

Μεταβαλλόμενες συνθήκες στην Υγεία: η μαιευτική συμβολή

Ομιλία στο "16ο Παγκύπριο Συνέδριο Μαιευτικής-Νοσηλευτικής", που έγινε στη Λευκωσία της Κύπρου στις 27 & 28 Νοεμβρίου 2009.

Όλγα Αρβανιτίδου*

"EMA" – European Midwives Association (Ευρωπαϊκή Ένωση Μαιών) είναι η ονομασία που αντικατέστησε τη γνωστή σε όλους μας "Liaison Committee Eu Midwives". Η EMA είναι διεθνής, μη κερδοσκοπική, μη κυβερνητική οργάνωση Μαιών από τα Κράτη-Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Eu), της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (ΕΕΑ) και των υπό ένταξη στην Ευρωπαϊκή Ένωση χωρών. Περιλαμβάνει 29 Οργανισμούς-Ενώσεις Μαιών από 23 ευρωπαϊκά κράτη, αντιπροσωπεύοντας περίπου 132.000 Μαίες που συμμετέχουν ενεργά σε 4.076.488 γεννήσεις ανά έτος στην Ευρώπη.

Η EMA σε ευρωπαϊκό επίπεδο εκπροσωπεί τις Μαίες και τους Μαιευτές στην Commission και συμμετέχει δραστήρια στις:

- European Union Health Policy Forum (EUHPF),
- European University Association (EUA),
- European Health Management Association (EHMA).

Επίσης, η EMA συνεργάζεται με το EBCOG.

Στο πλαίσιο υποστήριξης των εθνικών ενώσεων σε ζητήματα όπως:

- η άσκηση του μαιευτικού επαγγέλματος σύμφωνα με την DIR 36/2005,
- η ενίσχυση των μαιευτικών υπηρεσιών προς όφελος των γυναικών, των νεογνών και των οικογενειών τους,
- η ενδυνάμωση της περιγεννητικής φροντίδας υγείας και των Εθνικών Συστημάτων Υγείας, ώστε να είναι αποτελεσματικά στις ανάγκες και απαιτήσεις των γυναικών και των οικογενειών τους,

η EMA περιλαμβάνει στο στρατηγικό σχέδιό της πολιτικές και δράσεις, οι οποίες εναρμονίζονται και ενισχύουν την πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, ενώ παράλληλα αναδεικνύουν τη μαιευτική φροντίδα και τα θετικά αποτελέσματά της όπως αυτά έχουν ήδη αναγνωρισθεί από τον ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) και άλλους διεθνείς οργανισμούς.

Από το 1998 και στη συνέχεια το 2003 διαμορφώθηκαν σύμφωνα με τον ΠΟΥ οι κοινωνικοί καθοριστές της υγείας, όπως αναφέρονται παρακάτω:

