



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
EXECUTIVE MBA

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΔΟΜΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΙΟΤΗΤΟΣ
ΣΤΗΝ Ε.Ε., ΚΥΡΙΩΣ ΣΤΙΣ ΓΑΛΛΟΦΩΝΕΣ ΧΩΡΕΣ, ΣΤΑ
ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΚΡΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ.
Προσεγγίσεις και προοπτικές εφαρμογής αυτών στον Ελλαδικό χώρο.»**

ΕΙΡΗΝΗ Σ. ΑΝΔΡΕΑΔΟΥ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος
ειδίκευσης στη Διοίκηση Επιχειρήσεων
(με εξειδίκευση στη Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση Μονάδων Παροχής
Υπηρεσιών Υγείας)

Θεσσαλονίκη, Φεβρουάριος 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	v
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	vi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....	vii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	viii
A ΜΕΡΟΣ...	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1..... ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1.1) Δημόσια Υγεία-Σύντομη Ιστορική Αναδρομή	1
1.2) Κίνητρα Επιλογής του Θέματος της Διπλωματικής Εργασίας.....	4
1.3) Οι Στόχοι, Αντικείμενο, Μεθοδολογία της Διπλωματικής Εργασίας.....	4
1.4) Δομή της Διπλωματικής Εργασίας.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....: ΔΙΕΘΝΕΣ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	13
2.1) Χάρτες.....	13
2.1.1 Εισαγωγικά: Προαγωγή και Προώθηση της Υγείας.....	13
2.1.2 Ο Χάρτης της Ottawa και οι Γενικές Αρχές του.....	15
2.1.3 Ο Χάρτης της Ljubljana αναφορικά με τη μεταρρύθμιση των Συστημάτων Υγείας (1996).....	18
2.1.4 Χάρτα των Λαών για την Υγεία (2000).....	19
2.1.5 Ο Χάρτης της Bangkok, Π.Ο.Υ. (2005).....	21
2.2) Διακηρύξεις.....	22
2.2.1 Η Παγκόσμια Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην ALMA -ATA (Καζακστάν) 6-12 Σεπτεμβρίου 1978.ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ALMA-ATA «Υγεία για Όλους μέχρι το 2000».....	22
2.2.2 Η Διακήρυξη της JAKARTA υπέρ της Προώθησης της Υγείας στον XXI Αιώνα (1997).....	23
2.2.3 Η Διακήρυξη του Άμστερνταμ (2004).....	25
2.3) Συστάσεις.....	27
2.3.1 Οι Συστάσεις της Αδελαΐδος (1986).....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3... ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ Ε.Ε. ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	29
3.1) Ευρωπαϊκή Ένωση-Επιτροπή Των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.....	29

3.2) Το Συμβούλιο της Ευρώπης και η Καλή Διακυβέρνηση για την ισονομία στην παροχή Ποιοτικής Δημόσιας Υγείας.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4..... ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	37
4.1.1 Γενικά.....	37
4.1.2 Τα κύρια σημεία του προγράμματος EUROPEP.....	38
4.1.3 Υλικό – Μέθοδος εργασίας – Πληθυσμός – Στόχος.....	40
4.1.4 Μηχανισμός συγκέντρωσης των ερωτηματολογίων.....	41
4.1.5 Στατιστικές αναλύσεις της έρευνας.....	43
4.1.6 Συζήτηση για τα δεδομένα.....	43
4.1.7 Συμπεράσματα.....	46
4.2) Το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα EUGATE: Η Υγεία των μεταναστών και Καλές Πρακτικές: Βελγικά αποτελέσματα του Προγράμματος EUGATE (1 Ιανουαρίου 2010...)	47
4.2.1 Γενικά.....	47
4.2.2 Τα πρώτα αποτελέσματα και οι πρώτες κατευθύνσεις δράσης.....	47
4.2.3 Γλώσσα	49
4.2.3 Γλώσσα	49
4.2.5 Επείγουσα ιατρική βοήθεια (A.M.U - Aide Medicale Urgente).....	51
4.2.6 Συμπεράσματα και κατευθύνσεις δράσης.....	52
B ΜΕΡΟΣ.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5... ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΔΟΜΕΣ - Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ MAISONS MEDICALES (ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΠΙΤΙΑ) - ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ.....	55
5.1) Γενικά.....	55
5.1.1 Η προώθηση της ποιότητας της Υγείας στο Γαλλόφωνο Βέλγιο: Ένας δομημένος μηχανισμός πολλαπλών δράσεων.....	55
5.1.2 Το πλαίσιο και οι βασικές αρχές.....	56
5.2) Maisons Medicales.....	60
5.2.1 Ιστορική αναδρομή.....	60
5.2.2 Η ανάπτυξη των Maisons Medicales.....	61
5.2.3 Οι αξίες των Maisons Medicales.....	68

5.2.4 Οι στόχοι των Maisons Medicales.....	69
5.2.5 Τα μέσα των Maisons Medicales.....	70
5.3) Ορισμός των Καλών Πρακτικών.....	72
5.3.1 Γενικά.....	72
5.3.2 Ανάλυση των στοιχείων.....	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.... ΠΡΩΤΟΠΟΡΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ.....	84
6.1) Το Κίνημα «Πόλεις-Υγεία» του Π.Ο.Υ.: Δράση μέσα στις πόλεις για ποιοτική υγεία και διαρκή ανάπτυξη.....	84
6.1.1 Η τοποθέτηση της ποιοτικής υγείας στην ημερήσια διάταξη των αστικών πολιτικών.....	84
6.1.2 Πόλεις - Υγεία σε δράση: Μια αστική πολιτική για την Υγεία.....	85
6.1.3 Πόλεις-Υγεία: Ένα πρόγραμμα που μετατράπηκε σε κίνημα.....	85
6.1.4 Η δημιουργία διαφόρων τύπων δικτύων σε σχέση με τα διάφορα πλαίσια	86
6.1.5 Το κίνημα «Πόλεις-Υγεία» ανά τον κόσμο και διαφόρων περιοχών του Π.Ο.Υ..	87
6.2) Υγεία και διαρκής ανάπτυξη.....	88
6.2.1 Πρόγραμμα δράσης για τις πόλεις-υγεία του Π.Ο.Υ. σε Γαλλόφωνες Πόλεις (Liege-Rennes).....	88
6.2.2 Βασικά κείμενα αναφορών για την υγεία και την Διαρκή Ανάπτυξη.....	90
6.3) Η Μέθοδος εκπόνησης προγράμματος δράσης για την υγεία και την διαρκή ανάπτυξη.....	9
1	
6.3.1 Τα προκαταρκτικά.....	91
6.3.2 Οι φάσεις του προγράμματος.....	91
6.3.3 Ο μηχανισμός.....	92
6.3.4 Οι αρχές.....	93
6.4) Προτεινόμενα εργαλεία για ένα πρόγραμμα δράσης ποιοτικής υγείας και διαρκούς ανάπτυξης.....	96
6.4.1 Το προφίλ της Πόλεως.....	96
6.4.2 Το Σύστημα των παραρτημάτων ή αντιπροσώπων.....	96
6.4.3 Η αξιολόγηση της επίδρασης στην ποιότητα της υγείας και της διαβίωσης (evaluation de l' impact sur la qualité de Santé et de vie= EIS).....	97

6.4.4 Αναμενόμενα αποτελέσματα από ένα Πρόγραμμα Δράσης «Υγεία και Διαρκής Ανάπτυξη».....	97
6.4.5 Τα χαρακτηριστικά ενός Σχεδίου Υγείας.....	98
6.4.6 Μερικές χρήσιμες συστάσεις.....	98
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7..... ΜΙΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΟΣ ΔΡΑΣΗ: Η ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ (ΒΕΛΓΙΟ-ΓΑΛΛΙΑ).....	
7.1) Γενικά.....	113
7.2) Καθήκοντα – Αποστολή του διαπολιτισμικού διαμεσολαβητή στις μονάδες υγείας.....	114
7.3) Λειτουργία – Αρμοδιότητες – Αποστολή του συντονιστή της διαπολιτισμικής...118	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.... ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	122
ΓΕΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	108
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	133

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αφιερωμένη σε όσους με τις πολύτιμες παρατηρήσεις τους βοήθησαν στην συγγραφή της εργασίας αυτής και κυρίως στον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Φώτιο Βούζα.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 4.1: Τομείς και items της τελικής μορφής του ερωτηματολογίου EUROPEP

Πίνακας 6.1: Χαρακτηριστικά των πολιτισμικών προσεγγίσεων

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1.1: Επίπεδα στα οποία χωρίζεται το Αντικείμενο της Διπλωματικής

Σχήμα 6.1: Πρόγραμμα Δράσης για την Υγεία και τη Διαρκή Ανάπτυξη

Σχήμα 6.2: Οι κυριότεροι παράγοντες της Υγείας

Σχήμα 6.3: Ο μηχανισμός λειτουργίας του Δικτύου

Σχήμα 6.4: Απεικόνιση Γενικής Επιτροπής «Πόλη-Υγεία».

Σχήμα 6.5: Ο τροχός του Deming

Σχήμα 6.6: Η ρόδα της Ποιότητας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία μας πραγματεύεται Καινοτόμες Ποιοτικές Δομές Παροχής Υπηρεσιών Υγείας στο πλαίσιο των Συστημάτων Δημόσιας Υγείας και της Κρατικής Κοινωνικής Πολιτικής στην Ευρωπαϊκή Ένωση, κυρίως στις Γαλλόφωνες Χώρες. Αφού προσπαθήσαμε να προσεγγίσουμε την έννοια της Δημόσιας Υγείας, όπως αυτή ορίζεται από τους Διεθνείς Οργανισμούς (Π.Ο.Υ., Ε.Ε.), προβήκαμε στη μελέτη κειμένων που αναφέρονται στο θεσμικό, κοινωνικό-πολιτικό πλαίσιο (Διεθνείς Διακηρύξεις, Ευρωπαϊκή Νομοθεσία, Διατάγματα) σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Σκοπός μας είναι η εντόπιση της συμβατότητας, των τρόπων εφαρμογής και υιοθέτησης των αποφάσεων των Διεθνών Οργάνων στα Συστήματα της Δημόσιας Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των Γαλλόφωνων Χωρών, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας και την ανάπτυξη καινοτόμων δομών παροχής Υπηρεσιών Υγείας.

Ακολούθως ,επικεντρωθήκαμε στη μελέτη Καινοτόμων Δράσεων αναλύοντας όλες τις παραμέτρους (ιστορικές, θεσμικές, κοινωνικές), αναφορικά με την Ποιοτική Υγεία και τη Διαρκή Ανάπτυξη (π.χ. οργάνωση και δράση των Maisons Medicales, Πόλεις-Υγεία, Δίκτυα Υγείας κ.τ.λ.) που συμπλέουν με τις Ευρωπαϊκές Στρατηγικές για την βελτίωση της ποιότητας και τη διάδοση Καλών Πρακτικών στη Δημόσια Υγεία.

Ακόμα, αναπτύξαμε την σημασία του παράγοντα της Διαπολιτισμικότητας στο χώρο της Υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες των πολυπολιτισμικών ευρωπαϊκών κοινωνιών και τα προβλήματα του μεταναστευτικού πληθυσμού σχετικά με την ισότιμη-ισόνομη προσβασιμότητα αυτού στην Ιατρική Περίθαλψη και Ασφάλιση.

Επεκταθήκαμε στην ανάλυση των κινήτρων που δίνονται για την ανάπτυξη καινοτόμων δράσεων στις Γαλλόφωνες Χώρες ώστε να τα εφαρμόσουμε στην Ελλάδα.

Η γνώση όλων των παραπάνω μας έδωσε τη δυνατότητα να προσδιορίσουμε επιτυχείς Μεθόδους και νέα Εργαλεία, ικανά να αντιμετωπίσουν τις σύγχρονες ειδικές ανάγκες της Δημόσιας Υγείας (οικονομικοί μετανάστες, ευάλωτες ομάδες-περιθωριοποίηση) και να εξάγουμε συμπεράσματα για εφαρμόσιμα Μοντέλα Δράσεων στην Ελλάδα, εντός του θεσμικού πλαισίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που θα συμβάλλουν στη αναβάθμιση του Συστήματος Υγείας και την επιστημονική καταξίωση των επαγγελματιών υγείας.

A. ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1) Δημόσια Υγεία-Σύντομη Ιστορική Αναδρομή

Όλοι οι πολίτες κάθε χώρας, ανεξαιρέτως κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης, έχουν το αναπαλλοτρίωτο (συνταγματικό) δικαίωμα της προστασίας της Υγείας τους και τη δημόσια παροχή υπηρεσιών Υγείας.

Η Υγεία έχει καίρια σημασία για τη ζωή των ανθρώπων και πρέπει να διέπεται από αποτελεσματικές πολιτικές δράσεις σε παγκόσμιο εθνικό και τοπικό επίπεδο.

Η Δημόσια Υγεία μπορεί να καθοριστεί με διάφορους τρόπους. Δύναται να οριστεί αφενός ως «Η μελέτη των φυσικών, ψυχοκοινωνικοπολιτισμικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας ενός πληθυσμού και αφετέρου το σύνολο των πράξεων για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού» ή ακόμη ως «Οργανωμένη δραστηριότητα της κοινωνίας που στοχεύει στην προαγωγή, την προστασία και την βελτίωση και εάν είναι απαραίτητο στην αποκατάσταση της υγείας των ατόμων, των ομάδων ή ολόκληρου του πληθυσμού».

Θα μπορούσαμε να κάνουμε επίσης μνεία σε έναν παλαιό ορισμό του Charles Edward Winslow που δημοσιεύτηκε στην Επιθεώρηση «Επιστήμη» το 1920 το οποίο αναφέρει ότι: «Η Υγεία είναι η Επιστήμη και η Τέχνη της πρόληψης των ασθενειών, της επιμήκυνσης της ζωής και της αποτελεσματικής προαγωγής της Υγείας και της φυσικής κατάστασης μέσω συντονισμένων προσπαθειών της κοινότητας για :

- Την εξυγίανση του περιβάλλοντος.
- Τον έλεγχο των μολύνσεων του πληθυσμού.
- Την εκπαίδευση του ατόμου στις αρχές της προσωπικής υγείας-υγιεινής.
- Την οργάνωση ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών για την έγκυρη διάγνωση και την προληπτική θεραπεία των παθολογιών.

- Την ανάπτυξη των κοινωνικών μηχανισμών που θα εξασφαλίσουν στον καθένα ένα επαρκές επίπεδο ζωής.
- Τη διατήρηση της υγείας, τελικός σκοπός, που θα επιτρέπει σε κάθε άτομο να απολαμβάνει το αδιαφιλονίκητο δικαίωμα του στην υγεία και στην μακροζωία».

Έχοντας ως βάση τον τελευταίο ορισμό, μια Επιτροπή του Π.Ο.Υ υπογράμμισε το 1952 τη σημασία που θα έπρεπε να δοθεί στην ατομική και συλλογική υγειονομική εκπαίδευση, αλλά και στην διεύρυνση των αντιλήψεων αναφορικά με τη διοίκηση της Δημόσιας Υγείας, δηλαδή την απαραίτητη ένταξη σε ένα ενιαίο σύστημα όλων των κλάδων της υγειονομικής δράσης, την προφύλαξη ή την πρόληψη, φροντίδες προς τους ασθενείς και φροντίδες για την ανάρρωση αυτών . Από τότε, αναγνωρίζεται γενικά, ότι η οργάνωση θεραπευτικών φροντίδων ανήκει στις ουσιαστικές αρμοδιότητες και λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας .

Η Δημόσια Υγεία διαφοροποιείται της Ιατρικής κυρίως σε δύο επίπεδα:

- α) Η Δημόσια Υγεία τονίζει περισσότερο την πρόληψη παρά τις θεραπευτικές φροντίδες και
- β) Αναπτύσσει μια προσέγγιση του πληθυσμού παρά το ατομικό ενδιαφέρον στα προβλήματα υγείας των ατόμων.

Συνοπτικά οι βασικές αρχές της λειτουργίας του γενικού τομέα της Δημόσιας Υγείας συνίστανται κυρίως:

- Στην παρακολούθηση της Υγείας του πληθυσμού καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν.
- Στην προστασία και προαγωγή της Υγείας καθώς και στην πρόληψη ασθενειών.
- Στο σχεδιασμό/οργάνωση και την αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας.
- Στην προάσπιση των αναγκών Υγείας των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.
- Στον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων υψηλής διάδοσης νοσημάτων.
- Στην αντιμετώπιση κινδύνων και απρόβλεπτων ειδικών συνθηκών.

Συμπερασματικά, ο χώρος της Υγείας αποτελεί πεδίο συνεχούς και αδιάλειπτης εγρήγορης για την αντιμετώπιση νέων προκλήσεων λόγω της παγκοσμιοποίησης. Για το λόγο αυτό όλοι οι Διεθνείς Οργανισμοί (Παγκόσμιοι και Περιφερειακοί) που

ασχολούνται με το χώρο της Υγείας, δίνουν κατευθυντήριες γραμμές για την ανάπτυξη νέων καινοτόμων δομών (ανταποκρινόμενες στις ανάγκες των σημερινών πολυπολιτισμικών κοινωνιών) και αποτελούν τον απαραίτητο ελεγκτικό μηχανισμό για την τήρηση των διεθνών κανόνων που θεσπίζονται.

Η ιστορία της Δημόσιας Υγείας έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα, επειδή σε όλους τους καιρούς, ο άνθρωπος έχει προσπαθήσει να προφυλαχτεί συλλογικά ενάντια στις ασθένειες και τον πρόωρο θάνατο, και αυτό, κυρίως αγωνιζόμενος ενάντια στις διάφορες επιδημίες και επιθέσεις του περιβάλλοντος. Ο εφοδιασμός σε πόσιμο νερό, η απομάκρυνση των απορριμμάτων και η υγιεινή φροντίδα προϋπήρχε από την αρχαιότητα .

Στην Ευρώπη, η Δημόσια Υγεία ήταν απόρροια των φιλανθρωπικών έργων ατόμων ή θρησκευτικών ιδρυμάτων και μοναχικών ταγμάτων. Στον XVII αιώνα, τα Κράτη άρχισαν να την εντάσσουν στα καθήκοντά τους και κατόπιν της επιδημίας της χολέρας που ξέσπασε στο Λονδίνο το 1854, το Ηνωμένο Βασίλειο δημιούργησε το πρώτο Υπουργείο Δημόσιας Υγείας.

Μερικές δεκαετίες αργότερα, κατόπιν της πανδημίας της ισπανικής γρίπης το 1918, η Κοινωνία των Εθνών αποφάσισε την δημιουργία της Επιτροπής της για την Υγεία, που θεωρείται ο πρόγονος του Π.Ο.Υ.

Για περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με τη Δημόσια Υγεία και τους ορισμούς αυτής, ο ενδιαφερόμενος μπορεί προστρέξει σε δημοσιεύσεις του Π.Ο.Υ . Επίσης με πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής της V Γενικής Διεύθυνσης (D6V), το 2003 δημιουργήθηκε ένα λεξιλόγιο στο διαδίκτυο για τους όρους της Δημόσιας Υγείας και της Προώθησης Υγείας που είναι προσβάσιμο για όλους .

1.2) Κίνητρα Επιλογής του Θέματος της Διπλωματικής Εργασίας.

Τα κίνητρα της επιλογής του θέματος της εργασίας μας είναι:

α) Η επιθυμία να διερευνήσουμε σε ευρωπαϊκό επίπεδο, εάν υπάρχουν καινοτόμες δομές παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, ειδικότερα σε Γαλλόφωνες χώρες (Βέλγιο - Γαλλία), των οποίων τα Συστήματα Υγείας κατατάσσονται σε υψηλό επίπεδο παγκοσμίως. Πιο συγκεκριμένα το Γαλλικό Σύστημα Υγείας φέρεται ως πρώτο μεταξύ των Ευρωπαϊκών Χωρών.

β) Η διερεύνηση των προϋποθέσεων, δηλαδή εάν υπάρχει η προοπτική εφαρμογής των καινοτόμων δομών, έπειτα από κατάλληλη προσαρμογή, στον Ελλαδικό χώρο στο πλαίσιο των παγκοσμίων και Ευρωπαϊκών Διατάξεων.

γ) Η ανάδειξη του παράγοντα της Διαπολιτισμικής προσέγγισης στην ποιοτική και ισότιμη παροχή φροντίδων υγείας σε ειδικές ομάδες πολιτών.

1.3) Οι Στόχοι, Αντικείμενο, Μεθοδολογία της Διπλωματικής Εργασίας

Ο πρωταρχικός στόχος της Διπλωματικής Εργασίας είναι να συμβάλλει στην κάλυψη του κενού πληροφόρησης που εντοπίσαμε στον Ελλαδικό χώρο, αναφορικά με τις ήδη επιτυχώς εφαρμοζόμενες, σε άλλες χώρες, καινοτόμες δομές παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, που εξασφαλίζουν την αναβάθμιση της ποιότητας της κρατικής κοινωνικής πολιτικής και της Δημόσιας Υγείας.

Άλλος στόχος είναι η παρουσίαση και υπόδειξη Μεθόδων, Καλών Πρακτικών, Σχεδίων, Προγραμμάτων και Προσεγγίσεων που στοχεύουν στην ανάπτυξη ή βελτίωση των αναγκαίων υποδομών στον Τομέα της Υγείας στην χώρα μας.

Τέλος, η ευαισθητοποίηση-παρακίνηση και άλλων ατόμων να ασχοληθούν με το θεματικό πεδίο της εργασίας μας, έχοντας ως πρώτο βήμα την βιβλιογραφία μας, ας μας επιτραπεί να το συμπεριλάβουμε ως έναν επιπλέον στόχο της παρούσας διπλωματικής.

Οι στόχοι που θέσαμε εξαρχής απαιτούν μεθοδική και αναλυτική προσέγγιση σε μια σειρά βημάτων που κρίναμε απαραίτητα μετά την συγκέντρωση, ταξινόμηση και ανάλυση της βιβλιογραφίας. Για το λόγο αυτό το αντικείμενο της Διπλωματικής μας

Εργασίας χωρίζεται σε δύο επίπεδα όπως παρουσιάζεται στο ακόλουθο σχήμα (Σχήμα 1.1).

Έρευνα, εμπάθυση στο θεσμικό πλαίσιο σε Διεθνές και Ευρωπαϊκό επίπεδο

**Ανάλυση των Καινοτόμων Δομών, Ανάπτυξη των «Καλών Πρακτικών»,
Προσεγγίσεις και Προτάσεις Εφαρμογής**

Σχήμα 1.1: Επίπεδα στα οποία χωρίζεται το Αντικείμενο της Διπλωματικής.

Το πρώτο επίπεδο είναι ουσιαστικά η Έρευνα (Recherche) που διεξήχθη αρχικά με εμπάθυση στο Θεσμικό Πλαίσιο, δηλαδή Διακηρύξεις, Χάρτες, Αποφάσεις, Συστάσεις, Οδηγίες, Διατάγματα, Κανονισμοί και Νομοθεσίες σε Διεθνές και Ευρωπαϊκό επίπεδο και τη διεθνή βιβλιογραφία. Βασικός προσανατολισμός μας ήταν εξαρχής η διεξαγωγή μιας λεπτομερούς έρευνας και μελέτης που να περιλαμβάνει την κατανόηση του γενικότερου προβληματισμού για την προαγωγή της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας, τον εντοπισμού των καινοτόμων δομών των νέων τάσεων, των πρωτοπόρων πρωτοβουλιών καθώς και των επιτευγμάτων όλων των προαναφερομένων, στον τομέα της Δημόσιας Υγείας των Γαλλόφωνων Χωρών για τον εντοπισμό πλεονεκτημάτων και την ανάδειξη αυτών μέσα από πρόσφατες δημοσιεύσεις, έρευνες και κυρίως από Προγράμματα (Projects) που έχουν βρει εφαρμογή σε διεθνές επίπεδο. Αυτή ήταν ουσιαστικά η πρώτη επαφή μας με το αντικείμενο των καινοτόμων δομών και

των κατάλληλων «Καλών Πρακτικών» που βρίσκουν εφαρμογή στον χώρο Υγείας στο (Βέλγιο - Γαλλία), η οποία μας βοήθησε να καταλάβουμε τα σημεία στα οποία χωλαίνει το Ελληνικό Σύστημα, αποτελώντας ταυτόχρονα το εφαλτήριο για να επικεντρωθούμε στους βασικούς σκοπούς της Διπλωματικής. Η έρευνα μας βοήθησε αρχικά στην **Εμβάθυνση** (Approfondissement) του Διεθνούς και Ευρωπαϊκού Θεσμικού Πλαισίου και εν συνεχεία στην **Αναζήτηση** και **Εντόπιση** των καινοτόμων δομών καθώς και των κατάλληλων παραδειγμάτων και μεθόδων για την κατανόηση αυτών.

Όπως συμπεραίνει κανείς, παρατηρώντας το Σχήμα 1, το επίπεδο Έρευνας (Recherche) καταλαμβάνει μικρότερο κομμάτι της Διπλωματικής απ' ότι το επίπεδο που έπεται, αποτελώντας την πηγή άντλησης ιδεών για τη δημιουργία του τμήματος «Ανάλυση των καινοτόμων δομών».

Το επίπεδο της Ανάλυσης των Καινοτόμων Δομών (Analyse des structures innovantes) και η Ανάπτυξη Καλών Πρακτικών (Developpement des Bonnes Pratiques) κ.τ.λ. αποτελεί το βασικό αντικείμενο της Διπλωματικής.

Σε αυτό το κομμάτι παρουσιάζεται μια ολοκληρωμένη περιγραφή του θεσμικού πλαισίου, της οργάνωση και της λειτουργίας των Καινοτόμων Δομών –Δράσεων, του περιεχομένου των «Καλών Πρακτικών» και των νεωτεριστικών προσεγγίσεων όπως της Διαπολιτισμικής Διαμεσολάβησης στο χώρο της Υγείας καθώς και των προτάσεων εφαρμογής στην Ελλάδα.

1.4) Δομή της Διπλωματικής Εργασίας

Η Διπλωματική μας Εργασία αποτελείται από δύο (2) Μέρη.

A. Μέρος (4 Κεφάλαια)

B. Μέρος (4 Κεφάλαια)

A.ΜΕΡΟΣ

Πρώτο Κεφάλαιο: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο κεφάλαιο αυτό εισάγεται :

- α) Η έννοια της Δημόσιας Υγείας, η Προαγωγή της Υγείας, οι ανάγκες και οι προτεραιότητες και η οργάνωση των Συστημάτων Υγείας σε Διεθνές και Ευρωπαϊκό επίπεδο.
- β) Κίνητρα της επιλογής του θέματος της Διπλωματικής Εργασίας .
- γ) Στόχοι, Αντικείμενο, Μεθοδολογία της Διπλωματικής Εργασίας .
- δ) Δομή της Διπλωματικής Εργασίας .

Δεύτερο Κεφάλαιο: ΔΙΕΘΝΕΣ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται Παγκόσμιες Διακηρύξεις και Χάρτες για την Βελτίωση, την Προώθηση της Υγείας και την υιοθέτηση Στρατηγικών για Ποιοτική Υγεία στο πλαίσιο μιας Διαρκούς Ανάπτυξη.

Τρίτο κεφάλαιο: ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ Ε.Ε. ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως ακριβώς δηλώνει και ο τίτλος, στο κεφάλαιο αυτό επικεντρωνόμαστε στην παρουσίαση της πολιτικής των Ευρωπαϊκών Οργανισμών (Ε.Ε και Συμβούλιο της Ευρώπης) και των στρατηγικών της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, της Ευρωπαϊκής Ένωσης εν γένει μέσω των Συνθηκών, Αποφάσεων, Συστάσεων, Οδηγιών.

Τέταρτο κεφάλαιο: ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ
ΕΥΡΩΠΗ

Στο τέταρτο κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας παρουσιάζονται Ευρωπαϊκά Προγράμματα Ερευνών καθώς και Μελέτες για ισότιμη πρόσβαση όλων σε ποιοτικές φροντίδες υγείας, για την Υγεία των μεταναστών και τις «Καλές Πρακτικές» (π.χ. Πρόγραμμα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής «EUGATE» και «EUROPEP»), τα οποία εκπονήθηκαν από Ευρωπαϊκά Πανεπιστήμια και Ερευνητικά Ιδρύματα του Βελγίου και της Γαλλίας.

B. ΜΕΡΟΣ

Πέμπτο Κεφάλαιο: ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΔΟΜΕΣ-Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ MAISONS

MEDICALES(ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΠΙΤΙΑ)-ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ.

Το πρώτο κεφάλαιο του Β' Μέρους της Διπλωματικής είναι σημαντικότερο διότι διαπραγματεύεται τις Καινοτόμες Δομές προσφοράς υπηρεσιών υγείας στο Βέλγιο-Γαλλία, δηλ. τον θεσμό των Maisons Medicales (Οίκοι Υγείας), που αποτελεί τον πυρήνα της εργασίας μας.

Στο κεφάλαιο αυτό προβαίνουμε στην περιγραφή του κοινωνικού και οικονομικού πλαισίου στο οποίο αναπτύχθηκε ο προαναφερόμενος θεσμός(ιστορική αναδρομή), των αξιών που πρεσβεύει ο Καταστατικός Χάρτης των Μ.Μ., του Νομοθετικού πλαισίου που τα αναγνωρίζει, την οργάνωση αυτών και του ρόλου τους στην παροχή ποιοτικών φροντίδων Υγείας προς όλο τον πληθυσμό.

Το κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνει επίσης τον ορισμό και την ανάλυση των «Καλών Πρακτικών» όπως αυτές νοούνται στο Βέλγιο και στην Ευρώπη.

Έκτο Κεφάλαιο: ΠΡΩΤΟΠΟΡΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ:

α) Το Κίνημα «Πόλεις-Υγεία» και Διαρκή Ανάπτυξη, και

β) «Τα Δίκτυα Υγείας» για την βελτίωση της ποιότητας της Υγείας.

Στο κεφάλαιο αυτό ,επιλέξαμε να παρουσιάσουμε δύο πρωτοπόρες δράσεις που εφαρμόζονται στο Βέλγιο και στη Γαλλία. Οι δράσεις αυτές εντάσσονται σε

μακροπρόθεσμα προγράμματα διεθνούς εμβέλειας και στηρίζονται στις Στρατηγικές Ποιοτικής Υγείας για Όλους του Π.Ο.Υ., διότι τοποθετούν την ποιοτική υγεία στην «ημερησία διάταξη» των αστικών πολιτικών και συνδέονται στενά με την Διαρκή Ανάπτυξη.

Έβδομο Κεφάλαιο: ΕΝΑΣ ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΝΕΩΤΕΡΙΣΜΟΣ:

ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ (ΒΕΛΓΙΟ-ΓΑΛΛΙΑ)

Ως γνωστό η μετανάστευση, η εθνοτική και πολιτισμική ποικιλομορφία, η Υγεία και οι φροντίδες υγείας συνδέονται από πολλές απόψεις. Το γεγονός αυτό θέτει νέες προκλήσεις για την εξασφάλιση της ποιότητας φροντίδων υγείας προς ένα σημαντικό τμήμα των σημερινών κοινωνιών που είναι οι μετανάστες, η Διαπολιτισμική Διαμεσολάβηση είναι ένας θεσμός που από την πιλοτική εφαρμογή ήδη πέρασε στην καθιέρωσή του στα Νοσοκομεία του Βελγίου - Γαλλίας με σκοπό να αντιμετωπίσει συγκεκριμένες ανάγκες του προαναφερόμενου πληθυσμού. Στο τρίτο, λοιπόν, κεφάλαιο αναπτύσσουμε το περιεχόμενο και την εφαρμογή της Διαπολιτισμικής Διαμεσολάβησης στα Νοσοκομεία του Βελγίου-Γαλλίας.

Όδγρο Κεφάλαιο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στο τέταρτο κεφάλαιο συνοψίζονται τα συμπεράσματα από όλα τα μέρη της Διπλωματικής και διατυπώνονται προτάσεις για την προοπτική εφαρμογής των Καινοτόμων Δομών Υγείας στον Ελλαδικό χώρο.

Πηγές

Βιβλιογραφία

1) Μούσης, Ν. (1999), *Ευρωπαϊκή Ένωση: Δίκαιο, Οικονομία, Πολιτική*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

2) Pace, P. (2007), *Migration and the Right to Health: A Review of European Community Law and Council of Europe Instruments*. IOM: International Migration Law No 12

Ηλεκτρονικές πηγές

3) www.santepublique.gc.ca

4) www.europa.eu/pol/.../index_fr.htm

5) www.fsp.fr/santepublique/accueil.php

6) www.bestrong.org.gr/.../publichealth.

7) www.who.int/hpr/NPH/docs/hp.glossary_eu.pdf

A. ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΔΙΕΘΝΕΣ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1) ΧΑΡΤΕΣ

1. Εισαγωγικά :Προαγωγή και Προώθηση της Υγείας
2. Ο Χάρτης της Ottawa (1986)
3. Ο Χάρτης της Ljubljana αναφορικά με τη μεταρρύθμιση των Συστημάτων Υγείας (1996)
4. Η Χάρτα των Λαών για την Υγεία (2000)
5. Ο Χάρτης της Bangkok, Π.Ο.Υ (2005)

2.2) ΔΙΑΚΗΡΥΞΕΙΣ

1. Η Παγκόσμια Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην ALMA-ATA (Καζακστάν) 6-12 Σεπτεμβρίου 1978. ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ALMA-ATA «Υγεία για Όλους μέχρι το 2000».
2. Η Διακήρυξη της JAKARTA υπέρ της Προώθησης της Υγείας στον XXI Αιώνα.(1997).
3. Η Διακήρυξη του Άμστερνταμ (2004)

2.3) ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

1. Οι Συστάσεις της Αδελαϊδος (1986)

2.1) Χάρτες

2.1.1 Εισαγωγικά: Προαγωγή και Προώθηση της Υγείας

Όπως αναφέραμε στην εισαγωγή μας, στο Δεύτερο Κεφάλαιο προβαίνουμε στην ανάλυση μιας σειράς βασικών Παγκοσμίων Κειμένων που έχουν ως σκοπό την Προαγωγή-Προώθηση της Υγείας και την υιοθέτηση Στρατηγικών για Ποιοτική Υγεία

(Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Π.Ο.Υ.) στο πλαίσιο μιας Διαρκούς Ανάπτυξης. Τα κείμενα αυτά τα χωρίσαμε ως εξής:

- Χάρτες
- Διακηρύξεις
- Συστάσεις

Η προαγωγή υγείας ως όρος είναι σχετικά πρόσφατος αλλά ως έννοια προϋπήρχε και θεωρείται ως συνέχεια της δημόσιας υγείας.

Η Προώθηση της Υγείας, όπως καθορίζεται από τον Π.Ο.Υ. είναι η διαδικασία που παρέχει στους πληθυσμούς τα μέσα να εξασφαλίζουν έναν μεγαλύτερο ποιοτικό έλεγχο στην προσωπική τους υγεία και να φροντίζουν στην βελτίωση αυτής (1).

Αυτή η διαδικασία απορρέει από μια έννοια που καθορίζει τον όρο «υγεία» ως το μέτρο με το οποίο μια ομάδα ή ένα άτομο μπορεί αφενός να πραγματοποιεί τις φιλοδοξίες του για να ικανοποιεί τις ανάγκες του και αφετέρου να εξελίσσεται και να προσαρμόζεται στο κοινωνικό του περιβάλλον. Μια εκ των σημαντικών συνιστωσών της Δημόσιας Υγείας βρίσκεται στον τομέα της Πρόληψης.

Η προαγωγή υγείας βασίζεται σε νέα φιλοσοφία, που εστιάζει όχι μόνο στην ανθρώπινη συμπεριφορά, αλλά και στους κοινωνικοοικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν το επίπεδο υγείας και την ποιότητα ζωής. Έχει αναγνωριστεί ότι η προαγωγή υγείας δεν είναι υπηρεσία υγείας, αλλά παγκόσμιο δικαίωμα και επομένως όλοι, επαγγελματίες, χρήστες των υπηρεσιών υγείας και η πολιτεία θα έπρεπε να κατευθύνουν όλες τις προσπάθειές τους στην επίτευξη καλύτερης υγείας για όλους. Ήδη έχουν αφιερωθεί σημαντικές προσπάθειες από διεθνείς οργανισμούς και εθνικές κυβερνήσεις στην εγκαθίδρυση πολιτικών κατάλληλων για την επίτευξη καλύτερης υγείας μέσω της προαγωγής της υγείας και ο όρος Προαγωγή της Υγείας είναι σχετικά πρόσφατη. Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στον Καναδά το 1974, αν και ως έννοια μπορεί να ανιχνευθεί σε διάφορα κείμενα νωρίτερα (2) και κατοχυρώθηκε διεθνώς το 1978 μέσω της διακήρυξης της Alma Ata.

Ως γνωστό, η υγεία θεωρήθηκε και θεωρείται από όλους τους ανθρώπους σε όλες τις εποχές και από όλους τους πολιτισμούς, ως ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής και η αρμονία μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος που ζούσε (3).

Η αναγνώριση ότι η πρόληψη είναι προτιμότερη της θεραπείας, αφού συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, αλλά και οικονομικότερη επιλογή στην παροχή φροντίδων υγείας οδήγησε στην παραδοχή ότι η νοσοκομειακή φροντίδα είναι μεν απαραίτητη αλλά όχι πανάκεια. Επομένως, θα έπρεπε να δοθεί προτεραιότητα σε άλλες μορφές φροντίδων υγείας που θα είναι συγχρόνως χρήσιμες, ποιοτικές και οικονομικότερες.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) αποτελεί αυτή τη νέα κατεύθυνση και σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα είναι βασική παροχή φροντίδας υγείας προσιτή σ' όλους.

2.1.2 Ο Χάρτης της Ottawa και οι Γενικές Αρχές του

Ο Χάρτης της Ottawa (1986) προτείνει τον εξ ορισμού για την Προώθηση της Υγείας: «Η Προώθηση της Υγείας είναι μια διαδικασία που προσφέρει στους πληθυσμούς τα μέσα να εξασφαλίζουν έναν μεγαλύτερο και ποιοτικό έλεγχο στην προσωπική τους υγεία καθώς και τα απαραίτητα μέσα για τη βελτίωση αυτής». Άρα, λοιπόν, η υγεία γίνεται αντιληπτή ως ένα στοιχείο της καθημερινής ζωής και όχι ως ένας στόχος ζωής.

Πρόκειται, λοιπόν, για μια θετική έννοια που αναδεικνύει τους κοινωνικούς και ατομικούς πόρους καθώς και τις φυσικές ικανότητες. Έτσι, λοιπόν, η Προώθηση της Υγείας δεν απορρέει μόνο από τον υγειονομικό τομέα: Ξεπερνά τους τρόπους ζωής και στοχεύει στην ευεξία και στην σωστή διαβίωση του ατόμου.

Σε αυτόν, λοιπόν τον ορισμό, βρίσκει κανείς τους σημαντικούς τομείς και τους καθοριστικούς παράγοντες της Υγείας:

- Συνθήκες ζωής και προσωπικοί παράγοντες.
- Κοινωνικοί παράγοντες.
- Οικονομικοί παράγοντες.
- Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες.

Πρόκειται, λοιπόν, για μια διαδικασία που συμπεριλαμβάνει τους περιβαλλοντολογικούς παράγοντες μέσα σε μια πιο γενική διαδικασία, η οποία «προσφέρει μια θετική και πληρέστερη έννοια της Υγείας ως καθοριστικός παράγοντας της ποιότητας της ζωής».

Τα μέσα είναι:

- Η εκπόνηση μιας Δημόσιας Πολιτικής για την Υγεία.
- Η ενίσχυση της Κοινοτικής Δράσης.
- Η ανάπτυξη των προσωπικών ικανοτήτων.
- Ο επαναπροσανατολισμός των προσωπικών ικανοτήτων.
- Η δημιουργία ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος

Η Προώθηση της Υγείας, χρησιμοποιεί στρατηγικές που επιτρέπουν το να ενεργεί κανείς με κοινωνική ευθύνη επί διαφόρων εταίρων που επιτρέπουν την αύξηση των κοινωνικών ικανοτήτων. Το άτομο παραμένει στο επίκεντρο της διαδικασίας. Αυτή η διαδικασία του επιτρέπει μέσα και μαζί με την κοινότητά του να ενεργοποιείται υπέρ της υγείας του.

Κατά συνέπεια, υπάρχει αναγκαιότητα, οι πολιτικές της υγείας να προσανατολίζονται προς αυτήν την προοπτική. Επομένως, όλες αυτές οι διαδικασίες πρέπει να καταλήγουν σε αυτό που ονομάζουμε «υγιεινό περιβάλλον». Οι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας είναι ευρύτατοι και απορρέουν όχι μόνο από αυτούς που συνδέονται με το άτομο αλλά και με αυτούς που έχουν σχέση με αυτό και με το περιβάλλον του δηλ. που συνδέονται τόσο με το χώρο της εργασίας όσο και με το πολιτισμικό περιβάλλον του, την οικογένεια και την κοινωνία.

Πολλές μελέτες καταδεικνύουν την σημασία των κοινωνικών παραγόντων (ανισότητα στην αγωγή του, υποβάθμιση του ατόμου, συναισθηματικές ανεπάρκειες, διακρίσεις και αποκλεισμός, απομόνωση και χαμηλό βαθμό αυτονομίας στην εργασία).

Ο τομέας της ψυχικής υγείας είναι ένας τομέας ιδιαίτερα σημαντικός και παρεμβαίνει καταλυτικά στην Προώθηση της Υγείας.

Ως συνέχεια με τον Χάρτη της Ottawa, πρέπει να υπογραμμιστούν οι προσπάθειες για την ανάδειξη της σημασίας της δημιουργίας ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος για την Υγεία (1991, Declaration de Sundsvoll), της επίδρασης του περιβάλλοντος (1997, Διακήρυξη της Jakarta) και της σημασία της κοινωνικής στήριξης ως παράγων προστασίας (2000, Declaration de Mexico). Τέλος, το 2005 ο Χάρτης της Bangkok, που θα αναλύσουμε ακολούθως, έδωσε προτεραιότητα στην αναγκαιότητα μιας κοινής, υπεύθυνης προσέγγισης στον όρο της Προώθησης της Υγείας, μεταξύ του Δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα.

Ο Χάρτης της Ottawa και η Εκπαίδευση για την Υγεία

Ο Χάρτης της Ottawa, θεωρεί εντελώς απαραίτητη την «Εκπαίδευση για την Υγεία» για την Προώθηση μιας Ποιοτικής Υγείας.

Στο μέτρο που η προώθηση της Υγείας στοχεύει στο να επιτρέψει σε ένα άτομο μέσα και με την κοινότητά του να ενεργεί υπέρ της Υγείας του, η εκπαίδευση για την υγεία, αποβαίνει το ανώτατο διακύβευμα και η προτεραιότητα της Προώθησης για την Υγεία.

Ο Π.Ο.Υ. το 1998 δήλωσε: «Η εκπαίδευση για την Υγεία περιλαμβάνει την δημιουργία δυνατοτήτων να μάθει κανείς χάρη σε μια μορφή επικοινωνίας που στοχεύει στη βελτίωση των ικανοτήτων αναφορικά με την υγεία, αυτό το οποίο περιλαμβάνει τη βελτίωση των γνώσεων και την μετάδοση χρήσιμων ικανοτήτων μέσα στη ζωή, οι οποίες ευνοούν την υγεία των ατόμων και των κοινοτήτων».

Αυτός ο ορισμός περιλαμβάνει αρκετά στοιχεία όπως:

- Την προϋπόθεση προληπτικών δράσεων για τα άτομα που έχουν περισσότερο ανάγκη και τα οποία είναι αυτά που κάνουν έκκληση.
- Η προσαρμογή της μορφής της επικοινωνίας προς τις ομάδες στόχου.
- Η αύξηση της ικανότητας όσον αφορά την υγεία, η απόκτηση θετικών αντανakλαστικών υγείας τόσο σε κοινοτικό επίπεδο, όσο και προσωπικό (4).

2.1.3 Ο Χάρτης της Ljubljana αναφορικά με τη μεταρρύθμιση των Συστημάτων Υγείας (1996)

Ο παρών Χάρτης έχει ως στόχο να καθορίσει ένα σύνολο από αρχές που πρέπει να ενταχθούν στα υπάρχοντα Συστήματα Υγείας ή που θα επιτρέψουν την βελτίωση των Φροντίδων Υγείας σε όλα τα Ευρωπαϊκά Κράτη-Μέλη του Π.Ο.Υ. Αυτές οι αρχές στηρίζονται στην αποκτηθείσα εμπειρία σε διάφορες χώρες κατά την υλοποίηση της μεταρρύθμισης των Συστημάτων Υγείας και πάνω στην Ευρωπαϊκή Στρατηγική της Υγείας για όλους και κυρίως επάνω στους σχετικούς σκοπούς με τα Συστήματα Υγείας.

Ο Χάρτης προβλέπει και περιλαμβάνει την μεταρρύθμιση των Συστημάτων Υγείας μέσα στο ειδικό περιβάλλον της Ευρώπης και είναι επικεντρωμένα στην Αρχή κατά την οποία τα Συστήματα Υγείας έχουν ως στόχο την βελτίωση της κατάστασης της Υγείας και την ποιότητα της ζωής των ατόμων.

Η βελτίωση της κατάστασης της Υγείας του πληθυσμού είναι ένας δείκτης ανάπτυξης της κοινωνίας. Οι υπηρεσίες υγείας παίζουν ένα σημαντικό ρόλο αλλά δεν είναι οι μοναδικές που έχουν επίδραση πάνω στην ευζωία των ατόμων :Οι άλλοι τομείς έχουν επίσης μια συμβολή στο να προσφέρουν και μια υπευθυνότητα να αναλαμβάνουνε δράσεις αναφορικά με τον τομέα της υγείας.

Ο προαναφερόμενος Χάρτης αποτελείται από τρία κύρια Μέρη, το Προοίμιο, τις Θεμελιώδεις Αρχές και τις Αρχές της Διαχείρισης της Μεταρρύθμισης (6 άρθρα). Το **δεύτερο Μέρος** περιλαμβάνει τις Αρχές στις οποίες πρέπει να στηρίζονται τα Συστήματα Υγείας στον Ευρωπαϊκό χώρο:

1. Τις θεμελιώδεις αξίες ως κινητήριο δύναμη
2. Την υγεία ως βασικό σκοπό
3. Το άτομο ως ουσιώδη παράγοντα
4. Την ποιότητα ως πόλο σύγκλισης

5. Έναν βιώσιμο τρόπο χρηματοδότησης
6. Τις Φροντίδες της Πρωτοβάθμιας Υγείας ως θεμελιώδες στοιχείο της Ποιοτικής Υγείας

Το **τρίτο Μέρος** αναφέρεται στις Αρχές της Διαχείρισης της Μεταρρύθμισης, κυρίως σε αυτές που θεωρούνται απαραίτητες και αποτελεσματικές για μια Ποιοτική Υγεία:

1. Την Ανάπτυξη της Πολιτικής της Υγείας
2. Να δίνεται η δέουσα προσοχή στην γνώμη και στην επιλογή των πολιτών
3. Την ανασυγκρότηση των Υπηρεσιών Υγείας
4. Την επαναφορά των Ανθρωπίνων Πόρων στον Τομέα της Υγείας
5. Την βελτίωση της διαχείρισης
6. Την συλλογή διδαγμάτων από την εμπειρία (5)

Το πλήρες κείμενο του Χάρτη συμπεριλαμβάνεται στο Παράρτημα της εργασίας μας.

2.1.4 Χάρτα των Λαών για την Υγεία (2000)

Στο παρόν κείμενο θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε εν συντομία το περιεχόμενο της Χάρτας των Λαών του κόσμου, της οποίας το πλήρες κείμενο θα συμπεριληφθεί στο τέλος της εργασίας μας.

Η υγεία είναι ένα κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό ζήτημα και πάνω απ' όλα ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Οι ανισότητες σε όλους τους τομείς αποτελούν τη ρίζα της αρρώστιας και του θανάτου των φτωχών και περιθωριοποιημένων ανθρώπων.

α) Το όραμα της Χάρτας

Η ισότητα, η βιώσιμη ανάπτυξη και η ειρήνη βρίσκονται μέσα στην καρδιά του οράματός της για έναν καλύτερο κόσμο, έναν κόσμο στον οποίο μια υγιής διαβίωση για όλους είναι πραγματικότητα, έναν κόσμο που σέβεται, εκτιμά και τιμά κάθε ζωή και διαφορετικότητα.

β) Η κρίση στην Υγεία

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι παγκόσμιες οικονομικές αλλαγές έχουν βαθύτατα επηρεάσει την υγεία των ανθρώπων και την πρόσβασή τους σε υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες.

Ένα μεγάλο ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού στερείται ακόμη και τα εντελώς απαραίτητα, όπως πόσιμο νερό, τις στοιχειώδεις συνθήκες υγιεινής και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Η υποβάθμιση του φυσικού περιβάλλοντος απειλεί την υγεία των ανθρώπων και ειδικά των φτωχών.

Οι υπηρεσίες υγείας έχουν γίνει λιγότερο προσβάσιμες, πιο άνισα κατανομημένες και πιο ακατάλληλες.

γ) Αρχές της Χάρτας των Λαών για την Υγεία

- Η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας και ευεξίας είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, ανεξάρτητα από το χρώμα, την εθνικότητα, τη θρησκεία, το φύλο, την ηλικία, τις ικανότητες, την σεξουαλική επιλογή ή την τάξη.
- Οι αρχές της ενιαίας και καθολικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), που τέθηκαν με την διακήρυξη της Alma-Ata το 1978, πρέπει να αποτελούν τη βάση για τις διαμορφούμενες πολιτικές για την Υγεία. Χρειάζεται μια ισότιμη, συμμετοχική και διατομεακή προσέγγιση στην υγεία και στην φροντίδα υγείας.
- Οι κυβερνήσεις έχουν μια θεμελιώδη ευθύνη να διασφαλίσουν καθολική πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα υγείας, εκπαίδευση και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες, σύμφωνα με τις ανάγκες των πληθυσμών και όχι την ικανότητά τους να πληρώνουν.
- Η συμμετοχή του λαού και των οργανώσεών του είναι αναγκαία για τη διαμόρφωση, εφαρμογή και αξιολόγηση όλων των υγειονομικών και κοινωνικών πολιτικών και προγραμμάτων.
- Η υγεία καθορίζεται πρώτιστα από το πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον και θα πρέπει, μαζί με την ισότητα και την βιώσιμη

ανάπτυξη, να αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα για τις πολιτικές επιλογές σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο (6) (βλ.παράρτημα).

2.1.5 Ο Χάρτης της Bangkok, Π.Ο.Υ. (2005)

Ο χάρτης της Bangkok (4) προσφέρει ένα πλαίσιο στα μέτρα και τις δεσμεύσεις που ενεργούν στους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Θέτει ευθύνες για τον πολιτικό τομέα, την κοινωνία των πολιτών, τον ιδιωτικό τομέα, τους διεθνείς οργανισμούς και την κοινότητα της δημόσιας υγείας. Θέτει επίσης το δικαίωμα στην όσο καλύτερη υγεία για τον καθένα. Εκσυγχρονίζει τις δράσεις επί των καθοριστικών παραγόντων της υγείας, αναγνωρίζοντας τα προβλήματα που απορρέουν από τις ανισότητες, τις νέες μεθόδους κατανάλωσης και επικοινωνίας, από την εμπορευματοποίηση και τις περιβαλλοντολογικές αλλαγές, από τις τάσεις αστικοποίησης καθώς επίσης και από τις δημογραφικές τροποποιήσεις, από τις οικογενειακές και κοινωνικές δομές και από τους ευάλωτους πληθυσμούς, κυρίως τα παιδιά κ.τ.λ.

Τροποποιεί ορισμένες προοπτικές, υπογραμμίζοντας κυρίως την θετική πλευρά των κανονισμών και των νόμων που αφορούν την ισότητα ευκαιριών και την προστασία των ατόμων.

Αναπτύσσει τρεις άξονες που αφορούν την Προώθηση της Υγείας:

1. Μια κεντρική ευθύνη του συνόλου του Δημόσιου Τομέα.
2. Έναν ουσιαστικό άξονα δράσης σε κοινοτικό επίπεδο και της κοινωνίας των πολιτών.
3. Μια απαίτηση Καλής Πρακτικής σε επίπεδο των επιχειρήσεων, όσον αφορά την συμμετοχή αυτών στις κοινωνικές ανάγκες, του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο λειτουργούν και είναι υποχρεωμένες να σέβονται.

2.2) Διακηρύξεις

2.2.1 Η Παγκόσμια Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην ALMA-ATA (Καζακστάν) 6-12 Σεπτεμβρίου 1978. ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ALMA-ATA «Υγεία για Όλους μέχρι το 2000»

Πριν από 30 χρόνια, εν μέσω του Ψυχρού Πολέμου, ειδικοί σε θέματα Υγείας και υπεύθυνοι χάραξης πολιτικών από 134 Κράτη-Μέλη του Π.Ο.Υ κλήθηκαν στην πρώτη ΕΣΣΔ να συμμετάσχουν στην Παγκόσμια Διάσκεψη για τη Διεθνή Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Στις 12 Σεπτεμβρίου 1978 επεγράφη με το φιλόδοξο στόχο επίτευξης «Υγεία για Όλους», η λεγόμενη Παγκόσμια Διακήρυξη της ALMA-ATA.

Το 1978 υπολογίστηκαν, ότι εκατομμύρια άνθρωποι, δεν είχαν πρόσβαση στην κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη. Υπήρχαν τεράστιες ανισότητες μεταξύ των πληθυσμών στο εσωτερικό των χωρών.

Η Διακήρυξη της Alma-Ata δημιούργησε επανάσταση της ερμηνείας της υγείας ανά τον κόσμο. Το μήνυμά της, ήταν ότι είναι απαράδεκτη η ύπαρξη ανεπαρκούς και άνισης υγειονομικής περίθαλψης σε οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο. Δυστυχώς ο στόχος της «Υγεία για Όλους», παρά την κλήση συσπείρωσης για δράση, δεν επιτεύχθηκε.

Το 2008, οργανώθηκε στην Antwerp του Βελγίου, Συνέδριο από το Ινστιτούτο Τροπικής Ιατρικής, την Γενική Διεύθυνση Αναπτυξιακής Βελγικής Συνεργασίας (B.T.C) και τη Βελγική Πλατφόρμα για Διεθνή Υγεία, για τον εορτασμό της 30ης επετείου της Διακήρυξης της Alma-Ata.

Το συνέδριο αυτό ήταν μια ευκαιρία για την ανταλλαγή εμπειριών και δεδομένων για να διαμορφώσουν στρατηγικές για την επίτευξη και επαναπροσδιορισμό της θέσης, στην σημερινή παγκόσμια σκηνή, του σκοπού της «Υγεία για Όλους», της Alma-Ata.

Αναλυτικότερα η Διακήρυξη της Alma-Ata αποτελείται από (2) δύο Μέρη. Στο **Πρώτο Μέρος** αποτελούμενο από VI άρθρα, αναπτύσσεται το σκεπτικό των αναγκών, των διαπιστώσεων και των δικαιωμάτων των πληθυσμών για την βελτίωση του βιοτικού επιπέδου τους και την ισότιμη πρόσβαση σε φροντίδες υγείας. Ειδικότερα στο άρθρο VI αναλύεται η έννοια και το περιεχόμενο της Π.Φ.Υ. ως αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του Συστήματος Υγείας μιας χώρας ,όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας.

Το **Δεύτερο Μέρος**, φέρει τον επιμέρους τίτλο: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και αποτελείται από 4 άρθρα.

Στο πρώτο άρθρο με 7 παραγράφους αναπτύσσεται λεπτομερώς η σημασία, οι σκοποί και οι τομείς που καλύπτει η Π.Φ.Υ. Τα υπόλοιπα άρθρα αναφέρονται στις υποχρεώσεις των κυβερνήσεων για την διαμόρφωση των κατάλληλων εθνικών πολιτικών και στρατηγικών της Π.Φ.Υ σε συνεργασία με Διεθνείς Οργανισμούς και τους διαφόρους κοινωνικούς εταίρους ανά τον κόσμο (7).

2.2.2 Η Διακήρυξη της JAKARTA υπέρ της Προώθησης της Υγείας στον XXI Αιώνα (1997)

Η Τέταρτη Διεθνής Διάσκεψη σχετικά με την Υγεία με θέμα: «Στην Νέα Εποχή: Προσαρμογή της Προώθησης της Υγείας στον XXI αιώνα» έλαβε χώρα στην JAKARTA από τις 21 έως τις 25 Ιουλίου το 1997, σε μια κρίσιμη στιγμή της εκπόνησης «Διεθνών Στρατηγικών για Ποιοτική Υγεία». Ήδη είχαν διέλθει είκοσι χρόνια από την στιγμή που τα Κράτη-Μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είχαν λάβει την φιλόδοξη δέσμευση να καθιερώσουν την Παγκόσμια Στρατηγική της Υγείας για Όλους και είχαν προσυπογράψει τις Αρχές για πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών Υγείας για όλους , δηλ. την Διακήρυξη της Alma-Ata, μετά από έντεκα χρόνια από την Πρώτη Παγκόσμια Διάσκεψη για την προώθηση της Υγείας στην ΟΤΤΑΒΑ, του Καναδά. Η

προαναφερόμενη Διάσκεψη κατέληξε στην διακήρυξη του Χάρτη της ΟΤΤΑΒΑ για την προώθηση της Υγείας και της παροχής ποιοτικής περίθαλψης για όλους.

Οι πέντε προτεραιότητες είναι:

1. Η κοινωνική ευθύνη για την υγεία και την ισότητα όσον αφορά την υγεία.
2. Οι επενδύσεις για την υγειονομική ποιοτική ανάπτυξη.
3. Οι εταιρικές για την προώθηση της υγείας.
4. Η βελτίωση των κοινοτικών ικανοτήτων-αρμοδιοτήτων (η αύξηση του κοινοτικού έλεγχου επί των καθοριστικών παραγόντων της υγείας) και η απόκτηση των μέσων υπέρ των ατόμων.
5. Η δημιουργία της κατάλληλης υποδομής για την Προώθηση της Διακήρυξης της Jakarta.

Η Διακήρυξη της Jakarta αποτελείται από 3 Μέρη: Το Προοίμιο, τις Κύριες Διατάξεις και την Πρόσκληση για Εφαρμογή.

Το **Πρώτο Μέρος** περιλαμβάνει το **Προοίμιο** με 4 κεφάλαια:

Κεφάλαιο 1^ο: Η προώθηση της Υγείας ως κεφαλαιώδης επένδυση.

Κεφάλαιο 2^ο: Οι καθοριστικοί παράγοντες για μια Υγεία Ποιότητας: Οι νέες προκλήσεις.

Κεφάλαιο 3^ο: Η Προώθηση της Υγείας φέρνει αλλαγές.

Κεφάλαιο 4^ο: Η αναγκαιότητα καινοτόμων λύσεων.

Το **Δεύτερο Μέρος**, με τίτλο: **Προτεραιότητες για την Προώθηση της Ποιότητας της Υγείας στον XXI αιώνα**, αποτελείται από 5 άρθρα.

1^οΆρθρο: Προώθηση της κοινωνικής υπευθυνότητας υπέρ της Υγείας.

2^οΆρθρο: Αύξηση των επενδύσεων για την ανάπτυξη της Ποιοτικής Υγείας.

3^οΆρθρο: Ενίσχυση και διεύρυνση των εταιρικοτήτων στο χώρο της Υγείας.

4^οΆρθρο: Αύξηση των ικανοτήτων της κοινότητας και παροχή σε κάθε άτομο των μέσων για να ενεργεί.

5^οΆρθρο: Δημιουργία μιας σταθερής υποδομής για την Προώθηση της Υγείας

Το **Τρίτο Μέρος**, είναι η **Πρόσκληση για Δράση** και η εφαρμογή της Διακήρυξης από τις Κυβερνήσεις των χωρών (8).

2.2.3 Η Διακήρυξη του Άμστερνταμ (2004)

Η Διακήρυξη του Άμστερνταμ: Αναφορικά με τα Νοσοκομεία τα προσαρμοσμένα στις ανάγκες των μεταναστών σε μια Ευρώπη χαρακτηριζόμενη από εθνοτική και πολιτισμική ποικιλομορφία. (9-11-2004).

