

Η σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) εισήχθη επίσημα το 1978 σε μία διάσκεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ)/UNICEF στην Άλμα Άτα της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, στην οποία εκπροσωπούνταν 150 περίπου κυβερνήσεις. Η Διακήρυξη της Άλμα Άτα (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 1978) προσδιορίζει την ΠΦΥ ως εξής:

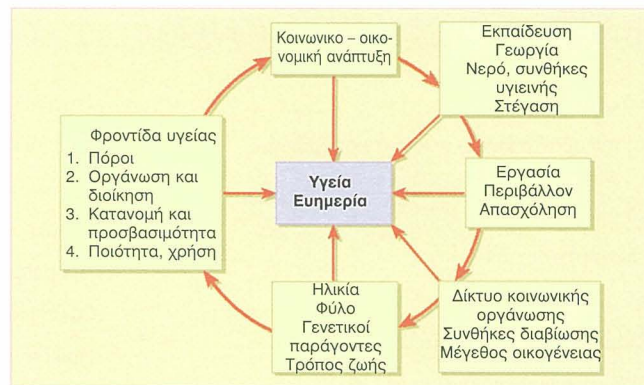
Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί βασική φροντίδα υγείας, η οποία βασίζεται σε χρήσιμες, επιστημονικά και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία, καθολικά προσβάσιμα για τα άτομα και τις οικογένειες της κοινότητας, σε κόστος το οποίο η κοινότητα και η χώρα μπορούν να αντέξουν σε κάθε φάση της ανάπτυξής τους, μέσα σε πνεύμα αυτάρκειας και αυτοδιάθεσης. Συνιστά αναπόσπαστο τμήμα τόσο του συστήματος υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί κεντρική λειτουργία και κύριο στόχο, όσο και της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα εκεί που οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και συνιστά το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας φροντίδας της υγείας.

Η Διακήρυξη της Άλμα Άτα αναγνώρισε δέκα δραστηριότητες ως θεμελιώδη στοιχεία της ΠΦΥ (Πίνακας 1). Όπως φαίνεται, η γενική ιατρική αποτελεί ένα μόνο στοιχείο αυτού του ευρύτερου ορισμού (Πλαίσιο 1). Η Διακήρυξη εμπεριέχει σημαντικές κοινωνικο-πολιτικές παραμέτρους, οι οποίες δεν απευθύνονται μόνο στην αντιμετώπιση νοσημάτων – αλλά και εξασφαλίζουν δίκαιη πρόσβαση σε μια κατάσταση ευημερίας για όλους τους πολίτες. Αναγνωρίζει τις καθοριστικές κοινωνικές, οικονομικές και περιβαλλοντικές συνιστώσες της υγείας και τονίζει τη σημασία της συμμετοχής της κοινότητας. Επίσης παραδέχεται ότι η προαγωγή της υγείας οφείλεται κυρίως σε δράσεις και ενέργειες πέραν του τομέα της υγείας (Εικ. 1).

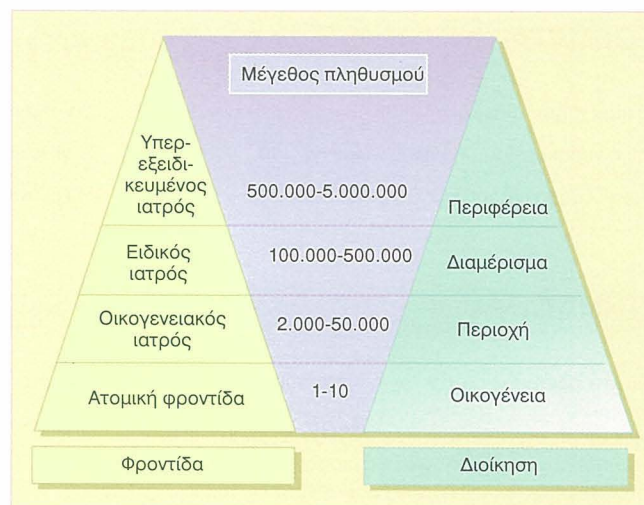
Οι Fry και Sandler (1993) περιέγραψαν

Πλαίσιο 1 Προσδιορίζοντας την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
<ul style="list-style-type: none"> ■ Να βασίζεται σε αρχές: αξιοπρέπεια, ισότητα, αλληλεγγύη και ηθική ■ Να προστατεύει και να προάγει την υγεία ■ Να έχει ως επίκεντρο τον άνθρωπο αλλά να επιτρέπει την αυτοδυναμία ■ Να εστιάζει στην ποιότητα συμπεριλαμβανομένης της σχέσης κόστους/αποτελεσματικότητας ■ Να διαθέτει επαρκή και σταθερά κονδύλια, με σκοπό την καθολική κάλυψη και την ισότιμη πρόσβαση

Πηγή: Καταστατικός χάρτης της Ljubljana, ΠΟΥ, υιοθετημένος από την ΕΕ (1996)



Εικ. 1 Καθοριστικοί παράγοντες της υγείας. Tarimo και Webster (1994).



Εικ. 2 Επίπεδα φροντίδας και διοίκησης. Πηγή: Fry και Sandler (1993)

τέσσερα επίπεδα φροντίδας και διοίκησης σε όλα τα συστήματα φροντίδας υγείας, τα οποία σχετίζονται με το μέγεθος του πληθυσμού και με τη φύση των νοσημάτων, καθώς και με άλλα προβλήματα σε κάθε επίπεδο (Εικ. 2). Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχει το πρώτο επίπεδο επαγγελματικής φροντίδας εντός μιας περιοχής ή κοινότητας, καταλαμβάνοντας τον χώρο μεταξύ ατομικής φροντίδας και νοσοκομειακής δευτεροβάθ-

μιας (εξειδικευμένης) και τριτοβάθμιας (υπερεξειδικευμένης) φροντίδας.

