εισέρχονται στους καιρούς τους σαν το σπαθί στο θηκάρι του.

Μέχρι στιγμής δείξαμε ότι η «Μονάδα Εντατικής Θεραπείας» αναδύθηκε ως εργοστάσιο οργάνωσης και παραγωγής του θανάτου. Δείξαμε ότι αναδύθηκε εντός ενός συγκεκριμένου κοινωνικού και οικονομικού καθεστώτος. Επίσης δείξαμε με ποιο τρόπο ήταν «επιτυχημένη» από το μικροεπίπεδο έως το μακροεπίπεδο. Αντιλαμβανόμαστε βέβαια ότι όλα τούτα μπορεί να φαίνονται τραβηγμένα σε κάποιους από τους αναγνώστες μας. Ας μην ανησυχούν· πρόκειται για εντύπωση που προκαλείται από την υπερκατανάλωση αριστερών τουίτ, και αναιρείται σχετικά εύκολα μέσω της ενασχόλησης με τη συγκεκριμένη λειτουργία ετούτης της σωτήριας τεχνολογίας. Παρακάτω θα ασχοληθούμε με «την κανονική χρήση» της «ΜΕΘ», που λένε και οι μεταμοντέρνοι.

Η ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΘ

Ακούγοντας τους ριζοσπάστες αναλυτές του Μάρτη που μας πέρασε, πιθανόν να έχετε σχηματίσει την εντύπωση ότι οι «ΜΕΘ» είναι κάποιου είδους σπάνιο ζώο του νοσοκομειακού συστήματος η χρήση του οποίου προορίζεται για ελάχιστους προνομιούχους. Στην πραγματικότητα όμως, από τη σύλληψή της και μετά, η ιδέα «ΜΕΘ» αποδείχθηκε ιδιαίτερως επεκτατική. Το 2009, «το ένα πέμπτο όλων των Αμερικανών πέθαιναν έχοντας χρησιμοποιήσει την εντατική θεραπεία κάποια στιγμή κατά την τελευταία επαφή τους με το νοσοκομειακό σύστημα».¹² Την ίδια περίοδο, στη Γαλλία, «πάνω από το 70% του πληθυσμού [πέθαινε] σε νοσοκομεία και σχεδόν οι μισοί από αυτούς τους θανάτους, [συνέβαιναν] σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας».¹³ Η οικονομική όψη της «επικέντρωσης των πόρων», τα είχε πάει ακόμη καλύτερα. Συγκεκριμένα, το 1989, «οι δαπάνες ΜΕΘ στις ΗΠΑ ανέρχονταν στο 34% των νοσοκομειακών προϋπολογισμών και σε περισσότερο από 1% του ΑΕΠ».¹⁴ Σε απόλυτους αριθμούς, οι 50.000 κλίνες των αμερικανικών «ΜΕΘ» κόστιζαν 35 με 40 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο.¹⁵

Η πλατιά διάδοση της ιδέας «ΜΕΘ», προκαλεί λιγότερη έκπληξη εφόσον κάνουμε τον κόπο να την εννοήσουμε με τον τρόπο που προτείναμε στην προηγούμενη ενότητα. Όπως είδαμε εκεί, η ιδέα «ΜΕΘ» εννοούσε τον θάνατο ως «πρόβλημα», δηλαδή ως αποτρεψίμο ενδεχόμενο. Αυτό σημαίνει ότι κάθε θάνατος μπορεί να αποτραπεί, δηλαδή κάθε θάνατος βρίσκεται εντός της αρμοδιότητας της «ΜΕΘ». Από τη σύλληψή της, η «ΜΕΘ» δεν σκόπευε να είναι «εξωτική» - αντιθέτως σκόπευε να είναι καθολική, ο βασικός τρόπος διαχείρισης του ανθρώπινου θανάτου. Η ιδέα «ΜΕΘ» ήταν φιλόδοξη και επεκτατική από κατασκευής της.

Εδώ βέβαια, είναι πιθανόν να παρεμβληθούν κάποια απευκαία ίχνη κοινής λογικής: γνωρίζουμε καλά ότι δεν είναι όλοι οι θάνατοι αποτρεψίμοι – αντιθέτως, ο μη αποτρεψίμος θάνατος αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό του ανθρώπινου είδους. Πότε όμως η κοινή λογική μπήκε στο δρόμο των επιστημονικών πρακτικών δίχως να ηττηθεί κατά κράτος; Όπως είδαμε, οι εμπνευστές της «ΜΕΘ», δεν ξεκινούσαν από την «κοινή λογική» ή εδώ που τα λέμε από την «πραγματικότητα», αλλά από την οργάνωση της νοσοκομειακής εργασίας. Στην πράξη δεν πρότειναν «τρόπους σωτηρίας του ασθενή» - πρότειναν μια νέα «κανονική διαχείριση» του ανθρώπινου θανάτου.



ΕΙΝΑΙ Ο ΝΤΑΡΘ ΒΕΪΝΤΕΡ ΑΡΙΣΤΕΡΟΣ:

(ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΑΡΑΞΕΝΕΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΜΠΑΡΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ)

Όποιος έχει τύχει να ακούσει την αναπνοή του Νταρθ Βέιντερ, και κατόπιν έχει ασχοληθεί με το θέμα «ΜΕΘ», δεν δυσκολεύεται να κάνει τη σύνδεση. Ο Νταρθ Βέιντερ, στην πραγματικότητα φοράει μια ωραιότατη, κατάμαυρη, φορητή ΜΕΘ! Δηλαδή, σε ένα γαλαξία πολύ πολύ μακριά, οι ΜΕΘ έχουν γίνει φορητές, βγαίνουν σε πληθώρα κομψών σχεδίων, επιδοτούνται από το κράτος, και μπορεί να χρησιμοποιούνται δίχως να παρεμποδίζουν την καθημερινή δραστηριότητα. Μπορείς να τις φοράς για πάντα, οπότε, λογικά, γίνεσαι αθάνατος! Έτσι, το φραντσάιζ «Πόλεμος των Άστρων» εμφανίζεται με το πραγματικό του νόημα: πρόκειται για σχινοτενή διερεύνηση της επαναστατικής ουτοπίας. Ο Νταρθ Βέιντερ, λογικά, πρέπει να είναι αριστερός.

Κατά τα άλλα πρέπει να αναφέρουμε ότι (α) αν γράψει κανείς «darth vader intensive care unit» στην μπάρα της γνώσης, ανακαλύπτει ότι κάποιοι γιατροί (αναισθησιολόγοι) έχουν κάνει δημοσίευση στο επιστημονικό περιοδικό *Anesthesiology* γύρω από αυτήν ακριβώς την ιδέα.³⁴ Έτσι, όχι μόνο αποδεικνύεται ότι το περιοδικό που διαβάζετε με μόνο ενάμισι ευρώ, είναι εφάμιλλο του *Anesthesiology*, αλλά και καταλαβαίνουμε ότι κάποιοι που ασχολείται επαγγελματικά με τις «ΜΕΘ», γρήγορα αναπτύσσει παγερή αναισθησία (run intended) απέναντι στο όλο ζήτημα. Μετά, μπορεί πολύ εύκολα να παριστάνει ότι κλαίει για τις γιαγιάδες και τα «ηθικά διλήμματα», ενώ από μέσα του κάνει άλλους λογαριασμούς.

