

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Η ενδυνάμωση και η διεύρυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογή δημόσιας υγείας σε συνθήκες περιορισμένων πόρων Η περίπτωση της εξάρτησης από οπιοειδή

Το άρθρο παρουσιάζει την εξέλιξη της συζήτησης γύρω από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, από την οριοθέτηση του πεδίου στη συνδιάσκεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Alma Ata το 1978, μέχρι σήμερα. Αρχικά αναλύει τις αρχές, τις προτεραιότητες και την οργανωτική δομή που έχουν κυριαρχήσει, καταλήγοντας σε διαπίστωση ως προς την τάση μετατόπισης του κέντρου βάρους των συστημάτων υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στη συνέχεια η συζήτηση υπεισέρχεται σε επιμέρους χαρακτηριστικά της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως π.χ. η αποκέντρωση των υπηρεσιών, επισημαίνοντας τα πλεονεκτήματα που συγκεντρώνει αναφορικά με τους μηχανισμούς διαχείρισης και την επίτευξη της απαιτούμενης ισορροπίας στο τρίπτυχο: δαπάνες υγείας - υγειονομικοί πόροι - ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Ως βασικό δε επιχείρημα υπέρ μιας τέτοιας περιφερειακής λογικής στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναδεικνύονται η άμεση επαφή του υποσυστήματος αυτού με το τοπικό στοιχείο και τις ιδιαιτερότητές του, καθώς και η ευελιξία στη λήψη αποφάσεων στη βάση των παραπάνω. Η ενότητα που αναφέρεται στην οργάνωση και τη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας περιλαμβάνει ζητήματα που παραπέμπουν στις σύγχρονες εξελίξεις διεθνώς όπως π.χ. η υιοθέτηση ενός πλουραλιστικού συστήματος αποζημίωσης στη βάση όχι μόνο των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά (και) των αποτελεσμάτων, η επικράτηση μιας συγκεκριμένης διαδικασίας πρόσβασης των πολιτών στο σύστημα υγείας και η στροφή του ενδιαφέροντος στα χρόνια νοσήματα λόγω της διαρκούς αύξησης των ασθενών και της συνεπαγόμενης δέσμευσης ολόενα και περισσότερων πόρων γι' αυτά. Το άρθρο καταλήγει με επιχειρηματολογία υπέρ της διεύρυνσης της ατζέντας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αναφερόμενο στο παράδειγμα της ψυχικής υγείας και των εξαρτήσεων, όπου η μετατόπιση της διαχείρισης σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αναδεικνύεται ως κυρίαρχη τάση αλλά και επιταγή σύμφωνα με τα επιστημονικά ευρήματα και τις συστάσεις διεθνών οργανισμών.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ, ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΦΥ

Η πλήρης ανάπτυξη του λειτουργικού περιεχομένου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), η οποία περιλαμβάνει όλο το φάσμα των υπηρεσιών διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης αλλά και πρόληψης, προαγωγής της υγείας και κοινωνικής φροντίδας καθώς και η μετάβαση σε ολοκληρωμένα και ενιαία δίκτυα παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών, συνιστά ένα στόχο που τοποθετείται σε

πρώτη προτεραιότητα στη χάραξη πολιτικής υγείας των ευρωπαϊκών και όχι μόνο χωρών.

Το πρώτο βήμα προς τούτο έγινε όταν η διεθνής υγειονομική κοινότητα κατέληξε και αποδέχθηκε στη διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Alma Ata¹ το 1978 το στόχο «Υγεία για Όλους» και τη στρατηγική υλοποίησής του, η οποία βασιζόταν στην ανάπτυξη συστημάτων υγείας με επίκεντρο την ΠΦΥ.² Η Διακήρυξη της Alma-Ata, εκτός του ότι οριοθετεί τη σύγχρονη προσέγγιση της έννοιας της

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2014, 31(Συμπλ 1):7-12
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2014, 31(Suppl 1):7-12

Κ. Σουλιώτης

Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος
Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής - Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Strengthening and Enlarging Primary Health Care as an evidence-based public health option under resource constraints: the case of opioid addiction