Η ΠΦΥ μπορεί να εξεταστεί με τέσσερις τρόπους (Vuori 1986):

1. ως ένα σύνολο δράσεων: όπως σκιαγραφήθηκε στη Διακήρυξη της Άλμα Άτα (Πίνακας 1).
2. ως ένα επίπεδο φροντίδας: με την ΠΦΥ να είναι το τμήμα εκείνο του συστήματος υγείας στο οποίο αρχικά προσφεύγουν οι άνθρωποι όταν αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα υγείας.
3. ως μια στρατηγική για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας: οριζόμενη ως φροντίδα προσβάσιμη, σχετική με τις ανάγκες του πληθυσμού, λειτουργικά ενσωματωμένη, βασισμένη στη συμμετοχή της κοινότητας, αποτελεσματική ως προς το κόστος και χαρακτηριζόμενη από συνεργασία μεταξύ όλων των τομέων της κοινωνίας. Αυτό μπορεί, επίσης, να απαιτήσει επαναπροσανατολισμό του υγειονομικού προσωπικού και των κονδυλίων από την τριτοβάθμια και δευτεροβάθμια στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
4. ως μια φιλοσοφία που πρέπει να διέπει ολόκληρο το σύστημα φροντίδας υγείας:

Πίνακας 1 Θεμελιώδη στοιχεία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
<ul style="list-style-type: none"> ■ Εκπαίδευση σε θέματα υγείας ■ Ανίχνευση και έλεγχος των κύριων προβλημάτων υγείας ■ Προμήθεια τροφίμων και σωστή διατροφή ■ Παροχή ασφαλούς νερού και βασικών συνθηκών υγιεινής ■ Φροντίδα υγείας για τη μητέρα και το παιδί, καθώς και οικογενειακός προγραμματισμός ■ Ανοσοποίηση ■ Πρόληψη και έλεγχος ενδημικών νόσων ■ Κατάλληλη αντιμετώπιση συνήθων νοσημάτων και κακώσεων ■ Προαγωγή της ψυχικής υγείας ■ Προμήθεια των βασικών φαρμάκων

Πηγή: Tarimo και Webster (1978)

η πεμπτουσία του κινήματος της ΠΦΥ. Μια χώρα μπορεί να ισχυρίζεται ότι ασκεί ΠΦΥ μόνο εάν συνολικά το σύστημα φροντίδας υγείας χαρακτηρίζεται από κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα, διεθνή αλληλεγγύη, υπευθυνότητα και αποδοχή του ευρύτερου ορισμού της υγείας.

Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Ο γιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει πολλαπλούς ρόλους (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 1971):

- να παρέχει συνεχή και πλήρη φροντίδα
- να παραπέμπει σε ειδικούς ιατρούς ή/και υπηρεσίες του νοσοκομείου
- να συντονίζει τις υπηρεσίες υγείας προς όφελος του ασθενούς
- να καθοδηγεί τον ασθενή εντός του δικτύου κοινωνικής πρόνοιας και υπηρεσιών δημόσιας υγείας
- να παρέχει την καλύτερη δυνατή υγεία και τις καλύτερες κοινωνικές υπηρεσίες με βάση τα οικονομικά δεδομένα.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο (UK) οι γιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι γνωστοί ως γενικοί ιατροί (general practitioners)(Πλαίσιο 2). Ο όρος “φύλακας των πυλών του συστήματος υγείας” χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει τον ρόλο του γενικού ιατρού στον έλεγχο της πρόσβασης του ασθενούς σε εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Προκειμένου να ανταπεξέλθει σε αυτές τις λειτουργίες, ο γιατρός χρειάζεται τέσσερις δεξιότητες που χαρακτηρίζουν τη γενική ιατρική (Mc Whinney 1997):

1. ικανότητα επίλυσης διαφοροδιαγνωστικών προβλημάτων στα πλαίσια μιας συνεχούς προσωπικής σχέσης με τα άτομα και τις οικογένειες
2. ικανότητα πρόληψης – η αναγνώριση κινδύνων και πρώιμων ευρημάτων σε ασθενείς που είναι γνωστοί στον γιατρό
3. θεραπευτικές δεξιότητες – η χρησιμοποίηση της σχέσης ιατρού – ασθενούς για τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας όλων των μορφών θεραπειών
4. ικανότητα διαχείρισης – η κατανομή των πόρων της κοινότητας και του συστήματος υγείας προς όφελος των ασθενών.

Καθώς η διδασκαλία και η έρευνα αποτελούν πλέον δραστηριότητες δεσπόζουσας σημασίας στην ΠΦΥ, οι γιατροί οφείλουν στο εξής ν’ αποκτούν δεξιότητες και σε αυτά τα πεδία.

Τα οφέλη απ’ την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η αναμόρφωση των υπηρεσιών υγείας στο Ην. Βασίλειο αλλά και σε όλο τον κόσμο προσανατολίζεται προς υπηρεσίες επικεντρωμένες στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Τα διαθέσιμα στοιχεία υποστηρίζουν ευρέως αυτήν τη μεταστροφή, αλλά παράλληλα αναδεικνύουν και τους περιορισμούς από την υποκατάσταση της δευτεροβάθμιας φροντίδας. Ο Starfield (1992) ανακεφαλαίωσε την κατάσταση στην πρωτοβάθ-

Πλαίσιο 2 Ορισμός του γενικού ιατρού

- Παρέχει προσωπική, πρωτοβάθμια και συνεχή ιατρική φροντίδα σε άτομα και οικογένειες
- Λαμβάνει μια πρώτη απόφαση για κάθε πρόβλημα που παρουσιάζεται
- Συμβουλευτείται ειδικούς γιατρούς όταν είναι απαραίτητο
- Παρεμβαίνει με σκοπό την προαγωγή της υγείας
- Λαμβάνει κλινικές αποφάσεις με βάση τις προγενέστερες πιθανότητες νόσησης
- Έχει συμβουλευτικό ρόλο για τον ασθενή
- Έχει ρητή ευθύνη για την υγεία της κοινότητας