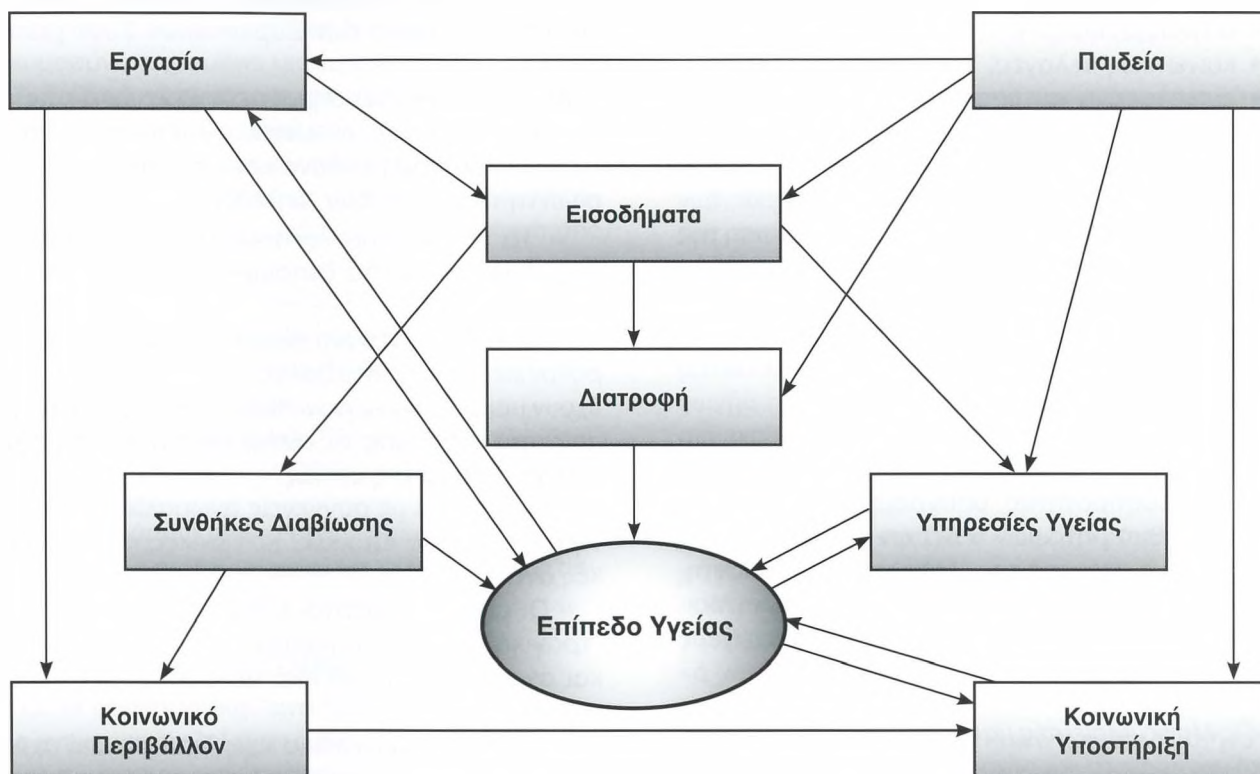
1. Κοινωνική κλιμάκωση – Κοινωνική τάξη
2. Άγχος
3. Τα πρώτα χρόνια
4. Κοινωνικός αποκλεισμός
5. Εργασία
6. Ανεργία

* Μαία, Ταμίας Συμβουλίου Ευρωπαϊκής Ένωσης Μαιών (EMA).

7. Κοινωνική υποστήριξη
8. Εθισμός
9. Διατροφή
10. Μετακινήσεις.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η ειδική αναφορά εδώ και 15 χρόνια, ότι «η φτώχεια αποτελεί τη μεγαλύτερη απειλή για την υγεία» (WHO, Geneva 1995).

Ιδιαίτερη δε βαρύτητα αποκτά το πρόβλημα των ανισοτήτων και ιδιαίτερα των οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία και των παραγόντων που την επηρεάζουν. Αυτό σήμερα αποτελεί και θέμα προτεραιότητας της Σουηδικής Προεδρίας στην ΕΕ και είναι: “Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου”.



Πηγή: De Spiegelaere M. (June, 2005).

Κατά τη διάρκεια του Ευρωπαϊκού Forum Υγείας στο οποίο έλαβε μέρος η EMA (Gustein, Οκτώβριος 2008), στο πλαίσιο του γενικότερου ευρωπαϊκού προβληματισμού και σχεδιασμού και στις συζητήσεις για *GREEN PAPER* στη “Health Care Professionals in Europe”, αντικείμενο προβληματισμού αποτέλεσαν ζητήματα όπως:

- η ανάγκη ανάπτυξης αποτελεσματικών συστημάτων,
- η απόκτηση υψηλής ποιότητας επιστημονικού δυναμικού με τις σωστές εξειδικεύσεις,
- η συνεχής ανάπτυξη ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας,
- η ανάγκη αύξησης της πρόσβασης,
- η ανεπάρκεια των σημερινών στοιχείων,
- η ανάγκη ανάπτυξης της τεκμηρίωσης για συλλογική ανταπόκριση σε κοινές προκλήσεις.