(β) Ο Ντέιβιντ Πρόουζ, που βρισκόταν μέσα στη στολή, πέθανε πρόσφατα «από περιπλοκές του κορονοϊού». Ήταν 85 ετών και έπασχε από Αλτςχάιμερ από το 2014, ενώ το 2009 είχε υποστεί ακτινοθεραπεία για καρκίνο του προστάτη.³⁵ Απ' ό,τι φαίνεται, με τόσα «υποκείμενα νοσήματα», τη ΜΕΘ τη γλίτωσε, προφανώς γιατί ο θεράπων ιατρός δεν ήταν ο Χαράλαμπος Μόσχος. Τη διάγνωση «λόγω κορονοϊού», από την άλλη, δεν τη γλίτωσε. Μην τα θέλουμε κι όλα δικά μας.

Η απόσταση μεταξύ εξαγγελιών και πραγματικών πρακτικών της «ΜΕΘ» δημιουργούσε κάποιες περιπλοκές. Προφανώς λόγω της ευαισθησίας του ζητήματος, οι πρώτες δειλές δημόσιες περιγραφές αυτών των «περιπλοκών» άργησαν χαρακτηριστικά. Η παλιότερη που έχουμε εντοπίσει έχει ημερομηνία 1968, δεκαπέντε χρόνια έπειτα από την πρώτη εμφάνιση της «ιδέας ΜΕΘ». Τότε ήταν απλά μια σύντομη επιστολή, από τον σοβαρό ιατρό κύριο Symmers τον πρεσβύτερο, προς ένα σοβαρό βρετανικό ιατρικό περιοδικό. Σήμερα θεωρείται μία από τις πρώτες δημόσιες καταγραφές των πρακτικών της «ΜΕΘ» και των συνακόλουθων «περιπλοκών»:

Κύριε Διευθυντά,

Ένας γιατρός ηλικίας 68 ετών εισήχθη σε νοσοκομείο αφού αρχικά διεγνώσθη με μυοκαρδιακή ισχαιμία. Όταν η πιθανότητα καρκινώματος εξετάστηκε, το καρκίνωμα ήταν ήδη πολύ εκτεταμένο (...).

Κατά τη δέκατη ημέρα της νοσηλείας του, ο ασθενής κατέρρευσε επιδεικνύοντας κλασικά συμπτώματα καρδιαγγειακής κατάρρευσης. Η πνευμονική εμβολεκτομή πραγματοποιήθηκε με επιτυχία. (...)

Παρά τις επιθυμίες του, όταν ο ασθενής κατέρρευσε ξανά, δύο εβδομάδες έπειτα από την εμβολεκτομή –ετούτη τη φορά με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου– επανήλθε και πάλι έπειτα από παρέμβαση της ομάδας επείγουσας επαναφοράς του νοσοκομείου. Η καρδιά του σταμάτησε άλλες τέσσερις φορές κατά τη διάρκεια της ίδιας νύχτας και κάθε φορά η καρδιακή λειτουργία επανεκκινήθηκε με τεχνητό τρόπο. Έπειτα από αυτό, το σώμα επανήλθε επαρκώς ώστε να παραμείνει για τρεις επιπλέον εβδομάδες, αν και δίχως εγκεφαλικές λειτουργίες, με διαρκή γενικευμένα σπασμικά επεισόδια και εμετούς.

Η ενδοφλέβια θρέψη συνδυάστηκε προσεκτικά με μεταγγίσεις αίματος και αναγκαία μέτρα διατήρησης της ισορροπίας ρευστών και ηλεκτρολυτών. Επιπλέον, αντιβακτηριακά και αντιμυκητιακά αντιβιοτικά χορηγούνταν προς πρόληψη μολύνσεων και ειδικά πιθανής πνευμονίας, η οποία θα καθιστούσε προβληματική την τραχειοτομή που είχε εν τω μεταξύ πραγματοποιηθεί ώστε να διασφαλίσει την αέρια δίοδο. Κατά την τελευταία ημέρα, πραγματοποιούνταν προετοιμασίες ώστε η αναπνευστική λειτουργία να ανατεθεί σε τεχνητό αναπνευστήρα, όμως η καρδιά τελικά/επιτέλους [finally] σταμάτησε προτού αυτό το εγχείρημα έλθει εις πέρας.

Η παρούσα περιγραφή περιπτώσεως υποβάλλεται προς δημοσίευση δίχως σχόλια ή συμπεράσματα, τα οποία αφήνονται στον πιθανό αναγνώστη.¹⁶

Τώρα, εμάς δεν ξέρουμε αν μας είχε υπ' όψη ως πιθανούς αναγνώστες, έχουμε όμως να καταθέσουμε ορισμένα σχόλια. Συγκεκριμένα: η «ιδέα ΜΕΘ», δηλαδή η ιδέα του γιατρού ως οργανωτή του θανάτου, στην πράξη, έφερε τους γιατρούς να συμμετέχουν στο φαινόμενο του θανάτου, κομίζοντας καινοτόμες τεχνικές, συνεπώς καινοτόμες εννοήσεις και δυνατότητες. Το ιατρικό επάγγελμα διέθετε τους τρόπους να ανταπεξέρχεται στις νέες απαιτήσεις του επαγγέλματος. Ο βασικότερος από αυτούς τους τρόπους ήταν η προσφυγή στη γλώσσα της ακατανόητης ιατρικής αυθεντίας, και ειδικά στους τρόπους με τους οποίους οι πολιτικές αποφάσεις των «ιατρών» μπορούσαν να εμφανίζονται ως τεχνικές αποφάσεις. Για ένα έξοχο παράδειγμα, κοιτάξτε απλά την τελευταία παράγραφο της επιστολής του ευαίσθητου κυρίου Symmers. Εκεί, αυτός ο έμπειρος γιατρός φαίνεται να περιγράφει τις «μεθόδους αποφυγής των μολύνσεων» που ακολουθήθηκαν. Στην πραγματικότητα εννοεί, με τρόπο που όλοι οι συνάδελφοί του καταλαβαίνουν, ότι: «όλοι ξέρουμε ότι υπάρχουν τρόποι ώστε να αφήσουμε τον ασθενή να πεθάνει δίχως να μπορεί να κατηγορηθούμε: αρκεί να αμελήσουμε την ισορροπία των ηλεκτρολυτών ή να αφήσουμε μια πνευμονία να πάρει τον δρόμο της». Στον νέο κόσμο της ιατρικά οργανωμένης παραγωγής του θανάτου, μπορούσε κανείς να συζητάει τον φόνο ως θεραπεία και τη θεραπεία ως φόνο. Δεν είναι εκπληκτική η δύναμη αυτής της ρητορικής;

