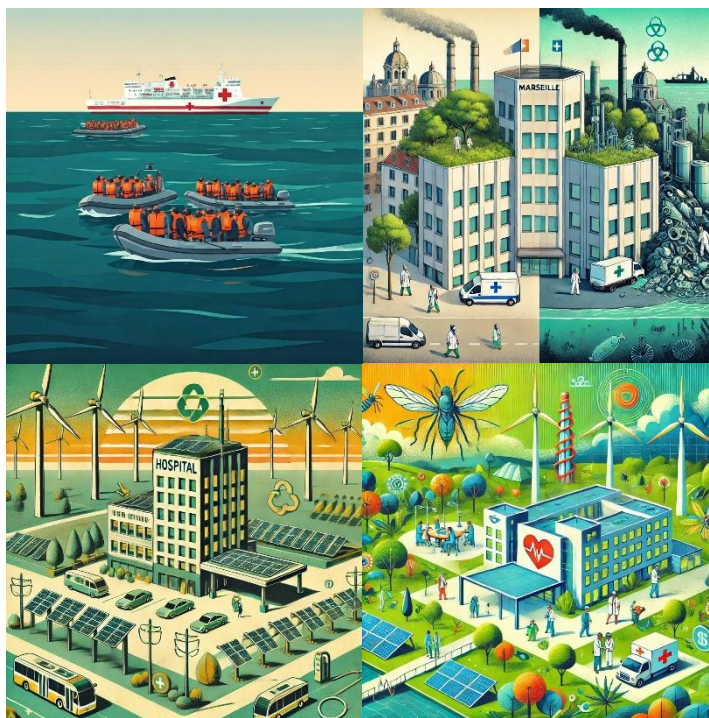


Javna zdravstvo in okolje: Bolnišnice v Marseillu pred ekološko krizo



#1 Direktni in indirektni vplivi ekološke krize na vprašanja zdravja

Ekološka kriza je ena od neposrednih ali posrednih vzrokov za te težke zdravstvene situacije: poslabšane življenjske razmere, zlasti zaradi podnebnih sprememb, ki vplivajo na življenjske pogoje, bivališča, mobilnost ali pričakovano življenjsko dobo; težave s pljuči v povezavi s spremembami zraka v velikih mestih...; ali neposredno z nastankom novih bolezni ali migracijami bolezni, ki jih prenašajo vektorji.

Te razmere povzročajo povečano odgovornost javne zdravstvene službe, ki se mora prilagoditi, da omeji vpliv samega bolnišničnega okolja na svoje okolje; in se odpreti z delom v dopolnjevanju z nevladnim sektorjem, svobodnim sektorjem, z osnovno zdravstveno oskrbo, na primer pri zdravljenju invalidnosti ali psihiatrije na ulici. In odpreti zdravstvene centre v soseskah, kjer ni nič...

V skladu z nalogami in vrednotami svojih 18.000 strokovnjakov, APHM podpira projekt ustvarjanja bolniškega plovila, namenjenega ne le reševanju in oskrbi brodolomcev v Sredozemlju, temveč tudi njihovemu spremljanju do varnega пристanišča na kopnem.

Bernard Mossé : Skupaj bomo obravnavali vprašanje vplivov ekološke krize na zdravje. Nam lahko predstavite splošno sliko, glede na težave, s katerimi se soočate pri vašem vodenju Hôpitaux de Marseille?

François Crémieux : Ob soočenju s tako širokim vprašanjem bi ločil med posrednimi in neposrednimi vplivi. Obstaja pomemben vpliv podnebnih sprememb tako na življenjske razmere, od katerih je odvisno dobro zdravje prebivalstva, kot na bolezni, ki so neposredno povezane z okoljem.

Prvi je **posredni vpliv** ekološke krize na zdravje. To opazimo pri velikih podnebnih dogodkih, ki vplivajo na skupno življenje, mobilnost, izobraževanje, organizacijo mest itd. Ekološka kriza vpliva na dejavnike zdravja, kot so demografija, pričakovana življenjska doba, izobraževalni pogoji, zlasti na premike, o čemer se bom še vrnil. In tako je prva opomba, brez neposredne povezave z oskrbo, ki jo zagotavlja javna pomoč, da ekološka kriza pomembno vpliva na življenjske razmere. In tako na interakcije med različnimi velikimi prostori na svetovni ravni.

Obstajajo tudi vplivi, ki gredo še dlje in so **neposredni vplivi** na bolezni in na vse, kar imenujemo "okoljsko zdravje". Še posebej vidim pojav novih bolezni, ki so povezane s podnebnimi spremembami, ali premik bolezni, ki so bile zgodovinsko omejene na določene regije sveta in se danes premikajo. Zlasti bolezni, ki jih prenašajo vektorji. Na primer, bolezni, ki jih prenašajo komarji, ki so bile do sedaj omejene na tropske cone in se zdaj premikajo v naše regije zaradi podnebnih sprememb.

Za povzetek, prvi vpliv na prebivalstvo in drugi na bolezni. To je moj nekoliko splošen odgovor na vprašanje, ki je prav tako splošno.

Bernard Mossé : Ali je to vpliv, ki ga že konkretno čutite v bolnišnicah APMH?

Émilie Garrido-Pradalié : Da, seveda, obstajajo konkretni primeri sprememb v obravnavi, zlasti v službah za pljučne bolezni v bolnišnici Nord, kjer se razvijajo tako nove analize o zdravju kot tudi ukrepi, ki so bolj usmerjeni v preprečevanje, glede izpostavljenosti ljudi nevarnim kontekstom: bodisi v povezavi z bivanjem, poklicnim okoljem, ali spremembami zraka v velikih mestih, kot je Marseille...

Bernard Mossé : Ali želite govoriti o alergijah ali vročinskih valovih? Ali ste izmerili povečanje teh primerov v bolnišnicah?