Ως γνωστό η μετανάστευση, η εθνοτική και πολιτισμική ποικιλομορφία, η υγεία καθώς και οι φροντίδες υγείας, συνδέονται από πολλές απόψεις.

Η κατάσταση της υγείας των μεταναστών και των εθνοτικών μειονοτήτων υπολείπεται εμφανώς από αυτή του μέσου όρου του ημεδαπού πληθυσμού. Αυτές οι ομάδες είναι περισσότερο ευάλωτες λόγω της υποδεέστερης κοινωνικο-οικονομικής της κατάστασης και των τραυματικών μεταναστευτικών εμπειριών τους, καθώς και από την έλλειψη μιας επαρκούς κοινωνικής συμπαράστασης.

Πολλά είναι τα προβλήματα που δημιουργούνται τόσο στους χρήστες όσο και στους παρέχοντες (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας, όπως τα γλωσσικά εμπόδια, η πολιτισμική ποικιλομορφία (που επιδρά άμεσα στις συμπεριφορές και των δυο μερών), αλλά επίσης και η έλλειψη επιπλέον διαθέσιμων πόρων καθώς και το χαμηλό οικονομικό επίπεδο των μεταναστών και η άγνοια σχετικά με τα δικαιώματα των μειονοτήτων

Όλα αυτά, είναι φυσικό να θέτουν νέες προκλήσεις για την εξασφάλιση της ποιότητας, κυρίως στα νοσοκομεία, τα οποία παίζουν ένα ιδιαίτερος σημαντικό στην

προσφορά βοήθειας και περίθαλψη αυτού του τμήματος του πληθυσμού μιας τοπικής κοινωνίας.

Με σκοπό να αντιμετωπισθούν αυτές οι προκλήσεις, νοσοκομεία από 12 ευρωπαϊκές χώρες, δημιούργησαν μια ομάδα πιλοτικών νοσοκομείων για να συμμετάσχουν στο Σχέδιο/Πρόγραμμα «Migrant –Friendly Hospital-MFH». Τα εθνικά και διεθνή Δίκτυα των Νοσοκομείων-Υγεία του Π.Ο.Υ (Health Promoting Hospitals HPH) έπαιξαν έναν σημαντικότερο ρόλο στην συγκέντρωση εταίρων από την Γερμανία, Αυστρία, Δανία, Ισπανία, Φιλανδία, Γαλλία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Κάτω Χώρες, Σουηδία και του Ηνωμένου Βασιλείου.

Το πρόγραμμα χρηματοδοτήθηκε επίσης και από το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Παιδείας, Επιστημών και Πολιτισμού της Δημοκρατίας της Αυστρίας, από τις Αρχές της πόλεως της Βιέννης και τα τοπικά πιλοτικά Νοσοκομεία.

Το λεπτομερές κείμενο της Διακήρυξης του Άμστερνταμ περιλαμβάνεται στο παράρτημά μας στην οποίο αναλύονται τα βασικά σημεία για μια επιτυχημένη ποιοτική των υπηρεσιών υγεία καθώς και όλη η φιλοσοφία της οργάνωσης των Μονάδων Υγείας εφαρμόζοντας τις Συστάσεις της Διακήρυξης.

2.3) Συστάσεις

2.3.1 Οι Συστάσεις της Αδελαΐδος (1986)

Η Σύσταση της Διάσκεψης της Αδελαΐδος αποτελείται από τέσσερα μέρη:

α) Τις Πολιτικές για την Υγεία:

Οι πολιτικές της υγείας χαρακτηρίζονται από τη ρητή έγνοια να εγγυηθούν την υγεία και την ισονομία σε όλους τους πολιτικούς τομείς και από την υποχρέωση να λάβουν υπόψη τις επιπτώσεις στον σχεδιασμό της υγείας. Ο κύριος στόχος τους είναι να καθιερώσουν ένα κατάλληλο ευνοϊκό περιβάλλον που να επιτρέπει στον καθένα να διεξαγάγει μια υγιή ζωή.

β) Οι παροχές φροντίδων Υγείας:

Οι πολιτικές για την Υγεία με βασικό σκοπό την αντιμετώπιση των προκλήσεων της παγκοσμιοποίησης, υποχρεούται να εφαρμόσουν προσεγγίσεις στην οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη και οι οποίες να δημιουργούν βελτιωμένες σχέσεις ανάμεσα στην υγειονομική και την κοινωνική μεταρρύθμιση.

γ) Την εγκαθίδρυση ευνοϊκών περιβαλλόντων:

Είναι επιτακτική ανάγκη οι Δημόσιες Υπηρεσίες να προβούν σε συντονισμένες διατομεακές προσπάθειες έτσι ώστε η υγεία να θεωρείται ως μια ουσιώδη προϋπόθεση κάθε βιομηχανικής και αγροτικής ανάπτυξης.

δ) Προκλήσεις για το μέλλον:

- Η δίκαιη κατανομή των πόρων
- Η υγεία για όλους με την προϋπόθεση της καθιέρωσης και της διατήρησης ευνοϊκών για την υγεία συνθηκών ζωής και εργασίας.
- Η ενθάρρυνση της συνεργασίας για την ειρήνη, τα ανθρώπινα δικαιώματα και την κοινωνική δικαιοσύνη.
- Προς όφελος της βελτίωσης της ποιότητας της υγείας, είναι επιθυμητό η εύρεση καινοτόμων διαδικασιών-μεθόδων συνεργασίας σε κάθε επίπεδο (10).

Βιβλιογραφία - Πηγές

1) «La promotion de la sante a pour but de donner aux individus davantage de maitrise de leur propre sante et davantage de moyens de l'ameliorer» (www.inpes.sante.fr/HPS/promotion.asp) sur www.inpes.sante.fr. Consulte le 6 aout 2010.

2) Πρακτικά από την Συνάντηση στις 2/7/2008 με θέμα «Προαγωγή Υγείας: Ιστορική εξέλιξη της, IBD-GR (THE CROHN Colitis Community in Greece).

3) Καρανικόλας, Α. και Π. Φλέγκας. 2007. Το Βελγικό Σύστημα Περίθαλψης – Αναπηρίας. Η Επείγουσα Ιατρική Βοήθεια. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ. 7-9, και Πρακτικά από την Συνάντηση στις 2/7/2008 με θέμα «Προαγωγή Υγείας»: Ιστορική εξέλιξη της, IBD-GR (THE CROHN Colitis Community in Greece).

4) www.s2d-ccvs.fr/.../presentationD.htm
www.robert-schuman.eu/question-europe.php
www.ec.europa.eu/health-eu.htm
www.neaygeia.gr

Χάρτης της Ottawa για την Προώθηση της Υγείας. WHO/HPR/HEP/95.1.OMS Geneve, 1986.

5) www.maisonmedicale.org/La_Charte-de_Ljubljana-sur-la.html

6) www.phmovement.org

- 7) www.immigrants_health.duth.gr/AlmaAta1.html
http://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9claration_d%27Alma-Ata
- 8) www.who.int/hpr/NPH/docs/Jakarta_declaration-fr.pdf
www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index.html
- 9) www.mfh-eu.net/.../european.../mfh_amsterdam_declaration_franzoesisch.pdf
- 10) www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index.html
www.maisonmedicale.org/Recommandations-d-Adelaide.html

A. ΜΕΡΟΣ

ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ Ε.Ε. ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1) Ευρωπαϊκή Ένωση-Επιτροπή Των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, οι κοινές προσεγγίσεις σε υπάρχοντα προβλήματα εφαρμόζονται ολοένα και περισσότερο όχι μόνο στον τομέα της οικονομίας, της ενιαίας αγροτικής πολιτικής, αλλά και σε άλλους τομείς, όπως είναι η μετανάστευση, το περιβάλλον, η εκπαίδευση, η ασφάλεια, η κοινωνική πολιτική και η έρευνα.

Η ασφάλεια της υγείας, η προστασία της Δημόσιας Υγείας και η ιατρική περίθαλψη των ευρωπαίων πολιτών δεν αποτελεί εξαίρεση. Τα προβλήματα υγείας δεν τείνουν απλώς να αποκτήσουν έναν ολοένα και περισσότερο διεθνή χαρακτήρα, αλλά τα σημαντικότερα προβλήματα φαίνεται ότι αυξάνονται κατά παρόμοιο τρόπο στις διάφορες χώρες.

Ήδη, αμέσως μετά την έναρξη της ισχύος της Συνθήκης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Επιτροπή, ανταποκρινόμενη σε αίτημα του Συμβουλίου της Ε.Ε., χάραξε «το περίγραμμα της δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας και ιατρικής περίθαλψης των ευρωπαίων πολιτών» (Ιούνιος 1994). Ακόμη, πολλά ψηφίσματα του Συμβουλίου της Ε.Ε., έχουν ως σκοπό να διευκολύνουν τον σχεδιασμό βιώσιμων συστημάτων ιατρικής περίθαλψης, παρέχοντας στα κράτη μέλη τις κατάλληλες υγειονομικές πληροφορίες, ώστε αυτά να μπορούν να προβαίνουν σε συγκρίσεις και γενικά, να υποστηρίζουν την βελτίωση των εθνικών πολιτικών υγείας (1).

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω και επιπλέον όσον αφορά τα κράτη-μέλη της Ε.Ε., στα οποία κατισχύει το Κοινοτικό Δίκαιο έναντι του Εθνικού, για να μπορέσουμε να παρουσιάσουμε τις καινοτόμες δράσεις στο Βελγικό Εθνικό Σύστημα ιατρικής περίθαλψης, θεωρούμε ότι πρέπει να εξετάσουμε αρχικά, εν συντομία, το τι προβλέπει η Κοινωνική Πολιτική της Ε.Ε. και ειδικότερα περί Δημόσιας Υγείας.

Η Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση (2) θέσπισε νέες ευθύνες για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα στον τομέα της Δημόσιας Υγείας και της ιατρικής περίθαλψης. Το άρθρο 129 της Συνθήκης ορίζει ως γενικό στόχο ότι η Κοινότητα συμβάλλει στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ανθρώπου και προβλέπει διατάξεις (3) για διάφορα είδη των κοινοτικών ενεργειών που πρέπει να πραγματοποιηθούν για την επίτευξη του στόχου αυτού. Οι κυριότερες κοινοτικές διατάξεις έχουν ως βάση τον Πρώτο Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη και τα Πρωτόκολλα του (1961), του Συμβουλίου της Ευρώπης, και κυρίως τις αρχές και τα δικαιώματα όπως αυτά διατυπώνονται στο Ι μέρος του Προοιμίου του Χάρτη, (4) π.χ.:

§11. «Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα να επωφελείται από κάθε μέτρο που του επιτρέπει να απολαμβάνει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας»

§ 12. «Όλοι οι εργαζόμενοι και τα προστατευόμενα μέλη της οικογένειάς τους έχουν δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλεια και ιατρική περίθαλψη»

§ 13. «Κάθε πρόσωπο που δεν διαθέτει επαρκείς πόρους, έχει δικαίωμα για κοινωνική και ιατρική αντίληψη»

Στις τρεις αυτές βασικές αρχές στηρίζονται το Άρθρο 13, «Δικαίωμα για κοινωνική και ιατρική αντίληψη» καθώς και το Άρθρο 19, «Δικαίωμα των μεταναστών και των οικογενειών τους για προστασία και ιατρική αντίληψη». Με τον ίδιο τρόπο διατυπώνονται οι ίδιες αρχές και τα ίδια άρθρα (13 και 19) και στον Αναθεωρημένο Ευρωπαϊκό Χάρτη του 1996.

Η ανακοίνωση της Επιτροπής (Commission) σχετικά με το πλαίσιο δράσης στον τομέα υγείας (5) ορίζει τον τρόπο με τον οποίο η Επιτροπή σκοπεύει να εφαρμόσει αυτή τη νέα «κοινοτική αρμοδιότητα». Μεταξύ άλλων προτάσεων που πραγματοποίησε, προέβλεπε τη σύνταξη σε τακτική βάση μιας έκθεσης σχετικά με την κατάσταση της υγείας και της παροχής ιατρικής μέριμνας και περίθαλψης από τα κράτη-μέλη της Ε.Ε., η οποία θα βασίζεται σε δεδομένα εργασιών/ ερευνών περί υγείας που πραγματοποιεί το Περιφερειακό Γραφείο για την Ευρώπη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

Η πρώτη έκθεση αυτού του είδους, απευθυνόμενη προς το Συμβούλιο (6). Με αυτόν τον τρόπο η «Δημόσια Υγεία» εισήλθε πλήρως στο πεδίο δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δια ενός «ειδικού τίτλου» ο οποίος προστέθηκε στη Συνθήκη ΕΚ στο

Μάαστριχτ. Έτσι η δράση της Ε.Ε. (άρθρο 152 ΣΕΚ) αφορά προγράμματα ενημέρωσης, διαπαιδαγώγησης και κατάρτισης σε θέματα υγείας (ήδη από το 1997) έχοντας ως στόχο την “προαγωγή της υγείας” μέσω παροχής στα κράτη-μέλη, των κατάλληλων υγειονομικών πληροφοριών για την βελτίωση των εθνικών πολιτικών υγείας.

Έτσι η δράση της Ε.Ε., η οποία συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποβλέπει:

- α) στην βελτίωση της Δημόσιας Υγείας,
- β) στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας και
- γ) στην αποτροπή των πηγών κινδύνων για την σωματική και ψυχική υγεία.

Η δράση αυτή καλύπτει την καταπολέμηση των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας στον τομέα της Υγείας, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτιών τους, της μετάδοσης και της πρόληψής τους, της διαπαιδαγώγησης στον τομέα της Υγείας καθώς και την επαγρύπνηση για σοβαρές διασυνοριακές απειλές κατά της Υγείας (7) Επίσης ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Υγεία και την Ασφάλεια στην εργασία με το Bilbao (8) έχει ως βασικές αρμοδιότητες τη συλλογή και διάδοση πληροφοριών για την Υγεία και την Κοινωνική Ασφάλιση των Ευρωπαίων Πολιτών και την παροχή στην Επιτροπή πληροφοριών για το νομοθετικό πλαίσιο των Ευρωπαϊκών Χωρών (9). Στη διευρυμένη Ένωση των 27 Κρατών-Μελών οι ανισότητες στον τομέα της Υγείας είναι μεγαλύτερες από ποτέ. Επιπλέον, παρατηρούνται ορισμένες ολοένα μεγαλύτερες προκλήσεις για την Υγεία του πληθυσμού, οι οποίες απαιτούν την υιοθέτηση μιας ενιαίας στρατηγικής προσέγγισης (π.χ. γήρανση του πληθυσμού, μετανάστες, βιωσιμότητα των Συστημάτων Υγείας της Ε.Ε).

Για την αντιμετώπιση των προκλήσεων η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Commission) εκπόνησε την Λευκή Βίβλο που καθορίζει ένα στρατηγικό πλαίσιο για τις δράσεις στον τομέα της Υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο (10). Η στρατηγική προσέγγιση Ε.Ε (11) για την περίοδο 2008-2013 «Μαζί για την Υγεία» περιλαμβάνει ένα συνεκτικό πλαίσιο βασιζόμενο σε τέσσερις Κύριες Αρχές και σε τρεις Στρατηγικούς Στόχους για την βελτίωση της Υγείας στην Ε.Ε.

Οι Αρχές είναι:

1. Μια προσέγγιση βασιζόμενη σε ορισμένες αξίες.

2. Η αναγνώριση της σχέσης μεταξύ της υγείας και της οικονομικής ευμάρειας.
3. Η συμπερίληψη της υγείας σε όλες τις κοινές πολιτικές.
4. Η ενδυνάμωση της φωνής της Ε.Ε ως προς την υγεία.

Οι στρατηγικοί στόχοι είναι :

1. Η προαγωγή της Καλής Υγείας σε μια Ευρώπη που γηράσκει.
2. Η προστασία των πολιτών από τους κινδύνους για την υγεία.
3. Η προώθηση δυναμικών Συστημάτων Υγείας και Νέων Τεχνολογιών.

Για την επίτευξη αυτών των στόχων, η Επιτροπή παρουσιάζει στο τέταρτο κεφάλαιο της Λευκής Βίβλου (12) «Μαζί για την Υγεία : Υλοποίηση της Στρατηγικής», έναν μηχανισμό εφαρμογής δομημένης συνεργασίας με τα Κράτη-Μέλη σε όλους τους τομείς της Υγείας.

Η ανωτέρω σύντομη παρουσίαση της Δράσης για την Προαγωγή της Υγείας στην Ε.Ε. απορρέει από την μελέτη των ακόλουθων πηγών (13):

3.2) Το Συμβούλιο της Ευρώπης και η Καλή Διακυβέρνηση για την ισονομία στην παροχή Ποιοτικής Δημόσιας Υγείας

Το Συμβούλιο της Ευρώπης, ως περιφερειακός διεθνής οργανισμός στη γενική πολιτική (14) του περιλαμβάνει και την «πολιτική για ποιοτική υγεία» για τα 32 κράτη-μέλη. Στην 4η Σύνοδο της Επιτροπής των Εμπειρογνομόνων για «θέματα ποιοτικής υγείας» (Στρασβούργο 26-27 Μαρτίου 2009) (15) συζήτησε την «καλή διακυβέρνηση για την ισονομία στην παροχή φροντίδων υγείας».

Το Συμβούλιο της Ευρώπης με σκοπό να βοηθήσει τα Κράτη-Μέλη, στην προώθηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων, της ισονομίας, της διαφάνειας και της συμμετοχής στον τομέα της παροχής ποιοτικών φροντίδων υγείας, δημιούργησε μια νέα επιτροπή εμπειρογνομόνων για ν' ασχοληθεί με την ποιότητα και τη διαφάνεια στην Δημόσια Υγεία. Η ανωτέρω επιτροπή ανέλαβε να εκπονήσει ένα όργανο-μέσο (outil) αναφορικά με την υπευθυνότητα, τη διαφάνεια αναφορικά με την ανάπτυξη πολιτικών στην υγεία.

Η νέα αυτή επιτροπή των εμπειρογνομόνων συνεδρίασε για πρώτη φορά τον Σεπτέμβριο του 2002.

Η επιτροπή των εμπειρογνομόνων (SP-GHC) σχετικά με την διακυβέρνηση για την ισονομία των φροντίδων υγείας (της ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης) θα βοηθήσει τα κράτη-μέλη στην εγκαθίδρυση δομών για «Υγεία και Ανθρώπινα Δικαιώματα για όλους» έχοντας πάντα υπόψη τις μειονότητες και τις ευάλωτες ομάδες. Η επιτροπή θα βοηθήσει επίσης στον προσδιορισμό και στην εφαρμογή καινοτόμων παραμέτρων για παροχή υγειονομικής περίθαλψη ,που θα είναι προσανατολισμένη προς την ποιότητα με επίκεντρο τον ασθενή καθώς και στην εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης όλων στην παροχή φροντίδων υγείας.

Αυτή η Επιτροπή, οπωσδήποτε θα αντιμετωπίσει προβλήματα διακυβέρνησης και ηθικής διαχείρισης στα πλαίσια της ανάπτυξης των πολιτικών υγείας, δηλαδή προβλήματα, τα οποία επί χρόνια είχαν παραμεληθεί. Ακόμα, έχει αναλάβει να μελετήσει επισταμένως τον τομέα των προσωπικών σχέσεων, ιατρού και ασθενούς (ιατρική δεοντολογία, βιοηθική, επαγγελματικοί κώδικες στον τομέα της υγείας), καθώς και θέματα στρατηγικών αποφάσεων στις πολιτικές των κρατών-μελών που αφορούν τη βελτίωση της ποιότητας της δημόσιας υγείας.

Βιβλιογραφία - Πηγές

- 1) Βλ. Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία με έδρα το Bilbao.
- 2) Συνθήκη του Maastricht, που υπογράφηκε στις 7 Φεβρουαρίου 1992 και ετέθη σε ισχύ, αφού κυρώθηκε από όλα τα κράτη-μέλη, την 1η Νοεμβρίου 1993
- 3) Βλ. Συμβούλιο της Ευρώπης. Το Σύστημα του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη (Ευρωπαϊκό Μέρος I, §11, 12, 13). Επίσης βλ. Άρθρο 13 «Δικαίωμα για κοινωνική και ιατρική αντίληψη...», §1 Τα Συμβαλλόμενα Μέρη αναλαμβάνουν την υποχρέωση: να μεριμνούν ώστε κάθε πρόσωπο που δε διαθέτει επαρκείς πόρους και αδυνατεί να τους εξασφαλίσει με δικά του μέσα ή από άλλη πηγή, ιδίως δε από παροχές που χορηγούνται από σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, να μπορεί να λαμβάνει κατάλληλη βοήθεια και, σε

περίπτωση ασθένειας, τις φροντίδες που απαιτεί η κατάσταση της υγείας του» και Άρθρο 19 «Δικαίωμα των μεταναστών και των οικογενειών τους για προστασία και ιατρική περίθαλψη», §2 Τα Συμβαλλόμενα Μέρη αναλαμβάνουν την υποχρέωση: να υιοθετούν στα πλαίσια της δικαιοδοσίας τους, κατάλληλα μέτρα... και να εξασφαλίζουν... κατά τη διάρκεια των μετακινήσεων τις απαραίτητες υγειονομικές και ιατρικές υπηρεσίες καθώς και καλές συνθήκες υγιεινής.

Βλ. επίσης: Βάση δεδομένων Health For All (Υγεία για όλους). Η πρόοδος στον τομέα της δημόσιας υγείας αναφέρεται από τις ευρωπαϊκές χώρες στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, σύμφωνα με την ευρωπαϊκή περιφερειακή στρατηγική «Υγεία για όλους». Η στρατηγική αυτή, από το 1984, παρέχει το πλαίσιο για τη συγκρότηση και τη λειτουργία των Εθνικών Συστημάτων Υγείας με 38 ειδικούς στόχους. Γι' αυτό ακριβώς η Ε.Ε. συνεργάζεται πάντοτε με την Π.Ο.Υ. για τη σύνταξη των ειδικών αυτών εκθέσεων περί Δημόσιας Υγείας.

4) «Ευρωπαϊκός Κοινοτικός Χάρτης-Το θεσμικό πλαίσιο, Συμβούλιο της Ευρώπης», Εκδόσεις Παπαζήζη, Αθήνα, 1999

5) COM (93) 559 τελικό της 24ης Νοεμβρίου 1993

6) Conseil Européen, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (Parlement Européen) κατετέθη στις 19/07/1995 (COM (95) 357 τελικό)

7) Βλ. άρθρο 168 ΣΛΕΕ πρώην άρθρο 152 ΣΕΚ και 168 παρ.4 καθορισμός υψηλών προδιαγραφών για την ποιότητα της υγείας, 168 παρ.5 ενθάρρυνση της προστασίας και της βελτίωσης της υγείας, προαγωγής της Δημόσιας Υγείας

8) EEL,216,20.08.1994 και 156,07.07.1995

9) Κανονισμός 2062/94, EEL,216,20.08.1994 και Κανονισμός 1643/95 EEL 156,07.07.1995.

10) Βλ.COM 2007, 630,Βρυξέλλες 23.10.2007.

11) Η σημασία του ρόλου της Ε.Ε. για την πολιτική Υγείας προγραμματίστηκε εκ νέου στη μεταρρυθμιστική Συνθήκη της Ε.Ε στη Λισσαβόνα,19-10-2007, και η οποία προτείνει την ενίσχυση της πολιτικής υπέρ μιας ποιοτικής Υγείας, μέσω της ενθάρρυνσης της συνεργασίας μεταξύ των Κρατών-Μελών σε θέματα Υγείας και υπηρεσιών Υγείας. Εξάλλου η ανάληψη δράσης για θέματα Υγείας σε Κοινοτικό επίπεδο έχει προστιθέμενη αξία για τις ενέργειες των Κρατών-Μελών, ιδιαίτερα στον τομέα της πρόληψης των ασθενειών. (βλ. Medtime - Στρατηγική της Λισσαβόνας www.medtime.gr/content/view/176/48 και comprendre le traite de Lisbonne:Fondatio

Robert SCHUMAN: www.robert-schuman.eu/questioneurrope. στο III κεφάλαιο: «La politique actuelle de santé au niveau européen» και Υγεία-Ε.Ε: Η πύλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη Δημόσια Υγεία.)

12) Από 52007DC0630, Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Βρυξέλλες, 23.10.2007, COM (2007) 630 τελικό ,ΛΕΥΚΗ ΒΙΒΛΟΣ Μαζί για την Υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013 , (υποβληθείσα από την Επιτροπή) {SEC(2007) 1374} { SEC(2007) 1375} { SEC(2007) 1376}

13) - Βλ. παράρτημα 6 του εγγράφου εργασίας των υπηρεσιών της Επιτροπής σχετικά με τις παραπομπές στη Συνθήκη.

- Το 2004 η Επιτροπή διεξήγαγε ανοικτή διαβούλευση σχετικά με τη δράση που πρέπει να αναλάβει η ΕΕ στον τομέα της υγείας στο μέλλον (Διαδικασία προβληματισμού σχετικά με την πολιτική της ΕΕ για την υγεία: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/reflection_process_en.htm) Δεύτερη διαβούλευση διεξήχθη το 2007 σχετικά με τις επιχειρησιακές πτυχές και τις προτεραιότητες της μελλοντικής στρατηγικής (http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/results_consultation_en.htm)

- Συμπεράσματα του Συμβουλίου σχετικά με τις κοινές αξίες και αρχές των συστημάτων υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2006/C 146/01).

- Συμπεράσματα του Συμβουλίου για την υγεία των γυναικών (2006/C146/02).

- Άρθρο 35 σχετικά με τη φροντίδα υγείας (Επίσημη Εφημερίδα C 364 της 18.12.2000).

- Συμπεριλαμβανομένης της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου από τα Ηνωμένα Έθνη, του Διεθνούς Συμφώνου των Ηνωμένων Εθνών για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Μορφωτικά Δικαιώματα και της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και τη Βιοϊατρική.

http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/2006/l_394/l_39420061230en00100018.pdf

- Eurostat (Ed.) (2007): Europe in figures - Eurostat yearbook 2006-07.

- Παράρτημα του COM(2006) 30 της 25.1.2006.

- Snapshots: Health Care Spending in the United States and OECD Countries, Ιανουάριος 2007 <http://www.kff.org/insurance/snapshot/chcm010307oth.cfm>

- M. Suhrcke, M. McKee, R. Sauto Arce, S. Tsoolova, J. Mortensen The contribution of health to the economy in the EU , Βρυξέλλες 2005.

- Gabriel, P. & Liimatainen, M.-R. (2000). Mental Health in the Workplace . Διεθνής Οργάνωση Εργασίας: Γενεύη.

- Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη.

- OECD Health Data 2006, Statistics and Indicators for 30 Countries. CDROM, Παρίσι 2006.

- Έκθεση του 2006 για την απασχόληση στην Ευρώπη, Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

- COM(2005) 654.

- COM(2005) 642.

- Αυτό προκύπτει από το άρθρο 152, το οποίο ενθαρρύνει την ανάπτυξη συνεργασίας με τρίτες χώρες και διεθνείς οργανισμούς στον τομέα της δημόσιας υγείας και από το στρατηγικό στόχο της Επιτροπής για την Ευρώπη ως παγκόσμιο εταίρο [Ετήσια στρατηγική πολιτικής για το 2008, COM (2007) 65. Αναμένεται ότι η νέα μεταρρυθμιστική συνθήκη θα περιλαμβάνει επίσης ένα νέο στόχο για την ΕΕ, πιο συγκεκριμένα την υπεράσπιση και προώθηση, στο πλαίσιο των σχέσεων της με τον ευρύτερο κόσμο, των αξιών και συμφερόντων της Ένωσης και τη συμβολή στην προστασία των πολιτών της.

-Π.χ. αναπτυξιακοί στόχοι της Χιλιετίας, ευρωπαϊκή συναίνεση για την αναπτυξιακή συνεργασία και δήλωση του Παρισιού του 2005.

- Προβολές πληθυσμού της Eurostat όπως δημοσιεύθηκαν την Παγκόσμια Ημέρα της Τρίτης Ηλικίας, στις 29 Σεπτεμβρίου 2006.

- «The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long term care, education and unemployment transfers (2004-2050)», Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής και Ευρωπαϊκή Επιτροπή (ΓΔ ECFIN) 2006, European Economy, Special Report no. 1/2006.

- COM (2007) 275.

- Βλ. ανακοίνωση της Επιτροπής για την ενδιάμεση ανασκόπηση στρατηγικής για τις βιοεπιπτώσεις και τη βιοτεχνολογία, COM (2007) 175.

- Βλ. COM (2004) 356 σχετικά με σχέδιο δράσης για τον ευρωπαϊκό χώρο ηλεκτρονικής υγείας.

- Το πρόγραμμα αυτό αντικαθιστά το ισχύον πρόγραμμα για τη δημόσια υγεία (2003-2008) και έχει τρεις ευρείς στόχους: τη βελτίωση της ασφάλειας της υγείας των πολιτών, την προώθηση της υγείας για ευημερία και αλληλεγγύη και την παραγωγή και διάδοση της γνώσης για θέματα υγείας.

14) Το Συμβούλιο της Ευρώπης αποτελείται από 32 χώρες, με έδρα το Στρασβούργο. Αυστρία, Βέλγιο, Βουλγαρία, Τσεχία, Κύπρος, Δανία, Εσθονία, Φιλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ισλανδία, Ιρλανδία, Ιταλία, Λιχτενστάιν, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Κάτω Χώρες, Νορβηγία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Άγιος Μαρίνος, Σλοβακία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία, Τουρκία, Ηνωμένο Βασίλειο.

15) Οι αρμοδιότητες του καλύπτουν, εκτός από την εθνική άμυνα των κρατών-μελών, την δημοκρατία, τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις θεμελιώδεις ελευθερίες, τα Μ.Μ.Ε. και την επικοινωνία, κοινωνικά και οικονομικά θέματα, παιδεία, πολιτισμός, πολιτισμική κληρονομιά, αθλητισμός, θέματα νεολαίας, υγείας, περιβάλλοντος και χωροταξίας, τοπικής δημοκρατίας και δικαστική συνεργασία.

A. ΜΕΡΟΣ

ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Τα Ευρωπαϊκά Προγράμματα Ερευνών για ποιοτική υγεία και ισότιμη περίθαλψη των μεταναστών είναι:

4.1) Το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα EUROPEP

4.2) Το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα EUGATE

4.1) Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα EUROPEP: Η γνώμη των Βέλγων ασθενών σχετικά με την ικανοποίησή τους από την ποιότητα της παροχής των φροντίδων της Γενικής Ιατρικής στο Γαλλόφωνο Βέλγιο (1)

4.1.1 Γενικά

Ερευνώντας τις διάφορες δράσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα του Συστήματος Υγείας της χώρας τους-Γενική Πρωτοβάθμια Ιατρική, μελετήσαμε το πρόγραμμα της Ε.Ε EUROPEP, που εφαρμόστηκε στο Γαλλόφωνο Βέλγιο. Κρίνοντας ότι έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον παραθέτουμε αρχικά την περίληψη του όλου προγράμματος, και στην συνέχεια θα προσπαθήσουμε να αναπτύξουμε τα κύρια σημεία αυτού.

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα θεμελιώδες στοιχείο της ποιότητας της περίθαλψης. Η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία της εργασίας EUROPEP ανέπτυξε ένα τυποποιημένο μέσο που να επιτρέπει την μέτρηση αυτής της ικανοποίησης αναφορικά με τις παρεχόμενες φροντίδες της Πρωτοβάθμιας Υγείας-Γενικής Ιατρικής. Η προαναφερόμενη έρευνα-μελέτη παρουσιάζει τα διοικητικά αποτελέσματα αυτού του ερωτηματολογίου σε ένα δείγμα ασθενών του Γαλλόφωνου Βελγίου.

α) Πληθυσμός και Μέθοδοι

Πραγματοποιήθηκε μελέτη εγκάρσιου τύπου σε ασθενείς 42 γενικών ιατρών (διότι είθισται οι Βέλγοι ασθενείς να επισκέπτονται αρχικά τους γιατρούς γενικής ιατρικής για μια πρώτη γνώμη και οι οποίοι στην συνέχεια τους κατευθύνουν, κατά περιπτώσεις στους ειδικούς).

Τα δεδομένα αναφορικά με την ικανοποίηση, συγκεντρώθηκαν με την βοήθεια του ερωτηματολογίου EUROPEP, αποτελούμενο από 25 ερωτήσεις, και πέντε ευδιάκριτους τομείς.

β) Αποτελέσματα

Μεταξύ των 2.100 διανεμημένων ερωτηματολογίων, τα 994 επιστράφηκαν ταχυδρομικώς (ποσοστό απάντησης 47,3%). Το επίπεδο της ικανοποίησης από την ποιότητα των φροντίδων υγείας, υπήρξε πολύ υψηλό, κυρίως όσον αφορά την πλευρά της επικοινωνίας μεταξύ θεράποντος ιατρού και ασθενούς. Η ηλικία κατέδειξε μια σημαντική θετική σχέση με τον βαθμό της ικανοποίησης. Σημαντικές σχέσεις ($P < 0.05$) παρατηρήθηκαν επίσης μεταξύ του επιπέδου της ικανοποίησης και του χαμηλού επιπέδου μόρφωσης (τομέας επικοινωνίας), της ύπαρξης μιας σοβαρής ασθένειας και μιας κακής κατάστασης της υγείας (τομέας των φροντίδων).

γ) Συμπέρασμα: Η χρησιμοποίηση του ερωτηματολογίου EUROPEP στους ασθενείς του γαλλόφωνου Βελγίου, επιτρέπει την παρατήρηση ενός ιδιαίτερα υψηλού επιπέδου ικανοποίησης από την ποιότητα των φροντίδων υγείας. Ωστόσο, η παρατήρηση αυτή είναι σταθμισμένη με βάση τον ειδικό χαρακτήρα του εργαλείου (το ερωτηματολόγιο) και από το γεγονός ότι το δείγμα των ερωτηθέντων ελήφθη κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης. Το εργαλείο αυτό (δηλαδή το ερωτηματολόγιο) ανοίγει ενδιαφέρουσες προοπτικές για τη μέτρηση με έναν τυποποιημένο τρόπο, της ικανοποίησης των ασθενών για την γενική πρωτοβάθμια περίθαλψη και για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης

4.1.2 Τα κύρια σημεία του προγράμματος EUROPEP

Ο οικογενειακός ιατρός είναι ο πρώτος συνομιλητής που έρχεται σε επαφή με την πλειοψηφία των προβλημάτων υγείας του ασθενούς που τον επισκέπτεται. Για ποιόν λόγο ο ασθενής τον επιλέγει; Ποιες πλευρές των φροντίδων εκτιμά στον οικογενειακό ιατρό τους; Οι ίδιοι οι ιατροί δεν γνωρίζουν τις απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα. Όμως αποτελούν κλειδιά για τη βελτίωση της ικανοποίησης του ασθενούς και την ποιότητα των προσφερόμενων φροντίδων υγείας. Η εκτίμηση της ποιότητας των φροντίδων γίνεται με τρεις διαφορετικές αλλά συμπληρωματικές απόψεις: των επαγγελματιών της υγείας, των ασθενών και των αρμόδιων οργανισμών της κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης. Η ικανοποίηση του ασθενούς αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ποιότητας των φροντίδων στον ίδιο βαθμό όπως οι θεωρητικές γνώσεις και τεχνικές ικανότητες του θεράποντος ιατρού. Η παροχή θεραπευτικών φροντίδων από την γενική ιατρική στο πλαίσιο της οποίας ο ιατρός αποφάσισε μόνος, με τη σιωπηλή συγκατάθεση του ασθενούς, έχει βαθμιαία εξελιχθεί προς μια σχέση, η οποία αφήνει όλο και περισσότερο χώρο στον ασθενή. Η προοδευτική αυτή εξέλιξη δικαιολογείται από πολλές διαπιστώσεις (2).

- Ο ασθενής είναι ο πρώτος που κρίνει τα αποτελέσματα από την θεραπεία
- Όπως κάθε άνθρωπος, ο ασθενής είναι ικανός να διατυπώσει εμπειριστατωμένες απόψεις
- Ο ασθενής μπορεί να αξιολογήσει την ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων στον τομέα των φροντίδων υγείας
- Οι διαβαθμίσεις της ικανοποίησης αντανακλούν τις διαβαθμίσεις της ποιότητας των προσφερόμενων φροντίδων
- Ένα από τα κριτήρια της ποιότητας κάθε προσφερόμενης υπηρεσίας είναι η ικανοποίηση του πελάτη
- Μέσα σε μια δημοκρατική κοινωνία, είναι εντελώς απαραίτητο το να λαμβάνουμε υπόψη την ικανοποίηση του ασθενούς
- Η ικανοποίηση είναι μια συνιστώσα της ποιότητας της ζωής

Η έννοια της ικανοποίησης, παρόλα αυτά είναι δύσκολη να κατανοηθεί, επειδή επηρεάζεται από διάφορες μεταβλητές όπως οι προσωπικές προτιμήσεις του ασθενούς, οι προσδοκίες του και οι συγκεκριμένες φροντίδες που έχει δεχθεί. Συνεπώς, η αξιολόγηση της ικανοποίησης μετρά τόσο τις φροντίδες, που ήδη έχουν προσφερθεί, όσο και την υποκειμενική αξιολόγηση του ασθενούς.

Με σκοπό τη βελτίωση της ευαισθησίας των οικογενειακών ιατρών στις ανάγκες και τα αιτήματα των ασθενών, μια ερευνητική ευρωπαϊκή ομάδα, ανέπτυξε ένα διεθνές πρόγραμμα, επικεντρωμένο στην ικανοποίηση των ασθενών από τη γενική ιατρική αρχικά, και κατόπιν, κατ' επέκταση από κάθε ιατρική πράξη, δηλαδή το πρόγραμμα EUROPEP (European task force on Patient Evaluation of general practice).

Το προαναφερόμενο πρόγραμμα υλοποιήθηκε μέσω της ανάπτυξης ενός τυποποιημένου ερωτηματολογίου, όπως ήδη αναφέραμε στην περίληψη. Στην εργασία μας, θεωρούμε σκόπιμο να παρουσιάσουμε, με συντομία, λόγω της περιορισμένης έκτασης της διπλωματικής, τα αποτελέσματα που ελήφθησαν από το τυποποιημένο αυτό ερωτηματολόγιο, στο γαλλόφωνο Βέλγιο.

4.1.3 Υλικό – Μέθοδος εργασίας – Πληθυσμός – Στόχος

Ο πληθυσμός-στόχος της μελέτης αποτελείται από γαλλόφωνους ασθενείς των οικογενειακών ιατρών που κατοικούν στη Βαλλωνία και στην περιοχή των Βρυξελλών. Η επιλογή των ασθενών πραγματοποιήθηκε μέσω της τεχνικής του δείγματος των συσσωρευόμενων (*technique d'echantillonnage en grappes*), του οποίου κεντρική μονάδα ήταν ο οικογενειακός ιατρός.

Κληρώθηκε αρχικά από τμήμα της Κοινωνικής Οικονομίας του «Καθολικού Πανεπιστημίου της Λουβαίνης UCL, ένα τυχαίο δείγμα εκατό γενικών ιατρών, βάση του κεντρικού εθνικού καταλόγου των γαλλόφωνων ιατρών της χώρας.

Τα δύο κριτήρια για την επιλογή των γενικών ιατρών ήταν η ηλικία (κάτω των 65 ετών) και ο αριθμός των ετών εμπειρίας (το ελάχιστο 2 χρόνια).

Στη συνέχεια ,μετά από μια γραπτή πρόσκληση για συμμετοχή στην έρευνα, οι υπεύθυνοι του προγράμματος, ήρθαν σε τηλεφωνική προσωπική επαφή με τον ιατρό για περισσότερες συμπληρωματικές πληροφορίες. Μετά από αυτή τη διαδικασία για τη συγκατάθεση των ιατρών για να συμμετάσχουν στην έρευνα, η ερευνητική ομάδα έστειλε στους συμμετέχοντες ιατρούς τα ερωτηματολόγια, τα οποία θα έπρεπε να δοθούν

διαδοχικά σε 50 ασθενείς που να ανταποκρίνονταν στα κριτήρια της έρευνας, τα οποία ήταν α) η ηλικία (άνω των 18 ετών) και β) η ικανότητα να κατανοούν πλήρως τη γαλλική γλώσσα.

Στην περίπτωση, που ασθενής ήταν πολύ νέος ή η κατάσταση της υγείας του δεν του επέτρεπε να απαντήσει, το ερωτηματολόγιο δόθηκε στον συνοδό του.

Ο συμμετέχων στο πρόγραμμα ασθενής, αφού συμπλήρωσε στο σπίτι του το ερωτηματολόγιο, το επέστρεψε ταχυδρομικώς στο Κέντρο Γενικής Ιατρικής του Καθολικού Πανεπιστημίου της Λουβαίνης (UCL). Όλα τα δεδομένα των ασθενών ήταν ανώνυμα. Τα δεδομένα των ιατρών χρησιμοποιήθηκαν με άκρα εμπιστευτικότητα.

4.1.4 Μηχανισμός συγκέντρωσης των ερωτηματολογίων

Το ερωτηματολόγιο EUROPEP αναπτύχθηκε σε τρεις φάσεις από μια ομάδα αποτελούμενη από επιστήμονες διαφόρων ευρωπαϊκών χωρών. Αρχικά έγινε μια μελέτη προτεραιοτήτων (Etude des priorites) με σκοπό τον προσδιορισμό των αναγκών και των αιτημάτων των ασθενών από τη Γενική Ιατρική.

Η μελέτη διεξήχθη σε 8 ευρωπαϊκές χώρες για να συμπεριληφθούν οι απόψεις ασθενών που θεωρούνται σημαντικές ασθενών και άλλων χωρών, εκτός του Γαλλόφωνου Βελγίου (για να γίνει κατόπιν συγκριτική μελέτη). (βλ.3-4) Κατόπιν έγινε ένας κατάλογος της απαρίθμησης των 44 items που καλύπτουν τους κυριότερους τομείς της ιατρικής για την οικογένεια, με βάση την βιβλιογραφία, τις συνεντεύξεις και τις απόψεις των εμπειρογνομόνων (5-6). Έτσι διαμορφώθηκαν 5 διαστάσεις:

1. Σχέση και επικοινωνία
2. Ιατρικές φροντίδες
3. Πληροφόρηση και υποστήριξη
4. Διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα
5. Οργάνωση των υπηρεσιών

Αυτή η απαρίθμηση των δεικτών υποβλήθηκε σ' ένα δείγμα 200 ασθενών σε κάθε συμμετέχουσα χώρα με σκοπό τον καθορισμό της εγκυρότητάς της.

Με βάση τη μελέτη των προτεραιοτήτων αναπτύχθηκε ένα τελικό ερωτηματολόγιο με 23 ερωτήματα.

Επιπλέον δύο ερωτήματα μέτρησαν το γενικό επίπεδο της ικανοποίησης.

Τα σημεία που συμπεριελήφθησαν στην τελευταία μορφή του ερωτηματολογίου, αναλύονται στον ακόλουθο πίνακα (Πίνακας 4.1).

Ο όλος μηχανισμός της έρευνας μεταφράστηκε με αυστηρές διαδικασίες από ανεξάρτητους μεταφραστές στην γλώσσα της κάθε χώρας, και τέλος στα αγγλικά, ώστε τα τελικά αποτελέσματα να χρησιμοποιηθούν για μια διεθνή μελέτη σύγκρισης.

Πίνακας 4.1: Τομείς και items της τελικής μορφής του ερωτηματολογίου EUROPEP.

Τομείς	Items= επιπλέον επεξηγήσεις
Σχέση-Επικοινωνία	<ol style="list-style-type: none">1. Η χρονική διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης2. Ενδιαφέρον για την προσωπική κατάσταση του ασθενούς3. Ικανότητα του ιατρού να κάνει τον ασθενή να αισθάνεται άνετα4. Συμμετοχή του ασθενούς στις αποφάσεις των φροντίδων υγείας5. Ικανότητα ν' ακούει με υπομονή τον ασθενή6. Εμπιστευτικότητα του φακέλου και των δεδομένων
Ιατρικές φροντίδες	<ol style="list-style-type: none">1. Γρήγορη ανακούφιση των συμπτωμάτων2. Βοήθεια ώστε ο ασθενής να αισθάνεται καλά3. Απαραίτητος εξοπλισμός4. Κλινική εξέταση5. Προτάσεις στον τομέα της πρόληψης
Πληροφόρηση	<ol style="list-style-type: none">1. Εξηγήσεις των ειδικών εξετάσεων και της θεραπείας2. Πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα και τις

	<p>ασθένειες</p> <p>3. Βοήθεια που λύνει συναισθηματικά προβλήματα</p> <p>4. Βοήθεια για την κατανόηση της σημασίας των συμβουλών</p>
--	---

Πίνακας 4.1 (Συνέχεια): Τομείς και items της τελικής μορφής του ερωτηματολογίου EUROPEP.

Τομείς	Items= επιπλέον επεξηγήσεις
Συνέχιση των φροντίδων υγείας – συνεργασία	<ol style="list-style-type: none"> 1. Προετοιμασία του ασθενούς πριν την αποστολή του στο νοσοκομείο ή στον ειδικό 2. Τήρηση του ιστορικού των λεχθέντων ή αυτών που έχουν γίνει προηγουμένως
Προσβασιμότητα – διαθεσιμότητα	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ευγενική συμπεριφορά του προσωπικού 2. Καθορισμός των συναντήσεων 3. Τηλεφωνική επαφή με το ιατρείο 4. Τηλεφωνική επαφή με τον ίδιο τον θεράποντα ιατρό 5. Διάρκεια της αναμονής στην αίθουσα αναμονής 6. Γρήγορες υπηρεσίες για επείγοντα προβλήματα

4.1.5 Στατιστικές αναλύσεις της έρευνας

Παραθέτουμε συνοπτικά, στοιχεία για τις στατικές αναλύσεις του EUROPEP.

- Καταγραφή δεδομένων μέσω Microsoft Excel 5.0 και ανάλυση αυτών με λογισμικό SAS 6.12.
- Στατιστικές αναλύσεις σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά των μεταβλητών.
- Η σύνθεση του δείγματος και οι απαντήσεις στα ερωτήματα αναλύθηκαν με υπολογισμούς μέσου όρου και αναλογιών.
- Ο σύνδεσμος μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών μελετήθηκε με συσχετισμούς
- Τα μοντέλα πολλαπλής οπισθοχώρησης ανέλυσαν τη σχέση μεταξύ της ικανοποίησης και των επεξηγηματικών μεταβλητών λαμβάνοντας υπόψη το δυναμικό της ομάδας των ασθενών (7).

4.1.6 Συζήτηση για τα δεδομένα

Η μελέτη των δεδομένων του προγράμματος EUROPEP αποδεικνύει ότι:

Η ικανοποίηση του ασθενούς είναι μια σημαντική συνιστώσα της ποιότητας των φροντίδων υγείας.

- Η αξιολόγηση αυτής της ικανοποίησης καταγράφεται μεταξύ των υψίστων ενδιαφερόντων των ιατρών, διότι προσφέρει πληροφορίες αναφορικά με την ποιότητα των ιατρικών επισκέψεων και δίνει ενδείξεις που επιτρέπουν την βελτίωση αυτής της ποιότητας. Παράλληλα, οι μελέτες κατέδειξαν ότι η συμμόρφωση των ασθενών αυξάνεται μαζί με επίπεδο της ικανοποίησης (8).
- Το Πρόγραμμα EUROPEP αντιπροσωπεύει μια σημαντική συμβολή στις καινοτόμες έρευνες στον τομέα της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας των φροντίδων υγείας. Οι συγκεκριμένες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο Γαλλόφωνο Βέλγιο, οι οποίες εμπεριείχαν μια διεθνή διάσταση του προγράμματος EUROPEP, οδήγησαν σε ένα τυποποιημένο εργαλείο εφαρμόσιμο σε κάθε πληθυσμό ευρωπαϊών ασθενών, με δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ των χωρών.

Το δεύτερο ενδιαφέρον του προγράμματος είναι η βάση στην οποία στηρίχθηκε αυτός ο μηχανισμός, δηλαδή οι προτεραιότητες από εκφράστηκαν από τους ίδιους τους ασθενείς (3-6).

Τελικά, οι αυστηρές μέθοδοι ανάπτυξης του ερωτηματολογίου επέτρεψαν τη διαμόρφωση ενός έγκυρου αναπαραγωγίμου εργαλείου.

Οι τομείς που καλύπτονται περιλαμβάνουν τέσσερα ουσιαστικά στοιχεία της αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών:

- Την ανθρώπινη σχέση
- Τις επαγγελματικές αρμοδιότητες
- Την πληροφόρηση

- Την οργάνωση

Ο διεθνής χαρακτήρας του ερωτηματολογίου παρουσιάζει και μια άλλη όψη του νομίσματος. Αφενός, η ανάγκη να τεθούν εφαρμόσιμα ερωτήματα σε μια ευρεία κλίμακα ασθενών και συστημάτων υγείας, κινδυνεύει να εξομοιώσει το περιεχόμενο των ερωτημάτων και να μειώσει την ιδιομορφία. Αφετέρου, οι διεθνείς συγκρίσεις πρέπει να υλοποιούνται με σύνεση, λαμβάνοντας υπόψη την πολιτισμική μεταβλητότητα κατά την ερμηνευση των ερωτημάτων.

Η τυχαία επιλογή των ιατρών στόχευε στην απόκτηση ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος Βέλγων γαλλόφωνων ιατρών.

Παρά το υψηλό ποσοστό συμμετοχής των ιατρών, δεν μπορεί να αποκλειστεί ένας άλλος τρόπος επιλογής, δηλαδή η συμμετοχή των πιο προσεκτικών ιατρών στις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών τους.

Το επίπεδο της ικανοποίησης του δείγματος των Βέλγων ασθενών είναι πολύ υψηλό, κυρίως ως προς τον τομέα της σχέσης και της επικοινωνίας με τον ιατρό.

Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας εκφράζουν ένα υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από τους μη χρήστες. Παρ' όλα αυτά, τα πρώτα αποτελέσματα της διεθνούς συγκριτικής μελέτης, καταδεικνύουν ότι οι Βέλγοι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας π.χ. M.M., σε σύγκριση με τους ασθενείς άλλων χωρών.

Αυτή η διαπίστωση δεν εκπλήσσει μέσα σε σύστημα υγείας όπου εκτός από την ελεύθερη επιλογή του θεράποντος ιατρού, υπάρχουν ποιοτικές καινοτόμες δομές υπηρεσιών υγείας με εύκολη προσβασιμότητα για όλους.

Στην επιστημονική βιβλιογραφία επί του θέματος, η ηλικία είναι η μόνη κοινωνικο-δημογραφική μεταβλητή που συνδέεται διεθνώς με την ικανοποίηση του ασθενούς. Η παραπάνω παρατήρηση επιβεβαιώνεται από τη μελέτη EUROPEP για τέσσερα ή πέντε σημεία της ικανοποίησης (φροντίδες, πληροφόρηση, συνέχεια, και

προσβασιμότητα). Αρκετές εξηγήσεις προτείνονται για να ερμηνεύσουν ένα υψηλό επίπεδο ικανοποίησης στους ηλικιωμένους ασθενείς.

Αρχικά, τα ηλικιωμένα άτομα, χαίρονταν μιας ανώτερης εκτίμησης και ιδιαίτερου σεβασμού απ' ότι οι νεώτεροι. Αφετέρου, ότι οι προσδοκίες των ηλικιωμένων ατόμων ήταν λιγότερες από εκείνες των νέων, λόγω της άγνοιας την προόδων της σημερινής ιατρικής. Επίσης, τα ηλικιωμένα άτομα παραπονιούνται λιγότερο λόγω της προηγούμενης εκπαίδευσής τους.

Επιπλέον, τα ηλικιωμένα άτομα συνηθίζουν να έχουν αρκετά χρόνια τον ίδιο θεράποντα ιατρό, γεγονός που δύσκολα θα έκριναν τον ιατρό τους λαμβάνοντας υπόψη εκτός της ποιότητας των υπηρεσιών και την φιλική σχέση μ' αυτόν.

Οι ασθενείς που έχουν μια σοβαρή ασθένεια ή μια κακή κατάσταση υγείας είναι πιο ικανοποιημένοι, κυρίως τους τομείς των σχέσεων και της ποιότητας των φροντίδων.

Η εξήγηση που μπορεί να δοθεί είναι μερικές φορές η σχέση και μάλιστα η φιλική εμπιστοσύνη που αναπτύσσεται μεταξύ του ασθενούς και του ιατρού κατά τη διάρκεια των συχνών επισκέψεων.

Στην παρούσα έρευνα, το επίπεδο μόρφωσης, έρχεται σε αντίθεση με την ικανοποίηση, κυρίως στον τομέα της σχέσης. Συχνά, οι μελέτες δίνουν σε αυτό το θέμα λιγότερο σημαντικά αποτελέσματα (20). Αυτή η παρατήρηση ερμηνεύεται από τις διαφορετικές γνώσεις και προσδοκίες των ασθενών του οποίου το επίπεδο μόρφωσης είναι υψηλό.

Οι άλλες κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές του ασθενούς (φύλο, υπηκοότητα, κοινωνική θέση) και αυτές του ιατρού δεν επηρεάζουν σημαντικά την ικανοποίηση (7).

4.1.7 Συμπεράσματα

Στην σημερινή εποχή που ο εμπορικός και ο νοσηλευτικός τομέας προσδίδει ιδιαίτερη σημασία στην ικανοποίηση των πελατών και αυτή των ασθενών, το γεγονός αυτό εμφανίζεται ως μια ουσιαστική σύνδεση με την ποιότητα των φροντίδων υγείας.

Η ανάπτυξη ενός τυποποιημένου ευρωπαϊκού εργαλείου που επιτρέπει την μέτρηση της ικανοποίησης και της ποιότητας των φροντίδων με έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο, προσφέρει μοναδικές προοπτικές σε ατομικό ή διεθνές επίπεδο.

Η δημιουργία μιας διεθνής τράπεζας τυποποιημένων δεδομένων θα πρόσφερε ένα επιστημονικό εργαλείο για την σύγκριση των αποτελεσμάτων επί του θέματος, διαφόρων ευρωπαϊκών χωρών.

Εν τούτοις, η ερμηνεία των αποτελεσμάτων απαιτεί ιδιαίτερη σύνεση, σχετικά με τις πολιτισμικές διαφοροποιήσεις στο πλαίσιο των ευρωπαϊκών κοινωνιών. Σε ατομικό επίπεδο, η χρησιμοποίηση αυτού του τύπου του ερωτηματολογίου προσφέρει προτάσεις για πιθανές τροποποιήσεις και καλές πρακτικές στην ιατρική πράξη προσδιορίζοντας τα επιδεκτικά σημεία της βελτίωσης.

Η βελτίωση αυτή δεν θα μπορούσε παρά να αυξήσει το επίπεδο της ικανοποίησης, το ήδη υψηλό, των ασθενών από την παροχή ποιοτικών φροντίδων υγείας στο Βέλγιο.

4.2) Το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα EUGATE: Η Υγεία των μεταναστών και Καλές Πρακτικές: Βελγικά αποτελέσματα του Προγράμματος EUGATE (1 Ιανουαρίου 2010)

4.2.1 Γενικά

Οι μετανάστες και κάποιες εθνοτικές ομάδες αναφέρονται τακτικά ως ευάλωτες ομάδες λόγω της διαφοράς της κατάστασης της Υγείας ή της προσβασιμότητας στις φροντίδες υγείας. Βάση μιας ευρωπαϊκής διαπίστωσης για το παραπάνω πρόβλημα, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή συγχρηματοδότησε το πρόγραμμα EUGATE με σκοπό να προσδιορίσει τις Καλές Πρακτικές στην υγεία των μεταναστών. Στο Βέλγιο την

εφαρμογή αυτού του προγράμματος την ανέλαβε μια ομάδα ερευνητών του Université Catholique de Louvain (UCL).

4.2.2 Τα πρώτα αποτελέσματα και οι πρώτες κατευθύνσεις δράσης

Το πρόγραμμα EUGATE που αναπτύχθηκε σε 16 Ευρωπαϊκές Χώρες, έχει ως στόχο να προσδιορίσει τις Καλές Πρακτικές που θα επιτρέπουν την βελτίωση της πρόσβασης στις φροντίδες περίθαλψης και της κατάστασης της Υγείας των μεταναστών (9) Το πρόγραμμα διαρθρώνεται γύρω από 3 συμπληρωματικές μεθόδους έρευνας:

- α) Ανάλυση της νομοθεσίας και των πολιτικών της δημόσιας υγείας (πχ λειτουργικό πλάνο).
- β) Συζητήσεις αναφορικά με την ποιότητα .
- γ) Διαδικασία DELPHI.

Οι συζητήσεις για την Ποιότητα πραγματοποιήθηκαν με επαγγελματίες της υγείας που προσφέρουν υπηρεσίες σε μεταναστευτικούς πληθυσμούς μέσω 3 τύπων υπηρεσιών:

- α) Υπηρεσίες των αρχικών φροντίδων υγείας Π.Φ.Υ. (γιατροί γενικής ιατρικής, Maison Medicales...)
- β) Υπηρεσίες της ψυχικής υγείας
- γ) Υπηρεσίες των επειγόντων περιστατικών

Οι υπηρεσίες που επιλέχθηκαν βρίσκονται όλες στην περιοχή των Βρυξελλών (10) μέσα σε 3 δήμους που έχουν σε υψηλό ποσοστό πληθυσμό μη ευρωπαϊκής προέλευσης δηλαδή το Schaerbeek, το Saint-Josse και το Molenbeek (11).

Πραγματοποιήθηκαν συνολικά 15 συζητήσεις με επαγγελματίες της υγείας.

Η διαδικασία DELPHI είναι μια μέθοδος των συναινέσεων ανάμεσα σε εμπειρογνώμονες. Ο στόχος είναι να επιτευχθεί μια συναίνεση για το τι «αποτελεί ένας παράγοντας της Καλής Πρακτικής στην υγεία των μεταναστών». Γι' αυτό το σκοπό, επιλέχθηκαν γαλλόφωνοι και φλαμανδόφωνοι εμπειρογνώμονες.

Οι επιλογές τους έγιναν μεταξύ του ακαδημαϊκού κόσμου, των Μ.Κ.Ο., των Δημοσίων Αρχών ή των εργαζομένων στο παραπάνω περιβάλλον, όπως οι γενικοί γιατροί.

Οι εμπειρογνώμονες συνέταξαν και υιοθέτησαν συναινετικά έναν κατάλογο 10 αναγνωρισμένων παραγόντων, όπως στοιχεία της Καλής Πρακτικής όσον αφορά την υγεία των μεταναστών και την πρόσβαση αυτών σε φροντίδες υγείας.

Λαμβάνοντας υπόψη την ποικιλομορφία των συγκεντρωθέντων αποτελεσμάτων, στην πρώτη έκθεση των ερευνητών, παρουσιάστηκαν μόνο τα κύρια θέματα της διαδικασίας DELPHI καθώς και οι συζητήσεις για την ποιότητα, δηλαδή το θέμα επείγουσας ιατρικής βοήθειας.

4.2.3 Γλώσσα

Το πιο συχνό πρόβλημα, που διαπιστώθηκε και στους τρεις τύπους υπηρεσιών, αφορά την επικοινωνία (12). Οι ασθενείς πάρα πολύ συχνά έχουν μια ανεπαρκή ή σχεδόν καθόλου γνώση της γλώσσας των θεραπόντων ιατρών, είτε είναι τα γαλλικά ή τα φλαμανδικά.

Το πρόβλημα της διαφοράς της γλώσσας λύνεται συχνά από την προσφυγή σε επίσημους ή σε άτυπους διερμηνείς. Η επίσημη διερμηνεία θεωρείται ως μια υπηρεσία της ποιότητας (Καλή Πρακτική). Συνήθως όμως το πρόβλημα της διερμηνείας ρυθμίζεται εσωτερικά, δηλ. μέσω των προσωπικών ικανοτήτων των μελών της ομάδας περίθαλψης ή μέσω της οικογένειας ή των φίλων του ασθενούς, ή κάποιον άλλον ασθενούς, που γνωρίζει καλύτερα τη γλώσσα, αλλά ο τρόπος αυτός δεν είναι τόσο ενδεδειγμένος. Επιπλέον, αυτή η λύση είναι αμφισβητούμενη επειδή η παρουσία ενός μεταφραστή, επαγγελματία ή μη, μπορεί να παρέμβει, συνειδητά ή ασυνείδητα στην θεραπευτική σχέση.

