

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ.**



Σπουδαστές:
Μπλέτσος Κων/νος
Κασιούρα Δέσποινα
Λιούλιου Όλγα
Κατσουλίδου Ελένη

Υπεύθυνη Καθηγήτρια :
Dr. Παπαδημητρίου Μαρία

ΠΑΤΡΑ 1998

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2677
----------------------	------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σκοπός

Εισαγωγή

♦ ΜΕΡΟΣ Ι

Π.Φ.Υ. – ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ

♦ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Το περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας.

♦ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε συστήματα υγείας άλλων χωρών.

2.1 Γερμανία

2.2 Σουηδία

2.3 Καναδάς

2.4 Δανία

2.5 Γαλλία

2.6 Ισπανία

2.7 Ιταλία

2.8 Μεγάλη Βρετανία

♦ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η Διαχρονική εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα.

3.1 Περίοδος μέχρι 1953

3.2 Περίοδος 1953-1983

3.3 Περίοδος 1983 και μετά.

♦ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα στην Ελλάδα σήμερα.

4.1 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από το Ε.Σ.Υ.

4.2 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από Κ.Υ.

4.3 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων

4.4 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από το ΙΚΑ

4.5 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από την τοπική αυτοδιοίκηση

♦ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Επιστημονική υποστήριξη και εκπαίδευση του προσωπικού από την Π.Φ.Υ.

5.1 Τεχνολογικός εξοπλισμός

5.2 Συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού

5.2.1 Μέτρα για την οργάνωση της συνεχιζόμενης κατάρτισης.

♦ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Προβλήματα – Αδιέξοδα της Π.Φ.Υ.

6.1 Τα προβλήματα των Κέντρων Υγείας

6.1.1 Λειτουργικά Προβλήματα

6.1.2 Στελέχωση των Κέντρων Υγείας

6.2 Τα προβλήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στις αστικές περιοχές.

6.2.1 Τα κυριότερα προβλήματα του ΙΚΑ

◆ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Οι Δαπάνες Υγείας και η χρηματοδότηση της Π.Φ.Υ.

7.1 Ιδιωτικές Δαπάνες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

7.2 Δημόσιες Δαπάνες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

7.2.1 Δαπάνες οργανισμού κοινωνικής ασφάλισης για την Υγεία.

◆ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Κοινωνική Νοσηλευτική - Ορισμος Σκοποι

◆ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Ιστορική ανάδρομη της Κοινωνικής Νοσηλευτικής

Πρώτο (1ο) στάδιο 1859-1900

Δευτερο(2ο) στάδιο 1900-1930

Τρίτο (3ο) στάδιο 1930-1970

Τέταρτο (4ο) στάδιο 1970 μέχρι σήμερα

◆ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Νοσηλευτές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

10.1 Καθήκοντα και υποχρεώσεις του νοσηλευτή στην Π.Φ.Υ.

10.1.2 Έρευνα και έλεγχος

10.2 Ο νοσηλευτής απέναντι στην δημόσια υγεία

10.2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην επιδημιολογική έρευνα και την προληπτική ιατρική

◆ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

Περιεχόμενο κοινωνικής νοσηλευτικής και βασικές δραστηριότητες κοινοτικού νοσηλευτή

◆ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

Διαφορές άσκησης γενικής και κοινωνικής νοσηλευτικής.

◆ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

Νοσηλευτική Διοίκηση σε μια μονάδα Π.Φ.Υ.

13.1 Κοινωνική Νοσηλευτική στα Κέντρα Υγείας

◆ ΜΕΡΟΣ ΙΙ

Υλικό και Μέθοδος

Αποτελέσματα

Συζήτηση

Συμπεράσματα - Προτάσεις

Περίληψη

Βιβλιογραφία

Παράρτημα

ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα εργασία επιχειρεί να προσδιορίσει την έννοια της Π.Φ.Υ., να παρουσιάσει και να αναλύσει στοιχεία, καθώς και να επιχειρηματολογήσει γύρω από την υφιστάμενη εικόνα της Π.Φ.Υ. στη χώρα μας. Μέσα από βιβλιογραφική αναδρομή, αλλά και ερευνητική διαδικασία θα παρουσιάσουμε τους φορείς άσκησης της Π.Φ.Υ. και θα προσπαθήσουμε να αναδείξουμε την εφαρμογή της στην Ελλάδα. Επίσης θα ερευνήσουμε και θα καταγράψουμε το επίπεδο κατανόησης της έννοιας της Π.Φ.Υ., καθώς και τις αναγκαιότητες της από τους νοσηλευτές-τριες των φορέων άσκησης Π.Φ.Υ. Σκοπός μας είναι να διατυπώσουμε προτάσεις, αλλά και τις προϋποθέσεις που είναι αναγκαίες για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Νοσηλευτικής Φροντίδας και την ολοκλήρωση της στο μέλλον.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σημαντικότερος παράγοντας για την υγεία είναι η αρμονική συμβίωση του ατόμου με το οικολογικό (φυσικό και κοινωνικό) του περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού στην πραγματικότητα επηρεάζεται από μια σειρά παράγοντες: το ποσοστό μόλυνσης στον αέρα που αναπνέει, η ποιότητα και επάρκεια του νερού που πίνει, η αντιμετώπιση των σκουπιδιών που τον κυκλώνουν από παντού, τα πυρηνικά ατυχήματα, οι επικίνδυνες συνθήκες εργασίας κ.τ.λ.¹ Ο τρόπος που ο άνθρωπος της εποχής μας βιώνει τη ζωή του σίγουρα δεν είναι ο καλύτερος σύμμαχος στον αγώνα για κάτι περισσότερο από μια απλή επιβίωση: κακή διατροφή, ανεργία, έλλειψη άσκησης πνεύματος και σώματος, άγχος, πείνα, ανία, μοναξιά.

Οι παραπάνω σκέψεις και διαπιστώσεις κυριάρχησαν και κυριαρχούν τα τελευταία χρόνια τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες προβάλλοντας την ανάγκη για αναπροσανατολισμό των στόχων του τομέα της υγείας για νέα ιεράρχηση και επανακαθορισμό προτεραιοτήτων.]

Οι νέες αυτές σκέψεις για την αντιμετώπιση της αρρώστιας και τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας, έκφραση της πάντοτε επίκαιρης Ιπποκρατικής φιλοσοφίας «καλύτερη η πρόληψη από τη θεραπεία» κυριάρχησαν στο ιστορικό πια συνέδριο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας στην ALMA-ATA το 1978 στο οποίο προσδιορίστηκε η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Π.Φ.) για την υγεία.

Τα τελευταία χρόνια ο «νέος» όρος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.)» κυριαρχεί στον υγειονομικό χώρο. Πολλά επιστημονικά συνέδρια έχουν αφιερωθεί σ' αυτή, άπειρες συζητήσεις έχουν γίνει κι έχουν γραφτεί αναρίθμητα άρθρα και βιβλία για να τονίσουν τη σήμασία της, μα ακόμα και να προσδιορίσουν το περιεχόμενό της. Και τούτο γιατί ακόμα και σήμερα παρατηρείται πολύ συχνά μια σύγχυση στην ορολογία με αποτέλεσμα να ταυτίζεται η Π.Φ.Υ. με την πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη ή φροντίδα. Η εννοιολογική αυτή ταύτιση προέρχεται πολύ συχνά και από την καθιερωμένη και όχι πάντοτε σκόπιμη σύντμηση και χρήση του όρου «Πρωτοβάθμια Φροντίδα».

Θα πρέπει όμως να τονιστεί ιδιαίτερα πως ανάμεσα στους δυο όρους υπάρχει μια σημαντική διαφοροποίηση. Είναι πια καθολικά αποδεκτό (μετά τη διεθνή παραδοχή πως η αρρώστια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο αλλά έχει και κοινωνική βάση) πως οι υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης είναι μεν αναπόσπαστο τμήμα των υπηρεσιών υγείας δεν είναι όμως στο σύνολο τους.²

Μόνο η ιατρική περίθαλψη δεν δίνει λύση στο πρόβλημα της διατήρησης και προαγωγής της υγείας.

Επιτακτική λοιπόν είναι η υποχρέωση του σύγχρονου ανθρώπου να κατανοήσει ότι ένας από τους πρωταρχικούς σκοπούς του πρέπει να είναι όχι μόνο η προφύλαξη του από την ασθένεια αλλά και η προαγωγή της υγείας του³.

Αποτέλεσμα αυτού ήταν να παραμερισθεί σχεδόν ολικά η παραδοσιακή αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας με κέντρο την νόσο και το νοσοκομείο. Τώρα το κέντρο προσοχής είναι η υγεία και το πεδίο δράσης είναι η κοινότητα. Μιλάμε πλέον για κοινοτική νοσηλευτική.

Η νοσηλευτική της κοινότητας αποτελεί μια σύγχρονη ολοκληρωμένη στρατηγική στον τομέα της περίθαλψης και βασίζεται σε μια νέα κοινωνικό-οικολογική αντίληψη για την υγεία.

Το πρόγραμμα της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι πολύ ευέλικτο. Αντιμετωπίζει τις ανάγκες της υγείας του πληθυσμού σφαιρικά και επικεντρώνεται όχι πλέον στο νοσοκομείο αλλά στην κοινότητα και βέβαια στο πιο μικρό τμήμα της την οικογένεια. Πρακτικά δίνει έμφαση στους τομείς της πρόληψης, της προαγωγής, της υποστήριξης και της ανάπτυξης μιας κοινωνικής αντίληψης για την υγεία.⁴

Η υγεία δεν χαρακτηρίζεται μόνο από την απουσία νόσου ή αναπηρίας αλλά νοείται λοιπόν σαν μια κατάσταση πλήρους σωματικής - ψυχικής - πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας.

Η νόσος όμως φθείρει την υγεία δημιουργεί διαταραχές της ψυχοσωματικής ισορροπίας και κλονίζει το αίσθημα της ασφάλειας του ανθρώπου κατά τη διάρκεια της ζωής του.³

Χρειάζεται λοιπόν ευρύτατη κρατική μέριμνα και συστηματική προσπάθεια για την κινητοποίηση όλων των πνευματικών και υλικών δυνάμεων οι οποίες μπορούν από κοινού να συμβάλλουν στη διαμόρφωση ενός νέου κλίματος το οποίο να εγγυάται την αντιμετώπιση όλων των ζωτικών υγειονομολογικών προβλημάτων της κοινωνίας.

ΜΕΡΟΣ Α΄

**Π.Φ.Υ.
ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο όρος Π.Φ.Υ. προσδιορίζεται άμεσα από τις ρυθμίσεις και τα μέτρα που πρέπει να υιοθετηθούν για την δημιουργία ενός πραγματικού Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο θα έχει ως στρατηγικό του στόχο την πρόληψη της αρρώστιας και την προαγωγή του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.¹⁵

1.1 Το περιεχόμενο της Π.Φ.Υ.

Είναι γνωστό ότι σύμφωνα με την παντα επίκαιρη διακήρυξη της Alma Ata, όπως επιβεβαιώθηκε πρόσφατα στην Ottawa και τη Riga και έχει γίνει αποδεκτή από την παγκόσμια υγειονομική κοινότητα, σαν Π.Φ.Υ. δεν μπορούμε να θεωρήσουμε απλά και μόνο το σύνολο των υπηρεσιών και προγραμμάτων της παραδοσιακά καλούμενης ανάγκης ανοικτής ή εξωνοσοκομειακής φροντίδας (Puuiqug Medical Care).

Η Π.Φ.Υ. σύμφωνα με την διακήρυξη της Alma Ata⁵ :

1. Απευθύνεται προς τα κύρια υγειονομικά προβλήματα της κοινότητας και εξασφαλίζει αντίστοιχα υπηρεσίες προαγωγής, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας.
2. Περιλαμβάνει :
 - Διαφώτιση πάνω στα φλέγοντα θέματα υγείας και στις μεθόδους πρόληψης και έλεγχου 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 νόσημα.
 - Πρόληψη και καταπολέμηση των τοπικών ενδημικών νόσων.
 - Κατάλληλη θεραπεία των κοινών νόσων και τραυματισμών και παροχή των απαραίτητων φάρμακων.
3. Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το Ε.Σ.Υ. και συνιστά τη βασική προϋπόθεση για μια συνεχιζόμενη φροντίδα για την υγεία.
4. Είναι αναπόσπαστο τμήμα του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου αποτελεί την κεντρική λειτουργία και πρέπει να έχει την υποστήριξη δευτεροβάθμιων μονάδων για την παραπομπή ασθενών. Οι διάφορων βαθμίδων μονάδες πρέπει να αλληλοσυμπληρώνονται και να αποτελούν ενιαίο λειτουργικό σύνολο.

5. Βασίζεται στους εργαζόμενους στην υγεία, συμπεριλαμβανομένων γιατρών, νοσηλευτών, μαιών και άλλων επαγγελματιών, που πρέπει να εργάζονται στην ομάδα.
6. Απαιτεί και προάγει, με την κατάλληλη εκπαίδευση την υπευθυνότητα των ατόμων και της κοινότητας και τη συμμετοχή τους στον προγραμματισμό, την οργάνωση, την λειτουργία και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας, αξιοποιώντας όσο το δυνατόν πληρέστερα τους τοπικούς, εθνικούς και άλλους διαθέσιμους πόρους.
7. Είναι το κλειδί για την εξασφάλιση ενός επιπέδου υγείας που θα επιτρέπει μια κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική ζωή.
8. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της συνολικής και οικονομικής ανάπτυξης μιας κοινότητας και ενεργοποιεί 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, τη στέγαση, τα δημόσια έργα κ.α. και απαιτεί συντονισμένες ενέργειες απ' όλους αυτούς τους τομείς.

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma - Ata : «... η εξασφάλιση του ζωτικού ανθρώπινου δικαιώματος της υγείας αποτελεί ένα κύριο κοινωνικό στόχο, η επίτευξη του οποίου χρειάζεται τη δραστηριοποίηση πολλών άλλων κοινωνικών και οικονομικών τομέων πέρα απ' αυτόν της υγείας...»

Η Π.Φ.Υ. είναι το κλειδί για την επίτευξη αυτού του στόχου.

Είναι προφανής ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας για τη νέα αυτή πορεία. Η οργάνωση ενός ολοκληρωμένου Ε.Σ.Υ. βασισμένου στην Π.Φ.Υ., προϋποθέτει :

- α) την ορθολογική και προνομιακή κατανομή των πόρων σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού,
- β) τη δημιουργία μηχανισμών που θα εξασφάλιζαν τη διατομεακή συνεργασία και την υποστήριξη της Π.Φ.Υ. από το δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο.
- γ) τη δημιουργία μόνιμων οργάνων σ' επίπεδο κοινότητας, όπου οι αντιπρόσωποι της κοινότητας, των επαγγελματιών υγείας και των άλλων τομέων θα μπορούν ν' αναλύουν τα προγράμματα υγείας και να προσδιορίσουν το πως ο κάθε τομέας θα μπορούσε να συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας στην κοινότητα.
- δ) την τροποποίηση των σημερινών εκπαιδευτικών προγραμμάτων καθώς και τη δημιουργία νέων εκπαιδευτικών δομών και διαδικασιών που θα εξασφαλίζουν σταθερά βασικά και συνεχή προγράμματα, με τα οποία θα μπορεί να επιτευχθεί η ενεργητική υποστήριξη του υγειονομικού προσωπικού και της κοινότητας προς τη νέα κατεύθυνση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η Π.Φ.Υ. ΣΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΛΩΝ ΧΩΡΩΝ

Η εμπειρία έχει δείξει ότι ένα οργανωτικό λειτουργικό πρότυπο υπηρεσιών υγείας ή συστήματος υγείας μπορεί να είναι απόλυτα ικανοποιητικό ως προς την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ικανοποίηση του χρηστή, αλλά κατά κανόνα για τη χώρα για την οποία σχεδιάστηκε και στην οποία έχει εφαρμοστεί. Παρακάτω αναφερόμαστε με όσο το δυνατόν συντομότερο τρόπο για την οργάνωση και την εφαρμογή της Π.Φ.Υ. σε άλλες χώρες του κόσμου.⁵

2.1 Γερμανία

Το Γερμανικό σύστημα ανήκει στην κατηγορία των συστημάτων που στηρίζουν τη χρηματοδότησή τους και τη λειτουργία τους στην κοινωνική ασφάλιση. Σε σύνολο 74.063 γιατρών το 41% είναι γενικοί γιατροί οι οποίοι συνάπτουν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία της περιφέρειάς τους, με την προϋπόθεση ότι έχουν τουλάχιστον 3 έτη ειδική εκπαίδευση. Προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία, μόνοι τους ή σε ομάδες γιατρών (group practice). Οι γιατροί της εξωνοσοκομειακής φροντίδας αμείβονται κατά πράξη απ' τα ασφαλιστικά τους ταμεία. Η Π.Φ.Υ. λειτουργεί στα πλαίσια ενός συγκεκριμένου προϋπολογισμού γι' αυτό οι γενικοί ιατροί έχουν περιορισμούς απ' τα ασφαλιστικά ταμεία, που καλύπτουν το 90% του πληθυσμού.

2.2 Σουηδία

Το Σουηδικό σύστημα υγείας είναι ενιαίο δημόσιο σύστημα το οποίο χαρακτηρίζεται από μεγάλο αριθμό νοσοκομείων και ειδικών γιατρών. Η δαπάνη για την Π.Φ.Υ. είναι ιδιαίτερα μικρή (10%) σε σχέση με τα νοσοκομεία και τον αντίστοιχο δείκτη του Ο.Ο.Σ.Α. (21%). Η Π.Φ.Υ. είναι οργανωμένη σε περιοχές ευθύνης (primiary care districts). Κάθε περιοχή έχει ένα ή περισσότερα κέντρα υγείας και ένα «mursihg lome». Οι οικογενειακοί γιατροί είναι αμειβόμενοι από το κράτος. Το 1992, ωστόσο, μια Κοινοβουλευτική Επιτροπή σε συνεργασία με ξένους εμπειρογνώμονες, πρότεινε ένα νέο μοντέλο μέσω του οποίου τα Κ.Υ. περνούν στην αρμοδιότητα των δήμων. Η εισαγωγή του νέου Σουηδικού μοντέλου άρχισε απ' την περιοχή της Στοκχόλμης (1,7 εκ. κάτοικοι).

2.3 Καναδάς

Το σύστημα υγείας του Καναδά περιλαμβάνει 12 «σχέδια υγείας» (health plans) που δικαιούνται από τις περιφέρειες, οι οποίες έχουν τον έλεγχο στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Όταν οι Καναδοί χρειάζονται ιατρική φροντίδα, προσφεύγουν στο γιατρό ή την κλινική της επιλογής τους, χρησιμοποιώντας την κάρτα υγείας, και οι γιατροί τους χρεώνουν κατά επίσκεψη, παίρνοντας εκ των υστέρων τα χρήματα από την Περιφέρεια. Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '80 οι γιατροί μπορούσαν να χρεώνουν τον ασθενή και επιπλέον χρήματα. Μετά το 1990 συζητούν τρόπο αμοιβής βασισμένο σε δείκτες χρησιμοποίησης με προς τα πάνω όριο και αυστηρούς ελέγχους.

2.4 Δανία

Το σύστημα υγείας στη Δανία έχει δυο τομείς, τον νοσοκομειακό και τον τομέα της Π.Φ.Υ. Η οργάνωση κάθε τομέα έχει τρία επίπεδα, το Υπ. Υγείας, τα 14 Νομαρχιακά Συμβούλια και τα 273 Δημοτικά Συμβούλια που είναι υπεύθυνα για την Π.Φ.Υ. (οικογενειακούς γιατρούς και οίκους αδερφών). Το σύστημα χρηματοδοτείται κυρίως από τοπικούς πόρους. Τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια αναδιανομής υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας. Στη Δανία ισχύει το σύστημα του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος προσφέρει τις υπηρεσίες του στο ιδιωτικό του ιατρείο και αμείβεται με μικτό τρόπο.

2.5 Γαλλία

Κύρια χαρακτηριστικά του Γαλλικού συστήματος υγείας είναι η κάλυψη του πληθυσμού από την κοινωνική ασφάλιση, ενώ το 43% έχει πρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση, το 54% των γιατρών που ασκούν ιδιωτική ιατρική είναι γενικοί ιατροί, οι οποίοι έχουν σύμβαση με τα 5 κυρίως μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία. Οι ασθενείς έχουν συμμετοχή 25% στη δαπάνη και μπορούν να αυτοπαραπεμφθούν σε άλλο γιατρό ειδικότητας ή σε νοσοκομείο.

2.6 Ισπανία

Στην Ισπανία, παρά τις τοπικές ιδιαιτερότητες, που οφείλονται στην περιφερειακή οργάνωση της χώρας το 83% των κατοίκων καλύπτεται από ένα μεγάλο οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης, τον Insalud. Τα τελευταία χρόνια, μετά από μεταρρύθμιση του Ε.Σ.Υ., γενικοί ιατροί, παιδίατροι και νοσηλευτές εργάζονται σε δημόσια κέντρα υγείας ή σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων κατά γεωγραφική περιοχή, ως Πρωτοβάθμια Ομάδα Φροντίδα Υγείας, με πλήρη απασχόληση, 6 ώρες ημερησίως, αμείβονται

με μισθό (κλιμακωτά) και είναι υπεύθυνοι για ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Η επιλογή σε γιατρούς ειδικοτήτων είναι περιορισμένη.

2.7 Ιταλία

Το Ε.Σ.Υ της Ιταλίας έχει πολλές ομοιότητες με το σύστημα υγείας της Ελλάδας. Οι περισσότερες από τις δραστηριότητες της Π.Φ.Υ. καλύπτονται από γενικούς ιατρούς, οι οποίοι εργάζονται κατά κανόνα μόνοι τους στα ιατρεία τους, με ελάχιστες εξαιρέσεις δημιουργίας ομάδας. Ελάχιστοι από αυτούς χρησιμοποιούν νοσηλευτές ως βοηθητικό προσωπικό. Πολλαπλές έρευνες αναφέρονται στην χαμηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στην Ιταλία.

2.8 Μεγάλη Βρετανία

Το Βρετανικό σύστημα υγείας (National Health Service) αποτελεί κλασικό παράδειγμα Ε.Σ.Υ., με απουσία ασφαλιστικών ταμείων και έντονη κρατική παρέμβαση. Όλος ο πληθυσμός καλύπτεται από το σύστημα που καλύπτεται κατά 90% περίπου από τον κρατικό προϋπολογισμό και έχει το μικρότερο ποσοστό δαπάνης (5,5% του Α.Ε.Π.) απ' όλες τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.

Η Π.Φ.Υ. στη Μεγάλη Βρετανία παρέχεται από το θεσμό των οικογενειακών γιατρών. Η παροχή φροντίδας από το 1989 και μετά ονομάστηκε Family Health Services Authorities και έχει το δικαίωμα ν' αγοράζει για λογαριασμό των οικογενειακών γιατρών υπηρεσίες απ' τα νοσοκομεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ιστορική εξέλιξη

Η δημιουργία και η οργάνωση Π.Φ.Υ. στη χώρα μας ακολούθησε χρονικά την πορεία της γενικότερης οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγείας και κύρια στηρίχτηκε στο θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης. Την ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών στη χώρα μας μπορούμε να την διακρίνουμε σε τρεις μεγάλες χρονικές περιόδους. Μια που διαρκεί από την Εθνική Ανεξαρτησία μέχρι το 1953, μια από το 1953 μέχρι το 1983 και μια τρίτη από το 1983 μέχρι σήμερα. Η διάκριση αυτή δεν είναι απλά σχηματική, δεδομένου ότι οι παραπάνω χρονικές περίοδοι σχετίζονται με μείζονες πολιτικές και ιστορικές εξελίξεις της χώρας μας, αλλά και με αντίστοιχες εξελίξεις του χώρου της υγείας.⁵

3.1 Η Περίοδος μέχρι το 1953.

Η περίοδος από την Εθνική Ανεξαρτησία μέχρι το 1922 χαρακτηρίζεται από διάφορες αποσπασματικού χαρακτήρα ενέργειες όσο αφορά την παροχή υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Η κρατική παρέμβαση περιορίζεται σε "πυροσβεστικού" χαρακτήρα ενέργειες που σκοπό είχαν την καταπολέμηση των επιδημιών και των λοιμωδών νοσημάτων, με το διορισμό γενικών εμβολιασμών, τη δημιουργία "περιοδευτικών ιατρείων" κ.τ.λ., καθώς και την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των προσφύγων.

Στα πλαίσια αυτά ιδιαίτερη σημασία είχαν οι δραστηριότητες της υγειονομικής υπηρεσίας της Γενικής Διοίκησης Εποικισμού της Μακεδονίας (1917), των Υγειονομικών Υπηρεσιών της Χίου, Λέσβου κ.τ.λ. Στο ίδιο διάστημα τα διάφορα Ταμεία Αλληλοβοήθειας που δημιουργήθηκαν κατά καιρούς, με πρώτο το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο του 1836, προσπάθησαν να λύσουν το πρόβλημα της εξωνοσοκομειακής φροντίδας των ασφαλισμένων τους με συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς ή την οργάνωση πολυιατρείων.

Η πρώτη κρατική παρέμβαση για την οργάνωση της εξωνοσοκομειακής φροντίδας στην επαρχία, για την κάλυψη ιδιαίτερα του αγροτικού πληθυσμού, εκδηλώνεται το 1923 με το Ν.Δ. «περί οργανώσεως της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας», το οποίο προέβλεπε την πρόσληψη δημοτικών και κοινοτικών ιατρών, γεγονός που, μιας και δεν προβλεπόταν η εξασφάλιση των αναγκαίων πόρων, στην ουσία μετέθετε το πρόβλημα στην Τοπική Αυτοδιοίκηση.

Μολονότι, όμως, το διάταγμα αυτό αποτελούσε μια ευοίωνη αφετηρία, δεν συνοδεύτηκε ποτέ από κείνες τις ρυθμίσεις, που θα επέτρεπαν στην ανοικτή περίθαλψη να γίνει πραγματικότητα. Έτσι εκείνο που χαρακτηρίζει την πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα, ολόκληρη την περίοδο του μεσοπολέμου, είναι η απουσία κάθε κρατικής δραστηριότητας, που θα στόχευε στην ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου δικτύου εξωνοσοκομειακών Υπηρεσιών. Οι όποιες κρατικές παρεμβάσεις μπορούν να ταξινομηθούν αδρά σε δυο κατηγορίες. Πρόκειται για αποσπασματικές κινήσεις περιορισμένης έκτασης που υπαγορεύτηκαν από οξυμένες κοινωνικές ανάγκες (όπως π.χ. η περίθαλψη των προσφύγων) είτε για ειδικές ιατρικές υπηρεσίες, που αφορούσαν ορισμένα μόνο νοσήματα μεγάλης κοινωνικής σημασίας (φυματίωση, ελονοσία, αφροδίσια νοσήματα κ.τ.λ.) αλλά και στην περίπτωση αυτή περιορισμένης έκτασης. Συγκεκριμένα η συμβολή του κράτους περιορίστηκε:

- α) Στην πρόσληψη ενός αριθμού γιατρών για την περίθαλψη των προσφύγων, οι οποίοι αδυνατούσαν να καλύψουν μόνοι τους τις δαπάνες περίθαλψης.
- β) Στην ίδρυση ενός δικτύου αγροτικών ιατρείων στη Μακεδονία, για την περίθαλψη των αγροτών προσφύγων, που στην πλειοψηφία τους εγκαταστάθηκαν εκεί, και
- γ) Στην συντήρηση ενός μικρού αριθμού ειδικών ιατρείων (αντιφυματικά, ανθελονοσιακά, αφροδισίων νοσημάτων) τα οποία κυρίως αναπτύχθηκαν στις μεγάλες πόλεις και ελάχιστα στις αγροτικές περιοχές. Από τα ιατρεία αυτά, εκείνα που αφορούσαν τον αγροτικό πληθυσμό ήταν τα προσφυγικά και τα ανθελονοσιακά, δεδομένου ότι τα υπόλοιπα ήταν εγκατεστημένα σε λίγες μεγάλες πόλεις.

Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει σε ορισμένες πρωτοποριακές για την εποχή τους δραστηριότητες αυτασφάλισης του αγροτικού ιδιαίτερα πληθυσμού, όπως η δημιουργία «Αγροτικών Υγειονομικών Συνεταιρισμών» σε αρκετούς νόμους της χώρας, καθώς και ο θεσμός της «κοντότας» με τον οποίο αρκετές κοινότητες εξασφάλιζαν την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη των κατοίκων.

Το 1934 η Κυβέρνηση Βενιζέλου ψηφίζει το Νόμο 6298 «Περί Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» το οποίο ιδρύεται το 1937, και στο οποίο θα υπάγονταν αυτοδίκαια όλοι οι εργαζόμενοι του ιδιωτικού δικαίου εκτός από τους εργαζόμενους σε αγροτικές επιχειρήσεις.

Το 1937 δημοσιεύεται ο Αναγκαστικός Νόμος 965/37 «Περί οργανώσεως των Δημόσιων Νοσηλευτικών και Υγειονομικών Ιδρυμάτων», ο οποίος έδινε τη δυνατότητα για την ίδρυση κρατικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Με βάση αυτόν προβλέφθηκε η σύσταση πολυιατρείων στις πόλεις και υγειονομικών σταθμών στις αγροτικές επιχειρήσεις, ενός για κάθε 5.000 έως 8.000 κάτοικους.

Η επιλογή αυτή αποτελούσε την πρώτη παρέμβαση του κράτους, που στόχευε την οργάνωση σε πανελλήνια κλίμακα ενός δικτύου εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών και από την άποψη αυτή ήταν ένα σημαντικό βήμα. Η προσπάθεια, όμως, αυτή δεν καρποφόρησε, δεδομένου ότι το κράτος έστρεψε κυρίως την προσοχή του προς τα αστικά κέντρα με την δημιουργία 11 πολυιατρείων (9 στην περιοχή της πρωτεύουσας, 1 στην Πάτρα και ένα στα Χανιά), ενώ η ίδρυση υγειονομικών σταθμών καθυστέρησε τόσο, ώστε η έναρξη του πόλεμου σήμανε οριστικά το τέλος κάθε προοπτικής ανάπτυξης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Στην περίοδο από το 1940 μέχρι το 1953, η οποία αποτελεί για τη χώρα μας μια απ' τις πιο δραματικές της χρονικές περιόδους, που τη σημάδεψαν, ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος, η Κατοχή και ο Εμφύλιος, δεν πραγματοποιήθηκαν οι προπολεμικές προβλέψεις για τις υπηρεσίες υγείας. Η περίθαλψη στα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια χαρακτηρίζεται από την «υγειονομική πολυαρχία» και την παροχή υπηρεσιών από διάφορους ετερόκλητους φορείς, με χαοτικό στην κυριολεξία τρόπο. Η προσπάθεια αναβίωσης του θεσμού των δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων δεν μπόρεσε να υλοποιηθεί, λόγω της οικονομικής αδυναμίας των δήμων και κοινοτήτων, ενώ παράλληλα η προσπάθεια που καταβλήθηκε από το υγειονομικό τμήμα της Ελληνικής Πολεμικής Περίθαλψης και άλλων φορέων στη δημιουργία υγειονομικών κέντρων και γενικότερα την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, δεν είχαν ουσιαστική ανταπόκριση.