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου:

Δημόσια υγεία
Εξαρτήσεις
Περιορισμοί πόρων
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
Ψυχική υγεία

ΠΦΥ, απαντά στη συνολική κοινωνική, επιστημολογική και οικονομική κρίση των συστημάτων υγείας, μέσα από ένα ολιστικό πρότυπο άσκησης πολιτικής υγείας και ιατρικής πρακτικής. Τονίζει την ανάγκη διαμόρφωσης πολιτικών και στρατηγικών που θα «...εισάγουν και ενσωματώσουν την ΠΦΥ ως μέρος ενός εκτεταμένου εθνικού υγειονομικού συστήματος, συντονισμένου με άλλους τομείς...», που να ολοκληρώνουν και πραγματοποιούν το όραμα για μια καλύτερη κοινωνία, για Υγεία για Όλους.² Ο «νέος» δε αυτός προσανατολισμός της συζήτησης γύρω από τις προτεραιότητες της πολιτικής υγείας προέκυψε στη βάση της διαπίστωσης ότι το επίπεδο υγείας του πληθυσμού επηρεάζεται καθοριστικά από το ευρύτερο περιβάλλον και τις στάσεις και συμπεριφορές των ατόμων καθώς ότι οι κλασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν περιορισμένα αποτελέσματα.³

Επιπλέον, η ΠΦΥ χαρακτηρίζεται ως «το πρώτο επίπεδο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας, παρέχοντας την πρωτοβάθμια περίθαλψη όσο εγγύτερα γίνεται, εκεί όπου τα άτομα ζουν και εργάζονται, και αποτελώντας την απαρχή μιας συνεχούς διαδικασίας περίθαλψης και φροντίδας υγείας».² Μια ακόμα συνεισφορά της συγκεκριμένης συνδιάσκεψης συνίσταται στη διατύπωση των θεμελιωδών αρχών της ΠΦΥ η οποία πλέον συνδέεται, μεταξύ άλλων, με τη μείωση του αποκλεισμού και των κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας με βάση τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πολιτών και την ενδυνάμωση της συμμετοχής των πολιτών στη λήψη αποφάσεων πολιτικής υγείας.

Η συζήτηση αυτή για την ΠΦΥ στην Άλμα Άτα σηματοδότησε την έναρξη ενός εκτεταμένου διαλόγου στο πλαίσιο του οποίου προέκυψαν διάφορες προσεγγίσεις για την ΠΦΥ, απόρροια των ιδιαίτερων κάθε φορά συνθηκών που επικρατούσαν τόσο όσον αφορά στην οργάνωση του συστήματος υγείας όσο και σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.⁴ Εξέλιξη αυτής της συζήτησης θεωρούνται οι στοχεύσεις που διατυπώθηκαν στην 34^η Σύνοδο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 1981 και εστιάζονταν στην πρόληψη, τις συμπεριφορές των ατόμων και στο εξωτερικό περιβάλλον, σε μια προσπάθεια επίτευξης της «Υγείας για όλους μέχρι το έτος 2000»,⁵ καθώς και οι συστάσεις που διατυπώθηκαν δεκαπέντε χρόνια αργότερα (Χάρτα της Λουμπλιάνας),⁶ οι οποίες προτείνουν την ενίσχυση του ρόλου της ΠΦΥ.

Πιο πρόσφατα (2008), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εμφατικά σημειώνει την ανάγκη για ενδυνάμωση της ΠΦΥ ως όχημα για την αναμόρφωση των συστημάτων υγείας και υποδεικνύει σχετικές παρεμβάσεις προς την κατεύθυνση της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού, της ανθρωποκεντρικής οργάνωσης των υπηρεσιών, του σχεδιασμού δημόσιων

πολιτικών που προάγουν την υγεία και της συμμετοχικής ηγεσίας που απαιτείται για την υλοποίησή τους με την ΠΦΥ στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας.⁷

Δημιουργείται έτσι σταδιακά μια φιλοσοφία, η οποία στηρίζεται στη σφαιρική αντίληψη ότι η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από την ΠΦΥ, με αποκέντρωση των οργανωτικών δομών του συστήματος και ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη στην πρόσβαση σε υπηρεσίες και την απόφαση, τελικά, υγείας. Βασίζεται δε και προϋποθέτει και τη συντονισμένη δράση πολλών άλλων τομέων της κοινωνικής οργάνωσης, πλέον του τομέα υγείας. Αυτή η πολυτομεακή προσέγγιση αναπτύσσεται παράλληλα με τη νέα αντίληψη περί «ολιστικής ιατρικής».