4.2.4 Ο Πολιτισμός

Οι δυσκολίες της επικοινωνίας μεταξύ θεράποντος ιατρού και ασθενούς δεν συνδέονται μόνο με τη γλώσσα αλλά και σε μεγάλο βαθμό με τον Πολιτισμό.

Οι πολιτισμικές διαφορές (13) εκφράζονται διαμέσου ποικίλων συνιστωσών: τρόπος έκφρασης και επεξηγηματικοί παράγοντες των ασθενειών, αντιλήψεις περί υγείας – υγιεινής, της κατανόηση από τους επαγγελματίες και της διαπολιτισμικής εγκυρότητας των διαγνώσεων προκαλούν ερωτήματα κυρίως σε θέματα ψυχικής υγείας. Παρατηρείται συχνά ότι το « δυτική θεώρηση» της ασθένειας δεν είναι συμβατή με την ερμηνεία που δίνουν οι ασθενείς για την εκδήλωση ορισμένων συμπτωμάτων (κυρίως στον τομέα της ψυχικής υγείας).

Διαπιστώθηκε ότι κάποιες ακραίες συμπεριφορές των μεταναστών στην συμπτωματολογία τους, συνδέονται εν μέρει με την πολιτισμική προσέγγιση της ασθένειας τους, γεγονός που φέρνει σε δύσκολη θέση τους θεράποντες ιατρούς ή ακόμα και άλλους ασθενείς. Με το ίδιο σκεπτικό η άρνηση να εξεταστεί ο ασθενής από ιατρό του αντίθετου φύλου συνδέεται με τους πολιτισμικούς του κανόνες.

Στην περίπτωση αυτή, στα πλαίσια του Προγράμματος ως « Καλή Πρακτική» χρησιμοποιήθηκε η αναφορά στην νομοθεσία της χώρας και του Ιατρικού Συλλόγου, ότι σε επείγοντα περιστατικά δεν δικαιούται (14) ο μετανάστης επιλογή ιατρού, και ότι κάθε κρατική δομή (νοσοκομεία) διευθύνεται από μια κατευθυντήρια γραμμή για όλους τους πολίτες, προσπαθώντας βεβαίως να βρεθεί μια μέση λύση (εάν είναι δυνατόν) ανάμεσα στις επιθυμίες του ασθενούς και τις δυνατότητες της υπηρεσίας. Κατά την διάρκεια της έρευνας διαπιστώθηκε ότι σε αυτά τα πολιτισμικά εμπόδια προστίθενται σε οι άλλοι παράγοντες, όπως η έλλειψη χρόνου, και δεν είναι σπάνια η εμφάνιση επιθετικών σχέσεων ανάμεσα στον θεράποντα ιατρό και του ασθενή. Μερικοί ιατροί αναγνωρίζουν, ότι συχνά αποφεύγουν a priori, να αναλάβουν μετανάστες ασθενείς.

Στην περίπτωση αυτή, μια Καλή Πρακτική είναι η προσφυγή σε ιατρό των αυτών πολιτισμικών πεποιθήσεων, αν και μερικές φορές το ευεργετικό αυτό μέσο μπορεί να αποβεί επιβλαβές ή τουλάχιστον άχρηστο, λόγω των διαφορετικών προσεγγίσεων των

ιδίων πολιτισμικών κοινών αξιών, εξαιτίας του διαφορετικού επιπέδου μόρφωσης. Διάφορες λύσεις έχουν προταθεί για την καταπολέμηση των πολιτισμικών εμποδίων, κυρίως μέσω του ουσιαστικού ρόλου των διαπολιτισμικών υπηρεσιών. Προτεινόμενοι από βέλγους και διεθνείς εμπειρογνώμονες (Niorkens2002, Verrpt 2008), οι Διαπολιτισμικοί Διαμεσολαβητές θεωρούνται ως Καλή Πρακτική από τους θεράποντες ιατρούς (Verrpt 2008).

Οι Υπηρεσίες Παροχής ΠΦΥ στηρίζονται πολύ στους Διαμεσολαβητές, οι οποίοι πρωτίστως είναι παρόντες στα νοσοκομεία, για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τα προερχόμενα από την πολιτισμική ποικιλομορφία. Το έργο των Διαμεσολαβητών υποστηρίζεται και από ιατρούς με ειδικευση στην τροπική ιατρική, με εμπειρία στο εξωτερικό, και κατάρτιση στην εθνοψυχιατρική. Μια άλλη Καλή Πρακτική είναι η παρακίνηση του κοινωνικό – υγειονομικού προσωπικού να παρακολουθήσει πιστοποιημένα προγράμματα συνεχούς κατάρτιση, όπως το πρόγραμμα του Εθνικού Συμβουλίου του Ιατρικού Συλλόγου (Conseil National de l' Ordre des Medecins). «Πολιτισμός και Υγεία». Πάντως σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος τονίστηκε από τους ιατρούς ότι φροντίζουν πρώτα το «άτομο» και όχι τον «ξένο».

Η δημιουργία ειδικών υπηρεσιών για τους μετανάστες δεν προέκυψε ποτέ από τις συνεντεύξεις. Αντίθετα ως «Καλή Πρακτική» υιοθετήθηκε η εργασία σε δίκτυο με διεπιστημονικές δομές με εταίρους από τον κοινωνικό και υγειονομικό τομέα.

4.2.5 Επείγουσα ιατρική βοήθεια (A.M.U - Aide Medicale Urgente)

Η έλλειψη της γνώσης του ρόλου των υπηρεσιών και της οργάνωσης του Συστήματος των Φροντίδων Υγείας είναι τα αίτια μιας σειράς προβλημάτων: καταχρηστική χρησιμοποίηση των επειγουσών αναγκών, ανησυχία λόγω της μη κατανόησης του Συστήματος Υγείας, των δυσκολιών για την μετέπειτα παρακολούθηση.

Πράγματι, και μερικοί από τους επαγγελματίες της υγείας αναγνωρίζουν ότι και οι ίδιοι έχουν δυσκολίες να κατανοήσουν το βελγικό σύστημα της βοήθειας στους αιτούντες άσυλο και στους χωρίς πιστοποιητικά (sans – papiers) κυρίως, τη διαδικασία της

επείγουσας βοήθειας (AMU). Στην πραγματικότητα, η διαδικασία της επείγουσας ιατρικής βοήθειας είναι μια **Καλή Πρακτική**: Κάθε ένδειξη άτομο μπορεί να επωφεληθεί προληπτικών, θεραπευτικών φροντίδων και νοσηλεία σε νοσοκομείο.

Εξάλλου στο Βασιλικό Διάταγμα (15) το σχετικό με A.M.U δεν υπάρχει κανένας περιορισμός όσον αφορά με τον τόπο των φροντίδων υγείας. Η κατηγορία αυτή των ασθενών (κυρίως μετανάστες) κατευθύνονται από τις κοινωνικές υπηρεσίες προς τα νοσηλευτικά ιδρύματα με υπηρεσίες A.M.U. Το νοσηλευτικό ίδρυμα, στην περίπτωση που ο ασθενής πρέπει επειγόντως να χειρουργηθεί και δεν έχει τα μέσα, το μεταφέρει σε μια υπηρεσία του δικτύου IRIS, που είναι συνδεδεμένη με το CPAS, το οποίο αναλαμβάνει τα έξοδα.

Συνεπώς αυτή η διαδικασία εντάσσεται στις Καλές Πρακτικές διότι υπάρχει διοικητική υποστήριξη λόγω της εναρμόνισης του AMU με το CPAS = Centre de Protection et d Assurance Sociale Κέντρα Προστασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Οι υπηρεσίες του CPAS ανήκουν στους Δήμους.

Επίσης οι πρωτοβουλίες για ενημέρωση αναφορικά με την επείγουσα ιατρική βοήθεια όπως έντυπα της MKO Medimmigrant θεωρούνται Καλές Πρακτικές EUGATE.

4.2.6 Συμπεράσματα και κατευθύνσεις δράσης

Συμφώνα με τα δεδομένα της έρευνας EUGATE η συμβολή των Διαπολιτισμικών Διαμεσολαβητών είναι ουσιαστική, καθώς και η ενίσχυση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τη Διαπολιτισμικότητα. Αυτά τα μέτρα πρέπει να είναι ενταγμένα ως Καλή Πρακτική στα σημερινά Συστήματα Υγείας των Πολυπολιτισμικών Κοινωνιών. Ακόμα η παρουσία του Διαπολιτισμικού Διαμεσολαβητή ή του «health advocates» (16) είναι ένας παράγοντας που μειώνει τα πολιτισμικά εμπόδια και θα πρέπει να λειτουργούν ως κύριοι παράγοντες μέσα σε μια δυναμική και ποιοτική Υγειονομική Περίθαλψη.

Οι βέλγοι εμπειρογνώμονες της διαδικασίας DELPHI θεωρούν ότι μια διοικητική εναρμόνιση συμπληρωμένη από ηλεκτρονική και οικονομική υποστήριξη, των επαγγελματιών υγείας θα ήταν ένα ευεργετικό μέτρο (Καλή Πρακτική) διότι θα επέτρεπε την άμεση πρόσβαση στην περίθαλψη των ασθενών που έχουν δικαίωμα στο AMU.

Ένα σημαντικό στοιχείο που υπογραμμίστηκε από την ομάδα του EUGATE ήταν η έλλειψη της επικοινωνίας και του συντονισμού όλων των πολιτικών και κοινωνικών εταίρων. Η δημιουργία μόνιμων δικτύων με όλους τους κοινωνικό – οικονομικούς φορείς της υγείας και της CPAS, συμφώνως με το EUGATE είναι απαραίτητη και η βάση της υλοποίησης όλων των προτεινόμενων Καλών Πρακτικών. Η σφαιρική γνώση των προβλημάτων της μετανάστευσης και της κατάστασης της Υγείας των μεταναστών, είναι καθοριστικό βήμα για την αναβάθμιση των φροντίδων υγείας όχι μόνο για αυτούς αλλά και για την προαγωγή της Δημόσιας Υγείας όλης της χώρας.

Συμπερασματικά το πρόγραμμα EUGATE θεωρείται η αφετηρία και το σημείο αναφοράς μιας διατομεακής διαβούλευσης για την Υγεία και τη Μετανάστευση στο Βέλγιο, που θα συμπεριλαμβάνει τους άμεσα ενδιαφερόμενους (επαγγελματίες υγείας) ενώσεις, ΜΚΟ, ερευνητές και πολιτικούς φορείς διότι μέσα από ένα διαδραστικό δίκτυο θα ήταν πιο εύκολη η ενημέρωση για τις Καλές Πρακτικές και τις διάφορες δραστηριότητες στο τομέα της υγείας των μεταναστών.

Βιβλιογραφία

- 1) Επιστημονικό Ινστιτούτο της Δημόσιας Υγείας Louis Pasteur. Τμήμα Επιδημιολογίας, 14, της Juliette Wuytsman. 1050 Bruxelles
Η μελέτη-έρευνα υλοποιήθηκε από το Πανεπιστημιακό Κέντρο Γενικής Ιατρικής του Universite Catholique de Louvain UCL.
Η έρευνα χρηματοδοτήθηκε από το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων, Δημόσιας Υγείας και Περιβάλλοντος.
- 2) Vuori, H. 1991. Patient satisfaction-does it matter? Quality Assurance in Health Care 3: 183-189.

- 3) Grol, R., M. Wensing, J. Mainz, P. Ferreira, H. Hearnshaw, P. Hjortdhal, F. Olesen, M. Ribacke, T. Spencer and J. Szecsenyi. 1999. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison *Family Pract* 16: 4-11.
- 4) Wensing, M., J. Mainz, P. Ferreira, H. Hearnshaw, P. Hjortdhal, F. Olesen, S. Reis, M. Ribacke, J. Szecsenyi and R. Grol. 1998. General practice care and patient's priorities in Europe: an international comparison. *Health Policy* 45: 175-186.
- 5) Wensing, M., H.P. Jung, J. Mainz, F. Olesen and R. Grol. 1998. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. part 1: Description of the research domain. *Soc Sci Med* 47: 1573-1588.
- 6) Jung, H.P., F. Van Horne, M. Wensing, H. Hearnshaw and R. Grol. 1998. Which aspects of general practitioners' behaviour determine patients' evaluations of care? *Soc Sci Med* 47: 1077-1087.
- 7) A l'ECOUTE Des Patients Belges en Medecine generale le project Europee Rapport, *Louvain Med*, 118:5271-5278,1999
- 8) Fitzpatrick, R. 1991. Surveys of patients satisfaction: I-Important general considerations. *BMJ* 302: 887-889.
- 9)- Άτομα ξένης καταγωγής και ξένης εθνικότητας μη Ευρωπαϊκής ,που ζουν στο Βέλγιο νομίμως ή όχι συμπεριλαμβανομένων των προσφύγων των χωρίς νόμιμα έγγραφα, τους αιτούντες άσυλο και τους πρωτοαφιχθέντες.
-Adam, C. and A. Devillard. 2008. Comparative study of the Laws in the 27EU Member States for Legal Immigration including an Assessment of the Condition and Formalities Imposed by Each Member State for Newcomers. Brussels: European Parliament, Directorate- General Internal Policies document PE 393.281.
www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/200802/20080229ATT225589/20080229AT22589EN.pdf
- WHO(2008) Migrant Health. Resolution passed at the Sixty-first World Health Assembly on May 24th(WHA61.7). Geneva:World Health Organisation
- 10) Το πρωτόκολλο της μελέτης απαιτούσε επιλογή πρωτευουσών ώστε να υπάρχουν κοινά δεδομένα σύγκρισης
- 11) Με βάση τα δεδομένα του Βελγικού Στατιστικού Ινστιτούτου www.statbel.fgov.be
- 12)- Μπαλασσά-Φλέγκα, Ε. 2009. ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΤΗΣ UNESCO: Θέματα Διαπολιτισμικής Πολιτικής και Παιδεία. Προσεγγίσεις και Στρατηγικές. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ. 670-679.

-WHO(2008) Closing the in a generation:Health equity through action on the social determinants of health.Comission on Social Detrminant of Health Final Report.

13) Μπαλασσά-Φλέγκα, Ε. 2009. ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΤΗΣ UNESCO: Θέματα Διαπολιτισμικής Πολιτικής και Παιδεία. Προσεγγίσεις και Στρατηγικές. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ. 603-628

14) Απόφαση του Εθνικού Συμβουλίου του Ιατρικού Συλλόγου

www.ordomedic.be/ft/avis

15) Βασιλικό Διάταγμα, 12 Δεκεμβρίου 1996.Όλο το κείμενο του διατάγματος βρίσκεται στο site www.ejustice.just.fgov.be

16) Μπαλασσά-Φλέγκα, Ε. 2009. ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΤΗΣ UNESCO: Θέματα Διαπολιτισμικής Πολιτικής και Παιδεία. Προσεγγίσεις και Στρατηγικές. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ. 714-718

B. ΜΕΡΟΣ

ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΔΟΜΕΣ - Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ MAISONS MEDICALES (ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΠΙΤΙΑ) - ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ

5.1) Γενικά

5.1.1 Η προώθηση της ποιότητας της Υγείας στο Γαλλόφωνο Βέλγιο: Ένας δομημένος μηχανισμός πολλαπλών δράσεων

Η πολιτική της προώθησης της Υγείας έχει οργανωθεί με Διάταγμα στη Γαλλόφωνη Κοινότητα του Βελγίου από το 1997 που τροποποιήθηκε το 2003 και το 2009. Η πολιτική αυτή στηρίζεται σ' ένα πολύπλοκο μηχανισμό και σε μια μεγάλη ποικιλομορφία παραγόντων. Αυτός ο μηχανισμός για τον οποίο οι άλλες χώρες ζηλεύουν το Βέλγιο, έχει το πλεονέκτημα ότι δημιούργησε ένα πλαίσιο που επιτρέπει μια πλουραλιστική προσέγγιση του χώρου της Υγείας (1).

Το Διάταγμα δημιουργώντας έναν «διαρθρωτικό οργανισμό» προβλέπει την υποχρέωση του ανωτέρω φορέα να συμβουλευτεί τους πολίτες καθώς και τους πολυάριθμους φορείς που δρουν επιτοπίως στον τομέα της υγείας. Έτσι, όλοι οι εμπλεκόμενοι προσκαλούνται ν' αναπτύξουν προγράμματα επωφελούμενοι μια διαδικασία επιχορηγήσεως και προσφοράς στήριξης (2).

Η προληπτική τόσο και η θεραπευτική ιατρική, έχει οριοθετήσει τα περιθώριά της, ιδιαίτερα για την μείωση κοινωνικών ανισοτήτων έναντι στην υγεία.

Η δράση για την Προώθηση της Ποιοτικής Υγείας, συνίσταται ακριβώς στον αγώνα ενάντια στις ανισότητες και προτείνει καινοτόμες προσεγγίσεις και πρακτικές που υπερβαίνουν την ιατρική με την στενή έννοια του όρου.

Όλες οι έρευνες δείχνουν ότι, ακόμα και όταν οι υπηρεσίες υγείας είναι οικονομικά προσιτές, τα κοινωνικώς υποβαθμισμένα-ευάλωτα άτομα υπολείπονται σε καλή υγεία

από τα άλλα, και πεθαίνουν πιο νέα. Οι πιο πρόσφατες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι αυτές οι αποκλίσεις όλο και περισσότερο γίνονται πιο βαθιές. Η κοινωνική αδικία σκοτώνει σε μεγάλη κλίμακα, διακήρυξαν τον Σεπτέμβριο του 2008 οι συντάκτες μιας μελέτης που πραγματοποιήθηκε από την Επιτροπή των αρμοδίων παραγόντων του Τομέα Υγείας που έχουν έδρα στον Π.Ο.Υ. από το 2005.

Επομένως, οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία, επομένως κατά μεγάλο μέρος ξεφεύγουν στην πράξη, από το στενό περιβάλλον της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Επίσης, το κίνημα για την «προώθηση της ποιοτικής υγείας», θεωρεί ότι το άτομο και η τοπική κοινότητα-κοινωνία, στα πλαίσια της οποίας περιλαμβάνεται είναι «φορείς-κλειδιά» της προσωπικής τους υγείας, και όχι απλοί «καταναλωτές».

Μια άλλη βασική έννοια της προώθησης της ποιοτικής υγείας, είναι αυτή της ενεργούς συμμετοχής του πολίτη (2).

Στη συνέχεια, θα προσπαθήσουμε να δώσουμε μερικά δείγματα αυτής της προσέγγισης μέσω μιας αναδρομής στο Ανώτατο Συμβούλιο του Γαλλόφωνου Βελγίου για την προώθηση της ποιότητας στην Δημόσια Υγεία (3).

5.1.2 Το πλαίσιο και οι βασικές αρχές

Το Διάταγμα καθορίζει ότι η προώθηση της Υγείας στοχεύει στο:

- Να επιτρέπει στο άτομο και στην κοινότητα να ενεργεί επί των καθοριστικών παραγόντων της Υγείας
- Να βελτιώσει την υγεία ευνοώντας την ενεργή συμμετοχή του πληθυσμού στη συλλογική και αλληλέγγυα ανάληψη ευθυνών για τη βελτίωση της καθημερινής διαβίωσης
- Να βελτιώσει την ευεξία του πληθυσμού κινητοποιώντας από κοινού το σύνολο των δημοσίων πολιτικών

Σύμφωνα με το Διάταγμα, χρειάζεται πάντα η ανάπτυξη:

- Της κοινοτικής συμμετοχής της ποιότητας:
- Των περιβαλλόντων διαβίωσης
- Των προσωπικών και κοινωνικών ικανοτήτων της πληροφόρησης και της κατάρτισης.

Χρειάζεται επίσης επαναπροσανατολισμό των υπηρεσιών (κυρίως στο χώρο της Υγείας) καθώς και η συστηματική προώθηση της διαβούλευσης και της διατομεακής δράσης.

Ένα πενταετές Σχέδιο συγκεκριμενοποιημένο μέσα σ' ένα λειτουργικό Κοινοτικό πρόγραμμα, καθορίζει τις δυναμικές καινοτόμες κατευθύνσεις αυτής της πολιτικής καθώς επίσης, από το 2003, και την πολιτική της προληπτικής ιατρικής από όλες τις πλευρές.

Ακόμα, οι επιτόπιες δράσεις, οι οποίες χρηματοδοτούνται από πόρους που προβλέπονται από το Διάταγμα, στηρίζονται από διάφορες δομές των εμπλεκομένων φορέων.

1. Στο Γαλλόφωνο Βέλγιο υπάρχουν δέκα (10) εγκεκριμένα Τοπικά Κέντρα για την προώθηση της Υγείας (C.L.P.S) που καλύπτουν το σύνολο της Επικράτειας της Γαλλόφωνης Κοινότητας. Περιλαμβάνουν τους διαφόρους εταίρους, εκ των οποίων δύο είναι υποχρεωτικοί από το Διάταγμα: η Πόλη και το C.P.A.S (Centre de promotion de l'action Sociale) Κέντρα προώθησης της κοινωνικής δράσης). Η αποστολή τους είναι ο συντονισμός σε τοπικό επίπεδο, της εφαρμογής του προγράμματος που έχει καθοριστεί σε κοινοτικό επίπεδο, εκπονώντας και συντονίζοντας την πραγματοποίηση προγράμματος δράσεων που έχει υποβληθεί προς γνωμοδότηση στο Συμβούλιο και προς έγκριση στην κυβέρνηση. Έτσι, πρακτικά προσφέρουν μια μεθοδολογία και τους διαθέσιμους πόρους στους επιτόπιους οργανισμούς και εισάγουν επί τόπου δυναμικές πρακτικές, ενθαρρύνοντας την ανάπτυξη της εταιρικότητας, της διατομεακής συνεργασίας και την κοινοτική συμμετοχή. Το σύνολο αυτό της εργασίας επιτρέπει τον καθορισμό των προτεραιοτήτων ειδικών δράσεων για τις τοπικές πολιτικές στο χώρο της Υγείας. Τα τοπικά κέντρα της προώθησης της Υγείας αποτελούν επιπλέον όλα μαζί μια Συμβουλευτική Επιτροπή επιφορτισμένη να εκφράζει τις απόψεις της αναφορικά με τα

προγράμματα δράσης και τις επιστημονικές έρευνες για την προώθηση της υγείας που διεξάγονται σε τοπικό και εθνικό επίπεδο.

2. Σε ένα άλλο επίπεδο υπάρχουν 4 Κοινοτικές Υπηρεσίες της Προώθησης της Υγείας (SCPS) (Service communautaires de promotion de la Santé), οι οποίες έχουν ως αποστολή την προσφορά ηλεκτρονικής στήριξης (logistics) συνεχούς μεθοδολογίας-πρακτικών αναφορικά με την κατάρτιση, την τεκμηρίωση την επικοινωνία, την έρευνα και την αξιολόγηση της δράσης στο χώρο της υγείας. Αυτή η βοήθεια προτείνεται από το Ανώτατο Συμβούλιο της Προώθησης της Υγείας στην Διοίκηση στα τοπικά κέντρα (CLPS) καθώς και στους επιτόπιους οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στη βελτίωση της υγείας και της διαβίωσης. Οι κοινοτικές υπηρεσίες της προώθησης της υγείας εγκρίνονται για 5 χρόνια από την Κυβέρνηση κατόπιν γνωμοδότησης του Ανωτάτου Συμβουλίου της Προώθησης της Υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές εργάζονται σε συνεργασία με την επίσημη (μόνιμη) διοίκηση, τα τοπικά κέντρα της προώθησης της υγείας (CLPS) και τα Κέντρα Προληπτικής Ιατρικής. Κάθε υπηρεσία έχει την εξειδίκευσή της: Η ASBL (οργανισμός μη κερδοσκοπικός) που ονομάζεται “Question Sante” είναι αρμόδια για τους τομείς που συνδέονται με την επικοινωνία, η APES που ανήκει στα πανεπιστήμια της Λιέγης είναι υπεύθυνη για τις μεθόδους παρέμβασης, καλές πρακτικές και της αξιολόγησης, το SIPES που ανήκει στο ελεύθερο πανεπιστήμιο των Βρυξελλών για τις δράσεις έρευνας, κατάρτισης και αξιολόγησης και τέλος το RESO (καθολικό πανεπιστήμιο της Λουβέν) ασχολείται επίσης με την έρευνα και την κατάρτιση αλλά διαθέτει συγχρόνως και μια υπηρεσία τεκμηρίωσης.

Τέλος, το Ανώτατο Συμβούλιο Προώθησης της Υγείας προτείνει τους πρωταρχικούς άξονες και τις αναγκαίες στρατηγικές για την προετοιμασία ενός 5ετούς κοινοτικού προγράμματος, δίνει επίσης την γνωμοδότηση της για τα προγράμματα της 5ετους διάρκειας καθώς και για τον κοινοτικό, λειτουργικό σχεδιασμό και τέλος υποβάλει εκθέσεις αναφορικά με την εκτέλεση αυτών των Προγραμμάτων και των Σχεδιασμών. Το Συμβούλιο δίνει επίσης στην κυβέρνηση γνωμοδοτήσεις σχετικά με όλο το θέμα της προώθησης της υγείας και της προβλεπόμενης προληπτικής ιατρικής σε όλες τις φάσεις των συλλογικών δράσεων στο χώρο της κοινοτικής υγείας. Αυτές οι

γνωμοδοτήσεις είτε ζητούνται από την κυβέρνηση είτε εκφράζουν πρωτοβουλίες του Συμβουλίου, το οποίο επιθυμεί να επιστήσει την προσοχή του αρμοδίου υπουργού αναφορικά με ένα θέμα το οποίο θεωρεί ενδιαφέρον ή προτεραιότητα για την προώθηση της πατέντας της υγείας. Για να εκπληρώσει μερικές από αυτές τις αποστολές του, το συμβούλιο έχει δημιουργήσει 3 συμβουλευτικές επιτροπές. Οι 5 ομάδες εργασίας που δημιουργήθηκαν κατά τη διάρκεια της περιόδου 2004-2009 είχαν ως αρμοδιότητες την εκπόνηση καλών πρακτικών για την προ-πρόληψη (depistage) για το κάπνισμα, για τον εθνικό σχεδιασμό διατροφής και υγείας του Βελγίου και την συνεργασία για μια ποιοτική παρεχόμενη υγεία από ιδιωτικούς και δημόσιους εταίρους.

Θεωρούμε ότι είναι απαραίτητο να επεξηγήσουμε την σύνθεση και την λειτουργία του Ανωτάτου Συμβουλίου για την προώθηση της ποιοτικής υγείας του Βελγίου και πώς λειτουργεί σε ένα ομοσπονδιακό κράτος όπως είναι το Βέλγιο.

Τα μέλη του Συμβουλίου: Το Συμβούλιο περιλαμβάνει 34 μέλη με δικαίωμα ψήφου, 3 μέλη με συμβουλευτική ψήφο (κυβέρνηση και γενική διεύθυνση υγείας και 2 παρατηρητές-περιφέρεια της Βαλλωνίας και των Βρυξελλών). Τα μέλη του Συμβουλίου αντιπροσωπεύουν διάφορες αρχές-θεσμούς και πεδία δραστηριοτήτων όπως την επιστημονική εταιρία της Γενικής ιατρικής, την Ομοσπονδία των MM (Maisons Medicales), των Περιφερειών, των Δημοσίων Σχολών Υγείας-ιατρικής των Πανεπιστημίων Βρυξελλών, Λιέγης και Λουβαίν (Bruxells, Liege et Louvain), τους κοινωνικούς ασφαλιστικούς φορείς, τους φαρμακοποιούς και τους χρήστες του συστήματος υγείας (CUSS), την εθνική υπηρεσία προστασία της παιδικής ηλικίας, την σχολική ιατρική, τα CLPS και τα SCPS. Επίσης συμπεριλαμβάνονται μέσα στο Συμβούλιο άτομα που έχουν επιλεγεί λόγω της ιδιαίτερης ικανότητας, αρμοδιότητας και εμπειρίας στους διάφορους τομείς όπως πρόληψη του AIDS, των εθισμών του αγώνα κατά την αναπνευστικών λοιμώξεων, την υγεία και τις αθλητικές πρακτικές κ.τ.λ. (4) καθώς και εκπροσώπους της κοινωνίας των πολιτών.

Από το 2009 το Συμβούλιο είναι επιφορτισμένο να υποβάλλει στην Κυβέρνηση πριν από την υιοθέτηση του νέου 5ετούς προγράμματος μια αξιολόγηση του προηγούμενου 5ετούς προγράμματος καθώς για το σύνολο των μηχανισμών και των πρακτικών που χρησιμοποιήθηκε. Η Διεύθυνση της Προώθησης της Υγείας στη

Διοίκηση διαχειρίζεται το σύνολο του τομέα και εξασφαλίζει την διοικητική διαχείριση των προγραμμάτων και εγκρίσεων του (1).

Η προώθηση, λοιπόν, της ποιοτικής υγείας δεν είναι υπόθεση ενός μικρού ξεχωριστού κόσμου. Η πρόκληση για τους πολιτικούς και τους εργαζόμενους στον χώρο της υγείας είναι η οικοδόμηση των προϋποθέσεων μιας εγκάρσιας συνεργασίας, μιας συλλογικής αποφασιστικότητας και μιας αποτελεσματικής διεπιστημονικής-διατομεακής συνεργασίας (2).

5.2) Maisons Medicales

5.2.1 Ιστορική αναδρομή

Maisons de sante (Οίκοι Υγείας) στις Γαλλόφωνες χώρες: Γαλλία, Βέλγιο, μια ιστορία όχι τόσο καινούργια (5).

Γενικά η συγκέντρωση επαγγελματιών σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας δεν είναι κάτι το χθεσινό. Ήδη, τέτοιες δομές είχαν δημιουργηθεί από την αρχή του προηγούμενου αιώνα (1900+....)

Ήδη στο περιοδικό, το σχετικό με την επικαιρότητα στον χώρο της Υγείας «La Lettre de Galilie», δύο διάσημες προσωπικότητες στον χώρο της Υγείας (Γαλλόφωνες περιοχές) ο Jean-Paul Durant, συγγραφέας μαζί με τον Remy Fromentin, στο τεύχος 31 Μαΐου/Ιουνίου 2010 του προαναφερόμενου περιοδικού μας θυμίζουν την περιπετειώδη ιστορία των Οίκων Υγείας.

Βρίσκουμε μια πρώτη διατύπωση (αναφορά) στα κοινωνικο-ιατρικά χρονικά, ήδη από τα χρόνια του '30. Οπωσδήποτε αυτός ο όρος δεν καλύπτει την ίδια πραγματικότητα. Όταν την εποχή εκείνη μιλούσαν για «**Maisons de sante**» εννοούσαν αυτό που στην συνήθη διοικητική-θεσμική και καθημερινή ορολογία αναφερόμαστε σε ιδιωτικά ιδρύματα παροχής φροντίδων υγείας, «Etablissement des soins privé» με άλλα λόγια, αυτό που πιο συχνά αποκαλούμε «κλινική» (Clinique).

Η δημιουργία τους που συνδέθηκε με το πρώτο μέρος του εικοστού αιώνα, υπήρξε πρωτοβουλία φιλόνητων ιατρών, οι οποίοι αναγνωρίστηκαν με αυτή την ιδιότητα από τα θρησκευτικά, μοναχικά, καθολικά τάγματα και τα οποία τους

παραχωρούσαν άφθονο νοσηλευτικό προσωπικό, ικανότατο και εθελοντικό για τέτοιου είδους ιδρύματα στην εποχή του '30.

Το πιο ζωντανό παράδειγμα, με αυτό το πνεύμα της φιλανθρωπικής προσφοράς, υπήρξε αυτό του Δρ. Delmas, ο οποίος βοηθήθηκε από την σύζυγό του. Ο Δρ. Delmas, όχι μόνο έκτισε με δικές του δαπάνες ένα ιατρικό κέντρο (maison medicale), αλλά ήταν ο πρώτος που συνέλαβε ένα φιλόδοξο σχέδιο, αυτό των «χειρουργικών αμοιβαίων συστημάτων» (mutuelles chirurgicales), τα οποία υπάρχουν έως σήμερα με τον τίτλο mutuelles interprofessionnelles: διεπαγγελματικά όλων των ειδικοτήτων) αμοιβαία συστήματα παροχής πρόνοιας και ιατρικών φροντίδων.

5.2.2 Η ανάπτυξη των Maisons Medicales

α) Το οικονομικό και κοινωνικό πλαίσιο

Στα μέσα του 1970 μια σημαντική κοινωνική, πολιτική και πολιτισμική κίνηση διέσχισε το σύνολο της βελγικής κοινωνίας. Αυτή η κίνηση έφερε μια κριτική στη λειτουργία του συνόλου των θεσμών όπου βασιζόνταν η οργάνωση της κοινωνίας: Μια δικαιοσύνη για τους πλούσιους, φροντίδες υγείας δύο ταχυτήτων, μια δημοκρατία περισσότερο τοπική παρά πραγματική, επιχειρήσεις διοικούμενες από ιδιοκτήτες που λίγο ενδιαφέρονται για την καλή υγεία των εργατών τους.

Στο Βέλγιο και στην Ευρώπη αυτό το κίνημα συνετέλεσε στη δημιουργία των Μ.Μ., των κέντρων για τον ιατρικό προγραμματισμό και των κέντρων για την ψυχική υγεία. Είναι επίσης εποχή της διακήρυξης της Aima Ata, του χάρτη της Ottawa (βλ. ειδικό κεφάλαιο για τις παραπάνω διακηρύξεις).

Τέλος, το 1970 η οικονομική κρίση ήρθε να επιδεινώσει την αρχική κατάσταση. Τέλος του 1979 μια απεργία των ιατρών που οργανώθηκε από συνδικαλιστικές ενώσεις (το ιατρικό συνδικάτο την εποχή, στην πλειοψηφία ήταν φιλελεύθερης ιδεολογίας), και με την ενεργό συμμετοχή των λεγόμενων προοδευτικών ιατρών που εργαζόταν κυρίως στα Μ.Μ., οι οποίοι εξασφάλισαν την συνέχιση της προσφοράς των φροντίδων υγείας. Το γεγονός αυτό έδωσε την ευκαιρία στα Μ.Μ. να συνδεθούν μεταξύ τους και να γίνουν γνωστά στις πολιτικές και συνδικαλιστικές αρχές και στις οργανώσεις κοινωνικής ασφάλισης (6).

Η αναλυτική όμως περιγραφή των βελγικών ΜΜ, απαιτεί μερικές αναφορές στο Σύστημα Υγείας του Βελγίου.

Σε θεσμικό πλαίσιο, το Βέλγιο είναι ένα Ομοσπονδιακό Κράτος με 10 εκατ. και αποτελείται από 3 κοινότητες:

1. Φλαμανδική Κοινότητα με 5,5 εκ.
2. Γαλλική Κοινότητα με 4,2 εκ.
3. Γερμανική Κοινότητα με 0,3 εκ.

και τις ανάλογες περιφέρειες. Η περιφέρεια της Βαλλωνίας και η περιφέρεια των Βρυξελλών καλύπτουν τη γαλλική κοινότητα καθώς και ένα μέρος της φλαμανδικής κοινότητας. Για κάθε επίπεδο εξουσίας ομοσπονδιακό, κοινοτικό ή περιφερειακό υπάρχει μια κυβέρνηση, ένα κοινοβούλιο και μια διοίκηση.

Σε κάθε Κυβέρνηση δίδεται ένας ορισμένος αριθμός αρμοδιοτήτων όσον αφορά την Υγεία: Σε ομοσπονδιακό επίπεδο γίνεται η διαχείριση της ολικής κοινωνικής ασφάλισης για όλους τους κατοίκους του Βελγίου που καθιερώθηκε το 1948, η ιατρική ασφάλιση καθώς και η Δημόσια Υγεία, επομένως όπως προκύπτει, οι φροντίδες της Πρωτοβάθμιας Υγείας. Σε κοινοτική βαθμίδα έχει δοθεί η αρμοδιότητα της Εκπαίδευσης και της Προώθησης της Υγείας και οι περιφέρειες έχουν την αρμοδιότητα της οργάνωσης και της Πρόληψης της Υγείας.

Από το 1964, με τον λεγόμενο νόμο, «Η τέχνη του θεραπεύειν» (l'Art de guerir) οργανώθηκε ένα σύστημα σχέσεων μεταξύ των εταίρων του Συστήματος Υγείας: Χρηματοδότες, οι επαγγελματίες υγείας και οι χρήστες. Ο Γενικός Φάκελος των Φροντίδων Υγείας, διαχειρίζεται από το Ανώτατο Εθνικό Συμβούλιο (l'INAMI) (7) στο οποίο συμμετέχουν επιπλέον της κυβέρνησης και οι κοινωνικοί εταίροι (8).

Ένα χρόνο αργότερα το 1980, δημιουργήθηκε η ομοσπονδία των Μ.Μ και τα συλλογικά γαλλόφωνα όργανα υγείας (FMMCSF= Federation des Maisons Medicales et des collectives de Sante francophones).

Ήδη από την αρχή στις ιδρυτικές αρχές το FMMCSF έθεσε ως προτεραιότητα ένα πρόγραμμα οργάνωσης των φροντίδων υγείας που να βασίζεται σε φροντίδες πρωτοβουλιών υπηρεσιών υγείας, γενικές, συνεχείς, ενταγμένες και χαρακτηριζόμενες από την μέγιστη προσβασιμότητα. Η οικονομική κρίση του 1970 οδήγησε την πολιτική εξουσία να δώσει περισσότερη προσοχή σε αυτές τις πρακτικές και να προβεί αρχικά σε συγκρατημένες προσπάθειες της αναγνώρισης και της χρηματοδότησης. Αυτή η βοήθεια επέτρεψε σε μια βελτίωση κάποιων πτυχών της πρακτικής στα MM (πρόληψη, υποδοχή...). Την δεκαετία του '90 η οικονομική κρίση διογκώθηκε. Ο τοίχος του Βερολίνου πέφτει και μαζί με αυτόν ένα ολόκληρο σύστημα αξιών και κοινωνικής οργάνωσης εξαφανίστηκε, αφήνοντας τη θέση του στην ολοκληρωτική ηγεμονία του φιλελεύθερου συστήματος.

Η διαθρωτική κρίση που η βελγική κοινωνία γνώρισε εδώ και 30 χρόνια είχε ως συνέπεια μια μείωση της παρέμβασης των δημοσίων εξουσιών στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης: μείωση των συντάξεων, των επιδομάτων ανεργίας, των οικογενειακών επιδομάτων, μείωση των παρεμβάσεων όσο αφορά την υγεία μείωση της αποπληρωμής φαρμάκων, μείωση του χρόνου παραμονής των ασθενών σε περίπτωση νοσηλείας στο νοσοκομείο. Αυτή η κρίση υπήρξε ως συνέπεια ενός οικονομικού συστήματος που προτείνει το φιλελεύθερο μοντέλο. Αυτό το νέο μοντέλο λειτουργεί παντού σε παγκόσμιο επίπεδο και οι συνέπειες είναι ορατές παντού σε παγκόσμια κλίμακα:

- Αυξανόμενη ανισότητα στην κατανάλωση του πλούτου και η μεταφορά του πλούτου των φτωχών λαών προς τους πλούσιους πληθυσμούς.
- Ελάττωση της προσβασιμότητας στην εκπαίδευση, στις φροντίδες υγείας, στην κατοικία αλλά επίσης και στο νερό, στην τροφή, στην εργασία, σε διάφορα επίπεδα ανάλογα με την περιοχή που κανείς βρίσκεται.

Το Βέλγιο, όπως και πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες γνωρίζει τις επιπτώσεις που απορρέουν από τις μετεγκαταστάσεις των επιχειρήσεων σε χώρες με φτηνότερα εργατικά ημερομίσθια, και από τις μαζικές αποφάσεις για καθαρά οικονομικά κίνητρα. Ευτυχώς στο Βέλγιο υπάρχουν τομείς που είναι στις αρμοδιότητες και στην υπευθυνότητα του Κράτους, όπως ο τομέας της Υγείας, του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης, της Παιδείας, τομείς δηλαδή που θεωρούνται ως στυλοβάτες αλληλεγγύης και ισονομίας.

Η εξέλιξη προς μια αναγνώριση του σημαντικού ρόλου της διεπιστημονικότητας στην παροχή υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Υγείας, είναι ένα από τα θετικά σημεία του συστήματος της Δημόσιας Υγείας στο Βέλγιο.

Πρέπει επίσης να αναφερθεί η αύξηση της χρηματοδότησης των «παρηγορητικών φροντίδων» σε χρόνιες παθήσεις (Soins palliatifs) η έκδοση διαταγμάτων που αναγνωρίζουν και στηρίζουν οικονομικά της ενώσεις που παρέχουν νοσηλευτικές φροντίδες κατ' οίκον, η αναβάθμιση της γενικής ιατρικής, η ανάπτυξη των γενικών φαρμάκων, η έγκριση και η οικονομική κάλυψη της εξουσίας διακοπής της κήσης, καθώς και η αυξημένη πρόσβαση στις υπηρεσίες της ψυχικής υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό, δηλαδή της οικονομικής κρίσης, που δεν είναι αποκλειστικά Βελγικό, εντούτοις στο Βέλγιο υπάρχει ιδιαίτερη φροντίδα για την υπεράσπιση της κοινωνικής ασφάλισης, και η ενίσχυση της αλληλεγγύης και της ισονομίας που κατατάσσονται μεταξύ των βασικών προτεραιοτήτων του κράτους.

Ο θεσμός των Maisons Medicales, στην διάρκεια των τριάντα ετών ύπαρξής του, δικαίωσε αυτούς που πίστεψαν στην δυνατότητα μιας πιο αλληλέγγυας κοινωνίας, γεγονός που έπεισε και τις δημόσιες εξουσίες να το λάβουν υπόψη τους, και να το στηρίξουν στα πλαίσια της επίσημης πολιτικής τους για μια Ποιοτική Δημόσια Υγεία, η οποία κατατάσσεται σε υψηλή θέση ως προς την προσβασιμότητα και την αποδοτικότητά τους, σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Μια δεύτερη προτεραιότητα είναι η καθιέρωση μιας αληθινής δημοκρατίας, που προσφέρει την δυνατότητα και δίνει τα μέσα στους πολίτες να συμμετέχουν στις μεγάλες αποφάσεις που αφορούν την ποιοτική διαβίωσή τους στην βελγική κοινωνία.

Γι' αυτό τα Μ.Μ. ανταποκρινόμενα στο αίτημα μιας συνεργίας όχι μόνο σε τοπικό επίπεδο, αλλά κυρίως σ' ένα πιο σφαιρικό όπου συμμετέχουν και άλλοι βασικοί τομείς της κοινωνικής ζωής και μοιράζονται τις ίδιες αξίες, προσπαθούν εκτός από τα καθήκοντα της προσφοράς φροντίδων υγείας, να υλοποιούν δράσεις προς όφελος του

κοινωνικού συνόλου για την γνωστοποίηση και διάδοση των αρχών και των αξιών τους.(6)

β) Το νομοθετικό πλαίσιο των Maisons Medicales

Το διάταγμα αναγνώρισης των Μ.Μ.

Το 1985 η κυβέρνηση του Γαλλόφωνου Βελγίου δημοσίευσε ένα πρώτο διάταγμα που αναγνώριζε την ιατρική πράξη των Μ.Μ. και επέτρεπε την χρηματοδότησή της. Στη συνέχεια, μετά από διάφορες διαβουλεύσεις και διαπραγματεύσεις, οι φορείς της Δημόσιας Υγείας έτυχαν τη ψήφιση ενός νέου και πιο πλήρους νόμου που καθορίζει λεπτομερώς τις αποστολές και τους στόχους των Μ.Μ. με τον τίτλο «Association de santé integree» (Ένωση ολοκληρωμένης Υγείας).

Έτσι, ιατρικά συνδικάτα, Ιδρύματα Κοινωνικής Ασφάλισης (mutuelles), κοινωνικοί φορείς παροχής κατ' οίκον φροντίδων, Διοίκηση και Πολιτική εξουσία συμφώνησαν σε ένα κείμενο που εκπονήθηκε σε συνεργασία με την Ομοσπονδία των Μ.Μ., ως τον σημαντικότερο ενδιαφερόμενο εταίρο της Δημόσιας Υγείας. Ο νόμος αυτός ψηφίστηκε με απόλυτη πλειοψηφία στις 29 Μαρτίου 1993, 20 έτη μετά την ίδρυση των πρώτων Μ.Μ.

Το σημαντικότερο είναι, ότι ο νόμος αυτός καθορίζει την διεπιστημονική μορφή της ομάδας των επαγγελματιών Υγείας, τα χαρακτηριστικά της ποιότητας των φροντίδων μιας Πρωτοβάθμιας Υγείας και κυρίως τις αποστολές αυτών των κέντρων δηλ. των Μ.Μ. με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Η παροχή ποιοτικών φροντίδων υγείας της Πρωτοβάθμιας Υγείας προσιτή σε όλο τον πληθυσμό- θεραπευτικές φροντίδες, πρόληψη και αποκατάσταση.
- Η συμμετοχή .η η εφαρμογή των προγραμμάτων υγείας της κοινοτικής Υγείας σε συνεργασία με το τοπικό Δίκτυο (φορείς υγείας και κοινωνικής περίθαλψης).
- Η αρμοδιότητα ως τοπικό κοινωνικό-υγειονομικό παρατηρητήριο.

Την επόμενη χρονιά, το 1994, καθώς προχωράει η εφαρμογή των Περιφερειών στο Βέλγιο, οι Περιφέρειες(Regions) αποκτούν τις αρμοδιότητες για θέματα Δημόσιας Υγείας, γεγονός που ευνοεί την ανάπτυξη και την υποστήριξη των Μ.Μ. και μια πιο άμεση οικονομική στήριξη αυτών, υιοθετώντας την χρηματοδότηση ενός μισθού πλήρους

απασχόλησης για εργαζόμενους επαγγελματίες της Υγείας στα Μ.Μ. Η χρηματοδότηση των Μ.Μ. από τον προϋπολογισμό των Περιφερειών είναι ανάλογη με το μέγεθος της διεπιστημονικής ομάδας του προσωπικού του κάθε Μ.Μ. και τον αριθμό του πληθυσμού που εξυπηρετεί.

Ο θεσμός των Μ.Μ. συνετέλεσε πολύ σε ένα λογικό κόστος των νοσηλευτικών φροντίδων και κυρίως στην αναπροσαρμογή των κατ'οίκον φροντίδων καθώς και σε κάποιες καλές αποδοτικές πρακτικές, όπως η διαχείριση του ιατρικού φακέλου από τον γενικό ιατρό, γεγονός που βοηθά στην ποιοτική ανάπτυξη φροντίδων Πρωτοβάθμιας Υγείας (8) (βλ. ποιός δύναται να ιδρύσει Μ.Μ. στο παράρτημα).

γ) Μερικοί βασικοί σταθμοί των Μ.Μ.

Η δημιουργία της Ομοσπονδίας: Το 1981 υπήρχε ένας σημαντικός σταθμός για τον χώρο της Υγείας στο Βέλγιο. Είναι το έτος της δημιουργίας της Ομοσπονδίας των ΜΜ των οποίων οι στόχοι σαφώς επηρέασαν την πολιτική για την υγεία με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται τα ΜΜ ως οι καλύτεροι φορείς παροχής υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Υγείας στο πλαίσιο ενός αρκετά βελτιωμένου Συστήματος Υγείας (8).

δ) Η Ομοσπονδία των Μ.Μ. ως πολιτικός φορέας

Το κύριο αντικείμενο της Ομοσπονδίας είναι η πολιτική και συνδικαλιστική δράση δηλ. η προώθηση των Μ.Μ. ως ολοκληρωμένα Κέντρα Υγείας στο πλαίσιο της ανάπτυξης μιας αποδοτικής πολιτικής για την Δημόσια Υγεία, η οποία να καθορίζει τους στόχους της Υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού και να οικοδομεί, έχοντας υπόψη της αυτές, την καταλληλότερη προσφορά υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Υγείας μέσω των Μ.Μ.

Τα τελευταία χρόνια, λόγω των διεκδικήσεων για την αναπροσαρμογή της Γενικής Ιατρικής και την αναβάθμιση των φροντίδων υγείας, έχει αρχίσει να λειτουργεί μια σύμπραξη ανάμεσα των ιατρών των Μ.Μ., το ενιαίο Συνδικαλιστικό Όργανο όλων των ιατρικών ειδικοτήτων και τους εκπροσώπους των Ιδρυμάτων Κοινωνικής Ασφάλισης (mutuelles).

Αυτή η δυναμική συμμαχία, επέτρεψε την καθιέρωση εκπροσώπου της Ομοσπονδίας των Μ.Μ. στο INAMI που διαχειρίζεται έγκριση των ιατρικών ειδικοτήτων και τη πιστοποίηση της συνεχούς επιμόρφωσης- κατάρτισης των ιατρών.

Ως υποστηρικτικό μέσο σε αυτή την πολιτική σκοπιμότητα, η Ομοσπονδία των Μ.Μ. καθιέρωσε τρεις πόλους δραστηριοτήτων:

1. Έναν πόλο έρευνας στο τομέα των φροντίδων μιας Πρωτοβάθμιας Υγείας. Εκπονεί εργασίες σχετικά με τον μηχανογραφημένο φάκελο υγείας, την ταξινόμηση (CISP) στην ασφάλιση ποιότητας. Συμμετέχει στις εργασίες του Υπουργείου Υγείας για τον καθορισμό των κριτηρίων των «καλών πρακτικών» στη γενική ιατρική.

Με πρωτοβουλία της Ομοσπονδίας των Μ.Μ., δημιουργήθηκε μια Ένωση που ερευνά τους προβληματισμούς των Τριών Σχολών Δημόσιας Υγείας, των τριών πανεπιστημιακών Κέντρων της Γενικής Ιατρικής, του Ινστιτούτου της Έρευνας και της Επιδημιολογίας και της Μονάδας Έρευνας της Δημόσιας Υγείας.

2. Έναν πόλο «Πρόληψη και Προώθηση της Υγείας» ο οποίος οργανώνει τις μεθοδολογικές επιμορφώσεις/καταρτίσεις και εκπονεί το κατάλληλο επιμορφωτικό υλικό. Ήδη έχει οργανώσει 30 προγράμματα επιμόρφωσης στα πλαίσια του Προγράμματος «Ενεργοποιούμαι για την πρόληψη» στο χρονικό διάστημα 5 ετών.

Οι δραστηριότητες αυτές οδήγησαν σε πολύ δραστήριες εταιρικές με τους φορείς του Πολιτισμού και της Υγείας(π.χ. Υγεία και Μετανάστευση/Υγεία και Κοινωνική συμμετοχή για την Ανάπτυξη δράσεων υπέρ της βελτίωσης της Δημόσιας Υγείας.

3. Έναν πόλο «συνεχούς εκπαίδευσης» που περιλαμβάνει:

- Έναν τομέα κατάρτισης: Κατάρτιση σε σχέση με τις ανάγκες των ομάδων είτε εντός της καθημερινής πρακτικής(υποδοχή των ασθενών, διαχείριση του φακέλου, συλλογή των δεδομένων) είτε σε σχέση με τη συμμετοχή του προσωπικού των Μ.Μ. σε προγράμματα πρόληψης και έρευνας.
- Έναν τομέα δημοσιεύσεων: Η Ομοσπονδία εκδίδει μηνιαίως για εσωτερική χρήση το «NEWS», που επιτρέπει την κυκλοφορία των πληροφοριών αναφορικά με τις διάφορες δραστηριότητες των Μ.Μ. και μια τριμηνιαία Επιθεώρηση «Sante conjuguee» (Συνδυαζόμενη Υγεία σε ελεύθερη μετάφραση) σε 600 αντίτυπα που απευθύνεται σε όλους τους αρμόδιους και υπεύθυνους φορείς στο χώρο της Υγείας.
- Έναν τομέα οργάνωσης συνεδρίων και ημερίδων.

Το όλο έργο της Ομοσπονδίας για την πληροφόρηση των ενδιαφερομένων, συμπληρώνει η λειτουργία ενός «Κέντρου Τεκμηρίωσης» ανοιχτό σε όλους τους επαγγελματίες και τους φορείς Υγείας.

Σε διεθνές επίπεδο, η Ομοσπονδία των Μ.Μ., έχει υφάνει στενές σχέσεις με πολυάριθμους οργανισμούς όπως η WONCA, σε επαγγελματικό πλάνο, ή με την Ευρωπαϊκή Γραμματεία των Πρακτικών της Κοινοτικής Υγείας για θέματα Κοινοτικών Δράσεων στις Πολιτικές και τις Καλές Πρακτικές (6). Επίσης, η Ομοσπονδία των Μ.Μ. εκπόνησε το 2007 μελέτη και προτάσεις με τίτλο «Κριτήρια προς μια ενότητα για την υγεία» στο Βέλγιο (βλ. παράρτημα).

Το INAMI=Institut National ol'Assurance MALADIE-INVALIDITE=Εθνικό Ινστιτούτο Ασφάλισης και Αναπηρίας.

5.2.3 Οι αξίες των Maisons Medicales

Δια μέσου της επαγγελματικής δραστηριότητας αλλά επίσης και μέσα από τον τρόπο οργάνωσης των Μ.Μ., αποδεικνύεται ότι έχουν υιοθετήσει έναν συγκεκριμένο αριθμό αξιών στις οποίες είναι στρατευμένα και προσπαθούν να εμπνέονται από αυτές στην καθημερινή πρακτική τους. Τα Μ.Μ. πρεσβεύουν και προωθούν τις ακόλουθες αξίες σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο:

α) Την αλληλεγγύη, (solidarite) που δηλώνει συγχρόνως τη συνειδητή απόφαση του ατόμου να ζει εντός μιας κοινωνίας, όπου κάθε άτομο αποτελεί έναν κρίκο μιας μακριάς αλυσίδας καθώς και την έννοια της αμοιβαίας βοήθειας η οποία θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν δίκαια και ισότιμη για όλους. Η αλληλεγγύη δεν θα πρέπει να περιορίζεται σε ορισμένα συνοικίες, σε μια χώρα, οφείλει να εξαπλωθεί πέρα από τα σύνορα και το ημισφαίριό μας, μέσω μιας καλύτερης κατανομής των πόρων, των γνώσεων και της υλοποίησης κοινωνικών πρωτοβουλιών υπέρ των μη προνομιούχων χωρών.

Στα Μ.Μ., η αλληλεγγύη πρέπει να εκδηλώνεται σε όλα τα επίπεδα, μεταξύ των χρηστών (σθενών) μεταξύ των επαγγελματιών (υγείας), μεταξύ των

χρηστών-ασθενών και των επαγγελματιών, μεταξύ των Μ.Μ. και μεταξύ των Μ.Μ. και άλλων εταιρικών ενώσεων.

Μια πραγματική αλληλεγγύη, όπως αυτή που είναι στην βάση του κοινωνικού συστήματος ασφάλισης, παίζει ουσιαστικό ρόλο στην προσβασιμότητα στον τομέα των φροντίδων υγείας, γενικός και ειδικότερα εντός των Μ.Μ.

- β) Την κοινωνική δικαιοσύνη (Justice sociale)** που βασίζεται στις αρχές της ισονομίας και της ισότητας, ότι δηλαδή ο καθένας λαμβάνει σύμφωνα με τις ανάγκες του-ανάγκες κοινωνικώς καθορισμένες να έχει μια κατοικία και μέσα αξιοπρεπούς διαβίωσης, καθώς επίσης να έχει πρόσβαση στην εκπαίδευση, την εργασία, τις φροντίδες υγείας και στην δικαιοσύνη-και να συμβάλλει ανάλογα με τις ικανότητές του στην βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών συνεργαζόμενος σωστά με τους συμπολίτες του. Τόσο η αλληλεγγύη όσο και η κοινωνική δικαιοσύνη (σύμφωνα με τα Μ.Μ.) ενθαρρύνει την προσβασιμότητα στις φροντίδες υγείας και συμβάλλει στην ποιοτική καλύτερευση του όλου συστήματος υγείας.
- γ) Την ιδιότητα του πολίτη (citoyennete)**, η οποία συνίσταται στην άσκηση του δικαιώματος απόφασης σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής, άσκηση η οποία είναι ευκολότερη σε μια κοινωνία όπου βασιλεύει η δημοκρατία. Το προαναφερόμενο δικαίωμα φυσικά είναι αδιάσπαστο του καθήκοντος του κάθε πολίτη να ενημερώνεται για να καταρτίζεται στην λήψη αποφάσεων, και ν' αναλαμβάνει την ευθύνη του ως πολίτης. Στον τομέα των φροντίδων υγείας η ιδιότητα του πολίτη (citoyennete) συνίσταται στη συμμετοχή της διάγνωσης των προβλημάτων υγείας της κοινότητας, στην επεξεργασία λύσεων, των επιλογών των προτεραιοτήτων καθώς και στην λήψη αποφάσεων και την υλοποίηση αυτών.
- δ) Τον σεβασμό της ετερότητας**, που αφορά τον σεβασμό όλων των διαφορών, απέναντι των οποίων μένουμε ανοιχτοί στον διάλογο και στον αμοιβαίο εμπλουτισμό, χωρίς προκαταλήψεις.
- ε) Την αυτονομία**, αντιλαμβανόμενη ως δυνατότητα του κάθε ανθρώπινου οργανισμού να αποφασίζει για την ιστορία του και το μέλλον του, με την ιδιότητα ως μέλος της κοινωνίας, δηλαδή περιορισμένος και εμπλουτισμένος

από την ύπαρξη των άλλων, των οποίων πρέπει επίσης να σέβεται την αυτονομία.

Επίσης η αυτονομία είναι η προϋπόθεση της ανάπτυξης και της ολικής διαμόρφωσης κάθε ατόμου σε σχέση με τους άλλους.

5.2.4 Οι στόχοι των Maisons Medicales

Τα Μ.Μ. με σκοπό την υπεράσπιση των αξιών τους, και την υλοποίηση αυτών, καθόρισαν τους ακόλουθους στόχους:

A. Να ανταποκρίνονται στις ανάγκες μέσω της προσφοράς ποιοτικών φροντίδων υγείας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που θα είναι προσβάσιμες, συνεχείς, γενικές και ενταγμένες σ' ένα Ποιοτικό Σύστημα Δημόσιας Υγείας, δηλ:

1. Φροντίδες υγείας ποιότητας, που να λαμβάνουν υπόψη την επιστημονική εμπειρία και την αποδοτικότητα.
2. Φροντίδες υγείας προσβάσιμες γεωγραφικώς, οικονομικώς, χρονικώς και πολιτισμικώς.
3. Συνεχείς φροντίδες υγείας, που να παρέχονται από μια θεραπευτική ομάδα η οποία εργάζεται και διέπεται από τη λογική της συνεχούς παρακολούθησης του ασθενούς σε μεγάλο χρονικό διάστημα.
4. Γενικές φροντίδες υγείας που να λαμβάνουν υπόψη όλες τις ιατρικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές πλευρές.
5. Ολοκληρωμένες φροντίδες υγείας που να περιλαμβάνουν την θεραπευτική, την προληπτική και την «παρηγορητική» πλευρά καθώς και την προώθηση της υγείας.

B. Να προαγάγουν την αυτονομία των ατόμων που προσφεύγουν στις υπηρεσίες των Μ.Μ. και να ενισχύουν την ικανότητά τους ν' αποφασίζουν.

Γ. Να ενθαρρύνουν την ανάδειξη μιας κριτικής συνειδητοποίησης των πολιτών όσον αφορά τους μηχανισμούς που έχουν προτεραιότητα στην οργάνωση των συστημάτων υγείας και των κοινωνικών πολιτικών.

Δ. Να συμμετέχουν στην εκπόνηση πολιτικών της υγείας και των κοινωνικών πολιτικών, με σεβασμό των αξιών της αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Ε. Να συμμετέχουν με άλλους φορείς της κοινωνικής ζωής, α) στη διαδικασία αξιολόγησης των αναγκών της κοινότητας, και β) στην αναζήτηση λύσεων και των πρακτικών εφαρμογών τους, τόσο στον τομέα της υγείας όσο και σε άλλους τομείς που επηρεάζουν την ποιότητα της υγείας των ατόμων.

Ζ. Να προαγάγουν τη συμμετοχή του πολίτη στην ενίσχυση και την υπεράσπιση του συστήματος υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης, καθώς και των δικαιωμάτων των χρηστών.