3.2 Η περίοδος από το 1953 μέχρι το 1983

Η πρώτη ουσιαστική προσπάθεια για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τη δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος υγείας εκδηλώνεται με την ομόφωνη ψήφιση από τη Βουλή, του Νομοθετικού Διατάγματος 2592 του 1953 «Περί οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως». Στο Διάταγμα αυτό προβλεπόταν πέρα από τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες και τη σύσταση υγειονομικών συμβουλίων, την οργάνωση και τη λειτουργία των νοσοκομείων, τη διοικητική και οικονομική αποκέντρωση, τη δημιουργία «ενιαίου ταμείου υγείας» και άλλων ρυθμίσεων, και η οργάνωση υπηρεσιών Π.Φ. στην περιφέρεια. Ειδικότερα, με τα άρθρα 6 και 16 προβλεπόταν η ίδρυση υγειονομικών σχηματισμών με την επωνυμία «Κοινοτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί», που σκοπό είχαν την κάλυψη συνδέσμων κοινοτήτων με πληθυσμό 5.000-8.000 κατοίκων. Οι Κοινοτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί θα στελεχώνονταν με ένα γιατρό, μια νοσηλεύτρια ή μαία και ένα ή δυο βοηθητικούς υπάλληλους και θα διέθεταν νοσηλευτική πτέρυγα (έως και 6 κλίνες). Οι κοινοτικοί υγειονομικοί σταθμοί εντάσσονταν οργανικά στο πλησιέστερο

οι δε πόροι τους θα προέρχονταν από τα νοσήλια των εύπορων ασθενών και τα νοσήλια που θα καταβάλλονταν από το κράτος, τους δήμιους ή τις κοινότητες για λογαριασμό των άπορων. Με το Ν.Δ. 3097/54 που ακολούθησε καθορίστηκε σε 15 ο ανώτατος αριθμός Κοινοτικών Υγειονομικών Σταθμών που θα μπορούσαν να ιδρυθούν σε κάθε μια από τις προβλεπόμενες περιοχές της χώρας και προσδιορίστηκαν οι σκοποί τους και οι λεπτομέρειες της ίδρυσης και της λειτουργίας τους.

Στα τέλη του 1955 ψηφίζεται ο Νόμος 3487 «Περί Κοινοτικής Ασφάλισης των Αγροτών», που αποτέλεσε τη βάση της ανάπτυξης και λειτουργίας του όλου συστήματος περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού μέχρι το 1983. Με το νόμο αυτό προβλεπόταν η ίδρυση ενός δικτύου ιατρείων σε χωριά και κωμοπόλεις ολόκληρης της χώρας, σε αρκετά εκτεταμένη κλίμακα, τα οποία διακρίνονταν σε Κοινοτικά Ιατρεία και Αγροτικά Ιατρεία. Επίσης προβλεπόταν η δυνατότητα ίδρυσης, σε ειδικές περιπτώσεις, Υγειονομικών Σταθμών με περισσότερες από έξι κλίνες και συγκεκριμένα μέχρι 10.

Καθορίζοντας τη διοικητική οργάνωση του συστήματος, ο Νόμος ορίζει τη σύσταση στο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας «Κεντρικού Συμβουλίου Ιατρικής Αντιλήψεως, Υγιεινής, Πρόνοιας και Κοινωνικής Ασφάλισης των Αγροτών», που έχει την ευθύνη της όλης οργάνωσης, καθώς και Νομαρχιακών Συμβουλίων στην έδρα κάθε νομού και τοπικών επιτροπών σε κάθε Δήμο ή κοινότητα. Εκτός από την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη διατάγματα δε δημοσιεύτηκαν ποτέ. Η παροχή των ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών γίνεται δωρεάν μόνο για όσους χαρακτηρίζονται άποροι με βάση τις "καταστάσεις εύπορων" που συντάσσουν οι Τοπικές Επιτροπές σε κάθε δήμο ή κοινότητα.

Με βάση το Ν. 3487/55 ιδρύθηκε τα επόμενα χρόνια ένας μεγάλος αριθμός ιατρείων σε όλη τη χώρα, που αποτέλεσαν τη βασική δομή των υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού.

Το 1960 το Ι.Κ.Α. επιχειρεί την καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, στα πρότυπα του βρετανικού συστήματος από το υποκατάστημα των Χανίων. Η προσπάθεια όμως αυτή, ίσως γιατί δεν συνοδεύτηκε από την αντίστοιχη διοικητική και επιστημονική υποστήριξη και κατά κανόνα βασίστηκε σε γιατρούς χωρίς ιδιαίτερα προσόντα, δεν απέδωσε τα όσα είχαν επιδιώξει οι εισηγητές τους.

Οκτώ χρόνια αργότερα επιχειρείται και πάλι να δοθεί λύση στο πρόβλημα της στελέχωσης των Αγροτικών ιατρείων. Θεσπίζεται έτσι για όλους τους απόφοιτους Ιατρικών Σχολών η υποχρέωση ετήσιας «υπηρεσίας υπαίθρου» και η δυνατότητα ίδρυσης Κινητών Υγειονομικών Μονάδων για την κάλυψη των ιατρικών αναγκών ορισμένων περιοχών. Το 1978 θεσπίζονται για πρώτη φορά θέσεις μόνιμων αγροτικών ιατρών.

Με τη σύσταση 600 θέσεων επιχειρήθηκε ν' αντιμετωπιστούν τα λειτουργικά προβλήματα που δημιουργήθηκαν στα αγροτικά ιατρεία λόγω της προσωρινής στελέχωσης με συνεχώς ανανεούμενο ιατρικό προσωπικό.

Η κατάσταση στα τέλη της δεκαετίας του '70, πέρα από οριακές βελτιώσεις των υπηρεσιών δεν έδειχνε να οδηγείται σε οργάνωση ενός ενιαίου συστήματος Π.Φ. Συμπερασματικά από την μέχρι τώρα αναφορά στην ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. μέχρι το 1983 θα μπορούσαμε να πούμε τα εξής:

Οι γενικότερες οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες του υγειονομικού συστήματος στη χώρα μας, είχαν την αντανάκλαση τους και στην Π.Φ. Σαν κυριότερες αδυναμίες του «συστήματος» της Π.Φ. θα πρέπει ν' αναφερθούν η έλλειψη γιατρών ειδικευμένων στην γενική ιατρική, η πολλαπλότητα των φορέων κάλυψης του πληθυσμού, ο μεγάλος αριθμός γιατρών σε σύγκριση με άλλες χώρες, η έλλειψη κατάλληλα εκπαιδευόμενου ιατρικού και αλλού προσωπικού και η άνιση χωροκατανομή των υπηρεσιών και του υγειονομικού προσωπικού σε βάρος της επαρχίας. Στα παραπάνω πρέπει να προστεθεί η έλλειψη συγκεκριμένου εκπαιδευτικού προγράμματος με καθορισμένους στόχους και προοπτικές, τόσο στην προπτυχιακή όσο (και ιδιαίτερα) στη μεταπτυχιακή εκπαίδευση. Η έλλειψη κατάλληλης, επαρκούς και ποιοτικά καλής υποδομής όξυναν τα προβλήματα, ειδικά στον εξωνοσοκομειακό χώρο.

Η Π.Φ. παρέχονταν, πριν την ανάπτυξη των Κ.Υ. από τα αγροτικά ιατρεία και τους υγειονομικούς σταθμούς, τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και από τα ιδιωτικά ιατρεία. Στις αγροτικές ημιαστικές περιοχές της χώρας λειτουργούσαν περίπου 1400 αγροτικά ιατρεία και 126 υγειονομικοί σταθμοί, που σκοπό είχαν να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες σε πρωτοβάθμια φροντίδα των ασφαλισμένων του Ο.Γ.Α. καθώς και άλλων αγροτικών ταμείων.

Είναι φανερό, ότι η στελέχωση των αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών με κατά κανόνα άπειρο και συχνά διακινούμενο προσωπικό και η έλλειψη στοιχειώδους υλικοτεχνικής υποδομής δεν επέτρεπε την παροχή ποιοτικά και ποσοτικά ικανής Π.Φ.Υ., που περιορίζονταν μόνο στην διαγνωστική και θεραπευτική παρέμβαση και αυτή σημαντικά υποβαθμισμένη, από την αδυναμία επιτέλεσης ακόμα και απλών εξετάσεων και ιατρικών εξετάσεων και πράξεων. Η συχνή εναλλαγή του προσωπικού και η αδυναμία πολλές φορές για αντικατάσταση γιατρών, μετά τη λήξη της θητείας τους, υποβάθμισαν ακόμα περισσότερο τις προσφερόμενες ελάχιστες υπηρεσίες.

Οι εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις, ακόμα και οι στοιχειώδεις, γινόταν μόνο από το νομαρχιακό νοσοκομείο, γεγονός που υποχρέωνε τον πληθυσμό να μετακινείται σε σημαντικές πολλές φορές αποστάσεις για να τις πραγματοποιήσει ή στη χειρότερη αλλά αρκετά συχνή περίπτωση, ν' αδιαφορεί για την υγεία του. Οι ιατροπροληπτικές υπηρεσίες, η οδοντιατρική περίθαλψη (προληπτική και θεραπευτική) καθώς και οι υπόλοιπες δραστηριότητες του φάσματος της Π.Φ., ήταν ουσιαστικά άγνωστες για τον αγροτικό πληθυσμό της χώρας.

Στα αστικά κέντρα η κατάσταση ήταν καλύτερη χωρίς, όμως, να είναι ικανοποιητική. Οι περισσότεροι ασφαλιστικοί οργανισμοί κάλυπταν και εξακολουθούν να καλύπτουν τις ανάγκες των ασφαλισμένων με τα διάφορα πολυϊατρεία, που έχουν δημιουργήσει και στα οποία εργάζονται μισθωτοί γιατροί, που έχουν ειδικές συμβάσεις και δέχονται τους ασφαλισμένους στο προσωπικό τους ιατρείο.

Μερικές ιατροπροληπτικές δραστηριότητες είχαν αναπτύξει τα λίγα υγειονομικά κέντρα που βρίσκονται κύρια στην Αθηνά και την Θεσσαλονίκη. Η ποιότητά τους, ωστόσο, υστερεί, σημαντικά.

Η νέα αντίληψη για την Π.Φ.Υ. εξακολουθούσε να μένει σε θεωρητικό επίπεδο. Το γενικότερο οργανωτικό και λειτουργικό πρόβλημα των υπηρεσιών υγείας, η ποικιλομορφία των φορέων παροχής περίθαλψης, ή σε ανύπαρκτο ή σε περιορισμένο βαθμό εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και κοινωνικής φροντίδας και η ουσιαστική ανυπαρξία προγραμμάτων «αγωγής υγείας» μεγιστοποιούσαν το πρόβλημα.

3.3. Η περίοδος από το 1983 και μετά

Το Σεπτέμβριο του 1983 ψηφίζεται ο Νόμος 1397/83 «για το Ε.Σ.Υ.». Μ' αυτόν το Νόμο θεσμοθετούνται οι αρχές της Π.Φ.Υ. κάτω από την επιταγή του άρθρου 1 που ορίζει τα εξής²:

- α) Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών.
- β) «Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση μέσα από ενιαίο και συγκεντρωμένο Ε.Σ.Υ., που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού».

Κεντρικός θεσμός στη διαδικασία υλοποίησης των νέων στόχων και αντιλήψεων για την Π.Φ. είναι τα Κέντρα Υγείας, τα οποία θα λειτουργούσαν σαν αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων και θα αντιμετώπιζαν σφαιρικά και πολυδιάστατα το θέμα της Π.Φ.Υ., πέρα από την παραδοσιακή εξωνοσοκομειακή ιατρική περίθαλψη.

Το πρόγραμμα ανάπτυξης της Π.Φ.Υ. προέβλεπε τη δημιουργία 400 Κ.Υ. με άμεση προτεραιότητα την έναρξη του από τις μη αστικές περιοχές.

Τόσο ο αριθμός όσο και η χωροθέτηση των Κ.Υ. για τις μη αστικές περιοχές βασίστηκε σε μια σειρά κριτηρίων (πληθυσμιακά, δημογραφικά, οικονομικά, γεωγραφικά, επικοινωνιακά και κοινωνικής υποδομής, κ.α.). Όλα αυτά αποτέλεσαν ένα βήμα στην ανάπτυξη της Π.Φ.Υ.

Το 1992 με το Νόμο 2071 τα Κ.Υ. έπαψαν να αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων και εντάχθηκαν στις διευθύνσεις υγιεινής των νομαρχιών, τα δε αγροτικά και περιφερειακά ιατρεία μετονομάστηκαν σε υγειονομικούς σταθμούς. Στην πράξη, όμως, φάνηκε ότι οι αρνητικές συνέπειες από τη χρηματοδοτική και ιδιαίτερα τη λειτουργική, επιστημονική και εκπαιδευτική αποκοπή τους τόσο από το νομαρχιακό νοσοκομείο αναφοράς ήταν σοβαρότερες από τις αναμενόμενες πιθανές θετικές συνέπειες της «αυτονόμησής» τους. Έτσι, με το Νόμο 2194/94 επανεντάχθηκαν στα νοσοκομεία σαν αποκεντρωμένες μονάδες τους και οι υγειονομικοί σταθμοί επανανομάστηκαν περιφερειακά ιατρεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ

Η μη υλοποίηση μέχρι σήμερα όλων των διατάξεων του Νόμου 1397/83, που αφορούσαν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, και ιδιαίτερα αυτών που είχαν σχέση με την οργάνωση των υπηρεσιών στις αστικές περιοχές της χώρας, αλλά και των γενικότερων καθυστερήσεων και ανακολουθιών, που παρατηρήθηκαν είχαν ως αποτέλεσμα τη διαμόρφωση μιας κατάστασης, η οποία χαρακτηρίζεται από ανισότητες στην παροχή των υπηρεσιών και πλήθος οργανωτικών και λειτουργικών αδυναμιών, τόσο των κέντρων υγείας, που ιδρύθηκαν στις μη αστικές περιοχές όσο (ιδιαίτερα) των υπόλοιπων φορέων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας σε όλη τη χώρα. Διατηρώντας τη διάκριση σε αστικές και μη αστικές περιοχές παρατηρούμε τα παρακάτω.

Στις αγροτικές περιοχές όπου κατοικεί το 30% περίπου του πληθυσμού της χώρας, που ασφαλιστικά καλύπτεται στην πλειονότητα του από τον ΟΓΑ (70%) και το ΙΚΑ (25%) και στο υπόλοιπο ποσοστό από άλλους ασφαλιστικούς φορείς, η εξωνοσοκομειακή και πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχονται από τα 170 ήδη λειτουργούντα (αν και ελλιπώς στελεχωμένα) Κέντρα Υγείας και περιφερειακά τους ιατρεία, τα 19 μικρά Νοσοκομεία/ Κέντρα Υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία των νομαρχιακών νοσοκομείων, αλλά και από γιατρούς ιδιώτες συμβεβλημένους με το ΙΚΑ ή άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, καθώς και από ιδιώτες γιατρούς ή ιδιωτικές μονάδες υγείας (εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα).

Στις μη αστικές περιοχές κατοικεί το 70% περίπου του πληθυσμού της χώρας, που καλύπτεται ασφαλιστικά κυρίως από το ΙΚΑ (60%) και τον ΟΓΑ (περίπου 25%) και το υπόλοιπο από διάφορους άλλους φορείς. Θα πρέπει να τονιστεί ότι ο όρος αστικές περιοχές χρησιμοποιείται όχι με το χαρακτηρισμό που δίνει η Ε.Σ.Υ.Ε. (δήμοι ή κοινότητες με πληθυσμό 10.000 κατοίκων και άνω) αλλά σύμφωνα με το χαρακτηρισμό που τους έχει δοθεί κατά το σχεδιασμό του Ε.Σ.Υ. Έτσι ως αστικές περιοχές νοούνται, οι οικισμοί με την ευρύτερη περιοχή ευθύνης τους που διαθέτουν νοσοκομειακή υποδομή.

Για τις περιοχές αυτές ο Νόμος 1397/83 πρόβλεπε, σύμφωνα με την εισηγητική του έκθεση τη δημιουργία 210 Κέντρων Υγείας και ανάλογου αριθμού περιφερειακών ιατρείων, καθώς και η ένταξη των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών (και της υποδομής τους) στο Ε.Σ.Υ., έτσι ώστε μέσα από την ενιαιοποίηση των υπηρεσιών να

βελτιωθεί η ποιότητα, να αυξηθεί η αποδοτικότητα και να περιοριστούν οι υπάρχουσες ανισότητες. Μέχρι σήμερα όμως, έχουν συσταθεί και λειτουργήσει μόνο δυο από τα προβλεπόμενα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου (Ελευσίνας και Σαλαμίνας).

Η εξωνοσοκομειακή και η πρωτοβάθμια φροντίδα στις αστικές περιοχές παρέχεται σήμερα κύρια από:

- α. το δίκτυο υποκαταστημάτων και υπηρεσιών του ΙΚΑ και τα ελάχιστα πολυιατρεία άλλων ασφαλιστικών οργανισμών που λειτουργούν κύρια στην Αθήνα.
- β. τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, που παρά τις σημαντικές βελτιώσεις των τελευταίων χρόνων δεν μπορούν και δεν πρέπει να υποκαταστήσουν τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- γ. τα υγειονομικά κέντρα των διευθύνσεων υγιεινής των νομαρχειών.
- δ. τα ιατρεία του ΠΙΚΠΑ.
- ε. τα ελάχιστα δημοτικά ιατρεία, που έχουν αρχίσει να αναπτύσσονται τα τελευταία χρόνια.
- ζ. από τον ευρύτερο ιδιωτικό τομέα, τόσο με τη μορφή του ιδιωτικού ιατρείου, όσο και με την ανάπτυξη της ποικίλης μορφής διαγνωστικών κέντρων, εργαστηρίων, ειδικών κέντρων κ.λ.π. τα τελευταία ιδίως χρόνια στα μεγάλα κυρίως αστικά κέντρα.

Το κύριο χαρακτηριστικό των παραπάνω μονάδων και υπηρεσιών είναι ότι περιορίζονται σε στοιχειώδη πρωτοβάθμια ιατρική μόνο φροντίδα με σχεδόν παντελή έλλειψη κάθε μορφή ιατροπροληπτικών κέντρων, (με εξαίρεση τις δραστηριότητες των υγειονομικών κέντρων, του ΠΙΚΠΑ, και τους σταθμούς προστασίας μάνας παιδιού και το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού του ΙΚΑ, που όμως παρέχουν περιορισμένο φάσμα ιατροπροληπτικών δραστηριοτήτων όπως εμβολιασμούς και παρακολούθηση εγκύων). Και βέβαια είναι σχεδόν ανύπαρκτες οι υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας.

Είναι σαφές ότι ο τρόπος παροχής των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών στα αστικά κέντρα δεν μπορεί να ενταχθεί σε κανένα από τα γνωστά από τη διεθνή εμπειρία οργανωτικά και λειτουργικά πλαίσια με εξαίρεση ενδεχομένως το ΙΚΑ.

Η έλλειψη συντονισμού διάφορων διαγνωστικών ή θεραπευτικών παρεμβάσεων και της απαραίτητης αμφίδρομης λειτουργικής σύνδεσης με τα αλλά επίπεδα διασπά τη συνέχεια της φροντίδας, ιδιαίτερα σε θέματα μετανοσοκομειακής παρακολούθησης. Συχνά δε, αποτελεί αίτιο τριβών και άσκοπης γραφειοκρατικής ταλαιπωρίας του πολίτη.

4.1 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από το Ε.Σ.Υ.

Η πρωτοβάθμια και εξωνοσοκομειακή φροντίδα (συμπεριλαμβανόμενης και της πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας) στο πλαίσιο του Ε.Σ.Υ. παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας των μη αστικών περιοχών και τα εξωτερικά ιατρεία των νομαρχιακών και περιφερειακών νοσοκομείων.

Πίνακας 1 Μονάδες εξωνοσοκομειακής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης του Ε.Σ.Υ. (1993)

Υγειονομική Περιφέρεια	Πληθυσμός Ευθύνης(1991)	Νοσοκομεία με εξωτερικά Ιατρεία	Νοσοκομεία/ Κέντρα Υγείας	Κέντρα Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία	Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	570.496	6	-	13	114	1
Κεντρικής Μακεδονίας	1.710.513	17	1	24	192	1
Δυτικής Μακεδονίας	293.015	5	-	6	86	-
Ηπείρου	339.728	4	2	10	105	-
Θεσσαλίας	734.486	4	-	17	145	2
Ιόνιων Νήσων	193.734	4	1	6	50	-
Δυτικής Ελλάδος	707.687	9	2	17	139	-
Στερεάς Ελλάδας	582.280	6	2	15	147	1
Αττικής	3.523.407	29	1	13	30	12
Πελοποννήσου	607.428	7	2	20	161	-
Βορείου Αιγαίου	199.231	3	2	6	55	-
Νοτίου Αιγαίου	257.841	1	3	9	65	-
Κρήτης	540.054	5	3	14	118	-
ΣΥΝΟΛΟ	10.259.900	100	19	170	1.407	17

Πηγή: Υ.Υ.Π.Κ.Α., 1994

Στον πίνακα παρουσιάζεται κατά υγειονομική περιφέρεια μια γενική εικόνα του αριθμού των μονάδων και υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ., που παρέχουν σήμερα εξωνοσοκομειακή και πρωτοβάθμια φροντίδα. Πολλοί από τους πίνακες που παρατίθενται παρακάτω προέρχονται από την ειδική έκδοση του Υ.Υ.Π.Κ.Α. «Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος».

4.2 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας

Μέχρι σήμερα στις μη αστικές (αγροτικές) περιοχές της χώρας έχουν συσταθεί 194 Κέντρα Υγείας σαν αποκεντρωμένες μονάδες Νομαρχιακών Νοσοκομείων, με νοσηλευτική επιστημονική, χρηματοδοτική και λειτουργική σύνδεση μ' αυτά. Από αυτά λειτουργούν σήμερα περίπου 170. Κάθε Κέντρο Υγείας διαθέτει, ως αποκεντρωμένες μονάδες του, Περιφερειακό ιατρείο, ο αριθμός των οποίων είναι ανάλογος με τον πληθυσμός ευθύνης του. Ορισμένα από αυτά, σε «προβληματικές» περιοχές καθ' όλο το 24ωρο (Περιφερειακά Ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας). Συνολικά λειτουργούν 1311 Περιφερειακά Ιατρεία. Παράλληλα λειτουργούν και 19 μικρά Νοσοκομειακά/ Κέντρα Υγείας, τα οποία διαθέτουν 96 Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 2 Πληθυσμός ευθύνης κέντρων υγείας, λειτουργούντα κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας κατά υγειονομική περιφέρεια (1994).

Υγειονομική Περιφέρεια	Πληθυσμός Ευθύνης	Κέντρα Υγείας	Κλίνες	Περιφερειακά Ιατρεία
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	210.363	13	79	114
Κεντρικής Μακεδονίας	462.437	25	162	186
Δυτικής Μακεδονίας	89.784	6	42	86
Ηπείρου	112.859	10	70	90
Θεσσαλίας	290.446	17	108	145
Ιόνιων Νήσων	49.481	6	38	50
Δυτικής Ελλάδος	240.987	17	116	129
Στερεάς Ελλάδας	268.445	15	101	136
Αττικής	238.512	12	69	126
Πελοποννήσου	269.260	20	126	146
Βόρειου Αιγαίου	65.433	6	39	46
Νοτίου Αιγαίου	96.956	10	76	54
Κρήτης	165.696	13	95	103
ΣΥΝΟΛΟ	2.560.659	170	1.121	1.311

Πηγή Υ.Υ.Π.Κ.Α., 1994

Κάθε Κέντρο Υγείας έχει συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης. Συνολικά καλύπτονται περίπου 2,5 εκατομμύρια άτομα, όλοι δηλαδή οι πολίτες που διαμένουν στους καθορισμένους τομείς ευθύνης των Κέντρων

Υγείας (Πίνακας 2). Εάν υπολογιστεί και ο πληθυσμός ευθύνης των 19 Νοσοκομείων/ Κέντρων Υγείας, βλέπουμε ότι το σύνολο σχεδόν του πληθυσμού των αγροτικών περιοχών καλύπτεται από τα Κέντρα Υγείας και τα περιφερειακά τους Ιατρεία.

Τα Κέντρα Υγείας λειτουργούν σε οκτάωρη βάση, πέντε μέρες τη βδομάδα και εφημερεύουν τις υπόλοιπες ώρες, τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες, ενώ οι αγροτικοί γιατροί που υπηρετούν στα Περιφερειακά Ιατρεία είναι σε 24ωρη διαθεσιμότητα. Στα Κέντρα Υγείας μπορεί να προσφύγει κάθε πολίτης και να ζητήσει την παροχή ιατρικών φροντίδων δωρεάν. Δεν υπάρχει λίστα ασφαλισμένων και δε λειτουργεί σύστημα ραντεβού, ούτε σύστημα παραπομπών προς στις άλλες ειδικότητες. Τα πολύ σοβαρά ή επείγοντα περιστατικά εφόσον δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν στο κέντρο Υγείας διακομίζονται με ασθενοφόρο στο νομαρχιακό νοσοκομείο.

Οι γιατροί των Κέντρων Υγείας είναι γιατροί Ε.Σ.Υ., πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και αμείβονται με μισθό (και τα αντίστοιχα επιδόματα, που χορηγούνται στους γιατρούς του Ε.Σ.Υ.) που προσαυξάνεται ανάλογα με τις εφημερίες και με ειδικό επίδομα, που χορηγείται σε όσους υπηρετούν σε Κέντρα Υγείας «άγονων ή προβληματικών περιοχών».

Κάθε Κέντρο Υγείας έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε να διαθέτει όλους εκείνους τους χώρους και τον εξοπλισμό, που θα του επιτρέπει να καλύπτει όλο το φάσμα της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, δηλαδή διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών, βραχεία νοσηλεία και οδοντιατρική φροντίδα. Είναι ακόμη εξοπλισμένα με μικροβιολογικό και ακτινολογικό εργαστήριο και διαθέτουν ασθενοφόρα για τη διακομιδή ασθενών στο νοσοκομείο, όταν αυτό απαιτείται.

Ειδικότερα ο σκοπός του Κέντρου Υγείας, όπως ορίζεται στο Νόμο 1397/83 είναι²:

- α. Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σ' αυτή.
- β. Η νοσηλεία και παρακολούθηση άρρωστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.
- γ. Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή του άρρωστου στο νοσοκομείο.
- δ. Η διακομιδή άρρωστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις στο Κέντρο Υγείας ή στο νοσοκομείο.
- ε. Η οδοντιατρική περίθαλψη.
- στ. Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική ερευνά.
- ζ. Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- η. Η ιατρική της εργασίας

- ι. Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού
- ια. Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού Υγείας.
- ιβ. Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
- ιγ. Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους.

Παρά την ταχύτατη και πρωτόγνωρη για την ελληνική πραγματικότητα υλοποίηση του κτιριολογικού προγράμματος ανέγερσης των κέντρων υγείας και τον άμεσο εξοπλισμό τους με τα αναγκαία μηχανήματα, υπήρξαν από την έναρξη της λειτουργίας τους και εξακολουθούν να υπάρχουν και σήμερα, σοβαρά προβλήματα στελέχωσής τους με το απαιτούμενο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Η χρόνια αυτή κατάσταση επιδεινώθηκε ακόμη περισσότερο τα τελευταία χρόνια δεδομένου ότι έπαψαν να προκηρύσσονται θέσεις ιατρικού προσωπικού, με αποτέλεσμα όχι μόνο να μην καλύπτονται τα κενά αλλά να μην υπάρχει η δυνατότητα κάλυψης ούτε εκείνων των θέσεων που δημιουργούνται από αποχωρήσεις ή συνταξιοδοτήσεις.

Στον Πίνακα φαίνεται ότι η μέση κάλυψη σε ιατρικό προσωπικό είναι κάτω από το 50% των συστημένων θέσεων. Οι περισσότεροι προνομιούχες περιοχές, από άποψη προσωπικού, είναι εκείνες που βρίσκονται κοντά στα μεγάλα αστικά κέντρα όπως η Κεντρική Μακεδονία, η Αττική και η Δυτική Μακεδονία, ενώ η νησιωτική Ελλάδα παρουσιάζει τα χαμηλότερα ποσοστά κάλυψης. Εάν λάβουμε υπόψη την αναλογία κατοίκων ανά γιατρό τότε φαίνεται ότι η Κεντρική Μακεδονία και η Αττική είναι οι περισσότεροι προνομιούχες περιοχές, σε αντίθεση με την Πελοπόννησο, τη Στερεά Ελλάδα και την Κρήτη, οι οποίες παρουσιάζουν το μεγαλύτερο αριθμό κατοίκων ανά γιατρό. Για τον υπολογισμό του συγκεκριμένου δείκτη δεν λαμβάνονται υπόψη οι 2.570 αγροτικοί γιατροί.

Προβλήματα έλλειψης προσωπικού δεν υπάρχουν μόνο στις ιατρικές, αλλά και στις νοσηλευτικές και διοικητικές υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας, όπου η μέση κάλυψη ανέρχεται στο 60% των συστημένων θέσεων και ειδικότερα 62% για το νοσηλευτικό προσωπικό, 55% για το «παραϊατρικό» προσωπικό και 62% για το διοικητικό και λοιπό προσωπικό. Η χαμηλή όμως αυτή κάλυψη θα πρέπει να θεωρηθεί ικανοποιητική με τα σημερινά δεδομένα, αφού τα περισσότερα Κέντρα Υγείας υπολειτουργούν, λόγω της ελλιπούς στελέχωσής τους σε ιατρικό προσωπικό.

Παρά τα μεγάλα και σοβαρά προβλήματα, τα στοιχεία δείχνουν ότι η πρόσφορα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας πέτυχαν ν' αυξήσουν τη διαθεσιμότητα και προσπελασιμότητα των υπηρεσιών, προσφέροντας στον αγροτικό πληθυσμό ένα μεγάλο όγκο

υγειονομικών υπηρεσιών, μειώνοντας έτσι τις έντονες διαπεριφερειακές υγειονομικές ανισότητες που υπήρχαν.

