

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ EDITORIAL

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα κάτω από το φως της Διακήρυξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Astana Ένα κείμενο θέσεων

Στο επετειακό συνέδριο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) στην Astana τον Οκτώβριο του 2018, εκτός από το κύριο κείμενο με τις βασικές δεσμεύσεις για την υποστήριξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), γνωστού και ως Διακήρυξη της Astana,¹ επιδοκιμάστηκε επίσης ένα κείμενο με σημαντικές θέσεις στην κατεύθυνση της παγκόσμιας κάλυψης της υγείας (universal health coverage) και στόχων υποστηριζόμενης ανάπτυξης (sustainable development goals) με τον τίτλο "A vision for primary health care in the 21st century".² Στο κείμενο αυτό γίνεται επανειλημμένη χρήση των τριών συστατικών της ΠΦΥ που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και συγκεκριμένα των παρακάτω: (α) «Η συνάντηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού μέσω μιας ολοκληρωμένης (comprehensive) φροντίδας που προάγει, προστατεύει, προλαμβάνει, θεραπεύει, αποκαθιστά, ανακουφίζει σε όλη τη διάρκεια της ζωής, θέτοντας ως προτεραιότητα τις κύριες υπηρεσίες φροντίδας, στοχεύοντας σε άτομα και οικογένειες διά μέσου της πρωτοβάθμιας φροντίδας και του πληθυσμού διά μέσου των λειτουργιών δημόσιας υγείας ως κεντρικών στοιχείων των απαρτιωμένων (integrated) υπηρεσιών υγείας, (β) η συστηματική αναφορά στους διευρυμένους προσδιοριστές της υγείας (όπου περιλαμβάνονται κοινωνικοί, οικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, καθώς και τα ατομικά χαρακτηριστικά και η συμπεριφορά) διά μέσου τεκμηριωμένων πολιτικών και δράσεων σε όλους τους τομείς, και (γ) η ενδυνάμωση ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων στη βελτιστοποίηση της υγείας τους, ως συνηγόρους για πολιτικές που προάγουν και προστατεύουν την υγεία και την ευημερία, ως συν-παραγωγούς των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, και ως αυτοφροντιζόμενους και φροντιστές».

Σε ποιο βαθμό όμως οι εν λόγω σημαντικές διατυπώσεις των κύριων συστατικών της ΠΦΥ, που ο ΠΟΥ μαζί με τη UNICEF διασταυρώνει σε όραμα και προοπτική, με την παγκόσμια κάλυψη της υγείας και τους διακηρυγμένους στόχους υποστηριζόμενης ανάπτυξης, μπορούν να θεωρηθούν ρητορικές ή ουτοπικές δηλώσεις εάν εξετάσουμε τις υπηρεσίες ΠΦΥ στη χώρα μας; Αυτό το κείμενο θέσεων, που διανεμήθηκε μετά από άδεια στη συνάντηση του Forum για τα Οικονομικά και τις Πολιτικές της Υγείας στην Άρτα (Οκτώβριος 2019), έχει ως μοναδικό στόχο τη διεύρυνση της συζήτησης που διεξάγεται στη χώρα μας την περίοδο αυτή, αλλά και τις δράσεις που πρέπει να αναληφθούν στην κατεύθυνση μιας στέρεης και σύγχρονης πολιτικής για την ΠΦΥ στην Ελλάδα.

Σύμφωνα με τη μελέτη του Ινστιτούτου NIVEL, που εξέτασε την ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ στις χώρες της Ευρώπης, η ποιότητα υπηρεσιών ΠΦΥ πριν από χρόνια στην Ελλάδα έλαβε χαμηλή βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις οι οποίες μετρήθηκαν (πρόσβαση, ολοκληρωμένη φροντίδα, συνέχεια στη φροντίδα και συντονισμός).³ Αναφορικά με τη συνέχεια στη φροντίδα, αυτή απουσιάζει από όλα τα επίπεδα της φροντίδας τόσο στις υπηρεσίες ΠΦΥ όσο και σε εκείνες στα νοσοκομεία. Οι συνέπειες είναι πολλές και ξεφεύγουν της σημερινής συζήτησης, κατέχουν όμως σημαντικό μερίδιο στην τάλαιπωρία του πληθυσμού, με κόστος σε χρόνο αναμονής, σε έξοδα συχνά μη αναγκαίων διαγνωστικών δοκιμασιών και σε έγκαιρη διάγνωση. Ως έννοια και ως πρακτική η συνέχεια στη φροντίδα υγείας εννοείται ως η παρακολούθηση από το ίδιο πρόσωπο ή ομάδα μέσα στον χρόνο, όπως εξελίσσεται η ηλικία, η τεχνολογία, αλλά και τα προβλήματα υγείας. Η κατανόηση της φυσικής πορείας ενός νοσήματος επιτυγχάνεται μόνο μέσα από τη συνέχεια στη φροντίδα και δυστυχώς αυτό δεν έχει γίνει κατανοητό από πολλούς που ασχολούνται με τον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και την αξιολόγησή της.