Η. Να προαγάγουν την φιλικότητα μεταξύ των εργαζομένων στα Μ.Μ., των Εταίρων και των ασθενών

Θ. Να εξασφαλίζουν τις δυνατόν καλύτερες συνθήκες εργασίας και τη για δημοκρατική οργάνωση στο πλαίσιο της ομάδας, η οποία να επιτρέπει μια εργασία ποιότητας, αναπτυσσόμενη και στηριζόμενη στη διάρκεια, στη συνέπεια, ευνοώντας την καλύτερη πιθανή ποιότητα ζωής στους ασθενείς (βλ. παράρτημα).

5.2.5 Τα μέσα των Maisons Medicales

Οι στόχοι των Μ.Μ. υλοποιούνται από μια σειρά μέσων εκ των οποίων τα κυριότερα είναι τα ακόλουθα:

- Μια εργασία διεπιστημονική, η οποία εμπεριέχει και τις κοινωνικο-ψυχολογικές διαστάσεις.
- Η χρήση ενός γενικού διεπιστημονικού και κοινωνικο-ιατρικού φακέλου.
- Η οργάνωση συνεδριάσεων για συζήτηση των περιπτώσεων που έχουν ενδιαφέρον μέσα σε μια διεπιστημονική προοπτική.
- Μια ποιοτική προσβασιμότητα (πληροφορίες, καθοδήγηση) των ασθενών, όσο τον δυνατόν πιο ευρύτερη κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Η συνεπής και συνεχής οργάνωση της θεραπευτικής υπηρεσίας σε 24ωρη βάση, σε συνεργασία ενδεχομένως με άλλους φορείς της υγείας.
- Μια δέσμευση για μια μόνιμη διαδικασία συνεχούς κατάρτισης στους θεραπευτικούς, προληπτικούς τομείς και της Προώθησης της Υγείας.
- Μια λογική χωρίς καταχρήσεις, (κατανάλωση των παρακλινικών εξετάσεων και φάρμακα,) έχοντας υπόψη τις εμπειρίες της ιατρικής που βασίζεται σε αποδείξεις (EBM= Evidence Based Medicine).
- Έρευνα ποιότητας στον τομέα της σχέσης θεράποντος-ασθενούς, σ' ένα πλαίσιο μιας ιατρικής, η οποία δίνει το χρόνο στη συζήτηση με τον ασθενή.

- Η υιοθέτηση ενός συστήματος χρηματοδότησης που βοηθάει, την οικονομική προσβασιμότητα των ασθενών.
- Μια ιδιαίτερη φροντίδα για πληροφόρηση των εργαζομένων που εργάζονται με άτομα διαφορετικών πολιτισμών, ώστε να δείχνουν ιδιαίτερο σεβασμό σε αυτούς και να τους εντάσσουν ομαλά στις πρακτικές του βελγικού συστήματος υγείας.
- Μια προώθηση εθελοντικής διαδικασίας εθελοντική, συνεχούς κατάρτισης, η οποία εμπλουτίζει τις γνώσεις και τις ικανότητες των εργαζομένων στο χώρο της υγείας, γεγονός που οδηγεί σε καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους.
- Μια μόνιμη φροντίδα πληροφόρησης των ατόμων που χρησιμοποιούν τις δομές της υγείας καθώς και πληροφόρηση της γενικής υγείας στο κοινωνικό περιβάλλον που ζούνε.
- Η τοποθέτηση εκπροσώπων της ομοσπονδίας των Μ.Μ. στις Δομές-Αρχές που αποφασίζουν την επιχορήγηση των φροντίδων υγείας, τόσο σε θεραπευτικό επίπεδο, προληπτικά και της προώθησης της εκπαίδευσης της υγείας.
- Η ενημέρωση των δημοσίων εξουσιών-αρχών σχετικά με τα προβλήματα που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας, των πληθυσμών, οι οποίοι χρησιμοποιούν τις φροντίδες των Μ.Μ.
- Μια εθελοντική διαδικασία συνεργασίας με άλλους εκπροσώπους του πληθυσμού (συνδικάτα, και φορείς κοινωνικής ασφάλισης), για την ανάδειξη των εμπειριών σε επιτόπια επίπεδα ή και διεθνή.
- Δράσεις για τη συμμετοχή στα πλαίσια της «γειτονιάς» σε ορισμένες δραστηριότητες που συντελούν στη συνοχή του κοινωνικού ιστού και που επιδρούν με τον έναν ή άλλον τρόπο, στην υγεία των κατοίκων.
- Η συμμετοχή των εργαζομένων στο χώρο της υγείας σε δυναμικές δραστηριότητες που προωθούν την κοινοτική υγεία (6).

5.3) Ορισμός των Καλών Πρακτικών

5.3.1 Γενικά

Στο παρόν κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε τον ορισμό της «Καλής Πρακτικής» όπως αυτός νοείται στο Βέλγιο και την Ευρώπη (9), ο οποίος στηρίζεται στις ποιοτικές έρευνες του τμήματος «Μεθοδολογίας της Εργασίας» και στις μελέτες ερευνητών που έγιναν επιτόπου παίρνοντας συνεντεύξεις από τους εργαζόμενους στον τομέα της μετανάστευσης. Από τις διάφορες απαντήσεις τους, οι ερευνητές έβγαλαν το τελικό συμπέρασμα αναφορικά με τον ορισμό της «Καλής Πρακτικής». Ο αρχικός στόχος της έρευνας ήταν να καταλήξουν όσο το δυνατόν πλησιέστερα στην σύζευξη των απόψεων για τον ορισμό «Καλή Πρακτική». Επισημαίνουμε ότι κατά τη διάρκεια της φάσης της συλλογής των απόψεων και των παρουσιάσεων των δεδομένων, τα άτομα που συμμετείχαν στην συνέντευξη, περισσότερο επικεντρώθηκαν στο περιεχόμενο που εμπεριέχεται σε μια καλή πρακτική και όχι τόσο στο να δώσουνε ένα συγκεκριμένο ορισμό για τον όρο «Καλή Πρακτική».

Κατά αυτόν τον τρόπο από τις διαφορετικές απόψεις και απαντήσεις, οι ερευνητές οδηγήθηκαν στον καθορισμό του όρου «Καλή Πρακτική». Οι ερευνητές καθόρισαν επίσης έναν κατάλογο από τα στοιχεία τα οποία συγκροτούν την «Καλή Πρακτική» τα οποία είναι:

- Παρουσίαση της υγείας
- Οργάνωση των φροντίδων υγείας
- Προσβασιμότητα
- Επιμόρφωση του προσωπικού
- Θετική προσέγγιση και υπευθυνότητα
- Διατομεακή προσέγγιση εργασίας και παροχής φροντίδας υγείας
- Η έννοια του χρόνου
- Υποδοχή και άσυλο
- Πρόταση του ορισμού

5.3.2 Ανάλυση των στοιχείων

Ακολούθως θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε το καθένα από τα παραπάνω στοιχεία.

- Η παρουσίαση της υγείας και της ασθένειας από τους μεταναστευτικούς πληθυσμούς είναι πολύ διαφορετικές από εκείνες που φροντίζουν τους Βέλγους ασθενείς. Οι καλές πρακτικές είναι επομένως πρακτικές που

στοχεύουν να ενθαρρύνουν καθένα φορέα που αναπτύσσει μια πολύ ανοιχτή προσέγγιση στις αντιπροσωπεύσεις του κάθε ασθενούς, οποιοσδήποτε κι αν είναι αυτός, γεγονός που αποδεικνύει ότι μια καλή πρακτική που απευθύνεται στον βελγικό πληθυσμό, στον οποίο συμπεριλαμβάνονται οι ευάλωτες ομάδες Βέλγων και των μεταναστών.

- Οργάνωση των φροντίδων υγείας. Η ιδιομορφία των μεταναστευτικών πληθυσμών συνδέεται κυρίως με τις διάφορες πολιτισμικές, θρησκευτικές ή γλωσσολογικές διαφορές, οι οποίες παρόλα αυτά δεν πρέπει να αποτελούν αντικείμενο ξεχωριστών δομών και προγραμμάτων, αλλά πρέπει να είναι ενσωματωμένες πλήρως μέσα στο υπαρκτό Σύστημα Υγείας. Τα ήδη υπαρκτά προγράμματα και οι σημερινές υπηρεσίες πρέπει μάλλον να προσαρμοστούν παρά να αρχίζουν από νέες δομές. Στο πλαίσιο της οργάνωσης των φροντίδων υγείας, ένα παράδειγμα «Καλής Πρακτικής» είναι η εγκαθίδρυση της «Διαπολιτισμικής Διαμεσολάβησης στα νοσοκομεία (βλ. σχετικό κεφάλαιο).
- Προσβασιμότητα. Η προσαρμογή των υπηρεσιών πρέπει οπωσδήποτε να ληφθεί υπόψη. Δεν πρέπει να ξεχνάει κανείς ότι ο μεταναστευτικός πληθυσμός είναι ένας πληθυσμός που διαφοροποιείται πολύ γρήγορα. Η προσφορά των φροντίδων υγείας πρέπει, επομένως, να προτείνει συγχρόνως μόνιμες δομές για κάποιους πιο σταθερούς μεταναστευτικούς πληθυσμούς π.χ. οι κοινότητες των Μαροκινών και των Τούρκων, αλλά επίσης και δομές που μπορούν γρήγορα να προσαρμοστούν στα νέα μεταναστευτικά κινήματα, η προσβασιμότητα πρέπει επίσης να υιοθετήσει μια αλλαγή στις πρακτικές που εφαρμόζονται ήδη από τους επαγγελματίες της υγείας όπως π.χ. η συνεχή ενημέρωση επιμόρφωση, κατάρτιση καθώς και επισκέψεις στους χώρους που διαβιούν οι ανωτέρω πληθυσμοί.

α) Επείγουσα ιατρική βοήθεια

Το μειονέκτημα των CPAS όσον αφορά την επείγουσα ιατρική βοήθεια, είναι ένα μελανό σημείο το οποίο επισημάνθηκε κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων. Μολονότι η καθιέρωση των CPAS θεωρείται ένα θετικό στοιχείο διότι δίνει τη δυνατότητα σε πρόσβαση Φροντίδων Υγείας έχοντας στην πράξη όπως βιώνεται από τους χρήστες θεωρείται δύσκολο και ορισμένες φορές αμφιλεγόμενο. Πολλές φορές, συστήνουν το

σύστημα της κάρτας υγείας που να χορηγείται από το CPAS γεγονός που έγινε αποδεκτό από τις κοινωνικές υπηρεσίες της πόλεως των Βρυξελλών (κάθε δήμος έχει το δικό του CPAS). Η χρήση επίσης ειδικών συμβάσεων μεταξύ των παροχών Φροντίδων Υγείας και των CPAS είναι μια καλή πρακτική που αναπτύσσεται συνεχώς και παγιώνεται. Η συμφωνία ανάμεσα στο CPAS που αντιπροσωπεύει τους ασθενείς και στους συμβεβλημένους με αυτό (CPAS) φορέων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, συμφωνείται ένα ελάχιστο όριο πρόσβασης σε αυτές γεγονός που επιτρέπει την καταπολέμηση της πρόκλησης ζήτησης (shopping medical), το οποίο δυστυχώς διαπιστώθηκε σε πολλούς δήμους. Η μετακόμιση μιας οικογένειας σε άλλο δήμο μπορεί να ανατρέψει την ιατρική κατάσταση αυτής της οικογένειας, διότι από CPAS σε CPAS υπάρχουν πολλές φορές διαφορετικές εφαρμογές της αντίστοιχης νομοθεσίας. Εκτός από τη διαφορά ανάμεσα το CPAS και του καθορισμού του επείγοντος όπως προβλέπεται από τον νόμο αναφορικά με τον AMU (επείγουσα ιατρική) είναι ευρύτερη αλλά επίσης και πολύ αόριστη και συγκεχυμένη. Αυτή η έλλειψη της σαφήνειας οδηγεί πολλές φορές σε πολλαπλές έρευνες. Αυτές οι παραλλαγές είναι επιζήμιες για τα ενδιαφερόμενα άτομα αλλά επίσης και για το CPAS και αυτούς που παρέχουν φροντίδα υγείας. Άρα, λοιπόν, στο πλαίσιο μιας σωστής Καλής Πρακτικής πρέπει να υπάρχει αντικειμενικότητα στην χορήγηση Επείγουσας Ιατρικής Βοήθειας και όχι υποκειμενικότητα. Επιπλέον, εκτός από την άμεση ιατρική βοήθεια, η οποία θεωρείται οπωσδήποτε μια προτεραιότητα, στα πλαίσια μιας καλής πρακτικής, εμπεριέχεται η διερεύνηση της έννοιας της βοήθειας, η οποία προβλέπει τις συνθήκες διαβίωσης-κατοικία και διατροφής.

β) Πρωτοβουλία περίθαλψης

Η πρωτοβουλία περίθαλψης στο πλαίσιο μιας Καλής Πρακτικής πρέπει συνεχώς να αναπτύσσεται, αν βελτιώνεται υπό συνεχή αξιολόγηση. Δηλαδή πρέπει να υπάρχει επαρκής αριθμός γενικών ιατρών και οι υπαρκτές δομές όπως χώρους-τόπους διαβίωσης μεταναστών να λειτουργούν ανελλιπώς. Οι γιατροί οφείλουν να πληροφορούν και να ενημερώνουν τα άτομα που εκπροσωπούν τις αρμόδιες τοπικές αρχές κυρίως όσον αφορά την πρόσβαση αυτών των πληθυσμών στις φροντίδες υγείας. Το CPAS λοιπόν είναι το υπεύθυνο όργανο της διασφάλισης της υγείας των ατόμων με προέκταση την Δημόσιας Υγείας. Η προσφορά κατ' οίκον φροντίδων υγείας πρέπει να αυξηθεί και να αναπτυχθεί

ώστε και τα ηλικιωμένα άτομα μεταναστευτικού πληθυσμού (Τούρκοι, Μαροκινοί κ.ά.) είναι σοβαρό πρόβλημα διότι αποφεύγουν να τους τοποθετήσουν σε γηροκομεία. Μια καλή λύση η παροχή κατ' οίκον φροντίδων μέσω νοσηλευτικού προσωπικού ή βοηθητικού προσωπικού. Επίσης διαπιστώθηκε ότι πολλά άτομα προερχόμενα από την μετανάστευση δεν έχουν γενικό ιατρό και επιβαρύνουν πολλές φορές άδικα τις υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής βοήθειας. Άρα, λοιπόν, η προώθηση μιας καλής πρακτικής υποχρεώνει και βελτιώνει την προσβασιμότητα σε φροντίδες ποιότητας που προσφέρονται από τους γενικούς ιατρούς οι οποίοι εξασφαλίζουν και την παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς.

γ) Πρόσβαση στη Πληροφόρηση

Οποσδήποτε, μια καλύτερη πρόσβαση στις φροντίδες υγείας περνά μέσα από μια καλύτερη πληροφόρηση των κανόνων και τις νομοθεσίας που εξασφαλίζει την κοινωνική ασφάλεια. Η πληροφόρηση πρέπει να είναι διαθέσιμη και αν παρέχεται ευκρινώς σε όλα τα άτομα από τις αρμόδιες Αρχές της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Επίσης, διαπιστώθηκε, από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, ότι πολλά υπαρκτά νομικά έγγραφα είναι συχνά περίπλοκα και δύσκολως εφαρμόσιμα από τα ενδιαφερόμενα άτομα. Άρα μια καλή πρακτική του τομέα αυτό θεωρείται εκείνη, η οποία προβλέπει μια διοικητική και νομική απλοποίηση των διατάξεων, η οποία θα αυξάνει την προσβασιμότητα και την κατανόηση των κειμένων αυτών από τους ενδιαφερόμενους. Γι' αυτό το λόγο υπάρχει ειδικό προσωπικό στο CPAS, το οποίο συμβουλεύει τους αιτούντες άσυλο καθώς και τα άτομα ο υποδεικνύονται προβληματικά να διαχειριστούν ορισμένες κοινωνικές καταστάσεις που έχουν επιπτώσεις στην υγεία τους.

δ) Γενικές Δομές

Το σύνολο των ερωτηθέντων, θεωρεί ότι δεν πρέπει να δημιουργηθούν συγκεκριμένες ειδικές δομές μόνο για τους μετανάστες, διότι ένα τέτοιο σύστημα περιέχει πολλές αρνητικές πλευρές εις βάρος των ιδεών των μεταναστών όπως κίνδυνος στιγματισμού των ομάδων στόχων και οι δομές φροντίδας μόνο γι' αυτούς υπάρχει από ευαισθητοποίηση και δημιουργεί αντικρουόμενα συναισθήματα. Έτσι σε περίπτωση ανάπτυξης νέων δομών για τους μετανάστες μειώνεται αισθητά η βελτίωση της ποιότητας των υπαρκτών δομών παροχής φροντίδων υγείας που απευθύνονται σε όλο τον

πληθυσμό, λόγω μείωσης των χρηματοδοτήσεων. Η προσβασιμότητα όσον αφορά την διανοητική υγεία μπορεί να περάσει μέσω της ανάπτυξης πρακτικών της λεγόμενης «Εθνοψυχιατρικής», οι οποίες πρακτικές πρέπει να είναι ενταγμένες στις γενικές υπηρεσίες της ψυχικής υγείας. Η χρήση διερμηνέων, οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί στην θεραπευτική συζήτηση και στην προσέγγιση της διανοητικής υγείας πρέπει να σε ημερησία διάταξη και να τύχει ιδιαίτερος προσοχής στο πλαίσιο μιας «Καλής Πρακτικής».

ε) Χρηματοδότηση

Το θέμα της χρηματοδότησης, οπωσδήποτε είναι ένα μελανό σημείο για τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Δηλαδή η χρηματοδότηση δεν πρέπει αν είναι μόνο για την πιλοτική φάση των προγραμμάτων για την διαμόρφωση Καλών Πρακτικών, αλλά το βασικό αίτημα, όλων των φορέων είναι η επέκταση της χρηματοδότησης σε όλες τις μόνιμες δραστηριότητες της δομής του συστήματος υγείας, διότι τα προβλήματα που έχουν σχέση με την χρηματοδότηση επιδρούν στην πρόσβαση των προσώπων και στη βελτίωση της δομής και των δράσεων του συστήματος.

στ) Νόμιμες Πρωτοβουλίες

Οι νόμιμες πρωτοβουλίες όπως η συνέχιση της Διαπολιτισμικής Διαμεσολάβησης στο εσωτερικό των νοσοκομείων και των ψυχιατρικών θεωρείται αναγκαία για την εφαρμογή των Καλών Πρακτικών καθώς και η ανάπτυξη ενός παγιωμένου συστήματος επιμόρφωσης/κατάρτισης του προσωπικού στον προαναφερόμενο τομέα, το οποίο είναι αίτημα όλων των φορέων.

ζ) Σχέση ανάμεσα στον πολιτισμό και την προσβασιμότητα

Η προσβασιμότητα, ο πολιτισμός συνδέονται στενά, γεγονός που διαπιστώθηκε από όλες τις παρατηρήσεις και τις προτάσεις των εμπλεκόμενων φορέων.

- Επιμόρφωση του προσωπικού

α) Πτυχές της κατάρτισης

Ο ορισμός της Καλής Πρακτικής περιλαμβάνει επίσης την κατάρτιση-επιμόρφωση του προσωπικού που θα αναλάβει τις φροντίδες υγείας των μεταναστών. Θα πρέπει να ενισχυθεί η βασική κατάρτιση και η εισαγωγή του διαπολιτισμού μέσα στα αναλυτικά

προγράμματα των επιστημών υγείας, ιατρικής νοσηλευτική και κοινωνική λειτουργιών. Επίσης, οι ήδη εργαζόμενοι στους τομείς αυτούς θα πρέπει να επωφεληθούν μιας συνεχούς κατάρτισης στα θέματα αυτά. Αυτή η κατάρτιση δεν πρέπει να έχει την μορφή ημερίδων. Αντιθέτως πρέπει να είναι διαρκής και να χρησιμοποιεί τα κατάλληλα εργαλεία επικοινωνίας και αυτοανάλυσης αναφορικά με τις πρακτικές που πρέπει να χρησιμοποιούνται και να αναπτύσσονται σε κάθε περίπτωση. Η ευαισθητοποίηση στην πολιτισμική αποκωδικοποίηση και στα ειδικά προβλήματα που συναντάει η ομάδα-στόχος και η ζήτηση βοήθειας από τους Διαπολιτισμικούς Διαμεσολαβητές, η παιδαγωγική πλευρά κυρίως στα κέντρα υποδοχής ασυνόδευτων ανήλικων αποτελούν αναπόσπαστο μέρος αυτής της ειδικής κατάρτισης που πρέπει να έχει το προσωπικό. Η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, οι διαδικασίες της προώθησης της υγείας και της ανάπτυξης των ικανοτήτων πρέπει να αναπτύσσονται με θετικό τρόπο και να αποφεύγεται ο τονισμός των αρνητικών πλευρών τόσο στο προσωπικό όσο και στους ασθενείς.

β) Επιβλέψεις

Εκτός από την κατάρτιση είναι απαραίτητο να έχουν προβλεφθεί μηχανισμοί επίβλεψης που να βοηθούν τους επαγγελματίες της υγείας να ξεπεράσουν τις προκαταλήψεις τους, το άγχος τους κ.τ.λ. έναντι των μεταναστών. Συγκεκριμένα, κάποιες ASBL (οργανώσεις μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα) όπως η οργάνωση Πολιτισμός και Υγεία προτείνει ειδικά παιδαγωγικά υλικά προσαρμοσμένα για τους ξένους πληθυσμούς. Οι σχολές επίσης κοινωνικής προώθησης στην Φλαμανδία προτείνουν προγράμματα κατάρτισης στην διαπολιτισμική διαμεσολάβηση. Οι διαπολιτισμικές διαμεσολαβήσεις που εργάζονται στις Μονάδες Υγείας υποβάλλονται σε μια μηνιαία επίβλεψη αξιολόγηση, οργανωμένη από την Δημόσια Ομοσπονδιακή Υπηρεσία της Δημόσιας Υγείας (Service Public Federal Sante Publique).

γ) Ευαισθητοποίηση

Η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών πρέπει να είναι μόνιμη, διότι η μετανάστευση είναι ένα δυναμικό φαινόμενο συνεχώς εξελισσόμενο και δεν πρέπει να τοποθετείται σε παγιωμένους κώδικες και διαδικασίες.

δ) Η ανθρώπινη πλευρά

Όλοι οι υπεύθυνοι, επιμένουν στο γεγονός ότι το προσωπικό που ασχολείται με τους μετανάστες πρέπει να διέπεται από ένα κριτικό πνεύμα αλληλεγγύης και ευρύτητα σκέψης.

- **Θετική προσέγγιση και υπευθυνότητα**

Πολλοί από τους συμμετέχοντες θεωρούν ότι η ανάδειξη των πλεονεκτημάτων των μεταναστών καθώς και οι δράσεις για την ανάθεση ευθειών στους ίδιους για την υγεία τους είναι δύο ουσιαστικά στοιχεία των Καλών Πρακτικών. Στα πλαίσια μιας θετικής προσέγγισης της μετανάστευσης θα πρέπει να αναδειχτούν τα πλεονεκτήματα των μεταναστών π.χ. η μόρφωσή τους, η επαγγελματική τους εμπειρία και οι θετικές συμβουλές της μετανάστευσης στην υγεία, διαφορετική διατροφή, κοινοτική και οικογενειακή αλληλεγγύη. Ο στόχος είναι διπλός. Να αποκτήσει την αυτονομία του κάθε μετανάστης και να αγωνιστεί ενάντια στην γκετοποίηση και στην οργανωμένη έξωθεν βοήθεια. Σύμφωνα με μερικούς συνεντευξιζόμενους για να δικαιολογήσουν την εργασία τους μερικοί επαγγελματίες στέφονται ότι οι μετανάστες είναι λιγότερο καλοί από τον ντόπιο πληθυσμό. Αυτή η στάση προκαλεί πολύ αρνητικές συνέπειες στους μετανάστες. Αυτή η άποψη επεξηγεί την απαισιόδοξη εικόνα ορισμένων επαγγελματιών στην οποία σπρώχνουν τους μετανάστες.

- **Διατομεακή προσέγγιση εργασίας και παροχής φροντίδας υγείας**

α) Εργασία σε Δίκτυο

Οι επαγγελματίες του χώρου πρέπει να αναπτύξουν την εργασία σ' ένα οργανωμένο δίκτυο γεγονός που εγγράφεται σ' ένα γενικό όραμα της κατάστασης των μεταναστών. Η έλλειψη της συνεργασίας ανάμεσα στις δομές-υπηρεσίες δεν συναντάται αποκλειστικά και μόνο στους μετανάστες. Το πρόβλημα δεν είναι ότι υπάρχει ένα μεγάλο δίκτυο μεταναστευτικό δίκιο. Θα ήταν μη ρεαλιστικό εάν δεν λαμβάναμε υπόψη μια ετερογένεια καθώς και την διάσπαση της ομάδας στόχου και των αναγκών τους καθώς και την ποικίλου των αρμοδιοτήτων των εμπλεκόμενων σε αυτό τον τομέα. Παρόλα αυτά σε ορισμένες περιπτώσεις έχει ενδιαφέρον να αναπτύσσονται δίκτυα συνεργασίας

κυρίως γύρω από το θέμα της επείγουσας ιατρικής, της άμεσης κοινωνικής βοήθειας ή της φυματίωσης. Η καθιέρωση ενός Δικτύου “AMU” θα επέτρεπε την βελτίωση της προσβασιμότητας των ατόμων χωρίς ταξιδιωτικά έγγραφα στα AMM και θα μείωνε οπωσδήποτε τις υποχρεώσεις και τις χρεώσεις των ατόμων αυτών για ιατρικές φροντίδες στο CPAS.

β) Αλληλεπιδράσεις

Ήδη έχει γίνει έκκληση στους υπεύθυνους πολιτικούς υπό μορφή πρόσκλησης από καιρό σε καιρό να επιστεφούνε επιτοπίως τους μετανάστες για να δουν την πραγματικότητα. Η πρόσκληση αυτή έχει σκοπό να δουν από κοντά την κατάσταση και να υπάρχει συνάφεια στις πολιτικές αποφάσεις για τέτοιου είδους θέματα. Η ίδια πρόσκληση έγινε και προς τους ερευνητές και τους εμπειρογνώμονες για να διεξαγάγουν ρεαλιστικές μελέτες και να διατυπώσουν σωστά και με σαφήνεια την καταγραφή των προβλημάτων έχοντας λάβει υπόψη την επιτόπια πραγματικότητα. Τα στοιχεία αυτά της αλληλεπίδρασης μεταξύ της πραγματικότητας και των αποφάσεων που λαμβάνονται θεωρητικά στο στενό περιβάλλον των γραφείων, είναι αναγκαία για να διαμορφωθούν οι καλές πρακτικές στην διατομεακή συνεργασία των υπηρεσιών.

γ) Συνέπεια, Συνεργασία και Μετανάστευση

Αρκετοί συμμετέχοντες τόνισαν τη σημασία της ανάπτυξης της συνέπειας μεταξύ της μεταναστευτικής πολιτικής και της πολιτικής της συνεργασίας στην ανάπτυξη. Εάν οι περιορισμοί τίθενται στην είσοδο στο έδαφος της επικράτειας (μιας χώρας) τα μέτρα πρέπει να λαμβάνονται στις χώρες της προέλευσης των μεταναστών. Η μεγάλη εισροή των μεταναστών για οικονομικές ή υγειονομικούς λόγους μας κάνει να σκεφτόμαστε ότι δεν ήταν προτιμότερο να ληφθούνε μέτρα για τα προβλήματα αυτά στις χώρες τις προέλευσής τους.

δ) Μεταναστευτική Πολιτική

Όλοι παραδέχονται ότι υπάρχει έλλειψη σαφήνειας γενικά για την μεταναστευτική πολιτική. Τα άτομα που έρχονται σε άμεση επαφή με αυτούς διαπιστώνουν ότι υπάρχουν άτομα σε οδυνηρή κατάσταση που θα πρέπει να τους αναλάβουν αμέσως οι τοπικές αρχές. Έτσι επιβαρύνονται οι τοπικές αρχές σε αντίθεση με τις Ομοσπονδιακές Βελγικές Αρχές. Υπάρχει μια διάσταση ως προς τις αποφάσεις της Κεντρικής Κυβέρνησης και των

τοπικών αρχών. Επιτρέπει την παραμονή αυτών των ατόμων στην Επικράτεια. Θα πρέπει κανονικά να τους απελάσει και δυστυχώς η γραφειοκρατία είναι εμπόδια σε αυτή την πράξη, αλλά θα πρέπει κάποιος να κάνει κάτι τι για τα άτομα αυτά για να ζουν με ανθρώπινη αξιοπρέπεια και αυτό δυστυχώς το καθήκον το επωμίζονται οι τοπικές αρχές με το προσωπικό τους που πολλές φορές δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένο.

- Η έννοια του χρόνου

Μέρος του ορισμού της Καλής Πρακτικής συμπεριλαμβάνεται και το χρονικό διάστημα που είναι απαραίτητο για την προσέγγιση και την κατανόηση αυτού του πληθυσμού (μεταναστών). Το να αναλάβει κανείς άτομα από τη μετανάστευση απαιτείται περισσότερος χρόνος για να επικοινωνήσει σωστά κυρίως όταν η επικοινωνώ είναι δύσκολη και θα πρέπει να χρησιμοποιήσει άτομα που θα βοηθήσουν στην πολιτισμένη αποκωδικοποίηση, η οποία είναι οπωσδήποτε απαραίτητη ή θα πρέπει να απευθυνθεί σε ειδικούς του δικτύου. Οι σημερινές συνθήκες εργασίας στον τομέα των Φροντίδων Υγείας και της Κοινωνικής Περίθαλψης, δεν επιτρέπουν πάντοτε αυτό το καθήκον να εκτελεστεί σωστά. Πολλές φορές η ενθάρρυνση των ατόμων από την μετανάστευση ενέχει τον κίνδυνο να παρεξηγηθεί από το ευρύ κοινό. Οι υπηρεσίες υγείας και της κοινωνικής βοήθειας πρέπει να προσφέρουν προσβασιμότητα με τον ίδιο τρόπο για όλο τον πληθυσμό και οι τυχόν βελτιώσεις για την ποιότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας δεν πρέπει να θεωρούνται ότι γίνονται για τους μετανάστες, αλλά για το σύνολο του πληθυσμού της χώρας.

- Υποδοχή και Άσυλο

- α) Άσυλο για λόγους υγείας

Όσον αφορά τα πρόσωπα που ζητούν πρόσβαση στη χώρα για λόγους υγείας η σημερινή διαδικασία είναι υπερβολικά μακρόχρονη. Το γραφείο για τους αλλοδαπούς (L'Officedes Etrangers) δεν έχει αρκετό προσωπικό για να χειριστεί τις αιτήσεις μέσα σ' ένα εύλογο χρονικό διάστημα. Για να λύσει αυτό το πρόβλημα η μη κυβερνητική οργάνωση ABSL MedImmigrant συστήνει τη δημιουργία μιας βάσης δεδομένων που δίνει απάντηση στο ερώτημα: «Μήπως η απαραίτητη νοσηλεία είναι διαθέσιμη και προσβάσιμη στη χώρα προέλευσης;» Αυτή η βάση των δεδομένων θα μπορούσε να

βοηθήσει στην εκούσια απόφαση της επιστροφής και να διαφωτίσει κυρίως τους υπεύθυνους για την απόφασή τους να τους παραχωρήσουν άσυλο ή όχι για λόγους υγείας. αυτή η βάση δεδομένων είναι πολύ χρήσιμη και αποδεκτή από όλες τις υπηρεσίες για τον συντονισμό της μεταναστευτικής πολιτικής. Η χρησιμοποίησή της θα μπορούσε να είναι διαθέσιμη στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χωρών διότι όλες οι ευρωπαϊκές χώρες εφαρμόζουν τη νομοθεσία σύμφωνα με την οποία είναι απαγορευμένη η απέλαση ατόμων εάν η ζωή του προσώπου είναι σε κίνδυνο. Αυτή η βάση δεδομένων επιτρέπει επίσης στην καταγραφή των ελλείψεων όσον αφορά την υγεία στα πλαίσια των τοπικών προγραμμάτων και έτσι να δοθεί η κατάλληλη υποστηρίξει στην εργασία των μη κυβερνητικών οργανώσεων και των διαφόρων τοπικών ιδρυμάτων.

β) Υποδοχή των ασυνόδευτων ανηλίκων

Μια ειδική υπηρεσία του CPAS με εξειδικευμένο προσωπικό εργάζεται ειδικά στο πλαίσιο της υποδοχής των ασυνόδευτων ανηλίκων. Η ποικιλομορφία του πληθυσμού των ασυνόδευτων ανηλίκων απαιτεί μια τροποποίηση στην προσφορά υποδοχής. Η υποδοχή, κατά μεγάλο κίνδυνο, όταν οι ανήλικοι είναι σε επαφή με ενήλικες. Η προσφορά ασύλου θα πρέπει κατά το διεθνές δίκαιο να περιέχει τη δυνατότητα της οικογενειακής συνένωσης ή να τοποθετηθούν τα ανήλικα άτομα σε οικογένειες ανάδοχες ή σε ειδικά κέντρα σε μικρές ομάδες ή σε διαμερίσματα με την εποπτεία των ειδικών υπηρεσιών. Ο νέος ανήλικος θα πρέπει να έχει την δυνατότητα να διαλέξει τη δομή που του ταιριάζει. Ακόμα και αν η νομοθεσία επιτρέπει την υποδοχή ασυνόδευτων ανηλίκων και την τοποθέτηση αυτών στα διάφορα κέντρα, ο θεσμός των πνευματικών γονέων ενθαρρύνεται περισσότερο ως καλή πρακτική για να αναλαμβάνουν την επιμέλεια ορισμένων ασυνόδευτων ανηλίκων. Η επιλογή των πνευματικών γονέων γίνεται σε πού αυστηρό τρόπο από τις αρμόδιες υπηρεσίες και συνεχώς αξιολογείται η εργασία τους. Η παρακολούθηση του νεαρού ανήλικου συνεχίζεται και πέρα από τα 18 χρόνια.

γ) Στέγαση στα κέντρα

Οι συνθήκες στέγασης στα κλειστά κέντρα και τα κέντρα υποδοχής δυστυχώς δεν εγκρίνονται από τους επαγγελματίες και τα άτομα που είχαν την τύχη να παραμείνουν σε αυτά, διότι οι συνθήκες υγιεινής όπως και η πρόσβαση σε ιατρικές φροντίδες και σε φροντίδες στήριξης της ψυχικής υγείας κρίνονται πού ελαττωματικές

δ) Περίπτωση φυματίωσης

Οι εμπειρογνώμονες ασχολήθηκαν επίσης και με τα προβλήματα της ύπαρξης φυματίωσης γεγονός που οδηγεί στην αναδιάρθρωση δομών υποδοχής και επίσης αν δίνεται το δικαίωμα να κρατήσουν τα άτομα αυτά σε καραντίνα μέσα σε αποδεκτές συνθήκες.

- Πρόταση του ορισμού

Ως συμπέρασμα των ανωτέρω μπορούμε λοιπόν να προτείνουμε τον ακόλουθο ορισμό το τι σημαίνει Καλής Πρακτικής. Μια Καλή Πρακτική στον τομέα της υγείας των μεταναστών είναι μια διακλαδική και διατομεακή πρακτική που λαμβάνει υπόψη της την πολιτισμική ιδιομορφία των μεταναστών που διατίθενται από ένα προσωπικό καταρτισμένο και που στοχεύει στην προσβασιμότητα των υπάρχοντα υπηρεσιών και είναι υπέρ της αυτονομίας και της ανάδειξης των προτερημάτων των μεταναστών. Η Καλή αυτή Πρακτική πρέπει να είναι συμπληρωματική των δικαιωμάτων του ασθενούς και των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων.

Βιβλιογραφία - Πηγές

- 1)- Lonfils, C. and M. Prevost. 2009. La promotion de la santé en Communauté française: un dispositif structure des questions multiples www.maisonmedicale.org
- Denis, B., Drieslma, P., Natcho, B., De Tiege V, Heymans, I., Burdet, D.2005. Quelle population suiron-nous dans les maisons medicale. Federatio de maison medicales francophones. p.15-24
- 2) Federation des maisons medicales:’’Pour un renforcement de la promotion de la santé en communaute francaise,2009
- 3) www.sante.cfwb.be.
- 4) Βλ. Διάταγμα της Κυβέρνησης του Γαλλόφωνου Βελγίου 11 Μαΐου 2009 σχετικά με τον διορισμό των μελών CSPS που δημοσιεύτηκε στον αριθμό 247 της επίσημης εφημερίδας της κυβέρνησης «Παιδεία και Υγεία www.education.sante.be
- 5) [www.msp.groupe-galilee.fr/index.\(2-7-2010\)](http://www.msp.groupe-galilee.fr/index.(2-7-2010))
- 6) Federation des maisons medicales et des collectives de santé francophones www.maisonmedicale.org/Historie-des-maisons-medicales.html

- 7) Καρανικόλας, Α. και Φλέγκας Π., Το Βελγικό Σύστημα Περίθαλψης – Αναπηρίας. Η Επείγουσα Ιατρική Βοήθεια. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ. 15-18.
- 8) Morel, J ‘Les Maisons medicales en Belgique, 1999
- 9) http://mighealth.net/be/index.php/Essai_de_d%C%A9finition_de_bonne_pratique

B. ΜΕΡΟΣ

ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΠΡΩΤΟΠΟΡΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ

6.1) Το Κίνημα «Πόλεις-Υγεία» του Π.Ο.Υ.: Δράση μέσα στις πόλεις για ποιοτική υγεία και διαρκή ανάπτυξη

6.1.1 Η τοποθέτηση της ποιοτικής υγείας στην ημερήσια διάταξη των αστικών πολιτικών

Το πρόγραμμα «Πόλεις-Υγεία» του Π.Ο.Υ. είναι ένα μακροπρόθεσμο πρόγραμμα, διεθνούς εμβέλειας, το οποίο προτρέπει τους τοπικούς παράγοντες, να εντάξουν την προώθηση της ποιοτικής υγείας στην «ημερήσια διάταξη» και να δημιουργήσουν με τους εταίρους τους μια νέα δυναμική στον χώρο της Δημόσιας Υγείας.

Ο στόχος του προγράμματος είναι η φυσική, διανοητική, κοινωνική και περιβαλλοντική βελτίωση της ευεξίας των ατόμων που ζουν στις πόλεις, και στηρίζεται στους προσανατολισμούς της Στρατηγικής της «Υγείας για Όλους» του Π.Ο.Υ., στις Αρχές της Προώθησης της Ποιότητας της Υγείας, τις καθορισμένες από το Χάρτη της ΟΤΤΑΒΑ, καθώς και αυτών που εμπεριέχονται στην AGENDA 21 για τη Διαρκή Ανάπτυξη.

Ως γνωστό οι πόλεις, τα περιβάλλοντα διαβίωσης, ανάπτυξης και κοινωνικοποίησης, παίζουν έναν πολύ καθοριστικό ρόλο στην Υγεία, κυρίως στην προσβασιμότητα για όλους σε ποιοτικές φροντίδες υγείας.

Γι' αυτό, οι υπεύθυνοι των αστικών κοινοτήτων, έχουν μια σημαντική ευθύνη και έναν προνομιούχο ρόλο, όσον αφορά την ποιότητα της διαβίωσης και της Διαρκούς Ανάπτυξης.

Τα άτομα που διαχειρίζονται τις πόλεις και άλλες τοπικές κοινότητες κατέχουν, πράγματι, αρκετά μεγάλη εξουσία για να ενεργήσουν με τρόπο συντονιστικό και εταιρικό επί της πολλαπλότητας των αλληλοσυνδεόμενων παραγόντων, ώστε η υγεία του πληθυσμού να βελτιωθεί και να κερδίσει σε ποιότητα. Παράγοντες ή οργανισμοί που

βρίσκονται κοντά στον πληθυσμό, μπορούν κάλλιστα να ενεργοποιηθούν γι' αυτόν τον σκοπό και να συμβάλλουν καταλυτικά στην όλη διαδικασία της Προώθησης της Ποιοτικής Υγείας για Όλους.

6.1.2 Πόλεις - Υγεία σε δράση: Μια αστική πολιτική για την Υγεία

Το πρόγραμμα «Πόλεις-Υγεία» δεν είναι ένα πρόγραμμα «κλειδί στο χέρι»: Καθορίζεται, πρωτίστως, ως μια διαδικασία η οποία «χτίζεται σταδιακά», εντός μιας απαραίτητως εταιρικής και συμμετοχικής διαδικασίας. Έτσι προσαρμόζεται σε κάθε ένα από τα τοπικά πλαίσια και εξελίσσεται μέσα στον χρόνο. Ξεκινώντας από τις καθορισμένες, από την πολιτική αρχή, προτεραιότητες και δεδομένα που έχουν συλλεχθεί τόσο από τους τοπικούς παράγοντες όσο και από τον πληθυσμό, εκπονείται από κοινού ένα Πρόγραμμα Δράσης για την Υγεία στο πλαίσιο της «Τοπικής Επιτροπής Πόλη-Υγεία». Αυτό το Πρόγραμμα, συμπληρώνεται και ανανεώνεται τακτικά, κάθε φορά που προκύπτουν νέα δεδομένα και τοπικές ανάγκες.

Η πραγματοποίησή του παρακολουθείται από το σύνολο των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα εταίρων. Τελικά, το Πρόγραμμα για την αστική υγεία, θα πρέπει να ενσωματώσει το σύνολο του αστικού προγράμματος και να προτρέπει, κατά τη διάρκεια της λήψης των αποφάσεων, τη συστηματική χρησιμοποίηση των διαδικασιών και των πρακτικών, που επιτρέπουν την αξιολόγηση των πιθανών αποτελεσμάτων επί της Υγείας.

6.1.3 Πόλεις-Υγεία: Ένα πρόγραμμα που μετατράπηκε σε κίνημα

Το 1986, το πρόγραμμα «Πόλεις-Υγεία» άρχισε με μόνο ένδεκα πόλεις στην Ευρώπη (1), οι οποίες δεσμεύτηκαν στο πλευρό του Π.Ο.Υ. για ν' αποδείξουν ότι μια νέα προσέγγιση της Δημόσιας Υγείας, βασισμένη στις αρχές της «Υγείας για Όλους», μπορεί κάλλιστα να πραγματοποιηθεί. Σήμερα, αυτό το πρόγραμμα απέβει ένα ευρύ παγκόσμιο κίνημα.

Μεταξύ των θεμελιωδών στόχων του κινήματος «Πόλεις-Υγεία» είναι η ανάπτυξη της αλληλεγγύης, της συνεργασίας και των σχέσεων μεταξύ των πόλεων. Έτσι

δημιουργήθηκαν πολυάριθμα δίκτυα ανά τον κόσμο, μεταξύ των πόλεων, των χωρών, με γεωπολιτικά, γλωσσικά και πολιτισμικά κριτήρια.

6.1.4 Η δημιουργία διαφόρων τύπων δικτύων σε σχέση με τα διάφορα πλαίσια

- **Το ευρωπαϊκό δίκτυο των λεγόμενων «πόλεων» του πιλοτικού προγράμματος:** Η αρχική ομάδα των 11 πιλοτικών πόλεων, που εργάστηκαν πολύ στενά με το Ευρωπαϊκό Γραφείο Π.Ο.Υ., στη συνέχεια διευρύνθηκε σημαντικά, ώστε σήμερα να υπάρχουν 55 πόλεις διαφόρων χωρών της Ευρωπαϊκής Επικράτειας του Π.Ο.Υ., μεταξύ αυτών και η Γαλλία με την Rennes, πόλη που συμμετέχει εξ αρχής στην πιλοτική φάση του προγράμματος και η Λιέγη του Βελγίου (2).
- **Τα Εθνικά Δίκτυα:** Στην Ευρώπη υπάρχουν 29 εθνικά δίκτυα. Εκτός Ευρώπης αναπτύχθηκαν εθνικά δίκτυα στην Αφρική (γαλλόφωνες χώρες) στην Λατινική Αμερική, στην Β. Αμερική, Αυστραλία, Ν. Ζηλανδία.
- **Τα περιφερειακά δίκτυα:** Τα δίκτυα αυτά δημιουργήθηκαν ιδίως σε ομοσπονδιακά κράτη-περιφέρειες, όπως στο γαλλόφωνο Βέλγιο, στην Ελβετία (Romando) και τις ΗΠΑ (Ινδιάννα-Καλιφόρνια).
- **Το γλωσσολογικό και πολιτισμικό δίκτυο:** Αυτού του είδους τα δίκτυα υπερβαίνουν τα εθνικά ή περιφερειακά σύνορα και αναφέρονται σε γλωσσολογικές ή πολιτισμικές κοινότητες. Είναι κυρίως τα ισπανόφωνα, γερμανόφωνα, γαλλόφωνα δίκτυα. Το πρώτο απ αυτά, το γαλλόφωνο δίκτυο των «Πόλεων-Υγεία», δημιουργήθηκε στην Rennes, επ' ευκαιρία του 1^{ου} γαλλόφωνου συνεδρίου των Πόλεων-Υγεία, το Δεκέμβριο του 1988.
- **Τα προγράμματα δράσης «multivilles» (πολλές πόλεις):** Συγκεντρώνουν πόλεις που εργάζονται μαζί για ένα κοινό και συγκεκριμένο θέμα στο χώρο της υγείας (π.χ. παροχή υπηρεσιών Υγείας Ποιότητας σε ανήλικες και ανύπανδρες μητέρες κ.τ.λ.).

6.1.5 Το κίνημα «Πόλεις-Υγεία» ανά τον κόσμο και διαφόρων περιοχών του Π.Ο.Υ.

i) Ευρώπη: περισσότερες από 1000 πόλεις 29 χωρών περιλαμβάνονται σε Εθνικά ή Περιφερειακά δίκτυα. Θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι το κίνημα «Πόλεις-Υγεία» ξεκίνησε από το Ευρωπαϊκό Γραφείο του Π.Ο.Υ.

Σε συνεργασία με τις πόλεις, που προς το παρόν αποτελούν μέρος της πιλοτικής ομάδας (τις λεγόμενες πιλοτικές πόλεις) έχουν δημιουργηθεί ήδη 30 δίκτυα που συνδέουν πόλεις της ίδιας χώρας και οι οποίες κατά προτίμηση δραστηριοποιούνται σε θέματα υγείας και ποιοτικής ανάπτυξης του περιβάλλοντος.

ii) Αφρική: Ήδη έχουν δημιουργηθεί υπό την αιγίδα και καθοδήγηση των ευρωπαϊκών πόλεων υγείας σε 46 χώρες, κυρίως σε γαλλόφωνες περιοχές, προγράμματα κατάρτισης και πληροφόρησης για την καθιέρωση προγραμμάτων δράσης, σε διάφορους τομείς, που αφορούν την υγιεινή του περιβάλλοντος, τις συνθήκες διαβίωσης, την πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας. Επίσης, επιδιώκονται συμπράξεις με διεθνείς οργανισμούς, π.χ. Ο.Η.Ε.-MAWAC, UNICEF.

iii) Ανατολική Μεσόγειος (Ισραήλ-Λίβανος): Γίνεται σημαντική προσπάθεια για να διαδοθεί ο θεσμός των «Πόλεων-Υγείας» αλλά προϋπόθεση είναι η παγίωση των συνεργασιών μεταξύ των τοπικών κοινοτήτων, η διευκόλυνση του διαλόγου μεταξύ των διαφόρων θρησκευτικών και πολιτισμικών κοινοτήτων, ώστε να επιτευχθεί ο διακλαδικός συντονισμός και ο συντονισμός των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών τύπων των θεμάτων στον χώρο της Υγείας.

6.2) Υγεία και διαρκής ανάπτυξη

6.2.1 Πρόγραμμα δράσης για τις πόλεις-υγεία του Π.Ο.Υ. σε Γαλλόφωνες Πόλεις (Liege-Rennes)

Για να επιτύχει ένα πρόγραμμα Πόλεις-Υγεία (Ville-Santé) (3), οι πόλεις και οι κοινότητες πρέπει να υιοθετήσουν ένα πλαίσιο δράσης, προσαρμοσμένο στο τοπικό περιβάλλον και να καθορίσουν τα μέτρα που θα πρέπει να ληφθούν για μια ορισμένη χρονική περίοδο. Γι' αυτό τον λόγο εκπονούν ένα Πρόγραμμα Δράσης για την Υγεία και τη Διαρκή Ανάπτυξη, το οποίο ορίστηκε ως εξής: «Μια διαδικασία που στοχεύει στην υλοποίηση μιας κοινής και εταιρικής σύλληψης ενός προγράμματος για το πώς μπορεί να είναι μια γεωγραφική περιοχή (στην περίπτωσή μας μια πόλη) ευνοϊκή για την υγεία και διαρκώς αναπτυσσόμενη, και κατόπιν να καθιερώσει συγκεκριμένα μέτρα που θα επιτρέπουν να μετασχηματίσουν αυτή την ιδέα σε πραγματικότητα» (4) (Σχήμα 6.1).

Σχέδιο της Δημοτικής Υγείας

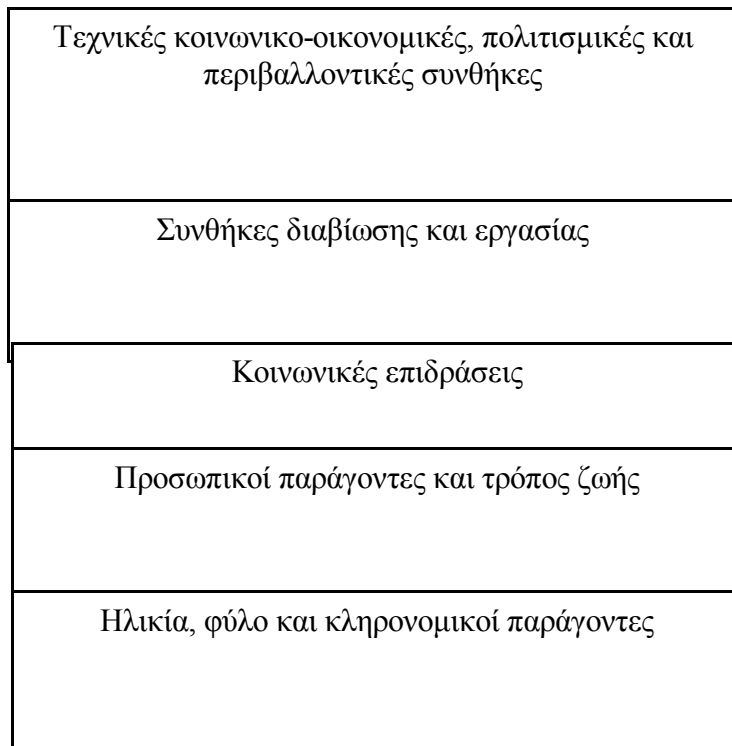
Πληθυσμός						
Επιχειρήσεις	Μέσα Μαζικής Μεταφοράς	Οικολογικός Τομέας	Υγειονομικός και Κοινωνικούς Τομείς	Περιβάλλον	Βιομηχανία	Παιδεία - Εκπαίδευση
Τοπικές Πολιτικές και Νομοθεσίες						
Εθνικές Πολιτικές και Νομοθεσία						
Υγεία για Όλους και Agenda 21						

Σχήμα 6.1: Πρόγραμμα Δράσης για την Υγεία και τη Διαρκή Ανάπτυξη.

Ένα τέτοιο πρόγραμμα στηρίζεται στις διατάξεις

- Της πολιτικής για την Υγεία για Όλους του Π.Ο.Υ. (5§6)
- Τον Χάρτη της ΟΤΤΑΒΑ για την προώθηση της Υγείας (7)
- Της Agenda 21 (8)

Επίσης, λαμβάνεται υπόψη το γεγονός ότι η κατάσταση της υγείας απορρέει από μεγάλο αριθμό διαφόρων παραγόντων (Σχήμα 6.2).



Σχήμα 6.2: Οι κυριότεροι παράγοντες της Υγείας (9).

Το παραπάνω σχεδιάγραμμα στηρίζεται σε αναμφισβήτητα δεδομένα, που απορρέουν από πολλές επιστημονικές εργασίες (6), σημαίνει δε, ότι το να ενεργήσουμε για την βελτίωση της υγείας, θα πρέπει να επέμβουμε από κοινού και με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι δυνατός ο συντονισμός όλων των καθοριστικών παραγόντων του χώρου της υγείας.

Η υγεία και η διαρκής ανάπτυξη πηγαίνουν απαραίτητως μαζί επειδή:

- Οι στόχοι συγκλίνουν
- Οι εγκάρσιες και οι εταιρικές διαδικασίες είναι παρόμοιες

6.2.2 Βασικά κείμενα αναφορών για την υγεία και την Διαρκή Ανάπτυξη

- α) Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥ Π.Ο.Υ., που εμπεριέχεται σαφώς σε μια κοινωνικο-περιβαλλοντική προσέγγιση και προσπαθεί να δράσει αρχικά επί των καθοριστικών παραγόντων της Υγείας (5§6).
- β) ΟΙ 5 ΜΕΓΑΛΟΙ ΑΞΟΝΕΣ ΤΟΥ ΧΑΡΤΗ ΤΗΣ ΟΤΤΑΒΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (10).
- γ) Η AGENDA 21 υπογραμμίζει ότι η Διαρκής Ανάπτυξη είναι η προϋπόθεση μιας ποιοτικής κατάστασης της υγείας, μιας αποδεκτής από όλους ποιότητας διαβίωσης, καθώς και μιας ισότιμης πρόσβασης όλων στις φροντίδες υγείας, και ότι οι τοπικές κοινωνίες έχουν πρωταρχικό ρόλο σε όλη αυτή την προσέγγιση. Η έγνοια για την προστασία της ανθρώπινης υγείας και η ευεξία της ανθρωπότητας, τοποθετούνται αναμφισβήτητα στο επίκεντρο των προοπτικών της Διαρκούς Ανάπτυξης και των Προγραμμάτων της Agenda 21^{ου} αιώνα. (8)
- δ) Ο ΧΑΡΤΗΣ ΤΟΥ AALBORG ΚΑΙ AALBORG 10. Οι δεσμεύσεις των δημάρχων που υπέγραψαν τον ΧΑΡΤΗ ΤΟΥ AALBORG ΚΑΙ AALBORG 10 (11&12) στοχεύουν στην προστασία και στην προώθηση της υγείας και την ποιοτική διαβίωση των συμπολιτών τους και επομένως:
 - 1) Να βελτιώσουν την συνειδητοποίηση των αναγκαιοτήτων για ποιότητα της υγείας, και να ενεργήσουν στους κύριους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας εκ των οποίων η πλειοψηφία βρίσκεται εκτός του πεδίου δράσης του παραδοσιακού τομέα της υγείας.
 - 2) Να ενθαρρύνουν έναν προγραμματισμό της ανάπτυξης της υγείας εντός της πόλης, ο οποίος να παρέχει στις πόλεις εκείνα τα μέσα που θα καθιερώσουν και θα αναδείξουν στρατηγικές εταιρικές στον χώρο της υγείας.
 - 3) Να μειώσουν τις ανισότητες όσον αφορά την υγεία και να αγωνιστούν ενάντια στη φτώχεια, γεγονός που θα απαιτήσει μια τακτικά αξιολόγησης των πραγματοποιημένων προόδων στην μείωση των διαπιστωμένων αποκλίσεων.

- 4) Να ευνοήσουν την αξιολόγηση των επιδράσεων στην υγεία ως μέσο για όλους τους τομείς για να επικεντρωθεί η εργασία τους στην ποιότητα της υγείας και της ζωής των πολιτών.
- 5) Να κινητοποιήσει τις αρμόδιες για τον προγραμματισμό αρχές της πόλης (τοπική αυτοδιοίκηση) και να τις ωθήσουν ώστε να εντάξου τα δεδομένα-τις εκτιμήσεις για την ποιότητα της δημόσιας υγείας, μέσα στις στρατηγικές τους και στις πρωτοβουλίες του προγραμματισμού.

Αλλά τι είναι μια «Πόλη-Υγείας»;

Μια «Πόλη-Υγείας» είναι μια πόλη που έχει δεσμευθεί να ενεργεί διαρκώς για την υγεία για όλους, με θέληση και πρωταρχικό σκοπό:

- Να μειώσει τις ανισότητες
- Να επαγρυπνά συνεχώς για την ποιότητα της υγείας και του περιβάλλοντος της
- Να ενθαρρύνει την κοινωνική συνοχή, την αλληλεγγύη και τη συμμετοχή των πολιτών υπέρ της βελτίωσης του χώρου της υγείας
- Να αναπτύσσει μια διαφοροποιημένη και καινοτόμο οικονομία που να περιλαμβάνει δράσεις υπέρ της υγείας
- Να επιτρέπει στον καθένα να έχει πρόσβαση στον πολιτισμο και να υλοποιεί τις δημιουργικές του ικανότητες

6.3) Η Μέθοδος εκπόνησης προγράμματος δράσης για την υγεία και την διαρκή ανάπτυξη

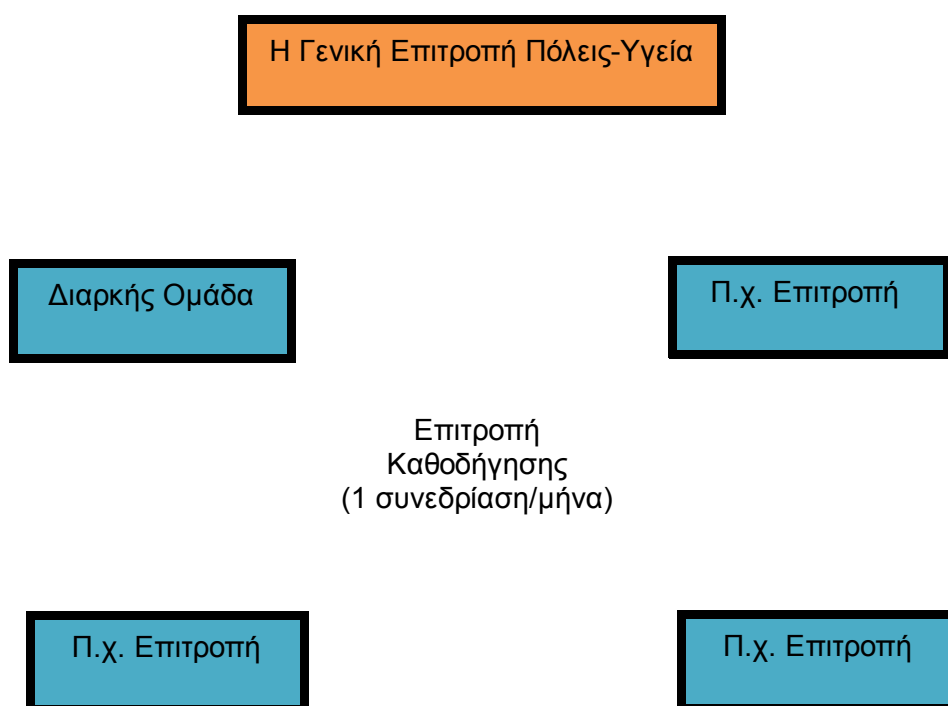
6.3.1 Τα προκαταρκτικά

- Μια ευρύτατη, διαδεδομένη και αντιληπτή από την πλειοψηφία, φιλοσοφία για την όλη διαδικασία δημιουργίας της «Πόλης-Υγείας» (Ville Santé).
- Μια σαφώς εκφρασμένη δέσμευση εκ μέρους των πολιτικών υπευθύνων για την εκπόνηση-πραγματοποίηση ενός τοπικού προγράμματος «Πόλη-Υγεία».
- Η ύπαρξη μιας διακλαδικής πολυτομεακής επιτροπής του προγράμματος «Πόλη-Υγεία»

6.3.2 Οι φάσεις του προγράμματος

- 1) Οι γενικοί προσανατολισμοί το διάγραμμα δράσης, των προτεραιοτήτων του Δήμου, των σημείων υποστήριξης καθώς και των συστάσεων (Σχήμα 6.2) και του προσδιορισμού της διάρκειας εφαρμογής.
- 2) Ο προσδιορισμός των εταίρων που συνδέονται με το πρόγραμμα και εκ των προτέρων καθορισμός των διαφόρων αρμοδιοτήτων και των δράσεών τους.
- 3) Η δημιουργία θεματικών και γεωγραφικών επιτροπών καθώς και η σύσταση μιας γενικής επιτροπής «Πόλη-Υγείας».
- 4) Ο απολογισμός των δράσεων και των δυναμικών όπως και η καταγραφή των ελλείψεων που θα πρέπει να συμπληρωθούν.
- 5) Πρόταση διαδρομών της δράσης ή του προγράμματος ώστε να ανταποκριθούν καλύτερα στην εξέλιξη της τοπικής κατάστασης σύμφωνα με τις καταγεγραμμένες προτεραιότητες.
- 6) Ο έλεγχος και η σύνθεση των προτάσεων.
- 7) Η παρουσίαση των προτάσεων στην Γενική Επιτροπή της «Πόλης-Υγείας».
- 8) Η κοινή σύνταξη ενός Σχεδίου Διαγράμματος από την Επιτροπή «Πόλη-Υγεία».
- 9) Η παρουσίαση του Σχεδίου/Προγράμματος στην Πολιτική Αρχή.