Όσον αφορά την ψυχική υγεία θα πρέπει να αναφερθεί ότι λειτουργούν σήμερα 17 Κέντρα Ψυχικής Υγείας σε όλη τη χώρα. Μερικά από αυτά αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες μεγάλων περιφερειακών νοσοκομείων και τα υπόλοιπα εποπτεύονται από τις κατά τόπους νομαρχίες, κατά κανόνα όμως λειτουργούν με προσωπικό πολύ λιγότερο από το προβλεπόμενο. Υπολογίζεται ότι απαιτούνται σήμερα άλλα 65 Κέντρα Ψυχικής Υγείας, προκειμένου να καλυφθούν πλήρως οι ανάγκες εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής φροντίδας.

4.3 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Λόγω της έλλειψης Κέντρων Υγείας αστικού τύπου και της ελλιπούς στελέχωσης τους στις αγροτικές περιοχές, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων έχουν αναλάβει σε μεγάλο βαθμό την ευθύνη παροχής πρωτοβάθμιας και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, ιδιαίτερα στα αστικά Κέντρα. Έχει υπολογιστεί ότι ο αριθμός των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία από το 1981-1991 έχει υπερδιπλασιαστεί. Δεν υπάρχουν δυστυχώς πολλά στοιχεία ούτε για το μέγεθος, ούτε για τη στελέχωση της ιατρικής και νοσηλευτικής τους υπηρεσίας, αφού το προσωπικό υπηρετεί σ' αυτό εκ περιτροπής με το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου.

Το 25% των εξωτερικών ιατρείων, τα οποία είναι κατά κανόνα και τα μεγαλύτερα, βρίσκεται συγκεντρωμένο στην περιοχή της Αττικής και το 15% στην περιοχή της Θεσσαλονίκης. Η υπόλοιπη χώρα χαρακτηρίζεται όχι μόνο από την άνιση κατανομή, αλλά και από σημαντικές ελλείψεις ειδικών υπηρεσιών, εξοπλισμού, ειδικών γιατρών αρκετών σημαντικών ειδικοτήτων, καθώς και εκπαιδευμένου νοσηλευτικού προσωπικού.

Εκτός από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων που είναι ενταγμένα στο Ε.Σ.Υ., υπάρχουν ακόμη τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία, στα εξωτερικά ιατρεία των οποίων παρέχεται επίσης πρωτοβάθμια φροντίδα. Εκτός Ε.Σ.Υ. υπάρχουν ακόμα αλλά Νοσοκομεία (ΙΚΑ, Πανεπιστημιακά κ.λ.π.) που επίσης προσφέρουν στα εξωτερικά τους ιατρεία υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης προσφέρονται και μέσα στις στρατιωτικές μονάδες από στρατιωτικούς γιατρούς και από γιατρούς και νοσηλευτές που εκτελούν τη θητεία τους για την κάλυψη των αναγκών των στρατευμένων, τους οποίους αν χρειαστεί παραπέμπουν στα αντίστοιχα στρατιωτικά Νοσοκομεία.

Στα περισσότερα νοσοκομεία η επίσκεψη στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία πραγματοποιείται ύστερα από τηλεφωνικό ραντεβού, χωρίς όμως

να υπάρχουν στοιχεία για το ποσοστό των επισκέψεων που τελικά πραγματοποιούνται με ραντεβού. Για κάθε επίσκεψη ο ασθενής πληρώνει στο νοσοκομείο εισιτήριο χιλίων δραχμών, αν και σ' αυτό υπάρχουν κάποιες εξαιρέσεις (π.χ. ασφαλισμένοι του δημόσιου και του ΟΓΑ).

Προβλήματα σχετικά με την παροχή υπηρεσιών από τα εξωτερικά ιατρεία δημιουργούνται από το περιορισμένο και μόνο κατά τις πρωινές ώρες ωράριο λειτουργίας τους, με αποτέλεσμα η περιορισμένη αυτή διαθεσιμότητα να δυσκολεύει τους εργαζόμενους. Τις υπόλοιπες ώρες του 24ωρου οι ασθενείς μπορούν να προσφύγουν μόνο σε εφημερεύοντα νοσοκομεία. Ακόμη η μέσω των εξωτερικών ιατρείων παροχή υπηρεσιών υγείας δε διασφαλίζει συνέχεια στη φροντίδα, όχι μόνο λόγω της συχνής αλλαγής των γιατρών, αλλά και λόγω της έλλειψης μηχανογραφημένου αρχείου ασθενών.

4.4 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από το ΙΚΑ

Το ΙΚΑ όπως και όλα τα αλλά ασφαλιστικά ταμεία, είναι Ν.Π.Δ.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Είναι ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός της χώρας, δεδομένου ότι ασφαλίζει περισσότερο από 50% του ελληνικού πληθυσμού. Δικαιούχοι περίθαλψης από τον κλάδο ασθένειας του ΙΚΑ είναι όσοι παρέχουν εξαρτημένη εργασία, τα μέλη των οικογενειών τους, καθώς και οι συνταξιούχοι του ΙΚΑ και τα εξαρτημένα μέλη τους.

Η χρηματοδότηση του ΙΚΑ προέρχεται κυρίως από τις εισφορές των εργαζόμενων και των εργοδοτών τους, που υπολογίζεται επί του ακαθάριστου μηνιαίου ποσού.

Όλες οι υπηρεσίες παρέχονται στους δικαιούχους δωρεάν στο χώρο και την ώρα της παροχής τους. Η μόνη συμμετοχή του ασφαλισμένου που φτάνει το 25% αφορά τη χορήγηση των φάρμακων, αν και υπάρχουν κάποιες εξαιρέσεις που αφορούν τη μητρότητα και τους χρόνιους πάσχοντες. Σε όλους τους δικαιούχους χορηγείται βιβλιάριο ασθένειας με την απλή επίδειξη του οποίου παρέχεται η ιατρική περίθαλψη. Το βιβλιάριο χρησιμοποιείται επίσης από τους γιατρούς σαν ιατρικός φάκελος του ασθενή, αφού αναγράφονται σ' αυτό όλες οι ιατρικές εξετάσεις, οι νοσηλείες και τα χορηγούμενα φάρμακα.

4.4.1. Η οργάνωση των υπηρεσιών

Το ΙΚΑ διαθέτει ένα σημαντικό δίκτυο υπηρεσιών υγείας, με κατανομή σε όλη την επικράτεια. Την 31-12-93 διέθετε 242 μονάδες υγείας, από τις οποίες οι 49 σε νομαρχιακό και οι 193 σε τοπικό επίπεδο. Από τις μονάδες αυτές οι 37 είναι πολυιατρεία στελεχωμένα με γιατρούς όλων των ειδικοτήτων, οι 43 με γιατρούς βασικών ειδικοτήτων και οι υπόλοιπες 94 ιατρεία, στελεχωμένα με γιατρούς ορισμένων μόνο από τις

πιο βασικές ειδικότητες. Επιπλέον των μονάδων αυτών το ΙΚΑ διαθέτει 8 Σταθμούς Πρώτων Βοηθειών, 47 Σταθμούς Προστασίας Μάνας και Παιδιού, 10 Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, 82 Μικροβιολογικά Εργαστήρια, 72 Ακτινολογικά Εργαστήρια, 33 Οδοντοπροσθετικά και 10 Ορθοδοντικά Εργαστήρια. Ακόμη διαθέτει 13 Φυσιοθεραπευτικά και από ένα Κυτταρολογικό, Διαβητολογικό, Πνευμονολογικό, Γναθοχειρουργικό, Οφθαλμολογικό και Ω.Ρ.Λ. εργαστήριο (όλα στην Αθήνα) και ένα Παιδοδοντικό ιατρείο (στη Νίκαια) και σαν αυτοτελείς περιφερειακές υπηρεσίες ένα Διαγνωστικό Κέντρο Ιατρικής της Εργασίας στην Αθήνα, δυο Κέντρα Παιδοψυχικής Υγιεινής στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη και ένα Κέντρο Προληπτικής Ιατρικής στην Αλεξανδρούπολη.

Όταν η υποδομή σε ανθρώπινους πόρους ή εξοπλισμό δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων του, το ΙΚΑ συμβάλλεται με κρατικά ή ιδιωτικά νοσοκομεία και με ιδιωτικά εργαστήρια για υπηρεσίες όπως αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες, μαστογραφίες και λοιπές εξετάσεις, τις οποίες πληρώνει κατά πράξη. Τέλος σε απομακρυσμένες περιοχές, όπου ο περιορισμένος αριθμός ασφαλισμένων δε δικαιολογεί υπηρεσίες, το ΙΚΑ συμβάλλεται με αγροτικούς γιατρούς.

4.5 Η παροχή της Π.Φ.Υ από την τοπική αυτοδιοίκηση

Πολλοί Δήμοι ή Κοινότητες προσφέρουν υπηρεσίες προνομιακού χαρακτήρα, μέσω των ΚΑΠΗ και των Κέντρων Ιατρικής Πρόληψης και Πρόνοιας. Τα ΚΑΠΗ αποτελούν ένα ιδιαίτερα πετυχημένο θεσμό που καθιερώθηκε την τελευταία δεκαετία στο χώρο της προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Αποτελούν κυρίως κέντρα κοινωνικής συναναστροφής και ψυχαγωγίας των ηλικιωμένων που προσφέρουν όμως συχνά και υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής, συνταγογραφία και ορισμένα από αυτά και φυσιοθεραπευτικές πράξεις. Τα κέντρα ιατρικής πρόληψης και πρόνοιας παρέχουν προνομιακού χαρακτήρα υπηρεσίες σε άτομα με ειδικές ανάγκες, σε χρόνιους πάσχοντες κ.τ.λ.

Η στελέχωση τόσο των ΚΑΠΗ όσο και των Κέντρων Ιατρικής Πρόληψης και Πρόνοιας αφορά κυρίως σε νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει και γιατρός, που κυρίως συνταγογραφεί για τους χρόνιους πάσχοντες, έτσι ώστε οι ηλικιωμένοι να αποφεύγουν την ταλαιπωρία μιας επίσκεψης σε πολυιατρεία ή σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων.

Εκτός των ΚΑΠΗ και των κέντρων ιατρικής πρόληψης και πρόνοιας μερικοί μεγάλοι δήμοι, ιδιαίτερα της Αττικής, άρχισαν τα τελευταία χρόνια να δημιουργούν μικρά ιατρεία, τα οποία προσφέρουν ελάχιστες υπηρεσίες που σε καμία περίπτωση δεν είναι δυνατόν να επηρεάσουν το συνολικό σχεδιασμό του συστήματος υγείας σήμερα, αφού η υποδομή και πρόσφορά τους σε μακροεπίπεδο είναι ασήμαντη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ Π.Φ.Υ.

5.1 Τεχνολογικός εξοπλισμός

Ένας βασικός συντελεστής για την επιτυχία της αποστολής της Π.Φ.Υ., είναι η χρήση της κατάλληλης βιοϊατρικής τεχνολογίας. Απέναντι στην υψηλής εξειδίκευσης νοσοκομειακή τεχνολογία, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αντιπροτείνει μια ήπια τεχνολογία μαζικής χρήσης, τέτοια, που να μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά τρόπο γενικευμένο από τον πρωτοβάθμιο τομέα.

Στο βαθμό που η Π.Φ.Υ. δεν εξαντλείται στο διαγνωστικό και θεραπευτικό σκέλος της περίθαλψης, αλλά περιλαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής της υγείας, αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας, για την ανάπτυξη της, είναι αναγκαίο να εξασφαλιστεί απαραίτητη τεχνολογική υποστήριξη ξεχωριστά για κάθε μια δραστηριότητα της Πρωτοβάθμιας φροντίδας. Με την έννοια αυτή, η τεχνολογική-υποστήριξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας δεν εξαντλείται στο διαγνωστικό και θεραπευτικό εξοπλισμό, αλλά συμπεριλαμβάνει και την απαιτούμενη τεχνολογική υποστήριξη για την αγωγή υγείας, το προσυμπτωματικό έλεγχο, την επαγγελματική υγιεινή, την κατ' οίκο νοσηλεία, τη φυσική αποκατάσταση κ.α., καθώς και τον τεχνικό εξοπλισμό που είναι αναγκαίος για τη διοίκηση, ενημέρωση, εκπαίδευση του προσωπικού κ.λ.π.⁶

Το μοντέλο εξοπλισμού που τείνει να κυριαρχήσει στα Κέντρα Υγείας, είναι προσανατολισμένο αποκλειστικά προς τον τομέα της περίθαλψης (διάγνωση-θεραπεία) και αφήνει έξω από την οπτική του όλες τις υπόλοιπες υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. (πρόληψη, νοσηλεία, αποκατάσταση). Η σύσταση του Π.Ο.Υ., ότι η κατάρτιση του προγράμματος εξοπλισμού πρέπει να διέπεται από την αρχή της εξασφάλισης της απαραίτητης τεχνολογίας ξεχωριστά για κάθε μια δραστηριότητα των Κέντρων Υγείας, δεν εφαρμόστηκε μέχρι σήμερα στη χώρα μας. Ως αποτέλεσμα, εκτός από τις διαγνωστικές και θεραπευτικές λειτουργίες, όλες οι υπόλοιπες δραστηριότητες έμειναν χωρίς την απαραίτητη τεχνολογική υποστήριξη. Έτσι, σε όλα τα Κέντρα Υγείας (πλην ελάχιστων μεμονωμένων εξαιρέσεων) παρατηρείται πλήρης έλλειψη τεχνολογίας, στους ακόλουθους τομείς:

- Εξοπλισμός και τεχνολογική υποστήριξη για την ανάπτυξη μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου.
- Εξοπλισμός και τεχνολογία αγωγής υγείας (π.χ.εξοπλισμός επιδείξεων, προβολών, ομιλιών κ.λ.π).
- Τεχνολογία και υλική υποστήριξη για την προώθηση του οικογενειακού Προγραμματισμού.
- Εξοπλισμός για την παροχή ιατρικής της Εργασίας.
- Τεχνολογία για τη δημόσια και περιβαλλοντική υγιεινή.
- Εξοπλισμός για την οργάνωση της κατ'οίκον νοσηλείας και της τελικής φροντίδας.
- Εξοπλισμός και τεχνολογία φυσικής αποκατάστασης (φυσιοθεραπεία κ.λ.π.).
- Πληροφορική τεχνολογία
- Εξοπλισμός για την οργάνωση της εκπαίδευσης και επιστημονικής ενημέρωσης του προσωπικού.

5.2 Συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού ✓

Η αναγνώριση της ανάγκης για συνεχή εκπαίδευση όλων των κατηγοριών προσωπικού αποτελεί μια από τις θεμελιώδεις αρχές της Π.Φ.Υ.

Η σκοπιμότητα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στοιχειοθετείται από το γεγονός ότι, κατά την πρώτη κυρίως φάση της ανάπτυξης της Π.Φ., όλες οι κατηγορίες προσωπικού έχουν παρακολουθήσει προγράμματα εκπαίδευσης βασισμένα στις νοσοκομειακές λειτουργίες και τη νοσοκομειακή ιατρική, τα οποία δεν είναι πάντοτε κατάλληλα για τις απαιτήσεις της Π.Φ.Υ. Διαμορφώνεται έτσι η ανάγκη ορισμένων σημαντικών αλλαγών στις γνώσεις, τις τάσεις, τις δεξιότητες και τον τρόπο εργασίας του προσωπικού, που επιβάλλονται από τους νέους ρόλους και τις νέες λειτουργίες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών. Μερικές από τις αλλαγές που θεωρούνται γενικά σαν αναγκαίες, είναι η έμφαση στην πρόληψη, η εκπαίδευση στην αγωγή υγείας, η στροφή προς την κοινωνικά προσανατολισμένη ιατρική, η εκπαίδευση σε συλλογικά προβλήματα υγείας και δημόσιας υγιεινής, η διατομεακή προσέγγιση των προβλημάτων υγείας, η εκπαίδευση στην ομαδική εργασία και στους τρόπους συνεργασίας με τον πληθυσμό κ.λ.π. Οι αλλαγές αυτές αποβλέπουν στο να διαμορφώσουν ένα ανθρώπινο δυναμικό, κατάλληλο και ικανό να εργαστεί στις συνθήκες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

Το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του Ε.Σ.Υ. και των Κέντρων Υγείας, προβλέπει τη δυνατότητα εκπαίδευσης των γιατρών των Κέντρων Υγείας σε νοσοκομεία της Ελλάδος ή του εξωτερικού. Πρόσφατα μάλιστα, με νόμο του 1994, επιχειρήθηκε μια αναδιοργάνωση του συστήματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, με την ίδρυση αντίστοιχης Διεύθυνσης στο Υπουργείο Υγείας, τη σύσταση Επιτροπής Ιατρικής Εκπαίδευσης και τη

θέσπιση ορισμένων κινήτρων. Τα σημαντικότερα προβλήματα τα οποία παρουσιάζει το υφιστάμενο πλαίσιο εκπαίδευσης του προσωπικού των Κέντρων Υγείας είναι τα εξής:

- (α) Το ισχύον πλαίσιο αναφέρεται ουσιαστικά, μόνο στο ιατρικό δυναμικό, χωρίς να λαμβάνει καμία μέριμνα για την εκπαίδευση του υπόλοιπου προσωπικού.
- (β) Δίνει στη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση αποκλειστικά προαιρετικό χαρακτήρα, τόσο στα πρόσωπα που θα εκπαιδευτούν όσο και στα αντικείμενα, τα οποία είναι της απόλυτης επιλογής του ενδιαφερόμενου. Αδυνατεί επομένως να εγγυηθεί την εκπαίδευση όλου του προσωπικού.
- (γ) Προσδίδει στην εκπαίδευση σχεδόν αποκλειστικά νοσοκομειακό χαρακτήρα. Δεν υπάρχει καμία ρύθμιση για την εκπαίδευση στην πρόληψη και την Κοινωνική Ιατρική, αντικείμενα για τα οποία άλλωστε δεν έχουν οργανωθεί αντίστοιχα εκπαιδευτικά Κέντρα.
- (δ) Δεν διαθέτει τη δυνατότητα σύνδεσης της εκπαίδευσης με τον όλο σχεδιασμό της λειτουργίας του Κέντρου Υγείας. Δεν υπάρχει κανένας μηχανισμός εξειδικευμένης εκπαίδευσης του προσωπικού σε λειτουργίες και αντικείμενα αντίστοιχα με το έργο το οποίο επιτελούν μέσα στο Κέντρο Υγείας.

5.2.1 Μέτρα για την οργάνωση της συνεχιζόμενης κατάρτισης

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού δεν πρέπει να αποτελεί μια απλή ακαδημαϊκή επιμορφωτική λειτουργία, αλλά να συνιστά το όργανο και το μοχλό ανάπτυξης του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Προς το σκοπό αυτό, ο σχεδιασμός και προγραμματισμός της εκπαίδευσης πρέπει να είναι απόλυτα προσαρμοσμένος στο συνολικό σχεδιασμό των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών, τον οποίο οφείλει να εξυπηρετεί και να προωθεί.

Η προσέγγιση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ως μοχλού της Π.Φ.Υ., δημιουργεί την ανάγκη δυο μεγάλων κατηγοριών εκπαιδευτικών προγραμμάτων: (α) Γενικά προγράμματα εκπαίδευσης, σχετικά με τη φιλοσοφία, το πνεύμα και τους στόχους της Π.Φ.Υ., τα οποία αποβλέπουν στο να διαμορφώσουν μια ομοιογενή κουλτούρα στο προσωπικό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, σχετικά με το έργο και τους ρόλους που έχει επιφορτιστεί και (β) εξειδικευμένα προγράμματα εκπαίδευσης, τα οποία αναφέρονται σε συγκεκριμένες λειτουργίες της Π.Φ.Υ.

Τα προγράμματα εκπαίδευσης της τελευταίας κατηγορίας θα πρέπει:

- (α) Να είναι εξειδικευμένα και προσανατολισμένα προς ένα συγκεκριμένο πρόβλημα ή λειτουργία της Π.Φ.Υ.
- (β) Να αναφέρονται σε δραστηριότητες για τις οποίες έχει ήδη αποφασιστεί ότι θα υλοποιηθούν στα Κέντρα Υγείας, έτσι ώστε το πρόγραμμα εκπαίδευσης να είναι άμεσα αξιοποιήσιμο.
- (γ) Να απευθύνονται σε πρόσωπα που έχουν ήδη επιλέγει για την υλοποίηση της εν λόγω αρμοδιότητας και στα οποία υπάρχει συγκεκριμένη ανάθεση αρμοδιοτήτων.
- (δ) Να αναφέρονται σε μεγάλα προβλήματα υγείας, τα οποία αποτελούν προτεραιότητα για το σύστημα υγείας.
- (ε) Να οργανώνονται με τρόπο που να αξιοποιεί τις γνώσεις και τις εμπειρίες του ίδιου του προσωπικού.
- (στ) Να αξιοποιούν τη σύγχρονη τεχνολογία για την Π.Φ.Υ., τόσο από πλευρές οργάνωσης, όσο και από πλευρές περιεχομένου.

Με βάση τις αρχές αυτές προκύπτουν οι ακόλουθες αναγκαιότητες:

- (α) Η ανάγκη επέκτασης της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε όλες τις κατηγορίες προσωπικού στη Προληπτική και Κοινωνική Ιατρική, με την οργάνωση αντίστοιχων εκπαιδευτικών κέντρων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
- (β) Η ανάγκη λήψης ειδικών μέτρων για την εκπαίδευση του προσωπικού στην Προληπτική και Κοινωνική Ιατρική, με την οργάνωση αντίστοιχων εκπαιδευτικών κέντρων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
- (γ) Η ανάγκη οργάνωσης μιας σειράς υποχρεωτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, άμεσα συνδεδεμένων με τον όλο σχεδιασμό της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας, τα οποία θα αναφέρονται στην οργάνωση και διαχείριση των συγκεκριμένων προγραμμάτων που πρέπει να αναπτύξουν τα Κέντρα Υγείας (Εμβολιασμοί, κάπνισμα, οικογενειακός προγραμματισμός κ.λ.π.). Τα προγράμματα αυτά θα απευθύνονται στο συγκεκριμένο προσωπικό που έχει επιφορτισθεί με την υλοποίησή τους.
- (δ) Εκτός από τα παραπάνω εκπαιδευτικά προγράμματα, έχει ήδη τονιστεί η ανάγκη οργάνωσης της θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης των διευθυντών Κέντρων Υγείας στις λειτουργίες της Π.Φ.Υ. και στην άσκηση των διάφορων διοικητικών και διευθυντικών λειτουργιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΑΔΙΕΞΟΔΑ ΤΗΣ Π.Φ.Υ.

Από την μέχρι τώρα περιγραφή της σημερινής κατάστασης, προκύπτει αβίαστα το συμπέρασμα ότι οι υπηρεσίες της Π.Φ. στη χώρα μας παρουσίαζαν σημαντικά προβλήματα και δυσλειτουργίες με ιδιαίτερα έντονη την εικόνα του "μη συστήματος". Τα κυριότερα προβλήματα ανά περιοχή και φορέα παροχής είναι τα εξής⁷ :

6.1 Τα προβλήματα των Κ.Υ.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στις μη αστικές περιοχές της χώρας η Π.Φ. παρέχεται κυρίως από τα Κ.Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, από ιδιώτες συμβεβλημένους με το Ι.Κ.Α. ή τους άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, καθώς και από ιδιώτες γιατρούς ή ιδιωτικές μονάδες υγείας. μέχρι το 1995 είχαν συσταθεί 198 Κ.Υ. Από αυτά λειτουργούσαν, με πολλά σημαντικά προβλήματα, περίπου 170. Τα υπόλοιπα αντιμετώπιζαν είτε προβλήματα ανέγερσης είτε στελέχωσης.

Τα Κ.Υ. παρουσιάζουν στην πλειονότητα τους μια σειρά προβλημάτων λειτουργικού χαρακτήρα, τα οποία κυρίως οφείλονται στην ελλιπή στελέχωση τους και τις εγγενείς εκπαιδευτικές αδυναμίες, την έλλειψη κανονισμού λειτουργίας κ.τ.λ. που εκδηλώνονται με την αδυναμία κινητοποίησης και εμπλοκής της κοινότητας, με την αδυναμία υλοποίησης προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης, την ανεπαρκή σύνδεση με το Νομαρχιακό Επίπεδο κ.τ.λ. Μερικές χαρακτηριστικές διαπιστώσεις γίνονται παρακάτω.

6.1.1 Λειτουργικά Προβλήματα

Είναι διαπιστωμένο ότι η σημερινή λειτουργία των Κ.Υ. δεν διασφαλίζει σε καμία περίπτωση τη βασική συνιστώσα της οικογενειακής ιατρικής που είναι η συνεχεία της φροντίδας. Οι ασθενείς προσέρχονται και συνήθως εξετάζονται από το γιατρό που "κάνει ιατρείο", χωρίς να υπάρχει το δικαίωμα επιλογής και τις περισσότερες φορές χωρίς να διασφαλίζεται η ορθή έγγραφη σε "καρτέλες" των αναγκαίων στοιχείων διάγνωσης και θεραπείας. Οι γιατροί των Κ.Υ. συνήθως βασίζονται στα όσα οι ίδιοι οι ασθενείς μπορούν να διαγνώσουν ή στα όσα μπορούν να "αποκρυπτογραφήσουν" από τα χειρόγραφα και κατά κανόνα ελλιπώς συμπληρωμένα βιβλιάρια υγείας. Η έλλειψη μηχανογράφησης και

αξιοποίησης της σύγχρονης τεχνολογίας είναι εμφανής στα περισσότερα Κ.Υ.

Σε κανένα σχεδόν από τα Κ.Υ. δεν έχει καθιερωθεί "σύστημα ραντεβού", με αποτέλεσμα να παρατηρούνται έντονες διαφοροποιήσεις στην προσέλευση των ασθενών και αντίστοιχα στη δυνατότητα εξυπηρέτησης τους.

Η βασική λειτουργία της Π.Φ.Υ., η «ομάδα υγείας», με εξαίρεση τα ελάχιστα κέντρα υγείας, στα οποία έχει καθιερωθεί άτυπα και με πρωτοβουλία ορισμένων εκπαιδευμένων και ευαισθητοποιημένων στελεχών, όχι μόνο εφαρμόζεται ανεπαρκώς για τα περισσότερα Κ.Υ., αλλά και για ορισμένα, λόγω εδραιωμένων αντιλήψεων των διευθυντικών στελεχών, είδος υπό απαγόρευση.

Η καθημερινή διεύθυνση του Κ.Υ. ασκείται από το Διευθυντή του, που εκλέγεται μεταξύ των γιατρών με θέση «Διευθυντή Ε.Σ.Υ.» Η θέση, όμως, αυτή καταλαμβάνεται με βάση τα επιστημονικά προσόντα του γιατρού, που σε καμία βεβαίως περίπτωση δεν σημαίνουν και αντίστοιχες δυνατότητες ή ικανότητες προσανατολισμένες στην Π.Φ.Υ. Έτσι, σε συνδυασμό με τη γνωστή, κατά κανόνα, ανεπάρκεια και δυσκαμψία των διοικητικών υπηρεσιών των νοσοκομείων οι τριβές και οι προστριβές αποτελούν καθημερινό φαινόμενο που διαιωνίζει τα υπάρχοντα προβλήματα λειτουργίας.

Η αδυναμία των στελεχών των Κ.Υ. να συμμετέχουν στα όργανα διοίκησης και λήψης αποφάσεων των νοσοκομείων (Δ.Σ. κ.τ.λ) των οποίων αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες και η αδυναμία προώθησης της αναγκαίας ευαισθητοποίησης τόσο των οργάνων αυτών όσο και του υπόλοιπου προσωπικού των νοσοκομείων προς την κατεύθυνση της Π.Φ. έχει σαν αποτέλεσμα την άνιση μεταχείρισή τους έναντι του νοσοκομειακού τομέα.

6.1.2 Η στελέχωση των Κ.Υ.

Ο αρχικός σχεδιασμός σε σχέση με τη στελέχωση των Κ.Υ. έχει υλοποιηθεί σε πολύ μικρό βαθμό σε σχέση με τις προτάσεις του Κ.Ε.Σ.Υ. παρά το γεγονός ότι οι οργανισμοί των κέντρων υγείας προβλέπουν μικρότερη σύνδεση με τις διάφορες κατηγορίες προσωπικού και ειδικότερα:

Η κάλυψη των συστημένων θέσεων του ιατρικού προσωπικού μόλις φτάνει σε πανελλαδικό επίπεδο το 48%. Όσον αφορά το υπόλοιπο προσωπικό η κατάσταση δεν είναι η καλύτερη. Έχει αναφερθεί ότι η μέση κάλυψη των συστημένων θέσεων του νοσηλευτικού προσωπικού ανέρχεται στο 62%, του "παραϊατρικού" σε 55% και του διοικητικού σε 62%, χωρίς όμως να υπάρχουν αναλυτικά στοιχεία, για κάθε κατηγορία

προσωπικού που παραλαμβάνεται στις παραπάνω ενότητες, πανελλαδικά.

Το σημαντικότερο, όμως, πρόβλημα που αφορά τη στελέχωση, είναι η απουσία διαμορφωμένης πολιτικής προτεραιότητας για τις προσλήψεις βασισμένη στις πραγματικές ανάγκες και τους στόχους. Έτσι υπάρχουν κέντρα υγείας στα οποία θα υπάρχουν επισκέπτριες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές ή τεχνολόγοι εργαστηρίων, ενώ ταυτόχρονα διαθέτουν αναλογικά αρκετό διοικητικό προσωπικό, προσωπικό επιστάσις και πληρώματα ασθενοφόρων, στην πράξη δυσανάλογα με το επιτελούμενο έργο. Είναι φανερό ότι η έλλειψη ορθολογικής πολιτικής προσλήψεων εξανεμίζει και τις δυνατότητες αποτελεσματικότερης αξιοποίησης των περιορισμένων οικονομικών πόρων.

Ένα σημαντικό πρόβλημα αποτελούν οι συχνές αποσπάσεις προσωπικού των κέντρων υγείας, με διάφορους μηχανισμούς, στα νοσοκομεία ή σε άλλες υπηρεσίες με αποτέλεσμα την περαιτέρω αποδυνάμωση τους, που σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις είναι τόσες ώστε να καθιστούν πλέον απαγορευτική τη συνεχή και εύρυθμη λειτουργία των Κ.Υ. Η συνήθη δικαιολογία της έλλειψης προσωπικού στο νοσοκομείο αναφοράς εκφράζει αναλυτικά τη σαφή προτεραιότητα τόσο των διοικήσεων των νοσοκομείων όσο και του προσωπικού προς τη νοσοκομειακή περίθαλψη έναντι της Π.Φ.

Σε κανένα από τα περιφερειακά ιατρεία των Κ.Υ. δεν υπηρετεί ειδικευμένος γενικός γιατρός. Το πλαίσιο στελέχωσης τους εξακολουθεί να βασίζεται στο θεσμό των υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου αγροτικών ιατρών χωρίς καμία μεταβολή σε σχέση με το πριν το 1983 καθεστώς

6.2 Τα προβλήματα της Π.Φ. στις αστικές περιοχές.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στις αστικές περιοχές η Π.Φ.Υ. παρέχεται κυρίως από το Ι.Κ.Α., τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα ελάχιστα πολυιατρεία των άλλων ασφαλιστικών οργανισμών και από ιδιωτικές μονάδες συμβεβλημένες ή μη με ασφαλιστικούς οργανισμούς.

