INFERMIERËT

NJË ZË QË UDHËHEQ

SHËNDETI PËR TË GJITHË

Photo Credit – Rynner St John

SHËNDETI PËR TË GJITHË

INFERMIERIA, SHËNDETI GLOBAL DHE MBULIMI SHËNDETËSOR UNIVERSAL

DITA NDËRKOMBËTARE E INFERMIERËVE 2019

BURIMET DHE EVIDENCAT

KËSHILLI NDËRKOMBËTAR I INFERMIRËVE

Sponsor i projekti: Hoëard Catton

Autoret: David Steëart, Erica Burton, Professor Jill Ëhite, Professor Marla Salmon, Amanda McClelland

Paraqitja dhe editimi: Lindsey Ëilliamson, Violaine Bobot, Bethany Halpin, Marie Carrillo, Julie Clerget

Komiteti drejtues:
Mrs. Elisabeth Madigan, Chief Executive, Sigma Theta Tau International
Mr. Kaëaldip Sehmi, Chief Executive, International Alliance of Patients' Organizations (IAPO)
Dr. Ëalter De Caro, Consociazione Nazionale delle Associazioni infermiere
Mr. T. Dileep Kumar, President, Indian Nursing Council
Mrs. Ellen Ku, President, College of Nursing Hong Kong
Mr. Michael Larui, National Head of Nursing Solomon Islands & Chair, Secretariat Pacific Nurses Forum

Design: Artifex Creative Ëebnet Ltd.

kolegji-heimerer
Arsim dhe Karrierë në Shëndetësi

Përpunimi Editorial: PhD. Naime Brajshori, PhD. cand. Petrit Beqiri, Leonora Paice, MD MSc
Përkthim dhe përshtatje: PhD. cand. Besarta Taganoviq, PhD. cand. Blertë Hyseni, MSc. Aferdita Mustafa, MSc. Blerta Kryeziu, MSc Albina Bytyqi, BSc Klara Cahani, BSc Besarta Hyseni
Studentët ndihmës: BSc. cand Fitore Haliti, BSc. cand Emine Xhaferi
E drejta e botimit:
BPrAL Kolegji-Heimerer
Lagja Veternik, p.n.Veranda D

info@kolegji-heimerer.eu
www.kolegji-heimerer.eu
Instituti i Evropës Juglindore për Politika Shëndetësore dhe Sociale

SI TË PËRDORIM PËRMBAJTJEN INTERAKTIVE

Përgjatë këtij publikimi ju do të gjeni shënjues të ngjashëm si më sipër. Me kamerën e telefonit tuaj mund të skanoni shënjuesit dhe në mënyrë automatike të shikoni përmbajtjen e videos.

Për të shikuar përmbajtjen ju lutem shkarkoni kodet lexuese QR të qasshme nga App Store në telefonin tuaj.

TABELA E PËRMBAJTJES

Mesazh nga presidenti i ICN/KNI 4

Pjesa e parë Shëndeti për të gjithë 5

Sfidat e vendosura para nesh 5

Çfarë është shëndeti për te gjithë? 7

Nga shëndeti për të gjithë te Mbulimi Universal Shëndetësor 9

Pse duhet qe infermieret të interesohen në ndryshimet e shëndetit global që ndikojnë "Shëndetin për të gjithë" 11

Pjesa e dytë Sfidat e shëndetit global që ndikojnë në shëndetin për të gjithë 14

Shëndeti për te gjithë dhe fokusi i ICN/KNI për ketë vit 14

Sfidat e shëndetit global 1: Sëmundjet të cilat i njohim dhe ato që nuk i njohim: epidemitë/pandemitë 16

Sfidat e shëndetit global 2: produkti i stilit të jetës dhe mjedisit – sëmundjet jo të komunikueshme 22

Sfidat e shëndetit global 3: dhëina e shërbimeve shëndetësore me rëndësi për pacientët 27

Sfidat e shëndetit global 4: një botë lëvizëse 34

Sfidat e shëndetit global 5: shëndeti mendor dhe mirëqenia 40

Sfidat e shëndetit global 6: Pasojat e dhunës në kujdesin shëndetësor dhe tek të gjithë ne 46

Pjesa e tretë Udhëheqja (me një dallim te ri) 52

Rrënjët e udhëheqjes infermierore 52

Progresi inovativ drejt Shëndetit për te gjithë: Puna e infermiereve dhe infermieria 54

Photo Credit – Ministry of Health Taiwan

MESAZH NGA PRESIDENTJA E ICN

Çdo vit, Këshilli Ndërkombëtar i Infermierëve zgjedh një temë për Ditën Ndërkombëtare të Infermierisë, e cila festohet më 12 maj, ditëlindja e Florence Nightingale. Për dy vitet e fundit ne kemi festuar zërin e infermierisë me temën Infermierët: Një zë që udhëheq. Në vitin 2017, ne diskutuam rolin e zërit të infermierisë në arritjen e Objektivave të Qëndrueshme të Zhvillimit, dhe për vitin 2018, tema ishte Shëndeti - e drejte njerezore. Këtë vit ne shikojmë zërin e infermierëve nga këndvështrimi i Shëndetit për të Gjithë.

Infermierët në mbarë botën çdo ditë po mbrojnë shëndetin për të Gjithë në rrethanat më sfiduese dhe me burime të kufizuara për të ofruar kujdesin shëndetësor për ata që janë në nevojë. Kjo mund të shihet në Ugandë (faqe 20) ku stafi i infermierisë viziton vendet rurale për të edukuar dhe për të dhene këshillat themelore për shëndetin në veçanti lidhur me higjienën personale dhe shtëpiake si dhe sanitare. Infermieret ndërtojnë marrëdhënie të ngushta me komunitetin dhe të bashkëpunojnë me punonjësin lokal të Shëndetësisë së Fshatit. Ajo mund të shihet edhe në SHBA (fq.6), ku infermierët janë duke bashkëpunuar me punëtorët socialë për të zhvilluar lidhje me te ngushta me komunitetin dhe ekspertet lokale per te sjelle nje kujdes shendeteor te cilesise se larte dhe sherbime te koordinuara me probleme te tilla sit e pastrehet, te varurit nga droga dhe tranzicioni nga burgu.

Infermieret, të cilët janë më të afërt me pacientin, ndihmojnë për të sjellë zërin e tyre në tryezën e politikave. Për herë të parë në OKB, kete vit do të mbahët nje takim i nivelit të lartë I Asamblese Gjenreale te OKB, ku do të diskutohet rreth mbulimit universal te shendetit (UHC). Kjo është një mundësi e mirë për ne infermierët, qe të dëgjohet zëri yne. Duhet të jemi të përgatitur, dhe Dokumenti i burimeve dhe dëshmive do të ndihmojë infermierët përreth globit të kuptojnë aspektet e ndryshme universal rreth kujdesit shëndetësor si dhe rolin e infermierëve.

ICN beson se infermierët, si pjesë e një ekipi multidisiplinar, mund të krijojnë sisteme shëndetësore që marrin parasysh sistemet sociale, ekonomike, kulturore dhe politike të shëndetit. Ne mund të trajtojmë pabarazitë shëndetësore dhe përmes një rifokusimi për promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve, duke përdorur një qasje të shëndetit të popullsisë, ne mund të përmirësojmë shëndetin e të gjithëve kudo në botë.

Dhe së fundi, ne besojmë se është koha për infermieret për të vene ne perdorim rolin e tyre si udheheqes. Si profesioni më i gjere shëndetësor në të gjithë botën, duke punuar në të gjitha fushat ku ka kujdes shëndetësor, infermieret kane potencial dhe vlerë të madhe, te cilet nese perdoren ashtu si duhet, mund te arrijne vizionin e Shëndetit për të Gjithë.

Annette Kennedy
Presidente e Keshillit Ndwrkombwtar te Infermierwve

PJESA E PARË

SHENDETI PËR TË GJITHË

> **"Nuk ka asnjë gjë në botë më të çmuar se shëndeti."**
> **– Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Drejtori i Përgjithshëm i OBSH-së[1]**

Më 12 shtator 1978, 134 vende të botës u takuan në Alma Ata, Kazakistan (tani i njohur si Almaty) për Konferencën ndërkombëtare mbi Kujdesin Parësor Shëndetësor (KSHP). Kjo ngjarje shënoi një pikë kthese të rëndësishme në historinë e shëndetit publik dhe ishte i pari i këtij lloji që angazhoi qeverirte, punonjësit e shëndetësisë dhe të zhvillimit, komunitetit global për të mbrojtur dhe promovuar shëndetin e popullsisë së botës përmes një qasje të KSHP-së.[2]

Deklarata kishte rendesi pasi mbeshteste udhëheqjen e komunitetit në planifikimin shëndetësor, zvogëlonte elitizmin në mjekësinë moderne dhe luftonte pabarazinë sociale për rezultate më të mira shëndetësore. Ishte në këtë kohë që 'Shëndeti për të gjithë', u artikulua për herë të parë me udhëzime dhe veprime.

Në thelbin e saj, 'Deklarata e Alma Ata' e pohoi se përmirësimet në shëndet mund të merren vetëm përmes kombinimit të shkencës shëndetësore, ekonomisë politikave dhe veprimeve kundër padrejtësive sociale. U deklarua se 'Shëndeti është një e drejtë njerëzore'. Përderisa ka pabarazi dhe padrejtësi, do të thotë 'Shëndeti për të gjithë' nuk mund të arrihet.

Dyzet vjet më vonë, mesazhet që përmbante Deklarata e Alma Ata janë ende relevante. Edhe pse progresi është bërë në disa zona që nga viti 1978, kemi pare një ndryshim në gjerësinë e të metave të shëndetit. Ndryshimet në jetë dhe mjedis kanë krijuar sfida të reja shëndetësore: sëmundjet kronike tani vrasin më shumë njerëz sesa sëmundjet infektive. Pabarazitë dhe politikat kanë vazhduar dhe hendeku mes të pasurve dhe të varfërit vec është zgjeruar. Globalisht, ne jemi bërë gjithnjë e më shumë të lidhur përmes udhëtimit, tregtisë dhe kulturës të këmbimit. Kjo ka çuar në interesa të reja komerciale në ushqim, alkool dhe duhan që shpesh minojnë përpjekjet e vendeve për të ulur shkallen e sëmundjeve jo të transmetueshme. Si e tillë, Shëndeti për të Gjithë nuk është një pikë përfundimtare, por një thirrje për veprim në fushën e drejtësia sociale me parimin bazë për të gjitha vendet dhe bashkësitë ndërkombëtare për të kërkuar përmirësimin shëndetin e njerëzve.

SFIDAT E CAKTUARA PARA NESH

Përderisa ka pasur arritje të rëndësishme në mjekësi dhe avancimet teknologjike në të gjithë botën, ende janë pabarazitë në rritje midis dhe brenda vendeve në përmirësimin e shëndetit. Qasjet Biomjekësore dhe teknologjike ndaj shëndetit kanë kufizime për përmirësimin e shëndetit, veçanërisht kur shëndeti konsiderohet në tërësinë e tij "Mirëqenien e plotë fizike, mendore dhe sociale". Në fakt, mund të argumentohet se një qasje e modelit biomjekësor për shëndetin ka çuar në neglizhimin e përcaktuesve të tjerë të shëndetit.

Komisioni raporton se nëse status-quo mbetet në vend, SDG ka synim për zvogëlimin të vdekjeve të parakohshme nga SJT me 30% gjë e cila deri në vitin 2030 nuk do të arrihet. Ato ka deklaruar arsyen kryesore se kjo ndodh nga "angazhimet e shumta të politikave të cilat nuk zbatohen, dhe vendet nuk janë në rrugën e duhur për ta arritur këtë objektiv. Investimet kombëtar mbeten mjerisht të vogla dhe nuk ka fonde të mjaftueshme për mobilizim në nivel ndërkombëtar".

Qasja e kërkuar për reduktimin e numrit të vdekshmërisë së parakohshme është nëpërmjet 'shëndetit dhe gjitha politikave, qeverisë, tërë shoqërinë në trajtimin e përcaktuesit shoqëror të shëndetit duke përfshirë stilin e jetës dhe mjedisin.

Megjithatë, raporti thotë se ekziston një "mungesë e vullnetit politik, përkushtimit, kapacitetit dhe veprimit të SJT ". Raporti arrin në përfundimin se për të arritur suksesin, ato aktivitetet duhet të përshtaten me qasje për të drejtat e njeriut. Sfida nuk është ekskluzive për SJT. Të dhënat tregojnë, se në shekullin e 20-të (Figura 4), shëndeti dhe mirëqenia janë të prekura nga fatkeqësitë, varfëria, infektimi sëmundjeve, luftës dhe faktorëve të tjerë humanitarë.

Për qeveritë dhe shërbimet shëndetësore për të përfituar më së miri burimet e fundme në dispozicion të tyre, iu duhet të marrin vendime të vështira. Infermieret vendosen në mënyrë ideale për të udhëhequr dhe të informojnë zhvillimin në vendimmarrjen dhe politikat e shërbimeve shëndetësore për shkak të rolit të tyre si avokat i pacientit, shkathtësitë e tyre të arsyetimit shkencor, dhe kujdesin e ofruar gjatë ciklit të jetës.

Rast studimi

Photo Credit – Cyrus Batheja

SIGURIMI I KUJDESIT PËR VIZITORËT E SHPESHTË QË JANË PËRBALLUR ME STREHIMIN, VARËSINË DHE TRANZICIONET NGA BURGOSJA

– Dr.CyrusBatheja,SHBA

"Shpenzo shumë, merr më pak" paradoks i kujdesit mjekësor amerikan që është i dokumentuar mirë. Nëninvestimi në shërbimet sociale dhe koordinimi i dobët i mbështetjeve nënkuptojnë një sistem të fragmentuar që nuk prodhon rezultate të pranueshme të pacientit. Ndikimi financiar dhe jofinanciar i kujdesit shëndetësor joefikas për individët ndikon në shtetet dhe komunitetet lokale kudo. Përcaktuesit socialë të shëndetit kanë një ndikim të thellë në rezultatet e shëndetit, duke rritur shpenzimet e kujdesit shëndetësor. Arritja e rezultateve më të mira për individët kërkon adresimin e sfidave sociale që mbështesin shëndetin. Gjithashtu kërkon modele të specializuara të kujdesit për të mbështetur pacientët tradicionalisht të margjinalizuar

United Healthcare (kujdesi shëndetsor i bashkuar) njohu sfidat me të cilat ballafaqohen mijëra amerikanë dhe krijoi një zgjidhje të lokalizuar të quajtur myConnections (lidhjet e mia) që mbështet komunitetin e shpeshtë në dhomat e urgjencës të spitalit të cilët po luftojnë me strehimin, varësinë dhe tranzicionet nga burgosja. Duke përdorur një zgjidhje biopsihosociale bazuar në dëshmi, që integron kujdesin shëndetësor dhe shërbimet sociale për të transformuar jetën njerëzore, ekipet punojnë brenda pods komunitetit për të bashkuar strehimin me shërbime të kualifikuara me cilësi të lartë, të bazuara në prova, për të përmirësuar rezultatet dhe për të ulur shfrytëzimin joefikas të kujdesit shëndetësor për rrezik të lartë, dhe me kosto të lartë. Me një fokus në përcaktuesit shoqëror të shëndetit, myConnections zhvillon marrëdhënie të thella komunitare dhe ekspertizë lokale për të sjellë kujdes shëndetësor me cilësi të lartë dhe shërbime të koordinuara për individët më kompleks.

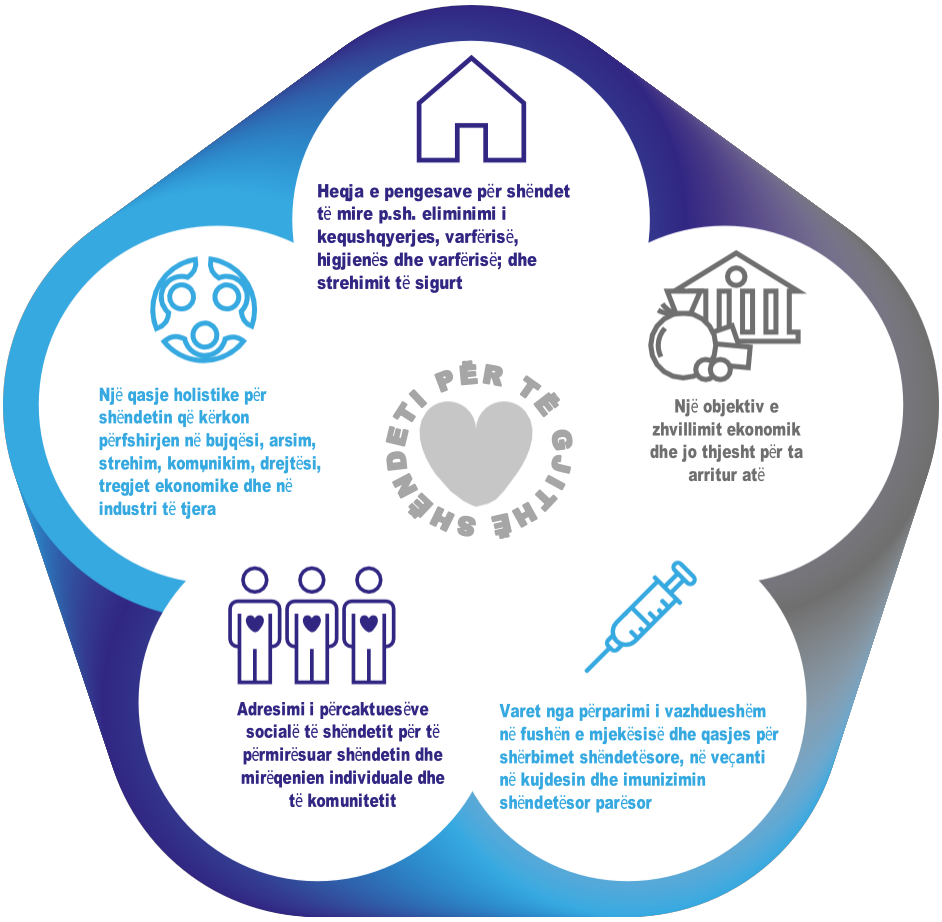
Duke përdorur të dhënat e brendshme të kërkesave mjekësore, myConnections ka krijuar një teknikë të drejtuar nga të dhënat në nëngrupet "hotspot" e pacientëve / anëtarëve më komplekse në të gjithë vendin. Duke përdorur këtë qasje myConnections ka identifikuar mbi 25,000 pacientë të pastrehë për të cilët ata janë duke synuar 10 përqindëshin.

Modeli i kujdesit të myConnection përfshin partneritete dyadike midis punonjësve socialë dhe infermierëve që lidhen me pacientët dhe me porosi të një programi të bazuar në forcat dhe dëshirat e pacientit. Diadi punon ngushtë me pacientin për të shkuar drejt një strehimi të sigurtë që sigurohet me kosto të ulët ose pa kosto për 12 deri në 24 muaj. Ata gjithashtu kan kahje drejt shërbimeve shëndetësore elitare të sjelljes siç janë terapia dialektike e sjelljes, terapia ndihmëse mjekësore dhe kujdesi parësor i informuar për traumat. Qasja përfshin intervistimin motivues dhe psikologjinë pozitive. Për më tepër, dyad gjithashtu ndihmon për të shkuar në kahje me të drejtat sociale si të ardhurat e sigurimeve shoqërore dhe kuponat ushqimore dhe të strehimit për të krijuar vetë-mjaftueshmëri afatgjatë.

ÇFARË ËSHTË SHENDETI PËR TË GJITHË?

"Shëndeti për të gjithë do të thotë se shëndeti është sjellë për të gjithë në një vend të caktuar." Shëndeti në këtë kontekst nënkupton jo vetëm disponueshmërinë e shërbimeve shëndetësore, por një gjendje të plotë të shëndetit fizik dhe mendor që i mundëson një personi të kete një jetë shoqërore dhe ekonomikisht produktive. [6]

Figura 1 Shëndeti për të gjithë (Mahler, 2016). [6]



Është brenda kësaj kornize që shëndeti shihet si një e drejtë njerëzore, ku zhvillimi social dhe faktorët ekonomikë janë faktore determinues (percaktues) për Shëndetin për të Gjithë. Theksi vihet në mbrojtjen dhe promovimin e shëndetit, të cilat përfshijnë eliminimin e përjashtimit social dhe pabarazitë në shëndetësi. Kjo nga ana tjetër, ka efekte pozitive në zhvillimin ekonomik dhe shoqëror dhe në paqen botërore. Provat për këtë janë publikuar nga Komisioni i Lancet-it, i cili zbuloi se çdo dollar amerikan investuar nga tani deri në vitin 2035 do të jap kthimin prej US $ 9 në US $ 20.7. [7] Infermieret janë në ballë të promovimit të të drejtave të konsumatorëve, duke e parë atë si të drejtë dhe detyrë njerëzore për njerëzit që të marrin pjesë si grup ose individualisht në planifikimin dhe zbatimin e kujdesit të tyre.

Kodi i Etikës i ICN thekson se "E natyrshme në infermierinë është një respekt për të drejtat e njeriut, duke përfshirë të drejtat kulturore, të drejtën për jetë dhe zgjedhje, për dinjitet dhe për t'u trajtuar me respekt. Kujdesi infermieror është i respektueshëm dhe i pakufizuar në moshë, ngjyrë, besim, kulturë, paaftësi ose sëmundje, gjini, orientim seksual, kombësi, politikë, racë ose status shoqëror. Infermieret i kryejnë shërbimet shëndetësore individit, familjes dhe komunitetit si dhe koordinojnë shërbimet e tyre me ato të grupeve të afërta. Nevoja për infermieri është universale " [8]

Idealet dhe elementet thelbësore të 'Shëndeti për të Gjithë' të shpallura në vitin 1978 ende nuk janë arritur. Sidoqoftë ka pasur përparim të ndjeshëm drejt tyre. Me marrëveshjen nga vendet për Objektivat e Zhvillimit të Qëndrueshëm (SDGs), është duke u marrë veprim në drejtimin e duhur për të adresuar sfidat e kohës sonë.

Studimi i rastit

Photo Credit – Kartika Kurnisari

SHTËPIA RACHEL - SIGURIMI I KUJDESIT PALIATIV TË KOMUNITETIT (Indonezi)

Në Indonezi, ka 1,200 raste të reja të kancerit tek pacientët nën moshën 18 vjeçare, si dhe një numër shumë i madh i fëmijëve me HIV / AIDS. Kjo thekson nevojën e madhe për kujdesin paliativ në fushën e pediatrisë.[9]

Motivuar nga dëshira për të trajtuar mungesën e shërbimeve të kujdesit paliativ pediatrik dhe me një vizion për një Indonezi, ku asnjë fëmijë kurrë nuk do të duhet të jetojë ose të vdesë në dhimbje, Shtëpia Rachel u krijua si shërbimi i parë i kujdesit paliativ pediatrik në Indonezi. Shumica e pacientëve të Shtëpisë Rachel janë nga komunitetet e margjinalizuara ku prindërit e tyre fitojnë të ardhura ditore prej US $ 3-5. Kjo do të thotë se nëse fëmijët janë të shtruar më gjatë në spital sesa në shtëpi, të gjithë familja do të duhet të qëndroj pa ushqim për shkak shpenzimeve te mëdha. Për shkak të këtij realitet të ashpër, infermierët zavendsuan uniformat e tyre me helmetat dhe xhaketat e motorëve për të udhëtuar në rrugët e mbushura me njerëz të Jakartës për të ofruar kujdes paliativ me bazë komunitare.

Infermieret kanë udhëhequr zhvillimin e këtij shërbimi jetik. Shumë të aftë dhe të pajisur me trajnime për të kryer vlerësime fizike dhe psikosociale të pacientëve, infermieret kalojnë kohë me fëmijët dhe familjet e tyre për të kuptuar historitë dhe rrethanat sociale para dhe pas sëmundjes. Infermieret kërkojnë të kuptojnë fëmijën, së pari si një qenie njerëzore dhe jo si një pacient me simptoma. Kjo ka krijuar një dhembshuri të madhe në mesin e infermierëve dhe në fund të fundit një përkushtim në rritje për ata që i japin shërbimet.

Është krijuar një ekip multidisiplinar për të ofruar kujdes për fëmijët. Infermieret, në thelbin e këtij ekipi, punojnë në ndërtimin e rrjeteve të mbështetjes nëpër shtëpitë e fëmijëve: duke mbledhur mbështetjen e vullnetarëve të shëndetit të komunitetit lokal të trajnuar nga Shtëpia e Rachel; lidhur me përgatitjen e zyrtarëve lokal të kujdesit parësor; sigurimin e barnave të kërkuara në farmaci lokale; dhe duke punuar me OJQ-të partnere për mbështetje ushqyese dhe të tjera sociale për fëmijët. Ekipi gjithashtu trajnon komunitetet për të ndihmuar në rritjen e ndërgjegjësimit të kujdesit paliativ ndërmjet profesionistëve të shëndetit publik dhe të rritjes së kapacitetit për menaxhimin e dhimbjeve dhe simptomave.

Pas 12 vjetësh shërbimi, Shtëpia Rachel është kujdesur për afër 3000 fëmijë dhe familjet e tyre. Të parë si udhëheqës kombëtarë në kujdesin paliativ pediatrik në shtëpi, infermierët shpesh thirren për të ndarë njohuritë e tyre me stafin spitalor në të gjithë Indonezinë. Përveç kësaj, Shtëpia Rachel tani ofron edukim paliativ të standardeve ndërkombëtare për infermieret dhe mbështet spitalet që dëshirojnë të zhvillojnë shërbime të integruara të kujdesit paliativ. Shtëpia Rachel është e angazhuar për ndërtimin e një ekosistemi të kujdesit paliativ në të gjithë Indonezinë, për të ndihmuar në sigurimin që menaxhimi i dhimbjeve dhe simptomave është i disponueshëm dhe i arritshëm nga të gjithë si dhe për të parandaluar dhe lehtësuar vuajtjet.[10]

NGA SHENDETI PËR TË GJITHË NË MBULESEN E SHËNDETIT UNIVERSAL

"Ne e dimë se kur të arrihet mbulimi universal i shëndetit, varfëria do të reduktohet, do të krijohen vende pune, ekonomitë do të rriten dhe komunitetet do të mbrohen nga shpërthimet e sëmundjeve. Por ne gjithashtu e dimë se mundësitë ekonomike të grave do të përparojnë, dhe shëndeti dhe zhvillimi i fëmijëve të tyre do të ecin hap pas hapi."

