ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ
ΗΓΕΤΙΚΗ ΦΩΝΗ
Η ΥΓΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ

Η ΥΓΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ

ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ, ΕΠΕΝΔΥΣΗ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

ΔΙΕΘΝΗΣ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ & ΔΕΔΟΜΕΝΑ

ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Μήνυμα της Προέδρου του ICN 3

Μέρος 1ο: Η Υγεία είναι Ανθρώπινο Δικαίωμα 4

- Η αντιμετώπιση της πρόκλησης 4
- Το δικαίωμα στην υγεία και η επικέντρωση του ICN για το έτος 2018 5
- Κύρια στοιχεία της προσέγγισης της υγείας ως δικαίωμα διαμέσου του Συστήματος Υγείας 6
- Τα κύρια έξι στοιχεία ενός αποδοτικού Συστήματος Υγείας βασισμένου στο δικαίωμα στην υγεία 8
- Γιατί θα πρέπει να ενδιαφερθούν οι νοσηλευτές για το δικαίωμα στην υγεία ως προσέγγιση παροχής φροντίδας; 9

Μέρος 2ο: Ανάλυση της πολυπλοκότητας πρόσβασης στη φροντίδα υγείας 10

- Η μοναδική και ιδιαίτερη άποψη των νοσηλευτών 10
- Πρόσβαση στη φροντίδα υγείας: Αναγνώριση και ταυτοποίηση ανεκπλήρωτων αναγκών 12
- Πρόσβαση στη φροντίδα υγείας: Αντιμετώπιση διαφορετικών αναγκών 15
- Πρόσβαση στη φροντίδα υγείας: Διαθεσιμότητα και ευκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες 18
- Πρόσβαση στη φροντίδα υγείας: Οικονομική προσιτότητα της φροντίδας 22
- Πρόσβαση στη φροντίδα υγείας: Ασφαλή και ποιοτική φροντίδα 25
- Πρόσβαση στη φροντίδα υγείας: Έγκαιρη πρόσβαση 28
- Πρόσβαση στη φροντίδα υγείας: Ανθρωποκεντρική φροντίδα 31

Μέρος 3ο: Επένδυση & οικονομική ανάπτυξη 33

- Παγκόσμια κάλυψη υγείας 35
- Ανθρωπο-κεντρική φροντίδα 38
- Ανθρώπινο δυναμικό στον Τομέα Υγείας 42

Μέρος 4ο: Πολιτική Υγείας &Κλινική πράξη: Αμφίδρομη σχέση 47

- Η τελευταία λέξη! 53

Βιβλιογραφικές παραπομπές 54

Project Sponsor: Howard Catton

Authors: David Stewart, Erica Burton, Professor Jill White (Part Four)

Layout and editing: Lindsey Williamson, Julie Clerget, Violaine Bobot, Bethany Halpin, Marie Carrillo

Special Advisors: Professor Sridhar Venkatapuram, Professor Anne Marie Rafferty, Professor Marla Salmon, Professor Thomas Kearns Steering Committee: Simon Hlungwani, Dr Kwua–Yun Wang, Sra Paola Pontoni Zuniga, Design by ACW acw.uk.com

Όλα τα δικαιώματα, συμπεριλαμβανομένων και τη μετάφραση σε άλλες γλώσσες, διατηρούνται. Κανένα μέρος αυτής της έκδοσης δεν μπορεί να αναπαραχθεί σε έντυπη μορφή, από φωτοστατικό μέσα ή με οποιονδήποτε άλλο τρόπο, ή αποθήκευση σε σύστημα ανάκτησης ή η μετάδοση σε οποιαδήποτε μορφή, ή να πωληθούν χωρίς τη ρητή γραπτή άδεια του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών. Σύντομη αποσπάσματα (κάτω από 300 λέξεις) μπορεί να αναπαραχθούν χωρίς άδεια, με την προϋπόθεση ότι αναφέρεται η πηγή.

© Πνευματικά δικαιώματα 2018 από το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών - 3, place Jean-Marteau, 1201 Γενεύη, Ελβετία ISBN : 978-92-95099-48-7

Το παρόν κείμενο μεταφράστηκε από τον **Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΝΕ)** ως μέλος της Διεθνούς Ένωσης Νοσηλευτών.

Επιμέλεια Έκδοσης & Μετάφρασης στα Ελληνικά

Κωνσταντίνος Πέτσιος, Νοσηλευτής ΠΕ, MSc, PhD , Μέλος ΔΣ ΕΣΝΕ

Μετάφραση

Μαρία Γαμβρούλη, Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD(c)

Κωνσταντίνος Πέτσιος, Νοσηλευτής ΠΕ, MSc, PhD

ΜΗΝΥΜΑ ΤΗΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ ICN

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (ICN) πιστεύει ότι η υγεία είναι ανθρώπινο δικαίωμα. Το ICN βρίσκεται στην πρώτη γραμμή υποστήριξης της ισότιμης πρόσβασης στην υγεία και οι νοσηλευτές είναι το κλειδί για την παροχή της. Σε όλο τον κόσμο υπάρχουν άτομα και κοινότητες που πάσχουν από ασθένεια λόγω της έλλειψης προσβάσιμης και οικονομικά προσιτής υγειονομικής περίθαλψης. Αλλά πρέπει επίσης να θυμόμαστε ότι το δικαίωμα στην υγεία ισχύει και για τους νοσηλευτές! Γνωρίζουμε ότι η βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των ασθενών εξαρτάται από το θετικό περιβάλλον εργασίας του προσωπικού. Αυτό σημαίνει δικαίωμα σε ένα ασφαλές εργασιακό περιβάλλον, κατάλληλη αμοιβή και πρόσβαση σε πόρους και εκπαίδευση. Επίσης, θα πρέπει να προσθέσουμε το δικαίωμα να ακουγόμαστε και η φωνή μας να επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων και την εφαρμογή της αναπτυξιακής πολιτικής στον Τομέα της Υγείας!

Ως η παγκόσμια φωνή της νοσηλευτικής, το ICN θα συνεχίσει να εκφράζει σθεναρά τις θέσεις του. Το 2018, το ICN θα κάνει αυτή τη φωνή πιο έντονη και ισχυρότερη από ποτέ πριν. Σύμφωνα με το θέμα της Διεθνούς Ημέρας Νοσηλευτών για το 2018, οι Νοσηλευτές: Μια ηγετική φωνή για το ανθρώπινο δικαίωμα στην Υγεία, το παρόν κείμενο παρουσιάζει αδιάσειστα στοιχεία που δείχνουν πώς η επένδυση στη νοσηλευτική οδηγεί στην οικονομική ανάπτυξη και πώς η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ανθρώπων οδηγεί σε συνεκτικές κοινωνίες και παραγωγικές οικονομίες.

Για τους νοσηλευτές, η Υγεία είναι ανθρώπινο δικαίωμα που σημαίνει ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα πρόσβασης σε προσιτή και ποιοτική υγειονομική περίθαλψη τη στιγμή που τη χρειάζονται περισσότερο. Και υπάρχουν νοσηλευτές που εργάζονται καθημερινά σε υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας και σε θέσεις επιρροής και λήψης αποφάσεων που το εφαρμόζουν αυτό στην πράξη!

Αυτή τη Διεθνή Ημέρα Νοσηλευτών, ας ενωθούμε για να μοιραστούμε τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές μετασχηματίζουν την υγειονομική περίθαλψη και τα συστήματα υγείας, έτσι ώστε κανένα άτομο να μην υπολείπεται. Ας ενώσουμε τις φωνές μας μαζί για να είμαστε μια φωνή που θα οδηγήσει υποστηρίζοντας μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση φροντίδας στα συστήματα υγείας και διασφαλίζοντας ότι οι φωνές μας ακούγονται ώστε να επηρεάζουν την πολιτική υγείας, τον σχεδιασμό των υπηρεσιών και τον τρόπο παροχής της φροντίδας.

Εκ μέρους όλων μας στον ICN, Χαρούμενη Διεθνής Ημέρα Νοσηλευτών!

Annette Kennedy

Πρόεδρος
Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ:
Η ΥΓΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ

«Για μένα, το βασικό ερώτημα αναφορικά με την Παγκόσμια Κάλυψη Υγείας είναι ηθικό. Θέλουμε οι συμπολίτες μας να πεθάνουν επειδή είναι φτωχοί; Ή την εξάντληση εκατομμύρια οικογενειών από τις καταστροφικές δαπάνες για την υγεία, επειδή δεν διαθέτουν οικονομική προστασία; Η παγκόσμια (καθολική) κάλυψη υγείας είναι ανθρώπινο δικαίωμα.»

–Δρ Tedros Adhanom Ghebreyesus (Γενικός Διευθυντής, WHO)[1]

Η πρόκληση στέκεται μπροστά μας

Τον Ιούνιο του 2017, ο Ειδικός Εισηγητής των Ηνωμένων Εθνών Dainius Puras παρουσίασε την έκθεσή του σχετικά με το δικαίωμα όλων για την ικανοποίηση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου σωματικής και ψυχικής υγείας στο Συμβούλιο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων των Ηνωμένων Εθνών.[2]

Η έκθεση επικεντρώθηκε στη φροντίδα ψυχικής υγείας στην οποία ο εισηγητής κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «η επιφανειακή αλλαγή θα οδηγήσει σε χρόνια παραμέλησης στην ψυχική περίθαλψη.»[3] Στην έκθεση επισημάνθηκαν δεκαετίες αμέλειας, κακοποίησης και βίας κατά κοινωνικά προβληματικών ομάδων συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με πνευματικές, γνωστικές και ψυχοκοινωνικές αναπηρίες που τις υπέστησαν είτε λόγω της απουσίας φροντίδας και υποστήριξης, είτε λόγω της λήψης φροντίδας που ήταν αναποτελεσματική και επιβλαβής.

Ο ειδικός εισηγητής του ΟΗΕ δήλωσε ότι "όπου υπάρχουν συστήματα ψυχικής υγείας, διαχωρίζονται από άλλες υπηρεσίες υγείας και βασίζονται σε παρωχημένες πρακτικές που παραβιάζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα". Πιστεύει επίσης "ότι οι πολιτικές και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας βρίσκονται σε κρίση – όχι σε κρίση χημικών ανισορροπιών αλλά σε κρίση ανισορροπιών εξουσίας»- και έκανε έκκληση για τολμηρές πολιτικές δεσμεύσεις, επείγουσες πολιτικές απαντήσεις και άμεσες επανορθωτικές ενέργειες.

Ένας από τους λόγους για αυτό, πιστεύει, ότι είναι η κυριαρχία των βιοϊατρικών μοντέλων, με την εξάρτηση από τη φαρμακευτική αγωγή και την αποτυχία σεβασμού, προστασίας και εκπλήρωσης του δικαιώματος στην υγεία. Οι θεραπείες επικεντρώνονται μόνο στην παθολογία εις βάρος της ευημερίας του ατόμου στο ευρύτερο πεδίο της προσωπικής, κοινωνικής, πολιτικής και οικονομικής ζωής.

[a]The current UN Special Rapporteur is Dainius Puras, a psychiatrist from Lithuania. Special Rapporteurs and independent experts are appointed by the Geneva–based UN Human Rights Council to examine and report back on a specific human rights theme or a country situation. The positions are honorary and the experts are not UN staff, nor are they paid for their work.

Η έκθεση επισημαίνει ακόμη ότι οι δημόσιες πολιτικές παραμελούν τη σημασία των προδιαθεσικών παραγόντων για κακή ψυχική υγεία όπως η βία, η αποδυνάμωση, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η απομόνωση και η καταστροφή των κοινοτήτων, τη συστημική κοινωνικοοικονομική έκπτωση και τι αρνητικές συνθήκες στην εργασία και στα σχολεία. Η έκθεση καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι προσεγγίσεις που αποτυγχάνουν να προστατεύσουν το κοινωνικό, οικονομικό και πολιτιστικό περιβάλλον δεν αποδυναμώνουν μόνο τα άτομα με αναπηρίες, αλλά δεν επιτυγχάνουν την προαγωγή της ψυχικής υγείας και της ευημερίας στην κοινωνία.

Μέσω του παραδείγματος της ψυχικής υγείας, ο Δρ Puras δείχνει σαφώς ότι το θεμελιώδες ζήτημα που περιορίζει την ικανότητά μας να επιτύχουμε την υγεία για όλους είναι η έλλειψη προσέγγισης της υγείας στον άνθρωπο. Καθώς η υγεία, συμπεριλαμβανομένης της δυνατότητας πρόσβασης στην περίθαλψη, είναι ανθρώπινο δικαίωμα, πρέπει να προχωρήσουμε πέρα από τη βιολογική και παθολογική θεώρηση της υγείας.

Υπάρχουν πολιτικές, κοινωνικές, οικονομικές, επιστημονικές και πολιτιστικές δράσεις που μπορούν να προωθήσουν την καλή υγεία για όλους. Η καλή υγεία εξαρτάται από την πρόσβαση σε ασφαλές πόσιμο νερό και καλή διατροφή, την επαρκή υγιεινή, την εκπαίδευση, το επίπεδο ισότητας και ελευθερίας στην κοινωνία και άλλων βασικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας.

Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες γεννιούνται, αναπτύσσονται, ζουν, εργάζονται και γηράσκουν οι άνθρωποι έχουν μια κυρίαρχη επίδραση στην επίπτωση της ασθένειας και στην πρόωρη απώλεια ζωής. Είναι αυτός ο τομέας όπου η νοσηλευτική μπορεί να έχει καταλυτική επίδραση στην εξασφάλιση της υγείας ως ανθρώπινο δικαίωμα. Ιστορικά, η νοσηλευτική πρακτική φροντίζει για την υγεία και την ευημερία των ατόμων και των κοινοτήτων. Η φιλοσοφική βάση της νοσηλευτικής είναι μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση για την υγεία.

> «Εντοπίζεται μια ηθική κρίση στον τομέα ψυχικής υγείας. Έχουμε αποτύχει στη διασφαλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε πολλές χώρες.»
>
> –Prof. Vikram Patel

Το δικαίωμα στην υγεία και η εστίαση του ICN για το 2018

Γιατί το ICN εστιάζει στην υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα; Αυτή η ευρεία εστίαση επιτρέπει στους νοσηλευτές να κατανοήσουν τη φιλοσοφική βάση όλων των πρακτικών μας, είτε πρόκειται για προαγωγή της υγείας, πρόληψη ασθενειών ή τραυμάτων, είτε για οξεία και χρόνια θεραπεία. Μας δίνει τη δυνατότητα να εντοπίσουμε τις επιπτώσεις στην υγεία των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας, όπως η αποχέτευση, η επαρκής διατροφή, η αξιοπρεπής στέγαση, οι καλές συνθήκες εργασίας, η εκπαίδευση, η ισότητα και ένα καθαρό περιβάλλον.[4]

Ο ρόλος της νοσηλευτικής στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων, των πρακτικών που εισάγουν διακρίσεις και των άδικων σχέσεων εξουσίας στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας αποτέλεσε το επίκεντρο της Διεθνούς Ημέρας Νοσηλευτών (IND) το 2017 («Νοσηλευτές: ηγετική φωνή στην επίτευξη των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης»). Μας επιτρέπει επίσης να κατανοήσουμε το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης από μια ανθρωποκεντρική και κοινοτικό-κεντρική προοπτική.

> Η θεραπεία μιας νόσου μπορεί να είναι εντελώς απρόσωπη.
>
> Η φροντίδα ενός ασθενούς πρέπει να είναι απόλυτα προσωπική.”
>
> –Francis W. Peabody[5]

Η φετινή στόχευση βασίζεται στα μηνύματα του IND 2017, εξετάζοντας τώρα θέματα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και τον αντίκτυπο των θεμάτων πρόσβασης στα αποτελέσματα της υγείας.

Τα συστήματα υγείας αποτελούν βασικό στοιχείο μιας υγιούς και δίκαιης κοινωνίας. Όταν η υγεία αντιμετωπίζεται ως ανθρώπινο δικαίωμα, υπάρχει η απαίτηση από εμάς να αναλάβουμε δράση και ευθύνη για τη διασφάλιση της πρόσβασης σε ένα σύστημα υγείας. Αυτή η πεποίθηση πρέπει να αποτελέσει τον ακρογωνιαίο λίθο ενός αποτελεσματικού συστήματος και τα οφέλη αυτού του γεγονότος θα καταλήξουν τελικά σε κοινότητες και σε χώρες. Το δικαίωμα στην υγεία είναι κάτι περισσότερο από μια φράση για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας, τις ομάδες πολιτών και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις, σε μια προσπάθεια να αλλάξει θετικά ο κόσμος. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, το δικαίωμα στην υγεία είναι ένα νομικό μέσο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να λογοδοτούν κυβερνήσεις αλλά και η διεθνής κοινότητα. Μπορεί και πρέπει να χρησιμοποιηθεί ως εποικοδομητικό/δημιουργικό εργαλείο για τον τομέα της υγείας για να παρέχεται η καλύτερη δυνατή φροντίδα σε άτομα, κοινότητες και πληθυσμούς.[6]

Το πως μεταφράζεται σε παγκόσμιο επίπεδο η έννοια την καθολικής φροντίδας υγείας (UHC) είναι εξαιρετικά συναφές. Είναι θεμελιώδες να μην αποκλείεται η πρόσβαση στο κατάλληλο επίπεδο παροχής φροντίδας υγείας της χώρας του, εξαιτίας της οικονομικής κατάστασής του, καθώς η φροντίδα υγείας που τους τους οδηγεί βαθύτερα στη φτώχεια. Υπό την προοπτική της υγείας ως ανθρώπινο δικαίωμα, θα πρέπει να λαμβάνεις τη φροντίδα υγείας που απαιτείται σύμφωνα με τις ανάγκες σου, στον τόπο όπου ζεις.

In September 2015, 193 COUNTRIES FORMALLY ENDORSED A NEW BLUEPRINT FOR THE WORLD THAT WE WANT–this included UHC–the right to health without financial hardship.[7]

AT LEAST 400 MILLION PEOPLE GLOBALLY LACK ACCESS to one or more essential health services.

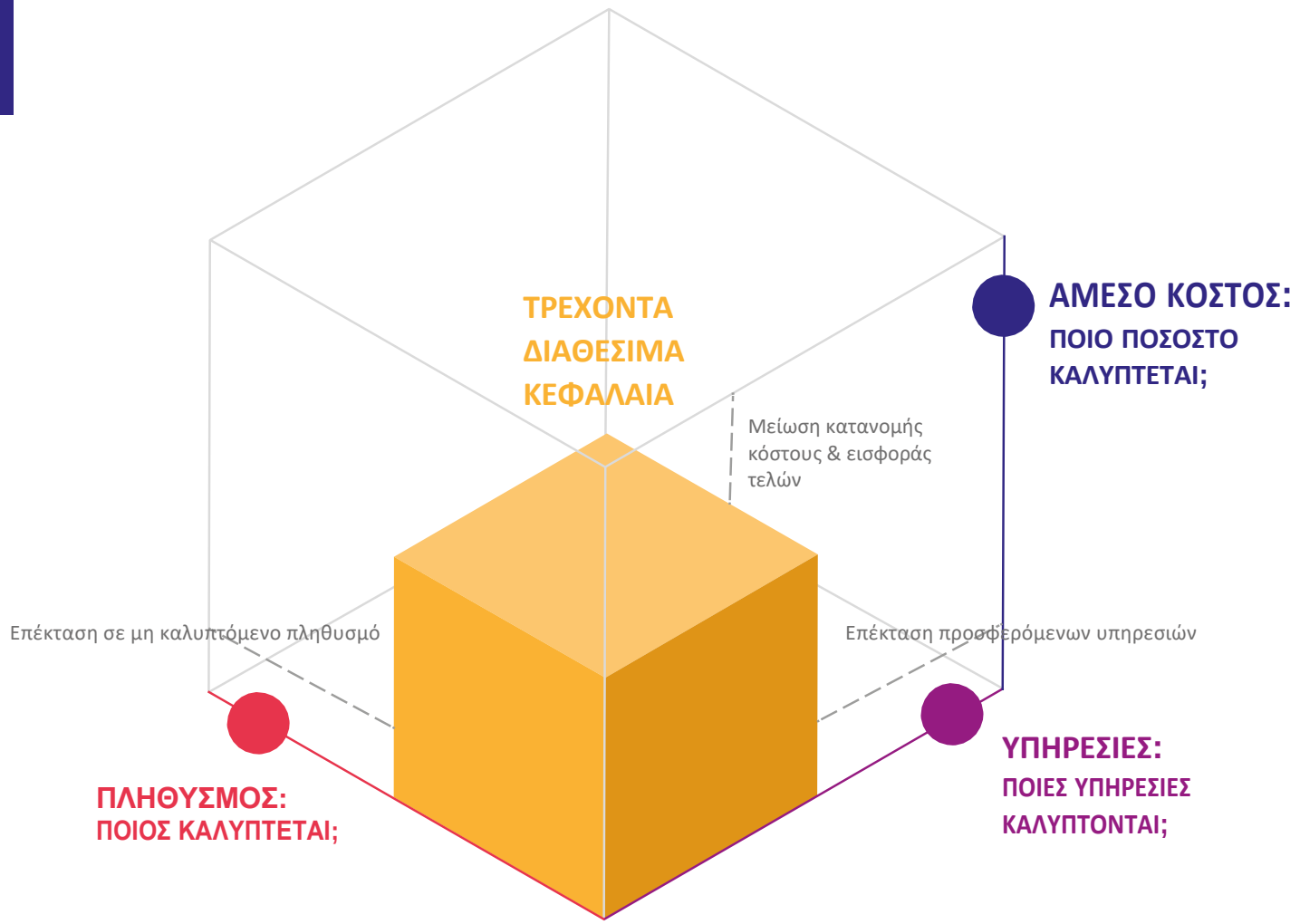
EACH YEAR 100 MILLION PEOPLE FALL INTO POVERTY paying for essential services.[7]

On average, about 32% OF EACH COUNTRY'S HEALTH EXPENDITURE comes from out–of–pocket payments.[7]

40% OF THE WORLD'S POPULATION lack social protection.[8]

A MINIMUM OF US$44 IS NEEDED PER PERSON PER YEAR to provide basic, life–saving health services: 26 WHO Member States spent less than this in 2011.[8]

Σχήμα 1: Οι τρεις διαστάσεις του Π.Ο.Υ. που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την καθολική κάλυψη υγείας.[9]



Βασικά στοιχεία της προσέγγισης της υγείας ως δικαίωμα σε ένα σύστημα

Ένα βασικό δομικό στοιχείο του δικαιώματος στην υγεία και της φιλοδοξίας για το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας, είναι ένα αποτελεσματικό και ολοκληρωμένο σύστημα υγείας που θα περιλαμβάνει την παροχή φροντίδας υγείας που λαμβάνει υπόψη τους προσδιοριστικούς παράγοντες επιρροής της. Αυτό το σύστημα υγείας πρέπει επίσης να ανταποκρίνεται στις τοπικές και εθνικές προτεραιότητες και να είναι προσιτό σε όλους. Όταν επιτευχθεί αυτό, τα θεμέλια τίθενται στη θέση τους για μια υγιή και ισότιμη κοινωνία.

Σχήμα 2: Οι γενικές αρχές ενός συστήματος υγείας που βασίζεται στην υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα[10]

ΕΚΡΟΕΣ & ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Concerned with how the health system works and how it does it (i.e. transparent, participatory and without discrimination).

ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ

A health system should be respectful of cultural differences.

ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ

The right to the highest attainable standard of health is subject to progressive realisation and resource availability. In other words a comprehensive, integrated health system cannot be constructed overnight. However progress should occur and be measured against benchmarks.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ, ΙΣΟΝΟΜΙΑ & ΜΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ

A health system should be accessible to all without discrimination including those living in poverty, minorities, indigenous peoples, women, children, people with disabilities the elderly, etc.

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

The health of individuals and communities require more than medical care. It includes addressing the determinants of health.

ΠΟΙΟΤΗΤΑ

Health service must be of good quality with access to essential medicines. Quality also extends to how patients are treated within the health system.

ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

There needs to be an appropriate mix of primary, secondary and tertiary services providing a continuum of prevention and care. This also incorporates appropriate referral processes.

ΔΙΕΘΝΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

Global cooperation is required for the 'global public good'. This may include control of infectious diseases, the dissemination of health research and international regulatory initiatives. This may extend to doing no harm to neighbouring countries and supporting low income countries.

ΕΛΕΓΧΟΣ & ΛΟΓΟΔΟΣΙΑ

Rights imply duties, and duties require accountability. Accountability includes the monitoring of conduct, performance and outcomes.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ

An effective health system requires coordination between various sectors and departments such as health, environment, water, transport, etc. Coordination needs to extend from policy making to the actual delivery of services.

ΕΞΙΣΟΡΡΟΠΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ

Sometimes there is competition between different needs. These should be considered in their context. There are not always neat answers to difficult questions, particularly in a resource constrained environment.

ΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ

The right to highest attainable standard of health gives rise to legally binding obligations including those mentioned here.

Το 2007, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.)[11] περιέγραψε μια γενική προσέγγιση του δικαιώματος στην υγεία μέσω της ενίσχυσης των συστημάτων υγείας. Αυτά έχουν αναγραφεί στο ακόλουθο διάγραμμα ως έξι θεμελιώδη στοιχεία ενός λειτουργικού συστήματος υγείας.