Δηλαδή, παρά τις σποραδικές «κραυγές αγωνίας» μπροστά στα «δυσεπίλυτα ηθικά διλήμματα», οι νέοι κοινωνοί της «ιδέας ΜΕΘ» ήταν αξιοζήλευτοι. Συνστηματικά δημιουργούσαν αβίωτη ζωή στο εργαστήριο, αλλά κανείς δεν μπορούσε να τους κατηγορήσει γι' αυτό. Κατά βούληση μπορούσαν να παρατείνουν αυτή την αβίωτη ζωή αναλόγως οικονομικών ή άλλων αναγκών. Κατά βούληση

μπορούσαν να διακόψουν αυτή την αβίωτη ζωή και να ισχυριστούν ότι είχε διακοπεί από μόνη της. Μπορούσαν να αρνηθούν να δημιουργήσουν την αβίωτη ζωή, λέγοντας ότι οι πιθανότητες επιβίωσης ήταν μικρές. Και πάντα, αυτού του είδους οι αποφάσεις παρουσιάζονταν ως τεχνικές αποφάσεις, και την ίδια στιγμή ήταν εξ ορισμού πολιτικές, γιατί ήταν εξ ορισμού εγγεγραμμένες εντός του πυκνού κοινωνικού πλέγματος της καπιταλιστικής κοινωνίας. Μήπως δεν караδοκούσαν οι δικαστές, οι συγγενείς, οι δικηγόροι; Μήπως όλοι αυτοί δεν είχαν συμφέροντα από την παράταση ή τη διακοπή της ζωής αναλόγως περιστάσεων εκτός του νοσοκομείου; Μήπως δεν υπήρχε η ίδια η οικονομική πολιτική του κάθε νοσοκομείου να υπηρετήσει κανείς; Μήπως δεν υπήρχαν κρατικές πολιτικές γύρω από τη ζωή και τον θάνατο για να προωθήσει κανείς, πάντα παριστάνοντας ότι οι αποφάσεις του είναι «τεχνικές»;

Όλες οι «αποφάσεις» που λαμβάνονται στις «ΜΕΘ» παριστάνουν πως είναι «τεχνικές αποφάσεις». Ότι πηγάζουν από «προβλέψεις για την πιθανότητα επιβίωσης», άντε και από ηθικούς λογαριασμούς «προστασίας της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας». Στην πραγματικότητα είναι πολιτικές αποφάσεις και δεν μπορούν παρά να είναι πολιτικές αποφάσεις. Γιατί κανονίζουν τον θάνατο, τόσο σε επίπεδο ατόμου, όσο και σε επίπεδο κοινωνίας. Και ο θάνατος στον καπιταλισμό είναι πάντα πολιτικό ζήτημα.

Κι επειδή ανησυχούμε μήπως εξακολουθούν να υπάρχουν αναγνώστες που τα βρίσκουν όλα τούτα κάπως τραβηγμένα, θα συνεχίσουμε με μια περιήγηση στις πραγματικές πρακτικές της «ΜΕΘ».

Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Από τις απαρχές της «ιδέας ΜΕΘ», κάποιοι από τους γιατρούς τείνουν να κλαίνε γοερά και δημοσίως σχετικά με τα συνεπαγόμενα «ηθικά διλήμματα». Τα ερωτήματα που συνοδεύουν τη δημόσια κλάψα των ευαίσθητων ιατρών, είναι πάντα εξαιρετικά λογικά: Πότε πρέπει να διασωληνώσουμε κάποιον; Πώς κρίνουμε αν έχει ή δεν έχει ελπίδα επιβίωσης; Πώς προβλέπουμε ότι δεν υπάρχει ελπίδα και προχωρούμε σε αποσωλήνωση; Πώς ισορροπούμε μεταξύ αποσωλήνωσης και φόνου;

Βέβαια, τέτοια ερωτήματα αφορούν το ναρκοθετημένο πεδίο της «επιστημονικής πρόβλεψης». Εδώ η κατάσταση της επιστήμης δεν βοηθάει ιδιαίτερα. Το 1999, «στη μελέτη του μεταξύ 365 ιατρών που κλήθηκαν να καταθέσουν προγνώσεις για 504 ασθενείς, ο αμερικανός κοινωνιολόγος N. Christakis εντόπισε μόνο 20% ορθών προβλέψεων».¹⁷ Είκοσι χρόνια αργότερα, δεκαπέντε ειδικοί χρησιμοποίησαν «νευρωνικά δίκτυα» και «μεγάλα δεδομένα» για την εκτίμηση της πιθανότητας θανάτου του υπό διασωλήνωση υποκειμένου. Το συμπέρασμα ήταν ότι εδώ βρίσκεται «το κλειδί για τη μετατροπή των εξελιγμένων μοντέλων [πρόβλεψης] σε εφαρμόσιμα, διαφανή και αξιόπιστα κλινικά εργαλεία».¹⁸ Για να καταλάβουμε ότι «προς το παρόν» τα «εξελιγμένα μοντέλα πρόβλεψης» είναι ανεφάρμοστα, αδιαφανή και αναξιόπιστα, πρέπει να στραμπουλήξουμε το μυαλό μας, όπως συμβαίνει πάντα όταν αναγκάζεται κανείς να αντιμετωπίσει τη γλώσσα αυτών των ανθρώπων.

Τέλος πάντων, σούμα: Τα «ηθικά» ερωτήματα της διασωλήνωσης αφορούν την «πρόγνωση», οπότε είναι προορισμένα να τίθενται διαρκώς, αλλά να μένουν αναπάντητα αιωνίως. Απομένουν τα περισσότερα πρακτικά ερωτήματα. Όπως: «Αφού έχουμε κανονίσει να προκαλούμε θάνατο ή βασανιστήρια επί εβδομάδες, πώς ξεκαρφωνόμαστε?».

Αυτό το ερώτημα είναι πολύ πιο εύκολο στην απάντηση, γιατί δεν είναι «ηθικό» και δεν περιλαμβάνει «πρόβλεψη». Είναι πρακτικό και απαντιέται μέσω καθημερινών εργασιακών πρακτικών. Για κάθε «ιατρό» που κλαίει δημοσίως και περιστασιακά, χιλιάδες γιατροί κάνουν τη δουλειά τους ιδιωτικά και μόνιμα. Κάθε μέρα πάνε στη «ΜΕΘ» και απαντούν τα «αναπάντητα ηθικά ερωτήματα» στην πράξη. Διασωληνώνουν, αποσωληνώνουν, δημιουργούν την αβίωτη ζωή, παράγουν τον θάνατο, «σώζουν ζωές»... και σπανίως μιλούν για αυτό που όντως κάνουν καθημερινά.

Αυτή η έμπρακτη αποσιώπηση της πραγματικής λειτουργίας της «ΜΕΘ» απο-

λαμβάνει μόνιμης κρατικής ανοχής και διεξάγεται μέσω χειροτεχνικών μεθόδων που διαφέρουν αναμεταξύ τους, ακόμη και από νοσοκομείο σε νοσοκομείο. Η Nancy Kentish Barnes, κοινωνιολόγος που έκανε επιτόπια έρευνα σε «ΜΕΘ» στη Γαλλία και την Αγγλία, διαπίστωσε ότι πολλές φορές «οι ακολουθούμενες πρακτικές αντανάκλουν ισχυρή αυτονομία σε σχέση με τους νόμους και τους κανονισμούς», ενώ οι σχετικές συζητήσεις μεταξύ των γιατρών «κρατιούνται άτυπες ώστε οι γιατροί να διαφυλάσσουν την επαγγελματική τους αυτονομία».