6.3.3 Ο μηχανισμός



Σχήμα 6.3: Ο μηχανισμός λειτουργίας του Δικτύου.

- 1) Η Γενική Επιτροπή της Ville-Santé περιλαμβάνει το σύνολο των εταίρων και των φορέων-ιδρυμάτων που εμπλέκονται στο πρόγραμμα «Πόλη-Υγεία».
- 2) Η επιτροπή καθοδήγησης (εκλεγμένοι δημοτικοί εκπρόσωποι και εκπρόσωποι διαφόρων φορέων)
- 3) Η ομάδα του προγράμματος (μέλη της δημοτικής διοίκησης και τοπικοί εκπρόσωποι).
- 4) Οι θεματικές ή γεωγραφικές επιτροπές συμπεριλαμβάνουν εκπροσώπους των τοπικών ή των περιφερειακών αρχών των πανεπιστημίων, των τοπικών παραγόντων που δραστηριοποιούνται σ' έναν τομέα ή γεωγραφικό χώρο, αντιπροσώπους των ενώσεων συλλόγων, επιτροπών της συνοικίας και άτομα που διαθέτουν πείρα (Σχήμα 6.3).

6.3.4 Οι αρχές

α) Η Επιτροπή Καθοδήγησης

Τα καθήκοντα της παραπάνω Επιτροπής είναι τα ακόλουθα:

- Εγκρίνει τις βασικές αρχές της όλης διαδικασίας του προγράμματος “Ville-Santé” που στηρίζονται στις Συστάσεις.
- Καθορίζει τους γενικούς προσανατολισμούς του Διαγράμματος του Προγράμματος.
- Καταγράφει τους υπάρχοντες μηχανισμούς και τις δράσεις που αντιστοιχούν στους στόχους της «Πόλης-Υγεία» και της διαρκούς ανάπτυξης, εντοπίζει τα μέσα, τους ήδη εμπλεκόμενους εταίρους καθώς και τους μελλοντικούς.
- Καλεί τους εν δυνάμει εταίρους και τους παράγοντες να συνεργαστούν με το πρόγραμμα και προτείνει την οργάνωση θεματικών ή γεωγραφικών επιτροπών (π.χ. σε κάθε συνοικία).

- Εξασφαλίζει την παρακολούθηση και τον συντονισμό των επιτροπών (εξουσιοδοτεί τουλάχιστον έναν εκ των αντιπροσώπων του μέσα σε κάθε Επιτροπή).
- Ελέγχει τους απολογισμούς όλων των δράσεων καθώς τις προτάσεις των Επιτροπών.
- Προτείνει τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη συνέπεια και βελτιώνει τον συντονισμό της κάθε επιτόπιας δράσης.
- Προτείνει ένα προσχέδιο του Διαγράμματος στις Επιτροπές και στην Γενική Επιτροπή και συλλέγει τις απόψεις τους.
- Συντάσσει και υποβάλλει το τελικό Πρόγραμμα στους εκλεγμένους φορείς.
- Εξασφαλίζει την παρακολούθηση του Προγράμματος και επαγρυπνά για την υλοποίησή του.
- Προτείνει την χρησιμοποίηση νέων εργαλείων/μεθόδων κατά τη διάρκεια της υλοποίησης του Σχεδίου (13).

β) Οι Επιτροπές

Οι Επιτροπές είναι υπεύθυνες για:

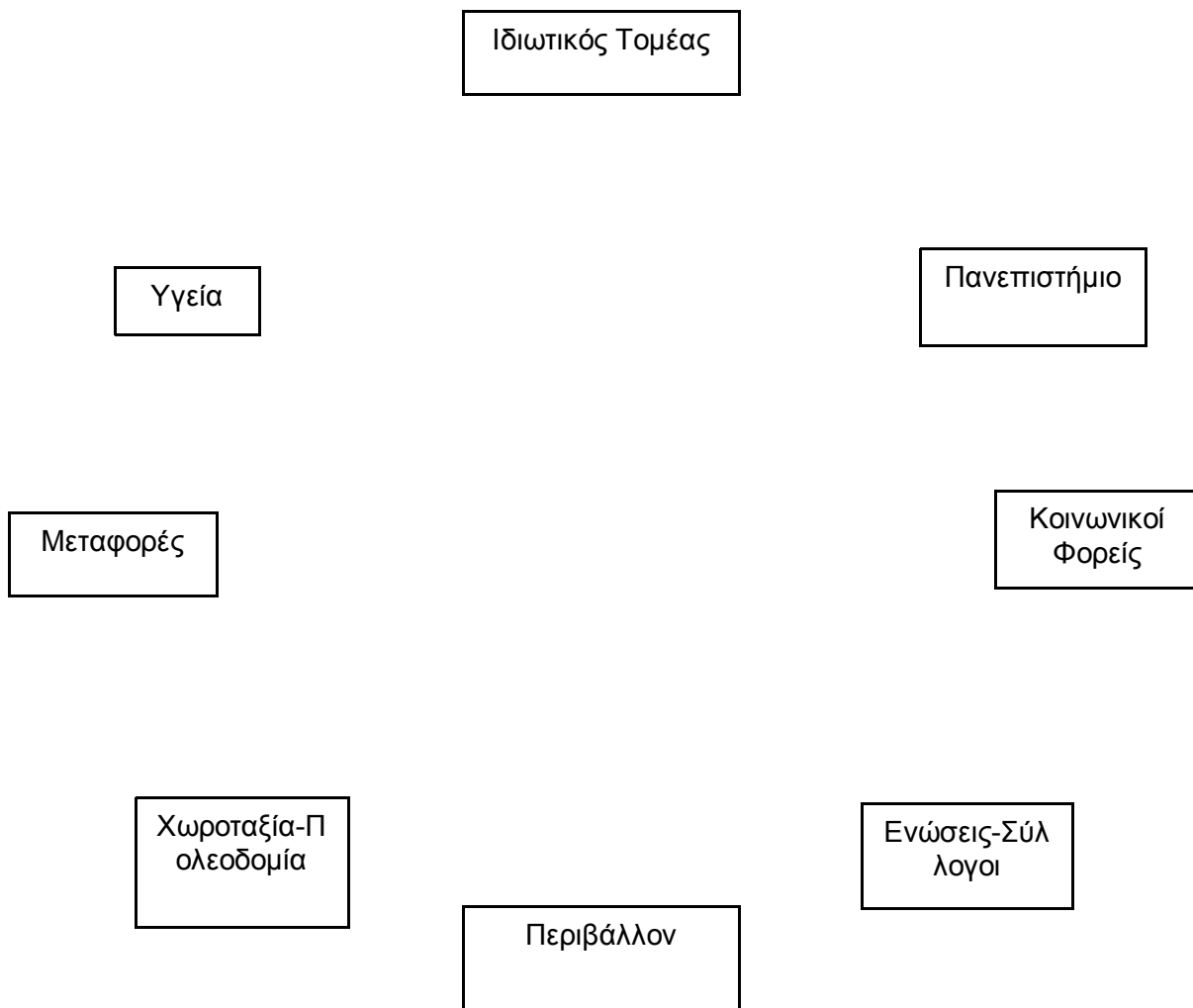
- Την συγκέντρωση των πληροφοριών σ' ένα τομέα ή σε μια καθορισμένη γεωγραφική περιοχή
- Την εκπόνηση ενός απολογισμού της κατάστασης: τα θετικά στοιχεία που πρέπει να ενισχυθούν, οι πλευρές που χρήζουν βελτίωσης, οι πιθανόν νέες προβληματικές που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη.
- Την πρόταση διαδρομών για τη βελτίωση των πρακτικών και την οργάνωση νέων διαδικασιών για περισσότερη συνέπεια και αποτελεσματικότητα καθώς και μέτρων που δύνανται να χρησιμοποιηθούν ή να προβλεφτούν.
- Τον έλεγχο και τη διόρθωση των προκαταρκτικών εκθέσεων που παρουσιάζονται από την Επιτροπή Καθοδήγησης.
- Τη συμμετοχή στην εφαρμογή και στην παρακολούθηση του Προγράμματος.

γ) Η Γενική Επιτροπή «Πόλη-Υγεία»

Τα καθήκοντα της Γενικής Επιτροπής «Πόλη-Υγεία» είναι:

- Να συγκεντρώνει το σύνολο των εταίρων, των επιτροπών, των ομάδων εργασίας (τουλάχιστον δύο φορές το χρόνο).
- Να μελετά και να συζητά το Σχέδιο του Προγράμματος, να προτείνει τροπολογίες σε κάθε ειδική περίπτωση.
- Να συμβουλευέται εμπειρογνώμονες, εάν αυτό είναι απαραίτητο.
- Να υποβάλλει το Σχέδιο του Προγράμματος στην Πολιτική Αρχή.
- Να μεταδίδει και να αναπτύσσει την πληροφόρηση σχετικά με τη διαδικασία του προγραμματισμού και των σχεδίων που προτείνονται στους οργανισμούς που εκπροσωπούνται στο όλο Πρόγραμμα. Προτρέπει τους αρμόδιους φορείς για την εφαρμογή του τοπικού προγράμματος για την υγεία και τη διαρκή ανάπτυξη.
- Να συμμετέχει στην παρακολούθηση και την αξιολόγηση της κάθε φάσης του προγράμματος.

Το ακόλουθο σχήμα (Σχήμα 6.4) αναφέρεται στην σύνθεση της Γενικής Επιτροπής «Πόλη-Υγεία».



Σχήμα 6.4: Απεικόνιση Γενικής Επιτροπής «Πόλη-Υγεία».

6.4) Προτεινόμενα εργαλεία για ένα πρόγραμμα δράσης ποιοτικής υγείας και διαρκούς ανάπτυξης

6.4.1 Το προφίλ της Πόλεως

Το υποχρεωτικό σημείο εκκίνησης ενός Σχεδίου Υγείας και Διαρκούς Ανάπτυξης είναι η εντελεχής γνώση της τοπικής κατάστασης. Από τη γνώση του τοπικού περιβάλλοντος και των υπαρκτών δεδομένων που προκύπτουν από πληροφορίες από τον πληθυσμό και τους διάφορους παράγοντες καθώς και τους τοπικούς υπευθύνους, καθιερώνεται ένα «προφίλ» της πόλεως, το οποίο επικαιροποιείται συνεχώς.

Το «προφίλ» μας ενημερώνει για την κατάσταση της πόλης, του πληθυσμού καθώς και για την κατάσταση της υγείας και της πολιτείας της διαβίωσης. Επίσης μας πληροφορεί για την ποιότητα του φυσικού, κοινωνικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος. Το «προφίλ» της πόλεως δεν συνοψίζεται σε μια συσσώρευση στατιστικών δεδομένων, αλλά πρώτιστα αποτελεί ένα πρακτικό εργαλείο που επιτρέπει την συγκέντρωση των αναγκών και των προσδοκιών όλων των ενδιαφερομένων, για ν' ανταποκριθεί καλύτερα σε συγκεκριμένα δεδομένα, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές και τις ποικιλομορφίες

6.4.2 Το Σύστημα των παραρτημάτων ή αντιπροσώπων

Η πόλη είναι «ένας ζωντανός οργανισμός». Το προφίλ της συνεχώς βρίσκεται σε εξέλιξη, γεγονός που καθιστά απαραίτητα την υιοθέτηση ενός συστήματος παραρτημάτων στηριζόμενο σε υπεύθυνα άτομα ή οργανισμούς τα οποία να βρίσκονται σε διαρκή επαφή με τον πληθυσμό για να καταγράφουν κανονικά την εξέλιξη των καταστάσεων ώστε να προσαρμόζεται η τοπική πολιτική όσο το δυνατόν γρηγορότερα στις νέες συνθήκες.

Ομοίως, ο προσδιορισμός των αναφορών «υγεία-Διαρκής Ανάπτυξη» στους διάφορους τομείς της Διοίκησης είναι μια εγγύηση επιτυχίας της όλης διαδικασίας, η οποία οφείλει να είναι εγκάρσια.

6.4.3 Η αξιολόγηση της επίδρασης στην ποιότητα της υγείας και της διαβίωσης (evaluation de l' impact sur la qualité de Santé et de vie= EIS)

Για τον Π.Ο.Υ. μια αξιολόγηση της επίδρασης στην ποιότητα της υγείας είναι «ένας συνδυασμός από διαδικασίες, μεθόδους και πρακτικές που επιτρέπουν την αξιολόγηση ενός προγράμματος, σχετικά με τα δυνητικά αποτελέσματα στην ποιότητα της υγείας ενός πληθυσμού και την κατανομή αυτών (των αποτελεσμάτων) στο πλαίσιο ενός δεδομένου πληθυσμού» (14 &15).

Η EIS αποτελεί λοιπόν ένα σοβαρό εργαλείο βοήθειας για την ουσιαστική απόφαση της υλοποίησης μιας πολιτικής «Πόλη-Υγεία» διότι εμπεριέχει τους στόχους και τα κριτήρια που έχουν καθορίσει οι διεθνείς πολιτικές, στον χώρο της Υγείας.

α) Κάθε υπαρκτός μηχανισμός ή υπό δημιουργία που επιτρέπει την εγκαρσιότητα ή την συμμετοχή.

Θα πρέπει να θεωρείται ως ένα πιθανό μέσο υποστήριξης για την προετοιμασία και την παρακολούθηση του Σχεδίου του Προγράμματος.

β) Τα διάφορα τοπικά (Σχέδια), σχεδιαγράμματα, χάρτες, αναφορές και άλλα.

Αναφέρονται στους διάφορους τομείς, όπως η χωροταξία, οι μεταφορές, η κατοικία, η οικονομική ανάπτυξη, ο πολιτισμός, η κοινωνική συνοχή και θα πρέπει ρητά να ενσωματώνονται στην διάσταση «Υγεία και Διαρκή Ανάπτυξη». Η Agenda 21 πρέπει πάντοτε να αποτελεί ένα ιδιαίτερο παράδειγμα και συμβουλευτικό κείμενο (8&11).

γ) Πληροφόρηση, Επικοινωνία, Διαβούλευση και κατάρτιση.

Θα πρέπει να είναι τα απαραίτητα εργαλεία για την διαδικασία του Προγράμματος Δράσης.

6.4.4 Αναμενόμενα αποτελέσματα από ένα Πρόγραμμα Δράσης «Υγεία και Διαρκή Ανάπτυξη»

- Περισσότερη συνέπεια οφειλόμενη στο σύνολο των δράσεων που συμβάλλουν στην ποιότητα της υγείας και στη Διαρκή Ανάπτυξη
- Μεγαλύτερη σαφήνεια στην πολιτική της υγείας και της Διαρκής Ανάπτυξης της πόλης

- Την καλύτερη κατανόηση του ρόλου και της υπευθυνότητας των τοπικών πολιτικών όσον αφορά την υγεία
- Την αξιοποίηση και ενίσχυση των δράσεων σε εξέλιξη
- Τη δημιουργία νέων δυναμικών πιο αποτελεσματικών και καλύτερα προσαρμοσμένων στις ανάγκες
- Καινοτόμες εγκάρσιες, εταιρικές και συμμετοχικές μεθόδους εργασίας
- Ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και της τοπικής δημοκρατίας, άρα

Συνέπεια – σαφήνεια – αποτελεσματικότητα - οικονομία μέσων

6.4.5 Τα χαρακτηριστικά ενός Σχεδίου Υγείας

Το Πρόγραμμα Υγείας δεν είναι ούτε μια παγιωμένη θεσμική εντολή και ακόμη λιγότερο μια συνταγή. Το «Σχέδιο / Πρόγραμμα Υγείας» είναι:

- Μια μακροπρόθεσμη διαδικασία που εξελίσσεται συνεχώς σε κάθε φάση του προγράμματος
- Ένας εύκαμπτος και εξελισσόμενος μηχανισμός
- Ένας κατανοητός από όλους οδηγός, με συγκεκριμένα παραδείγματα
- Ένα μεθοδολογικό παιδαγωγικό εργαλείο που εμπεριέχει πρακτικές και καινοτόμες μεθόδους
- Ένα εργαλείο αξιολόγησης και διαβούλευσης

Συμπερασματικά πρέπει να αποβεί ένα παράδειγμα δημοκρατίας, συμμετοχής και αμοιβαίας κατάρτισης.

6.4.6 Μερικές χρήσιμες συστάσεις

Ως συμπέρασμα από όλα τα παραπάνω, κατά τη γνώμη μας, για την επιτυχία ενός Προγράμματος «Υγείας και Διαρκούς Ανάπτυξης» θα πρέπει οι υπεύθυνοι:

- Να προχωρούν αργά και βαθμιαία για την επιλογή των θεμάτων και των πεδίων δράσης

- Να στηρίζονται αρχικά σε μια μικρή ομάδα ατόμων που έχει μια πλήρη γνώση του τοπικού περιβάλλοντος όπου θα εφαρμοστεί το Πρόγραμμα
- Να πλαισιωθούν από άτομα πεπεισμένα και που πείθουν με την εμπορεία τους την τοπική κοινωνία, δηλαδή άτομα δραστήρια, επινοητικά, ικανά να συνδυάσουν την ευλυγισία και την αυστηρότητα κατά την εξέλιξη του χρονοδιαγράμματος κάθε δράσης
- Να προσέχουν ιδιαίτερος τα οικονομικά θέματα.

Τέλος, θα πρέπει πάντοτε να στηριζόμαστε στους τρεις ακόλουθους άξονες (16):

- 1) Διατομεακή προσέγγιση
- 2) Εταιρικήτητα
- 3) Συμμετοχή

B) Τα Δίκτυα υγείας για την βελτίωση της ποιότητας της υγείας

1. Τα Δίκτυα Υγείας και η Αξιολόγηση των πρακτικών

Η ενεργός συμμετοχή σε Δίκτυα Υγείας επιτρέπει την δυνατότητα αξιολόγησης των επαγγελματικών πρακτικών (EPP=Evaluation des Pratiques Professionnelles).

Στο κείμενο αυτό, θα προσπαθήσουμε να αναπτύξουμε μια άλλη κατά τη γνώμη μας, ενδιαφέρουσα διαδικασία, που εφαρμόζεται στη Γαλλία, η οποία συμβάλλει στην αξιολόγηση και στη βελτίωση των πρακτικών της υγειονομικής περίθαλψη, και συντελεί αναμφισβήτητα στην αποτελεσματικότητα καθώς και στην καλύτερη ποιότητα του συστήματος της Δημόσιας Υγείας.

Η Ανωτάτη Αρχή της Υγείας (HAS) (17) της Γαλλίας με το νόμο της 4^{ης} Μαρτίου 2002, τον αναφερόμενο στα δικαιώματα των ασθενών και την ποιότητα του Συστήματος Υγείας, εισάγει τον νέο θεσμό «Δίκτυα Υγείας» με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας του συστήματος υγείας της Γαλλίας. Στο Κεφάλαιο V του προαναφερόμενου νόμου δίνει τον ακόλουθο ορισμό για τα Δίκτυα Υγείας.

- «Τα Δίκτυα Υγείας έχουν ως αντικείμενο την ενθάρρυνση της πρόσβασης στις φροντίδες υγείας, τον συντονισμό, την συνέχεια ή την διεπιστημονικότητα των υγειονομικών υποχρεώσεων-φροντίδων, κυρίως αυτών που αναφέρονται σε ορισμένους πληθυσμούς, σε παθολογίες ή σε ειδικές υγειονομικές δραστηριότητες.
- Εξασφαλίζουν μια περίθαλψη προσαρμοσμένη στις ανάγκες του ατόμου τόσο σε επίπεδο εκπαίδευσης για την υγεία όσο και της πρόληψης, της διάγνωσης καθώς και των φροντίδων. Μπορούν να συμμετέχουν σε δράσεις της Δημόσιας Υγείας. Προβαίνουν σε δράσεις αξιολόγησης με σκοπό την εγγύηση της ποιότητας υπηρεσιών και παροχών.
- Κάθε Δίκτυο εγκαθιδρύει μια διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας των πρακτικών, στηριζόμενο σε ένα θεσμικό πλαίσιο, όπως Διατάγματα, Πρωτόκολλα ανάληψης αρμοδιοτήτων και δράσεων αναφορικά με την υλοποίηση προγραμμάτων κατάρτισης των επαγγελματιών του χώρου της υγείας και άλλων συμμετεχόντων φορέων στο Δίκτυο, κυρίως εθελοντών, με σκοπό την γενική φροντίδα του ατόμου, άρθρο D 766-1-2 Διάταγμα της 17ης Δεκεμβρίου 2002.
- Ο χάρτης του Δικτύου καθορίζει τις υποχρεώσεις των φυσικών και των νομικών προσώπων (σύνολο διαταγμάτων, εγκυκλίων, πρωτοκόλλων).
- Ο οδηγός της αξιολόγησης των Δικτύων Υγείας καθορίζει ότι η αξιολόγηση πρέπει κυρίως να αναφέρεται:
 - Στην χρησιμοποίηση των πρωτοκόλλων φροντίδων και της οργάνωσης
 - Στις μεθόδους/διαδικασίες προσαρμογής, εκπόνησης ή αναθεώρησης αυτών των πρωτοκόλλων
 - Στην επίδραση του Δικτύου στις ιατρικές πρακτικές και ειδικότερα αναφορικά με
 - Την γενίκευση της εφαρμογής των νομίμων καλών πρακτικών
 - Την χρησιμοποίηση των διαδικασιών στην καθημερινή πράξη
 - Την ανάπτυξη των εγκάρσιων σχέσεων/μεταξύ επαγγελματιών υγείας-κοινωνικών φορέων της πόλεως και τα νοσοκομεία κ.τ.λ.
 - Την υλοποίηση της αξιολόγησης των επαγγελματιών πρακτικών

Κάθε υπογράφων τον Χάρτη ιατρός του χάρτη ενός δικτύου και δραστηριοποιούμενος ενεργά στην ανάληψη περίθαλψης ασθενών, δύναται να ανταποκριθεί στην αξιολόγηση των επαγγελματικών του πρακτικών συμμετέχοντας σε επιμορφώσεις για την βελτίωση της ποιότητας των πρακτικών, οι οποίες οργανώνονται από το δίκτυο. Κάθε Δίκτυο Υγείας εκπονεί ένα πρόγραμμα φροντίδων με ειδικό πρωτόκολλο το οποίο στη συνέχεια υποβάλλεται προς αξιολόγηση. Μ' αυτήν τη διαδικασία, εάν ανταποκρίνεται στα προκαθορισμένα κριτήρια που απαιτούνται για την αξιολόγηση των επαγγελματικών πρακτικών, αναγνωρίζεται ως ένας εγκεκριμένος οργανισμός (19).

Γενικότερα, η βελτίωση που απορρέει από την συμμετοχή ενός επαγγελματία της Υγείας σ' ένα δίκτυο, περιγράφεται στο μοντέλο το προτεινόμενο από τον W. Edwards Deming. Το μοντέλο αυτό, το αποκαλούμενο συχνά, «τροχός του Deming» ή τροχός της ποιότητας» περιλαμβάνει 4 ευδιάκριτες φάσεις/στάδια οι οποίες συνεχώς διαδέχονται η μια την άλλη:

- 1) Προγραμματισμός
- 2) Πραγματοποίηση
- 3) Ανάλυση
- 4) Βελτίωση (στα Αγγλικά Plan, Do, Check et Act, από όπου και το μοντέλο PDCA)

Τα 4 αυτά στάδια, που αποτελούν τη βάση της διαδικασίας της ποιότητας, τα παρουσιάζουμε με το ακόλουθο σχήμα (Σχήμα 6.5):



Σχήμα 6.5: Ο τροχός του Deming.

- **Σχεδιασμός** και προγραμματισμός της περίθαλψης του αρρώστου
- **Υλοποίηση:** Η εφαρμογή του πρωτοκόλλου των φροντίδων και η δέσμευση για την παρακολούθηση του ασθενούς, είναι η κύρια φάση της υλοποίησης της διαδικασίας.
- **Ανάλυση** των αποτελεσμάτων των επαγγελματικών παρεμβάσεων
- **Βελτίωση:** Είναι η ουσιαστική φάση της κατανόησης των μηνυμάτων, κατά την οποία ο κάθε ιατρός προσπαθεί να βελτιώσει τις πρακτικές του με τρόπο ώστε να μειωθούν οι ελλείψεις που παρατηρήθηκαν στις προηγούμενες φάσεις της διαδικασίας

Παραδείγματα των δικτύων Υγείας:

Στη Γαλλία στην περιφέρεια του Ile-de-France, μια δεκάδα δικτύων ασκεί τον συντονισμό της περίθαλψης ασθενών με βαριές ασθένειες στην εξελικτική ή στην τερματική φάση. Αυτά τα Δίκτυα Υγείας προσφέρουν στους επαγγελματίες υγείας ποικίλες υπηρεσίες και δράσεις (20).

2. Προτάσεις για τον τρόπο αυτοαξιολόγησης και βελτίωσης των προσωπικών πρακτικών

- Η αξιολόγηση των εφαρμοζομένων πρακτικών από κάθε ιατρό απαιτεί να υπάρχει η δυνατότητα να είναι μετρήσιμες

- Η ανάλυση των ελλείψεων με την επιθυμητή πρακτική, πραγματοποιείται καλύτερα εντός της διεπιστημονικής ομάδας ώστε να είναι δυνατή η υλοποίηση δράσεων για τη βελτίωση στο πλαίσιο της ομάδας ή του δικτύου, σύμφωνα μ' ένα καθορισμένο προγραμματισμό (ημερολόγιο και τα κατάλληλα μέσα).
- Η Ανωτάτη Αρχή της Υγείας παρακινεί όλους τους επαγγελματίες υγείας να αξιολογούν τις πρακτικές τους, δίδοντας αξία στις υπάρχουσες ομάδες μέσω της τυποποίησης της πτυχής της αξιολόγησης των πρακτικών.
- Η αξιολόγηση των επαγγελματικών πρακτικών είναι ενσωματωμένη στην πιστοποίηση των ιδρυμάτων υγείας.

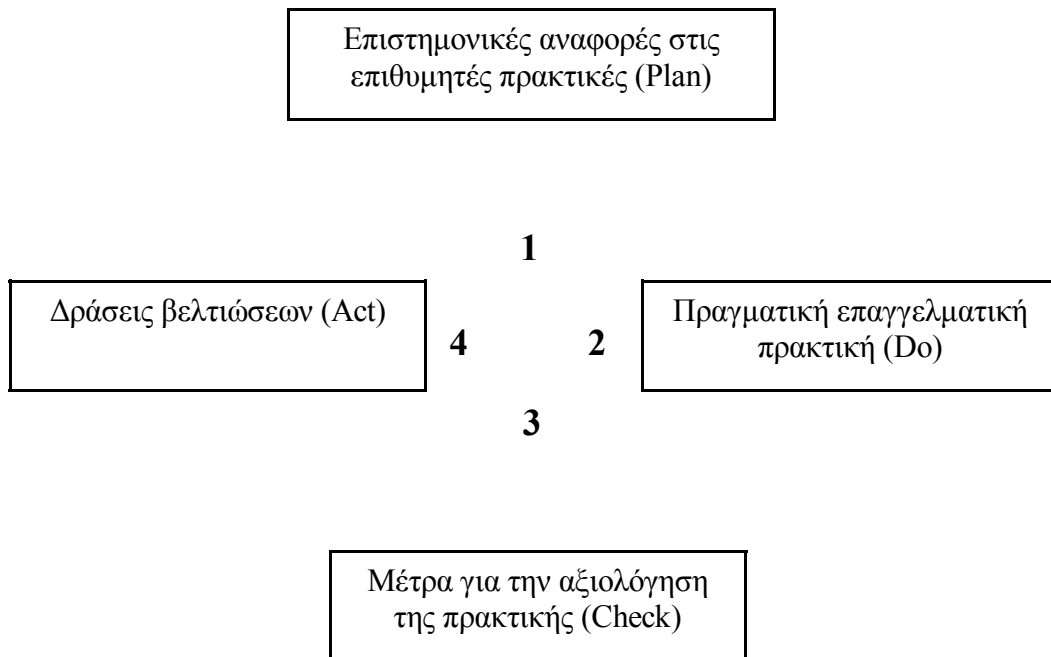
Οι **αμετάβλητες** ενός προγράμματος της αξιολόγησης και της βελτίωσης των πρακτικών είναι:

- Οι παράμετροι του καθορισμού της επιλογής του θέματος και των στόχων που θα πρέπει να επιτευχθούν (21)
- Η εξασφάλιση της εμπιστευτικότητας

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει 3 φάσεις:

- 1) Την ποιότητα του προγράμματος
- 2) Την αποδοχή, την δυνατότητα υλοποίησης και εγκυρότητας
- 3) Την αποτελεσματικότητα

Η επίδραση των παρεμβάσεων των προορισμένων για την βελτίωση της ποιότητας και της εξασφάλισης των φροντίδων, πρέπει να είναι αξιολογήσιμη. Τον Ιούνιο του 2007, πραγματοποιήθηκε ένας μεθοδολογικός οδηγός, ο οποίος αναπτύσσει τις «ποσοτικές μεθόδους για την αξιολόγηση των επεμβάσεων που στοχεύουν στην βελτίωση των πρακτικών»



Σχήμα 6.6: Η ρόδα της Ποιότητας.

Επεξήγηση των φάσεων:

- 1) Περιγραφή αυτού που θα πραγματοποιηθεί
- 2) Πραγματοποίηση αυτών που έχουν λεχθεί
- 3) Επαλήθευση αυτών που έχουν γίνει
- 4) Βελτίωση των δράσεων

Η πιστοποίηση της ποιότητας της επαγγελματικής πρακτικής είναι ένα εθελοντικό μέσο διαδικασίας της διαχείρισης των ιατρικών κινδύνων και αφορά τα άτομα που εξασκούν μια ειδικότητα ή δραστηριότητα, υψηλής επικινδυνότητας στα νοσηλευτικά ιδρύματα (22).

3. Η ανακοίνωση των ανεπιθύμητων σοβαρών γεγονότων

Το αντίστοιχο έγγραφο της HAS εντάσσεται στο κεφάλαιο του οδηγού «Ανακοίνωση μιας άσχημης είδησης» που δημοσιεύτηκε το 2008 και της Σύστασης «Πρόσβαση στις πληροφορίες που αφορούν την υγεία ενός προσώπου. Πρακτικές διαδικασίες υποστήριξης» καθώς και στον οδηγό μεθοδολογίας “RMM” που δημοσιεύτηκε το 2009.

4. Κλινική διαβούλευση

Αυτή η μέθοδος αξιολόγησης επιτρέπει την σύγκριση των πρακτικών των φροντίδων υγείας με ήδη αποδεκτές αναφορές, με τη βοήθεια «κριτηρίων αξιολόγησης» της ποιότητας αυτών των πρακτικών και των συγκεκριμένων αποτελεσμάτων από τις φροντίδες υγείας, με σκοπό την βελτίωση των πρακτικών. Η κλινική διαβούλευση διακρίνεται από 6 φάσεις:

- 1) Επιλογή του θέματος
- 2) Επιλογή των κριτηρίων
- 3) Επιλογή του πρωτοκόλλου μέτρησης
- 4) Συγκέντρωση δεδομένων
- 5) Ανάλυση των αποτελεσμάτων
- 6) Σχεδιασμός των δράσεων για την βελτίωση και την συνεχή παρακολούθηση αυτής καθώς και της επίδρασής της στην ιατρική πράξη.

5. Η κλινική πορεία (clinical pathway)

Η επικεντρωμένη στον ασθενή κλινική πορεία έχει ως σκοπό την περιγραφή, για μια συγκεκριμένη ασθένεια, όλων των στοιχείων της διαδικασίας της πορείας της περίθαλψης του ασθενούς. Η παραπάνω μέθοδος στοχεύει στον προγραμματισμό στον ορθολογισμό και την τυποποίηση της διεπιστημονικής περίθαλψης των ασθενών που παρουσιάζουν παρόμοιο πρόβλημα υγείας.

6. Συντονισμένη και μέσω πρωτοκόλλων άσκηση ορισμένων πρακτικών σε κάθε μονάδα υγείας (π.χ. Maisons Medicales, νοσηλευτικά ιδρύματα κ.λ.π.)

Στη περίπτωση αυτή μια διεπιστημονική ομάδα αποτελούμενη από ειδικευμένους ιατρούς και επαγγελματίες του χώρου της υγείας, οργανώνουν μια συντονισμένη επιμόρφωση γύρω από ένα κοινό πρόγραμμα φροντίδων υγείας, το οποίο να εμπεριέχει όλα τα απαραίτητα στοιχεία για την συνέχιση των πρωτοκόλλων , με αναφορά σε

συστάσεις πάντοτε με σκοπό την βελτίωση των πρακτικών και την ποιοτική παροχή φροντίδων υγείας σε όλους τους ασθενείς.

7. Διαχείριση της επικινδυνότητας.

Αυτή η διαδικασία έχει ως στόχο την βελτίωση της ασφάλειας των φροντίδων που παρέχονται στους ασθενείς. Η διαχείριση της επικινδυνότητας συνίσταται α) στην διάρθρωση μιας συλλογικής διαδικασίας, β) στον προσδιορισμό των προ και μετά κινδύνων, ώστε να αξιολογηθούν και να ιεραρχηθούν, με απώτερο σκοπό να αντιμετωπιστούν δεόντως.

8. Ομάδες ανάλυσης πρακτικών (Peer review)

Ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων διαβουλεύονται 6 έως 8 φορές τον χρόνο για ν' αναλύσουν τα προβλήματα που αντιμετώπισαν κατά την άσκηση των ιατρικών πράξεων σε σύγκριση πάντοτε με αποδεκτά δεδομένα και επιστημονικές αναφορές-παραπομπές (8).

9. Πολιτισμική προσέγγιση του αγώνα ενάντια στις ανισότητες στο χώρο της υγείας

Η πλειοψηφία των χρησιμοποιούμενων μεθόδων για την μείωση των ανισοτήτων στον χώρο της υγείας έχουν άμεση σχέση με την γενική φιλοσοφία του τομέα της υγείας: την ενδυνάμωση της ανάπτυξης του κοινωνικού δικτύου, την πολιτισμική προσβασιμότητα κ.τ.λ. Όλα αυτά τα στοιχεία αποδεικνύουν την αναγκαιότητα να υιοθετηθεί μια συνεπής ολιστική προσέγγιση του αγώνα ενάντια στις ανισότητες για την υγεία που να μην περιορίζεται μόνο στην παροχή φροντίδων υγείας αλλά να αφορά επίσης και τους καθοριστικούς κοινωνικά-οικονομικούς παράγοντες της υγείας. Έτσι ορισμένες χώρες της ΕΕ όπως Βέλγιο, Κάτω Χώρες, Ην. Βασίλειο υιοθέτησαν εθνικά φιλόδοξα συστήματα ενάντια στις ανισότητες στην υγεία. Το πρόγραμμα το οποίο υιοθετήθηκε ως μια ενότητα διαρκούς ανάπτυξης στην περιφέρεια των Sagene του Όσλο, το παραθέτουμε στις σημειώσεις ως ένα καλό παράδειγμα αυτής της αναγκαιότητας της καταπολέμησης των κοινωνικών ανισοτήτων στο χώρο της υγείας αλλά με σφαιρικό τρόπο (24).

10. Πολιτισμική Προσβασιμότητα

Η αποτυχία προγραμμάτων για την καταπολέμηση των ανισοτήτων στην Υγεία ήταν συχνά συνδεδεμένη με την έλλειψη επικοινωνίας και αλληλοκατανόησης μεταξύ των υπεύθυνων των πρωτοβουλιών και του πληθυσμού στόχου.

Για την καλύτερη κατανόηση αυτών παραθέτουμε των παρακάτω πίνακα (Πίνακας 6.1).

Πίνακας 6.1: Χαρακτηριστικά των πολιτισμικών προσεγγίσεων

Παράγοντες επιτυχίας	Διευκρινίσεις
Συμμετοχή των διαμεσολαβητών στον τομέα της επικοινωνίας (μεταξύ των διαφόρων ομάδων)	Πρόκειται για την συμμετοχή, κατά την υλοποίηση του προγράμματος ατόμων που ήταν πλησιέστερα πολιτισμικά ως προς την ομάδα-στόχων. Το γεγονός ότι μιλούν την ίδια γλώσσα, ότι χρησιμοποίησαν το ίδιο λεξιλόγιο, ότι γνωρίζουνε τα ήθη και έθιμα-τρόπο διαβίωσης και έχουν το ίδιο πολιτισμικό υπόβαθρο, επιτρέπει στους διαμεσολαβητές να είναι περισσότερο προσιτό το πρόγραμμα και να αντιλαμβάνονται καλύτερα τον πληθυσμό στόχο. Ο πληθυσμός-στόχος με αυτό τον τρόπο αισθάνεται περισσότερο εμπιστοσύνη ότι γίνεται καλύτερα κατανοητός και ότι αναβαθμίζεται η εικόνα του κοινωνικά. Μ' αυτό τον τρόπο είναι πιο εύκολη η ευαισθητοποίηση και η μετάδοση των αναγκαίων πληροφοριών προς τον πληθυσμό-στόχο κυρίως όταν η πληροφόρηση αυτής άπτεται ευαίσθητα σημεία της υγείας και της διαβίωσής τους.
Κατανόηση και προτεραιότητα στις έννοιες και ανάγκες του πληθυσμού στόχου.	Παρακίνηση του ενδιαφέροντος του πληθυσμού στόχου (για το πρόγραμμα) ξεκινώντας από τις βασικές ανάγκες του και η παροχή συγκεκριμένης βοήθειας, η οποία βεβαίως προσφερόμενη με τον ανάλογο τρόπο οδηγεί σε μια πιο ελεύθερη επικοινωνία για πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση των πληθυσμών στόχων, στους σκοπούς του προγράμματος.
Ένταξη του προγράμματος στις ήδη υπάρχουσες δομές	Η προσέγγιση του πληθυσμού-στόχου πολλές φορές είναι δύσκολη. Ένας τρόπος προσέγγισης είναι η ένταξη

και υπάρχοντα προγράμματα βοήθειας.	ενός προγράμματος για την προώθηση της υγείας μέσα σε μια δομή που ήδη προϋπάρχει (κυρίως σε προγράμματα καταπολέμησης της φτώχειας). Μ' αυτή τη μέθοδο επιτυγχάνεται η προσέγγιση και η καλύτερη κατανόηση των αναγκών του πληθυσμού στόχου.
Empowerment	Το γεγονός ότι το άτομο συμμετέχει σε επαγγελματικά προγράμματα, που του επιτρέπουν να αναπτύξει τις ιδέες του, τις επιθυμίες τους, τη δημιουργικότητά τους, οδηγεί σε μια καλύτερη συναισθηματική ισορροπία προκαλώντας περισσότερο ενδιαφέρον για καλύτερες συνθήκες διαβίωσης και προστασίας της υγείας του.
Οι παράγοντες επιτυχίας: Υπευθυνότητα και συμμετοχή του ατόμου στο πρόγραμμα	Εκτός από τη συμμετοχή του Διαπολιτισμικού Διαμεσολαβητή, η συμμετοχή του ατόμου στις διαδικασίες του προγράμματος, του επιτρέπει να θεωρεί ότι έχει λόγο στο πρόγραμμα. Το γεγονός ότι η δράση ξεκινά από τον άτομο, το καθιστά υπεύθυνο και πιο ευαίσθητο για την καλή πορεία της εξέλιξης του προγράμματος.
3) Κοινωνικό Δίκτυο Ποιότητας	Εμπεριέχει την αναγκαιότητα υποστήριξης, πλαισίωσης και ενθάρρυνσης κάθε ατόμου σε δύσκολες καταστάσεις (κυρίως υγείας).
Παράγοντες επιτυχίας: α) Συμμετοχή σημαντικών ατόμων στο κοινωνικό πλαίσιο του ατόμου.	Η συμμετοχή του κοινωνικού περιβάλλοντος στο πρόγραμμα προωθεί την έννοια της υπευθυνότητας, δηλαδή ότι το οικογενειακό περιβάλλον είναι εξίσου υπεύθυνο με την πολιτεία να προσφέρει άμεση βοήθεια ή συμβουλές στο άτομο, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα. Έτσι καταπολεμάται η περιθωριοποίηση.
β) Συμμετοχή του ατόμου στις κοινωνικές δραστηριότητες της τοπικής κοινωνίας	Οι διάφοροι φορείς της τοπικής κοινωνίας (κοινωνικοί-πολιτισμικοί) ενδυναμώνουν το κοινωνικό δίκτυο του ατόμου. Δίνοντας ένα χώρο έκφρασης και ανταλλαγής απόψεων, το άτομο αισθάνεται λιγότερο μόνο στις δυσκολίες του και αντλεί ενθάρρυνση να τις ξεπεράσει.

Βιβλιογραφία - Πηγές

(Barcelone, Bloomsburry-Camden,

- 1) Breme, Dusseldorf, Horsens-Danemark, Liverpool, Pocs-Hongrie, Rennes-France, Sofia, Stockholm, Turku-Finlande).
- 2) Centre europeen pour la sante urbaine-Programme Villes-Sante de l'O.M.S. Bureau Regional de l'Europe. Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhague Denmark.
- 3) S2D/Centre Collaborateur OMS Villes Sante francophones 10rue Jean Boucher – 35000 Rennes-France www.s2d-ccvs.fr
- 4) Βλ. OMS Bureau pour l' Europe, édit David Brenner: Plan d' action des villes pour la Santé et le développement durable No2 OMS 2003 (city planning for Health and sustainable development).
- 5) OMS, Bureau pour l'Europe *Les 38 buts de la santé pour tous, la politique de la santé pour tous en EUROPE (1991)*
- 6) OMS, Bureau pour l'Europe *Santé 21-La Santé pour tous au 21e siècle* Série européenne de la sante pour tous no 5 (1998).
- 7) Charte d'Ottawa 1986 pagesperso-orange.fr/cres.lr/pdf/Charte%20ottawa.pdf
- 8) Agenda 21 www.agora21.org/rio92/A21 OMS Bureau pour l'Europe Consensus de GOTEBORG 1999 (Version francaises de Gothenburg Consensus paper assuree par S2D 2005)
- 9) Whitehead & Dahlgren What can be done about inequalities in Health? The Lancet 338(1991) cité dans la traduction française de City planning for health and sustainable development v.
- 10) Οι πέντε μεγάλοι άξονες: α) Η καθιέρωση μιας δημόσιας πολιτικής που θα είναι ευνοϊκή για την υγεία β) η δημιουργία εθνικών περιβάλλοντων\την ενίσχυση της συλλογικής δράσης, γ) η ενθάρρυνση της ανάπτυξης των προσωπικών ικανοτήτων, δ) ο επαναπροσδιορισμός των υπηρεσιών υγείας.
- 11) Charte d'Alborg ecologie.gouv.fr/IMG/agenda21/textes/aalborg.htm
- 12) Aalborg + 10 www.ccre.org/bases/T_599_24_3520.pdf
- 13) Βλέπε υποκεφάλαιο «Προτεινόμενα εργαλεία για ένα πρόγραμμα δράσης ποιοτικής υγείας και διαρκούς ανάπτυξης».

- 14) OMS Bureau pour l'Europe Consensus de Göteborg 1999 (Version française de *Gothenburg Consensus* paper assurée par S2D 2005)
- 15) S2D/Centre collaborateur *Les études d'impact sur la santé dans les Villes-Santé 2006.*
- 16) Informations sur Internet:
 -Bureau Europe de l' O.M.S. www.euro.who.int/healthy-cities
 -Réseau français www.villes-sante.com
 -Réseau québécois des Villes et Villages en Santé www.rqvvs.qc.ca
 Centres collaborateurs OMS pour les Villes Santé francophones: Centre col--laborateur S2D pour les villes-santé francophones www.s2d-ccvs.fr
 -Centre québécois pour le développement des villes et villages en santé www.ulaval.ca?fsi/oms
- 17) Haute Autorite de Sante service evaluation des pratiques professionnelles 2, avenue du Stado de France – 93218 Saint –Denis La Plaine CEDEX
- 18) Βλ. Loid du 4 mars 2002 relative aux droits des maladies et a la qualite du systeme de Sante, Chapitre V Reseau, Article 84, Chanutre I Reseau de Sante, Article L 6321-1 et Article L. 6321-2 Κεφάλαιο V- Δίκτυα, άρθρο 84, κεφάλαιο I Δίκτυα Υγείας άρθρο L 6321-1, άρθρο L 6321-2 και άρθρο L0111-3 το κώδικα της Κοινωνικής Περιθαλψης.
- 19) Τα κριτήρια είναι: α) Η χρήση των μέσων που διαθέτουν και των πρωτοκόλλων που έχουν αναλάβει τα δίκτυα, β) Η τακτική συμμετοχή σε συνεδριάσεις κλινικής διαβούλευσης, γ) Η τακτική αξιολόγηση της πορείας της βελτίωσης των πρακτικών.
- 20) Μια διεπιστημονική κλινική εμπειρία κατά τη νοσηλεία του ασθενούς
- Εργαλεία για την προώθηση της πληροφόρησης/τεχνογνωσίας που ευνοεί τον συντονισμό των φροντίδων
 - Πρωτόκολλα φροντίδων και οργανωτικά πρωτόκολλα που εκπονήθηκαν και επικυρώθηκαν στο πλαίσιο των ομάδων εργασίας
 - Συνεδριάσεις διεπιστημονικής διαβούλευσης κατά το χρονικό διάστημα περίθαλψης των ασθενών και της ανάληψης της παρακολούθησης γης υγείας των από το δίκτυο
 - Ειδικές και γενικές πληροφορίες

Στη Γαλλία σε εθνικό επίπεδο, ως καλό παράδειγμα αποτελεσματικότητας των δικτύων, αναφέρονται τα 80 δίκτυα για την αντιμετώπιση του διαβήτη τα οποία συντονίζονται από την εθνική Ένωση του Συντονισμού των δικτύων για τον διαβήτη –ANCRE.

Τα προαναφερόμενα δίκτυα προτρέπουν τα μέλη τους να συμμετέχουν σε δράσεις επιμόρφωσης σχετικά με τα πρωτοκολλώ που υιοθετήθηκαν από τα δίκτυα.

Οι θεράποντες ιατροί είναι υποχρεωμένοι να πραγματοποιούν έναν ετήσιο απολογισμό αναφορικά με τους ασθενείς που έχουν αναλάβει. Ο απολογισμός αυτός ανταποκρίνεται στην υποχρέωση της αξιολόγησης των πρακτικών. Εάν αυτές είναι συμβατές με τα ακόλουθα κριτήρια (βλ. [Varroud-Vial M et al. Reseauc de Sante diabete Rev. Med. Cen 19 no 712/713](#) βλ. επίσης όλα τα εργαλεία και τα προγράμματα βελτίωσης και αξιολόγησης των πρακτικών στο site www.has.sante.gr)

Γραπτό πρωτόκολλο:

- Αναφορές που βασίζονται στο τύπο EBM
- Παρακολούθηση των δεικτών ή πραγματοποίηση των αποφάσεων των συνεδριάσεων σε καθημερινή βάση
- Ανάλυση αποτελεσμάτων των διαβουλεύσεων της διεπιστημονικής ομάδας ή με κάποιο εξωτερικό φορέα
- Χρησιμοποίηση αυτής της ανάλυσης στο πλαίσιο ενός συνεχούς σχεδίου βελτίωσης.

21) βλ. ειδικές συστάσεις και προτάσεις μεθοδολογίας στο HAS www.cochrane.org και www.ebm.bmj.com (evidence based medicine=αποτελέσματα βασισμένα σε ενδείξεις ιατρικής)

22) Αυτές οι ειδικότητες είναι καταχωρημένες σε ειδικό κατάλογο στο Διάταγμα (της Γαλλικής Δημοκρατίας) αρ. 206-909 της 21ης Ιουλίου 2006.

23) www.etterbeek.irisnet.be/site/fr/developpement_durable/quoi.htm.

www.europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11503b.htm

www.health-inequalites.eu.

24) **Πληθυσμός Στόχος:** Οι κάτοικοι του Sagene του Όσλο

Περιβάλλον και ιδιαιτερότητα του προβληματισμού:

Η ζώνη του Sagene-Όσλο είναι μια περιοχή όπου υπάρχει μεγάλη συγκέντρωση εργατικών κατοικιών όπου οι συνθήκες διαβίωσης δεν είναι ποιοτικές. Η πόλη του Sagene αποφάσισε να υιοθετήσει ένα περιβαλλοντολογικό πρόγραμμα ώστε να βελτιώσει το φυσικό και πολιτισμικό περιβάλλον της περιοχής. Το σχέδιο αυτό ήταν στο πλαίσιο του προγράμματος Agenda 21. Για την διαρκή ανάπτυξη, οι αρχηγοί των κρατών και των κυβερνήσεων όλων των χωρών καθώς και εκπρόσωποι παγκοσμίων οργανισμών και των μη κυβερνητικών οργανώσεων, στην παγκόσμια διάσκεψη κορυφής του Rio de Janeiro το 1992, υιοθέτησαν μεταξύ άλλων ένα διαρκές πρόγραμμα δράσης το ονομαζόμενο Agenda 21. Αυτός ο προγραμματισμός προορίζονταν να προφυλάξει τον κόσμο του μέλλοντος θέτοντας σε παγκόσμια επίπεδα 3 ουσιώδεις έννοιες: την οικολογική υπευθυνότητα, τον οικονομικό ρεαλισμό και την κοινωνική δικαιοσύνη με προτεραιότητα την ΔΥ. Αυτή η ενότητα της διαρκούς ανάπτυξης δημιουργήθηκε στο Sagene για να εργαστεί εκεί.

Στόχοι

Οι στόχοι του προγράμματος του Sagene είναι οι ακόλουθοι:

- Αύξηση της συμμετοχής σε μια τακτική δημοκρατική διαχείριση με προτεραιότητα σε θέματα υγείας
- Προσπάθεια να αποβούν οι γειτονιές πιο ευχάριστες και υγιεινές στη διαβίωση των κατοίκων και ανάπτυξης πολιτιστικών δραστηριοτήτων με έμφαση στην προώθηση της εκπαίδευσης στην υγεία.
- Η συμμετοχή του τοπικού πληθυσμού στην ανάπτυξη της περιοχής τους, στην ανταλλαγή ιδεών και την ελεύθερη διατύπωση των προβλημάτων για την διαβίωσή τους υγειονομικού τομέα (.χ. όπως η παλαιότητα των βοηθητικών χώρων)

Μέσα:

Η ενότητα της διαρκούς ανάπτυξης

Η ακολουθούμενη διαδικασία:

Η πρωτοτυπία του προγράμματος ήταν ότι αναπτύχθηκε και υλοποιήθηκε σε συνεργασία με τον τοπικό πληθυσμό. Γι' αυτό λοιπόν το σκοπό δημιουργήθηκε ένα forum αποτελούμενο από τοπικούς φορείς (διάφορες ενώσεις, συλλόγους κ.τ.λ.) πολιτικών φορέων, τοπικών αξιωματούχων και πολιτών. Στο πλαίσιο αυτό του forum

λειτουργήσαν όλες οι διαδικασίες και πάρθηκαν οι αποφάσεις όσον αφορά το πρόγραμμα της ανάπτυξης μια ποιοτικής διαβίωσης στο Sagene.

Επίσης οι τοπικοί φορείς επιμορφώθηκαν στην διαχείριση νέων δομών για την υλοποίηση του προγράμματος και την κατανόηση της σημασίας και του περιεχομένου των «Καλών Πρακτικών». Σύμφωνα με την Διεθνή Επιθεώρηση “La Sante de l’ homme” no 395, ο ορισμός που υιοθετήθηκε από τις 27 χώρες μέλη της ΕΕ, όσον αφορά τον καθορισμό των ΚΠ στα πλαίσια του προγράμματος “Closing the gap” που αφορούσε την μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στο χώρο της υγείας-που είναι η μεγάλη πρόκληση για την Ευρώπη-είναι ο εξής: *«Ονομάζουμε Καλές Πρακτικές κάθε δράση που υλοποιεί μια μεθοδολογία ή ένα ειδικό χειρισμό που κρίνεται ο καλύτερος ως προς τα αποτελέσματα που λάβαμε σε συνάρτηση με τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Αυτός ο όρος δημιουργεί ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον στον τομέα της υγείας, διότι επιτρέπει νεωτερισμούς ή επανεξέταση των δράσεων με σκοπό την βελτίωσή τους αν αυτό είναι αναγκαίο. Επιπλέον στον τομέα των πολιτικών της Υγείας υπάρχει σημαντικότατο ενδιαφέρον στην ανταλλαγή των καλύτερων πρακτικών, διότι σε αντίθεση με την φιλοσοφία που επικρατεί στις εμπορικές επιχειρήσεις, δεν υπάρχουν ανταγωνιστικά συμφέροντα που ωθούν στο να κρατούνται μυστικά»*. Επίσης αναφέρουμε ότι στο πλαίσιο των προαναφερόμενων προγραμμάτων έχει δημιουργηθεί μια ευρωπαϊκή βάση δεδομένων και πρακτικών, γενικά και ιδιαίτερω για τον αγώνα ενάντια των ανισοτήτων στον χώρο της υγείας και της βελτίωσης της διαβίωσης όλων των ευρωπαϊών πολιτών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι κυριότεροι παράγοντες της επιτυχίας που απορρέουν από τα ανωτέρω αναφέρονται σε 3 τομείς:

- α) Πολιτισμική προσβασιμότητα
- β) Ενδυνάμωση empowerment
- γ) Το κοινωνικό δίκτυο

Λαμβάνοντας υπόψη διάφορες έρευνες καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι 3 παραπάνω τομείς παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην καταπολέμηση των κοινωνικών ανισοτήτων στο χώρο της Υγείας. Για την καλύτερη κατανόηση αυτών παραθέτουμε τον παρακάτω πίνακα, ο οποίος παρουσιάζει με συνδετικό τρόπο τις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν στις διάφορες παρεμβάσεις και οι οποίες ήταν επιτυχείς.

B. ΜΕΡΟΣ

ΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΜΙΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΟΣ ΔΡΑΣΗ: Η ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ (ΒΕΛΓΙΟ-ΓΑΛΛΙΑ)

7.1) Γενικά

Το Βελγικό Σύστημα Ιατρικής Περίθαλψης, κατανοώντας τις ιδιαιτερότητες των πολυπολιτισμικών κοινωνιών, είναι το πρώτο στην Ευρώπη που εφαρμόζει από το 1997 το Σύστημα της «Διαπολιτισμικής Διαμεσολάβησης στα Νοσοκομεία» (La médiation Interculturelle dans les soins de Santé) που θεσμοθετήθηκε με το Βασιλικό Διάταγμα σχετικά με την χρηματοδότηση των Νοσοκομείων της 25ης Απριλίου 1997. Υπεύθυνα γι' αυτό το Σύστημα είναι το Ταμείο για την μεταναστευτική πολιτική, το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων, Υγείας και Περιβάλλοντος και το Υπουργείο Υγείας, στο οποίο ιδρύθηκε ειδικό τμήμα για τον συντονισμό της Διαπολιτισμικής Διαμεσολάβησης στο χώρο της Υγείας (1).

Τα προγράμματα «διαπολιτισμικής διαμεσολάβησης» σε νοσοκομειακό περιβάλλον δημιουργήθηκαν από τη διαπίστωση της αδυναμίας των νοσοκομείων να προσφέρουν ικανοποιητικές υπηρεσίες περίθαλψης για σωστή διάγνωση, λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, δηλ. γλωσσικά προβλήματα, νοοτροπίες κ.λ.π. που οφείλονται στις πολιτισμικές διαφορές. Αρχικά το πρόγραμμα εφαρμόστηκε πιλοτικά από το 1993-1996 στα Νοσοκομεία του Charleroi, της La Louvière, της Liege, της Namur και στο Edith Cavel των Βρυξελλών (2), (3).

Συγκεκριμένα, το 2009, οι διαπολιτισμικοί διαμεσολαβητές πραγματοποίησαν περισσότερες των 65.000 παρεμβάσεις σε όχι λιγότερες των 19 γλωσσών.

Τα Γενικά και τα Ψυχιατρικά νοσοκομεία, ανά πάσα στιγμή έχουν τη δυνατότητα να υποβάλουν αίτηση στην Γενική Διεύθυνση του Οργανισμού των Ιδρυμάτων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (D61) της SPF της Δημόσιας Υγείας, της Διατροφικής Υγείας και Περιβάλλοντος, για την χρηματοδότηση δημιουργίας θέσεων Ιατρικού Διαπολιτισμικού

Διαμεσολαβητή. Κατόπιν ο Τομέας του Συντονισμού (Cellule de la Mediation interculturelle Medicale) της Διαπολιτισμικής Ιατρικής Διαμεσολάβησης, είναι υπεύθυνος για την προώθηση των αιτήσεων καθώς και για την αξιολόγηση και την πλαισίωση των πρωτοβουλιών της Διαπολιτισμικής Διαμεσολάβησης (4).

7.2) Καθήκοντα – Αποστολή του διαπολιτισμικού διαμεσολαβητή στις μονάδες υγείας

Η Διαπολιτισμική Διαμεσολάβηση στον χώρο της Υγείας είναι ένα φαινόμενο σχετικά πρόσφατο, των τελευταίων δεκαετιών. Δεν είναι λοιπόν παράξενο να υπάρχουν διάφορες ερμηνείες στο πλαίσιο του ιατρικού κόσμου τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο όσον αφορά για το περιεχόμενο και για το τι προσφέρει η Διαπολιτισμική Ιατρική Διαμεσολάβηση.

Στη συνέχεια, θα προσπαθήσουμε να δώσουμε τον ορισμό και τις κατευθυντήριες αρχές της έννοιας της Διαπολιτισμικής Διαμεσολάβησης, κυρίως αυτές που αντανακλούν όσον το δυνατόν πιο πιστά στις επιτόπιες ανάγκες των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων. Καθορίζοντας, λοιπόν, ευκρινώς τα καθήκοντα και έχοντας υπόψη τις δυνατότητες και τα περιθώρια των διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών στο νοσοκομειακό περιβάλλον, ελπίζουμε να αναδείξουμε καλύτερα τον Διαπολιτισμικό Διαμεσολαβητή εντός των καθηκόντων της αποστολής του, η οποία συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας των φροντίδων υγείας.

Ο ορισμός της λειτουργίας της Διαπολιτισμικής Διαμεσολάβησης έχει συζητηθεί επί μακρόν κατά τη διάρκεια συνεχών συνεδριάσεων με τους Διαπολιτισμικούς Διαμεσολαβητές. Στη συνέχεια θα δώσουμε μια σύντομη περιγραφή των καθηκόντων που έχουν ανατεθεί επισήμως στον διαπολιτισμικό διαμεσολαβητή.

α) Διερμηνεία σύνδεσης

Η αντικατάσταση ενός μηνύματος στην γλώσσα προέλευσης από ένα μήνυμα στην γλώσσα της χώρας υποδοχής. Σε αυτόν τον τύπο της διερμηνείας πρόκειται για μια ακριβή και πλήρη μετάφραση των μηνυμάτων των διαφόρων συνομιλητών. Στον τομέα αυτό, εφαρμόζουμε τα τυποποιημένα στοιχεία που έχουν θεμελιωθεί πάνω στην μελέτη

της “Massachusetts Medical Interpreters Association et Educational Development Center/1995).