Το έλλειμμα στη συνέχεια είναι συνδεδεμένο με αυτό της ολοκληρωμένης φροντίδας. Η ολοκληρωμένη (comprehensive) φροντίδα ως έννοια, αλλά και ως περιεχόμενο, δεν έχει ευρύτατα συζητηθεί στον βαθμό που θα έπρεπε, τόσο στην ακαδημαϊκή κοινότητα, όσο και στους επιστη-

μονικούς κλάδους που συνθέτουν την ΠΦΥ στη χώρα μας. Έτσι, η ολοκληρωμένη φροντίδα δεν περιλαμβάνει ούτε τη συνεχή φροντίδα (διά βίου) του προσώπου από την ημέρα της γέννησης μέχρι τα γηρατεία (με τη Γενική Ιατρική δυστυχώς να περιορίζεται στη φροντίδα των ενηλίκων), αλλά και δεν ενσωματώνει στις υπηρεσίες της τη φροντίδα της οικογένειας, χάνοντας έτσι μεγάλο μέρος από τη δυναμική της, ιδιαίτερα στην αλλαγή της συμπεριφοράς πάνω στην οποία θα θεμελιωθεί η υγεία του ελληνικού πληθυσμού στις επόμενες δεκαετίες. Επίσης, η ΠΦΥ στη χώρα μας υπολείπεται και στο είδος των υπηρεσιών της ολοκληρωμένης φροντίδας, αλλά και στο κατάλληλο μίγμα υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής υγείας, αποκατάστασης και παρηγορητικής (υποστηρικτικής) φροντίδας σε προχωρημένες περιπτώσεις. Δεν έχει επίσης συζητηθεί η αντιστοίχιση των εν λόγω υπηρεσιών (και του ρόλου του οικογενειακού ιατρού) με τα μείζονα προβλήματα υγείας του ελληνικού πληθυσμού και φυσικά με τη μείωση του φορτίου νοσήματος και τη μείωση της αναπηρίας, στερώντας έτσι από την ΠΦΥ τη δυνατότητα γεφύρωσής της με τη δημόσια υγεία, ένα ιδιαίτερα συζητούμενο θέμα στην ευρωπαϊκή βιβλιογραφία, αλλά και πρόσφατα σε μια δημοσίευση του Πανεπιστημίου Κρήτης.⁴

Το έλλειμμα στην πρόσβαση ή στην πρώτη επαφή καλύτερα, που ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, δεν εστιάζεται στη χώρα μας στη δυνατότητα μιας άμεσης, πρώτης επίσκεψης όταν τη χρειαστεί ο ασθενής, αλλά κυρίως στην καταλληλότητα της πρώτης επικοινωνίας, που από μέρους του ιατρού απαιτεί διαπροσωπικές δεξιότητες, δεξιότητες ενσυναίσθησης και συμπόνιας, και τη χρήση μιας γλώσσας που ενθαρρύνει και προτρέπει στην ανάπτυξη μιας ουσιαστικής σχέσης. Δεξιότητες που δεν περιλαμβάνονται στο προπτυχιακό επίπεδο των Ιατρικών Σχολών της Ελλάδας παρά τα ενθαρρυντικά μηνύματα από την εφαρμογή στο Πανεπιστήμιο Κρήτης.^{5,6}