Σε επίπεδο αρχών, η πλέον σύγχρονη αντίληψη για την ΠΦΥ⁸ επικεντρώνεται στη συνέχεια στη φροντίδα, υπό την έννοια της διαχείρισης οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα υγείας στη διάρκεια του χρόνου, στην ολοκληρωμένη φροντίδα, δηλαδή τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ασθενούς και στον προσανατολισμό στον ασθενή και στην οικογένειά του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης κίνησης μέσα στο σύστημα.

Η τελευταία συνιστά και την πιο «γνωστή» ή αναγνωρίσιμη λειτουργία της ΠΦΥ, ως «πρώτου σημείου» επαφής με την επαγγελματική φροντίδα υγείας, η οποία μπορεί να μην αναφέρεται σε ιατρική φροντίδα αλλά σε φροντίδα άλλου επαγγελματία υγείας. Η λειτουργία αυτή περιλαμβάνει την αποσαφήνιση του αιτήματος, την παροχή πληροφοριών και συμβουλών, τη διάγνωση και, συχνά, τη θεραπεία.⁹ Έτσι, μέσω του ενιαίου συντονισμού των δομών του συστήματος και των διαδικασιών πρόσβασης σε αυτές, η ΠΦΥ μπορεί να διασφαλίσει το δικαίωμα της ίσης πρόσβασης σε ίδιες -και επαρκείς- φροντίδες υπέρ όλων των πολιτών.

2. ΒΑΣΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΦΥ: ΔΟΜΗ, ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

2.1. Δομή

Η δομή ενός συστήματος ΠΦΥ, το οποίο να πληροί τις προδιαγραφές που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη ενότητα και να μπορεί να ικανοποιήσει τις αρχές της ισότητας στην πρόσβαση σε συνεχές φροντίδας με ποιότητα και αποτελεσματικότητα, παραπέμπει στη λειτουργία ενός ενιαίου συστήματος ΠΦΥ, το οποίο λαμβάνει υπόψη όλες τις διαθέσιμες δομές, σε μια προσπάθεια προσαρμογής του στις

ανάγκες υγείας του πληθυσμού, όπως αυτές εξειδικεύονται ανάμεσα σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές αλλά και κοινωνικές ομάδες.

Σε ένα τέτοιο ενιαίο σύστημα ΠΦΥ, προτεραιότητα κατά τη χωροθέτηση των δομών και κατ' επέκταση των υπηρεσιών έχουν το μέγεθος και οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς, η προσβασιμότητα και το κόστος χρόνου των πολιτών, αλλά και το διαθέσιμο υγειονομικό προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών αυτών. Σε κάθε περίπτωση η δομή και η διασπορά των υπηρεσιών μέσα στο σύστημα ΠΦΥ πρέπει να εγγυάται την ευρύτατη δυνατή πρόσβαση των πολιτών, χωρίς δυσανάλογη οικονομική επιβάρυνση, στο πλέγμα εκείνο των υπηρεσιών που χαρακτηρίζονται ως «αναγκαίες» (essential) για την επίτευξη και διατήρηση της καλής υγείας.

