INFERMIERËT
NJË ZË QË UDHËHEQ
SHËNDETI ËSHTË E DREJTË NJERËZORE

SHËNDETI ËSHTË E DREJTË E NJERIUT
QASJA, INVESTIMI DHE RRITJA EKONOMIKE

DITA NDËRKOMBËTARE E INFERMIERËVE
BURIMET DHE DËSHMITË

KËSHILLI NDËRKOMBËTAR I INFERMIERËVE

TABELA E PËRMBAJTJES

Mesazhi nga Kryetarja e KNI-së 3

Pjesa e parë: Shëndeti është e drejtë e njeriut 4

Sfida para nesh 4
E drejta për shëndet dhe fokusi i KNI-së për këtë vit 5
Elementet kyçe të qasjes së të drejtave në sistemin shëndetësor 6
Gjashtë elementet thelbësore të një sistemi shëndetësor efektiv të bazuar në të drejtat e shëndetit 8
Pse duhet infermierët të jenë të interesuar për të drejtën e shëndetit si një qasje ndaj kujdesit shëndetësor? 9

Pjesa e dytë: Shpalosja e kompleksitetit të qasjes në kujdesin shëndetësor 10

Këndvështrimi unik dhe intim i infermierit/es 10
Qasja në kujdesin shëndetësor: Ndërgjegjësimi dhe identifikimi i nevojave të paplotësuara 12
Qasja në kujdesin shëndetësor: Përmbushja e nevojave të ndryshme 15
Qasja në kujdesin shëndetësor: Disponueshmëria dhe shërbimet e lehta për t'u arritur 18
Qasja në kujdesin shëndetësor: Përballueshmëria e kujdesit 22
Qasja në kujdesin shëndetësor: Kujdesi i sigurt, cilësor 25
Qasja në kujdesin shëndetësor: Afati kohor i qasjes 28
Qasja në kujdesin shëndetësor: Kujdesi me njeriun në qendër 31

Pjesa e tretë: Investimi dhe rritja ekonomike 33

Sigurimi universal i shëndetit 35
Kujdesi me njeriun në qendër 38
Burimet njerëzore për shëndetësinë 42

Pjesa e katërt: Politika për praktikën-Praktika për politikën 47

Fjala përfundimtare 53

Referencat 54

Instituti i Evropës Juglindore për Politika Shëndetësore dhe Sociale

kolegji-heimerer
Arsim dhe Karrierë në Shëndetësi

Përpunimi Editorial: Dr. Naime Brajshori, PhD. Cand. Petrit Beqiri, MSc. Besarta Taganoviq
Përkthim dhe përshtatje: MSc. Besarta Taganoviq, PhD cand. Linda Ukimeraj, MSc. Aferdita Mustafa, MSc. Arta Dalipi, MSc. Albina Bytyqi, MSc. Blerta Kryeziu, MSc. Blertë Hyseni,
E drejta e botimi:
BPrAL Kolegji-Heimerer
Lagja Veternik, p.n.,Veranda D
info@kolegji-heimerer.eu
www.kolegji-heimerer.eu
Instituti i Evropës Juglindore për Politika Shëndetësore dhe Sociale
Sponzorim për printimin e 400 librave në gjuhën shqipe: Solidar Suisse

Sponzor i projektit: Howard Catton
Autorët: David Stewart, Erica Burton, Profesor Jill White (Pjesa e katërt)
Shtrirja dhe redaktimi: Lindsey Williamson, Julie Clerget, Violaine Bobot, Bethany Halpin, Marie Carrillo
Këshilltarë të veçantë: Profesor Sridhar Venkatapuram, Profesor Anne Marie Rafferty, Profesor Marla Salmon, Profesor Thomas Kearns
Komiteti Drejtues: Simon Hlungwani, Dr Kwua-Yun Wang, Sra Paola Pontoni Zuniga
Dizajni nga ACW acw.uk.com
Të gjitha të drejtat, duke përfshirë përkthimin në gjuhë të tjera, janë të rezervuara. Asnjë pjesë e këtij botimi nuk mund të riprodhohet në shtyp, me anë të mjeteve fotostatike ose në ndonjë mënyrë tjetër, ose të ruhet në një sistem rikthimi, ose të transmetohet në çfarëdo forme, ose të shitet pa lejen e shprehur me shkrim të Këshilli Ndërkombëtar të Infermierëve. Fragmente të shkurtra (më pak se 300 fjalë) mund të riprodhohen pa autorizim, me kusht që të tregohet burimi.
Copyright © 2018 nga KNI-Këshilli Ndërkombëtar i Infermierëve,
3, vend Jean-Marteau, 1201 Gjenevë, Zvicër
ISBN: 978-92-95099-4

MESAZHI NGA KRYETARJA E KNI-së

Këshilli Ndërkombëtar i Infermierëve (KNI) beson se shëndeti është e drejtë e njeriut. KNI është në ballë të avokimit për qasje në shëndetësi dhe infermierët janë çelësi për të ofruar këtë. Në të gjithë botën, ka individë dhe komunitete që vuajnë nga sëmundje për shkak të mungesës së një kujdesit të arritshëm dhe të përballueshëm shëndetësor. Por duhet gjithashtu të mos harrojmë se e drejta për shëndetin vlen edhe për infermierët! E dimë se përmirësimi i cilësisë dhe sigurisë për pacientët varet nga mjediset pozitive të punës për stafin. Kjo nënkupton të drejtën për një mjedis të sigurt të punës, kompensim adekuat, dhe qasje në burime dhe arsim. Duhet t'i shtojmë kësaj edhe të drejtën për t'u dëgjuar dhe të kemi të drejtën për t'u shprehur në vendimmarrje dhe zbatimin e zhvillimit të politikave!

Si zëri global i infermierisë, KNI do të vazhdojë të flasë me zë të lartë dhe të hapur. Në vitin 2018, KNI po e bën këtë me zë më të lartë dhe të fuqishëm se kurrë më parë. Pas temës së DNI-së për vitin 2018, Infermierët: Një zë për të udhëhequr, Shëndeti është e drejtë e njeriut, kjo pako paraqet prova bindëse që tregon se si investimi në infermieri çon në zhvillimin ekonomik; dhe si përmirësimi i kushteve në të cilat njerëzit jetojnë çon në shoqëri të bashkuar dhe ekonomi produktive. Për infermierët, Shëndeti është e drejtë e njeriut do të thotë që të gjithë njerëzit kanë të drejtën e qasjes në kujdes të përballueshëm dhe cilësor shëndetësor kur ata kanë nevojë më së shumti. Dhe ka infermierë që punojnë në mjediset e përditshme të kujdesit shëndetësor dhe në pozita me ndikim dhe vendimmarrëse që po e bëjnë këtë tani!

Le të bashkohemi, në këtë ditë ndërkombëtare të infermierëve, për të përjetuar së bashku se si infermierët po e transformojnë kujdesin shëndetësor dhe sistemet shëndetësore në mënyrë të tillë që asnjë person të mos mbetet prapa. Le t'i bashkojmë zërat tanë për të qenë një zë që prinë duke mbështetur një qasje të kujdesit dhe sistemet shëndetësore me në qendër njeriun dhe të sigurojmë që zërat tanë të dëgjohen duke ndikuar në politikat, planifikimin dhe sigurimin shëndetësor.
Në emër të të gjithëve në KNI, Gëzuar Ditën Ndërkombëtare të Infermierëve!

Annette Kennedy

Kryetare
Këshilli Ndërkombëtar i Infermierëve

PJESA E PARË:
SHËNDETI ËSHTË E DREJTË E NJERIUT

"Për mua, pyetja kyçe e Sigurimit Shëndetësor Universal është një çështje etike. A duam që bashkëqytetarët tanë të vdesin sepse janë të varfër? Ose miliona familje të varfëruara nga shpenzimet katastrofale shëndetësore, sepse nuk kanë mbrojtje financimi nga rreziku? Sigurimi universal Shëndetësor është e drejtë e njeriut."

–Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus (Drejtor i Përgjithshëm,[1]OBSH)

Sfida para nesh

Në qershor të vitit 2017, Dainius Puras, Raportuesi Special i Kombeve të Bashkuara paraqiti raportin e tij mbi të drejtën e secilit për të gëzuar standardin më të lartë të arritshëm të shëndetit mendor dhe fizik para Këshillit të të Drejtave të Njeriut të Kombeve të Bashkuara. Raporti u përqendrua në kujdesin e shëndetit mendor për të cilin Raportuesi arriti në përfundimin se "vetëm një 'ndryshim rrënjësor' do t'i japë fund viteve të neglizhencës në kujdesin e shëndetit mendor". Raporti potencoi se dekadat e shpërfilljes, abuzimit dhe dhunës kundër grupeve sociale të sfiduara përfshirë personat me aftësi të kufizuara intelektuale, kognitive dhe psikosociale kanë pësuar nga mungesa e kujdesit dhe mbështetjes ose marrjes së kujdesit që ishte joefikas dhe i dëmshëm.

Raportuesi Special i OKB-së deklaroi se "aty ku ekzistojnë sistemet e shëndetit mendor, ato janë të ndara nga kujdeset e tjera shëndetësore dhe bazohen në praktikat e vjetërsuara që shkelin të drejtat e njeriut". Ai gjithashtu beson se "politikat dhe shërbimet e shëndetit mendor janë në krizë - jo një krizë e mosbalancimi kimik, por e një mosbalancimi të pushtetit" - dhe kërkoi përkushtim të guximshëm politik, reagime urgjent të politikave dhe veprime të menjëhershme përmirësuese.

Ai beson se një nga arsyet për këtë, është dominimi i modeleve biomjekësore, me një varësi nga ilaçet, dhe dështim për të respektuar, mbrojtur dhe përmbushur të drejtën për shëndet. Trajtimet përqendrohen vetëm në patologji në dem të mirëqenies së personit në prizëm më të gjerë të jetës personale, sociale, politike dhe ekonomike.

[a]Raportuesi aktual i OKB-së është Dainius Puras, një psikiatër nga Lituania. Raportuesit e Veçantë dhe Ekspertë të Pavarur emërohen nga Gjenevë - bazuar në Këshillin e të Drejtave të Njeriut të OKB-së për të shqyrtuar dhe raportuar mbi një temë specifike të të drejtave të njeriut ose një situate të vendit. Pozitat janë tituj nderi dhe ekspertët nuk janë punonjës të OKB-së, as nuk paguhen për punën e tyre.

Raporti thekson madje faktin se politikat publike e lënë pas dore rëndësinë e parakushteve të shëndetit të dobët mendor si dhuna, mungesa e pushtetit, përjashtimit social dhe izolimit si dhe shkatërrimin (ndarjen) e komuniteteve, disavantazhet sistemike socio-ekonomike dhe kushtet e dëmshme në punë dhe në shkolla. Raporti arrin në përfundimin se qasjet që nuk mbrojnë mjedisin social, ekonomik dhe kulturor nuk janë duke dështuar vetëm për personat me aftësi të kufizuara; ato po dështojnë në promovimin e shëndetit mendor dhe mirëqenien gjatë gjithë jetës. Përmes shembullit të shëndetit mendor, Dr Puras tregon qartë se çështja fundamentale që kufizon aftësinë tonë për të arritur shëndetin për të gjithë është mungesa e qasjes me në qendër njeriun në shëndetësi. Pasi që shëndeti, përfshirë mundësinë për t'ju qasur kujdesit, është një e drejtë e njeriut, ne duhet të shkojmë përtej pikëpamjeve biologjike dhe patologjike të shëndetit. Ekzistojnë veprime politike, sociale, ekonomike, shkencore dhe kulturore që mund ta avancojnë shëndetin e mirë për të gjithë. Shëndeti i mirë varet nga qasja në ujë të pijshëm dhe të ushqyer të mirë, higjienë adekuate, arsim, shkallë të barazisë dhe lirisë në shoqëri dhe përcaktues tjerë themelorë të shëndetit.

Kushtet në të cilat njerëzit lindin, rriten, jetojnë, punojnë dhe plaken kanë një efekt mbizotërues mbi ngarkesën nga sëmundjet dhe humbjen e parakohshme të jetës. Pikërisht në këto raste, infermierja mund të ketë një efekt të thellë në mundësimin e perspektivës së shëndetit si e drejtë e njeriut. Historikisht, baza e praktikës së infermierisë është kujdesi për shëndetin dhe mirëqenien e individëve dhe komuniteteve. Baza filozofike e infermierisë është një qasje për shëndetin me njeriun në qendër.

> Ekziston një krizë morale tek trajtimi i shëndetit mendor. Kemi dështuar lidhur me të drejtat e njeriut në spitale në shumë vende
> –Prof. Vikram Patel

E drejta për shëndetin dhe fokusi i KNI-së për këtë vit

Pse KNI-ja është fokusuar në shëndetin si një e drejtë e njeriut? Ky fokus i gjerë mundëson infermierët të kuptojnë bazën filozofike të tërë punës sonë, qoftë kjo në promovimin e shëndetit, sëmundjes ose parandalimit të traumave, qoftë me ose në trajtimin akut dhe kronik. Kjo na mundëson të gjejmë efektet shëndetësore të përcaktuesit social të shëndetit si higjiena, ushqimi i duhur, strehimi i mirë, kushte të mira pune, arsimim, barazi dhe një mjedis i pastër. Roli i infermierisë në adresimin e pabarazive, praktikave diskriminuese dhe marrëdhëniet e padrejta të pushtetit në përcaktuesit shoqëror të shëndetit ishte fokusi i Ditës Ndërkombëtare të Infermierëve (DNI) 2017 ('Infermierët: Një zë për të udhëhequr – Arritja e Objektivave të Zhvillimit të Qëndrueshëm'). Kjo na mundëson gjithashtu të kuptojmë sistemin e kujdesit shëndetësor nga perspektiva me në qendër individin dhe komunitetin. DNI-ja e këtij viti bazohet në mesazhet e DNI-së 2017 të cilat tashmë janë duke eksploruar çështjet e qasjes në kujdesin shëndetësor dhe ndikimin e çështjeve të qasjes në rezultatet shëndetësore.

> Trajtimi i një sëmundjeje mund të jetë tërësisht jo personal; kujdesi i një pacienti duhet të jetë plotësisht personal.
> –Francis W. Peabody[5]

Sistemet shëndetësore janë një element thelbësor i një sistemi të shëndetshëm dhe shoqërie të barabartë. Kur shëndeti shihet si një e drejtë e njeriut, kërkohet nga ne që të ndërmarrim veprime dhe përgjegjësi për të mundësuar qasje në sistemin shëndetësor. Ky besim duhet të jetë themeli i një sistemi efektiv dhe përfitimet e kësaj do të rrjedhin përfundimisht drejt kah komunitetet dhe vendet. E drejta për shëndetin është më shumë se një frazë e kapur për punonjësit e shëndetësisë, grupet civile të shoqërisë dhe organizatat joqeveritare në një përpjekje për të ndryshuar botën në mënyrë pozitive. Në shumicën e rasteve, e drejta për shëndetin është një instrument ligjor që mund të përdoret për të mbajtur qeveritë dhe komunitetit ndërkombëtar përgjegjës. Mund dhe duhet të përdoret si një mjet konstruktiv për shëndetësor për të siguruar kujdesin më të mirë për individët, komunitetet dhe popullsinë.

UHC (Kujdesi Shëndetësor i Bashkuar - KSB) dhe si përkthehet në vende të ndryshme është shumë kontekstuale. Në thelb, askujt nuk duhet t'i mohohet qasja në standardin e duhur të kujdesit shëndetësor të vendit të tyre për shkak të statusit të tyre financiar, ku shërbimi shëndetësor i ofruar i thellon ata edhe më thellë në varfëri. Një perspektivë e të drejtave të njeriut në shëndet do të thotë se kudo që jetoni, mund të merrni kujdes shëndetësor për të ndihmuar për nevojat e juaja shëndetësore.

Në shtator 2015 **193 SHTETE ZYRTARISHT E MIRATUAN PLANIN PËR NJË BOTË QË E DUAM** - të drejtën për shëndetin pa pengesa financiare.[7]

SË PAKU 400 MILIONË NJERËZ NË NIVEL GLOBAL JU MUNGON QASJA në një ose më shumë shërbime shëndetësore esenciale.

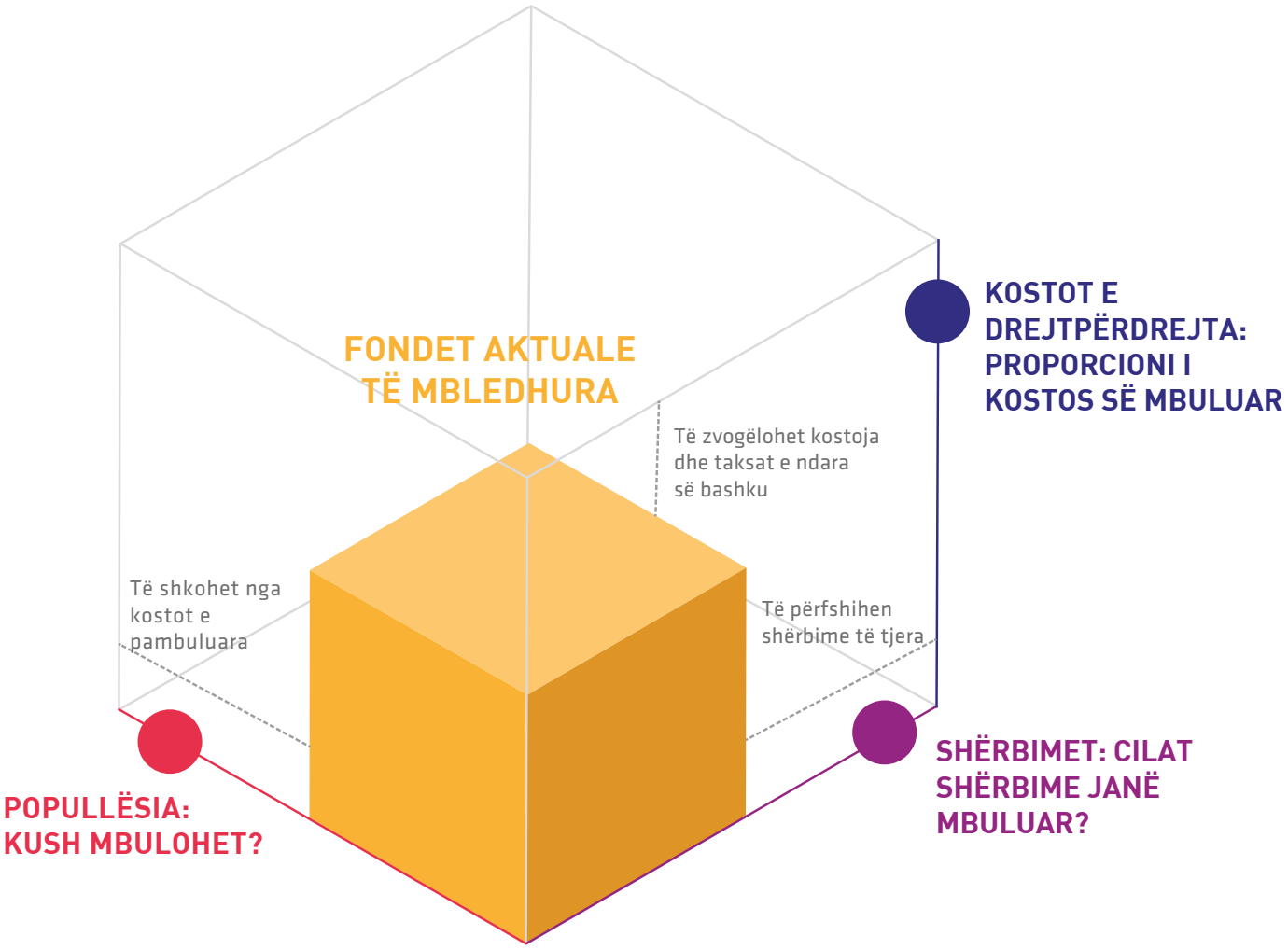
ÇDO VIT 100 MILION NJERËZ BIEN NË VARFËRI duke paguar shërbimet esenciale .[7]

Mesatarisht, rreth **32% SHPENZIMEVE PËR SHËNDETËSI TË ÇDO VENDI** vie nga pagesat incidentale.[7]

40% TË POPULLSISË BOTËRORE i mungon mbrojtja social.[8]

NEVOJITET NJE MINIMUM PREJ US$44 PËR PERSON NË VIT për të siguruar shërbimet bazë shëndetësore për shpëtimin e jetës: 26 vendet anëtare të OBSH-së shpenzuan më pak se kjo në 2011.[8]

Figura 1: Tri dimensionet e OBSH-së për tu marrë në konsideratë kur shkohet drejt mbulimit universal.[9]



Elementet kyce për qasje në sistemin shëndetsor

Një bërthamë themelore e të drejtës për shëndetin dhe arritjen e standardit më të lartë të mundëshëm të shëndetit është një sistem shëndetësor efektiv dhe i integruar që përfshin kujdesin shëndetësor i cili është në interes të determinantëve të shëndetit.
Ky sistem shëndetësor gjithashtu duhet të jetë i përgjegjshëm për prioritetet lokale dhe kombëtare dhe të jetë i arritshëm për të gjithë. Kur kjo të arrihet, atëherë themelet janë të vendosura në vend për një shoqëri të shëndetshme dhe të barabartë.

Figura 2: Parimet e përgjithshme të një sistemi shëndetësor bazuar në të drejtën për shëndetin [10]

REZULTATET DHE PROCESET

Ka të bëjë me faktin se si punon sistemi shëndetësor dhe si bëhet (d.m.th. transparent, participues dhe pa diskriminim).

I DUHUR NGA ASPEKTI KULTUROR

Një sistem shëndetësor duhet të respektojë dallimet kulturore.

REALIZIMI PROGRESIV

E drejta për standardet më të larta të arritshme të shëndetit është subjekt i realizimit progresiv dhe disponueshmërisë së burimeve. Me fjalë të tjera, një sistem shëndetësor gjithëpërfshirës, i integruar nuk mund të ndërtohet brenda natës. Megjithatë progresi duhet të ndodhë dhe të matet karshi standardeve.

PAANSHMËRIA, BARAZIA DHE MOSDISKRIMINIMI

Një sistem shëndetësor duhet të jetë i arritshëm
për të gjithë pa diskriminim duke
përfshirë ata që jetojnë në varfëri, pakicat, popujt indigjenë, gratë, fëmijët, njerëzit me nevoja të vecanta dhe të moshuar, etj.

PËRCAKTUESIT E SHËNDETIT

Shëndeti i individëve dhe komuniteteve kërkon më shumë se
kujdesi shëdetësorë. Ai nënkupton edhe adresimin e përcaktuesve të shëndetit.

CILËSIA

Shërbimi shëndetësor duhet të jetë i një cilësie të mirë me qasje në barna esenciale. Cilësia vlerësohet edhe në atë se si pacientët trajtohen brenda sistemit shëndetësor.

QASJA GJITHPËRFSHIRËSE ME NJERIUN NË QENDËR

VAZHDIMËSI E KUJDESIT

Duhet të ekzistojë një përzierje e përshtatshme e shërbimeve primare, sekondare dhe terciare që ofrojnë një vazhdimësi të parandalimit dhe kujdesit. Kjo gjithashtu përfshin proceset e përshtatshme të referimit.

KOORDINIMI

Një sistem shëndetësor efektiv kërkon koordinimin mes sektorëve të ndryshëm dhe departamenteve të tilla si shëndeti, mjedisi, uji, transporti etj. Koordinimi duhet të shtrihet nga
bërja e politikave deri te ofrimi aktual i shërbimeve.

BASHKËPUNIMI NDËRKOMBËTAR

Bashkëpunimi global kërkohet për 'të mirën publike globale'. Kjo mund të përfshijë kontrollin e sëmundjeve infektive, shpërndarjen e hulumtimeve shëndetësore dhe iniciativat rregullatore ndërkombëtare. Kjo mund të nënkuptojë mos-cënim të vendeve fqinje dhe mbështetje e vendeve me të ardhura të ulëta.

BALANCIMI I MREKULLUESHËM

Ndonjëherë ka konkurrencë mes nevojave të ndryshme. Këto duhet të konsiderohen në kontekstin e tyre. Nuk ka gjithmonë përgjigje të duhura për pyetje të vështira, veçanërisht në një mjedis me burime të kufizuara.

MONITORIMI DHE LLOGARIDHËNIA

Të drejtat nënkuptojnë detyra dhe detyrat kërkojnë llogaridhënie. Llogaridhënia përfshin monitorimin e sjelljes, performancës dhe rezultateve.

DETYRIMET LIGJORE

E drejta për standardet më të larta të arritshme të shëndetit krijon obligime ligjërisht të detyrueshme përfshirë ato që përmenden këtu.

Në vitin 2007, Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) [11] përcaktoi një qasje të përgjithshme të së drejtës për shëndetësi nëpërmjet fuqizimit të sistemeve shëndetësore. Këto janë renditur në diagramin e mëposhtëm si gjashtë elemente thelbësorë të një sistemi shëndetësor funksional.

Figura 3: Gjashtë elementet kryesore të një sistemi shëndetësor funksional

Pse infermierët duhet të jenë të interesuar për të drejtën për shëndetin si një qasje në kujdesin shëndetësor?

Është e bazuar në dëshmi: E drejta për qasje shëndetësore në sistemet shëndetësore është e bazuar në dëshmi dhe është një mënyrë e dëshmuar e rëndësishme e përmirësimit të shëndetit dhe barazisë brenda një popullate. Qasja është thelbësore në sigurimin e strukturës dhe disiplinës përkitazi me qasjen e bërjes së politikave shëndetësore brenda një vendi dhe mundëson që qeveritë të jenë llogaridhënëse.

Çdo person ka vlerë të brendshme dhe shprehje të humanitetit: Shumë sisteme shëndetësore kanë një qasje historike për t'u udhëhequr nga "lart poshtë" kur kërkojnë efikasitet ekonomik. Individi nganjëherë humbet në këto qasje. Qasje të tjera janë udhëhequr më shumë nga perspektiva e sëmundjes sesa nga shikimi i personit si tërësi, trupi dhe mendja e të cilit janë të lidhura dhe i cili/e cila duhet të trajtohet me dinjitet dhe respekt. Historikisht, infermierët kanë pasur një këndvështrim gjithëpërfshirës të individit dhe personalitetit të tyre brenda komunitetit. Infermierët mund të prijnë duke mbështetur një qasje me njeriun në qendër në kujdesin dhe sistemin shëndetësor. Kjo e vendos mirëqenien e individëve, komuniteteve dhe popullatave në qendër të sistemit shëndetësor. Sistemi shëndetësor nuk mund të jetë teknokratik ose i larguar nga njerëzit të cilëve duhet t'i shërbejë.

Obligimi ligjor: Ekzistojnë një mori obligimesh ligjore në lidhje me të drejtën për një shëndetësi sa më të arritshme. Kjo do të thotë që qeveritë dhe sistemet shëndetësore kanë përgjegjësi për të siguruar një standard të caktuar të kujdesit për komunitetet dhe popullsinë.