Στο πλαίσιο των προτεραιοτήτων για τη μελλοντική πολιτική υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση αναδει-

κνύονται ζητήματα όπως τα παρακάτω:

1. Πώς η ΕΕ μπορεί καλύτερα να υποστηρίξει το στόχο 5 του “Millenium” στην προσπάθεια παροχής καλών υπηρεσιών υγείας στους πολίτες;
2. Ποιές είναι οι ευκαιρίες και τα εμπόδια όταν χρησιμοποιούμε τα οικονομικά της υγείας κατά την πληροφόρηση αυτών που αποφασίζουν τις πολιτικές υγείας;
3. Ποιές είναι οι πρακτικές πολιτικές δυσκολίες στην Ευρώπη και διεθνώς κατά την εφαρμογή των συμπερασμάτων της αναφοράς του ΠΟΥ για τους κοινωνικούς καθοριστές της υγείας;
4. Ποιά είναι τα πρόσφατα επιτεύγματα στην πολιτική υγείας στην ΕΕ και οι τάσεις για το μέλλον;
5. Πώς μπορούμε να εργασθούμε από κοινού ώστε να αντιμετωπίσουμε αυτές τις προκλήσεις;

Από την οπτική γωνία των καταναλωτών υπηρε-

σιών υγείας –το ρόλο των πολιτών της ΕΕ– αναπτύχθηκαν επίσης προβληματισμοί κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου της SANCO (Βρυξέλλες 2008), όπως:

α) Ποιές είναι οι τάσεις–κατευθύνσεις που επείγουν και θα επηρεάσουν την υγεία, αλλά και τις πολιτικές αύριο;

Αναδείχθηκαν 4 βασικά σημεία:

- διακυβέρνηση,
- παγκοσμιοποίηση,
- κοινωνικές αλλαγές,
- εμπιστοσύνη–αυτοπεποίθηση.

β) Πώς θα διασφαλίσουμε την εμπιστοσύνη και θα τη διαχειριστούμε αναδεικνύοντας:

- κατανόηση και χρήση της συμπεριφοράς των καταναλωτών υπηρεσιών στη διαμόρφωση της πολιτικής μας,
- επίτευξη της διατήρησης υγείας σχετιζόμενης με τις καταναλωτικές πολιτικές,
- ταυτοποίηση προτεραιοτήτων στην agenda της πολιτικής υγείας της ΕΕ.

Η Επίτροπος δε κ. Α. Βασιλείου αναφέρθηκε πιο εξειδικευμένα στο ζήτημα της μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας, υπογραμμίζοντας τον τεράστιο αριθμό μητρικών θανάτων και συνδέοντάς τους με τους στόχους του “Millenium”. Ως απάντηση στα προαναφερόμενα η Ευρωπαϊκή Ένωση Μαιών δια της τέως Προέδρου της κ. D. Daly ανέφερε τα παρακάτω:

«Ως Μαίες–Μαιευτές μας ανησυχεί ιδιαίτερα η μητρική νοσηρότητα και οι μακροπρόθεσμες συνέπειές της για την κάθε γυναίκα και την οικογένειά της, τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Οι Μαίες σε όλη την Ευρώπη ανησυχούμε για τις επιδράσεις και τις συνέπειες της αυξανόμενης παρεμβατικότητας κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού σε αρκετά κράτη και ιδιαίτερα της αύξησης του δείκτη των καισαρικών τομών. Ενώ συγκεκριμένες παρεμβάσεις μπορούν να είναι απαραίτητες όταν η υγεία της γυναίκας διακυβεύεται, δυστυχώς, πολλές παρεμβάσεις πραγματοποιούνται με την απουσία παθολογικής αιτίας και μπορούν να οδηγήσουν σε μη απαραίτητη νοσηρότητα για τη γυναίκα και το νεογνό».