Émilie Garrido-Pradalié : Torej, kot dobra Mediteranka, bi rekla, da se vprašanje vročine in vročinskih valov ne obravnava povsod po Franciji, niti okoli Sredozemlja, na enak način.

François Crémieux : Da bi šli v isto smer, je jasno, da je vročinski val leta 2003 predstavljal priložnost za masovno ozaveščanje na severu Francije o naši neprilagojenosti tako v smislu življenjskih razmer kot obravnave pacientov: vročinski val je predvsem ubijal starejše ljudi na severu Francije, v geografski regiji, ki ni bila navajena obravnavati teh ljudi, ki sami niso bili izobraženi za upravljanje z vročino. Južni del Francije, ki prav tako ni bil prizadet, je imel

bistveno manj smrti. In vidimo, da smo od takrat, ko so se zgodili vročinski valovi, danes, tako na področju izobraževanja strokovnjakov, izobraževanja oskrbnikov, izobraževanja samih pacientov in njihovih bližnjih, verjetno veliko bolj sposobni obvladovati temperaturne vrhove, kot smo bili pred 20 leti. To je bilo pred 20 leti, ne prav včeraj! In tako, ja, čutimo, da je prišlo do ozaveščanja in prilagoditve.

Vendar pa je drugi pomemben element, ki ga je treba izpostaviti glede okoljskega vpliva, da je bila do sedaj vprašanja povezave med okoljem, življenjskimi razmerami in zdravstvenimi pogoji na splošno dojemana kot rezervirana za prebivalstvo v izjemnih in neugodnih situacijah. Na primer, za tiste, ki živijo v posebej slabih bivalnih ali delovnih razmerah. Vsi se že dolgo zavedajo, da delo v ekstremnih temperaturnih razmerah, vročih ali hladnih, predstavlja vir tveganja. Vendar pa je obstajala ideja, da to na splošno zadeva omejene, ciljne skupine, in da če bi delovali lokalno, bi lahko rešili problem. Nedavno smo ugotovili, da to ne drži, da vpliv okolja na naše zdravje zadeva vse in ne nujno na enak način. Mislim, da obstaja ozaveščenost, da razmere, v katerih smo nastanjeni, v katerih smo izobraženi, v katerih smo prepeljani, v katerih smo oskrbovani, vse to ima globalen vpliv na naše zdravje. To je posledica nastanka koncepta « **One Health** », enotnega zdravja; zavedanje, da živimo v "ekosistemu", da uporabim modno besedo, ki pomeni, da je naše zdravje vsaj toliko odvisno od okolja, v katerem živimo, kot od tega, kar lahko sami storimo.

BM : Glede vročinskega vala, vendar to lahko razširimo tudi na druga področja, kot je upravljanje z vodo, ali menite, da se imajo države severa veliko naučiti od vedenja držav juga, ker so že dolgo navajene na vprašanje vodnega stresa in vročine?

F.C. : Mislim, da na splošno obstajata dva dejstva, ki pojasnjujeta to, kar ste pravkar povedali. Prvič, južna regija se že dolgo sooča z okoljskimi izzivi, čeprav smo vsi južna regija nekoga drugega; vendar je južna regija na splošno razvila strategije v zvezi z naravo, bodisi na področju namakanja, upravljanja s toploto, soncem, vetrom, mrazom, peskom itd. In tako je res, da se imamo od držav juga veliko naučiti, ker imajo to izkušnjo soočanja z okoljskimi težavami.

Drugi razlog, zakaj se imamo od juga veliko naučiti, je, da je sever v veliki meri kompenziral s svojo bogatijo: s klimatskimi napravami poleti, ogrevanjem pozimi in zdravili. In tako, ali se imamo veliko naučiti od juga? Verjetno, vendar imamo tudi veliko za prenesti na jug, kar je omogočilo razvoj severa, zlasti na področju infrastrukture, opreme, tehnologije, znanosti itd.

Ta boljša razporeditev razvoja je še toliko bolj potrebna danes, saj smo vse bolj medsebojno odvisni, zlasti kar zadeva zdravje.

#2 Razširitev pojma „zdravje“ in tveganja, ki jih prinaša

Bernard Mossé: Zdi se mi, da ste me poslušali, vključno z našimi prejšnjimi izmenjavami, zlasti glede vprašanja pozornosti do najbolj ranljivih, da je pojem zdravja v zadnjih 3 ali 4 desetletjih doživel zelo široko razširitev. Da, brez dvoma, v skladu z deli filozofa Georges Canguilhema, zdravje ne more biti opredeljeno le kot odsotnost bolezni. Na primer, to, kar danes imenujemo zdravje pri delu, daleč presega tisto, kar smo pod tem razumeli še pred 30 leti.

François Crémieux: Da, to drži. In to je hkrati zmaga in tveganje.

Po eni strani je to zmaga, ki je delno povezana s tem, da Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) vztrajno ponavlja, da **je zdravje „stanje popolnega fizičnega, mentalnega in socialnega blagostanja“**, in „ne pomeni le odsotnosti bolezni ali invalidnosti“. Z resnično veliko bolj splošno, skoraj filozofsko in na koncu skoraj nedosegljivo, razumevanjem, kaj je dobro zdravje. Torej, to je zmaga tega koncepta in mislim, da je to dobra novica.

Drugič, to je resno tveganje. To danes vidimo v psihiatriji, kjer se **razširitev pojma duševne bolezni premika od psihiatrije do duševnega zdravja, in od duševnega zdravja do blagostanja**, s policami knjigarn, ki so polne knjig o vprašanju blagostanja, ki nas na koncu pozabijo, da med blagostanjem in shizofrenijo obstaja stanje, ki zagotovo ni enako.

