

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Βαγγέλης Κυριακάκης

Πολιτικός Επιστήμονας

Κοινωνικός Λειτουργός

«Η υγεία είναι ένα ζωτικό ανθρώπινο δικαίωμα και η εξασφάλισή της αποτελεί κύριο κοινωνικό στόχο, η επίτευξη του οποίου χρειάζεται τη δραστηριότητα και πολλών άλλων κοινωνικών και οικονομικών τομέων πέρα από τον τομέα υγείας. Οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα και καθήκον να συμμετέχουν ατομικά και συλλογικά στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο της υγειονομικής τους περίθαλψης».

Alma - Ata 1978

Υπηρεσίες Υγείας - Στρατηγική αλλαγής

Κοιτάζοντας το πρόβλημα των Υπηρεσιών Υγείας με ένα ευρύτερο και πιο ουσιαστικό τρόπο, παρατηρεί κανείς ότι υπάρχουν βασικά τρία είδη στρατηγικής για την επίλυση αυτών των προβλημάτων.

- α) Η στρατηγική της μεγαλύτερης ανάπτυξης των Υπηρεσιών Υγείας χωρίς βασικές αλλαγές στη δομή τους. Αυτή είναι μια συντηρητική στρατηγική που συνίσταται στην πρόσδετη αύξηση της χρηματοδότησης σε αύξηση του προσωπικού και σε τυπικές αλλαγές στα πλαίσια των υφιστάμενων σχέσεων. Η στρατηγική αυτή χαρακτηρίζει σε διεθνές επίπεδο τα υπάρχοντα σχήματα των υπηρεσιών υγείας, τις άκαμπτες οργανωτικές δομές και τη γραφειοκρατική διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.
- β) Η στρατηγική της βαθμιαίας προσαρμογής, κάτω από την επίδραση των δημιουργούμενων κάθε φορά αναγκών σε ισορροπία με ορισμένες ομάδες επαγγελματιών χωρίς πρόβλεψη για την έκταση των αλλαγών και τις προοπτικές της ανάπτυξης. Η προσέγγιση αυτή χαρακτηρίζεται από την μερική θεώρηση των προβλημάτων.

Η φαινομενική φιλελεύθερη άποψη για αυτοδιαχείριση και απαίτηση για απεριόριστη ανάπτυξη ορισμένων ομάδων επαγγελματιών συχνά εκφράζει την επιθυμία να διατηρηθεί η υπάρχουσα μονοπωλιακή δέση και η δύναμη που συχνά συγκεντρώνεται σε ορισμένες ομάδες π.χ. γιατρών. Η τονισμένη «εμπιστοσύνη» στον αυθορμητισμό της ανάπτυξης αποτελεί επίσης σε μερικές περιπτώσεις μια μέθοδο

δικαιολόγησης της οικονομικά ασύμφορης καταναλωτικής προσέγγισης.

- γ) Η στρατηγική των σχεδιασμένων μακροχρόνιων αλλαγών στη *Δομή* του συστήματος, που θα ανταποκρίνονται σε πραγματικές αλλαγές στις κοινωνικές σχέσεις και στις προοπτικές για τις ανάγκες στον τομέα της Υγείας. Συνήγοροι αυτής της προσέγγισης είναι κοινωνικές δυνάμεις, μέσα αλλά και έξω από το χώρο της υγείας, παρόλο που συχνά διακρίνονται για την οργανωτική ανεπάρκειά τους. Μια προσπάθεια αξιολόγησης των στρατηγικών αυτών καταλήγει στο συμπέρασμα πως μια ανάπτυξη των δομών που υπήρχαν πριν λίγα χρόνια θα ήταν αδικαιολόγητη.