Υπό το πρίσμα αυτό, η τομεοποίηση και η αποκέντρωση των υπηρεσιών ΠΦΥ θεωρείται ότι ενέχει πολλά πλεονεκτήματα όπως π.χ. τη δυνατότητα συγκέντρωσης πρόσθετων πόρων πέραν αυτών που ελέγχονται κεντρικά, την εισαγωγή πιο αποδοτικών και αποτελεσματικών μηχανισμών διαχείρισης των πόρων αυτών και την επίτευξη της απαιτούμενης ισορροπίας στο τρίπτυχο: δαπάνες υγείας - υγειονομικοί πόροι - ανάγκες υγείας του πληθυσμού, την άμεση επαφή του συστήματος ΠΦΥ με το τοπικό στοιχείο και τις ιδιαιτερότητές του καθώς και την ανάπτυξη δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού προσαρμοσμένες στο επίπεδο της τοπικής κοινότητας.^{10,11}

Με τον τρόπο αυτό η ΠΦΥ εξελίσσεται σε ένα υπο-σύστημα, στο οποίο οι αποφάσεις προκύπτουν μέσα από ένα κλίμα «συνυπευθυνότητας» του κρατικού μηχανισμού και της αποκεντρωμένης διοίκησης όσον αφορά στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, την ανάπτυξη των δομών, τους μηχανισμούς ελέγχου και την κατανομή των πόρων σύμφωνα με τις τοπικές ανάγκες υγείας. Ωστόσο, ενώ σε επίπεδο δομής η παραπάνω περιφερειακή λογική φαίνεται ότι αποτελεί την κυρίαρχη επιλογή στον αναπτυγμένο κόσμο, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος και κάλυψης των αναγκών υγείας των πολιτών παρουσιάζει σημαντικές διαφορές από χώρα σε χώρα.

2.2. Οργάνωση και λειτουργία

Προκειμένου να ικανοποιηθούν -στο μέτρο του δυνατού- οι αρχές και οι στόχοι της ΠΦΥ, οι κυβερνήσεις, στις περισσότερες περιπτώσεις, έχουν επιλέξει τη διαμόρφωση ενός βασικού πακέτου υπηρεσιών το οποίο παρέχεται κάτω από ένα ενιαίο πλαίσιο πρόσβασης σε αυτό, με σημείο αναφοράς τον οικογενειακό ιατρό και στη βάση της λογικής του δικτύου των φορέων ΠΦΥ. Επιπρόσθετα, οι σύγχρονες

προσεγγίσεις της ΠΦΥ θέλουν την υιοθέτηση ενός πλουραλιστικού συστήματος αποζημίωσης των φροντίδων -ιδίως αυτών που παρέχονται υπό ασφαλιστική κάλυψη- στη βάση της τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητάς τους ή/και της επίτευξης ειδικών στόχων όπως π.χ. η τήρηση βάσεων δεδομένων και υλοποίηση δράσεων πρόληψης και προαγωγής υγείας.¹²

Υπό μία τέτοια οπτική, οι δομές ΠΦΥ καλούνται να προσδιορίσουν τομείς προτεραιότητας για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους, να αναπτύξουν παρεμβάσεις για αλλαγή συμπεριφοράς των ασθενών (π.χ. τη διακοπή καπνίσματος, την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, τη βελτίωση της διατροφής, τον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου και των καρδιαγγειακών νοσημάτων, την υποστήριξη της αυτό-διαχείρισης στις χρόνιες ασθένειες κ.ά.), να υλοποιήσουν προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας στην κοινότητα προσαρμοσμένα στις διαπιστωμένες ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης τους, να ενδυναμώσουν την ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα σχετικά με την υγεία τους και να αναπτύξουν ευρύτερες συμμαχίες με άλλες δομές, σε μια πλουραλιστική λογική η οποία κρίνεται απαραίτητη για την επίτευξη των παραπάνω.¹³

Ένα άλλο βασικό συστατικό των συστημάτων ΠΦΥ αφορά στις διαδικασίες πρόσβασης στις διαθέσιμες υπηρεσίες, όπου η επιλογή του οικογενειακού ιατρού ως σημείου αναφοράς συναντάται σε πολλές περιπτώσεις.¹⁴ Στο πλαίσιο του θεσμού, οι παρεχόμενες υπηρεσίες προσφέρονται σε συνεχή βάση, σε όλες τις περιπτώσεις, σε όλους τους ασθενείς, όλες τις ώρες, ακόμα και στο σπίτι του ασθενούς όποτε χρειάζεται και σε ένα συνολικό πλαίσιο που περιλαμβάνει περίθαλψη, αποκατάσταση και υποστήριξη.¹⁵ Η επιλογή του είναι συνήθως ελεύθερη, καθώς ο οικογενειακός ιατρός αντιπροσωπεύει το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας, αλλά και υποστήριξης της “κυκλοφορίας” του μέσα σε αυτό.

