

Studiul de caz 2. Olanda

Îngrijiri de sănătate comunitare în Olanda: experiența îngrijirii la domiciliu Buurrtzorg

1. PREZENTARE GENERALĂ A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE OLANDEZ

Olanda, cu o populație mai mare de 17 milioane de locuitori, este o țară dens populată, cu o populație îmbătrânită, în care 18.5% dintre locuitori au peste 65 de ani cu o speranță de viață în sănătate mult peste media europeană. În 2008, speranța de viață la naștere era de 81.8 ani, iar mortalitatea infantilă era de 3.8 la 1000 de născuți vii. Prevalența bolilor de lungă durată este aproximativ pe medie, iar primele 5 cauze de deces sunt bolile cardiace ischemice, cancerul pulmonar, accidentul vascular cerebral, bolile pulmonare obstructive cronice și boala Alzheimer (Vos et al, 2020).

Sistemul de îngrijiri de sănătate olandez se bazează pe asigurarea socială obligatorie pentru toți cetățenii. În 2006, reforma sistemului de îngrijiri de sănătate a rafinat modelul, introducându-se o schemă unică de asigurare obligatorie pentru îngrijirile curative esențiale, cu concurență între mai mulți asiguratori privați de sănătate.

Tabelul 1. Demografie, factori socio-economici, starea de sănătate și factori de risc

	Olanda
Demografie	
Mărimea populației (mii)	17 131
Pondrea populației peste 65 de ani (%)	18.5
Rata de fertilitate	1.6
Factori socio-economici	
PIB-ul pe cap de locuitor (EUR PPP)	38 400
Rata relativă a sărăciei (%)	13.2
Rata șomajului (%)	4.9
Starea de sănătate și factorii de risc	
Speranța de viață la naștere	81.8
Fumatul	17%
Obezitatea	13%

Sursa: OECD 2019

ORGANIZARE ȘI GUVERNANȚĂ

Ministerul Sănătății, Bunăstării și Sportului este responsabil pentru definirea pachetului de bază de asigurări de sănătate și a tarifelor pentru servicii, stabilirea obiectivelor de sănătate publică și stabilirea capacității instituțiilor de îngrijire pe termen lung. Guvernele locale sunt responsabile de îngrijirile pe termen lung, incluzând servicii de îngrijire la domiciliu, așa cum sunt prevăzute de Actul pentru Suport Social din 2007 și au un rol major în sănătatea publică, incluzând promovarea sănătății, screening și vaccinare și sănătatea la tineri.

Asistența medicală este organizată în jurul unui sistem puternic de asistență medicală primară, cu funcție de filtrare. Cooperarea, coordonarea și integrarea între furnizorii de servicii de asistență medicală primară și centrele de diagnostic și tratament sunt încurajate de politicile de sănătate și de părțile interesate din asistența medicală primară. Inovația și anteprenoriatul reprezintă forțe motrice în sistemul de sănătate olandez, cu scopul de a crește implicarea pacientului în procesul de luare a deciziilor. În consecință, activitatea spitalului este relativ scăzută și eficientă.

Din 2002 s-a pus accentul pe trecerea de la îngrijirile secundare de sănătate la cele primare, în special pentru bolile cronice și pentru tratamentele simple, cu risc scăzut, cum ar fi intervențiile chirurgicale minore.

Îngrijirile pe termen lung reprezintă o pondere semnificativă din totalul cheltuielilor alocate sănătății (27%). Acoperirea cu paturi în casele de bătrâni este mult peste media europeană.

Tabelul 2. Indicatorii cheie ai sistemului de sănătate

	Olanda
Cheltuieli pe cap de locuitor (EUR PPP)	3 791
Cheltuieli pentru sănătate (% GDP)	10.1%
Finanțarea sănătății publice (%)	81.5%
Cheltuieli personale (%)	11.1%
Asigurare voluntară de sănătate (%)	5.9%
Internări evitabile (insuficiența cardiacă)	180
Internări evitabile (BPOC și astm)	248
Internări evitabile (diabet)	40
% nevoi medicale nesatisfăcute raportate	0.1
Medici practicieni 1000 de locuitori	3.6
Asistente medicale praciene la 1000 de locuitori	10.9
Număr de consultații medicale per individ	8.7
Externări la 1000 de locuitori	95
Cauze de mortalitate prevenibile	134
Prevenție	3%
Îngrijiri ambulatorii	30%
Îngrijiri spitalicești	24%
Îngrijiri pe termen lung	27%
Produce farmaceutice și dispozitive medicale	12%