Drejtori i Përgjithshëm i OBSH Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus

Mbulimi Universal i Shëndetit (UHC) trajton vizionin e Shëndetit për të Gjithë më shumë se Deklarata origjinale e Alma Ata. Arsyeja kryesore për këtë është se ajo ofron një qasje më gjithëpërfshirëse për shërbimet shëndetësore (më shumë se vetëm KSHP) dhe gjithashtu e konsideron aspektin financiar ndaj tyre. Megjithatë, mungesa aktuale e UHC-së në krahasim me deklaratën origjinale të Alma Ata është mungesa e fokusit në përfshirjen e familjes dhe komunitetit në vendimet e kujdesit shëndetësor. Hapat dhe sfidat e ardhshme

Photo Credit – Rita Melifonwu

për UHC në vitet e ardhshme janë fuqizimi i njerëzve dhe komuniteteve që të përfshihen në vendimmarrje për të krijuar një sistem më të shëndetshëm, më të vetëdijshëm dhe financiarisht më pak të rënduar. [12]

Mbulimi Universal i Shëndetit

"Mbulimi Universal i Shëndetit (UHC) do të thotë që të gjithë njerëzit dhe komunitetet mund të përdorin shërbimet shëndetësore promovuese, parandaluese, kurative, rehabilituese dhe paliative që u nevojiten, me cilësi të mjaftueshme për të qenë efektive, duke siguruar gjithashtu që përdorimi i këtyre shërbimeve nuk e con përdoruesin drejt vështirësive financiare. "[13]

Edhe pse Deklarata e Shëndetit për të Gjithë u nënshkrua në vitin 1978 nga pjesën dermuese të Qeverive, shumë shpejt dështoi. U deshën 20 vite nga kjo deklaratë që lëvizja fillestare të fillojë përsëri për shkak të ndikimit të sfidave globale shëndetësore si HIV / AIDS dhe TB. Pastaj në vitin 2005, vendet u angazhuan për reformimin e mekanizmave financiarë në mënyrë që të përmirësohej qasja në shërbimet shëndetësore. Ky angazhim u përmbush tetë vite më vonë në Asamblenë e 67-të të Kombeve të Bashkuara, me një rezolutë që miraton UHC. [12]

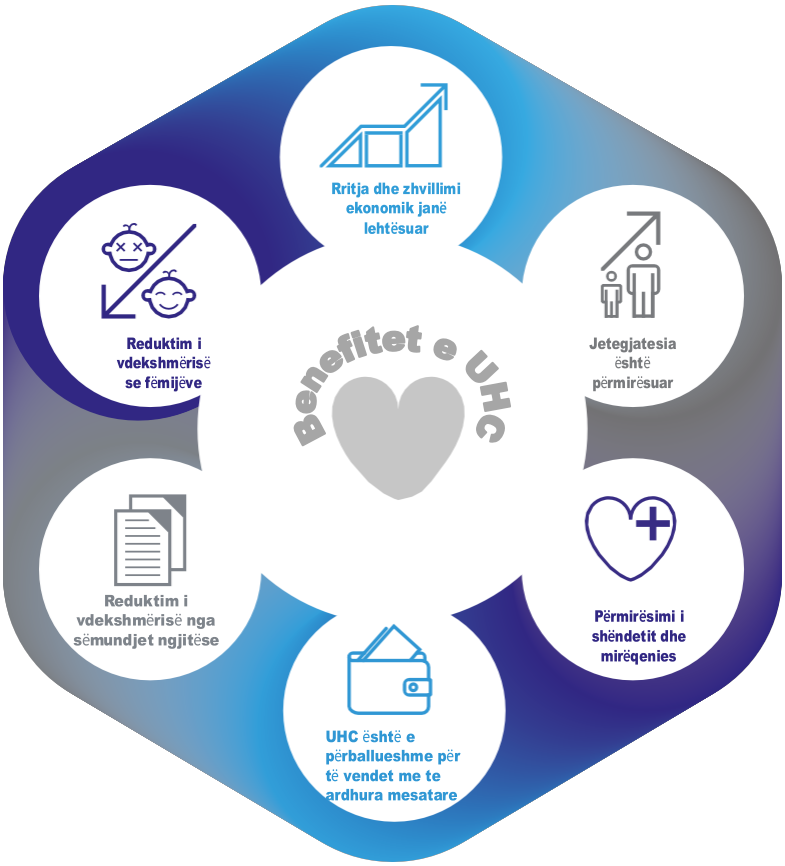
Figura 2: Tri objektivat e lidhura me UHC

Cilësia e shërbimeve shëndetësore duhet të jetë mjaft e mirë për të përmirësuar shëndetin e atyre që ato marrin shërbime.

Barazia në qasjen e shërbimeve shëndetësore për të gjithë ato që kanë nevojë dhe jo vetëm ata që mund të paguajnë për ato shërbime.

Njerëzit duhet të mbrohen nga rreziku financiar duke siguruar që kostoja e përdorimit të shërbimeve nuk ven në rrezik njerzit për dëm financiar.

Figura 3: Benefitet e UHC



PSE INFERMIERËT DUHET TË INTERESOHEN NË SFIDAT SHËNDETËSORE GLOBALE QË NDIKOJNË 'SHËNDETIN PËR TË GJITHË?

Sipas fushëveprimit të tyre, infermieret ofrojnë kujdes të përshtatshëm, të arritshëm dhe të bazuar në dëshmi. Infermieret punojnë në mënyrë të pavarur, si pjesë e ekipeve multidisiplinare dhe marrin pjesë në marrëdhëniet ndërsektoriale për të:

- dhënë përparësi atyre që kanë nevojë më të madhe dhe adresuar pabarazitë shëndetësore
- maksimizuar vetëbesimin, pjesëmarrjen dhe kontrollin e komunitetit dhe individit
- ofruar sigurimin e bashkëpunimit dhe partneritetit me sektorë të tjerë për të promovuar dhe maksimizuar shëndetin.

Përkrahësit dhe ofruesit të kujdesit për individët dhe komunitetet.

Infermieret i përgjigjen nevojave shëndetësore të individëve, komuniteteve dhe botës. Një pjesë e këtij ekuacioni është afërsia e rolit infermieror me personin. Infermieret mund dhe punojnë me individë dhe komunitete dhe janë në pozitën më të mirë për të zhvilluar sisteme shëndetësore që janë më të pajisura për të plotësuar nevojat shëndetësore të popullsisë.

Profesionistë të kualifikuar me potencial për të përmirësuar Shëndetin për të Gjithë.

Infermieria, ka qenë profesioni që ka promovuar shëndetin publik; mbrojti të drejtat e të gjithëve duke përfshirë edhe më të prekshmit në botë; sigurimi i kujdesit përgjatë jetës; dhe edukimin e komunitetit për të arritur shëndet dhe mirëqenie më të mirë. Si profesioni më i madh shëndetësor në mbarë botën, duke punuar në të gjitha fushat ku ofrohet kujdes shëndetësor, infermieria ka potencial dhe vlerë të madhe nëse përdoret siç duhet për të arritur më në fund vizionin e 'Shëndeti për të gjithë'.

Bota po kërkon mënyra për të arritur Shëndetin për të Gjithë.

Deklarata Alma Ata ka dështuar në përpjekjen e saj për të ofruar "Shëndetin për të gjithë." 40 vite më vonë gjysma e popullsisë së botës nuk ka qasje në shërbimet shëndetësore themelore. Mbizotërimi i qasjes ne shëndet si “mungese semundje" dhe përparësia e modeli mjekësor do të thotë se 'Shëndeti për të gjithë' kurrë nuk do të arrihet. Plakja e popullsise dhe ndryshimi i modeleve të sëmundjes kërkojnë një qasje tjetër ndaj shëndetit, që e konsideron një model holistic me individin në qender. Kjo kornizë është në qendër të infermierisë dhe shoqëron rritjen e njohurive shkencore dhe zgjerimin e fushës së praktikës (p.sh. potencialin për të përshkruar, kryerjen e procedurave dhe referimin etj).

Infermieri si pjesë e një ekipi multidisiplinar dhe bashkëpunues ndërsektorial mund të krijojë një sistem shëndetësor që merr parasysh përcaktuesit shoqëror, ekonomik, kulturor dhe politik të shëndetit, pabarazitë shëndetësore, promovimin e shëndetit, parandalimin e sëmundjeve, trajtimin dhe kujdesin e të sëmurëve, zhvillimin e komunitetit, avokimin, rehabilitimin, veprimin ndërsektorial dhe qasjen e shëndetit të popullatës.[15]

PJESA DY

SFIDAT GLOBALE TË SHËNDETIT NDIKOJNË NË SHËNDETIN E TË GJITHËVE

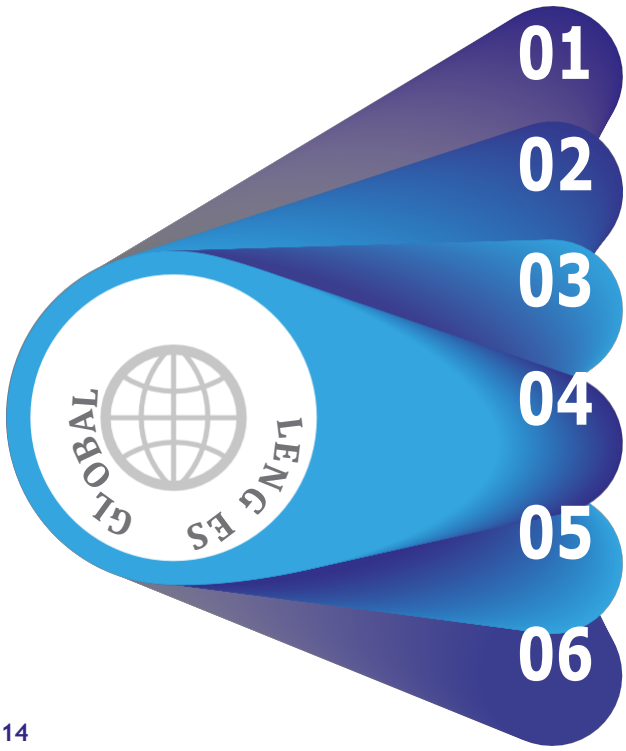
"Pasuria me e madhe eshte shendeti - Virgjil

SHENDET PER TE GJITHE DHE FOKUSI I ICN PER VITIN

Deklarata e Alma Ata vizionoi nje menyre te re me ane te te ciles do te mbeshtetej shendeti. Nepermjet saj u njoh qasja ne sherbime shendesore kualitative, rendesia e faktoreve determinues te shendetit sikurese faktoret sociale, ekonomike dhe mjedisore te cilat ndikojne ne shendetit e individit dhe popullates. Deklarata afirmoi gjithashtu se te gjithe personat nga te gjithe vendet e botes kane te drejte themelore per shendet dhe te gjitha qeverite jane pergjegjese per mbajtjen e ketyre te drejtave.[17]

Ne rradhen e publikimeve ne Diten Boterore te Infermiereve, 'Infermieret nje Ze që Udheheq" jemi fokusuar ne dy elemente: determinuesit socialë te shendetit dhe aksesi ne sherbime shendetesore, duke qene e fundit pjese nga tre seri, ne konsiderojme se te dy elementet ne marredhenie me disa sfida madhore globale te kohes tone do te permiresoje shendetin, mireqenien e individeve, komuniteteve dhe botes.

Figure 5: SFIDAT GLOBALE QE NDIKOJNE NE SHENDETIN E TE GJITHEVE



01 Semundjet qe njohim dhe ato qe nuk njohim. Epidemite dhe Pandemite

02 Produkti i stilit te jetes dhe mjedisit semundjet jo te komunikueshme

03 Zbatimi i te mirave ne sherbim te shendetit tek pacientet ne nje kosto qe eshte e perballueshme nga shtetet - kujdes shendetesor bazuar ne vlere

04 Nje bote ne levizje - shendeti migrues

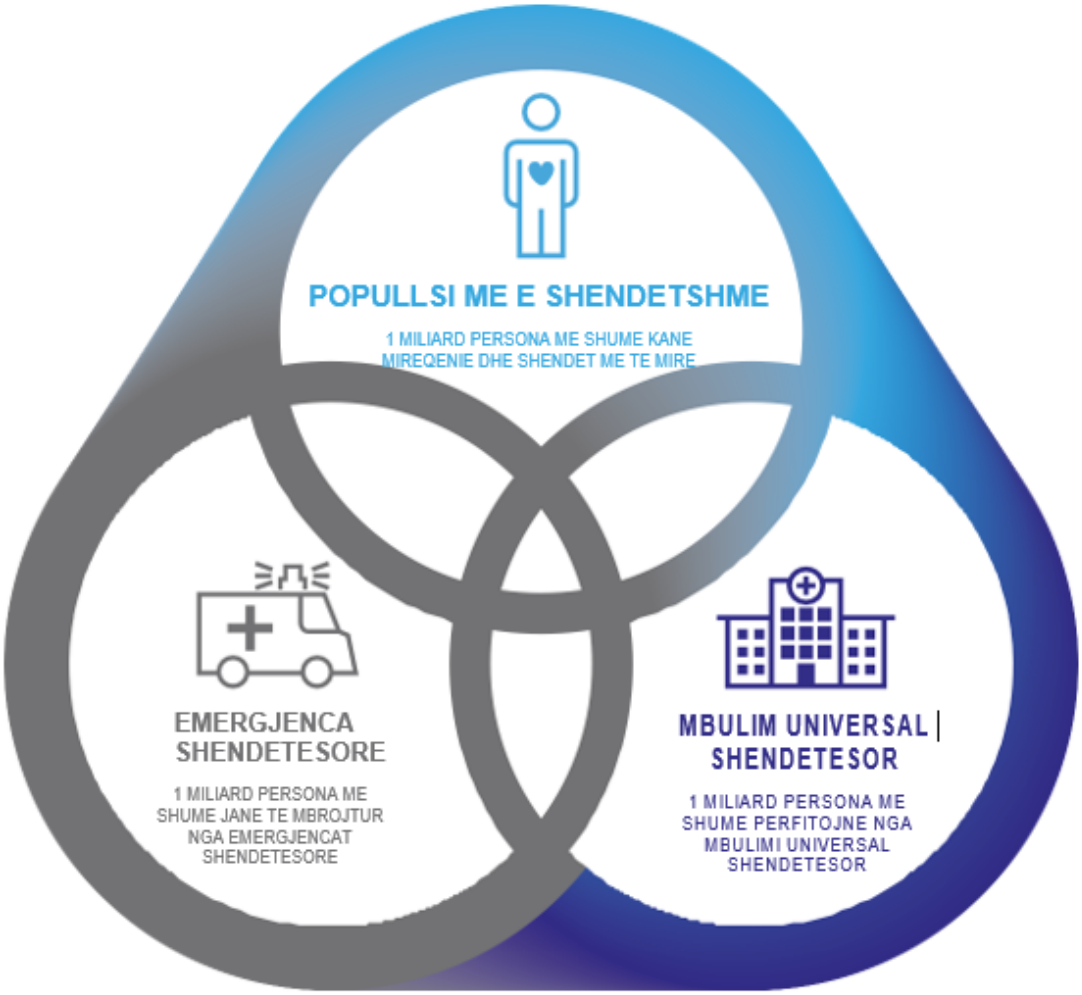
05 Shendeti mendor dhe mireqenia

06 Efektet e dhunes ne kujdesin shendetesor dhe te gjithe ne

SDG-te ofrojne fokus strategjik dhe koherent ne sigurine e shendeti global. UHC dhe shendetin e popullsise. Ata vene ne dukje rendesine e perndjekjes se prioriteteve ne nje menyre te integruar ku secila ndikohet nga tjetra. Keshtu plani i ËHO nder vite ka 3 strategji pioritare te njohura si Qellimet Tre Miliardeshe.

1. 1 Miliarde persona me shume qe perfitojne nga UHC
2. 1 Miliarde persona me shume jane te mbrojtur me mire nga emergjencat shendetesore
3. 1 miliarde persona me shume jane duke shijuar shendet me te mire dhe mireqenie

Figure 6: Seti i strategjive dhe qellimeve te nderlidhura per te siguruar jete te shendetshme dhe per te promovuar mireqenien per te gjitha moshat nga programi i pergjithshem i WHO per punen 2019 - 2023[11]



SFIDA TE SHENDETIT GLOBAL 1

SËMUNDJET QË NJOHIM DHE ATO QË NUK NJOHIM – EPIDEMITË/PANDEMITË

> "Epidemite ne anen tjeter te botes jane nje kercenim per te gjithe. Asnje epidemi nuk eshte thjesht vendore."

Professor. Peter Piot, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Co-discoverer of Ebola in 1976

Ne mes te te emergjencave publike te shkalleve te ndryshme, shperthimi i nje semundje infektive eshte nje kercenim iminent me te cilet perballet publiku i pergjithshem. Teksa frekuenca e zgjerimit te nje semundje infektive apo nje epidemie rritet, paraqitet nje rrezil të shendeti publik dhe nevoja per te pasur nje system shendetesor te forte dhe te qendrueshem. Semundjet infektive mund te perhapen ne cdo kohe dhe ne cdo vend por potenca e tyre eshte me e madhe aty ku sistemi shendetesor eshte me i dobesuar. Gjate viteve te fundit, perhapjet e semundjeve infektive kane ndodhur pa paralajmerim. Kjo situate perfshin virusin e Ebola ne Afriken Perendimore, Sindroma Respiratore e Lindjes se Mesme ne Kore, Kolera ne Jemen, Murtaja Bunonike ne Madagaskar.

Keto perhapje nuk jane pjese e nje situate te re. Viti 2018 shenoi fillimin e pandemise se madhe te Influenza nga 1918 (e njohur ndryshe si Gripi Spanjoll). Megjithese vleresimi ishte variabel, vdekjet si shkak i Influenza ishin nga 50 – 100 milion persona. Kjo perfaqeson 5% te popullesise se botes. Rreth gjysem miliardi njerez ishin te infektuar (1/3 e popullesise se Botes)[20]

> "Nese do me pyesnit per 3 gjera te cilat u nevojiten Filadelfias per te perballuar epidemine do tju thoja juve 'Infermiere, me shume infermiere dhe Akoma me shume infermiere"

Zyrtar ne Filadelfia, 1918[21]

Pandemia e gripit u shfaq gjate Luftes se Pare Boterore kur sistemet shendetesore ishin ne piken e tyre me te dobet. Infermierët dhe stafi mjekesor ishin terhequr nga sistemet shendetesore rreth botes, pasi qe ishin ofruesit me te afte te kujdesit, perdoreshin per mbeshtetje ne ecurine e luftes ne Europe (psh 80% e infermiereve nga Bregu Lindor i SHBA-ve). Kjo gje coi ne mangesi te stafit infermieror.

Nderkohe qe Influenza vazhdonte te perhapej me efekte shkaterruese, infermieret kujdesesht per 50 – 60 paciente ne dite. Fqinjet madje edhe anetaret e familjes shpesh ishin te terhequr per te ofruar ndihmen e tyre si shkak i frikes qe kishin kundrejt infektimit te mundshem. Ishin infermieret te cilet ishin vija e pare mbrojtese deri ne fund.

Si pjese e pergjiges per mungesen e stafit shendetesor ne kete kohe, shume pjese te Globit gjeten menyra te ndryshme per trajnimin e profesionisteve shendetesore.

Infermieret e licensuara merrnin nen patronazh me infermiere praktikante te cilat kryenin nje kurs me te shkurter 6 mujor. Te dhenat paraqesin se punonjesit e trajnuar me pak dhe vullnetaret i rriten vlerat e infeksionit dhe perkeqesuan shendetin e pacienteve.[22]

> Eshte e dhene e qarte se kujdesi infermieror ishte teresisht i rendesishem dhe ishte dukshem parashikuesi i mbijeteses.[210]

Nderkohe qe bota dhe ekonomia globalizohen gjithnje e me shume, duke perfshire ketu udhetimet nderkombetare dhe tregetine, ne duhet te shohim shendetin ne kontekstin global. Gripit Spanjoll iu deshen 18 muaj te udhetonte rreth Botes. Sot nje infeksion mund te udhetoje potencialisht nga nje fshat i vogel ne te gjithe pjesen tjeter te botes brenda 36 oreve. Perhapja fillon me lehte aty ku sistemet shendetesore jane me te dobeta dhe resurset me te limituara por patogjeni mund te shperndahet dhe te jete kercenim per cdo shtet.

Qendra e kontrollit dhe Parandalimit te Semundjece CDC citon: 'Nderkohe qe ne nuk mund te parashikojme saktesisht kur apo ku do te filloje epidemia apo pandemia e rradhes, e dime qe nje eshte duke adhur."
Ka histori te shumta te reja mbi emergjencen apo riemergjencen e nje semundje infective iku ne bote. Raporti i ËHO ne 2007, 'Nje e ardhme me e sigurte: siguria globale e shendetit publik ne shekullin e 21" thote se qe prej 1970, semundje te reja ne rritje jane identifikuar ne nje ritem te paprecedent ne nje ose me shume per vit."

> **80%**
>
> e vendeve nuk jane gati per nje epidemi.[25]

Këtu janë shume rreziqe qe mund te shpërthejnë dhe të përhapen shumë shpejt brenda vendeve dhe jashtë kufijve. Arsyeja mund të jenë:

- Rritja e rrezikut ''përhapjes'' së patogjeneve nga kafshët tek njerëzit
- Zhvillimi i rezistencën antimikrobike
- Përhapja e sëmundjeve përmes globalizimit te udhëtimit dhe tregtisë
- Veprimet e Bioterrorizmit
- Infrastruktura e dobët e shëndetit publik[23]

Parandalimi i epidemisë dhe pandemisë së rradhes kërkon:

- Mbikëqyrje të sistemit që ne menyre të shpejt zbulon dhe raporton rastet
- Rrjetet laboratorike të identifikojnë me saktësi shkakun e sëmundjes
- Një forcë punëtore e aftë dhe kompetente për të identifikuar, gjurmuar dhe kontrolluar shperthimin e semundjeve
- Sistemet e menaxhimit të emergjencës për të koordinuar një përgjigje efektive
- Qasja në ilaçe të sigurta, efektive dhe të përballueshme

$6 trillion

Sipas parashikimeve, pandemitë mund të kushtojnë mbi 6 trilionë dollarë në shekullin e ardhshëm, pritjet për humbje vjetore janë më shumë se 60 miliardë për pandemi të mundshme. Megjithatë, duke investuar 4.5 miliard dollarë në vit në ndërtimin e kapaciteteve. globale mund të shmangin këto kosto te katastrofave.[23]

Siguria globale e shëndetit: Çdo infermiere ka nje rol per te luajtur

Kur SARS u përhap 15 vjet më parë, punëtorët e shëndetësisë në vijën e frontit - sidomos infermieret - ishin në qendër të epidemisë.
Numri i lartë i infermierëve që u preken dhe vdiqën nga SARS ishte për shkak të pozicionit të tyre si personel shëndetësor më i afërte për pacientet e infektuar shpesh pa masa adekuate të kontrollit të infeksionit për të parandaluar përhapjen e asaj qe ishte e re dhe shume infektuese dhe virus lehtësisht i transmetueshem.
Kuptimi fillestar i rëndësisë së kontrollimit të infeksionit në ambientet shëndetësore daton nga 1858, kur Florence Nightingale përkrahu nevojën që ‘’ të mos ti shkaktojmë dëm të sëmurit’’ Që atëherë, njohuritë dhe praktika e kontrollit të infeksionit është përmirësuar në hapa të mëdhenj, por boshllëqet thelbësore mbeten sidomos në vijën e frontit të kujdesit shëndetësor. Kur epidemia Ebola e Afrikës Perëndimore u shfaq në vitin 2014, në nje mënyrë jo proporcionale, nje numri i madh i infermierëve dhe punonjësve të tjerë të shëndetësisë të cilët ishin vijën e frontit. Më shumë se 500 vdiqën nga Ebola gjatë rrjedhës së shpërthimi. Mësimet e nxjerra nga SARS dhe epidemite të panumërta më parë nuk ishte zbatuar plotësisht, sidomos në mjediset e dobëta të burimeve, me të njëjtën rezultate tragjike për punëtorët shëndetësorë.

Pjesërisht e katalizatuar nga humbja e madhe e jetës nga Ebola epidemike, ka një moment të global për t'e përmirësuar aftësitë e vendeve për të gjetur, ndaluar dhe parandaluar shpërthimet e sëmundjeve infektive. Me identifikimin e një patogjeni të ri çdo vit mesatarisht, epidemia e ardhshme nuk është me çështje me rëndësi se e "nëse", por "kur".
Një pandemi globale mund të vriste miliona, me kosto mbi 600 miliardë dollarë ne shpenzimeve shëndetësore dhe humbje ekonomike dhe të kërkojnë vite që bota të shërohet plotësisht.
Është e qartë se ne duhet të jemi më të përgatitur, veçanërisht pasi që duke qene në vijën e pare te frontit të shpërthimit te sëmundjes infektive ka gjasa të goditemi të parët.
Sepse kërcënimi për sëmundje është present në çdo vend, siguria shëndetësore globale e miraton se bota është përgjegjëse për të ndihmuar vendet e ndryshme që të forcojnë aftësinë e tyre për të gjetur, ndaluar dhe parandaluar kërcënime të sëmundjes infektive.

