

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Μια στρατηγική πρόκληση από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα για την υγεία (ΠΦΥ) βρίσκεται πια στο στόμα όλων όσων μιλούν για πολιτική της υγείας. Ποια είναι όμως, ακριβώς τα στοιχεία που τη συνθέτουν; Ποια είναι η σημασία της και γιατί συνιστά μια ιδιαίτερη στρατηγική για την υγεία; Ποιες είναι οι ιδιαιτερότητες στην Ελλάδα και ποιες οι προοπτικές για την ανάπτυξή της; Αυτά είναι ορισμένα από τα ερωτήματα που το τεύχος αυτό των «Σύγχρονων Θεμάτων» επιδιώκει να προσεγγίσει.

Γιατί η ΠΦΥ δεν είναι μόνο η στρατηγική που δίνει έμφαση σε ορισμένες πλευρές του συστήματος υγείας –και συγκεκριμένα στην πρόληψη και στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και μέριμνα για την υγεία. Επιπλέον, φέρνει μαζί της και στοιχεία που αλλάζουν ριζικά τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε την υγεία και την αρρώστια, καθώς και τον τρόπο που πρέπει να αντιμετωπίζεται η αρρώστια και να ασκείται η ιατρική από ολόκληρο το σύστημα υγείας· επιδρά λοιπόν στον τρόπο που ασκούνται όλες –κι αυτές οι πιο εξειδικευμένες– λειτουργίες του. Η ΠΦΥ φέρνει επίσης στοιχεία που τροποποιούν τις παραδοσιακές θεωρήσεις του κράτους κοινωνικής πρόνοιας, όπως αυτό έχει διαμορφωθεί στις ανεπτυγμένες χώρες, εντοπίζοντας τα όριά του και επιχειρώντας την υπέρβασή τους.

Σταθμός στην καθιέρωση της ΠΦΥ ήταν η περίφημη πια Συνδιάσκεψη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) και της UNICEF που έγινε το Σεπτέμβριο του 1978 στην Άλμα-Άτα της Σοβιετικής Ένωσης. Στη Διακήρυξη της Συνδιάσκεψης αυτής, που δημοσιεύεται ολόκληρη σε άλλες σελίδες αυτού του τεύχους, αποκρυσταλλώνονται οι θέσεις της ΠΟΥ και τα στοιχεία που συνιστούν αυτή τη νέα στρατηγική της πρότασης.

Τι σημαίνει «φροντίδα για την υγεία»

Ο πυρήνας αυτής της νέας προσέγγισης βρίσκεται στην αναγνώριση της μικρής αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής ιατρικής. Όσο παράδοξη κι αν ηχεί η κουβέντα αυτή, είναι πέρα για πέρα αληθινή. Πραγματικά, έχει δείχθει με πειστικότητα ότι το μεγαλύτερο μέρος της βελτίωσης του επιπέδου υγείας των ανθρώπων κατά τα τελευταία 100-150 χρόνια, οφείλεται στη βελτίωση των γενικών συνθηκών διαβίωσης και όχι τόσο στα επιτεύγματα της ιατρικής. Επιπλέον, η θεραπευτική ιατρική στέκεται ουσιαστικά αδύναμη –με εξαίρεση μεμονωμένες περιπτώσεις– μπροστά στις αρρώστιες που μαστίζουν σήμερα τις προηγμένες κοινωνίες: τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τους καρκίνους, τις ψυχικές παθήσεις. Η ΠΟΥ υπογραμμίζει, λοιπόν, ότι όπως προκύπτει από τη σύγχρονη ιατρική και επιδημιολογική έρευνα, η αρρώστια είναι ένα φαινόμενο στη δημιουργία του οποίου κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν σημαντικά.¹