Sursa: OECD 2019

FINANTARE

Cheltuielile pentru sănătate depășesc 10% din PIB, iar cheltuielile pe cap de locuitor sunt de 3 791 euro. Serviciile de sănătate sunt finanțate printr-o combinație de asigurări sociale și private obligatorii, cu co-plăți adiționale pentru îngrijirile pe termen lung. Multe dintre serviciile sociale ce pun accent pe promovarea participării persoanelor cu dizabilități în societate sunt finanțate din fonduri municipale.

Ministerul Sănătății, Bunăstării și Sportului definește în fiecare an bugetul total alocat îngrijirii sănătății. Medicii din sistemul de îngrijiri primare sunt rambursați de către asiguratorii din sănătate pe baza tarifului stabilit de guvern.

FORȚA DE MUNCĂ DIN SĂNĂTATE

Profesioniștii din asistența medicală primară lucrează în echipe multidisciplinare și tot mai mult în organizații mai mari cum ar fi centrele de îngrijiri primare de sănătate.

În Olanda, disponibilitatea medicilor de familie este relativ scăzută, iar trecerea sarcinilor de la medici către asistentele medicale reprezintă ceva obișnuit, în special pentru programele de management al unor boli precum diabetul zaharat sau BPOC. Numărul de asistenți medicali practicanți era de 10.9 la 1000 de locuitori în 2017, iar raportul dintre asistenții medicali și medici a fost de 3.0. Acest transfer de sarcini a condus la ocupații noi cum ar fi asistenții medicali practicieni, asistenți medicali specialiști (care pot prescrie și medicamente) și asistenții medicilor.

Există profiluri diferite de asistente medicale. Asistenții medicali înregistrați pot avea un nivel intermediar, superior sau academic și este necesar să se înregistreze în registrul BIG. Nivelul intermediar al educației pentru asistente medicale durează patru ani, pentru a deveni aistent medical generalist. Nivelul mai înalt de educație pentru asistentele medicală durează patru ani, având ca rezultat diploma de licență de asistent medical(BN), care le pregătește pentru mai multe roluri de conducere în îngrijirea pacientului. **Asistenții medicali specialiști** sunt calificați pentru a trata în mod independent grupuri specifice de pacienți, cum ar fi acei indivizi care sunt bolnavi cronici, și trebuie să aibă o

diploma de Master (Master în practicarea asistenței medicale avansate). **Asistenții medicali înmatriculați** sunt instruiți într-un program bazat pe practică ce durează trei, fiind recunoscuți ca îngrijitori.

Asistentele medicale de la nivelul primar sunt instruite separat în cadrul unui program care urmează celui de bază, care poate dura 1-2 ani, acest lucru depinzând de diploma lor vocațională. Asistenții medicali districtuali sau comunitari nu au un program dedicat de formare și sunt înscriși la formarea generală de 4 ani pentru asistentele medicale.

Educația medical continuă se desfășoară la discreția instituțiilor de îngrijiri de sănătate la care sunt angajați.

2. FACILITATORII SISTEMULUI DE ÎNGRIJIRI COMUNITARE

Din 1993 legea profesiilor individuale din domeniul sănătății (BIG) a reglementat înregistrarea și acordarea de licențe pentru profesioniștii din domeniul sănătății. Registrul BIG conține peste 350.000 de furnizori de servicii de sănătate (2021), și mai mult de 180.000 dintre aceștia sunt asistenți medicali. Reînregistrarea la cinci ani a fost introdusă în 2009. Pentru a păstra înregistrarea ca asistent medical, trebuie îndeplinită doar o cerință minimă legată de numărul de ore lucrate.

Asociația olandeză a asistenților medicali și îngrijitorilor a dezvoltat un registru de calitate pentru asistenții medicali. Asistenții medicali își pot înregistra în mod voluntar, online, activitățile de formare și dezvoltare profesională într-un portofoliu personal. Acest registru dă posibilitatea persoanelor să își compare abilitățile lor cu standardele de competență profesională cerute.