6.2.1 Τα κυριότερα προβλήματα του Ι.Κ.Α.

Τα κύρια προβλήματα και χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν σήμερα οι υπηρεσίες της Π.Φ. του Ι.Κ.Α. είναι:

1. Υψηλή προσπελασιμότητα, χωρίς σημαντικούς οικονομικούς οργανωτικούς ή διοικητικούς περιορισμούς. Ο κάθε δικαιούχος μπορεί κατά τη διάρκεια της λειτουργίας των πολυιατρείων να επισκεφθεί οποιονδήποτε γιατρό, οποιασδήποτε ειδικότητας επιθυμεί, όποτε αυτός το κρίνει απαραίτητο και για όσες φορές θέλει. Έτσι:

2. Το σύστημα παρουσιάζει συμπτώματα υπερβάλλουσας ζήτησης και κατανάλωσης. Ο δείκτης των 9 επισκέψεων κατ' έτος είναι από τους υψηλότερους διεθνώς. Ο κύριος όγκος των επισκέψεων "απευθύνεται σε γιατρούς ειδικοτήτων, σε αντίθεση με τις επισκέψεις στους παθολόγους οικογενειακούς ιατρούς που είναι περιορισμένες".
3. Στα περισσότερα πολυϊατρεία δεν υπάρχει σύστημα ραντεβού και έτσι οι ασθενείς, ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι, προσέρχονται πολύ πριν από την έναρξη της λειτουργίας τους και συνήθως ή συμπληρώνουν το όνομά τους σε "ειδικά" φύλλα χαρτιού, εξασφαλίζοντας έτσι τη σειρά προτεραιότητας, για το γιατρό της ειδικότητας που οι ίδιοι έχουν επιλέξει. Το γεγονός αυτό είναι προφανές ότι αποτελεί την αιτία συχνών διενέξεων, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που κάποιος χρειάζεται να επισκεφθεί περισσότερους από έναν γιατρούς ή παραπέμπεται από το γιατρό του σε γιατρό άλλης ειδικότητας. Την απαράδεκτη, στη γενικότερη εκτίμησή της, αυτή κατάσταση, επιτείνει το γεγονός των καθιερωμένων, όπως συχνά καταγγέλλεται, καταστάσεων όπως καθυστερήσεις του προσωπικού ή μη εξάντληση του ωραρίου.

Θα πρέπει να τονιστεί επίσης η μεγάλη ανισοκατανομή μεταξύ της προσέλευσης του κόσμου πρωί ή απόγευμα. Έχει διαπιστωθεί ότι τις πρωινές ώρες προσέρχονται κυρίως συνταξιούχοι, με χαμηλό κόστος εργασίας στο χρόνο τους, ενώ το απόγευμα εργαζόμενοι. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί, σαφώς, ότι το σύστημα αυτό εξυπηρετεί άψογα μειώνοντας τις χαμένες εργατοώρες για τους εργαζόμενους, ωστόσο νομιμοποιεί τη μεγάλη ταλαιπωρία που υφίστανται οι πρωινοί "επισκέπτες" και κατ' εξοχήν χρηστές των υπηρεσιών ανοικτής περίθαλψης.

4. Δεν υπάρχει ούτε καν στοιχειώδης σύνδεση των παθολόγων με τις υπόλοιπες ειδικότητες της πρωτοβάθμιας ούτε της νοσοκομειακής περίθαλψης.
5. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν κρίνεται ικανοποιητική και όχι μόνο από τους χρηστές. Πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι μόνο οι 4 στους 10 ερωτηθέντες δήλωσαν ότι είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας του Ι.Κ.Α. και 8 στους 10 ότι προτιμούν αντί του ταμείου του Ι.Κ.Α. αυτό των δημοσίων υπάλληλων, των τραπεζικών υπάλληλων κ.τ.λ.
6. Παρατηρείται μεγάλη "διαρροή" ασθενών προς την ιδιωτική ιατρική. Ακόμη και το "πάω στον ιδιώτη γιατρό για δεύτερη γνώμη" υποδηλώνει και πάλι την έλλειψη εμπιστοσύνης προς τις υπηρεσίες του Ι.Κ.Α. Το ποσοστό των ασθενών που καταφεύγουν σε ιδιωτικά ιατρεία είναι αρκετά υψηλό σε σχέση με το 3% που ισχύει για τη Μ. Βρετανία. Αυτό έχει ως συνέπεια την επιβάρυνση του οικογενειακού προγραμματισμού και την ακύρωση εν πολλοίς του δωρεάν χαρακτήρα της περίθαλψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ Π.Φ.Υ.

Η δημιουργία του Ε.Σ.Υ. αναμενόταν να ικανοποιήσει τις επιτακτικές κοινωνικές ανάγκες και εξ' ορισμού θα συντελούσε στην αύξηση των δαπανών υγείας. Η ελληνική πραγματικότητα της εξέλιξης των δαπανών υγείας και η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης που εμφανίστηκε κατά τη δεκαετία 1970-1980 και αύξησε τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, θα μπορούσε να ερμηνεύσει τη δημιουργία του ΕΣΥ ως κοινωνική απαίτηση που μετέθεσε τις δαπάνες σε υψηλότερα επίπεδα.⁸

Το 1983 με την ψήφιση του νόμου 1397 όπου ορίζονται τα πλαίσια και οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας παρατηρείται η πολιτική βούληση ενίσχυσης των δαπανών Υγείας. Η εφαρμογή του ΕΣΥ συνεπάγεται μια σειρά διαρθρωτικών μεταβολών, όπως: αύξηση των αμοιβών των ιατρών, αύξηση των λειτουργικών δαπανών, δημιουργία νέων νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας κ.λ.π., που έχουν ως επίπτωση την «κλιμακωτή» αύξηση των δημόσιων δαπανών ως πολιτική απόφαση μεταφοράς παραγωγικών πόρων από άλλους τομείς στον τομέα της Υγείας.

Όπως προκύπτει από τα πρόσφατα του ΟΟΣΑ οι συνολικά (δημόσιες και ιδιωτικές) δαπάνες για την υγεία φτάνουν στην Ελλάδα το 8.0% του Α.Ε.Π. Σύμφωνα με τους εθνικούς λογαριασμούς οι δημόσιες αντιπροσωπεύουν 58,2% και ιδιωτικές το 41,8% του συνόλου των δαπανών Υγείας. Έτσι η Ελλάδα παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αναλογία στις ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ. Γίνεται φανερό ότι η μεταρρύθμιση του ΕΣΥ το 1983 δεν κατόρθωσε να μειώσει το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα.

Ως προς τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας σε επίπεδα νοικοκυριού παρατηρούμε ότι το ποσοστό του οικογενειακού εισοδήματος που διατίθεται για την αγορά υπηρεσιών υγείας διαμορφώνεται στο 7,1% για την πρωτεύουσα. Ακολουθεί η περιοχή της Θεσσαλονίκης, ενώ το μικρότερο ποσοστό κατανάλωσης παρουσιάζουν οι αγροτικές περιοχές.

7.1 Ιδιωτικές δαπάνες πρωτοβάθμιας φροντίδας

Αρχικά η είσοδος του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας έγινε σε τομείς που δεν κατείχε το δημόσιο. Οι συνεχείς εξελίξεις της βιοϊατρικής τεχνολογίας που είχε ως συνέπεια τη συνεχή αύξηση του

κόστους των δαπανών, και η αδυναμία του δημόσιου τομέα να ακολουθήσει αυτό το ρυθμό της ανάπτυξης και η πίεση που άσκησε το κράτος την προηγούμενη δεκαετία στην ανάπτυξη των ιδιωτικών κλινικών, ώθησε την ιδιωτική πρωτοβουλία στην ανάπτυξη της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και της διαγνωστικής τεχνολογίας.

Οι περιοχές της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης αντιπροσωπεύουν ένα ποσοστό του 85% των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα. Η διαπίστωση που προκύπτει σχετικά με τη μελέτη των διαγνωστικών κέντρων είναι ότι αρκετά απ' αυτά λειτουργούν ως παραρτήματα των Ιδιωτικών Θεραπευτηρίων, ενώ η συνεργασία μεταξύ των μονάδων υγείας του ιδιωτικού τομέα (Θεραπευτήρια - διαγνωστικά κέντρα) είναι συχνό φαινόμενο.

Ο βασικός τρόπος χρηματοδότησης των ιδιωτικών επιχειρήσεων στο χώρο της υγείας γίνεται με τη μέθοδο της «χρηματοδοτικής μίσθωσης» (leasing). Το leasing επιτρέπει στις επιχειρήσεις ευελιξία και προσαρμογή στις τεχνολογικές εξελίξεις, δεδομένου ότι μπορούν να πάρουν τον εξοπλισμό για τη διάρκεια της οικονομικής του ζωής, η οποία είναι μικρότερη από τη φυσική του. Επίσης οι συμβάσεις μέσω leasing έχουν απαλλαγή από τις φορολογικές επιβαρύνσεις, ενώ μένουν άθικτα τα πλεονεκτήματα και τα κίνητρα που είχε εξασφαλίσει ο επενδυτής μέσω των αναπτυξιακών νόμων.

Με τη λήξη της σύμβασης ο μισθωτής έχει τη δυνατότητα είτε να αγοράσει το μηχάνημα σε κάποια προηγούμενη τιμή, είτε να παρατείνει τη μισθωσή του με χαμηλότερο μίσθωμα με άμεσο κέρδος τη μη δέσμευση σημαντικών κεφαλαίων για την αγορά ιατρικού εξοπλισμού.

7.2 Δημόσιες δαπάνες πρωτοβάθμιας φροντίδας

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις δημόσιες δαπάνες υγείας:

- α) Η γήρανση του πληθυσμού: από διεθνείς μελέτες που έχουν γίνει έχουν διαπιστωθεί ότι η γήρανση του πληθυσμού επηρεάζει αυξητικά τη ζήτηση και συνεπώς τις δαπάνες υγείας αφού οι ηλικιωμένοι καταναλίσκουν περισσότερες υπηρεσίες απ' ότι οι νεότερες ηλικίες.
- β) Τιμές των υπηρεσιών υγείας: με δεδομένο ότι οι δαπάνες υγείας ορίζονται ως το γινόμενο των τιμών επί της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μια αύξηση τους μπορεί να οφείλεται είτε στην αύξηση των τιμών είτε στην αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών είτε σε συνδυασμό αυτών των δυο.
- γ) Αύξηση του ιατρικού δυναμικού: η διαρκής άνοδος των μισθολογικών δαπανών οι οποίες αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι των δαπανών υγείας.

- δ) Αύξηση της ιατρικής τεχνολογίας: η συνεχώς αυξανόμενη δαπάνη για τη σύγχρονη τεχνολογία που είναι συνέπεια της συνεπούς ανάγκης για εκσυγχρονισμό και βελτίωση της είναι πολύ σημαντικός παράγοντας αύξησης των δαπανών.

7.2.1 Δαπάνες οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης για την υγεία

Αν και υπάρχει έλλειψη στοιχείων για την περιφερειακή κατανομή των δαπανών κοινωνικής ασφάλισης, οι δαπάνες των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, που σχετίζονται άμεσα με τις δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα μπορούν να καταταγούν στις επόμενες ομάδες: νοσοκομειακή φροντίδα, πρωτοβάθμια φροντίδα, φαρμακευτικά, οδοντιατρικά, άλλες δαπάνες και επιδόματα. Το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών αφιερώνεται στα φάρμακα. Ένα δεύτερο μεγάλο τμήμα αφορά τις νοσοκομειακές δαπάνες ενώ ένα τρίτο τμήμα αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας. Οι δαπάνες της Π.Φ.Υ. παρέμειναν για ένα χρονικό διάστημα σταθερές (έως περίπου το 1988) για να υποστούν μείωση έως και το 1990. Τέτοιου είδους δαπάνες περιλαμβάνουν κυρίως πληρωμές σε ιδιώτες προμηθευτές, που είναι είτε μερικής απασχόλησης στο ΙΚΑ είτε συμβεβλημένοι σε αλλά Ταμεία. Τέλος στην Π.Φ.Υ. περιλαμβάνονται και δαπάνες για εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες βέβαια πολλές φορές είναι δυνατό να σχετίζονται με τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΚΟΠΟΙ.

Κοινοτική Νοσηλευτική είναι η σύγχρονη και συντονισμένη προσπάθεια εξασφάλισης ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στα άτομα, τις οικογένειες και το σύνολο της κοινότητας με βάση τις ανάγκες υγείας τους. Αυτό απαιτεί από την πλευρά του νοσηλευτή δεξιότητες στην κλινική άσκηση της Νοσηλευτικής αλλά και επικέντρωση στις ανάγκες υγείας του συνολικού πληθυσμού της κοινότητας με έμφαση στην πρόληψη ασθενειών.

Η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι ο κλάδος της Νοσηλευτικής ο οποίος συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες προερχόμενες τόσο από την Νοσηλευτική όσο και από την Δημόσια Υγιεινή τις οποίες εφαρμόζει με σκοπό την προαγωγή της υγείας των ατόμων της κοινότητας.

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) δίνει τον πιο κάτω ορισμό της Κοινοτικής Νοσηλευτικής.

“ Η Κοινοτική Νοσηλευτική αποτελεί κλάδο της Νοσηλευτικής επιστήμης που συγκεντρώνει ειδικές γνώσεις και δεξιότητες, τις οποίες χρησιμοποιεί στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων που βρίσκονται στο συνηθισμένο περιβάλλον τους όπως το σπίτι, το σχολείο ή και ο χώρος εργασίας. Είναι νοσηλευτική εργασία που ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου”.

Ο Καναδικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (CNA) στον ορισμό της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, αναλύει συγχρόνως συνοπτικά, το περιεχόμενο και επισημαίνει τους αντικειμενικούς σκοπούς.

“Κοινοτική Νοσηλευτική είναι η επιστημονική Νοσηλευτική εργασία που έχει επίκεντρο της φροντίδας της τις ανάγκες υγείας ατόμων, στο σύνηθες καθημερινό περιβάλλον του σπιτιού, του σχολείου ή της εργασίας. Σαν τμήμα της όλης κοινοτικής προσπάθειας που γίνεται για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, η Κοινοτική Νοσηλευτική ενδιαφέρεται τόσο για το άρρωστο ή ανάπηρο άτομο της Κοινότητας, όσο και το υγιές”.

Η Κοινοτική Νοσηλευτική σύμφωνα πάντοτε με τον Καναδικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών έχει τους πιο κάτω σκοπούς:

1. Πρόληψη της αρρώστιας και περιορισμό της εξέλιξης της.
2. Περιορισμό των επιπτώσεων μιας αναπόφευκτης αρρώστιας.

3. Εξασφάλιση επιδέξιας επιστημονικής φροντίδας στον άρρωστο ή ανάπηρο άτομο εκτός του νοσοκομείου.
4. Υποστήριξη και ενίσχυση των ατόμων που περνούν κάποια κρίση ή βρίσκονται σε κατάσταση άγχους.
5. Ενημέρωση, διδασκαλία και παρότρυνση ατόμων, οικογενειών ή ομάδων στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής για την προαγωγή της κοινοτικής υγείας.⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η κοινοτική νοσηλευτική σαν έννοια ήταν γνωστή από πολύ παλιά σαν όρος όμως είναι τελείως πρόσφατη. Για να διαμορφωθεί στη σημερινή της μορφή πέρασε μέσα από 4 στάδια:

Πρώτο (1ο) στάδιο 1859 – 1900

Στη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου η κοινοτική νοσηλευτική πρόσφερε τις υπηρεσίες της εθελοντικά. Το έτος 1859 ο Will Ratbone, Άγγλος φιλόanthropos αναγνωρίζοντας ο ίδιος τη σημασία της νοσηλείας στο σπίτι, από κάποια του εμπειρία, προσέλαβε την αδελφή Mary Robinson με σκοπό να προσφέρει τις υπηρεσίες της σε μια ομάδα φτωχών στο Liverpool. Έτσι έχουμε το πρώτο ξεκίνημα του θεσμού.

Συγχρόνως αναπτύσσεται ο θεσμός και στις ΗΠΑ με την Francis Root. Παράλληλα με την φροντίδα που παρείχαν στους ασθενείς τους οι κοινοτικές νοσηλεύτριες τους δίδασκαν καθαριότητα και τρόπους υγιεινής διαβίωσης.

Η Florence Nightingale τις ονόμασε νοσηλεύτριες υγείας και το όραμα της ήταν μια μέρα να μην υπάρχουν νοσηλεύτριες μόνο για τους άρρωστους αλλά και για τους υγιείς.

Δεύτερο (2ο) στάδιο 1900 – 1930

Από τις αρχές του αιώνα μας, η κοινοτική νοσηλευτική βελτιώθηκε, ξεπέρασε τη φιλανθρωπική της μορφή και παράλληλα άρχισε να ασχολείται και με τον υγιή πληθυσμό. Στις ΗΠΑ η κοινοτική νοσηλευτική άρχισε να εστιάζεται στη δημόσια υγεία έτσι ο ρόλος της κοινοτικής (επισκέπτριας) νοσηλεύτριας άρχισε να επεκτείνεται.

Τρίτο (3ο) στάδιο 1930 – 1970

Στην περίοδο αυτή η δημόσια υγιεινή αναπτύσσεται περαιτέρω και ο ρόλος της επισκέπτριας - κοινοτικής νοσηλεύτριας διαγράφεται εντονότερα. Στην Ελλάδα ο θεσμός άρχισε το έτος 1923, αφορμή ήταν η επιδημία του Δαγγείου πυρετού που μάλιστα την Ελλάδα. Τότε

διαφάνηκε η ανάγκη για εκπαίδευση νοσηλευτών σε θέματα δημόσιας υγείας.

Το 1930 ζητήθηκε από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταύρο (Ε.Ε.Σ.) η ίδρυση σχολής βοηθών νοσηλευτών δημόσιας υγιεινής.

Το 1937 ιδρύθηκε στην Υγειονομική σχολή Αθηνών, η Ανώτερα Σχολή Επισκεπτριών αδελφών νοσοκόμων τριετούς φοίτησης που έδινε πτυχίο γενικής νοσηλευτικής και νοσηλευτικής δημόσιας υγιεινής.

Το 1960 τέθηκε σε πλήρη εφαρμογή το πρόγραμμα δημόσιας υγιεινής της νοσηλευτικής σχολής του Ε.Ε.Σ. και το 1962 ιδρύεται η Ανώτερα Σχολή Αδελφών και Επισκεπτριών του ΠΙΚΠΑ.

Η περίοδος αυτή ήταν ορόσημο για την περαιτέρω εξέλιξη της κοινοτικής νοσηλευτικής.

Τέταρτο (4ο) στάδιο 1970 μέχρι σήμερα.

Από το 1970 και μετά, η κοινοτική νοσηλευτική πήρε τη σημερινή της μορφή. Τόπος δράσης της είναι η κοινότητα και αντικείμενο της ο πληθυσμός της κοινότητας άρρωστος και υγιής.

Το 1973 με τη διεθνή συνδιάσκεψη Alma - Ata διαμορφώθηκε η ιδέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλευτικής αναβαθμίστηκε.

Το 1972 στην Ελλάδα οι 3 σχολές (Ε.Ε.Σ - ΠΙΚΠΑ και Υγειονομικής Σχολής Αθηνών) μετατράπηκαν με διάταγμα σε σχολές τετραετούς φοίτησης. Στον 4ο χρόνο οι σπουδάστριες έπαιρναν την ειδικότητα της δημόσιας υγιεινής.

Το 1985 όλες οι σχολές εντάχθηκαν στην Σ.Ε.Υ.Π. του Τ.Ε.Ι. και τα προγράμματα τροποποιήθηκαν.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Όπως ακριβώς η φροντίδα της υγείας λαμβάνει κάποια συγκεκριμένη θέση στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, το ίδιο ισχύει και για τους νοσηλευτές πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

Οι νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας εξασκούνται σε ποικίλα περιβάλλοντα, μεταξύ άλλων στο σπίτι, στον εργασιακό χώρο, στους γενικούς ιατρούς (παθολόγους), στα κέντρα υγείας. Δεν χρειάζεται μόνο να λαμβάνονται υπόψη οι προσωπικές συνθήκες του ατόμου, αλλά ταυτόχρονα και τις συνθήκες του περιβάλλοντος του. Η εργασία των νοσηλευτών απαιτεί καλά ανεπτυγμένες κοινωνικές καθώς επίσης και κλινικές δεξιότητες, μεγάλο βαθμό στην ικανότητα λήψης αποφάσεων και την ικανότητα τις περισσότερες φορές για επαγγελματική απομόνωση.

Στους νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας συμπεριλαμβάνονται και όσοι έχουν ηγετικές συναφείς αρμοδιότητες, εξειδικευμένες και προοδευτικές γνώσεις και προσόντα σε συγκεκριμένα γνωστικά αντικείμενα της νοσηλευτικής πρακτικής. Αυτά τα αντικείμενα μπορεί να περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα στοιχεία: προώθηση της υγείας, προστασία παιδιών, σχολική υγεία, πνευματική υγεία και μαθησιακή ανικανότητα, εντατική φροντίδα κατ' οίκον για ενήλικες και παιδιά, αποκατάσταση και φροντίδα για χρόνιες ασθένειες καθώς και κατευναστική φροντίδα.¹¹

10.1 Καθήκοντα και υποχρεώσεις του νοσηλευτή στην Π.Φ.Υ.

Η πλειοψηφία των ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένης και του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος, πρέπει να κάνουν τις περισσότερες φορές ατομικά τη διαχείριση της φροντίδας ή της περίθαλψης τους. Η νοσηλευτική πρωτοβάθμιας φροντίδας διακρίνεται για την έμφαση που δίνει για την καθοδήγηση και την υποστήριξη τους για τη φροντίδα αυτού του τύπου, περιλαμβάνοντας τους ως συμμετόχους σε κάθε στάδιο. Επίσης, περιλαμβάνει την προώθηση υγιών τρόπων ζωής και τη διασφάλιση ότι οι υπηρεσίες απευθύνονται σε ανθρώπους που τις χρειάζονται περισσότερο και είναι κοινωνικά αποδεκτές.¹²

Οι άνθρωποι αξιολογούν την επιλογή της άμεσης πρόσβασης στη νοσηλευτική πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει το νοσηλευτή που εργάζεται στο ιατρείο κάποιου παθολόγου ή κάποιον άλλο χώρο με προσωπική ατζέντα επισκέψεων. Μπορεί εξάλλου να περιλαμβάνει την παραπομπή ενός ασθενή με χρόνια ασθένεια ή αναπηρία σε κάποιον νοσηλευτή πρωτοβάθμιας φροντίδας, για διαχείριση της φροντίδας και αποκατάσταση.

Σε ορισμένες περιστάσεις, μπορεί να πρόκειται και για ένα νοσηλευτή με αυτονομία στη διάγνωση και την αγωγή ορισμένων συνθηκών ή προσδιορισμένων προβλημάτων υγείας, απευθυνόμενος σε ανθρώπους που πηγαίνουν σε αυτόν σαν πρώτο σημείο επαφής. Με αυτό συχνά εννοούνται οι άνθρωποι που απευθύνονται από μόνοι τους, επίσημα ή ανεπίσημα, σε κάποιον νοσηλευτή πρωτοβάθμιας φροντίδας που είναι ευρύτερα γνωστός στην τοπική κοινότητα. Όλο και συχνότερα, αυτό περιλαμβάνει νέες πρωτοβουλίες στην προώθηση της υγείας, συμβουλές και αγωγή που δίνονται από επαγγελματίες νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η μεταφορά σε μια κοινότητα ανθρώπων με χρόνιες πνευματικές και σωματικές ανάγκες φροντίδας, η νοσηλευτική εκτός νοσοκομείου για άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, όπως καρκίνο, αρθρίτιδα, AIDS ή χρόνια αναπνευστική νόσο και οι εξελίξεις στην χειρουργική και την εντατική φροντίδα κατ' οίκον για ενήλικες και παιδιά, αποτελούν συνολικά παράγοντες που προκαλούν την επαναξιολόγηση των παραδοσιακών τρόπων εργασίας και την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών αναφορικά με τις ανάγκες των ατόμων και των οικογενειών τους.

Τα ίδια ισχύουν και για άλλους συνδυασμούς υπηρεσιών, όπως:

- ολοκληρωμένη καθημερινή ή περιστασιακή φροντίδα, όπως σε περιφερειακά νοσοκομεία που παρέχουν προγράμματα αξιολόγησης, παρακολούθησης, αποκατάστασης και ανάρρωσης, συχνά καθοδηγούμενα από νοσηλευτές
- συνεργασιακά προγράμματα φροντίδας για υποστήριξη κατ' οίκον, περιλαμβάνοντας κρατικές υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές.
- συνδυασμένη διαμονητήρια φροντίδα, επισκέψεις κατ' οίκον και φροντίδα γενικής ιατρικής, περιλαμβάνοντας διάφορους κρατικούς φορείς και τον ιδιωτικό τομέα.
- υπηρεσίες καθημερινής χειρουργικής και ελάσσονες τραυματιολογικές υπηρεσίες στον τομέα γενικής ιατρικής.
- υποστήριξη πρωτοβάθμιας φροντίδας για κέντρα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών.
- ενσωμάτωση των δίπτυχων ενεργειών παραπομπής μεταξύ του πρωτοβάθμιου και του δευτεροβάθμιου τομέα φροντίδας.

Η επιτυχία πολλών από τα προαναφερόμενα σχήματα εξαρτάται από τη συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας, καθώς και από τη μεταξύ τους σχέση με τις κοινωνικές υπηρεσίες της τοπικής Αυτοδιοίκησης, έχοντας κοινή δέσμευση και κοινά πρωτόκολλα. Στην καλύτερη τους έκφραση, τα κοινά σχήματα φροντίδας πρωτοβάθμιας φροντίδας αποσαφηνίζουν τις ευθύνες του προσωπικού των νοσοκομείων, της πρωτοβάθμιας φροντίδας και των κοινωνικών υπηρεσιών, παρέχοντας έτσι βελτιωμένες υπηρεσίες στους ασθενείς.

Στις περιπτώσεις που αυτά τα σχήματα δεν λειτουργούν τόσο καλά, αυτό γίνεται γιατί υπάρχει σύγχυση σχετικά με την ευθύνη, τους ρόλους και τις αρμοδιότητες, ενώ μερικές φορές παρατηρείται απροθυμία να αναληφθούν νέες ευθύνες ή να αλλαχθούν οι καθιερωμένες πρακτικές εργασίες.

10.1.2 Έρευνα και έλεγχος.

Η πληροφόρηση για το τι λειτουργεί ικανοποιητικά ή όχι τόσο καλά στη νοσηλευτική πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι ελλιπής, γι' αυτό και πρέπει να δοθεί μεγάλη προτεραιότητα στην έρευνα κλινικής νοσηλευτικής σε αυτόν τον τομέα. Οι νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας χρειάζεται να ελέγχουν και να ερευνούν την κλινική τους εργασία· το πλαίσιο μπορεί να τεθεί σε εφαρμογή στην πρωτοβάθμια φροντίδα με μηχανισμούς για ιατρικούς έλεγχους τις συμβουλευτικές ομάδες ιατρικού έλεγχου. Δεν βλέπουμε κανένα λόγο γιατί αυτή η διαδικασία να μην διευρυνθεί, περιλαμβάνοντας και τη νοσηλευτική.¹¹

10.2 Ο νοσηλευτής απέναντι στην δημόσια υγεία

Για τους νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας, το φάσμα επαγγελματικής απασχόλησης επεκτείνεται στην περίθαλψη κατ' οίκον και σε πολλούς εξειδικευμένους τομείς της νοσηλευτικής. Οι νοσηλευτές αναπτύσσουν επίσης τις δεξιότητές τους στον τομέα της δημόσιας υγείας, έχοντας έτσι τη δυνατότητα να θίγουν θέματα σχετικά με τη γενική κατάσταση της υγείας και τους συναφείς με την υγεία παράγοντες καθώς επίσης και να προσδιορίζουν τις ομάδες με τις μεγαλύτερες ανάγκες για υποστήριξη υγείας, καθοδήγηση και περίθαλψη. Αυτή η διάσταση της νοσηλευτικής της πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει δώσει νέα κίνητρα από τις ρυθμίσεις αγοραστή-προμηθευτή, υπό τις οποίες αξιολογούνται και αναλύονται οι ανάγκες του πληθυσμού για υγεία, με αποτέλεσμα να ορίζονται οι κατάλληλες υπηρεσίες για να καλυφθούν οι ανάγκες αυτές.

Η ατομική και η οικογενειακή υγεία των συλλογικών ομάδων δεν μπορούν να διαχωριστούν από τα ευρύτερα ζητήματα που επηρεάζουν την ποιότητα και τον τρόπο ζωής - την κατάσταση στο σπίτι, τις οικονομικές συνθήκες και την πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες. Οι πτυχές της δημόσιας υγείας για τη νοσηλευτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας περιλαμβάνουν την ενεργή συνεργασία με κρατικές υπηρεσίες, εθελοντικά γραφεία και ανεπίσημους επαγγελματίες, ώστε να διασφαλιστεί ότι καλύπτονται οι ανάγκες υγείας σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.

Η εργασία των νοσηλευτών πρωτοβάθμιας φροντίδας που ειδικεύονται στη δημόσια υγεία περιλαμβάνει:

- Αξιολόγηση των αναγκών υγείας των πληθυσμών που γίνεται η άσκηση του επαγγέλματος.
- Ανάπτυξη των προγραμμάτων προώθησης της υγείας.
- Διαμόρφωση των συνεργασιών αναφορικά με την υγεία κατά γεωγραφική περιοχή ή συγκεκριμένη περιφέρεια.

Οι νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας με ικανότητες συλλογικής επικοινωνίας αποτελούν προφανή και εύκολα προσβάσιμη πηγή εμπειρογνωμοσύνης για όσους επαγγελματίες συνδέονται με τη γενική ιατρική, οι οποίοι ασχολούνται με την αξιολόγηση και την ανάλυση των αναγκών υγείας ώστε να μπορούν να βοηθήσουν στον προσδιορισμό των τοπικών στόχων αναφορικά με την υγεία.

Στην περίπτωση των προγραμμάτων προώθησης της υγείας, βλέπουμε ότι οι νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας συμβάλλουν σημαντικά όλο και περισσότερο στην ανάπτυξη και την υλοποίηση ομαδικών πρωτοκόλλων και στρατηγικών.