Kjo është arsyeja pse deri më sot, 86 vende kanë përfunduar vleresimin e përbashkët ekstern (JEE), një bashkpunim vullnetar, multisektorial që vlerëson aftësinë e çdo vendi pjesëmarrës për të gjetur, ndaluar dhe parandaluar rreziqet e shëndetit publik. JEE ndihmon vendet të identifikojne boshllëqet më kritike në sistemet e tyre shëndetësore për të forcuar aftësinë e tyre për t'u përgatitur dhe për t'u përgjigjur ndaj kërcënimeve të shëndetit. Prej këtyre 86 vendeve, shumica e tyre nuk janë të përgatitur për të adresuar plotësisht kërcenimet nga infektimet e sëmundjes.
Mbushja e këtyre boshllëqeve të gatishmërisë është kritike dhe forca e kujdesit shëndetësor në vijën e frontit do të jetë qendrore për këto përpjekje, jo vetëm në përgatitjen për të parandaluar dhe kontrolluar por edhe për të siguruar qe shërbime shëndetësore mund të vazhdojë të ofrohen gjatë një krize.
Infermieret shpesh përbëjnë thelbin dy ekipeve, atij të reagimit dhe atij të sistemit të kujdesit qendror shëndetësor. Gjatë epidemisë Ebola të Afrikës Perëndimore, mungesa e qasjes në shërbimet e kujdesit shëndetësor të sigurt si amësisë, programet e vaksinimit dhe trajtimin e malaries qoi në një numër të konsiderueshëm të vdekjeve dhe dëmeve në sistemin shëndetësor i cili mori vite për tu riparuar.
Epidemitë ndikojnë në tërë sistemin shëndetësor. Mbrojtja e sigurisë së infermierëve nëpërmjet marrjes se imunizimit, praktikave te duhura të kontrollit të infeksionit dhe qasja në burime të përshtatshme, si p.sh. pajisje mbrojtëse, është kritike për sigurinë e stafit dhe mund gjithashtu kufizojnë përhapjen e infeksioneve nosokomiale. Infeksionet e fituara në spital mund të jene një nxitës i madh i shpërthimeve duke shkaktuar përhapje të rasteve. Garantimi i një ambienti të sigurt për stafin dhe pacientë ndikon në besimin tek sistemi shëndetësor nga komuniteti dhe komunitetit dhe mbështet aftësinë për të ofruar kujdes efektiv për të gjithë.

Pesë gjëra specifike që mund të bëni si një infermiere:

1.Sigurimi qe praktikat dhe procedurat cilesore të kontrollit të infeksionit zbatohen gjatë gjithë kohës.

Punonjësit e shëndetësisë ne linjen e frontit janë shpesh midis viktimave të para të një shpërthim të ri të sëmundjes infektive, dhe rrjedhimisht mund të veprojë si super shpërndarës për familjen, miqtë dhe kolegët. Të qenurit i imunizuar dhe praktikues i duhur i kontrollit te infeksionit siguron që ju dhe pacientët tuaj jeni te mbrojtur dhe t'i shmangni infeksionet e parandaluar.

2.Ndërmerrni një JEE dhe advokoni për pjesëmarrje.

Çështjet që ndikojnë në linjat e para të kujdesit shëndetësor anashkalohen shpesh gjatë programit të nivelit të lartë te planifikimit dhe zbatimit, dhe infermieret luajnë një rol të rëndësishëm në ofrim e kujdesit me qasjen pacienti ne qender.

Ju mund të gjeni nëse vendi juaj ka përfunduar një JEE, dhe rezultatin e tyre, në ëëë.preventepidemics.org. Siguroni qe zëri dhe ekspertiza e infermierëve janë të përfaqësuara në planifikim dhe shqyrtimin e sigurisë shëndetësore në të gjitha nivelet.

3.Shih diçka, thuaj diçka.

Infermieret janë sytë dhe veshët e sistemit shëndetësor. Zbulim i hershëm i ngjarjeve të pazakonta është kritike në identifikimin dhe pergjigjen ndaj shperthimeve te semundjeve infektive, veçanërisht infeksioneve të reja. Prezantimi i pazakontë në një klinikë ose spital mund të jetë shenja e parë që shpërthimi i nje infeksioni te ri po ndodh. Infermieret duhet të sigurojnë qe të dhënat e mbikqyrjes raportohen dhe veprohen siç duhet. Raportimi i hershëm mund të çojë në një veprim të shpejtë duke parandaluar dhe lokalizuar përhapjen e mëtejshme.

Ju mund te identifikoni se çfarë sistemi është në vend per raportimin e sëmundjet infektuese dhe të siguroni mbështetje për anëtarët të përsonelit shëndetësor dhe raportoni në mënyrë të përshtatshme.

4.Udhëheqje

Më e rëndësishmja, infermierët duhet të marrin më shumë rol në udhëheqje në përgatitjen epidemike në mënyrë që planet, burimet dhe reagimi janë të bazuara në prova dhe në qendër kanë pacientin. Udhëheqësit e fortë, të qëndrueshme dhe te ditur mund të frymëzojnë të tjerët dhe të mbështesin praktika profesionale infermierore, duke përfshirë ofrimin e kujdesit cilësor per pacientin dhe sisteme të kujdesit shëndetësor elastik që kanë kapacitetin për të adresuar çdo kërcënim shëndetësor. Ju mund të jeni ''Zëri që udhëheq''

Kur epidemia e ardhshme godet, rezultati do të përmirësohen nëse infermierët dhe punonjësit e tjerë shëndetësorë të vijës së parë kanë qenë të përfshirë në të gjitha aspektet e parandalimit të epidemisë dhe përgjegjës. Ata do të veprojnë me shpejtësi dhe me vendosmëri duke e ditur ata janë të mbrojtur, duke i lejuar ata që të sigurojnë nivelin e kujdesit të nevojshëm për të minimizuar përhapjen dhe ndikimin e sëmundjes.

Epidemitë janë të pashmangshme, por ne mund dhe duhet të jemi te përgatitur aq sa është e mundur.

Infermieret do të jenë në vijën e frontit për përpjekjet e gatishmërisë për sigurinë shëndetësore, dhe sigurimi i suksesit te tyre është një mënyrë vendimtare për të mbajtur një shpërthim të vogël për tu bërë një epidemi shkatërruese

UHC (Mbulimi universal shendetesor) ka potencialin për të zbutur rreziqet e sigurisë globale shëndetësore përmes një sërë mënyrash të ndryshme. Së pari, ajo ofron mundësi për zbulimin e hershëm i cili mund të diktojë gjatësinë dhe ashpërsinë e një shpërthimi permes ndërhyrjes se hershme. Mund të përmirësojë qasjen e njerëzve në shërbimet shëndetësore nëpërmjet heqjes së barrierave financiare dhe mbrojtjen e njerëzve nga shkatërrimi financiar.

$ 1.6 billion

ndikimin ekonomik të virusit Ebola në 2014.[30, 31]

Kjo do të thotë që njerëzit janë të gatshëm të kërkojnë kujdes shëndetësor heret duke parandaluar përhapjen e mundshme të mëtejshme të sëmundjes dhe duke marre trajtim të hershem. UHC ndërton besimin brenda komuniteti, duke u mundësuar njerëzve që të njoftohen kur fillon një infeksion dhe siguron që njerëzit të kenë më shumë gjasa të ndjekin këshillat e punonjësit të shëndetësisë. Përfitimet bëhen më të qarta për shkak të forcimit të sistemeve shëndetësore dhe përparimit drejt UHC-së dhe sigurimit shëndetësor global.

"Bëni shëndet global rreth kujdesit, jo frikës". "... Shëndeti global shpesh përshkruhet si një leksion i kërcënimeve, qoftë nga rezistenca antimikrobike, ndryshimet klimatike ose epidemitë. Mbrojtja dhe siguria sigurisht që janë elemente kritike të agjenda e sistemeve shëndetësore. Por nëse retorika e frikës kapërcen atë të kujdesit, edhe sistemet shendetesore te pasura ne burine do të jenë te paefektshëm në dhënien e shëndetit të mirë në mënyrë të barabartë. Ëndrra e mbulimit shëndetësor universal do të jetë e pakapshme. OBSH ka një rol kyç në sigurimin se çështjet e sigurisë shëndetësore globale nuk janë kurrë divorcuar nga përfshirja."[32, 33]

Studim rasti

Photo Credit – Uganda Rural Fund

PROGRAMET PËR QASJEN E KOMUNITETIT PËR PËRMIRËSIMIN E SHENDETIT DHE TË MIRQENIES - Uganda

Personeli infermieror dhe vullnetarët e angazhuar nga Fondi Rural në Uganda janë të përkushtuar për përmirësimin e shëndetit dhe mirëqenies së fëmijëve dhe të rrituve në komunitetet rurale të Ugandës.

Historikisht, Uganda kishte një nga sistemet më të këqija shëndetësore në botë. Megjithatë, shumë ka ndryshuar dhe vendi po ecën vazhdimisht në performancën e tij. Disa nga pengesat më të mëdha për të rritur përformancen është qasja në shërbimet shëndetësore dhe burimet për t'i ofruar këto shërbime.[39]

Fondi Rural Uganda (URF) kërkon të përmirësojë shëndetin dhe mirëqenien e fëmijëve dhe të rrituve në komunitetet rurale. Për të arritur këtë, ata përqendrohen më shumë në parandalimin dhe më pak në trajtimin. Pjesa më e madhe e kësaj pune është kryer përmes bisedave rreth shëndetit me komunitetin në fshatra dhe shkolla lokale.

Stafi infermieror dhe vullnetarët vizitojnë fshatrat që japin këshillat themelore shëndetësore veçanërisht lidhur me higjienën personale, shtëpiake dhe kanalizimet (larja e duarve, pastrimi i shtëpisë dhe për të hequr ujin e ndenjur që zakonisht bëhet terren i mbarështimit për mushkonjat që transmetojnë malarian, ujë të vluar për të pirë, duke përdorur ËC, ruajtjen e ushqimit, etj)

Infermieret krijojnë marrëdhënie të ngushta me komunitetin dhe bashkëpunojnë me punonjësit shëndetësor ne fshatra.

Punonjesit shendetesor te fshatit janë zakonisht përgjegjësit e parë për edukimin bazë shëndetësor dhe monitorimin e shëndetit.

Përveç aktiviteteve të promovimit dhe parandalimit të shëndetit, infermieret ofrojnë klinika ku kryhen kontrolle dhe edukime shëndetësore bazë. Çdo rast i vështirë i referohet spitalit.

Klinika lehtëson testimin dhe këshillimin për HIV përmes një partneriteti me " Uganda Cares". URF gjithashtu angazhohet në luftën për të parandaluar malarien e cila është shkaku kryesor i vdekjes dhe paaftësisë në Afrikë.

URF gjithashtu siguron një njesi te levizshme per Shëndetin e Grave që lehtëson qasjen ne trajtim te grave dhe fëmijeve.

Studim rasti **Photo Credit - Bronte Martin**

MEKANIZMAT E SIGURIMIT TË CILËSISË PËR EKIPET E MJEKËSISË SË EMERGJENCËS - Bronte Martin, WHO

Fatkeqësitë dhe shpërthimet e sëmundjeve mund të ndodhin në çdo moment dhe në çdo vend në botë, shpesh duke shkaktuar kërdi dhe duke shkaktuar kërcënim te jetës në komunitete. Me qëllim që të zvogëlohet humbja e shmangshme e jetës, barra e sëmundjes dhe aftësisë së kufizuar, koordinimi është çelësi.40 Ekipet e Emergjencave Mjekësore (EEM) janë një pjesë e rëndësishme globale e fuqisë punëtore shëndetësore.
Çdo infermiere, mjek apo ekip ndihmës që vjen nga një vend tjetër për të ushtruar kujdesin shëndetësor në rast urgjence duhet të vijë si anëtar i një ekipi, i cili duhet të ketë trajnim, cilësi, pajisje dhe furnizime, në mënyrë që të mund të përgjigjet me sukses sesa të imponoj një barrë sistemit kombëtar.

The WHO EMTs Initiative was launched in 2016 to assist organisations and member states to build capacity and strengthen health systems by coordinating the deployment of quality assured medical teams in emergencies.
When a disaster strikes or an outbreak flares, the more rapid the response, the better the outcome. To date,
22 teams have been classified with an additional 70 teams in progress, working towards classification.

Iniciativa e EEM e OBSH-së u fillua në vitin 2016 për të ndihmuar organizatat dhe shtetet anëtare për të ndërtuar kapacitete dhe për të forcuar sistemet shëndetësore duke koordinuar vendosjen e ekipeve mjekësore të siguruara nga cilësia në emergjenca. Kur një fatkeqësi godet ose një rebelim shpërthen, sa më shpejt përgjigja, aq më mirë rezultati. Deri më tani, 22 skuadra janë klasifikuar dhe 70 ekipe të tjera janë në progres, duke punuar drejt klasifikimit.
Iniciativa globale EEM u mundëson vendeve të përmirësojnë kapacitetin e tyre kombëtar, të cilën pastaj janë në gjendje të përdorin për t'a ndihmuar vendet e tjera në gjendje emergjente.

Qeveritë pritëse dhe popullatat e prekura presin nga EEM -të jene te trajnuar, të pajisur dhe të aftë për të siguruar ndërhyrjen e premtuar. Iniciativa e EEM -ve lehtëson dhe koordinon vendosjen e secilit ekip, me individët e saj të veçantë me grupe të ndryshme aftësish.41 Viktimat dhe familjet e tyre sigurohen që ekipet klinike që trajtojnë ato janë të një standardi të sigurisë minimale.
Me 22 vjet eksperiencë si një infermiere e regjistruar dhe 17 vjet në Rezervën e Specialistëve të Forcave Ajrore Australiane Mbretërore, Bronte Martin ka qene deshmitare e shkatërrimeve nga fatkeqësitë e papritura, shpërthimet dhe emergjencat e tjera qe mund të bien mbi një pacient, familjen dhe komunitetet e tyre.

Me përvojën, njohuritë dhe shkathtësitë e saj për t'iu përgjigjur nevojave të një komuniteti, Bronte u angazhua nga Sekretariati i Organizatës Botërore të Shëndetësisë, ku ajo ndërmori një postim gjashtë mujor për të zhvilluar dhe krijuar programin Global për Klasifikimin, Monitorimin dhe Verifikimin mbi sigurimin e kujdesit të vlefshëm mjekësor ndërkombëtar të cilësisë emergjente që janë përgjegjës rreth fatkeqësive të papritura të emergjencës.42Bronte është pasionuar rreth infermierisë dhe për infermieret luanë një rol udhëheqës në zhvillimin e përmirësimit e cilesise të rezultateve shëndetësore. Ajo beson se infermierët janë bërthama dhe vija e frontit të fuqisë punëtore kolektive, duke luajtur një rol kritik në kontributin ndaj kapaciteteve kombëtare, rajonale dhe globale të reagimit ndaj shëndetit emergjent

SFIDA GLOBALE E SHENDETIT 2

PRODUKTI I STILIT TË JETËS DHE MJEDISIT - SËMUNDJEVE JO-TË TRANSMETUESHME (SJT)

"Parandalimi dhe kontrolli i SJT nuk duhet të shihet si konkurues me zhvillimet tjera, prioritetet shëndetësore, dhe zgjidhjet duhet të integrohet me iniciativat egzistuese" **HE Mr Joseph Deiss, President i Asamblese Generale**

Pa marrë parasysh se ku në botë, provat janë të qarta epidemia e SJT është duke tensionuar buxhetet e sistemeve shëndetësore dhe largimin e resurseve nga shëndeti si dhe prioriteteve të zhvillimit. Sic dhe e nderuara Helen Clark një herë tha, " SJT jane pengese e ekonomive globale si dhe shoqërisë ". SJT u vjedhin njerëzve shëndetin, mirëqenien dhe pasurinë e tyre. Ata krijojnë dhe përkeqësojnë më tej komunitetet në nevojë.

68% e Vdekshmërisë Globale

eshte shkaktuar nga kanceri, sëmundjet kardiovaskulare, sëmundjet kronike të frymëmarrjes dhe diabetit.[35]

Kjo nuk është unike për Tonga, në fakt statistikat janë më keq në Ishullin e Pacifik si Fixhi ku ka mbi 800 gjymtime të këmbëve çdo vit 37 Ky rajon ballafaqohet me disa nga rreziqet dhe përqindjen më të larta te popullsisë me SJT në botë. OBSH konsideron SJT të jetë një nga kërcënimet më të mëdha për shëndetin dhe zhvillimin global.5
Në fakt, OBSH konsideron se Qëndrueshmëria e Objektivit për Zhvillim ka qëllim zvogëlimin e vdekshmërisë nga SJT me 30% deri në vitin 2030 e cila nuk do të arrihet nëse situata aktuale vazhdon.5

SJT dhe faktorët e rrezikut kanë korrelacion të fort me gjendjen shoqërore në të cilën njerëzit kanë lindur,rritur, jetojnë, punojnë dhe bëhen të moshuar. Njerëzit që jetojnë në varfëri kanë një rrezik më të lartë të vdekjes së parakohshme nga një sëmundje jo-ngjitëse. Ata që jetojnë në vendet me të ardhurave të ulta janë dyfish të rrezikur ndaj vdekjes së parakohshme nga një SJT. Barra më e madhe e SJT është nga katër sëmundjet kryesore - sëmundjet kardiovaskulare, kanceret, sëmundjeve kronike të frymëmarrjes dhe diabeti. Secila nga këto sëmundje është kryesisht e parandalueshme duke adresuar faktorët e mëposhtëm: përdorimin e duhanit, alkoolit, ushqimi jo i shëndetëshëm, zakonet dhe dietat, si dhe mungesa e aktivitetit fizik.[5]

2/3 e vdekjeve të SJT janë të lidhura me përdorimin e duhanit, përdorimin e alkoolit, dietat dhe pasiviteti fizik.[35]

Përderisa kërcënimi është i vërtetë, mund të ndërmerren veprime për të ndalur valën e SJT. Lajm i mirë është se ndërhyrjet e bazuara në evidencë sigurojnë një kthim të fortë mbi investimin. OBSH thotë se për çdo US $ 1 investuar në një strategji të bazuar në evidencë jep një kthim prej US $ 7 Prandaj, jo vetëm do të shpëtohen jetët dhe shëndeti i njerëzve por dhe do të ketë një përfitim të madh ekonomik, veçanërisht për vendet me të ardhura të mesme. Kjo është e dukshme në Rajonin Pacifik. Kohët e fundit rreth vitit 1960, diabeti ishte një problem i vogël në ishujt Pacifik. Sot, çdo një te tretën ditë, një individ i Tongan humbet një pjesë të gjymtyrëve të tij të poshtme për shkak të gjendjes të dobësuar.

Studim Rasti

Photo Credit – Pascal Nepa

PËRMIRËSIMI I SHËRBIMEVE TË SULMIT NË TRU

Rita Melifonwu, Nigeria

Sipas Organizatës Botërore të Sulmit në tru,një në gjashtë persona në mbarë botën do të përjetojnë një sulm në jetën e tyre.Në Nigeri,sulmi në tru i prek më shumë adultët në jetëgjatësin e tyre ekonomikisht aktive,duke shkaktuar kështu papunësi dhe varfëri midis mbijetuesve të sulmit në tru.Sulmi në tru ka arritur proporcione epidemike,duke i prekur më shumë se 200.00 njerëz në vit, 46% e të mbijetuarve të sulmit në tru vdesin brenda tre muajve dhe pjesa tjetër prej 30% vdesin brenda 12 muajve.[44] Stroke Action është shërbim shëndetësor i udhëhequr nga infermierët, e vetmja qendër rehabilitimi në komunitetin e Nigerisë, duke siguruar shërbimet për të reduktuar incidencën, komplikimet dhe barrën e sulmeve dhe për të siguruar se të mbijetuarit e sulmit dhe ata në rrezik të marrin ndihmën që ju nevojitet për të qene të shëndetshëm dhe mirë.

Si infermiere dhe avokat i pacientëve, Rita Melifonëu ka lobuar Ministrinë Federale të Shëndetësise të nënshkruaj një memorandum mirëkuptimi me Stroke Action Nigeria të implementoj një kampanjë nacionale për parandalimin e sulmit dhe duke përfshirë një konferencë asambleiste për sulme,zhvillimin e shërbimeve për sulme,një rregjistër kombëtar për sulme dhe një strategji për sulme.Rita ka stërvitur dy të mbijetuarit e sulmit,të cilët kanë kapërcyer stigma sociale dhe barrier kulturore për tu angazhuar në avokimin e sulmeve dhe në marrjen e vendimeve për politikën e sulmeve.

Historia e Pacientes

Onyinye, një 33 vjeqare e diplomuar dhe ish menaxhere e një kompanie, ka pasur sulm dhe u shkarkua nga puna per shkak te paaftësise (invaliditetin) se saj. E papunësuar, ajo ka qenë e paaftë të mbështës veten, nënën e saj të ve dhe motra e vëllezër më të vegjël se ajo. Ajo kishte një mobilitet të kufizuar, afazi, depresion pas sulmit dhe ka qenë e izoluar dhe margjinalizuar nga shoqëria. Si rezultat i mbështetjes që e ka marrë nga Stroke Action, Onyinye me sukses e ka pranuar rrugëtimin drejt rehabilitimit nga sulmi. Ajo tani është e lëvizshme, nuk është më në depresion, është avokate publike për sulme dhe e ri-integruar përsëri në komunitetin e saj. Onyinye është tani amabasadore administrative e zyrës së Stroke Action duke pranuar të ardhura mbi minimale për të përmirësuar jetesën e saj.

Figure 7: Vlera e parandalimit dhe kontrollit të SJT[38] OBSH, 2018

Mbulimi universal i shëndetit dhe pergjigja e sistemeve shëndetësore ndaj SJT

Një nga levizesit kryesor drejt mbulimit universal të shëndetit është përballur me kriza të sëmundjeve ngjitësë dhe zbutjen e rrezikut të pandemisë. Por pasi që SJT tejkaluar sëmundjet ngjitëse si shkaku kryesori vdekshmëris. SJT duhet të jetë pjesë e kornizave të UHC. Një nga mënyrat thelbësore për arritjen e kësaj është riorientimi i kujdesit parësor shëndetësor drejt menaxhimit të sëmundjeve kronike.

Kujdesi parësor shëndetësor për shumicën e pacientëve është portë hyrese te sistemi i kujdesit shëndetësor, mirëpo në mjedise të kufizuara të burimeve, pjesa me e madhe e KPSH janë të fokusuara në kujdesin akut epizodik të realizuara nga kujdesin shendetesor sekondar dhe terciar.

Modelet që nuk fokusohen në gjithëpërfshirjen e Kujdesit Parësor Shëndetësor dhe qe janë te karakterizuara nga konsultimet episodike me afat të shkurtër, nuk do ti plotësojne nevojat e kërkuara për parandalim dhe kontrollin e kompleksiteteve të SJT. Këta priren për tu përqëndruar në diagnostifikimin dhe trajtimin menjëhershëm të epizodave akute ose sëmundjeve.

Sistemet më të forta të kujdesit primar rezultojne në shëndet më të mirë.Sistemet janë më të forta nëse janë gjithëpërfshirëse,të kordinuara,të fokusuara në komunitet,universal,të përballueshme dhe familjare.Në mënyrë që të arrihet vlera më e mirë dhe përfitimet nga kujdesi primar shëndetësor,është thelbësore që ne të shkojmë kah një model më gjithëpërfshirës. Dallimet në mes të një qasjeje tradicionale ndaj kujdesit primar shëndetësor dhe kujdesi primar shëndetësor gjithëpërfshires janë paraqitur në fig.

Ne e njohim se strategjia më e mirë për të ulur rrezikun e SJT është për të adresuar stilin e jetes dhe faktorët e ambientit të cilët kërkojnë një veprim shumë sektorial. Megjithatë për këto përpjekje dhe mundësi për tu realizuar, sektori i shëndetësis duhet inkluduar si lider. Është gjithashtu e rëndësishme që SJT janë inkorporuar në mbulim universal të shëndetit për të mbyllur hendekun e shërbimeve SJT dhe të merren me normat e vdekjeve të panevojshme dhe paaftësive pë ata që tashmë vuajnë..

Figure 8: Levizja drejt nje modeli komprehensiv te Kujdesit Shendetesor Paresor[47] Rogers & Veale,2000

	KPSH Tradicional	KPSH KOMPREHENSIVE
Pikepamja e shendetit	Mungese semundje	Mireqenje pozitive
Vendi I kontrollit te shendetit	Personeli mjekesor	Komunitetet dhe individet
Fokusi madhor	Eradikimi i semundjeve perms nderhyrjeve mjekesore	Shendet perms Barazise dhe Fuqizimit te Komunitetit
Personeli Shendetesor	Mjeket	Ekipet multidisiplinare
Strategjite e Shendetit	Nderhyrjeve Mjekesore	Kolaborimi Multi-sektoral

5 Tiparet kryesore të një shëndetësie të organizuar për të parandaluar, kontrolluar dhe menaxhuar SJT

1. .Koordinimi i Kujdesit

- -Kordinimi i kujdesit është çdo aktivitet që ndihmon në sigurimin e nevojave dhe preferencave të pacientit për shërbimet e shëndetit dhe shkëmbimi i informacionit midis të gjithë njerëzve, funksionet dhe faqet të jë jenë përmbushur me kalimin e kohës.
- -Kordinimi i kujdesit është një aktivitet i përqëndruar në njerëz dhe ekip i dizajnuar për të vlerësuar dhe përmbushur nevojat e individeve dhe familjeve duke i ndihmuar ata të drejtohen në mënyrë efikase përmes sistemit të kujdesit shëndetësor.
- -Me mbështetjen, edukimin dhe trajnimin e duhur, infermierët jane vendosur në mënyre ideale për të kordinuar kujdesin, suportin dhe punën në të gjitha kufijtë e sistemit dhe në partneritet të ngushtë me anëtarët të ekipeve tjera dhe palët e interesuara, për të siguruar që individët të marrin kujdes të duhur dhe me kohë Multidisciplinary approach to care

2. .Qasja multidisiplinare ndaj kujdesit

- -Për njerëz që jetojnë me problem komplekse dhe të vazhdueshme, kujdes të integruar dhe kordinuar multidisiplinar, është e nevojshme për të trajtuar gamën më të gjerë të sfidave personale, sociale dhe ato të komunitetit.
- -Themelimi i marëdhënieve të integruara ndërmjetë profesionistëve shëndetësor në mënyrë që praktikuesit të mund të bashkëpunojnë së bashku si një ekip për të trajtuar pacientët. Kjo do të inkludonte përfshierjen e përbashkët në zhvillimin e planeve të trajtimit, monitorimin e zhvillimit dhe pajtimin e përbashkët me ndryshim e planeve të trajtimit.
- -Proceset dhe procedurat duhet të krijohen për të menagjuar kompetencën e profesionistëve shëndetësor për të siguruar cilësin e kujdesit.
- -Sigurimin e edukimit dhe trajnimit për profesionistët për të ndihmuar në qasjen transformuese të nevojshme për ofrimin e duhur të kujdesit shëndetësor për parandalimin, promovimin dhe kontrollin.
- -Standardizimi i diagnozave dhe trajtimeve për të ndihmuar në sigurimin e cilësis së standardeve për kujdesin klinik.