Πηγές: Βασιλικό Κολέγιο των Γενικών Ιατρών 1992. WONCA Europe 2002

Πλαίσιο 3 Χαρακτηριστικά της γενικής ιατρικής και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Γενική ιατρική

- Επίκεντρο η νόσος:
- Άτομα και οικογένειες
 - Πρώτη επαφή
 - Τοπική και προσβάσιμη
 - Μικρής κλίμακας δυνατότητες
 - Ανεκτική στην αβεβαιότητα
- Τα τρία Σ: Συνέχεια, συντονισμός, συνεχής φροντίδα

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

- Επίκεντρο οι τοπικές κοινότητες:
1. Κατά τόπους κοινότητες που χρησιμοποιούν τις κατά τόπους γνώσεις
 2. Ενδιαφέρεται για παράγοντες καθοριστικούς για την υγεία
 - Κοινωνικό – οικονομικούς
 - Περιβαλλοντικούς
 3. Ενισχύει τις κοινότητες προκειμένου να ελέγξουν / επηρεάσουν τους καθοριστικούς για την υγεία παράγοντες
 4. Ρόλο-κλειδί έχει η εκπαίδευση και η πρόληψη

μία φροντίδα υγείας σε ένδεκα δυτικές κοινωνίες στα εξής συμπεράσματα:

- Ο εντονότερος προσανατολισμός προς την πρωτοβάθμια φροντίδα είναι πιθανόν να παρέχει σε έναν πληθυσμό καλύτερη υγεία με χαμηλότερο κόστος.
- Η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν είναι απαραίτητα συνώνυμη της “διαχειριστικής” φροντίδας (η οποία περιορίζει τις ιατρικές επιλογές στη διερεύνηση, την παραπομπή και τη θεραπεία).
- Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία είναι γενικά υψηλότερες σε χώρες όπου τα συστήματα υγείας έχουν αφεθεί στις αλλοπρόσαλλες δυνάμεις της αγοράς.
- Τα συστήματα της ελεύθερης αγοράς εμφανίζονται να έχουν μεγαλύτερο κατά κεφαλήν κόστος νοσηλείας και υψηλότερες κατά κεφαλήν δαπάνες για φάρμακα.
- Ο περιορισμός των ειδικών ιατρών* στα νοσοκομεία και η αμοιβή τους μέσω μισθού “σχετίζονται” σε γενικές γραμμές με συνολικά καλύτερη λειτουργία των συστημάτων υγείας για τον πληθυσμό.
- Ο έλεγχος της εγκατάστασης των γιατρών και η ισότιμη κατανομή τους στον πληθυσμό σχετίζονται γενικά με καλύτερη λειτουργία του συστήματος υγείας.

Η εξέλιξη που ο Starfield διαβλέπει για την ΠΦΥ, τονίζοντας τα ισχυρά της σημεία, είναι: φροντίδα πρώτης γραμμής, συνεχής,

πλήρης και συντονισμένη. Περισσότερες λεπτομέρειες δίνονται στις σελίδες 10 και 11.

Άλλες διεθνείς μελέτες διαπίστωσαν συσχέτιση ανάμεσα στη διαθεσιμότητα της ΠΦΥ και την έκβαση της υγείας (συμπεριλαμβανομένης της μειωμένης χρήσης του νοσοκομείου), την ικανοποίηση του ασθενούς και το μειωμένο κόστος για την υγεία.

Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι από την κατανομημένη φροντίδα (μεταξύ γενικών γιατρών και ειδικών συναδελφών τους στα νοσοκομεία) αφρελούνται ασθενείς με άσθμα, υπέρταση και καρκίνους της παιδικής ηλικίας. Τα στοιχεία, ωστόσο, για τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας στην αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι αμφιλεγόμενα. Υπάρχουν ενδείξεις ότι αν και η ικανοποίηση των ασθενών και η επίγνωση της κατάστασής τους μπορεί να είναι μεγαλύτερη, το επίπεδο της ρύθμισής τους είναι πτωχότερο από εκείνο που προκύπτει κατά την αντιμετώπισή τους στο νοσοκομείο.

Αν και μεγάλο μέρος του πολιτικού ενδιαφέροντος για την ΠΦΥ σε όλο τον κόσμο οφείλεται στην ανάσχεση του κόστους, που πλέον βρίσκεται στην ημερήσια διάταξη όλων των διασκέψεων, οι υπηρεσίες με επίκεντρο την πρωτοβάθμια φροντίδα δεν είναι πάντα φθηνότερες από τις υπηρεσίες που βασίζονται στη νοσοκομειακή φροντίδα.

*Σημ.τ.Ε: με τον όρο “ειδικός ιατρός” εννοούνται στο κείμενο οι ιατροί ειδικότητας (ορθοπαιδικοί, ενδοκρινολόγοι κ.λπ.)

Πρωτοβάθμια φροντίδα

- Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να γίνει αντιληπτή ως ένα σύνολο δράσεων και ενεργειών, ένα επίπεδο φροντίδας, μια στρατηγική για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας ή μια φιλοσοφία που πρέπει να διέπει συνολικά το σύστημα φροντίδας υγείας.
- Ο γενικός γιατρός έχει ρόλο κλειδί ως “φύλακας των πυλών του συστήματος υγείας” στον έλεγχο της πρόσβασης των ασθενών σε εξειδικευμένες υπηρεσίες.
- Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί πρώτη γραμμή, συνεχή, πλήρη και συντονισμένη φροντίδα.
- Τα συστήματα υγείας με εντονότερο προσανατολισμό προς την πρωτοβάθμια φροντίδα τείνουν να παρέχουν σε έναν πληθυσμό καλύτερη υγεία με χαμηλότερο κόστος.