Infermierët/et kanë një kontribut kyç për të bërë: Përderisa ligjet janë krijuar për të mbështetur të drejtën për standarde sa më të larta të arritshme shëndetësore, shumë organizata, institucione dhe qeveri po eksplorojnë se çfarë do të thotë kjo dhe si do ta vënë atë në praktikë. E drejta për shëndetin nuk është statike, por zhvillohet vazhdimisht krahas përparimit në fushat e shkencës dhe teknologjisë. Infermierët/et duhet të ofrojnë kontribut vendimtar në këtë proces pasi ata/o posedojnë arsyetimin shkencor, mbështetjen filozofike dhe afërsinë me pacientin, familjen dhe komunitetin.

Suksesi i KBI-së: përmes kujdesit me në qendër njeriun varet nga profesioni i infermierit/es që ofron një qasje transformuese në mënyrën se si konceptohet shëndeti dhe si ofrohet kujdesi shëndetësor. Kjo përfshin formimin dhe nxitjen dhe partneritetet me individët dhe komunitetet, me hartuesit e politikave, me qeveritë dhe profesionistët e tjerë të shëndetësisë për të modifikuar efektet e përcaktuesve social shëndetësor; për të konceptuar ofruesit e kujdesit shëndetësor si gjithëpërfshirëse të komunitetit; dhe për të zhvilluar dhe rritur modelet novatore të ofrimit të shërbimit shëndetësor.
Një qasje me njeriun në qendër, një sistem shëndetësor funksional, disponueshmëria e një fuqie punëtore të kualifikuar dhe adresimi i çështjeve të qasjes janë blloqet kritike të ndërtimit për Sigurimin Universal Shëndetësor. Pjesa e dytë shqyrton çështjet e qasjes në më shumë hollësi.

PJESA E DYTË:

SHPALOSJA E KOMPLEKSITETIT TË QASJES NË KUJDESIN SHËNDETËSOR

Nëse nuk angazhojmë konsumatorët, pacientët dhe anëtarët e familjes në procesin e kujdesit shëndetësor, ne nuk do të jemi efektiv në eliminimin e pabarazive dhe përmirësimin e shëndetit për të gjithë.

–Kalahn Talyor–Clark[14]

Pamja unike dhe intime e infermierëve

Nuk ka asnjë profesion tjetër që ndjek nevojat e njerëzve në periudhat më të rrezikëshme se sa infermierja . Marrëdhënia midis klientit dhe infermieres ofron një pamje unike dhe intime të jetës së atij klienti. Marrim si shembuj disa tregime të pacientëve nga jeta reale, të thëna nga infermierët. E diagnostifikuar në kohë me kancerin e gjirit, tragjedia e vërtetë e Amelisë është se ka humbur bashkëshortin e saj dy muaj para diagnozës së saj. Një vit larg nga dalja në pension, ai kishte refuzuar të shkonte në spital për të pyetur për dhimbjen në kraharor. Në vend të kësaj, ai tha se ishte vetëm dispepsi dhe u kthye në shtrat, për të mos u zgjuar përsëri. Dhimbja e Amelisë vjen më shumë nga humbja e burrit të saj se sa nga kanceri i saj.

Pranohet në spital për një trajtim tre mujor për një gjendje hematologjike, Jusufit iu dha një injeksion që ishte për një pacient tjetër, pa pëlqimin e tij. Kjo rrezikoi efektivitetin e trajtimit dhe kishe vonuar lëshimin e tij spitali. Jusufi është i zemëruar për mënyrën me të cilën spitali kishte trajtuar problemin dhe si e kishin njoftuar atë për gabimin. Jusufi gjithmonë qesh, por pas qeshjes, ai fsheh tmerrësisht frikë. Edhe pse ai kurrë nuk ka pirë duhan, ai është në fazën e 4-t të kancerit të mushkërive. Përkundër kësaj, Jusufi ende pranon çdo muaj kimioterapi që zgjat një javë. Tre ditë para secilit regjim të kimioterapisë, ai vuan nga sulme të tmerrshme paniku. Edhe kur kimioterapia hyn në trupin e tij, Jusufi nuk dëshiron asgjë më shumë, por të shqyej vijën dhe të shkoj në shtëpi, sepse ai e di që javën e ardhshme do të jetë sikur kimioterapia ka helmuar trupin e tij.

Beatrice ka humbur shumë peshë dhe është duke u dukur gjithënjë e më e dobët. Ajo dikur ishte një këngëtare, por forca në zërin e saj i ka humbur. Për shumë muaj ajo ka parë gjak në fecesin e saj. Beatrice është vendosur në listën e pritjes për një kolonoskopi. Lista është kaq e gjatë, saqë spitali ka rekomanduar që ajo të shkojë për trajtim në ndonjë institucion privat, por për të është e papërballueshme kjo mundësi dhe prandaj ajo pret. Pas dy vjetësh asaj i erdhi mundësia për të pasur kontrollën e saj. Gjatë një sesioni me studentët, mjeku qëndronte tek këmbët e shtratit të saj dhe i informoj se ajo ka kancer të fazës 4-t të zorrëve. "Ata po flisnin sikur unë mos të isha në dhomë ", thotë Beatrice. "Për ta isha vetëm një 'mostër' në krevat."

Më shumë se çdo profesionist tjetër shëndetësor, infermierët shpenzojnë të shumtën e kohës me pacientët dhe familjet e tyre dhe tregojnë njohuri nga storiet që kanë ndikim në shëndetin dhe mirëqenien e pacientëve. Gjithkush ka një histori dhe çdo tregim ka potencial për të përmirësuar sistemin shëndetësor dhe mundëson që individët dhe komunitetet të arrijnë standardin më të lartë të përmirësimit të shëndetit. Nga këto njohuri vjen fuqia për ndryshim. Hartuesit e politikave janë të distancuara nga kërkesat që e bëjnë një sistem shëndetësor efektiv dhe të përqëndruar tek njerëzit; për ta është kërkesë dytësore. Për infermierët, ajo është kërkesë primare e përditshme. E drejta për standardet më të larta të përmirësimit të shëndetit kërkon njohuri të infermierisë për t'u sfiduar me pengesat se si funksionon sistemi dhe se si mund të përmirësohet ai . (Më tej artikuluar në Pjesën Katër)

Qasja në kujdesin shëndetësor është një përcaktues kyç i asaj se sa mirë sistemi shëndetësor po përmbush nevojat shëndetësore të individëve dhe komunitetet. Është në qendër të vëmendjes se shëndeti është një e drejtë njerëzore dhe është themeli i Kujdesit Universal Shëndetësor dhe kujdesit të përqendruar tek njerëzit.

Për këtë botim KNI, 'qasjen' e përkufizohn si "mundësi për të arritur dhe për të marrë shërbimet e duhura shëndetësore në situata ku është perceptuar nevoja për kujdes.

Qasja ka të bëjë me atë që i'u mundësohet njerëzve që të bëjnë hapat e duhur për të qenë në gjendje të kontaktojnë ose të marrin kujdes shëndetësor si dhe të parashtrojnë kërkesat për nevojat e tyre si dhe këto nevoja të përmbushen. Kjo pikëpamje ka një kuptim si një 'qasjes' holistike pasi që ajo përfshin si përdoruesin edhe faktorët e ofrimit të shërbimit shëndetësor, në vend që ta shohin qasjen vetëm si një përballje.

Ky seksion do të shqyrtojë dimensionet e ndryshme dhe përcaktuesit e qasjes dhe si ndërveprojnë duke përdorur një kornizë dinamike (Figura 4) e zhvilluar nga Lesvesque, Harris, dhe Russell që e konsiderojnë aksesin si rezultat të një akumulimi të përvojave dhe rezistencave përballë individëve. Ky seksion ka për qëllim të zhvillojnë një kuptim më të mirë të kompleksiteteve që përbëjnë qasjen si dhe për të informuar infermierët në terren për t'ua bërë të mundur komunitetit infermieror që të informojnë efektivisht politikën që synon për t'u afruar nga Sistemi Universal Shëndetësor.

Figura 4: Një koncept kornizë e qasjes në kujdesin shëndetësorë.[15]

QASJA NË KUJDESIN SHËNDETËSOR:

Ndërgjegjësimi dhe identifikimi i nevojave të paplotësuara

Në vitin 2014, 422 milionë njerëz në botë kishin diabet i cili shkaktoi drejtpërdrejt më shumë se 1.6 milionë vdekje. Diabeti është një sëmundje e komplikuar dhe e kushtueshme kronike që prek pothuajse 1 në 11 njerëz në mbarë botën me shpenzimet globale prej 673 miliardë dollarësh amerikanë (12% e shpenzimeve globale shëndetësore). Përhapja e diabetit globalisht ka shpërthyer me rritje të shpejtë të numrit të të rriturve të diagnostikuar me këte sëmundje. Megjithatë, kuptimi i problemit nuk është realizuar plotësisht pasi shumë njerëz nuk janë në dijeni të kësaj ata madje kanë sëmundjen dhe kërkojnë trajtim.

Në Afrikën e Jugut, studiuesit besojnë se mbi 53% e tyre popullsia nuk është e vetëdijshme se ata kanë diabet. Nga ata të cilët janë diagnostikuar, mbi 80% nuk kanë nën kontrollë nivelin e shqerit në gjak dhe kanë nevoja të mëdha të paplotësuara. Ky problem nuk është unik në Afrikën e Jugut; është parë në të gjithë botën. Ka disa shkaqe për këtë shkallë të lartë të paplotësimit të nevojave. Ata lidhen me dy kuptime; kuptimi i shenjave të individëve dhe simptomave të sëmundjes, duke kërkuar kështu një kujdes klinik, si dhe kuptimi i dytë aftësia e sistemeve shëndetësore për të siguruar shërbimet e nevojshme dhe informacionin në lidhje me diabetin. Kuptimi dhe njohuria e individëve rreth diabetit ndikon në qëndrimet e tyre ndaj trajtimit, opsioneve të jetesës dhe aftësia për të vetë-menaxhuar gjendjen. Kur shkathtësia për ruajtjen e shëndetit është e dobët, ka një incidencë më të lartë të kushteve të tjera kronike, shëndet më të dobët dhe cilësi të zvogëluar të jetës. Mungesa e njohurive eshtë e papërshtatëshme për shëndetin dhe është një kontribues në barrën joproporcionale të problemeve të lidhura me diabetin në mesin e popullatave të pafavorizuara.

Po ashtu, ka edhe sfida të sistemit shëndetësor. Shumë organizata, si publike ashtu edhe private, po përpiqen të zbatojnë strategji për të përmirësuar zbulimin dhe menaxhimin e diabetit. Por shumica e këtyre strategjive nuk janë vetëm duke dështuar por ato janë gjithashtu edhe të kushtueshme.

Ato që janë konsideruar të suksesshëme kanë disa karakteristika të ngjashme. Ato e zhvendosin kujdesin më pranë klientit; ato përmirësojnë angazhimin me individin dhe komunitetin për të përmirësuar njohuritë dhe të kuptuarit të diabetit dhe llojet e shërbimeve që janë në dispozicion; dhe ato përqendrohen në përshtatjen e nevojave holistike të konsumatorit me profesionistët e duhur të kujdesit shëndetësor. Qëllimi kryesor i kësaj është për të përmirësuar qasjen në kujdesin shëndetësor dhe menaxhimin e diabetit si një gjendje kronike me implikime të mëdha jetese. Që shërbimet shëndetësore të jenë të arritshme, njerëzit duhet të jenë të vetëdijshëm se ato ekzistojnë, të kuptojnë se si mund të arrihen dhe të kenë një dëshirë për t'i përdorur ato. Hapi i parë për të hyrë në institucionet e kujdesit shëndetësor është të jeni në dijeni se keni nevojë për to. E dyta është ajo që shërbimet shëndetësore ofrohen në një mënyrë që ndihmon në fuqizimin e përdoruesit për të identifikuar nevojat shëndetësore dhe për të hyrë në shërbimet shëndetësore më të përshtatshme.

[4]Janë një numër i pamjatuar i specialistëve të cilët plotësojnë kërkesat e diabetit kështu që përsosmëria ka lëvizur 80-90% të pacientëve me diabet në qendrat e kujdesit primar.

STUDIM RASTI: Shërbimet shëndetësore të integruara dhe promovimi i sëmundjeve jo-ngjitëse tek të moshuarit

Bashkëpunëtori: Baithesda, Wenda Oroh **Shteti:** Indonezi

Qendra Shëndetësore e Komunitetit të nën-qarkut të Ranomut, Indonezi është një nga disa qendrat shëndetësore të komunitetit të komisionuara nga Qeveria për të adresuar problemet shëndetësore publike në Manado City.
Aktualisht janë 1,214 njerëz të moshuar të regjistruar në këtë Qendër Shëndetësore të Komunitetit i cili siguron shërbime të integruara të shëndetit dhe promovimin e shëndetit për sëmundje jo- ngjitëse në mesin e popullatës së moshuar. Qendrat e përdorin 'Posbindu PTM' e cila është një kornizë promovuese e cila përdoret për përpjekjet parandaluese të shëndetit në komunitet. Qëllimi i Posbindu PTM është rritja e publikut në pjesëmarrje në parandalimin dhe zbulimin e hershëm të faktorëve të rrezikut të sëmundjeve jo-ngjitëse (SJN).
Për njerëzit në rrezik ose me SJNs, programi synon të kontrollojë dhe mbajë shëndetin optimal. Shërbimet e ofruara në kuadër të kësaj përfshijnë këshillimin, shkëmbimin e përvojave dhe njohurive; zbulimin e hershëm i SJNs përmes shqyrtimit të statusit të shëndetit mendor; dhe gjendjen ushqyese përmes matjes së peshës dhe lartësisë, matjes së presionit të gjakut, hemoglobinës dhe analizës urinare. Në varësi të nevojave lokale, qendrat kryejnë aktivitete të tjera si promovimin e ushqimit dhe sportit. Aktivitetet e Posbindu PTM janë në pronësi të komunitetit dhe zbatohen plotësisht nga komuniteti për komunitetin me mbështetjen e infermierëve dhe profesionistëve të tjerë shëndetësor. Ky shërbim në Ranomut kërkon të rrisë shtrirjen e shërbimeve shëndetësore për njerëzit e moshuar brenda komunitetit. Programi është përshtatur për të plotësuar nevojat lokale dhe për të rritur pjesëmarrjen. Ajo synon përmirësimin e qasjes së shërbimeve shëndetësore për të moshuarit, veçanërisht të varfërit dhe të atakuarit. Jo vetëm që është fokusuar në shëndetin e individit, ai është i përqendruar në shëndetin e komunitetit. Programi është zhvilluar për t'i dhënë përgjigje kërkesës për rritje të shërbimeve shëndetësore të shkaktuara nga SJNs dhe furnizimi i kufizuar i punëtorëve shëndetësorë. Në vitin 2014, kishte përafërsisht 892,000 punëtorë shëndetësorë për një popullsi prej 250 milionë banorësh. Edhe me mungesën e punëtorëve, ka një shpërndarje të pabarabartë të punëtorëve shëndetësorë. Rreth gjysma e punonjësve shëndetësorë në Indonezi janë të përqendruar në Bali dhe Java.
Ky program ka qenë i suksesshëm në përmirësimin e plakjes së shëndetshme. Përfitimet kanë ardhur përmes pjesëmarrjes së komunitetit të mbështetur nga bashkëmoshatarët që ka ndihmuar në ndryshimin e mënyrës se si njerëzit shohin shëndetin e tyre. Infermieret në këtë shërbim kanë udhëhequr angazhimin dhe kontaktin me komunitetin.
Ata kanë sfiduar përceptimin e komuniteteve për jetesë të shëndetshme dhe individëve duke i fuqizuar për të marrë më shumë kontroll mbi shëndetin dhe mirëqenien e tyre.

STUDIM RASTI: Sigurimi i shërbimeve shëndetësore në zemër të komunitetit: Spitali Kombëtar i Sri Lankës

Bashkëpunëtori: K.M.Sriyani Padmalatha **Shteti:** Sri Lanka

Si pjesë e ekipit multidisiplinar, infermierët nga
Spitali Komëtar i Sri Lankës ofron shërbime në terren për të përmirësuar qasje në kujdesin shëndetësor thelbësor, më afër vendit ku njerëzit jetojnë. Kjo përfshin shtëpitë, shkollat, ambientet e punës dhe qendrave të komunitetit. Duke përdorur një klinikë mobile, ata janë në gjendje të arrijnë komunitetin, identifikojnë nevojat e shëndetit të tyre dhe ju sigurojnë qasjen në shëerbime shëndetësore në përputhje me rrethanat.
Shërbimet që ofrohen përfshijnë: vlerësimin fizik, monitorimin e presionit të gjakut, testimin e sheqerit në gjak, lartësisë dhe peshës, gjaku dhe analiza e urinës; kujdesin për planifikimin familjar dhe fertilitetin; mbështetje ushqyese; klinikë syri; veshit, hundës dhe fytit; edukimi shëndetësor për parandalimin e sëmundjeve dhe zbulimin e hershëm; këshillim përjetë të shëndetshme; stërvitje dhe menaxhim të peshës; gjumi dhe shëndeti; shëndetin mendor dhe meditimi.
Historikisht, një sfidë kryesore në Sri Lanka ishte disponueshmëria e kufizuar e shërbimeve me bazë komunitare për të siguruar diagnostikimin, hetimin dhe shqyrtimin brenda komunitetit. Si e tillë, spitalet janë mbushur me një numër të madh të pranimeve. Një pjesë e madhe e komunitetit nuk është në dijeni të statusit të tyre shëndetësor dhe ka një numër të madh të sëmundjeve ngjitëse të padiagnostifikuara.
Si rezultat i këtij shërbimi, mbi 350 konsultime ofrohen pa pagesë çdo ditë. Gjatë tre viteve të fundit, mbi 300,000 njerëz janë parë në këto klinika. Shërbimet arrijnë njerëzit brenda komunitetit që përndryshe nuk do të merrnin shërbime shëndetësore dhe prandaj ishin respektuar dhe vlerësuar mirë nga komuniteti. Çelësi i shërbimit është se ka komunitet të angazhuar dhe të përfshirë në atë se si ofrohet kujdesi.
Për shkak se shërbimi ofrohet falas, të gjithë stafi janë vullnetarë. Shumë infermierë përdorin lejet e tyre personale për të mbështetur klinikat. Tani një shqyrtim është duke u bërë për të analizuar përfitimet e shërbimit. Kjo do t'i paraqitet Ministrisë së Shëndetësisë për mbështetje të projektit në të ardhmën.

QASJA NË KUJDESIN SHËNDETËSOR:
Përmbushja e nevojave të ndryshme

Njerëzit vendas në mbarë botën përgjithësisht kanë rezultate shëndetësore më të varfëra sesa popujt jo-vendas. Hapsira në jetëgjatësinë mes popullesinë vendase dhe jo-vendase është vlerësuar të jetë 21.5 vjet në Kamerun, 13.1 vjet në Kenia, 12.5 në Kanada dhe 10 vjet në Australi. Këto pabarazi në shëndetësi janë një shqetësim i madh dhe ekziston nevoja për të kuptuar se si ndikon qasja në shërbimet shëndetësore në këto rezultate.

Personat vendës kanë më pak gjasa të përdorin shërbimet parandaluese dhe janë gjithashtu më pak të ngjarë të angazhohen në fillim në këto ndërhyrje kur simptomat shfaqen për herën e parë. Kjo rrit rrezikun e hospitalizimit dhe vdekshmërisë. Janë bërë studime të shumta për të kuptuar arsyet pse popujt indigjenë nuk angazhohen ose nuk ofrojnë shërbime shëndetësore në të njëjtin ritëm si ato homologë jo-indigjenë. Studimet identifikojnë disa faktorë çelës për këtë duke përfshirë mungesën e shërbimeve të përshtatshme kulturore; sjellje raciste ose diskriminuese nga stafi i kujdesit shëndetësor; kostoja e papërballueshme e kërkimit të kujdesit shëndetësor dhe mungesa e aftësisë për të marrë pjesë në termine.

Siç u tha më lart, një nga arsyet kryesore për vonimin apo kërkimin e kujdesit është mungesa e besimit të shërbimeve shëndetësore kryesore.

Një lider indigjen i një komuniteti reflektonte në këtë çështje dhe deklaroj:

"... shumë njerëz nuk dëshironin të shkonin atje tek burimi kryesorë e vendit për shërbime shëndetësore sepse ata mendonin se vendi ishte jo miqësor, stafi nuk ishte miqësor ndaj tyre dhe kishte shumë ndodhi, njerëzit mendonin se ishin të diskriminuar dhe vendi ishte shumë steril ... nuk ishte mjedis i rehatshëm ... nuk flisnin në mënyrën se si ne flasim ... si shumë të pasjellshëm, të zhurmshëm, nuk kishe komunikim fare, a më kupton? Vetëm se mungesa e të kuptuarit në atë se si flisnim, toni që përdorin për njerëzit indigjenë ... kështu ishte aty, aty ku nuk kishte ndoshta njohuri kulturore me stafin ...si diskriminimi, racizmi, ose ju e dini, vetëm injorancë dhe jo ndjeshmëri dhe mos kuptim ndaj çështjeve shëndetësore indigjene ...

Ka strategji të shumta që janë përdorur për të adresuar këto dallime në kulturë. Një nga këto është përmirësimi i përshtatshmërisë së kulturës i shërbimeve të kujdesit shëndetësor duke siguruar atë se racizmi dhe diskriminimi nuk ndodhin. Brenga e përmirësimit kulturor është për ofruesin e kujdesit shëndetësor, që për pacientin të sigurohen që shërbimet të përshtatshme dhe të jenë kulturalisht të pranueshme për çdo pacient.

Pranueshmëria e shërbimeve shëndetësore shtrihet në më shumë se thjeshtë në baza kulturore. Ajo përfshin komponentë të tjerë si gjinia, feja dhe faktorë të tjerë shoqëror. Për shembull, mund të jetë një dëshirë më e vogël nga gratë për të kërkuar kujdes shëndetësor nëse ofruesit janë kryesisht meshkuj (dhe anasjelltas). Si Levesque et al.15 thotë, "aftësia për të kërkuar kujdesin shëndetësor lidhet me konceptet e autonomisë personale dhe mundësia për të zgjedhur dhe të kërkojë kujdes, njohuri mbi mundësitë e kujdesit shëndetësor dhe të drejtat individuale që do të përcaktojë shprehjen e qëllimit për të marrë kujdes shëndetësor."

Në qasjen e të drejtave të njeriut ndaj shëndetit, sistemet shëndetësore duhet ofrojnë kujdes në bazë të mosdiskriminimit. OBSH thotë se parimi i mosdiskriminimit kërkon "... të garantojë se të drejtat e njeriut ushtrohen pa asnjë lloj diskriminimi në bazë të racës, ngjyrës, gjinisë, gjuhës, fesë, politike ose mendime të tjera, origjinë kombëtare ose sociale, prona, lindje apo të tjera statuse si aftësia e kufizuar, mosha, gjendja martesore dhe familjare, orientimi seksual dhe identiteti gjinor, gjendja shëndetësore, vendi i banimit, situata ekonomike dhe sociale ".

> Aftësia kulturore kërkon më shumë se vetëdijshmëria kulturore ose praktikimi i tolerancës. Është aftësia për të identifikuar dhe sfiduar supozimet kulturore të vetvetës, vlerat dhe besimet, dhe për të bërë një zotim për të komunikuar në ndërfaqen kulturore.
>
> –Sekretariati i Kombeve Aboriginal dhe Islander Kujdesi për fëmijët [24]

STUDIMI I RASTIT: E drejta për kujdes: zgjerimi i qasjes për kujdesin shëndetësor për të siguruar shërbimet plotësuese të testimit të HIVit

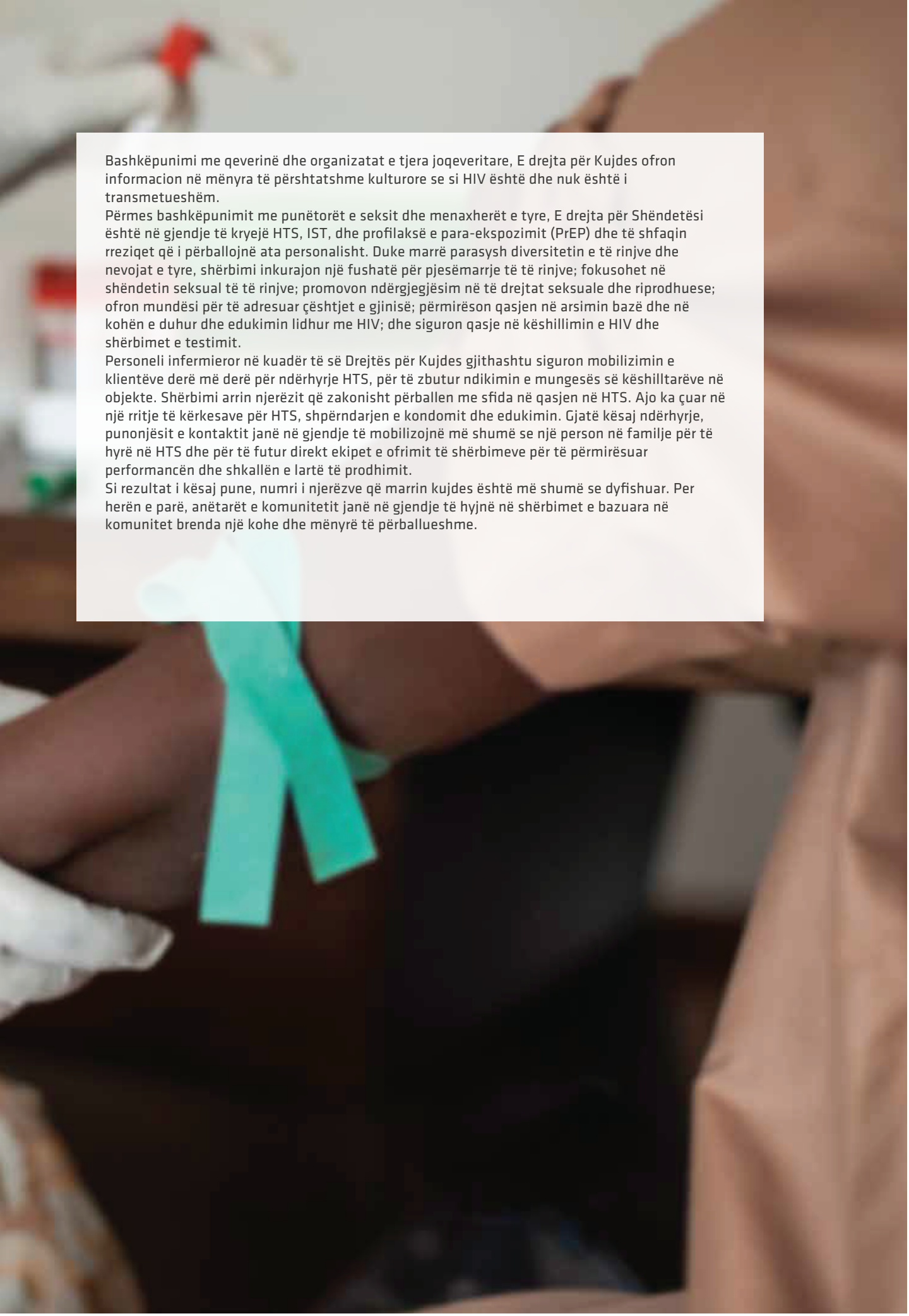
Bashkëpunëtori: Letsatsi Paul Potsane **Shteti:** Afrika e Jugut

E drejta për t'u kujdesur është një pararojë e përkrahjes dhe e shpërndarjes së parandalimit, kujdesit dhe trajtimit për njerëzit me HIV dhe TB dhe sëmundje të tjera shoqëruese. E vendosur në rajonin A të veriut Porta e Johanesburgut, shërbimi për të Drejtën e Kujdesit është me personel nga dy infermierë të regjistruara dhe tetë këshilltarë të HIV-it. Duke punuar ngushtë me komunitetin, ekipi siguron testimin gjithëpërfshirës të shërbimeve të HIV (HTS) si këshillimi dhe testimi i HIV-it, dhe qasja dhe inicimi në terapi anti-retrovirale (ART). Ata gjithashtu sigurojnë kujdes për tuberkuloz, infeksione seksualisht të transmetueshme (STIs) dhe, sëmundjes jo ngjitëse (SJN) së bashku me testet e shtatzënisë dhe referimin tek rrethprerja medicinale (synetia). Disponueshmëria e shqyrtimit SJN kontribuon në marrjen e HTS dhe reduktimin e stigmës dhe diskriminimit. Të gjitha fushatat e informimit të komunitetit të HTS janë të përqendruara dhe të fokusuara në çështjet kryesore të vështira, për të arritur popullatat në zonat e ulëta, duke përdorur shërbime klinike të njësive për të arritur anëtarët e komunitetit në fusha të ndryshme. Organizata punon në partneritet me qeverinë dhe komunitetet për të gjetur zgjidhje pionere për të ndërtuar dhe forcuar kujdesin shëndetësor publik. Fushat e ekspertizës përfshijnë kujdesin dhe trajtimin ndaj HIV dhe TB, automatizimi i farmacisë, rrethprerja mjekësore mashkullore dhe diagnoza e kancerit të qafës së mitrës.