3. Duke punuar për qëllimin e plotë të praktikës

- -Sigurimi i qasjes në shërbime cilësore të edukimit dhe trajtimit në të dy nivele universitare dhe pas universitare për të lehtësuar intervenimet e përmirësuara në parandalimin, promovimin, zbulimin e hershëm dhe kontrollin e SJT.
- -Mbështetni të gjithë infermierët e rregjistruar për të përfshirë parandalimin e SJT në praktikën e tyre për të siguruar se rolet e menaxhmentit infermieror/klinik të jenë zvhilluar në kujdes primar dhe kujdes të komunitetit.
- -Forcimi i kontributit të lidershipit të infermierëve në vendimarrjen e politikave dhe programeve. Kjo do të kërkojë investime në udheheqje dhe hulumtime infermierore në lidhje me SJT, duke përfshirë efikasitetin dhe kosto-efektivitetin e ndërhyrjeve dhe përkthimin e njohurive në praktikën e bazuar në fakte.
- -Rritni numrin e infermierëve të specializuar në SJT për të përmirësuar qasjen në cilësi, kosto-efektive dhe trajnime të qëndrueshme.
- -Vetë-menaxhimi dhe manaxhimi klinik qe bazohen ne SJT, maksimizojne përdorimin e teknologjisë. Kjo do të kërkojë investime në numër të mjaftueshëm të infermierëve të rregjistruar, me aftësi dhe qasje të përshtatshme në infrastrukturë dhe teknologji në kuadër të kujdesit primar shëndetësor për të siguruar kujdes optimal për komunitetin.
- -Përfitoni fuqinë e fushatave globale të infermierëve (psh Infermieria Tani) për të udhëhequr transformimin dhe pajisjen e infermierëve në mbarë botën.

4.Fuqizimi i individëve dhe komunitetit

- Hulumtimet tregojnë se pacientët e fuqizuar dhe të angazhuar kanë rezultate më të mira shëndetësore. Organizata Botërore e Shëndetësis definon fuqizimin e pacientëve si ''Proces në të cilin pacientët kuptojnë rolin e tyre ku jepet njohuria dhe aftësitë nga ofruesit e kujdesit shëndetësor për të kryer një detyrë në një mjedis që njeh komunitetin dhe dallimet kulturore dhe inkurajon pjesëmarrjen e pacientit."
- Fuqizimi udhëheq pacientët për të rritur kapacitetin e tyre për tu marrë me burimet e tyre personale për të jetuar mirë dhe për t'u naviguar në mjediset e kujdesit shëndetësor.

Rast Studimi

Photo Credit – Georgina McPherson

PRAKTIKUESIT INFERMIEROR OFROJNË SHËRBIME ME CILËSI TË LARTË KOSTO EFEKTIVE PËR SHËNDETIN E GRUAS

- Georgina McPherson, New Zealand

Praktika e avancuar infermierore në shëndetin e gruas ka qenë mirë e themeluar ndërkombëtarisht për më shumë se 30 vite. Georgina McPherson, një praktikuese infermierore, zhvillon programin e parë të trajnimit kolposkopistë të infermierëve në Zelandën e Re me profesor Ron Jones në spitalin kombëtar të grave. Ajo ka punuar si kolposkopiste për 18 vite dhe në 2006 u miratua si praktikuese infermierore në Zelandën e Re në shëndetin e grave dhe infermiere e parë e Paqësorit e ardhur për të fituar miratimin si praktikuese infermierore. Praktika e saj është e shtrirë si në kujdes parësor dhe atë dytësor duke siguruar kolposkopi dhe një klinikë për mirëqenien e gruas në komunitet për të përmirësuar qasjen në kujdes për dhe gratë Maore dhe te Paqësorit.

Në Zelandën e Re, praktikuesit infermieror kanë qenë ekspertë klinik brenda ekipit dhe tani po bëhen liderë klinik te ekipeve. Përmes kësaj njohjeje të cilësisë së ofrimit të shërbimeve nga praktikuesit infermieror, Georgina u emërua si kryetare klinike në vitin 2016 me miratimin e Ministrisë së Shëndetësis, një rolë paraprakisht I rezervuar për mjekët.

Georgina është e njohur mirë si lidere në fushën e saj duke siguruar ofrimin e shërbimeve të kujdesit klinik të klasit të parë që dallohen mbi standardet e -Programit i Përmirësimit të Cilësise Kolposkopike dhe duke siguruar cilësi jashtëzakonisht të larta të kujdesit. Duke parë disa çështje me qasje në shërbime ne komunitetin e saj, Georgina krijoji një rrugë të re klinike.

Një projekt i shfrytëzimit të laboratorit bazuar ne evidence, udhëzime të implementuara dhe ndryshim i rëndësishëm dhe i qëndrueshëm në testimin laboratorik i cili ka rezultuar në kursimin e përafërsisht 100.000 dollarë të Zelandës së Re për një periudhë në më shumë se 12 muaj. Gjitahshtu ka zvogëluar testime të panevojshme në gra. Përfitimet e një modeli të kujdesit të drejtuar nga praktikues infermieror kanë demonstruar se praktikues infermieror mund të ofrojnë kujdes klinik dhe kosto efektiv.

Ka pasur një reduktim në klinikat e anuluara të Site Management Organization për shkakë të fleksibilitetit të praktikuesve infermieror për të mbuluar dhe ka mundësuar zhvillimin e praktikuesve infermieror në zona të tjera të shërbimeve gjinekologjike.

Zhvillimi i infermiereve praktikuese si udhëheqëse e klinikës ka treguar se praktikuesit infermieror mund të sigurojnë udhëheqje të shkëlqyeshme klinike dhe mund të udhëheqin shërbime klinike për të përmirësuar cilësin e kujdesit dhe ofrimit të shërbimeve.

Photo Credit – Karen Kasmauski

SFIDA GLOBALE SHENDETSORE

DORËZIMI I REZULTATEVE SHËNDETËSORE QË KANË RËNDËSI PËR PACIENTËT ME NJË ÇMIM QË SHTETET MUND TË PËRBALLOJNË

> "Për miliarda njerëz, mbulim shëndetësor universal do të jetë një anije e zbrazët përveçse përmirësimi i cilësisë do të bëhet si një agjendë qendrore universale për vetë mbulimin shëndetësor."
>
> **Sania Nishtar, Bashkë kryesuese e OBSH-ës, Komisioni i pavarur i nivelit të lartë mbi sëmundjet jo ngjitëse.**[52]

Përkujdesja e përqendruar tek njerëzit ka qenë një lëvizje e fuqishme gjatë viteve të fundit. Por është e vështirë të konceptojmë se si sistemet shëndetësore të mëdha dhe komplekse që po kërkojnë efikasitet me profesionistë të angazhuar mund të inkorporojë këtë me kosto efektivitet si një etikë qendrore. Me aq kërkesa të larta të kombinuara me kujdesit shëndetësor ka tentuar të përqendrohet në analiza shkencore dhe tretmanë me qarkullim të vëllimit të lartë në Vend të konsiderimit të pacientit si person.modelet e pagesave të bazuara me aktivitete, sigurimi i

Pavarësisht nga njohja e kujdesit të përqendruar te njerëzit si e rëndësishme, ka sfida praktike për zbatimin e saj. Megjithatë arritja e kujdesit kosto-efektiv me rezultate shëndetësore të përmirësuara, te përqendruara në njerëz nuk janë filozofi divergjente.

Synimi i kujdesit shëndetësor nuk është më shumë trajtim mirëpo shëndet më i mirë.

Kujdesi shëndetësor i bazuar në vlera ka për qëllim të arrijë një shëndet më të mire me nje kosto efektivitet. Sipas The Economist, sistemi i kujdesit shëndetësor duhet të largohet nga furnizimi i drejtuar sistemit të kujdesit shëndetësor rreth asaj që mjekët bëjnë dhe drejt një qasje të përqendruar te njerëzit rreth asaj së çfarë janë nevojat e pacientit.

Kur sistemet shëndetësore bashkëpunojnë me pacientët dhe familjet e tyre kualiteti dhe siguria e kujdesit shëndetësor rritet, kostot zvogëlohen, kënaqësia e ofruesve rritet dhe përvoja e kujdesit të pacientit përmirësohet. Kujdesi i përqendruar te njerëzit po ashtu mund të përmirësoj Business metrics të financave, siguria dhe shpërndarja në treg.metrics of finances, safety and market share.[54]

Studim Rasti

Photo Credit – Beke Jacobs

Infermieria dhe fundi i jetës

Beke Jacobs, Germany

Demografia tregon se jetëgjatësia e njerëzve në mbarë botën po rritet. Ne të njëjtin kohë, opsionet e trajtimit mjekësor, veçanërisht në vendet perëndimore janë dorëzuar në standard më të larta që lejojnë trajtime të reja në persona të sëmurë dhe ata në prag të vdekjes. Shpesh kjo ngre çështjen e fizibilitetit mjekësor duke marrë parasysh dëshirat individuale të pacientit. Rrjedhimisht, ekziston një mandatë social për të reflektuar mbi së fundi deri në çfarë mase individi dëshiron të trajtohet në rast të sëmundjes, dobësisë dhe fundit të jetës. Kjo është veçanërisht e rëndësishme se ekipet terapeutike shpesh përballen vendime kritike për jetë në situata të cila pacienti nuk mund të shpreh më vullnetin e saj/tij.

Beke Jacobs një infermiere e regjistruar dhe kryetare e qendrës së informacionit të pacientëve të Qendrës Mjekësore Universitare të Schlesëig Holstein në Gjermani ofron shërbime këshillimi për të mbështetur pacientët në procesin e të kuptuarit të dimensioneve të fundit të jetës dhe vendimet e vendimeve dhe mandatet.

Ka shumë sfida me të cilat infermierët përballen gjatë menaxhimit të pacientëve të cilët kanë kaluar në trajtim paliativ. Jo vetëm që ka kërkesa ligjore të ndërlikuara dhe aspektet e kujdesit të kërkuara në lidhje me saktësinë dhe formulimet specifike të direktivës së avancuar dhe të krijojë empati për nevojat e pacientit dhe anëtarët e familjes së tyre. Puna e Bekes është të informoj dhe të këshillojë pacientët dhe të afërmit e tyre në situate të kujdesit akut në spital, këshillim publik i kërkuar dhe gjatë ngjarjeve informuese, pa pagesë të organizuar nga spitali.

-Me direktivë të avancuar me shkrim pacientët mund të përcaktojnë masa të caktuara mjekësore nëse duhet të kryhen ose të hiqen, nëse nuk janë më në gjendje për të vendosur për veten e tyre. Kjo siguron që vullneti i pacientit do të zbatohet, edhe nëse nuk mund të shprehet më në mënyrë autonome në situatën aktuale.

Infermieria është një profesion i vendosur në mënyrë unike. Ky profesion ka përgjegjësi të pabesueshme në mënyrë unike për të siguruar kujdes dhe për të lehtësuar vuajtjet edhe në momente më vulnerabile të jetës si është procesi i vdekjes.

Infermierët me eksperiencë kanë trajnime, shkathtësi dhe përvoja për të ndjerë empati për pacientet, duke marrë parasysh ndërhyrjet mjekësore dhe ndikimi i tyre, gjendja fizike, kognitive, sociale dhe shpirtërore, që rezulton në aftësi për të siguruar shumë kujdes dhe mbështetje në fundin e jetës. Infermieret ofrojnë shërbime vitale në sigurimin e dinjitetit dhe respektit.

Kujdesi shëndetësor i bazuar në vlerë: a është ai plumb magjik?

Në një konferencë të kohëve të fundit për shëndetësi Ministri i Shëndetësisë ka hapur eventin me fjalimin duke thënë se Qeveria ka përkushtuar dy miliardë dollar amerikan në sistemin shëndetësor, një rritje prej 15% gjatë një periudhe 3 vjeçare. Në po të njëjtin fjalim ai ka treguar për rritjen e numrit të mjekeve, infermierëve dhe stafit tjerë brenda sistemit shëndetësor. Përderisa kjo mund të ketë qenë e nevojshme nga sistemi shëndetësor, fokusi nuk ishte në rezultatet më të mira shëndetësore për komunitetin mirëpo në inputet që ofrojnë shërbimet mjekësore.

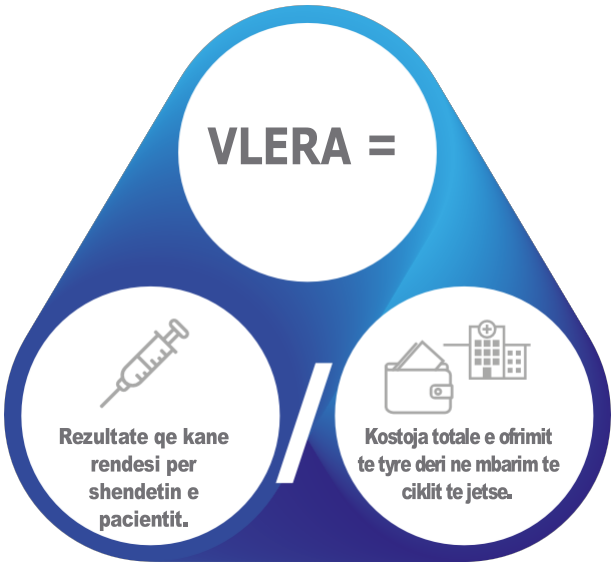
Me rritjen e jetëgjatësisë, e shoqëruar nga rritja e sëmundjeve kronike si model ky biznes, si qasje e zakonshme nuk është as e përballueshme por as e qëndrueshme.

Për të vazhduar ofrimin e shërbimeve të arritshme, me cilësi të lartë dhe kujdes të përqendruar tek njerëzit, qeveritë dhe krijuesit e tjerë të politikave do të duhet të lidhin shpenzimet e kujdesit shëndetësor me rezultatet në mënyrë që të përmirësohet vlera për pacientet, individët dhe komunitetin. Shëndeti është një pararendës i rëndësishëm i lumturisë dhe është një nga themeluesit e një ekonomie të fortë, por ka sfida të mëdha në promovimin e një jetese të shëndetshme dhe sigurimin e qasjes në kujdes shëndetësor cilësor dhe të përballueshëm.

Ekzistojnë sfida të rëndësishme për qeveritë dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor për të mbuluar shpenzimet por edhe në të njëjtën kohë të përmirësoj shëndetin dhe mirëqenien e popullsisë. Kujdesi shëndetësor i bazuar në vlera është një qasje në sistemin shëndetësor ku është një përpjekje për të përmirësuar rezultatet e pacientit me një kosto sa më të ulët. Kjo është një qasje që përpiqet të bashkojë të dyja interesa të sistemit shëndetësor dhe atë të pacientëve. Vlerat duhet të arrihen në të gjitha nivelet e sistemit shëndetësor, jo vetëm në spital, ndërhyrjet e specialistëve ose kujdes primar. Vlerat krijohen kur kujdesi është i siguruar për të gjithë gjendjen mjekësore të pacientit gjatë ciklit jetësor të kujdesit.

Kur rezultatet të jenë përmirësuar, ky është aspekti më i rëndësishëm për përmirësim të vlerave dhe ulje të kostove.[55]

Figure 9: VLERA



Prandaj në thelbin e kujdesit shëndetësor të bazuar në vlerë është rritja e vlerave për pacientët-që është arritje më e mirë e rezultateve të shëndetit ku kostoja dhe përpjekja janë të përballueshme dhe pritjet janë të arritura. Ajo largohet nga furnizimi drejtuar sistemit shëndetësor të organizuar përreth aktivitetit mjekësor drejt një sistemi të përqendruar, drejt një sistemi të organizuar në atë që është më e nevojshme për individët dhe komunitetet. Ajo ndryshon të menduarit nga ajo çfarë është problemi me pacientët në atë se çfarë ka rëndësi për ta. Siç theksoi Sir Robert Francis në hulumtim publik Mid-Safforshire në Angli''Cilësia e kujdesit ka të bëjë më përvojën e pacientit si dhe me rezultatet, dhe vendimet e marra me ndikim në cilësi duke marrë me konsideratë pikëpamjet e pacientëve për të kuptuar këtë".[56]

8 million

vdekje ndodhin në vende me të ardhura të ulëta dhe mesatare për shkak të kujdesit të dobët shëndetësor [52]

Shumë vende nuk janë në gjendje të ofrojnë as kujdes thelbësor shëndetësor, shërbime që ofrojnë kujdes të sigurt dhe efektiv për të gjithë popullatën.Edhe ato vende me mbulim universal shëndetësor po luftojnë për të plotësuar kërkesa shëndetësore të popullsisë në plakje, barrën në rritje të sëmundjeve kronike, rritjen e jetëgjatësisë duke rritur pritjet e konsumatorëve dhe duke shkallëzuar shpenzimet e kujdesit shëndetësor lidhur me trajnime dhe teknologjinë e re.Qëndrueshmëria e mbulimit universal

3 Shkaku i tretë kryesor i vdekjes në SHBA janë gabimet mjekësore [57]

shëndetësor është në rrezik përveç nëse sistemet e shëndetësisë ndryshojnë dhe adaptohen në ndryshime të mjedisit.

Kushti i mbulimit universal shëndetësor (UHC) është sigurimi i cilësisë së lartë të kujdesit shëndetësor që është i arritshëm për të gjithë me një çmim që është i përballueshëm për të dy; konsumatorin dhe vendin. Kjo përfshinë kujdesin e duhur, në kohën e duhur dhe nga ofruesi i duhur duke minimizuar dëmet dhe mbeturinat e burimeve duke mos lënë asnjë pas.Megjithatë kujdesi shëndetësor i dobët mbizotëron në vende në të gjitha nivelet e të ardhurave. P,sh në vende me të ardhura minimale ose mesatare (LMIC) 10% të pacientëve të hospitalizuar mund të presin një infeksion të fituar gjatë qëndrimit të tyre (7% në të ardhura të larta).Sipas disa raporteve në disa vende me të ardhura minimale ose mesatare ofruesit e shërbimeve mjekësore kane mundur të bëjnë një diagnostikim të saktë 33-66% të kohës më udhëzime të duhura klinike të përcjellura 45% të kohës. Disa hulumtime madje kanë sugjeruar se edhe nëse qasja është përmirësuar në mbarë botën, benefitet për pacientët dhe komunitetin do të mbesin të kufizuara.[60]

Një qasje e kujdesit shëndetësor e bazuar në vlera mund të ndihmojë në implementimin e një sistemi shëndetësor cilësor dhe të përballueshëm. Çdo vend do të kërkojë një vend të ndryshëm të ndërhyrjeve në varësi të nevojave të tyre por ekzistojnë edhe një numër i intervenimeve bazike dhe ndërhyrjeve të lira që janë brenda mundësive për të gjitha vendet.
Një qasje e bazuar në vlera mund të ndihmojë në identifikimin dhe financimin e shërbimeve që do të japin përfitime të mëdha për individët dhe komunitetin. Përfitime të tjera përfshijnë:

- E vendos pacientin në qendër të kujdesit shëndetësor
- Orienton sistemin shëndetësor në tërësi të vazhdimit të kujdesit shëndetësor dhe jo thjeshtë trajtimin.
- Riorganizon kujdesin sipas kushteve të pacientit në njësi të integruara.
- Mat rezultatet dhe kostot për pacientet, i krahason ato, identifikon fushat e variacioneve dhe promovon përsosmëri.
- Ndihmon në definimin e suksesit për ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe sistemin.
- Drejton kujdesin multidisiplinar dhe inovacionet e kujdesit
- Udhëheq uljen e kostos që është në të vërtetë rritja e vlerës.
- Vërteton fushat për rritjen e linjës së shërbimit dhe përkatësisë.

"Edhe nëse lëvizja aktuale universal drejt mbulimit shëndetësor ka sukses, miliarda njerëz do të kenë qasje në kujdesin shëndetësor me cilësi aq të dobët sa më nuk mund ti ndihmojë ata, dhe shpesh mund ti dëmtojë"

Don Berwick, President Emeritus dhe bashkëpunëtor i lartë, Instituti për përmirësimin e shëndetësi [52]

Kujdesi infermieror i bazuar në vlera dhe roli i infermierisë

Kujdesi shëndetësor i bazuar në vlera është një nxitës i cilësisë dhe kujdesit të përballueshëm dhe si i tillë promovon kujdesin primar shëndetësor, menaxhimi efektiv i shëndetit të popullatës, angazhim i përmirësuar i pacientit, komunitetit, kujdes ndërdisiplinor dhe bashkëpunim në ekip. Progresi drejt këtyre fushave do të rrisë nevojën dhe do të ngritë rolin e infermierëve të rregjistruar. Për sistemin shëndetësor që të arrijë benefite potenciale të ofruara nga kujdesi shëndetësor i bazuar në vlera, hartuesit e politikave dhe sistemet shëndetësore do të duhet të sigurohen që profesioni është i pajisur me arsim të përshtatshëm dhe mjete dhe te mbështetur për të punuar në fushëveprim të plotë të praktikes. Një shembull i suksesit në këtë fushë përfshirë menaxhimin e sëmundjeve kronike të udhëhequr nga infermierja, ku kohëzgjatja e qëndrimit është zvogëluar, rezultatet e shëndetit janë përmirësuar dhe pranimet në repartin e emergjencës janë reduktuar.
Mbështetja e infermierëve që punojnë në fushëveprim të plotë të praktikës së tyre dhe në mënyrë efektive përdorin udhëheqjen infermierore, sistemet shëndetësore kanë dhe mund të transformojnë ofrimin e kujdesit shëndetësor, arritja e rezultateve më të mira shëndetësore për individët dhe komunitetin në nivel efikas të kostove.
Fusha më e madhe e përparimit për zbatimin dhe përmirësimin e kujdesit shëndetësor të bazuar në vlera është në mbledhjen dhe analizën e të dhënave infermierore.
Informacioni është vendimtar për marrjen e vendimeve efektive dhe integrale në cilësinë e kujdesit shëndetësor dhe rezultatet e ndërlidhura.
Infermierët punojnë në një mjedis informative intensiv dhe ka shumë përfitim duke e mbledhur në mënyrë të duhur. Kjo përfshihet por pa u kufizuar në:

-Përmirësimi i sigurisë së pacientit.
- Kuptimi më i lartë i rezultateve të shëndetit të pacientit
- Koordinimi efikas i kujdesit
- Analizë e avancuar e performancës
- Qasje në kohë të informacioneve në gjithëpërfshirëse të pacientëve
- Përmirësimi i shfrytëzimit të burimeve

Sistemet e teknologjisë informative që mbledhin të dhënat infermierore dhe informacion mund të revolucionarizojnë industrinë e shëndetësisë dhe ndihmojnë në zhvillimin e një sistemi shëndetësor të bazuar në vlera. Jo vetëm që efikasiteti është përmirësuar por është përmirësuar edhe përvoja e stafit, pacientëve, familjeve që do të shpëtojë jetë të panumërta dhe do të përmirësojë cilësinë e jetës.

Studim Rasti

Photo Credit – Tommy Walsh - Tallaght Hospital

PËRMIRËSIMI I VEPRIMTARISË SË KUJDESIT NË DEPARTAMENTET EMERGJENTE- Shirley Ingram, Irlandë

Spitali Tallaght ka repartin me te madh te Emergjencës ne Irlandë, me 48,000 persona te rritur te pranishëm brenda vitit, Ka përdorim te larte te emergjencës nga banoret e zonës, 40% te familjeve janë anketuar kane shfrytëzuar emergjencën për adult ne 12 muajt e fundit. Dhimbja e kraharorit është simptome kryesore prezantuese te sëmundjeve koronare te zemrës.

48% e te gjithë njerëzve qe paraqiten me dhimbje gjoksi janë pranuar shpesh duke mbetur ne karrocë ne repartin e emergjencës për dite te tera përderisa prisnin te shtrihen ne një shtrat për paciente. Se bashku me vuajtjen e pacientit, kjo paraqiti një problem serioz. Tallaght është një zonë socio-ekonomike e ulët ne Dublinin jug-perëndimor me nivel te larte te faktorëve te rrezikut kardiak siç janë pirja e duhanit dhe obeziteti. Emergjenca e Spitalit Tallaght është njëra ndër me te ngarkuarat ne vend.

Mjek i specializuar i Infermierisë kardiologjike udhëheqë shërbimin e dhimbjes së kraharorit , ku ka dhënë përfitimet të jashtëzakonshme ne 3 vitet e fundit me investime të kufizuara të burimeve duke përfshirë shmangia e pothuajse 600 pacienteve ne vit.

Qëllimi i përgjithshëm i këtij shërbimi inovativ është shkarkimi pacientet e duhur nga ED ne gjoksin e udhëhequr nga infermieri klinikë për dhimbje për vlerësimin të mëtejshëm dhe testim. Kjo siguron një shërbim të sigurt dhe kompetent për pacientin duke shmangur pranimin.

Brenda vitit të parë mjek i specializuar i infermierisë kardiologjike udhëheq shërbimet e dhimbjes së kraharorit pranimet në pavijon u zvogëluan ne 36%, dhe për karrocat e ED prej 60 % , duke kontribuar ne kursime të duke kontribuar në kursime të rëndësishme për spitalin. Pacientët gjithashtu marrin një diagnozë në kohë, promovim të shëndetit dhe siguri.

Studim Rasti

Photo Credit – Minna Miller

ROLI I INFERMIERIT NË EKIPIN INTERDISIPLINAR PËR TRAJTIMIN E FËMIJËVE ME ASTMA - Minna Miller, Kanada

Kur infermierët dhe infermierët praktikantë punojnë në fushën e tyre të plotë të praktikantëve në ekipin interdisiplinar, rezultatet e pacientit dhe ato te organizacion-it rriten. Hulumtimet kanë treguar se qasja ndërdisiplinore në ekip për kujdesin e astmës pediatrike zvogëlon vizitat e departamenteve emergjente dhe pranimet në spital dhe se arsimi i astmës përmirëson rezultatet..