Έτσι, η ΠΟΥ τονίζει τη σημασία της πρόληψης και διατυπώνει ρητά ότι η βελτίωση του επιπέδου υγείας ενός λαού προωθείται ουσιαστικά με την ανάπτυξη της κοινωνίας και την κατάκτηση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής. Επιπλέον, τονίζει ότι για τη βελτίωση της υγείας απαιτείται η συντονισμένη δράση πολλών άλλων τομέων πέρα απ' τον τομέα της υγείας, όπως

του τομέα της στέγασης, της γεωργίας, της βιομηχανίας τροφίμων, της προστασίας του περιβάλλοντος κ.α. Η μεγάλη σημασία των διαπιστώσεων αυτών για την Ευρώπη σήμερα, δεν παύει να έρχεται δραματικά στην επικαιρότητα με γεγονότα όπως το πυρηνικό ατύχημα του Τσερνομπίλ ή η μόλυνση του Ρήνου, ενώ η προσέγγιση αυτή στο φαινόμενο αρρώστια συναντιέται (ή καλύτερα, μπορεί να συναντηθεί) με τις αντιλήψεις που έχουν αναπτυχθεί από τα οικολογικά κινήματα.

Αυτή η θεώρηση της αρρώστειας ως ένα σύνθετο φαινόμενο με πλευρές βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές (που όλες απαιτούν αντιμετώπιση), οδηγεί την ΠΟΥ σε μια επιπλέον σημαντική θέση που αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο της νέας της πρότασης: για την αντιμετώπιση του άρρωστου ατόμου δεν αρκεί ο γιατρός, αλλά απαιτούνται και άλλα επαγγέλματα υγείας, όπως νοσηλευτικοί, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί κ.α. Εισάγεται, λοιπόν, η έννοια της ομάδας υγείας που αποτελείται από άτομα με διάφορα επαγγέλματα υγείας τα οποία (αντίθετα απ' αυτά που συμβαίνουν παραδοσιακά) συνεργάζονται ισότιμα μεταξύ τους. Η ανάγκη για την ενιαία παροχή υπηρεσιών προαγωγής της υγείας, πρόληψης της αρρώστιας, διάγνωσης, θεραπείας και φυσικής και κοινωνικής αποκατάστασης των ατόμων που αρρώστησαν, υπογραμμίζεται από την ΠΟΥ με την εισαγωγή του όρου «φροντίδα για την υγεία» που αντιδιαστέλλεται με τον πολύ στενότερο όρο «περίθαλψη».

Πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι η προσέγγιση της ΠΦΥ δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο ζήτημα της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας στην αντιμετώπιση της αρρώστιας και υπογραμμίζει την ανάγκη για ορθολογικό σχεδιασμό και αξιολόγησή τους. Αυτό απορρέει μεταξύ άλλων και απ' το γεγονός ότι ένα απ' τα στοιχεία που οδήγησαν στην ΠΦΥ ήταν η κριτική για την αναποτελεσματικότητα της θεραπευτικής και νοσοκομειοκεντρικής ιατρικής.

Τι σημαίνει «πρωτοβάθμια»

Το δεύτερο κεντρικό σημείο της προσέγγισης της ΠΦΥ είναι ότι προτείνεται ένας αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας ώστε να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στο εξωνοσοκομειακό σκέλος τους. Αυτό ακριβώς υποδηλώνει ο όρος «πρωτοβάθμια» που αντιδιαστέλλεται με τη «δευτεροβάθμια», δηλαδή τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Εδώ χρειάζεται μια κρίσιμη διευκρίνιση: η κατεύθυνση αυτή δε σημαίνει την υποτίμηση της νοσοκομειακής ιατρικής και της ανάγκης για την παροχή εξειδικευμένης περίθαλψης με τη χρήση και σύνθετης τεχνολογίας. Γιατί η αρρώστια δεν πρόκειται να εξαφανιστεί ούτε με τα πιο ολοκληρωμένα προγράμματα πρόληψης, ούτε είναι δυνατό για την αντιμετώπισή της να επαρκέσει και η ουσιαστικότερη πρωτοβάθμια μέριμνα.