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η περιγεννητική φροντίδα υγείας ενσωματώνει όλες τις υπηρεσίες υγείας που σχετίζονται με την αναπαραγωγική διαδικασία, την κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία, καθώς και το πρώτο διάστημα της ζωής του κάθε ανθρώπου. Οι αποφάσεις, οι πολιτικές, οι δράσεις, οι γνώσεις και οι δεξιότητες είναι καθοριστικής σημασίας, διότι όχι μόνο αποτυπώ-

νουν το “παρόν”, αλλά συντελούν καθοριστικά στη διαμόρφωση του “μέλλοντος” μιας κοινωνίας επηρεάζοντας την υγεία των πληθυσμών και τα Εθνικά Συστήματα Υγείας.

Στην Ευρωπαϊκή Αναφορά Περιγεννητικής Υγείας, η οποία ολοκληρώθηκε και δημοσιοποιήθηκε το Δεκέμβριο του 2008, αναφέρεται ότι η προώθηση της υγιούς εγκυμοσύνης και του ασφαλούς τοκετού είναι στόχος όλων των Ευρωπαϊκών Συστημάτων Υγείας.

Αν και έχουν γίνει σημαντικές βελτιώσεις τις τελευταίες δεκαετίες, οι γυναίκες και τα νεογνά τους διατρέχουν ακόμη κίνδυνο κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, δηλαδή:

– Τα νεογνά που γεννιούνται νωρίτερα έχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας απ’ ό,τι τα τελειόμηνα.

– Τα πρόωρα νεογνά είναι πιο επιρρεπή σε νευρολογικές και αναπτυξιακές διαταραχές, οι οποίες έχουν μακροχρόνιες συνέπειες σχετιζόμενες με την ποιότητα ζωής τους, τις οικογένειές τους και τις κοινωνικές υπηρεσίες υγείας.

– Τα νεογνά με συγγενείς ανωμαλίες έχουν συνήθως σοβαρές ιατρικές, κοινωνικές και μαθησιακές ανάγκες.

– Οι μητρικοί θάνατοι είναι σπάνιοι, αλλά είναι “τραγικά” γεγονότα, κυρίως επειδή αντιστοιχούν και σχετίζονται σημαντικά με φροντίδα χαμηλού επιπέδου.

– Τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί σχέση μεταξύ της περιγεννητικής υγείας και των χρόνιων ασθενειών της ενήλικης ζωής.

– Τα χαμηλού βάρους νεογνά λόγω υπολειπόμενης ενδομήτριας ανάπτυξης αναπτύσσονται πιο συχνά, ως ενήλικες, διαβήτη και μεταβολικό σύνδρομο.

Στα μέχρι τώρα ευρήματα μπορούμε να αναφέρουμε τα παρακάτω:

1. Οι δείκτες εμβρυϊκής και νεογνικής θνησιμότητας διαφέρουν ευρέως μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Π.χ. η νεογνική θνησιμότητα στην Κύπρο, Σουηδία και Νορβηγία είναι 2 ανά 1.000 ζώντα γεννηθέντα νεογνά, ενώ στην Εσθονία, Μάλτα, Ουγγαρία ξεπερνά τα 4.

2. Διαφορές στη νομοθεσία και στην πρακτική σχετικά με τον τερματισμό της κύησης συνεισφέρουν στις παρατηρημένες διαφορές στην εμβρυϊκή και νεογνική θνησιμότητα.

3. Η επίπτωση του χαμηλού βάρους νεογνών κυμαίνεται από 5% έως 9% αποτυπώνοντας μια γεωγραφική κατανομή.

4. Οι γεννήσεις πρόωρων νεογνών διαφέρουν με-

ταξύ των ευρωπαϊκών κρατών και κυμαίνονται από 5,5% έως 4,4%.

5. Το 2004 υπολογίστηκε ότι 120.000 έμβρυα και νεογνά είχαν σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες στις χώρες της ΕΕ.

6. Οι μητρικοί θάνατοι δεν είναι συχνοί, αλλά τα στοιχεία από κάποια κράτη δείχνουν ότι η εξακρίβωση αποτελεί ακόμα πρόβλημα. Η μέτρηση της υγείας των γυναικών κατά τη διάρκεια και μετά την εγκυμοσύνη παραμένει μια πρόκληση.

7. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εγκύων γυναικών διαφέρουν πολύ σε όλη την Ευρώπη.

8. Οι διαφορετικές πρακτικές στην Ευρώπη εγείρουν ερωτήματα σχετικά με το ενδεδειγμένο επίπεδο παρεμβατικότητας κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού.

9. Η διαφορετικότητα εντός της Ευρώπης παρέχει ευκαιρίες στο να “μάθουμε” από τις διαφορές στην κουλτούρα και στα οργανωτικά μοντέλα μητρικής και νεογνικής φροντίδας.

10. Οι συμπεριφορές που προωθούν την εμβρυϊκή και νεογνική υγεία διαφέρουν μεταξύ των κρατών της Ευρώπης.

11. Ενώ κάποια κράτη έχουν καλύτερα αποτελέσματα υγείας σε σχέση με άλλα, οι θέσεις τους ποικίλουν ανά δείκτη.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

12. Η συστηματική “αναφορά” της περιγεννητικής υγείας αποτελεί έναν εφικτό στόχο, αλλά υπάρχουν σημαντικά κενά, αξιοσημείωτα στη μητρική και βρεφική νοσηρότητα και στους κοινωνικούς παράγοντες κινδύνου.

13. Οι διαφορές προσέγγισης στα πληροφοριακά συστήματα υγείας στην Ευρώπη μπορούν να παρέχουν νέες ιδέες για όλα τα κράτη.

14. Η ευρωπαϊκή συνεργασία βελτιώνει την ποιότητα στους δείκτες υγείας, αλλά η εναρμόνιση στο ευρωπαϊκό επίπεδο είναι ακόμα απαραίτητη σε μερικές περιοχές “κλειδιά”.

Όλα τα παραπάνω συντελούν ώστε η παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της περιγεννητικής υγείας να είναι πιο σημαντική από ποτέ.

Προϋπόθεση για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων είναι τα σωστά “εργαλεία” αξιολόγησης των προβλημάτων της περιγεννητικής υγείας και των αιτιών που τα προκαλούν. Επίσης, είναι απαραίτητο να παρακολουθούμε χρονικά την επίδραση των πολιτικών και των αποφάσεων που αφορούν την Περιγεννητική Υγεία. Σ’ αυτό το σημείο θα μπορούσαμε να προσθέσουμε τις συνθήκες, που διαμορφώθηκαν τον τελευταίο χρόνο που διανύουμε και που σχετί-

ζονται με την παγκόσμια οικονομική κρίση και την επίδρασή της στα Εθνικά Συστήματα Υγείας, στις υπηρεσίες υγείας, στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας και στους επαγγελματίες υγείας.

Προτεραιότητες για αλλαγή και ανάπτυξη

Εστιάζοντας στα παρακάτω βήματα μπορούμε να βελτιώσουμε την ευρωπαϊκή δυνατότητα αναφοράς σχετικά με την υγεία των μητέρων και των νεογνών ως εξής:

α) ενσωματώνοντας στην καταγραφή μας τους απαραίτητους κύριους δείκτες της EUROPERI-STAT,

β) θέτοντας αντίστοιχα κριτήρια για τις στατιστικές αναφορές για όλες τις γεννήσεις και θανάτους, συμπεριλαμβάνοντας και τον τερματισμό της κύησης τουλάχιστον από τις 22 εβδομάδες,

γ) επιτρέποντας τη σύνδεση μεταξύ των συστημάτων καταγραφής σε όλους τους χώρους διεξαγωγής των τοκετών,

δ) πετυχαίνοντας πλήρη εξακρίβωση των “απευθείας” ή “μη” μητρικών θανάτων και κωδικοποιώντας τις αιτίες,

ε) αναπτύσσοντας μεθόδους χρήσης των συστημάτων πληροφοριών,

στ) εναρμονίζοντας ορισμούς και πρωτόκολλα για βελτίωση των στοιχείων σχετικά με τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των εγκύων και της φροντίδας τους κατά την κύηση,

ζ) αναπτύσσοντας ένα κοινό πρωτόκολλο για μια ευρωπαϊκή έρευνα, ώστε να χρησιμοποιηθεί από χώρες που δεν έχουν συνεχή συστήματα για ζητήματα “κλειδιά”, με μια προσέγγιση που αποτελεσματικά θα εξασφαλίζει υψηλής ποιότητας στοιχεία σχετικά με τις περιγεννητικές πρακτικές και τα συλλεγόμενα αποτελέσματα.