Legea privind asigurările de sănătate a fost adoptată în Olanda în 2006. Îngrijirile pe termen lung au fost reorganizate și descentralizate din 2015. Asistența medicală la domiciliu, îngrijirea personală și îngrijirile de sănătate mintală pe termen lung sunt acoperite acum de Legea asigurărilor de sănătate. Îngrijirile de suport, îngrijirea de zi și sănătatea mintală a adolescenților constituie parte din Legea privind suportul social delegate către municipalități.

3. FURNIZAREA DE SERVICII

NEVOILE POPULAȚIEI

Diferențele regionale privind dezvoltarea demografică au un impact crescut asupra cererii de servicii de sănătate. Regional differences in demographic development have an increasing impact on the demand for health services. În unele regiuni există tendința de îmbatrânire rapidă a populației și se confruntă cu un declin relativ rapid al populației.

Aproape 59% dintre persoanele cu o deficiență fizică severă sau minoră primesc îngrijiri informale domestice și de asistență medicală și suport în activitățile zilnice. Este ceva normal ca persoanele în vârstă să primească îngrijiri la domiciliu sau să fie instituționalizate într-un azil de bătrâni atunci când nu mai pot trăi independent. (Kringos and Klazinga, 2014).

Aproximativ 612.000 persoane au primit în 2010 îngrijiri medicale la domiciliu, o treime dintre acestea fiind femei în vârstă de 80 de ani și peste (Kroneman et al, 2016).

SCOPUL SERVICIILOR

Medicii de familie oferă îngrijiri generaliste în îngrijirile primare și sunt responsabili pentru îngrijirile de prim ajutor, tratament, urmărire, proceduri tehnice medicale, managementul bolilor și îngrijire preventivă. Ei acoperă un grup de populație definit geografic în timpul a 15 minute de practică. Acest lucru facilitează sănătatea publică, construindu-se în acest fel o cunoaștere a modului de trai, a mediului de muncă și social a populației lor de pacienți.

Asistentele efectuează suturarea plăgilor, excizia verucilor, rezecția cuneiformă, chistul sebaceu, îndepărtarea petelor ruginite din corneea, fundoscopie, injecții articulare, inserare DIU, instalare de perfuzii intravenoase și legarea gleznei (Boerma et al, 2015).

Transferul serviciilor de la îngrijirile secundare la cele primare, precum îngrijirea diabeticilor, BPOC, managementul riscului cardiac a fost posibil, alături de alți factori prin introducerea asistentelor medicale care furnizează programe de tratament a bolilor și reducerea trimerilor cu 40%.

FURNIZORII SI CENTRELE DE ÎNGRIJIRI COMUNITARE

Majoritatea medicilor de asistență medicală primară lucrează în grupuri de practică cu doi sau mai mulți practicanți (72%), în timp ce restul lucrează în cabinet ei singuri. Echipele multidisciplinare primare și comunitare includ medici de familie, asistenți comunitari, asistenți specializați, asistenți medicali la domiciliu, kinetoterapeuți, moașe, terapeuți ocupaționali, terapeuți logopezi, farmaciști comunitari, psihologi de îngrijiri primare, asistenți sociali și dieteticieni. Ei își desfășoară practicile medicale în centre de sănătate comunitară și facilitare a diagnosticului, situate central.

Asistentele medicale au lucrat din 2008 în practicile de îngrijiri primare pentru a sprijini medicii de familie într-o serie de domenii ce implică managementul diabetului, al sănătății mintale și a altor aspecte legate de bolile cronice. Ei de asemenea înlocuiesc sarcinile medicale și furnizează controale pentru îngrijirile cronice, sprijiniți de către politicile guvernamentale.

Majoritatea medicilor de familie lucrează pe cont propriu și sunt plătiți printr-o combinație de capitații și taxe pentru servicii cu plăți bonus. Medicii de familie primesc plăți substanțiale adiționale atunci când lucrează cu o asistentă medicală și/sau colaborează prin alte practici cu pacienți din zone defavorizate. Ca urmare, în prezent, aproape toate cabinetele generale angajează o asistentă medicală.

