

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ, ΜΟΝΑΔΕΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ε. Μωραΐτης

Ορθοπαιδικός

*Μέλος της Επιτροπής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας.*

Οι εναλλακτικές μορφές περίθαλψης και οι μονάδες βραχείας νοσηλείας είναι μια πρόταση που στόχο έχει την ορθολογική χρήση του ήδη υπάρχοντος δικτύου υγειονομικών υπηρεσιών, την περίθαλψη των ασθενών με το μικρότερο δυνατό υλικό και συναισθηματικό κόστος και τέλος την προσφορά ποιοτικά καλύτερης νοσηλείας ασθενών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εναλλακτικές μορφές περίθαλψης. Νοσηλεία στο σπίτι, μονάδες βραχείας νοσηλείας. Περιγράφονται οι λόγοι της οικονομικής «κρίσης» των συστημάτων υγείας σε συνδυασμό με τα διάφορα αίτια που οδηγούν στην αύξηση της ζήτησης και χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Αναλύεται η κατάσταση της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα σήμερα, σε σχέση με τις υπάρχουσες και τις αναμενόμενες ανάγκες. Προτείνεται η καδιέρωση εναλλακτικών μορφών περίθαλψης, ιδιαίτερα των μονάδων βραχείας νοσηλείας σαν μια (άλλη) λύση και περιγράφεται ο τρόπος οργάνωσης, λειτουργίας και στελέχωσής τους και οι ωφέλειες που προκύπτουν από τη λειτουργία τους τόσο για το κοινωνικό σύνολο, όσο και για το σύστημα νοσοκομειακής περίθαλψης. (Το κείμενο είναι εισήγηση σεμιναρίου στα πλαίσια δραστηριοτήτων της Π.Ο.Υ.-1985 στην Ελλάδα και έχει καταχωρηθεί στα Νοσοκομειακά Χρονικά 47, 1985).

Η διεθνής εμπειρία

Τα τελευταία χρόνια αναπτύσσεται σε διεθνές επίπεδο, ένας ολοένα εντονότερος προβληματισμός γύρω από τη σημαντική αύξηση των δαπανών περίθαλψης και ιδιαίτερα της νοσοκομειακής, που χαρακτηρίζεται «ραγδαία», «εκρηκτική», «δραματική» ή και «επικίνδυνη», ανάλογα με την έμφαση που κάθε φορά δίνεται στις διαστάσεις του προβλήματος. Ενός προβλήματος που, σε συνδυασμό με την παγκόσμια οικονομική ύφεση, φαίνεται

να οδηγεί σε «κρίση» τα υγειονομικά συστήματα των αναπτυγμένων ιδιαίτερα χωρών και που γίνεται οξύτερο αν ληφθεί υπόψη ότι:

- α. Η αύξηση των δαπανών για την περίθαλψη ελάχιστα έχει συμβάλλει σε ανάλογη μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας των λαών των αναπτυγμένων χωρών και ιδιαίτερα στη μείωση της διαφοράς νοσηρότητας και θνησιμότητας ανάμεσα στις κατώτερες και ανώτερες κοινωνικοοικονομικά τάξεις (1 – 3).
- β. Η βελτίωση του επιπέδου υγείας των λαών των Ευρωπαϊκών χωρών τα τελευταία χρόνια έγινε πριν από την εισαγωγή στην καθημερινή ιατρική πράξη της σύγχρονης και πολυδάπανης ιατρικής τεχνολογίας(4) και
- γ. Είναι κοινή παραδοχή, σε διεθνές επίπεδο, ότι η αρρώστια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο αλλά έχει κοινωνική βάση(5-8).

Παράλληλα οι προοπτικές δείχνουν πως η ζήτηση υγειονομικών υπηρεσιών και ιδιαίτερα νοσοκομειακών, καθημερινά θα αυξάνεται(9,10). Η τάση αυτή ερμηνεύεται εύκολα αν ληφθούν υπόψη:

- α. Ο περιορισμός του νοσηλευτικού ρόλου της οικογένειας στη σύγχρονη βιομηχανική κοινωνία.
- β. Η αύξηση και διαφοροποίηση του νοσολογικού φάσματος λόγω της αλλαγής των συνθηκών διαβίωσης.
- γ. Η επέκταση του δεσμού των κοινωνικών ασφαλίσεων και η δυνατότητα χρήσης του δικαιώματός της δωρεάν, ή με μικρή οικονομική συμμετοχή, νοσηλείας από όλους τους πολίτες.
- δ. Οι πρόοδοι της σύγχρονης τεχνολογίας, και ιδιαίτερα
- ε. Το «γέραςμα» της πυραμίδας του πληθυσμού που οδηγεί στην ανάγκη ύπαρξης νοσοκομειακών κρεβατιών για τη νοσηλεία υπερηλίκων ατόμων με χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα.

Οι παραπάνω εκτιμήσεις σε συνδυασμό με τη διαπίστωση ότι οι διαδέσιμοι πόροι, τόσο στο παρόν αλλά και στο άμεσο (μα και μακροπρόθεσμο) μέλλον, είναι συγκεκριμένοι (και περιορισμένοι) οδηγούν στην αναζήτηση λύσεων του προβλήματος. Πέρα από τις ελάχιστες «εξτρεμιστικές» προτάσεις και απόπειρες για μείωση των κοινωνικών παροχών και περιορισμό του «κράτους πρόνοιας», η διεθνής τάση είναι η εξασφάλιση της άριστης περίθαλψης με το μικρότερο δυνατό κόστος. Έτσι η προσπάθεια στρέφεται στην περιστολή των άσκοπων και αλόγιστων δαπανών και στην πλέον ορθολογική χρήση της υπάρχουσας νοσοκομειακής υποδομής. Η εφαρμογή σύγχρονων οικονομικοδιαχειριστικών και οργανωτικών μεθόδων, η αποφυγή άσκοπων εισαγωγών, ο περιορισμός της αδικαιολόγητης παράτασης χρόνου νοσηλείας και των μη απόλυτα αναγκαιών ιατρικών πράξεων και (ιδιαίτερα) παρακλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων, η αξιοποίηση του medical audit κ.λπ. πιστεύεται ότι θα εξασφαλίσουν την επιθυμητή μείωση του κόστους (ή του ρυθμού αύξησης του κόστους) νοσηλείας και θα δώσουν τη δυνατότητα για τη νοσηλεία μεγαλύτερου αριθμού αρρώστων χωρίς να είναι απαραίτητη η δημιουργία νέων νοσοκομειακών μονάδων.

Πέρα από τα παραπάνω προωθείται τα τελευταία χρόνια τόσο στην Αμερική (Καναδάς, ΗΠΑ) όσο και στην Ευρώπη η τάση για νοσηλεία στο σπίτι σε συνδυασμό με τη λειτουρ-

για μονάδων νοσηλείας μιας ημέρας (one day clinics) ή «μονάδων βραχείας νοσηλείας» (short stay units), μετά την επιτυχία των αντίστοιχων μονάδων που χρησιμοποιήθηκαν για τους νυχτικά ασθενείς και που οδήγησαν πέρα από τη μείωση του κόστους νοσηλείας στον εξανθρωπισμό της περίθαλψης.

2. Η Ελληνική πραγματικότητα

Είναι γενικά παραδεκτό πως η κατάσταση στο χώρο της νοσοκομειακής περίθαλψης στη χώρα μας χαρακτηρίζεται από τεράστιες αδυναμίες και ελλείψεις τόσο υποδομής όσο και στελέχωσης και λειτουργίας(11,12) με κύρια στοιχεία:

- α. Την υπανάπτυξη του δημόσιου τομέα.
- β. Την άνιση χωροκατανομή σε βάρος της περιφέρειας.
- γ. Την ύπαρξη σημαντικού αριθμού μικρής δυναμικότητας νοσηλευτηρίων (ιδιαίτερα ιδιωτικών).
- δ. Την ανεπαρκή στελέχωση ιδιαίτερα σε νοσηλευτικό και «παραϊατρικό» προσωπικό, και
- ε. Την λειτουργική ανεπάρκεια (χαμηλό κόστος κάλυψης, μεγάλοι μέσοι χρόνοι νοσηλείας κ.λπ.).