Η εφαρμογή μιας τέτοιας στρατηγικής θα είχε σαν συνέπεια να αφήσει τις υπηρεσίες υγείας σ' ένα παθητικό ρόλο στην κοινωνία, και στην πράξη να οδηγήσει σ' αντίθετα αποτελέσματα, όπως την απρογραμματιστή αύξηση του προσωπικού, χωρίς να ληφθούν υπόψη οι αναγκαίες αλλαγές, με συνέπεια την αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας χωρίς ανάλογα αποτελέσματα στην ποιότητα των υπηρεσιών. Η άλλη επιλογή για μια στρατηγική της «αυθόρμητης» ανάπτυξης του συστήματος, θα μπορούσε να επιφέρει περιορισμένη βελτίωση, αλλά δεν θα μπορούσε να δώσει την απαιτούμενη προσοχή στους περιορισμένους πόρους και στο κόστος της ανάπτυξης. Η τρίτη στρατηγική του μακροχρόνιου σχεδιασμού στηρίζεται στην απελευθέρωση των νέων κοινωνικών δυνάμεων αλλά και στη χρήση επιστημονικών μεθόδων όπως η ανάλυση συστημάτων προς οφέλός τους. Με τον τρόπο αυτό το κόστος της ανάπτυξης μπορεί να μειωθεί μακροχρόνια. Εύκολα μπορεί να επισημάνει κανείς στο σημείο αυτό πως η επιλογή της ριζοσπαστικής αυτής δέσης, αναπόφευκτα θα συναντήσει και τη μεγαλύτερη αντίσταση. Στη χώρα μας τα κύρια χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών Υγείας ήταν το μεγάλο μέγεθος του ιδιωτικού τομέα και η πολυδιάσπαση αλλά και ο συγκεντρωτισμός του δημόσιου τομέα.

Υπάρχουσα κατάσταση και προοπτικές

Επισημαίνοντας κανείς τα κύρια στοιχεία της κατάστασης της υγείας στην Ελλάδα μέχρι πριν λίγα χρόνια εύκολα μπορεί να καταγράψει:

- α) Την έλλειψη συστήματος υγείας.
- β) Την άναρχη χωρίς στοιχεία προγραμματισμού ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας.
- γ) Την άνιση κατανομή των υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στο κέντρο (πρωτεύουσα) και την περιφέρεια (επαρχία).
- δ) Την εμπορευματοποίηση της υγείας με την ύπαρξη αλλά και την καλλιέργεια της άμεσης σχέσης ανάμεσα στο Κρατικό Νοσοκομείο και στο ιδιωτικό ιατρείο.
- ε) Την συνεχή μείωση της προσφοράς υπηρεσιών υγείας από το Δημόσιο Τομέα (1980 περίπου 50%, ιδιωτικός τομέας) ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για άλλες χώρες ήταν Αγγλία 3%, Σουηδία 5,5%, Δ. Γερμανία 9% κ.λπ.
- στ) Την ανυπαρξία αυτοδύναμης και οργανωμένης έρευνας στο χώρο της υγείας.
- ζ) Την ουσιαστική ανυπαρξία εκπαίδευσης για το νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και για τα άλλα επαγγέλματα υγείας
- η) και τέλος τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας για την δημιουργία πελατιακών εκλογικών σχέσεων με τους χρήστες, των υπηρεσιών.

Σ' αυτή την κατάσταση ήταν ανάγκη να αντιπροταθεί:

- α) Η ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας αποκεντρωμένα και ισόρροπα σ' ολόκληρη τη χώρα.

- β) Η άσκηση κοινωνικού ελέγχου των υπηρεσιών.
- γ) Η ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με έμφαση στην πρόληψη και αποκατάσταση.
- δ) Η δημιουργία προϋποθέσεων «πλήρους και αποκλειστικής» απασχόλησης των γιατρών.
- ε) Η εξάλειψη της εμπορευματοποίησης της υγείας.
- στ) Η δεσμοδέτηση Κοινωνικής Υπηρεσίας σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η πολιτική υγείας των τελευταίων χρόνων εκφράζεται μέσα από τον Ν. 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και έχει σαν στόχο την παροχή υπηρεσιών υγείας «ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας όπου την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολό του πληθυσμού έχει το κράτος (άρθρο 1 του Ν. 1397/83)».

Με το νόμο αυτό μπαίνουν οι βάσεις για την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, σε Υγειονομικές Περιφέρειες, την αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (φροντίδας), την συμμετοχή όλων των ενδιαφερόμενων φορέων στον σχεδιασμό και στην εποπτεία των υπηρεσιών υγείας μέσα από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, τα περιφερειακά συμβούλια, και τα Διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων και τέλος με τον σαφή διαχωρισμό του δημόσιου από τον ιδιωτικό τομέα της υγείας.