Τονίζεται ότι στο πλαίσιο των καθηκόντων του ο οικογενειακός ιατρός, μεταξύ άλλων, καλείται να εντοπίσει συμπεριφορές που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία των πολιτών (κάπνισμα, αλκοόλ, φυσική κατάσταση, βάρος σώματος, διατροφή, εξαρτήσεις κ.λπ.) και να διαχειριστεί μείζονες παράγοντες κινδύνου, αξιολογούμενος από τα επιτεύγματά του στα παραπάνω.¹² Σε αυτό, αλλά και στο σύνολο των δράσεων της ΠΦΥ, πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν επίσης οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτες, φαρμακοποιοί, φυσιοθεραπευτές, μαίες, ψυχολόγοι κ.ά.).

Επιπλέον, υπογραμμίζεται ότι η διαρκής αύξηση των ασθενών με χρόνια νοσήματα και η συνακόλουθη δέσμευση

ολοένα και περισσότερων πόρων γι' αυτά, έχει αναδείξει σε προτεραιότητα της ΠΦΥ τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, μεταξύ των οποίων τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος, ο διαβήτης και τα ψυχικά νοσήματα. Το υπόδειγμα οργάνωσης της ΠΦΥ όσον αφορά τα χρόνια νοσήματα διαφέρει από χώρα σε χώρα. Για παράδειγμα, εκεί όπου η διεπιστημονική συνεργασία έχει επικρατήσει (π.χ. Ηνωμένο Βασίλειο, Σουηδία και αλλού), ο ρόλος των νοσηλευτών στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων είναι πιο σημαντικός σε σχέση με συστήματα με περισσότερο ιατροκεντρικό προσανατολισμό (π.χ. Γερμανία).

Η πιο τεκμηριωμένη επιλογή, πάντως, αφορά στην ανάπτυξη δικτύων διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων, με επικέντρωση στη συνέχεια της φροντίδας και με στόχο την αναστολή της προόδου της νόσου και την αποφυγή μελλοντικών επεισοδίων, αντί της μεμονωμένης αντιμετώπισης των επεισοδίων ή των εξάρσεων. Στην ανάπτυξη των δικτύων αυτών κεντρικό ρόλο έχουν ο οικογενειακός ιατρός και οι ιατροί σχετικών ειδικοτήτων, αλλά και άλλοι επιστήμονες υγείας (Ομάδα Διαχείρισης Χρόνιων Παθήσεων), που θα είναι υπεύθυνοι για τη συνολική διαχείριση των ασθενών τους.¹⁶

Σε επέκταση της λογικής αυτής, βασικό συστατικό οργάνωσης της ΠΦΥ είναι η ευρεία χρονική διαθεσιμότητα των δομών (24ωρη υποστήριξη στη βάση γεωγραφικού σχεδιασμού), η ανάπτυξη της κατ' οίκον φροντίδας^{13,16} με την ενεργοποίηση ειδικής ομάδας παροχής υπηρεσιών η οποία εφαρμόζει ένα εξατομικευμένο «σχέδιο φροντίδας», η τήρηση ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου (ή αλλιώς ατομικού αρχείου υγείας) και η διαμόρφωση ενός Βασικού Ιατρικού Ιστορικού κάθε ασθενή (Patient Summary) το οποίο υποστηρίζεται από τη χρήση έξυπνων καρτών, η πιστοποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων με εφαρμογή ειδικών εργαλείων και η υιοθέτηση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών για τη φροντίδα υγείας στην ΠΦΥ.