Αυτό που προτείνεται είναι οι πρωτοβάθμιες μονάδες να γίνουν η ραχοκοκκαλιά, το σημείο αναφοράς, το επίκεντρο του συστήματος υγείας. Οι μονάδες αυτές, επειδή βρίσκονται κοντά στον τόπο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, κατέχουν

μια στρατηγική θέση για τη συστηματική και συνεχή σχέση των ατόμων με τις υπηρεσίες υγείας· για την εφαρμογή συστηματικών προληπτικών προγραμμάτων, που από τη φύση τους αφορούν ολόκληρη μια κοινότητα και όχι μεμονωμένα άτομα, και για την παρέμβαση σε νοσογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος· για την πιο πολύπλευρη αντιμετώπιση των αρρώστων ατόμων με την ενιαία παροχή περίθαλψης, φυσικής αποκατάστασης, ψυχολογικής στήριξης και κοινωνικής φροντίδας με τρόπο κατά το δυνατόν ενσωματωμένο στην καθημερινή τους ζωή, πράγμα ιδιαίτερα σημαντικό γι' αυτούς που πάσχουν από κάποια χρόνια πάθηση· για την ελάττωση της αποξένωσης των ατόμων από τις υπηρεσίες υγείας, την απομυθοποίηση του γιατρού και της ιατρικής και τη συμμετοχή των πολιτών στο σχεδιασμό και την εφαρμογή της φροντίδας για την υγεία τους.

Λόγω ακριβώς αυτής της στρατηγικής θέσης των πρωτοβάθμιων μονάδων, θα πρέπει να θεωρούνται το κομβικό σημείο απ' όπου θα περάσει η εφαρμογή της πολιτικής για μια ολοκληρωμένη φροντίδα για την υγεία. Επιπλέον, με τη συνειδητοποίηση των ορίων του νοσοκομείου και της ανάγκης για εγκατάλειψη της σημερινής του αυτάρκειας, θα πρέπει το νοσοκομειακό σύστημα να «βλέπει» προς την ΠΦΥ και να την αντιλαμβάνεται ως τον άξονα για τη συνεχή, συστηματική και πιο ανθρώπινη παρακολούθηση των αρρώστων. Αυτό μπορεί να δώσει στο νοσοκομείο τη δυνατότητα να επιτελεί καλύτερα το δικό του έργο, αποσυμφορώντάς το από άλλες λειτουργίες και παρέχοντάς του το δίκτυο για την πιο ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των αρρώστων που καταφεύγουν σ' αυτό.

Ο αναπροσανατολισμός αυτός απαιτεί αναβαθμισμένες και καλά οργανωμένες υπηρεσίες ΠΦΥ, καθώς και την εγκατάσταση ουσιαστικής και αμφίδρομης επικοινωνίας ανάμεσα σ' αυτές και τις νοσοκομειακές μονάδες. Αυτό απαιτεί ιδιαίτερα ενεργητικές παρεμβάσεις, ώστε να αντιμετωπιστεί όχι μόνο η χρόνια υποβάθμιση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας αλλά και η αντίληψη ότι αυτές παρέχουν «λιγότερο επιστημονική» ιατρική και φροντίδα για την υγεία.

Πρέπει τέλος να τονιστεί ότι αναπόσπαστο στοιχείο της ΠΦΥ είναι η θέση ότι απαιτείται η ενεργητική συμμετοχή των πολιτών και της κοινότητας στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Οι διατυπώσεις που χρησιμοποιεί η ΠΟΥ είναι πολύ προσεχτικές και είναι συμβατές τόσο με μια «συμμετοχή» αποστειωμένη, που μοιάζει περισσότερο με τεχνική για αποδοτικότερο μάνατζμεντ των υπηρεσιών υγείας, όσο και με μια ουσιαστική συμμετοχή στην κατεύθυνση της διεύθυνσης της δημοκρατίας και της ανάπτυξης συμμετοχικών θεσμών. Ο δρόμος που θα ακολουθήσουν τα πράγματα δεν εξαρτάται από διακηρύξεις, αλλά από τους συσχετισμούς των δυνάμεων σε κάθε χώρα.