Menim, da je to hkrati lepa zmaga, da stremimo k temu, da živimo ne le v odsotnosti bolezni, ampak na primer v odsotnosti odvisnosti, ko staramo, v odsotnosti stresa pri delu, ko smo sicer v dobrem somatskem zdravju. To je tveganje tudi v smislu javnih politik. Na koncu usmerjamo sredstva ne toliko k solidarnosti med bolnimi in zdravimi, temveč v nekakšno razpršenost sredstev do vseh, vključno z zdravimi, in morda s tveganjem izgube solidarnosti s tistimi, ki so dejansko bolni. Menim, da psihiatrija danes jasno postavlja to vprašanje. Še enkrat, pozitivna stran širšega pojma duševnega zdravja v smeri blagostanja in ne le psihičnih in somatskih trpljenj hudih psihiatričnih bolezni, je hkrati zmaga lepe široke in celostne koncepcije človeškega zdravja, a je tudi tveganje izgube pozornosti in solidarnosti do tistih, katerih bolezen je ovira in močno trpljenje.

BM: Ali je ena od posledic te razširitve pojma zdravja ta, da se celotna obremenitev prenaša na zdravstveni sistem, kjer bi bilo treba vprašanja obravnavati bolj celovito z drugimi politikami in drugimi strukturami, ekonomskimi in socialnimi? Opravljam vzporednico z vprašanji izobraževanja, ki segajo daleč onkraj šole.

F.C.: Menim, da obstajata seveda dva tveganja.

Prvo je dejansko, da vse obremenitve prenesemo na svet zdravja v smislu javnih politik, pa tudi usposabljanja, sredstev, znanj itd.

Obstaja pa tudi tveganje, da se svet zdravja odvrne od teh tem. Tako kot pri psihiatriji, ena od težav danes je, da se moramo držati osnov, če lahko tako rečem, vsaj pri obravnavi oseb, katerih duševno zdravje je tako močno poslabšano, da postane invalidizirajoče trpljenje: obravnavati shizofrenijo, ko je v akutni fazi, ljudi, ki so poskusili samomor itd. In se ne pustiti preveč odvrniti od vprašanja blagostanja.

Obstaja malo tveganja na eni strani, da preveč odgovornost prenesemo na svet zdravja in na primer razbremenimo svet izobraževanja glede izobraževalnih izzivov; na drugi strani pa, da demobiliziramo svet zdravja glede njegovih glavnih izzivov. Spet gre za iskanje ravnotežja med široko vizijo zdravja in učinkovitim obravnavanjem patologij, ki povzročajo največje trpljenje.

B.M.: Iskanje tega ravnotežja je verjetno tudi eden od izzivov okoljske zdravja?

F.C.: Na precej natančen način, naraščajoče zanimanje za izzive **okoljske zdravja**, ki izhajajo iz srca bolnišnice, nas logično usmerja – to gre v smeri vašega vprašanja – k **izhodu iz bolnišnice**. Kajti, ko govorimo o zdravju v povezavi z okoljem, smo takoj prisiljeni izstopiti, bodisi da se zanimamo za vpliv same bolnišnice na njeno okolje ali za vpliv oskrbe. Gre za preprečevanje bolezni z boljšo prilagoditvijo okolju. Torej, da, prav imate, da okoljska zdravje nosi tudi inherentno, tako kot duševno zdravje, to nujnost širiti svoj obseg onkraj sveta oskrbe in zdravstvenih delavcev.

BM: Poleg vprašanja preprečevanja, ali ta širitev pojma zdravja ne pomeni – to je stara razprava – večje odgovornosti bolnikov samih v zdravljenju?

F.C.: Da, to ostaja izziv iz razlogov, ki niso neposredno povezani z izmenjavo, ki jo imamo, ampak s tem, da je večina bolnikov danes prizadetih zaradi kroničnih bolezni in da bodo morali živeti najbolje in najdlje mogoče s to boleznijo. In od trenutka, ko bolezen ni več le akutna faza, ki vodi do smrti.

Do nedavnega so bili bolniki, za katere smo bili zaskrbljeni in ki so tvegali smrt, vendar niso bili invalidi. In invalidi, zlasti invalidi zaradi vojne in fizični invalidi, vendar niso bili bolni. Danes obstaja nekakšen kontinuum med invalidnostjo, boleznijo in polnim stanjem blagostanja, do te mere, da lahko celo živimo v stanju blagostanja, če smo invalidi in/ali bolni, uspevamo kompenzirati bolezen ali invalidnost in živeti popolnoma srečno s tem. In tako, da, vprašanje avtonomije, in v določeni meri samopomoči, tistega, kar od bolnišnice imenujemo „bolniki“, vendar so tudi starši, državljani, zaposleni, aktivisti, upokojenci itd., je postalo pomemben izziv. Ne zato, ker bi vedno imeli znanstveno znanje o svoji bolezni in farmakologiji, da bi se samoučili, ampak vsaj, da bi lahko pridobili avtonomijo glede kroničnosti bolezni, da ne bi nenehno odvisni od tedenskega obiska pri zdravniku, da bi vedeli, ali vzeti 1 ali 3 tablete. Nasprotno, prav tako vidimo tveganje avtonomizacije in odgovornosti, ki

Moja zadnja opazka je, da Sredozemlje ima izjemno lastnost, da zadeva populacije, ki živijo v zelo različnih političnih in socioloških okoljih. Menim, da to ustvarja navdušujočo kolektivno problematiko med ljudmi z zelo različnimi zgodovinami, soočenimi z istim podnebnim izzivom. To je dober izgovor za povezavo med demokratičnimi, političnimi in družbenimi vprašanji ter okoljskimi izzivi. Včasih to ni tako, ko ste v bolj homogenih skupnostih, ki se soočajo z istim podnebnim tveganjem.

B.M.: Kako se APHM vključuje v te družbene izzive, zlasti pri organizaciji dostopa do oskrbe za najbolj ranljive? Ali obstaja posebna pozornost, posebne ureditve, ki so bile vzpostavljene?