Οι συνεργασίες αναφορικά με την υγεία χρειάζεται να οργανωθούν κατά γεωγραφικές σχολικές, εργασιακές ή άλλες πληθυσμιακές ομάδες, των οποίων τα μέλη μπορεί να προκύπτουν από άτομα που εγγράφονται με ποικίλες διαφορετικές γενικές ιδιότητες άσκησης επαγγέλματος. Οι νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας με ειδίκευση στη δημόσια υγεία μπορεί να χρειαστεί να έχουν διπλή ευθύνη - προς τον πληθυσμό που ασκούνται για μερικούς λόγους και προς το γεωγραφικό πληθυσμό για άλλους. Δεν υπάρχει κανένας λόγος γιατί να μην λειτουργήσει θετικά αυτή η διπλή δέσμευση. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την αγορά υπηρεσιών που συνάπτουν συμβάσεις για τη νοσηλευτική της δημόσιας υγείας και στη συνέχεια με την προσαρμογή των νοσηλευτών σε γενικές πρακτικές, όπως στην περίπτωση φροντίδας των συλλογικών ομάδων που θα έπρεπε να υπηρετούν. Εναλλακτικά, με τις γενικές πρακτικές θα μπορούσαν να αναλάβουν να παρέχουν λειτουργίες δημόσιας υγείας σε μια προκαθορισμένη περιοχή ή ομάδα εκτός από τις υπηρεσίες που θα παρέχονται στα εγγεγραμμένα μέλη.

Το φάσμα και η ανάπτυξη της νοσηλευτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας σύμφωνα με όσα έχουμε προαναφέρει, σημαίνουν ότι πρέπει να εξελιχθούν ανάλογα οι τρέχουσες ρυθμίσεις για εκπαιδευτική προπαρασκευή. Όλοι οι νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας θα πρέπει να λάβουν αρχική και συνεχιζόμενη κατάρτιση για την άσκηση του επαγγέλματος. Με το πρόγραμμα 2000, όλοι οι νοσηλευτές θα προετοιμάζονται στο μέλλον στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια νοσηλευτική, με την υποστήριξη πιο έμπειρων και κατάλληλα εκπαιδευμένων ειδικών στα κατάλληλα εξειδικευμένα γνωστικά αντικείμενα.

Ενώ η εκπαίδευση είναι θεμελιώδης για την ανάπτυξη της νοσηλευτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι νοσηλευτές δεν μπορούν σε ατομικό επίπεδο να πετύχουν κάθε μορφή προόδου χωρίς την επαρκή επαγγελματική υποστήριξη. Οι επαγγελματίες σύμβουλοι στις μονάδες των συναφών φορέων βοηθούν στην ανάπτυξη του ρόλου των νοσηλευτών. Επιπρόσθετα, παρέχουν ευκαιρίες για συνεχιζόμενη κατάρτιση και βοηθούν στον προσδιορισμό των πρωτοκόλλων άσκησης της νοσηλευτικής, ώστε να διασφαλιστεί ότι χρησιμοποιούνται με τον κατάλληλο τρόπο οι νοσηλευτικές δεξιότητες.

Παραδεχόμαστε ότι πολλοί γενικοί ιατροί (παθολόγοι), όντας μικροί εργοδότες, μπορεί να μην έχουν το φάσμα των δεξιοτήτων και των οικονομικών πόρων που απαιτούνται για να δώσουν στο προσωπικό τους την αρμόζουσα κατάρτιση. Πολλές υπηρεσίες οικογενειακής υγείας κάνουν βήματα προς αυτή την κατεύθυνση, για να εξασφαλίσουν την παροχή της κατάρτισης και της υποστήριξης για τους νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας που απασχολούνται σε γενικούς ιατρούς και θα ευχόμαστε να το δούμε αυτό σε όλο τον κόσμο.

Οι γενικοί ιατροί που απασχολούν νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας θα πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη να διασφαλίζουν την παροχή της αρμόζουσας επαγγελματικής υποστήριξης τους μέσω της ανάπτυξης ομαδικής ηγεσίας και επίβλεψης. Οι υπηρεσίες οικογενειακής υγείας μπορούν - και πρέπει - να ενεργούν έτσι ώστε να δίνουν κίνητρα για τις κατάλληλες προδιαγραφές απασχόλησης του νοσηλευτικού προσωπικού από τους γενικούς ιατρούς, στοχεύοντας στα διαθέσιμα κονδύλια των γενικών υπηρεσιών (GMS), σύμφωνα με προφανή κριτήρια για τα οποία έχουν συμβουλευτεί τους τοπικούς ενδιαφερόμενους. Φορείς.

Οι υπηρεσίες οικογενειακής υγείας, επομένως, αναλαμβάνουν την πλευρά προκαταρκτικών ενεργειών, προκειμένου να διασφαλιστούν οι εγκαταστάσεις και οι πόροι για την υποστήριξη και την ανάπτυξη της ποιότητας της νοσηλευτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η υποστήριξη αυτή μπορεί να περιλαμβάνει την ανάπτυξη των συστημάτων που εξασφαλίζουν ότι οι νοσηλευτές εγγράφονται ως μέλη στον αρμόδιο οργανισμό και έχουν γνώση του Κώδικα Επαγγελματικής Αγωγής και

των συναφών υποχρεώσεων τους. Οι υπηρεσίες οικογενειακής υγείας θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι υπάρχουν οι δυνατότητες για παροχή συμβουλών σε θέματα ικανοτήτων και βαθμών ειδικότητας.

10.2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην επιδημιολογική έρευνα και την προληπτική ιατρική.

Ένας από τους κύριους σκοπούς της δημιουργίας των Κέντρων Υγείας αγροτικού τύπου ήταν η επιδημιολογική ερευνά και η ερευνά των προβλημάτων και των αναγκών υγείας του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης του Κέντρου υγείας. Οι νοσηλευτές-τριες, οι οποίοι ζουν πιο κοντά από όλους τους υγειονομικούς, τον κόπο, το άγχος, και την οδύνη των ασθενών, πρέπει να είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένοι στην προσπάθεια διαφύλαξης της υγείας των ανθρώπων. Πρέπει επομένως οι νοσηλεύτριες, οι μαίες και οι επισκέπτριες των Κέντρων Υγείας να έχουν καθοριστικό ρόλο στην πραγματοποίηση των προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης καθώς και σε προγράμματα αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της παρεχόμενης στο κοινωνικό σύνολο φροντίδας Υγείας.

Οι νοσηλευτές-τριες πρέπει να έχουν συμμετοχή στην κατάρτιση των προγραμμάτων επιδημιολογικής έρευνας και στη συνέχεια στη χρησιμοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας αυτής για την άσκηση προληπτικής ιατρικής και την ανάπτυξη νέων μεθόδων παρέμβασης αγωγής υγείας. Μέθοδοι που θα είναι προσαρμοσμένες στις ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της παρεχόμενης στο κοινωνικό σύνολο φροντίδας υγείας.

Η συμμετοχή λοιπόν του Νοσηλευτικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας στην άσκηση προληπτικής ιατρικής στην κοινότητα είναι απαραίτητη και ουσιαστική. Το ίδιο ουσιαστική είναι επίσης η συμμετοχή των νοσηλευτών, με βάση τα αποτελέσματα των επιδημιολογικών ερευνών, στη δημιουργία προγραμμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας.

Τα προγράμματα προληπτικής ιατρικής στα Κέντρα Υγείας διακρίνονται σε προγράμματα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.

Τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης είναι σχετικά εύκολα στην υλοποίηση τους. Έτσι, τα περισσότερα εφαρμόζονται σε αρκετά Κέντρα Υγείας, παρά τις αδυναμίες τους και την ανεπαρκή στελέχωση τους. Τέτοια είναι το πρόγραμμα των εμβολιασμών, η αντικαπνιστική εκστρατεία, η αγωγή υγείας για το AIDS και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η αγωγή υγείας για την πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων, ο οικογενειακός προγραμματισμός και η ανάπτυξη πρωτογενούς οδοντιατρικής πρόληψης.

Ένας γιατρός του Κέντρου Υγείας και ο επισκέπτης υγείας ή οποιοσδήποτε νοσηλευτής σε περίπτωση έλλειψης του πρώτου, είναι αρκετοί για την εκτέλεση του προγράμματος των εμβολιασμών. Ο έλεγχος των βιβλιαρίων υγείας, με επιτόπια μετάβαση στα σχολεία, η καταγραφή ελλείψεων από εμβόλια και η εκτέλεση των δόσεων που λείπουν είναι ο στόχος του απλού, αλλά τόσο σημαντικού αυτού προγράμματος.

Η βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού στην προσπάθεια της αντικαπνιστικής εκστρατείας είναι επίσης σημαντική. Εκτός από τη συμμετοχή στα προγράμματα αγωγής υγείας, ο συγχρωτισμός και η άμεση επαφή των νοσηλευτών με το ανθρώπινο στοιχείο, καθιστούν πιο εύκολη και πιο αποδοτική τη δυνατότητα παρέμβασης στην κοινότητα. Φυσικά στο προσωπικό παράδειγμα αποχής από το κάπνισμα, αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο για την επίτευξη των στόχων της παρέμβασης.

Το 1981 εμφανίστηκε η μάστιγα του 20ου αιώνα, το AIDS. Δυστυχώς παρά την πληθώρα των επιστημόνων που ασχολούνται στην προσπάθεια καταπολέμησης της ασθένειας όλα αυτά τα χρόνια, το μόνο ουσιαστικό όπλο που διαθέτουμε είναι η αγωγή υγείας. Αγωγή υγείας που πρέπει να συμπεριλαμβάνει εκτός από το AIDS και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Στην προσπάθεια αυτή ευτυχώς υπήρξε μεγάλη ανταπόκριση και βοήθεια από την πολιτεία. Το μήνυμα όμως που πρέπει να περάσει και στις πιο απομονωμένες περιοχές, όπου η δυνατότητα πρόσβασης στην πληροφόρηση δεν είναι και τόσο εύκολη. Στις περιοχές αυτές, η ευθύνη της ενημέρωσης είναι έργο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του Κέντρου Υγείας: Ένας γιατρός μαζί με έναν επισκέπτη υγείας ή νοσηλευτή μπορούν να αναλάβουν την ευθύνη αυτού του προγράμματος, που απευθύνεται κυρίως στους νέους.

Η συχνότητα των τροχαίων ατυχημάτων στην Ελλάδα είναι αρκετά αυξημένη. Κάθε χρόνο σημειώνονται περίπου 2.000 θάνατοι από τροχαία ατυχήματα και βέβαια ένας μεγαλύτερος αριθμός τραυματισμών, που κάποιες φορές αφήνει μόνιμες αναπηρίες. Η αγωγή υγείας για την αποφυγή οίνοπνεύματος, την χρησιμοποίηση ζώνη ασφάλειας, του κράνους από τους μοτοσικλετιστές, την τήρηση του Κ.Ο.Κ. κ.λ.π. είναι απαραίτητη στη χώρα μας. Η πραγματοποίηση του προγράμματος αυτού μπορεί να γίνει και με τη βοήθεια άλλων ατόμων από το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως οι οδηγοί και τα πληρώματα των ασθενοφόρων.

Παρά τη θεαματική εξέλιξη στον τομέα της αντισύλληψης τα τελευταία χρόνια, πολυάριθμες έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει εξαιρετικά περιορισμένη χρήση αποτελεσματικής αντισυλληπτικής μεθόδου, ειδικά στην Ελληνική ύπαιθρο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να εμφανίζεται αυξημένη συχνότητα εκτρώσεων. Επομένως υπάρχει άμεση ανάγκη εκτεταμένου προγράμματος αγωγής υγείας σχετικά με τη σημασία και τις μεθόδους του οικογενειακού προγραμματισμού. Σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού έχει η μαία.

Η μαία σαν ένα βασικό μέλος κι αυτή της «ομάδας υγείας», συμβάλλει στην υλοποίηση της εξωνοσοκομειακής φροντίδας με σκοπό την προαγωγή της υγείας της κοινότητας, την πρόληψη, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη. Όπως και τα υπόλοιπα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού δεν περιορίζεται στην απλή περίθαλψη, αλλά ο ρόλος της εξαπλώνεται ευρύτερα. Στο επάγγελμα της καταγίνεται με τον οικογενειακό προγραμματισμό και την προαγωγή υγείας της μητέρας και του παιδιού, αλλά παράλληλα με τις πολιτιστικές και ανθρωπιστικές πλευρές της κοινότητας. Σαν αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής υπηρεσίας θέτει τον δικό της λίθο στην πυραμίδα της Π.Φ.Υ.

Η χώρα μας εμφανίζει υψηλά ποσοστά τερηδονισμένων δοντιών, εξαγωγών μόνιμων δοντιών και είναι συχνή η εμφάνιση οδοντιατρικών ανωμαλιών. Όλα αυτά καθιστούν αναγκαία την παρέμβαση της πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας με στόχο την πρόληψη των παθολογικών καταστάσεων της στοματικής κοιλότητας.

Για να μπορέσουν όμως οι οδοντίατροι να εφαρμόσουν προγράμματα προληπτικής οδοντιατρικής, είναι απαραίτητη η συμμετοχή των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές θα διδάξουν την στοματική υγιεινή στα σχολεία. Είναι εκείνοι που θα γνωρίσουν στους μαθητές τι σημαίνει τερηδόνα και ουλίτιδα, θα δείξουν τη χρήση της οδοντόβουρτσας και θα τονίσουν το ρόλο της φθορίωσης. Ειδικά για την εφαρμογή προγραμμάτων φθορίωσης, με σκοπό την καταπολέμηση της τερηδόνας, είναι απαραίτητη η βοήθεια των νοσηλευτών, μετά από την κατάλληλη εκπαίδευση από τον οδοντίατρο.

Επομένως όλα σχεδόν τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης απαιτούν μια ομάδα εργασίας, που αποτελείται από ένα γιατρό και ένα μέλος του νοσηλευτικού προσωπικού. Μια ομάδα άρρηκτα δεμένη, στην οποία η παρουσία και η παρέμβαση του νοσηλευτή είναι και απαραίτητη και ουσιαστική.

Εκτός όμως από τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης υπάρχουν όμως και τα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης. Τέτοια προγράμματα είναι το Screening για Ca τράχηλου μήτρας, το Screening για Ca μαστού, το Screening για μεσογειακή αναιμία, το Screening παράγων κίνδυνου καρδιοαγγειακά νοσήματα, για πρόληψη συνδρόμου Daun, για πρόληψη συγγενών ανωμαλιών κ.λ.π.

Η εκτέλεση μαζικού προσυμπτωματικού έλεγχου δεν μπορεί να γίνει μόνο από τα Κέντρα Υγείας, αλλά προϋποθέτει τη συνεργασία και τη συμμετοχή του Νοσοκομείου. Για το λόγο αυτό η εφαρμογή των προγραμμάτων δευτερογενούς πρόληψης είναι σχετικά περιορισμένη. Όπου όμως υπάρχει η δυνατότητα εφαρμογής, η συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού και σε αυτά τα προγράμματα είναι δεδομένη.

Δεν πρέπει να λησμονείται ότι, ειδικά στην Ελληνική ύπαιθρο που καλύπτεται υγειονομικά από τα Κέντρα Υγείας, ο νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα να βλέπει τον άρρωστο στο οικογενειακό του περιβάλλον ή την κοινότητα. Αυτό έχει αποτέλεσμα ο νοσηλευτής να είναι εκείνος, που έχει τη δυνατότητα να σχηματίσει άμεση εικόνα για τις προτεραιότητες, τις ανάγκες και τις ανησυχίες των ατόμων της κοινότητας. Επομένως έχει τη δυνατότητα να βοηθήσει ουσιαστικά στον καταρτισμό και την υλοποίηση των προγραμμάτων πρόληψης. Είναι πλέον γεγονός ότι το έργο των νοσηλευτών δεν περιορίζεται στην απλή φροντίδα και περιποίηση του άρρωστου. Ο νοσηλευτής έχει ενεργητική συμμετοχή σε όλα τα προγράμματα προληπτικής ιατρικής.¹³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΦΟΔΙΑ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η Κοινοτική Νοσηλευτική ασκείται με βάση τη γνώση των χαρακτηριστικών της κοινότητας, του συνόλου των κατοίκων που την αποτελούν, των υπηρεσιών υγείας που υπηρετούν τον πληθυσμό, καθώς και τη σύνδεση και σχέση τους με όλες τις άλλες υπηρεσίες και οργανισμούς της κοινότητας. Ο νοσηλευτής συντονίζει την φροντίδα ατόμων, οικογενειών και ομάδων τους οποίους βοηθά και παροτρύνει ώστε να πάρουν αποφάσεις σχετικά με την υγεία τους: κοινωνικά αποδεκτές, λειτουργικές, αποτελεσματικές, πρακτικές και σε λογικό επίπεδο.⁹

Βασική αρχή του Κοινοτικού Νοσηλευτή κατά τον Tigar πρέπει να είναι: ο σεβασμός στον εαυτό του - στα άτομα που υπηρετεί και σε όλους όσοι ασχολούνται με την φροντίδα των ατόμων αυτών. Αντικειμενικός σκοπός του: Η προαγωγή της Κοινοτικής Υγείας.

Η Κοινοτική Νοσηλευτική αγκαλιάζει το άτομο σε όλη την πορεία του άξονα υγεία - αρρώστια και σε οποιαδήποτε σημείο και αν βρίσκεται, την κάθε στιγμή της ζωής του.

Πάντοτε σκοπεύει στην βελτίωση της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας, κυρίως όμως δίνει έμφαση στην διατήρηση και την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας στο σύνολο του πληθυσμού της κοινότητας.

Η υγεία είναι ο όρος σχετικός και όχι απόλυτος, το δε άτομο βρίσκεται στη μια ή την άλλη κατάσταση "υγιές" ή "άρρωστο".

Τόσο η υγεία όσο και η αρρώστια έχουν διάφορα επίπεδα όποτε το άτομο, η οικογένεια και η κοινότητα, βρίσκονται και κινούνται πάντοτε σε αυτό τον άξονα.

Η υγεία έχει υποκειμενική και αντικειμενική διάσταση. Η υποκειμενική διάσταση αναφέρεται στο πως αισθάνεται το άτομο και η αντικειμενική διάσταση στο πως συμπεριφέρεται ή εκδηλώνεται.

Αισθάνεται υγιές και έχει πλήρη συμμετοχή σε δραστηριότητες που χαρακτηρίζουν ένα άτομο υγιές σωματικά, ψυχικά, κοινωνικά και πνευματικά. Οι δραστηριότητες και οι εκδηλώσεις αυτές αποτελούν την αντικειμενική διάσταση.

**Τ.Ε.Ε. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**

Το υγιές άτομο δεν πονάει, δεν αισθάνεται δυσφορία, κόπωση, μελαγχολία. Οι εξωτερικές του εκδηλώσεις είναι ανάλογες. Κινείται άνετα, είναι δραστήριο, επικοινωνεί ευχάριστα με τους γύρω ανθρώπους και συμμετέχει στα γεγονότα του παρελθόντος. Το άτομο με κάποιο πρόβλημα υγείας σωματικό, ψυχολογικό ή κοινωνικό έχει και τις ανάλογες εξωτερικές εκδηλώσεις. Αποσύρεται, δεν έχει διάθεση για επικοινωνία, εκδηλώνει με διάφορους τρόπους τον πόνο (συσπάσεις προσώπου, συγκεκριμένη θέση και στάση του σώματος, κλάμα κ.τ.λ.). Όλες αυτές οι εκδηλώσεις δίνουν την αντικειμενική εικόνα της υγείας του ατόμου.

Χρειάζεται όμως στο σημείο αυτό να τονιστεί ότι τα ίδια τα υποκειμενικά συμπτώματα δεν προκαλούν σε όλα τα άτομα ανάλογες εξωτερικές εκδηλώσεις ή μάλλον δεν εξωτερικεύονται με τον ίδιο τρόπο με τον οποίο εκδηλώνει αυτό που αισθάνεται. Αυτή ακριβώς την ιδιαιτερότητα θα διαπιστώσει ο νοσηλευτής με την προσεκτική αξιολόγηση και μελέτη του ατόμου.

Για να εκτιμηθεί επομένως η θέση του ατόμου "στον άξονα υγεία - αρρώστια" υπολογίζονται και εκτιμούνται τόσο τα υποκειμενικά αισθήματα όσο και οι εξωτερικές εκδηλώσεις και δραστηριότητες που διαπιστώνονται. Δηλαδή συγκεντρώνονται οι ανάγκες υγείας και τα προβλήματα που προκύπτουν από την αρρώστια ή συνδέονται με οποιοδήποτε τρόπο με αυτήν.

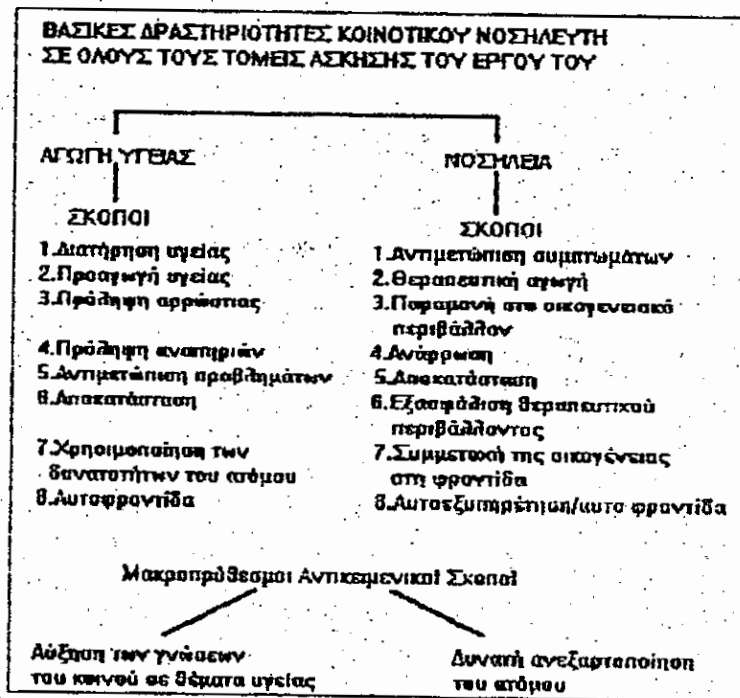
Επειδή κάθε άτομο αποτελεί μιν ενιαία βιοψυχοκοινωνική οντότητα αλλά συγχρόνως είναι μια μοναδική ιδιαίτερη προσωπικότητα, ο καλύτερος τρόπος να προσεγγίσει ή να διαπιστώσει κανείς τις ανάγκες του είναι να χρησιμοποιήσει τη Νοσηλευτική διεργασία, την εξατομικευμένη δηλαδή μέθοδο νοσηλευτικής εργασίας.

Για να λειτουργήσει σωστά ο κοινοτικός νοσηλευτής (σαν συντονιστής της φροντίδας που παρέχεται στην κοινότητα και καλός συνεργάτης των άλλων επιστημόνων υγείας) είναι απαραίτητο να γνωρίζει το σύστημα στο οποίο βασίζεται η οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών της χώρας. Το σύστημα αυτό επιδρά αποφασιστικά στην άσκηση της Κοινοτικής νοσηλευτικής. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ανταγωνιστικά συστήματα όπου η ιδιωτική πρωτοβουλία διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο, αναπτύσσουν περισσότερη πρωτοβουλία και είναι πιο δημιουργικοί στην ανάπτυξη και εφαρμογή νέων μεθόδων και νοσηλευτικών προσεγγίσεων, όπως είναι ήδη εμφανές στην Αμερικανική Νοσηλευτική Πραγματικότητα. Αντίθετα νοσηλευτές που εργάζονται σε κρατικοποιημένα συστήματα Υγείας βλέπουν συνήθως την Νοσηλευτική που ασκείται σαν δεδομένη και δύσκολα ξεκινούν κάποια αλλαγή. Το σύστημα υγείας και το νοσηλευτικό έργο, κατά συνέπεια, μερικές φορές γίνονται τόσο γραφειοκρατικά ώστε τα εμπόδια που παρουσιάζονται σε κάθε προσπάθεια κάποιας αλλαγής να είναι σχεδόν αδύνατο να ξεπεραστούν.

Παρ όλα αυτά όμως, οι σημαντικές αλλαγές που ξεκίνησαν και επετεύχθησαν και σε κοινωνικοποιημένα συστήματα αποτελούν απόδειξη ότι οι νοσηλευτές μπορούν να δημιουργήσουν μέσα στο επάγγελμά τους, εάν είναι αφοσιωμένοι και έτοιμοι να εργαστούν με σύστημα και διάθεση γι' αυτό.

Σε όλους τους τομείς εργασίας δυο είναι οι κύριες δραστηριότητες του Κοινοτικού Νοσηλευτή: 1. Η Αγωγή Υγείας και 2. Η Νοσηλεία.

Η κάθε μια δραστηριότητα έχει συγκεκριμένους αντικειμενικούς σκοπούς, οι οποίοι γίνονται ακόμη πιο συγκεκριμένοι για κάθε άτομο/οικογένεια ή κοινότητα για τον κάθε τομέα εργασίας.



Σε όλους τους τομείς εργασίας του νοσηλευτή, η συστηματική και οργανωμένη μελέτη και καταγραφή των αναγκών υγείας του ατόμου θα δώσει την βάση για οργάνωση και πρόσφορα νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής στάθμης. Η υγεία του συνόλου του πληθυσμού της κοινότητας που αποτελεί τον αντικειμενικό σκοπό της Κοινοτικής Νοσηλευτικής θα επιτευχθεί μόνο με την εξατομικευμένη προσέγγιση που θα βασίζεται και κατευθύνεται από τη Νοσηλευτική διεργασία. Ο Κοινοτικός νοσηλευτής, σε συνεργασία με το άτομο, την οικογένεια και την ομάδα, χρησιμοποιώντας τη Νοσηλευτική Διεργασία θα φθάσει στον τελικό της αντικειμενικό σκοπό, στην εξύψωση δηλαδή του επιπέδου υγείας.

Η εκπαίδευση στην Κοινωνική Νοσηλευτική πρέπει να έχει δυο βασικούς αντικειμενικούς σκοπούς:

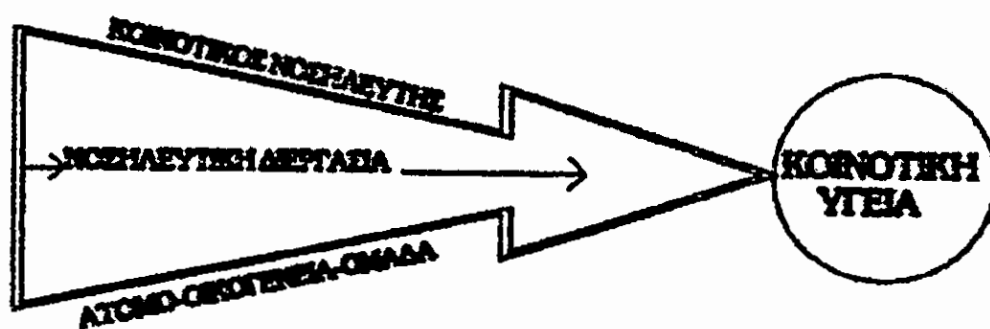
1. Να εξοπλίσει τον κοινοτικό νοσηλευτή με μια ευρεία βάση γνώσεων.
2. Να αναπτύξει στο νοσηλευτή δυνατότητα και δεξιότητες για αναλυτική προσέγγιση προβλημάτων και κριτική σκέψη.

Απαραίτητες θεωρούνται οι γνώσεις και δεξιότητες τόσο από νοσηλευτικές όσο και γενικότερες μη νοσηλευτικές επιστήμες. Αυτό γίνεται περισσότερο αντιληπτό εάν ερευνησει κανείς τα προσόντα που πρέπει να διαθέτει ο νοσηλευτής προκειμένου να εργαστεί αποτελεσματικά στην κοινότητα. Ο Tigar (1980) προτείνει ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει:

1. Βασικές νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες.
2. Γνώσεις σχετικά με την υγεία και την αρρώστια.
3. Καθαρή αντίληψη του αντικειμένου της Κοινωνικής Υγείας και Νοσηλευτικής.
4. Ικανότητα:

- ◆ Εφαρμογής της Νοσηλευτικής διεργασίας(Αξιολόγηση, Προγραμματισμό, εφαρμογή και εκτίμηση του αποτελέσματος της φροντίδας σε άτομα και ομάδες).
 - ◆ Εφαρμογής συστήματος γραπτής επικοινωνίας, αλλά και δεξιότητες στη διανθρώπινη επικοινωνία. Δυνατότητα να διαβάσει το περιεχόμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής στους αποδεκτές και επιστήμονες υγείας άλλων ειδικοτήτων και την κοινότητα γενικά.
 - ◆ Να προγραμματίζει, ιεραρχεί και αντιμετωπίζει τα προβλήματα κατά προτεραιότητα.
 - ◆ Να διδάσκει και καθοδηγεί άτομα και ομάδες.
 - ◆ Να λύνει προβλήματα, να παίρνει αποφάσεις, να συλλαμβάνει και να επιφέρει αλλαγές όπου χρειάζεται.
5. Γνώση των πηγών και μέσων που διαθέτει η κοινότητα καθώς και δυνατότητα να τα χρησιμοποιεί κατάλληλα.
 6. Βασικές γνώσεις υπολογισμού κόστους και ωφελιμότητας.
 7. Ικανότητα συνεργασίας με τους άλλους ανθρώπους.

Όλες αυτές οι δυνατότητες αποκτώνται με γνώση από τη Δημόσια Υγεία, τις ανθρώπινες επιστήμες, κοινωνικές επιστήμες, επιστήμες συμπεριφοράς, επιδημιολογία και νοσηλευτικές επιστήμες



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πρωταρχικός σκοπός της Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη της αρρώστιας και λιγότερο η θεραπευτική φροντίδα. Επειδή ακριβώς η έμφαση είναι στην υγεία τα άτομα της κοινότητας δεν θεωρούνται "άρρωστα", γι' αυτό και υπάρχουν συγκεκριμένες διαφορές στην άσκηση της Κοινοτικής σε σχέση με την Γενική Νοσηλευτική.