Astma është një sëmundje kronike, inflamatore e rrugëve të frymëmarrjes karakterizuar nga hipereaktiviteti bronkial dhe variable pengimi i rrugëve ajrore, duke rezultuar në episodet e përsëritura të tronditjes, kollë, ngushtësi gjoks dhe fryma. Ndikon pothuajse 300 milionë njerëz në mbarë botën, dhe është sëmundje më e zakonshme klinke pediatrike ne popullatë.

Spitali i Fëmijëve, klinika ndërdisiplinore e astmës ofron shërbime për fëmijët që kanë nevojë për një diagnozë tashmë të diagnostikuar me astmë, shumë prej të cilëve kanë më shumë sëmundje dhe dobësi që kanë të bëjnë me determinantët social te shëndetit. Kanadaja me praktikantët e infermierisë, edukator infermierë të certifikuar të astmës, një respirolog, allergistë, pediatër, terapistë të frymëmarrjes dhe teknikë alergjie që punonin së bashku për të ofruar shërbime të përgjithshme për astmë të fokusuara në familje. Qëllimi është të përmirësohet qasja në astmën shërbimet gjithëpërfshirëse (diagnostikimi dhe diagnoza, menaxhimi dhe edukimi) dhe për të përmirësuar rezultatet e pacientit (të përmirësojë kontrollin e astmës, të reduktojë dëmtimet dhe ekzakerbimet e ardhshme dhe pasojat që lidhen me to).

Infermieri praktikantë funksionon në mënyrë autonome dhe siguron diagnozën e astmës, menaxhimin dhe edukimin. Si rezultat, pediatrit janë në gjendje të përqëndrojnë vëmendjen e tyre tek fëmijët astmatikë me bashkë-morbiditete të shumta komplekse. Edukator i Certifikuar i Astmës Infermieret e Regjistruar ofrojnë edukim gjithëpërfshirës të astmës tek pacientët dhe familjet në të gjitha nivelet e mësipërme të shërbimit brenda klinikës.

Klinika ndërdisiplinore e astmës është një "one-stop-shop" për diagnostikim, diagnozë, menaxhim dhe edukim të plotë të astmës. Midis 2012-16, 5,200 takime të pacientëve / familjeve (duke përfshirë telemjekësinë) janë dorëzuar dhe mbi 60% prej tyre janë siguruar nga praktikantet infermiere. Klinika është qendra provinciale e ekselencës për kujdesin e astmës pediatrike. Struktura e ekipit lehtëson përdorimin e duhur të burimeve klinike dhe ka rezultuar në reduktim të ndjeshëm në kohët e pritjes për vizitat e reja të pacientit nga 12-14 muaj deri në dy-tre muaj. Të dhënat e klinikës tregojnë përmirësime të dukshme në kontrollin e astmës, reduktimin në vizitat e departamenteve emergjente dhe hospitalizimet për ata që kanë marrë kujdes në klinikën e astmës.

Studim Rasti

Photo Credit – Ronan Guillou

– IMPLEMENTIMI I KURSEVE PARAPERGATITORE NE RAST TE KATASTROFAVE NE KURRIKULAT E SHKOLLAVE INFERMIERORE- Manar Nabolsi, Jordani

Programe për përgatitjen e gatishmërisë në raste fatkeqësish u janë prezantuar programeve të Infermierisë të Universitetit të Jordanisë për të ndihmuar në trajnimin e infermierëve për të marrë pjesë në përpjekjet për të menaxhuar ndikimin që kanë fatkeqësitë në rajon.

Jordania është në një zonë të rrezikuar nga tërmeti me rrezik të lartë, i cili gjithashtu është i prekshëm nga përmbytjet dhe rrëshqitjet e tokës në të dy zonat urbane të populluara dhe në zonat rurale. Ndikimet e ndryshimeve klimatike ndjehen shumë në këtë pjesë të botës ku rreziqet si thatësira ekstreme shkatërrojnë rajonin në intervale të rregullta, Jordania ka qenë prej kohësh një vend strehimi për njerëzit që ikin nga dhuna në vendet fqinje. Fluksi i fundit i mbi 600,000 refugjatëve ka vendosur shërbimet themelore të vendit, të tilla si kujdesi shëndetësor, nën tendosje të rëndësishme.

Universiteti i Jordanisë ka prezantuar gatishmërinë për katastrofat në programet e saj të studimeve universitare dhe pasuniversitare të infermierisë. Qëllimi i këtyre programeve të arsimit shtesë është përgatitja e infermierëve për të marrë pjesë në përpjekjet kombëtare për të parandaluar, zbutur, menaxhuar dhe shëruar nga fatkeqësitë natyrore dhe njerëzore. Deri më tani, 150 studentë të programit Bachelor, 50 studentë Master dhe 10 studentë PhD kanë ndjekur kursin.
Ky është i pari i këtij lloji për rajonin dhe po mbështet infermierët që punojnë për organizatën ndërkombëtare që ofron shërbime për refugjatët sirianë

SFIDA GLOBALE E SHËNDETIT 4
NJË BOTË NË LËVIZJE

Popullata kanë qenë në lëvizje për të paktën 60.000 vitet e fundit. Megjithatë, natyra dhe demografia e migracionit ka ndryshuar. Globalizimi ka lehtësuar migrimin modern duke shkaktuar një rritje në volumin, diversitetin, hapësirën gjeografike dhe për këtë arsye kompleksitetin e migracionit ndërkombëtar. Njerëzit migrojnë për shumë arsye, duke përfshirë konflikte, varfëri, fatkeqësi, urbanizimi, mungesa e të drejtave, diskriminimi, pabarazia dhe mungesa e qasjes në punë të denjë.

Sfidat shëndetësore të migrantëve, refugjatëve dhe personave të zhvendosur

Numeri i refugjatëve dhe azilkërkuesve nga Amerika Qendrore eshte rritur pesë herë në vetëm tre vjet. Hondurasi është i rrënuar nga paqëndrueshmëria politike, ekonomike dhe sociale dhe ka një nga normat më të larta të dhunës në botë. Familjet janë të kërcënuara, të zhvatura dhe djemtë e rinj janë të detyruar të bashkohen me banda kriminale. Médecins Sans Frontières (MSF) dhe ekipet e saj të infermierëve, mjekëve, psikologëve dhe punonjësve socialë po kujdesen për fluksin e njerëzve në strehimore të emigrantëve në Reynosa, Meksikë, një qytet kufitar që përdoret shpesh si një rrugë kalimi për azilkërkuesit në SHBA individë që iknin nga vendi i tyre. Ata tregojnë histori rreth ngrënies dhe gjumit në stacionet e autobusëve. Ata shpesh janë viktima të dhunës fizike dhe seksuale, të kequshqyer, dehidratuar dhe të lënë pas dore.[98]

Në pak më shumë se një vit, 723,000 refugjatë Rohingya kanë ikur në Bangladesh nga Myanmar dhe nuk po ngadalësohen.99 Raportet e UNHCRpër ditë me pak ushqim dhe sëmundje të ndryshme.

244 million

Numri total i emigranteve ne bote.[75]

175.5 million

Numri i emigranteve te levizur ne menyre vullnetare.[75]

68.5 million

Emigrante qe jane forcuar te levizin si rezultat i persekusionit, luftes, pamjaftueshmeri ne ushqime.[75]

Sapo mbërrijne, ata bashkohen me 600 mijë njerëz ekzistues që jetojnë në vendbanimin 13km2. Ata përballen me çështje të shërbimeve shëndetësore bazë, niveleve të larta të sëmundjeve ngjitëse, veçanërisht infeksioneve të frymëmarrjes dhe sëmundjeve të diarresë, si dhe rrezikun e rrëshqitjes së dheut dhe përmbytjeve.

Këto janë vetëm dy nga qindra shembuj të skenarëve që migrantët, refugjatët dhe personat e zhvendosur (MRDP) shpesh përballen. Migrimi ndikon në disa përcaktues të shëndetit dhe mirëqenies së njerëzve, familjeve dhe komuniteteve, si dhe të shëndetit të popullatës. Ndikimi i migrimit në shëndetin dhe mirëqenien është shumëdimensionale dhe paraqet një grup kompleks sfidash për përcaktuesit e shëndetit.

Shpesh supozohet gabimisht se nevojat e kujdesit shëndetësor të MRDP-ve janë të ngjashme dhe të barabarta në të gjitha grupet. Nevojat fizike, psikologjike, shpirtërore, kulturore dhe sociale të familjeve dhe individëve mund të ndryshojnë dukshëm dhe ndikohen nga një numër faktorësh. Nevojat e kujdesit shëndetësor të grupeve të zhvendosur me forcë nga Siria do të jetë shumë ndryshe nga emigrantët ekonomikë që ulen në Australi.

Një supozim tjetër është se shëndeti i MRDP-ve është më i dobët se ai i vendit të destinacionit

popullatë. Kushtet që ballafaqohen gjatë procesit të migrimit mund të ndryshojnë me faktorë të tillë si arsyeja për migrimin, kushtet gjatë tranzitit dhe destinacionit. Megjithatë, sa më shumë MRDP-të janë zhvendosur me forcë, nevojat e tyre për kujdes shëndetësor mund të përkeqësohen nga privimi, vështirësitë fizike dhe stresi që ndodhin gjatë procesit të migrimit. Më shumë kompleksitete evoluojnë nga përjashtimi ligjor, ekonomik dhe social që mund të ndodhin gjatë tranzitit dhe pas mbërritjes në to

destinacion. MRDP-të gjithashtu mund të përjetojnë diskriminim, dhuna, eksploatimi, paraburgimi, kufizimi ose pa akses në arsim, trafik njerëzor, kequshqyerje dhe qasje të kufizuar ose jo në shërbime shëndetësore parandaluese dhe / ose thelbësore.[101] Por kjo nuk është gjithmonë rasti, shumë migrantë lëvizin pa incidente dhe kanë nivele të larta shëndetësore pas mbërritjes në destinacionin e tyre. Praktikat e ndryshme shëndetësore dhe kulturore mund të kenë efekte mbrojtëse dhe të kenë më shumë

ndikim pozitiv në shëndetin dhe mirëqenien në krahasim me praktikat e zakonshme në vendin e destinacionit.
Efekti i shëndetshëm emigrant është i dokumentuar mirë në literaturë. Me përjashtim të disa shkallëve më të larta të sëmundjeve infektive, përfshirë TB dhe HIV, emigrantët shpesh janë më të shëndetshëm sesa popullsia
të vendit pritës. Si i tillë, nuk duhet të bëhen supozime gjithëpërfshirëse për gjendjen shëndetësore të MRDP-ve.
Ka, megjithatë, çështje të caktuara shëndetësore që duhet të përqendrohen. Fëmijët, gratë, personat e moshuar dhe personat me aftësi të kufizuara kanë dobësi të caktuara dhe shpesh ekspozohen ndaj diskriminimit, shfrytëzimit dhe abuzimit fizik, seksual dhe psikologjik.101 Nevojat shëndetësore seksuale dhe riprodhuese duhet të prioritizohen si rrezik i dhunës seksuale dhe dhunës me bazë gjinore (SGBV) rritet me procesin e migrimit.
Për më tepër, SGBV është e zakonshme në situata konflikti dhe gjithnjë e më shumë po përdoret si një armë e luftës. Në vitin 2017, 50% e refugjatëve ishin fëmijë nën 18 vjeç.75 Shumë prej tyre janë ndarë nga familjet e tyre dhe janë të pashoqëruar. Fëmijët janë veçanërisht
duhet të bëhen përpjekje të ndjeshme dhe të fokusuara për të minimizuar ndikimin e migrimit në shëndetin dhe mirëqenien e tyre.

Mbi 40%

Femije jane me zhvillim te vonuar ne kampet e Kutupoland ne Bangladesh.

Shëndeti mendor duhet gjithashtu të marrë prioritet të lartë. Përvojat negative të MRDP-ve të përmendura më lart,
e shoqëruar me faktorë potencial para imigracionit dhe nivele të larta të stresit, të çojnë në norma më të larta të shqetësimit mendor. MRDP-të janë në një rrezik të shtuar për çrregullime të shëndetit mendor, përfshirë PTSD, depresion dhe psikozë, e cila përkeqësohet më tej nga shpesh mungesa e mbështetjes sociale dhe kujdesit të shëndetit mendor në destinacion.[103]

Historia e Jozefit, pergjegjes infermieror ne kampin e refugjateve ne Sudan e Jugut.

Shëndeti i migrantëve - një gur themeli i UHC

Përderisa MRP-të mund të përballen me sfida të veçanta shëndetësore, qëllimi është që shërbimet shëndetësore cilësore të jenë të arritshme për të gjithë. Pa marrë parasysh vendndodhjen dhe vendosjen, kujdesi shëndetësor duhet të jetë në dispozicion. Migrimi do të jetë kyç për arritjen e SDGs dhe UHC. Rëndësia e migracionit në zhvillim është e qartë - është e ndërlidhur me së paku tetë nga SDG përfshirë shëndetin, arsimin, varfërinë, barazinë gjinore, punën e denjë, qytetet e qëndrueshme dhe veprimtarinë klimatike.

1 ne 3

Refugjate siriane vuan nga depresioni, ankthi and simptomat e simptomat e stresit post traumatik PTSD.

Qasja e barabartë në kujdesin shëndetësor është e drejtë e njeriut. Megjithatë, kjo e drejtë është shumë shpesh e shkelur nga pengesat e shumëfishta për të hyrë në nivelin e kujdesit shëndetësor të nevojshëm nga MRDP-të. Modelet në ndryshim dhe kompleksiteti në rritje i migrimit të popullsisë rrit rrezikun që nevojat shëndetësore të migrantëve të mos arrihen. Në nivelet individuale dhe familjare, faktorët që ndikojnë në aksesin përfshijnë aftësinë për të lundruar në sistemin shëndetësor, përvojën e mëparshme dhe pritjet e kujdesit shëndetësor, barrierat gjuhësore dhe kulturore, turp / stigma, frika e deportimit, mungesa e burimeve financiare dhe besimet dhe qëndrimet shëndetësore.

Pamundësia e disa vendeve për t'iu përgjigjur në mënyrë të përshtatshme është pjesërisht për shkak të modeleve të emigracionit historik të cilat kanë formuar politikat, programet dhe strategjitë e sistemeve shëndetësore që janë shpesh ende në vend. Për më tepër, sigurimi i kujdesit shëndetësor shpesh është në kontekstin e statusit ligjor apo administrativ të individëve. Shumë MRDP janë të parregullta dhe pa dokumente dhe kjo përbën një pengesë të veçantë për qasjen në shërbimet e kujdesit shëndetësor.[106]

Programet shëndetësore shpesh bazohen në dallimet në treguesit e shëndetit midis popullsisë migrante dhe popullatës së përgjithshme të vendit. Meqenëse modelet e migracionit kanë ndryshuar, këto programe nuk janë duke adresuar në mënyrë adekuate nevojat shëndetësore të MRDP. Shpesh, shëndeti i MRDP nuk është i integruar në planet kombëtare dhe rajonale dhe vendet nuk janë të përgatitura për barrën shtesë në sistemin e tyre shëndetësor dhe social.

Dokumenti "Shëndeti, Sistemet Shëndetësore dhe Shëndeti Global" e konsideron shëndetin e migracionit si një agjendë unifikuese, duke bashkuar shëndetin global, zhvillimin e qëndrueshëm dhe përcaktuesit shoqëror të shëndetit (Figura 10). Ky model paraqet fazat e migrimit si të integruar dhe jo të kufizuar në fazën e mbërritjes, ku fokusi është vendosur shpesh. Ai gjithashtu pranon që të dyja popullatat MRDP të mesme në një krizë dhe migrimi të popullatës strukturore që ndodh me kalimin e kohës.

Do të ketë dallime të konsiderueshme në shërbimet shëndetësore në varësi të realiteteve dhe kapaciteteve kombëtare që përcaktohen nga ligjet, rregulloret, politikat dhe prioritetet.
Megjithatë, migrimi duhet të trajtohet në një kooperativë dhe mënyra gjithëpërfshirëse. Korniza e WHO për Shëndetin e MRDP-ve përcakton parimet udhëzuese në vijim për shëndetin e MRDP-ve: 104

- E drejta për të gëzuar standardin më të lartë të arritshëm të shëndetit fizik dhe mendor
- Barazia dhe mosdiskriminimi
- Qasje e barabartë në shërbimet shëndetësore
- Sistemet shëndetësore të përqendruar tek njerëzit, refugjatët dhe migrantët dhe ato gjinore
- Praktikat shëndetësore jo-kufizuese të bazuara në kushtet shëndetësore
- Qasje të gjithë qeverisë dhe gjithë shoqërisë
- Pjesëmarrja dhe përfshirja sociale e refugjatëve dhe emigrantëve
- Partneritetet dhe bashkëpunimi.

Jo vetëm që duhet të sigurojmë shëndetin dhe mirëqenien të MRDP-ve, ne duhet të kemi sisteme të forta shëndetësore publike që janë efektive në parandalimin dhe reagimin ndaj lëvizjeve të mëdha të njerëzve. Lëvizja e popullsisë kërcënon të rrisë përhapjen, potencialisht të pakontrolluar, të sëmundjeve ngjitëse. Në vitin 2014, bota dëshmoi një shpërthim Ebola që përhapet më shpejt dhe më tej ajo kishte ndonjëherë më parë. Ajo shkatërroi sistemet tashmë të brishta shëndetësore të Sierra Leone, Liberisë dhe Guinea, të cilët nuk ishin të gatshëm të merren me një epidemi të kësaj madhësie dhe kompleksitetit mjekësor. Për më tepër, kolapsi i afërt e sistemeve shëndetësore të këtyre vendeve çoi në një përkeqësim në sistemet arsimore, sigurinë publike dhe ekonominë.
Kjo dhe ngjarje të ngjashme të kohëve të fundit të shëndetit publik kanë hedhur dritë mbi rëndësinë e migracionit
në sigurinë globale shëndetësore.[100]

Roli I infermiereve në sigurimin e qasjes për një nga grupet më të rrezikuara të popullsisë

MRDP-të kanë gjasa që të hasin një infermiere gjatë ndërveprimit të parë me sistemin e kujdesit shëndetësor. Infermieret janë të aftë të ofrojnë shërbime etike, kulturore dhe kujdesin e ndjeshëm gjinor dhe dinjitoz për MRDP-të dhe familjet e tyre që pranojnë ndërlidhjen e tyre fizike, psiko-sociale, shpirtërore, kulturore dhe nevojat dhe sfidat sociale. Kjo është thelbësore për rritjen dhe sigurimin e pranueshmërisë së shërbimeve shëndetësore, që është një komponent kyç i qasjes në kujdesin shëndetësor. Infermieret inkurajohen që vazhdimisht të zhvillojnë dhe të rrisin kompetencën e tyre kulturore dhe të sigurojnë përfshirjen në ofrimin e kujdesit.

KSHP mbetet mjeti më i rëndësishëm për përparimin e UHC. Shpesh është pika e parë e kontaktit në sistemin shëndetësor për MRDP-të. Infermieret janë të dyja iniciativa udhëheqëse të PHC dhe janë

në vijën e frontit të kujdesit parësor. Infermieret mund të krijojnë besim dhe të krijojnë marrëdhënie mbështetëse në takimin fillestar dhe më pas që do të lehtësojnë qasjen në të ardhmen. Roli pleqsh është një nga ofruesit e kujdesit shëndetësor, edukator, koordinator për kujdes dhe avokat. Infermieret veprojnë si mbajtjen profesionale të lidhjeve të rëndësishme ndërmjet individëve, familjeve dhe komuniteteve dhe të gjitha fushat e sistemeve shëndetësore dhe sociale. Nivelet e larta të bashkëpunimit dhe integrimit të shërbimeve në këto sisteme do të ndihmojnë në zvogëlimin e pengesave për qasje në kujdes. Infermieret luajnë

një rol të rëndësishëm në veprimet bashkëpunuese për të trajtuar nevojat e menjëhershme dhe afatgjata të kujdesit shëndetësor dhe të kujdesit të pleqve të MRDP-ve dhe të punojnë për t'i dhënë përparësi çështjeve të shëndetit seksual dhe riprodhues, dobësive të lidhura me moshën, dhunës me bazë gjinore dhe shëndetit mendor.

Korniza e OBSH-së përcakton prioritetet për të promovuar shëndetin e MRDP-ve.104 Në rolin e tyre si klinicistët, edukatorët, kërkuesit, influencuesit e politikave dhe drejtuesit, infermierët mund dhe po kontribuojnë në arritjen e këtyre prioriteteve.

Ato përfshijnë:

- Përkrahja e integrimit të shëndetit të MRDP në axhendën globale, rajonale dhe të vendit dhe planifikimin e rasteve të paparashikuara
- Promovimi i politikave shëndetësore të ndjeshme nga MRPZ, mbrojtja ligjore dhe sociale dhe ndërhyrjet në program
- Përmirësimi i kapacitetit për të adresuar përcaktuesit shoqëror të shëndetit
- Forcimi i sistemeve të monitorimit të shëndetit dhe informacionit shëndetësor
- Përshpejtimin e progresit drejt arritjes së SDG-ve duke përfshirë UHC
- Ulja e vdekshmërisë dhe morbiditetit në MRDP përmes ndërhyrjeve afatshkurtra dhe afatgjata të shëndetit publik
- Mbroni dhe përmirësoni shëndetin dhe mirëqenien e grave, fëmijëve dhe adoleshentëve që jetojnë në mjedise të refugjatëve dhe emigrantëve
- Promovoni vazhdimësinë dhe cilësinë e kujdesit
- Zhvillimi, përforcimi dhe zbatimi i masave të sigurisë së shëndetit në punë

Philomena ne Nigjeri, kujdeset per femijet e kequshqyer.

- Promovimi i barazisë gjinore dhe fuqizimi i grave dhe vajzave MRDP
- Mbështetja e masave për përmirësimin e komunikimit dhe kundër ksenofobisë
- Forcimi i partneriteteve, mekanizmave të koordinimit ndërsektorial, ndërshtetëror dhe ndërinstitucional dhe bashkëpunimit

Kujdesi kulturor kompetent respekton diversitetin në racën, etninë, moshën, gjininë, orientimin seksual, aftësinë e kufizuar, statusi shoqëror, besimet fetare ose shpirtërore dhe kombësia; njeh popujt në rrezik diskriminimi; dhe mbështet ndryshimet në nevojat e kujdesit shëndetësor që mund të rezultojnë në pabarazi në shërbimet e kujdesit shëndetësor.

Promovimi dhe mbrojtja e shëndetit të migrantëve është thelbësor në arritjen e UHC dhe duhet të jetë pjesë përbërëse e çdo strategjie të UHC. Migrimi ndikon gjithashtu në Qëllimet dhe Objektivat e Zhvillimit të Qëndrueshëm, jo vetëm ato që janë të lidhura me shëndetin por disa të tjerë në agjendë. Sigurimi i shërbimeve shëndetësore me cilësi të lartë mbron shëndetin e popullatës globale dhe çon në zhvillimin social dhe ekonomik. Mbi të gjitha, qasje të barabartë
për kujdes shëndetësor cilësor është një e drejtë e njeriut. Ndikimi i migrimit në shëndetin dhe mirëqenien e individëve, familjeve dhe komuniteteve është kompleks dhe shumëllojshëm. Nevojitet një qasje e integruar dhe gjithëpërfshirëse e bashkëpunimit nëse duhet të trajtojmë këtë situatë dhe infermieret janë thelbësore në suksesin e sigurimit të Shëndetit për të Gjithë.

Photo Credit – ICN International Council of Nurses

Studim Rasti

Photo Credit – Stephen Gerard Kelly

OFRIMI I SHËNDETIT PER EMIGRANTET

- Rebecca A. Bates, USA

Popullatat e refugjateve ne SHBA jan shpesh te pamundura per te patur akses ne kujdesin shendetesor per shkak te politikave dhe skemes se pagesave te cilat krijojne barriera ne kujdes. Rrjeti i perkushtuar Adams per rrjetin ne kujdes shendetesor (ACHN) i largon keto barriera. Nje klinike private ne periferi te Virginia-s, ACHN perpiqet te ofroje kujdes te bazuar ne te dhena me kualitet te larte per cdo person i cili nuk eshte i siguruar dhe jeton ne varferi. Shumica e pacienteve jane emigrante dhe refugjate nga vende me shumice Islame qe jetojne ne kushte kronike. Ne shumicen e rasteve nuk jane te siguruar dhe kane pasur pak mundesi te kene akses ne sherbimet e kujdesit shendetesor ne vendet e tyre te origjines. Disa persona kane barriera te lidhura me trasportimin e cila i bene ata te heqin dore nga sherbimet shendetesore me qellimi sigurimin e marrjes se ushqimit, strehimit dhe punes. Kjo gje con ne kohe te humbur te punes dhe hospitalizimit per diabet te pakontrolluar, hipertension, semundje kardiovaskulare dhe karcinoma te padiagnostikuara. Shumica e pacienteve te ACHN shpeshhere kane edhe barriera financiare poashtu edhe ne shkrim dhe lexim.

Si faqe fillestare, ACHN mbulon shumicën e nevojave te pacienteve te tij, këtu përfshihen kujdesi primar, kujdesi special dhe shërbime sociale; monitorimi dhe evaluimi i sëmundjeve kronike; vlerësimi i impaktit përmes regjistrit te sëmundjes kronike ne ndihme te identifikimit te pacienteve me rrezikshmëri te larte për intervenim target, llogaritja e kostos se shërbimit te kujdesit te ofruar dhe mbrojtja e emigranteve ne politikat shëndetësore. Ky model kujdesi lejon një vlerësim dhe trajtim ne tërësi te te gjithë pacienteve. Teleshendeti është implementuar si një mjet për te përmirësuar lidhjen me pacientet si një mënyre për te sjelle përkthyesit sipas nevojës. Komuniteti ne partneritet me specialistet dhe shërbimet sociale ndihmon ne adresimin e ushqimit, strehimin dhe pasigurinë ne pune. Kështu sigurohen pacientet ne aksesin e shërbimeve për te cilat kane nevoje ne përmirësimin e shëndetit dhe mirëqenies.

Kur klinika filloi te operoje para 5 vitesh, janë ofruar afërsisht 1 milion dollarë ne shërbim te kujdesit për rreth 1500 individë te pasiguruar. Ne vitin e kaluar numri i pacienteve është shtuar me 31% dhe numri i orëve vullnetare është shtuar me 207%. Gjithashtu ka nisur puna ne terapinë fizike, kliniken e syve dhe menaxhimin e dhimbjes.