F.C.: Zame je ključno, da ima APHM zavest o svojih odgovornostih kot **javna služba**. Pomembno je, da se vsi zavedajo pomena zdravstvenih neenakosti in znotraj teh neenakosti dostopa do zdravstvenih storitev; dostop do zdravstvenih storitev ni edini vzrok za neenakosti, vendar k temu prispeva. Sem spadajo tudi preventiva, izobraževanje in spremljanje bolezni. Javna zdravstvena služba in še posebej javna bolnišnična služba ima odgovornost, da se loti tega vprašanja. Morda se zdi očitno, vendar v resnici ni. Na primer, Pomočnica javnih bolnišnic v Marseillu, nasprotno od tega, kar njeno ime nakazuje, ne vključuje med svoje naloge javne pomoči in zmanjševanja zdravstvenih neenakosti... Naše naloge so zdravljenje, izobraževanje in raziskave. To pomeni, da ni intrinzično, in preko zakonov, ki urejajo bolnišnice in zdravstveno zakonodajo, ni odgovornosti za vprašanje neenakosti. To ni samoumevno in včasih nam je to celo zanikano: domnevno bi to spadalo pod primarno zdravstveno oskrbo ali svobodno zdravstvo. Zato je zame prva pomembna stvar ponovno poudariti jasno in glasno, tako navzven kot navznoter, da je to ena od prioritetenih tem, enako kot organizacija obravnave redkih bolezni, pediatrične nujne primere, presaditev organov ali dostop do nujnih primerov 24 ur na dan, itd. To pomeni, da je to vprašanje, ki nas zavezuje.

Druga pomembna točka: treba je sodelovati ali podpirati tiste, ki to že počnejo. In zato je potrebno graditi konstruktivne odnose z nevladnimi organizacijami, svetom liberalcev, osnovnozdravstveno službo, službami za zaščito materinstva in otroštva itd. Vsaka služba APHM je v stiku z okoljem na posebnem terapevtskem področju, za katerega je odgovorna. Na primer, izboljšanje dostopa do somatske oskrbe invalidov v institucijah. To je tipičen primer sodelovanja med zdravstveno in socialno-sektorskimi sektorji.

In nato tretjič, ko ni ničesar, mora obstajati javna služba. To je bistvo tega, kar naj bi javna služba bila. In ko opazimo, da v severnih predelih Marseilla zaradi pogojev dela, stanovanja, medicinske demografije itd. ni več ponudbe zdravstvenih storitev, mora to storiti javna služba. To smo naredili s tem, ko smo ustvarili in razvijali zdravstvene centre v revnih predelih Marseilla. Enako mora biti tudi v področju izobraževanja, prometa ali drugih področjih... Gre za zagotavljanje in prevzemanje interne in eksterne ozaveščenosti, da ima javna bolnišnica tudi nalogo boja proti neenakostim v zdravju in odgovarjanja na izzive enakosti dostopa do zdravstvenih storitev: dejansko s širjenjem struktur, ki omogočajo dostop do zdravstvenih storitev na mestih, kjer jih ni.

B.M.: Ali se to na primer uresničuje v sodelovanju na platformah javnih storitev, ki se oblikujejo v različnih predelih Politike mesta?

F.C.: Fizično ne. Vendar pa sodelujemo v mreži z drugimi javnimi službami, z vsemi, ki prispevajo k dostopu do pravic za paciente, za obravnavo ljudi v drugačnih okoljih: šolsko zdravje, zdravje pri delu, PMI, ustanove za starejše, zdravstveno-socialne ustanove, izobraževalno-medicinske inštitute ali določene zasebne zdravstvene centre... Sodelujemo tudi z vsemi službami za mladoletnike v stiski, z upravo za prestajanje kazni...

Ali APHM in njegove službe izvajajo ukrepe v smeri okoljske tranzicije in ciljev trajnostnega razvoja?

F.C.: Ko gre za vprašanje okoljske tranzicije, morda nisem največji strokovnjak. Lahko bi vam dali bolj specifične primere, ampak delno je odgovor da, predvsem kar zadeva izobraževanje. Na primer, danes imamo spodbude - in v nekaterih primerih že postajajo obveznosti - za izobraževanje državnih uslužbencev, s katerimi je povezana bolnišnična javna uprava. Tako da so nekateri med nami lahko sodelovali na takšnih izobraževanjih. Vse je zelo

sveže, komaj nekaj let, zato so izobraževanja še v fazi razvoja. Visoka šola za javno zdravje zdaj izvaja programe za izobraževanje mladih vodstvenih kadrov v bolnišnični javni upravi o okoljskih vprašanjih. Poleg tega imamo prečne izzive, povezane z regulativnimi zahtevami glede odgovornih nakupov, obveznosti izdelave načrtov mobilnosti enako kot vsi delodajalci. Ni več nič manj.

Émilie Garrido-Pradalié: Sistematično, ko predložimo projekt, na primer na evropski ravni, se zavežemo k svoji družbeni in okoljski odgovornosti: to je nujen del pričakovanj glede enakopravnosti med spoloma ali dostopa do zaposlitve, znotraj podjetja...

Na tej domeni sodelujemo s podjetjem France Travail pri zagotavljanju zaposlitve najbolj oddaljenim skupinam. Sprejemamo mlade, ki sodelujejo v programih ministrstva za delo za poklicno vključevanje.

Lahko rečemo, da smo še na začetku, ne pa zavedanja, ki je že prisotno in včasih zelo močno med našimi ekipami, ampak strukturiranja ukrepov za prehod v okolju prijazno delovanje.

BM: Ali so javnozdravstvene politike, ki jih izvajate skupaj s svojimi ekipami, povezane na lokalni ravni z dejavnostmi zasebnega zdravstvenega sektorja?