Πώς φτάσαμε στην 'Αλμα-Άτα

Οι περισσότερες από τις διαπιστώσεις που βρίσκονται πίσω από την προσέγγιση της ΠΦΥ δεν είναι καινούργιες. Αυτό που είναι νέο είναι η μορφοποίησή τους σ' ένα ενιαίο σύνολο και σε συγκεκριμένη πρόταση για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Η διαδικασία της μορφοποίησης αυτής άρχισε να συντελείται στις αρχές της δεκαετίας του '70. Ασφαλώς, καθοριστικό ρόλο σ' αυτό έπαιξε η οικονομική κρίση της περιόδου, που κατέστησε ελείγουσα την αναζήτηση μορφών άσκησης της ιατρικής που να είναι πιο αποτελεσματικές σε σχέση με το κόστος τους.

Σημαντικό ρόλο στη διατύπωση αυτής της στρατηγικής πρότασης έπαιξε το ενδιαφέρον για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας στις χώρες του Τρίτου Κόσμου. Η αντίληψη των διεθνών οργανισμών για την ανάπτυξη και τη θέση των χωρών αυτών στο διεθνή καταμερισμό, απαιτούσε ένα επίπεδο υγείας που να επιτρέπει μια παραγωγικότερη ζωή. Ταυτόχρονα, αυτό έπρεπε να επιτευχθεί με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Όσον αφορά την πολιτική της ΠΟΥ για τον Τρίτο Κόσμο, η ΠΦΥ έρχεται να διαδεχθεί την πολιτική των λεγόμενων «κάθετων προγραμμάτων» που προωθήθηκαν τη δεκαετία του '50 (δηλαδή των εκστρατειών για την καταπολέμηση συγκεκριμένων νοσημάτων όπως η ελονοσία, η ευλογιά, η φυματίωση, η φιλαρίαση κ.α.) και την πολιτική της παροχής «βασικών υπηρεσιών υγείας» που άρχισε να προβάλλεται κατά τη δεκαετία του '60 (δηλαδή την παροχή στοιχειωδών μέτρων υγιεινής, πρόληψης και περίθαλψης).⁽²⁾ Η συνολική επίδραση των πολιτικών αυτών στο επίπεδο της υγείας των λαών του Τρίτου Κόσμου ήταν περιορισμένη – παρότι είχαν κάποια αποτελέσματα με εντυπωσιακό εκπρόσωπο την εξαφάνιση της ευλογιάς. Τη χρονιά ακριβώς που εγκρίθηκε η Διακήρυξη της 'Αλμα-Άτα, το 1978, πάνω από 800 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο ζούσαν σε κατάσταση απόλυτης φτώχειας, το 1/3 των θανάτων συνέβη σε παιδιά κάτω των 5 ετών, ενώ 11 εκατομμύρια παιδιά πέθαναν από πείνα, υποθρεψία και λοιμώδη νοσήματα.⁽³⁾ Προέκυπτε, λοιπόν, η ανάγκη μιας νέας πολιτικής, πιο αποτελεσματικής στην επίτευξη των στόχων της ΠΟΥ.