HISTORI E PACIENTIT

Asha* një emigrante nga Iraku, prezantohet me një histori 6mujore te një gjëndre ne gji për te cilën ka hasur vështirësi ne vlerësim për shkak te mungesës ne aksesit ne shërbime shëndetësore. ACHN siguroi punën ne diagnostikim dhe udhëzimin ne kujdes për trajtimin qe i nevojitet për kancerin ne gjirin e saj. Ata e ndihmuan Ashen ne aplikim te kujdesit te bamirësisë ne spitalin lokal, koordinuan takimet me specialist dhe vazhduan ne ofrimin e shërbimeve te kujdesit primar përgjatë trajtimit te Ashas.

*Jo emri i saj i vërtet

Photo Credit – ICN International Council of Nurses

SFIDA E SHENDETIT GLOBAL 5

SHENDETI YNE MENDORE DHE MIREQENIA

> **“ Qasja e fundit qe ka psikiatria injoron botet sociale ne te cilat problemet e shëndetit mendor janë ne rritje dhe përpjekjet për tub ere biokimike ne nivele te larta si te dege te tjera te mjekësisë si kardiologjia ose onkologjia. Por psikiatria duhet te jete shume me e ngulitur ne botet personale dhe sociale te njerëzve.”** **Dr Vikram Patel, Zv.Drejtor i qendrës për kontroll te kushteve kronike ne themelimin e shëndetit publik Indi**

I nënvlerësuar dhe i nen investuar

Edhe ne sistemet modern te shëndetësisë rreth botes sistemi shëndetësor është duke dështuar ne njohjen e nevojave qe paraqesin njerëzit ne spitale lidhur me krizat e shëndetit mendor. Sistemi shëndetësor është duke dështuar ne shtrirjen rreth pacienteve me probleme te shëndetit, kështu si te tille ata kane tendencën te presin me gjate për vlerësim dhe trajtim se pacientet qe paraqesin probleme te tjera shëndetësore. Si rezultat, shume paciente me probleme te shëndetit mendor largohen nga departamenti i urgjencës duke mare përsipër vete rrezikun dhe përkundër këshillimit te mjekut.

<2US$

The level of mental health expenditure in LMIC.[63]

Aksesi ne shërbime shëndetësore te cilat janë te përball-ueshme dhe kane kualitet është ne nivel krize. WHO pretendon se afërsisht 2 e 3ta e personave te cilët kane probleme mendore asnjëherë nuk kërkojnë ndihmën e një profesionisti. Stigma, diskiminimi dhe neglizhimi e bëjnë te pamundur qe kujdesi dhe trajtimi te arrije ne personat te cilat kane çregullime mendore.[64]

Çrregullimet mendore

Përfaqësojnë shkaktarin kryesor te paaftësisë dhe sëmundjes ne bote.[63]

Aty ku kujdesi ofrohet, dhunimi i te drejtave te njeriut mbetet një faktor i përbashkët ku personat mund te jene te abuzuar, te ndaluar, ose te mbyllur. Kualiteti i kujdesit është gjithashtu inadekuat – për shembull tek personat me çrregullim depresiv vetëm një ne pese persona ne vendet e zhvilluara dhe vetëm një ne 27 persona ne vendet me zhvillim marrin trajtim minimalisht adekuat.[65]

1.1 miliardë

t persona rezultojnë me çrregullim mendor ose varësi ne substance [66]

Këto statistika vene ne dukje një turp kombëtar dhe ndërkombëtar. Veprimi i takon qeverive përkatës edhe ato janë pjese përgjegjëse e rrethanave ne te cilat ndodhet popullsia e prekur nga këto çrregullime.

Atlasi i shëndetit mendor tregon se 40% e vendeve nuk kane politik për shëndetin mendor dhe mbi 30% nuk kane programe për shëndetin mendor. Për te shtuar, një ne katër shtete nuk kane legjislacion i cili mbron dhe promovon shëndetin dhe mirëqenien e popullatës.

275 milion

Persona vuajnë nga çrregullime te ankthit.[66]

Kjo situate është ne çdo lloj standardi është një tragjedi globale. Reforma urgjente dhe investime kërkohet te mbahen ne nevojat për shëndet dhe mirëqenien e personave te cilët vuajnë nga shkak-tari me madhor i paaftësisë dhe sëmundjes ne bote – çrregullimi mendor.

Shëndet mendor për te gjithë

Rreth botes, kujdesi për shëndetin mendore dhe varësinë ne abuzim te substancave është një burim i varfër. Ne përfshirje te grupeve target dhe indikatorëve përbrenda SDG-se , ekziston një mundësi qe shume persona, ndoshta edhe miliona do te jene te afte te marrin kujdesin qe u nevojitet. Kështu, qe kjo situate te jete një realitet, duhet te ekzistoje një mbulim ne fushën e kujdesit për te gjithë dhe përfshirjen sociale.

Kërkohet një ndryshim ne sjelljen publike dhe nje përfshirje ne shoqëri ne mënyre qe barrierat e kujdesit shëndetësor te hiqen dhe te adresohen përcaktuesit e kujdesit shëndetësore. Është e njohur qe ka një numër te konsideruar faktorësh social psikologjik dhe biologjik te cilat e caktojnë nivelin e shëndetit mendor te një personi. Për ketë arsye do te jete e nevojshme te ndërmerret veprim ne nivele te shumta. Megjithatë si fillim kërkohet qe shëndeti mendor te integrohet ne agjendën e shëndetit publik përbrenda PHC.

Shëndeti mendor nuk diskriminon

Kohet e fundit një miliarder Australian hoqi dore nga pozicioni drejtues nga industria e Casino dhe resorti me i madh i zonës si rezultat i situatës ne te cilën gjendej me ankthin dhe depresionin.

Një hap i madh përpara është te adresohet problemi ne komisionin e pavarur te nivelit te larte te WHO. Ashtu si Sindromi i Mungeses se Komunikimit dhe shëndeti mendor janë te ndikuara nga mjedisi dhe rrethanat sociale ne te cilat njerëzit ane lindur, rritur, kane punuar dhe jetojnë. Ata gjithashtu ndajnë shume nga disa tipare.[67]

- Kushtet mendore shpesh përcaktohen nga rrethanat e mjedisit dhe ato sociale në të cilat njerëzit jetojnë dhe nga ekspozimi i tyre ndaj faktorëve të rrezikut (p.sh. dietën, ushtrimin dhe përdorimin e alkoolit dhe drogës)
- Kushtet mendore mund të shfaqen në çdo kohë të jetës dhe shpesh janë afatgjata (kronike) dhe kërkojnë menaxhim dhe përkrahje afatgjatë dhe jo thjeshte trajtim
- Kushtet mendore shpesh shfaqen në lidhje me simptoma të tjera fizike. Njerëzit me sëmundje mendore kanë tendencë të kenë rezultate më të këqija shëndetësore sesa komunitetit të përgjithshëm.

10-25 vite

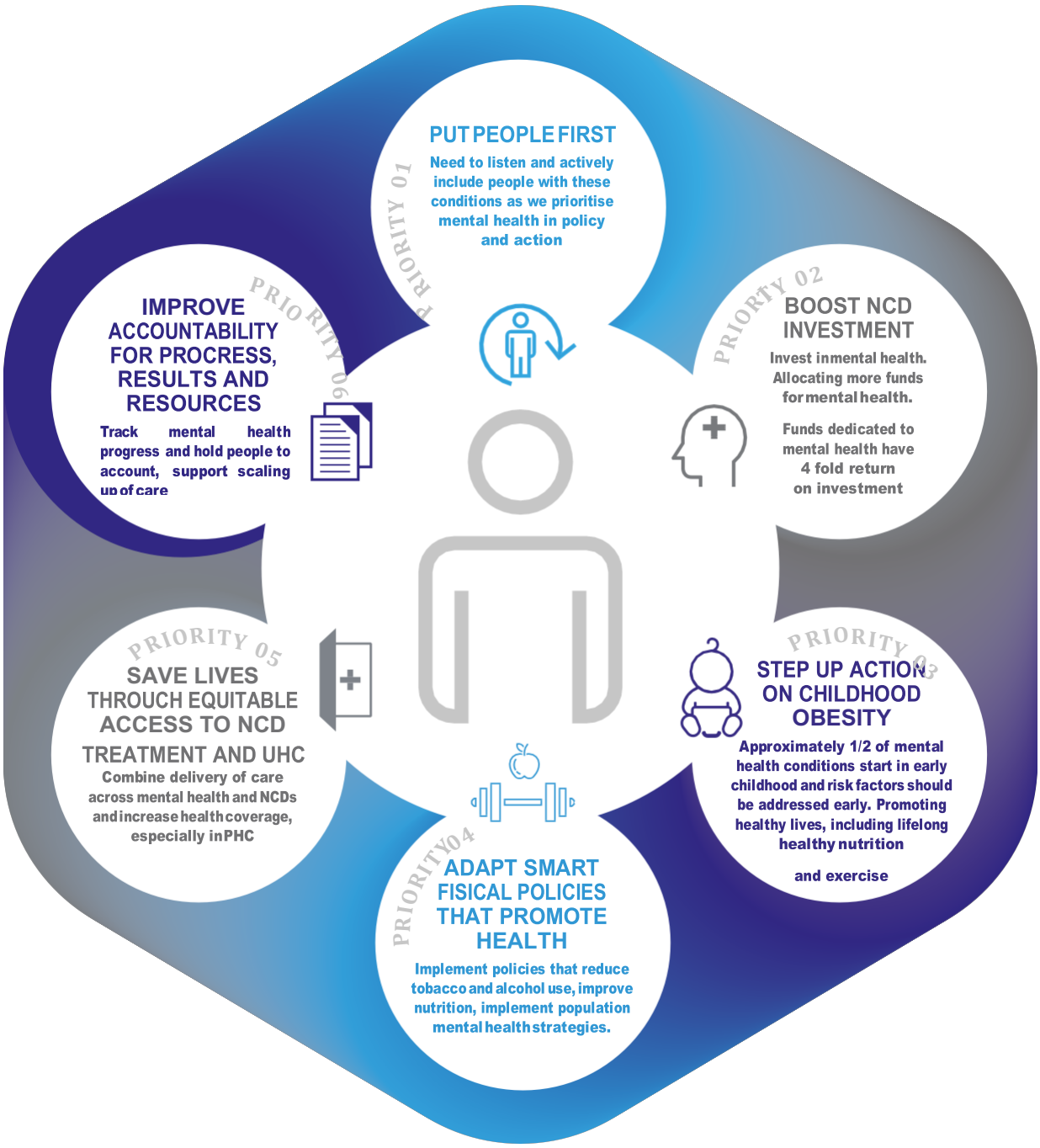
Është reduktimi i jetëgjatësisë në pacientët me sëmundje të rënda mendore[68]

Federata Botërore e Shëndetit Mendor të rekomandon gjashtë prioritete për Komisionin e Nivelit të Lartë të OBSH për SJT për të trajtuar kushtet e shëndetit mendor. Këto janë të përshkruara në Figurën 11.

"Ne pritje dhe pritje dhe pritje dhe duket sikur kurr nuk perfundon."

Pacientët e shëndetit mendor jane ne pritje te kujdesit ne departamentet e Emergjences[69]

Figure 11: Gjashtë prioritetet në adresimin e sfidave në shëndetin mendor



Ne ndryshim te agjendës se SJT SHBA miratoi legjislacionin ne 10 tetor 2018 e cila quhet "deklarata politike e takimit ne nivele te larta ne Asamblesë se Përgjithshme ne parandalim dhe kontroll te sëmundjeve te jo komunikueshme. " ICN mirëpret dhe mbështet veprimet e dakorduara, ne veçanti:

- Kursi i veprimeve për ''për një qeveri te tere dhe politikat e shëndetit"
- Zhvillimi i shërbimeve gjithëpërfshirëse dhe trajtimi i personave te cilët jetojnë me çrregullime mendorë dhe kushte te tjera te shëndetit mendoR
- Ofrimi i aksesit ne diagnostikime te përballueshme, screening, trajtim dhe kujdes.

Përderisa i përkrahim këto strategji, ICN është i shqetë-suar rreth mungesës së njohjes së fuqisë punëtore shëndetësore, rolin në kujdesin, advokimin dhe udhëhe-qjen në trajtimin e shëndetit mendor dhe SJT. ICN është gjithashtu e shqetësuar rreth mungesës së konsumatorëve dhe komunitetit në zhvillimin e politikave, strategjive apo legjislacionit lidhur me shëndetin mendor dhe SJT. Njerëzit në qendër, kujdesi dhe angazhimi i komunitetit duhet të jenë përpara dhe qendra në çdo plan zbatimi të ardhshëm

4% of GDP

Kostoja e sëmundjes dhe shëndetit vlerësohet te jete rreth 4% e GDP. E thënë ne një mënyre tjetër për çdo 10% fitim ne shëndetit mendor, GDP do te rritej me 0.4%

$10 billion

Kostoja e sëmundjes mendore ne biznes.

Karakteristikat kryesore të sistemit shëndetësor te projektuara për t'iu përgjigjur sfidës së shëndetit mendor.

Nuk ka zgjidhje të thjeshta dhe një zgjidhje te vetme për problemet lidhur me barrën e sëmundjes mendore. Duhet të ketë një qasje gjithëpërfshirëse dhe të integruar që njeh rolin e rëndësishëm që sistemet shëndetësore kanë në udhëheqje dhe koordinimin e luftës kundër SJT. Sistemet e forta dhe elastike te shëndetit janë ne gjendje te reagojnë ndaj nevojave te individit dhe komunitetit duke u bazuar ne karakteristikat kyçe te mëposhtme:[71]

1. Zhvillimi i legjislacionit koherent dhe konsistent, politikat dhe planet përmes angazhimit dhe konsultimi me konsumatorët, profesionistët e shëndetësisë (veçanërisht infermierët) dhe komunitetin.
2. Një sistem shëndetësor i mirëfilltë për të përballuar kërkesat përgjatë tërë vazhdimësisë së kujdesit (me një fokus në parandalimin dhe promovimin) dhe aplikimin proporcionalizmi universal për të nxitur barazinë e qasjes. Një sistem shëndetësor të mirë-pajisur me burime ka një numër te mjaftueshëm te profesionistëve të shëndetësisë me aftësi të përshtatshme mikse. Gjithashtu përfshin një mjedis pune të sigurt.
3. PHC i integruar që menaxhon në mënyrë proaktive shëndetin dhe mirëqenien e komunitetit. Menaxherët e rasteve (ose infermieret udhërrëfyes) dhe Infermieret Shëndetësore te Credentialled Mental kanë treguar përmirësime ne rrugëtimin e pacientit dhe ne integrimin e shërbimeve shëndetësore.
4. Shërbime shëndetësore speciale ne kujdesin mendor te cilat janë lehtësisht dhe ne mënyre adekute te aksesueshme per kushtet akute. Preferohet qe ky kujdes special te jepet si një pjese e qasjes multidisiplinare te kujdesit.
5. Sistemi shëndetësor përdor një qasje me ne qendër njeriun ne manure qe kujdesi te mbështesë te drejtat e konsumatorit

   Ekziston një fokus i bazuar ne vlerën e kujdesit shëndetësor për shëndetin mendor e cila nënkupton financimin e modeleve te sistemeve qe promovojnë shëndet te mire i cili është i përballueshëm.
6. Akses i përmirësuar ne medikamente me kualitet dh e qe janë te përballueshme.
7. Informacionet e zgjidhjeve janë përdorur për te mbështetur menaxhimin e kushteve shëndetësore te popullatës, koordinimin e veprimeve, vete menaxhim i përmirësuar dhe monitorimin e performances. Informatika mjekësore është veçanërisht e rëndësishme pasi infermieret janë vija e pare e ofrimit te kujdesit ne komunitet, klinik dhe shërbime shëndetësore dhe ky informacion mund të përdoret për të mbështetur një fuqi punëtore funksionale dhe efikase.
8. Forca punëtore ne shëndet e përshtatshme për qëllimet e cila dërgon intervenimet me ne qendër njeriun dhe shërbimet e bazuara ne te dhënët me te mira ne dispozicion. Kjo gjë përfshin:
   a. Përshtatja dhe utilizimi i rritur Infermiereve praktike te avancuar ne shëndetin mendor
   b. Zhvillimi dhe implementimi i një qeverisje te përshtatshme dhe modele rregullatore ne mbështetje te profesionisteve te shëndetësisë qe punojnë ne shtrirjen e plote te praktikes. Ne disa rrethana kjo je mund te nenkuptoje thjeshtesimin e disa kufizimeve te vendosura përgjatë ambienteve te papërshtatshëm te rregullatorëve.
   c. Financim i përshtatshëm dhe modelet e shpërblimit janë zbatuar. Marrja e inovacionit dhe praktikes ndikohet shumë nga politikat e pagesave dhe rimbursimet
   d. Mbështetja e zhvillimit te një force punëtore e cila është e aftësuar ne nivele te larta edhe është kompetente përgjatë përfshirjes se shëndetit mendor ne dege te nën gradimit edukimit te vazhdueshëm profesional; praktikes speciale gjate edukimit universitar dhe rritjes se vlerës ne kërkimin infermieror

Kujdesi bashkëpunues: Një model ekzemplar për ofrimin e kujdesit cilësor, të arritshëm me çmim të volitshëm

Me investimet e duhura të targetuara, përmirësimet mund të bëhen në kualitetin, arritshmërinë e shërbimeve shëndetësore, nga ana tjetër, përmirësime në shëndetin mental kombëtar. Shembulli i mëposhtëm ofron një model të bazuar në evidencë që mund të ofrojë rezultate të shkëlqyera dhe të jap përfitime shtesë ekonomike dhe prodiktivitet për komunitetet.

Kujdesi bashkëpunues është një model i kujdesit që synon të përmirësojë rezultatet e pacientit përmes bashkëpunimit ndër-profesional. Kjo përfshinë bashkëpunimin në mes të Kujdesit Primar Shëndetësor(KPSH) dhe të kujdesit specialistik që punojnë në një sërë profesionesh. Ekipi udhëhiqet nga një menagjer qe zakonisht është infermier/e. Arsye për këtë është se infermieret janë të vetmët profesionist klinik të cilët janë të edukuar dhe trajnuar specifikisht të kuptojnë rolet e ofruesve të tjerë shëndetësor. Ky kuptim ofron një bazë të fortë për bashkëpunim të suksesëshëm.

Si shenjë dalluese e kujdesit bashkëpunues është se inkurajon involvimin e konsumatorëve dhe familjeve të tyre të bëhen pjesëmarrës aktiv në procesin e trajtimit. Menaxheri i rasteve mbështet këtë involvim dhe është përgjegjës për vendosjen e planit të strukturuar të kujdesit që involvon ekipin multidiciplinar. Ky gjithashtu siguron rrjedhën e komunikimit tek të gjithe profesionistët e ndërlidhur kështu që mund të ofrohet kujdes për të dyja ane e shëndetit: shëndetin fizik dhe mendor.[72]

Komunikimi efektiv është esencial për të funksionuar modeli i kujdesit bashkëpunues. Infermierët në përgjithësi kanë aftësi të larta të adaptimit, empatisë dhe shkathtësi të mira të komunikimit dhe ky është një kombinim i fuqishëm për të udhëhequr si menagjer i rasteve. Përvec kësaj, infermieret e arsimuara kanë aftësi për të kuptuar dhe vlerësuar nevojat klinike, emocionale dhe sociale të pacientëve dhe për këtë arsye kërkohet disponueshmëri e materialeve për të krijuar dhe implementuar planin e përkujdesit me qasjen individi në qendër.[73]

Analiza e modelve bashkëpunuese të përkujdesjes demonstron që jo vetëm që shpëtojnë jetë dhe rrisin pritshmëritë shëndetësore, ata gjithashtu kanë një kthesë të fortë në investime. Me cdo 1$ të investuar, ka një kthim prej 3$.[72]

Studim Rasti

Photo Credit – Stephen Gerard Kelly

PERMIRËSIMI I SHËNDETIT FIZIK TEK PACIENTËT PSIKIATRIK TEK SHËRBIMET E SHËNDETIT MENTAL - Amy Wallace, Australia

Statistikat tregojnë që individët me sëmundje mentale vdesin nga 25 vjec më të rinj se popullata në përgjithësi për shkak të shmangies së kushteve të shëndetit fizik. Parandalimi diagnostik është vërtetuar të afektojë direkt kujdesin për shëndetin fizik tek klientët në kujdesin e shëndetit mental dhe simptomat e sëmundjeve fizike shpesh shpërfillen dhe konsiderohen si shenja të gjendjes së tyre mentale. Parandalimi i këtyre dëmtuesve të shëndetit fizik po kontribuon në ngushtimin e këtij hendeku të jetëgjatësisë.

Klinka Ëellness Grayland është themeluar në vitin 2016 për të përmbushur nevojat fizike dhe mendore të pacientëve. Klinika ëellness është në shërbim esencial për të ndihmuar në reduktimin e këtij hendeku të jetëgjatësisë të përjetuar nga pacientët në kujdesin për shëndetin mendor në spitalin e Grylands, spitali më i madh i shëndetit mendor në Ëestern Australia.Vlerësimi dhe menaxhimi parandalimojnë ndikimin e kushteve të shëndetit fizik dhe kanë shënjestruar qasjet tek kujdesi për shëndetin fizik e që qon në një rrugë të gjatë dhe drejt asaj për të reduktuar boshllëkun e jetëgjatësisë tek spiatli i Gerylandsit.Infermieret specialist klinikë në kujdesin parësor shëndetësor drejtojnë shërbimin dhe të gjitha projektet e ndërlidhura. Stafi infermieror eshte proaktiv në pranimin e iniciativave vullnetare dhe reprezentativ në komitetet e asocuara.Gjatë 12 muajve të këtij projekti, u pranuan 101 referime tek mjekja e përgjithëshme (krahasuar me vetëm 25 në 12 muaj para fillimit) dhe një tjetër 70 në Qendrën e Sigurisë Kombëtare. Ndikimi i kësaj ka nënkuptuar se tani shumica e konsumatorëve në spital kanë mundësinë për të hyrë në kujdesin shëndetësor të veçantë fizik në spital.

Historia e pacientit

Beth*, një grua 55 vjeçare, paraqitur me mania me karakteristika psikotike dhe dukej se ishte në recidivatë çrregullimit të saj bi-polar. U zbulua se në të vërtetë ajo kishte marrë doza të mëdha të kortikos-teroideve për një periudhë të zgjatur dhe se psikoza e saj ishte e shkaktuar nga steroidet. Ndërsa ekipi trajtoi simptomat e saj të sëmundjes mendore, Beth identifikoi artritin e saj reumatoid (RA) si shqetësimin kryesor në jetën e saj. Pamundësia për të pasur një shkop për të ecur, ose steroide për të zvogëluar inflamacionin dhe dhimbjen e saj, dhe në pamundësi për të takuar specialistët e saj të përgjithshëm si normalisht, mirëqenia e Beth ishte prekur ndjeshëm. Infermierja e specializuar klinikisht në kujdesin primar shëndetësor(KPSH) ishte në gjendje të ndihmonte përmes arranzhimit urgjent fizioterapeutikë dhe një karrocë ndihmëse me rrota u sigurua për të ndihmuar Bethin për të ecur. Mjekeja e familjes kontaktoi konsulentin e saj RA dhe diskutoi opsionet alternative për anti-inflamator përveç steroideve dhe u ndërlidh me Beth për të ndihmuar atë të vendosë se çfarë ishte më e mirë për të. U vu re lehtësimi i dhimbjes dhe edukimi rreth përdorimit të sigurt iu dha pacientit. Masat e mësipërme ndihmuan në zhdukjen e ankthit, dhimbjes dhe inflamacionit të Bethit dhe adresuan shqetësimet e saj kryesore. Beth ishte kaq mirënjohëse që kishte pasur mundesi që të fliste me dikënd që e kuptonte luftën e saj dhe i jepte siguri.

*Nuk ëeshte emri I saj I vërtet

SFIDA E SHËNDETIT GLOBAL 6 EFEKTET E DHUNËS NË KUJDESIN SHËNDETËSOR DHE NË TË GJITHË NE

Kreditet për foto- Haiyan Bronte

“Padrejtësia kudo është rrezik për drejtësinë gjithëkund”

Martin Luther King Jr

Më 10 Dhjetor 2018 u shënua 70 vjetori i Deklaratës së Asamblesë së Përgjithshme të Kombeve të Bashkuara për të Drejtat e Njeriut, njëri nga dokumentet më të përkthyera në botë që është qërkthyer në 500 gjuhë të ndryshme.74 Përderisa qe 70 vjet që nga lufta globale, bota është larg nga arritja e paqes, drejtësisë dhe barazisë.

Sipas Indeksit Global të Paqes 2018, bota po bëhet më pak paqësore.76 Si rezultat, tani vlerësohet se ka më shumë njerëz të zhvendosur nga shtëpitë e tyre se kurrë më parë. Konflikti ka pasoja të mëdha në kujdesin shëndetësor. Konflikti dhe dhuna e prishin dhe dobësojnë rëndë sistemin shëndetësore. Kryqi i Kuq thotë: "Një nga viktimat e para të konfliktit dhe dhunës është vetë sistemi i kujdesit shëndetësor.

4,200 persona ishin viktima të dhunës në kujdesin shëndetësor ndërmjet 2012-2014.30

Ligji thotë se spitalet, ambulancat dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor nuk duhet kurrë të vihen në shënjestër kur kryejnë detyrat e tyre. Kjo shpesh është larg realitetit. Mungesa e qasjes së sigurt në kujdesin shëndetësor po i shkakton vuajtje të pallogaritur miliona njerëzve në mbarë botën. "30. Komunitetet nuk janë në gjendje të marrin kujdes shëndetësor dhe shërbime vitale, shërbimet e lindjes, kujdesi për fëmijët dhe vaksinat janë ndërprerë. Ndërprerja ndaj shërbimeve shëndetësore ka pasoja të menjëhershme dhe afatgjata. Për shembull, OBSH vlerëson se më shumë se gjysma e objekteve shëndetësore të Jemenit janë jofunksionale. Kjo ka çuar në shpërthime vdekjeprurëse të kolerës dhe difterisë dhe nivelet katastrofike të kequshqyerjes.[77]

90%

Të viktimave të tanishme të luftës janë civilë.[78]

Konflikti i zgjatur ka dobësuar shëndetin dhe sistemet shëndetësore deri në pikën ku sëmundjet e vjetra (p.sh. kolera), pothuajse çrrënjosura (p.sh. polio) dhe ato të sapo dalura po rriten dhe përhapen përtej kufijve. Nëse bota kërkon të shohë zbatimin e suksesshem të SDG-ve (Sustainable Development Goals), atëherë bota duhet të sigurohet që mesazhi "askush nuk është lënë prapa" po merret parasysh dhe po mirren masa per veprim.79 Një pjesë e kësaj është zbatimi i suksesshëm i UHC-së. Sfida megjithatë ekziston që UHC duhet të zbatohet nga shtetet, por çfarë ndodh kur shteti është në kaos ose nuk dëshiron ose bashkohet me abuzimet e të drejtave të njeriut??