Έχοντας υπόψη τα διεθνώς παραδεκτά κριτήρια αξιολόγησης της νοσοκομειακής υποδομής και λειτουργίας (Πίνακας 1) και επιχειρώντας μια συνοπτική αποτίμηση της σημερινής κατάστασης και μια αδρή σύγκριση των στατιστικών στοιχείων της δεκαετίας που πέρασε (1973-1982), όπως προκύπτει από τη μελέτη των επίσημων στατιστικών(13,14), παρατηρούμε ότι:

1. Στο συνολικό αριθμό των νοσοκομειακών κρεβατιών παρατηρείται μια αύξηση 5,0% που κύρια όμως, οφείλεται σε αύξηση του ιδιωτικού (10,38%) και λιγότερο του δημοσίου τομέα (1,78%) όπως φαίνεται στον πίνακα 2.

Πίνακας 1. Κριτήρια αξιολόγησης νοσοκομειακής υποδομής και λειτουργίας

I. Σε εθνικό επίπεδο	II. Σε επίπεδο νοσοκομείου
<ul style="list-style-type: none"> • Αριθμός νοσηλευτηρίων • Αριθμός κρεβατιών • Χωροκατανομή νοσηλευτηρίων και κρεβατιών • Μέγεθος νοσηλευτηρίων • Είδος νοσηλευτηρίων (Γενικά, Ειδικά κ.λπ.) • Νομική μορφή (Δημόσια, Ιδιωτικά) • Στελέχωση • Σύστημα αντιμετώπισης έκτακτων περιστατικών 	<ul style="list-style-type: none"> • Μέγεθος νοσοκομείου • Νομική μορφή • Είδος νοσοκομείου (Γενικό, Ειδικό, Πανεπιστημιακό κ.λπ.) • Κτιριακές εγκαταστάσεις • Εξοπλισμός • Στελέχωση • Σύνδεση σε ειδικότητες • Λειτουργικά στοιχεία • Μέση διάρκεια νοσηλείας • Μέση κάλυψη (%) κρεβατιών • Κίνηση εξωτερικών ιατρείων • Αριθμός και είδος χειρουργικών επεμβάσεων • Αριθμός και είδος εργαστηριακών εξετάσεων • Αριθμός και είδος παρακλινικών εξετάσεων • Κόστος νοσηλείας (ετήσιο, ημερήσιο, ανά άρρωστο, ανά κλινική κ.λπ.)

Πίνακας 2. Αριθμός νοσοκομειακών κρεβατιών κατά γεωγραφικό διαμέρισμα (υπολογισμοί με βάση τα στοιχεία της ΕΣΥΕ)

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΚΡΕΒΑΤΙΩΝ							
	1973				1982			
	Δημόσια*	Ιδιωτικά	Σύνολο	Δημόσια*	Ιδιωτικά	Σύνολο	Δημόσια*	Ιδιωτικά
Περιφέρεια Πρωτεύουσας	17.744	10.311	28.055	17.253	11.145	28.398	-2,8	8,1
Στερεά Ελλάδα και Εύβοια	1.015	1.257	2.272	1.314	1.115	2.429	29,4	-11,2
Πελοπόννησος	2.130	1.133	3.263	2.450	995	3.445	15,0	-12,1
Νησιά Ιονίου	976	65	1.041	1.031	114	1.145	5,6	75,3
Ήπειρος	621	402	1.023	565	343	908	-9,0	-14,6
Θεσσαλία	662	1.675	2.337	819	1.990	2.809	23,7	18,8
Μακεδονία**	6.878	4.450	11.328	7.087	5.490	12.577	3,0	23,3
Θράκη	412	312	724	678	568	1.246	64,5	82,0
Νησιά Αιγαίου	3.335	268	3.603	2.887	257	3.144	-13,4	-4,1
Κρήτη	1.184	1.288	2.472	1.496	1.341	2.837	26,3	4,1
Σύνολο	34.957	21.161	56.118	35.580	23.358	58.938	1,7	10,3
								5,0

* Περιλαμβάνεται το σύνολο των κρεβατιών των Νοσοκομειακών (ΝΠΠΔ και ΝΠΙΔ) και των Κρατικών Υγειονομικών Σταθμών.

Δεν περιλαμβάνονται τα κρεβάτια των Στρατιωτικών Θεραπευτηρίων

** Τα κρεβάτια της Μακεδονίας κατανέμονται για το 1973 στη Θεσσαλονίκη 6.899 και την υπόλοιπη Μακεδονία 4.429 και για το 1982 αντίστοιχα 7087 και 5490.

2. Η παρουσία του ιδιωτικού τομέα είναι ιδιαίτερα σημαντική τόσο στα μεγάλα αστικά κέντρα όσο και στην περιφέρεια (37,7% το 1973 και 39,6% το 1982). Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις τα ιδιωτικά κρεβάτια είναι πολύ περισσότερα από τα δημόσια, όπως π.χ. στη Θεσσαλία, όπου ο ιδιωτικός τομέας καταλαμβάνει το 70,8% του συνολικού αριθμού των κρεβατιών.
3. Η χωροκατανομή των νοσοκομειακών κρεβατιών εξακολουθεί να είναι άνιση σε βάρος της περιφέρειας. Το 58,8% των κρεβατιών βρίσκεται συγκεντρωμένο στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα και Θεσσαλονίκη) στα οποία αντιστοιχεί το 38,3% του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Αν χρησιμοποιηθούν οι δείκτες «κάτοικοι ανά κρεβάτι» ή «κρεβάτια ανά 10.000 κατοίκους» (Πίνακας 3), φαίνονται οι τρομακτικές ανισότητες στη νοσοκομειακή υποδομή της περιφέρειας.

Οι δείκτες αυτοί αν συγκριθούν με αντίστοιχους δείκτες άλλων χωρών (15), με όλες τις επιφυλάξεις που πρέπει πάντοτε να λαμβάνονται υπόψη σε διακρατικές συγκρίσεις, δείχνουν ότι η χώρα μας υπολείπεται στη διαθεσιμότητα νοσοκομειακών κρεβατιών (Πίνακας 4).

Οι παραπάνω δείκτες διαφοροποιούνται περισσότερο αρνητικά αν από το συνολικό αριθμό κρεβατιών αφαιρεθούν τα ψυχιατρικά κρεβάτια και γίνονται ιδιαίτερα ανησυχητικά αν αφαιρεθούν και τα κρεβάτια ορισμένων νοσηλευτηρίων (μεγέδους μέχρι 100 κρεβάτια), που σύμφωνα με τη διεδνή πρακτική δεν εξασφαλίζουν τα εχέγγυα μιας ποιοτικά αποδεκτής νοσηλείας. Στους πίνακες 5 και 6 φαίνεται η κατανομή των νοσηλευτηρίων και των κρεβατιών κατά μέγεθος του νοσηλευτηρίου (το 1982). Παρατηρείται ότι 17.405 κρεβάτια (29,5% του συνολικού αριθμού) κατανέμονται σε 518 νοσηλευτήρια (κύρια ιδιωτικά) δυναμικότητας μέχρι 100 κρεβάτια. Μετά τις παραπάνω αναγωγές παρατηρείται ότι

Πίνακας 3. Κάτοικοι ανά κρεβάτι και κρεβάτια ανά 10.000 κατοίκους στις διάφορες περιοχές της χώρας (υπολογισμός με βάση τα στοιχεία της ΕΣΥΕ)

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΚΡΕΒΑΤΙ		ΚΡΕΒΑΤΙΑ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	
	1973	1982	1973	1983
Περιφέρεια Πρωτεύουσας	90	106	110	93
Στερεά Ελλάδα και Εύβοια	436	452	22	22
Πελοπόννησος	302	293	33	34
Νησιά Ιονίου	177	159	56	62
Ήπειρος	303	357	32	27
Θεσσαλία	282	247	35	40
Μακεδονία	167	168	59	59
Θράκη	55	277	21	36
Νησιά Αιγαίου	115	136	86	73
Κρήτη	184	177	54	56
Σύνολο	156	165	64	60

στο σύνολο της χώρας αντιστοιχούν 28 κρεβάτια σε 10.000 κατοίκους, ενώ υπάρχουν περιοχές (Στερεά Ελλάδα, Ήπειρος, Θεσσαλία) όπου η αναλογία είναι κάτω του 10.