Në rajonin A ekziston një përzierje e jetesës urbane dhe rurale. Rajoni ka një numër informal vendbanime dhe është shtëpia e më shumë se 250,000 njerëzve. Varfëria dhe papunësia janë çështje të mëdha brenda këtij rajoni. Në një vendbanim prej 56,000 banorësh, shkalla e papunësisë është më e lartë se 50% dhe më shumë se 70% e banorëve jetojnë nën vijën e varfërisë. Popullsia ka nivele të ulëta të arsimit dhe është relativisht popullatë e re me rreth 24% të popullsisë në moshë midis 20-29 vjeç.

Si rezultat i këtyre rrethanave, ekziston një barrë e madhe e sëmundjeve, veçanërisht HIV. Modelet tradicionale të përkujdesjes kanë luftuar për të përmbushur nevojat e komunitetit për shkak të kapacitetit dhe të burimeve. Si e tillë, ekziston një marrje e ulët e këshillimit dhe Testimit të Iniciuar nga Ofruesi (PICT), koordinimi i dobët i të dhënave, mungesa e këshilltarëve dhe hapësira për këshillim dhe testim. Një çështje tjetër është se objektet shëndetësore kanë orë të kufizuara të punës dhe fëmijët e rinj të shkollës nuk janë në gjendje të kenë qasje në shërbime. Punonjësit e seksit gjithashtu përballen me vështirësi në qasjen e shërbimeve shëndetësore.

Ndikimi i problemit është shkatërrues. Ka një numër të madh të jetimëve dhe fëmijëve në ankthin e shkaktuar nga SIDA; dhe një numër në rritje i klientëve që kërkojnë hospitalizim për shkak të sëmundjeve të lidhura me HIV për shkak të trajtimit të vonuar, nga kostoja e lartë për t'a dhe nga mungesa e mjekësisë, infermierisë dhe profesionistë të tjerë shëndetësorë përballues.



Bashkëpunimi me qeverinë dhe organizatat e tjera joqeveritare, E drejta për Kujdes ofron informacion në mënyra të përshtatshme kulturore se si HIV është dhe nuk është i transmetueshëm.
Përmes bashkëpunimit me punëtorët e seksit dhe menaxherët e tyre, E drejta për Shëndetësi është në gjendje të kryejë HTS, IST, dhe profilaksë e para-ekspozimit (PrEP) dhe të shfaqin rreziqet që i përballojnë ata personalisht. Duke marrë parasysh diversitetin e të rinjve dhe nevojat e tyre, shërbimi inkurajon një fushatë për pjesëmarrje të të rinjve; fokusohet në shëndetin seksual të të rinjve; promovon ndërgjegjësim në të drejtat seksuale dhe riprodhuese; ofron mundësi për të adresuar çështjet e gjinisë; përmirëson qasjen në arsimin bazë dhe në kohën e duhur dhe edukimin lidhur me HIV; dhe siguron qasje në këshillimin e HIV dhe shërbimet e testimit.
Personeli infermieror në kuadër të së Drejtës për Kujdes gjithashtu siguron mobilizimin e klientëve derë më derë për ndërhyrje HTS, për të zbutur ndikimin e mungesës së këshilltarëve në objekte. Shërbimi arrin njerëzit që zakonisht përballen me sfida në qasjen në HTS. Ajo ka çuar në një rritje të kërkesave për HTS, shpërndarjen e kondomit dhe edukimin. Gjatë kësaj ndërhyrje, punonjësit e kontaktit janë në gjendje të mobilizojnë më shumë se një person në familje për të hyrë në HTS dhe për të futur direkt ekipet e ofrimit të shërbimeve për të përmirësuar performancën dhe shkallën e lartë të prodhimit.
Si rezultat i kësaj pune, numri i njerëzve që marrin kujdes është më shumë se dyfishuar. Per herën e parë, anëtarët e komunitetit janë në gjendje të hyjnë në shërbimet e bazuara në komunitet brenda një kohe dhe mënyrë të përballueshme.

Disa vende kanë nisur të japin përparësi ndaj barazisë dhe kanë ndërtuar një sistem gjithëpërfshirës nga të fillimi, por historikisht... të dhënat tregojnë se shumë vende që kanë përshpejtuar progresin drejt Mbulimit Shëndetësor Universal ka lënë të varfrit dhe popullsinë rurale prapa.
–WHO[27]

QASJA NË KUJDESIN SHËNDETËSOR:

Disponueshmëria dhe shërbime të lehta për t'u arritur

Në shumicën e vendeve të botës, shkalla e vetëvrasjes është shumë më e lartë për ata që jetojnë në zonat rurale. Në fakt është alarmante për tu konsideruar se rreziku i vetëvrasjes është i dyfishtë në qoftë se ju jetoni në një rajon rural krahasuar me një zonë metropolitane.
Nuk ka gjasa që ka vetëm një shpjegim se pse normat e vetëvrasjes janë më të larta në mesin e popullatave rurale, që vetëvrasja është një fenomen shumëdimensional dhe shfaqet për të nxitur nga një përzierje të kontekstit social, kulturor dhe faktorët ekonomikë, si dhe faktorët individualë.
Një faktor tjetër për dallimet në qasjen dhe marrjen e trajtimeve dhe shërbimeve efektive. Ka shpesh një dallim të rëndësishëm midis zonave rurale dhe urbane në lidhje me qasjen, shfrytëzimin dhe shpenzimet e shëndetit mendor. Aleanca Kombëtare Shëndetësore tha: "Diagnoza në kohë, trajtimin dhe menaxhimi I vazhdueshëm i gjendjes së shëndetit mendor në zonat rurale dhe të largëta ka të ngjarë të ndodhë më vonë
ose aspak, shpesh duke rezultuar në një rritje të gjasave të shtrimit në spital dhe ndonjëherë duke çuar në rezultatet më tragjike si lëndim i vetvetës dhe vetëvrasje. "
Njerëzit që jetojnë në zonat rurale gjithashtu shpesh kanë shëndet gjeneral më të varfër
se sa ata që jetojnë në zonat metropolitane për shkak të dallimeve signifikante në përcaktuesit shoqëror të shëndetit. Përderisa këta përcaktues social të shëndetit nuk mund të jenë unik në zonat rurale, izolimi mund t'i përkeqësojë ato. Kjo përfshin, por nuk kufizohet me qasjen në komunikim (p.sh. mbulimi me telefon dhe internet) dhe ndryshimet mjedisore (p.sh. thatësirat dhe përmbytjet që prekin jetesën).
Qasja në aspektin e disponueshmërisë së shërbimeve shëndetësore është komponent kritik për shëndetin dhe mirëqenien. Disponueshmëria përfshin aftësinë për të pasë qasje në burimet e kujdesit shëndetësor qofshin infrastruktura ose burimet njerëzore, dhe nëse është profesionistët shëndetësorë kanë arsimin, përvojën dhe aftësite e duhura për të ofruar shërbimet e nevojshme. Është kjo disponueshmëri e burimeve që është shpesh e shpërndarë në mënyrë të pabarabartë në zonat metropolite, rajonale dhe rurale. Kjo është veçanërisht e vërtetë në fushat e specializimit të tilla si shëndeti mendor. Vikram Patel, një autoritet ndërkombëtar për shëndetin mendor, ka deklaruar se "Ka më shumë psikiatër në Kaliforni se të gjithë Afrikën ... Ka një hendek të madh trajtimi me 50% e atyre që kanë nevojë për kujdesin e shëndetit mendor nuk janë në gjendje të hyjnë në vendet me të ardhura të larta dhe 90% mungesë e kujdesit për rastet me nivele më të ulët e të ardhurave. Në disa vende të tilla si India dhe Kina për shumicën, thjeshtë nuk ka trajtim. "
Disponueshmëria ose aftësia për të arritur shërbimet gjithashtu ndikohet nga një sërë faktorësh të tjerë. Kjo përfshin lëvizshmërinë dhe shfrytëzimin e transportit të qasshem për të arritur shërbimet shendetësore. Kjo ndikon në veçanti në më të prekshmit në komunitetin tonë të tilla si ato me nevoja të veçanta dhe të moshuarit. Kjo gjithashtu përfshin ata persona të cilëve kërkesat e punës u ndikojnë në aftësinë e tyre për të hyrë në shërbimet shëndetësore gjatë orëve të punës.

STUDIMI I RASTIT: **Klinika Teen Bega: përmirësimi i qasjes në kujdes dhe edukim shëndetësor për të rinjtë në qytetet rurale**

Bashkëpunëtori: Jodie Meaker **Shteti:** Australi

Klinika Teen Bega është e udhëhequr nga infermierët, model i intervenimit të hershëm të qasjes për kujdesin parësor shëndetësor për adoleshentët, e cila qëndron brenda praktikave të gjeneratës ekzistuese që sigurojnë një ulje të shërbimeve për të rinjtë në zonat rurale. E vendosur në Bega, New South Uells, Australi, qëllimi i modelit Teen të Klinikës është për të eliminuar barrierat për qasjen e të rinjëve në kujdesin shëndetësor parandalues.

Përfitimet e shëndetit afatgjatë dhe social është të qenurit në gjendje për të parandaluar një shtatzëni të padëshiruar ose mospërballja me ndryshimet e jetës.

Klinika Teen ka lindur si nevoje. Qyteti i Bega është një zonë me nevoja të larta socio-ekonomike dhe qasja në transportin publik është e dobët. Rreth tre vjet më parë ndodhi një vorbull i vetëvrasjeve të të rinjve në një qytet të vogël që pati një ndikim të rëndësishëm dhe të qëndrueshëm në komunitet. Rrugët mes shkollave lokale, të rinjve dhe sistemit shëndetësor ishin të dobëta, dhe ishte e qartë se mënyrat tradicionale të qasjes në kujdes, siç janë terminet mjekun e përgjithshëm familjar (GP) u panë si barriera të mëdha për të rinjtë. Kalimi nga vizita e mjekut si një fëmijë i shoqëruar nga prindërit për të parë vetëm një mjek, me shqetësime dhe çështje të reja shëndetësore, mund të jetë e frikshme për shumë adoleshentë.

Një infermiere e praktikave është e disponueshme dy pasdite në javë në Klinikën Teen për konsultime. Adoleshentët mund të marrin pjesë në shqyrtimin e IST-ve, këshillave të kontracepsionit, shqetësimeve të marrëdhënieve, ceshtjet e shëndetit mendor ose shëndetin e përgjithshëm dhe arsimimin. Roli i infermierët duhet të jetë një pikë e lehtë e hyrjes për të vlersuar urgjencat e adoleshentëve, ofrimi I një shqyrtimi fillestar dhe / ose edukim shëndetësor dhe të veprojnë si lehtësues për mjekët dhe ofruesit të tjerë sipas nevojës.

Modeli i Klinikës Teen shfrytëzon infrastrukturën ekzistuese, klinikët dhe stafin dhe prandaj është një model financiar efikas i resurseve për ofrimin e shërbimeve rinore në qytetet rurale.

Ky model i kujdesit I bazuar në ekip përfshin stafin e pritjes, personelin e infermierisë, psikologët dhe mjekët brenda praktikës, por gjithashtu synon të ndërtojë angazhimin e komunitetit dhe marrëdhëniet me shërbimet tjera si mësuesit dhe këshilltarët, punëtorët e shëndetit mendor, shërbimet e mbështetjes familjare, dhe agjencitë e punësimit dhe të strehimit. Klinika Teen sjell një qasje të plotë të komunitetit në koordinimin e kujdesit për këtë grup në rrezik. Ky model inovativ i kujdesit është bërë i mundur vetëm nga infermieret që punojnë për qëllimin e tyre të plotë të praktikës. Infermierët e Klinikës Teen duke punuar në një fushë të zgjeruar, sigurojnë një lidhje me cilësi të lartë në komuniteteve, duke mbështetur të rinjtë për t'u bërë përdorues të kujdesit shëndetësor të edukuar.

STUDIMI I RASTIT: **Bashkëpunimi me sektorin e arsimit për promovimin e shëndetit mendor dhe parandalimin e sjelljeve vetëvrasëse**

Bashkëpunëtorët: José Carlos Santos, Ordem dos Enfermeiros
Shteti: Portugali

Një program inovativ është zhvilluar në Portugali për të adresuar problemet e shëndetit mendor në shkolla. Programi fokusohet në angazhimin e komunitetit në sektorin e arsimit dhe është një qasje shumë-nivelshe ndaj shëndetit mendor, promovimit dhe parandalimit të sjelljeve vetëvrasëse. Duke ndërhyrë me mësuesit, stafin ndihmës, prindërit dhe studentët, qëllimi i këtij shërbimi është të promovojë mirëqenie, vetëvlerësim dhe zhvillim të strategjive të përballimit, si dhe për të luftuar stigmën dhe simptomatologjinë depresive. Ky shërbim operohet nga kujdesi shëndetësor parësor, profesionistët që kryejnë seanca arsimore për stafin e shkollës dhe prindërit dhe socio- sesione terapeutike për studentët.

Barra e sëmundjeve mendore në mesin e adoleshentëve vazhdimisht po rritet. Përkundër kësaj, për shkak të mosdijes, mungesa e qasjes dhe stigma (sidomos sjellja për vetëvrasje), bëjnë që vetëm rreth 20% e atyre që janë në nevojë kërkojnë ndihmën e një profesionisti të shëndetit mendor. Përveç kësaj, vetëvrasja është e shkaktari i tretë i vdekjes tek adoleshentët, dhe lëndimet e vetë-shkaktuara janë në rritje në këtë grupmoshë.

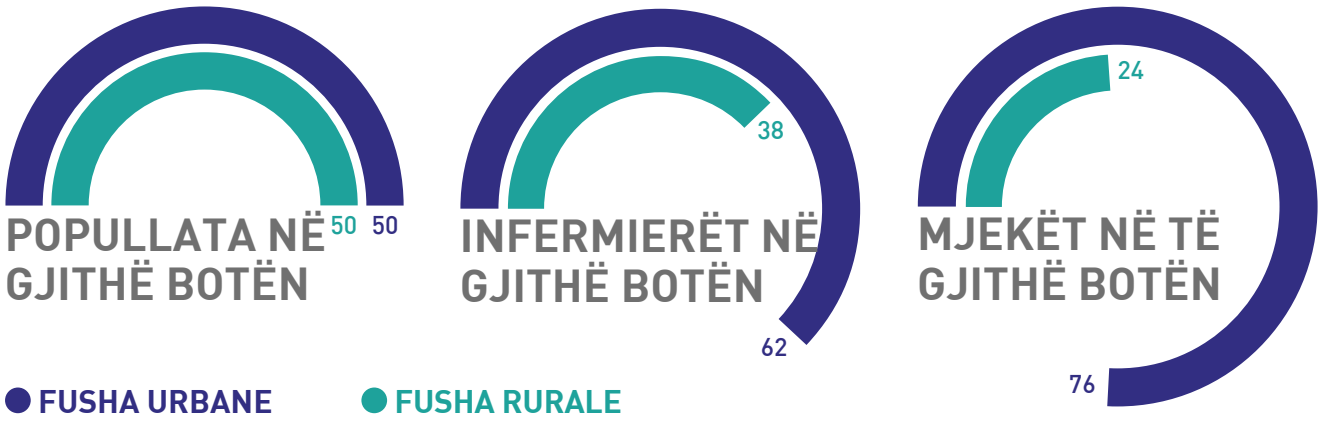
Programi e përdor një qasje inovative që përfshin dinamika aktive, lojëra socio-terapeutike, afërsinë dhe përfshirjen e shërbimeve shëndetësore lokale. Suksesi i programit është për shkak të pjesmarrjes active të disa partnerëve vendorë dhe kombëtarë dhe aktivitetet e kryera në klasë, në të gjithë shkollën, në komunitet dhe në të gjithë Portugalinë. Ekipi koordinues përbëhet vetëm nga infermierët (infermierët e shëndetit mendor dhe të shëndetit publik).

Ka pasur përmirësime të dukshme në mirëqenien, përballimin dhe vetëvlerësimin si një reduktim në simptomat depresive që çojnë në sjellje vetëvrasëse. Që nga fillimi i programit, ka pasur një rritje në pranimin e kësaj qasjeje ndaj shëndetit mendor dhe sjelljeve vetëvrasëse në shkolla. Në të njëjtën kohë, programi ka çuar në identifikimin për një nevojë të shtuar për kohë shtesë në shkollë në shëndetësi dhe shtetësi.

Sistemet shëndetësore në mbarë botën përpiqen të arrijnë barazinë e qasjes në shërbimet shëndetësore për popullsinë e tyre. Kjo vlen sidomos për të pambrojturit, të pafavorizuarit dhe për të ata që jetojnë në zonat rurale. Ka shumë vështirësi në sigurimin, forcës së duhur punëtore, me aftësitë e duhura, në vendin dhe kohën e duhur për të ofruar shërbime shëndetësore efektive dhe të besueshme për të përmirësuar rezultatet shëndetësore.

Është vlerësuar se gjysma e popullsisë së botës jeton në zonat rurale por këto zona janë te shërbyera nga me më pak se 38% të totalit të fuqisë punëtore të infermierisë. Në disa vende është edhe më keq se kjo. Shpërndarja e punonjësve shëndetësorë është shpesh një pengesë serioze për të siguruar barazinë e qasjes në shërbimet shëndetësore themelore dhe arritjen e synimeve të sistemeve shëndetësore.

Figura 5. Shpërndarja rurale / urbane e mjekëve dhe infermierëve [30]



> Varfëria nuk është vetëm mungesë e parave por është paaftësia e të kuptuarit e potencialit të plotë e të qenurit njeri.
>
> –Amartya Sen[33]

QASJA NË KUJDESIN SHËNDETËSOR:

Përballueshmëria e kujdesit

Maria ishte 60 vjeçe dhe jetonte në një zonë rurale kur ishte diagnostikuar me kancerin e gjirit. Specialisti rekomandoj për të që të ketë trajtim radioterapik. Kjo do të thotë trajtim ditor për një periudhë pesë javore. Të jesh nga një fshat kjo nënkupton se ajo duhej të linte familjen e saj dhe të voziste më shumë se pesë orë në një zonë metropolitane me ku kishte objekte më të përshtatshme të kancerit. Ky ishte një vendim i vështirë për Marinë, koha larg nga të dashurit dhe kostot për të marrë kujdesin. Pas të gjitha faturave për udhëtim, strehim dhe jetesë tani ajo do të kishte edhe shpenzimet e trajtimit SHB $ 4,000. "Nuk mund ta përballojmë dot." tha Maria. "Si mund ta përballoj, në mesin e të gjitha faturave tona të tjera?" Mesatarisht, në vendet e OECD-së, 19% e shpenzimeve të kujdesit shëndetësor paguhen direkt nga pacientët. Sa i përket buxhetit të përgjithshëm, llogaritë mesatare të shpenzimeve mjekësore numërojne rreth 2.8% të shpenzimeve drejt mallrave mjekësore dhe shërbimeve. Dy burimet kryesore të shpenzimeve nga xhepi janë kujdesi kurues dhe farmaceutikë. Por marrja e kujdesit gjithashtu përfshin kostot e udhëtimit, kohën larg punës, kujdesin e fëmijëve ose rregullime të tjera prindërore dhe këto kosto janë përkeqësuar kur kërkohet kujdes pas orëve.

Kjo është një kosto substanciale dhe ndikon në mënyrë dramatike në personat më të rrezikuar brenda komuniteteve tona. Në një studim ne 37 vende me të ardhura të ulëta dhe të mesme i kryer nga OBSH-ja, u vlerësua se midis 6-17% e njerëzve brenda këtyre vendeve janë të informuar për varfëri të skajshme si rezultat i shpenzimeve mjekësore.

Shpenzimet spitalore në rritje të kombinuara me rritjen e shpenzimeve të xhepit janë një burim i madh i shqetësimeve personale të buxhetit. Dëshmitë nga e gjithë bota tregojn se kur familjet përballen me vështirësi në pagimin e faturave të shëndetësisë, ata vonojnë ose heqin dorë nga kujdesi shëndetësor i nevojshëm. Përderisa disa mund ta konsiderojnë këtë si kursim parash në reduktimin e vizitave të panevojshme të kujdesit shëndetësor, kjo iu kushton pacientëve, sistemit shëndetësor dhe ekonomisë shumë më tepër kur problemet e thjeshta shëndetësore bëhen gjithnjë e më komplekse. Kur problemet shëndetësore nuk zbulohen ose trajtohen në fillim, ato shpesh bëhen më keq duke rezultuar në qëndrime më të gjata në spital ose më shumë trajtime në spitale. Këto kosto mund të ishin shmangur përmes ndërhyrjes së mëparshme në kujdesin shëndetësor parësor.

Megjithatë, shpenzimet shkojnë shumë përtej sistemit shëndetësor. Njerëzit e sëmurë kanë me pak gjasa që ata të punojnë, të paguajnë taksat dhe të jenë aktivisht të përfshirë në komunitet. Kjo ndikon negativisht në të ardhurat tatimore të qeverive dhe përfundimisht në buxhetet kombëtare.

Aftësia e njerëzve për të paguar për kujdesin shëndetësor ka një përdorim të gjerë të këtij modeli në të gjithë botën. Nëse ky model është në vend, nëse njerëzit duhet të paguajnë për shërbimet e kujdesit shëndetësor, ata duhet të jenë në gjendje të bëjnë kështu por pa pasoja katastrofike në burimet e kërkuara (p.sh. ushqim, strehim, transport). Varfëria, izolimi social ose borxhi kufizojnë kapacitetin e popujve për të paguar për shërbimet dhe i drejton ata edhe më tej në varfëri, duke zvogëluar aftësinë e tyre për të thyer varfërinë.

STUDIMI I RASTIT: Gjenerimi i ardhshëm i shitjes me pakicë të kujdesit shëndetësor në SHBA

Bashkëpunëtorët: Tracey J. Kniess, DNP, CRNP, FNP-BC
Country: SHBA

Klinikat e Kujdesit Walmart janë klinika të plota të shërbimit, duke siguruar të drejta të plota, të arritshme dhe të përballueshme të sistemit parësor shëdetësor, kur njerëzit kanë nevojë për të - në qendrat e shitjes me pakicë. Klinikat kanë dhoma të shumta të ekzaminimit dhe sigurojnë laboratorë të plotë shërbimi për pikat e testimit të kujdesit ose dërgimin e testimeve.
E vendosur në zonat rurale të Mungesës Shëndetësore Profesionale (HPSA), Walmart Care Clinics ofrojnë kujdes parësor për komunitetet që ata shërbejnë. Gjashtëdhjetë e tre për qind e klinikave janë të vendosura në zonën e Appalachian ose në të tjera HPSA. Shumë nga pacientët janë të pasiguruar ose nën sigurim dhe kostoja e kujdesit në klinikat është e përballueshme për shumicën. Këto klinika të udhëhequr nga infermierja gjithashtu ofrojnë kujdes parësor me cilësi të lartë për ata të marxhinalizuar nga shoqëria.
Është e rëndësishme që rritja e qasjes në kujdesin parësor të shoqërohet me efikasitet të përmirësuar dhe kujdes me cilësi të lartë.Në klinikat e kujdesit Walmart infermierët praktikojnë kujdesin e bazuar në prova në bashkëpunim me mjekët, farmacistët dhe ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor. Një rishikim sistematik i rezultateve të infermierëve tregojn rezultate të ngjashme me kujdesin e dhënë vetëm nga mjeku. Kujdesi i ofruar me bashkëpunim midis infermierëve dhe mjekëve reflekton rezultate edhe më të mira. Klinikat e NP-së janë vendimtare në ofrimin e kujdesit për ata që në një mënyrë nuk mund të kenë kujdes.
Klinikat e shitjes me pakicë dhe qendrat e kujdesit urgjent mund të jenë kosto-efektive dhe alternative për të kursyer kohë në departamentet e emergjencave spitalore për kujdesin e jo-urgjencës. Vlerësohet se 13.7% -27.1% e të gjitha vizitave ne departamentet e emërgjencës mund të bëhet në një klinikë të shitjes me pakicë ose qendër urgjente të kujdesit, me kosto potenciale në sistemin e kujdesit shëndetësor prej rreth 4.4 miliardë dollarë në vit.
Me shpenzimet e ulëta për vizitat në klinikat me pakicë (79 dollar amerikan) në krahasim me koston e një vizite në zyrën e mjekut (US $ 160 - US $ 230), kursimet e përgjithshme në të gjithë pacientët me diabet të mbuluara nga Medicare, ose sigurimi i Medicaid mund të arrijë mbi 100 milionë dollarë (US $ 7 për person në vit) nën supozime konservative dhe deri në 2.7 miliard dollarë (164 dollar amerikan për person në vit) nëse gjysma e vizitave në zyra të lidhura me diabet do të migronin në klinikat e shitjes me pakicë.

NË NJË STUDIM TË BËRË NË 2016[41]

33% e të anketuarve në SHBA, raportuan probleme që lidhen me shpenzime për kujdesin mjekësor.

15% e të anketuarve në Kanada kishin bërë shpenzime personale (nga xhepi) **US$1,000** në vitin e kaluar.

23% e të anketuarve në Francë kishin probleme serioze për të PAGUAR ose nuk ishin në gjendje të paguajnë faturat e tyre mjekësore.

ÇDO VIT:

100 MILLION njerëz nga e gjithë bota janë vendosur nën vijën e varfërisë si një rezultat i shpenzimeve të kujdesit shëndetësor.[7]

Në disa vende, **2%** e popullsisë shpenzon më shumë se **40%** për kujdesin shëndetësor.