Επισκόπηση και φιλοσοφία της γενικής ιατρικής

Η γενική ιατρική αποτελεί κλινική ιατρική, η οποία ασκείται στην κοινότητα, και στον πυρήνα της βρίσκεται η αναζήτηση ιατρικής συμβουλής (consultation) του ασθενή από τον γιατρό. Ο Sir James Spence (1960) περιέγραψε την ιατρική συμβουλή – ιατρική επίσκεψη (consultation) ως εξής:

Η ουσία της γενικής ιατρικής γίνεται αντιληπτή όταν στον απομονωμένο χώρο του ιατρείου ή του δωματίου του ασθενούς, ένα πρόσωπο το οποίο νοσεί ή πιστεύει ότι νοσεί, αναζητά τη συμβουλή ενός γιατρού, τον οποίο εμπιστεύεται. Αυτό είναι μια ιατρική συμβουλή – ιατρική επίσκεψη (consultation) και καθετί άλλο στην άσκηση της ιατρικής προέρχεται απ' αυτό. Σκοπός αυτής της ιατρικής συμβουλής – ιατρικής επίσκεψης (consultation) είναι ο γιατρός, έχοντας εκτιμήσει τα υπάρχοντα στοιχεία, να εξηγήσει και να συμβουλευτεί.

Ο όρος "γενικός ιατρός" (general practitioner) άρχισε να χρησιμοποιείται στις αρχές του 19ου αιώνα και αυτή η εμφάνιση των γιατρών διατάραξε τη μακρά σταθερότητα στην παροχή ιατρικής φροντίδας στη Βρετανία. Τα αντίστοιχα πεδία του πολυμαθούς ιατρού, του "τεχνίτη" χειρουργού και του καταστηματαρχή φαρμακοποιού ήταν ήδη καλά οριοθετημένα και αυστηρά τηρούμενα. Ο Νόμος περί Ιατρικής του 1858 καθιέρωσε κοινή εκπαίδευση για όλους τους ιατρούς. Ο επιστημονικός κλάδος της γενικής ιατρικής στη Βρετανία αναπτύχθηκε κατά το 19ο και τις αρχές του 20ου αιώνα, ισχυροποιήθηκε απ' την εφαρμογή του "Νόμου περί Εθνικής Ασφάλισης" του Lloyd George το 1911 και την εισαγωγή της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας το 1948.

Ορισμοί

Πολλοί διαφορετικοί όροι χρησιμοποιούνται σε ολόκληρο τον κόσμο για να περιγράψουν τον βασιζόμενο στην κοινότητα, κλινικό γενικό ιατρό - GP, (οικογενειακός ιατρός, γιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας). Αντίστοιχα, υπάρχουν πολλοί ορισμοί, οι οποίοι κυμαίνονται απ' τον απλό (έναν γιατρό που παρέχει προσωπική, πρωτοβάθμια και συνεχή ιατρική φροντίδα σε άτομα, οικογένειες και ένα συγκεκριμένο πληθυσμό, ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο ή νόσο) έως πιο πολύπλοκους που ενσωματώνουν λεπτομερείς περιγραφές της εργασίας (βλ. Πλαίσιο 1, σελ. 3).

Παρόλο που τα συστήματα υγείας ποικίλουν σημαντικά μεταξύ των χωρών, ο κλινικός γενικός ιατρός αποτελεί θεμελιώδη συστατικό μιας αποτελεσματικής και επιτυχημένης υπηρεσίας υγείας.

Διαφορές μεταξύ γενικών ιατρών και ειδικών ιατρών

Τα τελευταία 30 και πλέον χρόνια υπήρξε μια τάση προς όλο και μεγαλύτερη ειδίκευση, η οποία βασίστηκε στην ανάπτυξη της

τεχνολογίας και στις επιστημονικές ανακαλύψεις του κλάδου της βιολογίας. Παραδόξως, η αυξανόμενη πολυπλοκότητα της βασιζόμενης – στο νοσοκομείο – ιατρικής των ειδικοτήτων, υπερτονίζει την ανάγκη για υψηλής ποιότητας κλινικούς γενικούς ιατρούς στην κοινότητα. Ο βασιζόμενος – στην κοινότητα – γενικός ιατρός και ο νοσοκομειακός ειδικός ιατρός συμπληρώνουν ο ένας τον άλλον, αλλά διαφέρουν στους επαγγελματικούς ρόλους και τις στάσεις, καθώς και στη δομή και το περιεχόμενο της επαγγελματικής τους άσκησης (Πίνακας 1). Ο ρόλος του ειδικού είναι να μειώνει την αβεβαιότητα, να ερευνά τις πιθανότητες και να ελαχιστοποιεί το σφάλμα. Ο ρόλος του γενικού ιατρού είναι να αποδέχεται την αβεβαιότητα, να ερευνά την πιθανότητα και να οριοθετεί τον κίνδυνο (Marinker 1990). Οι γενικοί ιατροί δεν έχουν λιγότερες γνώσεις ή δεξιότητες απ' τους ειδικούς, αλλά χρησιμοποιούν τις διαφορετικές γνώσεις και δεξιότητές τους με

διαφορετικό τρόπο. Η σωστή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα πρέπει να στηρίζεται στις δυνάμεις των κλινικών γενικών γιατρών και να δίνει αξία τόσο στο εύρος όσο και στο βάθος των γνώσεων, τόσο στην ικανότητα να μπορείς να ακούς τον ασθενή και να ταυτίζεσαι συναισθηματικά μαζί του, όσο και στις δεξιότητες που αφορούν σε παρεμβάσεις με τη βοήθεια της υψηλής τεχνολογίας.