Οι Μαίες σε όλη την Ευρώπη δραστηριοποιούνται αποκλειστικά στην Περιγεννητική Υγεία και συμμετέχουν στην ευρωπαϊκή έρευνα σε επιστημονικό, διοικητικό, ατομικό και συλλογικό επίπεδο.

Προσπαθούμε να βελτιώσουμε τα αποτελέσματα της κλινικής πρακτικής λαμβάνοντας υπόψη:

- τις διαφορετικές κουλτούρες-αντιλήψεις,
- τα διαφορετικά συστήματα υγείας,
- τα διαφορετικά συστήματα εκπαίδευσης,
- το διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό status, δίνοντας έμφαση:

α) σε κοινές ανάγκες των γυναικών και των οικογενειών τους,

β) στην ενίσχυση των δικαιωμάτων τους στην αναπαραγωγική φροντίδα υγείας,

γ) στην ενδυνάμωση του ρόλου των γυναικών

στη λήψη αποφάσεων, στη συνεργασία μαζί τους και στην αλληλεπίδραση που ασκείται,

δ) στην προώθηση της φυσιολογικότητας της κύησης και του τοκετού με εξάλειψη των μη απαραίτητων “παρεμβάσεων”,

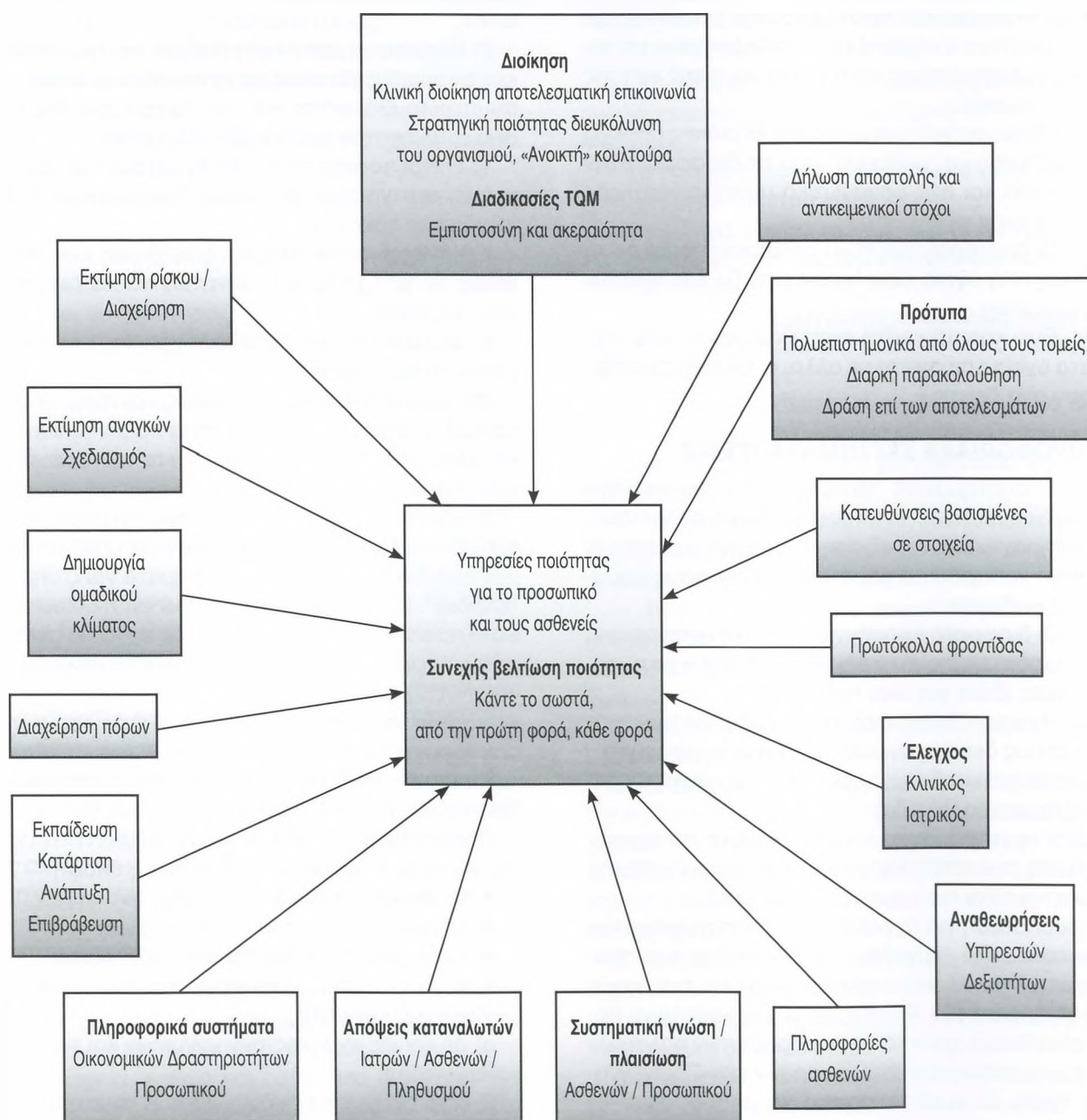
ε) στην προώθηση της “τεκμηριωμένης φροντίδας” στη μαιευτική κλινική πράξη και στην επικαιροποίηση της γνώσης στον τομέα της εκπαίδευσης,