Ήδη έχει ξεκινήσει η υλοποίηση του νόμου 1397 με την ανάπτυξη των Κέντρων Υγείας για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με την αναδιάρθρωση των δέσεων των γιατρών στα νοσοκομεία, με σκοπό την παροχή δευτεροβάθμιας περίθαλψης σε κάθε Νομό και τριτοβάθμιας σε κάθε υγειονομική περιφέρεια.

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

1. Αντικατοπτρίζει και εξελίσσεται σύμφωνα με τις οικονομικές συνθήκες και τα κοινωνικά πολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της χώρας και των κοινοτήτων της και βασίζεται στην εφαρμογή των σχετικών αποτελεσμάτων που προέρχονται από κοινωνικές, βιοϊατρικές και υγειονομικές έρευνες και από την εμπειρία σε θέματα δημόσιας υγείας.
2. Απευθύνεται προς τα κύρια υγειονομικά προβλήματα της κοινότητας και εξασφαλίζει αντίστοιχα υπηρεσίες παραγωγής, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας.
3. Περιλαμβάνει το λιγότερο εκπαίδευση για τα κύρια προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους· εξασφάλιση καλής και σωστής διατροφής, επαρκούς και υγιεινής ύδρευσης και βασικών εγκαταστάσεων υγιεινής· υγειονομική περίθαλψη της μητέρας και του παιδιού, συμπεριλαμβανομένου και του οικογενειακού προγραμματισμού· εμβολιασμό για τα σοβαρότερα λοιμώδη νοσήματα· πρόληψη και καταπολέμηση των τοπικών ενδημικών νόσων· κατάλληλη θεραπεία κοινών νόσων και τραυματισμών και παροχή των απαραίτητων φαρμάκων.

4. Ενεργοποιεί και συνδέει πέρα από τον τομέα της υγείας, όλους τους σχετικούς τομείς της εθνικής και κοινοτικής ανάπτυξης και ιδιαίτερα την γεωργία, την κτηνοτροφία, την παραγωγή τροφίμων, τη βιομηχανία, την εκπαίδευση, τη στέγαση, τα δημόσια έργα, τις επικοινωνίες κ.ά και απαιτεί συντονισμένες ενέργειες απ' όλους αυτούς τους τομείς, σε θέματα προστασίας και προαγωγής της υγείας.
5. Απαιτεί και προάγει όσο γίνεται περισσότερο με την κατάλληλη εκπαίδευση, την υπευθυνότητα των ατόμων και της κοινότητας και τη συμμετοχή τους στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας, αξιοποιώντας όσο το δυνατό πληρέστερα τους τοπικούς, εθνικούς και άλλους διαθέσιμους πόρους.
6. Πρέπει να ενισχύεται από ολοκληρωμένα, λειτουργικά και αλληλοϋποστηριζόμενα συστήματα παραπομπής που να οδηγούν προοδευτικά στην καθολική βελτίωση της συνολικής περίθαλψης για όλους, δίνοντας προτεραιότητα σ' αυτούς που έχουν την μεγαλύτερη ανάγκη.
7. Βασίζεται τόσο στο τοπικό επίπεδο όσο και στα διάφορα επίπεδα παραπομπής στο υγειονομικό προσωπικό (γιατροί, νοσοκόμοι, κοινωνικοί λειτουργοί, μαίες και άλλο υγειονομικό προσωπικό) και στο κοινοτικό προσωπικό δηλαδή σε κατάλληλα εκπαιδευμένα στελέχη ώστε να εργάζονται σαν ομάδα υγείας και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινότητας.

Ψυχική Υγεία

Το άρθρο 21 του Ν. 1397/83 αναφέρεται ειδικά σ' ένα μεγάλο κεφάλαιο της υγείας, την Ψυχιατρική Περίθαλψη.