Σπουδαιότητα του κλινικού γενικού ιατρού

Ο γενικός ιατρός που είναι ειδικά εκπαιδευμένος να εργάζεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα, διαθέτει το υπόβαθρο, ώστε να αντιπαρέρχεται με ευελιξία ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων και την επιπρόσθετη ικανότητα να βασίζεται περισσότερο σε κλινικά εκπαιδευμένα αυτιά και μάτια, παρά σε ακριβείς τεχνολογικές μεθόδους (Feinstein 1983). Ο κλινικός γενικός γιατρός θεωρείται σήμερα θεμελιώδης παράγοντας

Πίνακας 1 Διαφορά μεταξύ γενικής ιατρικής και νοσοκομείου

Γενικός ιατρός	'Ειδικός' στο νοσοκομείο
	<i>Δομή</i>
Φροντίζει έναν περιορισμένο καταγεγραμμένο πληθυσμό (2000)	Φροντίζει έναν μεγαλύτερο μη καταγεγραμμένο πληθυσμό (250.000+)
Οι ασθενείς δηλώνονται σε έναν συγκεκριμένο γιατρό	Δεν υπάρχει σύστημα δήλωσης-καταγραφής
Οι ασθενείς έχουν άμεση πρόσβαση	Πρόσβαση συνήθως μέσω ενός γενικού ιατρού
Είναι εγκατεστημένοι κοντά στην οικία του ασθενούς	Απέχει πολύ από τα σπίτια των περισσότερων ασθενών
Ευρεία διακύμανση μεταξύ των ιατρικών (π.χ. ηλικία, κοινωνική τάξη των ασθενών, γεωγραφική κατανομή)	Τα νοσοκομεία παρουσιάζουν πολύ μικρότερη διακύμανση
	<i>Λειτουργία</i>
Ευθύνει για την ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας των ασθενών	Ευθύνει για την ιατρική φροντίδα που σχετίζεται με την ειδικότητα
Ευθύνει για όλα τα συμπτώματα και εμφανιζόμενα προβλήματα ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο ή νοσηρότητα	Ευθύνει μόνο για προβλήματα που σχετίζονται με την ειδικότητα: περιορισμένη από την ηλικία (π.χ. παιδιατρική) ή το φύλο (μειευτική και γυναικολογία)
Προσέλευση με δυσδιάκριτα προβλήματα/νοσήματα	Προσέλευση με πιο συγκεκριμένα νοσήματα
Ασχολείται με συνήθεις παθήσεις και κοινωνικά προβλήματα	Ασχολείται κυρίως με σπάνιες παθήσεις ή άτυπες μορφές συνήθων νοσημάτων
Χρησιμοποιεί την "υψηλή τεχνολογία" σπάνια και με μεγάλη επιλεκτικότητα	Χρησιμοποιεί την "υψηλή τεχνολογία" συχνά και με λιγότερη επιλεκτικότητα
Συνεχής ευθύνη για τους ασθενείς	Αποσπασματική ευθύνη για τους ασθενείς
Επανεληθμένες ευκαιρίες για προληπτική φροντίδα	Λιγότερες ευκαιρίες για προληπτική φροντίδα
	<i>Στάσεις</i>
Προσανατολισμένος προς το "σύνολο του ασθενή": χρησιμοποιεί την "τριπλή διάγνωση"	Προσανατολισμένος προς τη νόσο:συνήθως είτε σωματική είτε ψυχική
Έτοιμος να χρησιμοποιήσει τον χρόνο ως διαγνωστικό εργαλείο (είναι καλό να γνωρίζεις)	Περιορισμένη χρήση του χρόνου ως διαγνωστικό εργαλείο (οφείλεις να γνωρίζεις)
Η σημασία της σχέσης "ιατρού" - "ασθενούς" και οι εφαρμογές της είναι αναγνωρισμένες και υπολογίζονται	Η σχέση "ιατρού" - "ασθενούς" έχει καταδειχθεί λιγότερο καλά και χρησιμοποιείται λιγότερο καλά
Εάν δεν υπάρχει θεραπεία, αναγνωρίζει την ανάγκη για συνεχή φροντίδα και υποστήριξη	Εάν δεν υπάρχει θεραπεία, ο ασθενής συχνά λαμβάνει εξιτήριο
Αναγνωρίζεται η άποψη και η αυτονομία του ασθενούς	Μικρότερου βαθμού αναγνώριση της άποψης και της αυτονομίας του ασθενούς

Πηγή: Fraser (1999)

των υπηρεσιών "πρώτης γραμμής" σε πολλά δυτικά έθνη για τους εξής λόγους (Royal College of General Practitioners 1996):

- Τα προβλήματα με τα οποία οι άνθρωποι παρουσιάζονται στις επίσημες υπηρεσίες υγείας είναι από τη φύση τους δυσδιάκριτα.
- Η κλινική επιδημιολογία στην πρωτοβάθμια φροντίδα διαφέρει από εκείνη των πιο επιλεγμένων πληθυσμών με τους οποίους ασχολούνται οι ειδικοί. Η κατανόηση των κλινικών πιθανοτήτων κατά την άσκηση ιατρικής πρώτης γραμμής και η διαχείριση του κινδύνου είναι προαπαιτούμενα, προκειμένου ένας ιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας (γενικός ιατρός) να μπορεί να ανέχεται την κλινική αβεβαιότητα και να χρησιμοποιεί τον χρόνο αντί για ακατάλληλες ακριβές εξετάσεις.
- Ο κλινικός γενικός ιατρός θα έχει την ευκαιρία να αξιολογήσει και να χρησιμοποιήσει τη συνεχή, μακρά σχέση με πολλούς ασθενείς. Ένας επαγγελματίας, ικανός να ταιριάζει τις κατάλληλες υπηρεσίες στις ανάγκες του ατόμου, έχει τη δυνατότητα να προστατεύει το κοινό από υπερβολικές ή ανεπαρκείς παρεμβάσεις.
- Ο διαχωρισμός της πρωτοβάθμιας κλινικής εκτίμησης από τις αποφάσεις σχετικά με το ποιος μπορεί να δέχεται πολύ ακριβές τεχνικές παρεμβάσεις είναι επιθυμητός, μόνο όμως εάν τα μέλη της κοινότητας πρόκειται να αισθανθούν ότι υπάρχει δικαιοσύνη και ισότητα στη φροντίδα της υγείας τους.