Asistenții medicali primari, asistenții medicali specializați și cei la domiciliu sunt angajați plătiți cu salariu, fără stimulente financiare suplimentare. De asemenea, asistentele comunitare sunt angajate în practici de îngrijiri primare pentru a furniza o legătură între pacienți, îngrijitorii informal, furnizorii de îngrijiri de sănătate și organismele oficiale (Kringos and Klazinga 2014).

Asistența medicală la domiciliu este oferită de asistenții medicali din district. Asistentele medicale din district evaluează nevoile clienților lor și coordonează procesul de îngrijire între client, îngrijitorii informal, medicii de familie, alți profesioniști din sănătate și din domeniul asistenței sociale implicate în îngrijirea clientului. Ei furnizează îngrijire medicală și îngrijire personală, cum ar fi îmbrăcatul și îmbăiatul.

Îngrijirea la domiciliu este oferită bolnavilor cronici, persoanelor cu demență și persoanelor care au nevoie de îngrijire la sfârșitul vieții după externarea lor din spital. Acesta cuprinde tratament medical și servicii de asistență medicală cum ar fi pansarea rănilor și administrarea de injecții, precum și îngrijirea personală, cum ar fi ajutorul la duș sau îndrumări pentru a face față activităților zilnice.

MANAGEMENTUL SERVICIILOR SI MONITORIZAREA PERFORMANȚEI

Organizațiile de asistenți medicali și lucrătorii din sănătate aferenți au început de la mijlocul anilor 1990 să-și dezvolte propriile lor ghiduri clinice, fiind actualizate cu regularitate. Au fost dezvoltate material și instrumente educaționale pentru a completa aceste ghiduri.

Medicii de familie păstrează înregistrările medicale utilizând un sistem de informații electronic. Unele practici au un sistem înlăunțuit de informații, un sistem de informații multidisciplinar creat pentru programele de gestionare a bolilor.

Caseta 1: Modelul Buurtzorg de asistență medicală comunitară

Buurtzorg ("Neighbourhood Care" în olandeză) constituie un furnizor de îngrijiri de sănătate organizat ca o rețea de echipe mici autonome cu maximum 12 asistenți medicali calificați din comunitate care furnizează îngrijiri de înaltă calitate la domiciliu la costuri reduse, susținute de un sistem IT inovator. Organizația funcționează fără manageri și oferă suport administrativ și pregătire regional echipelor dintr-o echipă centrală de back-office. În prezent, angajează peste

10.000 de asistenți medicali(aproximativ 60% din asistenții medicali olandezi), organizați în peste 900 de echipe ce îngrijesc peste 70.000 de pacienți pe an.



Video: Karin visit <https://vimeo.com/131179351>

Buurtzorg urmărește să atingă trei niveluri de obiective. La nivel de sistem, cost-eficiență și de reducere a fragmentării. La nivel de pacient, de restabilire a independenței pacienților și de instruire pentru pacienți și familii în îngrijirea proprie. La nivel profesional, garantarea autonomiei asistenților medicali și crearea de rețele informale de resurse în cartier pentru a rezolva problemele pacienților.

Modelul inovator de îngrijire

Inovația principală a modelului Buurtzorg constă în trecerea procesului de luare a deciziilor la prima linie și evitarea tuturor formelor de management central. Acest lucru a condus la împuternicirea echipelor de asistenți medicali pentru a integra familiile și organizațiile de cartier în soluții holistice pentru clienții lor.

Modelul Buurtzorg definește trei componente:

Echipe auto-guvernatoare formate din zece până la doisprezece asistente medicale ce oferă atât servicii medicale cât și servicii de îngrijire la domiciliu.

Un sistem IT care scutește asistentele medicale de sarcinile administrative și permite echipelor să-și monitorizeze propria lor performanță.

Instructori regionali ce promovează cele mai bune practici și oferă sfaturi în caz de nevoie.

Fiecare echipă funcționează doar la nivel de cartier (acoperind aproximativ 10.000 de persoane și 40 de pacienți), fapt care a permis asistenților medicali să meargă dincolo de simpla gestionare a pacienților lor.

Asistentele medicale din Buurtzorg sunt ca "instructorii de sănătate" care creează soluții sustenabile ce conduc la prevenție și independență în îngrijiri.

Ei organizează toată îngrijirea suportivă atrăgând familiile, prietenii și voluntarii, în strânsă legătură cu medicii de familie. Ei se văd pe sine ca “clăditori de comunitate”.