Σχήμα 3: Τα έξι θεμελιώδη στοιχεία ενός λειτουργικού συστήματος υγείας

Γιατί θα πρέπει οι νοσηλευτές να ενδιαφερθούν για την υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα ως προσέγγιση της παροχής φροντίδας υγείας;

Γιατί υπάρχει επιστημονική τεκμηρίωση: Το δικαίωμα στην προσέγγιση της υγείας στα συστήματα υγείας βασίζεται σε επιστημονικά στοιχεία και είναι ένας σημαντικός αποδεδειγμένος τρόπος βελτίωσης της υγείας και της ισότητας σε έναν πληθυσμό. Η προσέγγιση είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή διάρθρωσης και πειθαρχίας στην προσέγγιση κατά την χάραξη πολιτικής για την υγεία και επιτρέπει στις κυβερνήσεις να τη λαμβάνουν υπόψη.[12]

Κάθε άτομο έχει εγγενή αξία και αποτελεί ένδειξη ανθρωπισμού: Πολλά συστήματα υγείας έχουν μια ιστορική προσέγγιση να οδηγούνται από την «κορυφή προς τα κάτω» όταν αναζητείται οικονομική αποδοτικότητα. Η έννοια του ατόμου χάνεται μερικές φορές σε αυτές τις προσεγγίσεις. Άλλες προσεγγίσεις οδήγησαν στην εστίαση στην νόσο και όχι στην προσέγγιση του ατόμου ως σύνολο, του οποίου το σώμα και το μυαλό συνδέονται και που πρέπει να αντιμετωπίζονται με αξιοπρέπεια και σεβασμό. Ιστορικά, οι νοσηλευτές έχουν υιοθετήσει μια ολιστική προσέγγιση του ατόμου και της προσωπικότητάς του μέσα στην κοινότητα. Οι νοσηλευτές μπορούν να ηγηθούν υποστηρίζοντας μια πιο ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην περίθαλψη και στο σύστημα υγείας. Αυτό θέτει την ευημερία των ατόμων, των κοινοτήτων και πληθυσμών στο κέντρο του συστήματος υγείας. Το σύστημα υγείας δεν μπορεί να είναι τεχνοκρατικό ή να απομακρύνεται από τους ανθρώπους που προορίζεται να υπηρετήσει.[13]

Νομική Υποχρέωση: Υπάρχουν πολυάριθμες νομικά δεσμευτικές υποχρεώσεις σχετικά με το δικαίωμα στην υψηλότερη δυνατή υγεία. Αυτό σημαίνει ότι οι κυβερνήσεις και τα συστήματα υγείας έχουν την ευθύνη να παρέχουν ένα ορισμένο επίπεδο φροντίδας στις κοινότητες και τους πληθυσμούς.

Οι νοσηλευτές έχουν να επιτελέσουν μια κρίσιμη συνδρομή: Ενώ έχουν δημιουργηθεί νόμοι για την υποστήριξη του δικαιώματος στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας, πολλές οργανώσεις, θεσμοί και κυβερνήσεις διερευνούν τι σημαίνει αυτό και πώς θα το εφαρμόσουν. Το δικαίωμα στην υγεία δεν είναι στατικό αλλά συνεχίζει να εξελίσσεται καθώς σημειώνεται πρόοδος στους τομείς των επιστημών και των τεχνολογιών. Οι νοσηλευτές πρέπει να συμβάλλουν αποφασιστικά στη διαδικασία αυτή καθώς διαθέτουν επιστημονική συλλογιστική, φιλοσοφικές βάσεις και εγγύτητα με τον ασθενή, την οικογένεια και την κοινότητα.

Η επιτυχία της Καθολικής Υγειας (UHC): η ανθρωποκεντρική φροντίδα εξαρτάται από τους νοσηλευτές η οποίοι παρέχουν μια μετασχηματιστική προσέγγιση στον τρόπο με τον οποίο διαμορφώνεται η έννοια της υγείας και ο τρόπο παροχής της φροντίδας υγείας. Αυτό περιλαμβάνει τη διαμόρφωση και την προώθηση συνεργατικών σχέσεων με άτομα και κοινότητες, φορείς χάραξης πολιτικής, κυβερνήσεις και άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας για την τροποποίηση των επιπτώσεων των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας. Να αντιληφθούν τους επαγγελματίες υγείας ως τμήμα της κοινωνίας και να συνδράμουν στην ανάπτυξη και την εισαγωγή καινοτόμων μοντέλων παροχής υπηρεσιών υγείας. Η προσέγγιση με επίκεντρο τον άνθρωπο, ένα λειτουργικό σύστημα υγείας, η διαθεσιμότητα κατάλληλα εξειδικευμένου εργατικού δυναμικού και η αντιμετώπιση των ζητημάτων πρόσβασης είναι οι κρίσιμες δομικές μονάδες για την κάλυψη της παγκόσμιας υγείας. Το Δεύτερο Μέρος διερευνά θέματα πρόσβασης με περισσότερες λεπτομέρειες.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ:

ΔΙΕΡΕΥΝΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΟΛΥΠΛΟΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Εάν δεν εμπλέξουμε τους καταναλωτές, τους ασθενείς και τα μέλη των οικογενειών τους στην διαδικασία παροχής φροντίδας, δεν θα είμαστε αποτελεσματικοί στον περιορισμό των ανισοτήτων και την βελτίωση του επιπέδου υγείας για όλους."

–Kalahn Talyor–Clark[14]

Η μοναδική και ιδιαίτερη άποψη των νοσηλευτών

Δεν υπάρχει άλλο επάγγελμα που να καλύπτει τις ανάγκες των ανθρώπων στις πιο ευάλωτες χρονικές περιόδους τους, όπως η νοσηλευτική. Η σχέση μεταξύ του ασθενή-πελάτη και του νοσηλευτή παρέχει μια μοναδική και οικεία εικόνα της ζωής ενός ατόμου. Πάρτε για παράδειγμα αυτές τις πραγματικές ιστορίες των ασθενών που ανέφεραν οι νοσηλευτές.

Πρόσφατα διαγνωσμένη με καρκίνο του στήθους, η πραγματική τραγωδία της Αμέλιας ήταν η απώλεια του συζύγου της δύο μήνες πριν τη διάγνωση. Ένα χρόνο μετά τη συνταξιοδότηση, είχε αρνηθεί να πάει στο νοσοκομείο για να διερευνήσει τον πόνο στο στήθος του. Αντ' αυτού, είπε ότι ήταν δυσπεψία και πήγε πίσω στο κρεβάτι του και δεν ξύπνησε ξανά. Ο πόνος της Αμέλιας προέρχεται πιο πολύ από την απώλεια του άντρα της παρά από τον καρκίνο της.

Εισαγόμενος στο νοσοκομείο για μία τρίμηνη θεραπεία για μία αιματολογική διάγνωση, δόθηκε στον Γιουσούφ μία ένεση που προοριζόταν για έναν άλλον ασθενή χωρίς τη συγκατάθεση του. Αυτό διακινδύνευσε την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και καθυστέρησε την έξοδο του από το νοσοκομείο ακόμη ένα μήνα.

Ο Γιουσούφ είναι εξοργισμένος και με τον τρόπο με τον οποίο το νοσοκομείο αντιμετώπισε το πρόβλημα του και με τον τρόπο με τον οποίον τον ενημέρωσαν για το λάθος τους.

Ο Τζοσέ πάντα είναι χαμογελαστός, αλλά πίσω από το γέλιο του, κρύβει τους φοβερούς του φόβους. Αν και δεν κάπνισε ποτέ του, είναι σε ύφεση από καρκίνο πνεύμονα τετάρτου σταδίου. Παρά το γεγονός αυτό, ο Τζοσέ ακόμη απαιτεί μηνιαία χημειοθεραπεία, η οποία διαρκεί μία εβδομάδα. Τρεις ημέρες πριν τον κάθε κύκλο χημειοθεραπείας, υποφέρει από κρίσεις πανικού.

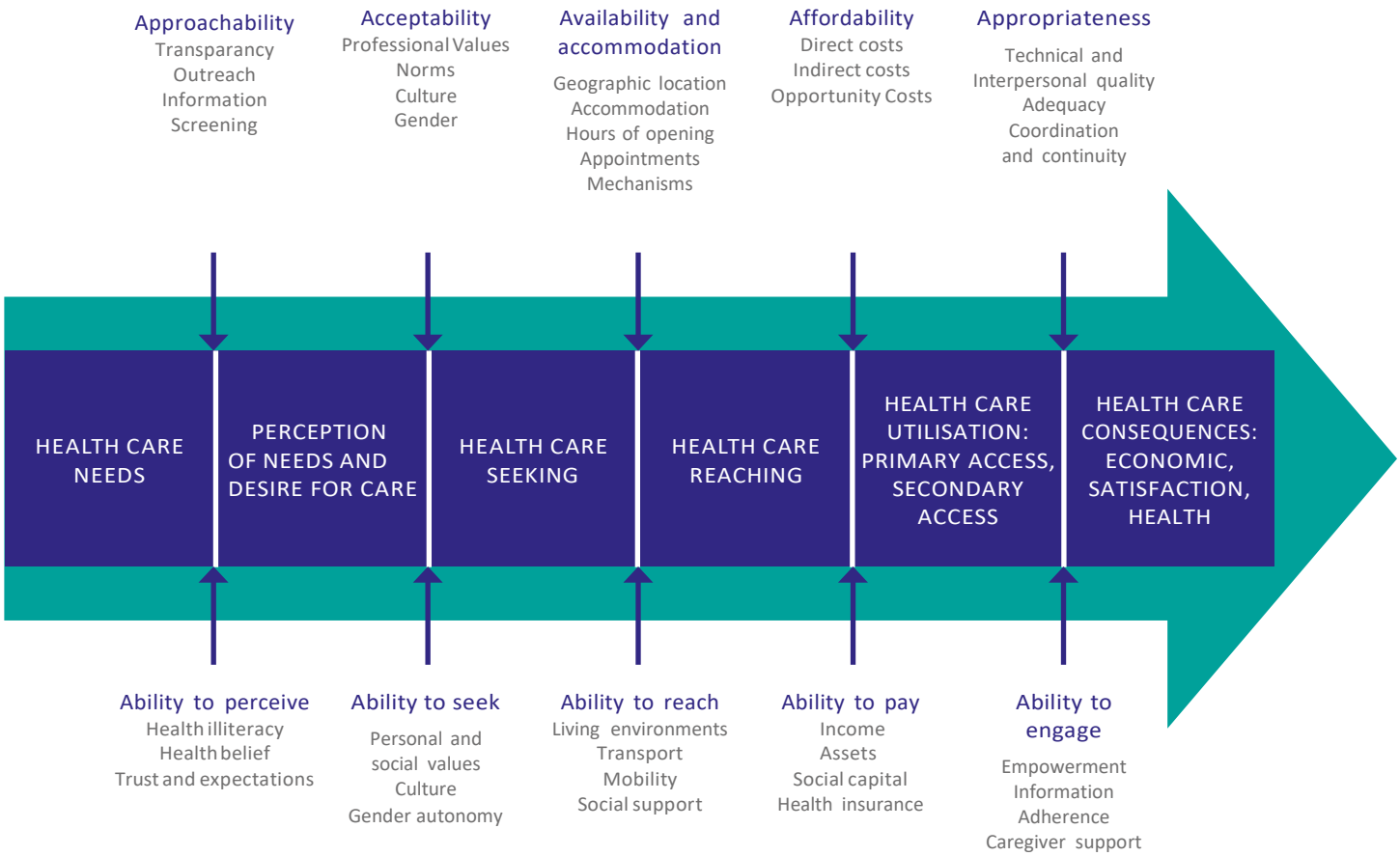
Ακόμη και όταν η χημειοθεραπεία εισέρχεται στο σώμα του, ο Τζοσέ δεν θέλει τίποτε άλλο παρά να κόψει τη γραμμή και να πάει σπίτι του, γιατί ξέρει ότι η επόμενη εβδομάδα θα είναι αυτή που η χημειοθεραπεία θα δηλητηριάσει το σώμα του.

Η Beatrice έχει προφανώς χάσει πολύ βάρος και είναι όλο και πιο εύθραυστη. Ήταν κάποτε τραγουδίστρια, αλλά η δύναμη στη φωνή της την έχει εγκαταλείψει. Για πολλούς μήνες, βλέπει αίμα στα κόπρανα της. Η Beatrice έχει τοποθετηθεί σε λίστα αναμονής για κολονοσκόπηση. Η λίστα αναμονής είναι τόσο μεγάλη που το νοσοκομείο της έχει συστήσει να πάει ιδιωτικά για θεραπεία, αλλά δεν είναι σε θέση να αντέξει αυτή την επιλογή και έτσι περιμένει. Μετά από δύο χρόνια έκανε τη εξέταση της κολονοσκόπησης. Κατά τη διάρκεια μίας επίσκεψης με φοιτητές, ο ιατρός στάθηκε στο ερεισίνωτο του κρεβατιού της και την ενημέρωσε ότι έχει καρκίνο του εντέρου 4ου σταδίου . "Μιλούσαν σαν να μην ήμουν καν στο δωμάτιο", λέει η Beatrice. "Ήμουν απλώς ένα" δείγμα "στο κρεβάτι."

Περισσότερο από κάθε άλλη ειδικότητα υγείας, οι νοσηλευτές ξοδεύουν τον περισσότερο χρόνο με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και γνωρίζουν από πρώτο χέρι τις ιστορίες που έχουν αντίκτυπο στην υγεία και ευημερία των ασθενών. Ο καθένας έχει μια ιστορία και κάθε ιστορία έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει το σύστημα υγείας και να επιτρέψει σε άτομα και κοινότητες να επιτύχουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας τους. Από αυτές τις γνώσεις έρχεται η δύναμη για αλλαγή. Οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής απομακρύνονται από τις απαιτήσεις που καθιστούν ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας που επικεντρώνεται στον άνθρωπο. για αυτούς είναι περιφερειακή. Για τους νοσηλευτές, είναι η καθημερινή εμπειρία. Το δικαίωμα στην επίτευξη του υψηλότερου απαιτούμενου επιπέδου υγείας απαιτεί τη νοσηλευτική διορατικότητα για πρόκληση πως το σύστημα λειτουργεί και πως μπορεί να βελτιωθεί. (αναπτύσσεται περαιτέρω στο 4ο μέρος). Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί βασικό καθοριστικό παράγοντα για το πόσο καλά το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις ανάγκες υγείας των ατόμων και των κοινοτήτων.

Αποτελεί κεντρικό στοιχείο της πεποίθησης ότι η υγεία είναι ανθρώπινο δικαίωμα και είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της UHC και της ανθρωποκεντρικής φροντίδας.Για την παρούσα δημοσίευση της IND, η «πρόσβαση» ορίζεται ως «η δυνατότητα προσέγγισης και απόκτησης κατάλληλων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε καταστάσεις αναγκαιότητας για φροντίδα. Η πρόσβαση αφορά στο να επιτρέψει στους ανθρώπους να κάνουν τα σωστά βήματα για να μπορέσουν να επικοινωνήσουν ή να λάβουν υγειονομική περίθαλψη, όπως απαιτούν οι ανάγκες τους και έχοντας αυτές τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης εκπληρωθεί. Αυτή η άποψη είναι μια ολιστική αντίληψη της «πρόσβασης» καθώς ενσωματώνει τόσο τους παράγοντες των χρηστών όσο και των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, αντί να αντιμετωπίζει την πρόσβαση απλώς ως οικονομικά προσιτή. Αυτή η ενότητα θα διερευνήσει τις διαφορετικές διαστάσεις και τους καθοριστικούς παράγοντες της πρόσβασης και τον τρόπο αλληλεπίδρασής τους χρησιμοποιώντας ένα δυναμικό πλαίσιο (Εικόνα 4) που αναπτύχθηκε από τη Lesvesque, Harris και Russell, που θεωρούν ότι η πρόσβαση είναι αποτέλεσμα της συσσώρευσης εμπειριών και αντιστάσεων που αντιμετωπίζουν τα άτομα. Αυτή η ενότητα στοχεύει στο να καλλιεργήσει την καλύτερη κατανόηση της πολυπλοκότητας που προκύπτει τόσο κατά την πρόσβαση στην ενημέρωση σχετικά με την πρακτική των νοσηλευτών και να επιτρέψει στη νοσηλευτική κοινότητα στην εφαρμογή της αποτελεσματικής πολιτικής πληροφόρησης που στοχεύει στην προσέγγιση της Καθολικής Φροντίδας Υγείας (UHC).

Σχήμα 4: Θεωρητικό πλαίσιο της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας[15]



ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ:

Αναγνώριση και ταυτοποίηση ανεκπλήρωτων αναγκών

Το 2014, 422 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο είχαν διαβήτη που προκάλεσε άμεσα περισσότερους από 1,6 εκατομμύρια θανάτους. Ο διαβήτης είναι μια περίπλοκη και δαπανηρή χρόνια ασθένεια που πλήττει περίπου 1 στους 11 ανθρώπους παγκοσμίως, με παγκόσμια δαπάνη 673 δισεκατομμυρίων δολαρίων (12% παγκόσμια δαπάνη υγείας). Ο επιπολασμός του διαβήτη σε παγκόσμιο επίπεδο έχει φτάσει στα ύψη με τον αριθμό των ενηλίκων που έχουν διαγνωστεί με τη νόσο να αυξάνεται ταχέως. Ωστόσο, η έκταση του προβλήματος δεν έχει γίνει πλήρως αντιληπτή, καθώς πολλοί άνθρωποι δεν γνωρίζουν ότι πάσχουν ακόμη από τη νόσο και χρειάζονται θεραπεία.

Στη Νότιο Αφρική, οι ερευνητές πιστεύουν ότι πάνω από το 53% του πληθυσμού δεν γνωρίζουν ότι έχουν διαβήτη. Από αυτούς που έχουν διαγνωσθεί, πάνω από το 80% δεν έχουν τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα ρυθμισμένα και έχουν μεγάλες ανεκπλήρωτες ανάγκες φροντίδας. Το πρόβλημα αυτό δεν εντοπίζεται αποκλειστικά στη Νότιο Αφρική. εντοπίζεται σε όλο τον κόσμο. Υπάρχουν πολλές αιτίες για αυτό το υψηλό ποσοστό ανεκπλήρωτων αναγκών. Αφορούν τόσο την κατανόηση των σημείων και συμπτωμάτων της νόσου από τα ίδια τα άτομα όσο και την αναζήτηση κλινικής φροντίδας, καθώς και την ικανότητα των συστημάτων υγείας να παρέχουν τις απαραίτητες υπηρεσίες και πληροφορίες σχετικά με το διαβήτη.

Η κατανόηση και η γνώση των ατόμων σχετικά με τον διαβήτη επηρεάζει τη στάση τους απέναντι στη θεραπεία, τις επιλογές του τρόπου ζωής και τη δυνατότητα αυτοδιαχείρισης της κατάστασης. Όταν η υγειονομική παιδεία είναι κακή, υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης άλλων χρόνιων παθήσεων, φτωχότερης υγείας και μειωμένης ποιότητας ζωής. Η ανεπαρκής υγειονομική καταγραφή συμβάλλει στη δυσανάλογη επιβάρυνση των προβλημάτων που σχετίζονται με το διαβήτη μεταξύ των μειονοτικών πληθυσμών.

Υπάρχουν επίσης προκλήσεις του συστήματος υγείας. Πολλοί οργανισμοί, τόσο δημόσιοι όσο και ιδιωτικοί, επιχειρούν να εφαρμόσουν στρατηγικές για τη βελτίωση της ανίχνευσης και της διαχείρισης του διαβήτη. Αλλά πολλές από αυτές τις στρατηγικές όχι μόνο αποτυγχάνουν, αλλά είναι και δαπανηρές. Οι στρατηγικές που κρίθηκαν ότι είναι επιτυχημένες έχουν πολλά παρόμοια χαρακτηριστικά. Τροποποιούν τη φροντίδα κάνοντας την πιο προσιτή στον καταναλωτή. βελτιώνουν τη σχέση με το άτομο και την κοινότητα με σκοπό τη βελτιστοποίηση της γνώσης και της κατανόησης του διαβήτη και των τύπων των διαθέσιμων υπηρεσιών. και εστιάζουν στην ευθυγράμμιση των ολιστικών αναγκών του καταναλωτή με τους κατάλληλους επαγγελματίες φροντίδας υγείας. Η βασική κινητήρια δύναμη είναι η βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και η αντιμετώπιση του διαβήτη ως χρόνιας πάθησης με σημαντικές επιπτώσεις στον τρόπο ζωής.

Για να είναι προσβάσιμες οι υπηρεσίες υγείας, οι άνθρωποι πρέπει να γνωρίζουν ότι υπάρχουν, να κατανοούν τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να έχουν πρόσβαση και να έχουν την επιθυμία να τις χρησιμοποιήσουν. Το πρώτο βήμα για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι να γνωρίζετε ότι το χρειάζεστε. Το δεύτερο είναι ότι οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κατά τρόπο που βοηθάει τον χρήστη να εντοπίζει τις ανάγκες για την υγεία και να έχει πρόσβαση στις κατάλληλες υγειονομικές υπηρεσίες.

[b]There are insufficient specialists to meet the demands of diabetes, so centres of excellence have moved 80-90% of diabetic patients to primary or community care.

CASE STUDY: **Integrated health services and promotion for non–communicable diseases in the elderly**

Contributor: Baithesda, Wenda Oroh **Country:** Indonesia

The Community Health Centre in Ranomut sub–district, Indonesia is one of several community health centres commissioned by the Government to address public health issues in Manado City. There are currently 1,214 elderly people who are registered with this Community Health Centre which provides integrated health services and health promotion for noncommunicable disease amongst the elderly population. The centres use 'Posbindu PTM' which is a framework for promotive and preventative community–based health efforts. The aim of Posbindu PTM is to increase public participation in prevention and early discovery of non–communicable disease (NCD) risk factors. For people at risk or with NCDs, the programme aims to control and maintain optimal health.

The services offered under this framework include counselling, sharing experiences and knowledge; early detection of NCDs through examination of mental health status; and nutritional status through weight and height measurement, blood pressure measurement, haemoglobin, and urinalysis. Depending on local needs, the centres carry out other activities such as supplementary feeding and sports. Posbindu PTM activities are community–owned and fully implemented by the community for the community with the support of nurses and other health professionals.

This service in Ranomut seeks to increase the reach of health services to elderly people within the community. The programme is tailored to meet local needs and increase participation. It aims to improve accessibility of health services to the elderly, particularly the poor and vulnerable. Not only is it focused on the health of the individual, it is focused on the health of the community.

The programme has been developed in response to increasing demand for health services caused by NCDs and the limited supply of health workers. In 2014, there were approximately 892,000 health workers for a population of 250 million people. Even with the shortfall of workers, there is an uneven distribution of health workers. About half of health workers in Indonesia are concentrated in Bali and Java.

This programme has been successful in improving healthy ageing. The benefits have come through peer–supported community participation which has helped to change the way people view their health. Nurses in this service have been leading the engagement and contact with the community. They have challenged the communities' perception of healthy living and empowered individuals to take greater control over their own health and wellbeing.

CASE STUDY: **Providing health services at the heart of the community: The National Hospital of Sri Lanka**

Contributor: K.M.Sriyani Padmalatha **Country:** Sri Lanka

As part of the multidisciplinary team, nurses from the National Hospital of Sri Lanka provide outreach services to improve access to essential health care services closer to where people live. This includes homes, schools, working environments and community centres. Using a mobile clinic, they are able to reach the community, identify their health needs and provide access to health services accordingly.

The services that are offered include: physical assessment, blood pressure monitoring, blood sugar testing, height and weight, blood and urinalysis; family planning and fertility care; nutritional support; eye clinic; ear, nose and throat clinic; health education for disease prevention and early detection; healthy lifestyles counselling; exercise and weight management; sleep and health; mental health and meditation.

Historically, a key challenge in Sri Lanka is the limited availability of community–based services to provide diagnostic, investigation and screening within the community. As such, the hospitals are filled to capacity with a large number of avoidable admissions. A large proportion of the community is unaware of their health status and there is a large number of undiagnosed non–communicable diseases.

As a result of this service, over 350 consultations are offered free of charge each day. Over the last three years, over 300,000 people have been seen in these clinics. The services reach people within the community that would otherwise not receive health services and are therefore well respected and appreciated by the community. The key to the service is that there is community engagement and involvement in how care is provided.

Because the service is offered free of charge, all staff are volunteers. Many nurses use their personal leave to support the clinics. A review is currently being undertaken to analyse the benefits of the service. This will be presented to the Ministry of Health for future support of the project.

ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ:
Αντιμετώπιση διαφορετικών αναγκών

Οι αυτόχθονες πληθυσμοί σε όλο τον κόσμο έχουν γενικά φτωχότερα αποτελέσματα υγείας από τους μη αυτόχθονες πληθυσμούς. Το χάσμα στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ των ιθαγενών πληθυσμών και των μη αυτόχθονων πληθυσμών εκτιμάται ότι είναι 21,5 χρόνια στο Καμερούν, 13,1 χρόνια στην Κένυα, 12,5 στον Καναδά και 10 χρόνια στην Αυστραλία.[11]Αυτές οι ανισότητες στην υγεία αποτελούν μείζονα ανησυχία και υπάρχει ανάγκη κατανόησης του τρόπου με τον οποίο η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας επηρεάζει αυτά τα αποτελέσματα.