Πλαίσιο και περιεχόμενο της γενικής ιατρικής

Ο γενικός ιατρός ασκεί την "κλινική" ιατρική σε πολύ διαφορετικό περιβάλλον και πλαίσιο από εκείνο του ειδικού στο νοσοκομείο. Τα προβλήματα συχνά δεν διαχωρίζονται μεταξύ τους, οι κοινές ασθένειες είναι πολύ συχνότερες απ' τις σοβαρές παθήσεις και συνεπώς το περιεχόμενο της άσκησης της "γενικής" ιατρικής είναι πολύ διαφορετικό από εκείνο του νοσοκομείου. Η πιο συχνή αιτία θωρακικού άλγους σε ασθενείς που προσέρχονται στο νοσοκομείο είναι, για παράδειγμα, καρδιολογικής προέλευσης, ενώ η συχνότερη αιτία θωρακικού άλγους σε ασθενή που προσέρχεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι οι μυοσκελετικού τύπου διαταραχές.

Επιπλέον, μόνο 25% απ' τους ασθενείς που παρουσιάζουν συμπτώματα αποφασίζουν να διαβούν το κατώφλι μεταξύ αυτοφροντίδας και επαγγελματικής φροντίδας με το να συμβουλευθούν έναν γενικό ιατρό, και από εκείνους, μόνο 10% θα παραπεμφθεί στη συνέχεια σε νοσοκομείο (Εικ. 1). Κατά συνέπεια, 90% των περιπτώσεων ασθένειας που προσέρχονται στον γενικό ιατρό, αντιμετωπίζονται εξ' ολοκλήρου εντός των ορίων της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Μερικά συμπτώματα είναι πιο

Συμπτώματα	Λόγος του αριθμού εμφάνισης του συμπτώματος προς τον αριθμό των επισκέψεων
Μεταβολές της ενεργητικότητας	456:1
Κεφαλαλγία	184:1
Διαταραχές της γαστρικής λειτουργίας	109:1
Οσφυαλγία	52:1
Άλγος κάτω άκρου	49:1
Συναισθηματικά/ψυχολογικά	46:1
Κοιλιακό άλγος	29:1
Διαταραχές της εμμήνου ρύσεως	20:1
Κυνάγχη	18:1
Θωρακικό άλγος	14:1

Πηγή: Fraser (1999)



Εικ. 1 Επίπεδα φροντίδας των συμπτωμάτων.

Πηγή: Fraser (1999)

πιθανόν να οδηγήσουν σε αναζήτηση ιατρικής συμβουλής από κάποιον άλλα (Πίνακας 2).

Περίπου 60% των ιατρικών επισκέψεων αφορούν μικρά αυτοπεριοριζόμενα προβλήματα (π.χ. λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού ή διαταραχές του γαστρεντερικού), 25% χρόνιες μη θεραπεύσιμες καταστάσεις (π.χ. υπέρταση ή διαβήτης) και 15% οξείες, μείζονες, απειλητικές – για τη ζωή – καταστάσεις (π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου ή οξεία σκληροκοιτίδα).

Η πιο συχνή αιτία επίσκεψης στον ιατρό είναι τα προβλήματα από το αναπνευστικό (31% του συνόλου των ιατρικών

Οξείες λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού	772
Οξεία βρογχίτιδα και βρογχίτιδα	719
Άσθμα	425
Παθήσεις των επιπεφυκότων	415
Υπέρταση	412
Παθήσεις του έξω ωτός	409
Οξεία φαρυγγίτιδα	409
Οξεία αμυδαλίτιδα	407
Εντερικές λοιμώξεις απροσδιορίστου αιτίας	394
Άλλες και μη ειδικές διαταραχές της οσφύος	372

Πηγή: Office of Population Censuses and Surveys (1995) Αναπαράγεται με άδεια της Morbidity Statistics from General Practice, National Statistics © Crown Copyright 2000

επισκέψεων), ακολουθούμενα από τις παθήσεις του νευρικού συστήματος (17%), τα προβλήματα από το μυοσκελετικό (15%) και τις παθήσεις του δέρματος (15%), τις κακώσεις και τις δηλητηριάσεις (14%) και τα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα (14%) (Office of Population Censuses and Surveys 1995). Οι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς επισκέπτονται τον γενικό τους γιατρό φαίνονται στον Πίνακα 2.

Το ευρύ φάσμα δεξιοτήτων που απαιτείται για να ανταπεξέλθει κανείς στο ρόλο του γενικού γιατρού έχει περιγραφεί πολύ καλά απ' τον Fraser (1999):

Ο γενικός ιατρός χρειάζεται, επομένως, να αναπτύξει ιδιαίτερες δεξιότητες ως ένας πρώτος εκτιμητής προβλημάτων, σε μια κατάσταση όπου παρουσιάζονται πολλαπλά προβλήματα σε μία μόνη επίσκεψη, όπου υπάρχουν πολλά συμπτώματα αλλά λίγα κλινικά σημεία και όπου υπάρχει συχνά ένα περίπλοκο σύμπλεγμα σωματικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων. Ιδιαίτερα, οφείλει να αναπτύξει την ικανότητα να είναι κατάλληλα επιλεκτικός στη λήψη του ιστορικού, στην εκτέλεση της φυσικής εξέτασης και στη χρήση των εργαστηριακών εξετάσεων. Χρειάζεται, επίσης, να προσαρμόζει έτσι την προσέγγισή του, ώστε αυτή να ταιριάζει σε κάθε μεμονωμένο ασθενή.