150 MILION NJERËZ kanë ngecur në **KATASTROFËN FINANCIARE** për shkak të shpenzimeve nga xhepi i tyre.[7]

Në mënyrë tipike **20-40%** të shpenzimeve për shëndetin është humbur

QASJA NË KUJDESIN SHËNDETËSOR:

Kujdesi i sigurt dhe cilësor

Në nëntor 2007, Bella Bailey vdiq në Spitalin e Stafford, në Mbretërinë e Bashkuar, pasi u pranua për operacionin e herniumit. Vdekja e saj rezultoi nga një mori gabimesh, duke arritur kulmin në dështimin përfundimtar për të dhënë medikamentin e duhur. Sipas vajzës së saj dhe dëshmitarëve të tjerë, ajo kaloi javët e fundit të jetës së saj në spital e frikësuar dhe me dhimbje. Vajza e saj udhëhoqi një fushatë për të hetuar rrethanat rreth vdekjes së saj. Deri në fillim të vitit 2008, shumë paralajmërime për sigurinë e pacientit u shfaqën nga kujdestaria shëndetësore dhe një hetim ishte i udhëhequr nga Robert Francis QC. Hulumtimi publik hetoi se si ata që janë përgjegjës për mbikëqyrjen e NHS-së, rregullatorët, autoriteti lokal shëndetësor dhe bordi i spitalit, nuk arritën të parandalonin ngjarjet e tmerrshme në Spitalin Stafford, ku qindra njerëz vdiqën pa nevojë por për shkak të kujdesit të dobët. Sir Ian Keened, Kryetar i Komisionit të Shëndetësisë, e përshkroi atë si "spitalin më të keq dhe skandal të kohëve të fundit ".

Hetimi zbuloi se elementet bazë të kujdesit ishin lënë pas dore. Medikamentet u vonuan ose nuk u dhanë; pacientët u lanë pa u pastruar deri në një muaj dhe pacientët kishin frikë të ishin në atë spital. Raporti arriti në përfundimin se shkaku kryesor i këtij kujdesi nën standard ishte "mungesa e vazhdueshme e stafit, veçanërisht e stafit infermieror. " Poashtu, edhe probleme të tjera të mëdha lidhur me ngarkesën e rëndë të punës, kulturën e varfër, udhëheqjen e dobët dhe burime të kufizuara.

Njerëzit e Stafford u pushuan nga spitali i tyre lokal. Ky është një rezultat i tmerrshëm dhe një shembull i asaj që ndodh kur ka kujdes të cilësisë së dobët. Për fat të keq, shembulli i rastit nuk është unik. Siguria e pacientëve është parimi thelbësor i kujdesit shëndetësor, por studime të shumta nga e gjithë bota tregojnë se shumë pacientë janë dëmtuar gjatë kujdesit shëndetësor, ose kanë rezultuar në lëndime të përhershme gjatë zgjatjes së qëndrimit, apo edhe me vdekje. Në SHBA, është vlerësuar se shkaktari i tretë i vdekjes është për shkak të gabimeve mjekësore. Në UK, një incident i dëmtimit të pacientit raportohet çdo 35 sekonda.

Është e qartë se shërbimet që janë të pasigurta dhe me cilësi të ulët çojnë në uljen e rezultateve shëndetësore dhe madje edhe dëm. Levesque dhe të tjerët besojnë se si pjesë e qasjes në kujdes,

duhet të merret parasysh cilësia e këtij kujdesi. Nëse individët dhe komunitetet kanë qasje vetëm në shërbime me cilësi të dobët, kjo është një kufizim i qasjes në kujdesin shëndetësor. Qasja nuk është vetëm rreth disponueshmërisë dhe përballueshmërinë, por edhe nëse ajo është e pranueshme dhe efektive.

Kjo përshtatshmëri e kujdesit nuk është askund më e dukshme sesa në shëndetin mendor. Ekziston një ndryshim i rëndësishëm në rezultate, izolimin social dhe mbajtjen e të drejtave të individëve varësisht nga përshtatshmëria e trajtimit që ata marrin. Sipas Raportuesit Special të OKB-së për Këshillin e të Drejtave të Njeriut, "Trajtimet që përfshijnë shtrëngim, mjekim dhe përjashtim, të cilat janë gjurmët e kujdesit të psikiatrisë tradicionale" çojnë në shkelje të të drejtave të njeriut.

Ndërsa një koncept modern i shërimit i bazuar në dëshmi dhe shërbime të integruara në popullsi rikthen dinjitetin dhe fuqizimin e individit si mbajtës i të drejtave për familjet dhe komunitetin e tyre. Shfrytëzimi i shërbimeve me cilësi të natyrshme të trajtimit nuk mund të shihet njësoj si kujdes i përshtatshëm.

Në vitin 2001, si një strategji për të përmirësuar cilësinë e kujdesit, Instituti i Mjekësisë (IOM) publikoi një libër të titulluar "Kalimi i Zhurmës së Cilësisë ". Problemet e përshkruara në libër ende rezonojnë sot. "Kujdesi shëndetësor kategorizohet më shumë për të ditur, më shumë për të menaxhuar, më shumë për të parë, më shumë për të bërë, dhe më shumë njerëz të përfshirë për ta bërë atë në çdo kohë ". Duke pasur parasysh këto kompleksitete, infermierët individuale (dhe mjekët e tjerë) nuk mund të zbatojnë të gjitha njohuritë e nevojshme për shpërndarjen të sigurt të kujdesit dhe të kualitetit të lartë.

Kanë kaluar 16 vjet që nga ky raport i IOM-it. Tani ka prova të forta për strategjitë më të mundshme për të arritur qëllimet e përshkruara. Kjo dëshmi është ndërmarrë ndërkombëtarisht dhe është imponuese për veprim. Dëshmitë e përmirësimit të cilësisë nëpërmjet infermierisë kanë të bëjnë me: aftësi te ndryshme; kulturë; arsim; nivelet e personelit; udhëheqje; kujdes ndërdisiplinor; hulumtim; dhe informatikë.

Në nivel global, kostoja e gabimeve mjekësore është vlerësuar në 42 miliardë dollarë në vit ose pothuajse 1% e shpenzimeve totale shëndetësore globale.

Nga çdo 100 hospitalizime në çdo kohë të dhënë, në shtatë vendet e zhvilluara dhe në 10 vendet në zhvillim fitojnë infeksione mbrenda spitalore të lidhura me kujdesin shëndetësor.

50% e komplikimeve kirurgjikale të lidhura me kujdeset kirurgjikale janë të shmangshme.

Zakonisht raportohet se rreth 1 në 10 pacientët e hospitalizuar përjetojnë dëm, me të paktën 50% mundësi parandalimi.

Në një studim të bërë mbi frekuencën dhe parandalimin e ngjarjeve të padëshirueshme, për 26 vende me të ardhura të ulëta dhe të mesme, shkalla e ngjarjeve negative ishte rreth 8%, nga të cilat 83% mund të ishin parandaluar dhe 30% çuan në vdekje.

Është vlerësuar se 421 milion hospitalizime bëhen në botë çdo vit, dhe përafërsisht 42.7 milionë ngjarje të padëshiruara ndodhin në pacientët gjatë atyre hospitalizimeve.

Figure 6: Përmirësimi i cilësisë përmes infermierëve [47-65]

LIDERSHIPI NGA INFERMIERËT

Kur infermieret marrin pjesë në vendimmarrjen e shërbimit shëndetësor dhe zhvillimin e politikave:

- Përmirësimi i përvojës spitalore për pacientët
- Përmirësimi i përfshirjes së pacientëve në kujdes
- Përmirësimi i arsimimit shëndetësor
- Kujdes më i mirë cilësor me kosto më të ulët
- Përmirësimi i performancës financiare të një organizate
- Fuqia punëtore më e arsimuar
- Kënaqshmëria më e lartë e stafit
- Përmirësimi i sigurisë së pacientit
- Përmirësim i masave të cilësisë

PËRMIRËSIMI I CILËSISË

Përzierje aftësish

- Çdo rënie prej 10% në proporcion të infermierëve shoqërohet me 12% rritje të rrezikut të vdekjes.
- Shtimi i një asistenti për 25 pacientë në vend të shtimit të një infermiere është e lidhur me një shans 21% të rritjes së vdekjes.

ARSIMI

- Çdo rritje prej 10% në proporcion të infermierëve me kualifikime bachelor janë të lidhura me rënie prej 7% në vdekshmëri.

INFORMATIKA

- Të gjeturat e hulumtimit tregojnë se aplikacionet e IT mund të përmirësojnë sigurinë e pacientit duke standardizuar, gabime dhe eliminimin e të dhënave të shkruara me dorë, ndër funksione të tjera.

KUJDES INTERDISCIPLINAR

Ekipet ndërdisiplinore janë treguar të përmirësojnë cilësinë dhe shpenzimet më të ulëta.

HULUMTIM

Kur infermierët janë të përfshirë në mënyrë aktive në kërkime:

- Rritja e përdorimit të praktikës së bazuar në fakte
- Rritja e qasjes në edukimin e vazhdueshëm.

KULTURA

- Spitalet me stat të kualifikuar dhë hapësrië pune që ulin mortalitetin dhe shpenzimet për pacient në do nivel të rrezikut.
- Satisfaksion të lartë të pacienit.
- Pranim më të ultë të pacientave
- Inferksione më të rralla
- Më pak rrëzime
- Nivel më të ultë të diegëjeve profesionale(Burnout)
- Mbijetesë më të lartë pas komplikimeve

NIVELI I PERSONELIT

- Është shtuar një rritje në ngarkesat e punës së infermierëve me 7% rritje të vdekshmërisë së pacientëve
- Përmisimi i nivelit të përsonelit
- Për cdo pacientë janë rritë ngarkesat e punës
  - 9% për dështimin e zemrës, pneumoni, AMI
  - 11% për fëmijët
  - 3% për operacionet në përgjithësi
  - 8% për zavendësim të gjurit
- Spitalet me nivel më të mirë të stafit kanë 30 % më pak paraqitje të infeksioneve
- Çdo pacientë rritë përgjegjësinë e punës

STUDIMI I RASTIT: **Vendosja e standardit në sigurimin e kujdesit cilësor**

Bashkëpunëtorët: Beth Matarasso, Sean Birgan, Veronica Casey
Shteti: Australia

Spitali Princesha Alexandra (PAH) në Queensland, Australi, ka një përcaktim tre-herë si një strukturë Magnet dhe një reputacion për vendosjen e standardit në sigurimin e kujdesit cilësor. Statusi magnet është një çmim i dhënë nga Qendra e Kredencializimit të Infermiereve Amerikane për spitalet që plotësojnë një sërë kriteresh të dizajnuara për të matur forcën dhe cilësinë e shërbimeve të tyre.

Në vitin 2001, objekti ishte duke u përballur me shumë sfida, duke përfshirë 28% e qarkullimit infermieror, 12% vende të lira pune, 12% e mbylljes së krevateve dhe përdorimin e paprecedentë të infermierëve të agjencisë, të cilat penguan ofrimin e kujdesit. Këta faktorë u pasqyruan në një kulturë infermierësh të shënuar nga një mentalitet fajësie, punë e zvogëluar përvojat e pacientit dhe rezultatet që sfiduan infermierët kujdesta për sigurimin e kujdesit të dhembshur dhe të sigurt të aktivizuar nëpërmjet avokimit, cilësisë dhe holizmit.

Në kërkimin e zgjidhjeve për këto probleme komplekse dhe të vazhdueshme, PAH e ktheu shikimin e tij në drejtim të Programit të Njohjes së Magnetit. Njohja e Programit të Magnetit siguron kuadrin për të udhëhequr transformimin kulturor, inovacionin dhe hulumtimin-praktikë të infermierisë. Kjo iniciativë për përmirësimin e cilësisë siguroi shtysë për organizatë për të zbatuar veprime të drejtuara nga infermieret që prodhuan ndryshime pozitive siç janë përmirësimi i sigurisë se pacientit dhe kënaqësia e pacientit.

Sot, udhëheqja e infermierisë në PAH përcaktohet nga vlerat e infermierëve ne integritet, llogaridhënie dhe profesionalizm. Infermieret punojnë në bashkëpunim me kolegët ndërprofesionistë, duke mbështetur angazhimin për kujdes të sigurt dhe efektiv të pacientit dhe rezultatet.

Respektimi interprofesional për njohuritë dhe praktikat e infermierisë është e dukshme në shumë infermiere që kanë udhëhequr iniciativat ndërprofesionale që kanë çuar në ndryshim në mjedisin e praktikës. Si e tillë, krenaria e infermierëve dhe ekspertiza është forcuar dhe mundëson udhëheqje të fortë infermierësh në të gjitha nivelet dhe kontekstet e infermierisë.

Thelbësore për integritetin dhe profesionalizmin e infermierëve të PAH është një mendim i vazhdueshëm për përmirësim, që është evidentuar përmes raportimit të fuqishëm dhe analizës së të dhënave, të cilat tregojnë një kulturë të fortë të angazhimit për rritjen, ndryshimin dhe kujdesin e pacientit.

PAH është njohur si një punëdhënës i zgjedhur përmes dy preferencave të diplomave ndër më të lartat në shtet, dhe mbajtjen e përmirësuar të infermierëve, me qarkullim actual prej rreth 10%. Ekipi i infermierisë në PAH kërkon të mësojë më shumë rreth asaj se si pacientët dhe konsumatorët përjetojnë dhe ndjehen të kënaqur me kujdesin e tyre dhe ndërveprimet me infermierët, dhe ata kanë pasur një rritje e përgjithshme prej 9% në përvojën ambulatore.

Janë dy aspekte tjera që duhet të inkuadrohen dhe emërtohen të cilat janë shumë të rëndësishme të identifikohen në detaje

QASJA NË KUJDESIN SHËNDETËSOR:

Afati kohor i qasjes

Një djalë që u kujdes për të atin, duke reflektuar në udhëtimin e të atit përmes sistemit të kujdesit shëndetësor, tha: "Në vitin 2009, babai im ishte diagnostikuar me kancer pankreatik. Nga koha e diagnozës deri në ditën e tij të fundit ishte u bënë 9 javë. Gjatë shtatë javëve të para, para hospitalizimit dhe kujdesit paliativ, vizitat në qendra ambulatore u kategorizuan nga periudha të gjata pritjesh. Ndonjëherë do të prisnim pesë orë në klinikë duke pritur për të takuar specialistin. Vizita e specializuar pastaj do të zgjaste mes pesë deri në dhjetë minuta. Deri në fund të ditës babai im kalonte në agoni, i lodhur dhe emocionalisht i paaftë për të përballuar. Tjetrën ditë prisnim përsëri. Këtë herë për patologjinë dhe kimioterapinë. Me aq pak kohë qe kishim në dispozicion për të kaluar së bashkur para vdekjes së tij, është tragjike aq shumë nga ajo ishte shpenzuar në një dhomë pritje klinike.

"Për fat të keq, kjo është përvoja e shumë pacientëve- disa që kanë udhëtuar nga distanca të gjata për të arritur në klinikë, shumë prej atyre që kanë hequr dorë nga paga e një dite, dhe të tjerët që kanë pasur për të gjetur kujdesin e fëmijëve, ndërsa ata prisnin. Përkundër caktimit të termineve, pacientët mund të kalojnë kohë të konsiderueshme në klinika duke pritur për shërbime. Shkalla në të cilën konsumatorët shëndetësor janë të kënaqur me kujdesin e marrë është shumë e lidhur me përvojën në dhomën e pritjes. Përvojat pozitive janë në përgjithësi të shoqëruara me aderimin më të madh ndaj kujdesit të rekomanduar, kujdes më të mirë klinik, më pak shfrytëzim të kujdesit shëndetësor dhe rezultatet më të mira të cilësisë së shëndetit. Kohët e gjata të pritjes mund të shkaktojnë zhgënjim, shqetësim, vuajtje dhe pakënaqësi me sistemin e kujdesit shëndetësor.

IOM rekomandoi që 90% e pacientëve duhet të presin brenda 30 minutave nga termini i tyre i caktuar. Megjithatë, në vende anembanë botës nuk është e pazakontë për pacientët të presin dy deri në katër orë para se të takohen. Kohë të gjata të pritjes janë pengesa për qasjen në shërbime dhe janë një burim i madh ankthi dhe shqetësimi për pacientët dhe mbështetjen e tyre. Afati kohor i qasjes është gjithashtu kritik për parandalimin potencial dhe vonesa të dëmshme në ofrimin e kujdesit shëndetësor. Në shumë raste, sa më herët të bëhet trajtimi, aq më mirë rezultati ishëndetit. Vonesat në trajtim rrisin gjasat e vdekjen paraoperative dhe pranimin e paplanifikuar emergjent, dhe çojnë në rezultate më të dobëta në aspektin fizik dhe social. Koha e gjatë e pritjes potencialisht mund të përkeqësojë simptomat, të përkeqësoj gjendjen e pacientit dhe të çojë në rezultate më të këqija klinike.

Kohët e gjata të pritjes rezultojnë nga ndërveprimi kompleks midis furnizimit dhe kërkesës. Kërkesa ndikohet nga çështje të tilla si statusi i shëndetit të popullatës, preferencat e pacientit, shpenzimet dhe llojet e reja të trajtimeve mjekësore. Furnizimi në anën tjetër është i prekur nga një sërë çështjesh të fuqisë punëtore dhe infrastrukturës, politikave dhe procedurave. Megjithatë, pritja nuk është ekskluzivisht një çështje e furnizimit. Ka shumë vende me nivele të larta të shpenzimeve, fuqi punëtore të mjaftueshme dhe infrastrukturë por që ende ka kohë të gjata të pritjes për shkak të joefikasitetit.

Neni 25 i Deklaratës së OKB-së për të Drejtat e Njeriut thotë se "çdokush ka të drejtën e kujdesit mjekësor ... dhe të drejtën e sigurisë në rast të ... sëmundjes dhe paaftësisë ...” Meqenëse dokumentet janë zhvilluar më tej për të artikuluar këtë, ata rekomandojnë që shtetet anëtare të sigurojnë "qasje të barabartë në kujdesin shëndetësor të cilësisë së duhur. "Qasja e barabartë ka të bëjë me sigurimin e shërbimeve që askujt mos t’i mohohet kjo qasja. Është gjithashtu një çështje e shkallës dhe kohës. Gjithashtu nënkupton cilësi të përshtatshme që shërbimet do të dorëzohen në kohën e duhur. Koha është një aspekt i përshtatshmërisë dhe është i lidhur ngushtë me efektivitetin e një ndërhyrjeje.

Infermierët e regjistruara (RNs) janë në vijën e frontit të kujdesit ekspertiza dhe udhëheqja e tyre e qëndrueshme janë kritike duke mundësuar transformimin e sistemit shëndetësor. RNs koordinojnë kujdesin dhe lundrojnë pacientët përmes sistemit; ata zvogëlojnë kohën e qëndrimit dhe përshpejtojnë shkarkimin e pacientit. RN në të gjithë vazhdimësinë e kujdesit janë kontribuesit kritik për parandalimin e pranimeve në spital, përmirësimin e kohës së pritjes dhe reduktimin e joefikasitetit duke krijuar shërbime shëndetësore të qasshme.

STUDIMI I RASTIT: Infermierët janë urë lidhësë në mes mjekëve dhe udhëheqësve klinik

Bashkëpunëtor: Valerie Winberg **Shteti:** Kanada

Klinika e praktikantëve në Ontario, Kanada, është një klinikë ndërdisiplinore e kujdesit parësor që ofron kujdes tek 3,200 pacientë. Infermierët janë urë lidhësë në mes mjekëve dhe udhëheqësve klinik (NPLC) janë një model inovativ për shpërndarjen e kujdesit të përgjithshëm shëndetësor, të dizajnuar për të përmirësuar qasjen në kujdes për mijëra individë dhe familje të cilat aktualisht nuk kanë një ofrues të kujdesit shëndetësor parësor.

Ontario ka luftuar me mungesë të ofruesve të kujdesit parësor për më shumë se 10 vite në shumë rajone që janë me të ardhura shumë të ulëta. Mungesa ka çuar tek komunitetet me numër të madh të pacientëve të "pa bashkangjitur" ose "jetim" (dmth. pa ofrues primar), ku e vetmja qasje e tyre ishte në emergjencat lokale. Kjo ka shkaktuar mbipopullim në departamentet e emergjencave dhe kohë të gjatë të pritjes. Për më tepër, mungesa e qasjes në kujdesin parandalues, monitorimin e rregullt dhe mirëmbajtjen e kushteve të sëmundjeve kronike rezulton në shfrytëzim edhe më të madh të spitalit.

Këto klinika të drejtuara nga infermierët ofrojnë shërbime për njerëzit përgjatë gjithë jetëgjatësisë së tyre. Shërbimet përfshijnë provimet periodike shëndetësore, kujdesin periodik të sëmundjes, vaksinimet, parandalimin e lëndimeve, mirëmbajtjen e plagëve të avancuara, vlerësimin dhe menaxhimin e sëmundjeve kronike. Ato gjithashtu përfshijnë programe individuale dhe grupore me qëllim të përmirësimit të mirëqenies fizike dhe mendore të tilla si meditim, menaxhimin e ankthit, ushtrimet fizike përmes stërvitjes, yoga, ndërprerjen e përdorimit të duhanit, ushqim dhe aftësi për përgatitjen e ushqimit të shëndetshëm. Klinika gjithashtu ka një partneritet bashkëpunues me Aamjiwnaang First Nation për të ofruar shërbime të kujdesit parësor për individët e këtij komuniteti.

Si rezultat i këtij shërbimi, urat lidhëse kanë siguruar një pikë të re hyrjeje për pacientët në kujdesin shëndetësor dhe mori rezultate shumë të larta të kënaqësisë së pacientit në përgjigjet e sondazhit. Projekti ka reduktuar në masë të madhe numrin e pacientëve të paargumentuar në të gjithë provincën e Ontarios. Ato gjithashtu kanë mundësuar që shërbimet të mbesin shumë të përballueshme dhe për të fuqizuar pacientët në mënyrë që ata të ndjehen të dëgjuar dhe mund të bashkëveprojnë hapur me stafin.

Modeli i kujdesit në urat lidhëse është jashtëzakonisht i ri brenda kontekstit të tij. Qëllimi i modelit është përfshirja e udhëheqjes së infermierëve brenda një ekipi ndërprofesional. Me infermieret dhe mjekët që bashkëpunojnë me individë dhe komunitete për të përmirësuar shëndetin dhe mirëqenien, pacientët janë në qendër të shërbimit dhe janë plotësisht të angazhuar në shërbimet e ofruara nga kujdestarët e bazuar në ekip. Suksesi i klinikës ka tërhequr Ministrinë e Shëndetësisë dhe Kujdesin Afatgjatë për të financuar 25 klinika tjera në të gjithë provincën e Ontarios.

STUDIM RASTI: Rezultati i shëndetit: Sigurimi i shërbimeve emergjente të shëndetit mendor

Kontribues: Kate Cogan **Shteti:** Australia

Rezultati i shëndetit në shtetin e Viktorias, Australi është një ekip i vjetër me Infermierët informues të shëndetit mendor(ang. CMHNS)që punojnë së bashku në qendrën e thirrjeve emergjente si staf qendëror i specializuar për mbështetje në lidhje me shëndetin mendor.
Ambulanca Viktoria, ofron përgjigjje për emergjencat mjekësore dhe sëmundjet që kërcënojnë jetën dhe siguron transportin për të gjitha departamentet e emergjencave në të gjithë shtetin i cili ka një popullsi përafërsisht 5.8 milion banorë.
Përafërsisht 25% e thirrjeve të marra për ndihmë urgjentë janë të lidhura me shëndetin mendor. Ndërsa stafi i qendrës së thirrjeve ka disa trajnime për kujdesin në shëndetin mendor, ata kanë mungesë të shkathtësive për shëndetin mendor më të komplikuar të cilat janë të nevojshme për të reprezantuar me besueshmëri thirrjet në emergjencë.
Rezultati i shëndetit plotëson nevojat për mbështetje të specializuar të shëndetit mendor në kuadër të shërbimeve emergjente për të siguruar mbështetjen më të përshtatshme dhe për ta dorëzuar aty ku është më së shumti e nevojshme në komunitet.
Ekipi (CMHNs) thërrasin telefonuesit e shëndetit mendor për të përgatitur dërgimin e një automjeti emergjence duke i lejuar ndarjen e shërbimeve më të përshtatshme. Ata e mbajnë telefonuesin në linjë derisa të arrijë një mjet i emergjencës dhe të sigurojë de-përshkallëzimin e situatës dhe menaxhimin e krizës.
Zhvillimi i një kursi alternativ të veprimit me telefonuesit mban telefonuesit të sigurt nga emergjencat e rënda të shëndetit mendor derisa të mbërrijë ndihma emergjente. Gjithashtu zvogëlon numrin e automjeteve emergjente të dërguara në situata jo-emergjente.
Gjatë vlerësimit të telefonatës, vlerësimi i rrezikut është i lartë. Kjo detyrë komplekse bëhet shpejtë dhe vendimet negociohen me telefonuesin. Përmes angazhimit të telefonuesit, CMHN do të marrë në konsideratë rrezikun për të marrë pjesë në ekipet e shërbimit të emergjencave që do jenë në gjendjen të c'armatosin telefonuesit që po kërcënojnë të përdorin armë. Ky informacion është transferuar drejtë për drejtë në shërbime të tjera për sigurinë e tyre kur hyjnë në atë skenë. Përmes ndërveprimit me CMHN telefonuesit dhe familjet e tyre mësojnë se si dhe kur të kërkojnë ndihmë të duhur për shëndetin mendor. Përderisa rastet urgjente mund të ndodhin , ky rol ka mundësuar që familjet dhe anëtarët e tjerë të gjejnë ndihmë dhe mbështetje për të dashurit e tyre. CMHN gjithashtu ofrojnë mbështetje për klinikat dhe ambulancat si dhe për personelin e qendrës së thirrjeve.
Suksesi i programit ka dërguar në zgjerimin e shërbimit për të ofruar shërbime të komunitetit, bazuar në emërimet emergjente nga ofruesit e krijuar për të zhvilluar planet e vazhdueshme të kujdesit dhe mbështetjes. Ky shërbim i rëndësishëm siguron nivelin e duhur të kujdesit emergjent, ku është më i nevojshmi gjatë ngjarjeve kritike kërcënuese për jetën duke kursyer kohë dhe para.
Shërbimi është i pari i këtij lloji në të gjithë globin.

NË NJË STUDIM TË REALIZUAR NË VITIN 2016: [41]

56% e të anketuarve në Francë Ishin në gjendje për të parë një mjek ose infermiere në të njëjtën ditë ose ditën tjetër, në kohën e fundit ata kishin nevojë për kujdes mjekësor.

50% e të anketuarve në Kanada Për t'u vizituar në urgjencë kanë pritur më shumë se dy orë për të marrë kujdes.

64% e të anketuarve në Gjermani që kërkojnë kujdes mjekësor është e vështirë për të marrë kujdes shtesë nëse ata kanë nevojë.