Όπως ξέρουμε όλοι, από επαγγελματική αυτονομία, οι γιατροί τα πηγαίνουν ιδιαίτερα καλά. Πόσο μάλλον στη «ΜΕΘ»! Για παράδειγμα, μία από τις μελετούμενες μονάδες διέθετε την τεχνική και πολιτική δυνατότητα να διασφαλίζει τη συνθήκη «όχι θάνατοι την Τρίτη». Η Τρίτη ήταν η ημέρα που οι «ιατροί» μαζεύονταν για να λάβουν τις αποφάσεις ζωής και θανάτου, οπότε δεν έπρεπε οι συγγενείς να συσχετίσουν τον θάνατο του ανθρώπου τους με το συμβούλιο των «ιατρών». Η ίδια «αυτονομία» παρατηρείτο κατά την επιλογή μεθόδων ελεγχόμενου θανάτου: «Η παροχή ηρεμιστικού που προκαλεί θάνατο πριν την αποσωλήνωση είναι παράνομη, αλλά εξασκείται εδώ και καιρό, χάρη στην 'άνεση' που παρέχει στον γιατρό (γρήγορος και σχετικά εύκολος θάνατος)». Ένας νέος γιατρός, από την άλλη, προτιμούσε «την παύση της ενεργού φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της υποβοηθούμενης αναπνοής». Αυτή η μέθοδος συνήθως αποφεύγεται – θεωρείται δύσκολη «λόγω των αντιδράσεων που προκαλεί στο θνήσκον άτομο (ήχοι πνιγμού, μπλε χρώμα, δίνει την εντύπωση της πάλης για αέρα)». Μια άλλη μελετούμενη μονάδα ακολουθούσε εντελώς διαφορετική πολιτική. Εκεί «η διαδικασία επιμηκυνόταν σημαντικά» γιατί οι γιατροί «απέφευγαν το ρίσκο, ακόμη και αν αυτό οδηγούσε στην έλλειψη κλινών και ανάγκαζε ασθενείς και συγγενείς να υποφέρουν».¹⁹

Τα «ηθικά ερωτήματα» της διασωλήνωσης και της αποσωλήνωσης, που τόσο ταλαιπωρούν τους «ιατρούς», τελικά απαντιούνταν έμπρακτα λαμβάνοντας υπ' όψη πληθώρα όχι και τόσο ηθικών παραγόντων, από τις διαθέσεις των συγγενών μέχρι τη διαθεσιμότητα κλινών και την οργάνωση της εργασίας: «δεν μπορούμε να έχουμε 24 κρεβάτια με εγκεφαλικά νεκρούς – κατά πρώτον καμία νοσοκόμα δεν θα δεχόταν να δουλέψει εδώ, θα μας παρατούσαν όλες τους – κατά δεύτερον δεν θα αντιστοιχούσε στη δομή μας – κατά τρίτον δεν θα υπηρέτούσαμε τους ασθενείς με αυτό τον τρόπο». Ένας από τους συνεντευξιαζόμενους γιατρούς συνόψισε το θέμα ως εξής: «Βρίσκω τις αποφάσεις εδώ εξαιρετικά δύσκολες. Δεν είναι αυτή η δουλειά μας, πρόκειται για εντελώς καινούρια δουλειά. Η δουλειά μας είναι η συντήρηση της ζωής, οπότε όταν μετατρέπεται σε παροχή θανάτου, υπάρχει πρόβλημα. Δεν έχουμε εκπαιδευθεί γι' αυτό, δεν το έχουμε σκεφτεί, το μαθαίνουμε πάνω στη δουλειά».²⁰

Έτσι που λέτε. Για κάθε γιατρό με «δυσεπίλυτα ηθικά διλήμματα» υπάρχουν χιλιάδες που τα επιλύουν καθημερινά, σιωπηλά, μαζικά, «πάνω στη δουλειά». Η οποία «δουλειά» εμπλέκει τεράστια χρηματικά ποσά, κρατικές πολιτικές, ανεξιχνίαστα μηχανήματα, σκάρτες προβλέψεις, ανείπωτους λογαριασμούς και μια απρόσιτη τεχνική γλώσσα ικανή να μετατρέπει κάθε πολιτικό ζήτημα σε τεχνικό ζήτημα. Αυτή είναι η δουλειά που ήρθε στην επιφάνεια τον Μάρτη που μας πέρασε, όταν οι Έλληνες ριζοσπάστες διανοούμενοι μάς γνωστοποίησαν ότι θέλουμε περισσότερο από αυτό – ό,τι κι αν είναι αυτό.

Ήδη, νομίζουμε, κάπως έχει φανεί τι περίπου ήταν «αυτό». Τώρα μπορούμε να στραφούμε και στις συγκεκριμένες συνέπειες.

Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, 2020

Τέλη του Νοέμβρη που μας πέρασε. Όλα τα καλώδια της χώρας έπαιζαν εκατόμβη στη διαπασών. Το κόμμα των απανταχού ριζοσπαστών διανοούμενων ζητούσε «περισσότερες ΜΕΘ», έως εμετού. Πιθανόν τελώντας σε σύγχυση από τις εκατέρωθεν μπουρδες, ο Υπουργός Επικρατείας Γιώργος Γεραπετρίτης υπέπεσε σε ασυγχώρητο γλωσσικοπολιτικό ολίσθημα:

Αν υποθέσουμε ότι είχαμε 5.000 ΜΕΘ, αυτό θα σήμαινε, κατά τη φυσιολογική φορά των πραγμάτων, ότι θα είχαμε έναν πολύ μεγαλύτερο αριθμό νεκρών, γιατί η θνητότητα μέσα στις μονάδες είναι περίπου στο μισό, 45-50%

ΑΠΟ ΠΟΥ ΠΡΟΕΡΧΟΝΤΑΙ ΤΑ ΕΠΑΝΑΣΤΑΤΙΚΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ

Ξεκινήσαμε αναρωτούμενοι πώς στο καλό πραγματοποιήθηκε η ταυτόχρονη κινηματική ανακάλυψη των «ΜΕΘ» στις αρχές του Μάρτη, και πώς ξέρανε όλοι αυτοί ποια είναι η αναλογία «ΜΕΘ» κατά κεφαλήν, ώστε να διαμαρτύρονται μετά ότι τους πέφτει λίγη. Όπως είδατε, η ενδελεχής έρευνα περί «ΜΕΘ», απάντησε το ερώτημα: η γραμμή προερχόταν από τους κορυφαίους εντατικολόγους της χώρας. Δεν είναι σκέτοι επιστήμονες ετούτοι εδώ – είναι πολιτικά ενήμεροι κρατικοί υπάλληλοι, είναι συνηθισμένοι να προωθούν τα συμφέροντά τους αραδιάζοντας εκατόμβες, ασχολούνται για δεκαετίες με το спор «εκατόμβη», και έχουν άκρες στην αριστερά.