Ως ένα παράδειγμα τυπικού πρωινού ιατρείου, βλ. παρακαλώ το Παράρτημα 2, σελ. 101.

Γενική Ιατρική

- Οι γενικοί και οι ειδικοί ιατροί χρειάζονται διαφορετικές γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις αλλά έχουν συμπληρωματικούς ρόλους.
- Ο γενικός ιατρός είναι προσηλωμένος κυρίως στον ασθενή, παρά σε έναν ιδιαίτερο κορμό γνώσεων, μια ομάδα ασθενειών ή κάποιες ειδικές τεχνικές (McWhinney 1997)
- Ένας γενικός ιατρός παρέχει προσωπική, πρωτοβάθμια και συνεχή φροντίδα σε άτομα, οικογένειες και σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό.
- Το φάσμα των προβλημάτων που παρουσιάζονται στη γενική ιατρική είναι πολύ διαφορετικό από εκείνο που παρατηρείται στο νοσοκομείο.
- Ο γενικός ιατρός πρέπει να συνδυάζει, κατά την άσκηση της ιατρικής, την επιστημονική και ανθρωπιστική προσέγγιση, παρέχοντας στους ασθενείς ολοκληρωμένη, ολιστική φροντίδα.

Μοντέλα φροντίδας της υγείας

Φροντίδα για τους ασθενείς σημαίνει να προσέχεις τις λεπτομέρειες και όχι να διασπάζεις τους ανθρώπους σε τμήματα.

(McWhinney 1989)

Έχουν περιγραφεί πολλά μοντέλα φροντίδας της υγείας, αντανακλώντας ιστορικές εξελίξεις και διαφορετικές φιλοσοφικές απόψεις. Μια σύντομη ανασκόπηση αυτών των μοντέλων παρέχει μια ιδέα του πλούτου και της ποικιλίας στην άσκηση της ιατρικής και δίνει διαφορετική προοπτική στις ανθρώπινες αξίες, την υγεία, την απλή ασθένεια και τις σοβαρές παθήσεις, τόσο στους ασθενείς όσο και στους γιατρούς. Μερικά απ' τα σημαντικότερα μοντέλα φαίνονται στον Πίνακα 1. Τα μοντέλα δεν αλληλοαποκλείονται, ενώ υπάρχουν και σημαντικές περιοχές αλληλοεπικάλυψης.

Πίνακας 1 Μοντέλα φροντίδας της υγείας

- Βιοιατρικό (βιομηχανικό) και βιοψυχοκοινωνικό
- Αναγωγικό και ολιστικό
- Με βάση τη νόσο και με βάση την ασθένεια
- Με επίκεντρο τον ασθενή και με επίκεντρο τον πληθυσμό
- Μοντέλο αντίδρασης και μοντέλο πρόληψης
- Με επίκεντρο τον ασθενή και με επίκεντρο τον γιατρό

Πηγή: Stewart και συν (1995)

Βιοιατρικό (βιομηχανικό*) και βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

Το βιοιατρικό ή βιομηχανικό μοντέλο φροντίδας της υγείας έχει κυριαρχήσει στην άσκηση της ιατρικής στις δυτικές κοινωνίες. Αυτό το παραδοσιακό μοντέλο, γνωστό επίσης ως Οσλεριανό μοντέλο, προς τιμήν του διάσημου ιατρού, Sir William Osler, στις αρχές του 20ου αιώνα, βλέπει τον γιατρό ως έναν επιστήμονα, ο οποίος εφαρμόζει ειδικές γνώσεις και δεξιότητες σε ιατρικά προβλήματα. Πρόκειται για ένα μοντέλο που εστιάζεται στη νόσο, με τον γιατρό να λειτουργεί σαν ένας ιατρικός "υτετέκτιβ" που θα εντοπίσει το πρόβλημα και τότε σαν ένας μηχανικός αυτοκινήτων θα το επιδιορθώσει. Η παραδοσιακή ιατρική εκπαίδευση έχει βασιστεί σε αυτό το μοντέλο, το οποίο ενισχύει την εξειδίκευση, την ιατρική με βάση το νοσοκομείο και μια πατερναλιστική άποψη κατά την άσκηση της ιατρικής.

Αντίθετα, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αναγνωρίζει τη σπουδαιότητα των ψυχοκοινωνικών, συναισθηματικών και κοινωνικών παραγόντων παράλληλα με τους φυσικούς-σωματικούς παράγοντες και την αλληλεπίδρασή τους τόσο στην απλή ασθένεια όσο και στη σοβαρή νόσο (Engel 1980). Αυτό το μοντέλο επεκτείνει την επιστημονική βάση του βιοιατρικού μοντέλου, έτσι ώστε να συμπεριλάβει ανθρωπιστικές από-

Πίνακας 2 Αρχές της επαγγελματικής άσκησης της ιατρικής

Σωστή κλινική φροντίδα

- Διατήρηση ικανοποιητικού επιπέδου άσκησης της ιατρικής
- Σχέσεις με τους ασθενείς
- Συνεργασία με τους συναδέλφους
- Διδασκαλία και εκπαίδευση
- Εντιμότητα
- Υγεία

Πηγή: General Medical Council (2002)

ψεις κατά την άσκηση της ιατρικής. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αντικαθιστά σήμερα το βιοιατρικό μοντέλο και αποτελεί πλέον το πλαίσιο της προπτυχιακής ιατρικής εκπαίδευσης, όπως διαφαίνεται στις συστάσεις του Γενικού Ιατρικού Συμβουλίου (2002), "Οι Γιατροί του Αύριο". Ο Πίνακας 2 συνοψίζει τις αρχές άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, οι οποίες πρέπει να διέπουν την ιατρική εκπαίδευση στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Αναγωγικό και ολιστικό (μοντέλο)