Όπως γίνεται αντιληπτό από τα παραπάνω, οι επιμέρους αυτές επιλογές αντανakλούν μια τάση που εμφανίζεται διεθνώς, η οποία αναφέρεται στη η μετατόπιση του κέντρου βάρους των συστημάτων υγείας στην ΠΦΥ, όπου, υπό τις κατάλληλες συνθήκες, επιτυγχάνονται έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία με καλύτερα ελεγχόμενο κόστος.

3. ΔΙΕΥΡΥΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΑΤΖΕΝΤΑ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ

Η διεύρυνση του πεδίου της ΠΦΥ βρίσκει παραδοσιακά ισχυρή τεκμηρίωση στη διεθνή βιβλιογραφία και πρακτική¹⁷ καθώς φαίνεται πως υπάρχει ευρεία συναίνεση όσον αφορά στον ορισμό της ως πύλης εισόδου στο σύστημα υγείας,

όχι με την παραδοσιακή προσέγγιση που εκλαμβάνει τη συγκεκριμένη λειτουργία περιοριστικά (π.χ. gatekeeping), αλλά με μια οπτική που εστιάζει περισσότερο στο συντονισμό και την υποστήριξη της κίνησης του πολίτη στα διάφορα επίπεδα φροντίδας υγείας. Επιπλέον, η διεύρυνση της ΠΦΥ συνίσταται στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας (πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση), η οποία καλύπτει αφ' ενός τα συνήθη προβλήματα και καταστάσεις υγείας και αφ' ετέρου επιλεγμένα χρόνια νοσήματα, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που αφορούν την ψυχική υγεία, τις εξαρτήσεις κ.λπ.

Ειδικά ως προς την τελευταία διάσταση, σημειώνεται ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συστήνει την ολοκλήρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσω της ΠΦΥ, τόσο για λόγους βελτιστοποίησης της διαχείρισης των πόρων και της ποιότητας ζωής των ασθενών όσο και για την αποτροπή του «στίγματος» που συχνά συνοδεύει τους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα.^{18,19} Η αναγκαιότητα δε αυτή καθίσταται ακόμα μεγαλύτερη σε ένα περιβάλλον περιορισμένων πόρων και υψηλών αναγκών, όπως για παράδειγμα ισχύει στην περίπτωση της Ελλάδας, όπου πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα²⁰ καταγράφουν αξιοσημείωτη αύξηση της κατάθλιψης από την έναρξη της οικονομικής κρίσης μέχρι και σήμερα.

Υπό την ίδια οπτική και λαμβάνοντας υπόψη τις αντίστοιχες αυξητικές τάσεις που διαφαίνονται στο θέμα των εξαρτήσεων, οι οποίες ούτως ή άλλως έχουν ήδη αναγνωριστεί διεθνώς ως ψυχική διαταραχή, συστήνεται η επέκταση της διαχείρισης της θεραπείας των ατόμων με εξάρτηση (π.χ. από οπιοειδή) στις δομές ΠΦΥ, πρόταση η οποία τεκμηριώνεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες διεθνών οργανισμών.²¹⁻²³ Άλλωστε, το επιτυχημένο σε πολλές χώρες παράδειγμα της ψυχικής υγείας, υποδεικνύει μια αντίστοιχη παρέμβαση και στο θέμα των εξαρτήσεων από οπιοειδή,^{24,25} παραπέμποντας στην ευρύτερη συζήτηση γύρω από την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας.^{9,26,27}

Ωστόσο, παρά την ισχυρή τεκμηρίωση τόσο σε όρους επιστημονικούς όσο και σε όρους κοινωνικούς, η μετάβαση από ένα στενά οριοθετημένο περιβάλλον το οποίο συχνά εγκλωβίζεται στην έννοια της «περίθαλψης» σε μια ευρεία οπτική ΠΦΥ, η οποία θα επιτρέπει παρεμβάσεις από την πρόληψη μέχρι την αποκατάσταση ακόμη και σε τόσο ειδικές ομάδες ασθενών, προϋποθέτει μια σειρά από ενδιάμεσες δράσεις. Σε πρακτικό επίπεδο απαιτούνται, πέραν των θεσμικών ρυθμίσεων, προγράμματα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας που θα συγκροτήσουν τις «Ομάδες Υγείας»^{3,13,28} που θα αναλάβουν τη διαχείριση μέρους των ασθενών με εξάρτηση από οπιοειδή σε επίπεδο ΠΦΥ. Επιπλέον είναι αναγκαία η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση

του πληθυσμού αναφοράς, με τον οποίο άλλωστε οι δομές και οι επαγγελματίες της ΠΦΥ έχουν προνομιακή σχέση²⁹ και, στη βάση αυτή, μπορούν να οικοδομήσουν ευρύτερες συμμαχίες σε επίπεδο κοινότητας.

Τα άρθρα που ακολουθούν αποσκοπούν στο να εξειδικεύσουν την παραπάνω συζήτηση σε ένα τεχνικό - επιστημονικό

επίπεδο, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα της διαχείρισης της εξάρτησης από οπιοειδή: από τις υγειονομικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, στη θεραπεία και την υποστήριξη στην κοινότητα. Όπως είναι προφανές, η συζήτηση υπεισέρχεται και σε θέματα πολιτικής υγείας, καθώς αυτή καθ' εαυτή η λήψη αποφάσεων στη βάση δεδομένων και τεκμηρίων, συνιστά πρώτιστα μια πολιτική επιλογή.

ABSTRACT

Strengthening and Enlarging Primary Health Care as an evidence-based public health option under resource constraints: the case of opioid addiction

K. SOULIOTIS

*Department of Social and Educational Policy, Faculty of Social and Political Sciences,
University of Peloponnese, Corinth, Greece*

*Center for Health Services Research, Department of Hygiene, Epidemiology & Medical Statistics,
Medical School, University of Athens, Athens, Greece*

Archives of Hellenic Medicine 2014, 31(Suppl 1):7-12

This article discusses the evolution in the concept of primary health care from the introduction of its principles, priorities and organizational structure at the WHO Alma Ata World Health Assembly 1978 to the current shift to primary care enlargement to encompass service provision across all health care sectors. It assesses specific characteristics of primary care such as decentralization of service provision, underlining its benefits in terms of achieving balance in managing health expenditures with available health resources to meet population health needs, given its responsiveness to local circumstances and flexibility in decision making. The article also addresses basic primary health care organization and function issues as well as contemporary trends, such as reimbursement for services on the basis of achieved outcomes, definition of specific patient access processes and focus on chronic diseases, due to an increasing prevalence and consequent cost. Overall, it builds a case for enlarging the primary health care agenda to cover mental health and substance use disorders, where the current focus on primary care delivery of services constitutes not only a literature review finding but also a key recommendation of international health policy bodies and institutions.

Key words: primary health care, public health, resource constraints, mental health, dependence

Βιβλιογραφία

1. ΦΙΛΑΛΛΗΘΗΣ Τ. 30 χρόνια μετά την Άλμα-Άτα: ένα νέο ξεκίνημα για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2008, 20: 108-110.
2. WHO. Declaration of Alma Ata, International Conference of Primary Health Care. Alma Ata, USSR. 6-12 September 1978. Available at: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1
3. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. *Υπηρεσίες Υγείας*. Εκδόσεις Οδυσσέας / Νέα Υγεία, Αθήνα, 2008.
4. RUBY G. *Definitions of Primary Care*. Institute of Medicine, Washington DC, 1977.
5. WHO. Global strategy for health for all. WHO, Geneva, 1981. Available at: <http://www.who.int/publications/9241800038.pdf>
6. WHO. The Ljubljana charter on reforming health care. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf?ua=1
7. WHO. The world health report. Primary health care: now more than ever. Geneva, 2008. Available at: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
8. JOHNS HOPKINS SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. *Measurement of primary care: report on the Johns Hopkins primary care assessment tool*. Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore MD, 2012.
9. SOULIOTIS K, LIONIS C. Creating an integrated health care system: a primary care perspective. *J Med Syst* 2005, 29:187-196
10. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΛΙΟΝΗΣ Χ. Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου. *Αρχ Ελλην Ιατρ* 2003, 20:466-476.
11. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. Η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από την τοπική αυτοδιοίκηση: πολυτέλεια ή ανα-