στ) στην πλήρη εφαρμογή και ενσωμάτωση στις εθνικές νομοθεσίες της Κοινοτικής Οδηγίας 36/

2005, που εξασφαλίζει σε όλες τις Μαιές την πλήρη και αυτόνομη άσκηση του έργου τους σε όλη την Ευρώπη, για όλο το φάσμα της γνώσης και των δεξιοτήτων τους,

ζ) στη συμμετοχή μας στα Εθνικά Συστήματα Υγείας και στην προώθηση των απόψεών μας στα κέντρα λήψης αποφάσεων,

η) στην προώθηση σύγχρονων μεθόδων management και εισαγωγή της διοίκησης ολικής ποιότητας στις μαιευτικές υπηρεσίες,



Πηγή: “Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας”. Παπανικολάου Β. (2007).

θ) στην καταγραφή, έλεγχο και αξιοποίηση του μαιευτικού έργου στην κλινική πράξη και στην εκπαίδευση με στόχο τη συνεχή βελτίωση των μαιευτικών υπηρεσιών.

*Olga Arvanitidou: **Altered conditions in Health: the Midwifery contribution.***

"ELEFTHO", 4:144-149, 2009

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- WHO: Solid Facts. Copenhagen, 2003.
 WHO: The World Health Report: Bridging the Gaps. Geneva 1995.
European Perinatal Health Report.
 EMA STATEMENT: Reproductive and Sexual Health of Women, 2005.
 EMA STATEMENT: Alcohol.
 EMA STATEMENT: Antenatal Care, 2009.
 Σουλιώτης Κ.: Οικονομικές ανισότητες και πολιτική υγείας. Εκδόσεις "ΠΑΠΑΖΗΣΗ". Αθήνα, 2007.
 Κουρέα-Κρεμαστινού Τ.: Δημόσια Υγεία. Εκδόσεις "ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑ". Αθήνα, 2007.
 DIR: 36/2005.
 Παπανικολάου Β.: Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Εκδόσεις "ΠΑΠΑΖΗΣΗ". Αθήνα, 2007.
www.europeanmidwives.eu
www.WHO.org
www.EUROPERISTAT