UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE
„VICTOR BABEŞ” DIN TIMIŞOARA

EVALUAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE ȘI A PROGRAMELOR SOCIALE

SUPORT DE CURS PENTRU PROGRAMUL UNIVERSITAR DE MASTER MANAGEMENTUL SERVICIILOR SOCIALE ȘI DE SĂNĂTATE

Prof.univ.dr. Ramona Amina POPOVICI

BARIERELE LINGVISTICE ȘI CULTURALE ÎN ACCESUL LA SERVICII DE SĂNĂTATE

❖ Definirea "Accesului"

Accesul se referă nu numai la disponibilitatea serviciilor, ci la caracteristicile serviciului care fac posibilă sau confortabilă pentru persoanele care au nevoie de a utiliza aceste servicii. Cu toate acestea, în literatura de specialitate referitoare la accesul la limbi străine, nu există diferențe între „acces" și „utilizare". Drept urmare, multe studii privind raportul de acces privind disparitățile în utilizarea serviciilor. În toate punctele procesului de menținere a sănătății și de căutare a sănătății, se pot întâmpina probleme cu accesul: accesul la informații despre sănătate (de exemplu, beneficiile imunizării); cunoașterea serviciilor de sănătate disponibile (de exemplu, unde și când se poate primi astfel de imunizări); participarea la servicii de promovare sau prevenire a sănătății (de exemplu, primirea de imunizare); participarea la screening (de exemplu, screeningul cancerului); primul contact pentru îngrijiri non-urgente; acces la îngrijiri de specialitate sau servicii specializate; acces la asistență de urgență și spital; și acces la servicii de asistență după externarea din spital. Acces la servicii de sănătate mintală. Există bariere suplimentare și specifice în calea accesului la serviciile de sănătate mintală (Bauer și colab., 2010; Kim et al., 2011; Ohtani și colab., 2015). Poate că nu există niciun alt domeniu de sănătate în care diagnosticul și tratamentul să depindă de limbă și cultură.

❖ Background

Barierele către asistența medicală eficientă și echitabilă pot rezulta din diferențele lingvistice dintre pacienți și clinicieni. Din ce în ce mai mult, profesioniștii din domeniul sănătății includ migranții a căror limbă (L1) nu este limba majoritară. Pacienții care sunt migranți cu minorități lingvistice, un grup în creștere și în număr, trebuie să utilizeze în mod similar o a doua limbă (L2) în timpul întâlnirilor de asistență medicală sau să se bazeze pe disponibilitatea și acuratețea unui interpret. Astfel, un număr tot mai mare de pacienți care utilizează sistemul de asistență medicală al unei țări nu împărtășește un L1 cu medicul lor și viceversa. Discrepanțele lingvistice pot duce la creșterea stresului psihologic și la erori de comunicare semnificative din punct de vedere medical pentru pacienții deja anxioși, lucru la care pacienții aflați în întâlniri congruente

de limbă (adică L1 partajate) sunt mai puțin vulnerabili. Mai mult decât atât, nu este doar un limbaj care poate provoca bariere pentru asistența medicală echitabilă: inegalitățile inerente dinamicii sociale a întâlnirii dintre pacient și practicant sunt bine documentate, iar aceste inechități apar independent de împărtășirea L1 [6]. Înțelegerea limbajului în contextul unei întâlniri medicale este, așadar, esențială pentru înțelegerea problemelor care pot apărea atunci când pacienții și practicienii din domeniul sănătății vorbesc o altă L1. Această cercetare este concepută pentru a explora aceste bariere potențiale într-un cadru de comunicare naturală de asistență medicală, într-o gamă largă de spitale în secții și în ambulatoriu.

Atunci când se comunică detaliile unui diagnostic sau tratament, este crucial să se transmită cu exactitate probabilitatea factorilor de risc asociați. Nerespectarea corectă a gravității riscului poate avea consecințe negative: pacienții nu pot respecta instrucțiunile sau pot alege să nu aibă un tratament care poate salva viață. Deși au fost publicate multe informații despre comunicarea riscurilor între pacienți și practicienii din domeniul sănătății în situații de sănătate, această cercetare s-a concentrat în principal pe situații congruente de limbă. Nu este clar modul în care riscurile legate de sănătate sunt transmise în mod adecvat și precis unui pacient atunci când prima limbă este discordantă cu cea a practicantului și a comunității mai largi. Există dovezi că comunicarea greșită este mai probabilă să apară atunci când clinicienii utilizează un L2 stăpânit inadecvat și nu pot transmite corect anumite nuanțe de risc și certitudine. Complicând problemele în continuare, oamenii din diferite grupuri culturale descriu durerea și suferința cu totul altfel: termeni, expresii sau metafore specifice cultural-ului pot fi dificil de navigat chiar și atunci când competența lingvistică este ridicată. De asemenea, atunci când clinicienii nu dispun de abilitățile lingvistice și culturale necesare și interpreții nu sunt disponibili, pacienții pot fi nevoiți să se bazeze pe rude neexperimentate din punct de vedere medical, bilingve sau personal non-medical, compromitând calitatea îngrijirii și agravând rezultatele de sănătate pentru comunitățile de migranți.