Το έλλειμμα στον συντονισμό που αφορά κυρίως στη διασύνδεση και στη λειτουργική ολοκλήρωση (στην αγγλική γλώσσα integration) ίσως είναι και το σημαντικότερο θέμα που αφορά πρωτίστως στις υπηρεσίες ΠΦΥ και έχει τύχει προσοχής και ενδιαφέροντος στη χώρα μας, αν και υπολείπεται η θεσμική αντιμετώπισή του. Έτσι, οι υπηρεσίες ΠΦΥ εξακολουθούν να υπολείπονται σε θεσμοθετημένες και προτυποποιημένες διασυνδέσεις με τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, την ψυχική υγεία και τη δημόσια υγεία, οι παραπομπές γίνονται χωρίς πρωτόκολλα και συνήθως είναι μονής κατεύθυνσης όσον αφορά στην ενημέρωση. Τα ευρήματα μιας ελληνικής μελέτης στο πλαίσιο ενός προγράμματος Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Ανάπτυξης (ΕΣΠΑ)^{7,8} ανέδειξε ως υπεύθυνους παράγοντες

το έλλειμμα στον ολοκληρωμένο ηλεκτρονικό φάκελο, την απουσία ενός συστήματος με βάση τον προσωπικό (οικογενειακό) ιατρό, την απουσία ενός πλήρους καταλόγου ασθενών-αποδεκτών της φροντίδας κάθε μονάδας, την απουσία προτυποποιημένων διαδρομών εξέτασης και παραπομπής του ασθενούς που θα διευκόλυναν την κίνησή του στο σύστημα. Το έλλειμμα στον συντονισμό και στη διασύνδεση στην ΠΦΥ έχει επισημανθεί στην Ελλάδα⁹ και οι προτάσεις που έχουν κατατεθεί για την εστίαση στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων δεν έχουν ενσωματωθεί στην πολιτική υγείας.¹⁰

Ποιες όμως ανάγκες υγείας του πληθυσμού συναντά η ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα; Με μια πρώτη ανάγνωση της εμπειρικής γνώσης και της βιβλιογραφίας ΠΦΥ στη χώρα μας φαίνεται ότι οι υπηρεσίες ΠΦΥ δεν συναντούν παρά μόνο αποσπασματικά όλες τις ομάδες πληθυσμού και ιδιαίτερα ομάδες ατόμων με ειδικά νοσολογικά ή κοινωνικά χαρακτηριστικά, όπως (α) πρόσωπα με χρήση ενδοφλέβιων ουσιών και γενικά παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, (β) ασθενείς με μείζονες ψυχικές διαταραχές, (γ) ασθενείς με μείζονες βλάβες υγείας οι οποίες απαιτήσαν πολυήμερη νοσηλεία σε νοσοκομείο και χρειάζονται υπηρεσίες αποκατάστασης και διεπιστημονικής συνεργασίας (όπως έμφραγμα μυοκαρδίου, μείζονες κακώσεις και κατάγματα, καρκίνος), (δ) ασθενείς με μεταδοτικά νοσήματα (όπως HIV-, HCV-λοίμωξη), (ε) ασθενείς με χρόνια νοσήματα και αναπηρίες που απαιτούν φροντίδα στο σπίτι και (ζ) πρόσωπα τα οποία διαβιούν σε κλειστές δομές της κοινότητας, όπως θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, γηροκομεία, σωφρονιστικά ιδρύματα.

Οι συνέπειες των παραπάνω θα πρέπει να συζητηθούν και να αναζητηθούν στη μείωση της ικανοποίησης και της ποιότητας στη φροντίδα υγείας, στη μείωση της πολλαπλής ζήτησης των υπηρεσιών και στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας.

Υπάρχει μεγάλη ανάγκη θεωρητικής συζήτησης για τη χαμηλή αντίληψη κινδύνου που φαίνεται να χαρακτηρίζει τον μέσο ενήλικα, αλλά και την εκπαίδευση των υγειονομικών στην επικοινωνία του κινδύνου (risk communication). Ο ΠΟΥ συζητά τα τελευταία έτη τον όρο «εγγραμματοσύνη υγείας» (health literacy), ο οποίος αναφέρεται στα χαρακτηριστικά των προσώπων και στις κοινωνικές πηγές που συμβάλλουν στην κατανόηση της πληροφορίας και στην αποτίμηση της σημασίας της, προκειμένου να λάβουν αποφάσεις για την υγεία τους. Η συζήτηση για την εγγραμματοσύνη στην υγεία στην Ελλάδα έχει λάβει περιορισμένη σημασία, αν και οι πρώτες δημοσιεύσεις δείχνουν ότι η εκπαίδευση σχετίζεται θετικά σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την εγγραμματοσύνη στην υγεία και το μέσο ετήσιο εισόδημα