β) Πολιτισμική αποκωδικοποίηση

Σύμφωνα με τον Καθηγητή Δρ. Joseph Kaufert, η πολιτισμική αποκωδικοποίηση συνίσταται στο να εξηγήσει την κουλτούρα του νοσοκομείου και του ιατρού στον ασθενή και το πολιτισμικό περιβάλλον του ασθενούς στον ιατρό. Μια παρόμοια επεξήγηση αποδεικνύεται ιδιαίτερα απαραίτητη όταν μια πιστή και πλήρης μετάφραση δεν οδηγεί τους συνομιλητές σε μια αμοιβαία κατανόηση. Γι' αυτόν τον λόγο, είναι εντελώς απαραίτητο, ο διαπολιτισμικός διαμεσολαβητής να καθορίσει στον παρεχόμενο ιατρικών φροντίδων (στον ασθενή), κατά την προετοιμασία των επεμβάσεων, τους πολιτισμικούς παράγοντες που έχουν σημαντική επίδραση στη θεραπευτική αγωγή: π.χ. την δυσκολία ην οποία μπορεί να έχει ο ασθενής ν' αντιληφθεί ορισμένα θέματα με άμεσο ή έμμεσο τρόπο ή θέματα taboo ορισμένων ερωτήσεων που τίθενται παρουσία ενός προσώπου του άλλου φύλου.

Τέλος, οι Διαπολιτισμικοί Διαμεσολαβητές έχουν τη δυνατότητα στο πλαίσιο της πολιτισμικής αποκωδικοποίησης, να διερμηνεύσουν ή να αναφερθούν σε έννοιες και συναισθήματα που εμπεριέχουν ορισμένες εκφράσεις ή ορισμένες πράξεις των ασθενών, οι οποίες μπορεί να είναι εκδηλώσεις λεκτικές ή συμπεριφορές μη λεκτικές. Η διερμηνεία ή η επίκληση απόψεων τέτοιου είδους χρειάζονται μεγάλη περίσκεψη. Τόσο ο διαμεσολαβητής όσο και ο παρέχων φροντίδες υγείας πρέπει να έχουν συνειδητοποιήσει ότι η συμπεριφορά και τα συναισθηματικά βιώματα του ασθενούς δεν είναι παρά μερικώς καθορισμένα από τον πολιτισμό του ασθενούς. Δεν πρέπει επίσης να λησμονούμε ότι ο διαπολιτισμικός διαμεσολαβητής δεν έχει μια λεπτομερή γνώση των αρχών και των εν ενεργεία συνηθειών στα πλαίσια της πολιτισμικής κοινότητας του ασθενούς.

γ) Συνοδεία του ασθενούς

Ο Διαπολιτισμικός Διαμεσολαβητής προσφέρει μια συγκεκριμένη βοήθεια στον ασθενή και στην οικογένειά του (εκτός του πλαισίου επαφής του ασθενούς-διαμεσολαβητού-ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού). Ο διαπολιτισμικός διαμεσολαβητής συνοδεύει τον ασθενή στις απαραίτητες διαδικασίες για την πρόσβαση

του στις νοσηλευτικές φροντίδες, π.χ. χορηγεί πληροφορίες αναφορικά με τα έντυπα/έγγραφα που πρέπει να φέρει, τον βοηθά να συμπληρώσει ορισμένα έντυπα, του εξηγεί την λειτουργία του νοσοκομείου ή τον κατευθύνει προς την υπηρεσία ή τον υπεύθυνο, ο οποίος δύναται να ανταποκριθεί στα αιτήματά του. Επίσης, στηρίζει τον ασθενή κατά την διάρκεια μιας συνομιλίας. Αυτή η στήριξη αποδεικνύεται ιδιαίτερα πολύτιμη για τους ασθενείς, στους οποίους το γλωσσολογικό φράγμα μπορεί να τους δημιουργήσει κοινωνικό αποκλεισμό κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο.

δ) Διαμεσολάβηση στις συγκρούσεις

Στην περίπτωση αυτή, πρόκειται για συγκρούσεις αξιών και πεποιθήσεων, στο μέτρο που η μη γνώση των κωδίκων και των αντιστοίχων πολιτισμικών αξιών μπορεί να καταλήξει σε παρεξηγήσεις. Η αποστολή λοιπόν του διαπολιτισμικού διαμεσολαβητή συνίσταται στο να επαληθεύει εάν η σύγκρουση πηγάζει από γλωσσικές ή πολιτισμικές παρεξηγήσεις. Εάν πράγματι συμβαίνει αυτό, ο διαμεσολαβητής μπορεί να δοκιμάσει να λύσει την διένεξη ή δίνοντας τις απαραίτητες διευκρινίσεις για τα αίτιά της. Η κινητοποίηση του διαπολιτισμικού διαμεσολαβητή επιτρέπει την εξεύρεση λύσεων σε πολλές καταστάσεις μη κατανόησης και στηρίζεται στην αρχή της προθυμίας ν' ακούσει τα εμπλεκόμενα άτομα και στη συνέχεια να ερευνήσει την πηγή της παρεξήγησης η οποία μπορεί να προέρχεται από την διαφορετική πολιτισμική αντίληψη ή των διαφόρων από αυτήν προερχομένων στάσεων και συμπεριφορών. Εάν ο διαπολιτισμικός διαμεσολαβητής δεν έχει εκπαιδευτεί στην επίλυση συγκρούσεων, θα πρέπει να βοηθηθεί γι' αυτή την αποστολή από έναν Ombudsman: (Συνήγορο του Πολίτη)

ε) Advocacy

Ο διαμεσολαβητής οφείλει να φροντίζει για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων και των συμφερόντων των ασθενών όταν διαπιστώνει ότι αυτοί είναι θύματα ρατσιστικών συμπεριφορών και διακρίσεων.

στ) Prestation outreach (συνηγορία)

Αυτού του είδους η υπηρεσία συνίσταται στο να ερευνά με τρόπο δραστήριο και ανεξάρτητο τα προβλήματα τα οποία ανακύπτουν κατά την διάρκεια της διαδικασίας των νοσηλευτικών φροντίδων στους αλλοδαπούς ασθενείς. Συγκεκριμένα, πρόκειται για

επισκέψεις τις οποίες πραγματοποιούν οι διαμεσολαβητές στους ασθενείς, πολλές φορές της ίδιας καταγωγής με αυτούς. Έίναι ένα είδος υπηρεσίας στα νοσοκομεία “outreach”. Ο διαμεσολαβητής ρωτά τους ασθενείς εάν έχουν προβλήματα ή ερωτήματα που συνδέονται με την νοσηλεία τους και εάν επιθυμούν την βοήθειά ενός διαμεσολαβητή για την επίλυσή τους. Ο διαπολιτισμικός διαμεσολαβητής θα πει το αίτημα αυτό σ’ έναν υπεύθυνο της νοσηλείας του ασθενούς και θα γίνει η αφετηρία της παροχής κάθε είδους βοήθειας προς τον ασθενή.

ζ) Καταγραφή των δυσκολιών

Ο διαπολιτισμικός διαμεσολαβητής προειδοποιεί για τις δυσκολίες που έχει διαπιστώσει όταν έχει αναλάβει έναν ασθενή (κυρίως αλλοδαπό) ή ασθενείς με άλλες ιδιαιτερότητες (θρησκευτικές κ.τ.λ.). Στις περιπτώσεις αυτές είναι εντελώς αναγκαίο το νοσοκομείο να διαθέτει μια δομή διαφανούς διαδικασίας που να επιτρέπει την σωστή κατανόηση των παρατηρήσεων του διαπολιτισμικού διαμεσολαβητή.

η) Πληροφόρηση

Οι διαπολιτισμικοί διαμεσολαβητές, πληροφορούν τους αλλοδαπούς ασθενείς για τις υπηρεσίες που μπορούν να τους προσφέρουν. Οι συναντήσεις πληροφόρησης πρέπει να έχουν προετοιμαστεί και να πραγματοποιηθούν σε συνεργασία με το θεραπευτικό προσωπικό (ιατρικό-νοσηλευτικό). Κατά την συνάντηση δίνεται η δυνατότητα στον αλλοδαπό ασθενή να θέσει ερωτήσεις για θέματα που τον απασχολούν στους ειδικούς/αρμοδίους (ιατρούς-νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό).

θ) Αποστολές - καθήκοντα του συντονιστή της διαπολιτισμικής διαμεσολάβησης

Την εποχή κατά την οποία οι συντονιστές της διαπολιτισμικής διαμεσολάβησης άρχισαν τις δραστηριότητές τους, ήταν σχεδόν αδύνατον να λάβουν ως πρότυπο παρόμοιες πρωτοβουλίες εντός ή εκτός του νοσοκομείου. Ήδη από την αρχή, η αναγκαιότητα να ξεπεραστούν τα γλωσσικά και πολιτισμικά εμπόδια, τέθηκε ως μια Καλή Πρακτική. Κατά την διάρκεια των διαδοχικών συγκεντρώσεων, οι συντονιστές συνέταξαν ένα κατάλογο των προβλημάτων που αναφέρονται στους αλλοδαπούς ασθενείς και των ειδικών κατηγοριών, τα οποία οφείλουν άμεσα να αντιμετωπίσουν τα νοσοκομεία. Ξεκινώντας από αυτήν την ανάλυση και σε συνάρτηση των διαθέσιμων

μέσων και του χρόνου, πάρθηκαν πολλές πρωτοβουλίες. Λόγω της ιδιαιτερότητας των ετερογενών προβλημάτων που συναντώνται στα νοσοκομεία, οι πρωτοβουλίες αυτές, ήδη από την αρχή, ήταν αισθητά διαφοροποιημένες από νοσοκομείο σε νοσοκομείο. Στην έκθεση της «Hospitála 2004» του Φλαμανδόφωνου Βελγίου με τίτλο «Coördinatoren Intervulturele bemiddeling, interculturele gangmakers in het ziekenhuis» αναφέρονται λεπτομερείς πληροφορίες για τις αρχικές πρωτοβουλίες στον τομέα που εξετάζουμε. Σε γενικές γραμμές, η αποστολή των συντονιστών της Διαπολιτισμικής Διαμεσολάβησης συνίσταται στο να εγγράψουν τις νοσηλευτικές φροντίδες σε μια διαπολιτισμική προοπτική, δηλαδή να λειτουργήσουν ως μια πολιτική επικεντρωμένη στην ευαισθητοποίηση, αναφορικά με την πολιτισμική διάσταση των νοσοκομειακών φροντίδων, με απώτερο στόχο να εξασφαλιστεί ισότιμη πρόσβαση στους αιτούντες νοσηλεία, αλλοδαπούς και ημεδαπούς σε ενιαία ποιοτική προσφορά νοσηλευτικής φροντίδας. Όσο σταθεροποιούνται αυτές οι πρωτοβουλίες, τόσο περισσότερο μπορούν να εκτιμηθούν τα αποτελέσματα των δράσεων των συντονιστών της διαπολιτισμικής διαμεσολάβησης.

7.3) Λειτουργία – Αρμοδιότητες – Αποστολή του συντονιστή της διαπολιτισμικής

α) Καταγραφή των εμποδίων

Ο συντονιστής της Διαπολιτισμικής Διαμεσολάβησης έχει ως καθήκον να εντοπίζει και να καταγράφει τα διάφορα εμπόδια τα οποία αφενός παρακωλύουν την πρόσβαση των αλλοδαπών στην νοσηλεία και αφετέρου υποβαθμίζουν την ποιότητα των προσφερομένων νοσηλευτικών φροντίδων.

β) Ο γλωσσολογικός και πολιτισμικός φραγμός

Στην περίπτωση αυτή, πρόκειται για, όσον είναι δυνατόν για την εξάλειψη του γλωσσολογικού και πολιτισμικού φραγμού, μέσω της παρέμβασης ειδικών διερμηνειών των εξωτερικών ή εσωτερικών πολιτισμικών διαμεσολαβητών, οι οποίοι διαθέτουν μια σοβαρή, για την κατάσταση αυτή, κατάρτιση. Τα παραπάνω άτομα, μπορεί να ανήκουν στο προσωπικό του νοσοκομείου ή σε άλλες κρατικές κοινωνικές υπηρεσίες (π.χ. Κέντρα Διαμεσολάβησης, ένταξης και διαπολιτισμικού διαλόγου). Είναι όμως οπωσδήποτε αναγκαίο η ευαισθητοποίηση των θεραπόντων ιατρών-νοσηλευτών στην προστιθέμενη

αξία που προσφέρει στην ποιότητα της νοσηλείας η γλωσσολογική βοήθεια και η διαπολιτισμική διαμεσολάβηση. Διαφορετικά, ο κίνδυνος είναι μεγάλος για σοβαρές παρανοήσεις μεταξύ ασθενούς και θεράποντος προσωπικού, στην περίπτωση μη παρέμβασης του Διαπολιτισμικού Διαμεσολαβητή. Θα πρέπει επίσης να προσφερθούν στο ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό όλα εκείνα τα κατάλληλα εργαλεία ώστε να βοηθηθούν στο έργο τους μέσω μιας αγωγής συνεργασίας τους με τους διαπολιτισμικούς διαμεσολαβητές.

γ) Επικοινωνία

Επειδή ο συντονιστής είναι επιφορτισμένος να εξομαλύνει τα γλωσσολογικά και πολιτισμικά εμπόδια, μέσα στα καθήκοντά του είναι δημιουργία μεταφρασμένου υλικού, προσαρμοσμένο στην ανάγκη της παραπάνω κατηγορίας ασθενών αναφορικά με την Δημόσια Υγεία, την λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων-ιατρείων καθώς και θεμάτων που άπτονται την πρόληψη ή την θεραπεία ορισμένων μολύνσεων.

δ) Ανάλυση δράσεων υπέρ της πολιτισμικής ποικιλομορφίας

Στην περίπτωση αυτή, οι συντονιστές της διαπολιτισμικής διαμεσολάβησης είναι υπεύθυνοι να δημιουργήσουν στα νοσηλευτικά ιδρύματα μια δομή κατάρτισης για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να επιμορφωθεί επαγγελματικά σε θέματα πολιτισμικής ποικιλομορφίας.

Στο πλαίσιο αυτό, ο συντονιστής δύναται κυρίως:

- Να προτείνει δραστηριότητες κατάρτισης σχετικά με την πολυπολιτισμική διάσταση του νοσοκομείου.
- Να αναδείξει ένα θετικό κλίμα στο τομέα της πολυπολιτισμικής συνεργασίας.
- Να χρησιμεύσει ως δέκτης ερωτημάτων, αμφιβολιών, δυσκολιών, αναγκών, καθώς και προτάσεων αναφορικά με τις διαπολιτισμικές όψεις των προσφερόμενων φροντίδων.

ε) Λειτουργία συναγερμού

Ο συντονιστής είναι επιφορτισμένος να επιστήσει την προσοχή της διεύθυνσης του νοσοκομείου σχετικά με τα προβλήματα που δημιουργούνται στο περιβάλλον των διαπολιτισμικών φροντίδων (προσφερόμενων φροντίδων) και από κοινού να τα καταπολεμήσουν.

στ) Ρατσισμός και διακρίσεις

Ο συντονιστής υποχρεούται να ασχοληθεί δραστηρίως με τυχόν φαινόμενα ρατσισμού και διακρίσεων και να τα συζητήσει ελεύθερα με όλο το προσωπικό του νοσοκομείου, ώστε να ληφθούν μέτρα για την καταπολέμηση αυτών των φαινομένων.

ζ) Κέντρο πραγματογνωμοσύνης

Ο συντονιστής λειτουργεί και ως «κέντρο πραγματογνωμοσύνης» στον τομέα των προβλημάτων που σχετίζονται με την μεταχείριση των αλλοδαπών ασθενών.

η) Δίκτυο

Ο συντονιστής εγκαθιστά ένα δίκτυο του οποίου η σκοπιμότητα συνίσταται στην βελτίωση της μεταχείρισης των αλλοδαπών ασθενών, ακόμα και εκτός νοσοκομειακού περιβάλλοντος π.χ. συνεργασία με τον CPAS/ Centre Permanent d' Assistance Sociale Κέντρο διαρκούς κοινωνικής βοήθειας), τα κέντρα υποδοχής προσφύγων, τους γενικούς ιατρούς, τις οργανώσεις των προσφύγων κ.τ.λ.). Οι αρμόδιοι του δικτύου βοηθούν στον προσανατολισμό των ανωτέρω ασθενών προς άλλους οργανισμούς παροχής νοσηλείας ή αναλαμβάνουν τη βοήθειά τους μετά από το πέρας της νοσηλείας τους στα νοσοκομεία.

Γενικά, δεν θα πρέπει να θεωρούμε ότι όλοι οι συντονιστές δύνανται να εκπληρώνουν το σύνολο των αναφερομένων παραπάνω καθηκόντων. Θα πρέπει να τονιστεί, ότι δίνεται προτεραιότητα στην εγκατάσταση ενός αποτελεσματικού και ποιοτικού συστήματος αναφορικά με την γλωσσική βοήθεια και την Διαπολιτισμική Διαμεσολάβηση στο εσωτερικό των νοσοκομειακών μονάδων.

Βιβλιογραφία – Πηγές

- 1) Βλ. Βασιλικό Διάταγμα 10ης Απριλίου 2002 - Μ/Β. 30 Μαΐου 02, Άρθρο 80, §2, 13.
- 2) Καρανικόλας, Α. και Π. Φλέγκας. 2007. Το Βελγικό Σύστημα Περίθαλψης – Αναπηρίας. Η Επείγουσα Ιατρική Βοήθεια. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ. 31.

- 3) Μπαλασσά-Φλέγκα, Ε. 2009. Δράσεις και πολιτικές της Unesco: Θέματα Διαπολιτισμικής Πολιτικής και Παιδεία. Προσεγγίσεις και Στρατηγικές. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ. 672, 677, 678, 680, 700, 718, 727.
- 4) -Massé, R. 1995. Culture et santé publique, les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Gaëtan Morin éditeur, Montréal.
- Moro, M.R. 1998. Psycho-thérapie transculturelle des enfants de migrants. Dunod, Paris.
- Sayad, A. 1994. Le mode de génération des générations immigrés. Migrants et Formation, 98: 10-36.
- Bollini, P. 1993. Health for immigrants in the 1990s. A comparative study in seven receiving countries. Innovation in Social Sciences Research, 6 (1): 101-110.
- Gupta, S. 1991. The mental health problems of migrants. Report from six European Countries. Copenhagen, WHO Regional Office Europe.
- Westermeyer, J. 1989. Mental Health for Refugees and other Migrants. Springfield, Charles C. Thomas.
- ISM, Compte-rendu de la journée d'études du 25 novembre 1994, Bruxelles, ISM, s.d.
- ISM. 1994. Rapport d'activité 1993, Bruxelles, ISM.
- ISM. 1995. Rapport d'activité 1994, Bruxelles, ISM.
- ISM. 1996. Rapport d'activité 1995, Bruxelles, ISM.

B. Μέρος

ΌΓΔΟΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως ήδη αναφέραμε στο Α Μέρος-Πρώτο κεφάλαιο , η διπλωματική μας εργασία χωρίζεται σε δυο επίπεδα: α) Έρευνα, εμβάθυνση στο ισχύον θεσμικό πλαίσιο, σε Διεθνές και Ευρωπαϊκό επίπεδο και β) Ανάλυση των Καινοτόμων Δομών και των «Καλών Πρακτικών» (Βέλγιο-Γαλλία), με απώτερο σκοπό να διαπιστώσουμε εάν υπάρχουν οι προϋποθέσεις εφαρμογής των ανωτέρω στην Ελλάδα.

Η διερεύνηση, λοιπόν, Διεθνών και Ευρωπαϊκών θεσμικών Κανονισμών μας διευκόλυνε στην καλύτερη κατανόηση α) του Γενικού Πλαισίου που κατοχυρώνει την αναβάθμιση της ποιότητας της κρατικής κοινωνικής πολιτικής, της Δημόσιας Υγείας και των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ιδιαίτερα, στην Ευρωπαϊκή Ένωση και β) στην ανάλυση των καινοτόμων δομών, των Καλών Πρακτικών, των νεωτεριστικών προσεγγίσεων και των πλεονεκτημάτων αυτών στις γαλλόφωνες χώρες .

Από τη μελέτη των Διεθνών Χαρτών, Διακηρύξεων, Συστάσεων, Αποφάσεων της Ε.Ε, το απορρέον ως **γενικό συμπέρασμα** είναι ότι η υγεία δεν προσδιορίζεται μόνο από την ποιότητα των φροντίδων υγείας και την προσβασιμότητα. Στην πραγματικότητα, όμως, όλα τα διεθνή κανονιστικά κείμενα, θεωρούν τους περιβαλλοντικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία ως ακόμη πιο σημαντικούς. Βεβαίως, η Ελλάδα, έχει υιοθετήσει το περιεχόμενο των Διεθνών Κανονισμών, ως

Κράτος Μέλος των Διεθνών-Ευρωπαϊκών Οργανισμών, αλλά θεωρούμε ότι θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην έμφαση ένταξη της «υγείας σε κάθε πολιτική» (βλ. Λευκή Βίβλος της Ε.Ε) διότι είναι διαπιστωμένο ότι σχεδόν όλες οι πλευρές της κοινωνικής ζωής έχουν συνέπεια επί της υγείας των πολιτών. Ιδιαίτερα στο σημερινό Ευρωπαϊκό δημόσιο-οικονομικό περιβάλλον, στο οποίο ανήκει και η Ελλάδα, η φτώχεια, η περιθωριοποίηση των ευάλωτων ομάδων, η στέγαση, οι κίνδυνοι για την υγεία στο χώρο εργασίας έχουν αρνητικές επιπτώσεις στη Δημόσια Υγεία.

Άρα, είναι εντελώς απαραίτητη και επείγουσα η εντατικοποίηση, από την Ελληνική Πολιτεία, της εφαρμογής των στρατηγικών της ΕΕΕ για την περίοδο 2008-2013, με το σκεπτικό ότι οι δαπάνες για την Υγεία δεν είναι μόνο έξοδο αλλά και μεσοπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη επένδυση (Αρχή 2: «Η Υγεία είναι το μεγαλύτερο αγαθό» Λευκή Βίβλος της Ε.Ε.Κ),

Ακόμα, η κατανόηση των οικονομικών παραγόντων που έχουν σχέση με την υγεία και του αντίκτυπου αυτών στη βελτίωση της ποιότητας της υγείας περνά μέσα από μια συνεχή πληροφόρηση-επιμόρφωση όχι μόνο των επαγγελματιών υγείας αλλά και όλων των εμπλεκόμενων ιδιωτικών και δημοσίων κοινωνικών φορέων. Άρα **προτεινόμενες ενέργειες** και για τον Ελλαδικό χώρο είναι:

- Προώθηση της ανάπτυξης προγραμμάτων για την αναλυτική μελέτη των οικονομικών σχέσεων μεταξύ της ποιότητας της υγείας, των επενδύσεων και της οικονομικής μεγέθυνσης και ανάπτυξης.
- Προώθηση προγραμμάτων βελτίωσης των γνώσεων για την υγεία σε ηλικιακές και κοινωνικές ομάδες, και
- Προώθηση της συμπερίληψης της παραμέτρου της υγείας, σε μεγαλύτερο βαθμό, σε όλες τις πολιτικές σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο, περιλαμβανόμενης της χρήσης των εργαλείων εκτίμησης και αξιολόγησης αντίκτυπου.

Ακολούθως, από την μελέτη δύο αντιπροσωπευτικών Ευρωπαϊκών προγραμμάτων ερευνών για την ποιοτική υγεία και την ισότιμη περίθαλψη των μεταναστών, δηλ του EYROPEP και του EUGATE-Καλές Πρακτικές (Γαλλόφωνο Βέλγιο) εξάγονται τα ακόλουθα **συμπεράσματα**:

Το πρόγραμμα EYROPEP αντιπροσωπεύει μια σημαντική συμβολή στις καινοτόμες έρευνες στον τομέα της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας των

φροντίδων υγείας. Οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο Γαλλόφωνο Βέλγιο, οι οποίες εμπεριέχουν μια διεθνή διάσταση του EYROPEP, οδήγησαν στη διαμόρφωση ενός έγκυρου αναπαραγωγικού εργαλείου, εφαρμόσιμο σε κάθε πληθυσμό ευρωπαϊκών ασθενών, με δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ των χωρών. Άρα, η μεθοδολογία του προαναφερόμενου προγράμματος, ως έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο θα μπορούσε να εφαρμοστεί και στον Ελλαδικό χώρο για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας των φροντίδων, λαμβάνοντας βεβαίως υπόψη την πολιτισμική μεταβλητότητα στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Στη σημερινή εποχή, παρατηρούμε μια αύξηση του επιπέδου των δραστηριοτήτων που στοχεύουν στη βελτίωση της Υγείας των μεταναστών (εθνοτικών και ευάλωτων ομάδων) και στη διασφάλιση της επαρκούς τους πρόσβασης στις κατάλληλες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, γεγονός που θεωρείται ως μια σημαντική πτυχή της κοινωνικής ένταξης ή αποκλεισμού των παραπάνω ομάδων.

Το ευρωπαϊκό πρόγραμμα EUGATE που εφαρμόστηκε στο Βέλγιο και σε 16 άλλες ευρωπαϊκές χώρες με στόχο τον προσδιορισμό των Καλών Πρακτικών είναι ένα επιτυχές παράδειγμα διότι αναδεικνύει ότι η σφαιρική γνώση των προβλημάτων των μεταναστών και της κατάστασης της υγείας αυτών είναι καθοριστικό βήμα για την αναβάθμιση των φροντίδων υγείας όχι μόνο για αυτούς αλλά και για την προαγωγή της δημόσιας υγείας όλης της χώρας.

Ως γενικό συμπέρασμα, θεωρούμε ότι το πρόγραμμα EUGATE χάριν της διάθρωσης των νεωτεριστικών προσεγγίσεων και των διαδραστικών δικτύων που εφήρμοσε στην κατανόηση των βασικών προβλημάτων των μεταναστών (γλώσσα, πολιτισμός κτλ) συμβάλει στην διαμόρφωση μιας σειράς μονάδων αξιολόγησης: α) υποκειμενικών μονάδων αξιολόγησης με στόχο την μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης και συνεργασίας των πελατών και των παροχέων φροντίδας και β) των αντικειμενικών μονάδων αξιολόγησης που ερευνούν την αποτελεσματικότητα των ιδιαίτερων πρακτικών (δηλ των Καλών Πρακτικών). Επιπλέον, όλες λοιπόν οι δραστηριότητες που υλοποιήθηκαν για να ενθαρρυνθεί η ανάπτυξη της κατάλληλης φροντίδας υγείας για τους μετανάστες, μπορούν να συμβάλλουν σε δομικές και συμπτωματικές αλλαγές βελτίωσης των λειτουργιών των συστημάτων υγείας. Δηλαδή:

« Δομικές» βελτιώσεις στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, οι οποίες ενσωματώνονται στις πολιτικές. Οι πολιτικές μπορούν να εκπονηθούν σε εθνικό, τοπικό ή δημοτικό επίπεδο καθώς και από τους παροχείς υπηρεσιών ή το σώμα των εργαζομένων.

« Συμπτωματικές» βελτιώσεις που εμφανίζονται λιγότερα προγραμματισμένα ως αποτέλεσμα των δραστηριοτήτων της κοινωνίας των πολιτών που ανταποκρίνονται κατά το δοκούν στις παρατηρούμενες ανάγκες.

Πιστεύουμε λοιπόν ότι η εφαρμογή του πρωτοκόλλου του προγράμματος EUGATE θα μπορούσε να εφαρμοστεί επιτυχώς και στην πρωτεύουσα της Ελλάδος, σε δήμους με υψηλό ποσοστό μεταναστών μη ευρωπαϊκής καταγωγής ακολουθώντας την ίδια διάρθρωση μετά από την επιτυχή εφαρμογή του σε 16 πρωτεύουσες Ευρωπαϊκών χωρών, με το σκεπτικό ότι βασίζεται κυρίως σε μια διατομεακή διαβούλευση για την υγεία και την μετανάστευση που συμπεριλαμβάνει τους επαγγελματίες υγείας, ενώσεις ΜΚΟ, ερευνητές και πολιτικούς φορείς στο πλαίσιο ενός διαδραστικού δικτύου.

Η ανάλυση του θεσμού των Maisons Medicales, που αποτελεί τον πυρήνα της εργασίας μας αποδεικνύει ότι είναι ένας καταξιωμένος επιτυχής θεσμός παροχής ποιοτικών φροντίδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, περισσότερο προσβάσιμος και αποδοτικός απ'ότι οι κεντρικές Μονάδες Υγείας (Νοσοκομεία).

Στο αντίστοιχο κεφάλαιο της διπλωματικής μας μέσω της ανάπτυξης όλων των παραμέτρων της δομής, των αξιών, των στόχων, των ΜΜ καταδεικνύεται ότι τα Μ.Μ έχουν πολλά πλεονεκτήματα, όπως πχ. Φροντίδες υγείας ποιότητας προσβάσιμες, γεωγραφικώς, οικονομικώς, χρονικώς και πολιτισμικώς, παροχή μιας διεπιστημονικής εργασίας η οποία εμπεριέχει και τις κοινωνικό-ψυχολογικές διαστάσεις αλλά κυρίως προσφέρουν σε νέους επαγγελματίες της Υγείας, θέσεις εργασίας με άριστες προοπτικές επιστημονικής και επαγγελματικής εξέλιξης μέσω των 3 πόλων δραστηριοτήτων της Ομοσπονδίας των ΜΜ δηλ.:

α) Έρευνας

β) Μεθοδολογικές επιμορφώσεις-καταρτίσεις

γ) Συνεχούς εκπαίδευσης και σύνδεσης με προγράμματα υγείας διεθνών

οργανισμών.

Συμπερασματικά θεωρούμε ότι ο θεσμός των Μ.Μ θα μπορούσε να μελετηθεί από τους αρμόδιους φορείς της Πολιτείας, για να αναπτυχθεί και στην Ελλάδα, ως ένας εναλλακτικός φορέας προσφοράς ποιοτικής υγείας, αφού το ευρωπαϊκό θεσμικό πλαίσιο καλύπτει και την χώρα μας.

Όσον αφορά την ανάλυση των στοιχείων των Καλών Πρακτικών, μπορεί να προσφέρει μια αρκετά τεκμηριωμένη πληροφόρηση στους εμπλεκόμενους στον τομέα της Υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο του Β. Μέρους, αναλύοντας αρκετά διεξοδικά δυο κατά την γνώμη μας πρωτοπόρες δράσεις, τις «Πόλεις-Υγεία και Διαρκή Ανάπτυξη» και τα «Δίκτυα Υγείας», διαπιστώνουμε ότι και οι δύο θεσμοί, έχουν κοινό σκοπό να επιστήσουν την διεθνή προσοχή στο θέμα της Υγείας και της αστικοποίησης και να εμπλέξουν πολιτικούς φορείς, οργανισμούς, επιχειρήσεις και κυρίως την κοινωνία των πολιτών σε μια κοινή προσπάθεια ώστε να τεθεί η υγεία στο επίκεντρο της αστικής πολιτικής.

Το πρόγραμμα «Πόλεις-Υγεία», ως μια σταδιακή διαδικασία εντός μιας εταιρικής και συμμετοχικής δράσης των υπευθύνων των αστικών κοινοτήτων, όπως ακριβώς το παρουσιάζουμε και στο σχήμα (6.1) έχει τα ακόλουθα αποτελέσματα. Σε γενικές γραμμές:

- Ενθαρρύνει τον προγραμματισμό της ποιοτικής υγείας, δεσμεύοντας τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, που η πλειοψηφία βρίσκεται εκτός του παραδοσιακού τομέα υγείας, δηλ. την Τοπική Αυτοδιοίκηση και κοινωνικούς φορείς.
- Επαγρυπνά συνεχώς για την ποιότητα της υγείας και του περιβάλλοντος.
- Ενθαρρύνει την κοινωνική συνοχή, την αλληλεγγύη και τη συμμετοχή των πολιτών υπέρ της βελτίωσης του χώρου της υγείας.
- Αναπτύσσει μια διαφοροποιημένη και καινοτόμο οικονομία που περιλαμβάνει δράσεις υπέρ της Υγείας.
- Μειώνει τις ανισότητες στην πρόσβαση σε ποιοτικές φροντίδες Υγείας.

Επειδή ακριβώς το Πρόγραμμα «Πόλεις-Υγεία και Διαρκής Ανάπτυξης» εμπεριέχει καινοτόμες εγκάρσιες, εταιρικές και συμμετοχικές μεθόδους εργασίας κατά την εφαρμογή του και αναδεικνύει την καλύτερη κατανόηση του ρόλου και της υπευθυνότητας των τοπικών πολιτικών όσον αφορά την υγεία, θεωρούμε ότι θα πρέπει αυτή η δράση του Π.Ο.Υ να εφαρμοστεί στις ελληνικές πόλεις.

Κατά τη γνώμη μας, θα μπορούσε να δημιουργηθεί ένας στρατηγικός σχεδιασμός πληροφόρησης και συμβουλευτικής τεχνογνωσίας από τους αρμόδιους φορείς της πολιτείας, (όπως ακριβώς έγινε και στην Κύπρο-συμμετέχουν 6 δήμοι) για να

ευαισθητοποιήσουν και να βοηθήσουν τις ενδιαφερόμενες πόλεις να οργανώσουν το δικό τους τοπικό πρόγραμμα.

Όσον αφορά το υποκεφάλαιο του Β κεφαλαίου-«Δίκτυα Υγείας και αξιολόγηση των πρακτικών» η ανάπτυξη του θεσμού αυτού στη Γαλλία, με ειδικό νόμο, μέσα από μια συνεχή αξιολόγηση, αποδεικνύει ότι:

- Τα Δίκτυα Υγείας συντελούν στην πρόσβαση σε ποιοτικές φροντίδες υγείας, προωθούν την διεπιστημονικότητα των υγειονομικών φροντίδων κυρίως σε ορισμένους πληθυσμούς, εγκαθιδρύουν διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας των πρακτικών, λειτουργώντας εντός ορισμένου θεσμικού πλαισίου και προωθούν μεθόδους ενάντια στις ανισότητες στον χώρο της υγείας(Διαπολιτισμική Προσέγγιση) και ενδιαφέροντα προγράμματα που αφορούν και τους καθοριστικούς κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες της υγείας (π.χ. Πρόγραμμα στην περιφέρεια του Sagene του Όσλο).

Τέλος η συμμετοχή σε «Δίκτυα-Υγείας», επιτρέπει τη δυνατότητα αξιολόγησης των επαγγελματικών πρακτικών «EPR», ένας τομέας που χωλαίνει αρκετά στο χώρο της Υγείας στην Ελλάδα.

Άρα, θεωρούμε ότι ο θεσμός αυτός έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και αποτελεσματικότητα στην προαγωγή της Υγείας , εάν εφαρμόζονταν και στον Ελλαδικό χώρο.

Η Διαπολιτισμική Διαμεσολάβηση, στον χώρο της Υγείας σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο, που είναι ένα πρόγραμμα των τελευταίων δεκαετιών δημιουργήθηκε από την αδυναμία των συστημάτων υγείας (νοσοκομεία) να προσφέρουν ικανοποιητικές υπηρεσίες περίθαλψης σε μετανάστες, με την ευρεία έννοια και σε εθνοτικές ομάδες, λόγω γλωσσικών και πολιτισμικών παραγόντων.

Ο θεσμός του Διαπολιτισμικού Διαμεσολαβητή, που εφαρμόστηκε αρχικά πιλοτικά στο Βέλγιο, και κατόπιν θεσμοθετήθηκε και επισήμως, έρχεται να καλύψει το πολιτισμικό χάσμα μεταξύ του θεράποντος ιατρού και του ασθενούς, που τις περισσότερες φορές είναι αιτία συγκρούσεων και μη επαρκούς πρόσβασης σε ποιοτικές φροντίδες υγείας των μεταναστών.

Στα περισσότερα Κράτη, τα αυξημένα ποσοστά της μετανάστευσης, φέρνουν τα συστήματα υγείας των κοινωνιών υποδοχής σε δυσκολότατη θέση, διότι οι

υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας, ως αποτέλεσμα μιας μακράς διαδικασίας προσαρμογής στις ανάγκες της πλειοψηφίας του γηγενούς πληθυσμού, αποτυγχάνουν να ανταποκριθούν στις ανάγκες άλλων ομάδων.

Πιστεύουμε, λοιπόν, ότι η ένταξη του θεσμού της Διαπολιτισμικής Διαμεσολάβησης στον Ελληνικό Σύστημα Υγείας, που έχει επιβαρυνθεί πολλαπλώς από τον υπερβολικό αριθμό νομίμων ή μη μεταναστών, μετά από την κατάλληλη επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας, κυρίως των νέων, θα έλυνε τα προβλήματα της περίθαλψης των μεταναστών.

Ο προαναφερόμενος θεσμός δίνει την δυνατότητα κοντά στην «βιοιατρική» αντιμετώπιση του ασθενούς να υπάρχει η «βιοψυχωκοινωνική» προσέγγιση, η οποία βοηθά στην κατανόηση των αιτιών της ασθένειας που συνδέονται με το πολιτισμικό περιβάλλον του ασθενούς.

Τέλος θα θέλαμε να προσθέσουμε ότι για την επίτευξη όλων αυτών που παρουσιάσαμε στη διπλωματική μας εργασία, η δια βίου εκπαίδευση/επιμόρφωση, η αντικειμενική αξιολόγηση καθώς και τα κίνητρα προς τους νέους επαγγελματίες υγείας, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην βελτίωση της ποιότητας της Υγείας. Ως παράδειγμα των κινήτρων παραθέτουμε τις πρωτοβουλίες του Ιδρύματος Fondation Roi Baudouin του Βελγίου.

ΓΕΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ- ΠΗΓΕΣ
ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ

- 1) Κεραμάρης ,Ν., «Στρατηγική της Λισσαβόνας», 19 Οκτωβρίου 2008.
Διαθέσιμο:www.medicine.gr
- 2) Μούσης, Ν., «Προστασία της Δημόσιας Υγείας στην Ε.Ε» (κεφ.13.5.8 του Βιβλίου Ευρωπαϊκή Ένωση: δίκαιο, οικονομία, πολιτικές) 13 Μαΐου 2008
Διαθέσιμο: <http://europedia.moussis.eu/books/Book>
- 3) Newsletter, Επιλογές Άρθρων Πολιτικής Υγείας, «Η Προαγωγή της Υγείας στον 21^ο Αιώνα» 2009. Διαθέσιμο:www.neahygeia.gr/page.asp?p=570
- 4) ΥΓΕΙΑ Ε.Ε, Η πύλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την δημόσια υγεία «Υγεία-Πολιτικές», 23 Νοεμβρίου 2009
Διαθέσιμο:http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/policies/index_el.html
- 5) IBD-GR(THE CROHN@COLITIS COMMUNITY IN GREECE)
«Προαγωγή Υγείας:Ιστορική Εξέλιξη»
Διαθέσιμο:http://ibd-gr.blogspot.com/2008/07/blog-post_6226.html(2 Ιουλίου 2008
- 6) International Association of Health Policy: «Η Χάρτα των Λαών για την Υγεία»Διαθέσιμο:www.phmovement.org

ΞΕΝΕΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- 1) Wikipedia, "Sante Publique" (6 septembre 2010)

Available at: <http://fr.wikipedia.org> (17 octobre 2010)
- 2) S2D/Centre Collaborateur OMS Villes Sante francophones "Sante et developpement durable" Available at: [www. S2d-ccv.fr](http://www.S2d-ccv.fr) (juillet 2008)
- 3) Centre europeen pour la sante urbaine, "Le mouvement Villes-Sante de l'OMS, (2010).

Available at: www.sante.dz/jms2010/docutile/mouvement_vs.pdf
- 4) HAS "Une demarche d'amelioration de la qualite, Les Reseaux de Sante" (juin 2006)

Available at: www.has-sante.fr
- 5) Fondation Robert Schuman, Questions d'Europe n° 72 "Les services de la sante en Europe le 2007" (septembre 2007)

Available at: www.robert-schuman.eu/question_europe.php?num=qe_72
- 6) Fondation Robert Schuman, Questions d'Europe n° 25 "La politique de sante de l'Union europeene" (avril 2006)

Available at: www.robert-schuman.eu/question_europe.php?num=qe_25
- 7) Declaration of Amsterdam (March 2005)

Available at: www.patientorganizations.org/showarticle.pl
- 8) Declaration of Alma Ata (September 2010)

Available at: www.en.wikipedia.org/.../Alma_Ata_Declaration
- 9) Declaration of Jakarta (June 2010)

Available at: www.en.wikipedia.org/.../jakarta_Declaration

- 10) "La Charte de Ljubiana sur la reforme des systems de sante, juin 1996" (2007)
- Available at:
www.maisonmedicale.org/La_Charte_de_Ljubiana-sur_la_.html
- 11) Secretariat europeen des pratiques de sante communautaire "La Charte de la participation" (2007)
- Available at:
www.maisonmedicale.org/La_Charte_de_la-participation.html
- 12) Recommandations d'Adelaide: Politiques pour la sante 1988 (2007)
- Available at:
www.maisonmedicale.org/Recommandatios_d_Adelaide.html
- 13) Crenn, C. "La culture, entre alibi et volonte therapeutique. Le traitement de la difference dans le choix des malades oriente vers une consultation pour migrants" Face a Face-UB2 Sociales, Sante Developpement (2006)
- Available at:
http://www.s2d.ubordeaux2.fr/faf/archieves/numero_2/articles/culture
- 14) GIPSPSI "Fontionnement du systemo de sante" (2009)
- http://www.gispspi.org/GIP_FR_systeme_francais_de_sante
- 15) Madoki, F "Sud-Nord : les maisons medicales en mouvement", Federation des maisons medicales, 2 Juillet 2010.
- Available at: www.maisonmedicale.org (28 Juillet 2010)
- 16) CLPS de Bruxelles "Le centre local de promotion de la sante de Bruxelles decline la promotion de la sante au niveau local" (October 1 2009). Available at: www.maisonmedicale.org (October 10 2009)
- 17) Fondation Roi Baudouin, "Inegalites de Sante et bonnes Pratiques Locales-Bruxelles, Septembre 13 2010.

Available at:<http://www.kbs-frb.be/call.aspx?id=26607@LangType=2060>

- 18) Communication de la Commission-Europa, “Nouvelle strategie communautaire en matiere de sante”, Mai 16 2007. COM(2007)285

Available at :

http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european

- 19) Livre blanc de la Commission, “Nouvelle approche strategique en matiere de sante pour l’UF(2008-2013)”, October 23 2007. COM(2007)630

Final. Available at :

http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european

- 20) Health Service Executive “Strategie interculturelle nationale de la sante 2007-2012”, November 19 2010.

Available at:www.itergration.ie/website/.../NIHS.summary_French.pdf

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Doumont, D., Verstraeten, K., Gossiaux, Y., Libion, F.(2008), *Quelques exemples de politiques de santé publique mises en place au sein de l’Europe*, Louvain:UCL-RESO Unite d’Education pour la santé.
- 2) Bhopal, R.S.(2007), *Ethnicity, race and health in multicultural societies*, Oxford: Oxford University Press.
- 3) Μούσης, Ν. (1999), *Ευρωπαϊκή Ένωση: Δίκαιο, Οικονομία, Πολιτική*, Αθήνα :Εκδόσεις Παπαζήση.
- 4)) Καρανικόλας Α., Φλέγκας, Π., (2007) *ΤΟ ΒΕΛΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ-ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ –Η ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ*, Θεσσαλονίκη:University Studio Press.

- 5) Ευφροσύνη Μπαλασσά-Φλέγκα, Ε.(2009), *ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΤΗΣ UNESCO, Θέματα Διαπολιτισμικής Πολιτικής και Παιδεία. Προσεγγίσεις και Στρατηγικές*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ-ΚΕΙΜΕΝΑ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

- 1) Sante conjugué (1997), “ Congress de la Federation des maisons médicales”
n° 1.
- 2) Drielsma, P.(2008), “Les maisons médicales :le modele belge” Article paru
dans la revue Pratiques, n° 39.
- 3) ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ: ΛΕΥΚΗ ΒΙΒΛΟΣ “Μαζί για
την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013”
COM(2007)630τελικό
{SEC(2007)1374} {SEC(2007)1375} {SEC(2007)1376} Βρυξέλλες
23/10/2007.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

1) Ο Χάρτης της Ljubljana αναφορικά με τη μεταρρύθμιση των Συστημάτων Υγείας (1996)

“La Charte de Ljubliana sur la reforme des systems de sante, juin 1996” (2007)

Available at: www.maisonmedicale.org/La_Charte_de_Ljubliana-sur_la_.html

Προοίμιο

- 1) Ο παρών Χάρτης έχει ως στόχο να καθορίσει ένα σύνολο από αρχές που πρέπει να ενταχθούν στα υπάρχοντα Συστήματα Υγείας ή που θα επιτρέψουν την βελτίωση των Φροντίδων Υγείας σε όλα τα Ευρωπαϊκά Κράτη-Μέλη του Π.Ο.Υ. Αυτές οι αρχές στηρίζονται στην αποκτηθείσα εμπειρία σε διάφορες χώρες κατά την υλοποίηση της μεταρρύθμισης των Συστημάτων Υγείας και πάνω στην Ευρωπαϊκή Στρατηγική της Υγείας για όλους και κυρίως επάνω στους σχετικούς σκοπούς με τα Συστήματα Υγείας.
- 2) Ο Χάρτης προβλέπει και περιλαμβάνει την μεταρρύθμιση των Συστημάτων Υγείας μέσα στο ειδικό περιβάλλον της Ευρώπης και είναι επικεντρωμένα στην Αρχή κατά την οποία τα Συστήματα Υγείας έχουν ως στόχο την βελτίωση της κατάστασης της Υγείας και την ποιότητα της ζωής των ατόμων.
- 3) Η βελτίωση της κατάστασης της Υγείας του πληθυσμού είναι ένας δείκτης ανάπτυξης της κοινωνίας. Οι υπηρεσίες υγείας παίζουν ένα σημαντικό ρόλο αλλά δεν είναι οι

μοναδικές που έχουν επίδραση πάνω στην ευζωία των ατόμων :Οι άλλοι τομείς έχουν επίσης μια συμβολή στο να προσφέρουν και μια υπευθυνότητα να αναλαμβάνουν δράσεις αναφορικά με τον τομέα της υγείας.

4) Συνειδητοποιώντας αυτά που προηγούνται, εμείς, οι Υπουργοί της Υγείας των Ευρωπαϊκών Κ. Μελών του ΠΟΥ ή οι συμμετέχοντες εκπρόσωποί τους, στη σύνοδο της Λουμπλιάνας δεσμευόμαστε με τον παρόν χάρτη να προωθήσουμε τις ακόλουθες αρχές και καλούμε όλους τους πολίτες, κυβερνήσεις, ιδρύματα και ιστολογικά όργανα να συμπράξουν με εμάς σε αυτή την πρωτοβουλία. Παρακαλούμε επιπλέον το Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη να λείει τα κατάλληλα μέτρα για να βοηθήσει τα κράτη-μέλη να υλοποιήσουν αυτές τις αρχές.

ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΑΡΧΕΣ

5) Στο ευρωπαϊκό περιβάλλον, τα Συστήματα Υγείας οφείλουν να στηρίζονται στις ακόλουθες αρχές:

5.1.) Ένα στοιχείο-κινητήριο δύναμη: Θεμελιώδεις αξίες. Η μεταρρύθμιση των Συστημάτων Υγείας πρέπει να καθοδηγούνται από τις θεμελιώδεις αξίες που είναι η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, η ισονομία, η αλληλεγγύη και η επαγγελματική ηθική.

5.2) Ένας σκοπός: Υγεία. Κάθε σπουδαία μεταρρύθμιση θα πρέπει να καθορίζει διαυγείς-ευκρινείς στόχους βελτίωσης της Υγείας. Η προστασία και προώθηση της Υγείας πρέπει να είναι οι ανώτατες έγνοιες (ευθύνες) του συνόλου της κοινωνίας.

5.3) Ένας ουσιώδης παράγων: Το άτομο. Η μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πολιτών λαμβάνοντας υπόψη, στο πλαίσιο της δημοκρατικής διαδικασίας, τις προσδοκίες τους αναφορικά με την Υγεία και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η γνώμη και η επιλογή των πολιτών θα πρέπει να ασκούν μια καθοριστική επίδραση στον τρόπο με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας έχουν σχηματιστεί και λειτουργούν. Οι πολίτες οφείλουν επίσης να μοιράζονται την υπευθυνότητα της προσωπικής τους υγείας.

ΠΟΙΟΤΗΤΑ

5.4) Ένας πόλος σύγκλισης

Κάθε μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας θα πρέπει να έχει ως στόχο να βελτιώνει με σταθερό τρόπο την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας, και οφείλει να συμπεριλάβει γι' αυτό το σκοπό μια ευκρινή στρατηγική.

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

5.5) Ένας βιώσιμος τρόπος χρηματοδότησης. Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας πρέπει να επιτρέπει προσφερόμενες φροντίδες υγείας σε όλους με τρόπο βιώσιμο. Αυτό σημαίνει για κάθε άτομο, το δικαίωμα πληρωμής των νοσηλίων και ισότιμη πρόσβαση σε φροντίδες υγείας, εξού και η αναγκαιότητα μιας λογικής χρήσης των πόρων. Οι κυβερνήσεις οφείλουν για να εξασφαλίσουν την αλληλεγγύη να συμμετέχουν δραστήρια στην κανονική χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

5.6) Ένα θεμελιώδες στοιχείο: Οι προσφερόμενες υπηρεσίες. Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες Υγείας. Οι υπεύθυνοι της μεταρρύθμισης οφείλουν εμπνεόμενοι από την φιλοσοφία των πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας, να επαγρυπνούν ώστε οι υγειονομικές υπηρεσίες να εξασφαλίζουν σε όλα τα επίπεδα την προστασία και τη βελτίωση της υγείας, τη βελτίωση της ποιότητας της υγείας, την πρόληψη και την διαχείριση των ασθενειών, την αποκατάσταση των ασθενών και την ανάληψη της φροντίδας των ατόμων που υποφέρουν και είναι στο τέλος της ζωής τους. Η μεταρρύθμιση οφείλει να διευκολύνει με την από κοινού λήψη αποφάσεων από τον ασθενή και τον παροχέα φροντίδων υγείας και να ενδυναμώνει τον σφαιρικό χαρακτήρα και τη συνέχεια των παρεχόμενων φροντίδων υγείας, λαμβάνοντας υπόψη της ιδιαιτερότητες του κάθε πολιτισμικού περιβάλλοντος.

ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

6) Οι ακόλουθες αρχές είναι τα κλειδιά μιας αποτελεσματικής διαχείρισης της μεταρρύθμισης.

6.1) Ανάπτυξη της πολιτικής της υγείας

6.1.1) Η μεταρρύθμιση ενός συστήματος υγείας οφείλει να ενταχθεί με τρόπο κατανοητό μέσα στη σφαιρική πολιτική της υγείας για όλους συμφωνώντας με την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση κάθε χώρας. Αυτή η διαδικασία της ανάπτυξης οφείλει να στηρίζεται σε μια ευρεία συναίνεση η οποία να συγκεντρώνει τον μεγαλύτερο αριθμό ενδιαφερόμενων των κοινωνικών εταίρων.

6.1.2.) Οι πολιτικές, οι διοικητικές και τεχνικές σπουδαίες αποφάσεις οι σχετικές με την εκπόνηση του συστήματος υγείας οφείλουν να είναι θεμελιωμένες από όλες τις δυνατές απόψεις πάνω σε συγκεκριμένα στοιχεία. Η μεταρρύθμιση οφείλει να είναι αντικείμενο μιας συνεχούς επίβλεψης και αξιολόγησης η οποία θα γίνεται με διαφάνεια από τι κοινό.

6.1.3) Οι κυβερνήσεις οφείλουν να προωθούν μια γενική διαβούλευση αναφορικά με τις αξίες που πρέπει να γίνονται σεβαστές και να εξασφαλίζει την ισόνομη κατανομή των πόρων καθώς και την πρόσβαση όλων στις υπηρεσίες υγείας. Οφείλουν επίσης να παίρνουν τα νομοθετικά και κανονιστικά μέτρα προς αυτή την κατεύθυνση. Κάθε φορά που οι μηχανισμοί της αγοράς μπορούν να λειτουργούν, αυτοί οφείλουν να ευνοούν τον ανταγωνισμό ώστε να γίνεται καλύτερη η ποιότητα και η χρήση των σπάνιων πόρων.

6.2.) Να δίνεται η δέουσα προσοχή στη γνώμη και στην επιλογή των πολιτών

6.2.1.) Η γνώμη και η επιλογή των πολιτών οφείλει να συμβάλλει τόσο στη σύλληψη των υπηρεσιών υγείας όσο και στις λαμβανόμενες αποφάσεις σε όλα τα επίπεδα-οικονομικά, διοικητικά και επαγγελματικά.

6.2.2. Η φωνή των πολιτών πρέπει να ακούγεται αναφορικά με τα σημεία τόσο το περιεχόμενο των φροντίδων, την υπογραφή συμφωνιών, υπηρεσιών, την ποιότητα της διάδρασης, παροχέα και ασθενούς, την διαχείριση των καταλόγων αναμονής και δίνεται συνέχεια στην διεκπεραίωση των διεκδικήσεων.

6.2.3.) Οι πολίτες, για να εξασκήσουν την επιλογή και τα δικαιώματά τους ως ασθενείς, οφείλουν να ευνοούνται από αξιόλογα μέσα σωστά και σωστή πληροφόρηση και παιδεία. Αυτό σημαίνει ότι οφείλουν να μπορούν να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες δημοσίως αξιόπιστες που αφορούν τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.

6.3.) ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

6.3.1.) Οι δραστηριότητες της προσωπικής ανάληψης, των οικογενειακών φροντίδων υγείας οι οποίες δεν είναι οργανωμένες (structure) καθώς και αυτές οι οποίες προσφέρονται από διάφορους κοινωνικούς θεσμούς-φορείς, θα πρέπει να είναι συμβατές μ' αυτές των δομημένων-οργανωμένων υπηρεσιών υγείας. Θα πρέπει να διατηρούν συνεχείς επαφές και να διαθέτουν κατάλληλα συστήματα προσανατολισμού και πληροφόρησης.

6.3.2) Οι στρατηγικές οφείλουν να είναι καλά διαμορφωμένες, θα πρέπει να είναι σε επικαιρότητα για να μεταφέρουν κάθε φορά αν αυτό είναι δυνατόν, τα μέσα για κατάλληλες νοσοκομειακές φροντίδες προς τις φροντίδες της πρωτοβάθμιας υγείας, τις φροντίδες των επειγόντων, τις φροντίδες ΕΚΑΒ και τις φροντίδες κατ' οίκον.

6.3.3) Τα περιφερειακά δίκτυα των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει αν δυναμωθούν όταν προσφέρουν μια καλύτερη προσφορά-σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας και επιτρέπουν την καλύτερη αντιμετώπιση των ιατρικών επειγόντων και διευκολύνουν την συνεργασία μεταξύ των νοσοκομείων με τις πρωτοβάθμιες φροντίδες υγείας.

6.3.4) Για να μπορούμε να βελτιώσουμε με συνεχή τρόπο την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να διαθέτει συστήματα πληροφόρησης που να βασίζονται σε επιλεγμένους δείκτες ποιότητας των παρεχομένων φροντίδων που να προέρχονται από συνεχείς δράσεις και να μεταφέρονται στους γιατρούς, στο νοσοκομείο προσωπικού και στα άλλα άτομα που παρέχουν υγειονομικές φροντίδες.

6.4) Η ΕΠΑΝΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

6.4.1) Στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να καταβληθεί προσπάθεια για να συμπεριληφθούν οι καλύτερες επαγγελματικές κατηγορίες οι οποίες θα δημιουργήσουν τις διεπιστημονικές ομάδες των συστημάτων υγείας του μέλλοντος.

6.4.2) Θα πρέπει να υιοθετηθεί στη βασική κατάρτιση στην ειδική και συνεχή κατάρτιση του προσωπικού υγείας ένα όραμα πιο ευρύ από αυτό των παραδοσιακών θεραπευτικών φροντίδων. Η ποιότητα των ΥΦΥ, η πρόληψη της αρρώστιας και η προώθηση της υγείας οφείλουν να αποτελούν τμήμα αναπόσπαστο της κατάρτισης.

6.4.3) Μέτρα κατάλληλα για την παρακίνηση θα πρέπει να λαμβάνονται για να ενθαρρύνουν το προσωπικό υγείας ώστε να ενδιαφέρονται πολύ περισσότερο για την ποιότητα, το κόστος και τα αποτελέσματα των φροντίδων υγείας. Οι επαγγελματικοί οργανισμοί και της πληρωμής θα πρέπει να συνεργάζονται δραστήρια με τους υπεύθυνους της δημόσιας υγείας για να προωθούν και να ευνοούν αυτή την εξέλιξη.

6.5) ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

6.5.1) Θα πρέπει αν θέλουμε να υλοποιηθούν οι επιθυμητές βελτιώσεις αναφορικά με την υγεία του πληθυσμού, να δημιουργηθεί ένα σύνολο διοικητικών λειτουργιών και υποδομής της δημόσιας υγείας που θα είναι επιφορτισμένες να καθοδηγούν και να κατευθύνουν το σύνολο του συστήματος.

6.5.2) Τα ιδρύματα προσφοράς υγείας οφείλουν να χαίρουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερης αυτονομίας στη διαχείριση της πορείας τους στο πλαίσιο του σεβασμού των αρχών ενός αποτελεσματικού ισόνομου συστήματος υγείας.

6.5.3) Η βελτίωση της διαχείρισης θα πρέπει σταθερά να υποστηρίζεται δυναμώνοντας την ικανότητα κάθε ατόμου. Να κατευθύνει, να διαπραγματεύεται και να επικοινωνεί θέτοντας σε ενέργεια τους θεσμικούς μηχανισμούς που επιτρέπουν την παροχή φροντίδων με τρόπο περισσότερο αποτελεσματικό και περισσότερο λογικό

6.6.) Η συλλογή διδαγμάτων από την εμπειρία

6.6.1) Θα πρέπει για να διευκολύνεται σε επίπεδο εθνικό και διεθνές η ανταλλαγή δεδομένης εμπειρίας που αφορά την λειτουργία της μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας και το στήριγμα στις πρωτοβουλίες που λαμβάνονται σε κάθε τομέας.

6.6.2) Αυτό το στήριγμα πρέπει να στηρίζεται σε έγκυρες πληροφορίες που αφορούν την μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας λαμβάνοντας επισήμως γνώση, τις πολιτισμικές διαφορές που υπάρχουν αναφορικά με την υγεία και να τις εκτιμάμε στη σωστή τους αξιολογική τους διάσταση.

2) Διακήρυξη της Άλμα-Άτα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Available at: www.immigrants_health.duth.gr/Alma

Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), στις 12 Σεπτεμβρίου του 1978, εκφράζοντας την ανάγκη για ανάληψη άμεσης δράσης από όλες τις κυβερνήσεις, τους εργαζομένους σε υπηρεσίες υγείας και ανάπτυξης και την παγκόσμια κοινότητα, για την προστασία και προαγωγή της υγείας όλων των ανθρώπων, διατύπωσε την ακόλουθη Διακήρυξη:

Διακήρυξη

I

Η Διάσκεψη επισημαίνει για μιαν ακόμη φορά την ισχυρή πεποίθησή της ότι η Υγεία (η οποία ορίζεται ως κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλά ως απουσία νόσου ή αναπηρίας) αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και ότι η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παγκόσμιο στόχο του οποίου η πραγματοποίηση προϋποθέτει τη συμβολή πολλών άλλων οικονομικών και κοινωνικών τομέων, πέραν του τομέα υγείας.

II

Η υπάρχουσα τεράστια ανισότητα στο επίπεδο υγείας -ιδιαίτερα μεταξύ των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών, αλλά και σε καθεμία ξεχωριστά- είναι, αφενός μεν, πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτη, αφετέρου δε, κοινού ενδιαφέροντος για όλες τις χώρες.

III

Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, βασισμένη σε μια Νέα Διεθνή Οικονομική Τάξη είναι βασικής σημασίας για την ολοκληρωμένη επίτευξη υγείας για όλους και τη μείωση του χάσματος μεταξύ του επιπέδου υγείας των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων

χωρών. Η προώθηση και προστασία της ανθρώπινης υγείας είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και συμβάλλει στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και την επικράτηση της παγκόσμιας ειρήνης.

IV

Οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα, αλλά και καθήκον να συμμετέχουν, ατομικά και συλλογικά, στο σχεδιασμό και την υλοποίηση της φροντίδας υγείας τους.