23 vende.

Numri i vendeve në konflikt ku ka pasur sulme ndaj punonjësve shëndetësorë [80]

Si mund të parandalohet/ menaxhohet edhe shërbimi më i thjeshtë si kujdesi i lindjes, vaksinimi dhe shpërthimi. Kjo është një çështje jashtëzakonisht e vështirë, pa përgjigje të lehtë, por shëndeti global është në rrezik dhe ne jemi vetëm 'aq të fortë sa lidhja jonë më e dobët'

Ahmed, gunshot wounds in the Gaza Strip

Dëmtimi i atyre që kujdesen

Dhuna ndaj shëndetit nuk kufizohet vetëm në fushat e konfliktit dhe luftës. Dhuna është një ngjarje e përditshme në të gjithë botën për punëtorët shëndetësorë. Kjo përfshin sulme të dhunshme fizike, seksuale dhe verbale nga pacientët dhe potencialisht familjet e tyre. Çështja është aq e keqe sa që në të gjithë botën, infermieria konsiderohet profesion më i rrezikshem se sa të jesh polic ose roje burgu. Në Spanjë, problemi është bërë aq i keq saqë është krijuar një mbikqyrje kombëtare për dhunën ndaj punonjësve të shëndetësisë për të mbledhur informacion dhe për të zhvilluar strategji për të luftuar dhunën. Në Pakistan, punëtorët shëndetësorë janë duke u qëlluar, rrëmbyer ose vrarë.[82]

8-38% e punonjësve shëndetësor pësojnë dhune fizike.83

Punonjësit e shëndetësisë përballen me rreziqe të veçanta për shkak të mjedisit në të cilin ata punojnë. Ata punojnë në vijën e frontit me situata stresuese, të paparashikueshme dhe potencialisht jo stabile, të cilat mund të nxiten nga droga ose substanca të tjera. Situata është e tillë që profesionistët e shëndetësisë dhe, në veçanti infermierët, të presin ose madje ta pranojnë dhunën si pjesë të punës së tyre. Por dhuna i përfshinë ata jo vetëm fizikisht, por edhe psikologjikisht dhe në mënyrën se si infermieret ndërveprojnë me pacientët dhe familjet e tyre. Pasojat psikologjike që rezultojnë nga dhuna mund të përfshijnë frikë, ankth, trishtim, mosbesim dhe depresion. Si rezultat, hulumtimet kanë treguar se si pasojë e dhunës, infermierët mund të tregojne më pak ndjeshmëri dhe cilësia e kujdesit te dhene nga ata mund ulet. Ekziston një lidhje e qartë midis dhunës dhe ngjarjeve të mëvonshme të pafavorshme.[84]

Dhuna ndaj infermierëve mund të ketë gjithashtu pasoja të rëndësishme shëndetësore dhe ekonomike për të dy palët infermierët dhe sistemin shëndetësor për të cilin ata punojnë. Pasojat ekonomike në sistemin shëndetësor potencialisht mund të rezultojnë me pushimet mjekësore, veprimet ligjore, zvogëlimi i efektivitetit të stafit, si dhe tek rekrutimi dhe mbajtja e stafit. Këto i shtohen presioneve tashmë të larta që sistemi shëndetësor përballet në përpjekjen për të përmbushur kërkesat e komunitetit për shërbimet shëndetësore.[85]

Ndikimi i konfliktit dhe dhunës në KPSH

Vendet e afektuara nga numri i vogël i punëtorëve shëndetësor dhe /apo keq shpërndarja kan gjase te ulëta per te realizuar Kujdesin Shëndetësor Universal. Produktiviteti, eficienca dhe kualiteti i kujdesit shëndetësor është shumë i varur nga numri, shkathtësitë dhe kompetencat e infermierëve si fuqi punëtore. Mungesat dhe shkallët e larta të lëvizjes së infermierëve janë pra një temë e rëndësishme në të gjithë botën. Përderisa kjo është një temë komplekse, dhuna dhe konflikti luajnë një rol të rëndësishëm në burimet njerëzore për shëndetin.

9 milion deficite të parashikuara të infermierëve në vitin 2013.86

Dhuna ndaj infermierëve kërcënon dhënien e kujdesit efektiv dhe shkel të drejtat e tyre njerëzore. Ajo dëmton dinjitetin dhe integritetin e tyre personal. Ky është një sulm ndaj vetë sistemit shëndetësor. Sulmet dhe agresionet ndaj infermierëve paraqesin një rrezik të rëndësishëm për forcën e sistemeve shëndetësore, zhvillimin dhe qëndrueshmërinë e Kujdesit Parësor Shëndetësor. Duhet të krijohen mbrojtje për të siguruar mjedise pune të sigurta dhe të respektueshme. Dhuna në vendin e punës ndaj profesionistëve shëndetësor shpesh është një problem i fshehur shoqëror, me pak njohje nga qeveritë dhe komuniteti. Kjo duhet të qëndrojë lart në agjendën e bashkësisë ndërkombëtare me veprime nga qeveritë, politikbërësit, edukatorët, hulumtuesit, menaxherët e shëndetësisë dhe mbi të gjitha, ruajtësit e sigurisë dhe komunitetet. Infermieret duhet të respektohen dhe vlerësohen, sepse ata mbajnë vijën e frontit në ruajtjen dhe sigurimin e shëndetit dhe mirëqenies optimale.87 Si një nga parimet e saj kryesore, Strategjia Globale e OBSH-se për Burimet Njerëzore për Shëndetin: Forca e Punës 2030 88, thote se duhet të "Përkrahin personalitetin, punësimin dhë të drejtat profesionale të të gjithë punonjësve shëndetësorë, përfshirë mjediset e sigurta dhe të përshtatshme të punës dhe lirinë nga çdo lloj diskriminimi, detyrimi dhe dhuna."

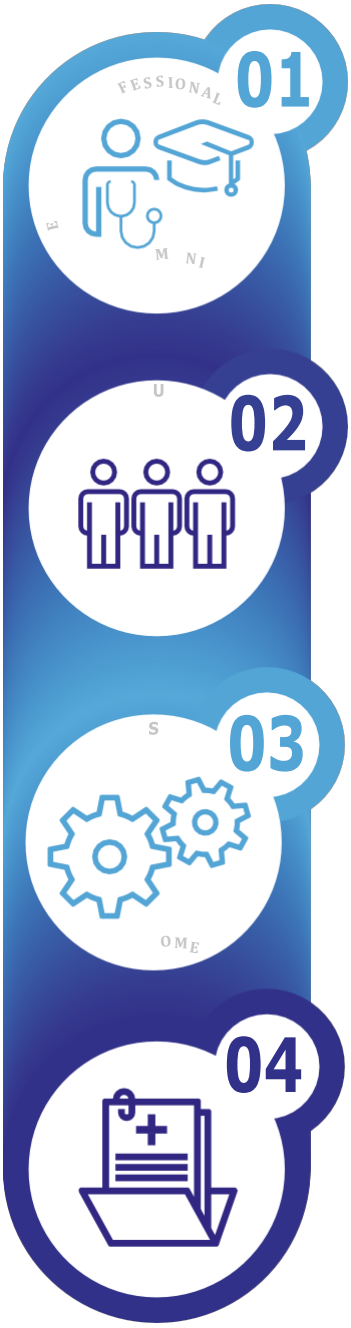
Figure 12: Strategjite e progresit te UHC ne te dhenat e konfliktit

Adapted from 81

Figura 13: Strategjitë për të zvogëluar dhunen ndaj infermierëve

MBËSHTETJA E PROFESIONISTËVE SHËNDETËSOR

Adaptuar nga 89

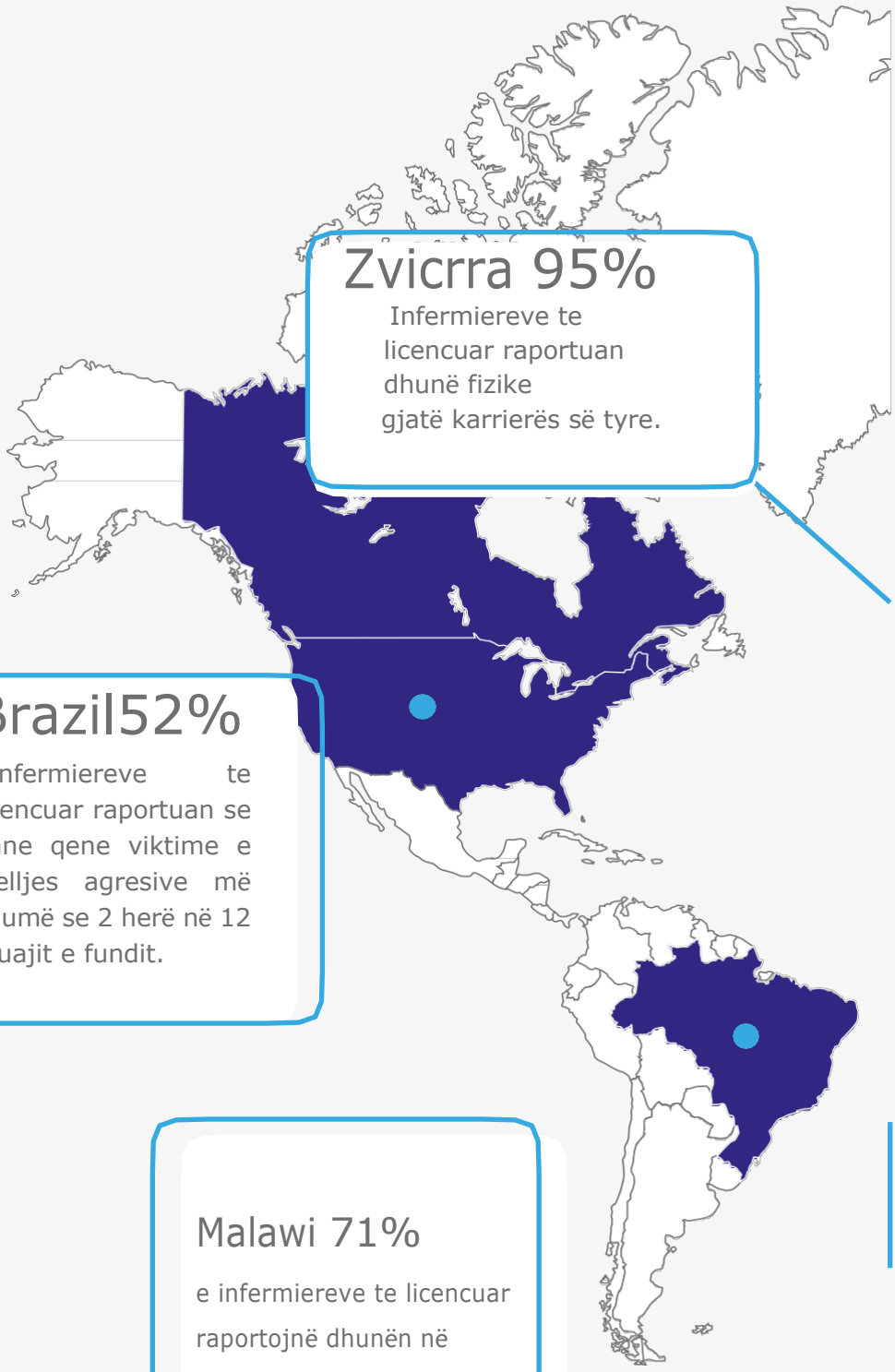


- Dhuna ndaj profesionisteve shendetesor është shkelje e të drejtave të njeriut
- Mbështet "Zero Tolerancë" për dhunën në vendin e punës
- Ofrimi i qasjes ligjore, psikologjike dhe mbështetja e pushimit me pagesë për infermier sipas rastit
- Sigurimi i advokimit për përmirësim të edukimit, trajnimeve të vazhdueshme në parandalimin,
- njohjen dhe menaxhimin e dhunës.
- Rritja e ndërgjegjësimit të publikut dhe komunitetit infermieror për shejat dhe simptomat e dhunës ndaj punëtorëve të kujdesit shëndetësor.
- Merrni pjesë në zhvillimin dhe implementimin për menaxhimin dhe parandalimin e dhunës
- Dhuna ndaj profesionistëve shëndetësor dobëson sistemin shëndetësor dhe vendos sigurinë dhe
- kujdesin e sigurt në rrezik
- Mbështet raportimin e dhunës në vendin e punës
-
- Adresimi i dhunës në vendin e punës kërkon një qasje të gjerë në sistem
- Standartet ligjore efektive dhe mbrojtja në vend
-
- Të siguroj sisteme të përshtatëshme dhe efektive të menaxhimit të rrezikut, politikat dhe procedurat dhe planet e sigurisë në vendin e punës
-
- Ndani e përvojën e dhunës në vendin e punës për të përmirësuar rriskun e vlerësimit të rrezikut apo situatat me rrezik potencial.
-
- Krijimi i mekanizmit të raportimit miqësor, konfidencial dhe efektiv
-
- Organizatat e kujdesit shëndetësor të raportojnë ndonjë akt criminal të dhunës
- Auditimi i rregullt për të përcaktuar kompliancën(pajtueshmërinë)
-
- Angazhimi në hulumtim për të vazhduar me futjen e të dhënave të besueshme në lidhje me dhunën në infermieri dhe në sektorin shëndetësor dhe mbështetja e zhvillimit të matjeve të krahasueshme dhe të qëndrueshme për të krahasuar gjetjet dhe lehtësimin e këtij hulumtimi
-

Thirrja për veprim

2002, OBSH, ILO dhe ICN zhvilluan Kornizën e Udhëzimeve për Adresimin e Dhunësnë Vendin e Punës në Sektorin Shëndetësor. 90 Korniza ishte zhvilluar për të mbështetur qeverinë, punëdhënësit, punëtorët, sindikatat, organet profesionale apo anëtarët e publikut. Mbi 15 vite kanë kaluar që nga dalja e këtij raporti. Përderisa ka ende shumë që akoma është relevante sot, hulumtime dhe evidence të reja duhet të përdoren për të përditësuar raportin dhe për të dhënë udhëzime të qarta për vendet. ICN u bënë thirrje partnerëve të tjerë që të punojnë me ICN-in për të përditësuar këta udhëzues dhe zhvillojnë matrica përmes të cilave mund të matet progresi në këtë fushë.

Figura 14: Dëmtimi i atyre që kujdesen
Ngjashmëri globale alarmante 84, 87, 91-96



Kanada dhe SHBA

45%

e të gjithë incidenteve te dhunës në vendin e punës rezultojnë në humbje ditëve të punës.

82%

Më shumë se 82% e Infermiereve te licencuar në Beds kanë deklaruar se kanë pësuar dhunë në 12 muajt e fundit.

17%

Infermiereve te licencuar janë vrarë çdo vit gjate ushtrimit të detyrës.

25%e

infermiereve psikiatrike përjetuan lëndimet nga sulmet e pacienteve

Zvicrra 95%

Infermiereve te licencuar raportuan dhunë fizike gjatë karrierës së tyre.

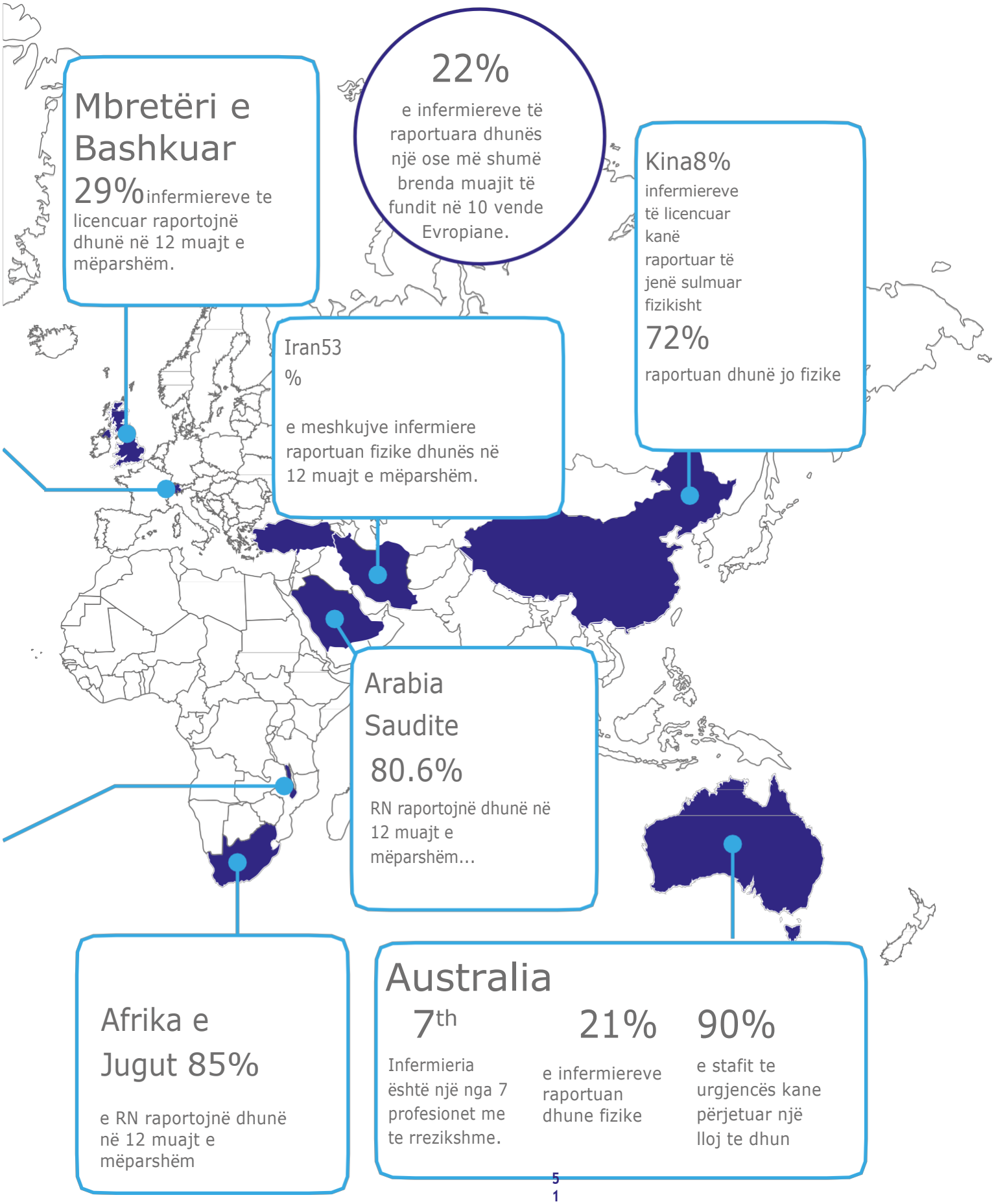
Brazil52%

eInfermiereve te licencuar raportuan se kane qene viktime e sjelljes agresive më shumë se 2 herë në 12 muajit e fundit.

Malawi 71%

e infermiereve te licencuar raportojnë dhunën në 12 muajt e mëparshëm.

80%e infermierëve vuajnë pasoja me afat të gjatë nga dhuna.


Mbretëri e Bashkuar
29% infermiereve te licencuar raportojnë dhunë në 12 muajt e mëparshëm.
22%
e infermiereve të raportuara dhunës një ose më shumë brenda muajit të fundit në 10 vende Evropiane.
Kina8%
infermiereve të licencuar kanë raportuar të jenë sulmuar fizikisht
72%
raportuan dhunë jo fizike
Iran53 %
e meshkujve infermiere raportuan fizike dhunës në 12 muajt e mëparshëm.
Arabia Saudite
80.6%
RN raportojnë dhunë në 12 muajt e mëparshëm...
Afrika e Jugut 85%
e RN raportojnë dhunë në 12 muajt e mëparshëm
Australia
7th
Infermieria është një nga 7 profesionet me te rrezikshme.
21%
e infermiereve raportuan dhune fizike
90%
e stafit te urgjencës kane përjetuar një lloj te dhun

PJESA E TRETE
UDHËHEQJA (ME NJË DALLIM TE RI)

Photo Credit – Manar Nabolsi

RRENJET E UDHËHEQJES NE INFERMIERIHE

Udhëheqja nuk është një koncept i ri ne infermieri. Historia jote është e mbushur me infermiere udhëheqja e te cilëve ka transformuar shoqëri dhe sisteme. Infermierët ne çdo shtet mund te mund te mendojnë për shembuj te udhëheqësve te tille ne vendet e tyre. Florence Nightingale është një prej udhëheqëseve me te njohura për te gjithë infermieret. Edhe pse natyra e saj si udhëheqëse është deri diku jo shume e qarte si rezultat i retorikes romantike dhe vezulluese qe i është veshur asaj si figure historike, Florence Nightingale kishte një vizion te qarte persa i përket udhëheqjes ne infermieri dhe rëndësisë se saj. Për te, edukimi ishte një baza kryesore për ketë lidership. Florence Nightingale e kuptonte mire vuajtjen njerëzore dhe realitetin e njerëzve, jeta e te cilëve shërbeu si një spirance për aktivizmin e saj. Udhëheqja e Nightingale ishte e thelle dhe me kuptim sepse ajo e kuptonte vuajtjen nga përmes lenteve te forcave qe shkojnë përtej secilit individ. Ajo pa qe shume shpesh, si vuajtja ashtu edhe zgjidhja ndodheshin ne sisteme dhe nivele shoqërore. Prandaj këto ishin targetet e saj për angazhim si udhëheqëse. Fatkeqësisht, ne diete e sotme vazhdojmë te shohim te njëjtat histori qe frymëzuan dhe ishin baza e udhëheqjes se Nightingale. Këto histori janë te rëndësishme pasi te kuptojmë problematiken e sotme te cilën ne mund te ndihmojmë te përmirësojmë. Për Nightingale, këto histori ishin çfarë informuan dhe frymëzuan punën e saj, e megjithatë ajo e kuptoi qe historitë individuale ishin pika fillestare për ndryshim dhe se te vetme nuk përbenin një force shtytëse për ndryshim ne nivel te sistemit shëndetësor. Për ketë arsye, ajo mënyre sistematike beri dokumentimin e këtyre realiteteve njerëzore, duke i bere te qasshme dhe te kuptueshme për ata te cilët, mund te bënin ndryshime ne nivel sistemi dhe shoqërie.

Udhëheqja e Nightingale u rrit me fitimin e besueshmërisë nga një rreth influencues shoqëror, por edhe te tek ata te cilët ajo përfaqësonte- ne ketë mënyre ajo asnjëherë nuk e harronte qëllimin e udhëheqjes se saj. Ne fillim personat qe ajo përfaqësonte ishin ushtare ne lufte beteja, numri i tyre u rrit duke përfshire me te varfrit dhe me te dobëtit e shoqërisë britanike. Rrugëtimi i kësaj udhëheqje hasi barriera te vështira si rezultat i verbërisë se shoqërisë ndaj vuajtjeve njerëzore. Megjithatë, qasja e saj te udhëheqja e qëllimte ishte e suksesshme dhe ndërtoi një rruge për udhëheqjen ne infermieri drejt përparimit Shëndet për te Gjithë.Udhëheqja e Nightingale pasqyron një kornizë te fuqishme për te hedhur drite ne perspektivat dhe pozicioneve si për aletet ashtu edhe për kundërshtaret, e ndërkohe zhvillon strategji qe informojnë zhvillimin dhe tregon pengesat e hasura gjate rrugës. Ajo e kuptoi se një udhëheqje e bazuar ne qellim dhe suksesshme ka nevoje për udhëheqës qe:

- Janë ne gjendje te njohin problemet
- Kane njohuri te historive ne nivel njerëzor dhe individual
- Kuptojnë çështjet ne një nivel me te gjere sistemesh
- Fitojnë veprime përmes një artikulimi te fuqishëm te çështjeve te bazuara ne evidence
- Kuptojnë palët e interesuar, fuqitë dhe pozicionet e tyre dhe janë te përgatitur te jene persistente ne luftën e tyre për atë qe duhet te arrihet
- Këto detyra te lidershipit edhe pse ne dukje te thjeshta, janë kryesore për te ndryshuar padrejtësitë dhe pabarazitë me te cilat infermieret ndeshen çdo dite për te arritur shëndetin per te gjithë. Infermieret kudo ne bote janë me mire te pozicionuar nga te gjithë punonjësit shëndetësore për te qene zëri i me te margjinalizuarve dhe me vulnerabil. Ne e dimë qe ne shume vende infermieira konsiderohet si një nga profesionet me te besueshëm. Nuk ka pike me te mire për te filluar udhëheqjen se sa ky besim, dhe privilegji dhe përgjegjësia për t'a nderuar. Tani është koha - dhe ne, infermierët anembanë botës, kemi kapacitetin për të ndihmuar në transformimin e historive të atyre që u shërbejmë në politikat dhe sistemet e nevojshme për të realizuar Shëndetin për të Gjith.

Studim rasti

Photo Credit – Marco Di Lauro

INFERMIERIA DHE POLITIKA - NGA PUSHTETI PËR PUSHTETIN - Juliana Lunguzi, Malawi

Malavi përballet me një numër sfidash të kujdesit shëndetësor duke përfshirë mungesat në burimet njerëzore, infrastrukture (shëndetësore dhe te tjera) te kufizuar, mungesa e barnave esenciale dhe të tjerë faktorë që ndikojnë në përcaktuesit social të shëndetit të tille si varfëria. Si e tillë, nevojat kryesore shëndetësore të vendit janë adresimi i fëmijës dhe shëndetit të nënës, HIV / AIDS, malaries dhe tuberculosis.107

E nderuara Juliana Lunguzi është anëtare e Parlamentit te Malavit, që përfaqëson Dedzën Lindore. Si Specialiste e Shëndet Publik dhe një infermiere e regjistruar, Juliana sjell përvojë dhe njohuri të konsiderueshme për komitetin dhe për rolin e saj si ministre ne hije (e partisë opozitare) për Shëndetësi. Si një infermiere e shëndetit publik, ajo ka parë direkt efektet e përcaktuesve të shëndetin në komunitetin e saj.