F.C.: Najprej želim povedati, kot previdnostni ukrep, a na močan način, da dodajanje pripomb, ki jih bom takoj izrazil, ne zmanjšuje prizadevanj številnih posameznikov, ki so zelo vpleteni, in, z nekaj izjemami, nekaterih institucij, ki so še posebej motivirane glede vprašanj solidarnosti, sprejema revnih in obravnavanja neenakosti. Ko enkrat to poudarimo, je treba opaziti, da se resničnost liberalnega sveta in njegovo razvoj ne giblje v smeri povezovanja ukrepov javnega in zasebnega sektorja. Lahko bi rekli, da javne politike same včasih sledijo logiki liberalizma - po modelu financiranja ali pavšalnem zaračunavanju - in so se oddaljile od tistega, kar je bilo še pred nekaj desetletji del dobrodelnih del. Po drugi strani zasebni sektor včasih prevzema nekatere naloge javne službe: na primer, dežurstva za dostop do zdravstvene oskrbe v nekaterih klinikah; ali bistvena prisotnost zasebnih zdravnikov v težavnih četrtih... Prav tako, vprašanje pomoči za stanovale preko AME je tudi, da se ohrani ponudbo zdravstvene oskrbe za tujce zunaj samo javnih bolnišnic. In ne, osrednje vprašanje, ki smo ga omenjali že od začetka v zvezi s sprejemom, gostoljubjem, javna služba zagotovo nima izključne pravice. Toda razvoj struktur, ekonomskih modelov ipd., pomeni, da je danes glavni zagotovitelj prav tega.

Kot generalni direktor APHM, nisem pod pritiskom nasprotujočih ukazov. Odgovarjam na eni strani strokovnjakom APHM, ki sami odgovarjajo na paciente, na drugi strani pa odgovarjam politični moči, najprej prek svoje nadzorne oblasti in nato prek nadzornega sveta, sestavljenega predvsem iz izvoljenih predstavnikov. Nikoli ne odgovarjam ljudem, ki imajo ekonomsko korist pri razvoju javne pomoči. To ni isto za zasebno strukturo, ki se mora odzvati tudi tistim, ki vlagajo in včasih zelo daleč od političnih vprašanj, včasih tudi od marsejskega ozemlja.

Nasprotno, tam, kjer je javna politika zatajila, je to v segmentaciji prejemnikov, v režimu z dvema hitrostma, kar ima dvojni učinek. Prvič, usmerjanje zasebnega sektorja v dobičkonosnost, ki mu omogoča vlaganje v boljše hotelske pogoje v primerjavi s sektorjem javnega sektorja; imeti prostore v boljšem stanju ali bolje plačati svoje zdravnike za ene ali ustvariti več dobička za investitorje, za druge...

Na srečo smo v svetu univerzitetnih kliničnih centrov zelo malo v konkurenci s privatnim sektorjem. Kljub temu je UKC obdržal določen monopol pri zelo specializiranih referenčnih dejavnostih. Poleg tega še vedno opravljamo tudi dejavnosti na lokalni ravni. Dodaten plus je,

da je medicinska izobrazba izključno javna izobrazba: francoska univerza je obdržala monopol. Torej imamo določeno število elementov za stabilizacijo in ohranjanje javnih storitev. Vendar pa je segmentacija prejemnikov med javnim in zasebnim sektorjem pravi, potencialno usoden, dolgoročen tveganje za javni sektor in zato za njegove prejemnike.

#4 Mednarodna partnerstva in obravnava migrantov in beguncev

Bernard Mossé : Ali javna zdravstvena služba bolnišnic v Marseillu (APHM) izvaja zdravstvene diagnostične ukrepe, zlasti na področju okoljsko zdravje, izven francoskega ozemlja, v sredozemskih državah ali drugje po svetu? Ali razvija mednarodna partnerstva v tej smeri?

François Crémieux : Da. Obstaja cela vrsta programov sodelovanja med ekipami APHM in tujimi ekipami, vendar ne nujno na področju okoljsko zdravje. Trenutno je velika delegacija v Senegal, v Dakaru, za en teden, na temo nasilja nad ženskami. To je delegacija, ki jo je sprožil oddelek za ginekologijo in porodništvo bolnišnice Conception (Marseille/APHM) in *Maison des Femmes*. Druge ekipe se ukvarjajo s srčno kirurgijo v Dominikanski republiki ali ortopedsko kirurgijo v Vietnamu...

Émilie Garrido-Pradalié : Okoljsko zdravje redko predstavlja glavno os. V Dakaru je na primer glavni izziv dostop in upravljanje higienskih zaščit za ženske. Torej, to je hkrati ekonomski izziv, izziv dostopa do zdravstvenih storitev in, z druge strani, okoljski izziv glede ravnanja z odpadki.

François Crémieux : Najprej, naše zavedanje o okoljsko zdravje je kljub temu še razmeroma novo, še ni strukturirano v naših institucijah. Poleg tega, žal, obseg dela znotraj verjetno zaseda vso razpoložljivo pasovno širino. Učinkovita akcija bi zahtevala podporno inženirstvo za identifikacijo projektov, ki bi nam omogočili deliti izkušnje, hitreje napredovati na nekaterih področjih itd. Mislim, da bi se v resnici lahko veliko naučili, tudi o zelo tehničnih temah, kot je na primer gradnja bolnišnic v državah Globalnega Juga. Imamo se veliko naučiti o podnebni odpornosti, bodisi glede temperature, vročine ali mraza, z arhitekturnimi tehnikami, ki niso naše, včasih celo nasprotne našim regulativnim načelom.

Vsekakor bi bilo zanimivo raziskati to vprašanje. Ampak, da vam odgovorim, danes nimamo projektov mednarodnega sodelovanja na področju okoljsko zdravje. Verjetno pa, ko se spet srečamo čez dve leti, jih bo, ker so to med nastajajočimi temami.