1. Στο Νοσοκομειακό περιβάλλον οι δραστηριότητες του νοσηλευτή στρέφονται γύρω από το περιστατικό ή το επεισόδιο της αρρώστιας κατά το χρονικό διάστημα που αυτή διαρκεί. Στην Κοινότητα η σχέση και επικοινωνία νοσηλευτή - ατόμου/ οικογένειας είναι μακροχρόνια σε αντίθεση με την νοσοκομειακή που αυτή μπορεί να ονομαστεί επεισοδιακή.
2. Τα σύνορα άσκησης της Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι πολύ ευρύτερα σε σχέση με τη Νοσηλευτική άσκηση στο νοσοκομείο. Ο ρόλος του Κοινοτικού νοσηλευτή περιλαμβάνει ένα ευρύτερο φάσμα δραστηριοτήτων που απαιτούν γενικότερη και πιο σφαιρική ενημέρωση μάλλον παρά εξειδικευμένη και περιορισμένη γνώση σε συγκεκριμένο τομέα.
3. Επειδή το αντικείμενο φροντίδας του κοινοτικού νοσηλευτή μπορεί να περιλαμβάνει το άτομο, την οικογένεια αλλά και κάθε κοινωνική ομάδα ο βαθμός οικειότητας και επικοινωνίας στην Κοινότητα είναι ευρύτερος από ότι στο νοσοκομείο. Στην κοινότητα η έννοια άτομο επεκτείνεται περισσότερο και περιλαμβάνει όλη την οικογένεια στην οποία ανήκει, τόσο στη βιολογική οικογένεια με τη στενή έννοια του όρου, όσο και οποιοδήποτε άλλο άτομο που επιδρά στις σχέσεις του με το περιβάλλον. Ο κοινοτικός νοσηλευτής, αξιολογεί και αντιμετωπίζει όχι μόνο τις ανάγκες του ατόμου με το συγκεκριμένο πρόβλημα και τη δυνατότητα προσαρμογής του αλλά συγχρόνως και τις ανάγκες, την επάρκεια και τη δυνατότητα προσαρμογής όλων των μελών που απαρτίζουν την οικογένεια και το περιβάλλον του.

Η βοήθεια, η υποστήριξη και η καθοδήγηση που δίνεται στο άτομο, είναι ανάλογη με την κατάσταση και τις ανάγκες του. Τόσο το άτομο όσο και η οικογένεια είναι ανάγκη να συμμετέχουν περισσότερο στη φροντίδα, αφού η παρουσία του νοσηλευτή στο σπίτι δεν μπορεί να είναι συνεχής, όπως συμβαίνει στο νοσοκομείο. Ο βασικός σκοπός του νοσηλευτή στην κοινότητα είναι να αυξάνει καθημερινά την προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου και της οικογένειας. Όσο το άτομο προσαρμόζεται, τόσο ο ρόλος του νοσηλευτή περιορίζεται.

5. Η νοσηλευτική παρέμβαση στο χώρο της κοινότητας μετατρέπεται. Το σπίτι αποτελεί τον ιδιωτικό χώρο του ατόμου και ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι ο επισκέπτης. Το άτομο και η οικογένεια έχουν μεγαλύτερη πρωτοβουλία αλλά και περισσότερη υπευθυνότητα για το αποτέλεσμα της φροντίδας. Ο ρόλος του νοσηλευτή παίρνει άλλη μορφή. Συντονίζει, διδάσκει, υποστηρίζει τους μηχανισμούς προσαρμογής του άρρωστου και της οικογένειας και είναι περισσότερο ευέλικτος στο πρόγραμμα και τις παρεμβάσεις του. Η Κοινοτική Νοσηλευτική απαιτεί από το νοσηλευτή πολύ περισσότερες συντονιστικές και διοικητικές ικανότητες, διότι αυτός καλείται να συνεργαστεί με πολλές υπηρεσίες και ποικίλους οργανισμούς, προκειμένου να αντιμετωπίσει τις ανάγκες των μελών της κοινότητας.
6. Ο κοινοτικός νοσηλευτής εργάζεται περισσότερο ανεξάρτητα και με περισσότερη αυτονομία αλλά και υπευθυνότητα, αν ληφθεί υπόψη το απρόβλεπτο που μπορεί να συναντήσει σε κάθε επίσκεψη και το γεγονός ότι βρίσκεται συχνά μόνος του, επομένως αναγκάζεται να δράσει άμεσα. Γι' αυτό είναι απαραίτητο να υπάρχει νομική κατοχύρωση για την άσκηση του νοσηλευτικού έργου στην κοινότητα, ώστε ο νοσηλευτής να γνωρίζει τα πλαίσια μέσα στα οποία μπορεί να κινηθεί.

Το Συμβούλιο Υπηρεσιών Κοινοτικής Νοσηλευτικής της Αυστραλίας (ACCNS) έχει καθορίσει τα κριτήρια άσκησης του νοσηλευτικού έργου, όπως καθορίστηκαν από το βασιλικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών της Αυστραλίας. Αυτά τα κριτήρια κατευθύνουν το νοσηλευτικό έργο στην Κοινότητα.

Η Κοινοτική Νοσηλευτική έχει τα πιο κάτω 6 χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

1. Είναι τμήμα και αναπόσπαστος κλάδος της Νοσηλευτικής
2. Συνδυάζει γνώσεις και δεξιότητες Νοσηλευτικής και Δημόσιας Υγιεινής
3. Είναι προσανατολισμένη στις συνολικές ανάγκες του πληθυσμού της κοινότητας.
4. Δίνει έμφαση στην υγεία παρά στην αρρώστια.
5. Συνεργάζεται στενά με άλλους επιστήμονες και ειδικούς στο χώρο της υγείας και της κοινότητας.
6. Προωθεί την ενεργό συμμετοχή των ατόμων της Κοινότητας σε θέματα υγείας.⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΕ ΜΙΑ ΜΟΝΑΔΑ Π.Φ.Υ.

Το Κ.Υ αποτελεί ένα μικρό υγειονομικό σχηματισμό, που πρέπει να έχει ένα πολυδύναμο χαρακτήρα και να διαθέτει προσωπικό όλων των ειδικοτήτων, ώστε να λειτουργεί σαν αυτοδύναμη μονάδα που θα μπορεί να καλύψει πλήρως τις πρωτοβάθμιες ανάγκες υγείας του πληθυσμού που εξυπηρετεί. Έτσι περιλαμβάνει ιατρική υπηρεσία, νοσηλευτική υπηρεσία, διοικητική υπηρεσία και τμήματα των συναφών επαγγελμάτων υγείας. Ο συντονιστικός και οργανωτικός ρόλος της νοσηλευτικής υπηρεσίας για την καλή λειτουργία κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος και επομένως και των Κ.Υ., αναγνωρίστηκε από τότε που ιδρύθηκαν τα πρώτα νοσοκομεία. Ο προϊστάμενος του νοσηλευτικού τμήματος στο Κ.Υ. στον οποίον αναγκαστικά υπάγονται εκτός των νοσηλευτών και άτομα που ανήκουν σε συναφή επαγγέλματα υγείας, είναι υπεύθυνος για την ανάθεση εργασιών, τον συντονισμό και την ομαλή διεκπεραίωση τους. Πρέπει να είναι ιδιαίτερα ικανός, διότι έχει την εποπτεία όλης της μονάδας, χωρίς την δυνατότητα του καταμερισμού των καθημερινών διοικητικών εργασιών σε αρχηγούς ομάδων, ενώ παράλληλα λόγω του περιορισμένου προσωπικού, αναγκάζεται να προσφέρει και τις νοσηλευτικές του υπηρεσίες. Συνεχώς ανακύπτουν προβλήματα σημαντικά και δύσκολα που χρειάζονται αντιμετώπιση με εμπειρία, προσεκτική ερευνά και αναζήτηση καλύτερων λύσεων.

Η νοσηλευτική καλύπτει και τα συναφή επαγγέλματα υγείας. περιλαμβάνει δηλαδή τους επισκέπτες υγείας, τους νοσηλευτές, τις μαίες και τα πληρώματα ασθενοφόρων, τους κοινωνικούς λειτουργούς και τους διαιτολόγους όπου υπάρχουν.

Σε κάθε οργανωμένη παραγωγική μονάδα ή υπηρεσία είναι απαραίτητο να υπάρχει ένας επικεφαλής. Αποστολή του είναι να συντονίζει όλα τα εργαζόμενα στόμα, ώστε να αναπτυχθούν και να χρησιμοποιηθούν όλες οι δυνατότητες και οι γνώσεις τους. Στόχος φυσικά η βελτίωση της ποιοτικής και ποσοτικής προσφοράς τους. Για το λόγο αυτό και στα Κ.Υ. υπάρχει ο επιστημονικός υπεύθυνος, που έχει σαν έργο το συντονισμό όλων των υπηρεσιών και του προσωπικού του Κ.Υ. Ο επιστημονικός υπεύθυνος είναι γιατρός, με βαθμό διευθυντή, που εκλέγεται από τους γιατρούς του Κ.Υ., και εκτελεί θητεία τριών χρόνων. Αυτό είναι και το πρώτο επίπεδο ιεραρχίας στα Κ.Υ.

Το δεύτερο επίπεδο ιεραρχίας αφορά τους προϊστάμενους των επιμέρους υπηρεσιών του Κ.Υ. Κάθε ιατρικό τμήμα έχει τον διευθυντή

του, ενώ υπάρχει - όπως προαναφέρθηκε - διοικητική και Νοσηλευτική υπηρεσία.

Από τότε που ιδρύθηκαν τα πρώτα Νοσοκομεία αναγνωρίστηκε ο συντονιστικός και οργανωτικός ρόλος της νοσηλευτικής υπηρεσίας για την κακή λειτουργία οποιουδήποτε νοσηλευτικού ιδρύματος. Επομένως η ύπαρξη της νοσηλευτικής υπηρεσίας, η σωστή οργάνωση και η λειτουργία της, είναι απαραίτητη και για μικρούς υγειονομικούς σχηματισμούς, όπως είναι τα Κ.Υ.

Είναι ευνόητο ότι τα Κ.Υ., και ειδικά η νοσηλευτική τους υπηρεσία, είναι αδύνατον να λειτουργήσουν σωστά και αποδοτικά με την καθοδήγηση του Διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου. Ο Διευθυντής βρίσκεται συνήθως αρκετά χιλιόμετρα μακριά και έχοντας την ευθύνη της νοσηλευτικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου και των προβλημάτων της, σπάνια έχει τη δυνατότητα, ακόμα και επίσκεψης στα Κ.Υ. Είναι προφανές ότι την ευθύνη για τον συντονισμό του νοσηλευτικού τμήματος του Κ.Υ. πρέπει να την έχει άτομο που θα βρίσκεται εκεί καθημερινά. Για το λόγο αυτό, μέχρι την οριστική τακτοποίηση του θέματος με την θεσμοθέτηση αυτοτελούς υπηρεσίας, προβλέπεται στα νοσηλευτικά τμήματα του Κ.Υ. να είναι προϊστάμενος νοσηλευτής, απόφοιτος Τ.Ε.Ι., ο οποίος ονομάζεται υπεύθυνος νοσηλευτής του Κ.Υ.

Ο υπεύθυνος νοσηλευτής ορίζεται από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, στο οποίο ανήκει το Κ.Υ., μετά από πρόταση του Διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου. Είναι αυτός ο οποίος συνεργάζεται φυσικά με τον επιστημονικά υπεύθυνο του Κ.Υ. και τον Διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου, αλλά έχει την κύρια ευθύνη για την ανάθεση των απαραίτητων εργασιών και την ομαλή διεκπεραίωση τους.

Ο υπεύθυνος νοσηλευτής, λοιπόν, πρέπει να έχει τα χαρακτηριστικά που πρέπει να συγκεντρώνει ένας προϊστάμενος. Να έχει ιδιαίτερη ικανότητα, να ασκεί ηγετική επιρροή και να έχει τη δυνατότητα οποιασδήποτε στιγμή να προτείνει λύσεις, στα προβλήματα που ανακύπτουν. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η διοίκηση μιας νοσηλευτικής μονάδας έχει το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό ότι κύριο αντικείμενο της είναι ο άνθρωπος και σκοπός της η διαφύλαξη της υγείας του. Γίνεται, επομένως, εύκολα αντιληπτό πόσο απαραίτητη είναι η άμεση παρέμβαση του υπεύθυνου, για τη γρήγορη αντιμετώπιση οποιασδήποτε δυσκολίας προκείμενου να εξασφαλιστεί η περίθαλψη, η ασφάλεια και η άνεση των άρρωστων.

Σε σύγκριση με τις μεγάλες υπηρεσίες των νοσοκομείων, η διεύθυνση νοσηλευτικής υπηρεσίας του Κ.Υ. παρουσιάζει αρκετές ιδιαιτερότητες. Ο υπεύθυνος της νοσηλευτικής υπηρεσίας των Κ.Υ. παρουσιάζει αρκετές ιδιαιτερότητες. Ο υπεύθυνος της νοσηλευτικής υπηρεσίας των Κ.Υ. έχει την εποπτεία όλης της μονάδας, χωρίς συνήθως να έχει τη δυνατότητα καθημερινής κατανομής των διοικητικών εργασιών σε

αρχηγούς ομάδων, όπως συμβαίνει στο νοσοκομείο. Παράλληλα λόγω της ελλιπούς στελέχωσης των Κ.Υ., ο ίδιος ο προϊστάμενος αναγκάζεται να προσφέρει συχνά και τις νοσηλευτικές του υπηρεσίες, ταυτόχρονα με την άσκηση των διοικητικών του καθηκόντων. Στα Κ.Υ., τα οποία δημιουργήθηκαν για να καλύψουν τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης της ελληνικής υπαίθρου, υπάρχουν πολλά εγγενή προβλήματα και ανακύπτουν συνεχώς νέα, πολλές φορές σημαντικά και δύσκολα. Μακριά από τις μεγάλες πόλεις, με προβλήματα στελέχωσης, ελλείψεις μηχανολογικού εξοπλισμού, και πολλές φορές με δυσκολίες επικοινωνίας και συγκοινωνίας ή εξυπηρέτησης, ο υπεύθυνος καλείται σχεδόν καθημερινά, να αναζητήσει τις καλύτερες λύσεις με εμπειρία και προσωπική ερευνά.

Ο υπεύθυνος νοσηλευτής έχει την ευθύνη του προγραμματισμού, της οργάνωσης και της επίβλεψης των καθημερινών δραστηριοτήτων όλου του νοσηλευτικού προσωπικού. Είναι εκείνος ο οποίος πρέπει να δίνει τις απαραίτητες οδηγίες για να εξασφαλίσει την ομαλή αλλά και αποδοτική λειτουργία όλων των υπηρεσιών που έχει στην ευθύνη του.

Ο υπεύθυνος νοσηλευτής έχει την ευθύνη της προώθησης της ομαδικής εργασίας και παράλληλα την ευθύνη για την προώθηση της συνεργασίας του προσωπικού των Κ.Υ. με τον πληθυσμό της περιοχής που καλύπτει υγειονομικά. Δεν πρέπει να λησμονείται ότι μέσα στους κύριους σκοπούς των Κ.Υ., είναι η επιδημιολογική ερευνά και η άσκηση προληπτικής ιατρικής. Η επίτευξη των σκοπών αυτών προϋποθέτει την ενεργητική συμμετοχή των κατοίκων της κοινότητας και την άριστη συνεργασία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Άριστες πρέπει να είναι και οι σχέσεις του υπεύθυνου του Κ.Υ. με τα υπόλοιπα μέλη της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Η κατανόηση των προβλημάτων του προσωπικού, η δίκαιη και η αντικειμενική αξιολόγηση τους είναι η βάση για αρμονική συνεργασία προϊστάμενου και υφιστάμενου. Η γρήγορη λήψη των σωστών αποφάσεων για την επίλυση προβλημάτων, η παρακολούθηση της εκτέλεσης αυτών και η προσπάθεια για την έγκαιρη και σωστή εφαρμογή τους, είναι προσόντα που πρέπει απαραίτητα να χαρακτηρίζουν τον υπεύθυνο νοσηλευτή.

Με την δημιουργία των Κ.Υ. και την εμφανιζόμενη υποστήριξη της λειτουργίας της «ομάδας υγείας», στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι διάφορες επαγγελματικές ομάδες διεκδικούν ένα αναβαθμισμένο επαγγελματικό και κοινωνικό ρόλο, σε συνδυασμό με την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών τους προς το κοινωνικό σύνολο. Αυτό σημαίνει ότι ο υπεύθυνος πρέπει να φροντίζει για την εκπαίδευση και επιστημονική αναβάθμιση του προσωπικού. Άλλωστε έχει την ευθύνη για την ενεργοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού και την αξιολόγηση του.

Ένα διευθυντικό στέλεχος του Κ.Υ. είναι απαραίτητο επίσης να γνωρίζει τους στόχους, το περιεχόμενο, τις ιδιαιτερότητες και τα προβλήματα της Π.Φ.Υ. Πρέπει να έχει εμπειρία και να γνωρίζει την

εκτέλεση όλων των διευθυντικών λειτουργιών που απαιτούνται στην Π.Φ.Υ.

Η σωστή, λοιπόν, εκτέλεση της νοσηλευτικής διοίκησης σε μια μονάδα Π.Φ.Υ. είναι έργο δύσκολο και επίπονο. Εκείνος που θα αναλάβει πρέπει, εκτός από την μόρφωση, να διαθέτει και μια σειρά από αλλά προσόντα. Προσόντα που είναι απαραίτητα για να μπορέσει να τύχει της αποδοχής και της εκτίμησης από τους άλλους εργαζόμενους στα Κ.Υ. και κυρίως από τα υπόλοιπα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού.

Το υπάρχον σύστημα σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι το ιδανικό για την άσκηση νοσηλευτικής διοίκησης. Ο ορισμός του υπεύθυνου νοσηλευτή από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου βασίζεται τις περισσότερες φορές σε καθαρά τυπικά προσόντα του νοσηλευτή και κυρίως στο χρόνο προϋπηρεσίας.

Οι οργανωτικές και διοικητικές ικανότητες για τον κατάλληλο χειρισμό του ανθρώπινου δυναμικού, η καλή και αρμονική συνεργασία με το προσωπικό, προσόντα που είναι βασικά για την καλή και ομαλή λειτουργία των Κ.Υ. σχεδόν ποτέ δεν υπολογίζονται.¹⁴

13.1 Κοινοτική νοσηλευτική στα Κ.Υ.

Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα αποτελεί μια από τις τρεις βασικές υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας, μαζί με την Ιατρική και Διοικητική υπηρεσία, όπως καθορίστηκαν από το νόμο 1397/83 που διέπει την λειτουργία των Κέντρων Υγείας, αφού σύμφωνα με τον ίδιο νόμο τα Κ.Υ. αποτελούν αποκεντρωμένες λειτουργικές μονάδες των Νοσοκομείων.

Τονίστηκε προηγουμένως η ανάγκη συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων επιστημόνων που αποτελούν την Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση γι' αυτό αποτελεί η συστηματική οργάνωση και λειτουργία της κάθε μιας επιστημονικής ειδικότητας. Η Νοσηλευτική υπηρεσία του Κέντρου Υγείας πρέπει να οργανωθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να εργάζεται αποδοτικά και να συνεργάζεται με όλα τα άλλα μέλη της ομάδας για την επιτυχία του κοινού σκοπού που είναι η εξασφάλιση καλύτερης υγείας στον πληθυσμό της κοινότητας.

Ο Κοινοτικός Νοσηλευτής που εργάζεται στο Κέντρο Υγείας θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος με την ανάλογη εκπαίδευση ώστε να μπορεί να δίνει προληπτική και θεραπευτική αγωγή σε όλα τα άτομα της κοινότητας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κυκλοφόρησε το 1985 ειδικό οδηγό για την προσαρμογή των εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων στις αρχές της ΠΦΥ με έμφαση στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας.

Σύμφωνα με τον οδηγό αυτό τα νοσηλευτικά εκπαιδευτικά προγράμματα ετοιμάζουν "νοσηλευτές γενικών φροντίδων" οι οποίοι

είναι έτοιμοι να εργαστούν τόσο στο νοσοκομείο όσο και στην κοινότητα και μπορούν επομένως να στελεχώσουν τα Κέντρα Υγείας. Η νοσηλευτική ιεραρχία του Κέντρου Υγείας ακολουθεί την ιεραρχία του νοσοκομείου: 1. Προϊστάμενος/ή Κ.Υ. 2. Νοσηλευτές υπεύθυνοι τομέων. 3. Πτυχιούχοι νοσηλευτές 4. Βοηθοί νοσηλευτές. Στο σχήμα σκιαγραφείται η νοσηλευτική υπηρεσία του Κέντρου Υγείας, όπως είναι περίπου σήμερα στην Ελλάδα.



Σχήμα: Σημερινή διάρθρωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας του Κ.Υ. στην Ελλάδα

Στην πραγματικότητα η πυραμίδα θα πρέπει να είναι αντίθετη. Είναι απαραίτητο να στελεχώσουν τα Κέντρα Υγείας πολύ περισσότεροι και κατά πλειοψηφία πτυχιούχοι νοσηλευτές, δηλαδή απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ και ΤΕΙ). Οι απόφοιτοι ΜΤΕΝΣ πρέπει να χρησιμοποιούνται εφόσον υπάρχουν στην πατρίδα μας, αλλά είναι αναγκαίο να αυξηθεί ο αριθμός των νοσηλευτών απόφοιτων της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Όλοι οι νοσηλευτές που εργάζονται στα νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας πρέπει να είναι πτυχιούχοι. Αυτό για τη σημερινή πραγματικότητα στην Ελλάδα είναι αδύνατο. Μπορεί όμως με τον κατάλληλο προγραμματισμό να επιτευχθεί σταδιακά.⁹

ΜΕΡΟΣ Β

**ΕΡΕΥΝΑ ΜΕ ΘΕΜΑ : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ
ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ.**

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν διπλωματούχοι νοσηλευτές – τριες ανώτατων και ανωτερων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, μαίες και επισκέπτες-τριες καθώς και απόφοιτοι διετών σχολών νοσηλευτικής που επανδρώνουν νοσηλευτικά ιδρύματα και κέντρα υγείας. Ο αριθμός των ερωτηθέντων είναι 73 εκ των οποίων οι 69 είναι γυναίκες και οι 4 άντρες.

Οι ερωτηθέντες εργαζονται στο Νομό Αχαΐας και συγκεκριμένα 32 στο Νομαρχιακό Νοσοκομείο «Άγιος Ανδρέας», 12 στο Πανεπιστημιακό, 8 στο ΙΚΑ, 4 ΣΤΟ ΠΙΚΠΑ, και 17 στα Κέντρα Υγείας Κατω Αχαΐας και Χαλανδρίτσας.

Η μελέτη μας ολοκληρώθηκε με ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 20 ερωτήσεις, το οποίο δόθηκε στους Προϊστάμενους των τμημάτων με την παράκληση να ενημερώσουν σχετικά το νοσηλευτικό προσωπικό της αρμοδιότητας τους για τη συμπλήρωση του.

Ο χρόνος συμπλήρωσης που δόθηκε ήταν περίπου 10 μέρες.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν ανώνυμα. Δόθηκαν 130 ερωτηματολόγια από τα οποία συμπληρώθηκαν τα 73. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημάνουμε τη θετική αποδοχή της έρευνάς μας από τους νοσηλευτές-τριες των Κέντρων Υγείας σε σχέση με τη δυσκολία συνεργασίας που συναντήσαμε στα δυο μεγάλα νοσοκομεία του νομού.

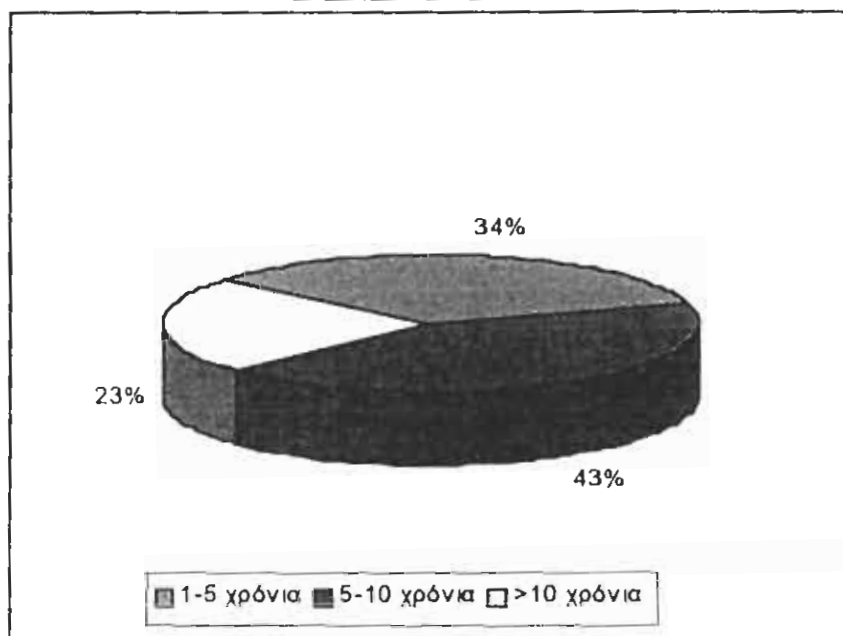
Η έρευνα διήρκεσε τρεις μήνες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στις σελίδες που ακολουθούν παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνάς μας. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων γίνεται ως εξής: Αρχικά παρουσιάζεται ένα σχόλιο που δίνει το στίγμα των αποτελεσμάτων πάνω στις ερωτήσεις που έγιναν στους ερωτηθέντες νοσηλευτές-τριες. Και στη συνέχεια γίνεται ποσοστιαία ανάλυση των αποτελεσμάτων που απεικονίζεται σε πίτες και ραβδογράμματα.

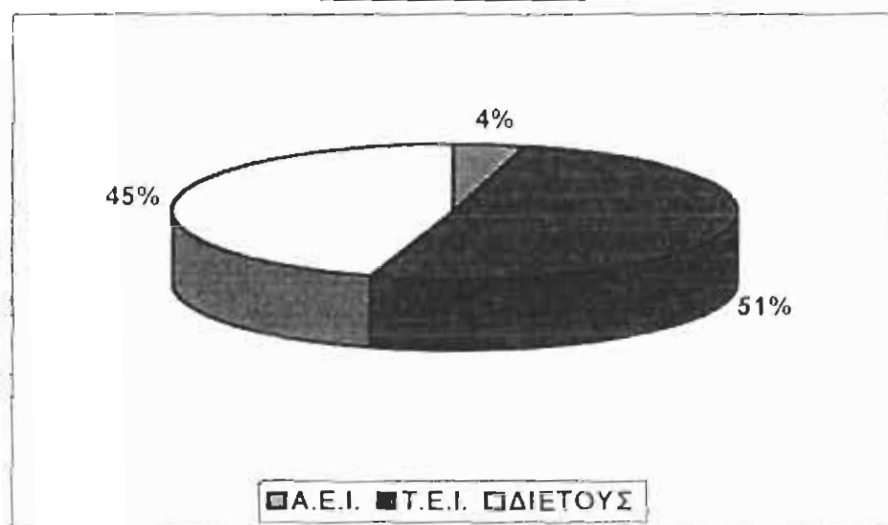
1. Χρόνος άσκησης του επαγγέλματος.

1-5 χρόνια	25
5-10 χρόνια	31
10+ χρόνια	17



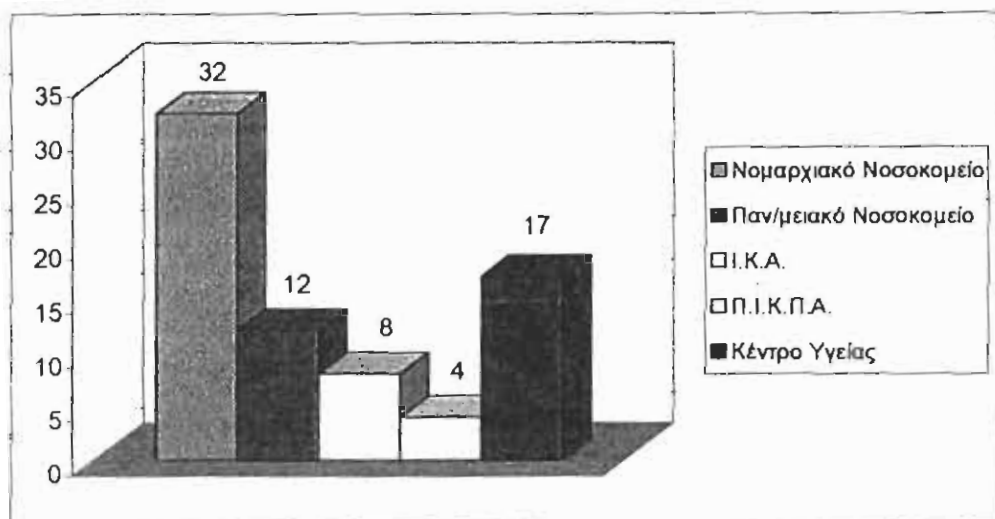
2. Επίπεδο εκπαίδευσης ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων

Α.Ε.Ι.	3
Τ.Ε.Ι.	37
ΔΙΕΤΟΥΣ	33



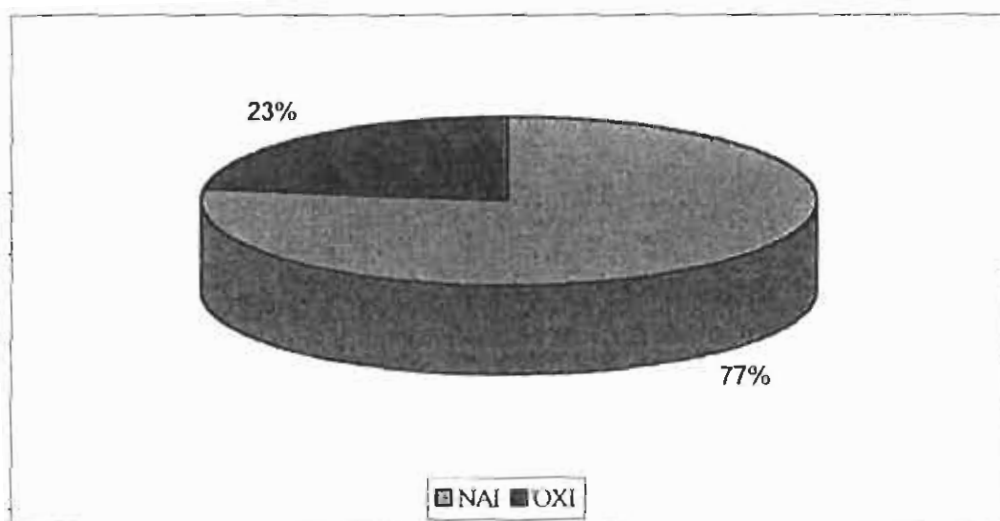
4. Φορέας απασχόλησης.