Ajo përdor këtë njohuri shkencore rreth procesit te sëmundjes dhe nevojat holistike të individëve brenda komunitetit për të avokuar në emër të tyre.

Juliana jep këshilla për drejtimin e shëndetit në Malavi dhe i kërkon qeverise llogari për implementimin e atyre politikave. Ajo sjell një gamë të gjerë të aftësive ne parlament, dhe ka një pamje gjithëpërfshirëse të shëndetit. Kjo është e dukshme në mënyrën që ajo mbron njerëzit në politikat që po diskutohen në parlament. Pavarësisht se është anëtare e parlamentit, Juliana thotë se do mbetet gjithmonë një infermiere, veçanërisht një infermiere e shëndetit publik. Ajo beson se përvoja e saj si një infermiere e ka përgatitur për punën e saj si politikane dhe se ajo është e vendosur për të sjellë ndryshime për përmirësimin e popullsisë në Malavi. Një nga arsyet se Juliana hyri në politikë është se ajo donte të bënte një ndryshim 'veçanërisht në një shkallë të madhe'.

Kur punonte si infermiere ajo mund të shihte problemet që njerëzit hasnin në baza ditore. Në vend që të ankohej përse gjërat nuk ndryshojnë, dhe e frustruar nga mungesa e veprimeve nga politikanët në adresimin e problemeve, ajo vendosi të veprojë dhe te jete udhëheqëse e ndryshimit.

RRUGE INOVATIVE DREJT SHENDETIT PER TE GJITHE- PUNA E INFERMIEREVE DHE INFERMIERIA

Roli i infermiereve zgjerohet, lakohet dhe kontraktohet në mënyra të zgjuara për të adresuar rrethanat në ndryshim dhe nevojat e sistemeve shëndetësore në të cilat ata punojnë.

Popullatat e rrezikuara hasen kudo, dhe infermieret kanë gjetur mënyra për të ndihmuar në adresimin e nevojave të tyre. Shembujt përfshijnë:

• Refugjatët dhe emigrantët (si në kampet ku presin për rivendosjen dhe mbërritjen në një vend të ri)

• individët dhe familjet në zonat e konfliktit (përmes organizata si ICRC, SOS ose MSF)

• viktima të fatkeqësive natyrore ose të shkaktuara nga njeriu

• ata të kërcënuar nga shpërthimet e sëmundjeve dhe epidemitë (shih f.16)

• individë dhe familje të paaftë për të hyrë ose te nder veprojnë në mënyrë adekuate me sistemet dhe shërbime te kujdesit shëndetësor (Infermiere Navigatorë, duke ndihmuar familjet te kuptojnë nevojën për hospitalizim dhe çfarë ndodh ne spital dhe dalja nga spitali ne komunitet)

• Popullata me risk të lartë në të cilën nevojitet ndihma për një kohortë specifike të pacientit (shih studimin e rastit në f.6)

Këto shembuj mund të ndihmojnë për të informuar punën e të tjerëve në situata të ngjashme. Megjithatë, ka shembuj të tjerë të panumërte që nuk janë dokumentuar dhe qe janë pjese e njohurive te përbashkëta që ndihmojnë në avancimin e shëndetit.

Është thelbësore që ne të punojmë më tej në artikulimin e nevojave te të pambrojturve; vlerësimin dhe ndarjen e suksesit te programeve që ne i hartojmë, vlerësojmë dhe publikimin e raporteve të programeve që zhvillojmë; dhe duke bërë punën e shkallëzimit dhe përfshirjes së atyre nismave që janë efektive. Qasja e udhëheqjes se Nightingale ofron udhëzime në këtë. Informacion shtesë ne lidhje me ketë mund të nxirret nga shqyrtimi i burimeve të IND 2018 (Https://2018.icnvoicetolead.com/).

Infermieret gjithashtu kanë gjetur se ndonjëherë është e nevojshme për të dalë nga praktika për të vazhduar kërkimin e tyre "infermieror" për sa i përket Shëndetit për te Gjithë. Ata kanë kuptuar se ndikimi i tyre mund të jetë me i madh për të ndikuar tek krijuesit e politikave duke qenë më afër ose pjese e vendimmarrjes së politikave. Ata e bëjnë këtë duke u ulur në Borde te ndryshme, qoftë ato të lidhura me shëndetin ose Borde te tjera vendimet e të cilëve ndikojnë në shëndetin, si p.sh. bordet e shkollave, Këshilli i qeverisjes lokale, duke u bërë pjesë e organizatave te shëndetit kombëtare ose globale, ose duke u bërë pjesë e procesit te vetë qeverisë kombëtare. Në mbarë botën, infermieret po e kuptojnë qe ndikimi politikë është më efektiv në zemër të gjenerimit të politikave, ku problemet definohen dhe dalin idetë e para për zgjidhjen e problemeve. Përfaqësimi global, udhëheqja dhe avokimi për Federatën Ndërkombëtare te Kryqit të Kuq dhe Gjysmëhënës së Kuqe, ishte pozita ne te cilën infermierja Amanda McClelland, e gjeti veten pas disa vite pune ne krizën e Eboles në Afrikë. Duke punuar ne Gjenevë, Amanda reflekton në atë qe ajo, si një infermiere, ajo solli në këto biseda globale të nivelit të lartë

Roli im ishte që të ishte përkthyese, duke sjellë informacion nga terreni në këto takime të nivelit të lartë, duke shpjeguar kompleksitetin dhe vështirësitë e zbatimit ne realitet te programeve, dhe pastaj interpretimin e shkencës ose rekomandimet nga këto takime kthehen poshtë në terren në një mënyrë që mund të përkthehet në veprim ... Kam shtuar një mobilizim social dhe një aspekt të komunitetit ne diskutimet e strategjisë globale dhe gradualisht me kërkuan për ta sjellë atë pikëpamje në konferencat e shëndetit publik rreth botës. Mesazhi im ishte gjithmonë i njëjtë: Komuniteti duhet të jetë në qendër të të gjithë planifikimi emergjent shëndetësor. Është qesharake sa shpesh kjo këshille e zakonshme erdhi si një surprizë për personat e interesuar.104, f. 274-5

Avancimi i aftësive të udhëheqjes dhe ndikimit të politikave të infermierët janë në qendër të punës së ICN-së. Sigurimi qe infermieret te kenë një zë në zhvillimin dhe zbatimin e politikave shëndetësore është thelbësore për të siguruar qe këto politika janë efektive dhe plotësojnë nevojat reale të pacientëve, familjeve dhe komunitetet në mbarë botën. Infermieret përbejnë profesionin më të madh shëndetësor në të gjithë botën. Ne punojmë ne të gjitha fushat ku ofrohet kujdesi shëndetësor. Me investime në profesionin tonë, ne kemi potencial për të siguruar arritjen e vizionit të Shëndetit për të Gjithë.

Studim Rasti

Photo Credit – Kim Harper

INFERMIERET NË BORDET DREJTUESE - Kim Harper, SHBA

Infermieret në Koalicionin e Bordeve (NOBC) kanë për qëllim ndërtimin komuniteteve Te shëndetit, jo vetëm në SHBA por në të gjithë globin, duke siguruar përfshirjen e më shumë infermierëve në korporata, dhe bordet të lidhura me shëndetin ose jo, panele dhe komisione te tjera. Vetëm duke shtuar zërin infermieror për këto vendime mund te behet përmirësimi i kujdesit shëndetësor.

NOBC përfaqëson 28 organizata kombëtare te infermierëve dhe organizata të tjera që punojnë për të ndërtuar komunitete të shëndetshme përmes rritjes se pranisë së infermierëve në korporata, borde të tjera, panele dhe komisione. Qëllimi i koalicioneve është për të përmirësuar shëndetin e të gjithë qytetarëve duke siguruar që infermierët janë në tryezën ku merren vendimet për kujdesin shëndetësor. Strategjia kryesore është plotësimi i te paktës 10,000 vende ne borde deri në vitin 2020, si dhe ngritja e vetëdijes se të gjitha bordet do të përfitonin nga perspektiva unike e infermiereve për të arritur qëllimet te tilla si përmirësimi i shëndetit dhe arritja e sistemeve shëndetësore efektive dhe efecientë.

I përbërë nga dhjetëra vullnetarë nga 50 shtetet e Qarkut te Kolumbisë, NOBC siguron burime për arsimim lidhur me vetëvlerësimin, zhvillimin e kompetencave te bordit dhe përputhja e infermiereve me mundësitë potenciale të bordit. Nëpërmjet hulumtimeve në kompetencat e nevojshme për shërbimin e bordit, NOBC ka zhvilluar Modelin e Kompetencës dhe Modelin e Gatishmërisë së Bordit për Infermieret për t'u përdorur në përgatitjen e shërbimeve të bordit dhe për ndërtimin e kompetencave që ata tashmë posedojnë. NOBC gjithashtu është partner me Borde të cilët janë në kërkim për të mbushur një pozicion bordi për të identifikuar kandidatët më të mirë për nevojat e tyre.

Ky koalicion shumë i suksesshëm i organizatave të infermierisë ka krijuar aftësinë për qindra mijëra infermierë te punojnë së bashku drejt një qëllimi të vetëm: përmirësimin e shëndetit të popullatat përmes zërit të infermierëve në tavolinat ku vendimet që kanë të bëjnë me kujdesin shëndetësor për komunitetet janë bërë. Puna e NOBC është kthyer ne një lëvizje në Shtetet e Bashkuara dhe diskutimet vazhdojnë me vendet e tjera të cilët ndajnë një interes në realizimin e kësaj qasjeje.

REFERENCAT

1. Ueberschlag, L. WHO's Dr Tedros: "It's Not Often You Get A Second Chance, But This Year, We Do". 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.healthpolicy-watch.org/whos-dr-tedros-its-not-often-you-get-a-second-chance-but-this-year-we-do/.

2. World Health Organization. Almaty celebrates the official 40th birthday of primary health care. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: http://www.euro.who.int/en/countries/kazakhstan/news/news/2018/09/almaty-celebrates-the-official-40th-birthday-of-primary-health-care.

3. Sheikh, K. 'Health for All' forty years on. 2018 [cited 2018 10 October]; Available from: http://jordantimes.com/opinion/kabir-sheikh/%E2%80%98health-all%E2%80%99-forty-years.

4. World Health Organization. Definition of health from WHO Constitution. The same is reaffirmed by the Alma Ata Declaration. 2006 [cited 2018 1 October]; Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

5. WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases. Time to Deliver: Report of the WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272710/9789241514163-eng.pdf.

6. Mahler, H., The Meaning of "Health for All by the Year 2000". Am J Public Health, 2016. 106(1): p. 36-8.

7. Yamey, G., et al., Investing in Health: The Economic Case. 2016: Doha.

8. International Council of Nurses. The ICN code of ethics for nurses. 2012; Available from: http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/.

9. Centre for Health Market Innovations. Rachel House Pediatric Palliative Care 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://healthmarketinnovations.org/program/rachel-house-pediatric-palliative-care.

10. Rachel House. How We Began. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: http://rachel-house.org/about-us/how-we-began/.

11. Ghebreyesus, T.A. Gender equality must be at the core of 'Health for All'. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2018/gender-equality-health- for-all/en/.

12. Pandey, K.R., From health for all to universal health coverage: Alma Ata is still relevant. Global Health, 2018. 14(1): p. 62.

13. World Health Organization. What is health financing for universal coverage? 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/.

14. The Lancet, The Astana Declaration: the future of primary health care? Lancet, 2018. 392(10156): p. 1369.

15. Primary Health Care Research and Information Service. Introduction to primary health care. 2017 [cited 2017 31 March]; Available from: http://www.phcris.org.au/guides/about_phc.php.

16. Information is beautiful. 20th Century Death. 2012 [cited 2018 30 October]; Available from: http://infobeautiful3.s3.amazonaws.com/2013/03/iib_death_wellcome_collection_fullsize.png.

17. Ghebreyesus, T.A., et al., Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals. Lancet, 2018. 392(10156): p. 1371-1372.

18. Morse, S.S., Public health surveillance and infectious disease detection. Biosecur Bioterror, 2012. 10(1): p. 6-16.

19. World Health Organization. Disease outbreaks by year. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: http://www.who.int/csr/don/archive/year/en/.

20. Centres for Disease Control and Prevention. History of 1918 Flu Pandemic. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-commemoration/1918-pandemic-history.htm.

21. Elizabeth Hanink. Nursing During the Spanish Flu Epidemic of 1918: Fine in the morning, dead by nightfall. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.workingnurse.com/articles/Nursing-During-the-Spanish-Flu-Epidemic-of-1918.

22. The United States World War One centennial Commission. Nurses We Remember. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.worldwar1centennial.org/index.php/nurses- we-remember.html.

23. Centres for Disease Control and Prevention. Why It Matters: The Pandemic Threat. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fieldupdates/winter-2017/why-it-matters.html.

24. World Health Organization, The world health report 2007 : a safer future: global public health security in the 21st century. 2007, WHO: Geneva.

25. Prevent Epidemics. Bringing attention to epidemic preparedness. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://preventepidemics.org/about/.

26. World Health Organization. Ebola health worker infections. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.who.int/features/ebola/health-care-worker/en/.

27. World Bank. Pandemic Preparedness and Health Systems Strengthening: Pandemics, which are large disease outbreaks that affect several countries, pose major health, social, and economic risks. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: http://www.worldbank.org/en/topic/pandemics.

28. JEE Alliance. Joint External Evaluation. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: https://www.jeealliance.org/global-health-security-and-ihr-implementation/joint-external-evaluation-jee/.

29. Heymann, D.L., et al., Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic. Lancet, 2015. 385(9980): p. 1884-901.

30. ICRC. The Issue: A humanitarian issue of critical concern. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: http://healthcareindanger.org/the-issue/.

31. Jain, V. and A. Alam, Redefining universal health coverage in the age of global health security. BMJ Glob Health, 2017. 2(2): p. e000255.

32. Decoster, K. UHC and global health security: Two sides of the same coin? 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: http://www.internationalhealthpolicies.org/uhc-and-global-health-security-two-sides-of-the-same-coin/.

33. UNHCR. Figures at a Glance. 2015 [cited 2016 7 December]; Available from: http://www.unhcr.org/en-au/figures-at-a-glance.html.

34. Clark, H. Helen Clark: Keynote Address on "Non-communicable Diseases – a Sustainable Development Priority for Pacific Island Countries". 2016 [cited 2018 3 March]; Available from: http://www.undp.org/content/undp/en/home/presscenter/speeches/2016/06/20/helen-clark-keynote-address-non-communicable-diseases-a-sustainable-development-priority-for-pacific-island-countries-.html.

35. NCD Aliiance. Making NCD prevention and control a priority, everywhere. 2018 [cited 2018 18 October]; Available from: https://ncdalliance.org/.

36. Matoto, V., et al., Burden and spectrum of disease in people with diabetes in Tonga. Public Health Action, 2014. 4(Suppl 1): p. S44-9.

37. Pacific Islands Report. Nearly 800 Amputations From Diabetes Complications

In Fiji Last Year. 2017 [cited 2018 2 March]; Available from: http://www.pireport.org/articles/2017/07/17/nearly-800-amputations-diabetes-complications-fiji-last-year.

38. World Health Organization, Saving lives, spending less: A strategic response to noncommunicable diseases. 2018, WHO: Geneva.

39. Bulamu Healthcare. The State of Healthcare in Uganda. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://bulamuhealthcare.org/healthcare-in-uganda/.

40. World Health Organization. Strengthening Country Coordination of Emergency Medical Teams. 2017 [cited 2018 30 November]; Available from: https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/EMTCC_PhotoStory.pdf

41. World Health Organization. Emergency Medical Teams. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: https://extranet.who.int/emt/

42. National Critical Care and Trauma Response Centre (NCCTRC). Bronte Martin. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: https://www.nationaltraumacentre.nt.gov.au/about-us/our-people/ms-bronte-martin

43. World Stroke Organisation. Facts and Figures about Stroke. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.world-stroke.org/component/content/article/16-forpatients/84-facts-and-figures-about-stroke.

44. Akutu, G. Stroke Action Nigeria, WSO partner to improve access to treatment. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: https://guardian.ng/features/nigerias-health-sector-is-lacking-in-stroke-services-provision/.

45. Kane, R., R. Priester, and A. Totten, Meeting the challenge of chronic illness. 2005, Johns Hopkins University Press: Baltimore.

46. Hansen, J., et al., Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. Health Aff (Millwood), 2015. 34(9): p. 1531-7.

47. Rogers, W. and B. Veale, Primary Health Care: a scoping report. 2000, National Information Service, Department of General Practice, Flinders University: Adelaide.

48. Agency for Healthcare Research and Quality. What is care coordination? 2014 [cited 2017 20 April]; Available from: http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/coordination/atlas2014/chapter2.htm)

49. Swerissen, H. and S. Duckett, Chronic failure in primary care. 2016, Grattan Institute.

50. Kane, J., et al., A systematic review of primary care models for non-communicable disease interventions in Sub-Saharan Africa. BMC Fam Pract, 2017. 18(1): p. 46.

51. World Health Organization. Patient empowerment and health care. 2009 [cited 2018 30 November]; Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144022/.

52. National Academies of Sciences, E., and Medicine,. Up to 8 million deaths occur in low- and middle-income countries yearly due to poor-quality health care. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.sciencedaily.com/releases/2018/08/180828104034.htm.

53. The Economist Intellegence Unit. Value-based healthcare: A global assessment. 2016 [cited 2018 30 October]; Available from: http://vbhcglobalassessment.eiu.com/wp-content/uploads/sites/27/2016/09/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology.pdf

54. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Patient-centred care: Improving quality and safety by focusing care on patients and consumers. 2010 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/PCCC-DiscussPaper.pdf.

55. Deloitte. Journey to value-based care. 2015 [cited 2018 30 November]; Available from: https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-lshc-journey-to-value-based-care-final.pdf.

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

57. Makary, M.A. and M. Daniel, Medical error-the third leading cause of death in the US. BMJ, 2016. 353: p. i2139.

58. Organisation for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2017: OECD indicators. 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en,.

59. World Bank. DataBank: Service Delivery Indicators. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: http://databank.worldbank.org/data/source/service-delivery-indicators.

60. Leslie, H.H., et al., Effective coverage of primary care services in eight high-mortality countries. BMJ Glob Health, 2017. 2(3): p. e000424.

61. McCleerey, M. Value-Based Care Elevates the Role of the Registered Nurse in Primary Care. 2018 [cited 2018 20 October]; Available from: https://www.hfma.org/Content.aspx?id=54348.

62. Willis, O. Emergency departments in 'crisis' as mental health patients left waiting: new report. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.abc.net.au/news/health/2018-10-08/emergency-department-mental-health-crisis/10344852.

63. World Health Organization, Mental Health Atlas 2014. 2015, World Health Organization: Geneva.

64. World Health Organization. Mental disorders affect one in four people. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/.

65. Frankish, H., N. Boyce, and R. Horton, Mental health for all: a global goal. Lancet, 2018.

66. Our World in Data. Mental Health. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://ourworldindata.org/mental-health.

67. NCD Aliiance, World Federation of Mental Health, and Mental Health Innovation Network. Linking Mental Health and NCD Alliance Campaign Priorities for the 2018 United Nations High-Level Meeting on NCDs. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://enoughncds.com/wp-content/uploads/2018/06/Linking_Mental_Health_NCDs_HLM3_Priorities_2018.pdf.

68. World Health Organization. Premature death among people with severe mental disorders. [cited 2018 30 November]; Available from: https://www.who.int/mental_health/management/info_sheet.pdf.

69. Miller, B. Mental health patients waiting for hours, sometimes days in emergency departments. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.abc.net.au/news/2018-02-26/mental-health-patients-waiting-hours,-days-in-emergency-ward/9484346.

70. United Nations. Seventy-third session Agenda item 119: Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2018. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/2.

71. European Observatory on Health Systems and Policies. Leapfrogging health systems responses to noncommunicable diseases. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: http://www.lse.ac.uk/lse-health/assets/documents/eurohealth/issues/EH-v24n1-March18.pdf.

72. KPMG. Investing to Save: The economic benefits for Australia of Investment in Mental Health Reform. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://mhaustralia.org/sites/default/files/docs/investing_to_save_may_2018_-_kpmg_mental_health_australia. pdf.

73. Health Insights. Nurses in collaborative care teams. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: https://healthtimes.com.au/hub/nursing-careers/6/guidance/healthinsights/nurses-in-collaborative-care-teams/2879/.

74. Whiting, K. 4 things to know about the state of conflict today. 2018; Available from: https://www.weforum.org/agenda/2018/09/4-things-to-know-about-conflict-today/.

75. UNHCR. Figures at a glance. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: http://www.unhcr.org/en-us/rohingya-emergency.html.

76. Institute for Economics & Peace. Global peace index 2018: Measuring peace in a complex world. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: http://visionofhumanity.org/app/uploads/2018/06/Global-Peace-Index-2018-2.pdf.

77. MSF. Impact 2017: Conflict & Violence. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.doctorswithoutborders.ca/impact-2017-conflict-violence.

78. Kaldor, M., New & old wars: Organized violence in a global era. 2012, Polity Press: Chichester.

79. Health Systems Global. Universal Health Coverage in Crisis-Affected Contexts: The Rhetoric and the Reality. 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: http://www.healthsystemsglobal.org/blog/254/Universal-Health-Coverage-in-crisis-affected-contexts-the-rhetoric-and-the-reality.html.

80. International Committee of the Red Cross. Health Care in Danger. 2015 [cited 2018 30 November]; Available from: file:///C:/Users/goste/Downloads/icrc-002-4237.pdf.

81. Thompson R and K. M., Healthcare in Conflict Settings: Leaving No One Behind. Doha,. 2018, World Innovation Summit for Health: Qatar.

82. Nathe, M. Workers Takes a Toll—on Us All. 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.intrahealth.org/vital/everyday-violence-against-health-workers-takes-toll%E2%80%94-us-all.

83. World Health Organization. Violence against health workers. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/.

84. Roche, M., et al., Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. J Nurs Scholarsh, 2010. 42(1): p. 13-22.

85. Victorian Auditor-General. Occupational Violence Against Healthcare Workers. 2015 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.parliament.vic.gov.au/file_uploads/20150506-Occ-Violence_gccfNRDF.pdf.

86. World Health Organization, Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020. 2016, WHO: Geneva.

87. Boafo, I.M., The effects of workplace respect and violence on nurses' job satisfaction in Ghana: a cross-sectional survey. Hum Resour Health, 2018. 16(1): p. 6.

88. World Health Organization, Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. 2016, WHO: Geneva.

89. International Council of Nurses. Prevention and management of workplace violence. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_PS_Prevention_and_management_of_workplace_violence.pdf.

90. International Labour Organization, et al., Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. 2002, ILO: Geneva.

91. Cribb, R. Workplace violence makes nursing one of Canada's most dangerous professions. 2015 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.thestar.com/news/canada/2015/10/31/workplace-violence-makes-nursing-one-of-canadas-most-dangerous-professions.html.

92. Bordignon, M. and M.I. Monteiro, Violence in the workplace in Nursing: consequences overview. Rev Bras Enferm, 2016. 69(5): p. 996-999.

93. Jiao, M., et al., Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. BMJ Open, 2015. 5(3): p. e006719.

94. Pich, J. Violence against nurses is on the rise, but protections remain weak. 2017 [cited 2018 30 November]; Available from: https://theconversation.com/violence-against-nurses-is-on-the-rise-but-protections-remain-weak-76019.

95. Campbell, A.F. Why Violence Against Nurses Has Spiked in the Last Decade. The Atlantic 2016 [cited 2016 2 December]; Available from: http://www.theatlantic.com/business/archive/2016/12/violence-against-nurses/509309/.

96. HSJ and Unison. Violence against NHS staff: a special report by HSJ and Unison. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: https://guides.hsj.co.uk/5713.guide.

97. Czaika, M. and H. de Haas, The globalization of migration: has the world become more migratory? . International Migration Review, 2014. 48.

98. MSF. Central America: Fleeing an invisible war. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.msf.org.uk/article/central-america-fleeing-invisible-war.

99. UNHCR. Rohinga emergency. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: http://www.unhcr.org/en-us/rohingya-emergency.html.

100. Gushulak, B. Health, health systems, and global health: Thematic discussion paper. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/Global%20Health%20paper%2C%20final%20Sept%202017.pdf.

101. United Nations. General Assembly resolution 71/1, New York Declaration for Refugees and Migrants, A/RES/71/1. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/71/1.

102. Kennedy, S., et al., The healthy immigrant effect: Patterns and evidence from four countries. Journal of International Migration & Integration, 2015. 16(2): p. 317-332.

103. World Health Organization. Stepping up action on refugee and migrant health: Outcome document of the High-level Meeting on Refugee and Migrant Health. 2015 [cited 2018 30 October]; Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/298196/Stepping-up-action- on-refugee-migrant-health.pdf.

104. World Health Organization. Migrants populations, including children, at higher risk of mental health disorders. 2017[cited 2018 30 October]; Available from: http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2017/04/migrant-populations,-including-children,-at-higher-risk-of-mental-health-disorders.

105. O'Donnell, C.A., et al., Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. Health Policy, 2016. 120(5): p. 495-508.

106. Hacker, K., et al., Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. Risk Manag Healthc Policy, 2015. 8: p. 175-83.

107. AFRO WHO. Malawi WHO Country Office: 2015 Annual Report. 2015 [cited 2018 21 November]; Available from: https://afro.who.int/sites/default/files/2017-06/malawi-who-country-office-2015-annual-report.pdf.

108. McClelland, A (2017) Emergencies Only Sydney: Allen & Unwin

Photo Credit: Ministry of Health Taiwan

www.icnvoicetolead.com

To follow the conversations use:
#VoiceToLead and #IND2019

www.icn.ch