Performanță

Întreprinderea socială de îngrijiri la domiciliu a fost de foarte mare succes, reușind să obțină o satisfacție mare a pacienților și a asistentelor medicale și să reducă costurile spitalelor scumpe, cu toate că a avut rezultate mixte în ceea ce privește economiile nete și independența pacientului pe termen lung (Tabelul 3).

Din perspectiva unei politici de sănătate, Buurtzorg a avut impact asupra modului în care este furnizată îngrijirea la domiciliu a bătrânilor și cum ar putea fi extinsă la toți furnizorii, având un potențial economic de 2 miliarde euro pe an [Ernst & Young 2009].

În Olanda modelul Buurtzorg s-a extins și în alte sectoare precum asistența socială, îngrijirea tinerilor, îngrijirea sănătății mintale și îngrijirea maternală. În plus, Buurtzorg a fost de asemenea reprodus și în alte țări precum Statele Unite, Japonia, Finlanda și Suedia.

Tabelul 3. Rezultatele Buurtzorg în funcție de domenii

Domenii	Rezultate
Satisfacția pacienților	30% peste media națională între 2008 și 2013 Client rating 9.1 out of 10
Calitatea vieții pacienților	Timpul de îngrijire este cu două luni mai mic decât media națională pentru a obține independența. Pacienții sunt primiți la azil de la o vârstă mai mică
Satisfacția profesioniștilor	8.7 și 9 din 10 reprezintă satisfacția generală a angajaților, iar a angajatorului olandez de 5 ori mai mare între 2010 și 2016 Reducere a personalului comparativ cu alți furnizori de servicii de îngrijiri (10 procente contra 15 procente) Absența bolii scăzute în mod constant la aproape jumătate din media industriei Productivitate mai mare a îngrijirii la domiciliu (58% din ore facturate pentru îngrijiri, comparativ cu 51% din alte companii)
Sistemul de sănătate	Internările în spital sunt reduse la o treime. Reducerea duratei de ședere în spital. Costuri generale de 8% comparativ cu media olandeză de 25%

Surse: Ernst & Young 2009, KPMG 2015, Public World 2016

4. PROVOCĂRI ȘI REFORME NECESARE

În ultimele două decenii, Olanda a trecut prin două reforme majore în domeniul sănătății. Reforma asigurărilor de sănătate în 2006, iar în 2015 cea a îngrijirilor pe termen lung. Ambele au afectat atât sectorul de îngrijiri primare cât și pe cel de îngrijiri comunitare.

Practicile de îngrijiri primare au evoluat către organizații mai complexe, ce includ asistente medicale specializate în îngrijirea persoanelor cu afecțiuni cronice și probleme de sănătate mintală. Primary care practices have evolved towards more complex organizations, including practice nurses specialized in care for people with chronic conditions

and mental health problems. Trecerea îngrijirilor de la îngrijire secundară la primară a consolidat rolul de îngrijire al medicilor de familie și al echipelor de îngrijiri multidisciplinare în detrimentul volumului crescut de muncă.

Reformele viitoare sunt avute în vedere pentru consolidarea celor anterioare și pentru a optimiza îngrijirile din sănătate, cu scopul de a îmbunătăți calitatea îngrijirilor ce necesită costuri. Dezvoltarea calității standardelor de îngrijiri și includerea lor în schemele de remunerare pentru calitate vor necesita eforturi suplimentare în colectarea datelor, în special pentru măsurile legate de pacient. Luarea deciziilor informate de către pacienți se dovedește a fi ca o provocare ce le permite să aleagă în cunoștință de cauză.

Criza de COVID-19 a arătat importanța serviciilor integrate de îngrijiri primare și a îngrijirii vârstnicilor. Îngrijirile la domiciliu și cele pe termen lung au fost provocate de situația pandemică, acest lucru sporind atenția acordată îngrijirii sănătății și a asistenței sociale integrate și digitale, cu scopul de a oferi în timp util reacții individualizate la nevoile persoanelor (Inzitari et al, 2020).¹

5. RECOMANDĂRI

În sectorul olandez de îngrijiri primare sunt prezente două tendințe. Pe de o parte, trecerea îngrijirilor de la secundare la primare, în special pentru managementul îngrijirii cronice a dus la reducerea ratelor de referință. Pe de altă parte, transferul sarcinilor de la profesioniștii medicali la cei de asistență medicală, în special pentru programele de gestionare a bolilor, cum ar fi îngrijirea diabeticii, BPOC și managementul riscului cardiac. Rolurile și competențele diferitelor tipuri de asistente medicale au făcut posibile ambele tranziții.