❖ Cadru teoretic

Există cel puțin trei abordări teoretice pentru a înțelege de ce apar probleme de comunicare în setările de comunicare medicală discrepantă de limbaj. Una este o abordare psiholingvistică discutată de Segalowitz și Kehayia, în care accentul se concentrează asupra modului în care vorbitorii direcționează atenția celeilalte persoane către elementele cheie ale mesajului lor, folosind caracteristici semantice și sintactice ale limbajului pentru a împacheta mesajul în mod corespunzător, și asupra capacității ascultătorului de a deduce intenția vorbitorului.

O a doua abordare teoretică are în vedere dinamica conversațională a interacțiunilor pacient-medic. Aici se pune accentul pe diferențele de relație de putere dintre medic și pacient și modul în care utilizarea limbajului reflectă aceste relații și servește ca un instrument pentru manipularea lor. Se știe puțin despre dinamica socială care operează în contexte de asistență medicală discrepantă. Aici vom aplica o a treia abordare teoretică, și anume cadrul Teoriei comunicării si acomodarii (TCA). Această abordare are o relevanță deosebită pentru compararea comunicării dintre limbajul discrepant și cel congruent. În termeni teoretici, TCA propune asta

1) vorbitorii încearcă să-și convergă (sau nu) modul de a vorbi, pentru a îndeplini obiective sociale importante în ceea ce privește obținerea aprobării sociale, a identității etc.;

2) măsura în care convergentele vorbește reflectă în parte necesitatea eficienței comunicării;

3) convergența este considerată pozitivă și normativă; și 4) divergența în modul de a vorbi reflectă o intenție specifică de a face acest lucru și este în mod normal perceput negativ.

TCA oferă astfel un cadru util pentru examinarea dinamicii comunicării pacient-practicant, în special atunci când cel puțin unul dintre vorbitori folosește un L2. În astfel de cazuri, incapacitatea de a realiza convergență (adică să pară mai asemănător în vorbire) poate afecta modul în care vorbitorii se percep nu numai, ci și calitatea relației de lucru dintre aceștia, de ex. Scopul relevant al cercetării de aici este de a identifica ce diferență de limbaj are un impact specific asupra cazării și care sunt consecințele asupra comunicării pacient-practicant. (Sursa: Renata F. I. Meuter și colab. 2015). În rezumat, pentru a rezolva cu succes problema barierelor lingvistice, trebuie să știm când acestea sunt cel mai probabil să apară și care este natura lor specifică. Pentru a face acest lucru, trebuie dezvoltate noi metode de cercetare și să fie formulat un cadru teoretic care să genereze întrebări de cercetare și să ghideze cercetarea. Acest studiu ne va permite: 1) să exploreze noi modalități de a studia sistematic - la un nivel micro de analiză -

natura barierelor lingvistice în comunicarea medicală; 2) abordează anumite aspecte ale barierelor lingvistice în comunicarea asistenței medicale într-un mod care va informa proiectarea programelor de formare lingvistică pentru clinicieni; și 3) să articuleze o agendă de cercetare pentru viitoarele lucrări teoretice, empirice și aplicate, menite să depășească barierele lingvistice în furnizarea asistenței medicale (de exemplu, în comunitățile indigene; asistența medicală rurală / la distanță).

- **Clasificarea barierelor în accesul la servicii de sănătate**

Deși recunoaștem că nu există o definiție universal acceptată a accesului la serviciile de sănătate (Oliver și Mossialos 2004), folosim definiția de către Peters et al. (2008) ceea ce implică „utilizarea în timp util a serviciului în funcție de necesități". Utilizarea îngrijirii medicale este utilizată ca un reprezentant operațional pentru accesul la asistența medicală. Accesul are patru dimensiuni: disponibilitate, accesibilitate geografică, accesibilitate și acceptabilitate (O´Donnell 2007). Barierele în accesarea serviciilor de sănătate pot provoca din partea cererii și / sau a ofertei**.**

Determinanții din partea cererii sunt factori care influențează capacitatea de a utiliza serviciile de sănătate la nivel individual, gospodăresc sau comunitar, în timp ce factorii determinanți din ofertă sunt aspecte inerente sistemului de sănătate care împiedică preluarea serviciilor de către persoane, gospodării sau comunitate. Necesitatea diferențierii dintre cerere și barierele ofertei este legată de formularea intervențiilor adecvate, deși O´Donnell (2007) constată că ambele părți trebuie abordate concomitent. Acest lucru este consolidat de James și colab. (2006), care susțin că barierele de acces nu pot fi întotdeauna reciproc excluse și pot interacționa și influența reciproc. Peters și colab. (2008) oferă un cadru pentru evaluarea barierelor de-a lungul celor patru dimensiuni ale accesului (fiecare dintre ele având aspecte ale ofertei și ale ofertei), în timp ce Ensor și Cooper (2004) prezintă un cadru de bariere din partea ofertei și / sau a cererii . Cele două abordări sunt combinate în tabelul 1, unde aspectele de barieră ale lui Ensor și Cooper sunt aranjate în funcție de cele patru dimensiuni de acces.