Για του λόγου το αληθές: στις υποσημειώσεις αυτού του κειμένου θα βρείτε το εκπληκτικό ρεπορτάζ της μαχόμενης δημοσιογράφου Ντάνι Βέργου με τίτλο «Όλοι πρέπει να έχουμε μια ευκαιρία στη διασωλήνωση», από την *Εφημερίδα των Συντακτών*. Οι μοναδικοί εργοδότες της *Εφ. Συν.*, που είναι οι αναγνώστες της, δεν πρέπει να εκπλήσσονται μαθαίνοντας ότι η Ντάνι Βέργου μάχεται από παλιά γύρω από το συγκεκριμένο ζήτημα. Ας πούμε, πέντε χρόνια πριν, το Φλεβάρη του 2016, η Ντάνι Βέργου βρισκόταν ξανά στις επάλξεις των «ΜΕΘ».³⁶ Οι «επιπλοκές του πανδημικού στελέχους H1N1 (...) σαρώνουν [και] η ουρά για τις ΜΕΘ είναι ατελείωτη», ανέφερε τότε η Ντάνι.

Φυσικά δεν τα κατέβαζε από την κούτρα της. Αντιθέτως, η πηγή της, για να μην πούμε... οι εργοδότες της [run intended], ήταν οι καλόψυχοι εντατικολόγοι των ελληνικών νοσοκομείων, όπως ο καθηγητής Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημίου Αθηνών και Διευθυντής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου «Αττικών», Απόστολος Αργαμανίδης. Αυτός σημείωνε ότι «εδώ και δεκαπέντε χρόνια φωνάζουμε ότι οι κλίνες ΜΕΘ δεν επαρκούν», καθώς και ότι «χρειαζόμαστε τα διπλάσια κρεβάτια (1.500) για να πιάσουμε τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο αναλογίας πληθυσμού – κρεβατιών ΜΕΘ» [να λοιπόν η προέλευση των «στοιχείων» που χρησιμοποίησαν οι επαναστάτες!]. Σε αυτή τη γραμμή σκέψης βοήθουσε ο Γιώργος Ματθαϊόπουλος, πρόεδρος του μαχητικού «Σωματείου Εργαζομένων ΕΚΑΒ», ταξικού οργανισμού που είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε ότι, τα παλιά τα χρόνια, είχε κοσμήσει την προοδευτική, «κάτω» πλατεία Συντάγματος με το ταξικό πανώ που έγραφε «όχι ανεκπαίδευτα πληρώματα ασθενοφόρων». Επίσης επιστρατεύονταν «ο Σωτήρης Τσιόδρας, λοιμοξιολόγος του ΚΕΕΛΠΝΟ και καθηγητής Παθολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών». Όλοι αυτοί ζητούσαν «κονδύλια και μόνιμες θέσεις», αν και ο ρεαλιστής κύριος Αργαμανίδης σημείωνε ότι «αυτή είναι μια συζήτηση, ιδιαίτερα τώρα με την κρίση, χωρίς κανένα νόημα».

Ε, πέντε χρόνια μετά, ήρθε η άλλη κρίση, και το αίτημα, όχι μόνο απέκτησε νόημα, αλλά και βρέθηκε στην προμετωπίδα των διαδικτυακών επαναστατικών αιτημάτων, οδηγώντας τον κύριο Γεραπετρίτη σε στιγμιαία ολισθήματα της λογικής. Στο τέλος της διαδικασίας, όλοι διεκδικούσαμε «μια ευκαιρία στη διασωλήνωση». Εκτός από ορισμένα διορατικά αδέρφια, που μόλις έβλεπαν πώς είναι η φάση, φρόντιζαν να το σκάσουν τρέχοντας από το κάστρο του καλού κυρίου Αργαμανίδη.³⁷



Εικονογράφιση της Εφημερίδας των Συντακτών, 11/2/2016.

(...) οι ΜΕΘ δεν είναι η λύση, θα πρέπει πρώτα να προφυλαστούμε οι ίδιοι ώστε να μη χρειάζεται να προσφεύγουμε σε αυτές τις μονάδες.³

Βέβαια, το πράγμα διορθώθηκε άμεσα. Ο υπουργός δήλωσε ότι παρερμηνεύθηκαν οι δηλώσεις του, το κόμμα της ριζοσπαστικής αριστεράς κατήγγειλε την «τυμβωρυχία» και την «αναλγησία»... και όλοι μαζί πήγαν στα γρήγορα παρκατάω, όπως συμβαίνει ετούτη τη σκληρή χρονιά.

Κι όμως: αν κοιτάξουμε καλύτερα, θα δούμε ότι, δίχως τη μεσολάβηση της αριστερής καλωδιακής αγανάκτησης, ετούτη εδώ θα ήταν άλλη μία από εκείνες τις στιγμές όπου το εγκεφαλογράφημα των υπηκόων χοροπηδάει στιγμιαία αντιμέτωπο με εντελώς ανοικτές έννοιες. Η πηγή του ανοικτού δεν ήταν βέβαια «η αναλγησία των δεξιών». Ήταν ότι ο μορφωμένος Υπουργός, προφανώς κατά λάθος, επέτρεψε μια ματιά στις πραγματικές αντιλήψεις όλων των ανώτερων κρατικών υπαλλήλων περί «ΜΕΘ»: οι «ΜΕΘ», είπε, δεν «σώζουν ζωές». Πράγματι, οι «ΜΕΘ» οργανώνουν τον θάνατο, τον οργανώνουν τόσο κανονικά, που ακόμη και όταν δεκαπέντε Δανοί ειδικοί των μεγάλων δεδομένων δεν μπορούν να προβλέψουν πού θα είναι αύριο ο αφαλός τους, εμείς μπορούμε να ξέρουμε με ασφάλεια ότι διπλάσιες «ΜΕΘ» ίσον διπλάσιοι νεκροί σε «ΜΕΘ». Εξίσου σίγουροι μπορούμε να είμαστε ότι στις ελληνικές «ΜΕΘ», εν έτει 2020, ένας στους δύο πεθαίνει. Και αυτό είναι «κανονικό», δηλαδή είναι σίγουρο όσο κι οι φόροι, όσο κι οι πέτρες.