Reformele din sectorul îngrijirilor pe termen lung au condus în căutarea limitării costurilor, standardizării și specializării la fuziuni în organizații regionale mari de îngrijire la domiciliu, ce au redus nivelul de autonomie al lucrătorilor din prima linie și au sporit fragmentarea diferitelor tipuri de profesioniști din domeniul îngrijirilor. În consecință, calitatea îngrijirilor, pacienții și experiența profesională de asemenea au suferit de pe urma acestei abordări fragmentate.

Modelul de asistență medicală Buurtzorg oferă o abordare inovatoare privind o mai bună îngrijire la domiciliu bazată pe o structură aplatizată de management, pe o coordonare prin sisteme de informații și prin asistenți comunitari împuterniciți și rețele informale de îngrijire la nivel comunitar.

Creșterea autonomiei asistenților medicali din comunitate și extinderea sferei lor de servicii la competențele proprii conduce la rezultate pozitive privind obiectivul unei mai bune îngrijiri, al eficienței și al îmbunătățirii experienței pacientului și a celei profesionale.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

Alders P, Schut FT. The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? Health Policy. 2019 Mar 1;123(3):312-6.

Boerma W, Kringos DS, Kringos DS, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. 2015;119:134.

Batenburg R, Eyck A. The growth and decline of health community centres in the Netherlands: A macro-historical analysis. Journal of Management & Marketing in Healthcare. 2011 Nov 1;4(4):242-6.

Centre for Public Impact. Buurtzorg: revolutionising home care in the Netherlands. November 2018. Available at: <https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/buurtzorg-revolutionising-home-care-netherlands>

Ernst & Young (2009) Maatschaappelijke business case Buurtzorg. Report by Ernest & Young. [online] Available at: <http://www.transitiepraktijk.nl/files/maatschappelijke%20business%20case%20buurtzorg.pdf>

—#

⁴#A testimonial of how COVID-19 affected Buurtzorg can be seen in this video: Covid19 – what Buurtzorg is learning and what we can learn from Buurtzorg? <https://www.youtube.com/watch?v=vinJuvrgpEY>

Inzitari M, Risco E, Cesari M, Buurman BM, Kuluski K, Davey V, Bennett L, Varela J, Bettger JP. Nursing Homes and Long Term Care After COVID-19: A New ERA? 2020

Johansen F, van den Bosch S. The scaling-up of Neighbourhood Care: From experiment towards a transformative movement in healthcare. *Futures*. 2017 May 1;89:60-73.

KPMG. The Added Value of Buurtzorg Relative to Other Providers of Home Care: A Quantitative Analysis of Home Care in the Netherlands in 2013 [in Dutch] / KPMG-Plexus, 2015.

Kreitzer MJ, Monsen KA, Nandram S, De Blok J. Buurtzorg Nederland: a global model of social innovation, change, and whole-systems healing. *Global advances in health and medicine*. 2015 Jan;4(1):40-4.

Kringos DS, Klazinga N. Country Case Study: The Netherlands. TARSC 2014.

<https://www.tarsc.org/publications/documents/TARSC%20RWJF%20Netherlands%20case%20study%20final.pdf>

Kroneman MB, Van den Berg M, Groenewegen P. Health systems in transition: the Netherlands. Brussels, Belgium: European Observatory on Health Systems and Policies. 2016.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Netherlands: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, <https://doi.org/10.1787/9ac45ee0-en>.

Public World. 2016 Buurtzorg Study. 19 September 2016 <http://www.skurses.co.uk/wp-content/uploads/2017/05/2016-Buurtzorg-Briefing-1.pdf>

Rafferty AM, Busse R, Zander-Jentsch B, Sermeus W, Bruyneel L, World Health Organization. Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2019.

Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, Abbasi-Kangevari M, Abbastabar H, Abd-Allah F, Abdelalim A, Abdollahi M. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020 Oct 17;396(10258):1204-22.