❖ **Interventii care permit accesul la serviciile de sănătate**

Asistența medicală primară (PHC) a fost aprobată în 1978 de țările membre OMS ca o paradigmă menită să reducă inechitățile în sănătate, parțial prin permiterea accesului universal la serviciile de sănătate (Rasanathan și colab., 2009). În timp ce acoperirea universală este obiectivul, sistemele de sănătate imperfecte suferă de ceea ce se numește „ipoteza echității inverse", care afirmă că noile intervenții de sănătate ajung inițial la o situație socio-economică mai bună, în timp ce majoritatea săracilor beneficiază mai târziu în timp. (Victora și colab. 2000). Din cauza acestui interval de timp, în special în țările în curs de dezvoltare, care depind într-o măsură considerabilă de finanțarea donatorilor pentru sectorul sănătății, direcționarea este adesea o strategie preferată.

În absența unei acoperiri universale, există două opțiuni principale de vizare pentru a permite un acces mai mare la serviciile de sănătate pentru pacienții săraci și vulnerabili, și anume pentru a dezvolta capacitatea furnizorilor de servicii medicale de a viza serviciile pe anumite grupuri (o strategie din partea ofertei), sau pentru a reduce barierele în calea accesului și participării (o strategie pentru cerere) (Bornemisza et al. 2010). Ambele abordări ale dezvoltării intervențiilor pentru soluționarea barierelor în îngrijirea sănătății sunt descrise și luate în considerare în acest articol. Intervențiile care vizează facilitarea accesului la serviciile de sănătate trebuie să fie puse în aplicare la nivel de district, deoarece se știe că acestea constituie cea mai potrivită situație geografică pentru PHC. Cu toate acestea, Ekman și colab. (2008) prudență că ar trebui să se acorde atenție cuvenită capacității potențial limitate a managerilor de sănătate din districtul LIC. Mai mult, deoarece majoritatea barierelor în îngrijire nu pot fi depășite de către sectorul sănătății care acționează singur, este necesară colaborarea intersectorială (Braveman și Gruskin 2003; Ensor și Cooper 2004). Deși considerat aspectul cel mai neglijat al PHC (Walley și colab., 2008), participarea comunității ar trebui să fie construită în intervenții care să abordeze barierele de acces, deoarece „reduce decalajele de putere dintre populație și sistemele de sănătate" (a se vedea, de asemenea, Van Damme și colab., 2002; Rasanathan și colab., 2009). Orice intervenții sunt dezvoltate, monitorizarea procesului de adoptare a serviciilor ar trebui să fie o parte integrantă a strategiei.

Înainte de a prezenta cadrul analitic pentru analiza intervențiilor pentru a aborda barierele de acces din partea ofertei și a cererii, prezentăm o imagine de ansamblu a intervențiilor care pot fi

implementate la nivel de district doar de sectorul sănătății sau în colaborare cu alte departamente guvernamentale și non-guvernamentale. sau organizațiile societății civile din sectorul public și / sau privat. Se presupune că nivelurile mai ridicate din sectorul sănătății, cum ar fi autoritățile sanitare provinciale și naționale, stabilesc cadrul politic larg, aplică legislația, asigură furnizarea unei furnizări relativ constante de fonduri, bunuri și echipamente și conduc monitorizarea și supravegherea eșaloane inferioare în sistemul de sănătate.

Multe intervenții propuse adoptă o abordare stimulativă monetară pentru soluționarea barierelor de acces la serviciile de sănătate. Adesea, aceste stimulente financiare sunt canalizate prin partea cererii, se pare că se datorează reacției donatorilor la eșecul guvernelor de a furniza suficiente servicii de sănătate și o percepție a inerției autorităților la toate nivelurile. În ciuda volumului important de literatură care se concentrează pe intervenții din partea cererii financiare, cel mai mare număr de intervenții pare să fie nefinanciar și bazat pe ofertă. Deși Standing a identificat cinci interpretări ale sensului de „cerere", folosim aici termenul pentru a însemna canalizarea directă a resurselor către un grup de populație pentru a obține servicii de sănătate, în conformitate cu definiția folosită de Schmidt et al. (2010). Finanțarea din partea cererii poate fi legată de producție atunci când furnizorii sunt plătiți în funcție de numărul de servicii prestate. Obiectivele acestei abordări sunt: (1) vizarea furnizării serviciilor; (2) îmbunătățirea comportamentului furnizorului; (3) promovarea concurenței și, prin urmare, îmbunătățirea calității asistenței medicale; și (4) îmbunătățirea căutării de îngrijire de către grupuri țintă (Ensor 2004; Standing 2004; Bhatia și Gorter 2007). Finanțarea din partea ofertei este considerată un mijloc de consolidare a furnizării serviciilor de sănătate pe baza cantității de contribuții financiare (Ensor 2004) și nu implică o anumită metodă de plată a furnizorului.