Νομαρχιακό Νοσοκομείο	32
Παν/μειακό Νοσοκομείο	12
Ι.Κ.Α.	8
Π.Ι.Κ.Π.Α.	4
Κέντρο Υγείας	17



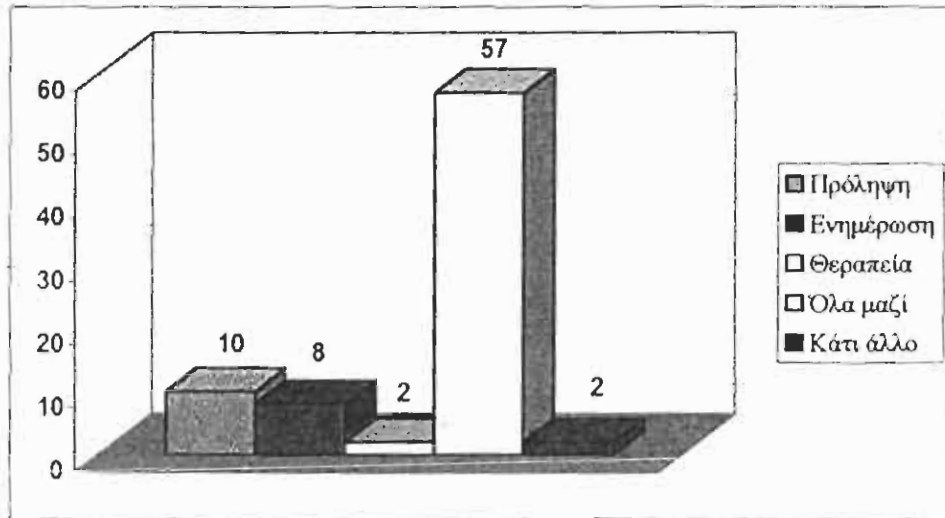
5. Ποσοστιαία απεικόνιση αυτών που ασκούν κι αυτών που δεν ασκούν Π.Φ.Υ.

ΝΑΙ	58
ΟΧΙ	17



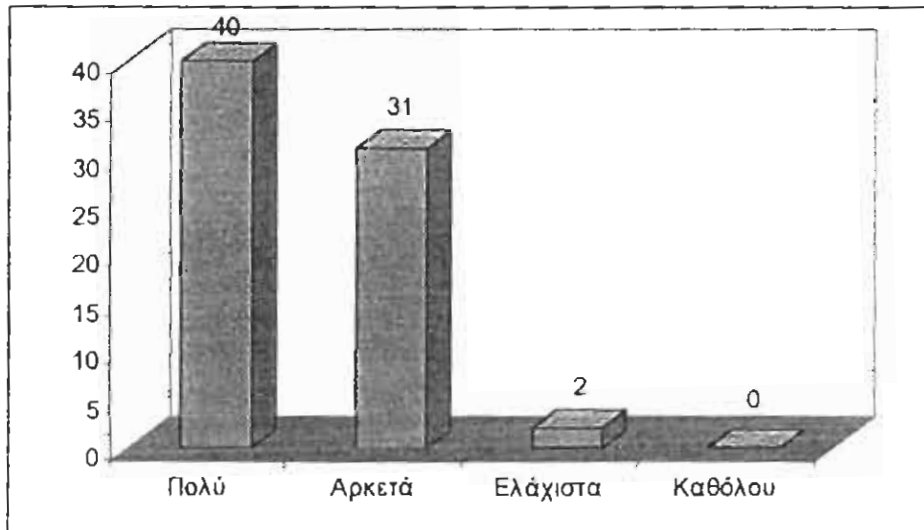
6. Τι σημαίνει για τους ερωτηθέντες η έννοια της Π.Φ.Υ.
(περισσότερες από μια πιθανές απαντήσεις)

Πρόληψη	10
Ενημέρωση	8
Θεραπεία	2
Όλα μαζί	57
Κάτι άλλο	1 Αποκατάσταση 1 Πρότες βοήθειες

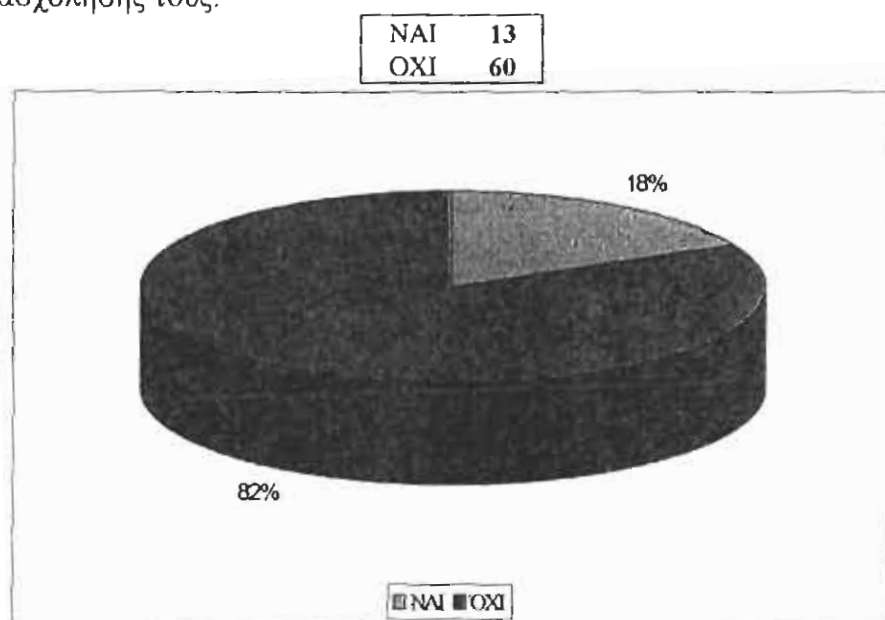


7. Η άποψη των ερωτηθέντων για τη σπουδαιότητα του νοσηλευτικού ρόλου στην Π.Φ.Υ.

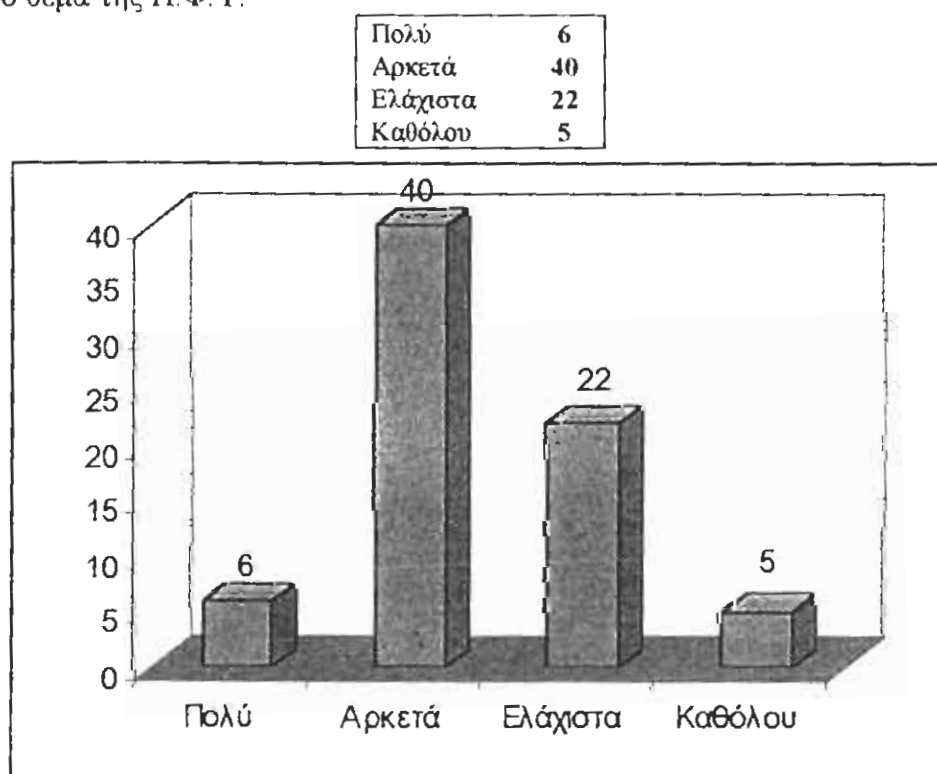
Πολύ	40
Αρκετά	31
Ελάχιστα	2
Καθόλου	0



8. Απάντηση των ερωτηθέντων αν πραγματοποιούνται ή όχι εκπαιδευτικά προγράμματα στο φορέα απασχόλησής τους.

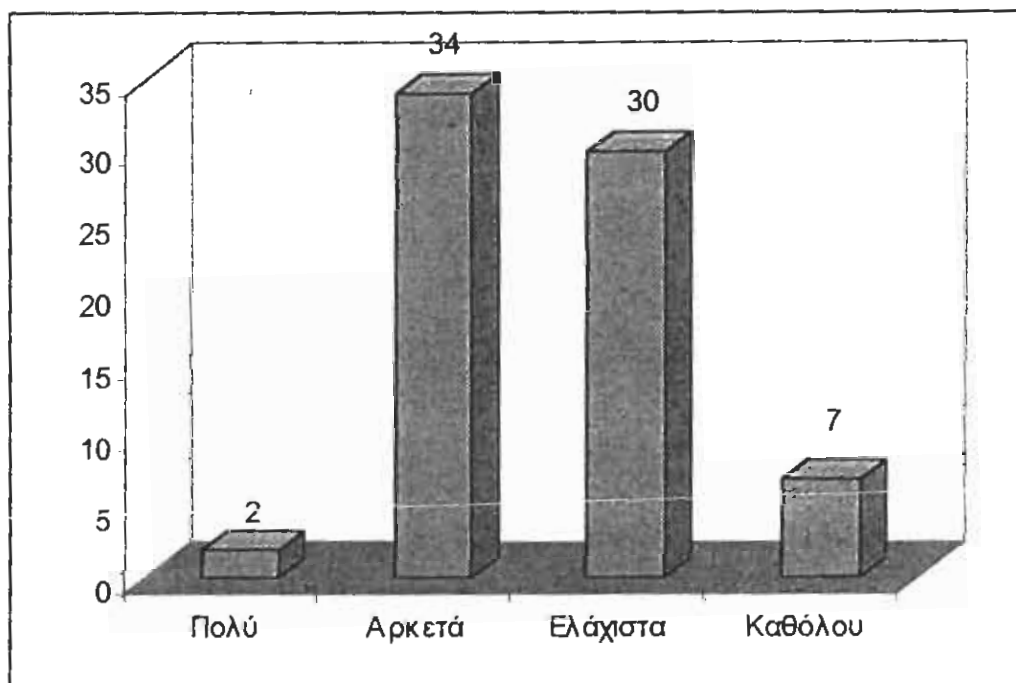


9. Απάντηση των ερωτηθέντων για το πόσο ενημερωμένους βρίσκουν τους συναδέλφους τους στο θέμα της Π.Φ.Υ.



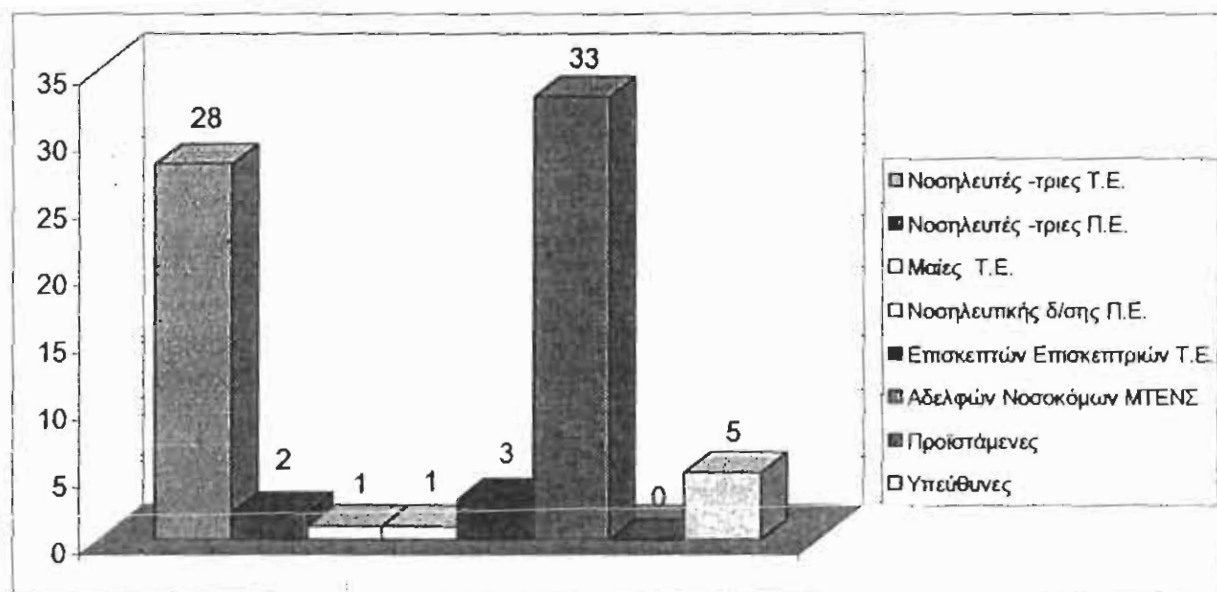
10. Απάντηση των ερωτηθέντων για το πόσο ενημερωμένα βρίσκουν τα άτομα της κοινότητας σε θέματα υγείας.

Πολύ	2
Αρκετά	34
Ελάχιστα	30
Καθόλου	7



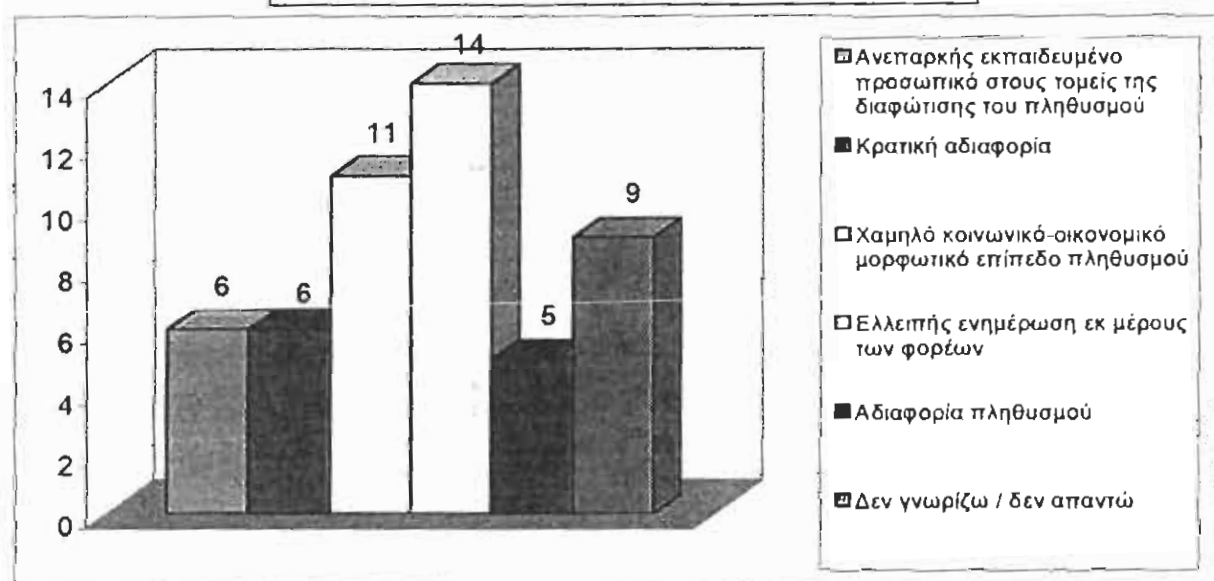
3. Θέση ερωτηθέντων στη νοσηλευτική βαθμίδα.

Νοσηλεύτες -τριες Τ.Ε.	28
Νοσηλεύτες -τριες Π.Ε.	2
Μαίες Τ.Ε.	1
Νοσηλευτικής δ/σης Π.Ε.	1
Επισκεπτών Επισκεπτριών Τ.Ε.	3
Αδελφών Νοσοκόμων ΜΤΕΝΣ	33
Προϊστάμενες	0
Υπεύθυνες	5



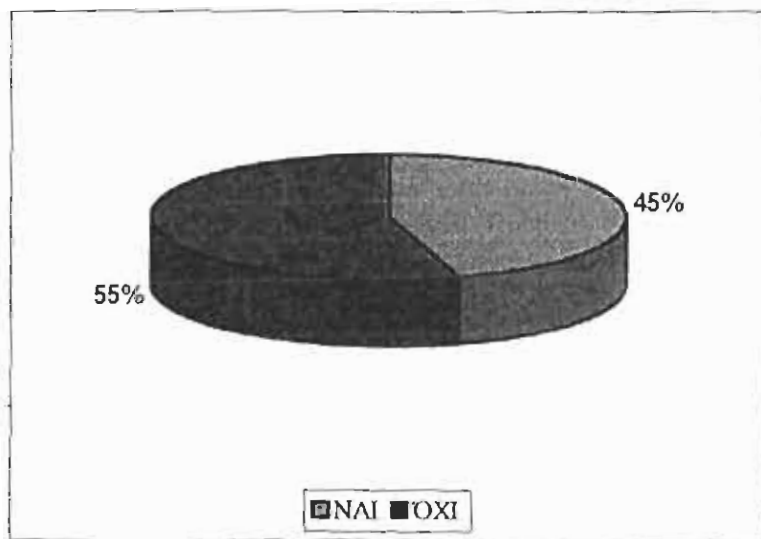
11. Αιτίες άγνοιας σε θέματα υγείας των ατόμων της κοινότητας.
(περισσότερες από μια πιθανές απαντήσεις)

Ανεπαρκής εκπαιδευμένο προσωπικό στους τομείς της διαφώτισης του πληθυσμού.	6
Κρατική αδιαφορία	6
Χαμηλό κοινωνικό - οικονομικό - μορφωτικό επίπεδο πληθυσμού.	11
Ελλιπής ενημέρωση εκ μέρους των φορέων.	14
Αδιαφορία πληθυσμού.	5
Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ.	9



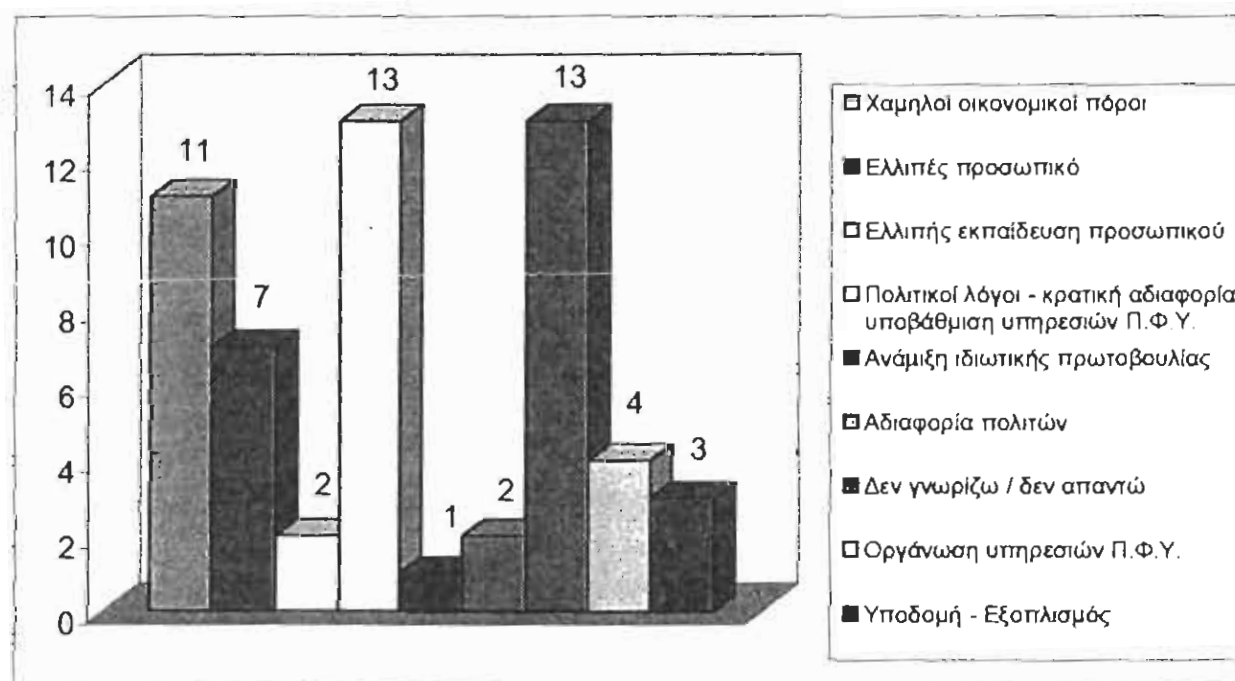
12. Απάντηση των ερωτηθέντων στο αν προάγεται ικανοποιητικά ή όχι ο ρόλος της Π.Φ.Υ. στη χώρα μας σήμερα.

ΝΑΙ	33
ΟΧΙ	40



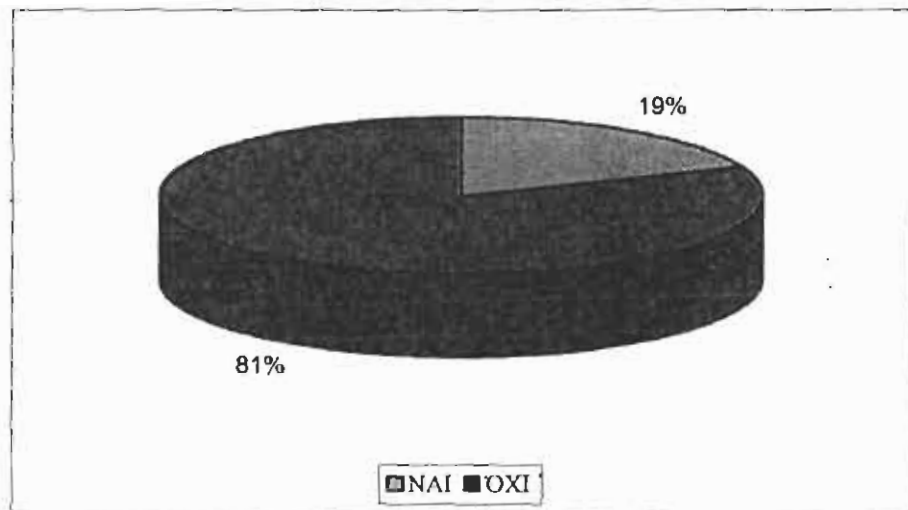
13. Αιτίες που εμποδίζουν τη σωστή προαγωγή της Π.Φ.Υ.

Χαμηλοί οικονομικοί πόροι	11
Ελλιπές προσωπικό	7
Ελλιπής εκπαίδευση προσωπικού	2
Πολιτικοί λόγοι - κρατική αδιαφορία υποβάθμιση υπηρεσιών Π.Φ.Υ.	13
Ανάμιξη ιδιωτικής πρωτοβουλίας	1
Αδιαφορία πολιτών	2
Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ	13
Οργάνωση υπηρεσιών Π.Φ.Υ.	4
Υποδομή - Εξοπλισμός	3



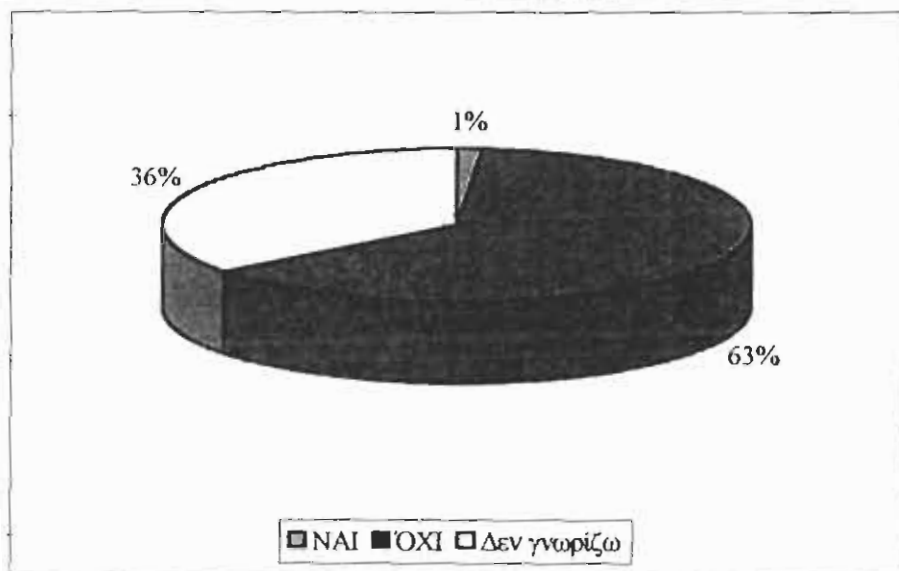
14. Η άποψη των ερωτηθέντων για την επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού

ΝΑΙ	14
ΟΧΙ	59



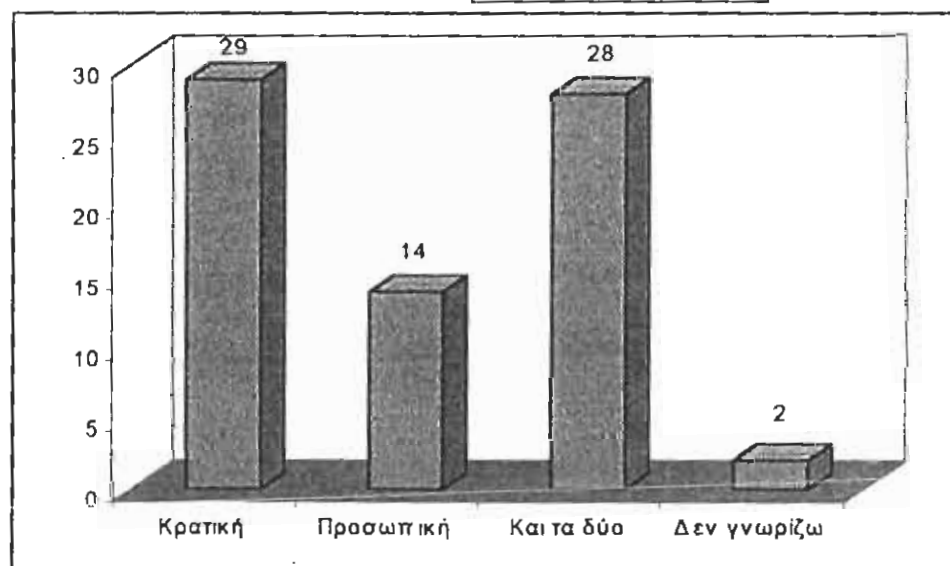
15. Η άποψη των ερωτηθέντων για το αν επαρκούν τα οικονομικά κονδύλια που δίνονται για την Π.Φ.Υ.

ΝΑΙ	1
ΟΧΙ	46
Δεν γνωρίζω	26



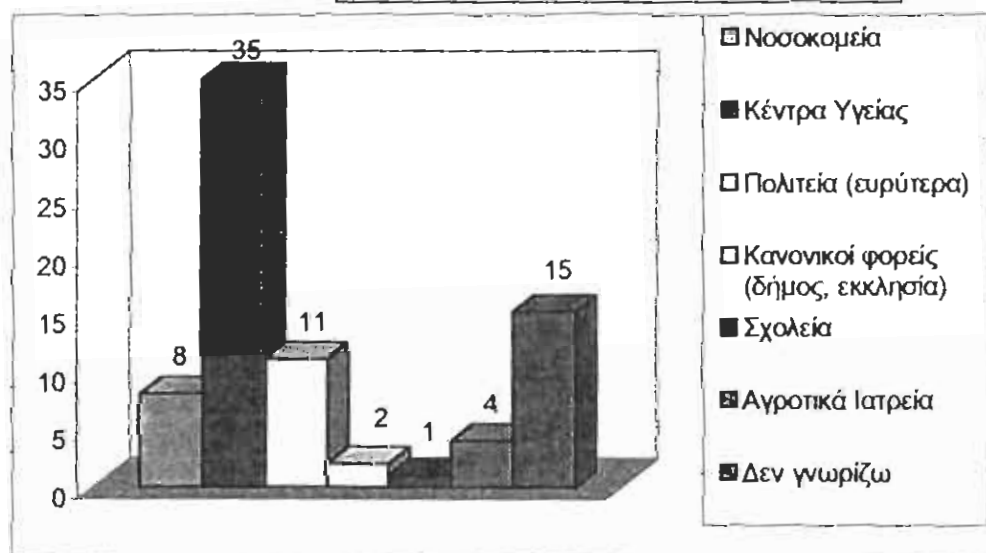
16. Απάντηση των ερωτηθέντων για το ποιος έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη στην διεξαγωγή της Π.Φ.Υ.

Κρατική	29
Προσωπική	14
Και τα δύο	28
Δεν γνωρίζω	2



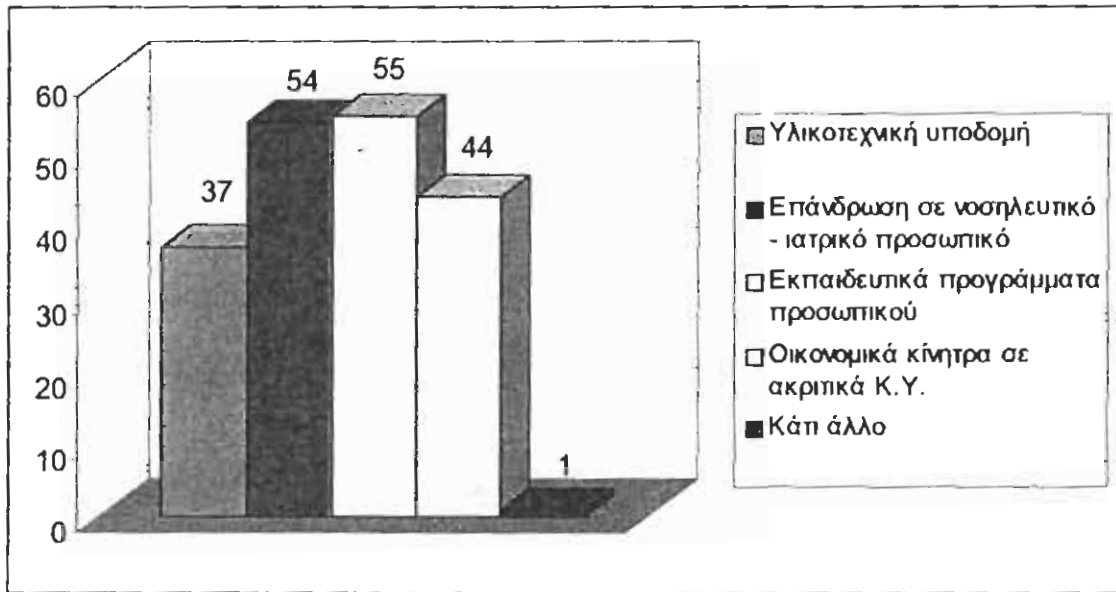
17. Σημαντικότερος φορέας προαγωγής της Π.Φ.Υ.