BM : Poudarili ste pomen mednarodnega sodelovanja in soustvarjanja na področju zdravja, vendar kaj pa obravnava tujcev v Franciji, naša politika

sprejemanja in naši gostiteljski mehanizmi ; pojem, katerega etimologija dobro prikazuje bližino z namenom bolnišnice.

Ali lahko najprej naredimo pregled zdravstvene politike Francije do tujcev, ki je trenutno aktualna zaradi morebitne ponovne obravnave AME (medicinska pomoč države, ki tujcem v nezakonitem statusu omogoča dostop do zdravstvenih storitev) ?

F.C. : Prva stvar, ki jo je treba povedati, je, da **je zdravstvena politika do tujcev v Franciji dobra in razumna**. Govorim za danes in zato jo je treba zaščititi in ohraniti.

Po eni strani je dobra, ker na splošno zadeva skoraj vse tujce, ne glede na njihov status, zakonit, nezakonit, v tranzitu itd. Mislim, da gre za neko osnovno človečnost, da želimo tistim, ki nas obkrožajo, enako kakovost oskrbe, kot bi si želeli zase ali za svoje bližnje. Na splošno danes francoski sistem zagotavlja vse zdravstvene storitve vsem. Seveda pa obstajajo nekateri pomisleki : AME je omejen paket storitev, ki izključuje na primer zobozdravstvene storitve...

To je oskrba, ki zagotavlja lepo gostoljubje in je hkrati razumna tako glede narave storitev kot tudi glede pogojev sprejema. Na finančni ravni je treba omeniti, da je za AME v letu 2024 predvidenih približno 1,1 milijarde evrov, na spominsko skoraj 250 milijard zdravstvenih izdatkov v Franciji : to je manj kot 0,5 %. Predlagane omejitve bi znižale izdatke z 1,1 milijarde na 900 milijonov evrov. Z drugimi besedami, to je politična tema, preden postane finančna. To je razlog, zakaj menim, da je treba zaščititi ta sistem. Ne toliko zaradi stroškov, ampak ker je v središču tega, kar oblikuje gostoljubje. In da je tveganje, da izgubimo naše vrednote in ne denar. Morda je to nekoliko poenostavljeno, vendar je to tema... .

BM : Tudi če, bolj cinično, je to tudi vprašanje javnega zdravja za vse.

F.C. : Da, prav imate. Vendar je vedno bolje preprečiti kot zdraviti. Bolje je zdraviti zgodaj kot pozno. Bolje je na primer poskrbeti za nosečnico v dobrih pogojih. Ali zdraviti celotno populacijo za nalezljive bolezni... Ampak tudi, če gremo na to področje, je to v resnici že vstop v razpravo, kako bi to rekel, utilitaristično. To je predvsem mehanizem, ki gradi del naše človečnosti, ker so to naše kolektivne vrednote, ki jih nosimo. Predstavljajmo si trenutek, da se zavedamo, da so storitve, ki jih nudimo, nekoliko dražje od storitev, ki se jim izogibamo. Ali bi to ogrozilo AME? Glavno vprašanje je: kaj želim za svojega bližnjega in kaj bi želel zase, če bi prečkal Sredozemsko morje v nasprotni smeri ? Ali bi želel varčevati glede na to, kako bi me sprejela država Globalnega Juga, mene, moje bližnje, mojo družino, moje starše ? Ali pa menim, da so v temelju človečnosti, od začetka časov, kot pravijo antropologi, sprejemamo svojega bližnjega in poskušamo poskrbeti zanj po najboljših močeh, celo tako dobro, kot bi poskrbeli za svoje.

To je tisto, kar predstavlja del moje osebne zaveze, pa tudi tisto, kar verjetno predstavlja velik del kolektivne zaveze 18.000 ljudi, ki delajo v javni zdravstveni službi.

BM : Prej smo govorili o morebitni specifičnosti Sredozemlja. To je danes najbolj obremenjen prehod migrantov na svetu, hkrati pa tudi najbolj smrtonosen, saj je uradno 30.000 od njih umrlo v zadnjih desetih letih, verjetno pa jih je v resnici 60.000. Žalosten rekord, povezan s tem, kar imenujemo kriza migrantov, ki je v resnici kriza sprejemanja migrantov. Ali APHM uvaja posebne mehanizme za begunce iz Sredozemlja ali drugod ?

F.C. : Da. Najprej obstajajo mehanizmi splošnega prava. Na stalnih točkah dostopa do zdravstvenih storitev, ki omogočajo ljudem, ki nimajo pravic, vendar bi jih lahko imeli, da gredo v bolnišnico, da koristijo zdravstvene storitve in storitve socialnih delavcev za odprtje pravic. Ta primer ustreza tako ekipam, mestom kot organizaciji.

In poleg tega, verjetno zaradi specifičnosti tako marsejskega kot sredozemskega okolja, so ekipe razvile izjemne mehanizme, zlasti za nepremožene mladoletnike, migrante, ki živijo na ulici ali v zavetiščih, odvisnike, prav tako na področju duševnega zdravja, o katerem smo že govorili, ali psihiatrije oseb, ki živijo na ulici, med katerimi je kar nekaj v tranzitu ali migraciji, ali pa so zdaj dolgoročno priseljeni v Marseillu. Tako so se rodile naloge, ki so v resnici izhajale iz potrebe po zadostitvi nezadostnim potrebam, po stanovanju, varnosti žensk... Mehanizmi, ki so posebej razviti v Marseillu.

BM : Uvedeni s strani APHM ali v povezavi z drugimi službami ?