NJË STUDIM I PERFORMANCËS SË SISTEMIT SHËNDETËSOR [71]

50% e të anketuarve në Suedi deklaruan që specialistët I informuan ata reth zgjidhjeve të trajtimit dhe i përfshinë ata në vendime për kujdesin e tyre

5% e të anketuarve në Francë deklaruan që kishin një plan të shkruar ku përshkruhej trajtimi që ata dëshirojnë të kenë kah fundi i jetes (të rriturit > 65 vjeç)

QASJA NË KUJDESIN SHËNDETËSOR:

Kujdesi me njerëzit / klientin në qendër

Klienti, dhe jo infermierja është figura e autoritetit dhe vendimmarrësi, roli i infermieres përfshin ofrimin e ndihmës individëve dhe familjeve të tyre në zgjedhjen e përgjegjësive për ndryshimin e procesit shëndetësor ".

–Rose Marie Risso Parse (Teoriciente e Infermierisë) [69]

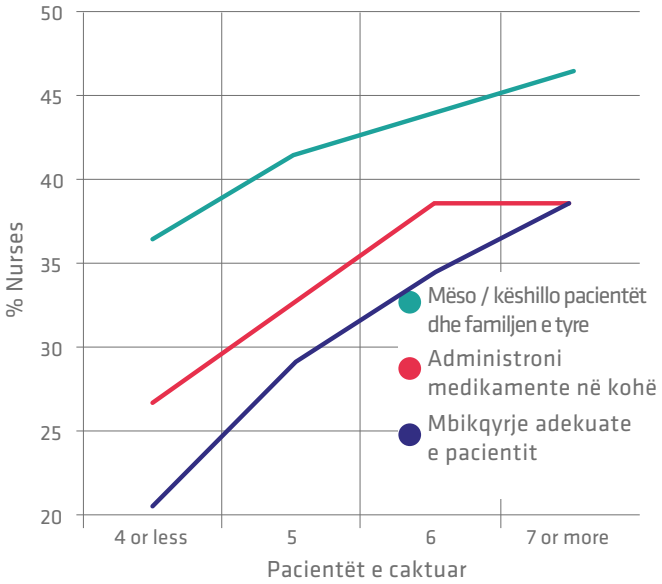
Në vitin 2015, një rishikim sistematik 70 u ndërmor në mungesë të kujdesit infermieror. Nga 42 studimet e ndërmarra në këtë fushë 55-98% e infermierëve kanë raportuar që mungonë një ose më shumë informata/aktivitete gjatë kohës së vlerësimit. Aktivitetet që u humbën më shpesh ishin ato që lidhen me emocionet dhe nevojat psikologjike, se sa ato që lidhen me nevojat fiziologjike. Shkaku më i zakonshëm i punës së humbur ishtei i lidhur me ngarkesat e larta të punës dhe numri i pamjaftueshëm I infermierëve.

Reflektimi në këto studime, është e vështirë për të parë se si këto shërbime shëndetësore
mund të japin një qasje të përqëndruar tek klienti në qendër për t'u kujdesur, ku ka një aftësi për t'u angazhuar dhe për të marrë pjesë në vendimmarrje dhe vendimet e trajtimit. Ekziston rreziku që, ngarkesat e larta e çojnë infermierin/en të lëvizë drejt një modeli qëndror të kujdesit në vend të modelit klienti në qendër.

Kujdesi në qendër ka të bëjë me plotësimin e detyrave të shumta brenda një periudhe të caktuar kohore por me rrezikun që këto detyra të marrin precedent mbi angazhimin dhe përmbushjen e nevojave holistike të klientit.
Ndërsa ne kalojmë në rutinë ose futemi në një vendpune të mbipopulluar, ne humbim informatat dhe njohuritë për pacientin si tërësi, dhe harrojmë për anën e tyre unike.
Kur kjo ndodh, ne rrezikojmë të humbim aftësinë dhe motivimin e personit për t'u përfshirë në kujdesin e tyre dhe të angazhohet për të përfunduar trajtimin. Siç citon edhe Levesque dhe të tjerë : "Qasja në kujdes optimal kërkon përfundimisht që klienti të angazhohet plotësisht në kujdes dhe kjo shihet si ndërveprim me natyrën e shërbimit që ofrohet dhe atij që është marrë ".

Rëndësia e pjesëmarrjes në kujdes është bazuar në dëshmi. Është gjithashtu një e drejtë ndërkombëtare njerëzore. Në nenin 12 të Konventës Ndërkombëtare mbi të Drejtat Ekonomike, Sociale dhe Kulturore,
personat që kërkojnë kujdes kanë të drejtë për pjesëmarrje të lirë, të informuar, aktive dhe kuptimplote në vendimet që ndikojnë në jetën e tyre.
E drejta për pjesëmarrje shtrihet më tej se marrja e kujdesit, gjithashtu përfshin organizimin dhe zbatimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.

Figura 7: Infermierët që raportojnë kujdesin e humbur nga ndërrimi I fundit përshkak të ngarkesës në punë, RN4CAST 2017



STUDIMI I RASTIT: **Kujdesi i bazuar në komunitet në Programet e tranzicionit**

Bashkëpunëtorët: Jennifer Drago, Executive Vice President of Population Health for Sun Health
Shteti: Shtetet e Bashkuara të Amerikës

Sun Health, një organizatë jo-fitimprurëse në Arizona, me një kohë të gjatë krijimi në SHBA, ka zhvilluar një model të përshtatur për ofrimin e shërbimeve të kujdesit më të mirë për pacientët e moshuar brenda komunitetit të tyre. Ofruesi i shërbimeve shëndetësore i konsideron përcaktuesit shoqëror të shëndetit, të tilla si përballueshmerinë ndaj medikamenteve, transportin, shkathtësitë shëndetësore, izolimin social dhe lidhjet e duhura të burimeve të ofruara për pacient 72.
Një nga burimet kryesore është sigurimi i infermierëve të trajnuara për tranzicion. Kjo do të thotë se kur një pacient shkarkohet nga spitali, ata vizitohen nga një infermiere e regjistruar (RN), e cila vlerëson situatën, ofron edukim për klientin, vlerëson medikamentet dhe trajton një pacient duke përfshirë një vlerësim të rrezikut të pacientit për rënie në depresion 74

RN gjithashtu i jep këshilla klientit se si t'i përgjigjet pyetjeve që lidhen me shëndetin e tyre si dhe për të përmirësuar mirëkuptimin dhe menaxhimin e gjendjes së tyre. Nëse RN vlerëson se natyra e gjendjes së klientit ka ndryshuar, ata duhet të jenë në gjendje të përdorin telemjekësinë dhe konsultimet me profesionistët e kujdesit shëndetësor përkatës 74.
Në Shtetet e Bashkuara të Amerikës, Qendra për Medicare dhe Shërbimet Medicaid zbuloj se rreth një nga pesë pacientë me (17.8%) të liruar nga spitali janë ripranuar prapë në spital brenda 30 ditëve pas pranimit fillestar73.

Këto ripranime janë shpesh parandaluese dhe janë shpesh për shkak të mungesës së të kuptuarit ose ndërgjegjësimit të pacientëve për gjendjen dhe simptomat e tyre, konfuzion mbi medikamentet dhe si t'i marrin ato; pasiguria rreth ofrimit të kujdesit shëndetësor për të parë kur ndodhin simptomat dhe / ose mos ndjekjen e kujdesit parësor klinik brenda një afati kohor të përshtatshëm.

Si rezultat i kësaj iniciative, 99% e pacientëve në program deklaruan se do të rekomandonin shërbime ndaj të tjerëve. Shkalla e ripranimit ka treguar ulje duke u përgjysmuar nga 17.8% në 7.8% 74.

PJESA E TRETË:
INVESTIMET DHE RRITJA EKONOMIKE

Rritja ekonomike pa investime në zhvillimin njerëzor është e paqëndrueshëme dhe joetike "

–Amartya Sen[33]

Një histori e përbashkët në politikë është një diskutim i shpërndarjes se burimeve në kohën e buxhetit:
Ministri i Bujqësisë mund të thoshte: "Nëse blejmë shumë pleh dhe mbjellim shumë sipërfaqe të tokës punuese, ne mund të prodhojmë më shumë, dhe nëse çmimi i tregut botëror ngritet , të ardhurat tona do të jenë më të mëdha.
"Ministri i transportit përgjigjet, "Por ne nuk mund t'i marrim produktet tona sepse rrugët janë në gjendje të tmerrshme dhe nëse ne nuk investojmë në rrugë, të ardhurat tona të eksportit do të rriten nga kjo shumë. "
Pastaj Ministri i Shëndetësisë foli dhe tha: "Shëndeti është e drejtë e njeriut. "75 Z. George Alleynec , ish-Special i Kombeve të Bashkuara
I dërguari për HIV / AIDS në Karaibe, e rrëfen këtë si një histori të vërtetë të një bisedë me një ministër të kabinetit. Ai e bënë këtë pikë të rëndësishme për arsye se ministrat e shëndetësisë nuk mund të ndikojnë në bindjen e ministrave tjerë, dhe më pas ata dështojnë të vlerësojnë natyrën e pandashme të shëndetit si e drejtë njerëzore shëndetësore e njeriut, ku ekonomia konsiderohet si shtylla kurrizore - dhe njësitë kur mbeten pa shëndet, pa punë dhe pa pasuri.

Investimi në shëndetësi është parë në shumë vende si një barrë financiare për burimet e vendit. Si e tillë, shpesh ka qenë një fokus i rëndësishëm në kufizimet ekonomike prandaj ky sektor rrit efikasitetin në ekonomi. Kjo ndodh pavarësisht vlerës se lartë që njerëzit vendosin për shëndetin. Anembanë botës, njerëzit e vlerësojnë shëndetin me prioritet. Ata e vlerësuan këtë më shumë se një jetë të lumtur familjare, ose punësimi apo edhe të jetuarit në paqe.
Marrëdhënia midis shëndetit të popullatës dhe rritja e prosperitetit ekonomik është artikuluar dobët.Investimi në shëndetësi shpëton jetë, parandalon sëmundjet, rrikthen shëndetin dhe rehabilitimin. Prandaj investimi ekonomik eshte i rendesishem.. Shëndeti i dobët dëmton produktivitetin, pengon perspektivat e punës dhe ndikon negativisht në zhvillimin njerëzor.76
Prandaj, sistemi i kujdesit shëndetësor mund të shihet si kontribues pozitiv në ekonomi përmes një forme të shëndetshme pune, rritjen e PBB-së, inovacionit dhe eksporteve.

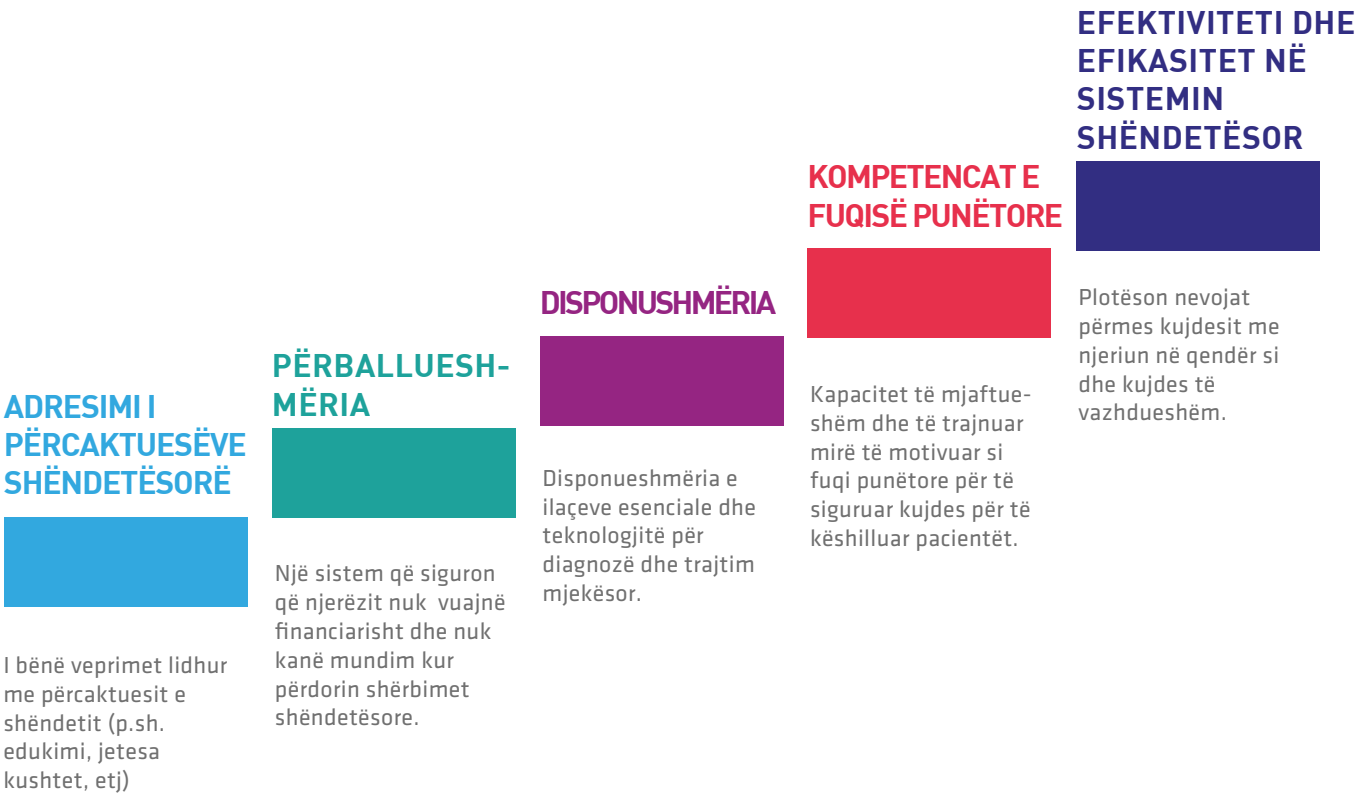
[c]Sir George Alleyne shërbeu si këshilltarë i Sekretarëve të Përgjithshëm të Kombeve të Bashkuara për HIV / AIDS në rajonin e Karaibeve prej vitit 2003-2010.
[d]Gallup International Millennium Survey, www.gallup-international.com/. Në fillim të mijëvjeçarit, 50 mijëra njerëz të 60 vendeve të ndryshme u kërkuan të vlerësojnë "Gjërat më të rëndësishme në jetë". "Shëndeti i mirë" kryesoi listën për 44% të të anketuarve, pasuar nga "jeta e lumtur familjare" (38%), "punësimi" (27%) dhe "jeta në një vend pa luftë "(17%).

Studime të shumta janë kryer në këtë fushë dhe tregojnë se shëndeti ndikon pozitivisht në ekonomi. Për shembull, rritja e jetëgjatësisë prej 50 deri në 70 vjet rrit normën ekonomike me 1.4% në vit. Rënia prej 10% e malaries është e lidhur me një rritje vjetore e 0.3%. Këto argumente të forta tregojnë se investimi në shëndetësi me njerzit mund të rris pritjet e sistemit shëndetësor dhe qeverisë, të cilat ulin pabarazitë e vazhdueshme në qasjen dhe përmirësimin apo ruajtjen e performancës ekonomike.
Për politikëbërësit dhe zyrtarët publik ka vendime të vështira për t'u bërë në drejtim të investimeve në shëndetësi. Vendimet që ndodhin brenda sferës së shëndetit kurrë nuk ndodhin si të izoluara. Ata kanë buxhete të kufizuar dhe një ndikim të thellë në palët e interesit dhe politikat në fusha të tjera, dhe kështu janë kontestuar gjithmonë. Sfidë bëhet harmonizimi i politikave shëndetësore dhe ekonomike për të përmirësuar rezultatet shëndetësore duke minimizuar efektet negative ndaj të tjerëve. Shëndeti dhe mirëqenia e njerëzve duhet të jet dimensioni i të gjitha politikave, sepse është shëndeti i popullsisë që mbështet të gjithë sektorët e tjerë të ekonomisë.
Seksioni në vijim përqendrohet në tre drejtime politike që mundësojnë shëndetin si të drejtë të njeriut, përmirësojnë qasjen në kujdes dhe janë investimet ekonomike. Këto janë: Mbulimi universal i shëndetit; Kujdesi me njeriun në qendër; dhe Burimet Njerëzore për Shëndetësi.

Figura 8: Të dhënat e shpenzimeve shëndetësore [44]

Shpenzimet totale për shëndetësi për vitin 2011	US DOLLAR $6.9 TRILLION
Shuma mesatare e shpenzuar për person për shëndetësi në vendet që i përkasin Organizataës për Bashkëpunim dhe Zhvillim Ekonomik	US DOLLAR $4,584
Përqindja e popullsisë së botës që jeton në vendet e OECD:	18%
OBSH vlerëson shpenzimet minimale për person në vit, të nevojshme për të ofruar shërbime bazë, shërbime të mbrojtjes së jetës	US DOLLAR $44
Numri i vendeve anëtare të OBSH ku shpenzimet shëndetësore - duke përfshirë shpenzimet nga qeveria,familjet dhe sektori privat dhe fondet e siguruara nga donatorët e jashtëm - është më e ulët se US DOLLAR $44 për person në vit:	26
Numri i Shteteve Anëtare të OBSH ku shpenzimet shëndetësore janë më të ulëta se US DOLLAR $ 20 për person në vit:	6
Përqindja e fondeve të shpenzuara për shëndetin në Rajonin Afrikan të OBSH-së që është siguruar nga donatorët:	9.4%

Figura 9: Faktorët që nevojiten për të arritur Mbulimet universal shendetsore.[7, 82]



Mbulimi universal shëndetsor

Ne kemi shumë frikë kur jemi të sëmurë. Në ISHPAC mund të vijnë në gjendje të pasigurtë dhe frikës nga e ardhmja; aftësi të kufizuar; dhimbje ose izolim; efekte anësore të trajtimeve ose potencialisht edhe duke u dëmtuar nga vetë trajtimet ; kompleksiteti i lundrimit të sistemit shëndetësor nuk janë në gjendje të punojnë dhe të sjellin burimet e kërkuara për jetën e përditshme. Mbi të gjitha, kujdesi shëndetësor në shumë vende rreth botës po bëhet gjithnjë e më i shtrenjtë që do të thotë se një pjesë e madhe e njerëzve pyesin nëse janë apo jo ata që do të jenë në gjendje të përballojnë trajtimin kur përballen me një diagnozë të një sëmundje të rëndë.

Kur zbatohet në mënyrë adekuate, UHC siguron që çdo qytetar të ketë qasje në kujdes pa marrë parasysh aftësinë e tyre për të paguar. UHC është zbatuar me sukses në një farë mase në 60 nga 195 vendet e botës, por OBSH dhe Banka Botërore vlerëson se 400 milionë nuk kanë qasje për shërbimet shëndetësore thelbësore dhe 40% të popullsisë së botës jetojnë pa mbulim të kujdesit shëndetësor. Projekti për Zhvillim do të thotë që të gjitha vendet anëtare të OKB-së do të duhet të synojë ta zbatojnë atë deri në vitin 2030.

Ky është një objektiv ambicioz për të arritur, i cili do të ketë një efekt të thellë në shëndetin dhe mirëqenien globale. Qasja në UHC u mundëson njerëzve, si rezultat i të qenit të shëndetshëm dhe jo të detyruar në varfëri për të mbuluar shpenzimet shëndetësore, për të qenë më produktiv dhe kontribues aktiv në familje dhe komunitet. Kjo do të thotë që fëmijët kanë mundësi më të madhe të marrjes së arsimit, dhe i mbron ato nga të prekurit më tej të varfërisë ekstreme. UHC është një politikë që vendet mund ta përdorin për të arritur shëndetin si një e drejtë njerëzore. Kjo e arrihet në shumë mënyra duke përfshirë:

- Përmirësimin e qasjes në shërbimet cilësore shëndetësore për të gjithë njerëzit pavarësisht nga statusi social
- Promovon shërbime gjithëpërfshirëse të kujdesit shëndetë-sor në krahasim me sëmundjen ose lëshon shërbime specifike
- Mbaron diskriminimin e shkaktuar nga kosto ose vështirësitë financiare
- I jep prioritet shërbimeve që janë më të pambrojtura.

Përderisa UHC plotëson një numër kriteresh për të drejtën për shëndetin, është gjithashtu një investim i mirë. Një analizë ekonomike dhe kualitative ishte ndërmarrë nga paraqitja e skemës për Sigurimin Shëndetësor Ndërkombëtar në Bahama. Analiza tregoi se përvec ndonjë përfitimi në shëndet dhe mirëqenie, "politika shëndetësore është një investim në ekonominë e shtetit, e aftë për të gjeneruar shumë herë më shumë vlerën në rritjen ekonomike." Raporti tregoi se ekonomia e Bahamas ka shumë gjasë të jetë rreth 3.7% më e lartë si rezultat i kësaj iniciative (350 milion dollar amerikan). Kjo pritet të rritet afër 5% deri në vitin 2040 duke i shtuar edhe 500 milion dollar shtesë në ekonominë e tyre.
Analiza e mësipërme është në harmoni me rezultatet e studimeve tjera që janë bërë nga Komisioni Lancet. Studimi i Lancet-it gjeti se 11% e rritjes ekonomike në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme në mes të vitit 2000-2011 ka zvogëluar shkallën e vdekshmërisë. Parashikohej që me të ardhurat kombëtare dhe përfitimet tjera, rritja ekonomike për 24% do të zvogëlonte shpenzimet shëndetësore nga 9 deri ne 1 gjatë 20 viteve (te ardhshme). Përfundimet nga ky raport ishin që "Ka përfitime enorme nga investimi në shëndetësi."

Në një ngjarje të pa dëgjuar, 257 ekonomistë nga 81 shtete rreth botës treguan mbështetjen e tyre për UHC që mbështeste fjalët e Amartya Sen se UHC është një "ëndërr e përballueshme". Ekonomistët besojnë se ka burime të mjaftueshme për të zbatuar UHC globalisht dhe se ka një grup të përfitimeve për ta bërë këtë, duke përfshirë transformimin e jetës; dhe ç'rrënjosjen e varfërisë.

Në përmbledhje, ekonomistët përfunduan se përfitimet e investimeve ekonomike janë gati 10 herë më të mëdha se shpenzimet.
Këta shembuj tregojnë se ekziston një marrëdhënie e fortë midis investimit në shëndetësi dhe zhvillimit ekonomik.
Qytetarët e shëndetshëm janë në gjendje të arrijnë arsimimin dhe aftësitë, ata duhet të zhvillohen në një ekonomi globale. Shëndeti përmirëson pasurinë dhe nga ana tjetër përmirëson kushtet e shoqërisë në të cilat njerëzit jetojnë. Mbulimi universal i shëndetit është një investim.

> Është koha që kujdesi shëndetësor të shfrytëzojë aftësi kolektive në ndërtimin e një kështjelle të UHC rreth popullit tonë - çdo udhëheqës, sigurues, profesor, mjek, infermier, pacient dhe person, i cili jeton në këtë vend duhet ta ketë parasysh se çfarë mund të bëjnë ata që të kontribuojnë, të rrisin nivelet e tyre të angazhimit dhe vendosjes së tullave të tyre në mur ".
>
> –Dr Anuschka Coovadia

ZHVILLIMI I MBROJTJES UNIVERSALE TË SHENDETIT [82]

Mbulimi shëndetësor universal do të thotë njerëzit të kenë qasje në një kujdes shëndetësor pa pësuar vështirësi financiare.

Kjo nuk është vetëm sigurimi i një pakete minimale të shërbimeve shëndetësore, por një zgjerim progresiv i kujdesit shëndetësor dhe mbrojtjes financiare.

Ajo përfshinë shërbime shëndetësore rreth vazhdimit të kujdesit, përfshirë mbështetjen, parandalimin, trajtimin, riaftësimin dhe kujdesin paliativ.

Kjo përfshin si trajtimin individual si dhe shërbimet të bazuara në popullatë.

Kjo nuk do të thotë mbulim falas për të gjitha ndërhyrjet shëndetësore pavarësisht shpenzimit

Mbulimi Shëndetësor Universal përfshin adresimin e përcaktuesve të shëndetit duke përmirësuar paanësinë, përfshirjet shoqërore dhe kohezionin.

[6]Bahamas ka zbatuar fazën e kujdesit parësor të skemës kombëtare të sigurimeve shëndetësore. Një sistem shëndetësor gjithëpërfshirës do të zhvillohet në fazat e mëvonshme.