Οι αυτόχθονες είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιούν προληπτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και είναι επίσης λιγότερο πιθανό να συμμετάσχουν σε πρώιμη παρέμβαση όταν προκύψουν τα πρώτα συμπτώματα. Αυτό αυξάνει τον κίνδυνο νοσηλείας και θνησιμότητας. Έχουν διεξαχθεί πολυάριθμες μελέτες για να εξακριβωθούν οι λόγοι για τους οποίους οι αυτόχθονες πληθυσμοί δεν εμπλέκονται ή δεν έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας με τον ίδιο ρυθμό με τους μη ομογενείς πανομοιότυπους τους. Οι μελέτες εντοπίζουν διάφορους παράγοντες κλειδιά, για αυτό, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης πολιτιστικά κατάλληλων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης · ρατσιστική ή μεροληπτική συμπεριφορά του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης · το μη προσβάσιμο κόστος αναζήτησης ιατρικής περίθαλψης και την έλλειψη δυνατότητας να παραστούν σε ραντεβού.[21, 22]

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ένας από τους κύριους λόγους καθυστέρησης ή μη αναζήτησης φροντίδας είναι η έλλειψη εμπιστοσύνης των κυρίων υπηρεσιών υγείας. Ένας ηγέτης της ιθαγενούς κοινότητας αντικατοπτρίζεται σε αυτό το θέμα και δήλωσε: «πολλοί άνθρωποι δεν ήθελαν να πάνε εκεί [η τοπική υγειονομική υπηρεσία], επειδή αισθάνθηκαν ότι ο τόπος ήταν εχθρός, το προσωπικό δεν ήταν φιλικό προς αυτούς και υπήρξαν πολλές συμπεριφορές που συνέβαιναν, οι άνθρωποι θεωρούσαν ότι υπήρξαν διακρίσεις και ο τόπος ήταν πολύ στείρος ... δεν ήταν ένα άνετο περιβάλλον ... δεν μιλούσαμε με τον τρόπο που μιλάμε ... σαν πολύ απότομη, δυνατή και απότομη, η επικοινωνία δεν ήταν και εκεί, ξέρετε; Ακριβώς αυτή η έλλειψη κατανόησης στον τρόπο που μιλάτε, ο τόνος που χρησιμοποιείτε για τους αυτόχθονες ... έτσι υπήρχε εκεί, όπου δεν υπήρχε πιθανώς καμία πολιτιστική γνώση με το προσωπικό ... όπως διακρίσεις, ρατσισμός, ή ξέρετε, μόνο άγνοια και καμία ευαισθησία και καμία κατανόηση των ιθαγενών ζητημάτων υγείας.....»[23]

Υπάρχουν πολλές στρατηγικές που έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση αυτών των πολιτισμικών διαφορών. Ένα από αυτά είναι η βελτίωση της πολιτιστικής καταλληλότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, εξασφαλίζοντας ότι ρατσισμός και διακρίσεις δεν συμβαίνουν. Το βάρος της βελτίωσης της πολιτιστικής ασφάλειας έγκειται στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης, και όχι στον ασθενή, για να διασφαλιστεί ότι οι υπηρεσίες είναι προσαρμοσμένες και αποδεκτές από πολιτιστική άποψη για κάθε ασθενή.[23]

Η αποδοχή των υπηρεσιών υγείας επεκτείνεται πέρα από την πολιτιστική ευαισθητοποίηση. Περιλαμβάνει άλλα στοιχεία όπως το φύλο, τη θρησκεία και άλλους κοινωνικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, εκεί μπορεί να είναι μια μειωμένη επιθυμία των γυναικών να αναζητήσουν υγειονομική περίθαλψη εάν οι πάροχοι είναι κατά βάση άνδρες (και αντίστροφα). Όπως λέει ο Levesque et al, "η δυνατότητα αναζήτησης ιατρικής περίθαλψης σχετίζεται με τις έννοιες της προσωπικής αυτονομίας και της ικανότητας επιλογής να επιδιώκει την περίθαλψη, τις γνώσεις σχετικά με τις επιλογές υγειονομικής περίθαλψης και τα ατομικά δικαιώματα που θα καθορίζουν την πρόθεση να αποκτήσουν υγειονομική περίθαλψη.

Σε μια προσέγγιση σχετικά με τα ανθρώπινα δικαιώματα στην υγεία, τα συστήματα υγείας πρέπει να παρέχουν φροντίδα με βάση την αρχή της μη διάκρισης. Ο ΠΟΥ δηλώνει ότι η αρχή της απαγόρευσης των διακρίσεων επιδιώκει "... να διασφαλίσει ότι τα ανθρώπινα δικαιώματα ασκούνται χωρίς διακρίσεις κάθε μορφής λόγω φυλής, χρώματος, φύλου, γλώσσας, θρησκείας, πολιτικής ή άλλης γνώμης, εθνικής ή κοινωνικής προέλευσης, περιουσίας, γέννησης ή άλλη κατάσταση, όπως η αναπηρία, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο σεξουαλικός προσανατολισμός η ταυτότητα φύλου, η κατάσταση υγείας, ο τόπος διαμονής, η οικονομική και κοινωνική κατάσταση "

> Η πολιτισμική επάρκεια απαιτεί περισσότερα από το να αποκτήσεις γνώση των πολιτιστικών διαφορών ή να εξασκείσαι στην ανοχή. Είναι η ικανότητα να εντοπίζεις και να αμφισβητείς τις δικές σου πολιτιστικές υποθέσεις, αξίες και πεποιθήσεις, και να δημιουργείς μια δέσμευση για επικοινωνία στην πολιτιστική διασύνδεση.”
>
> –Secretariat of National Aboriginal and Islander Child Care[24]

CASE STUDY: **Right to Care: expanding access to health care to provide complementary HIV testing services**

Contributor: Letsatsi Paul Potsane **Country:** South Africa

Right to Care is at the vanguard of supporting and delivering prevention, care and treatment services for people with HIV and TB and other associated diseases. Located in Region A of the Northern Gateway to Johannesburg, the Right to Care service is staffed by two Registered Nurses and eight HIV Counsellors. Working closely with the community, the team provides comprehensive HIV Testing Services (HTS) such as HIV counselling and testing, and access and initiation on anti–retroviral therapy (ART). They also provide screening for tuberculosis, sexually transmitted infections (STIs) and, noncommunicable disease (NCD) along with pregnancy tests, and referral to medical circumcision. The availability of NCD screening contributes to HTS uptake and reducing stigma and discrimination. All community HTS outreach campaigns are focused and targeted on key hard–to–reach populations in underserviced areas, using mobile clinics to reach community members in various areas.

The organisation works in partnership with government and communities to find pioneering solutions to build and strengthen public health care. The areas of expertise include HIV and TB care and treatment, pharmacy automation, medical male circumcision, and cervical cancer diagnosis and treatment.

In Region A, there is a mixture of urban and rural living. The region has a number of informal settlements and is home to more than 250,000 people. Poverty and unemployment are major issues within this region. In one settlement of 56,000 people, the unemployment rate is higher than 50% and more than 70% of residents live below the poverty line. The population has low levels of education and is relatively young with approximately 24% of the population aged between 20-29.

As a result of these circumstances, there is a high burden of disease, particularly HIV. The traditional models of care have struggled to meet the needs of the community because of capacity and resourcing. As such, there is a low uptake of Provider–Initiated Counselling and Testing (PICT), poor coordination of data, a shortage of counsellors and space for counselling and testing. Another issue is that health facilities have limited opening hours and young school children are unable to access services. Sex workers also face difficulty in accessing health services.

The impact of the problem is devastating. There are an elevated number of orphans and children in distress caused by AIDS; and an increased number of clients requiring hospitalisation due to HIV–related illnesses because of late treatment, high cost to care, and a shortage of medical, nursing and allied health professionals.

Συνεργαζόμενοι με κυβερνητικούς και άλλους μη κυβερνητικούς οργανισμούς, το Right to Care παρέχει πληροφορίες με πολιτιστικά κατάλληλους τρόπους για το πώς και πως δεν μεταδίδεται ο ιός του HIV. Μέσω της συνεργασίας με εξειδικευμένους επαγγελματίες και τους διαχειριστές τους, το Right to Health είναι σε θέση να πραγματοποιεί παραπομπές HTS, STIs και προ-έκθεσης προφύλαξης (PrEP) και να εξετάζει τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν ατομικά. Λαμβάνοντας υπόψη την ποικιλομορφία των νέων και τις ανάγκες τους, η υπηρεσία ενθαρρύνει μια εκστρατεία ενημέρωσης με τη συμμετοχή των νέων η οποία: επικεντρώνεται στη σεξουαλική υγεία των νέων ανδρών, αναδεικνύει την ευαισθητοποίηση σχετικά με τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα, παρέχει ευκαιρίες για την αντιμετώπιση θεμάτων φύλου, βελτιώνει την πρόσβαση στη βασική εκπαίδευση και έγκαιρα την εκπαίδευση που σχετίζεται με τον HIV και παρέχει πρόσβαση σε υπηρεσίες παροχής συμβουλών και εξετάσεων για τον HIV.

Το νοσηλευτικό προσωπικό του Right to Care παρέχει επίσης τη δυνατότητα ευαισθητοποίησης και κινητοποίησης ασθενών από πόρτα σε πόρτα για παρεμβάσεις HTS, προκειμένου να μετριαστεί ο αντίκτυπος της έλλειψης συμβούλων στις εγκαταστάσεις. Η υπηρεσία φτάνει σε άτομα που συνήθως αντιμετωπίζουν προκλήσεις στην πρόσβαση στο HTS. Έχει οδηγήσει σε αύξηση της ζήτησης για HTS, διανομή προφυλακτικών και εκπαίδευση. Κατά τη διάρκεια αυτής της παρέμβασης, οι εργαζόμενοι είναι σε θέση να κινητοποιήσουν περισσότερα από ένα άτομα στην κοινότητα για να έχουν πρόσβαση στο HTS και να εισάγουν άμεσες ομάδες παροχής υπηρεσιών για να βελτιώσουν την απόδοση και το υψηλό ποσοστό απόδοσης.

Ως αποτέλεσμα αυτού του έργου, ο αριθμός των ατόμων που λαμβάνουν περίθαλψη έχει υπερδιπλασιαστεί. Για πρώτη φορά, τα μέλη της κοινότητας μπορούν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες που βασίζονται στην κοινότητα, με έγκαιρο και προσιτό τρόπο.

> Ορισμένες χώρες έχουν επιλέξει να δώσουν προτεραιότητα στην ισότητα και έχουν κατασκευάσει ένα σύστημα χωρίς αποκλεισμούς από την αρχή, αλλά τα ιστορικά στοιχεία δείχνουν επίσης ότι πολλές χώρες που έχουν επιταχύνει την πρόοδο προς την κάλυψη της παγκόσμιας υγείας έχουν αφήσει τους φτωχούς και τον αγροτικό πληθυσμό πίσω."
>
> –WHO[27]

ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ:

Διαθεσιμότητα και ευκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες

Στην πλειονότητα των χωρών του κόσμου, το ποσοστό αυτοκτονίας είναι πολύ υψηλότερο για όσους ζουν σε αγροτικές περιοχές. Στην πραγματικότητα, είναι ανησυχητικό εάν σκεφτείτε ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι διπλάσιος αν ζείτε σε μια αγροτική περιοχή σε σύγκριση με μια αστική περιοχή[26]

Είναι απίθανο να υπάρχει μόνο μία εξήγηση για το γιατί τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι υψηλότερα στους αγροτικούς πληθυσμούς, καθώς η αυτοκτονία είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και φαίνεται να καθοδηγείται από ένα μείγμα κοινωνικών, πολιτιστικών και οικονομικών παραγόντων, καθώς και ατομικών παραγόντων.[28]

Ένας παράγοντας σύνθεσης είναι οι διαφορές στην πρόσβαση και την πρόσληψη αποτελεσματικών θεραπειών και υπηρεσιών. Συχνά παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ των αγροτικών και των αστικών περιοχών σε σχέση με την πρόσβαση, την αξιοποίηση και τις δαπάνες ψυχικής υγείας. Η Εθνική Συμμαχία για την Αγροτική Υγεία δήλωσε: "Η έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία και συνεχής διαχείριση μιας κατάστασης ψυχικής υγείας στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές είναι πιθανό να συμβεί αργότερα ή καθόλου, γεγονός που συχνά οδηγεί σε αυξημένη πιθανότητα νοσηλείας και μερικές φορές οδηγεί στο πιο τραγικό των αποτελεσμάτων- αυτοκαταστροφής και αυτοκτονίας.

Οι άνθρωποι που ζουν σε αγροτικές περιοχές έχουν συχνά φτωχότερη γενική υγεία από εκείνους που ζουν σε μητροπολιτικές περιοχές λόγω σημαντικών διαφορών στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας."

Ενώ αυτοί οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας μπορεί να μην είναι μοναδικοί για τις αγροτικές περιοχές, η απομόνωση μπορεί να τους επιδεινώσει.

Αυτό περιλαμβάνει, χωρίς περιορισμό, την πρόσβαση σε επικοινωνίες (π.χ. κάλυψη κινητού τηλεφώνου και διαδίκτυο) και περιβαλλοντικές αλλαγές (π.χ. ξηρασία και πλημμύρες που επηρεάζουν τα μέσα διαβίωσης).

Η πρόσβαση από την άποψη της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί κρίσιμη συνιστώσα για την υγεία και την ευημερία. Η διαθεσιμότητα περιλαμβάνει τη δυνατότητα πρόσβασης σε πόρους υγειονομικής περίθαλψης, είτε πρόκειται για την υποδομή ή τους ανθρώπινους πόρους και αν οι επαγγελματίες υγείας έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση, εμπειρία και ικανότητες για να παρέχουν τις απαραίτητες υπηρεσίες. Αυτή είναι η διαθεσιμότητα πόρων που συχνά κατανέμεται άνισα σε μητροπολιτικές, περιφερειακές και αγροτικές περιοχές. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στους τομείς ειδίκευσης όπως η ψυχική υγεία. Ο Vikram Patel, μία διεθνής αυθεντία στην ψυχική υγεία, δήλωσε ότι «στην Καλιφόρνια υπάρχουν περισσότεροι ψυχίατροι από ό, τι στην Αφρική ... Υπάρχει ένα τεράστιο κενό θεραπείας με το 50% εκείνων που χρειάζονται φροντίδα ψυχικής υγείας, που δεν είναι ικανοί να έχουν πρόσβαση σε χώρες υψηλού εισοδήματος και το 90% χάνει από τη φροντίδα σε χώρες χαμηλού εισοδήματος. Σε ορισμένες χώρες όπως η Ινδία και η Κίνα για τους περισσότερους, δεν υπάρχει απλά καμία θεραπεία. "

Η προσβασιμότητα ή η δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες επηρεάζεται επίσης από μια σειρά άλλων παραγόντων. Αυτό περιλαμβάνει την κινητικότητα και τη χρησιμοποίηση προσιτής μεταφοράς για την προσέγγιση των υπηρεσιών υγείας. Αυτό επηρεάζει ιδιαίτερα τους πιο ευάλωτους στην κοινότητά μας, όπως εκείνους με ειδικές ανάγκες και τους ηλικιωμένους. Περιλαμβάνει επίσης εκείνους των οποίων οι απαιτήσεις εργασίας επηρεάζουν την ικανότητά τους να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια ωρών λειτουργίας.

CASE STUDY: **The Bega Teen Clinic: improving access to care and health education for young people in rural towns**

Contributor: Jodie Meaker **Country:** Australia

The Bega Teen Clinic is a nurse–led, early intervention model of access to primary health care for teenagers, which sits within existing general practices providing a drop–in service for young people in rural towns. Located in Bega, New South Wales, Australia, the aim of the Teen Clinic model is to break down barriers for young people accessing preventative health care. The long–term health and social benefits of being able to prevent an unwanted pregnancy or linking someone to psychological interventions prior to them becoming suicidal are life changing.

The Teen Clinic was born out of need. The town of Bega is an area of high socio–economic need and access to public transport is poor. About three years ago a spate of youth suicides occurred in the small town which had a significant and lasting impact on the community. The pathways between local schools, young people and the health system were poor, and it was clear that the traditional ways of accessing care such as making appointments with the family General Practitioner (GP) were seen as large barriers for young people. Transitioning from seeing a doctor as a child accompanied by parents to seeing a doctor alone, with new health concerns and issues, can be scary for many teens.

A Practice Nurse is available two afternoons a week at the Teen Clinic for drop–in consults. Teens may attend for STI screening, contraception advice, relationship concerns, mental health issues or general health and education. The nurse's role is to be a soft entry point to triage the teenagers, provide initial screening and/or health education and to act as a facilitator to GPs and other providers as needed.

The Teen Clinic model utilises existing infrastructure, clinicians and staff and is therefore a financially and resource efficient model for delivering youth services in rural towns. This team–based model of care includes reception staff, nursing staff, psychologists and GPs within the practice, but also aims to build community engagement and relationships with other services such as teachers and counsellors, mental health workers, family support services, and employment and housing support agencies. The Teen Clinic brings a comprehensive community approach to care coordination for this at–risk group.

This innovative model of care has only been made possible by nurses working to their full scope of practice. Teen Clinic nurses working to an expanded scope, provide a high quality link in the communities, supporting young people to become educated health care users.

CASE STUDY: **Engaging with the education sector for the promotion of mental health and the prevention of suicidal behaviour**

Contributor: José Carlos Santos, Ordem dos Enfermeiros
Country: Portugal

An innovative programme has been developed in Portugal to address mental health problems in schools. The programme focuses on engaging with the education community and is a multi-level approach to mental health promotion and suicidal behaviour prevention. By intervening with teachers and ancillary staff, parents and students, the aim of the service is to promote well-being, self-esteem and the development of coping strategies, as well as to combat stigma and depressive symptomatology. It is operated by primary health care professionals who conduct educational sessions for the school staff and parents and socio–therapeutic sessions for the students.

The burden of mental illness among teenagers is increasing. Despite this, due to poor mental health literacy, lack of access and stigma (particularly surrounding suicidal behaviour), only about 20% of those in need seek the help of a mental health professional. In addition, suicide is the third cause of death among teenagers, and self–inflicted injuries are increasing in this age group.

A community intervention directed at the clearly deprived area of mental health, the programme uses an innovative approach comprising active dynamics, socio-therapeutic and proximity games and the involvement of local health services. The success of the programme is due to the active participation of several local and national partners and the activities carried out in the classroom, in the whole school, in the community and across Portugal. The coordinating team consists exclusively of nurses (mental health and public health nurses) and the driving forces are also mainly nurses.

There have been significant improvements in the well-being, coping, self-esteem as well as a reduction in depressive symptoms leading to suicidal behaviours. Since the beginning of the programme, there has been an increase in the acceptance of this approach to mental health and suicidal behaviour in schools. At the same time, the programme has led to the identification of an increased need for extra school time in health and citizenship.

Τα συστήματα υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο αγωνίζονται να επιτύχουν ισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για τους πληθυσμούς τους. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους ευάλωτους πληθυσμούς, ειδικές ομάδες για τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών. Υπάρχει μεγάλη δυσκολία στην εξασφάλιση του σωστού επαγγελματικού δυναμικού, με τις κατάλληλες δεξιότητες, στη σωστή θέση την κατάλληλη στιγμή για την παροχή αποτελεσματικών και αξιόπιστων υπηρεσιών υγείας για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας.

Εκτιμάται ότι το ήμισυ του παγκόσμιου πληθυσμού ζει σε αγροτικές περιοχές, ωστόσο οι περιοχές αυτές εξυπηρετούνται από λιγότερο από το 38% του συνόλου του νοσηλευτικού προσωπικού. Σε ορισμένες χώρες είναι ακόμα χειρότερο από αυτό.

Η διανομή των εργαζομένων στον τομέα της υγείας είναι συχνά ένας σοβαρός περιορισμός για τη διασφάλιση της ισότητας πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες υγείας και την επίτευξη των στόχων των συστημάτων υγείας.

Σχήμα 5: Αστική/αγροτική κατανομή σε παγκόσμιο επίπεδο νοσηλευτικού & ιατρικού δυναμικού[30]

Η φτώχεια δεν είναι απλώς η έλλειψη χρημάτων. Το άτομο δεν έχει την ικανότητα να αναπτύξει το πλήρες δυναμικό του ως ανθρώπινο ον."

–Amartya Sen[33]

ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ: Οικονομική προσιτότητα της φροντίδας

Η Μαίρη ήταν 60 ετών και ζούσε σε μια αγροτική περιοχή όταν διαγνώσθηκε με καρκίνο του μαστού. Ο ειδικός της συνέστησε να κάνει ακτινοθεραπεία. Αυτό θα σήμαινε ημερήσια θεραπεία για μία περίοδο πέντε εβδομάδων. Όντας από μια αγροτική περιοχή, αυτό σήμαινε ότι έπρεπε να εγκαταλείψει την οικογένειά της και να οδηγήσει πάνω από πέντε ώρες σε μια μητροπολιτική περιοχή με τις κατάλληλες υπηρεσίες για τον καρκίνο. Αυτή ήταν μια δύσκολη απόφαση για τη Μαίρη με το χρόνο μακριά από τους αγαπημένους και το κόστος για τη φροντίδα. Μετά από όλους τους λογαριασμούς για έξοδα ταξιδιού, διαμονής και διαβίωσης, θα υπήρχαν και τα έξοδα θεραπείας των 4.000$. «Δεν μπορούμε να το αντέξουμε», είπε η Μαίρη. "Πώς μπορώ να το αντέξω, μεταξύ όλων των άλλων οικονομικών υποχρεώσεων μας;"

Κατά μέσο όρο, στις χώρες του ΟΟΣΑ, το 19% των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη καταβάλλεται απευθείας από τους ασθενείς. Όσον αφορά τον συνολικό προϋπολογισμό των νοικοκυριών, οι ιατρικές δαπάνες αντιπροσωπεύουν κατά μέσο όρο περίπου το 2,8% των δαπανών για ιατρικά αγαθά και υπηρεσίες. Οι δύο κύριες πηγές εξόδου από τις δαπάνες είναι τα φαρμακευτικά αγαθά και οι υπηρεσίες υγείας. Όμως, η φροντίδα περιλαμβάνει επίσης τα έξοδα ταξιδίου, το χρόνο μακριά από την εργασία, την παιδική μέριμνα ή άλλες γονικές διευθετήσεις και τα κόστη αυτά αυξάνονται όταν η φροντίδα επιζητάτε μετά από ώρες.

Αυτό είναι ένα σημαντικό κόστος και επηρεάζει δραματικά τους πιο ευάλωτους στις κοινότητές μας. Σε μια μελέτη 37 χωρών χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος που πραγματοποίησε ο ΠΟΥ, εκτιμάται ότι μεταξύ 6-17% των ανθρώπων αυτών των πληθυσμών εισέρχονται σε ακραία φτώχεια ως αποτέλεσμα των ιατρικών δαπανών.[32]

Το αυξανόμενο κόστος των νοσοκομειακών δαπανών σε συνδυασμό με την αύξηση των προσωπικών δαπανών είναι μια μεγάλη πηγή προσωπικών ανησυχιών για τον προϋπολογισμό. Τα στοιχεία από όλο τον κόσμο δείχνουν ότι όταν τα νοικοκυριά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πληρωμή ιατρικών λογαριασμών, καθυστερούν ή ακόμα και παραιτούνται από την απαραίτητη υγειονομική περίθαλψη. Ενώ ορισμένοι μπορεί να θεωρούν ότι εξοικονομούν χρήματα μειώνοντας τις περιττές επισκέψεις υγειονομικής περίθαλψης, κοστίζουν πολύ περισσότερο οι ασθενείς, το σύστημα υγείας και η ευρύτερη οικονομία, όταν τα απλά προβλήματα υγείας γίνονται όλο και πιο πολύπλοκα. Όταν τα προβλήματα υγείας δεν εντοπίζονται ή δεν αντιμετωπίζονται νωρίς, συχνά επιδεινώνονται, οδηγώντας σε μεγαλύτερες παραμονές στο νοσοκομείο ή σε περισσότερες θεραπείες στα νοσοκομεία. Το κόστος αυτό θα μπορούσε να αποφευχθεί μέσω προηγούμενης παρέμβασης στην πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη.

Ωστόσο, το κόστος υπερβαίνει το σύστημα υγείας. Οι ασθενέστεροι άνθρωποι, είναι και όλο λιγότερο πιθανό να εργάζονται, να πληρώνουν φόρους και να συμμετέχουν ενεργά στην κοινότητα. Αυτό επηρεάζει αρνητικά τα φορολογικά έσοδα των κυβερνήσεων και, ενδεχομένως, τους εθνικούς προϋπολογισμούς.

Η δυνατότητα των ανθρώπων να πληρώνουν για την υγειονομική περίθαλψη είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο μοντέλο σε ολόκληρο τον κόσμο. Εάν το μοντέλο αυτό έχει τεθεί σε ισχύ, εάν οι άνθρωποι πληρώνουν για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, πρέπει να είναι σε θέση να το κάνουν χωρίς καταστροφικές συνέπειες στους πόρους που απαιτούνται για τις ανάγκες (π.χ. τροφή, διαμονή, μεταφορά). Η φτώχεια, η κοινωνική απομόνωση ή το χρέος περιορίζουν τη δυνατότητα των ανθρώπων να πληρώνουν για υπηρεσίες και τους οδηγεί ακόμη περισσότερο στη φτώχεια, μειώνοντας έτσι την ικανότητά τους να σπάσουν την αλυσίδα φτώχειας.[16]

CASE STUDY: **The future generation of retail health care in the USA**

Contributor: Tracey J. Kniess, DNP, CRNP, FNP-BC
Country: USA

Walmart Care Clinics are full–service clinics, providing full, accessible and affordable primary care right where people need it–in retail centres. The clinics have multiple examination rooms and provide full service labs by point of care testing or send out testing.

Located in rural Health Professional Shortage (HPSA) areas, Walmart Care Clinics provide primary care to the communities they serve. Sixty–three percent of the clinics are located in the Appalachian area or other HPSA.[35] Many of the patients are uninsured or underinsured and the cost of care in the clinics is affordable to most. These Nurse Practitioner (NP) led clinics also provide high quality primary care to those marginalized by society.