- γκαιότητα; *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2007, 19:170-177.
12. LIONIS C, TSIRAKI M, BARDIS V, PHILALITHIS A. Seeking quality improvement in primary care in Crete, Greece: the first actions. *Croat Med J* 2004,45:599-603.
 13. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΘΗΡΑΙΟΣ Ε, ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ Δ, ΠΑΠΑΔΑΚΑΚΗ Μ, ΤΣΑΝΤΙΛΑΣ Π, ΤΣΙΡΩΝΗ Μ ΚΑΙ ΣΥΝ. *Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ)*. Επισημονική Επιτροπή για την Υποστήριξη της Μεταρρύθμισης της ΠΦΥ. Αθήνα, 2013.
 14. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΛΙΟΝΗΣ Χ. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και γενική ιατρική: η ασφαλιστική δικλείδα για την υψηλή ποιότητα στη φροντίδα υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2000, 12:167-168.
 15. BOERMA WGW. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RB (ed), Rico A(ed), Boerma WGW(ed). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, UK, 2006.
 16. ARNNL. Staying close to home - ARNNL's recommendations to the Department of Health and Community Services Long Term Care and Community Support Services strategy. ARNNL, Newfoundland 2010. Available at: <http://www.arannl.ca/documents/publications/StayingCloseToHome-RecommendationsForLTCCSS-2010.pdf>
 17. STARFIELD B. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. Oxford University Press, New York, 1998.
 18. WHO. *Improving health systems and services for Mental Health*. WHO, Geneva, 2009.
 19. ECONOMOU M, RICHARDSON C, GRAMANDANI C, STALIKAS A, STEFANIS C. Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *Int J Soc Psychiatry* 2009,55:361-371.
 20. ΕΠΙΨΥ. *Πανελλαδική μελέτη: η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού*. ΕΠΙΨΥ, Αθήνα, 2013.
 21. WHO. *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. WHO, Geneva, 2009. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/index.html
 22. WHO AND UNODC. *Joint Programme on drug dependence treatment and care*. Vienna, 2009.
 23. UNODC. *Treatnet: working towards evidence-based drug dependence treatment and care*. UNODC, Vienna, 2010. Available at: http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochures/10-50007_E_ebook.pdf
 24. SOULIOTIS K. *Caring for opioid dependence under economic crisis: the "analogy" idea*. Global Addiction and EUROPAD Joint Conference. Pisa, Italy, 2013.
 25. ADDICTIONS ONTARIO, CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION, ONTARIO FEDERATION OF COMMUNITY OF ONTARIO MENTAL HEALTH AND ADDICTION PROGRAMS *Opening doors in primary health care: strengthening the interface between mental health and addiction service providers and primary health care*. Ontario Federation of Community of Ontario Mental Health and Addiction Programs Ontario, 2010.
 26. SOULIOTIS K, TOUNTAS Y. *Integrating care financing to streamline health care provision: establishing a National Health Fund in Greece*. In: *Challenge four: implementation strategies: what strategies are required at a system level to support the adoption of integrated care solutions 'at scale'?* 13th International Conference on Integrated Care, Berlin, 2013.
 27. LIONIS C, SYMVOULAKIS EK, MARKAKI A, VARDAVAS C, PAPANAKAKI M, DANILIDOU N ET AL. *Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review*. *Int J Integr Care* 2009, 9: e88.
 28. MALLIORI M. *Mental and physical health: A holistic approach*. *Psychiatrike* 2008, 19:350-354.
 29. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΛΙΟΝΗΣ Χ, ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. *Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη δημόσια υγεία*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2010.
- Corresponding author:*
- K. Souliotis, Center for Health Services Research, Medical School, University of Athens, 25 Alexandroupoleos St., GR-115 27, Athens, Greece
e-mail: soulioti@hol.gr