Figura 10: Përfitimet që mbulojnë Shëndetin Universal. [79]

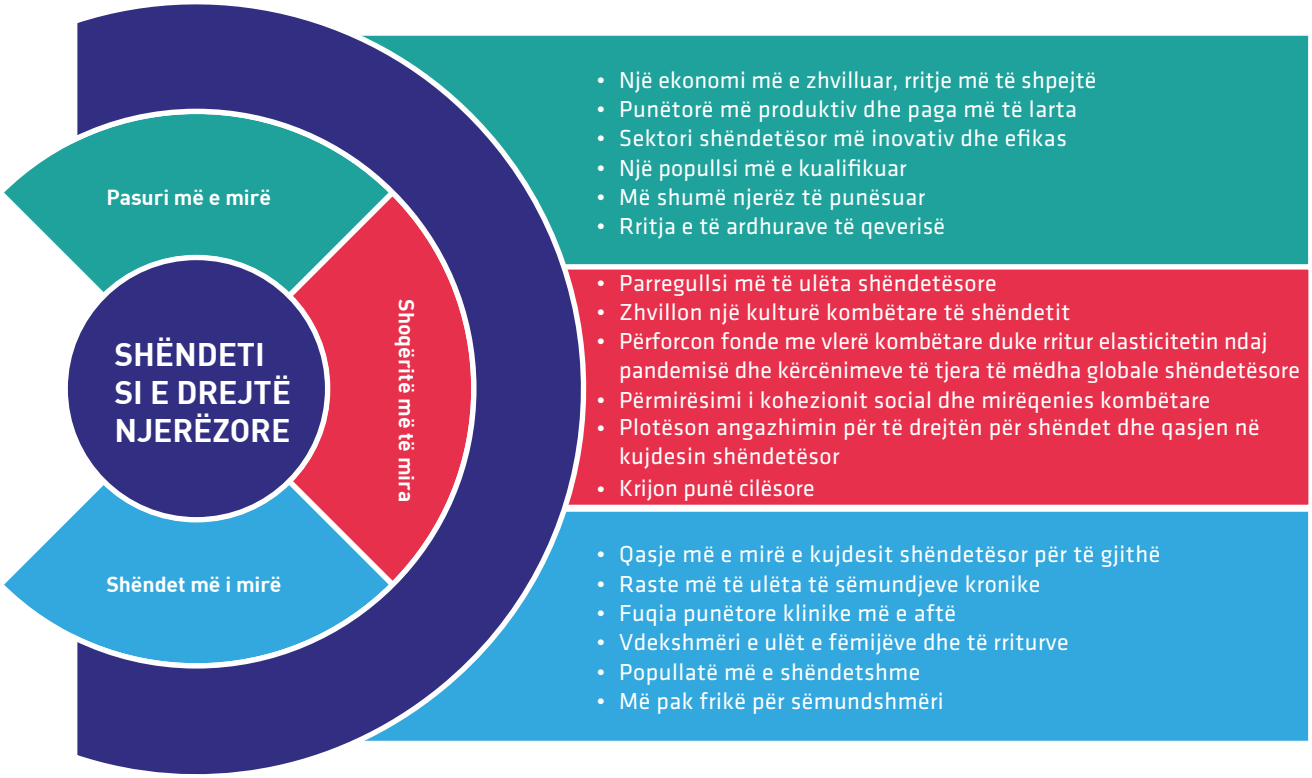
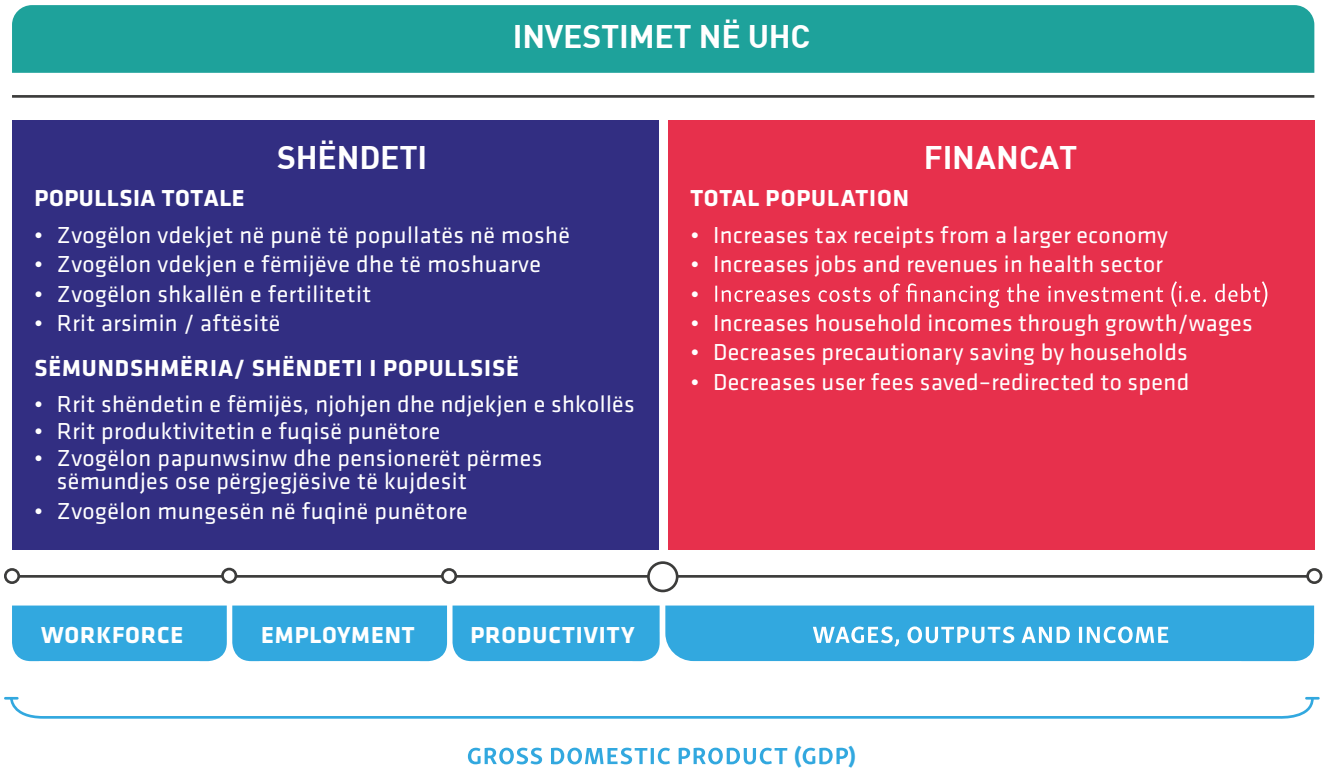


Figura 11: Kuadër gjithëpërfshirës për ndikimet ekonomike të investimeve të UHC (përshtatur nga KPMG)[83]



Ju trajtoni një sëmundje: Ju fitoni, ju humbisni.
Ju trajtoni një person:
Unë garantoj që ju të fitoni -
pa marrë parasysh rezultatin ".

–Patch Adams

Kujdesi me klientin në qendër

Kujdesi me klientin në qendër është bërë lëvizje e re e shumë shërbimeve shëndetësore. Por, siç theksojnë shumë studime, ne jemi shumë larg nga ajo. Shumë klinicistë paguajnë shërbime për të vënë pacientët të parët, por në praktikë, nevojat profesionale dhe organizative vijnë të parat. Përveç kësaj, shumë shpesh kur performanca e sistemit shëndetësor është analizuar, fokusi pritet të jetë i prekshëm, tregues lehtë të matshëm siç janë para të shpenzuara për shtretër, staf dhe jo rezultate dhe përvoja të njerëzve në marrjen e kujdesit.
Pse ndodh kjo dhe pse është kaq e përhapur në sistemet shëndetësore? Nuk është për shkak se mungon hulumtimi dhe prova. Ka pasur mbi 750 rishikime sistematike (në anglisht) të kryera në këtë fushë midis viteve 1998 dhe 2013. Brenda këtij hulumtimi, ekzistojnë tema të qëndrueshme për atë se çfarë pacientët konsiderojnë kujdes të mirë. Kjo përfshin: informacion të mirë dhe komunikimin nga profesionistët e shëndetësisë; përfshirja në vendimet që ende respektojnë preferencën; mbështetje emocionale dhe ndjeshmëri; dhe vazhdimin dhe koordinimin e kujdesit.

Një përfundim më logjik se pse njerëzit në retorikë janë të përqendruar në kujdes, praktikohet dominimi i modelit mjekësor të trajtimit që është më shumë se sa realiteti e që fokusohet në procesin e sëmundjes që lufton, për të parë personin si një tërësi. Kjo shpesh përforcohet nga modelet e financimit dhe kostoja e kontrollës ku përparësi më e madhe i jepet transaksioneve në vend se sa në ndërtimin e marrëdhënieve dhe në shikimin holistik së nevojave të individit.
Raportuesi Special i KB-së erdhi në përfundim të raportit të tij për Komisionin e Të Drejtave të Njeriut të Kombeve të Bashkuara. Në fakt, ai besonte se biomjekësia si model i kujdesit ishte shumë i dëmshëm kështu që të drejtat dhe liritë e atyre me sëmundje mendore u hoqën.
Ka një mënyrë tjetër dhe më të mirë; një mënyrë që ka më shumë gjasa për të përmirësuar përvojat e pacientëve, për të promovuar shëndetin publik dhe pakësuar pabarazitë shëndetësore; një mënyrë që përmirëson suksesin e ndërhyrjeve shëndetësore dhe të zvogëlon humbjet e burimeve të fundme. Nuk kërkon risi të shtrenjta. Është një kthim në bazat dhe dëshmitë e vendosjes së njerëzve në zemrën e kujdesit shëndetësor. Bëhet fjalë për infermierët që janë të vërteta me atë që është në zemrën e profesionit të infermierisë.
Kujdesi për njerëzit në qendër është i mbrojtur me të drejtat e njeriut. Mbështet dinjitetin, mosdiskriminimin, pjesëmarrjen, fuqizimin, qasjen, barazinë dhe partneritetin e barabartë. Jo vetëm që janë këto parime të përshkruara në të drejtën ndërkombëtare, ato janë gjithashtu në thelbin e asaj se si do të donim ne dhe familjet tona për t'u trajtuar.

[f] Health care finance mechanisms often push provider behaviours towards short consultations, inadequate case management, under or even over servicing.

Figura 12: Investimet thelbësore të nevojshme për ndërtimin e qasjes së orientuar tek njerëzit në kujdesin shëndetësor (përshtatur nga Korniza e Politikave të Kujdesit Shëndetësor të Qendrës së Popullit) [85]

KRIJIMI I QASJES ME NJERIUN NË QENDËR PËR KUJDESIN SHËNDETËSOR

INVESTIMI NË INDIVID, FAMILJE DHE KOMUNITET

- Rritja e shkathtësive shëndetësore
- Zhvillimi i strategjive për të mbështetur kuptimplotë pjesëmarrje në vendimmarrje
- Mbështetja e kapaciteteve për përmirësim të vetë-menaxhimit
- Rritja e kapaciteteve brenda komunitetit për të përmirësuar pjesëmarrjen në shëndetësi dhe planifikimin e shërbimit

INVESTIMI NË SHËNDETËSI ORGANIZATAT E KUJDESIT

- Krijimi i mbështetjes së mjediseve për njerëzit që kanë nevojë për kujdes
- Mbështetja e integruar dhe kujdes të efektshëm
- Forcimi dhe promovimi i ekipeve multidisiplinare
- Forcimi i partneritetit qasja ndaj kujdesit në mes të pacientëve, familjarëve dhe kujdestarëve.
- Vendosja e standardeve të kujdesit për cilësi dhe shërbime etike

INVESTONI NË PUNËSIM SHËNDESOR

- Rritja e kapacitetit dhe aftësisë për fuqinë punëtore për të ushtruar kujdesin ndaj njerëzve
- Përkrahja e përkushtimit ndaj cilësisë, shërbime të sigurta dhe etike

INVESTONI NË SISTEMIN SHËNDETËSOR

- Zhvillimi i stimujve financiar që mundësojnë shëndet pozitiv dhe sjelljen e ofruesve të shërbimeve
- Zbatimi i duhur i teknologjisë për të mbështetur biznesin
- Përmirësimi i monitorimit dhe raportimit të kujdesit shëndetësor së cilësisë, rezultateve dhe përvojave të pacientit
- Forcimi i profesionalizmit standardet për zbatimin praktik dhe monitorimin e tyre
- Vendosja e standardeve për shfrytëzim dhe mbrojtje.

Ndërsa sistemet shëndetësore përpiqen të përballojnë kërkesa dhe të përmbajnë shpenzimet e kujdesit shëndetësor, ekziston rreziku që investimet të jenë larguar nga qasja e kujdesit e përqëndruar me njerëzit në qendër dhe se do të ketë një fokus në një model paternalist ku profesionistët 'bëjnë gjëra për njerëzit'. Por pavarësisht nga shumë përfitime që sjell kujdesi me klientët në qendër, ka një argument të fortë ekonomik për të. Hulumtimet tregojnë se pacienti- në qendër ul kostot dhe ndihmon në menaxhimin e kërkesave.
Është veçanërisht i lidhur me:

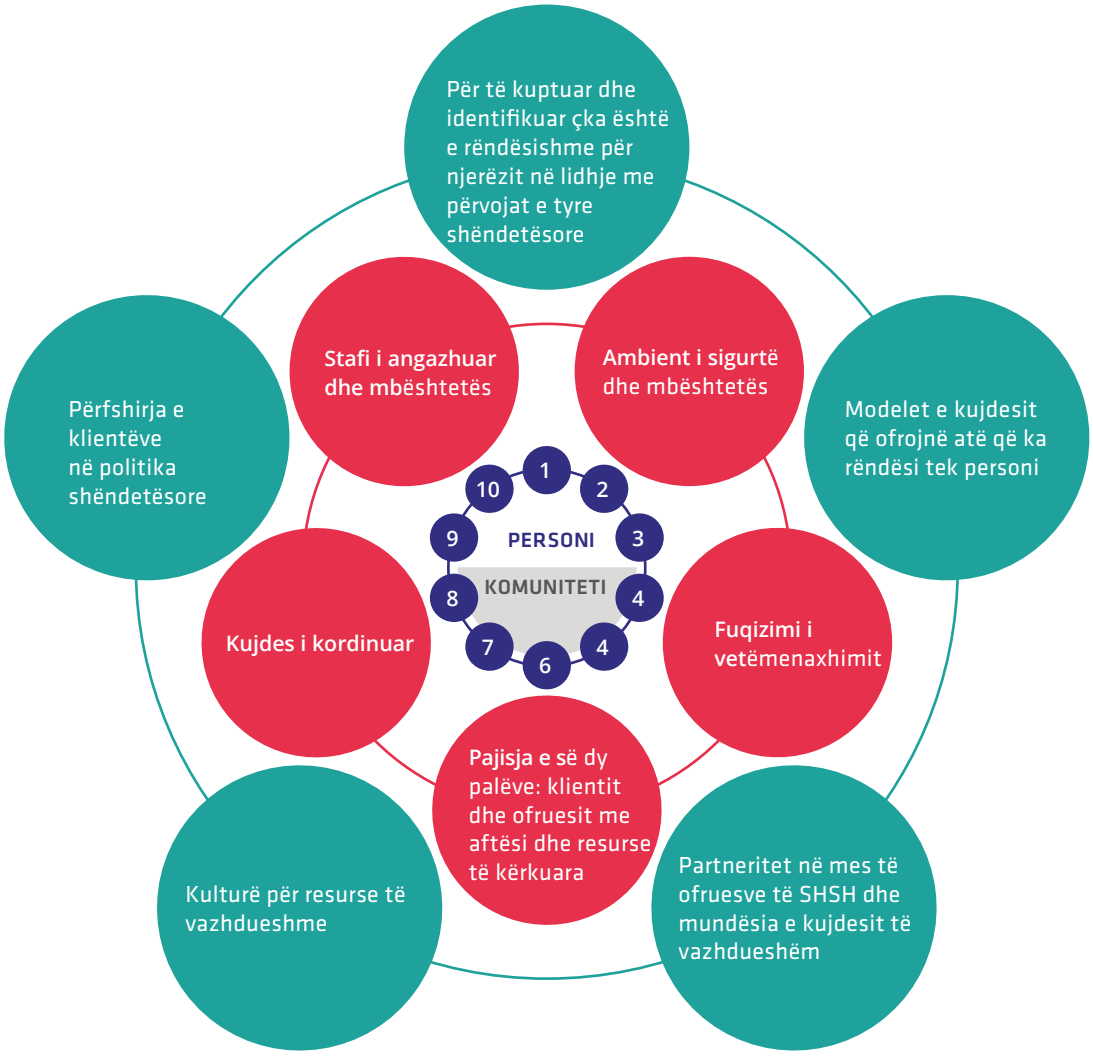
- Kohëzgjatja e reduktuar e qëndrimit [86]
- Më pak pjesëmarrje në emergjencat e spitaleve departamentet dhe pranimet [86, 87]
- Zvogëlimi i vizitave për kujdesin specialistik [88]
- Më pak teste laboratorike dhe procedurat pushtuese [87]
- Ndërhyrje paraprake përmes njohjes së mëhershme të përkeqësimeve të sëmundjeve [88]
- Përmirësim i inicimit të terapisë së duhur [88]
- Rritja e vetë-kujdesit dhe vetë-menaxhim i sjelljes shëndetësore [88]
- Reduktim i ndjeshëm i shpenzimeve mjekësore totale [87]
- Rritja e pajtueshmërisë me planet e trajtimit dhe menaxhimin e duhur të ilaçeve [87]

Për objektivat tona për përmirësimin e shëndetit dhe mirëqenies të kujdesit individual, të përqëndruar tek njerëzit, është gurthemeli dhe mënyra e kujdesit shëndetësor që duhet dorëzuar. Ka përfitime individuale, për praktikuesit, sistemin shëndetësor dhe të gjithë popullatës. Koha për të riorientuar sistemet shëndetësore për këtë qasje është tani.

> Ofrimi i KSH me Njerzit në qendër do të thotë trajtimin e njerëzve, pacientëve, të dashurit e tyre, kujdestarët dhe të tjerët me dhembshuri, dinjitet dhe respekt. Nënkupton duke përfshirë ato në vendim-marrje për shëndetin dhe kujdesin e tyre. Do të thotë të bësh gjëra 'me' njerëz, jo 'për' njerzit. Kjo do të thotë përfshirjen e njerëzve në dizajnimin e sistemit dhe në hartimin e politikave. Për të ofruar kujdes në qasjen e sistemit të së nesërmes me njeriun në qendër, kemi nevojë për të ndryshuar mënyrën se si ne sigurojmë kujdes dhe si e matim shëndetin e sistemeve sot ".
>
> –Angel Gurría, OECD Sekretari-General[89]

[9]A sub-element of people-centred care.

Figura 13: Rivendosja e kërkuar në kuadër të sistemit shëndetësor për tu fokusuar përkujdesjen e njeriut në qendër [90]



1. Qasja e individualizuar ndaj kujdesit
2. Të shohësh njerëzit si jetësore kontribues në shëndetin e tyre
3. Njohja e nevojave shëndetësore e njerëzve që kërkojnë kujdes
4. Transparenca e qasjes
5. Mundësimi i qasjes në cilësi Informacion
6. Njohja me personin dhe njohjen e individualitetit
7. Respekti për pacientët dhe vendimet e tyre
8. Ndarja e pushtetit dhe përgjegjësia
9. Përfshirë familjen dhe kujdestarët kur eshte e pershtatshme
10. Një qasje holistike për t'u kujdesur që e konsiderojnë fizike, kulturore psiko-sociale

BENEFITET EKONOMIKE

Shoqata Amerikane e Infermierëve raportoj se për çdo $ 1 Dollar Amerikan të investuar në koordinimin e kujdesit, spitali realizoj një reduktim prej $ 8 Dollar Amerikan në tarifat e kujdesit shëndetësor. Partneritet me pacientë, kujdes infermieror i koordinuar çuan në shërbim që rezultuan më pak kritike dhe qëndrime më të shkurtra në spital. [91]

Një studim i kryer nga Basu et al. në vitin 2015 identifikoi kosto efektivitetin e sëmundjeve kronike nëpërmes modeleve të vetë-menaxhimit të kujdesit. Efiçenca mesatare e kostos ishte rreth $ 50,000 Dollar Amerikan për person.

STUDIM RASTI: **Modelet inovative për kujdes paliativ në vendet rurale në Indi**

Bashkëpunëtor: Barbara Pesut, Brenda Hooper, Marnie Jacobsen, Barabra Nielsen, Miranda Falk, Brian P.O'Connor
Shteti: India

Një pilot i kohëve të fundit i një shërbimi të kujdesit paliativ të udhëhequr nga infermierët në Indi ka kërkuar të adresojë sfidën e ofrimit të shërbimeve të kujdesit paliativ për njerëzit që jetojnë në vendet rurale të Indisë nëpërmjet qasjes në komunitet me ndërtimin e kapaciteteve. Njerëzit me sëmundje kronike të avancuar morën vizita në shtëpi nga një infermiere që kryen një rol mbështetës. Pacientët janë vizituar nga infermierja çdo javë ose çdo dy-javë me një shumëllojshmëri të shërbimeve që ofrohen për një gamë të gjerë çështjesh. Problemet përfshijnë konfliktin familjar, izolimin e komunitetit, sfidat financiare, simptomat shqetësuese dhe çështjet e lëvizshmërisë. Hulumtuesi i infermierisë i drejtoi këto probleme me kalimin e kohës duke tejkaluar boshllëqet midis kujdesit shëndetësor dhe atij social.

Ndërhyrjet parësore nga infermierët ishin edukimi rreth menaxhimit të simptomave dhe mbështetja psikosociale për sfidat emocionale të jetesës me sëmundje të avancuar. Ata gjithashtu ndihmojnë njerëzit të kuptojnë informacionin e kujdesit shëndetësor dhe të marrin vendime për të bërë të mundshme trajtime për të menaxhuar simptomat e sëmundjes. Domenet e kujdesit mbështetës të ofruar nga infermierët ishin jashtëzakonisht të ndryshme duke filluar nga menaxhimi i sëmundjes shpirtërore dhe kujdes fizik; planifikimi i avancuar i kujdesit; mbështetje psikologjike dhe mbështetje sociale.

Është vlerësuar se 34 milion njerëz në Indi duhej të përfitonin nga kujdesi paliativ, por më pak se 1% e këtyre njerëzve kanë qasje në atë kujdes. Shumë njerëz me kushte të 'rënda' jetësore janë në rrezik të izolimit social. Pacientët dhe anëtarët e familjes shpesh janë në dijeni të shërbimeve shëndetësore dhe sociale që janë në dispozicion në komunitetin e tyre. Mungesa e mbështetjes për kujdes paliativ, ka pasoja të tmerrshme në fazën përfundimit të jetës. Ruraliteti gjithashtu shton një shtresë kompleksiteti në këtë situatë sfiduese. Në vendet rurale shërbimet shëndetsore shpesh janë të kufizuara dhe të paarritshme. Kjo është kryesisht për shkak të mungesës së fuqisë punëtore të kualifikuar.

Si rezultat i këtij shërbimi, besohet se ka reduktuar përdorimin e dhomave të urgjencës, pranimet në spital dhe vizitat mjekësore tek mjeku. Kënaqësia e pacientëve është më e lartë dhe pacientët mund të zgjedhin të vdesin në shtëpi. Shërbimi gjithashtu do të thoshte se gjurmuesit e infermierisë ishin në gjendje të ndihmonin klientët si dhe të identifikojnë përfitimet në dispozicion dhe alternativat me kosto efektivitet për kujdesin, duke krijuar kështu kursime tek familja.

Nëse zbatohet në mënyrë të pavarur, ose partneritet vullnetarë, gjurmuesi i udhëhequr nga infermierët atëhere shërbimi mund të plotësojë nevojat unike të komuniteteve rurale duke rritur mbështetjen dhe qasjen në burimet e kufizuara të kujdesit shëndetësor.

Një sektor i formuar infermierorë është gurthemeli kryesorë, i një instituti shëndetësor. Infermierët duhet të inkurajohen për të marrë rol udhëheqës të rëndësishëm në politikën shëndetësore, planifikim dhe dispozita "

–C.K. Mishra, Secretary, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India

Burimet njerzore për shëndetin

Në gjithë botën, sistemet shëndetësore janë nën presion- për të përmbushur kërkesat; për të plotësuar pritjet e konsumatorit; dhe për të ulur normën e rritjes së shpenzimeve .Në vitin 2013, rritja e shpenzimeve në shëndetin global ishte 2.6%. Me ndryshimin e stilit të jetës, duke u rritur kostot e shërbimeve, trajtimet dhe teknologjitë, demografia dhe kushtet ekonomike, në shpenzimet e kujdesit shëndetësor po rriten mesatarisht prej 5.3% në vit në periudhën 2014-2018. Këta faktorë, të përshkruar në raporte të shumta, konsiderohen të bëjnë stuhi për të bërë kujdesin shëndetësor të papërballueshëm dhe të paqëndrueshëm. Mesatarisht, 60-80% të totalit shpenzimet e përsëritura ndahen për burimet njerëzore. Në krye të kostos financiare është furnizimi i punëtorëve shëndetësorë. Deri në vitin 2030, vlerësohet se do të ketë edhe 40 milionë vende pune të kujdesit shëndetësor. Nën strategjitë aktuale, projekti për mungesën e fuqisë punëtore do të jetë rreth 18 milionë.

Një komision i nivelit të lartë të OKB-së u krijua për të shqyrtuar këtë çështje. Në raportin e tij mbi 'Punësimin Shëndetësor dhe Rritjen Ekonomike '95" uli besimin e mbajtur gjatë investimit në sektorin e shëndetësisë. "Besohej se investimet e shoqëruara me veprimet e duhura politike mund të bëjnë përmirësime dramatike në përfitimet socio-ekonomike si në arsim, barazi gjinore, punësim dhe shëndetësi. U arrit si përfundim se investimet në sektorin e shëndetësisë, mund të "krijojnë kushtet për rritjen gjithëpërfshirëse ekonomike dhe krijimin e vendeve të punës për stabilitet dhe siguri më të madhe ekonomike ".

Fuqia punëtore shëndetësore është përgjegjëse për kujdesin shëndetësor, mirëqenien e individëve dhe komuniteteve. Ata gjithashtu kanë një rol të rëndësishëm në sigurimin e fleksibilitetit të sistemeve shëndetësore për t'iu përgjigjur katastrofave natyrore, mjedisore, teknologjike ose biologjike. Këto ngjarje mund të shkaktojnë dëme afatgjate për interesat e komunitetit.

Siç është analizuar në këtë raport, sistemet shëndetësore mund të funksionojnë vetëm me aftësi të përshtatshme dhe në dispozicion për punëtorët shëndetësorë. Nëse e drejta për standardin më të lartë të shëndetit duhet të arrihet, varet nga qasja, disponueshmëria dhe cilësia e sistemeve shëndetësore dhe njerëzit që punojnë në to. Që kjo të jetë e arritshme, ka shumë sfida që duhet të adresohen, duke përfshirë një mori çështje të burimeve njerëzore lidhur me mungesën e stafit të kualifikuar; shpërndarje të pabarabartë midis zonave urbane dhe rurale gjithashtu si pabarazi në mes të kujdesit shëndetësor parësor dhe spitaleve; përzierje e pabalancuar e aftësive; kompensim të ulët dhe shpërblim; ngarkesa të larta pune; stimulime financiare jo të rregullta; pasiguri në vendet e punës dhe një target i çështjeve të tjera të burimeve njerëzore. Qasja aktuale ndaj fuqisë punëtore shëndetësore nuk do të plotësoj kërkesat e një kujdesi universal shëndetësor të mirëfillt, sistem ky ku njerëzit janë në qendër. Këto çështje duhet të trajtohen së bashku me një ndryshim në fokusin aktual të kujdesit. Duhet të ketë një rishikim të mënyrës në të cilën fuqia punëtore shëndetësore është e vendosur dhe e motivuar. Këto tipare përfshijnë rolin qendror të kujdesit parësor; një fokus në kujdesin e vazhdueshëm dhe nevojat holistike të individit; identifikimi i rrezikut dhe prioritizimi i nevojave të popullsisë; një theks mbi parandalimin dhe menaxhimin e shëndetit; perdorimi i ekipeve multidisiplinare; dhe lidhjet kryesore me komunitetin dhe shërbimet sociale. Ky lloj i transformimit në shëndetësi është ku fuqia punëtore është e nevojshme për të qenë e suksesshme dhe e qëndrueshme. Investimi në këto fusha të fuqisë punëtore shëndetësore do të çojë në përmirësimin e shëndetit dhe rritjen ekonomike.

Investimi në fuqinë punëtore të infermierisë do të shfaq kthime të mëdha në investim. Në analizat e cilësisë spitalore, kontrollet e kostos dhe kujdesi infermieror kanë ndodhur në mënyrë të pavarur nga njëri-tjetri. Është koha që kjo të ndryshojë. Këto diskutime duhet të jenë të ndërthurura për shkak të përmirësimit të rezultateve shëndetësore dhe krijimit të efikasitetit në shëndetësi që kërkon shfrytëzimin efektiv dhe investim në fuqinë punëtore të infermierisë.

Infermieria përbënë segmentin më të madh të kujdesit shëndetësor, fuqisë punëtore dhe është lojtari kryesor në arritjen e cilësisë së lartë për një kujdes shëndetësor efektiv dhe efikas. Infermierët janë shtylla kryesore e sistemit të kujdesit shëndetësor dhe në sektorin akut janë profesionistë të cilët ofrojnë kujdes dhe mbështetje 24-orëshe për pacientët. Edhe kur profesionistët e tjerë shëndetësore kanë mbaruar orarin gjatë ditës, infermierët qëndrojnë ende duke ofruar kujdes dhe mbështetje për

pacientët që kanë nevojë. Në komunitet, në zonat rurale dhe të largëta, ato janë shpesh ofruesit e vetëm të kujdesit shëndetësor. Ata planifikojnë dhe koordinojnë të gjitha aktivitetet e kujdesit për pacientin në një ndryshim të ndërlikuar dhe të shpejtë në mjedisin i cili kërkon gjithnjë e më shumë kompetenca teknike si dhe rritjen e pritshmërive nga klientët.