Το ακόμη πιο ανοικτό, όμως, προκύπτει αν κάνουμε τον κόπο να αναρωτηθούμε: για ποιον λόγο ετούτη η πρόβλεψη, αντίθετα με όλες τις άλλες προβλέψεις περί «ΜΕΘ», είναι επιτέλους ασφαλή; Για να μη λέτε ότι τα βγάζουμε κούτρα, θα προσφύγουμε σε ένα ακόμη επιστημονικό άρθρο, από αυτά που ασχολούνται με το «ποσοστό επιβίωσης των ασθενών σε ΜΕΘ». Σύμφωνα με τον Thomas Raffin, που ασχολήθηκε με τα προϊόντα των αμερικανικών «ΜΕΘ» το 1989,

Πολλοί ασθενείς που εισάγονται σε ΜΕΘ, πεθαίνουν εκεί. Αν κοιτάξει κανείς όλους τους ασθενείς που εισάγονται σε κλίνες ΜΕΘ στις ΗΠΑ, περίπου 15 με 25% των ασθενών πεθαίνει. Πα' όλα αυτά, αυτές οι στατιστικές περιλαμβάνουν ασθενείς σε μετεγχειρητική φροντίδα, καθώς και άλλους ασθενείς με χαμηλό ποσοστό θνησιμότητας. Υπάρχουν όμως και συγκεκριμένοι υποπληθυσμοί ασθενών με πολύ μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας, το οποίο κάποιες φορές προσεγγίζει το 100%. Οπότε, όταν λαμβάνεται η απόφαση εισαγωγής σε ΜΕΘ ή αποσωλήνωσης, είναι ζωτικό να έχει κανείς εικόνα του ποσοστού επιβίωσης συγκεκριμένων ομάδων στη ΜΕΘ και ειδικά αυτών με υποκείμενα νοσήματα [systemic illness] (...).²²

Για να καταλάβει κανείς αυτό το απόσπασμα, πρέπει να λάβει υπόψη τις προηγούμενες ενότητες. Όπως είδαμε, η κανονικότητα του θανάτου στις «ΜΕΘ» προκύπτει από μια συγκεκριμένη οργάνωση της εργασίας. Από (σχετικά σταθερές στο χρόνο) επιλογές του ποιος θα διασωληνωθεί και ποιος όχι. Αυτές οι επιλογές είναι πολιτικές και άρρητες. Γίνονται στο εσωτερικό της «ΜΕΘ» από τους αρμόδιους «ιατρούς». Αυτοί πρέπει να λογαριάσουν ατομικά συμφέροντα, λεφτά, συγγενείς, κληρονομίες, κρατικές στρατηγικές, τρέχουσες ιδεολογίες, κοινωνική θέση, νομικές συνέπειες, και πάει λέγοντας. Σε κάθε περίπτωση όμως: όσο η επιλογή του ποιος αξίζει να διασωληνωθεί χαλαρώνει, τόσο «ασθενείς» που προηγουμένως δεν διασωληνωνόνταν, πα' όλα αυτά διασωληνώνονται. Και αφού η διασωλήνωσή τους είναι μάταιη, το ποσοστό του θανάτου στις «ΜΕΘ» εκτοξεύεται. Ή αλλιώς, δεκάδες και εκατοντάδες ετοιμοθάνατοι αναγκάζονται να υπομείνουν την τεχνητά δημιουργημένη αβίωτη ζωή της «ΜΕΘ» επί «αρκετές εβδομάδες έως αρκετούς μήνες»,²³ έως ότου «τελικά/επιτέλους [finally]» πεθάνουν από πλήρη εξάντληση ή ίσως από φαρμακερή αηδία για τον κόσμο τούτο. Ταυτόχρονα, και πολύ «φυσιολογικά», εκτοξεύεται το ποσοστό των κατηλειμμένων κλινών και οι επαναστάτες διανοούμενοι γράφουν τα σχετικά τουίτ.

Το πόσο έχει εκτοξευτεί η ευκολία διασωλήνωσης στις ελληνικές «ΜΕΘ» εν έτει 2020, φαίνεται από τη διαφορά στα ποσοστά επιβίωσης. Στις ΗΠΑ του 1989, 15 έως 25% ποσοστό νεκρών σε «ΜΕΘ» ήταν προβληματικό. Και όντως είναι εξαιρετικά προβληματικό, αν σκεφτεί κανείς ότι «15 έως 25% νεκροί σε ΜΕΘ», σημαίνει 15 έως 25% λαναθασμένες εκτιμήσεις των εντατικολόγων που αποφάσισαν τη διασωλήνωση, και βέβαια ατελείωτο πόνο για τους «ωφελούμενους». Στην Ελλάδα του 2020, από την άλλη, το «45 έως 50% ποσοστό νεκρών» είναι τόσο γαμάτο, που ο καλός συριζαίος, κύριος Παππάς, μπορεί άνετα να βάζει στη θέση του τον κακό δεξιό, κύριο Γεραπετρίτη, σημειώνοντας: «οι ΜΕΘ

σώζουν ζωές!», έτσι, με το θαυμαστικό.²⁴

Αντί για συριζαϊκή αγανάκτηση, η ειλικρινής τοποθέτηση του κυρίου Γεραπετρίτη θα έπρεπε να γεννάει το προφανές ερώτημα: τι έγινε στην Ελλάδα το 2020 και η ευκολία διασωλήνωσης εκτοξεύθηκε; Ποια μεταβολή στις ιδεολογίες και στις πρακτικές των ελληνικών «ΜΕΘ», δηλαδή στην οργάνωση του νοσοκομειακού θανάτου, οδηγεί στη διασωλήνωση ανθρώπων που, κάποια χρόνια πριν, πιθανόν να αντιμετώπιζονταν με περισσότερο έλεος; Ή, όπως θα το έθετε και ο ειδικός κύριος Raffin: ρε μπας κι έγινε τίποτα και οι Έλληνες εντατικολόγοι αποφασίζουν τη μάταια διασωλήνωση, σε υπερδιπλάσιο βαθμό από ό,τι οι ομόλογοί τους στις ΗΠΑ του 1989;

Όπως όλοι ξέρουμε, ναι, όλο και κάτι έγινε με την οργάνωση του θανάτου στην Ελλάδα το 2020. Έγινε ότι εδώ έπρεπε «να πανικοβληθούμε με μια διαρκή καταιγίδα ενημέρωσης».²⁵ Ότι εδώ «δεν πρέπει να χαθεί μια ανθρώπινη ζωή». Ότι η πιθανότητα ποινικής δίωξης και του πλέον καλοπροαίρετου «εντατικολόγου» αυξάνεται όσο το μάτι των συναδέλφων του και των ΜΜΕ εστιάζει στις επιλήψεις άρρητες πρακτικές του. Ότι η πιθανότητα μηνύσεων από συγγενείς αυξάνεται όσο οι συγγενείς τρελαίνονται. Ότι οι ευκαιρίες επίσης αυξάνονται όσο οι «ΜΕΘ» συνδέονται με κρατικές πολιτικές. Ότι ένα κάρο ελάχιστα ευαίσθητο και ιδιαιτέρως πολιτικοποιημένο «ιατροί», που ήδη συνέδεαν την καριέρα τους με τις ΜΕΘ, τον Μάρτη αντιλήφθηκαν ότι είχε έρθει η ώρα το επάγγελμα να απογειωθεί ασκώντας ακόμη μεγαλύτερη πολιτική επιρροή.²⁶ Ότι «οι κατελημμένες κλίνες» είναι το βασικό επιχείρημα για αλλαγή κυβέρνησης. Ότι διάφοροι ηλεκτρονικοί πουθενάδες παπαγάλισαν, ότι βρέθηκε πρόχειρο, απλά γιατί δεν είχαν τι άλλο να πουν.