It is important that increased access to primary care be accompanied by improved efficacy and high–quality care. Walmart Care Clinics NPs practice evidence–based care in collaboration with physicians, pharmacists and other health care providers. A systematic review of NP outcomes shows similar outcomes to physician–only provided care. Care provided with collaboration between NPs and physicians reflects even better outcomes.[36] NP clinics are crucial in providing care to those who otherwise may not have care.

Retail clinics and urgent care centres can be cost–effective and time–saving alternatives to hospital emergency departments (EDs) for nonemergency care. It is estimated that 13.7%–27.1% percent of all ED visits could take place at a retail clinic or urgent care centre, with potential cost savings to the health care system of approximately US$4.4 billion annually.[37]

With retail clinics' low per–visit cost (US$79) compared to the cost of a physician office visit (US$160-US$230), the total savings across all diabetes patients covered by commercial, Medicare, or Medicaid insurance could total over US$100 million (US$7 per person per year) under conservative assumptions and as high as US$2.7 billion (US$164 per person per year) if half of diabetes–related office visits migrated to retail clinics.[38]

IN A STUDY CONDUCTED IN 2016[41]

33% of respondents in the USA, REPORTED COST–RELATED PROBLEMS to medical care.

15% of respondents in Canada had OUT–OF–POCKET EXPENSES MORE THAN US$1,000 in the past year.

23% of respondent in France HAD SERIOUS PROBLEMS PAYING or were unable to pay for their medical bills.

EACH YEAR:

100 MILLION PEOPLE GLOBALLY are pushed below the poverty line as a result of health care expenditure.[7]

In some countries, 2% of the population SPEND MORE THAN 40% OF THEIR NON–FOOD HOUSEHOLD EXPENDITURE on health care.[39]

150 MILLION PEOPLE SUFFER FINANCIAL CATASTROPHE because of out of pocket expenditure.[7]

Typically 20-40% of health SPENDING IS WASTED.[40]

ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ: Ασφαλής & ποιοτική φροντίδα

Τον Νοέμβριο του 2007, η Bella Bailey πέθανε στο νοσοκομείο του Stafford, στο Ηνωμένο Βασίλειο, αφού έγινε δεκτή για χειρουργείο κήλης. Ο θάνατός της προέκυψε από ένα πλήθος λαθών, με αποκορύφωμα την τελική αποτυχία να δοθούν φάρμακα ζωτικής σημασίας. Σύμφωνα με την κόρη της και άλλους μάρτυρες, πέρασε τις τελευταίες εβδομάδες της ζωής της στο νοσοκομείο φοβισμένη και με πόνο. Η κόρη της έκανε μια εκστρατεία για να διερευνήσει τις περιστάσεις που περιέβαλλαν το θάνατό της. Μέχρι τις αρχές του 2008, έγιναν πολλές παρατηρήσεις σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, καθώς και μια έρευνα που διεξήχθη από τον Robert Francis QC.[42]

Η δημόσια έρευνα διερεύνησε πώς οι υπεύθυνοι για την εποπτεία του NHS - οι εθνικές ρυθμιστικές αρχές, η τοπική υγειονομική αρχή και το νοσοκομειακό συμβούλιο - απέτυχε στο να αποτρέψει τα τρομερά γεγονότα στο νοσοκομείο Stafford, όπου εκατοντάδες άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους άσκοπα λόγω κακής φροντίδας. Ο κ. Ian Keened, Πρόεδρος της Επιτροπής Υγείας, το περιέγραψε ως "το χειρότερο σκάνδαλο νοσοκομειακής περίθαλψης των τελευταίων χρόνων".[43]

Η έρευνα διαπίστωσε ότι τα βασικά στοιχεία περίθαλψης παραμελήθηκαν. Τα φάρμακα είτε καθυστέρησαν είτε δεν δόθηκαν. οι ασθενείς παρέμεναν άπλυτοι για πάνω από ένα μήνα και οι ασθενείς φοβόντουσαν να βρίσκονται στο νοσοκομείο. Η έκθεση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η κύρια αιτία αυτής της ασυνήθιστης περίθαλψης ήταν η «χρόνια έλλειψη προσωπικού, ιδιαίτερα του νοσηλευτικού προσωπικού». [43]Τα άλλα μεγάλα προβλήματα σχετίζονταν με το φόρτο εργασίας, τον φτωχό πολιτισμό, την κακή ηγεσία και τους περιορισμένους πόρους.

Η κοινωνία του Stafford απογοητεύτηκε από το τοπικό νοσοκομείο. Αυτό είναι ένα τρομερό αποτέλεσμα και ένα παράδειγμα του τι συμβαίνει όταν υπάρχει κακή ποιότητα φροντίδας. Δυστυχώς, το παράδειγμα της περίπτωσης αυτής δεν είναι μοναδικό. Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί θεμελιώδη αρχή της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά όπως δείχνουν πολυάριθμες μελέτες από όλο τον κόσμο, πολλοί ασθενείς βλάπτονται κατά τη διάρκεια της υγειονομικής περίθαλψης, με αποτέλεσμα είτε μόνιμο τραυματισμό, αυξημένο χρονικό διάστημα παραμονής, είτε ακόμη και θάνατο. Στις ΗΠΑ, εκτιμάται ότι η τρίτη κύρια αιτία θανάτου προκαλείται από ιατρικά λάθη. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ένα περιστατικό βλάβης ασθενούς αναφέρεται κάθε 35 δευτερόλεπτα.[44]

Είναι προφανές ότι οι υπηρεσίες που είναι μη ασφαλείς και χαμηλής ποιότητας οδηγούν σε μειωμένα αποτελέσματα αναφορικά με την έκβαση της υγείας, ακόμη και σε βλάβη. Ο Levesque και οι συνεργάτες του[15] πιστεύουν ότι στο πλαίσιο της πρόσβασης στην περίθαλψη, η ποιότητα αυτής της περίθαλψης πρέπει να ληφθεί υπόψη. Εάν τα άτομα και οι κοινότητες έχουν μόνο πρόσβαση σε υπηρεσίες κακής ποιότητας, αυτό περιορίζει την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Η πρόσβαση δεν αφορά μόνο στη διαθεσιμότητα και την οικονομική προσιτότητα, αλλά και αν είναι αποδεκτή και αποτελεσματική. Αυτή η καταλληλότητα της φροντίδας δεν είναι ποτέ πιο εμφανής από ότι στην ψυχική υγεία. Υπάρχει μια σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα, η κοινωνική απομόνωση και η διατήρηση των δικαιωμάτων των ατόμων ανάλογα με την καταλληλότητα της θεραπείας που λαμβάνουν.

Σύμφωνα με τον Ειδικό Εισηγητή του ΟΗΕ στο Συμβούλιο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, "θεραπείες που περιλαμβάνουν εξαναγκασμό, ιατροποίηση και αποκλεισμό, που είναι απομεινάρια παραδοσιακών ψυχιατρικών σχέσεων φροντίδας "οδηγούν σε παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ενώ μια σύγχρονη αντίληψη της ανάκαμψης, των υπηρεσιών που βασίζονται σε τεκμήρια και των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που βασίζονται στον πληθυσμό αποκαθιστούν την αξιοπρέπεια και ενδυναμώνει τα άτομα να επιστρέψουν ως κάτοχοι δικαιωμάτων στις οικογένειες και τις κοινότητες τους. Η χρήση υπηρεσιών με εγγενώς διαφορετική ποιότητα θεραπείας δεν μπορεί να θεωρηθεί ως εξίσου κατάλληλη περίθαλψη.[15]

Το 2001, ως στρατηγική για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης, το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) κυκλοφόρησε ένα βιβλίο με τίτλο «Crossing the Quality Chasm». Τα προβλήματα που περιγράφονται στο βιβλίο εξακολουθούν να υπάρχουν και σήμερα. "Η υγειονομική περίθαλψη κατηγοριοποιείται από περισσότερα, να γνωρίζεις, να διαχειριστείς, περισσότερα να παρακολουθήσεις, περισσότερα να κάνεις, και περισσότερους ανθρώπους που εμπλέκονται να τα κάνουν ανά πάσα στιγμή στην ιστορία". Λόγω αυτών των περιπλοκών, οι μεμονωμένοι νοσηλευτές (και άλλοι κλινικοί γιατροί) δεν μπορούν να ανακαλέσουν και να εφαρμόσουν όλες τις γνώσεις που απαιτούνται για την παροχή ασφαλούς, υψηλής ποιότητας, οικογενειακής ή κοινοτικής περίθαλψης.

Έχουν περάσει 16 χρόνια από τη δημοσίευση αυτής της έκθεσης του IOM. Υπάρχουν πλέον ισχυρές ενδείξεις ως προς τις στρατηγικές που είναι πιο πιθανό να επιτύχουν τους στόχους που περιγράφονται. Αυτή η απόδειξη έχει διεξαχθεί διεθνώς και είναι επιτακτική για δράση. Τα αποδεικτικά στοιχεία για τη βελτίωση της ποιότητας μέσω της νοσηλείας αφορούν: το συνδυασμό δεξιοτήτων. πολιτισμό. εκπαίδευση. επίπεδα προσωπικού · ηγεσία. διεπιστημονική περίθαλψη. έρευνα. και πληροφορική.

Το κόστος που συνδέεται με τα λάθη της φαρμακευτικής αγωγής εκτιμάται σε 42 δισεκατομμύρια δολάρια στις ΗΠΑ ετησίως ή σχεδόν 1% των συνολικών δαπανών για την υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο.[46]

Στις 100 εισαγωγές ανά πάσα στιγμή, επτά στις αναπτυγμένες χώρες και δέκα στις αναπτυσσόμενες χώρες θα αποκτήσουν λοιμώξεις που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη.[44]

Το 50% των χειρουργικών επιπλοκών που σχετίζονται με τη χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποφευχθεί.[44]

Αναφέρεται συχνά ότι περίπου 1 στους 10 νοσηλευόμενους ασθενείς υπόκεινται σε ανεπιθύμητο συμβάν, με τουλάχιστον το 50% αυτών να είναι προβλέψιμο.[44]

Σε μια μελέτη σχετικά με τη συχνότητα και την πρόληψη των ανεπιθύμητων ενεργειών, σε 26 χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, το ποσοστό των ανεπιθύμητων συμβαμάτων ήταν περίπου 8%, εκ των οποίων το 83% θα μπορούσε να είχε προληφθεί και το 30% οδήγησε σε θάνατο.[44]

Εκτιμάται ότι 421 εκατομμύρια νοσηλείες πραγματοποιούνται στον κόσμο ετησίως, και περίπου 42,7 εκατομμύρια ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίζονται σε ασθενείς κατά τη διάρκεια αυτών των νοσηλείων.[44]

Σχήμα 6:Βελτίωση της ποιότητας φροντίδας διαμέσου της Νοσηλευτικής[47-65]

ΗΓΕΣΙΑ

When nurses participate in health service decision making and policy development:

- Improved hospital experience for patients
- Improved patient involvement in care
- Improved health literacy
- Better quality care at lower cost
- Improved financial performance of an organisation
- More highly educated workforce
- Higher staff satisfaction
- Improved patient safety
- Improved quality measures.

ΜΙΞΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

- Each 10% decrease in proportion of nurses is associated with 12% increased risk of death.
- Adding one assistant per 25 patients instead of adding a nurse is associated with a 21% increase odds of dying.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

- Each 10% increase in proportion of nurses with bachelor's qualifications associated with 7% decline in mortality.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Research findings indicate that IT applications can enhance patient safety by standardising, flagging errors, and eliminating handwritten data, among other functions.

ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Interdisciplinary teams have been shown to enhance quality and lower costs.

ΕΡΕΥΝΑ

When nurses are actively involved in research:

- Increased uptake of evidenced based practice
- Increased access to continuing education.

ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ

- Hospitals with good staffing and work environments had significantly lower mortality and lower costs for patients at every risk level
- Higher patient satisfaction
- Lower readmissions
- Fewer infections
- Fewer falls
- Lower staff burnout
- Higher survival after complications.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ

Each 1 patient increase in nurses' workloads is associated with 7% increase in mortality

- Improved staffing levels reduces mortality risk
- Each 1 patient increase in patient to nurse workloads increases readmissions by:
  - 9% for heart failure, pneumonia, AMI
  - 11% for children
  - 3% for general surgery
  - 8% hip and knee replacements
- Hospitals with good nurses staffing levels have 30% fewer hospital acquired infections
- Each 1 patient increase to nursing workloads increases missed care.

CASE STUDY: **Setting the standard in providing quality nursing care**

Contributor: Beth Matarasso, Sean Birgan, Veronica Casey
Country: Australia

The Princess Alexandra Hospital (PAH) in Queensland, Australia, has a three–time designation as a Magnet facility and a reputation for setting the standard in providing quality nursing care. Magnet status is an award given by the American Nurses' Credentialing Centre (ANCC) to hospitals that satisfy a set of criteria designed to measure the strength and quality of their nursing.

In 2001, the facility was facing many challenges, including 28% nursing turnover, 12% vacancy rates, 12% bed closures and unprecedented agency nurse usage which hampered provision of care. These factors were reflected in a nursing culture hallmarked by a blame mentality, decreased work satisfaction and patient experiences and outcomes that challenged the nursing ethos of custodians for providing compassionate, safe care enabled through advocacy, quality and holism.

In seeking solutions to these complex and persistent problems, PAH turned its gaze outward to the Magnet Recognition Program, an ANCC nursing excellence programme. The Magnet Recognition Program provides the framework to guide cultural transformation and innovative and research–informed nursing practice. This quality improvement initiative provided the impetus for the organisation to implement nurse–led actions that produced positive changes such as improved patient safety and patient satisfaction.

Today, nursing leadership at PAH is defined by the nursing values of integrity, accountability and professionalism. Nurses work collaboratively with interprofessional colleagues, upholding the commitment to safe and effective patient care and outcomes.

Interprofessional respect for nursing knowledge and practice is evident in the many nurse–led interprofessional initiatives that have led to change across the practice environment. As such, nursing pride and expertise is strengthened and enables strong nursing leadership across all levels of nursing and contexts.

Fundamental to the integrity and professionalism of PAH nurses is a mindset of continuous improvement, evidenced through robust reporting and data analysis, both of which signify a strong culture of commitment to growth, change and patient care.

The PAH has been recognised as an employer of choice through both graduate preferences, being amongst the highest in the state, and improved retention of nurses, with a current turnover of approximately 10%. The nursing team at PAH seeks to learn more about how the patients and consumers experience and feel satisfied with their care and interactions with nurses, and they have seen an 9% overall increase in both inpatient and ambulatory experience and satisfaction.

Υπάρχουν δύο περαιτέρω πτυχές της καταλληλότητας, η έννοια της «έγκαιρης πρόσβασης» και της «δέσμευσης» που είναι αρκετά σημαντικές για να εξεταστούν λεπτομερέστερα.

ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ: Έγκαιρη Πρόσβαση

Ένας γιος που φροντίζει τον πατέρα του, εκφράζοντας το ταξίδι του πατέρα του μέσω του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, δήλωσε: «Το 2009, ο πατέρας μου διαγνώστηκε με καρκίνο του παγκρέατος. Από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι την τελευταία του μέρα ήταν εννέα εβδομάδες. Κατά τη διάρκεια αυτών των πρώτων επτά εβδομάδων, πριν από τη νοσηλεία και την παρηγορητική φροντίδα, οι επισκέψεις στο κέντρο των εξωτερικών ασθενών χαρακτηρίστηκαν από μεγάλες περιόδους αναμονής. Μερικές φορές θα περιμέναμε πέντε ώρες στην κλινική που περιμένοντας να δούμε τον ειδικό. Η επίσκεψη του ειδικού θα διαρκούσε από πέντε έως δέκα λεπτά. Μέχρι το τέλος της ημέρας ο πατέρας μου θα ήταν αγωνιώδης, κουρασμένος και συναισθηματικά ανίκανος να το αντιμετωπίσει. Το επόμενη ημέρα θα περιμέναμε ξανά. Αυτή τη φορά για παθολόγο και χημειοθεραπεία. Άλλες οκτώ ώρες. Με τόσο σύντομο χρονικό διάστημα που είχα να περάσω με τον πατέρα μου πριν από το θάνατό του, είναι τραγικό ότι τόσο μεγάλο μέρος του δαπανήθηκε σε αίθουσα αναμονής μίας κλινικής."

Δυστυχώς, αυτή είναι η εμπειρία πολλών ασθενών - μερικοί που έχουν ταξιδέψει σε μεγάλες αποστάσεις για να φτάσουν στην κλινική, πολλοί που έπρεπε να εγκαταλείψουν τους μισθούς μιας ημέρας για να είναι εκεί, και άλλοι που έπρεπε να βρουν φροντιστή των παιδιών τους ενώ περίμεναν. Παρά τον προγραμματισμό των ραντεβού, οι ασθενείς μπορεί να περάσουν σημαντικό χρονικό διάστημα σε κλινικές που περιμένουν να παρασχεθούν οι υπηρεσίες. Ο βαθμός στον οποίο οι καταναλωτές υγείας είναι ικανοποιημένοι με τη φροντίδα που λαμβάνεται συσχετίζεται έντονα με την εμπειρία της αίθουσας αναμονής. Θετικές εμπειρίες σχετίζονται γενικώς με τη μεγαλύτερη συμμόρφωση με τη συνιστώμενη φροντίδα, την καλύτερη κλινική φροντίδα, τη λιγότερη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης και την καλύτερη έκβαση στην ποιότητα της υγείας. Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής μπορούν να προκαλέσουν απογοήτευση, ενόχληση, ταλαιπωρία και δυσαρέσκεια με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Ο IOM συνέστησε το 90% των ασθενών να εξεταστούν εντός 30 λεπτών από το προγραμματισμένο ραντεβού τους.[66] Ωστόσο, σε χώρες παγκοσμίως δεν είναι ασυνήθιστο για τους ασθενείς να περιμένουν δύο έως τέσσερις ώρες πριν από την εξέταση τους από τον ειδικό.[67] Οι παρατεταμένοι χρόνοι αναμονής είναι κοινό εμπόδιο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες και αποτελούν μείζονα πηγή άγχους και κινδύνου για τους ασθενείς και την κατάλληλη υποστήριξή τους.

Η έγκαιρη πρόσβαση είναι επίσης ζωτικής σημασίας για την πρόληψη δυνητικά επιβλαβών καθυστερήσεων στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Σε πολλές περιπτώσεις, όσο νωρίτερα η θεραπεία, τόσο καλύτερο είναι το αποτέλεσμα στην υγεία. Οι αργοπορίες στη θεραπεία αυξάνουν την πιθανότητα προεγχειρητικού θανάτου και μη προγραμματισμένης επείγουσας εισαγωγής και οδηγούν σε φτωχότερα αποτελέσματα όσον αφορά τη σωματική και κοινωνική λειτουργία. Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής ενδέχεται να επιδεινώσουν τα συμπτώματα, να επιδεινώσουν την κατάσταση του ασθενούς και να οδηγήσουν σε χειρότερα κλινικά αποτελέσματα.[68]

Οι εκτεταμένοι χρόνοι αναμονής προκύπτουν από τη σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ προσφοράς και ζήτησης. Η ζήτηση επηρεάζεται από θέματα όπως η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, οι προτιμήσεις των ασθενών, οι δαπάνες και οι αναδυόμενες μορφές ιατρικής περίθαλψης. Από την άλλη πλευρά, η προσφορά επηρεάζεται από μια σειρά ζητημάτων εργατικού δυναμικού και την υποδομή, τις πολιτικές και τις διαδικασίες. Ωστόσο, οι χρόνοι αναμονής δεν αποτελούν αποκλειστικά ζήτημα εφοδιασμού. Υπάρχουν πολλές χώρες με υψηλά επίπεδα δαπανών, επαρκές εργατικό δυναμικό και υποδομές που εξακολουθούν να έχουν μεγάλες περιόδους αναμονής εξαιτίας ανεπαρκειών.

Το άρθρο 25 της Διακήρυξης των Ηνωμένων Εθνών για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα ορίζει ότι "ο καθένας έχει το δικαίωμα σε ιατρική περίθαλψη ... και το δικαίωμα της ασφάλειας σε περίπτωση ... ασθενείας και αναπηρίας ..." Καθώς οι χάρτες αναπτύχθηκαν περαιτέρω για να το διατυπώσουν, συνιστούν τα κράτη μέλη να παρέχουν «δίκαιη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη κατάλληλης ποιότητας». Η δίκαιη πρόσβαση είναι να εξασφαλιστεί ότι κανείς δεν θα αρνηθεί την πρόσβαση. Είναι επίσης θέμα κλίμακας και χρονισμού. Η κατάλληλη ποιότητα σημαίνει επίσης ότι οι υπηρεσίες θα παραδοθούν την κατάλληλη στιγμή. Ο χρονισμός είναι μια πτυχή της καταλληλότητας και συνδέεται στενά με την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης.[69]

Οι εγγεγραμμένοι νοσηλευτές (RNs) βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της περίθαλψης και η εμπειρογνωμοσύνη τους και η διαρκής ηγεσία έχουν κρίσιμη σημασία για τη μετατροπή του συστήματος υγείας. Οι εγγεγραμμένοι νοσηλευτές στη διαλογή των υπηρεσιών εκτάκτων αναγκών, συντονίζουν τη φροντίδα και πλοηγούν τους ασθενείς μέσω του συστήματος. μειώνουν τη διάρκεια παραμονής και επιταχύνουν την έξοδο του ασθενούς. Οι εγγεγραμμένοι νοσηλευτές σε ολόκληρη τη συνεχή φροντίδα είναι όλοι κρίσιμοι αρωγοί στην αποφυγή εισαγωγών στο νοσοκομείο, τη βελτίωση του χρόνου αναμονής και τη μείωση των ανεπαρκειών, δημιουργώντας έτσι προσβάσιμες υπηρεσίες υγείας.

CASE STUDY: **Twin Bridges Nurse Practitioner–Led Clinic**

Contributor: Valerie Winberg **Country:** Canada

The Twin Bridges Nurse Practitioner–Led Clinic in Ontario, Canada, is an interdisciplinary primary care clinic that provides people–centred care to 3,200 patients. Nurse Practitioner–Led Clinics (NPLC) are an innovative model for delivery of comprehensive health care, designed to improve access to care for thousands of individuals and families who currently do not have a primary healthcare provider.

Ontario has struggled with a shortage of primary care providers for over 10 years with many regions being severely underserviced. The shortage has led to communities with large numbers of "unattached" or "orphaned" patients (i.e. with no primary provider) whose only access to care was local emergency departments. Th s has caused overcrowding in emergency departments and long wait times. Furthermore, lack of access to preventative care and regular monitoring and maintenance of chronic disease conditions results in even greater hospital utilization.

These nurse–led clinics provide services to people throughout the lifespan. Services include periodic health exams, episodic illness care, immunisations, injury prevention, advanced wound assessment and management of chronic diseases. It also includes individual and group programmes aimed at physical and mental wellness such as mindfulness, meditation, anxiety management, physical fitness through exercise and yoga, tobacco use cessation, healthy eating and food preparation skills. The clinic also has a collaborative partnership with the Aamjiwnaang First Nation to provide primary care services to individuals of this First Nations community.

As a result of this service, Twin Bridges has provided a new access point for patients into health care and received very high patient satisfaction scores on survey responses. The project has greatly reduced the number of unattached patients across the province of Ontario and provided access to comprehensive services in one location. It has also enabled the services to remain highly affordable and empowered the patients so that they feel heard and can openly interact with staff. Twin Bridges has implemented a shared care model between Nurse Practitioners which enables access to same day appointments and ensures that all patients have a primary provider and has enabled improved shared care experience to assist in the care of complex patients.

The model of care at Twin Bridges is exceptionally innovative within its context. A truly unique aspect of the model is the incorporation of nursing leadership within an interprofessional team. With Nurse Practitioners partnering with individuals and communities to improve health and wellbeing, patients are at the centre of the service and are fully engaged in the services provided by team based carers. The success of the clinic has led the Ministry of Health and Long–term Care to fund an additional 25 clinics across the province of Ontario.

CASE STUDY: Outcome Health: providing emergency mental health services

Contributor: Kate Cogan **Country:** Australia

Outcome Health, in the state of Victoria, Australia is a team of senior Credentialed Mental Health Nurses (CMHNs) who work alongside the emergency call centre staff providing specialised mental health support.

Ambulance Victoria provides emergency response to medical emergencies and life–threatening illness and provides transport to emergency departments across the state, which has a population of approximately 5.8 million people.

Approximately 25% of the calls received for emergency help are related to mental health. While the call centre staff have some mental health training, they lack the complex mental health skills required to confidently determine which calls represent an emergency. Outcome Health fills the need for specialised mental health support within emergency services to ensure appropriate support is delivered to where it is most needed in the community.

The CMHNs triage mental health callers to either upgrade or downgrade the dispatch of an emergency vehicle allowing the most appropriate services to be allocated. They keep the caller on the line until an emergency vehicle arrives and provide de–escalation and crisis management. Developing an alternative course of action with the caller keeps callers with severe mental health emergencies safe until emergency support arrives. It also reduces the number of emergency vehicles dispatched to non–emergency situations.

During telephone assessment, risk assessment is paramount. This complex task is done quickly and decisions are negotiated with the caller. Through the engagement of the caller, the CMHN will consider risk to attending emergency service crews and are able to disarm callers who are threatening to use weapons. This information is transferred live to other services to ensure their safety when entering a scene. Through interaction with the CMHNs, callers and their families learn how and when to seek appropriate mental health help. Whilst the urgency of cases may not change, this role has enabled families and significant others to support and assist their loved ones. The CMHNs also provide support to ambulance clinicians and call centre staff.

The success of the programme has led to an expansion of the service to provide community–based emergency appointments by established providers to develop ongoing care plans and support. This important service ensures the appropriate level of emergency care is delivered where it is most needed during critical life–threatening events, saving time and money. The service is the first of its kind around the globe.