V

Οι κυβερνήσεις έχουν ευθύνη για την υγεία των πολιτών τους η οποία μπορεί να εκπληρωθεί μόνο με την εφαρμογή επαρκών υγειονομικών και κοινωνικών μέτρων. Ένας από τους κύριους κοινωνικούς στόχους κυβερνήσεων, διεθνών οργανισμών και ολόκληρης της παγκόσμιας κοινότητας, στις ερχόμενες δεκαετίες, πρέπει να είναι η επίτευξη μέχρι το έτος 2000 ενός επιπέδου υγείας για όλους τους ανθρώπους παγκόσμια, που θα τους επιτρέπει να διάγουν έναν κοινωνικά και οικονομικά παραγωγικό βίο. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί το κλειδί για την επίτευξη αυτού του στόχου ως μέρος μιας ανάπτυξης στο πνεύμα της κοινωνικής δικαιοσύνης.

VI

Η Π.Φ.Υ. αποτελεί βασική υγειονομική μέριμνα, η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι προσβάσιμη από το σύνολο των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και τους παρέχεται σε διαδραστική μορφή και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί ανεξαρτήτως σταδίου ανάπτυξης και μέσα σε πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης. Η Π.Φ.Υ. προσδιορίζεται ως αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας μίας χώρας, του οποίου αποτελεί κεντρική λειτουργία και κύριο στόχο, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, φέρνοντας την υγειονομική φροντίδα όσο το δυνατόν κοντύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Με τον τρόπο αυτό συνιστά το πρώτο στάδιο μιας αλληλουχίας υπηρεσιών υγείας.

VII

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

1. αντανακλά τις οικονομικές συνθήκες και τα κοινωνικοπολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της χώρας και των κοινοτήτων της και αναπτύσσεται βάσει

- αυτών. Στηρίζεται, δε, στην εφαρμογή σχετικών αποτελεσμάτων που προκύπτουν από έρευνες κοινωνικών, βιοϊατρικών, και υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και την εμπειρία της δημόσιας υγείας.
2. εστιάζει στα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας, παρέχοντας ανάλογες υπηρεσίες προαγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.
 3. περιλαμβάνει κατ' ελάχιστον: εκπαίδευση που αφορά τα κύρια προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους· διασφάλιση επαρκούς σίτισης και προαγωγή σωστής διατροφής· επαρκή παροχή ασφαλούς πόσιμου νερού και αποχέτευσης· μητρική και παιδική φροντίδα υγείας, περιλαμβανομένου και του οικογενειακού προγραμματισμού· ανοσοποίηση έναντι των κυρίων μεταδοτικών λοιμώξεων· πρόληψη και έλεγχο τοπικών ενδημικών νόσων· κατάλληλη αντιμετώπιση συνήθων νοσημάτων και τραυμάτων· προμήθεια βασικών φαρμάκων.
 4. εμπλέκει, πέραν του τομέα της υγείας, όλους τους σχετικούς τομείς της εθνικής και κοινοτικής ανάπτυξης και σε όλες τις μορφές τους· συγκεκριμένα: γεωργία, κτηνοτροφία, βιομηχανία, εκπαίδευση, στέγαση, δημόσια έργα, επικοινωνίες κ.ά. και απαιτεί τη συνεργασία όλων αυτών των παραγόντων.
 5. αξιώνει και προάγει τη μέγιστη κοινοτική και ατομική αυτοδυναμία και συμμετοχή στο σχεδιασμό, την οργάνωση, την εφαρμογή και τον έλεγχο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αξιοποιώντας πλήρως τοπικές, εθνικές και άλλες διαθέσιμες πηγές· και με αυτό το στόχο αναπτύσσει, μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης, την ικανότητα της κοινότητας να συμμετέχει.
 6. πρέπει να στηρίζεται σε ενιαίες, λειτουργικές και αλληλοεξαρτώμενες υπηρεσίες παραπομπής οδηγώντας σε σταδιακή βελτίωση μιας ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας για όλους και δίνοντας προτεραιότητα σε αυτούς με τη μεγαλύτερη ανάγκη.
 7. στηρίζεται, τόσο σε τοπικό, όσο και σε επίπεδο παραπομπής, σε εργαζόμενους υγείας, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, μαιών, παραϊατρικού προσωπικού και κοινωνικών λειτουργών, όπως επίσης και πρακτικών θεραπευτών εφόσον χρειάζεται, κατάλληλα κοινωνικά και πρακτικά εκπαιδευμένους, προκειμένου να εργάζονται ως ομάδα υγείας και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες που εκφράζει η κοινότητα.

VIII

Όλες οι κυβερνήσεις πρέπει να διαμορφώσουν εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια δράσης προκειμένου να προωθήσουν και να στηρίξουν την Π.Φ.Υ. ως τμήμα ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας και σε συντονισμό με άλλους τομείς. Για το σκοπό αυτό, είναι απαραίτητο να εκφραστεί σαφής πολιτική βούληση, να επιστρατευτούν κρατικοί πόροι και να γίνει ορθολογική χρήση των διαθέσιμων εξωτερικών πόρων.

ΙΧ

Όλες οι χώρες πρέπει να συμπράξουν με πνεύμα συνεργασίας και προσφοράς προκειμένου να εξασφαλίσουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για όλους από τη στιγμή που η επίτευξη αυτού του στόχου για μία χώρα αφορά και ωφελεί άμεσα κάθε άλλη χώρα. Σε αυτό το πλαίσιο, η κοινή έκθεση του W.H.O. και της UNICEF για την Π.Φ.Υ. συνιστά μια σταθερή βάση για την περαιτέρω ανάπτυξη και τη λειτουργία της σε παγκόσμιο επίπεδο.

X

Ένα αποδεκτό επίπεδο υγείας για όλους τους ανθρώπους μέχρι το έτος 2000 μπορεί να επιτευχθεί με την πληρέστερη και καλύτερη χρήση των παγκόσμιων πόρων, ένα σημαντικό μέρος των οποίων διατίθεται αυτή τη στιγμή σε εξοπλισμούς και στρατιωτικές συγκρούσεις. Μια γνήσια πολιτική ανεξαρτησίας, ειρήνης, ύφεσης και αφοπλισμού δύναται και οφείλει να απελευθερώσει επιπλέον πόρους οι οποίοι μπορούν να αφιερωθούν σε ειρηνικούς σκοπούς και πιο συγκεκριμένα στην ταχύτερη κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη από την οποία η Π.Φ.Υ., ως ουσιώδες τμήμα της, οφείλει να διεκδικήσει το κατάλληλο μέρος. Η Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καλεί για επείγουσα και αποτελεσματική εθνική και διεθνή δράση, προκειμένου να αναπτυχθεί και να εφαρμοστεί πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε όλον τον κόσμο και ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες σε ένα πνεύμα τεχνικής συνεργασίας και σε συμφωνία με μια νέα διεθνή οικονομική τάξη. Παροτρύνει τις κυβερνήσεις, τον WHO, τη UNICEF και άλλους διεθνείς οργανισμούς, καθώς επίσης διμερείς και πολυμερείς οργανισμούς, Μ.Κ.Ο., οικονομικούς οργανισμούς, εργαζομένους υγείας και όλη την παγκόσμια κοινότητα να στηρίξουν μια εθνική και διεθνή δέσμευση για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και να παράσχουν αυξημένη τεχνική και οικονομική στήριξη σε αυτή, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η διάσκεψη καλεί όλους τους προαναφερθέντες να συνεργαστούν στην εισαγωγή, ανάπτυξη και διατήρηση της Π.Φ.Υ. σε συμφωνία με το πνεύμα και το περιεχόμενο της Διακήρυξης.

3) **Η Διακήρυξη του Άμστερνταμ:** Αναφορικά με τα Νοσοκομεία τα προσαρμοσμένα στις ανάγκες των μεταναστών σε μια Ευρώπη χαρακτηριζόμενη από εθνοτική και πολιτισμική ποικιλομορφία.

Declaration of Amsterdam(March 2005)

Available at: www.patientorganizations.org/showarticle.pl

Μετανάστευση, ποικιλομορφία, υγεία και νοσοκομεία.

Ως γνωστό η μετανάστευση, η εθνοτική και πολιτισμική ποικιλομορφία, η υγεία καθώς και οι φροντίδες υγείας, συνδέονται από πολλές απόψεις.

Λόγω της αυξημένης μετανάστευσης ανά τον κόσμο, της παγκοσμιοποίησης, και επίσης της διεύρυνσης της Ευρώπης, οι ευρωπαϊκές κοινότητες αποβαίνουν όλο και περισσότερο διαφοροποιημένες κυρίως σε τοπικό επίπεδο.

Η κατάσταση της υγείας των μεταναστών και των εθνοτικών μειονοτήτων υπολείπεται εμφανώς από αυτή του μέσου όρου του ημεδαπού πληθυσμού. Αυτές οι ομάδες είναι περισσότερο ευάλωτες λόγω της υποδεέστερης κοινωνικο-οικονομικής της κατάστασης και των τραυματικών μεταναστευτικών εμπειριών τους, καθώς και από την έλλειψη μιας επαρκούς κοινωνικής συμπαράστασης.

Για τα συστήματα και τις υπηρεσίες υγείας, αυτή η συνεχώς αυξανόμενη ποικιλομορφία αποτελεί ένα ουσιαστικό προβληματισμό, ο οποίος απαιτεί τις κατάλληλες προσαρμογές και κυρίως μια ποιοτική ανάπτυξη του Συστήματος Υγείας.

Είναι διαπιστωμένο ότι οι μειονοτικές ομάδες δεν επωφελούνται, στο ίδιο επίπεδο ,των υπηρεσιών υγείας ,σε σύγκριση με το μέσο όρο του ημεδαπού πληθυσμού, στον τομέα της διάγνωσης , της θεραπείας και της πρόληψης.

Οι υπηρεσίες της Δημόσιας Υγείας , λόγω της δομής τους, δεν ανταποκρίνονται αρκετά σε συγκεκριμένες ανάγκες των μειονοτήτων(ανάγκες που δεν υφίστανται για τους ημεδαπούς)

Πολλά είναι τα προβλήματα που δημιουργούνται τόσο στους χρήστες όσο και στους παρέχοντες(ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας, όπως τα γλωσσικά εμπόδια , η πολιτισμική ποικιλομορφία (που επιδρά άμεσα στις συμπεριφορές και των δυο μερών), αλλά επίσης και η έλλειψη επιπλέον διαθέσιμων πόρων καθώς και το χαμηλό οικονομικό επίπεδο των μεταναστών και η άγνοια σχετικά με τα δικαιώματα των μειονοτήτων.

Όλα αυτά, είναι φυσικό να θέτουν νέες προκλήσεις για την εξασφάλιση της ποιότητας , κυρίως στα νοσοκομεία , τα οποία παίζουν ένα ιδιαίτερο σημαντικό στην προσφορά βοήθειας και περίθαλψη αυτού του τμήματος του πληθυσμού μιας τοπικής κοινωνίας³.

Ένας άλλος επίσης παράγοντας που παίζει σημαντικό ρόλο, είναι το χαμηλό επίπεδο της εκπαίδευσης σε θέματα υγείας των μεταναστών, γεγονός που εμποδίζει την ισότιμη πρόσβαση των μειονοτήτων στις υπηρεσίες της Δημόσιας Υγείας.

Οι μετανάστες στην Ευρώπη υπολείπονται σε πληροφόρηση αναφορικά με τις διαθέσιμες νοσηλευτικές και άλλες φροντίδες ή γενικά σε άλλα θέματα που άπτονται τον χώρο της Υγείας στο συγκεκριμένο πλαίσιο των ευρωπαϊκών κοινοτήτων. Εδώ ακριβώς εστιάζεται μια από τις αίτιες που συντελεί στο ότι οι μετανάστες δεν χρησιμοποιούν συχνά τις υπηρεσίες υγείας με αποτελεσματικό τρόπο και οι ίδιοι δεν φροντίζουν για την πρόληψή του από ορισμένες ασθένειες .

Έχουμε επομένως, προς το παρόν, να κάνουμε με μια κατάσταση που θέτει προκλήσεις στα νοσοκομεία και στο προσωπικό τους, ένα προσωπικό που γίνεται και το ίδιο όλο και περισσότερο διαφοροποιημένο, γεγονός που αντιπροσωπεύει συγχρόνως μια ευκαιρία, μια πηγή-ανανέωση και μια πρόσθετη πρόκληση για καινοτομίες για τις νοσηλευτικές μονάδες.

Με σκοπό να αντιμετωπισθούν αυτές οι προκλήσεις, νοσοκομεία από 12 ευρωπαϊκές χώρες, δημιούργησαν μια ομάδα πιλοτικών νοσοκομείων για να συμμετάσχουν στο Σχέδιο/Πρόγραμμα "Migrant –Friendly Hospital-MFH. Τα εθνικά και διεθνή Δίκτυα των Νοσοκομείων-Υγεία του Π.Ο.Υ(Health Promoting Hospitals HPH) έπαιξαν έναν

σημαντικότερο ρόλο στην συγκέντρωση εταίρων από την Γερμανία, Αυστρία, Δανία, Ισπανία, Φιλανδία, Γαλλία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Κάτω Χώρες, Σουηδία και του Ηνωμένου Βασιλείου. Αντιπροσωπεύουν μια ευρύτατη κλίμακα διαφόρων τύπων νοσοκομείων, όπως μεγάλα πανεπιστημιακά νοσηλευτικά κέντρα των μεγάλων πόλεων(Μητροπόλεων), μικρά κοινοτικά νοσοκομεία, δημόσια νοσοκομεία ή νοσηλευτικά ιδρύματα που ανήκουν σε ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς.

Μερικοί από τους εταίρους, ήδη είχαν μακρόχρονη εμπειρία-πριν από το πρόγραμμα αυτό-στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε διαφοροποιημένες/πολυπολιτισμικές κοινότητες, άλλοι σε ομοιογενείς και μερικοί σε πολύ ιδιόμορφες κοινότητες που περιλαμβάνουν έναν μεγάλο αριθμό λαθρομεταναστών –χωρίς ταξιδιωτικά έγγραφα.

Κάποιοι εταίροι εξυπηρετούσαν αρκετά καλά τις κοινότητές τους μέσα στο ήδη υπάρχον και ενταγμένο πλαίσιο σ'ένα δεδομένο κοινωνικό περιβάλλον, σύστημα υγείας και άλλοι λειτουργούσαν εντελώς αποσπασματικά για τις ειδικές ομάδες ασθενών, σε δομές συστημάτων υγείας που είχαν σχεδιαστεί για τους ημεδαπούς.

Το όλο πρόγραμμα είχε την οικονομική στήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Αυστριακής Κυβέρνησης. Επίσης Ευρωπαίοι και Διεθνείς Οργανισμοί συμμετείχαν σ'αυτήν την πρωτοβουλία ως "εταίροι υποστήριξης" (βλ.απαρίθμηση στο τέλος του κεφαλαίου)

Οι εταίροι του Προγράμματος συμφώνησαν επί ορισμένων θεμελιωδών αρχών ως κεντρικά στοιχεία της Διακήρυξης της αποστολής ενός Νοσοκομείου που ανταποκρίνεται στις ανάγκες των μεταναστών:

- Να σέβεται την ποικιλομορφία, αποδεχόμενο τα άτομα διαφόρων προελεύσεων, ως μέλη, εκ προοιμίου, ισότιμα της κοινωνίας.
- Να καθορίζει/προσδιορίζει τις ανάγκες των ατόμων διαφορετικής καταγωγής.
- Να εξασφαλίζει μια συνεχή παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας τους.
- Να μεριμνά, επίσης για την ανάπτυξη των υπηρεσιών, εφαρμόζοντας τις κατάλληλες πρακτικές, σε συνάρτηση με τις ανάγκες της προαναφερόμενης ομάδας του πληθυσμού.
- Να μεριμνά για την επούλωση των μειονεκτημάτων που απορρέουν από την διαφορετική προέλευση των ατόμων (μεταναστών).

Με βάση μιας λεπτομερούς αξιολόγησης των αναγκών, το Πρόγραμμα μπόρεσε-παρά την ποικιλομορφία των Συστημάτων Υγείας των συμμετεχουσών χωρών και των τοπικών

καταστάσεων των Ευρωπαϊκών Νοσοκομείων-να καταγράψει έναν μεγάλο αριθμό κοινών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες/εθνοτικές μειονότητες καθώς και το προσωπικό της Μονάδας Υγείας.

Για τα καταγεγραμμένα προβλήματα, ενεργοποιήθηκαν με επιτυχία λύσεις βασισμένες στην ειδική γνώση των προβλημάτων, όπως στον τομέα της διερμηνείας, της κατάρτισης νοσοκομειακού προσωπικού στην διαπολιτισμική ικανότητα (competence interculturelle) και την ενίσχυση της κοινωνικής φροντίδας της μητέρας και του παιδιού.

Τα πιλοτικά νοσοκομεία, προσπάθησαν επίσης να βελτιώσουν κατά ένα γενικό τρόπο της διαχείρισης της ποικιλομορφίας τις οργανωτικές δομές τους καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισης(νοοτροπίας) με απώτερο σκοπό ν'αποβούν οργανισμοί, που να συμπλέουν με τις ανάγκες των μεταναστών.

Για τους εταίρους, το να αποβούν τα νοσοκομεία τους ένας οργανισμός "που να ταιριάζει καλύτερα στους μετανάστες" θεωρείται εφικτό, αλλά όχι προφανές διότι για τέτοιου είδους διαδικασίες και αλλαγές πρέπει να συμβάλλουν πολυάριθμοι φορείς, των οποίων (βλ. www.mfh_eu.net) ο συντονισμός απαιτεί διάφορες επεξεργασίες των δεδομένων και των καταστάσεων .

Για την εξασφάλιση της διάρκειας αυτής της πρωτοβουλίας δημιουργήθηκε ένα "Task-Force on Migrant-Friendly Hospital" στο πλαίσιο του Δικτύου Health Promoting Hospitals του Π.Ο.Υ στην Ευρώπη . Αυτό το "Task-Force" θα εξυπηρετήσει ως επίκεντρο για να δημιουργηθούν μελλοντικές πρωτοβουλίες, να οργανωθούν εργαστήρια και να εξασφαλιστεί η υλοποίηση διαφόρων άλλων δραστηριοτήτων.

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Βάσει των εμπειριών των εταίρων του Προγράμματος MFH, των διεθνών συζητήσεων και της επιστημονικής έρευνας, καθορίστηκαν τα ακόλουθα βασικά σημεία για μια επιτυχημένη ανάπτυξη των υπηρεσιών και όλης της φιλοσοφίας της οργάνωσης των Μονάδων Υγείας:

1. Η ανάπτυξη ενός Νοσοκομείου που ν'ανταποκρίνεται στις ανάγκες των μεταναστών, αποτελεί μια επένδυση υπέρ των πιο ατομικών και πιο εξατομικευμένων υπηρεσιών υγείας, για όλους τους ασθενείς καθώς και για τις οικογένειές τους.
2. Για την επίτευξη των παραπάνω, βασική προϋπόθεση αποτελεί μια αυξημένη ευαισθητοποίηση αναφορικά με τις εμπειρίες του μεταναστευτικού πληθυσμού

και τις ανισότητες που υπάρχουν στον τομέα της Υγείας, λόγω των αιτιών που προαναφέρθηκαν στην αρχή του κειμένου της Διακήρυξης του Άμστερνταμ.

3. Η επικέντρωση της προσοχής στην εθνοτική και πολιτισμική ποικιλομορφία εμπεριέχει όμως τον "κίνδυνο του στερεότυπου" αλλά η ιδιότητα του μετανάστη, η εθνοτική προέλευση, ο πολιτισμός, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, δεν αποτελούν παρά μερικές από τις πολυάριθμες διαστάσεις της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης ύπαρξης.
4. Η ανάπτυξη των εταιρικοτήτων/συνεργασιών, με τις οργανώσεις των τοπικών κοινωνιών και με τις ομάδες υπεράσπισης των συμφερόντων που έχουν μια καλή γνώση των θεμάτων που αφορούν τους μετανάστες και τις εθνοτικές μειονότητες, αποτελεί μια σημαντική πλευρά, επιδεκτική να διευκολύνει την ανάπτυξη ενός πιο βελτιωμένου ποιοτικώς και πιο κατάλληλου Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, που να παρέχει διευκολύνσεις σε πολιτισμικό και γλωσσικό επίπεδο. Όπως κάθε άλλη μορφή οργανωτικής ανάπτυξης, η επιτυχία της προσπάθειας ν' αποβεί ένα Νοσοκομείο ανταποκρινόμενο στις ανάγκες των μεταναστών και το οποίο να έχει την θέληση και την ικανότητα να εξυπηρετεί τις διάφορες κοινότητες με ισότιμο και δίκαιο τρόπο, εξαρτάται από συμπληρωματικές παρεμβάσεις και συμβολές μιας σειράς διαφορετικών φορέων.

Υπεύθυνοι των Νοσοκομείων/Διεύθυνση/Διαχείριση της Ποιότητας.

Οι υπεύθυνοι των Νοσοκομείων, η Διεύθυνση και η Υπηρεσία της Διαχείρισης της Ποιότητας οφείλουν να συμπεριλάβουν στην ημερήσια Διάταξη των Νοσηλευτικών Μονάδων την Ποιότητα των υπηρεσιών για τους μετανάστες και τις εθνοτικές μειονότητες.

5. Είναι σημαντικό να καθοριστούν με σαφή τρόπο οι σκοποί και οι στόχοι(αποστολή, όραμα, αξίες, πολιτικές και διαδικασίες καθώς και καλές πρακτικές).
6. Είναι αναγκαία η διάθεση των ανάλογων πόρων(χρόνος εργασίας, επαρκές προσωπικό, οικονομικά μέσα, προσόντα προσωπικού) ώστε να υλοποιηθούν οι απαραίτητες αλλαγές που προβλέπονται από το Πρόγραμμα.

7. Είναι απαραίτητη η υιοθέτηση μιας διαδικασίας ανάπτυξης σχετικά με την απαιτούμενη οργάνωση, η οποία στην συνέχεια πρέπει να εφαρμόζεται πιστά από την Διεύθυνση, από τα στελέχη, το προσωπικό κάθε επιπέδου και την διαχείριση της Ποιότητας του Νοσοκομείου.
8. Μια σημαντική φάση της όλης διαδικασίας θα αποτελέσει η διερεύνηση των αναγκών και πόρων όλων των ενδιαφερομένων-χρηστών (ασθενείς, οικογένειες κοινότητα) και ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
9. Πρέπει επίσης να εξασφαλιστεί ένα monitoring των αποτελεσμάτων καθώς επίσης των δομών και των διαδικασιών που επηρεάζουν τα αποτελέσματα.
10. Είναι ακόμα επιβεβλημένο να καθοριστούν οι έγνοιες/ανησυχίες, οι διαμαρτυρίες, τα παράπονα σχετικά με την παροχή υπηρεσιών καθώς και ανάλογη αντίδραση στα παραπάνω.
11. Είναι επίσης αναγκαία, μια επένδυση ικανοτήτων στο τομέα των πολιτισμικών και γλωσσολογικών αρμοδιοτήτων του προσωπικού (επιλογή, κατάρτιση, αξιολόγηση).

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ/ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, οι επαγγελματικές οργανώσεις στο χώρο υγείας οφείλουν ν'αναγνωρίσουν τη σημασία αυτών των θεμάτων και να είναι έτοιμοι να επενδύσουν ώστε να αποκτήσουν την αναγκαία ικανότητα.

12. Ένα σημαντικότατο στάδιο αποτελεί την δημιουργία μίας συναίνεσης αναφορικά με τα κριτήρια της ποιότητας της αποδοχής/υποδοχής των μεταναστών. Η πολιτισμική ικανότητα, η ικανότητα όσον αφορά την κατανόηση της ποικιλομορφίας, θα βοηθήσουν σε συγκεκριμένες καταστάσεις το νοσηλευτικό-ιατρικό προσωπικό καθώς και τους αλλοδαπούς κυρίως στην αντιμετώπιση προβλημάτων της καθημερινής πρακτικής.
Οι εφαρμοζόμενες αρχές του Προγράμματος MFH μπορεί να χρησιμεύσουν ως σημείο εκκίνησης για μια τέτοιου είδους ανάπτυξη.
13. Οι επαγγελματίες του χώρου της Υγείας καθώς και το άλλο προσωπικό των Μονάδων Υγείας, θα πρέπει να αναπτύξουν (μέσω της κατάλληλης επιμόρφωσης-κατάρτισης) τις ειδικές εκείνες ικανότητες-προσόντα στον τομέα της διαπολιτισμικής επικοινωνίας και της διαχείρισης της ποικιλομορφίας.

14. Η κλινική πρακτική, οι υπηρεσίες της πρόληψης και οι δραστηριότητες για την Προώθηση της Υγείας πρέπει να έχουν προβλεφθεί-προγραμματιστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι εφαρμόσιμες σε διάφορους πληθυσμούς-κοινωνικές ομάδες.
15. Μια προγενέστερη εμπειρία θα βοηθήσει συστηματικά στο γενικό βαθμό της Παιδείας όσον αφορά την υγεία των χρηστών σε όλα τα επίπεδα των παρεχομένων υπηρεσιών. Αυτό προϋποθέτει ένα "monitoring", την ανάπτυξη συστημάτων και πρακτικών προσανατολισμού και κατάλληλο πληροφοριακό υλικό (βλ. ακολούθως για τους φορείς του MFH) καθώς και προγράμματα εκπαίδευσης των ασθενών.
16. Ιδιαίτερη αυξημένη προσοχή επιβάλλεται να δίνεται στις ενδεχόμενες τραυματικές εμπειρίες των μεταναστών, κυρίως στην ψυχική υγεία αυτών, από τους φορείς που αναλαμβάνουν την περίθαλψη αυτών.

Χρόνια και οξεία περιστατικά ασθενών, οικογένειες, εκπρόσωποι των κοινοτήτων.

- Οι οργανώσεις των ασθενών και οι κοινότητες δύνανται να προσφέρουν ουσιώδη συμβολή στην διαδικασία καταχωρώντας στην ημερήσια διάταξή τους την ποικιλομορφία και την υγεία και τις φροντίδες υγείας σε όλα τα επίπεδα.
17. Οι οργανώσεις των ασθενών θα πρέπει να εντάξουν την ποικιλομορφία των μελών τους στις στρατηγικές και στις πολιτικές τους και να υπερασπίζονται τα συμφέροντα όλων αδιακρίτως καταγωγής-προέλευσης.
 18. Οι εκπρόσωποι των κοινοτήτων των μεταναστών/ μειονοτήτων μπορούν να συμβάλλουν όχι μόνο στην υπεράσπιση των συμφερόντων τους αλλά κυρίως στην διαμεσολάβηση. Οφείλουν να γίνουν οι πρωτοπόροι μιας επαρκούς πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας στηρίζοντας την ποιότητα αυτών, δραστηριοποιούμενοι συγχρόνως υπέρ της βελτίωσης της εκπαίδευσης για την υγεία όλων των μελών της κοινότητάς τους.
 19. Κάθε μέλος μιας κοινότητας μεταναστών ή μιας μειονότητας, επενδύοντας στην βελτίωση της εκπαίδευσής του σε θέματα υγείας μπορεί να συμβάλλει στην εξασφάλιση μιας καλύτερης ποιοτικής υγείας.

Πολιτική και Διοίκηση της Δημόσιας Υγείας

Οι ιθύνοντες και η διοίκηση της Δημόσιας Υγείας είναι υπεύθυνοι των **δεικτών της ποιότητας** των φροντίδων υγείας και επωμίζονται την τελική ευθυνότητα για την υγεία του πληθυσμού στην επικράτεια τους. Στην πλειοψηφία των χωρών, είναι επίσης υπεύθυνοι της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και έχουν επομένως οι υπό την αρμοδιότητά τους υπηρεσίες να είναι ποιοτικές, αποτελεσματικές και κερδοφόρες.

20. Η πολιτική της Υγείας οφείλει να προτείνει ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο η ανάπτυξη της ποιότητας- ο πρωταρχικός σκοπός ενός συστήματος Υγείας – σε συνάρτηση με τις ανάγκες των μεταναστών, να είναι εφικτή για όλο το νοσοκομείο (θεσμικοί, οικονομικοί και οργανωτικοί κανονισμοί).
21. Ένα πλαίσιο για μια κοινοτική ανάπτυξη προσανατολισμένο στην υγεία των μεταναστών και των εθνοτικών μειονοτήτων θα μπορούσε να είναι εξαιρετικά χρήσιμο για την ανάπτυξη της παιδείας για την ανάπτυξη της παιδείας για την υγεία αυτών των ομάδων.
22. Η Πολιτική και Διοίκηση έχουν έναν σημαντικό ρόλο να παίξουν, ενθαρρύνοντας την ανάπτυξη γνώσεων-π.χ. χρηματοδοτώντας και στηρίζοντας πρωτοβουλίες για ερευνητικές εργασίες, μελέτες για ανάπτυξη και διάδοση των δεικτών ποιότητας(standards) (εργασία σε Δίκτυο, κατάρτιση-επιμόρφωση, μεταφορά τεχνογνωσίας, ανταλλαγή εμπειριών).

Οι Επιστήμες της Υγείας

Οι γνώσεις και η επιστημονική εμπειρογνωμοσύνη δύνανται να είναι πολύτιμες σ'αυτήν την διαδικασία. Δίνοντας μεγαλύτερη προτεραιότητα σε θέματα ποικιλομορφίας στον χώρο της Υγείας, εντάσσοντας την ποικιλομορφία στις διάφορες πολιτικές, θεωρίες, επιστήμες υγείας (αναλυτικά προγράμματα σπουδών των Επιστημών Υγείας) μπορούν να προσφέρουν σημαντική συμβολή στην Ποιότητα της Υγείας.

23. Είναι αναγκαία η συλλογή πληροφοριών για την υγεία των μεταναστών και των εθνοτικών μειονοτήτων, οι οποίες είναι απαραίτητες και θα χρησιμοποιούνται σε επιδημιολογικές, κοινωνικο-συμπεριφοριστικές, κλινικές έρευνες στις Υπηρεσίες Υγείας και στα Συστήματα της Δημόσιας Υγείας.

24. Οι επιστημονικοί εμπειρογνώμονες θα πρέπει να είναι διαθέσιμοι να βοηθήσουν τα ‘αλλά ενδιαφερόμενα μέρη(τους εταίρους) αναφορικά με τον προγραμματισμό, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση των προσπαθειών τους παρέχοντας μελέτες, εργαλεία , εκτίμηση του περιεχομένου των πρακτικών καθώς και μεθόδους αξιολόγησης.
25. Δράσεις με επιστημονική βάση, δύνανται να συμβάλλουν στην καταπολέμηση του ρατσισμού, των προκαταλήψεων , των διακρίσεων και του αποκλεισμού, παρέχοντας πληροφορίες για τις επιβλαβείς επιπτώσεις τέτοιων θεωριών.
26. Συστήνεται η ανάληψη ερευνητικών εργασιών και κοινών προσπαθειών αξιολόγησης, συμπεριλαμβάνοντας όλες τις διάφορες προτεινόμενες μεθόδους και καλές πρακτικές στο πλαίσιο της εταιρικότητας /συνεργασίας σε διαβούλευση με τις κοινότητες-κοινωνικούς εταίρους.

Έχοντας υπόψη τα ανωτέρω,

Καλούνται όλα τα Ευρωπαϊκά Νοσοκομεία να υιοθετήσουν και να ενεργοποιήσουν τη Διακήρυξη του Άμστερνταμ ώστε να γίνουν Οργανισμοί που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των μεταναστών και να αναπτύξουν ατομικές και εξατομικευμένες υπηρεσίες προς όφελος όλων των ασθενών .

Οι επενδύσεις που θα καλύπτουν καλύτερα τις ανάγκες των ευάλωτων πληθυσμών, θα αποτελέσουν ένα σημαντικότατο βήμα για την ασφάλεια και την ανάπτυξη της Ποιότητας του όλου Συστήματος της Δημόσιας Υγείας.

Στη συνέχεια παραθέτουμε χρήσιμες πληροφορίες-διευθύνσεις για τις πηγές του ανωτέρου κεφαλαίου:

- Task force du réseau Health Promoting Hospitals de l'OMS Europe, coordonnée par le réseau régional HPH d'Emilie-Romaine, Antonio Chiarenza, Via Amendola, 2 - 42100 Reggio Emilia, Italie,. e-mail : Antonio.chiarenza@ausl.re.it
- Site web: <http://www.mfh-eu.net>
- Pharos, Evelien van Asperen, www.pharos.nl, E-Mail: e.asperen@pharos.nl
- Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Dilshad Khan, BRI, Duckworth Lane Bradford BD96RJ, email: dilshad.khan@bradfordhospitals.nhs.uk

- Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé (UIPES/IUHPE), John Kenneth Davies (IUHPE Europe), Falmer, BN19PH Brighton, Royaume-Uni, e-mail : J.K.Davies@bton.ac.uk

Συμπληρωματικές πληροφορίες για το Πρόγραμμα:

Οι φορείς που εκπόνησαν την Διακήρυξη του Άμστερνταμ

Θεωρούμε απαραίτητο να αναφερθούμε εν συντομία στους φορείς που εκπόνησαν την Διακήρυξη και συμμετείχαν στην πιλοτική εφαρμογή του προγράμματος, ώστε οι ενδιαφερόμενοι στην Ελλάδα στον Χώρο της Υγείας να έχουν πέρα από μια γενική εικόνα της πιλοτικής φάσης του σχεδίου και την αναγκαία πληροφόρηση σε περίπτωση που θα ήθελαν να εφαρμόσουν την παραπάνω Διακήρυξη με ανώτερο σκοπό την βελτίωση της Ποιότητας της Δημόσιας Υγείας.

Η ομάδα του Προγράμματος

Η ομάδα του προγράμματος MFH στα πλαίσια του Σχεδίου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής " MFH - Migrant Friendly Hospitals " αποτελεί μια Ευρωπαϊκή Πρωτοβουλία για την προώθηση της Υγείας και της Παιδείας της Υγείας των μεταναστών και των εθνοτικών μειονοτήτων, με την οικονομική στήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, συγκεκριμένα της Γ.Δ Υγεία και προστασία των Καταναλωτών-Πρόγραμμα βελτίωσης της Ποιότητας της δημόσιας Υγείας.

Το πρόγραμμα χρηματοδοτήθηκε επίσης και από το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Παιδείας, Επιστημών και Πολιτισμού της Δημοκρατίας της Αυστρίας, από τις Αρχές της πόλεως της Βιέννης και τα τοπικά πιλοτικά Νοσοκομεία.

Ευρωπαϊκά Πιλοτικά Νοσοκομεία: Kaiser-Franz-Josef-Spital, Vienne, Autriche; Immanuel-Krankenhaus GmbH, Rheumaklinik Berlin-Wannsee, Berlin, Allemagne; Hôpital de Kolding, Kolding, Danemark; hôpital "Spiliopoulou Agia Eleni", Athènes, Grèce; Hospital Punta de Europa, Algeciras Cádiz, Espagne; Hôpital universitaire de Turku, Turku, Finlande ; Hôpital Avicenne, Paris, France; James Connolly Memorial Hospital, Dublin, Irlande ; Presidio Ospedaliero della Provincia di Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italie; Centre médical académique, Amsterdam, Pays-Bas; Hôpital universitaire d'Uppsala, Centre de psychiatrie, Uppsala, Suède; Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford, Royaume-Uni.5

Συντονιστές του Προγράμματος: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Université de Vienne, Faculté de sciences sociales, centre de collaboration OMS pour la promotion de la santé dans les hôpitaux et les soins de santé. Site Internet du projet: <http://www.mfh-eu.net>

Φορείς του Προγράμματος: Ομάδα Διεθνών Εμπειρογνομόνων, όπως Alexandre Bischoff (Βασιλεία), Sandro Cattacin (Neuchatel), Lourdes Sanchez (Boston), Shani Dowd (Boston), επίσης φορείς υποστήριξης του προγράμματος είναι : Commission européenne, DG Santé et protection des consommateurs; Ministère fédéral autrichien de l'éducation, des sciences et de la culture.

Organisations européennes, internationales et scientifiques agissant comme partenaires de soutien: Alliance internationale des associations de patients (IAPO); Organisation internationale du travail (OIT); Organisation internationale pour les migrations (OIM); Union Internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES); Migrants Rights International; Comité permanent des hôpitaux de l'Union européenne (HOPE); United for Intercultural Action; Bureau de l'OMS pour l'intégration des services de santé, Barcelone; réseaux nationaux et régionaux du réseau d'hôpitaux-santé (HPH) de l'OMS dans les Etats membres de l'Union européenne;

PaceMaker in Global Health; Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

- Task force du réseau Health Promoting Hospitals de l'OMS Europe, coordonnée par le réseau régional HPH d'Emilie-Romaine, Antonio Chiarenza, Via Amendola, 2 - 42100 Reggio Emilia, Italie, e-mail : Antonio.chiarenza@ausl.re.it

- Site web: <http://www.mfh-eu.net>

Pharos, Evelien van Asperen, www.pharos.nl, E-Mail: e.asperen@pharos.nl

- Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust,
Dilshad Khan, BRI, Duckworth Lane Bradford BD96RJ, email:
dilshad.khan@bradfordhospitals.nhs.uk

- Union Internationale de Promotion de la Santé et
d'Education pour la Santé (UIPES/IUHPE), John Kenneth
Davies (IUHPE Europe), Falmer, BN19PH Brighton,
Royaume-Uni, e-mail : J.K.Davies@bton.ac.uk

Μονάδες Υγείας –Νοσοκομεία που συμμετείχαν στην έρευνα και στην πιλοτική εφαρμογή
του Προγράμματος MFH- φορείς χρηματοδότησης:

A)

Financially supported by the European Commission

Co-funded by bm:bwk -Federal Ministry for Education, Science and Culture (Austria

B)

Kaiser-Franz-Josef-Spital, AT

Immanuel-Krankenhaus GmbH, Rheumaklinik Berlin-Wannsee, GER

Kolding Hospital, DK

Hospital Punta de Europa, ES

Hospital "Spiliopoulio Agia Eleni", EL

Turku University Hospital, FI

Hôpital Avicenne, FR

James Connolly Memorial Hospital, IR

Presidio Ospedaliero della Provincia di Reggio Emilia, IT

Uppsala University Hospital, Psychiatric Centre, SV

Academic Medical Center, NL

Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, UK

Co-funded by bm:bwk - Federal Ministry for Education, Science and Culture (Austria)

Supporting

Partners

Co-ordinated by LBISHM, WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care, Institute for Sociology, University of Vienna

ΠΗΓΕΣ: www.mfh-eu.net

4) Διακήρυξη της JAKARTA υπέρ της Προώθησης της Υγείας στον XXI^ο

Αιώνα.

Declaration of Jakarta (June 2010)

Available at: www.en.wikipedia.org/.../jakarta_Declaration

ΠΡΟΟΙΜΙΟ

Η Τέταρτη Διεθνής Διάσκεψη σχετικά με την Υγεία με θέμα: «Στην Νέα Εποχή: Προσαρμογή της Προώθησης της Υγείας στον XXI^ο αιώνα» έλαβε χώρα στην JAKARTA από τις 21 έως τις 25 Ιουλίου το 1997, σε μια κρίσιμη στιγμή της εκπόνησης “Διεθνών Στρατηγικών για Ποιοτική Υγεία”. Ήδη είχαν διέλθει είκοσι χρόνια από την στιγμή που τα Κράτη-Μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είχαν λάβει την φιλόδοξη δέσμευση να καθιερώσουν την Παγκόσμια Στρατηγική της Υγείας για Όλους και είχαν προσυπογράψει τις Αρχές για πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών Υγείας για όλους, δηλ. την Διακήρυξη της Alma-Ata (Άλμα-Άτα). Μετά από έντεκα χρόνια από την Πρώτη Παγκόσμια Διάσκεψη για την προώθηση της Υγείας στην ΟΤΤΑΒΑ, του Καναδά. Η προαναφερόμενη Διάσκεψη κατέληξε στην διακήρυξη του Χάρτη της ΟΤΤΑΒΑ για την προώθηση της Υγείας και της παροχής ποιοτικής περίθαλψης για όλους. Έτσι, όλα τα ανωτέρω, σηματοδότησαν μια εμπνευσμένη υπέρ της υγείας δράση σε παγκόσμιο επίπεδο.

Οι Διεθνείς συναντήσεις και διασκέψεις που ακολούθησαν επέτρεψαν τον καλύτερο προσδιορισμό του νοήματος και του περιεχομένου των βασικών και θεμελιωδών στρατηγικών που εμπεριέχονται στον Χάρτη: Καθιέρωση πολιτικών για Ποιοτική Δημόσια Υγεία-Αδελαιδα-Αυστραλία, 1998-(Adelaide-Australie) και δημιουργία ευνοϊκών προϋποθέσεων –περιβαλλόντων, στην Υγεία. (Sundsvoll, Suede, το 1991).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί , ότι η Τέταρτη Διεθνής Διάσκεψη για την προώθηση της Υγείας στην Jakarta είναι η πρώτη που πραγματοποιήθηκε σε υπό ανάπτυξη χώρα και η οποία συνέδεσε τον ιδιωτικό τομέα με την προώθηση της Υγείας .Δόθηκε, λοιπόν, η ευκαιρία να συσχεφθούν σχετικά με τα αποτελέσματα και την αποτελεσματικότητα δράσεων για την προώθηση της υγείας , να επανεξετάσουν τους καθοριστικούς παράγοντες της Υγείας και να καθορίσουν εκ νέου τους προσανατολισμούς και τις στρατηγικές που θα πρέπει να υιοθετηθούν ώστε να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις της προώθησης μιας Ποιοτικής Υγείας στον XXI αιώνα.

Οι παρόντες στην Διάσκεψη της Jakarta υιοθέτησαν την παρακάτω Διακήρυξη αναφορικά με την προώθηση της Υγείας στον XXI αιώνα .

Η προώθηση της Υγείας είναι κεφαλαιώδης επένδυση.

Η Υγεία είναι ένα θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ατόμου και ένας ουσιαστικός και απαραίτητος παράγοντας για κάθε κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη.

Όλο και περισσότερο, η προώθηση της Υγείας και ιδίως της Ποιότητας στην Υγεία θεωρείται ως ένα ουσιώδες στοιχείο της Υγειονομικής Ανάπτυξης. Αυτό επιτρέπει στα άτομα να ενεργούν ώστε να βελτιώνουν την υγεία τους, έχοντας έναν πιο μεγάλο έλεγχο σ'αυτήν. Επενδύοντας μέσα στην προώθηση της Υγείας και επεμβαίνοντας στην προώθηση της υγείας, ενεργούν στους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και συμβάλλουν στην πρόοδο της ποιότητας της Υγείας , στη σημαντική μείωση των ανισοτήτων όσον αφορά την υγεία , στην προώθηση των θεμελιωδών Δικαιωμάτων του Ανθρώπου καθώς και στην κοινωνική ανάπτυξη .

Συμπερασματικά:

Η Διακήρυξη της JAKARTA ΥΠΕΡ Της προώθησης της Υγείας προτείνει ένα συνολικό όραμα και τοποθετεί την Προώθηση της Ποιοτικής Υγείας στις προτεραιότητες του επόμενου αιώνα .Αναδεικνύει την αποφασιστική δέσμευση των συμμετεχόντων στην Τέταρτη Παγκόσμια Διάσκεψη υπέρ της προώθησης της Υγείας για να επωφεληθούν όλων των υπαρκτών πόρων και να ενεργήσουν μεθοδικά στην ανάδειξη των καθοριστικών παραγόντων της Υγείας στον XXI αιώνα.

Οι καθοριστικοί παράγοντες για μια Υγεία Ποιότητας: Οι νέες προκλήσεις.

Οι προκαταρκτικές προϋποθέσεις στην βελτίωση της Υγείας είναι :η ειρήνη , η κατοικία , η παιδεία ,η κοινωνική ασφάλεια, οι κοινωνικές σχέσεις, η διατροφή, ένα ικανοποιητικό

εισόδημα, η κοινωνικοποίηση των γυναικών, ένα σταθερό οικοσύστημα, μια λελογισμένη διαρκή χρήση των πόρων, η κοινωνική δικαιοσύνη, ο σεβασμός των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και η ισονομία. Πάνω από όλα όμως δυστυχώς, η φτώχεια παραμένει η πιο σοβαρή απειλή για την Υγεία.

Οι δημογραφικές τάσεις, η αστικοποίηση, η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων και η επικράτηση χρόνιων παθήσεων, η αντίσταση στα αντιβιοτικά και άλλα συνήθη φάρμακα, η αύξηση της τοξικομανίας, οι κοινωνικο-πολιτικές αναταραχές, η ενδοοικογενειακή βία, απειλούν την υγεία και την ευεξία εκατοντάδων εκατομμυρίων ατόμων. Παρ'όλα αυτά είναι βασικό να τονιστεί ότι η προώθηση της ποιότητας στο χώρο της Υγείας εξελίσσεται συνεχώς για να αντιμετωπίσει όλες αυτές τις αλλαγές μέσα στους καθοριστικούς παράγοντες της Υγείας.

Οι διεθνείς παράγοντες, έχουν οπωσδήποτε μια ιδιαίτερη επίδραση στην προώθηση της ποιότητας της Υγείας: Όπως, ο παράγων της παγκοσμιοποίησης της οικονομίας, των οικονομικών αγορών και του εμπορίου, την γενικευμένη πρόσβαση στα Μ.Μ.Ε και τις τεχνικές της επικοινωνίας, της υποβάθμισης του περιβάλλοντος που οφείλεται στην ανεύθυνη χρήση των πόρων.

Αυτές οι αλλαγές μεταλλάσσουν τις ατομικές και συλλογικές αξίες και τις μεθόδους ζωής σε όλες τις ηλικίες, καθώς επίσης και τις συνθήκες της ζωής παντού ανά τον κόσμο. Ορισμένες όμως αλλαγές, όπως η ανάπτυξη των τεχνικών της επικοινωνίας προσφέρουν ένα τεράστιο δυναμικό για την βελτίωση της Υγείας, ενώ άλλες, όπως το διεθνές εμπόριο καπνού, έχουν άκρως αρνητικές επιπτώσεις.

Η Προώθηση της Υγείας φέρνει αλλαγές.

Ερευνητικές εργασίες και μελέτες ειδικών περιπτώσεων που πραγματοποιήθηκαν κατά περίπτωση, ανά τον κόσμο, παρέχουν στοιχεία που βεβαιώνουν ότι πράγματι η προώθηση της Υγείας και της ποιότητας αυτής έχει μια διαπιστωμένη αποτελεσματικότητα.

Οι Στρατηγικές της προώθησης της Υγείας, δύνανται να δημιουργήσουν και να τροποποιήσουν προς το καλύτερο τους τρόπους ζωής και των κοινωνικών και οικονομικών προϋποθέσεων και του περιβάλλοντος, παράγοντες που καθορίζουν την Υγεία.

Η προώθηση, λοιπόν, της Υγείας είναι , μια συγκεκριμένη προσέγγιση που αποβλέπει στην καθιέρωση μιας μεγαλύτερης ισονομίας , όσον αφορά στην πρόσβαση στις φροντίδες-υπηρεσίες υγείας.

Οι Πέντε Στρατηγικές του Χάρτη της Ottawa.

είναι απαραίτητες για την επίτευξη:

- Της καθιέρωσης μιας υγιούς Δημόσιας πολιτικής.
- Της δημιουργίας ευνοϊκών περιβαλλόντων.
- Της ενίσχυσης της κοινοτικής δράσης.
- Της ανάπτυξης προσωπικών ικανοτήτων.
- Του επαναπροσανατολισμού των Υπηρεσιών Υγείας με σκοπό την βελτίωση αυτής.

Τοιουτοτρόπως :Οι σφαιρικές προσεγγίσεις της ανάπτυξης της υγείας αποβαίνουν πιο αποτελεσματικές , όταν υιοθετούν τις πέντε ανωτέρω στρατηγικές του Χάρτη της Ottawa, συγκριτικά με άλλες προσεγγίσεις που χρησιμοποιούν μεμονωμένες στρατηγικές.

Ορισμένα πλαίσια προσφέρουν καλύτερες δυνατότητες για την υλοποίηση των προαναφερομένων σφαιρικών στρατηγικών.

Είναι η περίπτωση των μεγαλουπόλεων των νησιών, των πόλεων, των τοπικών κοινωνιών, των αγορών, των σχολίων, των χώρων εργασίας και των Κέντρων Υγείας.

Για την συνέχιση των προσπαθειών της βελτίωσης της Υγείας, η συμμετοχή του ατόμου είναι εντελώς απαραίτητη. Τα άτομα, ως πολίτες, πρέπει να είναι στο επίκεντρο της διαδικασίας της λήψης των αποφάσεων και των δράσεων, ενώ θέλουμε η παρεμβάσεις της πολιτείας να είναι αποτελεσματικές στην Ποιότητα της παρεχομένης Δημόσιας Υγείας.

Η μάθηση ευνοεί την συμμετοχή. Η πρόσβαση στη παιδεία και στην πληροφόρηση είναι ουσιαστική , ώστε να επιτευχθεί μια πραγματική συμμετοχή που θα καθιστά υπεύθυνα άτομα και τις κοινωνίες-κοινότητες, δίνονται τα μέσα να ενεργούν προς όφελος της βελτίωσης της Δημόσιας Υγείας.

Αυτές οι στρατηγικές είναι θεμελιώδη στοιχεία για την προώθηση της υγείας και έχουν υιοθετηθεί από όλες τις χώρες.(έχουν όμως υλοποιηθεί?)

Η αναγκαιότητα καινοτόμων λύσεων.

Για να αντιμετωπιστούν οι νέοι κίνδυνοι που απειλούν την Υγεία _κυρίως δε την ποιότητα αυτής _επιβάλλεται η θέσπιση νέων μορφών δράσης. Στα επόμενα χρόνια, και γενικά στο μέλλον, η πρόκληση συνίσταται στη κινητοποίηση ενός ποιοτικού δυναμικού της προώθησης της Υγείας, που υπάρχει σε πολλούς τομείς της κοινωνίας , μέσα στις τοπικές κοινωνίες ,ακόμα και εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Θα πρέπει να ξεπεραστεί η εσωστρέφεια που υπάρχει ακόμα και στην εσωτερική δομή των Δημοσίων Αρχών, μεταξύ των κυβερνητικών οργανισμών και των μη κυβερνητικών οργανισμών, και ανάμεσα στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Η συνεργασία είναι απαραίτητη, γεγονός που προϋποθέτει τη δημιουργία νέων μορφών εταιρικής σχέσης με κοινό σκοπό την βελτίωση αυτής, υπό το πρίσμα της ισότιμης συνεργασίας, ανάμεσα στους διάφορους τομείς, σε όλα τα επίπεδα της διαχείρισης των δημοσίων υποθέσεων στον χώρο της Υγείας.

Β.Προτεραιότητες για την προώθηση της Ποιότητας της Υγείας στον XXI αιώνα.

1. Προώθηση της κοινωνικής υπευθυνότητας υπέρ της Υγείας.

Οι πολιτικοί φορείς που λαμβάνουν τις αποφάσεις για την Δημόσια Υγεία, θα πρέπει να είναι πλήρως στρατευμένοι στην αρχή της κοινωνικής υπευθυνότητας. Τόσο ο δημόσιος τομέας , όσο και ο ιδιωτικός τομέας οφείλουν να προωθούν την Υγεία υλοποιώντας πολιτικές και πρακτικές οι οποίες:

- Δεν είναι επιζήμιες στην υγεία άλλων ατόμων.
- Προστατεύουν το περιβάλλον και εξασφαλίζουν μια διαρκή χρήση των πόρων.
- Περιορίζουν την παραγωγή και το εμπόριο επιβλαβών προϊόντων και ουσιών εξ'ορίσμου όπως ο καπνός, τα όπλα και μεταπείθουν τις βλαβερές πρακτικές του marketing στην υγεία.
- Προστατεύουν συγχρόνως τον πολίτη ως καταναλωτή και ως άτομο στον χώρο της εργασίας του.

- Περιλαμβάνουν τις αξιολογήσεις της επίδρασης στην υγεία, ως αναπόσπαστο μέρος της ανάπτυξης πολιτικών, έχοντας διαρκώς υπόψη την αρχή της ισονομίας.

2. Αύξηση των επενδύσεων για την ανάπτυξη της Ποιοτικής Υγείας.

Σε πολλές χώρες, το μέρος(μερίδιο)των διατιθεμένων πόρων στην Υγεία είναι ανεπαρκές και συχνά αναποτελεσματικό. Η αύξηση των επενδύσεων για την ανάπτυξη της Υγείας απαιτεί μια πραγματικά πολυτομεακή προσέγγιση που να προβλέπει χορήγηση πόρων τόσο στους τομείς της Παιδείας και της κατοικίας όσο και στον τομέα της Υγείας. Μια πιο σημαντική επένδυση στον τομέα της Υγείας καθώς και ένας επαναπροσανατολισμός των υπαρχόντων πόρων-στα πλαίσια δυνατοτήτων κάθε χώρας αλλά επίσης και μεταξύ των χωρών-δύνανται να προωθήσουν με τρόπο αποτελεσματικό την ανθρώπινη ανάπτυξη, την Υγεία και την ποιότητα της διαβίωσης.

Θα πρέπει, επιπροσθέτως, μέσα σ'αυτόν τον επαναπροσανατολισμό των πόρων, να λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες ορισμένων ομάδων, όπως οι γυναίκες, τα παιδιά, τα ηλικιωμένα άτομα, οι αυτόχθονοι πληθυσμοί, οι φτωχοί και τα περιθωριοποιημένα άτομα.

3. Ενίσχυση και διεύρυνση των εταιρικοτήτων στο χώρο της Υγείας.

Η προώθηση της Υγείας απαιτεί την ενεργοποίηση και περισσότερων συνεργασιών υπέρ της υγειονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης μεταξύ όλων των διαφόρων τομέων σε όλα τα επίπεδα της διαχείρισης των δημοσίων υποθέσεων με προτεραιότητα την υγεία. Θα πρέπει να υπογραμμίσουμε, ότι χρειάζεται η ενίσχυση των υπαρχόντων ήδη συνεργασιών και η διερεύνηση των δυνατοτήτων να δημιουργηθούν ως συνέχεια νέες εταιρικότητες.

Η εταιρικότητα αυξάνει το δυναμικό της επιτυχίας των προγραμμάτων που στηρίζονται σε μια κοινή εμπειρία, ειδικές ικανότητες και πόρους. Κάθε εταιρικότητα πρέπει να είναι διαφανής, υπεύθυνη και να στηρίζεται σε αποδεκτές από όλους ηθικές αρχές και αμοιβαίο σεβασμό και κατανόηση. Οι κατευθυντήριες αρχές του Π.Ο.Υ πρέπει να γίνονται απολύτως σεβαστές.

4. Αύξηση των ικανοτήτων της κοινότητας και παροχή σε κάθε άτομο των μέσων για να ενεργεί.

Η προώθηση της Υγείας είναι ένα έργο που θα πρέπει να συμμετέχουν όλα τα άτομα μιας κοινότητας. Το καθήκον αυτό δεν είναι οπωσδήποτε υποχρεωτικό. Παρ'όλα αυτά βελτιώνει συγχρόνως την ικανότητα να ενεργούν δραστηρίως τα άτομα καθώς και οι ομάδες, οι οργανώσεις, οι κοινότητες και με αυτό τον τρόπο αποβαίνουν καθοριστικοί παράγοντες στη βελτίωση της ποιότητας της υγείας.

Γι'αυτό το λόγο είναι απαραίτητο τα άτομα να εκπαιδευτούν και να καταρτιστούν στον τρόπο συντονισμού των δράσεων και στο "leadership" με σκοπό να επωφεληθούν των πόρων και των μέσων του χώρου της υγείας. Η κοινωνικοποίηση των ατόμων απαιτεί να συμμετέχουν συστηματικά στη λήψη των αποφάσεων καθώς επίσης να αποκτούν βασικές γνώσεις για τις αρμοδιότητες των διαφόρων φορέων οι οποίες συμβάλλουν στην ενεργοποίηση των αλλαγών για τη βελτίωση της Ποιότητας της Υγείας.

Τα παραδοσιακά μέσα της επικοινωνίας συνεργαζόμενα με τις νέες τεχνολογίες συμβάλλουν σε αυτή τη διαδικασία (δηλ. στη βελτίωση της ποιότητας της υγείας).Θα πρέπει επίσης να βρεθούν νέοι τρόποι-πρακτικές για την εκμετάλλευση των κοινωνικών, πολιτιστικών και πνευματικών πόρων υπέρ της υγείας.

5. Δημιουργία μιας σταθερής υποδομής για την Προώθηση της Υγείας

Η δημιουργία μιας υποδομής για την προώθηση της Υγείας ,των νέων μηχανισμών χρηματοδότησης πρέπει να επιδιωχθεί τόσο σε τοπικό, εθνικό επίπεδο όσο και σε παγκόσμιο. Επίσης πρέπει να δοθούν μέτρα ως κίνητρο για τη σωστή δράση στον χώρο της υγείας των δημοσίων αρχών, των μη κυβερνητικών οργανώσεων ,των ιδρυμάτων εκπαίδευσης και του ιδιωτικού τομέα με σκοπό την αύξηση καθώς και την κινητοποίηση των πόρων υπέρ της προώθησης της βελτίωσης της υγείας.

«Τα ευνοϊκά πλαίσια για την υγεία» αντιπροσωπεύουν την διαρθρωτική βάση της προώθησης της υγείας. Οι νέες προκλήσεις που θέτονται στη υγεία σημαίνουν ότι πρέπει να δημιουργηθούνε νέα δίκτυα διατομέακης συνεργασίας. Αυτά τα δίκτυα οφείλουν να

προσφέρουν μια βοήθεια κοινωνικής ασφάλισης στο εσωτερικό των χωρών και μεταξύ των χωρών και να διευκολύνουν την ανταλλαγή πληροφοριών για καθετί που ενεργοποιείται σ' αυτό το πλαίσιο.

Πρέπει να ενθαρρύνεται η απόκτηση και άσκηση ικανοτήτων –αρμοδιοτήτων των “leadership” σε τοπικό επίπεδο με σκοπό την υποστήριξη των παρεμβάσεων των πολιτών και των φορέων για την προώθηση της υγείας. Συνίσταται επίσης η ενθάρρυνση για εκπόνηση εργασιών και η υποβολή εκθέσεων εμπειριών που αφορούν τη βελτίωση του προγραμματισμού και την δημιουργία μεθόδων αξιολόγησης της προώθησης της υγείας.

Όλες οι χώρες οφείλουν να δημιουργήσουν το κατάλληλο και έγκυρο πολιτικό, νομικό, εκπαιδευτικό, οικονομικό, και κοινωνικό, περιβάλλον υπέρ της Προώθησης της Ποιότητας της Υγείας.

Γ. Πρόσκληση για Δράση.

Οι συμμετέχοντες στην Διάσκεψη αναλαμβάνουν την υποχρέωση να γνωστοποιήσουν τα μηνύματα –κλειδιά αυτής της Διακήρυξης στις κυβερνήσεις τους, στα θεσμικά όργανα και στις κοινότητες της χώρας τους και να θέσουν σε πράξη τις πράξεις που προτάθηκαν σ' αυτή τη Διακήρυξη και να υποβάλλουν μια έκθεση στην παγκόσμια 5η Διάσκεψη σχετικά με την Προώθηση της Υγείας στη χώρα τους.

Για την επιτάχυνση των προόδων υπέρ της προώθησης της υγείας ανά τον κόσμο οι συμμετέχοντες υιοθέτησαν τη δημιουργία μιας Παγκόσμιας Συμμαχίας για την Προώθηση της Υγείας. Ο σκοπός αυτής της συμμαχίας είναι να συμβάλλει όσο το δυνατόν περισσότερο στην υλοποίηση των ήδη υιοθετημένων προτεραιοτήτων από την παρούσα Διακήρυξη για δράση.

Οι προτεραιότητες της Συμμαχίας είναι οι ακόλουθες:

- Η ευαισθητοποίηση αναφορικά με την εξέλιξη των καθοριστικών παραγόντων για την βελτίωση της υγείας.
- Η υποστήριξη της ανάπτυξης, της συνεργασίας και η εγκαθίδρυση δικτύων για την ανάπτυξη της υγείας.
- Η κινητοποίηση δράσεων για την εξεύρεση πόρων υπέρ της προώθησης της υγείας.
- Η συσσώρευση και η αξιοποίηση γνώσεων στο τομέα των καλύτερων πρακτικών.
- Η ενθάρρυνση πρακτικής άσκησης και μάθησης στο χώρο της υγείας.
- Η προώθηση της αλληλεγγύης στο πλαίσιο δράσης.