Όσον αφορά τις ανεπτυγμένες χώρες, το κράτος κοινωνικής πρόνοιας που είχε οικοδομηθεί σε ορισμένες απ' αυτές, έφτασε σε αδιέξοδο. Και δεν πρόκειται μόνο για τις ραγδαία αυξανόμενες δαπάνες, στοιχείο καθόλου ασημαντό, ιδιαίτερα με την οικονομική κρίση που παρουσιάστηκε στις αρχές της δεκαετίας του '70. Τα σοσιαλδημοκρατικά οράματα και οι αντίστοιχες πολιτικές στον τομέα της υγείας, που αμέσως μετά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο οδήγησαν στη δημιουργία εθνικών συστημάτων υγείας, αποδείχθηκαν ατελέσφορα. Οι ανισότητες ανάμεσα σε κοινωνικές τάξεις και ομάδες ως προς το επίπεδο υγείας, αντί να αμβλυνθούν, διευρύνθηκαν – πράγμα που αποδείχθηκε για ορισμένες χώρες με συγκεκριμένα και αδιαμφισβήτητα στοιχεία.⁽⁴⁾ Επιπλέον, εμφανίστηκαν εκδηλώσεις δυσανεξίας και κινήματα διαμαρτυρίας κατά του απρόσωπου συστήματος υγείας που κυριαρχείται από την «επιθετική» τεχνολογία και από το ενδιαφέρον για το πάσχον όργανο και όχι για το πάσχον άτομο συνολικά. Τα κρατικιστικά, συγκεντρωτικά και νοσοκομειοκεντρικά συστήματα υγείας που αναπτύχθηκαν μέσα σ' αυτό το κοινωνικό και πολιτικό ρεύμα, δεν οδήγησαν μόνο στην αποξένωση των πολιτών απ' αυτά, αλλά αποδείχθηκαν και αναποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της αρρώστιας, όπως ήδη αναφέρθηκε. Η ανάγκη για την επεξεργασία μιας άλλης στρατηγικής ήταν πραγματική.

Η σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία

Η στρατηγική της ΠΦΥ φέρνει μαζί της στοιχεία που ξεπερνούν κατά πολύ τα ζητήματα οργάνωσης του εξωνοσοκομειακού σκέλους ενός συστήματος υγείας. Φέρνει στο προσκήνιο μια ολόκληρη αντίληψη για την αρρώστια και την υγεία με ευρύτερες πολιτιστικές και πολιτικές επιπτώσεις. Επιδρά στο γενικότερο σχεδιασμό της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας, ιδιαίτερα σε τομείς όπως η γεωργία, η βιομηχανία, το περιβάλλον κ.α. Επιδρά στην οργάνωση ολόκληρου του συστήματος υγείας παρεμβαίνοντας στον καθορισμό της φιλοσοφίας και των προτεραιοτήτων του. Επιδρά, τέλος και σ' αυτό το νοσοκομειακό σύστημα αναδεικνύοντας την ανάγκη πιο πολύπλευρης αντιμετώπισης του πάσχοντος ατόμου και υπογραμμίζοντας τον ισότιμο ρόλο όλων των επαγγελματιών υγείας. Τα στοιχεία αυτά που αμφισβητούν το σημερινό ιατροκεντρικό χαρακτήρα των νοσοκομείων και του συστήματος υγείας γενικότερα, έχουν μια ριζοσπαστική δυναμική.

Η στρατηγική της ΠΦΥ φέρνει επίσης στο προσκήνιο τα όρια του κράτους κοινωνικής πρόνοιας στον τομέα της υγείας, όπως αυτό διαμορφώθηκε στις ανεπτυγμένες χώρες· και αποτελεί μια πρόταση για την υπέρβασή τους. Η στρατηγική για την υπέρβαση αυτή, που διατυπώνεται με κύριο γνώμονα την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της αρρώστιας με βάση τα ση-

μερινά επιστημονικά δεδομένα, αναδεικνύει σε κεντρική θέση τη δράση στο επίπεδο της κοινότητας και τη συμμετοχή των πολιτών. Μήπως, λοιπόν, η ΠΦΥ εμπεριέχει τη δυνατότητα να αποτελέσει ένα συγκεκριμένο πεδίο ουσιαστικής συνάντησης του παραδοσιακού σοσιαλδημοκρατικού ρεύματος (μέσα απ' την αναγνώριση της αναποτελεσματικότητας των συγκεντρωτικών και νοσοκομειοκεντρικών εθνικών συστημάτων υγείας) και του ευρωκομμουνιστικού ρεύματος (μέσα από την αναγνώριση της ανεπάρκειας που χαρακτηρίζει την προβολή των οργανικών στοιχείων της στρατηγικής του –όπως η αποκέντρωση, η συμμετοχή των πολιτών, η ανθρώπινη χειραφέτηση– με όρους ιδεολογικούς και γενικόλογους); Αυτό μόνο η εξέλιξη των πραγμάτων θα το δείξει.