Në vitin 1996, raporti i IOM-it për 'Personelin infermieror në spitale dhe shtëpitë e të moshuarve thotë: A është e përshtatshme? se edhe pse shërbimet e infermierisë janë qendrore për ofrimin e kujdesit shëndetësor, "Ka pak dëshmi empirike për të mbështetur anekdotën dhe informacione të tjera joformale se cilësia e spitalit të kujdesit është duke u ndikuar negativisht nga ristrukturimi spitalor dhe ndryshimet në modelet e stafit të [infermiereve].

Që nga kjo kohë ka pasur një mori studimesh dhe hulumtime që demonstron vlerën e shtuar të infermierisë për përmirësimin e rezultateve shëndetësore. Hulumtimet tregojnë se cilësia e infermierisë, kultura dhe ngarkesat e ndërlidhura të punës janë të lidhur me rezultatet e pacientit duke përfshirë gjatësinë e qëndrimit, vdekshmërinë, morbiditetin, kënaqësinë e pacientit dhe një gamë të caktuar të masave të tjera të cilësisë.

Përkundër grupit të provave dhe hulumtimeve, publikut dhe krijuesit të politikave shëndetësore nuk e kuptojnë natyrën e plotë të punës së infermierëve. Një studim i publikuar zbuloi se shumica dërrmuese e njerëzve ishin të hutuar me atë që infermierët bëjnë, llojin e edukimit dhe trajnimit të tyre që marrin dhe çfarë i dallon ata nga personeli tjetër i trajnuar. Njerëzit e perceptojnë me saktësi punën që bëjnë infermierët duke kërkuar atë fizikisht dhe emocionalisht.

Për fat të keq, ekziston një keqkuptim se puna infermierëve është e kufizuar për të qenë një 'zanat' duke ndjekur urdhrat e mjekut dhe duke siguruar mbështetje fizike dhe emocionale për pacientët dhe familjet e tyre. Megjithatë, puna infermirëve është shumë më shumë se kjo dhe është edhe një art dhe shkencë që kërkon intelektualitet thelbësor, kompetencë klinike dhe organizative .

Ndër aktivitetet e tjera kritike që janë të kryera nga infermierët në vijën e frontit, ata gjithashtu ofrojnë kujdes gjithëpërfshirës në vazhdimësi, vlerësimin dhe monitorimin e pacientëve sipas nevojës, ndërhyrjet për të përmirësuar rezultatet e shëndetit ; adresojnë komplikimet ose reduktojnë rreziqet; drejtojnë dhe koordinojë kujdesin e ofruar nga ofruesit e tjerë; duke siguruar edukimin për pacientët, familjet dhe kujdestarët; fuqizim dhe partneritet me pacientët për të përmirësuar rezultatet e shëndetit; dhe avokimi për nevojat individuale dhe të shëndetit të komunitetit.

Infermierët kanë një kuptim unik në sistemin shëndetësor. Ata janë të vetëdijshëm për pikat e forta dhe dobësitë e tyre dhe se si të tejkalohen sfidat e paraqitura në sistemet shëndetsore. Me sistemet shëndetësore që përpiqen të përmirësojnë qasjen, përballueshmërinë, cilësinë, efikasitetin, barazinë dhe klientët në qendër, njohurit e infermierëve dhe angazhimi për shëndetin dhe mirëqenia e individëve duhet të jetë në mënyrë efektive, e fuqizuar dhe e mobilizuar. Që kjo të jetë një realitet, duhet të përfaqësohen perspektivat dhe opinionet e infermierisë në nivelet më të larta të udhëheqjes shëndetësore dhe të integruar në marrjen e vendimeve. Mekanizmat duhet të zhvillohen për t'u angazhuar për infermierët e të gjithave niveleve që ndikojnë në ndryshimin e qëndrueshëm dhe të denjë.

Hapi i parë për ta bërë këtë është që infermierët të kenë një kuptim më të mirë të natyrës shumë komplekse të politikës, ndikimit dhe bërjen e politikave. Kjo është adresuar në Pjesën e Katër-të.

Figure 14: Strategjia për forcimin e shëndetit global [95]

PLANI DHE INVESTIMI

- Të Zhvillohen politika dhe strategji për të përcaktuar sasinë e shëndetit nevojat e fuqisë punëtore, kërkesës dhe furnizimin
- Krijimi i strategjive kombëtarë të fuqisë punëtore shëndetësore dhe rregullat e përshtatshme për të përmirësuar performancën e.
- Promovimi i bashkëpunimit ndërsektorial
- Avanconi kualifikimet dhe njohjen ndërkombëtare të punëtorëve shëndetësorë.
- Ngritja e fondeve adekuate për të investuar në aftësitë e duhura,kushtet e duhura të punës dhe një numër të përshtatshëm të punëtorëve shëndetësorë
- Forcimi i evidencave dhe hulumtimeve në fuqinë punëtore shëndetësore.

ZHVILLIMI DHE MUNDESIA

- Nxitja e investimeve për krijimin e një pune të mirë në sektorin e shëndetësisë
- Të maksimalizohet pjesëmarrja ekonomike e grave që nxisin fuqizimin
- Shkallëzimi i arsimimit transformues, me cilësi të lartë dhe mundësitë për të mësuar gjatë gjithë jetës
- Zhvillimi i kapaciteteve për të menaxhuar komplekset humanitare emergjencat dhe krizat
- Investoni në kapacitete dhe aftësi analitike për punëdhënësin dhe të dhënat e sistemit shëndetësor.

STRATEGJITË PËR FORCIMIN E PUNËS SË SHËNDETIT GLOBAL

TRANSFORMIMI DHE NDIHMA

- Modelet e shërbimit të reformës të përqendruara në kujdesin spitalor dhe përqëndrohet në parandalimin dhe sigurimin efikas të cilësisë së lartë, të përballueshme, të integruar, me bazë në komunitet,kujdesin parësor dhe ambulator të përqendruar tek njerëzit, duke dhënë vëmendje e veçantë për zonat e rurale.
- Përafrimi i fuqisë punëtore shëndetësore me fuqinë punëtore të shërbimeve sociale për të adresuar në mënyrë efektive problemet shëndetësore.
- Përfitoni në mënyrë efektive aftësitë e lidershipit brenda fuqisë punëtore shëndetësore

KUJDESI DHE OPTIMIZMI

- Përputhni aftësitë me nevojat shëndetësore të popullsisë
- Shfrytëzoni fuqinë e informacionit me kosto efektive dhe teknologjive të komunikimit
- Sigurimi i mbrojtjes së të gjithë punëtorëve shëndetësorë dhe objekteve në të gjitha mjediset shëndetsore.
- Promovimi dhe investimi në kushte më të mira të punës
- Optimizmi i motivimit, kënaqësisë, mbajtjes, shpërndarjes të drejtë dhe performancës
- Mbështetni praktikuesit që të punojnë në fushëveprimin e tyre të plotë të praktikës
- Forcimi i qasjes shumë-disiplinore dhe kolektive në qasjen kompetente në kujdesin shëndetësor.
- Festoni sukseset.

Figure 15: The benefits received ëhen nurses are involved in leadership positions

STUDIM RASTI: **Realizimi i potencialit të plotë të infermierisë: Uells**

Bashkëpunëtor: Professor Jean ëhite CBE, Chief Nursing Officer ëales, UK
Shteti: Uells

Në nëntor të vitit 2016, Shefi i Infermierisë (CNO) i Uellsit vendosi si qëllim strategjik: "Për të realizuar potencialin e plotë të profesioneve të infermierisë dhe të mamive, në partneritet me të tjerë, në ndryshimin e nevojave të shëndetit dhe mirëqenies së njerëzve që jetojnë në Uells ". Strategjia ka tetë fusha me prioritet: profesionalizmi; zëri dhe lidershipi; fuqia punëtore dhe arsimimi informatik; hulumtim, zhvillim dhe inovacion; promovimi i shëndetit dhe mirëqenies së popullatës, cilësisë dhe sigurisë së kujdesit; dhe promovimin e integrimit të kujdesit (qasja e përqendruar tek njerëzit). Veprimet kryesore u zhvilluan në konsultim me infermieret dhe mamitë në Uells dhe ishte i hartuar sipas katër parimeve të saj.
1. Arritja e shëndetit dhe mirëqenies me publikun, pacientët dhe profesionistët si partnerë të barabartë dhe përmes bashkëprodhimit.
2. Kujdesi fillimisht për ata që kanë nevojë më të madhe shëndetësore, duke ngritë produktivitetin më efektiv të të gjitha burimeve.
3. Bëni vetëm atë që është e nevojshme, jo më shumë, jo më pak; dhe mos bëni asnjë dëm.
4. Të zvogëlohet ndryshimi i papërshtatshëm duke përdorur praktikat e bazuara në dëshmi në mënyrë të vazhdueshme dhe transparente.
Parimi i parë i kujdesshëm i kujdesit shëndetësor përqendron vëmendjen tek njerëzit, veçanërisht në përshtatjen e tyre dinamike që aktualisht ekziston midis profesionistëve të shëndetit dhe pacientëve në mënyrë që pacientët janë partnerë të barabartë për të vendosur se çfarë duhet bërë.
Në vitin 2016, CNO të Britanisë së Madhe vendosën të eksplorojnë se çfarë profesionalizmi do të thotë për infermieret dhe mamitë dhe të kuptojnë se si një qasje e përqendruar tek njerëzit mund të inkuadrohet në praktikë.Duke punuar me Këshillin e Infermierisë dhe Mamitë (rregullatori profesional i Mbretërisë së Bashkuar) ata zhvilluan udhëzime për t'i mbështetur praktikuesit në zbatimin e Kodit të Sjelljes së tyre në praktikën e tyre të përditshme të identifikojnë atë që punëdhënësit duhet të bëjnë për të mundësuar që praktikat profesionale të lulëzojnë në organizata.
Ligji për personelin e infermierëve (Uells) 2016, unik në Evropë, kërkon Shërbimin Kombëtar të Shëndetit (NHS) për të marrë në konsideratë nëse ka infermierë të mjaftueshëm për t'u kujdesur për pacientët me ndjeshmëri në të gjitha fushat dhe përcakton një metodologji për llogaritjen e fuqisë punëtore të infermierëve të lidhur me shërbimin specifik në këtë fushë. Në qendër të këtij ligji është njohja e zërit profesional të vijës së përparme të infermierëve në përcaktimin e stafit ata duhet të kujdesen për pacientët e tyre.
Në mënyrë që të ndjehen të sigurt në ngritjen e zërit të tyre profesional, infermieret dhe mamitë duhet të jenë arsimuar në mënyrë të përshtatshme. Uells ishte vendi i parë në Britani të Madhe që ka edukuar infermierët dhe mamitë dhe që nga viti 2010 dhe ka standarde për praktikë të avancuar.Si rezultat, Uellsi ka ecur përpara me zhvillimin e roleve të specializuara dhe të avancuara që infermiera dhe mamia të udhëheqin shërbimet shëndetësore me qëllim të përmirësimit të kujdesit ndaj pacientit.

RAST STUDIMI: Kapaciteti Global Infermiere Programi i Ndërtimit

Bashkëpunëtori: Susan Michaels–Strasser **Shteti:** Shteti: Afrika Sub-Sahariane

Programi Global I ndërtimit të kapaciteve (GNCBP), i udhëhequr nga ICAP në Universitetin e Kolumbias Shkolla Shëndetësore Publike Mailman me fonde nga PEPFAR përmes Burimeve Shëndetësore në SHBA dhe Shërbimi i Administratës (HRSA), synon të përmirësojë shëndetin e popullatës dhe të luftojë HIV-in në Sahar duke forcuar sasinë dhe cilësinë e fuqisë punëtore të infermierisë dhe të mamive.
GNCBP punëson një model holistik për të forcuar infermierinë dhe maminë nga arsimi më praktik nëpërmjet dy nën-projekteve. Promovon Nismën e Partneritetit për Arsimin në Infermierinë (NEPI), prodhimi i një fuqie punëtore të re dhe Infermierinë e Përgjithshme (GN) e cila mbështet mirëmbajtjen e një fuqie punëtore të kualifikuar.
GNCBP ofron shërbime përgjatë gjashtë niveleve të ndërtimit të fuqisë punëtore të infermierisë duke përfshirë: 1) përmirësimi i infrastrukturës; 2) rishikimin e kurrikulës; 3) zhvillimin e fakultetit; 4) shkathtësitë klinike; 5) zhvillimin e vazhdueshëm profesional; 6) partneritete për rregullimin politik.

GNCBP siguron një ushqyes të gjatë dhe shumë të nevojshëm të ekspertizës dhe burimeve që gjeneron mësime të vlefshme për të informuar infermierët dhe mamitë në Sahar Afrikë. Trajnimet e kombinuara të infermierisë dhe të mamive dhe ridizajnimi i kurrikulave të jetë sipas kompetencave; ku dhanë ndryshime thelbësore në mënyrën se si edukohen infermierët. Gjithnjë e më shumë, në ruajtjen e arsimit i cili trajton kompetencat bazë të HIV-it dhe rolin e zgjeruar të infermierëve në kujdesin dhe trajnimeve ndaj HIV-it ndërsa inovacione të tilla si trajnimi i bazuar në simulime dhe e-mësimi (e-learningu) janë treguar të jenë të pranueshme dhe të realizueshme në mjedise me burime të ulëta.
Afrika Sub-Sahariane përballet me një mungesë kritike të fuqisë punëtore shëndetësore, e cila pengon qasjen në cilësinë e kujdesit shëndetësor dhe kontribuon drejtpërsëdrejti në rezultatet e dobëta shëndetësore. Rajoni përballet me një rëndësi të madhe me barrën e sëmundjes dhe disponueshmërinë shumë të kufizuar të burimeve njerëzore për shëndetin. Në vitin 2006,OBSH njoftoi se 25% e barrës globale të sëmundjes u përqendrua në Afrikën Sub-Sahariane me vetëm 11% të popullsisë së botës. Përveç kësaj, rajoni përbënte vetëm 3% të zonës të fuqisë së përgjithshme punëtore shëndetësore në botë dhe vetëm 1% e shpenzimeve globale shëndetësore. Ekipet gjithnjë e më të mëdha te infermierëve të trajnuar mirë janë të nevojshëm në barrën e lartë të HIV-it, cilësi të ulëta të burimeve, si test dhe trajtim në qasjet ndaj kujdesit gjithëpërfshirës të HIV-it janë zbatuar si dhe shumë pacientë kërkojnë kujdes të rehatshëm.
Deri më sot, GNCBP ka arritur rezultate mbresëlënëse, me 13,146 nxënës të infermierisë dhe të mamive pasi kishte diplomuar nga 22 shkolla dhe 5.550 infermierë që kishin marrë trajnime me këto shërbime. Mbi 4.000 fakultete në 22 shkolla të infermierisë në gjashtë vende kanë marrë arsimim të vazhdueshëm përmes GNCBP në aftësitë klinike, edukimin dhe hulumtimin me certifikatën e specializimit, Master dhe nivelet e PhD. Këto shkolla gjithashtu morën përmirësime të instalimeve dhe të akredituara në nivel kombëtar ku kurrikula u zhvillua dhe u rishikua. GNCBP ka mbështetur rritjen e politikës së infermierisë dhe rregullimin në secilin vend.

PJESA E KATËR-të:
POLITIKA PËR PRAKTIKËN -PRAKTIKA PËR POLITIKËN

Siç tregohet në pjesën e dytë, infermierët e dinë shumë për cështjet e aksesit, kështu që ku përgjegjësia e infermierisë qëndron në sigurimin e njohurive që përfshihet dhe ndikimin në bërjen e politikave.
Shpesh thuhet se të gjitha veprimet, madje mosveprimet, janë një akt politik.Politika, në fund të fundit, është vetëm ushtrimi i ndikimit mbi alokimin e burimeve të pakta, Mason et al. përcaktojnë atë si, "Përdorimi i marrëdhënieve dhe fuqia për të fituar mbizotërim në mesin e tyrepalët e interesuara për të ndikuar në politikat dhe alokimin e burimeve të pakta". Politika është mekanizmi me të cilin ky alokim i burimeve ka vepruar, më formalisht, politika është një kurs relativisht i qëndrueshëm dhe i qëllimshëm i veprimit ose mosveprimit të ndjekur nga një aktor ose grup aktorësh në trajtimin e një problemi ose çështje shqetësuese ". Prioritetet konkurruese dhe shqetësimet e shoqëruar me natyrën e pashmangshme të fundme të burimeve, që bënë që politika të ndodhë pa ndryshim në një kontekst të këtillë.
Këto përkufizime janë me të vërtetë të dobishme për infermieret, siç argumentojmë,se për shkak se ne "dimë" për përgjigjet e pacientëve dhe familjeve për politikat shëndetësore dhe sociale, duhet të përfshihemi në marrjen e vendimeve politike. Kuptimi i këtyre përkufizimeve na ndihmonë të fillojmë të shohim natyrën komplekse të krijimit të politikave. Ajo na paralajmëron për faktin se shpesh shfaqen në tekst libra si një proces i thjeshtë rrethore jo ndryshe nga infermieria procesi i identifikimit të problemit; politika e përcaktimit të rendit të ditës; formulim-implementim-vlerësim, realiteti është shumë më i komplikuar.

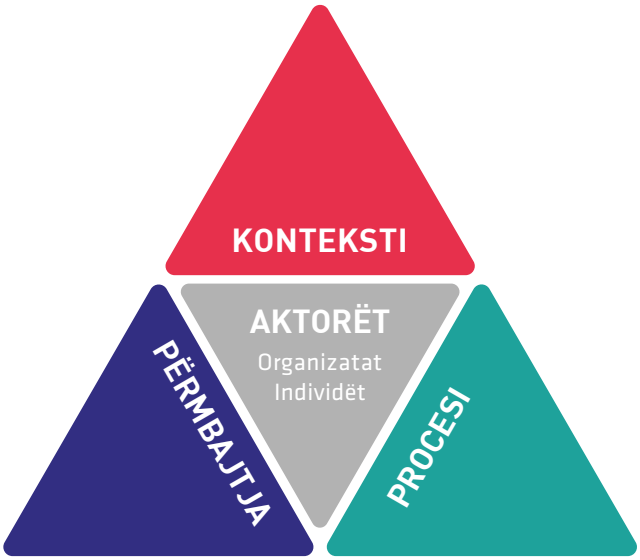
Si infermiere ne argumentojmë se kur bëhet politika, ne nuk kemi një vend në tryezë ". Ajo që ne duhet të kuptojmë është se periudha që një politikë të arrijë një "tryezë" të konsultimit, në marrjen e politikave është pothuajse i plotë. Prandaj, ku duhet të jemi, është në fazën më të hershme të identifikimit të problemeve dhe inkuadrim të zgjidhjeve. Është këtu që ndikimi i vërtetë ndodh.
Infermieret duhet të jenë të angazhuar thellë në kuptimin e ndikimit në hartimin e politikave.
Procesi i politikave është i çrregullt dhe i paparashikueshëm. Për të kuptuar më mirë këtë kompleksitet ëalt dhe Gilson paraqiti idenë e një trekëndëshi të politikës shëndetësore për të thjeshtuar këto ndërlidhje (shih Figura 16). Ashtu si me të gjitha modelet ata thjeshtëzojnë proceset që zakonisht janë shumë të ndërlidhura dhe interaktive, dhe kjo është rastësore.
Përderisa infermierët e dinë "përmbajtjen" (p.sh. për pacientët dhe familjet ;përgjigjet ndaj politikave shëndetësore dhe sociale), kjo është vetëm një politikëe thjeshtë. Ne gjithashtu duhet të marrim parasysh "kontekstin", "Procesin" dhe "aktorët", si individë dhe organizata.
Konteksti: Çfarë po ndodh në mjedis në këtë moment dhe si mund të ndikojë kjo në ndonjë bisedë politike? Konteksti mund të shihet si përfshirëse e faktorëve të situatës (p.sh.lufta, thatësira, tërmetet); faktorë strukturorë (p.sh. politike sistemet dhe ciklet politike, teknologjia, hulumtimi i ri); faktorët kulturorë (p.sh. gjuha, normat, feja, pakicat grupe) ose faktorë ndërkombëtarë (p.sh. sëmundjet infektive shpërthimet, ndryshimet në treg krizat e financave globale). Secili prej këtyre elementeve mund të sjellë shqetësimin tuaj për një vëmendje më të lartë ose për ta hequr atë plotësisht nga rendi i ditës. Përzgjedhja e kohës tuaj duke vlerësuar kontekstin I cili është kritik për suksesin në ndikimin e politikës.

Procesi: Si ndodhi aktualisht vendimet e politikave? Si fillohet, zhvillohet, negociohet, komunikohet, zbatohet dhe vlerësohet (si në ciklin e thjeshtë më lartë)? Kush e ka dhe e kush e udhëheqë pushtetin është një çështje kyçe gjatë këtij procesi? Kjo na sjell tek momentet që duhet të kemi parasysh aktorët e përfshirë në proces.

Aktorët: Kush janë individët dhe cilat janë organizatat të cilat mund të kenë interes në temën e politikave? Pasi të keni përcaktuar se cilët janë palët kryesore të interesit, duhet të mendoni për nivelin e përfshirjes së tyre, interesit të tyre, ndikimit ose fuqisë së tyre, ndikimin e rezultatit mbi ta dhe pozitën e tyre - a janë aleatë apo kundërshtarë? Njohja e pjesëmarrësve ju mundëson të zgjedhni se kush mund të ju ndihmojë, me kënd të bëheni dhe ndikimi i kujt duhet të kundërshtohet dhe pse.

Trekëndëshi politik i ëalt dhe Gilson (Figura 16) u ndërtua nga Jeremy Shiffman dhe kolegët e tij për të krijuar një model të ri i cili shqyrton tri fusha kryesore: faktorët e brendshëm të rrjetit dhe aktorët e tyre; mjedisin politik; dhe karakteristikat e vetë çështjes.

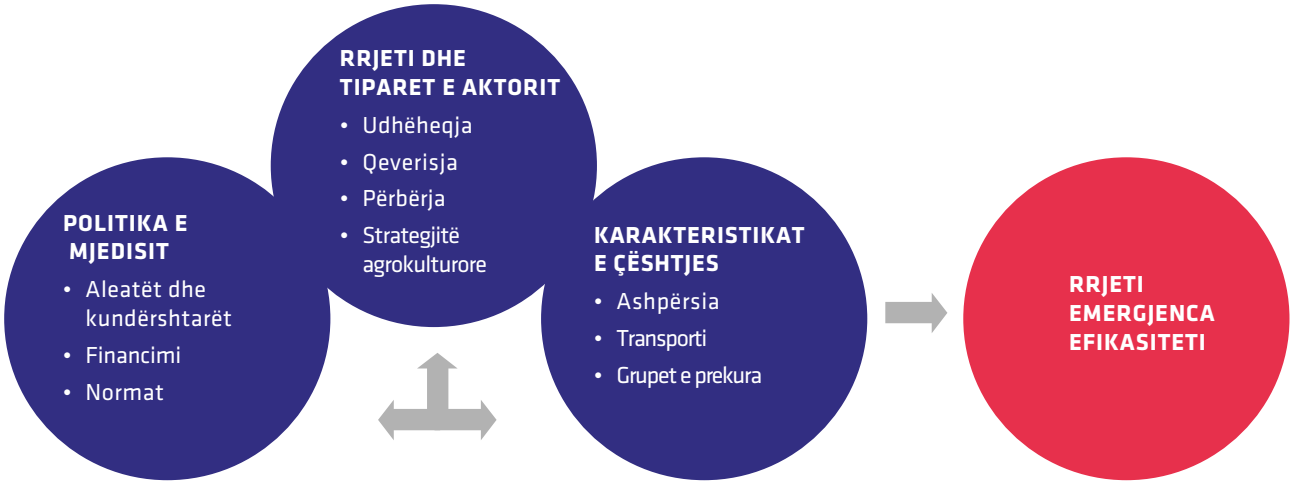
Figura 16: Procesi i trekëndëshit të politikave të ëalt-it dhe Gilson-it: [107]



AKTIVITETI:

Mendoni për një politikë kombëtare të kohëve të fundit në të cilën infermieria ka interes. Përdorimi i trekëndëshit të politikave analizon aktorët, procesin, kontekstin dhe përmbajtjen. A ju ndihmon kjo për të kuptuar rezultatin? Si mundet kjo analizë të sugjerojë diçka që mund të bëni ndryshe herën tjetër?

Figura 17: Modeli Shiffman i rrjeteve efektive të shëndetësisë globale [110]



Nga këto elemente ekzistojnë disa fusha në të cilat infermieria mbetet shumë prapa grupeve të tjera ndikuese në strategjitë e formësimit shëndetësor, brenda dhe jashtë, që përfshin gjuhën e përdorur; dhe ndërtimin e koalicioneve.110 është interesante se këto ishin gjithashtu elemente të identifikuara nga një grup infermierësh amerikanë 20 vjet më parë në vështrimin e zhvillimit politik të infermierisë.111 Nëse po përpiqemi të ndikojmë në politikën, ne duhet të fillojmë me karakteristikat e kësaj çështjeje. Ne duhet të bëjmë detyrat tona të shtëpisë dhe të kuptojmë të gjitha provat që ndëlidhen me çështjen në të cilën po përpiqemi të ndikojmë (ashpërsia dhe tërheqshmëria e tij - a ka zgjidhje që do të jetë efektive?). Ne gjithashtu duhet të shikojmë se si i shprehim grupet e prekura dhe shkallën në të cilën kjo do të angazhojë të tjerët. Një shembull këtu është HIV / AIDS. Kur kjo u shpreh si një sëmundje e homoseksualëve apo si një sëmundje e një vendi të largët, kishte pak mundësi për tërheqje politike. Kur u shpreh si një kërcënim për njerëzimin dhe një sëmundje që mund të transmetohej në mitër tek foshnjat, ajo fitoi vëmendje dhe veprim të menjëhershëm.

Pastaj, duhet të shikojmë në mjedisin politik. A jemi në harmoni me ciklin e përgatitjes së buxhetit të qeverisë? A kemi bërë analizën e palëve të interesuara? A jemi ne një grup të cilin të tjerët do ta marrin seriozisht në lidhje me këtë çështje, apo do të shihet si interes vetjak? A e kemi formësuar interesin tonë, dhe kontributin tonë në atë mënyrë që do të dëgjohen nga të tjerët si relevante dhe të rëndësishme? Kush tjetër është i interesuar për çështjen dhe ka një sistem të përshtatshëm të pozicionit dhe vlerës dhe a janë partnerë potencialë të bashkërendimit? Kush, brenda infermierisë është më i favorshëm për ta çuar çështjen përpara në botën e jashtme - a është unioni , rregullatori, udhëheqësit e shërbimit të lartë apo hulumtuesit? A kemi një mesazh profesional të unifikuar në të cilin do të përkushtohen të gjithë dhe nuk do të rezultojë në një zë të ndarë? Me fjalë të tjera, a i kemi bërë detyrat tona të shtëpisë për të punuar në një pozitë konsensuale prapa dyerve të mbyllura?