Το αναγωγικό μοντέλο φροντίδας της υγείας συνδέεται με το παραδοσιακό βιοιατρικό μοντέλο. Αντανακλά τον "θρίαμβο της επιστήμης" (Toop 1994) της όψιμης Βικτωριανής περιόδου, υποστηρίζοντας πως μια συστηματική, αντικειμενική και επιστημονική προσέγγιση μπορεί να λύσει όλα τα προβλήματα. Το μοντέλο προάγει την ιδέα του διαχωρισμού νου και σώματος, ορίζοντας τα προβλήματα ως "σωματικά" ή "ψυχικά". Ενθαρρύνει την παραδοσιακή κλινική μέθοδο - λήψη λεπτομερούς ιστορικού, φυσική εξέταση και διερεύνηση κάθε συμπτώματος (βλ. σελ. 20-21). Η υπερβολική, ωστόσο, αντικειμενικότητα μπορεί να οδηγήσει στην αντιμετώπιση των ασθενών ως "περιπτώσεων", ενώ η αναγωγική προσέγγιση διακινδυνεύει εστιάζοντας στο δένδρο να χάσει το δάσος.

Το ολιστικό μοντέλο ενθαρρύνει μια ευρύτερη οπτική, η οποία συμπεριλαμβάνει ό,τι αφορά τους ασθενείς με τα προβλήματά τους. Αυτό το μοντέλο προάγει την ιδέα μιας ιατρικής που αφορά το σύνολο του ασθενή, και η οποία "αντιμετωπίζει την ασθένεια ως μέρος ενός προβλήματος στο σύνολο της ζωής ενός προσώπου και δεν την θεωρεί αποσπασματικά μηχανικό πρόβλημα του σώματος που πρέπει να επισκευαστεί" (Toop 1994). Το ολιστικό μοντέλο προκαλεί το ιατροκεντρικό βιοιατρικό και αναγωγικό μοντέλο, αναγνωρίζοντας ότι οι εναλλακτικοί θεραπευτές και οι συμπληρωματικές θεραπείες μπορεί να έχουν κάτι να προσφέρουν. Πολλοί πλέον ασθενείς και γιατροί αναγνωρίζουν οφέλη απ' τον βελονισμό, την ομοιοπαθητική και την χειροπρακτική, καθώς διαφαίνονται στοιχεία ενδεικτικά της αποτελεσματικότητάς τους.

Μοντέλο που έχει ως βάση τη νόσο (ιατρικό) και την ασθένεια (κοινωνικό)

Η επιστημονική βάση της άσκησης της ιατρικής στη Δύση καθιερώθηκε απ' την εργασία των Laennec, Virchow και Pasteur. Το μοντέλο που έχει ως βάση τη νόσο υποστηρίζει το βιομηχανικό και αναγωγικό μοντέλο. Καθώς οι περισσότερες απ' τις σημαντικές προόδους στην ικανότητα του ιατρού να διαγιγνώσκει νόσους προέρχονται από τη σύνδεση των συμπτωμάτων και των σημείων της παθολογίας, το μοντέλο που έχει ως βάση τη νόσο εστιάζεται στον σωματικό παράγοντα. Αν και αυτό αρμόζει σε πολλά ιατρικά προβλήματα, παραμελεί ωστόσο την τεράστια συμβολή των πολιτισμικών, κοινωνικών, πνευματικών και ψυχολογικών παραγόντων στην ασθένεια και υγεία. Το μοντέλο που έχει ως βάση την ασθένεια αναγνωρίζει αυτούς τους παράγοντες και επεκτείνει την προοπτική του ανθρώπου που υποφέρει πέρα από την απλή οργανική δυσλειτουργία.

Μοντέλο με επίκεντρο τον ασθενή και με επίκεντρο τον πληθυσμό

Το μοντέλο που έχει ως επίκεντρο τον ασθενή εστιάζεται στο άτομο, εξαιρώντας τη μοναδική φύση της σχέσεως "ασθενούς" - "ιατρού". Είναι δομημένο γύρω απ' την ιατρική "συμβουλή"- "επίσκεψη" (consultation), η οποία περιγράφεται απ' τον Sir James Spence ως "το θεμέλιο της άσκησης της ιατρικής" (1960). Αν και το μοντέλο αυτό βρίσκεται ακόμα στο επίκεντρο της προσωπικής κλινικής θεραπευτικής, οφείλει να εξετασθεί παράλληλα με την ευρύτερη εικόνα του μοντέλου που έχει ως επίκεντρο τον πληθυσμό.

Οι περισσότερες απ' τις μείζονες βελτιώσεις στην υγεία των εθνών προήλθαν από την πρόληψη και από τα βελτιωμένα μέτρα δημόσιας υγείας, όπως τα προγράμματα εμβολιασμών, το καθαρό νερό, η ατομική υγιεινή και η βελτιωμένη στέγαση. Το μοντέλο, που έχει ως επίκεντρο τον πληθυσμό, υποστηρίζεται απ' τους γιατρούς δημόσιας υγείας και έχει στόχο το μεγαλύτερο δυνατό όφελος για τον μεγαλύτερο αριθμό ατόμων. Αυτό έρχεται σε άμεση διάσταση με την προσέγγιση εκείνη, η οποία έχει ως επίκεντρο τον ασθενή και δίνει έμφαση στο άτομο και την αυτονομία του. Ένα άλλο ζήτημα που προβληματίζει όλο και περισσότερο, καθώς το κόστος της ιατρικής φροντίδας αυξάνεται, είναι ο συμβιβασμός της κλινικής ελευθερίας με τους περιορισμένους προϋπολογισμούς για την υγεία. Οι γιατροί στα νοσοκομεία και την πρωτοβάθμια φροντίδα πρέπει, επομένως, στην καθημερινή τους πρακτική να ισορροπήσουν τις δύο προσεγγίσεις (με επίκεντρο τον ασθενή και τον πληθυσμό αντίστοιχα).

*Σ.τ.Ε.: Με την έννοια της βιολογικής μηχανικής