Πίνακας 4. Κάτοικοι ανά κρεβάτι και κρεβάτια ανά 10.000 κατοίκους σε διάφορες χώρες (υπολογισμοί με βάση τα στοιχεία της WHO για το αντίστοιχο έτος).

ΧΩΡΑ		ΚΑΤΟΙΚΟΙ/ ΚΡΕΒΑΤΙ	ΚΡΕΒΑΤΙΑ/10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
Αγγλία	1978	120	83
Αυστρία	1980	90	112
Γερμανία Ανατ.	1980	90	106
Γερμανία Δυτ.	1980	80	118
Γιουγκοσλαβία	1980	170	60
Ελβετία	1979	90	114
Η.Π.Α.	1979	160	63
Ιρλανδία	1979	90	112
Ιταλία	1979	100	104
Καναδάς	1978	110	87
Νορβηγία	1980	70	148
Ολλανδία	1978	99	100
Σκωτία	1979	90	115
Σουηδία	1979	70	149
Τσεχοσλοβακία	1979	80	123
Ελλάδα	1973	156	64
Ελλάδα	1982	165	60

Πίνακας 5. Μέγεθος Θεραπευτηρίων κατά κατηγορία, 1982. (Υπολογισμοί με βάση τα στοιχεία της ΕΣΥΕ)

ΚΛΙΜΑΚΙΟ ΚΡΕΒΑΤΙΩΝ	ΔΗΜΟΣΙΑ*			ΙΔΙΩΤΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
	Υγειονομ. Σταθμοί	ΝΠΔΔ	ΝΠΙΔ		
1-10	82	—	—	42	124
11-20	9	—	—	82	91
21-40	1	11	4	124	140
41-100	—	36	6	121	163
101-300	—	47	6	55	108
301-1000	—	20	10	5	35
1001 & άνω	—	2	1	—	3
Σύνολο	92	116	27	429	664

* Δεν περιλαμβάνονται τα κρεβάτια των στρατιωτικών θεραπευτηρίων

Πίνακας 6. Σύνολο κρεβατιών κατά κατηγορία θεραπευτηρίων, 1982. (Υπολογισμοί με βάση τα στοιχεία της ΕΣΥΕ).

ΚΛΙΜΑΚΙΟ ΚΡΕΒΑΤΙΩΝ	ΔΗΜΟΣΙΑ*			ΙΔΙΩΤΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
	Υγειονομικοί Σταθμοί	ΝΠΔΔ	ΝΠΙΔ		
1-10	538	—	—	410	993
11-20	123	—	—	1404	1527
21-40	25	331	113	3791	4620
41-100	—	2555	335	7735	10625
101-300	—	9309	989	8264	18562
301-1000	—	10450	5470	1754	17674
1001 & άνω	—	1208	1089	—	5297
Σύνολο	731	26853	7996	23358	58938

* Δεν περιλαμβάνονται τα κρεβάτια των στρατιωτικών θεραπευτηρίων.

4. Και οι «λειτουργικοί δείκτες» όμως δεν επιτρέπουν αισιοδοξία. Η μέση κάλυψη των κρεβατιών (%) είναι ιδιαίτερα χαμηλή. Στο σύνολο της χώρας ανέρχεται το 1982 σε 70% (Πίνακας 7) ενώ σε 22 νομούς δεν ξεπερνά το 50% και μόνο στην περιοχή της πρωτεύουσας (79%) πλησιάζει τα επίπεδα άλλων χωρών (Πίνακας 8). Αντίστοιχα η μέση διάρκεια νοσηλείας βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο (13,04 μέρες στο σύνολο της χώρας. Θα πρέπει δε να εκτιμηθεί ότι στην Αθήνα (όπου και νοσηλεύονται οι σοβαρότερες περιπτώσεις) είναι 15,0 ημέρες (Πίνακας 7), ενώ στα υπόλοιπα επαρχιακά γενικά νοσοκομεία κυμαίνεται από 5,2 μέχρι 12,5 ημέρες. Μια αδρή σύγκριση με άλλες χώρες μπορεί να γίνει από τα στοιχεία του Πίνακα 8.

Από τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται ότι υπάρχουν σημαντικά προβλήματα τόσο υποδομής όσο και λειτουργίας για τα ελληνικά νοσοκομεία. Αν ληφθεί δε υπόψη ότι και στη χώρα μας παρατηρείται αύξηση της ζήτησης και χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών (περίπου 10% στη δεκαετία 1973-1982) και ότι οι προοπτικές δείχνουν ότι η ζήτηση θα αυξηθεί περισσότερο, η ανάγκη για τη λήψη άμεσων μέτρων είναι επιτακτική. Και είναι φανερό πως η προσπάθεια δεν πρέπει να στραφεί μόνο στην επιτάχυνση της (μακρόχρονης και δαπανηρής) διαδικασίας για την απόκτηση της απαραίτητης υποδομής αλλά κύρια (και άμεσα) στη βελτίωση της λειτουργικότητας (αύξηση της μέσης κάλυψης και μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας).

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η αύξηση της μέσης κάλυψης κατά 10% (με σταθερή μέση διάρκεια νοσηλείας) θα «εξασφαλίσει» σε ετήσια βάση νοσηλεία σε άλλους 165.000 ασθενείς ή θα προσφέρει αντίστοιχα 7.500 νοσοκομειακά κρεβάτια. Το ίδιο ισχύει αν (με σταθερή μέση κάλυψη) ελαττωθεί η μέση διάρκεια νοσηλείας κατά 1 ή 2 ημέρες, οπότε «εξασφαλίζονται» σε ετήσια βάση περίπου 4.500 ή 10.000 κρεβάτια αντίστοιχα, δηλαδή θα έχουμε μια αύξηση της συνολικής σημερινής δυναμικότητας κατά 7,5% ή 17,1% αντίστοιχα.

Πίνακας 7. Μέση κάλυψη (%) νοσοκομειακών κρεβατιών και μέση διάρκεια νοσηλείας κατά γεωγραφικά διαμερίσματα (υπολογισμοί με βάση τα στοιχεία της ΕΣΥΕ).

	ΜΕΣΗ ΚΑΛΥΨΗ (%)		ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (σε ημέρες)	
	1973	1982	1973	1982
Περιφέρεια Πρωτεύουσας	81	79	19,0	15,0
Στερεά Ελλάδα και Εύβοια	51	46	9,2	9,2
Πελοπόννησος	62	58	10,9	8,7
Νησιά Ιονίου	76	52	20,6	12,6
Ήπειρος	44	53	9,1	6,8
Θεσσαλία	58	61	9,4	9,8
Μακεδονία	71	65	15,0	11,5
Θράκη	51	57	6,4	8,2
Νησιά Αιγαίου	79	76	32,5	25,6
Κρήτη	70	65	12,2	11,5
Σύνολο	74	70	14,4	13,0

Σημείωση: Αφορά το σύνολο των θεραπευτηρίων Δημοσίων και Ιδιωτικών.

Πίνακας 8. Μέση κάλυψη (%) νοσοκομειακών κρεβατιών και μέση διάρκεια νοσηλείας σε διάφορες χώρες.

ΧΩΡΑ		ΜΕΣΗ ΚΑΛΥΨΗ	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (σε ημέρες)
Αγγλία	1978	76,0	10,7
Αυστρία	1980	86,7	17,8
Γερμανία Ανατ.	1980	74,6	15,8
Γερμανία Δυτ.	1980	82,9	10,1
Γιουγκοσλαβία	1980	89,2	14,3
Ελβετία	1979	81,2	14,3
Η.Π.Α.	1980	75,6	8,0
Ιρλανδία	1979	79,2	9,2
Ιταλία	1979	75,2	12,5
Καναδάς	1978	80,5	9,6
Νορβηγία	1980	87,7	10,8
Ολλανδία	1978	88,1	14,7
Σκωτία	1979	84,2	12,1
Σουηδία	1979	84,3	11,5
Τσεχοσλοβακία	1979	83,0	13,6
Ελλάδα	1973	74,0	14,4
Ελλάδα	1982	70,0	13,0

3. Η νοσηλεία στο σπίτι.

Είναι ευνόητο πως οι περισσότεροι άνθρωποι θα ήθελαν να νοσηλευθούν, για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας, στο γνώριμο και οικείο περιβάλλον του σπιτιού τους. Η νοσηλεία στο «αφιλόξενο» περιβάλλον του νοσοκομείου μόνο προβλήματα (ψυχολογικά, κοινωνικά, οικονομικά κ.λπ.) δημιουργεί. Είναι όμως αναγκαία για τις περιπτώσεις εκείνες που απαιτείται παρακολούθηση από εξειδικευμένο προσωπικό, εφαρμογή ειδικών διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων κ.λπ. Και είναι επίσης αναγκαία όταν δεν υπάρχει συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον που θα μπορούσε να εξυπηρετήσει τον ασθενή κατά το διάστημα που δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί.

Η απάντηση βέβαια στο ερώτημα αν είναι προτιμότερη η νοσηλεία στο σπίτι ή στο νοσοκομείο, για τις περιπτώσεις εκείνες που πραγματικά υπάρχει η δυνατότητα επιλογής δεν είναι ούτε μονολεκτική ούτε μονοσήμαντη. Πολλοί είναι οι παράγοντες που θα καθορίσουν το πού «πρέπει» να νοσηλευθεί ο άρρωστος, όπως οι κλινικές ενδείξεις και η διαγνωστική ικανότητα του γιατρού, το κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον και η οικονομική δυνατότητα του αρρώστου σε σχέση με το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα, η οργανωτική υποδομή και λειτουργία του συστήματος υγείας. Σε ορισμένες δε περιπτώσεις και οι πολιτικές συνθήκες που ισχύουν σε μια χώρα. Αν η απάντηση στο ερώτημα είναι δύσκολη για ένα συγκεκριμένο άρρωστο είναι ακόμη δυσκολότερη όταν θα έχει σαν σημείο αναφοράς ένα συγκεκριμένο πληθυσμό ή μια κατηγορία νόσων.

Το ερώτημα δεν είναι νέο, αποτέλεσμα μόνο της «οικονομικής κρίσης» των συστημάτων υγείας. Έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές που έχουν μελετήσει τις ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις του προβλήματος, διατυπώνοντας διάφορες προτάσεις για την καλύτερη λύση του (16,17,18). Κοινή αποδοχή είναι πως, στις περιπτώσεις που είναι δυνατή η νοσηλεία στο σπίτι, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η κατάλληλη οργανωτική υποδομή των υγειονομικών υπηρεσιών και η στελέχωσή τους με το απαραίτητο προσωπικό (οικογενειακοί γιατροί, επισκέπτριες, νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί κ.λπ.), ώστε να προσφέρεται στον άρρωστο η αναγκαία φροντίδα και να του εξασφαλίζεται αίσθημα ασφάλειας.

Στις περιπτώσεις που το συγκεκριμένο διαγνωστικό ή θεραπευτικό πρόβλημα απαιτεί για την αντιμετώπισή του ειδική ιατροτεχνική υποδομή ή νοσηλεία στο σπίτι σε συνδυασμό με ολιγόωρη κατά κανόνα παραμονή του αρρώστου σε μονάδες «βραχείας νοσηλείας» αποτελεί την «ιδανική» λύση.

4. Μονάδες βραχείας Νοσηλείας

Είναι γνωστό πως πολλοί άρρωστοι που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σαν «περιπατητικοί». Οι λόγοι μιας «άσκοπης» εισαγωγής του αρρώστου είναι πολλοί και διάφοροι, ανεξάρτητα αν η εισαγωγή του αρρώστου έγινε από το τακτικό εξωτερικό ιατρείο ή το τμήμα των εκτάκτων περιστατικών. Η διαφορετική εκτίμηση της σοβαρότητας της αρρώστιας, η απειρία, η γενικότερη αντίληψη του γιατρού για τη σημασία της νοσηλείας στο νοσοκομείο, η ύπαρξη ή όχι, διαθέσιμων κρεβατιών, η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση του αρρώστου, καθώς και γενικότερες κοινωνικές, πολιτιστικές και γεωγραφικές συνθήκες κ.λπ. επηρεάζουν συχνά, θετικά ή αρνητικά, την

απόφαση του γιατρού και την αποδοχή της ή μη από τον άρρωστο(19,23).

Ανεξάρτητα από το αίτιο που την προκάλεσε, μια «άσκοπη» εισαγωγή έχει πολλαπλές αρνητικές επιπτώσεις τόσο στον ίδιο τον άρρωστο όσο και στο νοσοκομείο και το κοινωνικό σύνολο γενικότερα. Οι συνηθέστερες επιπτώσεις είναι:

- I. Για τον άρρωστο:
 - α. Ψυχολογικές, λόγω της απομάκρυνσης από το οικείο περιβάλλον της οικογένειας και την παραμονή στο «αφιλόξενο» περιβάλλον του νοσοκομείου.
 - β. Οικονομικές, λόγω της απώλειας εισοδήματος, της καταβολής μέρους ή όλου του ποσού των νοσηλείων, των εξόδων μετακίνησης της οικογένειας κ.λπ.
 - γ. Πιθανή επιπλοκή (π.χ. ενδονοσοκομειακή λοίμωξη).
- II. Για το νοσοκομείο:
 - α. Οικονομικές, λόγω της αύξησης του λειτουργικού κόστους (απασχόληση επιπλέον προσωπικού, διενέργεια μη απαραίτητων εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων κ.λπ.) και του κόστους υποδομής (αύξηση της δυναμικότητας για κάλυψη των «επιπλέον» αναγκών).
 - β. Λειτουργικές που συνοδεύουν κάθε αύξηση της χρησιμοποίησης (επιβάρυνση όλων των υπηρεσιών, ιατρικών, νοσηλευτικών, διοικητικών, «ράντζα» κ.λπ.).
- III. Για το κοινωνικό σύνολο:
 - α. Οικονομικές, από την άσκοπη αύξηση των νοσοκομειακών δαπανών, και
 - β. Μείωση των διαθέσιμων για νοσηλεία κρεβατιών με αποτέλεσμα τη δημιουργία «σειρών αναμονής», φαινόμενο που συνεπάγεται κοινωνική δυσφορία, μείωση της παραγωγικότητας και οικονομική επιβάρυνση του κοινωνικού συνόλου (ημεραργίες και επιδόματα) κ.λπ.

Με βάση τις παραπάνω διαπιστώσεις έχει γίνει αποδεκτή σε διεθνές επίπεδο η αναγκαιότητα της λειτουργίας μονάδων «βραχείας νοσηλείας» (day care units) στα πλαίσια και του γενικού νοσοκομείου(21), ιδιαίτερα μετά τα θετικά αποτελέσματα της λειτουργίας αντίστοιχων μονάδων για τους ψυχικά ασθενείς(16).

4.1. Μορφές μονάδων βραχείας νοσηλείας

Σχηματικά μπορούμε να διακρίνουμε τρεις μορφές – τύπους μονάδων βραχείας νοσηλείας στα πλαίσια λειτουργίας του γενικού νοσοκομείου, τις μονάδες βραχείας νοσηλείας για χρόνια περιστατικά (day ward – θάλαμος ημέρας), τις μονάδες βραχείας νοσηλείας για έκτακτα περιστατικά και τις μονάδες βραχείας νοσηλείας για χρόνια χειρουργικά περιστατικά (surgical ambulatory care unit). Αντίστοιχες βέβαια μονάδες μπορούν να λειτουργούν και σε ειδικά νοσοκομεία (π.χ. παιδιατρικά, αντικαρκινικά, ορθοπεδικά, κ.λπ.).

4.1.1. Μονάδα βραχείας νοσηλείας χρόνιων περιστατικών

Πρόκειται συνήθως για δύο ή περισσότερους (ανάλογα με το είδος και το μέγεθος του νοσοκομείου) κοινούς θαλάμους νοσηλείας που βρίσκονται κοντά στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο, του οποίου και αποτελούν λειτουργική προέκταση. Συνήθως λειτουργούν σε 24ωρη βάση, μπορεί όμως να έχουν και μικρότερη διάρκεια λειτουργίας.

Το κρεβάτι εξασφαλίζεται με προσυνεννόηση.

Στη μονάδα νοσηλεύονται άρρωστοι για συγκεκριμένους διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς λόγους που απαιτούν ολιγόωρη (ή το πολύ 24ωρη) παραμονή στο νοσοκομείο, όπως ενδοσκοπήσεις (γαστροσκόπηση, κολονοσκόπηση, βρογχοσκόπηση, κυστεοσκόπηση κ.λπ.), ακτινολογικές εξετάσεις (αγγειογραφίες, συριγγιογραφήματα, αζονικές τομογραφίες κ.λπ.), βιολογικές μεταγγίσεις αίματος, χορήγηση κυτταροστατικών, μικροεπεμβάσεις κ.λπ.

Η λειτουργία της μονάδας προϋποθέτει άρτια οργάνωση και λειτουργία του τακτικού εξωτερικού ιατρείου και ικανοποιητική λειτουργική του σύνδεση με τα εργαστήρια και το χειρουργείο.

4.1.2. Μονάδα βραχείας νοσηλείας έκτακτων περιστατικών

Αποτελεί λειτουργική προέκταση του τμήματος έκτακτων περιστατικών. Συνήθως πρόκειται για δύο κοινούς θαλάμους νοσηλείας δυναμικότητας 6-8 κρεβατιών ο κάθε ένας (ανάλογα με το είδος και το μέγεθος του νοσοκομείου) και δύο ή περισσότερους μικρούς θαλάμους απομόνωσης για την αντιμετώπιση ορισμένων ειδικών περιστατικών (μέδη, λοιμώδη κ.λπ.). Λειτουργεί σε 24ωρη βάση.

Στη μονάδα νοσηλεύονται (μέχρι 24 ώρες) ασθενείς που βρίσκονται υπό παρακολούθηση μέχρι να ολοκληρωθεί ο διαγνωστικός έλεγχος ή η θεραπευτική παρέμβαση και να αποφασισθεί, ανάλογα με τη βαρύτητα και την ιδιομορφία της κάθε περίπτωσης, αν θα εισαχθούν στο νοσοκομείο ή αν θα αναχωρήσουν για το σπίτι.

4.1.3. Μονάδα βραχείας νοσηλείας για χρόνια χειρουργικά περιστατικά

Έχει υπολογιστεί πως σημαντικό ποσοστό (περίπου 20-40%) των χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιούνται σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σαν «περιπτώσεις μιας ημέρας» (day cases). Η διαπίστωση αυτή οδήγησε στη δεκαετία του '60 αρχικά στον Καναδά και στη συνέχεια στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στην Ευρώπη στη δημιουργία μονάδων με σκοπό τη χειρουργική θεραπεία στη βάση της ολιγόωρης νοσηλείας.

Η μέχρι τώρα εμπειρία είναι ιδιαίτερα θετική και τα αποτελέσματα πολύ ικανοποιητικά (25-28), χωρίς να έχουν διατυπωθεί αντιρρήσεις τόσο για τη σκοπιμότητα όσο και για τα λειτουργικά τους αποτελέσματα. Ελάχιστο ποσοστό (περίπου 1%) ασθενών που χειρουργήθηκαν σε μονάδες βραχείας νοσηλείας χρειάστηκε να εισαχθούν στο νοσοκομείο για να αντιμετωπιστεί κάποια επιπλοκή. Οι περιπτώσεις αυτές συνήθως αφορούσαν ασθενείς στους οποίους η χειρουργική επέμβαση έγινε αργά το βράδυ.

Απαραίτητη, βέβαια, προϋπόθεση για να μην υπάρξουν επιπλοκές είναι να έχει τεθεί η διάγνωση και να έχει προηγηθεί ο απαραίτητος κλινικοεργαστηριακός έλεγχος, ώστε να αποκλειστούν οι ασθενείς που έχουν αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσουν κάποιο μετεγχειρητικό πρόβλημα που απαιτεί νοσηλεία στο νοσοκομείο (π.χ. διαβητικοί, αιμορροφιλικοί κ.λπ.).

4.1.4. Οργανωτική δομή και λειτουργία

Η μονάδα μπορεί να είναι αυτοτελής ή συνδεδεμένη με το νοσοκομείο. Η αυτοτελής μονάδα βρίσκεται σε ανεξάρτητο κτίριο και διαθέτει δική της υλικοτεχνική υποδομή και προσωπικό.

Η «συνδεδεμένη» μονάδα αναπτύσσεται σε ιδιαίτερο χώρο ενός μεγάλου γενικού νοσο-

σοκομείου, στελεχώνεται από προσωπικό του νοσοκομείου και χρησιμοποιεί την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή.

Η επιχειρηματολογία για το ποιά είναι η προτιμότερη μορφή της μονάδας, μάλλον συνηγορεί για την αυτοτελή μονάδα(29) με διάφορες εναλλακτικές προτάσεις για λειτουργική σύνδεση με το νοσοκομείο (στελέχωση, προμήθεια αναλώσιμου υλικού κ.λπ.)

Η δυναμικότητα σε κρεβάτια ποικίλλει, έχει όμως υπολογισθεί πως το καλύτερο λειτουργικό αποτέλεσμα με το χαμηλότερο κόστος εξασφαλίζεται με 6 κρεβάτια σε ενιαίο δάλαμο.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην όλη διαμόρφωση του χώρου (άνετοι, χώροι αναμονής, φωτεινά χρώματα κ.λπ.) που εξασφαλίζουν ένα άνετο και ευχάριστο περιβάλλον, με σκοπό την όσο το δυνατό ελαχιστοποίηση των δυσμενών ψυχολογικών επιδράσεων του περιβάλλοντος του νοσοκομείου και της επικείμενης χειρουργικής επέμβασης.

Το προσωπικό είναι ειδικά επιλεγμένο(30) ώστε να διαθέτει την απαραίτητη εκπαίδευση και εμπειρία.

Η μονάδα λειτουργεί σε 12ωρη βάση (8 π.μ. – 8 μ.μ.) από τη Δευτέρα ως την Παρασκευή. Υπάρχουν δύο προγράμματα επεμβάσεων, πρωινό (8 π.μ. – 2 μ.μ.) και απογευματινό (2 μ.μ. – 8 μ.μ.). Σε κάθε πρόγραμμα αντιστοιχούν 5 – 6 επεμβάσεις. Η τάση είναι οι επεμβάσεις, όπου είναι δυνατό, να πραγματοποιούνται με τοπική και όχι γενική αναισθησία.

4.1.5. Επιλογή ασθενών

Στη μονάδα μπορούν να αντιμετωπισθούν ασθενείς όλων σχεδόν των χειρουργικών ειδικοτήτων (γενικής χειρουργικής, πλαστικής χειρουργικής, γυναικολογίας, ορθοπαιδικής, ουρολογίας κ.λπ.). Οι ασθενείς επιλέγονται από τον κατάλογο αναμονής (και προτεραιότητας) που τηρεί η μονάδα, σε συνεργασία με το εξωτερικό ιατρείο και τις κλινικές του νοσοκομείου.

Ο κλινικοεργαστηριακός προεγχειρητικός έλεγχος που περιορίζεται μόνο στις απόλυτα αναγκαίες εξετάσεις, γίνεται σε συνεργασία με τον οικογενειακό γενικό γιατρό, ή το εξωτερικό ιατρείο του νοσοκομείου.

Προϋπόθεση για την επιλογή ενός ασθενούς είναι η δυνατότητα νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες από τους οικείους του, καθώς και η άρτια οργάνωση νοσηλευτικής υπηρεσίας (επισκέπτριες αδελφές) που σε συνεργασία με τους οικογενειακούς γιατρούς αναλαμβάνει την παρακολούθηση των αρρώστων.

5. Συμπεράσματα

Είναι εμφανείς οι θετικές επιπτώσεις από τη λειτουργία των μονάδων βραχείας νοσηλείας και ιδιαίτερα των μονάδων για την αντιμετώπιση αρρώστων με χρόνια χειρουργικά προβλήματα. Ο γνωστός από την αρχαιότητα(31,33) τρόπος αντιμετώπισης πολλών χειρουργικών περιπτώσεων με τη μορφή των «εξωτερικών αρρώστων» έχει θετικά αποτελέσματα στον άρρωστο και την οικογένειά του, στο νοσοκομείο, στο σύστημα υγείας και την οικονομία του τόπου γενικότερα.

- α. Στον άρρωστο προσφέρεται η απαιτούμενη φροντίδα χωρίς να απομακρύνεται από το γνώριμο και οικείο περιβάλλον της οικογένειας, έτσι ώστε να αποφεύγονται οι

δυσάρεστες, ιδιαίτερα στα παιδιά(34,35), ψυχολογικές επιδράσεις, ενώ παράλληλα αποφεύγεται η μακρά αναμονή με όλες τις ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές της συνέπειες.

- β. Στο νοσοκομείο παρέχεται η δυνατότητα του περιορισμού του λειτουργικού κόστους(36), της προσφοράς ποιοτικά καλύτερης νοσηλείας στους ασθενείς (ελάττωση προεγχειρητικών χρόνων αναμονής κ.λπ.), της αύξησης της αποδοτικότητας του χειρουργείου και της διαθεσιμότητας περισσότερων κρεβατιών για να περιθάλλει αρρώστους με σοβαρά προβλήματα υγείας(37-40).
- γ. Στο σύστημα υγείας, ιδιαίτερα αν πρόκειται για εθνικό σύστημα υγείας με κεντρικό σχεδιασμό και χρηματοδότηση, η «εξοικονόμηση» νοσοκομειακών κρεβατιών προσφέρει τη δυνατότητα κάλυψης της (αυξανόμενης) ζήτησης χωρίς την υποχρέωση δημιουργίας νέων νοσοκομειακών μονάδων ή επεκτάσεων, με αποτέλεσμα σημαντικό λειτουργικό και (ιδιαίτερα) οικονομικό κέρδος.

Ειδικά για τη χώρα μας, όπου το πρόβλημα της νοσοκομειακής υποδομής εξακολουθεί να παραμένει σημαντικό, τόσο από πλευρά αριθμού κρεβατιών, όσο και από πλευρά χωροκατανομής, η υιοθέτηση της πρότασης για την άμεση δημιουργία μονάδων βραχείας νοσηλείας στα γενικά, αλλά και τα ειδικά, νοσοκομεία θα έχει ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι: Το 1980 νοσηλεύτηκαν σε όλη τη χώρα 21.172 ασθενείς με διάφορες κήλες (βουβωνοκήλη κ.λπ.) με μέση διάρκεια νοσηλείας 10 ημέρες (σύνολο 211.720 «ασθενονήμερες») και 2.509 ασθενείς με κισσούς των κάτω άκρων με μέση διάρκεια νοσηλείας 11 ημέρες (σύνολο 27.599 «ασθενονήμερες»). Αν μόνο οι μισοί από τους παραπάνω ασθενείς είχαν αντιμετωπιστεί σε μονάδες βραχείας νοσηλείας, θα υπήρχε ένα συνολικό «κέρδος» 119.659 «ασθενονημερών» που ισοδυναμούν με ένα νοσοκομείο 470 κρεβατιών (με ετήσια κάλυψη 70%). Και αν η δημιουργία μονάδων βραχείας νοσηλείας συνδυασθεί με βελτίωση (μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, αύξηση της μέσης κάλυψης) τα αποτελέσματα είναι φανερά.

Θα πρέπει όμως να σημειωθεί πως για να γίνει αποδεκτή η πρόταση της εναλλακτικής αυτής μορφής νοσηλείας από τους πολίτες, θα πρέπει να προηγηθεί η κατάλληλη και πλήρης ενημέρωσή τους για τα πλεονεκτήματά της, καθώς και η σωστή ψυχολογική προετοιμασία των αρρώστων. Κάτι που μπορεί να γίνει σχετικά εύκολα μέσα από τις δραστηριότητες των Κέντρων Υγείας και των Τομέων Κοινωνικής Ιατρικής των νοσοκομείων, σε συνεργασία με όλο το υγειονομικό προσωπικό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ABEL—SMITH B. Health Care in a Cold Economic Climate. *Lancet* 1981, 373.
- ADLER MW, WALLER JJ, CREESE A, THORNE SC. Randomised controlled trial of early discharge for inguinal hernia and varicose veins. *J Epidemiol Comm Hlth* 1978, 32:136.
- ANSCOMBE AR, HANCOCK BD, HUMPHREYS WB. A clinical trial of the treatment of hemorrhoids by operation and the Lord procedure. *Lancet* 1974 2:250.
- BJORC V. Η εθνικοποιημένη υγεία στη Σουηδία. Εισήγηση στο συμπόσιο για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα διαφόρων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και τη θέση του γιατρού. *Αρχ. Υγ. Παράρτημα* 1980, 12.
- CALNAN J, MARTIN R. development and practice of an autonomous minor surgery unit in a general hospital. *Brit Med* 1971, 4:92.

- DAVIS JE DETMER DE. The ambulatory surgical unit. *Ann Surg* 1972, 175:856.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. Inequality in Health. London, D.H.S.S. 1980.
- ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ. Στατιστική επιτηρίς της Ελλάδος. Αθήνα, ΕΣΥΕ (ετήσιο).
- ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ. Στατιστική κοινωνικής πρόνοιας και υγιεινής. Αθήνα, ΕΣΥΕ (ετήσιο).
- FARQUHARSON E. Early ambulation with special reference to herniorrhaphy as an outpatient procedure. *Lancet* 1955, 2:517.
- ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ Τ. Νοσοκομείο ή σπίτι; Οργανωτική και οικονομική θεώρηση του κατάλληλου τόπου περιθαλψής. *Materia Medica Greca* 1982, 10:67.
- GIBONY J. Principles of hospital administration. New York, Putnam's Sons, 1969.
- GREENBERG D. Health care, science and the new administration. *New Engl J Med* 1976, 295:1271.
- ΘΩΜΑΙΔΗΣ Ξ. Διερεύνησις των δεσμών κοινωνικής προστασίας από της αρχαιότητας μέχρι και της Επανάστασεως του Εικοσιένα εις τον Ελληνικόν χώρο. Αθήνα, 1973.
- JARRETT P. Προσωπική επικοινωνία.
- ILLICH I. Medical nemesis. The expropriation of health. London, Calder and Boyars, 1975.
- ILLING RH. Medical Systems as changing Social Systems. *Soc Sci Med* 1978, 128:107.
- ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ. Υγεία. Έκθεση Ομάδας Εργασίας. Αθήνα, ΚΕΠΕ 1976.
- ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ. Πρόγραμμα περιφερειακής ανάπτυξης. Περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Αθήνα, ΚΕΠΕ 1979.
- ΚΕΧΑΓΙΟΓΛΟΥ Κ, ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ Κ, ΣΙΔΕΡΗΣ Δ, ΜΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ Σ. Ένδειξη ανάγκης εισαγωγής ασθενών σε νοσοκομείο. Πραγματική ανάγκη εισαγωγής και εκτίμησή της από τελειόφοιτους. *Αρχ. Ιατρ. Εταιρ.* 1981, 7:112.
- LAWRIE R. Operating on children as day cases. *Lancet* 1964, 2:1289.
- MATHER HG, MORGAN DC, PEARSON NE et al. Myocardial infarction: a comparison between home and hospital care for patients. *Brit Med J* 1976, 1:925.
- MAHLER H. The Meaning of "Health for all by the year 2000" *World Health Forum* 1981, 2:5.
- McEACHERN I. Hospital Organization and Management. Chicago, Physicians Record Co, 1957.
- McGIBONY J Principles of hospital administration. New York, Putnam's Sons, 1969
- McKEOWN T. The Role of Medicine Dream, Mirage of Nemesis. Oxford, Blackwell 1979.
- Mc KINLAY JB. Epidemiological and Political Determinants of Social Policies Regarding the Public Health. *Soc.Sci Med* 1979, 13A:541.
- McPHERSON N. An introduction to Epidemiology. London, Mc Millan, 1974.
- MECHANIC D. Medical Sociology. London, Collier Macmillan. 1978.
- NICOLE J. The surgery of infancy. *Brit Med* 1909, 2:753.
- PIACHAND D, WEDDEL JM The economics of treating varicose veins. *Int J Epid* 1980, 1, 287
- ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ, ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ. Διαπιστώσεις και προοπτικές για την περιφερειακή ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας. *Ιατρική* 1980, 38:241.
- ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. Επιδημιολογία. Αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές. Αθήνα, Παρισιάνος, 1981.
- ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. Εισήγηση στη συζήτηση στρογγυλού τραπεζιού με θέμα την προληπτική ιατρική. *Ιατρική* 1977, 32:422.
- TUCKETT D. An introduction to Medical Sociology. London, Tavistock 1976
- WAGNER DK. The surgical ambulatory care unit. In: Wolcott M (ed) *Surgery of the ambulatory patient*. Philadelphia, Lippincott Co, 1974
- WILLIAMS J. Outpatient operations. The surgeons's view. *Brit Med* 1969, 1:174.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Statistics Annual. Volume III. Health Personnel and Hospital Establishments. Geneva, WHO (annual).

μελέτες

Η ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΜΟΡΦΩΣΗΣ

Κέντρο Μελετών και Αυτομόρφωσης

Η ανάγκη για περισσότερη και καλύτερη μόρφωση, για εκπαιδευτικές μεταρρυθμίσεις, για ανέγερση του πολιτιστικού επιπέδου του λαού και για διάδοση της γνώσης γενικά, είναι κοινός στόχος. Όποιες προτεραιότητες και αν δίνονται κάθε φορά, όποιες και αν τονίζονται ανάμεσα στην επαγγελματική κατάρτιση, την πολιτιστική ανάπτυξη, την πολιτική συνειδητοποίηση, την εγκυκλοπαιδική συσσώρευση γνώσεων κ.λπ, το αίτημα της παιδείας βρίσκει σήμερα, τουλάχιστο σαν λεκτική ομολογία γενική παραδοχή. Οι κοινοτοπίες όμως συμβολίζουν νεκρά σημεία, απ' όπου δεν ξεπηδούν πια γόνιμα και ζωντανά ερεθίσματα για μελετημένη δράση: η αναζήτηση κινδυνεύει πολλές φορές να οδηγηθεί ποιοτικά σε αδιέξοδο ή περνάει στη δικαιοδοσία των αρμοδίων και των ειδικών. Το πρόβλημα βέβαια παραμένει κι' αυτό και οι ενδιαφερόμενοι, παιδιά, ενήλικοι, γονείς, δάσκαλοι, πολιτεία κ.λπ, δίνουν καθημερινές μάχες. Αυτές όμως παράγουν συχνά περισσότερο καύσωνα και αγιθυμία παρά φως και σαφήνεια.

Κοινοί παρανομαστές των επικρατέστερων αιτημάτων για παιδεία είναι: α) ο συχνά ρητός περιορισμός της εκπαίδευσης στην παιδική και νεανική ηλικία, β) η θεώρηση της γνώσης σαν δεδομένου και ήδη παραγμένου αγαθού, η κατανομή του οποίου όμως είναι αρκετά ανισόμερη στις κοινωνικές τάξεις και γ) η παιδεία ταυτίζεται με τη φοίτηση σε νομοθετικά θεσπισμένους και κοινωνικά ουδέτερους, μολονότι αυστηρά ιεραρχημένους χώρους. Με λίγα λόγια: Πτυχιούχοι κάτοχοι γνώσεων αναπαράγουν στα Σχολεία τη μάθηση, μεταδίδοντας γνώσεις στους νεαρούς μαθητές.

Οι σχολικές γνώσεις όλων των βαθμίδων είναι για πολλαπλούς λόγους ανεπαρκή «εφόδια» για τις απαιτήσεις της προσωπικής ζωής και της κοινωνικής στα ανοιχτά ερωτήματα των μαθητών και στις μεταβαλλόμενες κοινωνικές συνθήκες. Επιπλέον ο περιχαρακωμένος χώρος του Σχολείου είναι πολλές φορές αποκομμένος από την πραγματικότητα, με την οποία συνδέονται οι εμπειρίες των μαθητών.

Αυτές οι λίγες παρατηρήσεις είναι ίσως αρκετές, για να κατανοηθεί η ανάγκη για λαϊκή μόρφωση ανεξάρτητα από ηλικία, προπαίδεια και κοινωνικό στρώμα. Ο άνθρωπος έχει σε κάθε φάση της ζωής του ανοιχτά ερωτήματα, την ικανότητα για μάθηση καθώς και την ανάγκη για ανάπτυξη της προσωπικότητας και για συμμετοχή στις κοινωνικές διαδικασίες του περιβάλλοντός του. Σε πολλές περιπτώσεις είναι ακόμη ζωντανή μέσα του μια πικρή γεύση από το Σχολείο, που γι' αυτόν σήμαινε εξάρτηση, καταναγκασμό, σκληρές τιμωρίες, ταπείνωση και αποκαρδίωση. Η διαδικασία μάθησης, δεν σταματάει βέβαια με την αποφοίτησή του, ο συστηματικός και συνειδητός όμως τρόπος υποχωρεί και η απόκτηση γνώσης συνοδεύει τη ζωή του συμπτωματικά, εμπειρικά και χωρίς επαρκή έλεγχο του γνωστικού περιεχόμενου. Τα όρια μεταξύ «αντικειμενικότητας» και υποκειμενικών απόψεων, γνωμών, πίστεων και δοξασιών παύουν να γίνονται αντιληπτά. Ο κοινωνικά παθητικός συνάνθρωπος δε συνειδητοποιεί πια με κριτικό τρόπο την πραγματικότητα, οπότε ακόμη και τυχαία ορθές πληροφορίες πάνω σε οποιοδήποτε αντικείμενο δεν ενσωματώνονται σε έγκυρη εξήγηση και γνώση, παρά διαστρεβλώνονται, καθώς προσαρμόζονται σε προϋ-

πάρχουσες προλήψεις, προακαταλήψεις και φημολογίες. Συχνά οι γνώσεις στην κοινωνία μας έχουν διακοσμητικό χαρακτήρα, αφορούν χτυπητά γεγονότα, ηχηρά ονόματα «μεγάλων ανδρών» και διάφορα αντικείμενα με κοινωνικό γόντρο. Έτσι, ασυγκρότητες και σκόρπιες δε φτάνουν να δημιουργήσουν κίνητρα για εμπεριστατωμένη εμβάθυνση, για ανάλογη δράση και χειραφέτηση.

Στην έννοια όμως της γνώσης ενυπάρχει η απελευθερωτική δύναμη, το άνοιγμα της προσωπικότητας, η διάθεση για αναζήτηση και η ωρίμανση του ανθρώπου. Η γνώση αποζητάει την ανταλλαγή σκέψεων και εμπειριών και παραπέμπει στη διαμόρφωση γόνιμων διανθρώπινων σχέσεων. Οι άνθρωποι, που ερευνούν τα προβλήματά τους σαν αντικείμενα αλληλοβοηθούνται με κοινή μελέτη και αμοιβαίο έλεγχο.

Το Σχολείο στηρίζεται στην αντίληψη, ότι ο άνθρωπος, μπορεί να αποπερατώσει τη μάθησή του σε νεαρή ηλικία. Η λαϊκή μόρφωση όμως πρέπει να κατανοηθεί σαν ατερμάτιστη διαδικασία μάθησης. Η προσωπικότητα μορφώνεται και εξελίσσεται μέσα στη συνεχώς μεταβαλλόμενη κοινωνία και η πρακτική της ζωής συντελείται μέσα από προβλήματα, διανθρώπινες σχέσεις, επαγγελματική δραστηριότητα και γενικότερα με τη σκέψη και τη δράση μέσα στη κοινωνία. Προσωπικότητα και κοινωνικοφυσικό περιβάλλον μπορούν και πρέπει να παραμένουν σ' όλη τη ζωή αντικείμενα μελέτης. Ο άνθρωπος είναι μόνο τότε υποκείμενο, δηλαδή συνειδητό ον, όταν κατανοεί και μεταμορφώνει την πραγματικότητα σύμφωνα με τις ανάγκες του. Αλλιώς καταντάει αντικείμενο ξένων αποφάσεων και επεμβάσεων, «άγεται και φέρεται» από προσωπικές και απρόσωπες κοινωνικές δυνάμεις, που ασκούν πάνω του κυριαρχία μη επιτρέποντάς του να αυτοπραγματοποιηθεί. Το Σχολείο προδικάζει αυτή την αντικειμενοποίηση του ανθρώπου, όταν το ίδιο μεταχειρίζεται το μαθητή σαν πειθήνιο δέκτη χωρίς κριτικό πνεύμα, σαν συσσωρευτή και καταναλωτή έτοιμης γνώσης. Η μάθηση παίρνει έτσι το χαρακτήρα παθητικής προσαρμογής σ' ένα κλίμα κατήχησης και στρατωνισμού, αντί να επιδιώκεται μέσα από την κοινή αναζήτηση και το συντροφικό διάλογο.

Αυτογνωσία, ανθρωπογνωσία και κοινωνική δράση σαν αντικείμενα μάθησης απαιτούν μια διαφορετική παιδαγωγική, όπου οι μαθαίνοντες καταγίνονται με το «ακόμα άγνωστο» τους ωδούμενοι από ζωτικά κίνητρα δηλαδή από απορίες, στις οποίες τους οδηγεί η ζωή.

Ο ρόλος του παιδαγωγού είναι εμψυχωτικός: κύριο μελήμμά του είναι η δημιουργία κλίματος καλοπροαίρετης συζήτησης μεταξύ των μαθητών, η ενθάρρυνσή τους για γόνιμη ανταλλαγή εμπειριών σχετικά με το ζητούμενο και η μεθόδευση της προοδευτικής προσέγγισης του αντικείμενου μάθησης. Οι εμπειρίες όλων των συμμετεχόντων στις ομάδες μάθησης, που δεν μπορούν να είναι σχολικές τάξεις, αποτελούν ακροδέκτες σύνδεσης του άγνωστου με το γνωστό. Επιπλέον καθρεφτίζονται πάνω στις εμπειρίες των άλλων συμμαθητών, πράγμα που λειτουργεί διορθωτικά προς τις ίδιες και σαν πρόσδετος προβολέας προς το γνωστικό αντικείμενο. Η μάθηση σε μικρές ομάδες ξεδιπλώνεται πολύπλευρα και δημιουργικά και συνοδεύεται απαραίτητα από τη γνώση βασικών στοιχείων της δυναμικής των ομάδων, στην οποία αφιερώνεται ιδιαίτερη προσοχή. Η γνώση δεν είναι κάποιο αποστηθιζόμενο δεδομένο, παρά η γνωριμία με το ως τώρα άγνωστο, η συνεκτική ενσωμάτωσή του στον κόσμο κάθε μαθητή αναζητητή. Η ίδια γίνεται βοήθημα για τη διαμόρφωση της ζωής, και την κοινωνική συμμετοχή και φιλοδοξεί να συμβάλλει στη λύση πραγματικών προβλημάτων, προσωπικών και κοινών. Πρωταρχική σημασία για τους συμμετέχοντες σε ομάδες μάθησης δεν έχει το ερώτημα, αν το αντικείμενο που πραγματεύον-

ται έχει ήδη ερευνηθεί από ειδικούς επιστήμονες, οπότε θα μπορούσαν να διαβάσουν τα πορίσματά τους, αλλά το γεγονός, ότι αυτοί οι ίδιοι γίνονται ερευνητές των προβλημάτων, που τους δέτει η δικής τους ζωή. Η κοινή αναζήτηση δεν εμπιστεύεται στην αμφίβολη δυναμική που υπόσχονται τα ανταγωνιστικά μοντέλα παιδείας, όπου η μάθηση αθλητικοποιείται και έτσι ατομικοποιεί τον άνθρωπο που είναι οπωσδήποτε κατ' εξοχήν κοινωνικό όν. Η παιδαγωγική λειτουργεί παραγωγικά μόνο σε κλίμα αλληλεγγύης, η δημιουργία και διατήρηση του οποίου αποτελεί μέσο και αυτοσκοπό της λαϊκής μόρφωσης έξω από τη λογική της πίστης σε οποιαδήποτε αυθεντία. Βαθμολογία, πτυχία, βραβεία, όλες γενικά οι διαλογές-διακρίσεις πρέπει να θεωρηθούν σαν κίνητρα, που εξυπηρετούν την αναπαραγωγή ιεραρχιών, χωρίς να καλλιεργούν την αγάπη για τη γνώση των προσδιοριστικών στοιχείων της ζωής μας, όπως αυτή εκφράζεται στην έννοια της φιλοσοφίας.

Οι διαδικασίες μάθησης, που έχουν την αξίωση να ζωογονήσουν μια λαϊκή παιδεία προς την κατεύθυνση του εξανθρωπισμού της κοινωνίας με ενσυνείδητη και ενεργή λαϊκή συμμετοχή στο κοινωνικό γίγνεσθαι, ενοποιούν την αυτογνωσία, την αλληλοβοήθεια και την κοινή αναζήτηση της γνώσης σε μια παιδαγωγική της αυτομόρφωσης.

Ο δρόμος προς την κοινωνική απελευθέρωση των ανθρώπων στη δημιουργία δηλαδή συνθηκών, που μας επιτρέπουν να παίρνουμε την τύχη στα χέρια μας, περνάει μέσα από κάθε παράγοντα της κοινωνικής πραγματικότητας. Ανάπτυξη και χειραφέτηση σημαίνουν πολλαπλές συνεχιζόμενες αλλαγές. Η Παιδαγωγική της Αυτομόρφωσης προσφέρει τη δική της συμβολή. Η θεωρητική της συγκρότηση και η πρακτική απαιτούν από τον παιδαγωγό εμπνευσμένη αφομοίωσή της, κριτικό στοχασμό έξω από τη λογική συνταγών και τεχνικών και οπωσδήποτε ενδουσιώδη εμπιστοσύνη στον άνθρωπο και στις αστείρευτες δυνάμεις του.

Σ.Σ., Το κείμενο αυτό είναι ένα από τα πρώτα που το Κέντρο Μελετών και Αυτομόρφωσης επεξεργάστηκε συλλογικά και κυκλοφόρησε σε σεμινάρια και συνδιασκέυεις.

Το Κέντρο Μελετών και Αυτομόρφωσης στεγάζεται Διοσκούρων 11, 105 55 ΑΘΗΝΑ, και εκδίδει το περιοδικό Αυτομόρφωση.