- Η ενθάρρυνση της διαφάνειας και της δημόσιας ευθύνης στην προώθηση της υγείας.

Οι κυβερνήσεις καλούνται να βοηθήσουν τα δίκτυα για την προώθηση της υγείας, να δημιουργήσουν και να λειτουργήσουν εντός της χώρας αλλά και μεταξύ των χωρών.

Οι συμμετέχοντες ζητούν από τον Π.Ο.Υ να λάβει πρωτοβουλία για να δημιουργηθεί αυτή η παγκόσμια συμμαχία για την προώθηση της υγείας και να επιτρέψει στα Κράτη-Μέλη του να ενεργοποιήσουν τα συμπεράσματα της Διάσκεψης. Ο ρόλος του Π.Ο.Υ θα πρέπει κυρίως να ενταχθεί στην προσπάθεια δέσμευσης των κυβερνήσεων, των μη κυβερνητικών οργανισμών, των τραπεζών ανάπτυξης, των υπηρεσιών και των οργανισμών των Ηνωμένων Εθνών, των διαπεριφερειακών οργανισμών, των διμερών οργανισμών, των συνδικαλιστικών κινήματων και των συνεταιρισμών καθώς και του ιδιωτικού τομέα ώστε να υλοποιήσουν τις προτεραιότητες, τις δράσεις υπέρ της Προώθησης της Υγείας.

5) Η ΧΑΡΤΑ ΤΩΝ ΛΑΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Available at: www.phmovement.org

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία είναι ένα κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό ζήτημα και πάνω απ' όλα ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Οι ανισότητες, η φτώχεια, η εκμετάλλευση, η βία και η αδικία αποτελούν τη ρίζα της αρρώστιας και του θανάτου των φτωχών και περιθωριοποιημένων ανθρώπων. Υγεία για όλους σημαίνει ότι πρέπει να αντιμετωπιστούν παντοδύναμα συμφέροντα, πρέπει να διευρυνθεί η αντίσταση ενάντια στην παγκοσμιοποίηση και ότι πρέπει να γίνουν δραστικές αλλαγές στις πολιτικές και οικονομικές προτεραιότητες.

Αυτή η Χάρτα οικοδομεί πάνω στις προοπτικές των ανθρώπων που οι φωνές τους σπάνια ακούστηκαν στο παρελθόν, αν ακούστηκαν καθόλου. Ενθαρρύνει τους ανθρώπους να αναπτύξουν τις δικές τους λύσεις και να φέρουν προ των ευθυνών τους τις τοπικές αρχές,

τις εθνικές κυβερνήσεις, τους διεθνείς οργανισμούς και τα συνδικάτα.

ΟΡΑΜΑ

Η ισότητα, η οικολογικά βιώσιμη ανάπτυξη και η ειρήνη βρίσκονται μέσα στην καρδιά του οράματός μας για έναν καλύτερο κόσμο – έναν κόσμο στον οποίο μια υγιής διαβίωση για όλους είναι πραγματικότητα έναν κόσμο που σέβεται, εκτιμά και τιμά κάθε ζωή και διαφορετικότητα έναν κόσμο που επιτρέπει την άνθιση των ταλέντων των ανθρώπων και της ικανότητάς τους να εμπλουτίζει ο ένας τον άλλο έναν κόσμο στον οποίο οι φωνές των λαών καθοδηγούν τις αποφάσεις που διαμορφώνουν τις ζωές μας. Υπάρχουν παραπάνω από άφθονοι πόροι για να κατακτήσουμε αυτό το όραμα

Η ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

«Η αρρώστια και ο θάνατος κάθε μέρα προκαλούν την οργή μας. Όχι γιατί υπάρχουν άνθρωποι που αρρωσταίνουν ή γιατί υπάρχουν άνθρωποι που πεθαίνουν. Είμαστε οργισμένοι γιατί πολλές αρρώστιες και θάνατοι έχουν τις ρίζες τους στις οικονομικές και κοινωνικές πολιτικές που μας επιβάλλουν» (Μια φωνή από την Κεντρική Αμερική) Τις τελευταίες δεκαετίες, οι παγκόσμιες οικονομικές αλλαγές έχουν βαθύτατα επηρεάσει την υγεία των ανθρώπων και την πρόσβασή τους σε υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες. Παρά τα χωρίς προηγούμενο επίπεδα πλούτου στον κόσμο, η φτώχεια και η πείνα αυξάνονται. Το χάσμα μεταξύ πλούσιων και φτωχών χωρών έχει διευρυνθεί, όπως ακριβώς και οι ανισότητες στο εσωτερικό των χωρών, μεταξύ των τάξεων, μεταξύ ανδρών και γυναικών, νέων και ηλικιωμένων. Ένα μεγάλο ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού ακόμη στερείται πρόσβασης σε τροφή, εκπαίδευση, ασφαλές πόσιμο νερό, συνθήκες υγιεινής, κατάλυμα, γη και φυσικούς πόρους, εργασία και υπηρεσίες υγείας. Οι διακρίσεις συνεχίζουν να αποτελούν τον κανόνα. Αυτό επηρεάζει τόσο την εμφάνιση της αρρώστιας όσο και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι φυσικοί πόροι του πλανήτη ελαττώνονται με ιλιγγιώδεις ρυθμούς. Η επακόλουθη υποβάθμιση του περιβάλλοντος απειλεί την υγεία όλων των ανθρώπων και ειδικά των φτωχών. Παρατηρείται έξαρση νέων πολεμικών συγκρούσεων, την ίδια στιγμή που τα όπλα μαζικής καταστροφής συνεχίζουν να αποτελούν μια θανάσιμη απειλή. Οι παγκόσμιοι πόροι συνεχώς συγκεντρώνονται στα χέρια λίγων, που αγωνίζονται να μεγιστοποιήσουν τα ιδιωτικά τους κέρδη. Οι νεοφιλελεύθερες κοινωνικές και

οικονομικές πολιτικές φτιάχνονται από μια μικρή ομάδα παντοδύναμων κυβερνήσεων και διεθνών οργανισμών, όπως η Παγκόσμια Τράπεζα (WB), το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (IMF) και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου (WTO). Αυτές οι πολιτικές, μαζί με τις ανεξέλεγκτες δραστηριότητες των υπερεθνικών εταιριών έχουν τεράστια επίδραση στη ζωή, τη διαβίωση, την υγεία και την ευεξία των ανθρώπων σε Βορρά και σε Νότο. Οι δημόσιες υπηρεσίες δεν ικανοποιούν τις ανάγκες των πολιτών, κυρίως γιατί έχουν αποδιοργανωθεί από τις περικοπές των κοινωνικών παροχών στους κρατικούς προϋπολογισμούς. Οι υπηρεσίες υγείας έχουν γίνει λιγότερο προσβάσιμες, πιο άνισα κατανομημένες και πιο ακατάλληλες. Η ιδιωτικοποίηση απειλεί να υποσκάψει ακόμη περισσότερο την πρόσβαση στην φροντίδα υγείας και να αμφισβητήσει την στοιχειώδη αρχή της ισότητας. Η επιμονή ασθενειών που μπορούν να προληφθούν, η αναζωπύρωση ασθενειών όπως η φυματίωση και η ελονοσία και η εμφάνιση και εξάπλωση νέων ασθενειών όπως το HIV/AIDS, αποτελούν μια σκληρή υπενθύμιση της έλλειψης αφοσίωσης στις αρχές της ισότητας και της δικαιοσύνης.

ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΧΑΡΤΑΣ ΤΩΝ ΛΑΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας και ευεξίας είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, ανεξάρτητα από το χρώμα, την εθνικότητα, τη θρησκεία, το φύλο, την ηλικία, τις ικανότητες, την σεξουαλική επιλογή ή την τάξη.

Οι αρχές της ενιαίας και καθολικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), που τέθηκαν με την διακήρυξη της Alma-Ata το 1978, πρέπει να αποτελούν τη βάση για τις διαμορφούμενες πολιτικές για την Υγεία. Τώρα, περισσότερο από ποτέ, χρειάζεται μια ισότιμη, συμμετοχική και διατομεακή προσέγγιση στην υγεία και στην φροντίδα υγείας. Οι κυβερνήσεις έχουν μια θεμελιώδη ευθύνη να διασφαλίσουν καθολική πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα υγείας, εκπαίδευση και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες, σύμφωνα με τις ανάγκες των πληθυσμών και όχι την ικανότητά τους να πληρώνουν. Η συμμετοχή του λαού και των οργανώσεών του είναι αναγκαία για τη διαμόρφωση, εφαρμογή και αξιολόγηση όλων των υγειονομικών και κοινωνικών πολιτικών και προγραμμάτων. Η υγεία καθορίζεται πρώτιστα από το πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον και θα πρέπει, μαζί με την ισότητα και την βιώσιμη ανάπτυξη, να αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα για τις πολιτικές επιλογές σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο.

ΚΑΛΕΣΜΑ ΓΙΑ ΔΡΑΣΗ

Για να αντιπαλέψουμε την παγκόσμια κρίση στην Υγεία, πρέπει να αναλάβουμε δράση σε όλα τα επίπεδα –ατομικό, κοινοτικό, εθνικό, παγκόσμιο – και σε όλους τους τομείς. Τα αιτήματα που παρουσιάζονται παρακάτωπαρέχουν μια πλατφόρμα για δράση.

Η ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ

Η Υγεία είναι μια αντανάκλαση της αφοσίωσης μιας κοινωνίας στην ισότητα και τη δικαιοσύνη. Η Υγεία και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα πρέπει να στέκονται πάνω από τα Οικονομικά και Πολιτικά συμφέροντα. Αυτή η Χάρτα καλεί τους Λαούς του κόσμου: Να υποστηρίξουν όλες τις προσπάθειες για την κατάκτηση του δικαιώματος στην Υγεία. Να απαιτήσουν από τις Κυβερνήσεις και τους Διεθνείς Οργανισμούς να επανακαθορίσουν, εφαρμόσουν και επιβάλλουν πολιτικές και πρακτικές που να σέβονται το δικαίωμα στην Υγεία. Να χτίσουν πλατιά λαϊκά κινήματα πίεσης προς τις κυβερνήσεις, ώστε να ενσωματώσουν την Υγεία και τα άλλα Ανθρώπινα Δικαιώματα στα εθνικά Συντάγματα και στην Νομοθεσία τους. Να παλέψουν ενάντια στην εκμετάλλευση των ανθρώπινων αναγκών υγείας με στόχο το κέρδος.

ΟΙ ΕΥΡΥΤΕΡΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οικονομικές προκλήσεις Η οικονομία έχει μια σημαντική επίδραση στην υγεία των λαών. Οικονομικές πολιτικές που θέτουν ως προτεραιότητες την ισότητα, την υγεία και την κοινωνική ευεξία, μπορούν να βελτιώνουν, τόσο την υγεία των ανθρώπων, όσο και την οικονομία. Κοινωνικές οικονομικές, αγροτικές και βιομηχανικές πολιτικές που πρωταρχικά ανταποκρίνονται στις καπιταλιστικές ανάγκες, επιβεβλημένες από εθνικές κυβερνήσεις και διεθνείς οργανισμούς, αποξενώνουν τους ανθρώπους από τους τρόπους και τις συνήθειες της ζωής τους. Οι διαδικασίες της οικονομικής παγκοσμιοποίησης και του φιλελευθερισμού έχουν διευρύνει τις ανισότητες μεταξύ χωρών, αλλά και στο εσωτερικό τους. Πολλές χώρες του κόσμου, ειδικά οι πιο ισχυρές, χρησιμοποιούν τον πλούτο τους, μαζί με οικονομικές κυρώσεις και στρατιωτικές επεμβάσεις, για να παγιώσουν και να επεκτείνουν τη θέση τους, με καταστροφικές συνέπειες στις ζωές των λαών.

Αυτή η Χάρτα καλεί τους λαούς του κόσμου:

Να απαιτήσουν την ριζική αναμόρφωση του Παγκόσμιου Οργανισμού Εμπορίου

(WTO) και του παγκόσμιου συστήματος εμπορίου, έτσι ώστε να πάψει να παραβιάζει τα κοινωνικά, περιβαλλοντικά, οικονομικά και υγειονομικά δικαιώματα των ανθρώπων και να αρχίσει μια πολιτική «θετικών» διακρίσεων υπέρ των φτωχών χωρών του Νότου.

Να απαιτήσουν την απαλοιφή του χρέους του Τρίτου Κόσμου

Να απαιτήσουν τη ριζική αναμόρφωση της Παγκόσμιας Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, έτσι ώστε αυτοί οι οργανισμοί να αντανακλούν και να προωθούν δραστικά τα δικαιώματα και τα συμφέροντα των αναπτυσσόμενων χωρών.

Να απαιτήσουν αποτελεσματικές ρυθμίσεις, ώστε να εξασφαλιστεί ότι οι Υπερεθνικές εταιρίες δεν θα έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των ανθρώπων, δεν θα εκμεταλλεύονται το εργατικό δυναμικό τους, δεν θα καταστρέφουν το περιβάλλον και δεν θα επιβουλεύονται την εθνική κυριαρχία.

Να εξασφαλίσουν ότι οι κυβερνήσεις θα εφαρμόζουν αγροτικές πολιτικές προσαρμοσμένες στις ανάγκες του πληθυσμού και όχι στις απαιτήσεις της αγοράς, παρέχοντας με αυτό τον τρόπο εγγύηση για ασφάλεια των τροφίμων και ισότιμη πρόσβαση στην τροφή.

Να απαιτήσουν από τις κυβερνήσεις να προστατεύσουν το δικαίωμα στην Δημόσια Υγεία στη νομοθεσία για την πνευματική ιδιοκτησία.

Να απαιτήσουν τον έλεγχο και την φορολόγηση της κερδοσκοπικής διεθνούς διακίνησης κεφαλαίων.

Να επιμένουν ώστε όλες οι οικονομικές πολιτικές να υπόκεινται σε ελέγχους σχετικά με την επίδρασή τους στην υγεία, την ισότητα, το γενετικό υλικό και το περιβάλλον και να εμπεριέχουν υποχρεωτικά ρυθμιστικά μέτρα, ώστε να εξασφαλίζεται η συμμόρφωση.

Να αμφισβητήσουν τις οικονομικές θεωρίες τις επικεντρωμένες στην ανάπτυξη και να τις αντικαταστήσουν με εναλλακτικές, που θα δημιουργούν ανθρώπινες και βιώσιμες κοινωνίες. Οι οικονομικές θεωρίες πρέπει να αναγνωρίζουν περιβαλλοντικούς περιορισμούς, την θεμελιώδη σημασία της ισότητας και της υγείας και την συνεισφορά της απλήρωτης εργασίας, ειδικά την μη αναγνωρισμένη γυναικεία εργασία.

Κοινωνικές και πολιτικές προκλήσεις.

Οι καθολικές κοινωνικές πολιτικές έχουν θετικές επιδράσεις στη ζωή και την καθημερινότητα των ανθρώπων. Η οικονομική παγκοσμιοποίηση και ιδιωτικοποίηση έχουν σαφέστατα καταστρέψει κοινότητες, οικογένειες και πολιτισμούς. Οι γυναίκες

είναι απαραίτητες για τη διατήρηση του κοινωνικού ιστού σε όλο τον κόσμο, όμως οι βασικές τους ανάγκες συχνά αγνοούνται ή καταστέλλονται και τα δικαιώματά τους σαν προσωπικότητες παραβιάζονται. Οι δημόσιοι θεσμοί υποσκάπτονται και αποδυναμώνονται. Πολλές από τις αρμοδιότητές τους έχουν εκχωρηθεί στον ιδιωτικό τομέα, ειδικά σε ανώνυμες εταιρίες ή άλλους εθνικούς ή διεθνείς οργανισμούς, που σπάνια λογοδοτούν στο λαό. Επιπρόσθετα, η δύναμη των πολιτικών κομμάτων και των εργασιακών ενώσεων έχει περιοριστεί σημαντικά, την ώρα που οι συντηρητικές και φαναταμενταλιστικές δυνάμεις βρίσκονται σε ανοδική τροχιά. Η συμμετοχική δημοκρατία στους πολιτικούς οργανισμούς και στις αστικές δομές πρέπει να ευδοκιμήσει. Υπάρχει επείγουσα ανάγκη να επιβληθεί και να επιβεβαιωθεί η διαφάνεια και η απόδοση ευθυνών.

Αυτή η Χάρτα καλεί τους λαούς του κόσμου:

Να απατήσουν και να υποστηρίξουν την ανάπτυξη και εφαρμογή καθολικών κοινωνικών πολιτικών με πλήρη συμμετοχή του λαού.

Να πιέσουν τις κυβερνήσεις να εισάγουν και να εφαρμόσουν νομοθεσία που να προστατεύει και να προάγει τη φυσική, πνευματική και ψυχική υγεία και τα κοινωνικά δικαιώματα των περιθωριοποιημένων ομάδων του πληθυσμού.

Να διασφαλίσουν ότι όλες οι γυναίκες και όλοι οι άνδρες θα έχουν ίσα δικαιώματα στη δουλειά, στην καθημερινή διαβίωση, στην ελευθερία της έκφρασης, στην συμμετοχή στην πολιτική, στην άσκηση της θρησκευτικής ελευθερίας, στην εκπαίδευση και στην ελευθερία από κάθε μορφή βίας.

Να απαιτήσουν ώστε η Παιδεία και η Υγεία να κατατάσσονται στην κορυφή των πολιτικών επιλογών Αυτό σημαίνει δωρεάν και υποχρεωτική ποιοτική εκπαίδευση για όλα τα παιδιά και τους ενήλικες, ιδιαίτερα κορίτσια και γυναίκες, καθώς και ποιοτική παιδεία και φροντίδα κατά την προσχολική ηλικία.

Να απαιτήσουν ώστε οι δραστηριότητες των δημόσιων οργανισμών, όπως οι υπηρεσίες παιδικής φροντίδας, τα συστήματα διανομής τροφίμων, οι παροχές κατοικίας, να ωφελούν τόσο τα άτομα όσο και τις κοινότητες.

Να καταδικάσουν και να επιδιώξουν την ανατροπή κάθε πολιτικής που αποτέλεσμα έχει τον ξεριζωμό πληθυσμών από τις πατρίδες, τα σπίτια ή τις δουλειές τους.

Να αντιταχθούν στις δυνάμεις του φαναταμενταλισμού που απειλούν τα δικαιώματα και τις ελευθερίες των ατόμων, ακόμη και τις ζωές γυναικών, παιδιών και μειονοτήτων.

Να αντιταχθούν στον σεξουαλικό τουρισμό και την παγκόσμια διακίνηση γυναικών και

παιδιών. πλουσίων. Αυτή η καταστροφή πρέπει να αντιμετωπιστεί και να ανατραπεί άμεσα και αποτελεσματικά

Αυτή η Χάρτα καλεί τους λαούς του κόσμου:

Να εγκαλέσουν τις υπερεθνικές και εθνικές εταιρίες, τους δημόσιους οργανισμούς και τις ένοπλες δυνάμεις για τις καταστροφικές και επικίνδυνες δραστηριότητές τους που επιδρούν στο περιβάλλον και στην υγεία των ανθρώπων.

Να απαιτήσουν την αξιολόγηση όλων των αναπτυξιακών προγραμμάτων με βάση υγειονομικά και περιβαλλοντικά κριτήρια και την προσεκτική και περιορισμένη εφαρμογή τεχνολογιών ή πολιτικών που αποτελούν πιθανή απειλή για την υγεία και το περιβάλλον (η αρχή της προφύλαξης).

Να απαιτήσουν ώστε οι κυβερνήσεις να δεσμευτούν άμεσα για την ελάττωση εκπομπής αερίων υπεύθυνων για το φαινόμενο του θερμοκηπίου από τις περιοχές τους, με μέτρα πολύ πιο αυστηρά από αυτά που αναφέρονται στη διεθνή συμφωνία για την αλλαγή του κλίματος, χωρίς να καταφεύγουν σε ακατάλληλες ή επικίνδυνες τεχνολογικές εφαρμογές ή πρακτικές.

Να αντιταχθούν στη μετεγκατάσταση επικίνδυνων βιομηχανιών και στην ρήψη τοξικών και ραδιενεργών αποβλήτων στις φτωχότερες χώρες και στις περιθωριοποιημένες κοινότητες και να ενθαρρύνουν λύσεις που μειώνουν την παραγωγή αποβλήτων.

Να ελαττώσουν την υπερκατανάλωση και να μεταβάλλουν τον οικολογικά αδιέξοδο τρόπο ζωής τόσο στο Βορρά όσο και στο Νότο. Να πιέσουν τις εύπορες βιομηχανοποιημένες χώρες να ελαττώσουν την κατανάλωση και τη ρύπανση κατά 90 τοις εκατό.

Να απαιτήσουν μέτρα που διασφαλίζουν την υγιεινή και την ασφάλεια της εργασίας, συμπεριλαμβανομένου και της παρακολούθησης των συνθηκών εργασίας με επίκεντρο τον εργαζόμενο.

Να απαιτήσουν μέτρα για την πρόληψη των ατυχημάτων και των τραυματισμών στο χώρο εργασίας, την κοινότητα και τα σπίτια.

Να απορρίψουν την κατοχύρωση ευρεσιτεχνιών πάνω στη ζωή και να αντιταχθούν στη βιο-πειρατεία παραδοσιακών και γηγενών γνώσεων και πόρων.

Να αναπτύξουν δείκτες περιβαλλοντικής και κοινωνικής προόδου που θα βασίζονται στον άνθρωπο και στην κοινότητα, και να πιέσουν για την ανάπτυξη και υιοθέτηση προτύπων τακτικών μετρήσεων της περιβαλλοντικής υποβάθμισης και της κατάστασης υγείας του πληθυσμού.

Πόλεμος, βία, συγκρούσεις και φυσικές καταστροφές

Ο πόλεμος, η βία, οι συγκρούσεις και οι φυσικές καταστροφές εξολοθρεύουν κοινότητες και καταστρέφουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Έχουν βαρύτερη επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία των μελών των κοινοτήτων, ιδιαίτερα στις γυναίκες και τα παιδιά. Οι αυξημένοι εξοπλισμοί και το επιθετικό και διεφθαρμένο εμπόριο όπλων υποδαυλίζουν την κοινωνική, πολιτική και οικονομική σταθερότητα, καθώς και τη μετακύληση πόρων προς τον κοινωνικό τομέα.

Να υποστηρίξουν εκστρατείες και κινήματα για την ειρήνη και τον αφοπλισμό.

Να υποστηρίξουν εκστρατείες ενάντια στην επιθετικότητα, αλλά και στην έρευνα, παραγωγή, δοκιμασία και χρήση όπλων μαζικής καταστροφής και άλλων όπλων, συμπεριλαμβανομένων και όλων των τύπων ναρκών.

Να υποστηρίξουν τις προσπάθειες των λαών για την επίτευξη δίκαιης και μακρόχρονης ειρήνης, ιδιαίτερα σε χώρες με εμπειρία εμφυλίων πολέμων και γενοκτονιών.

Να καταδικάσουν τη στρατολόγηση ανήλικων παιδιών, καθώς και την κακοποίηση και το βιασμό, τα βασανιστήρια και τους φόνους γυναικών και παιδιών.

Να απαιτήσουν τον τερματισμό κάθε κατοχής ως ένα από τα πιο καταστροφικά όπλα ενάντια στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Να αντιταχθούν στην στρατιωτικοποίηση επεμβάσεων ανθρωπιστικής βοήθειας.

Να απαιτήσουν τον ριζικό μετασχηματισμό του Συμβουλίου Ασφαλείας του ΟΗΕ ώστε να λειτουργεί δημοκρατικά

Να απαιτήσουν ώστε ο ΟΗΕ και τα κράτη να τερματίσουν κάθε είδους κυρώσεις που χρησιμοποιούνται ως μέσο επίθεσης και μπορούν να βλάψουν την υγεία του άμαχου πληθυσμού.

Να ενθαρρύνουν τις ανεξάρτητες, βασισμένες στο λαό πρωτοβουλίες για την ανακήρυξη συνοικιών, κοινοτήτων και πόλεων ως περιοχές ειρήνης και ζώνες ελεύθερες από όπλα.

Να υποστηρίξουν δράσεις και εκστρατείες για την πρόληψη και την ελάττωση της επιθετικότητας και της βίαιης συμπεριφοράς, ιδιαίτερα των ανδρών, καθώς και για την υιοθέτηση της ειρηνικής συνύπαρξης.

Να υποστηρίξουν δράσεις και εκστρατείες για την πρόληψη των φυσικών καταστροφών και την ελάττωση του ανθρώπινου πόνου.

ΕΝΑΣ ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αυτή η Χάρτα απαιτεί την παροχή ενιαίας και καθολικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανεξάρτητα από τη δυνατότητα των ανθρώπων να πληρώνουν. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να είναι δημοκρατικές και υπεύθυνες, με επαρκείς πόρους για να το πετύχουν.

Αυτή η Χάρτα καλεί τους λαούς του κόσμου:

Να εναντιωθούν στις διεθνείς και εθνικές πολιτικές που ιδιωτικοποιούν την υγεία, μετατρέποντάς τη σε εμπορεύσιμο είδος.

Να απαιτήσουν ώστε οι κυβερνήσεις να προωθούν, να χρηματοδοτούν και να παρέχουν καθολική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ως τον πιο αποτελεσματικό τρόπο

αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας και οργάνωσης των υπηρεσιών δημόσιας υγείας για τη διασφάλιση δωρεάν και ισότιμης πρόσβασης.

Να πιέσουν τις κυβερνήσεις για την υιοθέτηση, εφαρμογή και επιβολή εθνικής πολιτικής υγείας και φαρμάκων.

Να απαιτήσουν ώστε οι κυβερνήσεις να αποτρέψουν την ιδιωτικοποίηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και να διασφαλίσουν αποτελεσματική ρύθμιση του ιδιωτικού τομέα υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των φιλανθρωπικών και μη κυβερνητικών οργανώσεων.

Να απαιτήσουν τον ριζικό μετασχηματισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) ώστε να ανταποκρίνεται στις προκλήσεις υγείας κατά τρόπο που να ωφελεί τους φτωχούς, να αποφεύγει κάθετες

προσεγγίσεις, να προωθεί τη διατομεακή συνεργασία, να περιλαμβάνει τις λαϊκές οργανώσεις που συμμετέχουν στην Συνδιάσκεψη των Λαών για την Υγεία, καθώς και να διασφαλίζει την ανεξαρτησία της από τα συμφέροντα των εταιρειών.

Να προωθούν, να υποστηρίζουν και να εμπλέκονται σε δράσεις που ενθαρρύνουν την λαϊκή εξουσία και έλεγχο των αποφάσεων για την υγεία σε όλα τα επίπεδα, περιλαμβάνοντας και τα δικαιώματα ασθενών και καταναλωτών.

Να απαιτήσουν αλλαγές στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ώστε να προσανατολίζονται στα πραγματικά προβλήματα και να βασίζονται στην πρακτική άσκηση, να κατανοούν την επίδραση παγκοσμίων θεμάτων στις κοινότητες τους, καθώς και να ενθαρρύνονται να συνεργάζονται με τις κοινότητες σεβόμενοι τη διαφορετικότητά τους.

Να απομυθοποιήσουν την ιατρική τεχνολογία και τα φάρμακα και να απαιτήσουν ώστε αυτά να υποταχθούν στις ανάγκες υγείας του λαού.

Να απαιτήσουν ώστε η έρευνα στην υγεία, συμπεριλαμβανομένων της γενετικής και αναπαραγωγικής τεχνολογίας και της έρευνας για την παραγωγή φαρμάκων, να γίνεται από υπεύθυνα ινστιτούτα με τρόπο συμμετοχικό που να βασίζεται στις ανάγκες της κοινωνίας. Πρέπει να είναι προσανατολισμένη στον πληθυσμό και στη δημόσια υγεία, με σεβασμό στην παγκόσμια δεοντολογία.

σεξουαλικής συμπεριφοράς και να αντιταχθούν σε όλα τα καταναγκαστικά μέτρα εναντίον του πληθυσμού και στις υποχρεωτικές πολιτικές οικογενειακού προγραμματισμού. Τα δικαιώματα αυτά αφορούν και στο δικαίωμα για πλήρεις και αποτελεσματικές μεθόδους ρύθμισης της γονιμότητας. υποχρεωτικές πολιτικές οικογενειακού προγραμματισμού. Τα δικαιώματα αυτά αφορούν και στο δικαίωμα για πλήρεις και αποτελεσματικές μεθόδους ρύθμισης της γονιμότητας.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΛΑΩΝ ΓΙΑ ΕΝΑΝ ΥΓΙΗ ΚΟΣΜΟ

Ισχυρές ανθρωπιστικές οργανώσεις και κινήσεις είναι το θεμέλιο για διαδικασίες λήψης αποφάσεων που θα είναι δημοκρατικές, διαφανείς και υπεύθυνες. Είναι απαραίτητο να είναι διασφαλισμένα τα αστικά, πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα των λαών. Ενώ οι κυβερνήσεις έχουν την πρωταρχική ευθύνη για να προωθήσουν μια πιο δίκαιη προσέγγιση στην υγεία και τα ανθρώπινα δικαιώματα, εντούτοις, ένα ευρύ φάσμα κινήματων και ομάδων της κοινωνίας των πολιτών καθώς επίσης και τα ΜΜΕ έχουν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο στη διασφάλιση της λαϊκής κυριαρχίας, στον έλεγχο των πολιτικών επιλογών και εφαρμογών.

Αυτή η Χάρτα καλεί τους λαούς του κόσμου:

Να οικοδομήσουν και να ενισχύσουν τις λαϊκές οργανώσεις για να τη δημιουργία κοινού πλαισίου ανάλυσης και δράσης.

Να προωθήσουν, να υποστηρίξουν και να εμπλακούν σε πράξεις που ενθαρρύνουν τη συμμετοχή του λαού στη λήψη αποφάσεων σε δημόσιες υπηρεσίες κάθε επιπέδου.

Να απαιτήσουν να εκπροσωπούνται οι λαϊκές οργανώσεις σε τοπικούς, εθνικούς και διεθνείς οργανισμούς σχετικά με την Υγεία

Να υποστηρίξουν τοπικές πρωτοβουλίες για την συμμετοχική δημοκρατία, μέσω της ίδρυσης δικτύων ανθρωποκεντρικής αλληλεγγύης, απανταχού στον Κόσμο.

Η Συνδιάσκεψη των Λαών για την Υγεία και η Χάρτα

Η ιδέα της Συνδιάσκεψης των Λαών για την Υγεία συζητιέται για πάνω από μία δεκαετία. Το 1998 ένας ικανός αριθμός οργανώσεων ξεκίνησε την διαδικασία της Συνδιάσκεψης των Λαών για την Υγεία και άρχισε να προγραμματίζει μία μεγάλη διεθνή συνάντηση, που έγινε στο Bangladesh, στα τέλη του 2000. Μία σειρά από προ και μετά δραστηριότητες της Συνδιάσκεψης εγκαινιάστηκαν, συμπεριλαμβάνοντας ημερίδες εργασίας κατά περιοχή, την συλλογή θεμάτων που αφορούν υποθέσεις σχετικές με την υγεία των λαών και το προσχέδιο της Χάρτας των λαών για την υγεία.

Η παρούσα Χάρτα βασίζεται στις απόψεις πολιτών και λαϊκών οργανώσεων απ' όλο τον

κόσμο και εγκρίθηκε αρχικά στην συνάντηση της Συνδιάσκεψης, που έγινε στο Savar του Bangladesh, τον Δεκέμβριο του 2000.

Η Χάρτα είναι η έκφραση των κοινών μας ανησυχιών, το όραμά μας για έναν καλύτερο και πιο υγιή Κόσμο και το κάλεσμά μας για ριζοσπαστική δράση. Είναι ένα εργαλείο για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων μας και το σημείο συσπείρωσης, γύρω από το οποίο, ένα παγκόσμιο κίνημα για την Υγεία μπορεί να συγκεντρώσει και άλλα δίκτυα αλλά και να δημιουργήσει καινούργιους συνασπισμούς.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΕΜΠΤΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

1)Τα κριτήρια της φιλοσοφίας-σκεπτικού «προς μια ενότητα για την υγεία» που εφαρμόζονται στα MM στο Βέλγιο .

(Μελέτη της Ομοσπονδίας των μελών των MM Βέλγιο, Βρυξέλλες 2007)(www.maisonmedicale.org)

Παρουσίαση της μελέτης:

Στόχος: Η περιγραφή της εμπειρίας των MM στο Βέλγιο υπό το πρίσμα του χάρτη VUPS, και η παρουσίαση των συγκλίσεων, των δυνάμεων και των αδυναμιών που παρατηρούνται. Επίσης η ανάλυση των περιπτώσεων με παραδείγματα καθώς και της παρούσας δυναμικής των MM.

Μέθοδοι: Εμπειριστατωμένη έρευνα αναφορικά με την νομοθεσία και ιστορικό, τις περιγραφές, τις λειτουργίες, ως συγκριτικές αξιολογήσεις αυτών που έγιναν και αυτών που έπρεπε να γίνουν.

Συμπεράσματα: Η κλίμακα των κριτηρίων (la grille de criteres) των προγραμμάτων VUPS ((“Vers /Unite pour la Sante”)=προς μια ενότητα για την Υγεία, επιτρέπει την πραγματοποίηση της σύγκλισης αυτής της προσέγγισης με αυτή των MM και των ενταγμένων σε αυτά των κέντρων υγείας. Μολονότι τα MM είναι μειονότητα στην γενική προσφορά φροντίδων υγείας στο Βέλγιο, παρότι βρίσκονται σε συνεχή αύξηση, θεωρούμε ότι τα ενταγμένα σε αυτά κέντρα θα πρέπει να παραμείνουν ως εργαστήρια αλλαγής και καινοτομιών στο πλαίσιο προσφοράς των φροντίδων υγείας ώστε να βοηθήσουν το Εθνικό Σύστημα Υγείας να μεταρρυθμιστεί.

Το παρόν περιβάλλον στο θέμα της υγείας στο Βέλγιο, μετά από την πρώτη δημιουργία των MM το 1971, δίνει προτεραιότητα στην παροχή θεραπευτικών φροντίδων υγείας και όχι τόσο στην προώθηση της υγείας, την πρόληψη της δημόσιας υγείας.

Η φιλοσοφία του προγράμματος του VUPS.

ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΟΙ ΕΤΑΙΡΟΙ

Η ανάπτυξη των Maison Medicales απαιτεί τη συμβολή ορισμένων εταιρών όπως:

- **Των διαχειριστών της Υγείας:** Ιδρύματα κοινωνικής ασφάλισης-κυρίως το INAMI= Institut National d' Assurance Maladie Invalidite= Εθνικό Ινστιτούτο Ιατρικής Ασφάλισης και Αναπηρίας το οποίο καθορίζει τις οικονομικές ροές, οι φορείς, ασφάλισης,(Mutuelles) και τα συνδικάτα.
- **Των επαγγελματιών της Υγείας:** Αποτελεί συνήθεια της Ομοσπονδίας των MM να επιδιώκουν τον διάλογο με το σύνολο των παροχών υγειονομικών ή κοινωνικών υπηρεσιών, ως αναπόσπαστο ενεργό μέλος της κοινωνίας των πολιτών σε τοπικό και εθνικό επίπεδο.
- **Των Ακαδημαϊκών ιδρυμάτων:** Η συνεργασία αυτή, πραγματοποιείται ειδικά μέσω των πανεπιστημιακών κέντρων της Γενικής Ιατρικής. Η πρακτική των ολοκληρωμένων φροντίδων υγείας/Sonw de Sante integres) στηρίζεται σε έρευνες που εκπονούνται τόσο στο Βέλγιο όσο και στο εξωτερικό. Οι βελγικές δημοσιεύσεις στον τομέα της ποιότητας των αρχικών φροντίδων είναι αξιόλογες κυρίως στη Γαλλόφωνη Βελγική Κοινότητα. Επίσης σημαντικές έρευνες πραγματοποιήθηκαν κατ' εντολή του INAMI από ακαδημαϊκά κέντρα,

σχετικά με τη βελτίωση της κατ' αποκοπήν μέθοδο πληρωμής προς μια μικτή πληρωμή. Επίσης με συμμετοχή εκπροσώπων των MM εδώ και χρόνια προωθείται ένα πρόγραμμα της καρδιαγγειακής υγείας από κοινού με την επιστημονική Ένωση της Γενικής Ιατρικής και το Ανώτατο Συμβούλιο Υγείας του Βελγίου.

- **Της κοινωνίας των πολιτών:** Οι ενώσεις των χρηστών, οι κοινωνικοί τοπικοί εταίροι, (ASBL) και οι αναγνωρισμένοι φορείς της Δια βίου Εκπαίδευσης είναι μόνιμοι συνομιλητές της Ομοσπονδίας των MM. Η τοπική και κοινοτική εργασία οδηγεί σε μόνιμες συνεργασίες με πολλούς φορείς του κοινωνικού, πολιτιστικού και περιβαλλοντικού τομέα.
- **Η ποιότητα της εταιρικότητας στα πλαίσια του θεσμού των MM:** Τα MM με τη συμβολή των διαφόρων κοινωνικών εταίρων, επιδιώκουν την συνεχή λειτουργία μιας συνεργασίας που να δίνει λύσεις σε συγκεκριμένα προβλήματα μέσα στις οικογένειες, τα οποία έχουν επιπτώσεις στο επίπεδο διαβίωσης και υγείας των ατόμων. Ως παράδειγμα διακλαδικής συνεργασίας, παραθέτουμε το πρόγραμμα το οποίο υλοποιείται εδώ και 5 χρόνια στην περιοχή της Λιέγης του Βελγίου για την βελτίωση της διατροφής, κυρίως στην παιδική ηλικία, ως βάση μιας καλής υγείας του τοπικού πληθυσμού. Ήδη υπάρχει μια μακροπρόθεσμη θεσμική δέσμευση, μεταξύ των MM της περιοχής και των τοπικών φορέων, αυτός ο τύπος της συνεργασίας, να επεκταθεί και σε άλλα επείγοντα θέματα της Δημόσιας Υγείας.
- **Η διάδοση των αποτελεσμάτων και η πληροφόρηση του πληθυσμού:** Η Ομοσπονδία των MM με σκοπό την προώθηση της υγείας και την στήριξη δράσεων για την ποιότητα ολοκληρωμένων φροντίδων υγείας, εκδίδει ανά τρίμηνο ένα περιοδικό απευθυνόμενο όχι μόνο στους ειδικούς αλλά και στο ευρύ κοινό. Διαθέτει επίσης και ένα site προσβάσιμο στο κοινό (<http://www.maisonmedicale.org>). Η σημαντική αναγνώριση του θεσμού των MM αποδεικνύεται και από την αύξηση αυτών (75%) ήταν περίπου 40 το 1984 και το 2007 σχεδόν διπλασιάστηκαν.

ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η αξιολόγηση της συμβολής των MM στην βελτίωση της ποιότητας, της δικαιοσύνης, τη συνέπειας, και της αποδοτικότητας στην προσφορά υπηρεσιών υγείας.

Γενικά, τα έως σήμερα μετρήσιμα αποτελέσματα των MM στην βελτίωση των υπηρεσιών υγείας αποδεικνύουν ότι ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών όπως αυτό των MM (Systeme de Sante Integre) εμπεριέχει πολλά περισσότερα πλεονεκτήματα από κάθε άλλο σύστημα, χάρη στην ισότητα, τη δικαιοσύνη, τη συνέχεια στην παρακολούθηση των ασθενών και στην αποτελεσματικότητα.

Παραθέτουμε ορισμένα παραδείγματα των αποτελεσμάτων συμφώνως με τα στοιχεία της Ομοσπονδίας των MM.

- Τα ποσοστά του εμβολιασμού ενάντια στην γρίπη των ατόμων πλέον των 65 ετών, είναι πολύ ανώτερα από τα παρατηρηθέντα ποσοστά των τελευταίων ετών στο Βέλγιο 70% έναντι 45%.
- Τα ποσοστά της εξισορρόπησης του διαβήτη από ορισμένα MM είναι ανώτερα από τα αμερικάνικα ποσοστά και συγκρίσιμα με τα Ολλανδικά (περίπου 50%. Η ΒΑ16)
- Επίσης έχουμε ελάττωση της συνταγογράφησης των αντιβιοτικών. Λεπτομέρειες για όλα τα αποτελέσματα δίνονται στο site της Ομοσπονδίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κλίμακα των κριτηρίων των Προγραμμάτων του VUPS (Vers l' Unite Pour la Sante) «Προς μια Ενοποίηση για την Υγεία» επιτρέπει την μέτρηση της σύγκλισης αυτής της προσέγγισης, με τη φιλοσοφία των MM. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι τα MM –ο αριθμός των οποίων συνεχώς αυξάνεται- πρέπει να παραμείνουν εργαστήρια καινοτόμων αλλαγών στον τομέα των φροντίδων υγείας, ώστε να βοηθήσουν στην όλη μεταρρύθμιση του συστήματος της δημόσιας υγείας. Το συντονιστικό όργανο των MM, FMM αριθμεί περίπου (40) σαράντα συνεργάτες, οι οποίοι εργάζονται στη διάδοση του μοντέλου αυτού στο εξωτερικό κυρίως στην ΕΕ όπως και στο εσωτερικό/ στο Βέλγιο.

(Βλ. Boelen, C./2002)

2) “Οι μεταρρυθμίσεις στις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας στο Βέλγιο”

Ομοσπονδία των Maison Medicale και των συλλογικών οργάνων του Γαλλόφωνου Βελγίου

1^η Ιουλίου 2006 Jallay Jean-Marc.(www.maisonmedicale.org)

Το Σύστημα Υγείας του Γαλλόφωνου Βελγίου βασίζεται σε ένα επαγγελματικό μοντέλο που στηρίζεται στο βιοιατρικό πρότυπο. Η εξέλιξή του προς ένα ενσωματωμένο στην κοινότητα-μοντέλο καθιστά το βελγικό σύστημα υγείας πιο αποδοτικό από πολλές απόψεις.

Εισαγωγή

Η βελτίωση της οργάνωσης και της Προσφοράς Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Υγείας, οπωσδήποτε αποτελεί ένα βασικό μέλημα των βιομηχανικών χωρών που προσβλέπουν σε μια καλύτερη ανάπτυξη. Εξάλλου η οργάνωση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας αποτελεί στα μάτια των περισσότερων ένα από τα ύψιστα διακυβεύματα του Συστήματος Υγείας της χώρας. Ο Π.Ο.Υ έχει ορίσει ως ύψιστο σκοπό της πολιτικής του για την ανάπτυξη της υγείας των πληθυσμών, την σύγχρονη ανάπτυξη της ποιότητας αυτής. Το Βέλγιο είναι μια χώρα που ακολουθεί πιστά τις πολιτικές του Π.Ο.Υ.

Σύμφωνα με τις οδηγίες του Π.Ο.Υ. τα μοντέλα Παροχής Πρωτοβάθμιας Υγείας που οργανώνονται γύρω από διατομεακές πρακτικές έχουν πολύ καλύτερα και υψηλού επιπέδου αποτελέσματα ως προς την συνέπεια και την συνέχεια των προσφερόμενων φροντίδων υγείας και ανταποκρίνονται καλύτερα στην ικανοποίηση των ασθενών.

Τα διάφορα μοντέλα οργάνωσης των Υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Υγείας.

Ένας ερευνητικός καναδικός οργανισμός (βλ. Lamarche P, Beaulien MD, Pineault R, Contandriopoulos AP, Denis JL, Haggerty J, Choices for change: the path for restructuring primary healthcare services in Canada, Canadian Health Services Research Foundation, 2003) ανέλυσε τα χαρακτηριστικά των προτύπων οργάνωσης παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Υγείας, που συναντώνται στη πλειοψηφία των βιομηχανικών χωρών, όπως Καναδάς-Η.Π.Α., Ευρώπη, Ωκεανία. Στη συνέχεια, ο οργανισμός αυτός προέβει στην ταξινόμηση αυτών των μοντέλων αναφέροντας όλα τα διαφορετικά χαρακτηριστικά όλων των περιπτώσεων που μελετήθηκαν. Η ταξινόμηση αυτή επέτρεψε τον προσδιορισμό τεσσάρων τύπων προτύπων/μοντέλων οργάνωσης παροχής Υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Υγείας.

Αυτά τα τέσσερα μοντέλα διαφέρουν, αρχικά, ως προς το όραμά τους αναφορικά με τον τρόπο Παροχής Υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Υγείας. Τα δύο μοντέλα στηρίζονται σ' ένα όραμα, το λεγόμενο «επαγγελματικό». Τα δύο άλλα μοντέλα στηρίζονται σ' ένα όραμα που θα μπορούσαμε να το ονομάσουμε «κοινοτικό».

Σύμφωνα με το «επαγγελματικό όραμα» οι σκοποί και οι ευθύνες των Υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Υγείας είναι η παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε ασθενείς που παρουσιάζονται για την λήψη αυτών των υπηρεσιών (απλοί πελάτες) ή σε άτομα που ήδη είναι συμβεβλημένοι-εγγεγραμμένοι σε κάποιο από τους κοινωνικούς φορείς Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Υγείας (Ιδρύματα Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Περίθαλψης)

Τα επαγγελματικά μοντέλα είναι:

Το επαγγελματικό μοντέλο άμεσης επαφής-πρόσβασης.

Το επαγγελματικό μοντέλο συντονισμού.

Τα κοινοτικά μοντέλα είναι:

Το μη ενταγμένο κοινοτικό μοντέλο.

Το κοινοτικό ενταγμένο μοντέλο.

(βλ. Τα πλήρη χαρακτηριστικά των 4 μοντέλων στην έκθεση της έρευνας

www.chsrf.ca/final_research/commissioned_research/policy_synthesis/pdf/choices_for_change_f.pdf.

Θεωρούμε ότι θα πρέπει η προσοχή μας να επικεντρωθεί στα κοινοτικά μοντέλα, διότι αυτά εφαρμόζονται στην πλειοψηφία των γαλλόφωνων χωρών και ειδικά στις υπό εξέταση στην εργασία μας χώρες, δηλ. το Βέλγιο, πρωτίστως, και ακολούθως στη Γαλλία και γαλλόφωνο Καναδά.

Σύμφωνα με το «κοινοτικό όραμα» οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Υγείας στοχεύουν όχι μόνο στην απλή παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά στη βελτίωση της ποιότητας της υγείας του πληθυσμού που κατοικεί σε μια δεδομένη γεωγραφική επικράτεια καθώς και στην ανάπτυξη της ποιοτικής υγείας των ατόμων της τοπικής κοινωνίας, όπου εδρεύουν οι υπηρεσίες του «κοινοτικού μοντέλου».

Επίσης, έχουν την ευθύνη να ανταποκρίνονται στις ανάγκες υγείας αυτού του πληθυσμού, που προαναφέραμε, και να του εξασφαλίζουν το σύνολο των ιατρικών, υγειονομικών, κοινωνικών και των απαιτούμενων κοινοτικών υπηρεσιών. Τα «κοινοτικά μοντέλα», διαφέρουν λόγω της ένταξής τους σε άλλες συνιστώσες του συστήματος των φροντίδων υγείας. Τα διάφορα χαρακτηριστικά των πόρων τους, η οργανωτική δομή και οι πρακτικές τους επιτρέπουν να διαφανούν τα πλεονεκτήματά τους έναντι των «επαγγελματικών μοντέλων». Εξάλλου τα ενταγμένα κέντρα υγείας που συνεχώς αναπτύσσονται ήδη από την πρώτη εμφάνιση των Maisons Medicales στο Βέλγιο, που ανήκουν στο «ενταγμένο κοινοτικό μοντέλο», αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα του ανωτέρου μοντέλου καθώς και τη συμβολή του στη βελτίωση της Ποιότητας της Δημόσιας Υγείας στο Βέλγιο.

Πέρα όμως από την ταξινόμηση των μοντέλων, είναι τα συνδεδεμένα με αυτά αποτελέσματα τα οποία χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και ανάλυσης. Γενικά, τα εμπειρικά δεδομένα, οι αναλύσεις των περιπτώσεων και οι μετα-αναλύσεις όπου διασταυρώνονται οι απόψεις των εμπειρογνομόνων, αποδεικνύουν ότι τα μοντέλα της οργάνωσης αρχικών φροντίδων υγείας που προσανατολίζονται προς τη διεπιστημονική πρακτική, συνδέονται με σημαντικά υψηλά αποτελέσματα επίδοσης του Συστήματος Υγείας.

Με αυτό τον τρόπο, το ενταγμένο κοινοτικό μοντέλο αποδεικνύεται το πιο συμφέρον ως προς τα σχέδια της αποτελεσματικότητας της ποιοτικής υγείας και των υπηρεσιών/της ποιότητας και κατάλληλη/ του ελέγχου του κόστους και της χρηστής χρήσης καθώς και της δυνατότητας αντικατάστασης του επιπέδου των υπηρεσιών αρχικών φροντίδων με άλλα επίπεδα και τέλος της ισονομίας.

Οι Υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Υγείας: Ένα οργανωμένο σύστημα δράσης

Η οργάνωση των υπηρεσιών μιας Ποιοτικής Πρωτοβάθμιας Υγείας πρέπει να γίνεται αντιληπτή ως ένα οργανωμένο σύστημα δράσης.

Η φιλοσοφία αυτή της οργάνωσης των υπηρεσιών μιας Ποιοτικής Πρωτοβάθμιας Υγείας απορρέει από τον τρόπο συμμετοχής των εμπλεκομένων φορέων, οι οποίοι εντός ενός καθορισμένου κοινωνικού πλαισίου και ενός επίσης προκαθορισμένου περιβάλλοντος (γεωπολιτική οντότητα) αλληλεπιδρούν για να κινητοποιήσουν και να χρησιμοποιήσουν πόρους ώστε να παράξουν δραστηριότητες, αγαθά ή υπηρεσίες, απαραίτητες για τη συνέχιση του συλλογικού προγράμματος και να εκπληρώσουν τους στόχους τους.

Ως οργανωμένο σύστημα δράσης, οι προσφερόμενες υπηρεσίες μιας Ποιοτικής Πρωτοβάθμιας Υγείας χωρίζονται σε έξι διαστάσεις: **Το όραμα, οι πόροι(οικονομικοί), η οργανωτική δομή, οι καλές πρακτικές, το περιβάλλον και τα αποτελέσματα.**

Η μορφή των οργανισμών βασίζεται σε μια συνέπεια που υπάρχει μεταξύ των χαρακτηριστικών των εμπλεκομένων οργανισμών. Η συνέπεια είναι αναγκαία για να υπάρχει διασύνδεση μεταξύ του οράματος που έχουν οι συμμετέχοντες φορείς της Πρωτοβάθμιας Υγείας, των πόρων που κινητοποιούνται από τους εμπλεκόμενους και του οργανωτικού πλαισίου το οποίο χρηματοδοτείται από την πολιτεία για να εξασφαλιστεί η παροχή αυτών των υπηρεσιών.

Οι καλές /καινοτόμες πρακτικές που καθοδηγούν αυτή την πρακτική, επηρεάζονται, με την σειρά τους, από το όραμα των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Υγείας, από τους πόρους που δίνονται σ' αυτές, καθώς επίσης και από την οργανωτική δομή του όλου συστήματος. Επομένως ένα οργανωμένο μοντέλο εμπεριέχει όλα τα παραπάνω και το οποίο, σε κάθε δεδομένη χρονική στιγμή στο πλαίσιο ενός καθορισμένου περιβάλλοντος, έχει τη δυνατότητα της προσαρμογής και της εξέλιξης.

Ο ουσιαστικός ρόλος του οράματος των εμπλεκομένων φορέων

Το οργανωμένο σύστημα δράσης μας αποδεικνύει ότι είναι ένα σύστημα Υπηρεσιών Ποιοτικής Πρωτοβάθμιας Υγείας δεν μπορεί να λειτουργήσει με υψηλή αποδοτικότητα παρά μόνο όταν οργανώνεται με απόλυτη συνέπεια με το όραμα το οποίο έχουν υιοθετήσει οι βασικοί φορείς που το αποτελούν.

Ομοίως, οι θεμελιώδεις εξελίξεις του συστήματος-ως προς τους πόρους και τη δομή-έχουν περισσότερες πιθανότητες να αποβούν ευνοϊκές και να βελτιώσουν το σύστημα, όταν αυτές είναι σε πλήρη αρμονία με το όραμα(δηλ.την συνολική σύλληψη και φιλοσοφία του συστήματος) της οργάνωσης το οποίο έχουν υιοθετήσει οι αρμόδιοι φορείς.

Το όραμα αυτό περιλαμβάνει τις πεποιθήσεις, τις αντιπροσωπεύσεις, τις αξίες και τους σκοπούς, οι οποίες επιτρέπουν στους δρώντες να επικοινωνούν και να αλληλοκατανοούνται στο πλαίσιο του ρόλου τους, αλλά συγχρόνως να δίνουν και νόημα στις δράσεις τους.

Όλο και περισσότερο τα στοιχεία από διάφορες μελέτες-έρευνες, τα οποία συνδέονται με τις απόψεις των εμπειρογνομόνων για θέματα συστημάτων υγείας, αποδεικνύουν ότι τα συστήματα της Πρωτοβάθμιας Υγείας που είναι οργανωμένα γύρω από το κοινοτικό/ενσωματωμένο μοντέλο, χαρακτηρίζονται από πιο υψηλό επίπεδο απόδοσης όσον αφορά την ποιότητα των φροντίδων, την συνέχεια και την αποδοτικότητα (κόστος/όφελος). Στο Βέλγιο, ήδη, το κυρίαρχο βιοιατρικό μοντέλο με τις κατάλληλες

νομικές και ρυθμιστικές τροποποιήσεις έχει εξελιχθεί σ'ένα κοινοτικό ενταγμένο μοντέλο, το οποίο χάρη των κινήτρων και την διεπιστημονική πρακτική της ομάδας, έχει αποβεί σ'ένα ποιοτικό σύστημα οργάνωσης και παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας Υγείας με εύκολη πρόσβαση για όλους και υψηλή αποδοτικότητα .

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΟΓΔΟΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

1)Ομοσπονδία των Ιατρικών Κέντρων και των Συλλογικών Οργάνων Υγείας του Γαλλόφωνου Βελγίου

Χάρτης Συμμετοχής στην παραπάνω Ομοσπονδία

1 Απριλίου 1996/Ευρωπαϊκή Γραμματεία Πρακτικής Κοινωνικής Υγείας(www.maisonmedicale.org)

Τον Απρίλιο του 1996 με πρωτοβουλία της ευρωπαϊκής γραμματείας των πρακτικών κοινωνικής υγείας, διάφοροι φορείς και ειδικοί, των πρακτικών της κοινωνικής υγείας προερχόμενοι από διάφορες χώρες της Ευρώπης συνήλθαν στη Γάνδη για να εξετάσουν το θέμα για την συμμετοχή των χρηστών.

Έχοντας ως αρχή τον ορισμό του ΠΟΥ και τη διακήρυξη της Alma Ata το 1978 θέλησαν να εκφράσουν με ένα κοινό Χάρτη της σκέψεις και φιλοσοφία τους, τις προτάσεις τους και τις υποχρεώσεις τους σχετικά με την συμμετοχή των χρηστών δηλώνοντας έτσι ένα συγκεκριμένο επίπεδο προς την συγκεκριμενοποίηση μιας θεμελιώδους αρχής για την κοινωνική υγεία.

Ο Χάρτης για την συμμετοχή του χρήστη σε επίπεδο υπηρεσιών υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο στο πλαίσιο των κέντρων της κοινωνικής υγείας:

Τα κέντρα της κοινωνικής υγείας έχουν την επιλογή να ευνοήσουν την συμμετοχή διότι μ' αυτό τον τρόπο συμβάλλουν η συμμετοχή συμβάλλει στον εκδημοκρατισμό της κοινωνίας η οποία είναι απαραίτητη για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Τα κέντρα της κοινωνικής υγείας δεσμεύονται:

- 1) Να ευνοήσουν και αν αναπτύξουν το ίδιο το νόημα της συμμετοχής δηλαδή των πολιτών χρηστών:

- Είτε με συμμετοχή στην εκπόνηση των αποφάσεων που λαμβάνονται για την υγεία τους
 - Είτε με το να αξιολογούν, να επιδρούν ή να τροποποιούνται οι προσανατολισμοί του κέντρου συμφώνως με το δικαίωμα του αυτοκαθορισμού των ατόμων και των κοινοτήτων
- 2) Να εργάζονται ώστε τα θεσμικά όργανα της διαβούλευσης να δημιουργούνται ή να διευκολυνθούν και να επιτρέπουν την δημιουργία και εφαρμογή των πρωτοβουλιών και των προτάσεων που προέρχονται από τους πολίτες-χρήστες.

Έχοντας συνειδητοποιήσει ότι αυτή η συμμετοχή εμπεριέχει το δικαίωμα της αμφισβήτησης για την διαφορετική σύνθεση της κοινοτικής υγείας αποφασίζουν τις εξής μεθόδους:

- 1) Να ευνοήσουν την προσβασιμότητα των πολιτών χρηστών σε κάθε πληροφόρηση αναφορικά με την υγεία του καθώς και σ' αυτήν που αφορά από την κοινότητα στην οποία ανήκει και να θέσουν κυρίως σε ενεργεία κατάλληλα μέτρα ώστε να αγγίξουν τους περιθωριακούς πληθυσμούς
- 2) Να δημοσιεύσουν κάθε πληροφορία που αφορά κάθε λειτουργία των δομών των υπηρεσιών που παρείχαν υπηρεσίες υγείας καθώς και των επαγγελματιών που εργάζονται σ' αυτές κυρίως όσον αφορά την διανομή των καθηκόντων και (εσωτερικό κανονισμό, οργανόγραμμα, προβλεπόμενες διαδικασίες των υπευθυνοτήτων).
- 3) Να χρησιμοποιήσουν διαδικασίες διευκόλυνσης και διαφάνειας της διαχείρισης των παραπόνων.

Τα Κέντρα της Κοινοτικής Υγείας

- 1) Αναλαμβάνουν τον ειδικό και μοναδικό ρόλο των κοινωνικών ενδιάμεσων στην στήριξη και ενδυνάμωση της συμμετοχής των πολιτών και των κοινοτήτων στα θέματα υγείας.
- 2) Θεωρώ ότι ο απαραίτητος ρόλος των κοινωνικά διαμεσολαβητών για την ανάπτυξη των διαδικασιών της συμμετοχής του πολίτη-χρήστη, πρέπει να

είναι αναγνωρισμένος τόσο σε επίπεδο τοπικό όσο και σε περιφερειακό, εθνικό και διεθνές σε επίπεδο προσωπικό και συλλογικό.

- 3) Αναλαμβάνουν ως αποστολή την ενδυνάμωση του ρόλου των κοινωνικά ενδιάμεσων ως εταίροι διαμεσολαβητές μεταξύ των κέντρων της κοινοτικής υγείας των χρηστών και των τοπικών κοινωνιών.

Τα Κέντρα θα αναλάβουν τις απαραίτητες θεσμικές ρυθμίσεις ώστε η εταιρικότητα να αποτελεί αδιάσπαστο μέρος της διαδικασίας των αποφάσεων και θα σχετίζεται στις προσωπικές σχέσεις όπως και στο σύνολο των δράσεων και των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται στην κοινότητα.

Τα Κέντρα Κοινότητες Υγείας είναι πεπεισμένα:

- 1) Ότι δεν ανήκουν στις δομές των υπηρεσιών που αποφασίζουν για τον τρόπο συμμετοχής του πολίτη χρήστη ούτε καθορίζουν τους τομείς οι οποίοι μπορεί να τον αφορούν.
- 2) Αυτή η συμμετοχή εμπεριέχει την πληροφόρηση και την κατάρτιση αναφορά με την πληροφόρηση της πρόληψης και της παιδείας για την υγεία. Πρόκειται δηλαδή να γίνουν προσβάσιμες οι γνώσεις αναφορικά με την υγεία και με τις φροντίδες υγείας γνωρίζοντας οπωσδήποτε ότι αυτά τα δύο είναι μια απαραίτητη προϋπόθεση αλλά συχνά ότι τόσο αρκετές για μια συνειδητή συμμετοχή.
- 3) Ότι η συμμετοχή πρέπει να διευκολύνεται από τις δημόσιες αρχές και από τους οργανισμούς που έχουν αρμοδιότητα στον τομέα της υγείας. Βεβαίως τα απαραίτητα οικονομικά μέσα για την ανάπτυξή της θα πρέπει να προβλέπονται και βασικά να δίνονται γι' αυτό το στόχο.