Νοσοκομεία	8
Κέντρα Υγείας	35
Πολιτεία (ευρύτερα)	11
Κανονικοί φορείς (δήμος, εκκλησία)	2
Σχολεία	1
Αγροτικά Ιατρεία	4
Δεν γνωρίζω	15



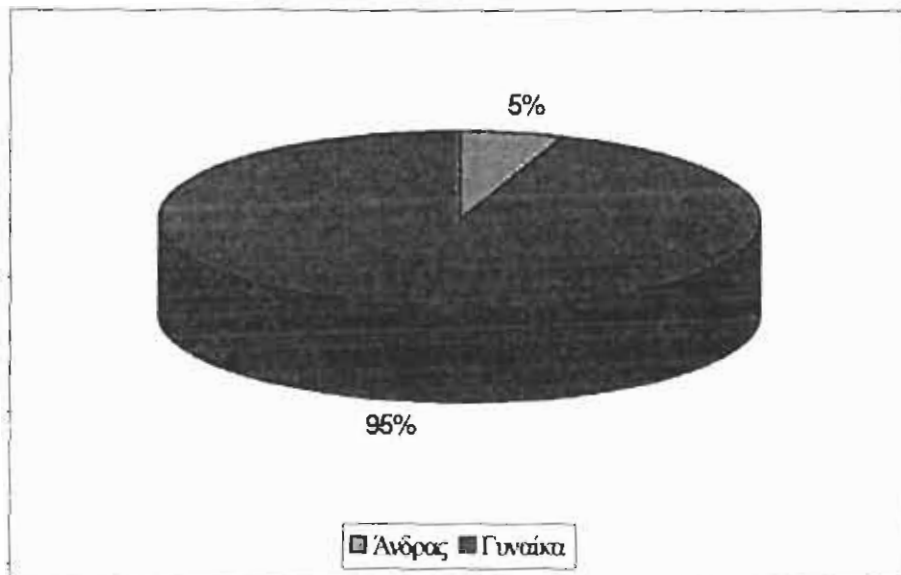
18. Τομείς που χρειάζονται ενίσχυση για τη βελτίωση της παρεχόμενης Π.Φ.Υ.

Υλικοτεχνική υποδομή
Επένδυση σε νοσηλευτικό - ιατρικό προσωπικό
Εκπαιδευτικά προγράμματα προσωπικού
Οικονομικά κίνητρα σε ακριτικά Κ.Υ.
Κάτι άλλο



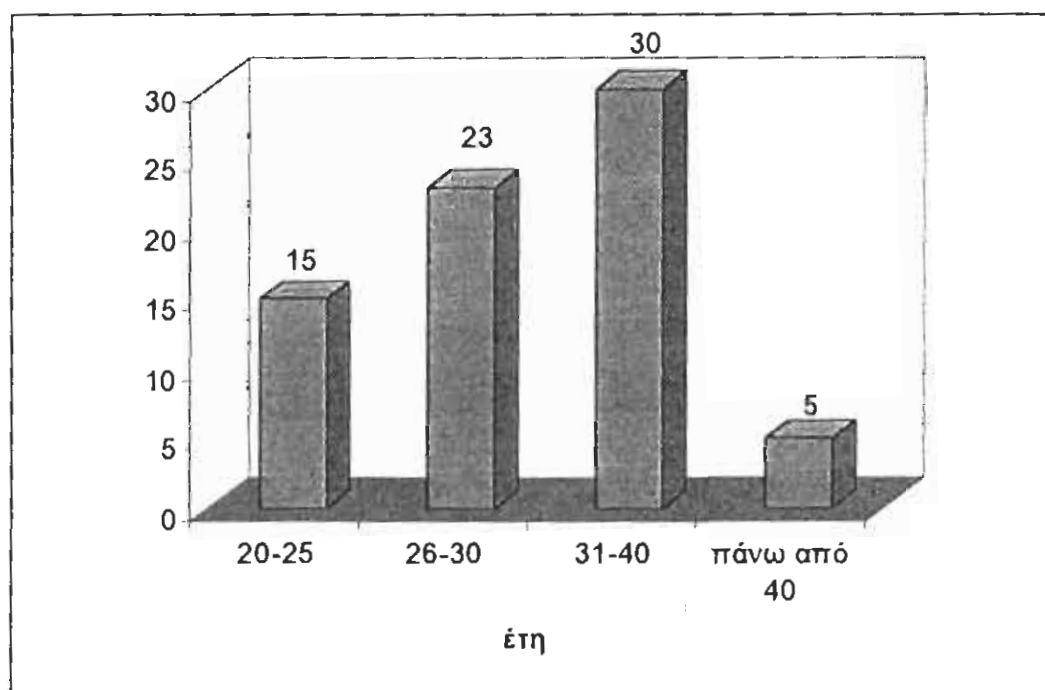
19. Φύλλο

Ανδρας	4
Γυναίκα	69



20. Ηλικία ερωτηθέντων

(20-25) ετών	15
(26-30) ετών	23
(31-40) ετών	30
πάνω από 40 ετών	5



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Μια πρώτη ματιά στους πίνακες των αποτελεσμάτων μας δίνει τη δυνατότητα να διακρίνουμε την πλειονότητα των διπλωματούχων νοσηλευτών-τριων σε σχέση με τους απόφοιτους των διетών σχολών νοσηλευτικής που εργάζονται στους υγειονομικούς φορείς που εξετάσαμε. Συγκεκριμένα το 55% των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι σχολών ανώτερης και ανωτατής εκπαίδευσης και το 45% απόφοιτοι νοσοκομειακής (διετούς) εκπαίδευσης. Οφείλουμε να σημειώσουμε πως το νεαρό προσωπικό είναι στην πλειοψηφία του απόφοιτοι Τ.Ε. και Π.Ε. και αυτό αποτελεί ευοίωνη λεπτομέρεια για μια ίσως προώθηση της παροχής Π.Φ.Υ.

Αρνητική έκπληξη μας προκάλεσαν οι απαντήσεις στην ερώτηση μας για την παρούσα θέση των ερωτηθέντων στην Νοσηλευτική βαθμίδα. Λαμβάνοντας υπ' όψιν πως η ερευνά αφορούσε όλο το Νόμο Αχαΐας μας φάνηκε απειροελάχιστος ο αριθμός επισκεπτών υγείας που απάντησε στο ερωτηματολόγιο μας και αυτό μας οδήγησε σε αρνητικά συμπεράσματα ειδικά για τα Κέντρα Υγείας και την παροχή της κατ' οίκον νοσηλείας στην κοινότητα. Μέσα απ' τις απαντήσεις στην ίδια ερώτηση ανακαλύψαμε πως στην έρευνά μας δεν συμμετείχε καμία προϊσταμένη τμήματος.

Την πλειοψηφία των ερωτηθέντων – εκ' των πραγμάτων – την αποτελούν εργαζόμενοι στο νομαρχιακό και το πανεπιστημιακό νοσοκομείο, ωστόσο προσέξαμε πως καθολική συμμετοχή και καλή διάθεση έως και ενδιαφέρον για την ερευνά συναντήσαμε στα Κ.Υ. της περιοχής και αυτό έχει να κάνει με τον θεωρητικό και ίσως έμπρακτο περιορισμό της Ν.Φ. στα νοσοκομεία. Ωστόσο, το 77% των ερωτηθέντων μας απάντησε πως ασκεί Π.Φ.Υ. στο φορέα του.

Φαίνεται η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ξέρει να οριοθετεί την έννοια της Π.Φ.Υ. και να εκτιμά τον ουσιαστικό ρόλο του νοσηλευτή/τριας στην παροχή της.

Ωστόσο το 82% έχει σταματήσει να ενημερώνετε και να εκπαιδεύεται τόσο για την Π.Φ.Υ. όσο και για την νοσηλευτική γενικότερα από τότε που διεκπεραίωσε τις σπουδές του. Κατά συνέπεια 27 απ' τους ερωτηθέντες βρίσκουν ελάχιστα έως καθόλου ενημερωμένους τους συνάδελφους τους σε θέματα που αφορούν την Π.Φ.Υ. Διχασμένες είναι οι απόψεις για την ενημέρωση του κοινού σε θέματα υγείας, συγκεκριμένα για τους περισσότερους ερωτηθέντες στην κοινότητα υπερέχει η άγνοια. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αιτιολογεί την άγνοια αυτή δίνοντας μεγαλύτερο βάρος στην ελλιπή ενημέρωση του κοινού εκ μέρους των φορέων και στο χαμηλό κοινωνικό, οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο της κοινότητας.

Στο αν η Π.Φ.Υ. προάγεται ικανοποιητικά σήμερα στη χώρα μας το 55% απάντησε "όχι". Ένα σημαντικό ποσοστό αυτών που απάντησαν αρνητικά δεν γνωρίζει τις αιτίες της κακής προαγωγής της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα ενώ αυτοί που προσπάθησαν να αιτιολογήσουν την κατάσταση κρίνουν πως κύριοι λόγοι της προβληματικής κατάστασης είναι η κρατική αδιαφορία και υποβάθμιση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. καθώς και οι χαμηλοί οικονομικοί πόροι που διατίθενται για τον κλάδο αυτό της υγείας. Ανάλογη σημασία, δε, δίνουν στην μεγάλη έλλειψη προσωπικού και τις συνέπειες της. Έτσι, το 81% των ερωτηθέντων κρίνει το νοσηλευτικό προσωπικό ανεπαρκές αριθμητικά τόσο ώστε να επηρεάζει αρνητικά την κάλυψη των αναγκών της Π.Φ.Υ.

Ένα 36% των ερωτηθέντων μας απάντησε πως αγνοεί το αν τα οικονομικά κονδύλια που δίνονται για την Π.Φ.Υ. είναι αρκετά ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες της και αυτή η άγνοια των εργαζόμενων ήταν για μας πηγή συμπερασμάτων. Σημειώνουμε εδώ πως όλοι οι υπόλοιποι ερωτηθέντες πλην ενός (63%) μας απάντησαν πως κάθε άλλο παρά αρκετά θεωρούν τα κονδύλια που διατίθενται για τον φορέα τους και την υγεία γενικότερα.

Οι περισσότεροι νοσηλευτές πιστεύουν πως η Π.Φ.Υ. είναι υπό την ευθύνη του κράτους, δεν είναι ωστόσο, λίγοι αυτοί που απαντούν πως η αναβάθμιση της είναι και προσωπική υπόθεση των εργαζόμενων στους φορείς υγείας. Σημαντικότερος φορέας άσκησης Π.Φ.Υ. για τους ερωτηθέντες είναι τα Κ.Υ. ενώ ένας αξιόλογος αριθμός ερωτηθέντων δεν γνωρίζει τον σημαντικότερο χώρο άσκησης της Π.Φ.Υ. Μικρότερη σημασία δίνεται στην παροχή Π.Φ.Υ. απ' τα νοσοκομεία και τους υπόλοιπους χώρους υγείας και φαίνεται πως η παροχή Π.Φ.Υ. έχει συνδυαστεί άμεσα με τα Κ.Υ. και τα αγροτικά ιατρεία.

Εντέλη, αναγνωρίζοντας τις αδυναμίες της παροχής Π.Φ.Υ. στο χώρο που εργάζονται οι ερωτηθέντες μας προτείνουν τρόπους για την αναβάθμιση της Π.Φ.Υ. δίνοντας ιδιαίτερο βάρος στις πιο κάτω αναγκαιότητες:

1. Επάνδρωση με ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό των χωρών άσκησης Π.Φ.
2. Εκπαιδευτικά προγράμματα και σεμινάρια που θα βοηθήσουν το νοσηλευτικό προσωπικό να ανταποκριθεί στις ανάγκες του χώρου.
3. Οικονομικά κίνητρα για τους εργαζόμενους των ακριτικών Κ.Υ. και των χωρών υγείας γενικότερα και
4. Σύγχρονη υλικοτεχνική υποδομή.

Σημειώνουμε πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι γυναίκες ηλικίας 30-40 ετών που εργάζονται 5-10 χρόνια σε χώρους υγείας και αυτό κάνει πιο έγκυρη την άποψη τους γύρω απ' τα ερωτήματα που τους θέσαμε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η έρευνα αυτή που έλαβε χώρα σ' όλους σχεδόν τους σημαντικούς χώρους άσκησης της Π.Φ.Υ. στο νομό Αχαΐας είναι συνέχεια και ολοκλήρωση μιας μικρότερης έρευνας που διεξήχθη το φθινόπωρο του 1996 στα πλαίσια του σεμιναρίου τελειοφοίτων. Η πρώτη εκείνη έρευνα είχε σκοπό τη μελέτη του ρόλου του νοσηλευτή στα Κ.Υ. και την άσκηση της Π.Φ.Υ. σ' αυτά. Εκείνη την εποχή στα πλαίσια του νοσηλευτικού εργαστηρίου ερχόμαστε για πρώτη φορά σ' επαφή με τα Κ.Υ. και τους εργαζόμενους σ' αυτά και αρχίσαμε να υποψιαζόμαστε αμυδρά τη σημασία τους στην παροχή μιας σχετικά καινούριας και παρά πολύ σημαντικής (απ' όσα μπορούσαμε να κατανοήσουμε απ' τη θεωρητική μας κατάρτιση) νοσηλευτικής φροντίδας, αυτής που ονομάστηκε Πρωτοβάθμια και ήταν και είναι δυστυχώς χώρος περισσότερο προς εξερεύνηση και πειραματισμό παρά προς συγκεκριμένη και αποτελεσματική δραστηριότητα. Ελλιπής η τότε έρευνα, λοιπόν, καθώς και η γνώση και η θεωρητική κατάρτιση και τα ερωτηματικά μας εντελή περιοριζόταν σ' ένα συγκεκριμένο χώρο, σ' αυτόν των Κ.Υ. της κοινότητας. Κάπως έτσι και ενώ ανακαλύπταμε την σπουδαιότητα της Π.Φ.Υ. σαν ιδέα αλλά και σαν πράξη προέκυψε η παρούσα εργασία η οποία ξεκίνησε πια με μια πιο συγκεκριμένη σκέψη: **Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί ν' ασκηθεί και πρέπει ν' ασκείται σ' όλους τους χώρους υγείας.** Και ενώ τέθηκαν τα τρία βασικά ερωτήματα: που; πως; και από ποιους; που απαντήθηκαν όπως είδαμε προηγούμενα μένει σ' εμάς να συμπεράνουμε αυτά που οι ίδιοι οι ερωτηθέντες συμπεραίνουν με τη γνώση ή την άγνοιά τους. Μένουμε λοιπόν σταθεροί, δυστυχώς, στο συμπέρασμα που η προηγούμενη έρευνα μας οδήγησε: Ο χώρος της Π.Φ.Υ. είναι σχετικά άγνωστος. Εδώ μας οδηγούν και πάλι όσα καταλάβαμε για τους ανθρώπους που πανε να τον κατακτήσουν και τις δυσκολίες που συναντούν στην προσπάθειά τους αυτή. Ας ξεκινήσουμε απ' το δεύτερο που θεωρούμε και πιο ουσιαστικό. Είναι εμφανής, λοιπόν, η ανεπάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού και αυτό είναι συμπέρασμα που δεν προκύπτει μόνο από τις απαντήσεις των εργαζομένων αλλά και από τη δική μας -μικρή- επαφή με τους χώρους υγείας.¹ Στα Κ.Υ. και στο Ι.Κ.Α. η έλλειψη αυτή δεν επιτρέπει την παρουσία νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο το απόγευμα ή το βράδυ ενώ στα νοσοκομεία καθιστά αδύνατη τη διεύρυνση της νοσηλευτικής φροντίδας τόσο ώστε να την περιορίζει στην παροχή πρώτων βοηθειών από τα εξωτερικά ιατρεία και ούτε λόγος να γίνεται για πρόληψη, ενημέρωση και ότι άλλο έχει να κάνει με Π.Φ.Υ. Την ημέρα το φορτίο της εργασίας είναι τέτοιο (ειδικά στα εξωτερικά ιατρεία) που έννοιες όπως πρόληψη, ενημέρωση ή αποκατάσταση είναι δυσπρόσιτες και η διεξαγωγή τους οφείλεται καθαρά στην καλή διάθεση του νοσηλευτικού προσωπικού. Πρέπει να τονιστεί ωστόσο, πως παρά τις σημαντικές αντικειμενικές δυσκολίες το νοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρίνεται

στο μέγιστο δυνατό με κόστος την ίδια την ψυχική και σωματική του φθορά.

Ο χώρος εργασίας δεν προσφέρει στους νοσηλευτές τρόπους ουσιαστικής ενημέρωσης και εξέλιξης όσον αφορά την Π.Φ.Υ. Από τους ίδιους μάθαμε πως δεν διεξάγονται σεμινάρια ή εκπαιδευτικά προγράμματα ή δεν γίνονται γνωστά στους εργαζόμενους. Η αδιαφορία πολλές φορές του προσωπικού λειτουργεί σαν πρόσχημα για τους φορείς. Έτσι επαφύεται στη διάθεση η δυνατότητα του προσωπικού η ευθύνη της γνώσης ή της άγνοιας πάνω σε ορισμένα ζητήματα και καταντάει προσωπική κατάκτηση του καθενός το να γνωρίζει και προσωπική αδυναμία το να αγνοεί. Και είναι γνωστό πόσο επικίνδυνο μπορεί ν' αποβεί αυτό στο χωρό της υγείας ειδικά όπου οι ρυθμοί εξέλιξης της επιστήμης είναι ραγδαίοι και ρυθμοί κατάκτησης των καινούριων δεδομένων απ' τους εργαζόμενους του χώρου έχουν να κάνουν με την περιφρούρηση της υγείας και της ανθρώπινης ζωής εντέλει.

Φυσικό αποτέλεσμα της έλλειψης ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η ελλιπής ενημέρωση του κοινού. Τα Κ.Υ. και το ΙΚΑ προσπαθούν να οργανώσουν ενημερωτικές και προληπτικές καμπάνιες σε κοινότητες και σχολεία. Σποραδικά μπαίνει και η αρμόδια υπηρεσία του Δήμου σε μια σχετική προσπάθεια. Οι ελλείψεις – ωστόσο – είναι τέτοιες που περιορίζουν την προσπάθεια σε έναν απλό εμβολιασμό, χωρίς να έχει εξασφαλιστεί ουσιαστική και συνεχής σχέση με το κοινό.

Τα οικονομικά κίνητρα είναι ανύπαρκτα, ειδικά όσο αφορά τους εργαζόμενους στα ακριτικά Κ.Υ. που έχουν ν' αντιμετωπίσουν αντικειμενικές φύσεως δυσκολίες διαβίωσης και εξέλιξης. Αυτό έχει άμεση σχέση με τα κρατικά κονδύλια που διατίθενται γενικά για την Π.Φ.Υ. και είναι κατά κοινή ομολογία ανεπαρκή. Η οικονομική ανεπάρκεια εκ' των πραγμάτων λειτουργεί σαν τροχοπέδη στην υλικοτεχνική εξέλιξη των χώρων υγείας και παροχής Π.Φ.Υ. Τα κονδύλια αυτά είναι απαραίτητα ειδικά σε χώρους ακριτικούς όπου το κοινωνικό-οικονομικό και πολιτιστικό επίπεδο των κατοίκων είναι αφημένο στο έλεος της ιδιωτικής πρωτοβουλίας όταν αυτή υπάρχει.

Απαραίτητη για την ουσιαστική άσκηση της Π.Φ.Υ. είναι η ομάδα υγείας η οποία αποτελείται από εργαζόμενους όλων των ειδικοτήτων της υγείας. Και ενώ όταν αναφερόμαστε στο νοσηλευτικό προσωπικό μιλάμε για ανεπάρκεια σε μερικούς χώρους βρήκαμε ανύπαρκτη την παρουσία επισκεπτών υγείας, κοινωνικών λειτουργών και άλλων ειδικοτήτων. Έτσι η άσκηση ειδικά της κοινοτικής νοσηλευτικής έχει αφηθεί στον ηρωισμό ενός ή δύο επισκεπτών που προσπαθούν να καλύψουν το ελάχιστο των αναγκών στην κατ' οίκον νοσηλεία και ενημέρωση. Μένει σ' αυτούς και στους νοσηλευτές ν' ανακαλύπτουν και να προσπαθούν να βρουν λύση στα κοινωνικό-οικονομικά προβλήματα των κατοίκων που επηρεάζουν κατά πολύ την υγεία.

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι στο χώρο της Π.Φ.Υ. δεν γνωρίζουν ούτε τις πραγματικές οικονομικές ανάγκες του χώρου και ούτε την πραγματική ανταπόκριση του κράτους σ' αυτές, απλά υποψιάζονται μια ανεπάρκεια. Αυτό οφείλεται στο ότι – απ' όλα όσα είδαμε – δεν υπάρχει ένας σταθερός και υπεύθυνος σχεδιασμός, ένας συγκεκριμένος βηματισμός που θα δώσει το βάρος που αξίζει στην Π.Φ.Υ. και στην εφαρμογή της στην πράξη. Αντιθέτως υπάρχει ασαφής και επιφανειακή αντιμετώπιση του σημαντικού αυτού θέματος, τόσο που το "Υγεία για όλους το 2000" να μοιάζει περισσότερο με φιλοσοφημένη ευχή παρά με εφικτό στόχο.

Ωστόσο υπάρχουν προτάσεις, από τους ίδιους τους εργαζόμενους της Π.Φ.Υ. που συνοψίζουμε ως εξής:

- α) Αύξηση των οικονομικών κονδυλίων για την υγεία και την πρόνοια, πράγμα που συνεπάγεται την αύξηση των οικονομικών κονδυλίων της Π.Φ.Υ.
- β) Ίση και ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για όλους ανεξάρτητα απ' το κοινωνικό και οικονομικό του επίπεδο.
- γ) Άμεση πρόσληψη ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, νοσηλευτών επισκεπτών υγείας, κοινωνικών λειτουργών κτλ.
- δ) Πραγματοποίηση σεμιναρίων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους εργαζόμενους της Π.Φ.Υ.
- ε) Σύγχρονη υλικοτεχνική υποδομή στους χώρους άσκησης Π.Φ.Υ. που θα αναβαθμίσει την ποιότητα παροχής φροντίδας.
- στ) Πρακτικές προϋποθέσεις που θα διευκολύνουν τους εργαζόμενους π.χ. όχημα που θα μεταφέρει την ομάδα υγείας στην περιοχή για διεξαγωγή ενημερωτικών προγραμμάτων, εμβολιασμών των κατοίκων κτλ.

Συνοψίζοντας θεωρούμε πως η πιο ουσιαστική λύση στα προβλήματα πρωτοβάθμιας υγείας δίνεται όταν έχουμε συνολική αντιμετώπιση και αναβάθμιση του βοιοτικού και κοινωνικό-πολιτιστικού επιπέδου των κατοίκων και δεν το εναποθέτουμε εν' ειδη ευχής αλλά θεωρούμε πως μόνο έτσι θα μπορούσε να ναι εύστοχο το "υγεία για όλους".

Αν λοιπόν, η αναβάθμιση αυτή της ζωής των ανθρώπων είναι εφικτή, τότε σαφώς και είναι εφικτός ο στρατηγικός στόχος της υγείας. Και δεν είναι μια ευχή που θα κλείνε εύγλωτα την εργασία μας αυτή, είναι αναγκαιότητα των ανθρώπων άρα και χώρος που προσφέρεται για ουσιαστική και συνεχή προσπάθεια.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με την παρούσα εργασία θέσαμε ως σκοπό μας να μελετήσουμε την έννοια και το ρόλο της Π.Φ.Υ., στη χώρα μας και τα αδιέξοδά της και κυρίως να αναδείξουμε τον ουσιαστικό και πολύτιμο ρόλο του νοσηλευτή-τριας στην διεξαγωγή της Π.Φ.Υ. Η έρευνα έγινε σε άτομα που εργάζονται σε νοσοκομειακά ιδρύματα και στην κοινότητα του νόμου Αχαΐας. Η παράθεση των στατιστικών καταγράφει τις απόψεις των ερωτηθέντων πάνω στη σημασία της Π.Φ.Υ., στο πως αυτή διεξάγεται, στα τρωτά της σημεία αλλά και παρουσιάζει κυρίαρχες προτάσεις των ερωτηθέντων για τη βελτίωσή της. Τα αποτελέσματα της έρευνας επεξεργάζονται στη συζήτηση όπου βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ασκεί Π.Φ.Υ. με έκδηλη όμως δυσαρέσκεια για το πως αυτή διεξάγεται στη χώρα μας, εντοπίζοντας ως αίτια τόσο την προσωπική πολλές φορές, όσο και την κρατική, κάποιες άλλες φορές αδιαφορία. Φιλοδοξούμε τέλος η εργασία αυτή ν' αποτελέσει ένα ακόμη βήμα στη διερεύνηση και βελτίωση της Π.Φ.Υ. στη χώρα μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αθενάκη Δ. “Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Δυνατότητες αξιολόγησης”. Περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τεύχος 4, Τόμος 4, Αθήνα 1992.
2. Εισηγητική Έκθεση της αρμόδιας επιτροπής για την ίδρυση των Κέντρων Υγείας στην Βουλή των Ελλήνων. Αθήνα 1983.
3. Λιονής Χ., Μπένος Α. “Έρευνα και αναπτυξιακή εργασία στην γενική ιατρική και στην Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα: Μια σημαντική προτεραιότητα”. Περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τεύχος 2, Τόμος 5, Αθήνα 1993.
4. Διαμαντή Ν. “Κοινωνική Νοσηλεύτρια στην οικογένεια” Πτυχιακή εργασία ΤΕΙ Πατρών – Πάτρα 1990.
5. Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χρ., Θεοδώρου Μ., Πολύζος Ν. “Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος Π.Ι.Φ”. Αθήνα 1994.
6. Κυριόπουλος, Γ. Νιάκας Δ. “Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα”. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.
7. Κοντούλη Ι., Γείτονα Μ. “Πολιτική και Οικονομία της Υγείας”. Πολιτικές Υγείας – Εκδ. Εξάντας Αθήνα 1997.
8. Φιορέτος Μ., Διαμαντόπουλος Θ., Σαββάκη Μ., Λιονής Χ. “Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Σημερινή κατάσταση και προϋποθέσεις μελλοντικής ανάπτυξης”. Περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τεύχος 3, Τόμος 6, Αθήνα 1994.
9. Κυριακίδου Ε. “Κοινωνική Νοσηλευτική” Αθήνα 1995.
10. Καρανίκα Ν., Διακοπούλου Κ., Πατριαρχέα Ε., Χαϊκάλη Β. “Διατροφικές συνηθειές του ελληνικού πληθυσμού, οι επιπτώσεις της διατροφής στην υγεία του ανθρώπου. Ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλευτικής”. Πτυχιακή εργασία ΤΕΙ Πατρών – Πάτρα 1992.
11. “Nursing in Primary care. New World, new opportunities”. NHS exucite, March 1993.
12. John Fry “Primary care”. London 1980.

13. Έλληνας Δ., Ανθοπούλου Ε., Καρβουνίδου Αικ., Μαργαρίτη Α., Κιοσσέ Στ., Τσαρουχά Χρ., Πανταζόγλου Α. “Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην επιδημιολογική έρευνα και την προληπτική ιατρική”. Νοσηλευτικά Πρακτικά. Καβάλα 20-23 Μαη 1996.
14. Έλληνας Δ., Ανθοπούλου Ε., Καρβουνίδου Αικ., Μαργαρίτη Α., Κιοσσέ Στ., Τσαρουχά Χρ., Πανταζόγλου Α. “Νοσηλευτική Διοίκηση σε μια Μονάδα Π.Φ.Υ”. Νοσηλευτικά Πρακτικά. Καβάλα 20-23 Μαη 1996.
15. Josep Goicoecheq “Primary Health Care Reforms” World Health Organization Regional office for Europe. COPENHAGEN 1993.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ
ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕ ΘΕΜΑ:

«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

Από τους σπουδαστές:

Κατσουλίδου Ελένη

Κασιούρα Δέσποινα

Λιούλιου Όλγα

Μπλέτσος Κωνσταντίνος

Παρακαλούμε να απαντήσετε στο παρακάτω
ερωτηματολόγιο

ΠΑΤΡΑ ΜΑΙΟΣ 1998

1. Πόσα χρόνια ασκείτε το επάγγελμα του νοσηλευτή-τριας;

1-5

5-10

10+

2. Τι εκπαίδευση έχετε;

ΑΕΙ

ΤΕΙ

ΔΙΕΤΟΥΣ

3. Ποια η θέση σας αυτή τη στιγμή στη νοσηλευτική βαθμίδα;

(παρακαλούμε σημειώστε)

4. Εργάζεστε σε:

• Νομαρχιακό Νοσοκομείο

• Παν/μειακό Νοσοκομείο

• ΙΚΑ

• ΠΙΚΠΑ

• Κέντρο Υγείας

5. Στο φορέα απασχόλησής σας ασκείτε Π.Φ.Υ.

ΝΑΙ

ΟΧΙ

6. Η έννοια της Π.Φ.Υ. σημαίνει για σας:

- Πρόληψη
- ενημέρωση
- Θεραπεία
- Όλα μαζί
- Κάτι άλλο _____

7. Πόσο σημαντικό βρίσκετε το ρόλο του νοσηλεύτη - τριας στην άσκηση της Π.Φ.Υ.;

ΠΟΛΥ ΑΡΚΕΤΑ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΚΑΘΟΛΟΥ

8. Πραγματοποιούνται στο φορέα που εργάζεστε εκπαιδευτικά προγράμματα για το νοσηλευτικό προσωπικό;

ΝΑΙ ΟΧΙ

9. Πόσο ενημερωμένους βρίσκετε τους συναδέλφους σας (νοσ/τές, νοσ/τριες) στο θέμα της Π.Φ.Υ.

ΠΟΛΥ ΑΡΚΕΤΑ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΚΑΘΟΛΟΥ

10. Πόσο ενημερωμένα, πάνω σε θέματα υγείας βρίσκεται τα άτομα της κοινότητας που ζητούν τη βοήθειά σας;

ΠΟΛΥ ΑΡΚΕΤΑ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΚΑΘΟΛΟΥ

11. Εάν απαντήσετε ελάχιστα ή καθόλου αναπτύξτε τις αιτίες

12. Πιστεύετε ότι ο ρόλος της Π.Φ.Υ προάγεται ικανοποιητικά σήμερα στη χώρα μας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

13. Εάν απαντήσατε ΟΧΙ παρακαλώ αναπτύξτε τις αιτίες.

14. Θεωρείται το νοσηλευτικό προσωπικό επαρκές για τις ανάγκες παροχής Π.Φ.Υ. στο φορέα που εργάζεστε;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

15. Θεωρείται αρκετά τα οικονομικά κονδύλια που δίνονται στον φορέα απασχόλησής σας για την Π.Φ.Υ.;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

16. Τελικά πιστεύετε ότι η Π.Φ.Υ. είναι περισσότερο κρατική ή προσωπική ευθύνη; (παρακαλούμε σημειώστε).

17. Ποιος πιστεύετε ότι είναι ο σημαντικότερος φορέας προαγωγής της Π.Φ.Υ.;

18. Για τη βελτίωση παροχής της Π.Φ.Υ. ποιοι τομείς πιστεύετε ότι πρέπει να ενισχυθούν;

- Υλικοτεχνική υποδομή
- επάνδρωση σε ιατρικό - νοσ/κό προσωπικό
- εκπαιδευτικά προγράμματα προσωπικού.
- οικονομικά κίνητρα σε ακρητικά Κ.Υ.
- κάτι άλλο

19. Το φύλλο σας είναι

ΑΝΤΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ



20. Πόσο ετών είστε;

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ
