

ΔΙΕΘΝΗΣ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
12 Μαΐου 2011

ΓΕΦΥΡΩΝΟΝΤΑΣ ΤΟ ΧΑΣΜΑ:
ΑΥΞΑΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΣΟΤΗΤΑ

Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, Γενεύη, 2011

Μετάφραση: Θεόδωρος Βασιλικόπουλος
Δημήτριος Λημιός
Ανδρέας Μακρής

Επιμέλεια: Μαρία Μήτσιου
Τομέας Εκπαίδευσης Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Παρά τα σημαντικά επιτεύγματα για την πραγματοποίηση των Αναπτυξιακών Στόχων της χιλιετίας, υπάρχουν ακόμα μεγάλα χάσματα στην κατάσταση της υγείας και στο προσδόκιμο επιβίωσης μεταξύ των χωρών με υψηλά, μεσαία και χαμηλά εισοδήματα, μεταξύ ανδρών και γυναικών καθώς επίσης και μεταξύ αγροτικού και αστικού πληθυσμού.

Η πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας είναι το κλειδί για την βελτίωση της υγείας, την ευημερία και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Όμως, η κατοχύρωση αυτού του θεμελιώδους αγαθού της υγείας περιορίζεται από διάφορους παράγοντες, όπως το κόστος, η γλώσσα, η εγγύτητα, οι πολιτικές και πρακτικές που κατά καιρούς εφαρμόζονται, καθώς και από άλλους παράγοντες.

Οι νοσηλευτές, οι οποίοι αποτελούν την κύρια -και σε ορισμένες περιπτώσεις την μόνη- ομάδα επαγγελματιών υγείας που παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε κάποιες θέσεις που είναι προκλήσεις, είναι ως επαγγελματίες σημαντικοί στην προαγωγή της ισότητας και της πρόσβασης στην φροντίδα υγείας και στην διασφάλιση ποιότητας στην έκβαση της φροντίδας.

Η Συλλογή της Παγκόσμιας Ημέρας του Νοσηλευτή για το 2011 ενισχύει την αντίληψη στην πρόσβαση και την ισότητα και στο αποτέλεσμα της ανισότητας στην υγεία. Σκιαγραφεί τους φραγμούς που υφίστανται και τον τρόπο αντιμετώπισής τους στην βελτίωση της πρόσβασης και της ισότητας. Επίσης, καταδεικνύει την σημαντικότητα των κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας, υποδεικνύοντας τον τρόπο που οι νοσηλευτές μπορούν να τους αναδείξουν και κατ' αυτόν τον τρόπο να βελτιώσουν την πρόσβαση και να διασφαλίσουν την ισότητα στην παρεχόμενη φροντίδα.

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών πρεσβεύει το ότι οι νοσηλευτές έχουν σημαντικό ρόλο στην επίτευξη της ισότητας στην υγεία και στην ανάπτυξη αποσαφηνισμένης αντίληψης για τον τρόπο που ο κλάδος υγείας μπορεί να υιοθετήσει ώστε να μειωθούν οι ανισότητες στην υγεία.

Rosemary Bryant
Πρόεδρος

David C. Benton
Επικεφαλής Εκτελεστικός Διευθυντής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το 2001 η Διεθνής κοινότητα ενστερνίστηκε τους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας. Η δέσμευση σε αυτούς, ουσιαστικά ήταν ένας συμβολισμός για την αποφασιστικότητα να γίνουν σημαντικές βελτιώσεις στον τομέα της υγείας στον παγκόσμιο πληθυσμό και να αναγνωριστεί ότι η επιβάρυνση της ασθένειας και της αρρώστιας δεν ήταν ισότιμα κατανεμημένη. Μεταξύ των πλουσίων και των φτωχών, μεταξύ των αναπτυσσομένων και αναπτυγμένων χωρών, μεταξύ ανδρών και γυναικών καθώς επίσης και μεταξύ αγροτικού και αστικού πληθυσμού υπήρχαν μεγάλα χάσματα στην έννοια της υγείας.

Δέκα χρόνια μετά, έχουν γίνει επιτυχείς προσπάθειες στον χώρο της υγείας με την έκθεση αξιολόγησης το 2009 να υπερτονίζει τα επιτεύγματα σε ότι αφορά στις παρεμβάσεις στην υγεία, όπως στην ελονοσία, στον έλεγχο του στην ανοσοποίηση έναντι της ιλαράς (Ηνωμένα Έθνη, 2010). Παρόλα αυτά, η έκθεση επισημαίνει ότι υπάρχουν χαοτικές διαφορές στην υγεία, στην ευημερία και στο προσδόκιμο επιβίωσης στις διαφορετικές ομάδες ανθρώπων.

Η ικανότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι απολύτως βασική. Η πρόσβαση μπορεί να περιορίζεται από το κόστος, την γλώσσα, την εγγύτητα, από πολιτικές και πρακτικές που εφαρμόζονται, που μπορεί να καθιστούν τις υπηρεσίες υγείας πολιτισμικά ακατάλληλες, χαμηλής ποιότητας ή απλά, με περιορισμένη διαθεσιμότητα ή ρητή εφαρμογή πολιτικής.

Είναι επίσης σημαντικό να κατανοηθεί ότι η υγεία δεν είναι απλά ένα «προϊόν» που παράγεται από τις Υπηρεσίες Υγείας. Η υγεία καθορίζεται από την κοινωνία στην οποία ζούμε ενώ επίσης επηρεάζεται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η ικανότητα επίτευξης υγείας ή αντίθετα ο κίνδυνος των «δεινών» της ασθένειας, επηρεάζεται από πολιτικοοικονομικούς παράγοντες, από γεωγραφικούς παράγοντες, την συμμετοχή στην αγορά εργασίας, την εκπαίδευση, το φύλο, την σεξουαλική κατεύθυνση και ένα πλήθος άλλων παραγόντων που επηρεάζουν τόσο άμεσα, όσο και έμμεσα την ικανότητα του οποιουδήποτε να επιτύχει και να διατηρήσει «καλή υγεία».

Ο ουσιαστικός σύνδεσμος μεταξύ της υγείας και του περιβάλλοντος διαβίωσης αναγνωρίστηκε το 2005, όταν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ίδρυσε την Επιτροπή Κοινωνικών Προσδιοριστικών Παραγόντων Υγείας για την «διευθέτηση της τεκμηρίωσης των απαραίτητων ενεργειών για την προαγωγή της ισότητας στην υγεία και την προώθηση της παγκόσμιας κινητοποίησης για την επίτευξή της» (Commission on the Social Determinants of Health – CSDH, 2008).

Όπως επισημαίνεται από την Επιτροπή (CSDH, 2008, σελ. 188), οι νοσηλευτές και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην επίτευξη ισότιμης πρόσβασης στην υγεία, και είναι ζωτικής σημασίας η ανάπτυξη δυναμικής αντίληψης για τον τρόπο που πρέπει να ενεργήσουν ώστε να μειωθεί η ανισότητα στην υγεία. Οι νοσηλευτές πρέπει επίσης να κατανοήσουν την μοναδικότητα του ρόλου τους στην παροχή ισότητας και πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Η συλλογή της Παγκόσμιας Ημέρας Νοσηλευτή του 2011 στοχεύει στο να βοηθήσει αυτήν την διαδικασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η Αντίληψη της Πρόσβασης και της Ισότητας

Πρόσβαση: Τι είναι η «πρόσβαση»;

Με τον όρο πρόσβαση εννοούμε την δυνατότητα να χρησιμοποιήσει κάποιος ένα αντικείμενο ή μια υπηρεσία σε μία επιθυμητή χρονική στιγμή. Βέβαια, το πόσο «καλή» μπορεί να είναι η πρόσβαση είναι δύσκολο να προσδιοριστεί και ποικίλει ανάλογα με το ευρύτερο πλαίσιο. Εντούτοις, όπως τονίζουν οι Champan και συν., «Καλή πρόσβαση υφίσταται όταν οι ασθενείς μπορούν να έχουν τις σωστές υπηρεσίες, την σωστή στιγμή και φυσικά στον σωστό χώρο» (Chapman και συν., 2004, σελ. 374).

Τα σημεία κλειδιά για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν την διαθεσιμότητα, την χρηστικότητα (την χρήση κατάλληλων υπηρεσιών από τον πληθυσμό), την σχετικότητα (οι παρεχόμενες υπηρεσίες που αντανακλούν τις ανάγκες της υπηρεσίας και τις προτιμήσεις των πληθυσμιακών ομάδων), την αποτελεσματικότητα (εάν επιτυγχάνεται η επιθυμητή έκβαση της θεραπείας ή της υπηρεσίας) και την ισοτιμία η οποία αναφέρεται στις διαφοροποιήσεις σε ότι αφορά στην πρόσβαση μεταξύ των διαφόρων ομάδων. Τα εμπόδια που παρουσιάζονται στην πρόσβαση αφορούν τα εξής :

- Έλλειψη ικανότητας και διαθεσιμότητας (συμπεριλαμβανομένου του καταμερισμού). Παράδειγμα είναι οι μεγάλες λίστες αναμονής για συγκεκριμένους τύπους θεραπείας, οι ελλείψεις σε υποδομές ή/και σε προσωπικό ώστε να μη μπορούν να παρασχεθούν οι υπηρεσίες, καθώς επίσης παντελής έλλειψη υπηρεσιών στον τόπο ή στον χρόνο που απαιτούνται.

- Κόστος. Η συνολική ή η μερική πληρωμή για κάποιες μορφές υπηρεσιών υγείας παραμένει ο κανόνας σε ορισμένες χώρες, όπου μπορεί να αποτελούν τον φραγμό για τους φτωχούς.

- Γλώσσα και πολιτισμός. Η πρόνοια για τα μέλη της κοινότητας σε οτιδήποτε αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην «γλώσσα» της κοινότητας όπου ζουν, είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην παροχή προσβάσιμης και αποτελεσματικής παροχής υπηρεσιών υγείας. Παρομοίως, η αποτυχία στην παροχή διαφορετικών πολιτισμικών προτύπων μπορεί να επιδράσει δυσμενώς στην επιθυμία του ανθρώπου να αναζητήσει βοήθεια καθώς και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

- Έλλειψη γνώσης και πληροφόρησης. Η πρόσβαση περιλαμβάνει την πρόσβαση κάποιου στην πληροφόρηση για την υγεία του, για στρατηγικές και προσεγγίσεις στην πρόληψη και για τα είδη των διαθέσιμων υπηρεσιών. Για παράδειγμα, η αποτυχία παροχής «μηνυμάτων» για την δημόσια υγεία σε όλες τις ομιλούμενες γλώσσες της κοινότητας, περιορίζει την πρόσβαση στην πληροφόρηση και έτσι, μπορεί να επηρεάσει άμεσα τόσο την υγεία του ατόμου μεμονωμένα, όσο και την ικανότητά του να εργαστεί σε επίπεδο πρόληψης για την προαγωγή της υγείας και την ταυτοποίηση και την πρόσβαση των υπηρεσιών που ενδεχομένως χρειάζεται.

- Κινητικότητα και μετανάστευση. Οι μετακινούμενοι πληθυσμοί μπορεί να θεωρούν δύσκολη την ταυτοποίηση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα εάν συνυπάρχουν διαχειριστικοί φραγμοί (π.χ., η απαίτηση

διεύθυνσης μόνιμης κατοικίας για την εγγραφή σε ένα Κέντρο Υγείας). Ένα πρόβλημα μπορεί να είναι η διασφάλιση και η εξασφάλιση οικογενειακού γιατρού και η συνέχεια στην φροντίδα.

- Η εργασιακή απασχόληση. Σε ορισμένες χώρες, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το εργασιακό καθεστώς, όπως στις ΗΠΑ, όπου αρκετοί άνθρωποι για την ασφαλιστική τους κάλυψη βασίζονται στις χορηγίες του εργοδότη. Έτσι, η έλλειψη απασχόλησης μπορεί να περιορίσει την πρόσβαση. Αντιστρόφως, η εξάρτηση από την περιθωριακή ή περιστασιακή απασχόληση περιορίζει την ικανότητα των ανθρώπων να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δίχως να επιβαρύνουν το χαμηλό εισόδημα με σημαντικά κόστη.

- Ετοιμότητα και ευαισθησία του νοσηλευτικού προσωπικού. Τα επαγγελματικά standards και η ηθική, απαιτούν από τους νοσηλευτές και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν υπηρεσίες υγείας με επάρκεια και επαγγελματισμό και να αντιμετωπίζουν τους ασθενείς με σεβασμό και ευαισθησία. Οι νοσηλευτές πρέπει να υποστηρίζονται με αποτελεσματική εκπαίδευση και διοίκηση, ώστε να μπορούν να διατηρήσουν αυτά τα standards.

- Διάκριση. Παρά την υποχρέωση των νοσηλευτών απέναντι στο κοινωνικό σύνολο για αμερόληπτη προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών, συνεχίζουν να υπάρχουν περιπτώσεις διάκρισης βάσει του φύλου, της φυλής, των σεξουαλικών προτιμήσεων ή της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Είναι σημαντικό το γεγονός ότι η διάκριση δεν είναι πάντα ενεργής. Η αποτυχία στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των ανισοτήτων ή στην παροχή θεραπείας ή ο «στιγματισμός» διαφόρων καταστάσεων, μπορούν επίσης να αντικατοπτρίζουν μια μορφή διάκρισης.

Οι περιορισμοί στην πρόσβαση μπορούν να επηρεάσουν άμεσα την παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας. Σαν παράδειγμα, μερικοί άνθρωποι που ζουν σε απομεμακρυσμένες αγροτικές περιοχές, τόσο στον αναπτυσσόμενο, όσο και στον ανεπτυγμένο κόσμο, έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε κάποιο εύρος υπηρεσιών υγείας και σε δεξιότητες επαγγελματιών υγείας με ποικίλα προσόντα, όπως οι νοσηλευτές, σε σχέση με τους ομόλογούς τους αστούς. Αυτό μπορεί να επηρεάζει άμεσα την προσλαμβανόμενη ποιότητα φροντίδας. Σαν παράδειγμα, η πρόσβαση σε κατάλληλη φροντίδα για τον τοκετό στις αστικές περιοχές, έχει ταυτοποιηθεί σαν θεμελιώδης παράγοντας στην επίτευξη βελτίωσης σε ότι αφορά στην μητρική θνησιμότητα (Ηνωμένα Έθνη, 2010).

Η βελτίωση στην πρόσβαση φροντίδας, μπορεί επίσης να περιλαμβάνει «τον συνυπολογισμό των κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την πρόσβαση» (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής της Ισπανίας 2010, σελ. 16). Εντούτοις, η βελτίωση της πρόσβασης συχνά συγκρούεται με πολιτικές που περιλαμβάνουν μείωση των δαπανών (Charman και συν., 2004).

Η πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες και το δικαίωμα στην πρόσβαση είναι και πρέπει να θεωρείται κατοχυρωμένη. Όπως επισημαίνεται στην πρόσφατη δημοσίευση της προεδρεύουσας στην ΕΕ Ισπανίας «Moving Forward Equity in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the Reduction of Health Inequalities», η πρόσβαση στην υγεία είναι επίσης ένας σημαντικός τρόπος για την επίτευξη περισσότερο ισότιμων εκβάσεων. Σαν παράδειγμα αναφέρεται ότι «η πρόσβαση παγκοσμίως στις υπηρεσίες υγείας και η υψηλής ποιότητας πρωτοβάθμια φροντίδα για όλα τα παιδιά σε όλες τις περιοχές, έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην μείωση των ανισοτήτων στην

φροντίδα υγείας των παιδιών» (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής της Ισπανίας 2010, σελ. 36)

Ισότητα

Παρόλο που η ισότητα και οι συσχετιζόμενες έννοιες περί δικαιοσύνης είναι ευρέως αποδεκτές και αναγνωρισμένες ως βασικά δόγματα στην εξελισσόμενη κοινωνική πολιτική, υφίσταται διχογνωμία σε παγκόσμιο επίπεδο για τον ακριβή ορισμό της ισότητας και για το πώς μπορεί να επιτευχθεί. Αυτό είναι ιδιαίτερα πολύπλοκο σε ότι αφορά στα συστήματα φροντίδας υγείας και στις εκβάσεις τους, όπου οι γνώμες διαφοροποιούνται σχετικά με το ποιες απόψεις είναι οι περισσότερο σημαντικές για την επίτευξη της ισότητας και σε ποια έκταση (Osterle, 2002).

Οι αντικειμενικοί στόχοι της ισότητας δίνουν γενικά έμφαση στην δικαιοσύνη με τέτοιο τρόπο ώστε τόσο οι διαθέσιμοι πόροι όσο και οι όποιες επιβαρύνσεις να κατανέμονται στον πληθυσμό, μειώνοντας έτσι την ανισότητα. Στην έννοια της ισότητας συχνά ενσωματώνεται και ο παράγοντας «ευκαιρία», οπότε, η επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων είναι εξίσου διαθέσιμη στους ανθρώπους, ανάλογα με τις επιλογές τους:

«Η προσέγγιση που τονίζει την ισοτιμία αντιτίθεται με την «προσέγγιση των βασικών αναγκών» ή την «προσέγγιση της φτώχειας», η οποία εστιάζεται στα φτωχά και στα αποδυναμωμένα κοινωνικά στρώματα, χωρίς να συσχετίζει την κατάστασή αυτή με τους πλούσιους και τους ισχυρούς. Η ισότητα συνεπάγεται ένα είδος προσέγγισης όπου δίνονται περισσότερα σε αυτούς που έχουν λίγα και λιγότερα σε αυτούς που έχουν πολλά. Με λίγα λόγια, ισοτιμία επιτυγχάνεται όχι όταν γίνεται ίση κατανομή πόρων αλλά δίκαιη κατανομή τους» (McCoy, 2003, σελ. 8).

Η συσχέτιση μεταξύ πρόσβασης και ισότητας

Η άνιση πρόσβαση σε πόρους, υπηρεσίες και δικαιώματα οδηγεί αναπόφευκτα σε μη ισότιμη πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής της Ισπανίας 2010) και η πρόσβαση στα συστήματα υγείας είναι ένα σημαντικό βήμα για την βελτίωση στην έκβαση της υγείας. Στην φροντίδα υγείας, υπάρχουν διάφορες έννοιες και υποθέσεις που χαρακτηρίζουν τον όρο «ισοτιμία». Συνήθως αναφέρεται σε ένα βασικό επίπεδο υπηρεσιών όπου όλοι οι άνθρωποι έχουν πρόσβαση και επωφελούνται από αυτές. Στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες μπορεί να περιλαμβάνει την δυνατότητα επίσκεψης στον επαγγελματία υγείας στην οξεία φάση της ασθένειας, της δυνατότητας πρόσβασης σε φάρμακα, της πρόσβασης σε επείγουσα φροντίδα και την δυνατότητα λήψης φροντίδας και υποστήριξης κατά τον τοκετό.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων και ο βαθμός στον οποίο οι εμπειρικές προσεγγίσεις ταιριάζουν με συγκεκριμένες ερμηνείες για την ισότητα, είναι ένα σημαντικό πεδίο μελέτης στον τομέα της υγειονομικής περιθαλψής. Οι εκτιμήσεις αφορούν την «διανομή» της υγείας και της ασθένειας, καθώς επίσης την διανομή των δημοσίων δαπανών, την χρήση των υπηρεσιών, του κόστους και των αποτελεσμάτων. Αυτό μπορεί να συμπεριλαμβάνει διάφορα επίπεδα πρόσβασης σε ποικίλες προσφερόμενες υπηρεσίες καθώς επίσης και τα

αποτελέσματα που επιτυγχάνονται από διαφορετικούς ασθενείς. Στο άρθρο «Αξιολογώντας την Ισότητα στην Κοινωνική Πολιτική: Ένα Πλαίσιο για Συγκριτική Ανάλυση», ο Osterle (2002) ενοποιεί τις απόψεις διαφόρων συγγραφέων σε τρεις κύριες διαστάσεις, όπως αναφέρονται παρακάτω. Το άρθρο του παρέχει μια χρήσιμη συζήτηση που εφαρμόζει αυτό το πλαίσιο στην παροχή μακροχρόνιας φροντίδας.

- ΤΙ χρειάζεται να μοιρασθεί (πχ. πόροι, φορτία)
- Μεταξύ ΠΟΙΩΝ (παραλήπτες) και
- ΠΩΣ (βάσει ποιων αρχών) (Osterle, 2002, σελ. 59)

Η επίτευξη της ισότητας συσχετίζεται με το «ΤΙ» θα μπορούσε να αντιπροσωπεύει ένα ελάχιστο σύνολο υπηρεσιών, ή ένα ελάχιστο επίπεδο πόρων, το οποίο οι άνθρωποι θεωρούν εύλογο και αποδεκτό έχοντας την δυνατότητα να έχουν πρόσβαση σε αυτό. Αυτό μπορεί επίσης να περιλαμβάνει τον καθορισμό συγκεκριμένων ποιοτικών προτύπων ή προσδοκιών που πρόκειται να εφαρμοσθούν. Σε μερικές περιπτώσεις αυτά θα είναι απτά και ποσοτικά προσδιορίσιμα π.χ. εάν η υπηρεσία είναι διαθέσιμη, η αναμονή ώστε αυτή να μπορεί να είναι διαθέσιμη και εάν το επιθυμητό αποτέλεσμα πραγματοποιήθηκε με επιτυχία. Σε άλλες περιπτώσεις, μπορεί να υπάρξουν περισσότεροι μη απτοί παράγοντες όπως το επίπεδο ικανοποίησης από την υπηρεσία, η ποιότητα επικοινωνίας με το προσωπικό, το επίπεδο συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων, η ενδυνάμωση ή η ικανότητα του δικαιώματος επιλογής. Αυτοί οι λιγότεροι απτοί παράγοντες μπορεί να είναι σημαντικοί για τον προσδιορισμό της ισότητας, ιδιαίτερα στην διαχείριση των χρηστών υγείας που προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα (Osterle, 2002, σελ. 51-52).

Το «**μεταξύ ΠΟΙΩΝ**» στο μοντέλο του Osterle αναφέρεται στο γεγονός ότι, ακόμη και στις αναπτυγμένες χώρες, μερικοί άνθρωποι μπορούν να αποκλειστούν από αυτές τις υπηρεσίες λόγω κοινωνικών συνθηκών, γεωγραφικής θέσης ή άλλων παραγόντων (Osterle, 2002, σελ. 52-53). Ενώ μια ισότιμη προσέγγιση στην ισότητα μπορεί να συνεπάγεται ότι όλοι οι άνθρωποι πρέπει να λαμβάνουν ίσο μερίδιο, οι προσπάθειες στο να επιτευχθεί ισότητα βάσει του αποτελέσματος συχνά δημιουργούν ανισότητες στο βαθμό στον οποίο κατανέμονται οι πόροι για την υγεία. Σε αυτό το σημείο είναι που γίνεται σημαντική το «**ΠΩΣ**» απονέμεται η ισότητα. Η έννοια της «ανάγκης» είναι το επίκεντρο σε αυτήν την συζήτηση, καθώς επίσης και η αρχή ότι το ποσό των διαθέσιμων πόρων πρέπει με κάποιο τρόπο να αντανακλά σε αυτό, έτσι ώστε «εάν οι ανάγκες του Α και του Β είναι άνισες, πρέπει να λαμβάνουν ένα άνισο ποσοστό θεραπείας ή υποστήριξης. Είναι ευθύνη της Αρχής της Κατανομής η έκταση που πρέπει να καταλαμβάνει η άνιση αντιμετώπιση προκειμένου να επιτευχθεί μια δίκαιη κατανομή» (Osterle, 2002, σελ. 53). Παρόλα αυτά, η «ανάγκη» είναι ένας σχετικός όρος και μπορεί να «μετρηθεί» με διαφορετικούς τρόπους, όπως η θνησιμότητα, η νοσηρότητα ή ποιότητα ζωής.

Παρόλο που η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μπορεί συχνά να εξιδανικευθεί, μπορεί να μην οδηγήσει σε ισότιμα αποτελέσματα, τα οποία μπορούν να προσκρούσουν με μία σειρά περιβαλλοντικών και μη μεταβλητών, όπως το κλίμα ή η γενετική προδιάθεση. Όπως επισημαίνει ο Osterle, «οι κοινωνικές πολιτικές που στοχεύουν στην εξίσωση της πρόσβασης, πρακτικά στοχεύουν στην εξίσωση των πιθανοτήτων και όχι της χρήσης των υπηρεσιών» (Osterle, 2002, σελ. 52). Σαν αποτέλεσμα, οι πάροχοι υπηρεσιών μπορούν να

στοχεύσουν σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού ή σε συγκεκριμένα προβλήματα έτσι ώστε να πετύχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Αυτή η «θετική διάκριση» (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής της Ισπανίας, 2010), ή αλλιώς η εύνοια συγκεκριμένων ομάδων, οι οποίες έχουν αδικηθεί στο παρελθόν από διάφορα προγράμματα ή πολιτικές, αποτελεί βασικότατο μέσον για την επίτευξη ισότητας στο σύστημα υγείας.

Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν διάφορες μορφές καταμερισμού σε μια προσπάθεια να εξισορροπήσουν «ανταγωνιστικές προτεραιότητες» που δημιουργεί η ανάγκη και η ισότητα. Παραδείγματος χάριν, μια λίστα αναμονής ασθενών για χειρουργείο μπορεί να βασισθεί σε ένα απλό σύστημα σειράς που μπορεί να τροποποιηθεί έτσι ώστε η σειρά να επιμερίζεται σε διαφορετικές κατηγορίες «αναγκαιότητας» και επείγουσας κατάστασης. Σε μερικές χώρες ο προσδοκώμενος χρόνος αναμονής εφαρμόζεται σαν μέτρο ποιότητας στους διάφορους τομείς της υγείας.

Ηθική και ανθρώπινα δικαιώματα

Η ανάγκη για παροχή υπηρεσιών, ευκαιριών και δικαιωμάτων σε όλους τους ανθρώπους «χωρίς καμία απολύτως διάκριση», κατοχυρώνεται στην Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Μέρος αυτής αποτελεί το δικαίωμα στην υγεία και το δικαίωμα στην ίση ευκαιρία για την υγεία. Όπως αναφέρει ο McCoy (2003, σελ. 8):

«Η έννοια των ίσων ευκαιριών στην υγεία θεμελιώνεται από την έννοια των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για την απαλοιφή των διακρίσεων και από την ανάγκη οι κυβερνήσεις (ή οι οργανωμένοι εκπρόσωποι της κοινωνίας), να λάβουν τα απαραίτητα μέτρα ώστε να εξαλειφθούν οι άδικες επιπτώσεις στην υγεία, οι οποίες δημιουργούνται από τις κοινωνικές διαφορές... Η κρίση για το εάν διαδικασία είναι δίκαιη εξαρτάται από το τι καθορίζει η εκάστοτε κοινωνία ως ίσο δικαίωμα για όλους. Μερικές κοινωνίες δίνουν έμφαση στις ανισότητες στον χώρο της υγείας ενώ άλλες στις ευκαιρίες που υπάρχουν για να διορθωθεί η κατάσταση».

Η Παναμερικανική Οργάνωση Υγείας (PAHO) έχει επίσης αναγνωρίσει ότι η έννοια της ισότητας είναι σημαντική και ότι «όλες οι αδικίες είναι προϊόν άδικων ανισοτήτων». Επισημαίνει επίσης, ότι «το δίκαιο και το άδικο ερμηνεύονται διαφορετικά από τον καθένα. Στον χώρο της υγείας ένας από τους γενικότερα αποδεκτούς ορισμούς του όρου «δίκαιος» αναφέρεται σε ίσες ευκαιρίες για όλους σε ότι αφορά στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, σύμφωνα πάντα με τις ανάγκες της κάθε κοινωνίας, και ανεξάρτητα από την ικανότητα πληρωμής (PAHO, 1999). Έτσι η έννοια της παγκόσμιας πρόσβασης στην υγεία αναδεικνύεται ως μέρος ενός δίκαιου συστήματος υγείας.

Κόστος υγείας και καταμερισμός

Ακόμη και σε χώρες όπου οι κυβερνήσεις έχουν δεσμευτεί κοινωνικά για την παροχή φροντίδας υγείας παγκοσμίως, αυτή η παροχή φροντίδας υγείας αντιπροσωπεύει σημαντικές και συνήθως ολοένα αυξανόμενες οικονομικές απαιτήσεις. Με γνώμονα την αύξηση του πληθυσμού, αυξάνονται και οι απαιτήσεις των ασθενών, ο πληθυσμός της τρίτης ηλικίας ενώ οι νέες τεχνολογίες και οι νέες θεραπείες οδηγούν αναπόφευκτα σε ραγδαία αύξηση

του κόστους. Για πολλές αναπτυγμένες χώρες επιβάλλεται σημαντική αύξηση των δαπανών για την υγεία έτσι ώστε να ανταπεξέλθουν στις βασικές ανάγκες του πληθυσμού σε ότι αφορά στις υπηρεσίες υγείας, και να υπερισχύσουν από άλλους τομείς ώστε να χαράξουν τα «δημοσιονομικά περιθώρια» για την υγεία (ICN και WHO, 2009).

Ο καταμερισμός είναι ένας μηχανισμός που χρησιμοποιείται στον τομέα της υγείας προκειμένου να διαχειριστεί αυτή η τάση. Σε μερικές περιπτώσεις είναι ρητή η δημόσια χρηματοδότηση για ορισμένες θεραπείες ή υπηρεσίες υγείας, οι οποίες περιορίζονται ανάλογα με συγκεκριμένα κριτήρια όπως είναι η αξιολόγηση της σχετικής κλινικής ανάγκης, το οποίο σημαίνει ότι ο δημόσιος τομέας παρέχει τις συγκεκριμένες υπηρεσίες μόνο σε όσους δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν για αυτές ή να αποκλείει κάποιες θεραπείες στον δημόσιο τομέα ως «περιττές» ή αναποτελεσματικές στην προαγωγή της υγείας (π.χ. πλαστικές-αισθητικές χειρουργικές επεμβάσεις). Παρόλο που μπορεί να χαρακτηριστεί «ανήθικη» η μη δυνατότητα πρόσβασης σε κάποια μορφής θεραπεία (Wood 2010), μπορεί ταυτόχρονα να υποστηριχθεί ότι όταν οι πόροι είναι περιορισμένοι, η εισαγωγή διαφανών συστημάτων καταμερισμού παρέχει τουλάχιστον τις προϋποθέσεις για την ύπαρξη αντιγνωμίας και συζήτησης μέσα στην κοινότητα σε ότι αφορά στις προτεραιότητες.

Ο σιωπηρός καταμερισμός είναι περισσότερο κοινός. Οι στρατηγικές μείωσης των δαπανών έχουν σαν αποτέλεσμα την οριοθέτηση των εισαγωγών στα νοσοκομεία και την μείωση των ημερών νοσηλείας. Ταυτόχρονα, η εφαρμογή αυτών των στρατηγικών έχει επιφέρει μείωση στο υγειονομικό προσωπικό. Ο καταμερισμός της νοσηλευτικής φροντίδας «μπορεί να είναι άμεση συνέπεια της χαμηλού βαθμού στελέχωσης», καθώς οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν την κλινική κρίση τους για να «κατηγοριοποιήσουν βάσει προτεραιότητας τις αξιολογήσεις και τις παρεμβάσεις» (Schubert και συν., 2008, σελ. 227-228). Αυτό μπορεί να έχει άμεσο αντίκτυπο στην ποιότητα της φροντίδας και στην έκβαση της ασθένειας και απεικονίζει την λήψη αποφάσεων σε σχέση με την παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας και στα άτομα στα οποία απευθύνεται, σε διάφορα επίπεδα, σε καθημερινή βάση. Έτσι, είναι σημαντικό, οι έννοιες της ισότητας να αναλύονται και να αναθεωρούνται σε καθένα από αυτά τα επίπεδα.

Όπως επισημαίνουν οι Dey και Fraser στην συζήτηση τους σε σχέση με τον καταμερισμό στο σύστημα υγείας βάσει της ηλικίας του ασθενούς, η επιδίωξη να περιορισθούν οι δαπάνες για την υγεία και να αναπτυχθούν τρόποι ώστε να κατανεμηθούν σωστά οι διαθέσιμοι πόροι, εγείρει σημαντικά ηθικά διλλήματα. Σημειώνοντας ότι η ηλικία, καθώς επίσης και άλλοι παράγοντες, αποτελούν «σημαντικά αλλά προφανή κριτήρια για καταμερισμό σε κλινικό επίπεδο» (Dey και Fraser, 2000, σελ. 530),., εισηγούνται ανεκτικότητα στο θέμα του «καταμερισμού βάσει ηλικίας αφού, πρακτικά, αυτό δεν μπορεί να γίνει βάσει του φύλου, της κοινωνικής τάξης ή της εθνικότητας (Dey και Fraser, 2000, σελ. 517).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Το Πρόβλημα της Ανισότητας

Διεθνείς Ανισότητες

Υπάρχουν απροσπέλαστες διαφορές στην υγεία του πληθυσμού ανά τον κόσμο καθώς επίσης και στην πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες. Σε κάποιες χώρες, το προσδόκιμο επιβίωσης ξεπερνά τα 80 χρόνια, ενώ σε άλλες είναι λιγότερο από 50.

Παραδείγματα :

- Μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τον υψηλότερο και τον χαμηλότερο δείκτη νεογνικής θνησιμότητας, υπάρχει 10πλάσια διαφορά.
- Περίπου 17.5 εκατομμύρια θάνατοι το 2005 προήλθαν από καρδιαγγειακά νοσήματα (CVDs) αντιπροσωπεύοντας το 30% των θανάτων παγκοσμίως. Περισσότερο από το 80% των θανάτων που οφείλονται σε καρδιαγγειακά νοσήματα, συνέβησαν σε χώρες με χαμηλό και μέτριο εισόδημα (WHO, όπως αναφέρεται στο CSDH, 2008, p.30).
- Ο κίνδυνος μητρικής θνησιμότητας στο Αφγανιστάν είναι 1 στις 8, ενώ στην Σουηδία μόλις 1 στις 17400 (WHO, 2007 όπως αναφέρεται στο CSDH, 2008, p.30)
- Περισσότερο από το μισό του παγκόσμιου πληθυσμού στερείται οποιασδήποτε μορφής επίσημης κοινωνικής προστασίας, με το 5-10% αυτού του πληθυσμού να είναι στις υπο-σαχάριες χώρες και στη νοτιοανατολική Ασία, συγκριτικά με ποσοστά της τάξης του 20 με 60% σε χώρες μέσου εισοδήματος (WHO, 2010e σελ. 8).
- Ενώ ένας Εσθονός ζει το 71% της ζωής του σε καλή κατάσταση υγείας, η καλή κατάσταση της υγείας ενός Δανού αγγίζει το 90% της (DETERMINE, 2010, p. 9)

Πραγματοποιώντας τους αναπτυξιακούς στόχους της χιλιετίας

Η ανάγκη να βελτιωθεί η πρόσβαση και η ισότητα υφίσταται ως πρωταρχικός στόχος των Αναπτυξιακών Στόχων της Χιλιετίας (MDGs), όπως συμφωνήθηκε από τα 192 Κράτη/μέλη το 2001.

Σε απάντησή του προς την έκθεση προόδου, ο Γενικός Γραμματέας των Ηνωμένων Εθνών Ban Ki-Moon, περιγράφει του Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας ως «τις ανθρώπινες ανάγκες και τα βασικά δικαιώματα τα οποία δικαιούται να απολαμβάνει ο κάθε άνθρωπος στον κόσμο- εξάλειψη της φτώχειας και της πείνας - ποιοτική εκπαίδευση, παραγωγική και αξιοπρεπή απασχόληση, καλή υγεία και στέγη - δικαίωμα των γυναικών στον τοκετό χωρίς να τίθεται σε κίνδυνο η ζωή τους - και έναν κόσμο όπου θα είναι προτεραιότητα η βιωσιμότητα του περιβάλλοντος και στον στο οποίο οι άνδρες και οι γυναίκες θα ζούνε ισότιμα».

Οι Στόχοι είναι:

1. Εξάλειψη της ακραίας φτώχειας και της πείνας
2. Παγκόσμια επίτευξη πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης

3. Προώθηση της ισότητας μεταξύ των δύο φύλων και ενδυνάμωση των γυναικών
4. Μείωση της παιδικής θνησιμότητας
5. Βελτίωση της μητρικής υγείας
6. Μάχη κατά του HIV/AIDS, της ελονοσίας και άλλων ασθενειών
7. Διασφάλιση της βιωσιμότητας του περιβάλλοντος
8. Δημιουργία Παγκόσμιας Συνεργασίας για την Ανάπτυξη

Οι Αναπτυξιακοί Στόχοι της Χιλιετίας αντικατοπτρίζουν την ανάγκη για πολυεπίπεδη προσέγγιση προκειμένου να επιτευχθεί βελτίωση στην υγεία και την ευημερία του ανθρώπου, προσεγγίζοντας το θέμα από διάφορους τομείς. Χτίζοντας πάνω στο έργο της Επιτροπής Κοινωνικής Υγείας, η διεθνής υποχρέωση προς τους Αναπτυξιακούς Στόχους αναγνωρίζει την διασύνδεση μεταξύ της υγείας και άλλων δεικτών μειονεκτημάτων: «δημιουργούνται ανισότητες στην υγεία που μπορούν να αποφευχθούν εξαιτίας των συνθηκών μέσα στις οποίες οι άνθρωποι μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και γερνούν καθώς και του συστήματος υγείας που εφαρμόζεται. Οι συνθήκες δε στις οποίες οι άνθρωποι ζουν και πεθαίνουν, διαμορφώνονται από πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές δυνάμεις» (CSDH, 2008, σελ. i).

Αναπτυξιακοί στόχοι που σχετίζονται με την υγεία

Οι στόχοι που σχετίζονται με την υγεία περιλαμβάνουν μείωση της παιδικής θνησιμότητας στο 1/3, της μητρικής θνησιμότητας στο 1/4, περιορισμό και μείωση στην εξάπλωση του HIV, της φυματίωσης και της ελονοσίας μέχρι το 2015 (Stuckler και συν., 2010).

Σε μια ανασκόπηση των Αναπτυξιακών Στόχων σε σχέση με την υγεία, η οποία πραγματοποιήθηκε το 2008 (WHO, 2008a) αναφέρεται ότι, παρά την πρόοδο που έχει επιτευχθεί, υπάρχουν ακόμη σημαντικές ανισότητες. Οι περισσότεροι στόχοι θεωρείται απίθανο να πραγματοποιηθούν μέχρι το 2015, ενώ οι χώρες χαμηλού εισοδήματος παρεκκλίνουν σημαντικά από τους στόχους τους, όπως καταγράφεται στα παρακάτω αποσπάσματα της έκθεσης :

MDG 4: Μείωση παιδικής θνησιμότητας

- Το ποσοστό των υποσιτιζόμενων παιδιών στον κόσμο μετά το 1990 μειώθηκε από 31% σε 26% αλλά η πρόοδος παραμένει αργή και δεν έχει γίνει καμία πρόοδος στην Δυτική Ασία ενώ παραμένει στο 46% στην Νότια Ασία όπου και περισσότερο από το 25% των νεογνών γεννιούνται ελιποβαρή (UN, 2010, σελ. 13)

- Στην υποσαχάρια Αφρική παρατηρούνται περίπου οι μισοί θάνατοι από τα 8.8 εκατομμύρια για το έτος 2008, που αφορούν παιδιά κάτω των 5 ετών (UN, 2010, σελ. 27)

MDG 5: Βελτίωση μητρικής υγείας

- Περισσότερες από τις μισές από τις 500.000 γυναίκες που πέθαναν από αιτίες σχετιζόμενες με την εγκυμοσύνη το έτος 2005 εντοπίζονται στην υποσαχάρια Αφρική και το 1/3 στην Νότια Ασία. Η μητρική θνησιμότητας στην υποσαχάρια Αφρική είναι 920 στις 100.000 γέννες ενώ μόλις 8 στις 100.000 στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες (WHO, 2008a)

MDG 6: Μάχη κατά του HIV/AIDS, της ελονοσίας και άλλων νοσημάτων

- Παρά την δραματική αύξηση στην χρήση αντιρετροϊκών φαρμάκων στις χώρες χαμηλού και μετρίου εισοδήματος, περίπου το ¼ του πληθυσμού στην υποσαχάρια Αφρική δεν έχει πρόσβαση σε αυτά. Η κάλυψη για τα παιδιά χαμηλότερη, στο 15% (WHO, 2008a).

- Υπολογίζεται ότι 243 εκατομμύρια περιπτώσεις ελονοσίας το 2008 οδήγησαν σε 863.000 θανάτους. 89% από αυτές αναφέρονται στη Αφρική (UN, 2010, p. 46).

- Σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος το ποσοστό των εγκύων γυναικών φορέων HIV που λαμβάνουν αντι-ρετροϊκή αγωγή για την πρόληψη μετάδοσης στο έμβρυο είναι μόλις 11%

- Μόλις το 1/3 των παιδιών κάτω των 5 ετών που εκδηλώνουν πυρετό στην Αφρική λαμβάνουν κάποια ανθελονοσιακή αγωγή (WHO, 2008a).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι υπηρεσίες που παρέχονται κατ' οίκον, π.χ. εμβολιασμός, παρουσιάζουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα, «εκείνες οι επεμβάσεις που απαιτούν ένα λειτουργικό σύστημα υγείας έχουν λιγότερες επιπτώσεις» (WHO, 2008a, σελ. 2).

Οι βασικοί περιορισμοί που παρουσιάζονται για την επίτευξη αυτών των στόχων περιλαμβάνουν τους εξής :

- Έλλειψη σε καλά εκπαιδευμένο υγειονομικό προσωπικό
- Έλλιπής ανταπόκριση των κυβερνήσεων στις υγειονομικές απαιτήσεις των πληθυσμών των «εύθραυστων κρατών», για διάφορους λόγους και
- Η ανάγκη για εκτενέστερη συνεργασία μεταξύ τομέων όπως: ιδιωτικός, δημόσιος, εθελοντικός, κοινοτικός, θρησκευτικός.

Επισημαίνεται επίσης η ανάγκη για αύξηση των δωρεών και των κυβερνητικών κονδυλίων για την υγεία. Παρόλα αυτά, η στατιστική ανάλυση των δεδομένων από τον Strucker και συν. κατέδειξε παρεκκλίσεις στους ρυθμούς αλλαγής στην πρόοδο των στόχων της χιλιετίας, σε σχέση με τους αναμενόμενους ρυθμούς για κάθε κράτος. Οι παρεκκλίσεις καταδεικνύουν ότι: «τα χαμηλότερα φορτία HIV/AIDS και Μη Μεταδοτικών Νοσημάτων (NCDs) σχετίζονται με μεγαλύτερη πρόοδο στην επίτευξη της μείωσης της παιδικής θνησιμότητας και της φυματίωσης. Η εκτιμώμενη μείωση κατά 10% του HIV σε σχέση με τα Μη Μεταδοτικά Νοσήματα, θα μπορούσε να έχει παρόμοια επίδραση στην πρόοδο της φυματίωσης σε σχέση με τους Στόχους Ανάπτυξης της Χιλιετίας, όσο μια αύξηση της τάξης του 80% ή περισσότερο στο ακαθάριστο εγχώριο εισόδημα, που αντιστοιχεί σε τουλάχιστον μία δεκαετία οικονομικής ανάπτυξης των χαμηλότερων εισοδηματικά χωρών» (Struckler και συν., 2010)

Αυτή η διαπίστωση δίνει έμφαση στον ζωτικό ρόλο που διαδραματίζουν τα συστήματα υγείας και οι παροχές φροντίδας υγείας στην προαγωγή της υγείας, στην πρόληψη νοσημάτων που μπορούν να αποφευχθούν και να αντιμετωπιστεί η νοσηρότητα σε βασικούς τομείς για την επίτευξη των Στόχων Ανάπτυξης της Χιλιετίας, συνειδητοποιώντας τις ζωές που σώθηκαν και τα νοσήματα που έχουν προληφθεί από όλα αυτά που αντιπροσωπεύουν αυτοί οι στόχοι.

Φύλο

Κάθε χρόνο περισσότερες από 350.000 γυναίκες πεθαίνουν από επιπλοκές σχετιζόμενες με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό που όμως μπορούν να προβλεφθούν (Ban, 2010). Στην πιο πρόσφατη έκθεση των Ηνωμένων Εθνών σχετικά με τους Στόχους της Χιλιετίας «η ισότητα των δύο φύλων και η ενδυνάμωση των γυναικών είναι στο πλαίσιο για την Υγεία των Στόχων της Χιλιετίας και είναι οι προϋποθέσεις για την καταπολέμηση της φτώχειας, της πείνας και της ασθένειας. (Ηνωμένα Έθνη, 2010, σελ. 4)

Το 2010 προωθήθηκε το κείμενο των Ηνωμένων Εθνών «Παγκόσμια Στρατηγική Υγείας για τις Γυναίκες και τα Παιδιά», σε μία προσπάθεια να εξετασθεί ο τρόπος αποτροπής του θανάτου και της ασθένειας και να βελτιωθεί η πρόσβαση των γυναικών στις υπηρεσίες υγείας, με εστίαση «στην ισότητα στην πρόσβαση και στα αποτελέσματα, διασφαλίζοντας την παροχή αυτής της δυνατότητας ιδιαίτερα στις γυναίκες που είναι αδικημένες και περιθωριοποιημένες». Με την επίτευξη των Στόχων της Χιλιετίας, θα μπορούσαν μέχρι το 2015 να σωθούν οι ζωές τεσσάρων εκατομμυρίων παιδιών και περίπου 190.000 γυναικών (Ban, 2010).

Επιπλέον η καθιέρωση από τα Ηνωμένα Έθνη του «Οργανισμού Γυναικών» το 2010, με επικεφαλής την πρώην Πρόεδρο της Χιλής Michelle Bachelet, αναδεικνύει την σημασία της ανισότητας σε ότι αφορά στο φύλο. Ο νέος Οργανισμός έχει σαν σκοπό την προαγωγή των δικαιωμάτων των γυναικών και την ολοκληρωμένη συμμετοχή τους στα παγκόσμια δρώμενα.

Η αναγνώριση της φυλετικής ανισότητας σημαίνει επίσης την αναγνώριση της υγείας των ανδρών και την ανάγκη απονομής ίσων δικαιωμάτων στις υπηρεσίες υγείας. Σε μερικές χώρες έχουν αναπτυχθεί ή αναπτύσσονται πολιτικές υγείας για τους άνδρες (π.χ. στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην Ιρλανδία, στην Αυστραλία). Επίσης, ο ΠΟΥ έχει αναγνωρίσει την σημασία της εμπλοκής ανδρών και αγοριών στην προαγωγή της ισότητας των δύο φύλων και στην βελτίωση της υγείας τόσο των ανδρών, όσο και των γυναικών, με την πρόσφατη κοινοποίηση του δημοσιεύματος «Πολιτικές προσέγγισης για την εμπλοκή ανδρών και αγοριών στην επίτευξη ισότητας για το φύλο και την υγεία». Αυτή η πολιτική, εν συντομία, υπογραμμίζει και προάγει τις πολιτικές προσέγγισης που μπορούν να «επιταχύνουν την μετακίνηση προς την ισότητα των δύο φύλων μέσα στο σπίτι, την μείωση των επιπέδων βίας και σεξουαλικής εκμετάλλευσης, την υποστήριξη ασφαλέστερων σεξουαλικών πρακτικών και την μείωση της κατάχρησης αλκοόλ από τους άνδρες» (WHO 2010a).

Παραδείγματα

- Η αυξανόμενη τεκμηρίωση που συνδέει την συσχετιζόμενη με το φύλο βία και την εξάπλωση του HIV (UN, 2010, σελ.44).
- Οι αφροαμερικανές γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 67% των νέων περιστατικών με AIDS στις ΗΠΑ για το έτος 2005, παρόλο που τα στοιχεία για τις κλινικές δοκιμές είναι ανεπαρκή (Cohn, 2007, σελ. 272).
- Μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον ΟΟΣΑ για τις ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη σε ότι αφορά στην ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών, κατέδειξε ότι οι γυναίκες συμμετέχουν περισσότερο στην διακίνηση παράνομου χρήματος και αυτό οφείλονται στο χαμηλότερο εισόδημα και στη χαμηλότερη συμμετοχή τους στο εργατικό δυναμικό, όπου και συμπεριλαμβάνεται λιγότερη

υποστήριξη του εργοδότη στην υγειονομική περίθαλψη (Corrieri και συν., 2010, σελ. 15).

- Οι άνδρες στην Αγγλία έχουν 14% περισσότερο πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο σε σχέση με τις γυναίκες, κυρίως λόγω του ανθυγιεινού τρόπου διαβίωσης, ενώ, το 66% των Άγγλων είναι υπέρβαροι έναντι 57% των γυναικών (WCRF, 2010).

Εθνικότητα και πολιτισμός

Υπάρχει παγκοσμίως ευρεία τεκμηρίωση ότι η εθνικότητα και ο πολιτισμός μπορούν να έχουν σημαντική επίδραση τόσο στην δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, όσο και στην παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας από αυτές τις υπηρεσίες (δείτε τα παραδείγματα παρακάτω). Η δυνατότητα παροχής αποτελεσματικών υπηρεσιών στους ανθρώπους διαφορετικών πολιτισμών αναφέρεται συχνά ως «πολιτιστική ικανότητα». Όπως περιγράφεται από τους Brach και Fraser (2000), η έλλειψη πολιτιστικής ικανότητας στη παροχή υπηρεσιών μπορεί να οδηγήσει σε σειρά συνεπειών, όπου συμπεριλαμβάνονται:

- Χαμένες ευκαιρίες δειγματοληπτικού ελέγχου λόγω έλλειψης γνώσης για την επικράτηση διαφορετικών συνθηκών μεταξύ διαφορετικών ομάδων.
- Έλλειψη γνώσεις για τα παραδοσιακά φάρμακα και τις δυνητικές επιβλαβείς αλληλεπιδράσεις και
- Διαγνωστικά λάθη ως αποτέλεσμα ανεπαρκούς επικοινωνίας.

Η αναποτελεσματική επικοινωνία (είτε λόγω των δυσκολιών στην γλώσσα ή των διαφορετικών ερμηνειών στην κατανόηση), μπορεί να οδηγήσει σε άσχημες εμπειρίες τους ασθενείς και να ελαττώσει τη δυνατότητα του ανθρώπου να συμμετέχει αποτελεσματικά στην λήψη αποφάσεων σε ότι αφορά στην φροντίδα και τη θεραπεία, μέχρι ακόμη και του σημείου που να μην μπορεί να δοθεί ουσιαστικά η συγκατάθεσή του. Αναφορικά με την χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο Van Cleemput αναφέρει ότι «η πολιτιστική απάθεια που προκύπτει είτε από την άγνοια είτε από ρατσιστικές συμπεριφορές, ήταν ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα στον απολογισμό της διακυβευμένης επικοινωνίας (2010, σελ. 320).

Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι το πολιτιστικό υπόβαθρο μπορεί να επηρεάσει την συμπεριφορά στην αναζήτηση βοήθειας και κατ' αυτόν τον τρόπο να επηρεάσει σημαντικά την πρόσβαση ενός ανθρώπου στις υπηρεσίες υγείας τον κατάλληλο χρόνο. Παραδείγματος χάριν ο Van Cleemput επισημαίνει ότι οι «πολιτιστικές πεποιθήσεις που πρέπει να είναι ορατές στην μάχη μεταξύ ασθένειας - υγείας» και παρουσιάζουν «ένα κοινωνικό μοντέλο του σκληρού και δυνατού» μπορεί να οδηγήσουν ένα άτομο της κοινωνίας των Ρομά (αναφέρεται ως τσιγγάνος ή «ταξιδιώτης» στο άρθρο του Van Cleemput) «να αισθάνεται πως βρίσκεται σε δίκη εάν εμφανίζεται καταθλιπτικός ή αδιάθετος». Πρέπει λοιπόν να βρεθούν τρόποι ώστε να υπερνικηθούν τέτοια πολιτιστικά εμπόδια για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ώστε να παρέχονται αποτελεσματικά οι υπηρεσίες υγείας.

Παραδείγματα

- Στις ΗΠΑ, οι μαύρες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από καρκίνο του μαστού συγκριτικά με τις λευκές, παρότι οι μαύρες γυναίκες νοσούν σε μικρότερο ποσοστό.

- Το προσδόκιμο επιβίωσης για τον γηγενή πληθυσμό της Αυστραλίας είναι σημαντικά χαμηλότερο (59 για τους άνδρες και 65 για τις γυναίκες στην περίοδο 1996-2001) από αυτό όλων των Αυστραλών (77 για τους άνδρες και 82 για τις γυναίκες στην περίοδο 1998-2000) (Επιτροπή για τα Δικαιώματα των Αυστραλών, 2008). Στις ΗΠΑ θα είχαν αποφευχθεί 886.202 θάνατοι για το χρονικό διάστημα 1991 και 2000, εάν μπορούσαν να εξισωθούν τα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ λευκών και μαύρων. Αυτό αντιτίθεται στις 176.633 ζωές που σώθηκαν εξαιτίας της προόδου στην ιατρική (CSDH, 2008).

- Ανασκόπηση ερευνών που αφορά στην χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών στις ΗΠΑ από τους μετανάστες κατέδειξε ότι οι γεννημένοι εκτός ΗΠΑ ασθενείς εκφράζουν συχνότερα το αίσθημα της διάκρισης, ιδιαίτερα όσοι δεν είναι λευκοί, δεν είναι Αμερικανοί πολίτες και/ή δεν γνωρίζουν καλά αγγλικά (Derose και συν., 2009, σελ. 367).

Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση

Ο φτωχός πληθυσμός αντιμετωπίζει σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται η περιορισμένη αγοραστική δύναμη, τα χαμηλά ποσοστά υγειονομικής ασφάλισης, η χαμηλή υγειονομική παιδεία, ενώ συχνά ζει σε παράγκες ή σε απομακρυσμένες ή αγροτικές περιοχές, όπου το σύστημα υγείας υπολειτουργεί και υπάρχει έλλειψη προσωπικού (Bhattacharyya και συν., 2010). Η μη υγιεινή συμπεριφορά και στάση ζωής συνδέεται επίσης με τον κοινωνικό αποκλεισμό, τα υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας και καπνίσματος καθώς και με την εξάρτηση από τα ναρκωτικά. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνική Πολιτικής Ισπανίας, 2010, σελ. 43). Οι συνθήκες διαβίωσης που αντιμετωπίζουν μερικοί φτωχοί ανά τον κόσμο, όπως η έλλειψη ασφαλούς, πόσιμου νερού, υγιεινής, στέγασης και κακής διατροφής, συμβάλουν επίσης στην ευαισθησία σε ασθένειες και στην εξάπλωσή τους. Για αυτό το λόγο η Επιτροπή Κοινωνικών Παραγόντων για την Υγεία έκανε πρόσκληση για την ενίσχυση του «πρωταρχικού ρόλου του κράτους στην παροχή βασικών υγειονομικών υπηρεσιών» (CSDH, 2008, σελ. 15). Ακόμη και εκεί που η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται δωρεάν, είναι δύσκολο για τους φτωχούς να έχουν πρόσβαση σε αυτή εξαιτίας της απώλειας εργατοωρών από την δουλειά τους καθώς και την επιβάρυνση με άλλα κόστη, όπως αυτό της μετακίνησης (Birsall και Hecht, 1995).

Παραδείγματα

- Στην Ευρώπη, το ποσοστό θανάτου μεσηλικών χαμηλών κοινωνικο-οικονομικών στρωμάτων, κυμαίνεται μεταξύ 25 – 50 % και μπορεί να αγγίξει ακόμη και το 150% (Mackenbach, 2005, όπως αναφέρεται στο CSDH, 2008).

- Στην Ινδονησία, η μητρική θνησιμότητα είναι 3 με 4 φορές μεγαλύτερη στον φτωχό πληθυσμό συγκριτικά με τους πλουσίους (Graham και συν., 2004 όπως αναφέρεται στο CSDH, 2008).

- Το 2006 στην Σκωτία, ήταν αναμενόμενο για τους άνδρες να ζήσουν κατά μέσο όρο 67.9 χρόνια υγιούς ζωής ενώ για τις γυναίκες 69. Στο 15% των

περιοχών της Σκωτίας όπου παρατηρείται «στέρηση» υγειονομικών υπηρεσιών, οι άνδρες αναμένεται να ζήσουν κατά μέσο όρο 57.3 χρόνια υγιούς ζωής ενώ οι γυναίκες 59.

- Στο Πόρτο Αλέγκρε της Βραζιλίας, η παιδική θνησιμότητα σε φτωχές οικογένειες το 1980 ήταν 2 φορές μεγαλύτερη συγκριτικά με αυτήν σε εύπορες οικογένειες (Birdsall και Hecht, 1995, σελ. 2)

- Οι γυναίκες στο 20% του πλουσιότερου πληθυσμού έχουν 20 φορές περισσότερες πιθανότητες να γεννήσουν παρουσία ειδικευμένου υγειονομικού προσωπικού, συγκριτικά με τις φτωχές μητέρες (WHO 2010e).

- Σε μερικές περιοχές ο τριπλός εμβολιασμός (DTP3) για την διφθερίτιδα, τον τέτανο και τον κοκκύτη είναι για ποσοστό μόλις 10% συγκρινόμενο με αυτό των πλουσίων.

- Σε έρευνα στον Καναδά διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά νοσηλείας για πολλούς δείκτες υγείας ήταν σταθερά υψηλότερα για τους ανθρώπους που ζουν σε περιοχές χαμηλού κοινωνικοοικονομικού προφίλ συγκριτικά με μέσου και υψηλού επιπέδου ανθρώπου που ζουν στις μητροπολιτικές περιοχές

Τοποθεσία και Αγροτικές περιοχές

Η γεωγραφία είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και συχνά συνυπάρχει με άλλους κοινωνικούς παράγοντες κινδύνου που είναι γνωστό ότι συνεισφέρουν σε κακή υγεία, όπως είναι το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, η φτωχή υγιεινή και οι συνθήκες διαβίωσης. Στις αναπτυσσόμενες επαρχίες, είναι συνηθισμένο φαινόμενο, τα παιδιά των αγροτικών περιοχών να είναι ελλιποβαρή σε σχέση με τα παιδιά των αστικών περιοχών και στην Λατινική Αμερική, την Καραϊβική και σε τμήματα της Ασίας, αυτή η ανισότητα έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια (UN, 2010, σελ. 5).

Πρόσφατο πρόγραμμα έχει καταδείξει τις σημαντικές ανισότητες μεταξύ διαφόρων αστικών περιοχών, με το 1/3 του αστικού πληθυσμού παγκοσμίως να ζει σε παράγκες ή καλύβες. Η ανάλυση καταδεικνύει ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις μέσα στις ίδιες, καθώς και ανάμεσα σε διαφορετικές πόλεις. Η αναφορά αυτή θεωρεί την επίλυση αυτών των προβλημάτων μέσα στις πόλεις σαν ένα σημαντικό στοιχείο στην επίτευξη των Στόχων της Χιλιετίας (WHO και συν., 2010)

Παραδείγματα

- Στην Κίνα, η αναλογία για τις αγροτικές/αστικές περιοχές όπου εμφανίζονται ελλιποβαρή παιδιά κάτω των 5 ετών, είναι περίπου 4,5:1 (αν και χαμηλό για τα παγκόσμια standards). Στις αναπτυσσόμενες χώρες, τα παιδιά των αγροτικών περιοχών έχουν διπλάσιες πιθανότητες να είναι ελλιποβαρή (UNICEF, 2010).

- Οι Makwiza και συν. έχουν αναφέρει ότι, παρά την ελεύθερη κόστους αντιρετροϊκή θεραπεία από τις υπηρεσίες υγείας για την αντιμετώπιση του HIV, οι ασθενείς στο Μαλάουι, «ιδιαίτερα οι φτωχοί ασθενείς των αγροτικών περιοχών, αντιμετωπίζουν σημαντικούς φραγμούς στην πρόσβαση και στην λήψη των συγκεκριμένων υπηρεσιών» (Makwiza και συν., 2009, σελ. 8).

- Στην υποσαχάρια Αφρική, μόνο το 18% των γυναικών των αγροτικών περιοχών χρησιμοποιεί κάποια μορφή αντισύλληψης, συγκρινόμενο με το 32% των γυναικών των αστικών περιοχών (UNICEF, 2010).

- Η κάλυψη σε συνθήκες υγιεινής στον αναπτυσσόμενο κόσμο, είναι κατά 70% υψηλότερη στις αστικές περιοχές, σε σχέση με τις αγροτικές (UNICEF, 2010).

Μορφωτικό επίπεδο

Όπως φαίνεται από τα παρακάτω παραδείγματα, υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της κατάστασης υγείας, όπως και με το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο έχει συσχετιστεί με περισσότερη βούληση και ικανότητα στην πρόσβαση μερικές φορές πολύπλοκων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, καθώς και με τη συμμετοχή σε προγράμματα υγείας που αφορούν στην πρόληψη, όπως είναι τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του πληθυσμού.

Παραδείγματα:

- Στην Ολλανδία, οι άντρες και οι γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο έχουν προσδόκιμο επιβίωσης κατά 7 χρόνια μικρότερο σε σχέση με εκείνους που έχουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και ζουν 18 χρόνια λιγότερα με καλή υγεία (DETERMINE, 2010, σελ. 6).

- Η εμφάνιση μακροχρόνιων αναπηριών στους Ευρωπαίους άντρες με ηλικία μεγαλύτερη των 80 ετών είναι 58.8% σε αυτούς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο σε αντίθεση με το 40.2% των ανδρών με υψηλό μορφωτικό επίπεδο αντίστοιχα (Huisman, Kunst & Mackenbach, 2003, όπως αναφέρεται στο CSDH, 2008).

- Το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο συσχετίζεται με υψηλότερες πληρωμές από τον προσωπικό προϋπολογισμό των ασθενών για συνταγογραφούμενα φάρμακα και υψηλότερη πιθανότητα ανεπαρκούς ασφαλιστικής κάλυψης για τους ασθενείς άνω των 65 ετών στον ΟΟΣΑ (Corrieri και συν., 2010, σελ.6).

- Το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο συσχετίζεται με ελάχιστη χρήση υπηρεσιών πρόληψης, όπως π.χ. προληπτική μαστογραφία (Corrieri και συν., 2010, σελ. 7).

- Η χρήση αντισυλληπτικών είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερη σε γυναίκες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν πάει σχολείο (UN, 2010, σελ. 5)

Αναπηρία

Παρόλο που οι ανάπηροι τείνουν να έχουν συχνή επαφή με το σύστημα υγείας και τις υπηρεσίες παροχής φροντίδας, υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι πολλοί ανάπηροι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας που ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους.

Οι Brown και συν. (2010) αναφέρουν ότι δύο σημαντικές μελέτες που δημοσιεύτηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο, ταυτοποίησαν προβλήματα: Η μελέτη «Φροντίδα Υγείας για Όλους» εντόπισε προβλήματα, μεταξύ των οποίων συστηματικές διακρίσεις από νοσοκομεία και αδυναμία συμμόρφωσης και

εφαρμογής της Κανονιστικής Πράξης για την Διάκριση των Αναπήρων. Ο κοινοβουλευτικός έλεγχος που διεξήχθη το 2008 ανακάλυψε παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε σχέση με το δικαίωμα στην ζωή, την ελευθερία από την ταπεινωτική και εξευτελιστική θεραπευτική αντιμετώπιση καθώς και το δικαίωμα στην ιδιωτικότητα και στην οικογενειακή ζωή (Brown και συν., 2010, σελ. 354).

Παραδείγματα:

- Η θνησιμότητα σε ενήλικες με μαθησιακές δυσκολίες είναι τρεις φορές υψηλότερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, αντικατοπτρίζοντας την περίπλοκη νοσηρότητα που αντιμετωπίζουν πολλοί άνθρωποι με μαθησιακές δυσκολίες (Brown και συν., 2010, σελ. 354).

- Ακόμα και σε χώρες που προσεγγίζουν την ολική παροχή δωρεάν πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, τα παιδιά με αναπηρίες έχουν περισσότερες πιθανότητες να αποκλείονται από την εκπαίδευση (UN, 2010, σελ. 5).

Διαιτολόγιο και Διατροφή

Το διαιτολόγιο και η διατροφή έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία και σχετίζονται άμεσα με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο στις αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες χώρες. Στις πόλεις, η αυξανόμενη κατανάλωση φαγητών υψηλών σε λίπος και ενέργεια έχει οδηγήσει σε αυτό που αναφέρεται ως «παγκόσμια επιδημία παχυσαρκίας» (CSDH, 2008, σελ. 62). Εν τω μεταξύ, στις λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές, ιδιαίτερα σε αγροτικές περιοχές, σε πολλά μέρη του κόσμου, η ανεπαρκής σίτιση παραμένει ένα μείζον πρόβλημα, ιδιαίτερα για τα παιδιά και τις εγκυμονούσες με δεδομένο ότι η έλλειψη τροφής στις μικρές ηλικίες εμποδίζει την ανάπτυξη και μπορεί να προκαλέσει προβλήματα υγείας εφ' όρου ζωής. Η μείωση του ποσοστού των υποσιτισμένων παιδιών σε παγκόσμια κλίμακα είναι ουσιαστική για την μείωση της παιδικής θνησιμότητας.

Τα υποσιτισμένα παιδιά και η παιδική θνησιμότητα συσχετίζονται άρρηκτα με τη φτώχεια. Στις ΗΠΑ, ο Drewnowski αναφέρει ότι η αναλογία ταχυφαγείων (fast foods) είναι υψηλότερη στις φτωχές περιοχές και ότι τα φαγητά που έχουν υψηλά ποσοστά λίπους και ζάχαρης είναι φτηνότερα σε σχέση με τα φαγητά υψηλής θρεπτικής αξίας. Υποστηρίζει ότι «η αυξανόμενη διαφορά τιμής μεταξύ υγιεινών και ανθυγιεινών τροφώνυποστηρίζει την αιτιατή συνάφεια μεταξύ φτώχειας και παχυσαρκίας» (Drewnowski 2009, σελ. 538). Την άποψη αυτή, στην Ευρώπη, την ενστερνίζεται ο Dowler, κατά τον οποίο «η τεκμηρίωση ανάγεται στο γεγονός ότι κάποια κοινωνικά και δομικά προβλήματα, όπως ο χρόνος και το χρήμα τα οποία ο άνθρωπος μπορεί να διαθέσει για σωστή διατροφή και ζωή γεμάτη ενέργεια, το κόστος και η προσβασιμότητά για καθένα από αυτά, η τοποθεσία όπου βρίσκονται τα νοικοκυριά και οι γενικότερες κοινωνικές συνθήκες που διέπουν τις ζωές εκείνων που ονομάζουμε χαμηλότερες τάξεις περιορίζουν σε μεγάλο βαθμό τις δυνατότητες επιλογής» Dowler, 2001, σελ. 702).

Όπως φαίνεται στα παραδείγματα που ακολουθούν, υψηλά ποσοστά διαβήτη, κυρίως λόγω αυξανόμενης παχυσαρκίας, συναντώνται και σε αυτόχθονες κοινότητες σε πολλά μέρη του κόσμου. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τα συνεχόμενα προβλήματα που συσχετίζονται με κοινωνικούς αποκλεισμούς και

στέρηση περιουσίας, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες όπως είναι η αγροτική διαβίωση, η απομόνωση, η δύσκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και το υψηλό ποσοστό ανεργίας, συνεισφέρουν στο πρόβλημα.

Παραδείγματα:

- Σε παγκόσμια κλίμακα, το ποσοστό των υποσιτισμένων παιδιών είναι 26% και παραμένει στο 46% στη Νότια Ασία, όπου περισσότερο από 25% των νεογέννητων είναι ελλιποβαρή κατά την γέννηση (UN, 2010, σελ. 13).

- Στις αναπτυσσόμενες περιοχές, το ποσοστό υποσιτισμού στα παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών, είναι υψηλότερο στα φτωχά νοικοκυριά (UNICEF, 2000, σελ. 16).

- Το ποσοστό υποσιτισμού στα παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών, είναι υψηλότερο στις αγροτικές περιοχές (UNICEF, 2000, σελ. 16).

- Σε αυτόχθονες πληθυσμούς της Βόρειας και Νότιας Αμερικής, καθώς και στην Ασία / Ειρηνικό, έχουν παρατηρηθεί πολύ υψηλά ποσοστά σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) και επιπλοκών που προκαλούνται από αυτών (Hanley, 2006).

- Το ποσοστό ΣΔ τύπου 2 είναι 2-3 φορές υψηλότερο στους γηγενείς Αμερικανούς σε σχέση με τους υπόλοιπους Αμερικανούς ενήλικες.

- Ένα πρόγραμμα πληθυσμιακού ελέγχου στα Torres Strait Islands βρήκε ποσοστό διαβήτη 26%, 6 φορές περισσότερο από το γενικό πληθυσμό της Αυστραλίας.

- Τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας και διαβήτη τύπου 2 στις ΗΠΑ παρατηρούνται σε ανθρώπους με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και χαμηλό εισόδημα, καθώς και στις περισσότερο φτωχές περιοχές (Drenowski, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Μετρώντας την Πρόσβαση και την Ισότητα

Χρησιμοποιώντας τις υπάρχουσες πηγές δεδομένων

Η Επιτροπή για τις Κοινωνικές Επιρροές στην Υγεία έχει προσπαθήσει να βελτιώσει τον τρόπο επιτήρησης της ισότητας στην υγεία, προτείνοντας δύο ομάδες δεικτών, που γενικά, εστιάζονται στη χρήση δεδομένων σε επίπεδο πληθυσμού, (ήδη έχουν συλλεχθεί σε πολλές χώρες), ώστε να εντοπίσει τις ανισότητες:

- Ένα ελάχιστο σύστημα επιτήρησης της ισότητας στην υγεία και
- Ένα ολοκληρωμένο εθνικό πλαίσιο εποπτείας για την ισότητα στην υγεία.

Συχνά υπάρχουν αρκετές αχρησιμοποίητες πληροφορίες σε βάσεις δεδομένων που μπορούν να αναλυθούν υπό το πρίσμα της πρόσβασης και της ισότητας. Για παράδειγμα, το «Πλαίσιο Ποιότητας και Αποτελεσμάτων» του Ηνωμένου Βασιλείου εισήχθη αρχικά ως σύστημα πληρωμής για τους Γενικούς Γιατρούς, αλλά προσέφερε στους ερευνητές μία «πλούσια πηγή δεδομένων» με στοιχεία για την πρωτοβάθμια φροντίδα, ιδιαίτερα αφού έδωσε την δυνατότητα κάποιες πληροφορίες για την υγεία να συνδεθούν με άλλες πηγές πληροφοριών, όπως στοιχεία για τις τοπικές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Οι Sigfrid και συν., ήλεγξαν τις «αναφορές εξαίρεσης», οι οποίες συντάσσονται όταν κάποιος ασθενής εξαιρείται από το μετρώμενο αποτέλεσμα. Οι ερευνητές βρήκαν συσχετισμό ανάμεσα στις «αναφορές εξαίρεσης» διαβητικών ασθενών και στη φτώχεια, με τα μεγαλύτερα ποσοστά να παρατηρούνται ανάμεσα στον φτωχότερο πληθυσμό. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι είναι σημαντικότερη η ανάλυση των «αναφορών εξαίρεσης» και όχι απλά η επίτευξη συγκεκριμένων στόχων στα πλαίσια της έρευνας για την ισότητα στην υγεία (Sigfrid et al., 2006, σελ. 224) και θεωρούν ότι αυτές οι πληροφορίες μπορεί να είναι ανεκτίμητης αξίας στην ανάπτυξη στρατηγικών για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας στους δυσπρόσιτους πληθυσμούς.

Αυτή η περίπτωση αποδεικνύεται μια σημαντική πρόκληση στην προσπάθεια να μετρηθεί η προσβασιμότητα, δηλαδή να μετρηθεί όχι μόνο ποιος χρησιμοποιεί μια υπηρεσία, αλλά και ποιος δεν τη χρησιμοποιεί.

Δείκτες-κλειδιά των ανισοτήτων

Έγγραφο που δημοσιεύτηκε από τον ΟΟΣΑ το 2009 (de Looper και Lafortune, 2009) περιγράφει το φάσμα των κύριων δεικτών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να μετρήσουν την ανισότητα στην κατάσταση υγείας και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Οι δείκτες για τη μέτρηση της ανισότητας στην υγεία, περιλαμβάνουν:

- Αυτούς που σχετίζονται με το προσδόκιμο επιβίωσης και τη θνησιμότητα.
- Αυτούς που σχετίζονται με νοσηρότητα και ασθένειες και
- Σύνθετους δείκτες που περιέχουν και τα δύο αυτά είδη πληροφοριών.

Οι δείκτες χρήσης και πρόσβασης περιλαμβάνουν:

- Την ασφαλιστική κάλυψη για την υγεία

- Την χρήση υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε σχέση με τις διάφορες υπηρεσίες

- Την μέτρηση των αναγκών για φροντίδα υγείας που δεν έχουν ικανοποιηθεί και

- Τις «εξ ιδίων» πληρωμές ως ποσοστό του εισοδήματος του νοικοκυριού (de Looper & Lafortune, 2009, σελ. 12).

Οι συγγραφείς τονίζουν ότι οι απλούστεροι μετρήσεις, (όπως η μέτρηση του χάσματος ανάμεσα στις υψηλότερες και χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικά ομάδες), δίνουν έμφαση στην δυσχέρεια των λιγότερο προνομιούχων και χρησιμοποιούνται συχνότερα για τις μακροχρόνιες και συνήθεις συλλογές δεδομένων. Οι περισσότεροι σύνθετοι δείκτες χρησιμοποιούν τεχνικές παλινδρόμησης (regression based) προκειμένου να μετρήσουν την ανισότητα σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες. Τέτοια παραδείγματα είναι ο «σχετικός δείκτης ανισότητας» και ο «δείκτης συγκέντρωσης». Ωστόσο, τα δεδομένα που απαιτούνται, η περιπλοκότητα των υπολογισμών και η δυσκολότερη ερμηνεία είναι μειονεκτήματα των δεικτών αυτών (de Looper & Lafortune, 2009, σελ. 14).

Οι έρευνες κατέδειξαν ότι οι διαφορετικοί δείκτες συχνά οδηγούν σε διαφορετικά συμπεράσματα. Όπως αναφέρουν οι Wagstaff και συν. (1991), μία μελέτη στη Σουηδία που συσχετίζει τα χρόνια νοσήματα με την κοινωνική τάξη, συγκρινόμενη με άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία και στην Ουαλία, κατέδειξε ότι με την χρήση διαφορετικών δεικτών «εξήχθησαν αντίθετα αποτελέσματα» (Schneider και συν. 2005, σελ. 1). Η αξιολόγηση συμπεραίνει ότι τα περισσότερα εργαλεία είναι περιορισμένα σε ότι αφορά στην δυνατότητα τους να αξιολογήσουν την ισότητα ως μέρος της ανάλυσης. Παρ' όλα αυτά, σύμφωνα με την ίδια αξιολόγηση, πολλά από τα εργαλεία οικονομικής αξιολόγησης είτε βασίζονται σε διάφορες υποθέσεις σχετικά με την ισότητα είτε οι υποθέσεις αυτές περιλαμβάνονται ρητά ή υπονοούνται στις αναλύσεις (WHOCC for Health Technology Assessment, 2008).

Αυτό υποδηλώνει ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης στην προσπάθεια διασφάλισης ενσωμάτωσης της ισότητας στην χάραξη στρατηγικής και πολιτικής στον τομέα της υγείας. Όπως αναφέρουν οι de Looper & Lafortune, «μία σημαντική παράμετρος στην επιλογή κατάλληλου δείκτη για την ανισότητα στην υγεία είναι η ευκολία με την οποία επιτρέπεται συχνή ανανέωση των δεδομένων και συνεχή παρακολούθησή τους» (de Looper & Lafortune, 2009, σελ. 14). Αυτό είναι ιδιαίτερα πραγματικό σε χώρες ή σε περιοχές που έχουν περιορισμένα διαθέσιμα δεδομένα ή/και περιορισμένη δυνατότητα ανάπτυξης και εφαρμογής σύνθετων μεθόδων συλλογής δεδομένων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει η πιθανότητα να συσχετίζονται με διακρίσεις και οι ίδιοι οι δείκτες που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της ισότητας και της πρόσβασης. Όπως αναφέρουν οι Dey και Fraser, «οποιοσδήποτε δείκτης που βασίζεται στα χρόνια ζωής κάνει διακρίσεις με βάση την ηλικία, ακριβώς όπως και κάθε δείκτης που περιλαμβάνει την ποιότητα ζωής μπορεί να κάνει διακρίσεις με βάση την αναπηρία» (Dey & Fraser, 2000, σελ. 521). Συνεπώς, ο δείκτης πρέπει να είναι κατάλληλος για τη χρήση για την οποία προορίζεται. Για παράδειγμα, ένας δείκτης όπως ο δείκτης «Σταθμιζόμενα Έτη Ζωής με Αναπηρία - DALY» μπορεί να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας ανθρώπων από διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες και να συνεισφέρει στην αξιολόγηση της επίπτωσης διαφορετικών επαγγελμάτων στην υγεία των ανθρώπων. Ωστόσο, εάν χρησιμοποιείται

(απομονωμένα από άλλες έννοιες) για να μετρήσει την αποτελεσματικότητα της κατανομής των υπηρεσιών υγείας (π.χ. κατάρτιση λίστας αναμονής για εγχείρηση αντικατάστασης ισχίου), είναι πιθανό να αναστείλει την πρόσβαση τις υπηρεσίες υγείας σε ανθρώπους με ήδη προϋπάρχουσα αναπηρία.

Εργαλεία για τη μέτρηση της ισότητας

Η διαθεσιμότητα κατάλληλων εργαλείων για την μέτρηση της προσβασιμότητας και της ισότητας, είναι καίριοι παράγοντες στις προσπάθειες βελτίωσης των υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Sigfrid και συν., 2006) και τα αποτελέσματα της φροντίδας υγείας.

Το «Κέντρο Συνεργασίας για την Αξιολόγηση της Τεχνολογίας της Υγείας» του Π.Ο.Υ. του πανεπιστημίου της Ottawa, παρέχει εγχειρίδιο εργαλείων για την ισότητα (www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/about.htm), μέσω «αξιολόγησης της τεχνολογίας που βασίζεται στις ανάγκες», προκειμένου να υποβοηθήσει την λήψη αποφάσεων και τον εντοπισμό των διαθέσιμων πόρων. Παρέχει παραδείγματα από μια σειρά εργαλείων από όλο το κόσμο για την μέτρηση της επιβάρυνσης από την ασθένεια, την αποτελεσματικότητα της κοινωνίας, την οικονομική αξιολόγηση και την μετάφραση της γνώσης και την εφαρμογή της. Αυτά τα εργαλεία μπορεί να είναι εξειδικευμένες μέθοδοι ανάλυσης, όπως το «Disability-Adjusted Life Years», λίστες ελέγχου όπως το «Health Impact Screening Checklist», προγράμματα software όπως το «The Harvard Policy Maker» ή βάσεις δεδομένων όπως η «The Cochrane Library» κλπ.

Σε κάθε σειρά εργαλείων, υπάρχει σύγκριση του καθενός από αυτά, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητάς του στην μέτρηση της ισότητας, αξιολογούμενης με τους όρους:

- Μέτρησης/ Παρακολούθησης
- Συμμετοχής της κοινωνίας
- Συγκατάθεσης (Υπεράσπισης)

Μέτρηση των ανισοτήτων του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας

Η σύγκριση του μεγέθους του εργατικού δυναμικού είναι ένα απλό εργαλείο το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να σκιαγραφήσει της ανισότητες της κατανομής του εργατικού δυναμικού του τομέα υγείας παγκοσμίως. Αυτά τα δεδομένα είναι πολύ σημαντικά αφού πολλές μελέτες έχουν καταδείξει τη συσχέτιση μεταξύ του πληθυσμού του εργατικού δυναμικού και της αποτελεσματικότητας στην υγεία. Αυτό προσφέρει ένα ευρύ φάσμα ανάλυσης, χωρίς να λαμβάνει υπ' όψιν την κατανομή του εργατικού δυναμικού σε συγκεκριμένες περιοχές, ούτε πως αυτή η κατανομή συσχετίζεται με τις ανάγκες του πληθυσμού. Όμως οι ανισότητες μεταξύ των διαφόρων χωρών είναι άκαμπτες και αποδεικνύουν την πολύ μεγάλη αδικία σε ότι αφορά στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Ο «Παγκόσμιος Άτλαντας Εργατικού Δυναμικού για την Υγεία» που εξέδωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, κάνει ευρέως γνωστό το βασικό επίπεδο πληροφοριών σε ότι αφορά στο εργατικό δυναμικό για την υγεία παρέχοντας στους χρήστες την δυνατότητα να εξετάσουν θέματα σχετιζόμενα με το εργατικό δυναμικό, όπως π.χ. την κατανομή ηλικίας και να συγκρίνουν

μεγέθη σε αστικές και μη-αστικές περιοχές. Ο άτλαντας δημιουργήθηκε προκειμένου να παρέχει πληροφορίες που αφορούν στην χάραξη πολιτικής προγραμμάτων και να υποστηρίξει την λήψη αποφάσεων σε ένα μεγάλο εύρος επαγγελματιών υγείας συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών και των μαιευτών.

Παρόλα αυτά, το 2006 η Παγκόσμια Έκθεση Υγείας περιέγραψε την διαθεσιμότητα των πληροφοριών στην έκταση και στην φύση του προβλήματος του εργατικού δυναμικού των επαγγελματιών υγείας, ως «ετερόκλητη στην καλύτερη περίπτωση» (WHO, 2006, σελ. 126). Για αρκετές χώρες είναι μια πρόκληση η συλλογή βασικών πληροφοριών σχετικά με τον αριθμό των εργαζομένων στον κλάδο της υγείας, την θέση απασχόλησής τους και τον τόπο εργασίας τους. Αυτό δεν είναι όμως ένα πρόβλημα που περιορίζεται στις λιγότερο καλή λήψη πληροφοριών: τα ελλιπή σύνολα δεδομένων, η έλλειψη συντονισμού μεταξύ των διαφορετικών οργανισμών και αρμοδιοτήτων, η αποσύνδεση μεταξύ των συνολικών δεδομένων (αρχεία απασχόλησης σε αντίθεση με τα αρχεία εγγραφής στο Μητρώο σε αντίθεση με τα αρχεία αποδημίας και μετανάστευσης), μπορεί να σημαίνουν ότι οι βασικές πληροφορίες για τη κατανομή των νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας είναι δύσκολο να προσδιοριστούν

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Εμπόδια στην Πρόσβαση και την Δικαιοσύνη

Δαπάνες υγείας

Οι δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας ποικίλουν ευρέως σε όλο τον κόσμο. Αυτό το γεγονός έχει άμεση επίδραση, πέρα από το φάσμα της υγειονομικής περίθαλψης, στην παροχή υπηρεσιών υγείας καθώς επίσης και στην δυνατότητα που έχουν οι χώρες να εκπαιδεύσουν, να προσλάβουν και να διατηρήσουν τους εργαζομένους στον χώρο της υγείας. Οι κυβερνήσεις είναι οι κύριοι εργοδότες των κατοχυρωμένων με τον τίτλο του επαγγελματία υγείας εργαζομένων στις χώρες με χαμηλό και μέσο εισόδημα και το επίπεδο των εξόδων τους για την υγεία υποβοηθά τον καθορισμό των επιπέδων στελέχωσης των υπηρεσιών υγείας (ICN και WHO, 2009).

Ο τρόπος με τον οποίο διανέμονται και χρησιμοποιούνται τα διαθέσιμα κεφάλαια διαδραματίζει σημαντικότατο ρόλο. Οι αμοιβές για τις υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των απρόβλεπτων δαπανών όπως είναι οι διακομιδές ή οι απώλειες εισοδήματος «διαμορφώνουν την δυνατότητα για τον ασθενή να έχει μια ολοκληρωμένη θεραπεία» (WHO Regional Office for Europe, 2010).

Η ανάλυση των δημοσίων δαπανών, συμπεριλαμβανομένων των δαπανών για την υγεία, χρησιμοποιώντας ισότιμα κριτήρια, ρίχνει άπλετο φως στον τρόπο με τον οποίο οι μηχανισμοί χορηγίας και χρηματοδότησης ενισχύουν την ανισότητα. Παραδείγματος χάριν, μια ανάλυση των δημοσίων δαπανών στην Ινδονησία για το έτος 1990 κατέδειξε ότι το κατώτατο 20% των νοικοκυριών έλαβε μόλις το 2% των δημοσίων δαπανών για την υγεία, ενώ το ανώτατο 20% έλαβε το 30% των δημοσίων δαπανών. (Birdsall και Hecht, 1995, σελ. 4). Οι Birdsall και Hecht επισημαίνουν ότι, ενώ ο φτωχός πληθυσμός των αγροτικών περιοχών έχει συχνά περιορισμένη πρόσβαση στις πιο βασικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας (π.χ. Κένυα, Πακιστάν, Περού), «ένα μεγάλο ποσοστό των δημοσίων πόρων που αποδίδεται σε αστικά νοσοκομεία ενισχύει το πρόβλημα της ανισότητας» (Birdsall και Hecht, 1995, σελ. 7).

Μια επιστημονική ανασκόπηση που εξετάζει την πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες των μεταναστών στις ΗΠΑ, ταυτοποίησε μόνο 4 μελέτες που διερεύνησαν το κόστος των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, αλλά κατέδειξαν σημαντικές και σοκαριστικές ανισότητες: «Σε εθνικό επίπεδο, οι δαπάνες για την υγεία ήταν 55% χαμηλότερες για τους ενήλικους μετανάστες και 74% μικρότερες για τους ανηλικούς μετανάστες σε σχέση με τους ενήλικες και τα παιδιά αντίστοιχα που γεννήθηκαν στις ΗΠΑ, ακόμη και μετά την προσαρμογή των δεδομένων στην ηλικία, τα εισοδήματα, την κατάσταση της ασφαλιστικής κάλυψης και την κατάσταση της υγείας» (Derosé και συν., 2009, σελ. 368).

Ανθρωπινοί πόροι

Υπάρχει άνιση κατανομή σε παγκόσμιο επίπεδο σε ότι αφορά στους επαγγελματίες υγείας. Η αναλογία του εργατικού δυναμικού που απασχολείται στον κλάδο της υγείας διαφοροποιείται μέσα στις ίδιες περιοχές αλλά και ανάμεσα στις διάφορες περιοχές, φτάνοντας ακόμη και στο δεκαπλάσιο, ενώ

υπάρχουν και διαφορές στην επαγγελματική δεινότητα. Το έτος 2007, ο αριθμός των νοσηλευτών και μαιών στο Μάλι ήταν 0.2 ανά 1.000 άτομα πληθυσμού ενώ στην Νορβηγία 16.33. Ο λόγος των νοσηλευτών προς των αριθμό των γιατρών ποικίλλει ευρέως επίσης, από σχεδόν 8:1 στη Αφρική, έως 1,5:1 στις δυτικές περιοχές του Ειρηνικού στις ΗΠΑ. (ICN και WHO, 2009).

Η έλλειψη νοσηλευτών και γενικότερα υγειονομικού ανθρώπινου δυναμικού παραμένει ένας τεράστιος φραγμός στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε όλο τον κόσμο. Για παράδειγμα, μελέτη η οποία εξέτασε τον έλεγχο, την συμβουλευτική και την αντιρετροϊκή θεραπεία στο Μαλάουι, κατέδειξε ότι η έλλειψη Υγειονομικού Ανθρώπινου Δυναμικού θέτει «σοβαρές προκλήσεις στην απονομή ισότητας και υποστήριξης για την αντιρετροϊκή θεραπεία στο Μαλάουι» αναφέροντας ένα κενό της τάξης του 50% για όλες τις θέσεις επαγγελματιών υγείας στον τομέα (Makwiza και συν., 2009, σελ. 8).

Παρόλο που υπάρχουν επαγγελματίες υγείας, η κατανομή τους είναι ένα σημαντικό ζήτημα. Πολλές αγροτικές περιοχές, τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες, αντιμετωπίζουν ελλείψεις σε επαγγελματίες υγείας, μεταξύ των οποίων και σε νοσηλευτές. Παραδείγματος χάριν, η Γκάνα αντιμετωπίζει «σημαντικές διαφοροποιήσεις στην κατανομή σε σχέση με την γεωγραφία καθώς και ανάμεσα στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας» (Donlo, 1998). Παρομοίως, ανασκόπηση αγγλικών εφημερίδων, αναφέρει ότι η έλλειψη σε εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας στις αγροτικές περιοχές, παρακωλύει την πρόσβαση σε υπηρεσίες Παρηγορητικής Θεραπείας για τον HIV/AIDS (Harding και συν., 2005, σελ. 252). Επιπρόσθετα, οι περιορισμένες ευκαιρίες για την εκπαίδευση και την επαγγελματική εξέλιξη του προσωπικού σε αγροτικές περιοχές, μπορεί να επηρεάζει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές, με συνέπεια την μετατόπιση της δημόσιας χρηματοδότησης στην βασική φροντίδα, καθώς, με αυτόν τον τρόπο θα υπάρξει απαίτηση ανακατανομής στο επαγγελματικό προσωπικό από τις αστικές στις αγροτικές περιοχές, όπου οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας είναι δυσκολότερες και η δυνατότητα ευκαιριών για επαγγελματική εξέλιξη είναι περιορισμένη (Birdsall και Hecht, 1995).

Ο ΠΟΥ πρόσφατα εξέδωσε συστάσεις για την παγκόσμια πολιτική, που αφορά την «Αύξηση της προσβασιμότητας για τους επαγγελματίες υγείας στις απομακρυσμένες και αγροτικές περιοχές, μέσω βελτιωμένης διατήρησης» (WHO, 2010c). Υπογραμμίζεται μια σειρά συστάσεων για τους τομείς εκπαίδευσης, ρυθμίσεων, οικονομικών κινήτρων και προσωπικής και επαγγελματικής υποστήριξης. Επιπρόσθετα, το έγγραφο επισημαίνει ότι «η επιμονή στην αρχή της ισότητας στην υγεία θα βοηθήσει στην κατανομή των διαθέσιμων πόρων με τέτοιο τρόπο που θα συνεισφέρει στην μείωση των ανισοτήτων στην υγεία» (WHO, 2010c, σελ. 3)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Αύξηση στην Πρόσβαση και στην Ισότητα

Η αντιμετώπιση των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας

Ο βασικός δεσμός μεταξύ της υγείας και του περιβάλλοντος διαβίωσης αναγνωρίστηκε το 2005, όταν ο ΠΟΥ καθιέρωσε την «Επιτροπή για τους Καθοριστικούς κοινωνικούς Παράγοντες για την Υγεία», προκειμένου να «ταξινομήσει την τεκμηρίωση σε σχέση με το τι μπορεί να γίνει για να διευθετηθεί η ισότητα στην υγεία, και να προωθηθεί ένα παγκόσμιο κίνημα για την επίτευξή του» (CSDH, 2008).

Όπως αναφέρουν οι Reutter και Duncan, οι νοσηλευτές έχουν μια μακρά προϊστορία στην αναγνώριση της σχέσης μεταξύ της υγείας και του περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται, καθώς επίσης και μια μακροχρόνια δέσμευση με την προάσπιση, τον ακτιβισμό και την ανάπτυξη πολιτικής για τη βελτίωση των καθοριστικών παραγόντων για την υγεία, όπως είναι η στέγαση, η πρόνοια για τα παιδιά και το δικαίωμα ψήφου στις γυναίκες. Ήδη από το 1861 η Florence Nightingale επικαλέσθηκε «την σχέση μεταξύ της υγείας και των κατοικιών του πληθυσμού» ως «μία από τις πιο σημαντικές που υπάρχουν» (Reutter και Duncan, 2002, σελ. 294).

Η Επιτροπή υποστηρίζει ότι ενώ η κοινωνία έχει παραδοσιακά προσεγγίσει τον τομέα της υγείας προκειμένου να αντιμετωπίσει θέματα ασθενειών, το γεγονός ότι η θνησιμότητα και η νοσηρότητα εκπορεύονται από τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας των ανθρώπων, αντικατοπτρίζεται στο γεγονός ότι, «η δράση για τους κοινωνικούς παράγοντες που καθορίζουν την υγεία πρέπει να συμπεριλαμβάνει το σύνολο της κυβέρνησης, της αστικής κοινωνίας και των τοπικών κοινοτήτων, τις επιχειρήσεις, τα διεθνή fora και τους παγκόσμιους φορείς» (CSDH, 2008, σ.1).

Ως εκ τούτου, οι πρωταρχικές συστάσεις της επιτροπής είναι:

- Να βελτιωθούν οι καθημερινές συνθήκες διαβίωσης.
- Να αντιμετωπισθεί η άνιση κατανομή της εξουσίας, του χρήματος και των πόρων, και
- Να καταμετρηθούν και να κατανοηθούν το πρόβλημα και να αποτιμηθεί το αντίκτυπο της δράσης.

Η ολοκληρωμένη τελική έκθεση της επιτροπής, «Γεφυρώνοντας το χάσμα σε μια γενιά: Η ισότητα στην Υγεία μέσω δράσης στους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της Υγείας (2008) θέτει τους βασικούς τομείς στους οποίους απαιτείται δράση, παραθέτει ανάλυση των κοινωνικών πλαισίων της υγείας και χειροπιαστά παραδείγματα των τύπων δράσης, που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στη βελτίωση της υγείας και της ισότητας στην υγεία των χωρών σε όλα τα επίπεδα κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης. Ο Παναμερικανικός Οργανισμός Υγείας (PAHO) και ο ΠΟΥ έχουν αναπτύξει ένα πρόγραμμα αυτοεκπαίδευσης στα κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες για την υγεία και τη διαμόρφωση πολιτικής. Παρόλο που η ενότητα απευθύνεται κυρίως σε άτομα από το προσωπικό που εργάζεται στον Π.Ο.Υ και στον Παναμερικανικό Οργανισμό Υγείας, είναι ωστόσο ένα χρήσιμο πολύ χρήσιμο βοήθημα για τους νοσηλευτές και τους άλλους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στο σχεδιασμό προγραμμάτων και πολιτικής αλλά και όλους

εκείνους που επιθυμούν να βελτιώσουν τις γνώσεις τους και να αναπτύξουν δεξιότητες για την «εφαρμογή κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων προσέγγισης των δημόσιων πολιτικών και άλλων στρατηγικών μέσω της προσωπικής και θεσμικής ανάπτυξης ικανοτήτων» (PAHO/WHO, 2009).

Οι ακόλουθοι γενικοί στόχοι απαριθμούνται στην Εισαγωγική Ενότητα:

- Κατανόηση της ισότητας στην υγεία ως αξία που αντανακλά την κοινωνική θεωρία της ισότητας και αποτελεί ένα βασικό παράγοντα για το δικαίωμα στην υγεία.
- Αναγνώριση της δυνατότητας εντοπισμού των ανισοτήτων στην υγεία ως ένα στρατηγικό στοιχείο στο σχεδιασμό περισσότερο ισότιμων εκφράσεων στην δημόσια χάραξη πολιτικής.
- Αναγνώριση διατομεακών πολιτικών και συντονισμένων στρατηγικών δράσης από τη σκοπιά της αντίληψης των κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων
- Ανάλυση των συστάσεων που διατυπώθηκαν από τις εκθέσεις που συνέταξε η «Επιτροπή Κοινωνικών Προσδιοριστικών Παραγόντων για την Υγεία» και τα εννέα «Δίκτυα Γνώσης», καθώς και την προώθηση της συζήτησής τους και της υιοθέτησής των απόψεων λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις προϋποθέσεις και τις προτεραιότητες της κάθε χώρας.

Πληροφορίες: <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/>

Ο ρόλος των συστημάτων υγείας

Αν και η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον χώρο της υγείας δεν είναι αποκλειστικά ρόλος των υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας, οι υπηρεσίες υγείας μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην ανισότητα που υφίσταται στον χώρο της υγείας. Ο ΠΟΥ έχει καθορίσει ένα σύστημα «υγείας-ισότητας-ενίσχυσης» σαν ένα σύστημα που: α) θα ελαττώσει την ανισότητα στον χώρο της υγείας, μέσω παροχής υπηρεσιών προώθησης της ισότητας και β) θα εποπτεύει την ευρύτερη δράση που αφορά τους καθοριστικούς κοινωνικούς παράγοντες για την υγεία» (WHO Regional Office for Europe, 2010, σελ. ν).

Η Επιτροπή του ΠΟΥ στην έκθεσή της που αφορά στους καθοριστικούς κοινωνικούς παράγοντες για την υγεία με θέμα «Πρόκλησης Ανισότητας Μέσω των Συστημάτων Υγείας» (2007), εντόπισε τα παρακάτω βασικά χαρακτηριστικά ενός συστήματος υγείας το οποίο αντιμετωπίζει ανισότητες στον χώρο της υγείας.

- Την ηγεσία, τις διαδικασίες και τους μηχανισμούς που αξιοποιούν την διατομεακή δράση σε όλες τις υπηρεσίες της κυβέρνησης για την προώθηση της υγείας του πληθυσμού.
- Τις οργανωτικές διατάξεις και τις πρακτικές που εμπλέκουν πληθυσμούς, ομάδες και οργανώσεις των πολιτών της κοινωνίας, (ιδίως εκείνων που εργάζονται με κοινωνικά μειονεκτικές και περιθωριοποιημένες ομάδες), συμπεριλαμβάνοντας αποφάσεις και ενέργειες που ταυτοποιούν και προσδιορίζουν την κατεύθυνση, την διάθεση των πόρων για τις ανάγκες στον χώρο της υγείας.
- Την χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης και την παροχή ρυθμίσεων που στοχεύουν στην καθολική κάλυψη και προσφέρουν ιδιαίτερα οφέλη για τις κοινωνικά μειονεκτικές και περιθωριοποιημένες ομάδες (συγκεκριμένα, τη βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, την καλύτερη προστασία από την αποδυνάμωση των δαπανών για την νόσο και την

ανακατανομή των πόρων προς τις φτωχότερες ομάδες με τις μεγαλύτερες ανάγκες στον κλάδο της υγείας) και

- Την αναζωογόνηση της συνολικής προσέγγισης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σαν μια στρατηγική η οποία ενισχύει και ολοκληρώνει τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά που προάγουν την ισότητα στον χώρο της υγείας που και που αναφέρθηκαν παραπάνω " (Gilson και συν., 2007, σελ. v)

Η έκθεση δίνει έμφαση στο γεγονός ότι η παροχή ενός συστήματος που έχει αυτά τα χαρακτηριστικά και μπορεί να αντιμετωπίσει την ανισότητα στον χώρο της υγείας, απαιτεί «τόσο τεχνική ανάλυση, όσο και πολιτική δέσμευση» (Gilson και συν., 2007, σελ. xvii)

Υπηρεσίες ανάπτυξης και παροχής

Στο επίπεδο της τοπικής παροχής υπηρεσιών, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να βελτιωθεί με τη διεύρυνση της συνολικής ικανότητας στην παροχή υπηρεσιών, όπου αυτό είναι δυνατόν. Έτσι διασφαλίζεται η μέγιστη δυνατή απόδοση που επιτυγχάνεται με τους διαθέσιμους πόρους, κατευθύνονται πόροι σε ελάχιστα εξυπηρετούμενες περιοχές και βελτιώνονται συγκεκριμένες πτυχές της υγειονομικής φροντίδας, όπως είναι η «συνέχεια» στην φροντίδα (Charman και συν., 2004). Σε περίπτωση που η ζήτηση για υπηρεσίες υπερβαίνει την προσφορά, δίνεται η δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν οι λίστες αναμονής και άλλοι μηχανισμοί καταμερισμού. Ωστόσο, όταν συμβαίνει αυτό, είναι σημαντικό τα κριτήρια για την κατανομή των πόρων να είναι διαφανή και ανοικτά στον δημόσιο έλεγχο και σε συζήτηση (Dey & Fraser, 2000). Αυτό θα βοηθήσει στο να διασφαλιστεί ότι η πολιτική αντιμετώπισης δεν κάνει διακρίσεις ή αδικίες. Οι Charman και συν. (2004), εξετάζοντας τις καινοτόμες προσεγγίσεις για τη βελτίωση της πρόσβασης στη πρωτοβάθμια φροντίδα, ως βασική συνιστώσα των προσπαθειών για τη βελτίωση της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας, συμπεραίνουν ότι: «η πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να βελτιωθεί με τη διαφοροποίηση των τρόπων παροχής, με την ενίσχυση των ρόλων του προσωπικού και με την εφαρμογή υπηρεσιών με μεγαλύτερη ευελιξία. Για να μειωθεί η ανισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, είναι σημαντικό να δοθεί προτεραιότητα στην κατανομή των περιορισμένων πόρων σε καλά στοχοθετημένες υπηρεσίες, έχοντας πριν αξιολογήσει τα κενά στην φροντίδα υγείας και/ή στις κοινότητες»(Charman και συν., 2004, σελ. 380).

Μια ανασκοπική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από την Bhattacharyya προσδιόρισε καινοτομίες στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας που παρείχαν τη δυνατότητα βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας για τους φτωχούς. Η ανασκόπηση συμπεραίνει ότι η υποδειγματική πρακτική στην παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει «στρατηγικές που επικεντρώνονται στις εμπειρίες των ασθενών, όπως η προσαρμογή των σχεδίων και των υπηρεσιών κατά τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των φτωχών». Επίσης, η ίδια υποδειγματική πρακτική περιλαμβάνει διασταυρούμενη επιδότηση, στρατηγική αποτελεσματικότητας (π.χ. εξειδίκευση), και υψηλή συνολική προσέγγιση η οποία μειώνει το κόστος της μονάδας, καθώς και επιχειρησιακή προσέγγιση, προκειμένου να αυξηθεί η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, όπως είναι η προβολή των υπηρεσιών και η τηλεϊατρική (Bhattacharyya και συν., 2010, σελ. 8).

Άλλα παραδείγματα επιτυχημένων στρατηγικών που αποσκοπούν στην αύξηση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας από τις περιθωριοποιημένες ομάδες, περιλαμβάνουν την ανάπτυξη κινητών υπηρεσιών, όπως τα τροχόσπιτα που παρέχουν βασικές υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου στα εμπορικά κέντρα ή σε άλλους δημόσιους χώρους, επιτόπιες υπηρεσίες ειδικά σχεδιασμένες που στοχεύουν στις δυσπρόσιτες ομάδες πληθυσμού και την εισαγωγή μηχανισμών για την μείωση του χρόνου αναμονής.

Η ανασκόπηση ταυτοποιεί δέκα πρότυπες «μελέτες περιπτώσεων», συμπεριλαμβανομένης και αυτής της Bhagwan Mahaveer Viklan Sahayata Samiti (BMVSS) ένα ινδικό οργανισμό που έχει αναπτύξει μια προσθετική για ακρωτηριασμένα κάτω άκρα προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των ακρωτηριασμένων στα έθνη. Η BMVSS, εκτός από το να έχει αναπτύξει μια καινοτόμο προσθετική, έχει εφαρμόσει μια σειρά μέτρων ώστε να καταστήσει την υπηρεσία πιο προσιτή και πιο ελκυστική για τους φτωχούς.

- Επιτρέποντας στους ασθενείς να την ελέγχουν οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας ή της νύχτας.

- Παρέχοντας από την κλινική στους ασθενείς, εάν είναι αναγκαίο να διανυκτερεύσουν, δωρεάν στέγη και τροφή καθώς και δωρεάν γεύματα στις οικογένειές τους.

- Διασφαλίζοντας την ολοκλήρωση της εφαρμογής της πρόθεσης σε μία και μοναδική επίσκεψη, ελαχιστοποιώντας τον αριθμό των επισκέψεων και την απώλεια εργατοωρών για τους ασθενείς (Bhattacharyya και συν., 2010, σελ. 4-5).

Περισσότερα παραδείγματα καινοτόμων προσεγγίσεων για την παροχή υπηρεσιών μπορεί να αναζητηθούν στην «Ευρωπαϊκή Πύλη Δράσης για την Ισότητα στην Υγεία», η οποία είναι μια βασισμένη στο διαδίκτυο πηγή πληροφοριών που αφορά στην υγεία και η οποία συστάθηκε από την ΕΕ για τους «Κοινωνικοοικονομικούς Καθοριστικούς Παράγοντες για την Υγεία». Περιλαμβάνει ένα κατάλογο «καλών πρακτικών» που παρέχει λεπτομέρειες για μια σειρά σχεδίων τα οποία έχουν αναπτυχθεί με επιτυχία για την αντιμετώπιση της ανισότητας στην υγεία, μέσω καινοτόμων και στοχευμένων προσεγγίσεων για την απονομή και την ανάπτυξη των υπηρεσιών φροντίδας υγείας (DETERMINE, 2009).

Χρηματοδότηση και χρηματοδοτικοί μηχανισμοί δια μέσου του πρίσματος της ισότητας

Η ανάπτυξη χρηματοδότησης και χρηματοδοτικών μηχανισμών που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία και στην βελτίωση της πρόσβασης των φτωχών ή αυτών που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση, μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της ανισότητας στην υγεία και στην προαγωγή της υγείας. Οι στρατηγικές που έχουν ταυτοποιηθεί περιλαμβάνουν:

- Μείωση των «ιδίων» πληρωμών με την άρση των δημοσίων τελών και την ανάπτυξη καινοτόμων τρόπων ώστε να περιοριστούν οι υπόλοιπες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης (όπως τα φάρμακα και τα μεταφορικά έξοδα).

- Διεύρυνση της πρόσβασης σε ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας γεωγραφικά, επενδύοντας στην δημόσια πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια

φροντίδα στις περιοχές που προς το παρόν δεν έχουν κατάλληλο επίπεδο παρεχομένων υπηρεσιών και επιπλέον, ενίσχυση των δεσμών παραπομπής μεταξύ των επιπέδων φροντίδας (π.χ. από την τριτοβάθμια στην πρωτοβάθμια).

- Ανακατανομή των κυβερνητικών πόρων μεταξύ των διαφόρων γεωγραφικών περιοχών, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες για την υγεία του πληθυσμού και όλων των διαθέσιμων πηγών χρηματοδότησης.

- Επαρκής χρηματοδότηση σε τοπικό επίπεδο, για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, μέσα στο πλαίσιο της συνολικής κάλυψης (Gilson και συν., 2007, σελ. xii-xvi)

Οι συγγραφείς επιπλέον επισημαίνουν ότι, θα μπορούσε να είναι χρήσιμη η «δοκιμή» και άλλων στρατηγικών, όπως η «ασφάλιση για την υγεία σε επίπεδο κοινότητας (ή ασφαλιστικά σχήματα αποκλειστικά για συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού), όπως είναι οι μηχανισμοί για την προστασία των φτωχότερων ομάδων κατά του καταστροφικού επιπέδου πληρωμών, παίρνοντας μαθήματα από την υπάρχουσα εθνική και διεθνή εμπειρία για τον τρόπο αποφυγής κάποιων παγίδων που υπάρχουν σε παρόμοια σχήματα, με επέκταση της κάλυψης, ιδιαίτερα για αυτούς που είναι σε μειονεκτική θέση»(Gilson και συν., 2007, σελ. xiii)

Χρήση των δεδομένων για την παρακολούθηση της πρόσβασης και της ισότητας

Ο συνήθης έλεγχος και η επιτήρηση

Η επιτροπή του ΠΟΥ για τους «κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες για την υγεία» έχει αναγνωρίσει την καθιέρωση «συστημάτων ρουτίνας για την ισότητα στην υγεία και για τους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες για την υγεία που έχουν τεθεί σε εφαρμογή σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο» ως βασικούς τομείς για την δράση (CSDH, 2008, σελ. 206).

Συγκεκριμένα, η επιτροπή συνιστά:

- Την διασφάλιση από όλες τις κυβερνήσεις ότι όλα τα παιδιά είναι εγγεγραμμένα σε Μητρώο κατά τη γέννηση τους χωρίς κανένα οικονομικό κόστος για το νοικοκυριό. Αυτό πρέπει να είναι μέρος των ενεργειών για την βελτίωση της εγγραφής όλων των πολιτών σε ότι αφορά στις γεννήσεις και στους θανάτους.

- Την καθιέρωση από τις κυβερνήσεις συστήματος εθνικής επιτήρησης που να αφορά στην ισότητα στην φροντίδα υγείας, με συστηματική συλλογή δεδομένων σχετικά με τους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες για την υγείας και την ανισότητα στην υγεία.

- Ο Π.Ο.Υ. να εποπτεύει την δημιουργία ενός συστήματος παγκόσμιας επιτήρησης ως μέρους μιας ευρύτερης παγκόσμιας κυβερνητικής δομής που να αφορά την ισότητα στην υγεία (CSDH, 2008, σελ. 206).

Η καθιέρωση τακτικών μηχανισμών ελέγχου και εποπτείας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, είναι ένα σημαντικό πρώτο βήμα για την εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού και του τρόπου που διανέμονται οι υπηρεσίες υγείας και η πρόσβαση σε αυτές μέσα στην κοινότητα. Η Επιτροπή αναφέρει ότι στην ιδανική περίπτωση, «όλες οι χώρες πρέπει κατ' ελάχιστον να διαθέτουν βασικά στοιχεία σχετικά με την έννοια της ισότητας στις υπηρεσίες

υγείας, τα οποία να είναι αντιπροσωπευτικά για όλη την χώρα και συγκρίσιμα διαχρονικά» (CSDH, 2008, σελ. 181).

Η ολοκληρωμένη τελική έκθεση της επιτροπής με τίτλο «Μειώνοντας το χάσμα σε μια γενιά: ισότητα στην υγεία μέσω δράσης για τους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες για την υγεία» (2008), υπογραμμίζει τόσο τις ελάχιστες απαιτήσεις για ένα σύστημα επιτήρησης της ισότητας στην υγεία, όσο και το ολοκληρωμένο πλαίσιο της επιτήρησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Οι Νοσηλευτές ενισχύουν την Προσβασιμότητα και την Ισότητα

Επαγγελματισμός και ηθική

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών θεωρεί τις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της ισότητας ως αναπόσπαστο κομμάτι της ηθικής που διέπει τους νοσηλευτές. Αυτό επιβεβαιώνεται μέσα στον πρόλογο του «Κώδικα Ηθικής για τους Νοσηλευτές του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών», όπου αναφέρεται ότι:

«Στην νοσηλευτική, ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων είναι έμφυτος, συμπεριλαμβανομένων των πολιτισμικών δικαιωμάτων, του δικαιώματος στην ζωή και στην επιλογή, στην αξιοπρέπεια και στην απολαβή σεβασμού. Η νοσηλευτική φροντίδα προσφέρεται πάντα με σεβασμό και χωρίς διακρίσεις σε ότι αφορά στην ηλικία, στο χρώμα, στο θρήσκευμα, στον πολιτισμό, στην αναπηρία ή την ασθένεια, στο φύλο, στον σεξουαλικό προσανατολισμό, στην εθνικότητα, στις πολιτικές πεποιθήσεις, στη φυλή ή στην κοινωνικής θέσης» (ICN, 2006, σελ. 1).

Σε κάποια σημεία του Κώδικα γίνεται άμεσα μνεία για τις έννοιες της ισότητας και της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των παρακάτω:

- Ο νοσηλευτής προωθεί την διαμόρφωση ενός περιβάλλοντος όπου τα ανθρώπινα δικαιώματα, οι αξίες, τα έθιμα και οι πνευματικές πεποιθήσεις του κάθε ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας είναι απολύτως σεβαστά. (ICN 2006, σελ. 2).

- Ο νοσηλευτής μοιράζονται με την υπόλοιπη κοινωνία την ευθύνη για την έναρξη και την υποστήριξη των ενεργειών που θα εκπληρώσουν τις απαιτήσεις για την υγεία και τις κοινωνικές ανάγκες του κοινού, ιδιαίτερα των ευπαθών κοινωνικών ομάδων (ICN 2006, σελ. 2).

- Ο νοσηλευτής, δρώντας μέσω των επαγγελματικών οργανώσεων, συμμετέχει στην δημιουργία και διατήρηση ασφαλών, ισότιμων, κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών νοσηλείας κατά την εξάσκηση της νοσηλευτικής.

Ο Κώδικας παρέχει επίσης οδηγίες για τον τρόπο που μπορεί να γίνει χρήση του ώστε να θεσπιστούν νέα πλαίσια στην νοσηλευτική. Η ηλεκτρονική φόρμα του Κώδικα, είναι διαθέσιμη στην ηλεκτρονική διεύθυνση www.icn.ch/images/stories/documents/about/inccode_english.pdf.

Στο άρθρο της σχετικά με την νοσηλευτική ηθική, η Nancy Crigger κάνει λόγο για την ανάπτυξη της ηθικής στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης. Προσδιορίζει πέντε στοιχεία τα οποία μπορούν να «διευκολύνουν μια καλύτερα εφαρμοσμένη και ισότιμη παγκόσμια ηθική» (Crigger, 2008, σελ. 21).

- Ενσωμάτωση και ισορροπία: ενσωμάτωση των απόψεων του περιθωριοποιημένου πληθυσμού καθώς επίσης και εξέταση των απόψεων που παρέχονται από την επιστήμη, την θρησκεία, την ανθρωπολογία, κ.ά.

- Ισορροπία μεταξύ της κοινότητας και του ατόμου: προς όφελος του κοινού καλού και του ατομικού οφέλους.

- Χρήση ανακλαστικής σκέψης (reflexivity), ή της ικανότητας αναστοχασμού με κριτικό και ρεαλιστικό τρόπο στην πρακτική κάποιου άλλου,

καθώς και ύπαρξη δυνατότητας θεώρησης των πραγμάτων από μια άλλη οπτική γωνία.

- Ανοιχτή πολιτική σε νέες προσεγγίσεις σε ότι αφορά στα ανθρώπινα δικαιώματα με ιδιαίτερη έμφαση στις «ελευθερίες» παρά στα δικαιώματα, οι οποίες επιτρέπουν την ανάπτυξη νέων ευκαιριών και δυνατοτήτων.

- Θεώρηση της επιχειρηματικότητας και της τεχνολογίας με τέτοιο τρόπο ώστε να αναγνωρίζεται η δυνατότητα που παρέχουν στην επισήμανση και στην περιχαράκωση των ανισοτήτων.

Αυτές οι κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν στην ηθική, βοηθούν τους νοσηλευτές να διασφαλίσουν ότι η φροντίδα που παρέχουν είναι ορθή και σε πλαίσιο ισοτιμίας, βελτιώνει τις εμπειρίες των ασθενών και την ποιότητα της φροντίδας και διασφαλίζει την οριστική εξάλειψη του στιγματισμού και της διάκρισης συνολικά κατά την εξάσκηση της νοσηλευτικής.

Εκπαίδευση και ανάπτυξη δεξιοτήτων

Προκειμένου οι νοσηλευτές να παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας που προωθούν την ισότητα και περιορίζουν τις διακρίσεις, απαιτείται αποτελεσματική εκπαίδευση και ανάπτυξη δεξιοτήτων, συμπεριλαμβανομένης της δέσμευσης για συνεχή επιμόρφωση, έτσι.

Οι Brown και συν. προσδιορίζουν ότι η ανεπάρκεια στην φροντίδα υγείας των ατόμων με αναπηρία οφείλεται στην έλλειψη γνώσης και ικανότητας που απαιτούνται για την φροντίδα αυτής της ιδιαίτερης ομάδας του πληθυσμού, συμπεριλαμβάνοντας όμως και την αρνητική προκατάληψη για τα συγκεκριμένα άτομα. Ωστόσο, επισημαίνουν ότι μερικοί νοσηλευτές δεν έχουν ικανοποιητική κατάρτιση ώστε να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας, αναφέροντας μια πρόσφατη έρευνα όπου μόλις το 8% του δείγματος είχε εκπαιδευτεί σε θεματολογία σχετική με νοητικά προβλήματα.

Είναι επίσης σημαντικό η διοίκηση, η οποία περιλαμβάνει τους νοσηλευτές διοίκησης, και οι εργοδότες να εξασφαλίζουν ότι οι εργαζόμενοί τους εφοδιάζονται με πληροφόρηση και κατάλληλη εκπαίδευση ώστε να είναι ικανοί να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες και στις ιδιαιτερότητες της τοπικής κοινωνίας. Η ενεργής αναζήτηση για πρόσληψη προσωπικού που ανήκει στις μειονότητες των τοπικών κοινωνιών και η υποστήριξή τους στον εργασιακό χώρο, αποτελεί επίσης ένα σημαντικό βήμα τόσο για την βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας από τους ασθενείς, όσο και για την διασφάλιση του ότι αυτοί οι ασθενείς απολαμβάνουν την ίδια ποιότητα στην φροντίδα με την πλειοψηφία.

Πολιτισμικές ικανότητες

Η εξασφάλιση ότι το εργατικό δυναμικό είναι ικανό να παρέχει διαπολιτισμική φροντίδα, είναι ένα σημαντικό στοιχείο για την αύξηση τόσο της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από όλα τα μέλη της κοινότητας, αλλά επίσης βοηθά στην βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, βελτιώνοντας τις εμπειρίες των ασθενών καθώς και την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των χρηστών των υπηρεσιών.

Οι βασικές τεχνικές για την βελτίωση της ικανότητας στην παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας έχουν προσδιορισθεί από τους Brach και Fraser (2000) ως εξής:

- Χρήση υπηρεσιών διερμηνείας.
- Πρόσληψη και διατήρηση του προσωπικού που ανήκει σε μειονοτικές ομάδες.
- Εκπαίδευση με σκοπό της ενίσχυση της διαπολιτισμικής συνείδησης, της γνώσης και των δεξιοτήτων.
- Συνεργασία με παραδοσιακούς θεραπευτές.
- Συνεργασία με επαγγελματίες υγείας της κοινότητας.
- Προαγωγή της υγείας στο πλαίσιο της διαπολιτισμικότητας.
- Συμμετοχή της οικογένειας και /ή των μελών της κοινότητας.
- Απορρόφηση από άλλη κουλτούρα.
- Διοικητικές και οργανωτικές στεγασίες, συμπεριλαμβανομένου του χώρου παροχής υπηρεσιών, αλλαγές με τάση στο φυσικό περιβάλλον και στο ωράριο λειτουργίας.

Ανάπτυξη ρόλων και ευελιξία

Η ανάπτυξη νέων ρόλων για τους νοσηλευτές έχει αποδειχθεί ως μια σημαντική στρατηγική για την βελτίωση της πρόσβασης στις διάφορες υπηρεσίες υγείας.

Η ανάπτυξη του ρόλου και η επέκταση του πεδίου δράσης των κλινικών νοσηλευτών φαίνεται να ενισχύει την ποιότητα της φροντίδας και να μειώνει τις οργανωτικές δαπάνες. Οι Charman και συν. ανασκόπησαν τις στρατηγικές που υιοθετήθηκαν για να βελτιωθεί η πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη στο Ηνωμένο Βασίλειο και κατέδειξαν ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα με διευθυντή νοσηλευτή, είναι ένα «ισχυρό όπλο στην μάχη σε ότι αφορά στην φτωχή πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στις περιοχές εκείνες όπου υφίσταται δυσκολία στην πρόσληψη και στην διατήρηση των Γενικών Γιατρών» και πως η διαλογή των ασθενών που πραγματοποιείται από νοσηλευτές όπως και η συμβουλευτική από το τηλέφωνο, δημιουργούν κέρδος χρόνου και προάγουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, χωρίς να επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας (αν και συνεχίζουν αναφέροντας ότι η τηλεφωνική πρόσβαση μπορεί να θίγει την πρόσβαση στις υπηρεσίες των ατόμων που δεν γνωρίζουν καλά αγγλικά, έχουν διαταραχές ακοής ή ομιλίας ή δεν έχουν πρόσβαση σε τηλέφωνο) (Charman και συν., 2004).

Η πρόσληψη νέων και κατάλληλων στελεχών σε μερικές περιοχές, είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για την μείωση των δαπανών, χωρίς αντίκτυπο στην ικανοποίηση του ασθενούς από τις υπηρεσίες (ICN, 2010). Αυτό έχει υιοθετηθεί με επιτυχία σε περιοχές με μεγάλη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού.

Έρευνα

Η τεκμηρίωση έχει αποδείξει ότι προκύπτουν διαφορές στον τομέα της έρευνας καθώς επίσης σε άλλους τομείς της παροχής φροντίδας υγείας. Ένα πρόσφατο άρθρο νοσηλευτικής έρευνας στον τομέα του HIV, αποκάλυψε ότι η κλινική έρευνα δεν αντιπροσωπεύει επαρκώς το δείγμα πληθυσμού.

Παραδείγματος χάριν, στις ΗΠΑ διαπιστώθηκε ότι παρόλο που οι μαύρες γυναίκες αντιπροσώπευαν το 67% νέων περιστατικών με AIDS για το έτος 2005, το δείγμα ήταν ανεπαρκές σε όλες τις κλινικές δοκιμές. Ο συγγραφέας σημειώνει ότι, όχι μόνο αυτό είναι κακή πρακτική σύμφωνα με τους όρους της κλινικής έρευνας, αλλά επιπλέον «στέκεται εμπόδιο στην γνώση σε ότι αφορά στους πολιτικούς, κοινωνικούς και προσωπικούς παράγοντες που επιδρούν στην εξάπλωση της ασθένειας». (Cohn, 2007)

Ο Cohn υποστηρίζει ότι οι νοσηλευτές, με την εμπειρία τους στην άμεση φροντίδα των ασθενών καθώς και την επικοινωνία και το κλίμα εμπιστοσύνης που αναπτύσσουν με το ευρύ κοινό, είναι «μοναδικά τοποθετημένοι» για να εξασφαλίσουν ότι οι ασθενείς είναι σωστά πληροφορημένοι και πως τα ερευνητικά πρωτόκολλα αναπτύσσονται με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλίζεται κατάλληλη συμμετοχή και εκπροσώπηση από όλες τις πληθυσμιακές ομάδες. «Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν την σημασία της συνεργασίας με τον περιθωριοποιημένο πληθυσμό σε ότι αφορά την διαχείριση και την θεραπεία της ασθένειας» (Cohn, 2007, σελ. 274).

Η ομάδα «The Campbell και Cochrane Equity Methods» ανέπτυξε ένα εργαλείο προκειμένου να βοηθήσει τους νοσηλευτές που διεξάγουν έρευνα να διερευνήσουν τα προβλήματα ισότητας. Η «Λίστα Ελέγχου Ισότητας για τους Συγγραφείς Συστηματικών Ανασκοπήσεων» αναφέρει μια σειρά ερευνητικών ερωτημάτων που στοχεύουν να καθοδηγήσουν τους ερευνητές να ενσωματώσουν μια προοπτική ισότητας σε όλες τις εκφάνσεις μιας ανασκόπησης, συμπεριλαμβάνοντας ερευνητικές στρατηγικές και μεθόδους, την περιγραφή και την μεθοδολογία των μελετών που έχουν διεξαχθεί καθώς επίσης και την ανάλυση των αποτελεσμάτων (Ueffing και συν., 2009). Οι συγγραφείς ενθαρρύνουν τη χρήση και τη διανομή της λίστας ελέγχου, ο οποίος είναι διαθέσιμος στο <http://equity.cochrane.org/our-publications>.

Άσκηση πίεσης, υπεράσπιση και ανάπτυξη πολιτικής

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στη χάραξη πολιτικής, αναπτύσσοντας την «φωνή» τους στην ανάλυση, την υπεράσπιση και την έρευνα, ιδιαίτερα στα πλαίσια παροχής και αναδιάρθρωσης των υπηρεσιών υγείας. Παρόλα αυτά, όπως υποστηρίζουν οι Reutter και Duncan, η ανάγκη να εξετασθούν οι κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες για την υγεία, υποδηλώνει την ύπαρξη ταυτόχρονης ανάγκης που υφίσταται για την δυναμική υπεράσπιση στο «βασιλείο» της ευρύτερης δημόσιας πολιτικής, και η οποία «επεκτείνεται πέρα από τους παραδοσιακούς και κυβερνητικούς φορείς υγείας έτσι ώστε να φέρει κοντά έννοιες όπως η χρηματοδότηση, η γεωργία, η εκπαίδευση, οι μεταφορές, η ενέργεια και η κατοικία» (Reutter & Duncan, 2002, σελ. 295).

Οι Εθνικοί Σύνδεσμοι Νοσηλευτών, παρέχουν μέσα με τα οποία μπορούν να διατυπωθούν τα ενδιαφέροντα των νοσηλευτών και να παρέχουν ένα πρώτο σημείο επαφής με τους βασικούς ενδιαφερόμενους φορείς της κυβέρνησης και της κοινωνίας των πολιτών. Έτσι, έχουν καθοριστική συμβολή στην ανάπτυξη αποτελεσματικής συνεισφοράς στις αντιγνώμεις που αφορούν στην χάραξη πολιτικής, τόσο σε ότι αφορά στον προσανατολισμό, στην δομή και στην διοίκηση του συστήματος, αλλά και σε ευρύτερες έννοιες χάραξης πολιτικής, που διερευνούν τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία. Μια

κοινή δημοσίευση του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας πάνω στην μακροοικονομία, προτείνει τομείς για την νοσηλευτική κοινότητα, προκειμένου να συνεχιστεί η αναζήτηση υποστήριξης για την ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού και την καλύτερη υγεία, συμπεριλαμβανομένης της συμμετοχής σε εθνικές και τοπικές συζητήσεις σχετικά με την εύρεση πόρων και την χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, καθώς και την σημασία που έχει η διαθεσιμότητα ειδικευμένων επαγγελματιών υγείας στην επίτευξη θετικών εκβάσεων (ICN και WHO, 2009, σελ. 34).

Η άσκηση πίεση και η υπεράσπιση αποτελούν σημεία κλειδιά στον ρόλο των νοσηλευτών σε ότι αφορά ζητήματα ισότητας και πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και περιλαμβάνουν την ανάπτυξη διαφορετικών δεξιοτεχνιών και γνώσεων. Η νοσηλευτική εκπαίδευση αρχίζει να αντικατοπτρίζει αυτήν την ανάγκη, με την δημιουργία μεταπτυχιακών σπουδών που στοχεύουν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για την αποτελεσματική συμμετοχή στην ανάπτυξη δημόσιας πολιτικής. (Reutter και Duncan, 2002).