Η στρατηγική της ΠΦΥ με το κύρος που της δίνει η επίσημη αποδοχή της από την ΠΟΥ, δεν είναι εύκολο πια να αμφισβητηθεί από καμιά πλευρά. Ας μη γελιώμαστε όμως. Οι κοινωνικές ομάδες και τα οργανωμένα συμφέροντα που την αντιστρατεύονται δεν είναι λίγα· ούτε οι αντιστάσεις από τις υπάρχουσες δομές, νοοτροπίες και ιδεολογίες θα είναι αμελητέες.

Κατά την εφαρμογή της ΠΦΥ, ιδιαίτερα στην Ελλάδα δυο είναι οι σημαντικότεροι κίνδυνοι που ελλοχεύουν. Ο πρώτος είναι η ανώδυνη ενσωμάτωση κάποιων στοιχείων πρόληψης και πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο υπάρχον υγειονομικό σύστημα με απαράλλαχτη τη φιλοσοφία του. Ο δεύτερος είναι η καθιέρωση των νέων θεσμών που θα απαιτηθούν για την προώθηση της ΠΦΥ (π.χ. Κέντρα Υγείας, νέα επαγγέλματα υγείας κ.α.) με υποβαθμισμένη ποιότητα στη λειτουργία τους και με μειωμένο κοινωνικό κύρος –πράγμα που με μαθηματική ακρίβεια θα οδηγήσει στην εφαρμογή μιας συρρικνωμένης ΠΦΥ και θα καταστήσει αδύνατη την ηγεμονία της φιλοσοφίας της στο όλο σύστημα υγείας.

Η κυβερνητική πολιτική για την ΠΦΥ σήμερα χαρακτηρίζεται ακριβώς απ' αυτά τα δύο στοιχεία, υπονομεύοντας μακροπρόθεσμα την ουσιαστική καθιέρωσή της στη χώρα μας. Για την αναστροφή της πορείας αυτής απαιτούνται σοβαρές και μακρόπνοες παρεμβάσεις. Ποιες είναι οι κοινωνικές και πολιτικές δυνάμεις που θα τις προωθούν και ποιοι οι ενδεδειγμένοι τρόποι, είναι ζητήματα κρίσιμα και σε μεγάλο βαθμό ανοιχτά.

ΤΑΚΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ

Σημειώσεις

1. Ο τονισμός της σημασίας των περιβαλλοντικών παραγόντων στη γένεση της αρρώστιας, ας μην οδηγήσει στην αφελή ή δογματική αγνόηση της σημασίας που έχουν παράγοντες βιολογικοί, κληρονομικοί ή ατομικοί. Αυτοί υπάρχουν και επιδρούν –για μεμονωμένα άτομα μάλιστα μπορεί να είναι καθοριστικοί. Η παρέμβαση σ' αυτούς, κυρίως μέσω της θεραπευτικής ιατρικής, είναι αναγκαία, πολύτιμη και καμιά φορά σωτήρια. Έτσι είναι αναγκαίο να ορίζεται το βάρος των παραγόντων του περιβάλλοντος για κάθε νόσημα ή ομάδα νοσημάτων, με βάση εμπειρικά δεδομένα και όχι με όρους ιδεολογικούς ή «γενικούς»
2. Debabar Banerji, The political economy of western medicine in Third World countries, στο J. B. McKinlay (ed.), *Issues in the Political Economy of Health Care*, Tavistock Publications, New York, 1984.
3. Vicente Navarro, A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma-Ata Declaration, *International Journal of Health Services*, 1984, 14: 159-172.
4. D. Black, J. N. Morris, C. Smith, P. Townsend, *Inequalities in Health*, Penguin Books, 1982.