IN A STUDY CONDUCTED IN 2016:[41]

56% of respondents in France WERE ABLE TO SEE A DOCTOR OR NURSE on the same or next day, last time they needed medical care.

50% of respondents in Canada visiting an emergency room WAITED MORE THAN TWO HOURS FOR CARE.

64% of respondents in Germany requiring medical care FOUND IT DIFFICULT TO OBTAIN AFTER HOURS CARE.

IN A STUDY OF HEALTH SYSTEM PERFORMANCE:[71]

50% of respondents in Sweden stated that their specialists told them about TREATMENT CHOICES AND INVOLVED THEM IN DECISIONS ABOUT THEIR CARE.

5% of respondents in France HAD A WRITTEN PLAN DESCRIBING TREATMENT THEY WANT AT THE END OF LIFE (adults aged >65 years

ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ:

Ανθρωποκεντρική Φροντίδα

Ο πελάτης (ασθενής), όχι ο νοσηλευτής είναι ο υπεύθυνος για τη λήψη αποφάσεων, ο ρόλος των νοσηλευτών είναι η υποστήριξη των ατόμων και των οικογενειών στην επιλογή των ευθυνών για την αλλαγή της διαδικασίας παροχής φροντίδας."

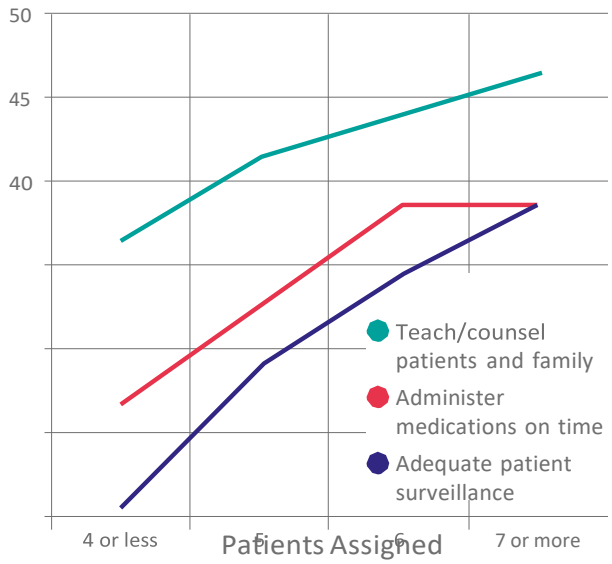
–Rose Marie Risso Parse (Nursing Theorist)[69]

Το 2015, διεξήχθη συστηματική ανασκόπηση σχετικά με τη χαμένη νοσηλευτική φροντίδα. Από τις 42 μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στον τομέα αυτό, το 55-98% των νοσηλευτών ανέφερε ότι αγνοούσαν ένα ή περισσότερα είδη φροντίδας κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης. Οι δραστηριότητες που έλειπαν συχνότερα ήταν εκείνες που σχετίζονταν με συναισθηματικές και ψυχολογικές ανάγκες και όχι με εκείνες που σχετίζονταν με φυσιολογικές ανάγκες. Η συνηθέστερη αιτία της χαμένης εργασίας σχετίζεται με μεγάλο φόρτο εργασίας και ανεπαρκή νοσηλευτικό αριθμό.

Αναφορικά με αυτές τις μελέτες, είναι δύσκολο να δούμε πώς αυτές οι υπηρεσίες υγείας μπορούν να προσφέρουν μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην παροχή φροντίδας, όπου υπάρχει η ικανότητα να εμπλέκονται και να συμμετέχουν στις λήψης αποφάσεων και στις αποφάσεις για τη φροντίδα. Υπάρχει ο κίνδυνος ότι, με το σχετικό υψηλό φόρτο εργασίας, η νοσηλευτική κινείται προς μια προσέγγιση με βάση το πρότυπο της περίθαλψης και όχι μια προσέγγιση που βασίζεται στον άνθρωπο. Η περίθαλψη με βάση τα μοτίβα αφορά την ολοκλήρωση πολλών καθηκόντων μέσα σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, με κίνδυνο να έχουν αυτά τα καθήκοντα να έχουν πάρει από τα προηγούμενα και να ανταποκρίνονται στις ολιστικές ανάγκες του πελάτη. Καθώς μπαίνουμε στη ρουτίνα ή βυθιζόμαστε σε ένα συνωστισμένο χώρο εργασίας, χάνουμε την συνειδητοποίηση του ατόμου στο σύνολό του και χάνουμε τη μοναδικότητά του. Όταν συμβεί αυτό, κινδυνεύουμε να χάσουμε την ικανότητα και τα κίνητρα του ατόμου να εμπλακούμε στη ροντίδα του και να δεσμευτούμε για την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Όπως ο Levesque και οι συνεργάτες του δηλώνουν, "Η πρόσβαση στη βέλτιστη περίθαλψη απαιτεί τελικά το άτομο να ασχοληθεί πλήρως και αυτό θεωρείται ότι αλληλεπιδρά με τη φύση της υπηρεσίας που πραγματικά προσφέρεται και παρέχεται". Η σημασία της συμμετοχής στην περίθαλψη βασίζεται σε στοιχεία. Είναι επίσης ένα διεθνές ανθρώπινο δικαίωμα. Στο άρθρο 12 του Διεθνούς Συμφώνου για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτικά Δικαιώματα, τα άτομα που χρειάζονται φροντίδα έχουν δικαιώματα στην ελεύθερη, ενημερωμένη, ενεργό και ουσιαστική συμμετοχή στις αποφάσεις που επηρεάζουν τη ζωή τους. Το δικαίωμα συμμετοχής επεκτείνεται περαιτέρω από τη λήψη φροντίδας, περιλαμβάνει επίσης την οργάνωση και την εφαρμογή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.[71]

Σχήμα 7: Αναφορά «χαμένης» φροντίδας εξαιτίας του φόρτου εργασίας κατά την τελευταία βάρδια, RN4 CAST 2017[72]



CASE STUDY: **Community–based Care Transitions Programme**

Contributor: Jennifer Drago, Executive Vice President of Population Health for Sun Health
Country: United States of America

Sun Health, a long–standing non–profit organisation in Arizona, USA, has developed a customised care delivery model to better serve elderly patients within their community. The health service provider considers the social determinants of health, such as medication affordability, transportation, health literacy and social isolation and links the appropriate resources to patients.[72]

One of the main resources is the provision of nurse 'transition coaches.' This means that when a patient is discharged from hospital, they are visited by a registered nurse (RN), who assesses the situation, provides education to the client, assesses medication and conducts a patient assessment, including an evaluation of the patient's risk for depression or falls.[74]

The RN also provides advice to the client on how to answer questions related to their health and improve their understanding and management of their condition. If the RN encounters that the nature of the client's condition has changed, they are able to undertake telemedicine consultations with the appropriate health care professional.[74]

In the United States of America, the Centre for Medicare and Medicaid Services found that approximately one in five patients (17.8%) discharged from hospital are readmitted within the first 30 days following initial admission.[73] These readmissions are often preventable and are often due to a lack of understanding or awareness about their condition and its symptoms, confusion over medications and how to take them; uncertainty about which health care provider to see when symptoms occur, and/or not following up with the primary care clinician within an appropriate timeframe.

As a result of this initiative, 99% of patients in the programme stated that they would recommend the service to others. The readmission rate has more than halved falling from 17.8% to 7.8%.[74]

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ:

ΕΠΕΝΔΥΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

«Η οικονομική ανάπτυξη χωρίς επένδυση στην ανθρώπινη ανάπτυξη είναι ανήθικη και μη βιώσιμη»

–Amartya Sen[33]

Μια κοινή ιστορία στην πολιτική είναι μια συζήτηση για την ανακατανομή των πόρων κατά τη διάρκεια σύνταξης του προϋπολογισμού: ο Υπουργός Γεωργίας θα μπορούσε να πει: "Αν αγοράσουμε αυτό το πολύ λίπασμα και φυτέψουμε αυτή την πολύ έκταση, μπορούμε να παράγουμε αυτό το πολύ και εάν η τιμή στην παγκόσμια αγορά είναι αυτό το εισόδημα θα είναι τόσο μεγάλο." Ο Υπουργός Μεταφορών μπορεί να απαντήσει: «Αλλά δεν μπορούμε να φέρουμε τα προϊόντα μας στο λιμάνι γιατί οι δρόμοι βρίσκονται σε τρομερή κατάσταση και αν επενδύσουμε σε δρόμους τα κέρδη των εξαγωγών μας θα αυξηθούν "Ο υπουργός Υγείας θα μιλήσει και θα πει," Η υγεία είναι ένα ανθρώπινο δικαίωμα ". Ο Sir George Alleynec, πρώην ειδικός απεσταλμένος του ΟΗΕ για το HIV / AIDS στην Καραϊβική, το αναφέρει ως μια πραγματική ιστορία μιας συνομιλίας με υπουργός υπουργικού συμβουλίου. Τονίζει το σημείο ότι οι Υπουργοί Υγείας αδυνατούν να πείσουν τους άλλους υπουργούς ότι η υγεία είναι μια καλή επένδυση και κατά συνέπεια, αδυνατούν να εκτιμήσουν την αδιαχώριστη φύση της υγείας ως ανθρώπινο δικαίωμα με την υγεία ως τη ραχοκοκαλιά της οικονομίας - χωρίς υγεία, δεν υπάρχει εργασία, δεν παράγεται πλούτος.

Οι επενδύσεις στην υγεία έχουν θεωρηθεί σε πολλές χώρες ως επιβάρυνση του κόστους των πόρων της χώρας. Ως εκ τούτου, έχει επικεντρωθεί συχνά ο οικονομικός περιορισμός στον τομέα της υγείας και η εστίαση στην αποδοτικότητα. Αυτό συμβαίνει παρά την υψηλή αξία που αποδίδουν οι άνθρωποι στην υγεία. Σε ένα εκτεταμένο παγκόσμιο νοσοκομείο, οι άνθρωποι εκτιμούσαν την υγεία ως προτεραιότητα νούμερο ένα. Εκτίμησαν το γεγονός αυτό περισσότερο από μια ευτυχισμένη οικογενειακή ζωή ή την απασχόληση ή ακόμα και την ειρήνη.

Η σχέση μεταξύ της υγείας του πληθυσμού και της οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας είναι φτωχά αποτυπωμένη. Η επένδυση στην υγεία σώζει ζωές, αποτρέπει τις ασθένειες, θεραπεύει, επιδιορθώνει και αποκαθιστά. Αποτελεί επομένως μια επένδυση στην ευρύτερη οικονομία. Η κακή υγεία υποβαθμίζει την παραγωγικότητα, εμποδίζει τις προοπτικές απασχόλησης και επηρεάζει αρνητικά την ανθρώπινη ανάπτυξη[76]. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί ως εκ τούτου να θεωρηθεί ως θετικός συντελεστής στην οικονομία μέσω ενός υγιούς εργατικού δυναμικού, του αυξημένου ΑΕΠ, της καινοτομίας και των εξαγωγών.

[c]Sir George Alleyne served as the United Nations Secretary–Generals Special Envoy for HIV/AIDS in the Caribbean region from 2003-2010.

[d]Gallup International Millennium Survey, www.gallup-international.com/. At the turn of the millennium, 50,000 people in 60 countries were asked to rate "the most important things in life." "Good health" topped the list for 44% of the respondents, followed by "happy family life" (38%), "employment" (27%), and "live in a country without war" (17%).

Έχουν διεξαχθεί πολυάριθμες μελέτες σε αυτόν τον τομέα και αποδεικνύεται ότι η υγεία επηρεάζει θετικά την οικονομία. Για παράδειγμα, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής από 50 σε 70 χρόνια αυξάνει τον ρυθμό οικονομικής ανάπτυξης κατά 1,4% ετησίως. Η μείωση της ελονοσίας κατά 10% συνδέεται με μια ετήσια αύξηση της τάξης του 0,3%.[76] Αυτά τα ισχυρά επιχειρήματα καταδεικνύουν ότι η επένδυση στην υγεία μπορεί να ικανοποιήσει τους λαούς, αυξάνοντας τις προσδοκίες από το σύστημα υγείας και τις κυβερνήσεις, να μειώσει τις ανισότητες στην πρόσβαση και να βελτιώσει ή να διατηρήσει τις οικονομικές τους επιδόσεις.

Για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και τους δημόσιους ανώτερους υπαλλήλους υπάρχουν δύσκολες αποφάσεις όσον αφορά την επένδυση στην υγεία. Οι αποφάσεις που λαμβάνουν χώρα εντός της σφαίρας της υγείας δεν πραγματοποιούνται ποτέ μεμονωμένα.

Έχουν πεπερασμένους προϋπολογισμούς και βαθύ αντίκτυπο στους ενδιαφερόμενους και τις πολιτικές σε άλλους τομείς και, ως εκ τούτου, πάντα αμφισβητούνται. Η πρόκληση γίνεται η εναρμόνιση των υγειονομικών και οικονομικών πολιτικών για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας, ελαχιστοποιώντας ταυτόχρονα τις αρνητικές συνέπειες για τους άλλους[77]

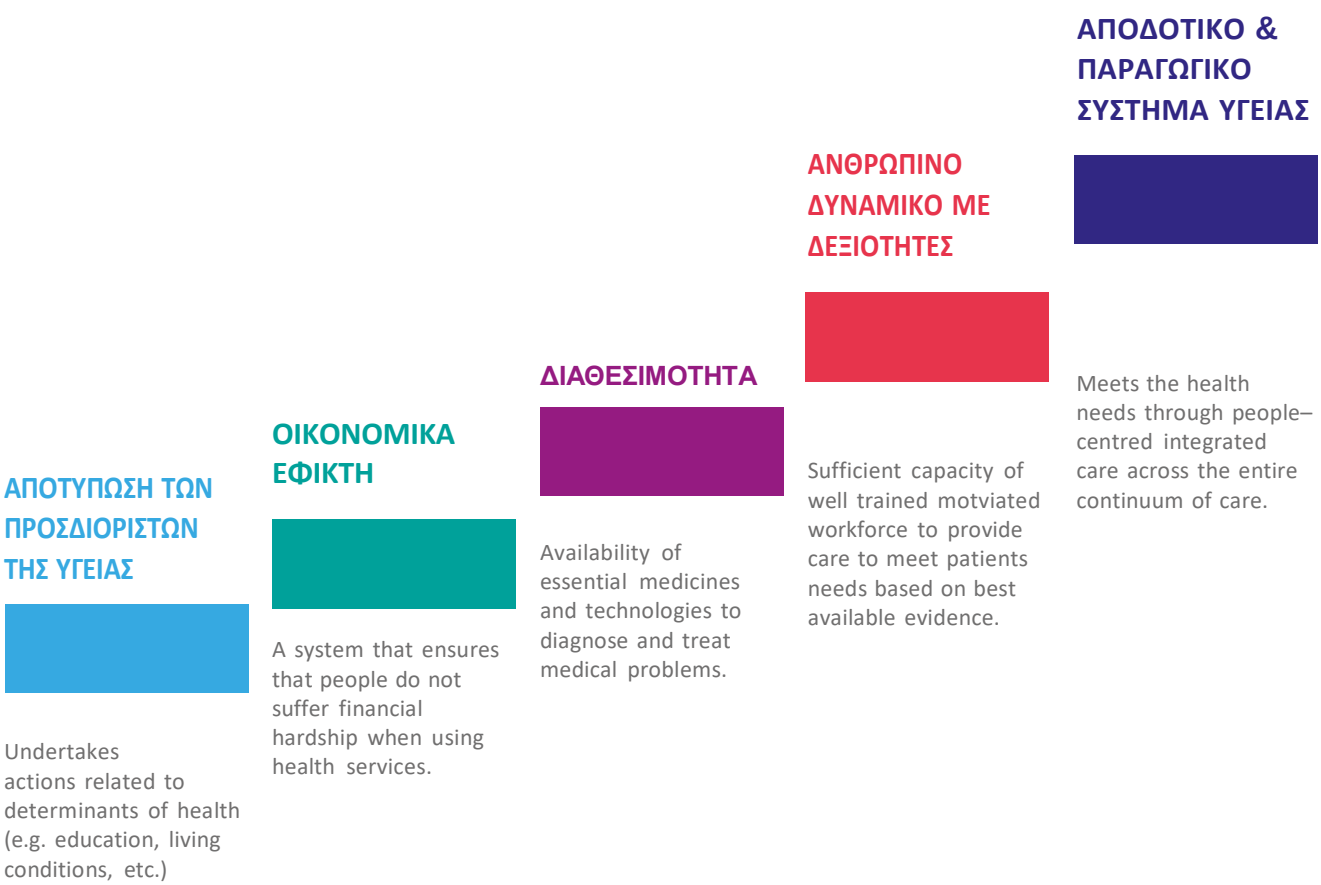
Η υγεία και η ευεξία των ανθρώπων πρέπει να αποτελούν την κεντρική διάσταση όλων των πολιτικών, διότι η υγεία του πληθυσμού αποτελεί το θεμέλιο όλων των άλλων τομέων της οικονομίας.

Το επόμενο τμήμα επικεντρώνεται σε τρεις κατευθύνσεις πολιτικής που επιτρέπουν την υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα, βελτιώνουν την πρόσβαση στην περίθαλψη και αποτελούν οικονομικές επενδύσεις. Αυτά είναι: Η καθολική κάλυψη υγείας. Η ανθρωποκεντρική φροντίδα. και ανθρώπινο δυναμικό για την υγεία.

Σχήμα 8: Στοιχεία δαπανών υγείας[44]

Total expenditure for health for 2011:	US$6.9 TRILLION
Average amount spent per person on health in countries belonging to the Organisation for Economic Co–operation and Development (OECD):	US$4,584
Percentage of the world's population living in the OECD countries:	18%
WHO estimate of minimum spending per person per year needed to provide basic, life–saving services[1]:	US$44
Number of WHO Member States where health spending–including spending by government, households and the private sector and funds provided by external donors–is lower than US$44 per person per year:	26
Number of WHO Member States where health spending is lower than US$20 per person per year:	6
Percentage of funds spent on health in the WHO African Region that has been provided by donors:	9.4%

Σχήμα 9: Απαραίτητοι παράγοντες για την επίτευξη της Καθολικής Υγείας[7,82]



Παγκόσμια Κάλυψη Υγείας- Universal Health Coverage (UHC)

Αντιμετωπίζουμε πολλούς φόβους όταν είμαστε άρρωστοι. Αυτοί μπορεί να εμφανίζονται με τη μορφή αβεβαιότητας και φόβου για το μέλλον, φόβου για την αναπηρία, τον πόνο ή την απομόνωση, τις παρενέργειες των θεραπειών, τις παρενέργειες και επιπλοκές των θεραπειών, την πολυπλοκότητα αναζητησης υπηρεσιών στο σύστημα υγείας, την αδυναμία ή ανικανότητα να εργαστεί και να φέρει τους πόρους που απαιτούνται για την καθημερινή ζωή. Επιπλέον, η υγειονομική περίθαλψη σε πολλά μέρη του κόσμου γίνεται όλο και πιο δαπανηρή, πράγμα που σημαίνει ότι μεγάλο ποσοστό ανθρώπων αμφισβητεί εάν θα είναι σε θέση να αντέξει οικονομικά τη θεραπεία όταν αντιμετωπίζει μια διάγνωση μιας σημαντικής ασθένειας.

Όταν εφαρμοστεί κατάλληλα, η UHC εξασφαλίζει ότι κάθε πολίτης έχει πρόσβαση στην περίθαλψη ανεξάρτητα από την ικανότητά του να πληρώνει. Η UHC εφαρμόστηκε με επιτυχία σε κάποιο βαθμό σε 60 από τις 195 χώρες του πλανήτη, αλλά ο ΠΟΥ και η Παγκόσμια Τράπεζα εκτιμούν ότι 400 εκατομμύρια δεν έχουν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας και το 40% του παγκόσμιου πληθυσμού ζει χωρίς κάλυψη υγείας. Ωστόσο, η UHC ενσωματώθηκε ως υπο-στόχος στο πλαίσιο των Στόχων Αειφόρου Ανάπτυξης, πράγμα που σημαίνει ότι όλες οι χώρες-μέλη του ΟΗΕ θα επιδιώξουν την εφαρμογή του μέχρι το 2030.

Αυτός είναι ένας φιλόδοξος στόχος, αλλά η επίτευξη του θα έχει θεμελιώδη επίδραση στην παγκόσμια υγεία και ευημερία. Η πρόσβαση στη UHC δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να είναι πιο παραγωγικοί στην οικογένεια και την κοινότητα και να μην αντιμετωπίζουν τη φτώχια για να καλύψουν το κόστος υγείας. Σημαίνει ότι τα παιδιά θα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να λάβουν εκπαίδευση και ότι θα προστατεύονται οι ευάλωτοι πληθυσμοί από την περαιτέρω πτώση στην ακραία φτώχεια.

Η UHC είναι μια πολιτική που οι χώρες μπορούν να χρησιμοποιήσουν για την επίτευξη της υγείας ως ανθρώπινου δικαιώματος. Αυτό επιτυγχάνεται με πολλούς τρόπους, όπως:

- • Βελτιώνει την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας για όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτως κοινωνικού προφίλ
- • Προωθεί ολοκληρωμένες ολιστικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, σε αντίθεση με θεραπείες γύρω από τη νόσο ή στοχευμένες υπηρεσίες φροντίδας.
- Καταργεί τις διακρίσεις που προκαλούνται από το κόστος ή τις οικονομικές δυσκολίες
- Δίνει προτεραιότητα στις υπηρεσίες για τους πιο ευάλωτους.[12]

Ενώ η UHC πληροί ορισμένα κριτήρια για το δικαίωμα στην υγεία, είναι επίσης μια καλή επένδυση. Πραγματοποιήθηκε μια οικονομική και ποιοτική ανάλυση της θέσπισης ενός καθεστώτος Εθνικής Ασφάλισης Υγείας στις Μπαχάμες.[79]

Η ανάλυση έδειξε ότι εκτός από οποιαδήποτε προσθήκη στα οφέλη για την υγεία και την ευημερία, «η πολιτική ήταν μια επένδυση στην οικονομία της χώρας, ικανή να παράγει πολλές φορές το κόστος της πέρα από την οικονομική ανάπτυξη».[79]

Η έκθεση ανέφερε ότι η οικονομία στις Μπαχάμες είναι πιθανό να είναι περίπου 3,7% μεγαλύτερη λόγω αυτής της πρωτοβουλίας (350 εκατ. δολάρια. Αυτό εκτιμάται ότι θα αυξηθεί σε περίπου 5% μέχρι το 2040 προσθέτοντας επιπλέον 500 εκατομμύρια δολάρια στην οικονομία.

Η παραπάνω ανάλυση είναι σύμφωνη με τα αποτελέσματα άλλων μελετών όπως αυτή που διεξήχθη από την Επιτροπή Lancet.[80]Η μελέτη Lancet διαπίστωσε ότι το 11% της οικονομικής ανάπτυξης στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος μεταξύ 2000-2011 οφείλεται στη μειωμένη θνησιμότητα. Σε συσχέτιση με το εθνικό εισόδημα και τους δείκτες ευημερίας, η οικονομική ανάπτυξη ήταν 24%, γεγονός που υποδηλώνει ότι η απόδοση της δαπάνης για την υγεία είναι μεγαλύτερη από 20 χρόνια. Το γενικό συμπέρασμα από την έκθεση αυτή ήταν ότι "υπάρχει τεράστια αποπληρωμή από την επένδυση στην υγεία.» Με μια πρωτοφανή κίνηση 257 οικονομολόγοι[81] σε όλο τον κόσμο έδειξαν την υποστήριξή τους προς την UHC υποστηρίζοντας τα λόγια της Amartya Sen ότι η UHC είναι ένα «προσιτό όνειρο». Οι οικονομολόγοι πιστεύουν ότι υπάρχουν επαρκείς πόροι για την παγκόσμια εφαρμογή της UHC και ότι υπάρχουν πολλά πλεονεκτήματα που απορρέουν από το στόχο αυτό, συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης της ζωής και των μέσων διαβίωσης και την εξάλειψη της φτώχειας. Σε περιόδους κρίσης, η UHC μετριάζει τις επιπτώσεις στις κοινότητες, Ενώ σε περιόδους ηρεμίας, ενισχύει τις συνεκτικές κοινωνίες και τις παραγωγικές οικονομίες.

Συνοπτικά, οι οικονομολόγοι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα οικονομικά οφέλη των επενδύσεων είναι σχεδόν 10 φορές μεγαλύτερα από το κόστος.

Αυτά τα παραδείγματα δείχνουν ότι υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ επενδύσεων στην υγεία και στην οικονομική ανάπτυξη. Οι υγιείς πολίτες είναι σε θέση να επιτύχουν την εκπαίδευση και τις δεξιότητες που χρειάζονται για να ευημερήσουν σε μια παγκόσμια οικονομία. Η υγεία βελτιώνει τον πλούτο και στη συνέχεια βελτιώνει τις συνθήκες της κοινωνίας στην οποία ζουν οι άνθρωποι. Η Universal Health Coverage είναι μια επένδυση.

> Ήρθε η ώρα για τον τομέα της υγεία να εκμεταλλευτεί τη συλλογική ικανότητά του και να οικοδομήσει γύρω από του πολίτες μας ένα προστευτικό τείχος μέσω της UHC - κάθε CEO, ασφαλιστής, καθηγητής, γιατρός, νοσηλευτής, ασθενής και πολίτης που ζει σε αυτή τη χώρα πρέπει να σκεφτεί τι μπορεί να κάνει για να συμβάλει θετικά, αυξάνοντας τα επίπεδα εμπλοκής του και τοποθετώντας το δικό του λιθαράκι σε αυτό τον τοίχο».
> –Dr Anuschka Coovadia[78]

ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΘΟΛΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΥΓΕΙΑΣ[82]

Universal Health Coverage means people having access to quality health care without suffering financial hardship.