Σύμφωνα με το άρθρο αυτό ορίζεται ότι η Ψυχιατρική Περίθαλψη θα παρέχεται από:

- α) Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας που έχουν σκοπό την ψυχοκοινωνική μέριμνα, την συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και την διαφώτιση, την πρόληψη, την θεραπεία και την συμβολή στην επαγγελματική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη του αρρώστου. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας μπορούν να περιλαμβάνουν και ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς καθώς και μονάδες μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυχτερινής).
- β) Στους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων όπου θα παρέχονται οι υπηρεσίες διάγνωσης και αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών, με σύντομες θεραπευτικές τεχνικές, συμβουλευτικές και υπηρεσίες σύνδεσης με άλλους τομείς του Γενικού ή και Παιδιατρικού Νοσοκομείου.
- γ) Στα ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία όπου νοσηλεύονται άρρωστοι που έχουν ανάγκη από μακρόχρονη νοσηλεία και τα οποία αναδιοργανώνονται με στόχο την αποασυλοποίηση των ασθενών και όπου είναι δυνατή η κοινωνική επανένταξη και επαγγελματική αποκατάσταση. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων και τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση μεταξύ τους.

Κέντρα Ψυχικής Υγείας

Ας αρχίσουμε από τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, να δούμε πιο αναλυτικά τις νέες συνθήκες στην Ψυχική Υγεία.

Το ΚΨΥ αποσκοπεί στην παροχή υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα, έτσι ώστε το άτομο να μην απομακρυνθεί από τον φυσικό και κοινωνικό του χώρο. Αποτελεί ένα ουσιαστικό φραγμό στις εισαγωγές σε μονάδες κλειστής ψυχιατρικής περίθαλψης. Αν μια εισαγωγή κριθεί αναγκαία αυτή μπορεί να γίνεται στον αντίστοιχο ψυχιατρικό τομέα του Γενικού Νοσοκομείου, για τον οποίο θα μιλήσω παρακάτω.

Το ΚΨΥ, ακολουθεί την αρχή της τομεοποίησης και μπορεί να έχει τομέα ευθύνης στις αστικές περιοχές κοινότητες με πληθυσμό 90-160.000 κατοίκων. Οι λειτουργίες του ΚΨΥ είναι:

- 1) Η έγκαιρη διάγνωση, αντιμετώπιση και θεραπεία όλου του φάσματος των ψυχικών διαταραχών. Η αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών με παρέμβαση αν είναι δυνατόν ακόμη και στο σπίτι. Στο ΚΨΥ δίνεται έμφαση στην επίδραση του περιβάλλοντος πάνω στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, καθώς επίσης και στην ψυχολογική υποστήριξη.
- 2) Αναπτύσσει προγράμματα με δραστηριότητες σχετικές με την εκπαίδευση για την ψυχική υγεία τόσο του γενικού πληθυσμού της περιοχής όσο και ειδικότερων ομάδων (εκπαιδευτικών, υγειονομικών, ομάδων υψηλής επικινδυνότητας κ.ά, με διαλέξεις - συζητήσεις, σεμινάρια, σχολές γονέων κ.λπ).
- 3) Το ΚΨΥ κάνει έρευνα που πρέπει να είναι «συμβατή» με τις αρμοδιότητές του. Η σύνδεση του ΚΨΥ γίνεται:
 - α) Με τους φορείς της κοινότητας (Δήμους, πολιτιστικούς φορείς, συλλόγους, σχολεία κ.λπ). Ιδιαίτερα στον τομέα μάλιστα της πρωτοβάθμιας και τριτοβάθμιας πρόληψης η συνεργασία αυτή και η ευεργετική συμμετοχή της κοινότητας είναι απόλυτα αναγκαία.
 - β) Τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Κέντρα Υγείας κ.λπ).
 - γ) Τις μονάδες κλειστής ψυχιατρικής περίθαλψης (Ψυχιατρ. Τομέας, Ψυχιατρείο).
 - δ) Τις μονάδες αποκατάστασης που αντιστοιχούν στο ΚΨΥ (εργαστήρια, Ξενώνες, κ.λπ).

Η στελέχωση του ΚΨΥ γίνεται από Ψυχιάτρους, Ψυχολόγους, Κοιν. Λειτουργούς και άλλους επιστήμονες. Αν στο ΚΨΥ λειτουργεί και παιδοψυχιατρικό τμήμα αυτό στελεχώνεται με διεπιστημονική ομάδα που έχει Παιδοψυχίατρο, Ψυχολόγο, Κοιν. Λειτουργό, Λογοπεδικό κ.λπ.

Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου

Ο ΨΤΓΝ είναι μια μικρή ανοιχτή ψυχιατρική κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο. Οι κύριοι στόχοι της είναι, η εξωτερική παρακολούθηση ασθενών, η βραχεία ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, η ανάπτυξη της διασυνδετικής ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο, η άμεση παρέμβαση στην κοινότητα, όταν επιβάλλεται, και η παροχή εκπαίδευσης.

Καλύπτει τον μόνιμο πληθυσμό ενός συγκεκριμένου γεωγραφικού τομέα σε 24ωρη βάση και μπορεί να κάνει διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο στις εξής κατηγορίες ασθενών.

- α) Σ' εκείνους που προσέρχονται στο εξωτερικό ιατρείο σε τακτική βάση, ως έκτακτα περιστατικά ή ως περιστατικά παρακολούθησης.
 - β) Εκείνων των αρρώστων που η κατάσταση τους επιβάλλει ενδονοσοκομειακή ψυχιατρική περίθαλψη.
4. Ο αριθμός των κρεβατιών του ΨΤΓΝ δεν ξεπερνά τα 25 και η νοσηλεία που προσφέρει είναι βραχείας διάρκειας, (όχι πάνω από 6 εβδομάδες).
 5. Ο ΨΤΓΝ βρίσκεται σε οργανική και λειτουργική σύνδεση με τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Κέντρα Υγείας και τις άλλες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Η στελέχωσή του γίνεται από Ψυχιάτρους, Ψυχολόγους, Κοιν. Λειτουργούς και άλλους επιστήμονες. Σαν τρίτο σύστημα παροχής υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας πρέπει να αναφέρουμε το *Ψυχιατρείο*..

Το Ψυχιατρείο αποτελεί ένα κρίκο μιας αλυσίδας από υπηρεσίες που παρέχει περίθαλψη στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Δεν λειτουργεί ξεκομμένο και αυθύπαρκτο, αλλά σε πλήρη και αρμονική (τουλάχιστον πρέπει) συνεργασία λειτουργική και επιστημονική με το όλο σύστημα υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας όπως (ΚΨΥ και ΨΤΓΝ, κ.λπ). Σκοπός του είναι η περίθαλψη ασθενών που δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν από άλλες μορφές νοσηλείας. Σαν στόχο έχει την θεραπεία στον συντομώτερο δυνατό χρόνο νοσηλείας, ενώ συγχρόνως πρέπει να λαμβάνει ιδιαίτερα μέτρα και να προετοιμάζει την έξοδο του ασθενούς για να ζήσει έξω στην κοινότητα. Δέχεται αρρώστους από τα δύο πρώτα συστήματα παροχής υπηρεσιών, δηλαδή το ΚΨΥ και τον ΨΤΓΝ.

Κάθε ψυχιατρείο πρέπει να καλύπτει και συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο, και έτσι υπάρχει ένα ουσιαστικό πρόβλημα «ανακατανομής» των ψυχιατρικών κρεβατιών στη χώρα μας.

Η ανάγκη μιας μετανοσοκομειακής φροντίδας επιβάλλει την δημιουργία καινούργιων προγραμμάτων με ξενώνες, εργαστήρια προεπαγγελματικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης, συνεταιριστικές μονάδες κ.λπ.

Στη σύντομη παρουσίαση έγινε προσπάθεια να καταγραφεί τι υπάρχει μα και τι δυνατότητες παρέχονται για να μπορούμε να λέμε πια ότι δεν αναιρείται «η ανθρωπίνη αξιοπρέπεια» ούτε στο χώρο της υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Διακήρυξη της Alma-Ata, πρακτικά της συνέλευσης της ΠΟΥ 1978
2. Ν. 1397/83
3. Αποφάσεις Ολομέλειας του ΚΕΣΥ
4. Zel Jaksic «εκλογή». Νέες τάσεις στις υπηρεσίες υγείας
5. «Ο προγραμματισμός Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα.» Γ. Υφαντόπουλος, ΕΚΚΕ