Figura 18: Fazat e zhvillimit të politikës së infermierisë [111]

	1 BLERJET	2 VETË INTERESIMI	3 POLITIKAT E SOFISTIKUARA	4 PRIRËS I RRUGËS
NATYRA PËR VEPRIM	Riaktivizimi në një fokus mbi çështjet e infermierisë	Reaktivizimi ndaj Çështjeve të infermierisë (p.sh. fonde për arsimim të infermierisë) dhe çështje më të gjera (p.sh. për kujdes afatgjatë dhe vaksinim)	Aktivizimi i infermierëve në çështjet tjera shëndetësore (p.sh. Cohen et al. Agjenda e Infermierisë për Reformën Shëndetësore)	Proaktiv në udhëheqje dhe vendosja e rendit të ditës për një gamë më të gjerë shëndetësore dhe çështjet sociale dhe politike
GJUHA	Të mësuarit e gjuhës politike	Përdorimi i zhargonit të infermierëve (p.sh. kujdesi, diagnoza infermierore)	Përdorimi i fjalës dhe retorika e zakonshme në diskutimet e politikave shënde-tësore	Paraqitja e termave se organizohet debati
KOALICIONI PËR NGRITJE	Ndërgjegjësimi politik: i rastit me pjesëmarrje me koalicione	Formimi i koalicionit në mesin e infermierisë dhe organizatës	Formimi i koalicionit në mesin e grupeve të infermierisë: pjesëmarrje aktive dhe të rëndësishme me kujdesin më të gjerë të grupeve shëndetësore (p.sh., Klinton forca e punës për shëndetin reformën e kujdesit	Fillimi i koalicioneve infermierore përtej politikave më të gjëra për shqetësimet shëndetësore
INFERMIERËT SI NDËRTUES POLITIKE	Shqetësimet e izoluara të infermierëve që janë emëruar në politikë kryesisht për shkak të arritjeve të individit	Shoqatat profesionale bëjnë lidhje me pozicionet infermierore	Organizatat profesio-nale marrin infermierët të emëruar në politikën lidhur me shëndetin (p.sh.pozicionet e infermierisë mbi Pro-PAC)	Shumë infermierë mendonin për të mbushur infermier-inë dhe pozicionet e politikave shënde-tësore rreth vlerës së infermierisë për ekspertizën dhe njohurit

AKTIVITETI: ZHVILLIMI POLITIK

Eksploro katër fazat e zhvillimit politik lart dhe shikoni se në cilin faze jeni në zhvillimin tuaj politik.
Ku mendoni se është infermieria në vendin tuaj, dhe sa po kujdesen infermierët globalisht në zhvillimin e kësaj politike?
Cilat janë fushat në të cilat nevojiten përmirësime?
Si mund ta merrni këtë përvojë / edukim?

STUDIMI I RASTIT: **Koalicionet dhe bashkëpunimet të trajtuar në NCDS: infermierja po rritet për të qenë një partner në një iniciativë për përmirësimin e shëndetit të vendit.**

Shteti: Tonga

Sëmundjet jo-ngjitëse (NCDs), që përbënin 75 përqind të të gjitha vdekjeve në Tonga 2008, sipas OBSH janë kryesisht për shkak të dietës së dobët, mungesës së ushtrimit fizik, pirja e duhanit dhe konsumimi i alkoolit 113. Sipas Hon. Dr Saia Ma'u Piukala, Ministër i Shëndetësisë, 99% e Popullatës së rritur në Tongan është në rrezik të mesëm dhe të lartë për zhvillimin e një NCD 114.

Fokusi në NCDs në Tonga filloi në vitin 2003 me zhvillimin e një NCD strategji gjithëpërfshirëse e viteve (2004-2009). Ministri i Shëndetësisë, Zotëri Viliani Tau 'Tangi, ka qenë një shtyllë e luftës së NCDs dhe ka parë vazhdimisht infermierinë si të paturit e një roli në qendër për të luajtur në arrestimin dhe kontrollimin e NCDs. Vlerësimi i këtij plani të parë zbuloi se ka pasur vështirësi si me grumbullimin e saktë të të dhënave ashtu edhe me zbatimin. Strategjia tjetër NCDs (2010-2015) u përqendrua në korrigjimin e këtyre çështjeve dhe Zotëri Tangi e njohu atë pozicionimin kritik të infermierëve në komunitetin Tongan si dhe sektorin e kujdesit akut. Disa vjet më parë, infermierët e shëndetit riprodhues ishin edukuar dhe stacionuar në mënyrë specifike në secilën qendër të shëndetit të komunitetit duke rezultuar në një zvogëlim të ndjeshëm të nënës dhe foshnjës, vdekshmërisë, morbiditetit dhe rritjes së normave të imunizimit. Ky model i bazuar në komunitet, i udhëhequr nga infermierët, gjithashtu mund të punojë me NCDs nëse ka një rol që mund të promovonte shëndetin, zbulimin e hershëm si dhe parandalimin e sëmundjes, aderimin e trajtimit, rehabilitimin dhe lehtësimin. Një pilotprojekt u krijua në vitin 2012 në pesë qendra të komunitetit me efikasitetin dhe pranimi i këtij pilotprojekti u bazua në komunitet dhe shpejt u bë i qartë për te gjithë. Financimi u kërkua për të zhvilluar programin infermieror NCD në 20 qendra të komunitetit dhe deri në fillim të vitit 2014, 20 të zgjedhura në mënyrë eksplicite me infermieret me përvojë në komunitetit inovativ diplomuan nga një bashkëpunim i ndërtuar dhe akredituar me Diploma të avancuara për infermierë në parandalimin, zbulimin dhe menaxhimin e sëmundjeve jo-ngjitëse.

Për të demonstruar rëndësinë e vendosur në këtë nismë infermierore, në ceremonin e diplomimit morën pjesë Mbretëresha e Madhisë së Saj Nanasipau'u Tuku'aho dhe Ministri i Shëndetësisë113. Kjo nismë e udhëhequr nga infermierja ka rritur tashmë saktësinë e mbledhjes së të dhënave në NCDs; përmirësoj monitorimin dhe trajtimin e diabetit dhe sëmundjeve kardiovaskulare; të rrisë pjesëmarrjen e komunitetit në programet ushtrimore dhe të ushqyerjes; që zvogëlojnë nevojën për amputacione. Plani më i fundit strategjik për NCDs (2015-2020) vazhdon luftën në Tonga me një theks si plan i fundit për të rinjtë dhe një fillim i shëndetshëm për jetën. Reproduktivi i bazuar në komunitetin e infermiereve shëndetësore dhe infermieret e NCD do të vazhdojnë të luajnë një rol të madh, së bashku me shumë sektore të shoqërisë të tjera114.

Figura 19: Një model për të kuptuar nga problemi në veprim

KARAKTERISTIKAT E PROBLEMEVE

Çfarë dim ne?

Çfarë është dëshmi? (Ashpërsia, traktueshmëria, grupet e prekura)

Cilat janë referencat kryesore të dokumentave?

POLITIKA E MJEDISIT

Kush janë çelës dhe palët e interesuara tashmë në zona - jo-infermierore dhe infermierë, vlerësimin për përfshirjen e tyre, interesat, pozicionimin filozofik, koalicionet ekzistuese.

Pse është infermieria biznes?

Kush është aktualisht çelës zëdhënës i infermierisë?

Kush janë kërkuesit kryesorë të infermierisë?

RRJETI I BRENDËSHËM INFERMIEROR

Me kë duhet infermierët potencialisht të formojnë koalicione?
Çfarë është unike në Kontributin e infermierisë?
Çfarë është kontributi /roli i ICN-it?
Cili është roli i NNA-ve?
Kush duhet / mund të shkojë përpara si një avantazh infermieror?
Cili është mesazhi i brendëshëm i dakorduar infermieror?

KORNIZA E JASHTME DHE REZULTATET

Cili është mesazhi i jashtëm për inkuadrim i cili paraqet një shtesë unike dhe arsye-tim për përfshirje në ngritjen e të bërit infermier?

Për çfarë duhet shpresuar në rezultat?

Cila është raportimi I afatit kohor, si dhe kujt?

Figura 19. Tregon se si infermierët mund të lëvizin nga praktika në politikë ose nga lëshimi në veprim siç ndodhi në Tonga (shih studimin e rastit). Vrojtimet dhe të dhënat nga praktika informojnë politikat. Politikaa dikton fokusin për iniciativat e reja praktike, të cilat nga ana tjetër informojnë në politikën e re. Përpjekja e vazhdueshme me ndryshimin e theksit dhe prioritetet e zbatimit si dhe nënvizon rëndësinë kritike të infermierët si mbledhës të saktë të të dhënave, analistë dhe zëdhënës për komunitetet e tyre për të siguruar zbatimin më të mirë të politikave dhe vlerësimin, dhe pastaj të ofrojë këshilla më të mira në të reja për politikën dhe vendosjen e axhendës.

Fjala përfundimtare

Infermieret janë thelbësore në transformimin e kujdesit shëndetësor dhe sistemeve të shëndetit në mënyrë që asnjë person të mos mbetet prapa. Infermieret mund të jenë një zë për të udhëhequr duke përmirësuar qasjen në kujdes; duke bërë të mundur që një popull- me qasje në qendër të shëndetit; dhe duke siguruar që zërat e tyre janë dëgjuar në ndikimin e politikës shëndetësore, planifikimin dhe sigurimin. Në vitin 2018 tani është koha për të qëndruar së bashku dhe të flasim si një. Ne duhet të flasim më fuqishëm. Duhet të flasim më qartë. Me burimet që ne aktualisht kemi në dispozicion, nuk është e pranueshme për të mohuar çdo njeri të drejtën për kujdesin e shëndetit. Bëni vitin tuaj 2018 të jetë një zë për të udhëhequr; për shëndetin që është e drejtë e njeriut.

> Infermieret kanë përvojë primare, që ata kanë njohuri, autoritetin, legjitimitetin për të qenë në gjendje të flasë për zinxhirin e gjatë shkakor të sëmundjes dhe pacientit, por gjithashtu të jetë në gjendje të avokojë për pacientët dhe kjo është ajo që na nevojitet në programin Universal Health Coverage në këtë vend ".
>
> –Dr Sridhar Venkatapuram, Ligjërues i Lartë në Filozofi dhe Shëndetësinë Globale dhe Drejtori Themelues i MSc Global Health dhe Drejtësia Sociale, Kolegji i Mbretit në Londër.

REFERENCES

1. World Health Organization. Universal health coverage: a political choice. 2017 [cited 2017 6 October]; Available from: http://www.who.int/dg/speeches/2017/universal-health-coverage/en/.
2. Special Rapporteur, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. 2017, United Nations: Geneva.
3. UN News Centre. Nothing short of a 'sea change' will end years of gross neglect in mental health care – UN expert. 2017 [cited 2017 29 September]; Available from: http://www.un.org/apps/news/printnewsAr.asp?nid=56919.
4. Sen, A., Why and how is health a human right? Lancet, 2008. 372(9655): p. 2010.
5. Peabody, F.W., The Care of the Patient. JAMA, 1927. 88(12): p. 877-882.
6. The right to health: from rhetoric to reality. Lancet, 2008. 372(9655): p. 2001.
7. World Health Organization. Universal health coverage (UHC): Fact sheet. 2016 [cited 2016 8 December]; Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/.
8. Ghebreyesus, T.A. All roads lead to universal health coverage. 2017 [cited 2017 20 October]; Available from: http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2017/universal-health-coverage/en/
9. World Health Organization. Health financing for universal coverage. 2017 [cited 2017 27 November]; Available from: http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/.
10. Hunt, P. and G. Backman, Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health. Health and Human Rights, 2008. 10(1): p. 81-92.
11. World Health Organization, 'Everybody's Business': Strengthening Health Systems to improve health outcomes–WHO's Framework for Action. 2007, WHO: Geneva.
12. Lee, E. and D. Johanne Horndrup. The Right to Health: An Interview with Professor Paul Hunt. 2004 [cited 2017 4 October]; Available from: http://projects.essex.ac.uk/ehrr/V2N1/Hunt.pdf.
13. Special Rapporteur, Promotion and protection of all Human Rights, Civil, Political, economic, Social and Cultural: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt. 2008, United Nations Human Rights Council: Geneva.
14. Taylor-Clark, K. What's Engagement Now? Expert Kalahn Taylor-Clark Discusses Emerging Challenges. 2012 [cited 2017 30 October]; Available from: http://www.cfah.org/blog/2012/whats-engagement-now-expert-kalahn-taylor-clark-discusse-emerging-challenges.
15. Levesque, J.F., M.F. Harris, and G. Russell, Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health, 2013. 12: p. 18.
16. World Health Organization. Diabetes. 2017 [cited 2017 1 November]; Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/.
17. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 2016 [cited 2017 1 November]; Available from: http://www.idf.org/idf-diabetes-atlas-seventh-edition.
18. Stokes, A., et al., Prevalence and unmet need for diabetes care across the care continuum in a national sample of South African adults: Evidence from the SANHANES-1, 2011-2012. PLoS One, 2017. 12(10): p. e0184264.
19. Protheroe, J., et al., Health Literacy, Diabetes Prevention, and Self-Management. J Diabetes Res, 2017. 2017: p. 1298315.
20. Deloitte, Turning the tide on diabetes management How leaders in health care are using multi-faceted approaches. 2017, Deloitte Centre for Health Solutions: Washington DC.
21. Anderson, I., et al., Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. Lancet, 2016. 388(10040): p. 131-57.
22. Johnstone, M.J. and O. Kanitsaki, The spectrum of 'new racism' and discrimination in hospital contexts: a reappraisal. Collegian, 2009. 16(2): p. 63-9.
23. Askew, D., et al. To your door: Factors that influence Aboriginal and Torres Strait Islander peoples seeking care. [cited 2017 1 November]; Available from: http://www.kvc.org.au/wp-content/uploads/2014/12/Paper-Mono-1-CD-20130624-v42-Submitted.pdf
24. Secretariat of National Aboriginal and Islander Child Care. Cultural Competence. [cited 2017 1 November]; Available from: https://i.pinimg.com/736x/28/37/5b/28375b8d01a949d0254c31bd15275190--cultural-competence-preschool-ideas.jpg.
25. World Health Organization. Health and human rights: Fact Sheet N323. 2015 [cited 2017 1 November]; Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/.
26. Kōlves, K., et al., Suicide in rural and remote areas of Australia. Australian Institute for Suicide Research and Prevention. 2012: Brisbane.
27. World Health Organization, A universal truth: no health without a workforce. 2014, WHO: Geneva.
28. National Rural Health Alliance. Mental Health in Rural and Remote Australia. 2017 [cited 2017 26 September]; Available from: http://ruralhealth.org.au/sites/default/files/publications/nrha-mentalhealth-factsheet-2017.pdf.
29. Patel, V. Mental Health Policy. in international Council of Nurses: Health Policy Summit 2017. Philadelphia.
30. OECD, Out-of-pocket medical expenditure: Health at a Glance. 2015, OECD Publishing: Paris.
31. World Health Organization, Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention: Global Policy Recommendations. 2010, WHO: Geneva.
32. World Health Organization. New report shows that 400 million do not have access to essential health services. 2015 [cited 2017 25 September]; Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/uhc-report/en/.
33. Sen, A. Amartya Sen Quotes. 2017 [cited 2017 30 October]; Available from: http://www.azquotes.com/author/13314-Amartya_Sen.
34. Duckett, S. Many Australians pay too much for health care – here's what the government needs to do. 2016 [cited 2017 25 September]; Available from: https://theconversation.com/many-australians-pay-too-much-for-health-care-heres-what-the-government-needs-to-do-61859.
35. Health Resources &Services Administration. HRSA Database. 2017 [cited 2017 1 November]; Available from: https://datawarehouse.hrsa.gov/tools/analyzers/hpsafind.aspx.
36. Newhouse, R.P., et al., Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. Nurs Econ, 2011. 29(5): p. 230-50; quiz 251.
37. Weinick, R.M., R.M. Burns, and A. Mehrotra, Many emergency department visits could be managed at urgent care centers and retail clinics. Health Aff (Millwood), 2010. 29(9): p. 1630-6.
38. Copeland, B., et al. Beyond the acute episode: Can retail clinics create value in chronic care? 2016 [cited 2017 1 November]; Available from: https://dupress.deloitte.com/dup-us-en/industry/health-care/retail-clinics-chronic-care-management.html.
39. Akazili, J., et al., Assessing the impoverishment effects of out-of-pocket healthcare payments prior to the uptake of the national health insurance scheme in Ghana. BMC Int Health Hum Rights, 2017. 17(1): p. 13.
40. World Health Organization, WHO Global Health Expenditure Atlas. 2014, WHO: Geneva.
41. Schneider, E et al, Mirror, Mirror, 2017: International Comarison Reflects Flaws and Opportunities for Better US Health Care. 2017. The Commonwealth Fund.
42. Francis, R., Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. 2013: London.
43. Campbell, D. Mid Staffs hospital scandal: the essential guide. 2013 [cited 2017 13 September]; Available from: https://www.theguardian.com/society/2013/feb/06/mid-staffs-hospital-scandal-guide.
44. World Health Organization, Patient Safety: Making health care safer. 2017, WHO: Geneva.
45. Committee on Quality of Health Care in America and Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century is report on health care quality in the United States. 2001, Washington, DC: National Academies Press.
46. World Health Organization, WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. 2017, WHO: Geneva.
47. Stimpfel, A.W., et al., Hospitals Known for Nursing Excellence Associated with Better Hospital Experience for Patients. Health Serv Res, 2016. 51(3): p. 1120-34.
48. Flynn, L., et al., Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. J Am Geriatr Soc, 2010. 58(12): p. 2401-6.
49. Brodaty, H., et al., Successful ingredients in the SMILE study: resident, staff, and management factors influence the effects of humor therapy in residential aged care. Am J Geriatr Psychiatry, 2014. 22(12): p. 1427-37.
50. Aiken, L.H., et al., Nurses' reports on hospital care in five countries. Health affairs, 2017.5
51. Aiken, L.H., et al., Implications of the California nurse staffing mandate for other states. Health Serv Res, 2010. 45(4): p. 904-21.
52. Twigg, D. and K. McCullough, Nurse retention: a review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. Int J Nurs Stud, 2014. 51(1): p. 85-92.
53. Needleman, J. and S. Hassmiller, The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results. Health Aff (Millwood), 2009. 28(4): p. w625-33.

54. Goetz, K., M. Janney, and K. Ramsey, When nursing takes ownership of financial outcomes: achieving exceptional financial performance through leadership, strategy, and execution. Nurs Econ, 2011. 29(4): p. 173-82.

55. Kelly, L.A., M.D. McHugh, and L.H. Aiken, Nurse outcomes in Magnet(R) and non-magnet hospitals. J Nurs Adm, 2011. 41(10): p. 428-33.

56. Institute of Medicine, Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses 2004, the National Academies Press: Washington D.C.

57. Stimpfel, A.W., J.E. Rosen, and M.D. McHugh, Understanding the role of the professional practice environment on quality of care in Magnet(R) and non-Magnet hospitals. J Nurs Adm, 2014. 44(1): p. 10-6.

58. Jeon, Y.H., et al., Policy options to improve leadership of middle managers in the Australian residential aged care setting: a narrative synthesis. BMC Health Serv Res, 2010. 10: p. 190.

59. Jeon, Y.H. and H. Kendig, Chapter 14 Care and Support for Older People, in Ageing in Australia: Challenges and Opportunities, K. O'Loughlin, C. Browning, and H. Kendig, Editors. 2017, Springer: New York.

60. Forster, P., Queensland Health Systems Review. 2005.

61. Francis, R., Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. 2013: London.

62. Rao, A.D., A. Kumar, and M. McHugh, Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-Day Mortality and Failure to Rescue. J Nurs Scholarsh, 2017. 49(1): p. 73-79.

63. McHugh, M.D., et al., Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated With Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients. Med Care, 2016. 54(1): p. 74-80.

64. Lasater, K.B. and M.D. McHugh, Nurse staffing and the work environment linked to readmissions among older adults following elective total hip and knee replacement. Int J Qual Health Care, 2016. 28(2): p. 253-8.

65. Lasater, K.B. and M.D. McHugh, Reducing Hospital Readmission Disparities of Older Black and White Adults After Elective Joint Replacement: The Role of Nurse Staffing. J Am Geriatr Soc, 2016. 64(12): p. 2593-2598.

66. IOM, Transforming health care scheduling and access: getting to now. 2015, IOM: Washington, DC.

67. Oche, M. and H. Adamu, Determinants of patient waiting time in the general outpatient department of a tertiary health institution in north Western Nigeria. Ann Med Health Sci Res, 2013. 3(4): p. 588-92.

68. Siciliani, L., M. Borowitz, and V. Moran, Waiting time policies in the healthsector: What works. 2013.

69. Algoso, V. Philosophical Views in Nursing. 2014 [cited 2017 12 October]; Available from: https://www.slideshare.net/virgilioalgoso/philosophical-views-in-nursing.

70. Jones, T.L., P. Hamilton, and N. Murry, Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. Int J Nurs Stud, 2015. 52(6): p. 1121-37.

71. Special Rapporteur, Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health 2016, WHO: Geneva.

72. Aiken, L.H., et al., Nurses' reports on hospital care in five countries. Health affairs, 2017.

73. Advisory Board. This nurse-led approach cut hospital readmission rates by 56 percent. 2017 [cited 2017 16 November]; Available from: https://www.advisory.com/daily-briefing/2017/06/13/readmission-rates.

74. Sun Health. Sun Health Care Transitions. 2017 [cited 2017 16 November]; Available from: http://www.sunhealth.org/hospital-transition-plan/.

75. Spence, M. and L. Lewis, Health and Growth. 2009, The World Bank: Washington.

76. Kapferer, S. The importance of investing in health. 2015 [cited 2017 6 October]; Available from: https://www.weforum.org/agenda/2015/12/the-importance-of-investing-in-health/.

77. Frenk, J. Health and the economy: A vital relationship. 2004 [cited 2017 6 October]; Available from: http://oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/Health_and_the_economy:_A_vital_relationship_.html.

78. World Health Organization, Anchoring universal health coverage in the right to health: What difference does it make? 2015, WHO: Geneva.

79. KPMG, Investing in Health: An economic and qualitative analysis of the impacts of the primary care phase of NHI in The Bahamas. 2017.

80. Jamison, D.T., et al., Global health 2035: a world converging within a generation. Lancet, 2013. 382(9908): p. 1898-955.

81. Summers, L.H. and signatories, Economists' declaration on universal health coverage. Lancet, 2015. 386(10008): p. 2112-2113.

82. World Health Organization. Questions and Answers on Universal Health Coverage. 2017 [cited 2017 9 October]; Available from: http://www.who.int/contracting/documents/QandAUHC.pdf?ua=1.

83. KPMG, Universal Healthcare: One place, many paths. 2016

84. Taylor, J., Five top tips on how to make person centred care really work, in theguardian. 2014, theguardian.

85. World Health Organization, People-Centred Health Care: Policy Framework. 2007, WHO: Geneva.

86. Richards, M.K. and A.B. Goldin, Patient-centered care and quality: Activating the system and the patient. Semin Pediatr Surg, 2015. 24(6): p. 319-22.

87. Forsyth, L., E. Rawstron, and K. Hawkins. Patient experience: recalibrating our ideas of success in healthcare. 2017 [cited 20174 9 October]; Available from: https://home.kpmg.com/au/en/home/insights/2017/05/patient-experience-recalibrating-health-care-success.html.

88. Bertakis, K.D. and R. Azari, Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. J Am Board Fam Med, 2011. 24(3): p. 229-39.

89. Gurría, A. People at the Centre: The Future of Health–opening remarks at 2017 OECD High-Level Policy Forum. 2017 [cited 2017 20 October]; Available from: http://www.oecd.org/about/secretary-general/people-at-the-centre-the-future-of-health-opening-remarks.htm.

90. World Health Organization. People at the centre of care. 2017 [cited 2017 3 April]; Available from: http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/definition/en/.

91. American Nurses Association, The Value of Nursing Care Coordination: A White paper of the American Nurses Association. 2012, ANA.

92. Basu, R., et al., Cost-effectiveness of the chronic disease self-management program: implications for community-based organizations. Front Public Health, 2015. 3: p. 27.

93. Pesut, B., et al., Nurse-led navigation to provide early palliative care in rural areas: a pilot study. BMC Palliat Care, 2017. 16(1): p. 37.

94. Ernst & Young. Health reimagined: a new participatory health paradigm. 2016 [cited 2017 20 October]; Available from: http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY_-_Health_reimagined:_a_new_participatory_health_paradigm/$FILE/ey-health-reimagined-2016.pdf.

95. High-level Commission on Health Employment and Economic Growth, Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce. 2016,

96. Needleman, J. and S. Hassmiller, The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results. Health Aff (Millwood), 2009. 28(4): p. w625-33.

97. Institute of Medicine, Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate? 1996, Washington, DC: The National Academies Press.

98. Kutney-Lee, A., et al., Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition. Med Care, 2015. 53(6): p. 550-7.

99. Ernst & Young, Nursing reforms Paradigm shift for a bright future. 2016.

100. Chief Nursing and Midwifery Officer, W. Nursing and Midwifery in Wales. 2016 [cited 2017 27 November]; Available from: http://gov.wales/docs/phhs/publications/161222prioritiesen.pdf.

101. Prudent Healthcare Making prudent healthcare happen. 2017 [cited 2017 27 November]; Available from: http://www.prudenthealthcare.org.uk/.

102. Commission of the four Chief Nursing Officers, N. Enabling professionalism in nursing and midwifery practice. 2015 [cited 2017 27 November]; Available from: http://gov.wales/docs/phhs/publications/170508professionalismen.pdf.

103. NHS Wales. Nurse Staffing Levels (Wales) Act 2016. 2016 [cited 2017 27 November]; Available from: http://gov.wales/docs/phhs/publications/171102nurse-staffingen.pdf.

104. NHS Wales. Advanced Practice. 2010 [cited 2017 27 November]; Available from: http://www.weds.wales.nhs.uk/advanced-practice/.

105. Mason, D., et al., Policy and Politics in Nursing and Health Care. 6th ed. 2016, St Louis: Elsevier.

106. White, J., Through a socio-political lens: The relationship of practice, education, research, and policy to social justice, in Philosophies and practices of emancipatory nursing: social justice as praxis., P. Kagan, M. Smith, and P. Chinn, Editors. 2014, Routledge: New York. p. 298-308.

107. Walt, G. and L. Gilson, Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Plan, 1994. 9(4): p. 353-70.

108. Buse, K., N. Mays, and G. Walt, Making Health Policy. 2nd ed. 2012, Maidenhead, UK: McGraw Hill.

109. Shiffman, J., et al., A framework on the emergence and effectiveness of global health networks. Health Policy Plan, 2016. 31 Suppl 1: p. i3-16.

110. Shiffman, J., Four Challenges That Global Health Networks Face. Int J Health Policy Manag, 2017. 6(4): p. 183-189.

111. Cohen, S.S., et al., Stages of nursing's political development: where we've been and where we ought to go. Nurs Outlook, 1996. 44(6): p. 259-66.

112. White, J., The Magic Pudding: Comment on "Four challenges that global health networks face". International Journal of Health Policy Management, 2017. 6.

113. Secretariat of the Pacific Community. Pacific in an crisis, leaders declare. 2011 [cited 2017 1 November]; Available from: http://www.spc.int/hpl/index.php?option=com_content&task=view&id=124.

114. Department of Foreign Affairs and Trade, Health for Development Strategy 2015–2020. 2015, Australian Government.

www.icnvoicetolead.com

To follow the conversations use:
#VoiceToLead and **#KNI2018**

www.icn.ch