It includes health services across the entire continuum of care including promotion, prevention, treatment, rehabilitation and palliative care.

It does not mean free coverage for all possible health interventions regardless of cost.

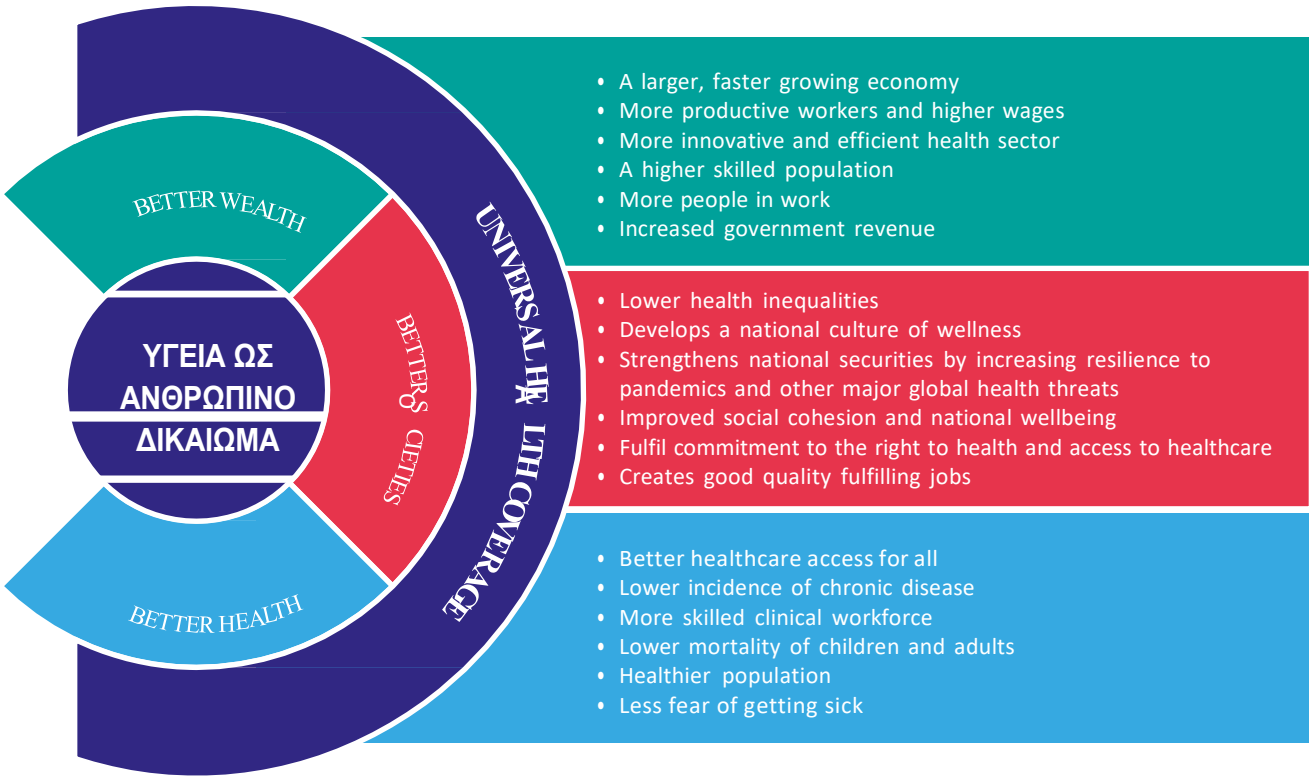
It is not just about ensuring a minimum package of health services, but a progressive expansion of health care and fi ancial protection.

It includes both individual treatment and population based services.

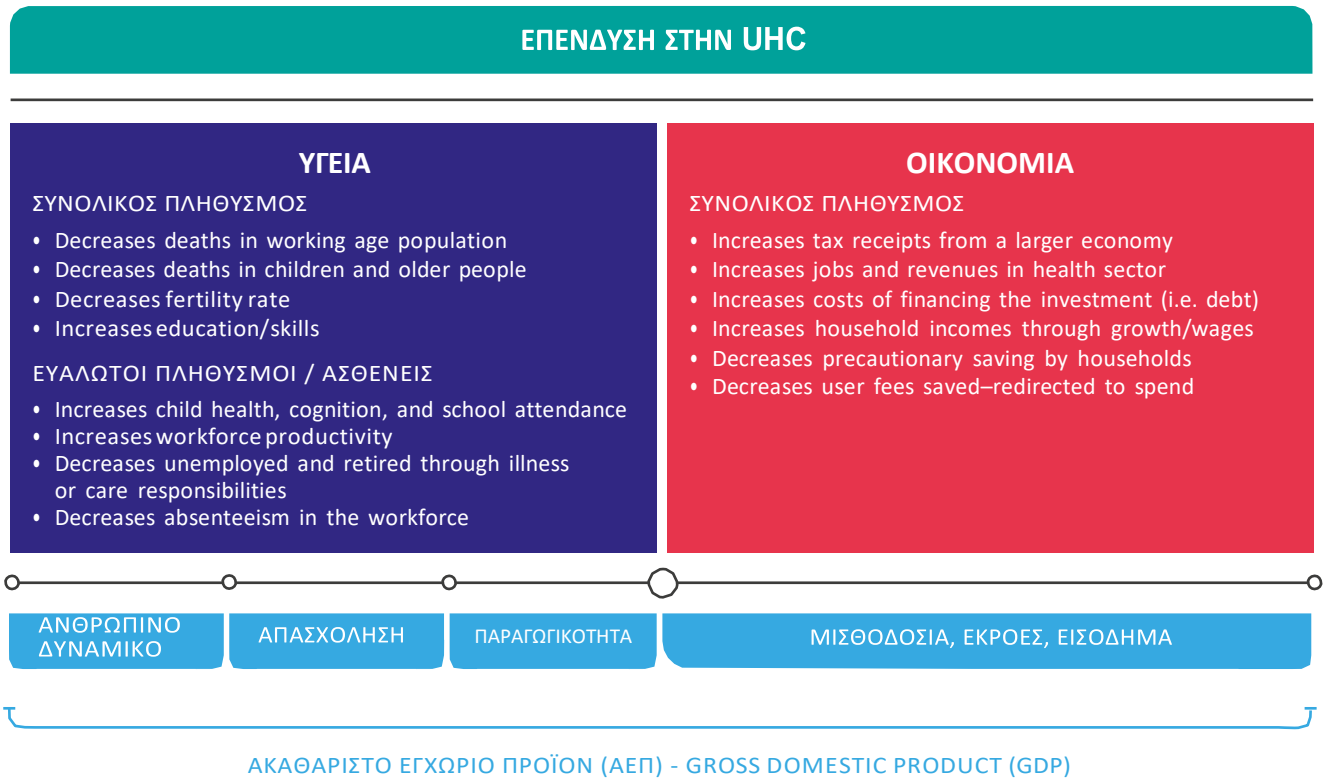
Universal Health Coverage includes addressing the determinants of health by improving equity, social inclusion and cohesion.

[e]The Bahamas has implemented the primary care phase of the national Health Insurance Scheme. A comprehensive health system will be developed in later stages.

Σχήμα 10: Τα πλονεκτήματα της Καθολικής Κάλυψης Υγείας[79]



Σχήμα 11: Αναλυτικό πλαίσιο για τις οικονομικές επιπτώσεις των επενδύσεων της UHC (προσαρμοσμένο από την KPMG)[83]



« Φροντίζεις μια ασθένεια: Κερδίζεις ή Χάνεις.
Φροντίζεις έναν άνθρωπο,
στο εγγυώμαι... κερδίζεις,
ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα.»
- Patch Adams

Ανθρωποκεντρική Φροντίδα

Η φροντίδα με επίκεντρο τον άνθρωπο έχει γίνει η νέα λέξη πολλών υπηρεσιών υγείας. Αλλά όπως επισημαίνουν πολλές μελέτες, είμαστε τόσο μακριά από αυτό. Πολλοί κλινικοί ιατροί ισχυρίζονται ότι βάζουν σε προτεραιότητα τους ασθενείς, αλλά στην πράξη, οι επαγγελματικές και οργανωτικές ανάγκες είναι οι πρώτες. Επιπλέον, συχνά όταν αναλύεται η απόδοση των συστημάτων υγείας, η εστίαση τείνει να είναι σε απτούς, εύκολα μετρήσιμους δείκτες, όπως τα χρήματα που ξοδεύονται στα κρεβάτια και στο προσωπικό παρά στα αποτελέσματα και τις εμπειρίες των ατόμων που λαμβάνουν φροντίδα.

Γιατί συμβαίνει αυτό και γιατί αυτό είναι τόσο διαδεδομένο στα συστήματα υγείας; Δεν οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχει έλλειψη έρευνας και αποδεικτικών στοιχείων. Πραγματοποιήθηκαν πάνω από 750 συστηματικές έρευνες (στα αγγλικά) στον τομέα αυτό μεταξύ του 1998 και του 2013. Στο πλαίσιο αυτής της έρευνας, υπάρχουν συνεκτικά θέματα ως προς το τι οι ασθενείς θεωρούν καλή φροντίδα. Αυτό περιλαμβάνει: καλές πληροφορίες και επικοινωνία από επαγγελματίες υγείας, συμμετοχή σε αποφάσεις που σέβονται την προτίμηση του ασθενή, συναισθηματική υποστήριξη και ενσυναίσθηση, τη συνέχιση και τον συντονισμό της περίθαλψης.[84]

Ένα πιο λογικό συμπέρασμα ως προς το γιατί η φροντίδα με επίκεντρο τον άνθρωπο ασκείται ρητορικά παρά στην πραγματικότητα είναι η κυριαρχία του ιατρικού μοντέλου θεραπείας που επικεντρώνεται στη διαδικασία της νόσου που μετά βίας παλεύει να δει το άτομο ως σύνολο.

Αυτό συχνά ενισχύεται από τα μοντέλα χρηματοδότησης και τους ελέγχους κόστους, όπου δίδεται μεγαλύτερη προτεραιότητα στις συναλλαγές παρά στην οικοδόμηση σχέσεων και στην παρακολούθηση των ολιστικών αναγκών του ατόμου. Ο ειδικός εισηγητής του ΟΗΕ κατέληξε σε αυτό το συμπέρασμα στην έκθεσή του προς την Επιτροπή Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων των Ηνωμένων Εθνών. Στην πραγματικότητα, πίστευε ότι το βιοϊατρικό μοντέλο περίθαλψης ήταν τόσο επιζήμιο με αποτέλεσμα τα δικαιώματα και οι ελευθερίες εκείνων με ψυχικές ασθένειες να τους αφαιρεθούν.

Υπάρχει ένας διαφορετικός και καλύτερος τρόπος. είναι πιο πιθανό να βελτιωθεί η εμπειρία των ασθενών, να προωθηθεί η δημόσια υγεία και να μειωθούν οι ανισότητες στον τομέα της υγείας · έναν τρόπο που βελτιώνει την επιτυχία των παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας και μειώνει την απώλεια πεπερασμένων πόρων. Δεν απαιτεί δαπανηρή καινοτομία. Πρόκειται για μια επιστροφή στα βασικά στοιχεία και στα αποδεικτικά στοιχεία που θέτουν τους ανθρώπους στην καρδιά της υγειονομικής περίθαλψης. Πρόκειται για νοσηλευτές που είναι αληθινοί σε αυτό που βρίσκεται στο επίκεντρο του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Η ανθρωποκεντρική φροντίδα κατοχυρώνεται στα ανθρώπινα δικαιώματα. Υποστηρίζει την αξιοπρέπεια, τη μη διάκριση, τη συμμετοχή, την ενδυνάμωση, την πρόσβαση, την ισότητα και την ισότητα των εταίρων. Όχι μόνο οι αρχές αυτές περιγράφονται στο διεθνές δίκαιο, είναι επίσης στο επίκεντρο του τρόπου με τον οποίο θα θέλαμε να αντιμετωπίσουμε τους εαυτούς μας και τις οικογένειές μας.

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

Σχήμα 12: Βασικές επενδύσεις που απαιτούνται για την οικοδόμηση μιας ανθρωποκεντρικής προσέγγισης της υγειονομικής περίθαλψης (προσαρμοσμένη στο Πλαίσιο Πολιτικής για την Υγεία)[85]

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΕΠΕΝΔΥΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΕΣ

- Increasing health literacy
- Developing strategies to support meaningful participation in decision making
- Supporting capacity to improve self–management
- Increased capacity within the community to improve participation in health service planning

ΕΠΕΝΔΥΣΗ ΣΕ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ

- Creating supportive environments for people needing care
- Supporting integrated and effective care
- Strengthening and promoting multidisciplinary teams
- Strengthening the partnership approach to care amongst the patient, family and carers
- Setting standards of care for quality and ethical services

ΕΠΕΝΔΥΣΗ ΣΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

- Increase capacity and capability for the workforce to practice people–centred care
- Support commitment to quality, safe and ethical services

ΕΠΕΝΔΥΣΗ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

- Developing financial incentives that enable positive health provider behaviour
- Implementation of appropriate technology to support business
- Improving monitoring and reporting of health care quality, outcomes and patient experience
- Strengthening professional standards for practice and monitoring their implementation
- Establishing standards for the utilisation and protection of patient information

Καθώς τα συστήματα υγείας αγωνίζονται να αντιμετωπίσουν τη ζήτηση και να μειώσουν το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχει ο κίνδυνος οι επενδύσεις να απομακρύνονται από την ανθρωποκεντρική περίθαλψη και ότι θα επικεντρωθούν σε ένα πατερναλιστικό μοντέλο, όπου οι επαγγελματίες υγείας « θα κάνουν πράγματα σε ανθρώπους». Αλλά εκτός από τα πολλά οφέλη που προσφέρει η φροντίδα που επικεντρώνεται στον άνθρωπο, υπάρχει ένα ισχυρό οικονομικό επιχείρημα γι 'αυτό. Οι έρευνες δείχνουν ότι η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή μειώνει το κόστος και συμβάλλει στη διαχείριση της ζήτησης. Συνδέεται συγκεκριμένα με:

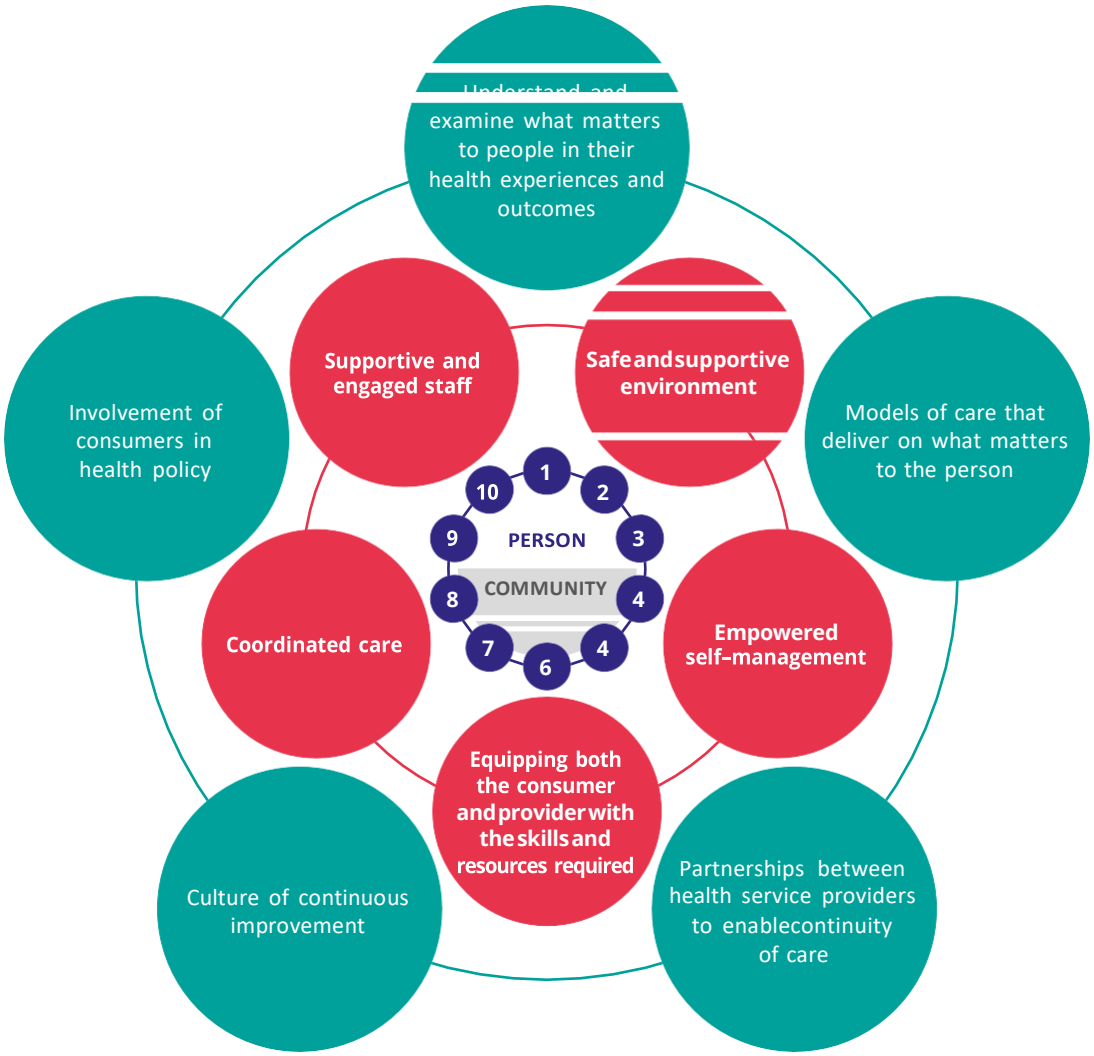
- Μειωμένη διάρκεια παραμονής[86]
- Λιγότερες επισκέψεις σε τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων και εισαγωγές[86,87]
- Μειωμένες επισκέψεις για εξειδικευμένη φροντίδα [88]
- Λιγότερες εργαστηριακές εξετάσεις και επεμβατικές διαδικασίες[87]
- Πρώιμη παρέμβαση λόγω αναγνώρισης προηγούμενων παροξυσμών της νόσου[88]
- Βελτιωμένους χρόνους έναρξης κατάλληλης θεραπείας[88]
- Αύξηση των συμπεριφορών αυτο-φροντίδας και αυτοδιαχείρισης[88]
- Σημαντική μείωση των συνολικών ιατρικών επιβαρύνσεων[87]
- Αυξημένη συμμόρφωση με τα προγράμματα θεραπείας και κατάλληλη διαχείριση των φαρμάκων[87]

Για τους στόχους μας βελτίωσης της υγείας και της ευημερίας της ατομικής φροντίδας, η ανθρωποκεντρική φροντίδα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο του τρόπου παροχής της υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχουν οφέλη για το άτομο, τους επαγγελματίες υγείας, το σύστημα υγείας και ολόκληρους πληθυσμούς. Ο χρόνος για αναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας σε αυτήν την προσέγγιση είναι τώρα.

[8]A sub–element of people–centred care.

> Ανθρωποκεντρική προσέγγιση σημαίνει την φροντίδα των ανθρώπων, των ασθενών, των οικείων τους, των φροντιστών τους και άλλων με συμπόνοια, αξιοπρέπεια και σεβασμό. Σημαίνει την συμμετοχή τους στην λήψη αποφάσεων για την υγεία και την φροντίδα που θα λάβουν. Σημαίνει να κάνεις πράγματα «με τους» ανθρώπους και όχι «σε αυτούς». Σημαινει την εμπλοκή τους στο σχεδιασμός του συστήματος και την πολιτική υγείας. Για να κατασκευάσουμε τα συστήματα υγείας του μέλλοντος, πρέπει να αλλάξουμε τον τρόπο με τον οποίο προσφέρουμε φροντίδα και πως αξιολογούμε τα συστήματα υγείας σήμερα."
>
> –Angel Gurría,
>
> OECD Secretary - General[89]

Σχήμα 13: Η αναδιάρθρωση που απαιτείται στο πλαίσιο του συστήματος υγείας ώστε να επικεντρωθεί στην ανθρωποκεντρική φροντίδα[80]



1. Individualised approach to care
2. Seeing people as vital contributors to their health
3. Recognition of the health needs of people seeking care
4. Transparency of approach
5. Enabling access to quality information
6. Getting to know the person and recognising individuality
7. Respect for patients and their decisions
8. Sharing power and responsibility
9. Inclusive of family and carers where appropriate
10. A holistic approach to care that consider physical, cultural psychosocial

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΩΦΕΛΗ

The American Nurses Association reported that for every US$1 invested in care coordination, the hospital realised an US$8 reduction in health care charges. Partnering with patients, the nursing care coordinators led a service that resulted in fewer, less critical and shorter hospital stays.[91]

A study conducted by Basu et al. in 2015[92] examined the cost effectiveness of chronic disease self–management models of care. The median cost efficiency was approximately US$50,000 per quality–adjusted–life–year.

CASE STUDY: **Innovative models for palliative care in rural India**

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

A recent pilot of a nurse–led palliative care service in India has sought to address the challenge of the provision of palliative care services to people living in rural India through a community capacity building approach. People with advanced chronic disease received home visits by a nurse who performs a supportive navigation role. Patients were seen by the nurse either weekly or biweekly with a variety of services being provided for a wide range of issues. Problems included family conflict, community isolation, financial challenges, troubling symptoms and mobility issues. The nurse navigator addressed these problems over time by bridging the gaps between health and social care.[93]

The primary interventions by nurses were education about the management of symptoms and psychosocial support for the emotional challenges of living with advanced illness. They would also assist people to comprehend the health care information and make decisions about possible treatments to manage the symptoms of the disease. The domains of supportive care provided by the nurse navigators were extremely diverse ranging from disease management; spiritual and physical care; advanced care planning; psychological support; and social support.[93]

It is estimated that 34 million people in India would benefit from palliative care, but less than 1% of these people have access to it.[94] Many people with late stage conditions have 'heavy' symptom burden and are at risk of increasing social isolation. Patients and family members are often unaware of the health and social services available to them in their community. The lack of appropriate and suitable support for palliative care has terrible consequences to people's final stages of life. Rurality also adds a layer of complexity to this challenging situation. Rural health services are often limited and inaccessible. This is mostly due to skilled workforce shortages.[93]

As a result of this service, it is believed that there is reduced emergency room usage, hospital admissions and primary care physician visits. Patient satisfaction is higher, and more people can choose to die at home. The service also meant that the nurse navigator was able to assist clients identify available benefits and cost–effective alternatives to care, thereby creating cost savings to the family.[93]

Whether implemented independently, or partnered with volunteers, a nurse–led navigation service can meet the unique needs of rural communities by enhancing support and access in the face of limited health care resources.[93]

Ένας ισχυρός νοσηλευτικός τομέας είναι απαραίτητο δομικό στοιχείο για έναν ισχυρό τομέα υγειονομικής περίθαλψης. Οι νοσηλευτές πρέπει να ενθαρρύνονται να αναλάβουν σημαντικούς ηγετικούς ρόλους στην πολιτική υγείας, τον σχεδιασμό και την παροχή φροντίδας».

–C.K. Mishra, Γ. Γραμματέας, Υπουργείο Υγείας & Οικογενειακής Ευημερίας Ινδίας

Ανθρώπινο Δυναμικό στον Τομέα της Υγείας

Σε όλο τον κόσμο, τα συστήματα υγείας βρίσκονται υπό πίεση - για να ανταποκριθούν στην ταχέως αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών, να ανταποκριθούν στις αυξανόμενες προσδοκίες των χρηστών, να μειώσουν το ρυθμό αύξησης των δαπανών και να επιδιώξουν την απόδοση. Το 2013, η αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία ήταν 2,6%. Με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής, την αύξηση του κόστους των υπηρεσιών, των θεραπειών και των τεχνολογιών, των δημογραφικών στοιχείων και των οικονομικών συνθηκών, εκτιμάται ότι η ονομαστική αύξηση των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη αυξήθηκε κατά μέσο όρο 5,3% ετησίως την περίοδο 2014-2018.[94]

Αυτοί οι παράγοντες, που περιγράφονται σε πολυάριθμες εκθέσεις, θεωρούνται ότι αποτελούν καταλυτικούς παράγοντες για να καταστεί η υγειονομική περίθαλψη απρόσιτη και μη βιώσιμη.

Πώς λοιπόν είναι εφικτό να εφαρμοστεί η UHC και η ανθρωποκεντρική φροντίδα όταν το ανθρώπινο δυναμικό, το απαραίτητο πράγμα για την επίτευξη αυτών των δύο στοιχείων, αποτελεί το μεγαλύτερο στοιχείο ενιαίου κόστους σε οποιοδήποτε σύστημα υγείας; Κατά μέσο όρο, το 60-80% των συνολικών περιοδικών δαπανών διατίθεται στους ανθρώπινους πόρους. Εκτός από το οικονομικό κόστος είναι και η προσφορά υπηρεσιών υγείας. Μέχρι το 2030, εκτιμάται ότι θα χρειαστεί να δημιουργηθούν ακόμη 40 εκατομμύρια θέσεις εργασίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τις τρέχουσες στρατηγικές, η προβλεπόμενη έλλειψη εργατικού δυναμικού θα είναι περίπου 18 εκατομμύρια θέσεις.[95]

Δημιουργήθηκε μια Επιτροπή Υψηλού Επιπέδου του ΟΗΕ για να εξετάσει αυτό το θέμα. Στην έκθεσή της για την «Υγεία στην Απασχόληση και την Οικονομική Ανάπτυξη», «αποδόμησε τη μακροχρόνια πεποίθηση ότι οι επενδύσεις στον τομέα της υγείας συμπιέζουν την οικονομία». Αναφέρει ότι οι επενδύσεις σε συνδυασμό με τις σωστές δράσεις πολιτικής θα μπορούσαν να επιφέρουν δραματικές βελτιώσεις και σημαντικά κοινωνικοοικονομικά οφέλη στην εκπαίδευση, στην ισότητα των φύλων, στην απασχόληση και στην υγεία. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι επενδύσεις στον τομέα της υγείας μπορούν να "δημιουργήσουν τις προϋποθέσεις για αποκλειστική οικονομική ανάπτυξη και δημιουργία θέσεων εργασίας, καθώς και για μεγαλύτερη οικονομική σταθερότητα και ασφάλεια.