É. G-P. : Obe. Včasih je to pobuda APHM. Lahko so to organizacije, kot so *Médecins du Monde*. Obstajajo ekipe psihiatrov, ki so vključene v projekt MARSS (Gibanje in akcija za zdravstveno in socialno okrevanje), ki je ekipa zelo vključena v psihiatrijo na ulici in je pobuda APHM, ki je zelo povezana z organizacijami, ki prav tako prispevajo k podpori ljudi na ulici, prav tako *Maison des Femmes*, ki se ukvarja z vsem nasiljem nad ženskami, vključno z bourgeoisie marseillaise, vendar se prav tako nanaša na ženske v okviru migracijskih poti, pri čemer je tukaj, v Maternité de la Conception, še posebej pomembno število žensk, ki so nedavno prišle v Francijo, da bi rodile. *Maison des Femmes* prav tako prispeva k njihovi oskrbi na socialnem, zdravstvenem in stanovanjskem področju itd. Torej, to sta obe: pobude ekip APHM ali iz sveta nevladnih organizacij...

F.C. : To je rezultat številnih individualnih ali kolektivnih pobud s strani služb, pri čemer imamo srečo, da imamo ekipe, ki so spontano pripravljene organizirati takšne mehanizme in katerih vprašanje je bolj, ali smo sposobni podpreti jih z sredstvi in zlasti s časom, da to lahko storijo. Vendar pa večina ekip nosi projekte, bodisi na področju pediatrije, ginekologije in porodništva, psihiatrije, nujne medicinske pomoči itd. Menim, da obstaja mobilizacija, emulacija in spontanost angažma na teh vprašanjih, ki je ne najdemo nujno na drugih področjih, kot so okoljska vprašanja. Na področju solidarnosti obstaja spontanost, ker obstaja kultura in zgodovina, ki sta verjetno zelo močni. In ki sta seveda povezani z resničnostjo vsakdanjega življenja velikega dela pacientov, ki

jih naše ekipe obravnavajo... bodisi zdravniki, negovalci, medicinske sestre ali administrativni vodje.

#5 Projekt NAVIRE-AVENIR: ladja-bolnišnica za reševanje na morju

BM : Vrnimo se k vprašanju gostoljubnosti. APHM sodeluje v obsežnem projektu, ki sem ga lahko spremljal nekaj časa v imenu naše asociacije NEEDE Méditerranée, zahvaljujoč Émilie: projekt NAVIRE-AVENIR, ustvarjanje ladje-bolnišnice za reševanje migrantov na Sredozemskem morju.

F.C. : Za začetek bi rad povedal, da je naše sodelovanje predvsem vprašanje duše.

Preden govorimo o gradnji ladje, moramo govoriti o našem sodelovanju v ideji, ki vodi to gradnjo. Na to zelo poudarjam. Samo dejstvo, da smo sposobni oživiti idejo o gradnji ladje, ki bi bila namenjena skrbi za migrante na morju, bi lahko bilo v določeni meri dojet kot izguba časa. Še posebej s strani tistih, ki se danes ukvarjajo z reševanjem. Ali je res nujno razmišljati o ideji simbolične ladje ali flote simboličnih ladij? Pripomnili ste na desetine tisoč mrtvih na Sredozemskem morju. Ali ni nujno rešiti čim več ljudi čim prej in čim hitreje, in torej posvetiti vso našo energijo in denar tej nalogi? Brez dvoma. Ampak treba je tudi nadaljevati z oživljanjem ideje, da bi lahko spremenili razmere in poskrbeli, da reševanje na morju ne bi bilo zgolj nujno reševanje z razpoložljivimi sredstvi... Ampak da bi v soočenju s temi dramami angažirali tisto, kar nam je ostalo od človečnosti. In tako je naš prvi prispevek, da oživimo idejo, da je gradnja ladje ali flote več kot le dejanje reševanja, ampak delo na ideji kontinuitete človeških dejanj med prihodom na ladjo in prihodom na kopno.

BM : V duhu Mednarodne konvencije (Sarr, 1979), ki nalaga marinarjem dolžnost ne le, da pomagajo ljudem v stiski, temveč tudi, da jih "pripeljejo na varno" ...

F.C. : ... da jih pripeljejo na varno, ja, ampak to se začne že s pozdravnim dejanjem, načinom, kako je ta plovilo identificirano na morju s strani ljudi, ki so na zodiaku nekaj sto metrov stran. Ampak potem so to prvi stiki, prve izmenjave besed, prva hrana, ki jo zaužijejo, in nato izkrcaje. Kje in kako to poteka? Ampak tudi administrativna vprašanja o dostopu do pravic, kako kontaktirati svoje bližnje, kako pridobiti SIM kartico, in kaj vem še ... Gesti gostoljubnosti se začnejo na palubi ladje. Ampak za ljudi, ki so sprejeti, moramo organizirati določeno kontinuiteto z upoštevanjem tega, kar se je zgodilo pred prihodom na ladjo in tega, kar se bo zgodilo po. Omenili smo prej *Hišo žensk*: ena od značilnosti, ki jo opisujejo številni akademiki in aktivisti, je skoraj sistematična nasilnost, ki jo doživljajo ženske na njihovi migracijski poti; pot, ki lahko traja več let in kjer so ženske še posebej žrtve.

In tako je specifična skrb za to vprašanje prav tako pomembna kot samo reševanje.

Projekt mora tako upoštevati vse vidike reševanja v kontinuiteti od reševanja na morju do sprejema na kopnem.

É.G-P. : To se odraža v tistem, kar se lahko zdi podrobnosti, kot so simboli, ki obkrožajo ladjo, naj bo to njen dizajn, njen zastav, njena signalizacija ... To so vprašanja, ki so na koncu prav tako pomembna kot sama gradnja objekta. Obstajajo umetniki, ki so sodelovali pri oblikovanju ambulante, dietetiki, ki so delali na hrani na krovu, tehniki, ki so delali na energijskih tokovih, potrebnih na ladji, itd..

BM : Uspeval sem spremljati razvoj tega projekta NAVIRE-AVENIR v zadnjih mesecih, zahvaljujoč Émilie. Kje smo zdaj? Ali obstaja upanje, da se bo uresničil v naslednjih letih?

F.C. : To ni razumljivo upanje. Ideja o realizaciji tega objekta je verjetna in upam celo, da bom nekoč videl, da jih bo zgrajenih več. Tukaj vstopamo v zelo operativne logike, tako finančne, gradbene, arhitekturne itd. Imati to perspektivo v mislih je nujno, da oživimo idejo. Med idejo in njeno realizacijo je treba najti nekaj deset milijonov evrov. V vsakem primeru, nositi ta projekt ima smisel le, ker se lahko ideja uresniči. Zdaj, kakšna je verjetnost, da se bo dejansko uresničila? Ne vem. Odgovor na vaše vprašanje je torej po definiciji, da.

BM : Lahko povzamem z citatom Gramscija: pessimizem razuma, optimizem volje?

F.C. : Pessimizem razuma, ne. Optimizem volje, ja, ker brez volje ne bo delovalo. Na ta dan, finančni sprožilec, nekaj deset milijonov evrov, še ni bil najden. Ampak sem prepričan, da bi morali biti to nesporna tema. Jaz se ukvarjam z javnimi financami. Proračun javnega zdravstva je 1,9 milijarde evrov. In sem navajen ravnati s temi številkami: sem računovodja denarja za oskrbo Marsejcev s strani njihove javne zdravstvene službe. In tako se gibljem med trenutki, ko na eni strani opazujem razprave o proračunu danes, kjer se igramo s številkami zelo bogate države, in na drugi strani, vidim številke, ki se zdijo smešne v projektu Navire-Avenir ali pri delovanju bolnišnice. In včasih to niso niti nekaj deset milijonov evrov, ampak nekaj tisoč evrov, ki lahko manjkajo v oddelku javne zdravstvene službe, da bi kupili potrebno opremo. Smo v svetu, ki je politično omejen s prioriteta, ki jih kolektivno postavljamo. In verjetno projekt Navire-Avenir ni prva politična prioriteta trenutka v Franciji. Kljub temu smo zajeti v optimizem, če ne volje, pa vsaj akcije: to je optimizem gibanja.

In tako dejansko prispevamo k temu projektu, ker odmeva z vsem pogovorom, ki smo ga pravkar imeli o tem, kar utemeljuje kolektivno zavezo strokovnjakov APHM. Nismo vedno vsi enotni, mi 18.000 strokovnjakov APHM, glede našega odnosa do Sredozemlja, migracij, reševanja na morju. In zagotovo nimamo vsi

istih političnih mnenj. Ampak se zgodi, da imamo vsi skupno točko, da delamo v okolju, kjer je ta pozornost na najbolj ranljive osebe utelešena v poklicih, ki jih opravljamo. In še posebej za tiste, ki so v belih haljah v službah, kot sem jaz. Ampak, kljub temu, smo vsi zaznamovani s to utelešenjem neke oblike vere, dejanj človečnosti.

Projekt ustvarjanja ladje-bolnišnice za reševanje na morju in sprejem migrantov je lepa in globoka manifestacija tega.

Biografije

François Crémieux je visoki uradnik za zdravstvo, katerega pot je edinstvena in večplastna.



Diplomiral je iz ekonomije na univerzah Paris Dauphine in Lancaster (VB) ter iz javnega zdravstva na medicinski fakulteti Paris Diderot. Od junija 2021 vodi javno zdravstveno službo bolnišnic Marseille, APHM. Ima dolgo kariero kot direktor bolnišnice, ki ga je vodila od bolnišnice Clermont v Oise do bolnišnice Kosovska Mitrovica na Kosovu, preko funkcij svetovalca pri Marisol Touraine, ministrici za socialne zadeve in zdravje ter namestnika generalnega direktorja APHP pri Martinu Hirshu. Njegova zaveza se uresničuje v večplastnih dejanjih: prostovoljec v Bosni v devetdesetih letih, sredi vojne; član uredniškega odbora revije *Esprit* že dolgo časa; zagovornik bolnišnice v prvi vrsti za zmanjšanje socialnih neenakosti pri dostopu do zdravstvenih storitev..

Emilie Garrido-Pradalié je direktorica bolnišnice, odgovorna za inovacije v APHM. Diplomirala je iz teoretične in aplikativne ekonomije na univerzi Montpellier ter iz računalništva in informacijskih sistemov na šoli za rudarstvo v Alès. Svojo kariero je začela v javni službi v okviru Metropole Montpellier, ki jo je vodil Georges Frêche. V CHU Montpellier se je pridružila leta 2008, kjer je vodila dejavnosti sprememb v človeških, medicinskih in nemedicinskih virih, nato pa APHM, da bi vodila raziskave od junija 2018.



Bernard Mossé zgodovinar, odgovoren za raziskave, izobraževanje in usposabljanje v asociaciji NEEDE Méditerranée. Član znanstvenega sveta Fundacije Camp des Milles – Spomin in izobraževanje, za katero je bil znanstveni vodja in koordinator UNESCO katedre “Izobraževanje za državljanstvo, humanistične znanosti in konvergenca spominov” (Aix-Marseille Université / Camp des Milles).

Članki na spletu

Intervju v Marsactu, 2022:

[“AP-HM ne sme čakati, da najranljivejši pridejo k njej”](#)

Tribuna v Le Monde, 2023 :

[Osredotočanje na bolnišnico nas lahko pripelje do tega, da spregledamo prave izzive](#)

Članek v CAIRN, 2024.

Center za zdravje, ki ga vodi univerzitetna bolnišnica? Izkušnja univerzitetnih bolnišnic
Marseille Avtor Michel Rotily, François Crémieux, Olivier Gauche, Anne
Galinier, Johanne Menu