επίσης σχετίζεται με υψηλότερο βαθμό εγγραμματοσύνης.¹¹ Η εμπλοκή των υπηρεσιών ΠΦΥ σε δράσεις στη διαχείριση του κινδύνου για επιλεγμένα χρόνια νοσήματα με υψηλή θνησιμότητα και κόστος (η καρδιαγγειακή νόσος, το μη αλκοολικό ήπαρ, η διανοητική διαταραχή), με παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στην αλλαγή της συμπεριφοράς σε σχέση με τους μείζονες προσδιοριστές των εν λόγω νοσημάτων, αλλά και στην υιοθέτηση πρακτικών υγείας (εμβολιασμοί), φαίνεται να είναι επιτακτική. Η συνέπεια της συγκεκριμένης διαπίστωσης εξετάζεται στην καθυστερημένη διάγνωση και στην επιδείνωση του φορτίου από την πολλαπλή νοσηρότητα, τον πρόωρο θάνατο και την αναπηρία.

Τέλος, μια άλλη διαπίστωση αφορά στη συμμετοχή της οικογένειας και της κοινότητας στο σύστημα υπηρεσιών ΠΦΥ τόσο ως στόχος, αποδέκτης των υπηρεσιών φροντίδας, αλλά και ως συμμετοχος στην ανάλυση και στη λήψη της απόφασης. Η εστίαση στην οικογένεια απουσιάζει τόσο από το προπτυχιακό πρόγραμμα εκπαίδευσης των Ιατρικών Σχολών όσο και από την εκπαίδευση στην ειδικότητα, ενώ το άτομο εξακολουθεί να είναι η μονάδα που απευθύνονται οι υπηρεσίες υγείας. Η εμπειρία από τη συμμετοχή της κοινότητας και των φορέων της, περιλαμβάνοντας τις οργανώσεις των ασθενών στον σχεδιασμό και στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, είναι παρόμοια. Οι εν λόγω διαπιστώσεις στερούν από την ΠΦΥ τη δυνατότητα ουσιαστικών παρεμβάσεων σε θέματα υιοθέτησης και αλλαγής της συμπεριφοράς υγείας, ενώ μειώνουν την κλινική αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, αλλά και στην υποστήριξη των ηλικιωμένων προσώπων και γενικά των προσώπων με αναπηρία και ευαλωτότητα.

Από τις παραπάνω διαπιστώσεις διαφαίνεται επιτακτική η αναγκαιότητα μιας απαρτιωμένης/ολοκληρωμένης ανάπτυξης των υπηρεσιών ΠΦΥ και η διασύνδεση των υπηρεσιών ΠΦΥ με αυτές της δημόσιας υγείας (που σήμερα υπάγονται στην περιφερειακή αυτοδιοίκηση), της ψυχικής υγείας (η οποία προσφέρεται από αυτοδύναμες υπηρεσίες που λειτουργούν στην κοινότητα) και της κοινωνικής φροντίδας (η οποία προσφέρεται από ιδιωτικές και δημόσιες δομές διαφόρων τύπων και επιβλέπονται από το Υπουργείο Εργασίας). Η ανάγκη συζήτησης μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης που θα καλύψει δράσεις δημόσιας υγείας, ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας φαίνεται σήμερα ως επείγουσα προτεραιότητα στη νέα πολιτική υγείας και θα πρέπει να εξεταστεί έστω και με όρους λειτουργικής διασύνδεσης. Ένα άρθρο που πρόσφατα (Δεκέμβριος 2018) δημοσιεύτηκε στο περιοδικό *Public Health Panorama*⁴ προσέγγισε τη διασύνδεση της δημόσιας υγείας με την ΠΦΥ, μέσα από την ερευνητική δραστηριότητα της Κλινικής

Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης και διατύπωσε εμπειρικές προτάσεις για την εν λόγω διασύνδεση στην πράξη. Σε ένα επίσης πρόσφατο άρθρο που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό *Primary Health Care Research and Development* καταγράφεται η εμπειρία που κτήθηκε στην Κρήτη αναφορικά με την ολοκλήρωση της ΠΦΥ.¹² Στο άρθρο επισημαίνεται ότι οι κύριες προκλήσεις για την καθιέρωση της ολοκληρωμένης και εστιασμένης στα πρόσωπα ΠΦΥ περιλαμβάνουν τους οικογενειακούς ιατρούς, την τεχνολογία τη σχετική με την πληροφορία και την επικοινωνία, την πρόληψη και τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, καθώς και τη φροντίδα των προσφύγων και των μεταναστών. Η δημοσίευση αυτή διατύπωσε συγκεκριμένες προτάσεις για εφαρμογή.

Μένουν να γίνουν πολλά, ενώ δημοσιευμένες προτάσεις από πανεπιστήμια, ερευνητικούς και κοινωνικούς φορείς έχουν κατά καιρούς δημοσιευτεί. Η σύνθεσή τους και η μετεγγραφή σε πολιτικές υγείας, αν και δύσκολο έργο, καθίσταται σήμερα επιτακτική.

Χ. Λιονής

Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη

Βιβλιογραφία

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION AND THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Astana, Kazakhstan, 2018
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION AND THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the sustainable development goals. Technical Series on Primary Health Care, WHO and UNICEF, Geneva, 2018
3. KRINGOS D, BOERMA W, BOURGUEIL Y, CARTIER T, DEDEU T, HASVOLD T ET AL. The strength of primary care in Europe: An international comparative study. *Br J Gen Pract* 2013, 63:e742–e750
4. LIONIS C, PETELOS E, PAPADAKIS S, TSILIGIANNI IG, ANASTASAKI M, ANGELAKI A ET AL. Towards evidence-informed integration of public health and primary health care: Experiences from Crete. *Public Health Panorama* 2018, 4:491–735
5. LIONIS C. Why and how is compassion necessary to provide good healthcare? Comments from an academic physician comment on "why and how is compassion necessary to provide good quality healthcare?". *Int J Health Policy Manag* 2015, 4:771–772
6. SHEA S, LIONIS C. Restoring humanity in health care through the art of compassion: An issue for the teaching and research agenda in rural health care. *Rural Remote Health* 2010, 10:1679
7. SIFAKI-PISTOLLA D, CHATZEA VE, MARKAKI A, KRITIKOS K, PETELOS E, LIO-

- NIS C. Operational integration in primary health care: Patient encounters and workflows. *BMC Health Serv Res* 2017, 17:788
8. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ Μ, ΣΗΦΑΚΗ-ΠΙΣΤΟΛΛΑ Δ, ΧΑΤΖΕΑ ΒΕ, ΤΡΙΓΩΝΗ Μ, ΚΟΥΤΗΣ Α, ΠΙΤΕΛΟΥ Ε ΚΑΙ ΣΥΝ. Διασύνδεση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα: Μελέτη υφιστάμενης κατάστασης. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2017, 34:343–362
 9. LIONIS C, SYMVOULAKIS EK, VARDAVAS CI. Implementing family practice research in countries with limited resources: A stepwise model experienced in Crete, Greece. *Fam Pract* 2010, 27:48–54
 10. ΤΣΙΑΧΡΙΣΤΑΣ Α, LIONIS C, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ J. Bridging knowledge to develop an action plan for integrated care for chronic diseases in Greece. *Int J Integr Care* 2015, 15:e040
 11. MICHOU M, PANAGIOTAKOS DB, LIONIS C, COSTARELLI V. Socioeconomic inequalities in relation to health and nutrition literacy in Greece. *Int J Food Sci Nutr* 2019, 70:1007–1013
 12. LIONIS C, SYMVOULAKIS EK, MARKAKI A, PETELOS E, PAPADAKIS S, SIFAKI-PISTOLLA D ET AL. Integrated people-centred primary health care in Greece: Unravelling Ariadne's thread. *Prim Health Care Res Dev* 2019, 20:e113
- Corresponding author:*
- C. Lionis, School of Medicine, University of Crete, 710 03 Heraklion, Crete, Greece
e-mail: lionis@uoc.gr
-