Το εργατικό δυναμικό υγείας είναι υπεύθυνο για τη φροντίδα για την υγεία και την ευημερία των ατόμων και των κοινοτήτων. Έχουν επίσης βασικό ρόλο στην παροχή ανθεκτικότητας στα συστήματα υγείας για την αντιμετώπιση καταστροφών που προκαλούνται από φυσικούς, περιβαλλοντικούς, τεχνολογικούς ή βιολογικούς κινδύνους. Αυτά τα γεγονότα επιφέρουν μακροπρόθεσμη επίπτωση στα κοινοτικά συμφέροντα, αλλά μπορούν σε κάποιο βαθμό να μετριαστούν από το εργατικό δυναμικό υγείας.

Όπως έχει αναλυθεί σε ολόκληρη την έκθεση, τα συστήματα υγείας μπορούν να λειτουργήσουν αποδοτικά μόνο με κατάλληλα εξειδικευμένους και άμεσα διαθέσιμους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας.

Εάν επιδιώκεται η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας, αυτή εξαρτάται από την προσβασιμότητα, τη διαθεσιμότητα και την ποιότητα των συστημάτων υγείας και των ατόμων που εργάζονται σε αυτά.

Για να επιτευχθεί αυτό, υπάρχουν πολλαπλές προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπιστούν, συμπεριλαμβανομένης μιας σειράς θεμάτων ανθρώπινων πόρων που σχετίζονται με την έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού. την άνιση κατανομή μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών καθώς και τις ανισότητες μεταξύ της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των νοσοκομείων· μη ισορροπημένο συνδυασμό δεξιοτήτων, χαμηλή αποζημίωση και αμοιβή, υψηλό φόρτο εργασίας, μεταβλητά οικονομικά κίνητρα, μη ασφαλείς χώρους εργασίας και μια σειρά από άλλα θέματα ανθρωπίνων πόρων.

Η σύγχρονη διαχείριση του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις ενός καθολικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης που λειτουργεί αποδοτικά και ανθρωποκεντρικά. Αυτά τα ζητήματα πρέπει να αντιμετωπιστούν ταυτόχρονα με την αλλαγή του στόχου της παροχής φροντίδας. Πρέπει να επανεξεταστεί ο τρόπος με τον οποίο αναπτύσσεται και παρακινείται το εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας.

Αυτή η στόχευση περιλαμβάνει τον κεντρικό ρόλο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με εστίαση στη συνεχή φροντίδα και στις ολιστικές ανάγκες του ατόμου, τη διαστρωμάτωση κινδύνου και την ιεράρχηση των αναγκών του πληθυσμού, την έμφαση στην πρόληψη και τη διαχείριση της υγείας, τη χρήση πολυεπιστημονικών ομάδων και τη διασύνδεση με την κοινότητα και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Αυτό το είδος μετασχηματισμού στο εργατικό δυναμικό υγείας είναι απαραίτητο για να είναι επιτυχές και βιώσιμο. Η επένδυση σε αυτούς τους τομείς αναφορικά με το εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας θα οδηγήσει στη βελτίωση της υγείας και την οικονομική ανάπτυξη.

Η επένδυση στο νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό θα έχει σημαντικές αποδόσεις. Αυτό αποδεικνύεται από ανεξάρτητες αναλύσεις της ποιότητας υπηρεσιών των νοσοκομείων, των ελέγχων κόστους και της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Είναι η κατάλληλη χρονική στιγμή για αλλαγή. Οι συζητήσεις πρέπει να επικεντρώνονται στην βελτίωση των εκροών υγείας και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών που απαιτεί την αποτελεσματική αξιοποίηση και επένδυση στο εργατικό δυναμικό της νοσηλευτικής.[96]

Ο νοσηλευτικός τομέας αποτελεί το μεγαλύτερο τμήμα του εργατικού δυναμικού της υγειονομικής περίθαλψης και είναι ο βασικός παράγοντας στην επίτευξη υψηλής ποιότητας, αποτελεσματικής και επαρκούς παροχής φροντιδας. Οι νοσηλευτές είναι η ραχοκοκαλιά του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και στο οξύ περιστατικό είναι οι επαγγελματίες που παρέχουν 24ωρη φροντίδα και υποστήριξη στους ασθενείς. Όταν άλλοι επαγγελματίες υγείας έχουν φύγει για την ημέρα, οι νοσηλευτές εξακολουθούν να παρέχουν φροντίδα και υποστήριξη στις ανάγκες των ασθενών. Στην κοινότητα, στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές, είναι συχνά οι μόνοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης. Σχεδιάζουν και συντονίζουν όλες τις δραστηριότητες φροντίδας ασθενών σε ένα σύνθετο και ταχέως μεταβαλλόμενο περιβάλλον το οποίο απαιτεί ολοένα και περισσότερες υψηλότερες τεχνικές ικανότητες, καθώς και αυξανόμενες προσδοκίες από τους χρήστες.

Το 1996, η έκθεση του ΙΟΜ με θέμα «Νοσηλευτικό προσωπικό σε νοσοκομεία και στην κοινότητα: είναι επαρκές;» κατέληξε στο συμπέρασμα ότι παρόλο που οι νοσηλευτικές υπηρεσίες είναι κεντρικές στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, «λίγα εμπειρικά στοιχεία είναι διαθέσιμα για να υποστηρίξουν τις ανεπίσημες και άλλες άτυπες πληροφορίες σύμφωνα με τις οποίες η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας επηρεάζεται δυσμενώς από τη νοσοκομειακή αναδιάρθρωση και τις αλλαγές στις αναλογίες του νοσηλευτικού προσωπικού." Από τότε έχουν υπάρξει πληθώρα μελετών και ερευνών που αποδεικνύουν την προστιθέμενη αξία της νοσηλευτικής στα βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας.[98] Οι έρευνες δείχνουν ότι η νοσηλευτική ποιότητα, ο πολιτισμός και ο σχετικός φόρτος εργασίας σχετίζονται με τα αποτελέσματα των ασθενών, συμπεριλαμβανομένου του χρόνου παραμονής, της θνησιμότητας, της νοσηρότητας, της ικανοποίησης των ασθενών και μιας σειράς άλλων παραμέτρων ποιότητας της φροντίδας. Παρά το σύνολο των αποδείξεων και της έρευνας, οι δημόσιοι και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής για την υγεία δεν κατανοούν τον πλήρη χαρακτήρα της νοσηλευτικής εργασίας.

Μια μελέτη του κοινού διαπίστωσε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ανθρώπων ήταν συγκεχυμένοι σχετικά με το τι κάνουν οι νοσηλευτές, το είδος εκπαίδευσης και κατάρτισης που λαμβάνουν και τι τους διακρίνει από άλλο λιγότερο εκπαιδευμένο προσωπικό.[96]

Οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται με ακρίβεια ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα μπορεί να είναι απαιτητικό τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά. Δυστυχώς, υπάρχει μια εσφαλμένη αντίληψη ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα περιορίζεται στο ρόλο «υπηρέτη-βοηθού», ο οποίος ακολουθεί εντολές που προέρχονται από τους γιατρούς και παρέχει σωματική και συναισθηματική υποστήριξη στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Ωστόσο, το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι πολύ περισσότερο από αυτό, είναι μια τέχνη και μια επιστήμη που απαιτεί σημαντική πνευματική, κλινική και οργανωτική ικανότητα. Μεταξύ άλλων κρίσιμων δραστηριοτήτων που εφαρμόζονται από νοσηλευτές πρώτης γραμμής, παρέχουν επιπλέον ολιστική συνεχιζόμενη φροντίδα, εφαρμόζουν κλινική αξιολόγηση και συστηματική παρακολούθηση ασθενών και εφόσον είναι απαραίτητο, εφαρμόζουν παρεμβάσεις για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της φροντίδας, για να αντιμετωπίσουν τις επιπλοκές ή να μειώσουν τους κινδύνους. Είναι υπεύθυνοι για τον προγραμματισμό και τον συντονισμό της φροντίδας που παρέχουν άλλοι επαγγελματίες υγείας, την εκπαίδευση των ασθενών, των μελών των οικογενειών τους ή των φροντιστών τους. Αλλά και την ενδυνάμωση και τη συνεργασία με τους ασθενείς για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας, υποστηρίζοντας τις ατομικές και κοινοτικές ανάγκες υγείας.

Οι νοσηλευτές έχουν μια μοναδική κατανόηση του συστήματος υγείας. Γνωρίζουν τα πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες του και πώς να ξεπεράσουν τις προκλήσεις που θέτουν τα κατεστραμμένα ή δυσλειτουργικά συστήματα. Με τα συστήματα υγείας που προσπαθούν να βελτιώσουν την πρόσβαση, την οικονομική προσιτότητα, την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα, την ισότητα και την εστίαση των ανθρώπων, η γνώση των νοσηλευτών και η δέσμευση για την υγεία και την ευημερία των ατόμων πρέπει να αξιοποιηθούν, να ενισχυθούν και να κινητοποιηθούν αποτελεσματικά. Για να γίνει αυτό, οι νοσηλευτικές προτάσεις και απόψεις πρέπει να εκπροσωπούνται στα υψηλότερα επίπεδα ηγεσίας της υγείας και να ενσωματώνονται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Πρέπει να αναπτυχθούν μηχανισμοί για να ενισχυθεί η συνεργασία και η συμμετοχή των νοσηλευτών σε όλα τα επίπεδα για να επηρεάσουν μακροπρόθεσμα και αποτελεσματικά την αλλαγή.[99]

Το πρώτο βήμα για να επιτευχθεί αυτό είναι ότι οι νοσηλευτές πρέπει να κατανοήσουν καλύτερα τον πολύ περίπλοκο χαρακτήρα της πολιτικής επιρροής και της χάραξης πολιτικής. Αυτό αναλύεται διεξοδικά στο Τέταρτο μέρος αυτής της έκθεσης.

Σχήμα 4: Στρατηγικές για την ενίσχυση του παγκόσμιου εργατικού δυναμικού στον τομέα της Υγείας[95]

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ & ΕΠΕΝΔΥΣΗ

- Develop policies and strategies to quantify health workforce needs, demands and supply
- Establish national health workforce registries and appropriate regulations to support improved performance
- Promote intersectoral collaboration
- Advance international recognition of health workers qualifications
- Raise adequate funding to invest in the right skills, decent working conditions and an appropriate number of health workers
- Strengthen evidence and research into the health workforce

ΑΝΑΠΤΥΞΗ &ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

- Stimulate investments in creating decent health sector jobs
- Maximize women's economic participation and foster empowerment
- Scale up transformative, high quality education and life–long learning opportunities
- Develop capacity to manage complex humanitarian emergencies or crisis
- Invest in analytical capacity and capabilities for HRH and health system data

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

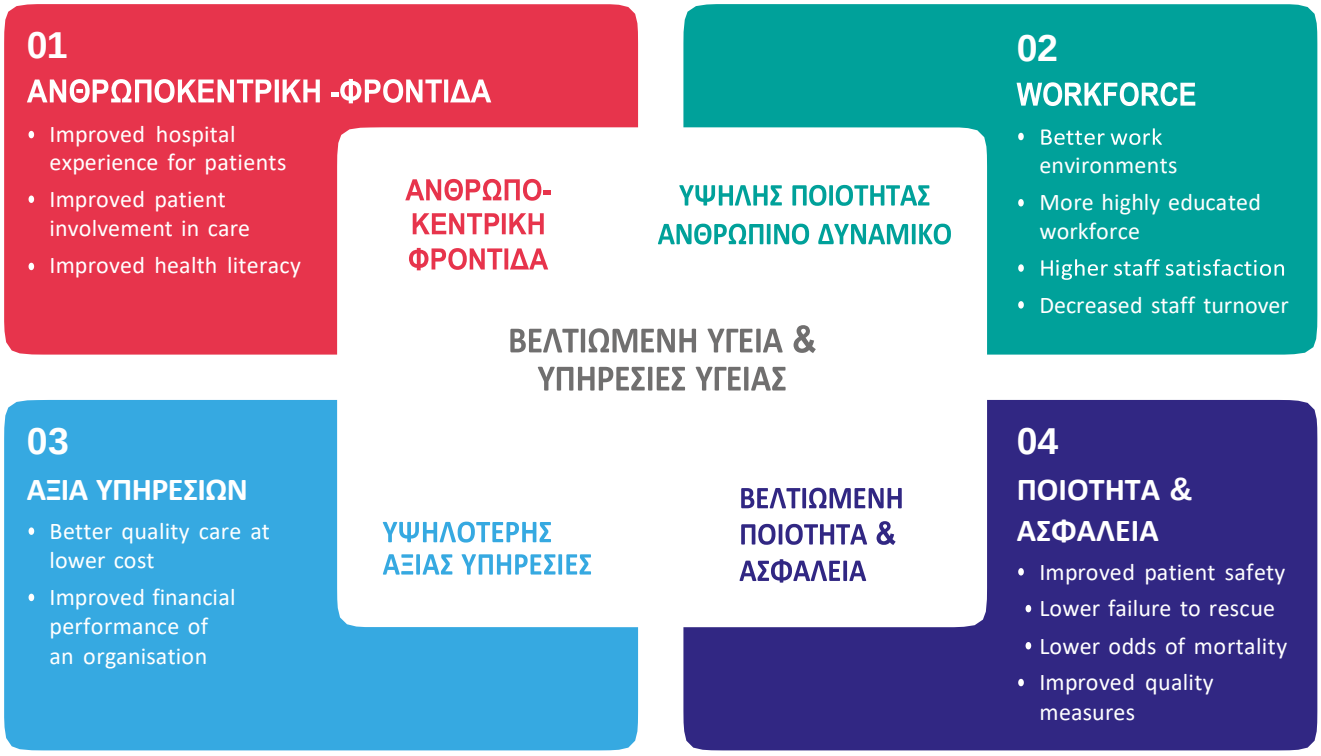
ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ & ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ

- Reform service models concentrated on hospital care and focus instead on prevention and on the efficient provision of high–quality, affordable, integrated, community–based, people–centred primary and ambulatory care, paying special attention to underserved areas
- Align health workforce with social services workforce to effectively address the determinants of health
- Effectively harness the leadership capabilities within the health workforce

ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ & ΕΞΕΙΔΑΝΙΚΕΥΣΗ

- Match the skills to the health needs of populations
- Harness the power of cost effective information and communication technologies
- Ensure protection of all health workers and health facilities in all settings
- Promote and Invest in decent working conditions
- Optimize health worker motivation, satisfaction, retention, equitable distribution and performance
- Support practitioners to work to their full scope of practice
- Strengthen multi–disciplinary approach and collective competence approach to health care
- Celebrate successes

Σχήμα 15: Τα οφέλη που προκύπτουν όταν οι νοσηλευτές συμμετέχουν σε ηγετικές θέσεις



CASE STUDY: **Realising the full potential of nursing: CNO Wales**

Contributor: Professor Jean White CBE, Chief Nursing Officer Wales, UK
Country: Wales

In November 2016, the Chief Nursing Officer (CNO) of Wales set the national strategic goal: *"to realise the full potential of the nursing and midwifery professions in order to meet, in partnership with others, the changing health and well–being needs of people living in Wales"*. The strategy has eight priority areas: professionalism; voice and leadership; workforce and education; informatics; research, development and innovation; promoting population health and well–being; quality and safety of care; and promoting integration of care (people–centred approach).[100]

The key actions were developed in consultation with nurses and midwives in Wales and were drafted according to its four principles.[101]

1. Achieve health and wellbeing with the public, patients and professionals as equal partners and through co–production.
2. Care for those with the greatest health needs first, making the most effective use of all skills and resources.
3. Do only what is needed, no more, no less; and do no harm.
4. Reduce inappropriate variation using evidence–based practices consistently and transparently.

The first prudent health care principle focuses attention on people, particularly in adjusting the power dynamic that currently exists between health professionals and patients so that patients are equal partners in deciding what should be done.

In 2016, the UK CNOs decided to explore what professionalism means to nurses and midwives and understand how a people–centred approach to care could be instilled in practice. Working with the Nursing and Midwifery Council (UK professional regulator) they developed guidance[102] to support practitioners in applying their Code of Conduct to their daily practice identify what employers should do to enable professional practice to flourish in organisations.

The Nurse Staffing Levels (Wales) Act 2016, unique in Europe, requires the National Health Service (NHS) to consider whether it has sufficient nurses to care for patients sensitively in all areas and sets out a methodology[103] for calculating the nursing workforce attached to specific service areas. At the heart of this law is the recognition of the professional voice of senior front–line nurses in determining the staff they need to care for their patients.

In order to feel confident in raising their professional voice, nurses and midwives need to be educated appropriately–Wales was the first country in the UK to have all baccalaureate degree education for nurses and midwives and since 2010 has standards for advanced practice.[104] As a result, Wales has been forging ahead with developing specialist and advanced roles and having nurse and midwife led services to the betterment of patient care.

CASE STUDY: **The Global Nurse Capacity Building Program**

Contributor: Susan Michaels–Strasser **Country:** Sub–Saharan Africa

The Global Nurse Capacity Building Program (GNCBP), led by ICAP at Columbia University's Mailman School of Public Health with funding from the PEPFAR through the US Health Resources and Services Administration (HRSA), aims to improve population health and combat HIV in sub–Saharan Africa by strengthening the quantity and quality of the nursing and midwifery workforce.

GNCBP employs a holistic model to strengthen nursing and midwifery from education to practice through two sub–projects. The Nursing Education Partnership Initiative (NEPI) promotes the production of a new workforce and General Nursing (GN) supports the maintenance of a skilled workforce.

GNCBP provides services across six building blocks of nursing workforce development including: 1) infrastructure improvement; 2) curricula revision; 3) faculty development; 4) clinical skills; 5) continuing professional development; and 6) partnerships for policy and regulation.

GNCBP provides a long overdue and much–needed infusion of expertise and resources and generates valuable lessons to inform efforts to enhance nursing and midwifery in sub Saharan Africa. Combined nursing and midwifery training and the redesign of curricula to be competency–based are fundamental changes to the way that nurses are educated. Increasingly, preservice education addresses HIV core competencies and the expanded role of nurses in HIV care and treatment, while innovations such as simulation–based training and e–learning have been shown to be both acceptable and feasible in low–resource settings.

Sub–Saharan Africa faces a critical health workforce shortage, which inhibits access to quality health care and contributes directly to poor health outcomes. The region faces a significant burden of disease and very limited availability of human resources for health. In 2006, WHO reported that 25% of the global disease burden was concentrated in sub–Saharan Africa among just 11% of the world's population. In addition, the region accounted for only 3% of the world's total health workforce and a mere 1% of global health expenditure. Ever larger cadres of well–trained nurses are needed in high HIV burden, low–resource settings, as test and treat approaches to comprehensive HIV care are implemented and more patients require care for comorbidities and concurrent chronic diseases.

To date, GNCBP has achieved impressive results, with 13,146 nursing and midwifery students having graduated from 22 schools and 5,550 nurses having received in–service training. Over 4,000 faculty in 22 nursing schools in six countries have received continuing education through GNCBP in clinical skills, education, and research at the specialty certificate, Master's and PhD levels. These schools also received installation enhancements and nationally accredited curricula was developed or revised. GNCBP has supported enhancement of nursing policy and regulation in each country.

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ:

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ: ΑΜΦΙΦΡΟΜΗ ΣΧΕΣΗ

Όπως αποδεικνύεται στο Δεύτερο Μέρος της έκθεσης, οι νοσηλευτές γνωρίζουν πολλά σχετικά με τα θέματα πρόσβασης. Οπότε γεννάται το ερώτημα: πού έγκειται η ευθύνη της νοσηλευτικής ώστε να συμπεριληφθεί αυτή η γνώση και να επηρεάσει τη χάραξη πολιτικής;

Συχνά λέγεται ότι όλες οι ενέργειες, ακόμη και η αδράνεια, είναι μια πολιτική πράξη. Η πολιτική είναι, εξάλλου, μόνο η άσκηση επιρροής στην κατανομή των σπάνιων πόρων ή όπως ο Mason et al. το ορίζουν «η χρήση σχέσεων και εξουσίας για την απόκτηση υπεροχής μεταξύ των ενδιαφερόμενων ανταγωνιστών μερών ια να επηρεάσουν την πολιτική και την κατανομή των σπάνιων πόρων".[117] Πολιτική είναι ο μηχανισμός με τον οποίο εφαρμόζεται αυτή η κατανομή των πόρων, πιο τυπικά, η πολιτική είναι "μια σχετικά σταθερή, σκόπιμη πορεία δράσης ή αδράνειας που ακολουθείται από ένα άτομο/φορέα ή σύνολο ατόμων/φορέων για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος ή ενός θέματος".[105] Οι ανταγωνιστικές προτεραιότητες και ανησυχίες, σε συνδυασμό με την αναπόφευκτη πεπερασμένη φύση των πόρων, οδηγούν την πολιτική να λαμβάνει πάντα χώρα σε ένα πολιτικό πλαίσιο.

Αυτοί οι ορισμοί είναι πραγματικά χρήσιμοι για τους νοσηλευτές, καθώς υποστηρίζουμε ότι, επειδή γνωρίζουμε ότι οι ασθενείς και οι οικογένειες ανταποκρίνονται στις πολιτικές για την υγεία και την κοινωνική πολιτική, πρέπει να συμπεριληφθούν στη λήψη αποφάσεων για την πολιτική στον τομέα της υγείας.[106] Η κατανόηση αυτών των ορισμών μας βοηθά να αρχίσουμε να βλέπουμε τον πολύπλοκο χαρακτήρα της χάραξης πολιτικής. Μας προειδοποιεί για το γεγονός ότι ενώ συχνά εμφανίζεται στα βιβλία ως μια απλή κυκλική διαδικασία που δεν είναι αντίθετη με τη νοσηλευτική διαδικασία (προσδιορισμός προβλήματος - ρύθμιση της ατζέντας - διατύπωση πολιτικής - εφαρμογή - αξιολόγηση), η πραγματικότητα είναι πολύ πιο περίπλοκη.

Ως νοσηλευτές υποστηρίζουμε ότι όταν γίνεται πολιτική δεν έχουμε "μια θέση στο τραπέζι". Αυτό που πρέπει να καταλάβουμε είναι ότι όταν η πολιτική φτάσει σε "πίνακα" διαβούλευσης, η χάραξη πολιτικής είναι σχεδόν πλήρης. Επομένως, το στάδιο που πρέπει να είμαστε, βρίσκεται στο αρχικό στάδιο της αναγνώρισης προβλημάτων και της διαμόρφωσης λύσεων. Σε αυτό το στάδιο μπορεί να επιτευχθεί πραγματική επιρροή. Οι νοσηλευτές πρέπει να ασχοληθούν περισσότερο με την κατανόηση της επιρροής στη χάραξη πολιτικής.

Η διαδικασία πολιτικής είναι πολύπλοκη και απρόβλεπτη. Για να κατανοήσουμε καλύτερα αυτή την πολυπλοκότητα, οι Walt και Gilson[107] εισήγαγαν την ιδέα ενός τριγώνου πολιτικής υγείας για την απλούστευση αυτών των αλληλοσυνδεδεμένων σχέσεων (βλ.Σχήμα 16). Όπως συμβαίνει με όλα τα μοντέλα, απλοποιούν τις διαδικασίες που είναι συνήθως πολύ διασυνδεδεμένες και αλληλεπιδραστικές και αυτό απεικονίζεται και εδώ.

Ενώ οι νοσηλευτές γνωρίζουν το "περιεχόμενο" (δηλαδή οι απαντήσεις των ασθενών και των οικογενειών στις πολιτικές για την υγεία και την κοινωνική πολιτική), αυτό είναι μόνο ένα στοιχείο πολιτικής. Πρέπει επίσης να λάβουμε υπόψη το «πλαίσιο», τη «διαδικασία» και τους «φορείς», τόσο αναφορικά με τους ιδιώτες όσο και με τους οργανισμούς.

Πλαίσιο: Τι συμβαίνει στο περιβάλλον αυτή τη στιγμή και πώς μπορεί να επηρεάσει τις συζητήσεις πολιτικής;

Το πλαίσιο μπορεί να θεωρηθεί ότι περιλαμβάνει περιστασιακούς παράγοντες (π.χ. πόλεμο, ξηρασία, σεισμούς), διαρθρωτικούς παράγοντες (π.χ. πολιτικά συστήματα και πολιτικοί κύκλοι, τεχνολογία, νέα έρευνα), πολιτισμικούς παράγοντες (π.χ. γλώσσα, κανόνες, θρησκεία, μειονοτικές ομάδες) ή διεθνείς παράγοντες (π.χ. εκδηλώσεις λοιμώδους νόσου, αλλαγές στην αγορά όπως η παγκόσμια οικονομική κρίση).[108] Κάθε ένα από αυτά τα στοιχεία μπορεί να επιφέρει ανησυχία ή να απαιτήσει μεγαλύτερη προσοχή ή να απομακρυνθεί εντελώς από την ατζέντα. Η επιλογή του χρόνου σας αξιολογώντας το πλαίσιο είναι κρίσιμη για την επιτυχία στην άσκηση επιρροής.