Και τελικά, στην Ελλάδα του 2020, «όλοι αξίζουμε να έχουμε μια ευκαιρία στη διασωλήνωση», το λέει κι ο Χαράλαμπος Μόσχος, πνευμονολόγος στο «Σωτηρία».²⁷ Χώσε σωλήνες κι άστο να πάει στο διάολο! Αυτή είναι η γενική τάση που προκύπτει από δέκα ειδών εξαιρετικά ορθολογικούς λογαριασμούς. Το πρακτικό αποτέλεσμα, κάποιες ελάχιστες φορές εμφανίστηκε ξεδιάντροπα και συγκεκριμένα, όπως τότε που ο «Συντονιστής Διαχείρισης Πανδημίας του Νοσοκομείου Γεώργιος Παπανικολάου Θεσσαλονίκης και Διευθυντής του Πνευμονολογικού Τμήματος ΕΣΥ, Αδαμάντιος Χλωρός», παραδέχτηκε δημοσίως ότι «κάποιοι [από τους είκοσι νεκρούς «γέροντες του Ασβεστοχωρίου» στο τμήμα του] δεν θα είχαν καταλήξει άσχημα, αν δεν είχαν εισαχθεί υποχρεωτικά στα νοσοκομεία».²⁸

Εκτός από τις συγκεκριμένες φρικτές ιστορίες όμως, υπάρχει και το γενικό αποτέλεσμα: εκατοντάδες ηλικιωμένοι αφήνονται να πεθάνουν μόνοι τους, να πεθάνουν επί εβδομάδες, να πεθάνουν συνδεδεμένοι με αναπνευστήρα, καθετήρες και ρινογαστρικούς σωλήνες. Πεθαίνουν μόνοι, με στατιστική σιγουριά, με τη μοναδική επιτρεπόμενη επαφή με τον κόσμο να είναι διάφοροι άγνωστοι. Οι οποίοι άγνωστοι, τώρα τελευταία έχουν αποκτήσει το χούι να ντύνονται διαστημάνθρωποι. Και μέσα από τα σκάφανδρά τους, κάνουν περίπλοκους λογαριασμούς.

Έτσι έχει διαμορφωθεί η επιστημονική οργάνωση του θανάτου στην Ελλάδα το 2020.

Ευτυχώς δηλαδή που, ακόμη και στους νεοφιλελεύθερους καιρούς μας, κάποια αριστερά αιτήματα εξακολουθούν να εισακούγονται.

1. Το απόσπασμα παρατίθεται στο William Farr, "On Prognosis", στο Alfredo Morabia (ed.), *A History of Epidemiologic Methods and Concepts*, Springer, 2004, (Α' έκδ. 1838). Ο William Farr θεωρείται ο πατέρας της επιδημιολογίας και της ιατρικής στατιστικής. Η λέξη που χρησιμοποιείται εδώ για το «ιατρός» είναι «practitioner».

2. Όλα αυτά περιγράφονται στο «Πλυντηρέξ», *Antifa* #72, Ιούλιος 2020.

3. Οι τεχνικές περιγραφές αυτής της ενότητας προέρχονται από το "Intensive_care_unit", Wikipedia.org, και τα εκεί links. Σας το λέμε για να δείτε τι επίπεδο έρευνας χρειάζεται, αλλά κανείς δεν το κάνει, γιατί είναι πολύ απασχολημένοι να διαβάζουν ο ένας τα τουίτ του άλλου.

4. «Nasogastric Intubation», Wikipedia.org.

5. Daily Sketch, 1/5/1913. Βρήκαμε τη φωτογραφία στο Site spirited.org.

6. «Nasogastric Intubation», Wikipedia.org.

7. "Intensive_care_unit", Wikipedia.org.

8. «Nasogastric Intubation», Wikipedia.org.

9. Karl Marx, *Capital: Volume 1*, Penguin, 1990, (Α' έκδ. 1876), σσ. 163-177, όπου βρίσκουμε τη σύντομη παρέκβαση «Ο Φετιχισμός του Εμπορεύματος και το Μυστικό του». Προσέξτε τη χρήση του «επιτελείται»· η Τζούντιθ Μπάτλερ θα ήταν περήφανη για εμάς.

10. D.C.G., "Remembering Dr. William Mosenthal: A Simple Idea from a Special Surgeon", *Dartmouth Medicine*, Vol. 28, No. 3, Spring 2004.

11. Για τον κείνσιανό κόσμο και την ανάδυση των συστημάτων υγείας, δες «Το Κράτος που Όλοι Αγαπήσαμε: Η Γέννηση, ο Θρίαμβος και η Πτώση του Κοινωνικού Κράτους», *Antifa* #50, 2/2016.

12. John Luce and Douglas White, "A History of Ethics and Law in the Intensive Care Unit", *Critical Care Clinics*, Vol. 25, Iss. 1, 2009, σ. 221.

13. Nancy Kentish-Barnes, "Death Organized by the Doctor: End-of-Life Decisions in Intensive Care Units", *Revue Francaise de Sociologie*, Vol. 50, Supplement: An Annual English Selection (2009), σσ. 159-184, σ. 159.

14. John Luce and Douglas White, "A History of Ethics and Law...", ό. π., σ. 221.

15. Thomas Raffin, "Intensive Care Unit Survival of Patients with Systemic Illness", *American Review of Respiratory Disease*, Vol. 140, iss. 2, 1989, σ. S28.

16. W. St. C. Symmers Sen., "Not Allowed to Die", *British Medical Journal*, 17/02/1968.

17. Nancy Kentish-Barnes, "Death Organized by the Doctor...", ό. π., σ. 175. Η αρχική αναφορά είναι το N. Christakis, *Death Foretold: Prophecy and Prognosis in Medical Care*, The University of Chicago Press, 1999.

18. Annelaura Nielsen (κι άλλες δεκατέσσερις, μία από τους οποίους έχει το ίδιο επίθετο με την Annelaura), "Survival Prediction in Intensive Care Units Based on Aggregation of Long-Term Disease History and Acute Physiology: A Retrospective Study of the Danish National Patient Registry and Electronic Patient Records", *Lancet Digital Health*, Vol. 1, 2019, σ. e88.

19. Αυτή και η προηγούμενη παράγραφος αντλούν από το Nancy Kentish-Barnes, "Death Organized by the Doctor...", ό. π., σ. 166-168.

20. Nancy Kentish-Barnes, "Death Organized by the Doctor...", ό. π., σ. 181.

21. Πήραμε τη δήλωση από το «Πυρά μετά τις Δηλώσεις Γεραπετρίτη για τις ΜΕΘ: Τυμβωρυχία η Γραμμή της Ν.Δ.», *Εφημερίδα των Συντακτών*, 24/11/2020.

22. Thomas Raffin, "Intensive Care Unit Survival...", ό. π., σ. S28.

23. Thomas Raffin, "Intensive Care Unit Survival...", ό. π., σ. S29.

24. «Πυρά μετά τις Δηλώσεις Γεραπετρίτη...», ό. π..

25. Ενίοτε κάποιοι από τους δημοσιολογούντες παραδέχονται ευθέως ότι το βασικό τους έργο είναι η πρόκληση πανικού. Δείτε για παράδειγμα τα Α. Λακασάς, «Καλπάζει ο ιός της απειθαρχίας», *Καθημερινή*, 16/07/20 και Θ. Γεωργακόπουλος, «Είναι σοβαρά τα πράγματα», *Καθημερινή*, 29/08/20.

26. Ο μέγιστος εντατικολόγος – βουλευτής είναι βέβαια ο κύριος Πολάκης. Ο Σύριζα, από όπου προφανώς προήλθε η γραμμή «περισσότερες ΜΕΘ» το Μάρτη, είναι το κόμμα με τους περισσότερους «ιατρούς» στη Βουλή, ακόμη και αν δεν είναι το κόμμα με τους περισσότερους βουλευτές. Σχετικά δες «Γεροβασίλη: Όλοι οι Βουλευτές – Γιατροί του Σύριζα Εθελοντικά στο ΕΣΥ», *capital.gr*, 24/11/2020. Αν αναρωτιέστε τι απέγινε αυτός ο ανιδιοτελής βουλευτικός εθελοντισμός, τελικά υπήρξαν προσκόμματα, και οι βουλευτές - γιατροί κατήγγειλαν τη γραφειοκρατία που δεν τους αφήνει να προσφέρουν.

27. Ντάνι Βέργου, «Όλοι Αξίζουμε να Έχουμε μια Ευκαιρία στη Διασωλήνωση», *Εφημερίδα των Συντακτών*, 28/9/2020.

28. «Συντονιστής για τον κορονοϊό: Δεν έπρεπε να έρθουν οι ασυμπτωματικοί ηλικιωμένοι στα νοσοκομεία», *Εθνος*, 01/09/20. Η περίπτωση μας έχει απασχολήσει στο «Το σώσιμο της γιαγιάς», *autonomeantifa.gr*, 17/9/2020.

29. Brad Templeton, "Car Companies Are Making Ventilators, but Ventilator Companies, Hackers and CPAP Companies Are Working Harder", *Forbes.com*, 20/4/2020.

30. John Miller & Elvira Pollina, "Army Joins the Production Line as Ventilator Makers Scramble to Meet Demand", *Reuters.com*, 21/3/2020. Εδώ μαθαίνουμε ότι οι εταιρείες που αναζητούσαν τρόπους να εισέλθουν στην κατασκευή αναπνευστήρων περιελάμβαναν και τις εταιρείες κατασκευής αεροσκαφών και αγωνιστικών αυτοκινήτων, όπως η βρετανική McLaren.

31. Sean O'Kane, "How GM and Ford Switched out Pickup Trucks for Breathing Machines", *The Verge.com*, 15/4/2020.

32. "General Motors and Ventec Life Systems Complete Delivery of 30,000 V+Pro Critical Care Ventilators", *media.gm.com*, 1/9/2020.

33. "From Making Cars to Ventilators", *Volkswagen.com*, 1/4/2020.

34. Ronni Plovsing & Ronan Berg, "Pulmonary Pathophysiology in Another Galaxy", *Anesthesiology*, Vol. 120, no.1, 2014.

35. "Dave Prowse", *en.wikipedia.org*.

36. Όσα ακολουθούν προέρχονται από το Ντάνι Βέργου, «Ανοίγουν έως Αρχές Μαρτίου όλα τα κρεβάτια στις ΜΕΘ», *Εφημερίδα των Συντακτών*, 11/2/2016.

37. «Συναγερμός στις Αρχές: Δύο Ασθενείς με Κορονοϊό το Έσκασαν από 'Αττικόν' και 'Θριάσιο'», *Newsbomb.gr*, 6/10/2020.

38. «'Ανρα 2Θ' ή Πώς Φτιάχτηκε ο Πρώτος Ελληνικός Αναπνευστήρας», *Athens Voice*, 4/12/2020.



19/1/2014

Η ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΠΟΥ ΜΑΣ ΑΞΙΖΕΙ

Είπαμε παραπάνω ότι η χώρα μας δεν διαθέτει αυτοκινητοβιομηχανία. Διαθέτει όμως το κοντινότερο αντιστοιχο, δηλαδή τον «υπερεφευρέτη» (sic) Δημήτρη Κορρέ. Αυτός είναι υπεύθυνος για «το πρώτο ελληνικό υπεραυτοκίνητο», όπως βλέπετε στη φωτό από το «Κ» της *Καθημερινής*, #555, 19/1/2014. Το «υπεραυτοκίνητο» δεν ξέρουμε τι απέγινε, ο «υπερεφευρέτης» κύριος Κορρές όμως, έπιασε το πνεύμα των καιρών στον αέρα, και αυτή τη στιγμή συνεργάζεται με τον «συγγραφέα» Απόστολο Δοξιάδη και άλλους παρόμοιους Έλληνες υπερεγκεφάλους, μεταξύ των οποίων και ένας «μηχανολόγος ψυχίατρος», για να παράξουν... το μαντέψατε: τον πρώτο ελληνικό αναπνευστήρα! Τον αναπνευστήρα θα τον λένε «Ανρα 2Θ», γιατί κάθε τέτοια μαλακία πρέπει να έχει ένα αρχαιοελληνικό όνομα. Μάλιστα θα δουλεύει με μειωμένο οξυγόνο, πιθανόν σε μια προσπάθεια να την ακούει καλύτερα ο διασωληνωμένος.

Αυτοί οι καλοί άνθρωποι τώρα, δεν είναι αριστεροί, οπότε βρίσκουν την πόρτα της *Εφημερίδας των Συντακτών* κλειστή. Κανένα πρόβλημα! Η πόρτα της *Athens Voice* είναι ορθάνοιχτη. Από εκεί μαθαίνουμε και τις ανησυχίες τους: «Τη δουλειά μας την κάναμε, (...) χωρίς καμιά προσμονή ανταμοιβής. Φτιάξαμε κάτι που μπορεί να σώσει ζωές (...) από εκεί και πέρα, το αν θα χρησιμοποιηθεί, στην Ελλάδα ή αλλού, (...) δεν είναι στα δικά μας χέρια. Είναι αυτών που κρίνουν, με τα δικά τους κριτήρια. Θα πιστοποιηθεί; Θα ζητηθούν αλλαγές; Θα παραγγελθεί; Δεν είναι δουλειά μας αυτά τα πράγματα, υπάρχουν άλλοι αρμόδιοι».³⁸

Δηλαδή οι υπερεφευρέτες έχουν φτιάξει τα σχέδια «χωρίς προσμονή ανταμοιβής» και περιμένουν να λεφτά από τους αρμόδιους, προσέχοντας να σημειώσουν ότι «σώζουν ζωές».

Δηλαδή, κάθε λαός έχει την αυτοκινητοβιομηχανία που του αξίζει.



4/12/2020: Οι νέοι φίλοι των ηλικιωμένων ποζάρουν μαζί με το δημιούργημά τους στο εργαστήριο του Δημήτρη Κορρέ τηρώντας όλα τα αναγκαία μέτρα. Αριστερά ο μηχανολόγος/ψυχίατρος, δεξιά ο υπερεφευρέτης. Το υπεραυτοκίνητο πιθανόν να χρειάστηκε να μετακινηθεί σε σκραπατζίδικο για να γίνει χώρος.