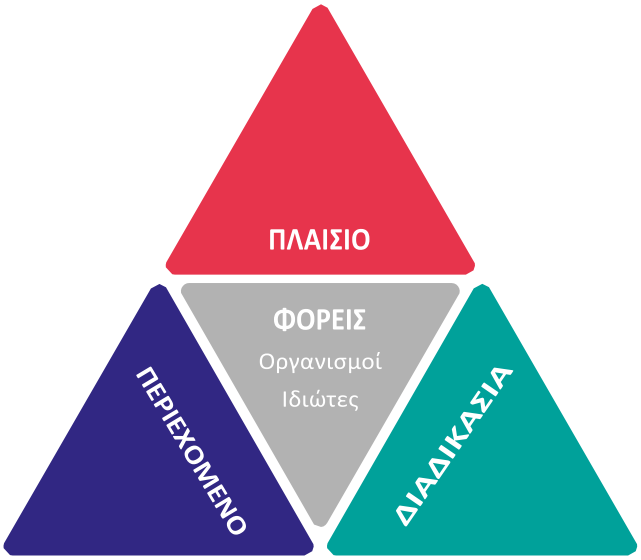
Διαδικασία: Πώς λαμβάνεται πραγματικά η απόφαση πολιτικής; Πώς ξεκινά, αναπτύσσεται, διαπραγματεύεται, κοινοποιείται, υλοποιείται και αξιολογείται (όπως στον απλό κύκλο παραπάνω); Ποιος έχει και ασκεί την εξουσία είναι βασική ερώτηση κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας; Αυτό μας οδηγεί στην εξέταση των παραγόντων που εμπλέκονται στη διαδικασία.

Φορείς: Ποιοι είναι οι ιδιώτες και ποιοι είναι οι οργανισμοί που μπορεί να ενδιαφέρονται για το θέμα της πολιτικής υγείας;

Έχοντας καθορίσει ποιοι είναι οι κύριοι ενδιαφερόμενοι πρέπει να σκεφτούν μέσω του επιπέδου της συμμετοχής τους, των συμφερόντων τους, της επιρροής τους ή της εξουσίας τους, του αντίκτυπου του αποτελέσματος στους ίδιους και της θέσης τους – εάν ανήκουν στους συμμάχους ή τους αντιπάλους; Η γνώση των συμμετεχόντων σας δίνει τη δυνατότητα να επιλέξετε ποιος μπορεί να σας βοηθήσει, με ποιον θα πρέπει να συνασπιστείτε και ποια επιρροή πρέπει να αντιμετωπιστεί και γιατί.

Το Τρίγωνο Χάραξης Πολιτικής των Walt και Gilson (Σχήμα 16) δημιουργήθηκε από τον Jeremy Shiffman και τους συναδέλφους του[109] για να περιγράψει ένα νέο μοντέλο το οποίο εξετάζει τρεις βασικούς τομείς: εσωτερικούς παράγοντες του δικτύου και τους συντελεστές τους, το περιβάλλον πολιτικής και τα χαρακτηριστικά του ίδιου του θέματος.

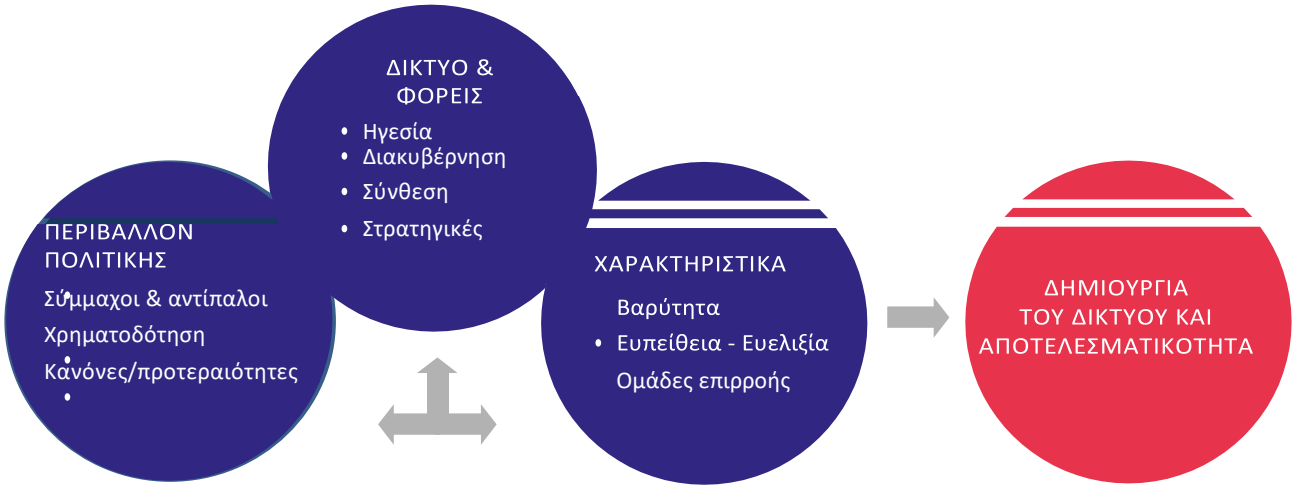
Σχήμα 16:Το τρίγωνο χάραξης Πολιτικής Υγείας των Walt&Gilson[107]



ΑΣΚΗΣΗ:

Σκεφτείτε μια πρόσφατη εθνική πολιτική στην οποία το νοσηλευτικό προσωπικό έχει ενδιαφέρον. Χρησιμοποιώντας το τρίγωνο πολιτικής αναλύετε τους συντελεστές, τη διαδικασία, το πλαίσιο και το περιεχόμενο. Αυτό βοηθά να κατανοήσετε το αποτέλεσμα; Πώς θα μπορούσε αυτή η ανάλυση να προτείνει κάτι που θα μπορούσατε να κάνετε διαφορετικά την επόμενη φορά;

Σχήμα 17: Το Μοντέλο των Διεθνώς Αποτελεσματικών Δικτύων Υγείας του Shiffman[110]



Από τα στοιχεία αυτά υπάρχουν δύο τομείς στους οποίους η νοσηλευτική υστερεί σημαντικά συγκριτικά με τις άλλες ομάδες επιρροής αναφορικά με τις στρατηγικές χάραξης πολιτικής της υγείας, εσωτερικά και εξωτερικά, οι οποίες περιλαμβάνουν τη χρησιμοποιούμενη γλώσσα και την οικοδόμηση συνασπισμών.[110] Είναι ενδιαφέρον ότι αυτά ήταν και στοιχεία τα οποία εντοπίστηκαν από μια ομάδα Αμερικανών νοσηλευτών πριν από 20 χρόνια στην εξέταση της πολιτικής εξέλιξης της νοσηλευτικής.[111]

Εάν προσπαθήσουμε να επηρεάσουμε την πολιτική ως εκ τούτου, πρέπει να ξεκινήσουμε με τα χαρακτηριστικά του θέματος. Πρέπει να κάνουμε την υπόθεση εργασίας μας και να κατανοήσουμε όλα τα στοιχεία που σχετίζονται με το ζήτημα που προσπαθούμε να επηρεάσουμε (η σοβαρότητα και η ευελιξία διαχείρισης του - υπάρχει μια λύση που θα είναι αποτελεσματική;). Πρέπει επίσης να εξετάσουμε τον τρόπο με τον οποίο εκφράζουμε τις ομάδες που επηρεάζονται και τον βαθμό στον οποίο αυτό θα εμπλέξει άλλους. Ένα παράδειγμα είναι το HIV / AIDS. Όταν αυτό εκφράστηκε ως ασθένεια ομοφυλόφιλων ή πρόβλημα υγείας σε μια χώρα μακρινή, δεν υπήρχαν πολλές ευκαιρίες για πολιτική επιρροή. Όταν εκδηλώθηκε ως απειλή για την ανθρωπότητα και μια ασθένεια που μπορούσε να μεταδοθεί κάθετα στη μήτρα στα νεογνά δημιουργήθηκε άμεση προσοχή και δράση.

Στη συνέχεια, πρέπει να εξετάσουμε τις επιλογές του πολιτικού περιβάλλοντος. Βρισκόμαστε σε συμφωνία με την χάραξη του κρατικού προϋπολογισμού; Έχουμε κάνει την ανάλυση των ενδιαφερομένων μερών; Είμαστε μια ομάδα που οι άλλοι θα λάβουν γνώση σε σχέση με αυτό το ζήτημα ή θα θεωρηθεί η παρέμβαση ως ιδιοτελής; Έχουμε διαμορφώσει το ενδιαφέρον μας, τον τρόπο επιρροής και τη συμβολή μας με τρόπο που θα ακουστεί από τους άλλους ως σχετικό και σημαντικό; Ποιος άλλος ενδιαφέρεται για το θέμα και έχει μια συμβατή θέση και ένα αντίστοιχο σύστημα αξιών; Είναι δυνητικοί εταίροι για συνεργασία;

Ποιος στο πλαίσιο της νοσηλευτικής είναι σε πλεονεκτική θέση για να προωθήσει το ζήτημα στον εξωτερικό κόσμο; Είναι οι νοσηλευτικές ενώσεις, οι ρυθμιστικές αρχές, οι διοικητικά υπεύθυνοι των νοσηλευτικών υπηρεσιών ή οι ερευνητές;

Έχουμε ένα ενοποιητικό επαγγελματικό μήνυμα που θα είναι δεσμευτικό και υποστηρικτικό από όλους και δεν θα έχει ως αποτέλεσμα μια διαιρεμένη φωνή; Με άλλα λόγια, έχουμε κάνει την προεργασία μας ώστε να παράγουμε μια θέση συναίνεσης πίσω από κλειστές πόρτες;[112]

Σχήμα 18: Τα 4 Στάδια Πολιτικής Ανάπτυξης της Νοσηλευτικής[111]

	1 ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ	2 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ	3 ΣΥΝΤΑΞΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ	4 ΗΓΕΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ
ΦΥΣΗ ΤΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ	Re–active on a focus on nursing issues	Re–active to nursing issues (e.g. funding for nursing education) and broader issues (e.g. long term care and immunisations)	Pro–active on nursing and other health issues (e.g. Cohen et al.'s Nursing's Agenda for Health Reform)	Pro–active on leadership and agenda setting for a broad range of health and social policy issues
ΓΛΩΣΣΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	Learning political language	Using nurse jargon (e.g. caring, nursing diagnosis)	Using parlance and rhetoric common to health policy deliberations	Introducing terms that reorder the debate
ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΣΥΜΜΑΧΙΩΝ	Political awareness: occasional participation in coalitions	Coalition forming among nursing organisations	Coalition forming among nursing groups: active and significant participation in broader health care groups (e.g., Clinton task force on health care reform)	Initiating coalitions beyond nursing for broad health policy concerns
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΩΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΤΕΣ ΠΟΛΙΤΚΗΣ	Isolated cares of nurses being appointed to policy positions primarily because of individual accomplishments	Professional associations get nurses into nursing–related positions	Professional organisations get nurses appointed to health–related policy positions (e.g. nurse position on Pro–PAC)	Many nurses thought to fill nursing and health policy positions because of value of nursing expertise and knowledge

ΑΣΚΗΣΗ: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Εξερευνήστε τα τέσσερα παραπάνω στάδια της πολιτικής ανάπτυξης και αναφέρετε πού πιστεύετε ότι είστε στην πολιτική εξέλιξή σας. Πού πιστεύετε ότι είναι η Νοσηλευτική στη χώρα σας και πού σε παγκόσμιο επίπεδο αναφορικά με την πολιτική της ανάπτυξη; Ποιοι είναι οι τομείς στους οποίους απαιτείται βελτίωση; Πώς μπορείτε να αποκτήσετε αυτήν την εμπειρία/εκπαίδευση;

CASE STUDY: Coalitions and collaborations to tackle NCDS: nursing stepping up to be a partner in a country wide health improvement initiative

Country: Tonga

Non–Communicable Diseases (NCDs), which accounted for 75 per cent of all deaths in Tonga in 2008, according to the WHO are due mainly to poor diet, lack of physical exercise, smoking and alcohol consumption.[113] According to Hon. Dr Saia Ma'u Piukala, Minister of Health, 99% of the Tongan adult population is at medium to high risk of developing a NCD.[114]

The focus on NCDs in Tonga began in 2003 with the development of a comprehensive NCD strategy (2004-2009), the first in the Pacific. The then Minister for Health, Lord Viliani Tau' Tangi, has been a mainstay of the NCDs fight and has consistently seen nursing as having a central role to play in arresting and controlling NCDs. The evaluation of this first plan revealed that there were difficulties with both accurate data collection and with implementation. The next NCDs strategy (2010-2015) focused on redressing these issues and Lord Tangi recognised the critical positioning of nurses in the Tongan community as well as the acute care sector. Several years earlier, reproductive health nurses had been specifically educated and stationed in each community health centre resulting in a significant reduction in maternal and infant mortality, morbidity and rise in immunisation rates. This community–based, nursing–led model, it was believed, might also work with NCDs if a role could be introduced which would combine health promotion, early detection, illness prevention, treatment adherence, rehabilitation and palliation. The idea of the Tonga community based NCDs nurse was born.[113]

A pilot was set up in 2012 in five community centres and the efficacy and acceptance of this community based offering quickly became clear. Funding was sought for rolling the NCD nurse programme out to 20 community centres and by early 2014, 20 explicitly chosen experienced community nurses graduated from an innovative collaboratively constructed, and accredited Advanced Nursing Diploma in the Prevention, Detection and Management of Non–Communicable Diseases. To demonstrate the importance placed on this nursing initiative, the graduation ceremony was attended by Her Majesty Queen Nanasipau'u Tuku'aho, and the Minister for Health.[113]

This nurse–led initiative has already enhanced the accuracy of data collection on NCDs; improve diabetes and cardiovascular disease monitoring and treatment; enhance community participation in exercise and nutrition programmes; and reduce the need for amputations.

The latest strategic plan for NCDs (2015-2020) continues the fight in Tonga with an emphasis in this latest plan on young people and a healthy start to life. The community based reproductive health nurses and NCD nurses will continue to have a major role to play, along with many other sectors of society.[114]

Σχήμα 19: Ένα Μοντέλο μετάβασης από την Αναφορά στην Δράση

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΟΣ

What do we know? What is the evidence? (severity, tractability, aff cted groups)

What are the key reference documents?

ΠΟΛΙΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Who are the key stakeholders already in the area?–non–nursing and nursing, assessing their involvement, interests, philosophical positioning, existing coalitions.

Why is this nursing's business?

Who are the existing key nursing spokespersons? Who are the key nursing researchers?

ΙΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗΣ

With whom should nursing potentially be forming coalitions?

What is the unique contribution nursing brings?

What is ICN's contribution/role?

What is the role of the NNAs?

Who should/could be stepping forward as a nursing lead?

What is the agreed message internal to nursing?

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ & ΕΚΡΟΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

What is the external message framing which presents a unique addition and justification for inclusion of a nursing voice?

What is the hoped for outcome?

What is the reporting timeframe, how and to whom?

Το σχήμα 19 δείχνει πώς μπορούν οι νοσηλευτές να μετακινούνται από την πρακτική στην πολιτική ή από την αναφορά στη δράση όπως συνέβη στη Τόνγκα (βλέπε Case Study). Οι παρατηρήσεις και τα δεδομένα από την πρακτική ενημερώνουν την πολιτική, η πολιτική υπαγορεύει την εστίαση σε νέες πρωτοβουλίες πρακτικής, οι οποίες με τη σειρά τους ενημερώνουν τη νέα πολιτική.

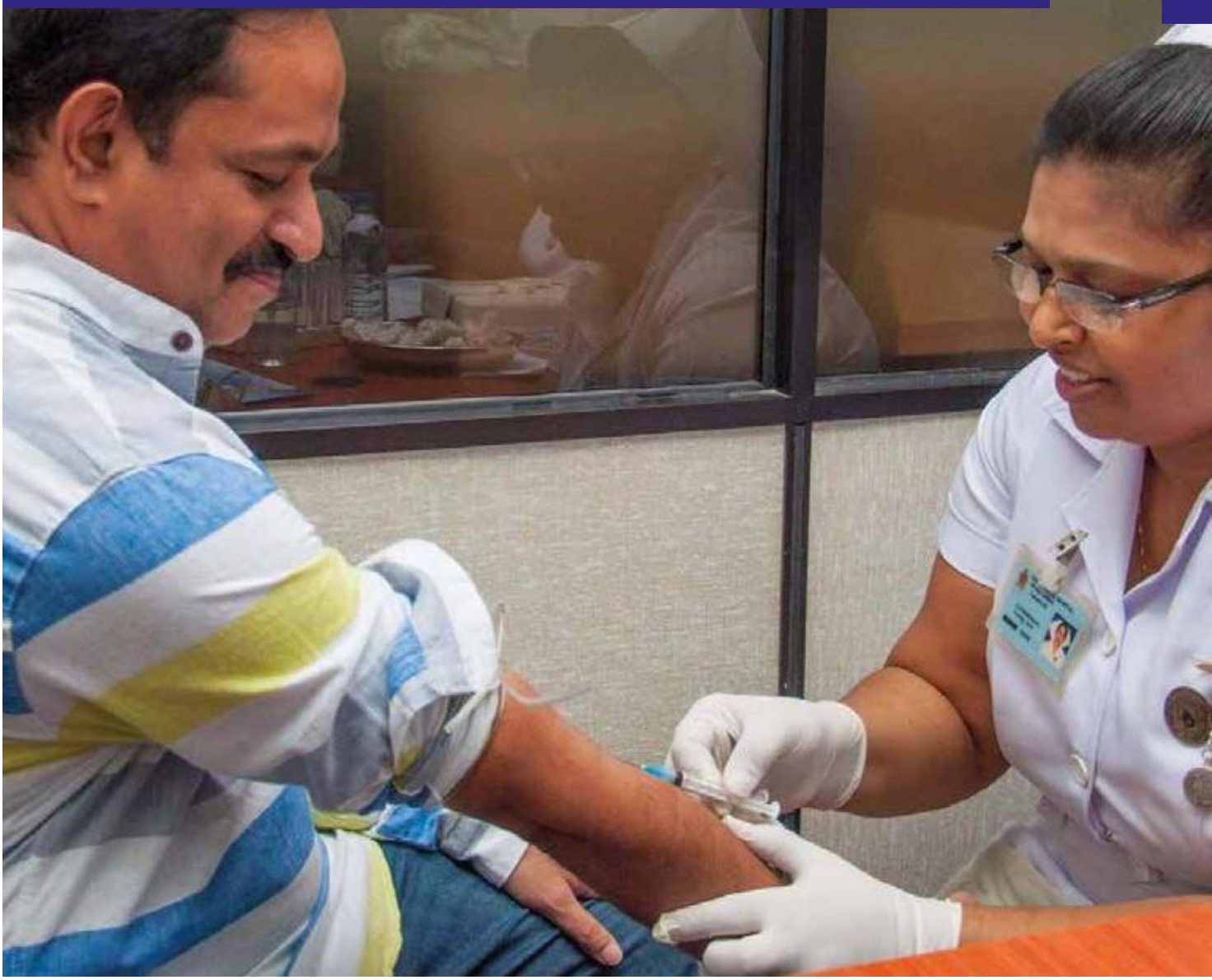
Η συνεχιζόμενη προσπάθεια με την αλλαγή στην έμφαση και τις προτεραιότητες υλοποίησης υπογραμμίζει την κρίσιμη σημασία των νοσηλευτών ως συλλεκτών δεδομένων με ακρίβεια, αναλυτών και εκπροσώπων των κοινοτήτων τους για να εξασφαλίσουν την καλύτερη εφαρμογή και αξιολόγηση της πολιτικής και στη συνέχεια να παράσχουν τις καλύτερες συμβουλές για τη νέα πολιτική και τον καθορισμό της ατζέντας δράσεων.

Η τελευταία λέξη!

Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητοι για τον μετασχηματισμό της παροχής φροντίδας ώστε να μην υστερεί κανένας στην κάλυψη των αναγκών υγείας του. Οι νοσηλευτές μπορούν να αποτελέσουν ηγετική φωνή για την βελτίωση της πρόσβασης στην περίθαλψη, διασφαλίζοντας την ανθρωποκεντρική προσέγγιση της φροντίδας και με την εξασφάλιση της ακρόασης των φωνών τους επηρεάζοντας την πολιτική υγείας, τον προγραμματισμό και την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Το 2018 είναι η χρονική στιγμή να σταθούμε όλοι μαζί και να εκφραστούμε με μια φωνή. Πρέπει να μιλήσουμε πιο δυνατά. Να μιλήσουμε ξεκάθαρα. Με τους πόρους που έχουμε διαθέσιμους σήμερα, δεν είναι ηθικά επιτρεπτό να αρνούμαστε το δικαίωμα στην υγεία για όλους. Κάντε το 2018 το έτος που η φωνή σας θα ηγηθεί για το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

> Οι νοσηλευτές έχουν αυτή την πρωτογενή εμπειρία, τη γνώση, την εξουσία, τη νομιμότητα να μιλάνε για τη μακρά αιτιακή αλυσίδα των ασθενειών στους ασθενείς, αλλά και να υποστηρίζουν τους ασθενείς και να λένε «Αυτό χρειαζόμαστε, το Πρόγραμμα Καθολικής Κάλυψης Υγείας στη χώρα αυτή."
>
> –Δρ Sridhar Venkatapuram, Λέκτορας στην Παγκόσμια Υγεία και Φιλοσοφία και Ιδρυτικός Διευθυντής του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Παγκόσμια Υγεία και Κοινωνική Δικαιοσύνη» του King's College στο Λονδίνο.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

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. Kõlves, 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 Th ough 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-briefi g/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.

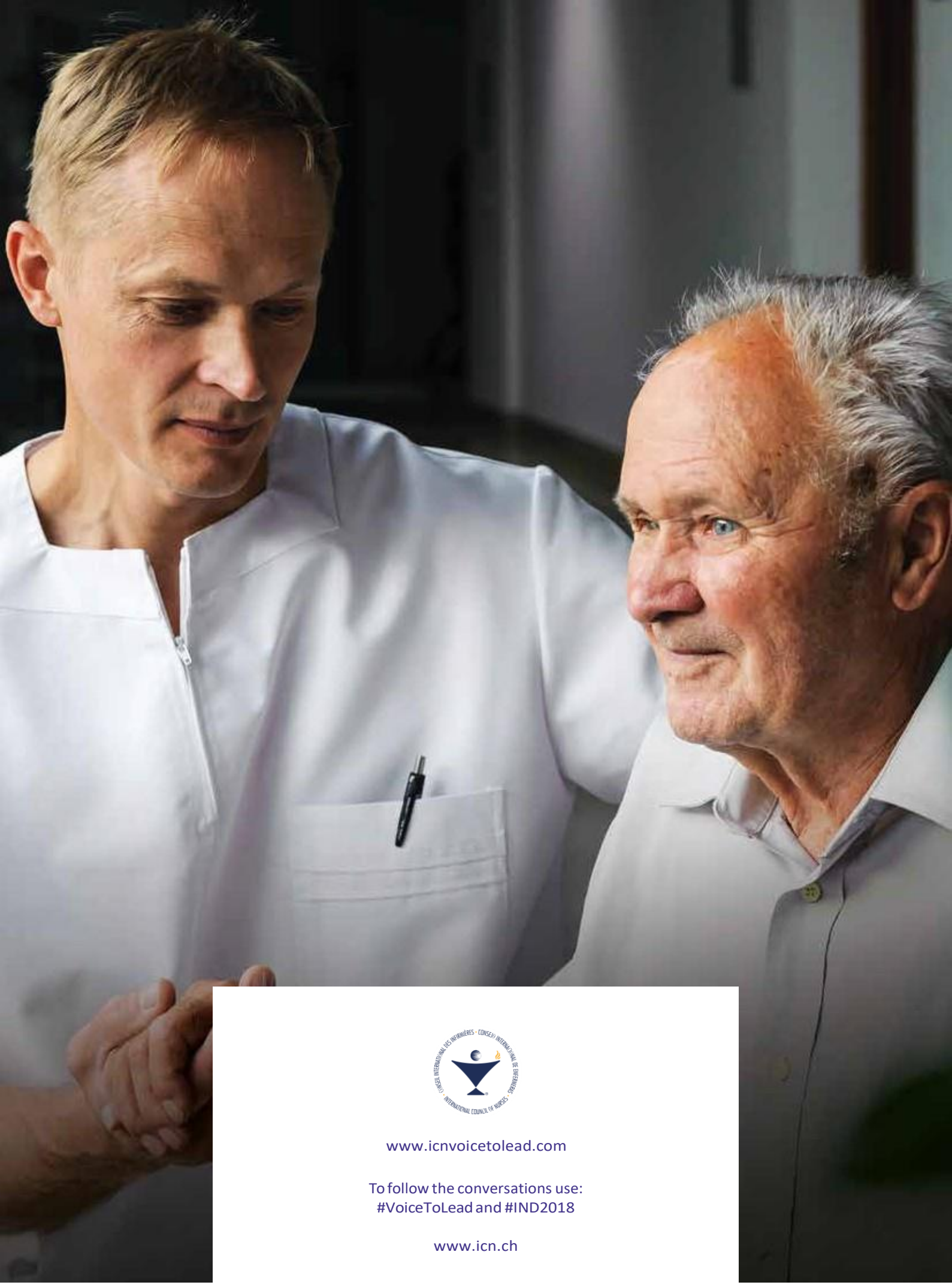
110. Shiffman, J., Four Challenges That Global Health Networks Face. Int J Health Policy Manag, 2017. 6(4): p. 183-189.

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 #IND2018

www.icn.ch