

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES

# Closing the gap: Increasing access and equity



**International Nurses Day**

12 May 2011



**PŘEKLENUTÍ ROZDÍLŮ:**

**VĚTŠÍ DOSTUPNOST A ROVNOPRÁVNOST  
ZDRAVOTNÍ PÉČE**



**MEZINÁRODNÍ DEN SESTER 2011**

Všechna práva včetně překladů do cizích jazyků jsou vyhrazena. Žádná část této publikace nesmí být zveřejněna tiskem, fotostatickými prostředky nebo jinak, ukládána v rešeršním systému nebo nějakým způsobem šířena nebo prodávána bez vyjádření písemného souhlasu ICN nebo Mezinárodního centra pro lidské zdroje v ošetrovatelství (International Centre for Human Resources in Nursing). Krátké výňatky (do 300 slov) mohou být reprodukovány bez autorizace za předpokladu, že bude uveden zdroj.

---

Copyright 2011 International Council of Nurses  
3. place Jean Marteau, 1201, Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95094-50-5

## Obsah

Dopis od předsedkyně a výkonného ředitele .....	5
Úvod .....	7
1. kapitola: Jak se má chápat dosažitelnost a rovnost.....	9
2. kapitola: Problém nerovnosti .....	15
3. kapitola: Měření dostupnosti a rovnosti .....	29
4. kapitola: Překážky při dostupnosti a rovnosti zdravotní péče .....	33
5. kapitola: Zlepšení dostupnosti a rovnosti zdravotní péče .....	37
6. kapitola: Sestry pomáhají zlepšit dostupnost zdravotní péče a rovnost ve zdraví.....	44
 <i>Přílohy</i>	
Příloha 1: Komise pro sociální determinanty zdraví. Dohled nad rovností ve zdraví .....	53
Příloha 2: Informovanost pacientů .....	57
Příloha 3: Univerzální dostupnost čisté vody .....	59
Příloha 4: Dostupné zdravotnictví dotované z veřejných zdrojů.....	63
 Další doporučené dokumenty a zdroje .....	65
 Odkazy.....	66





12. květen 2011

Milé kolegyně,

navzdory důležitým úspěchům při realizaci Vývojových cílů Milénia (Millennium Development Goals) existují stále mezi bohatými, středně bohatými a chudými zeměmi, mezi muži a ženami a mezi městským a venkovským obyvatelstvem značné rozdíly ve zdravotním stavu a střední délce života.

Dosažitelnost zdravotních služeb má klíčový význam pro zlepšení zdraví, celkového „well-being“ a střední délky života. Avšak dosažení tohoto zásadního požadavku je stále limitováno náklady, jazykovými bariérami, vzdáleností zdravotní péče, politikou i mnoha dalšími faktory.

Jako hlavní, a v některých případech, jediná skupina odborných zdravotnických pracovníků poskytujících primární péči ve mnoha velmi problematických prostředích, jsou sestry, které jsou zásadně důležité pro zlepšení nestrannosti zdravotní péče a její dosažitelnosti a zvýšení kvality výsledku péče.

Tento informační materiál pro Mezinárodní den sester 2011 (2011 IND) nám pomůže lépe chápat dosažitelnost a rovnost péče a účinek nerovnosti ve zdraví. Nastíní bariéry, které existují, a to jak můžeme zlepšit dosažitelnost a nestrannost péče. Také vrhá světlo na význam sociálních determinant zdraví tím, že ukazuje, jak je mohou sestry řešit a tím zlepšovat přístup k poskytování zdravotní péče a zajistit její nestrannost.

Mezinárodní rada sester věří, že sestry hrají důležitou roli při dosahování rovnosti ve zdraví a napomáhají jasnému pochopení toho, jak může zdravotnictví snížit nerovnosti.

S pozdravem

Rosemary Bryant  
Předsedkyně

David C. Benton  
výkonný ředitel





V roce 2001 schválilo mezinárodní společenství Vývojové cíle pro Milénium (Millennium Development Goals – MDG). Závazek vůči MDG představoval rozhodnutí provést značné změny ve zlepšení zdravotního stavu světové populace a uznal, že břímě nemocí a chorob není rovnoměrně rozloženo. Hlavní rozdíly existovaly ve zdravotním stavu a střední délce života mezi bohatými a chudými, mezi rozvinutými a rozvojovými národy a mezi obyvateli venkova a velkých měst.

Po deseti letech se mnohé zlepšilo. Hodnotící zpráva z roku 2009 uvádí zlepšení v oblastech takových klíčových intervencí jako je snížení malárie a šíření HIV a dále očkování proti spalničkám (OSN 2010). Avšak zpráva také uvádí obrovské propasti mezi zdravím, well-being a střední délkou života u různých skupin lidí.

Dosažitelnost služeb je klíčovým problémem. Tato dosažitelnost může být limitována cenou, jazykovými bariérami, blízkostí, politikou a praktikami, které činí služby kulturně neadekvátními, protože mají nízkou kvalitu nebo prostě neexistuje politika spravedlivého přerozdělování nebo není jasně stanovena.

Je také třeba mít na mysli, že zdraví není pouze produkt zdravotních služeb. Zdraví je sociálně determinováno a rovněž ovlivněno dědičností a prostředím. Schopnost dosáhnout zdraví, nebo naopak riziko nemoci, jsou ovlivněny sociálně-ekonomickým statutem, geografickými podmínkami, účastí na trhu práce, vzděláním, pohlavím, sexuální preferencí a spoustou dalších prvků, které mají přímý či nepřímý dopad na schopnost člověka dosáhnout zdraví a udržet si je.

Zásadně důležitá souvislost mezi zdravím a životním prostředím byla uznána v roce 2005, kdy Světová zdravotnická organizace (WHO) založila Komisi pro sociální determinanty zdraví (CSDH), aby se „uspořádaly důkazy o tom, co se dá dělat na podporu rovnosti ve zdraví a podpořilo se globální hnutí za její dosažení.“ (CSDH, 2008).

Jak tato Komise poznamenala (CSDH, 2008, str. 188), sestry a jiní zdravotničtí pracovníci mají hrát důležitou roli při dosažení rovnosti ve zdraví tím, když poukážou na to, jak může zdravotnictví snížit nerovnosti ve zdraví. Sestry také musí chápat svou vlastní roli při poskytování spravedlivé a dostupné zdravotní péče. Tento materiál má tomuto procesu napomáhat.



## 1. KAPITOLA

### Jak se má chápat dosažitelnost a rovnost

#### Dosažitelnost

#### Co to znamená dosažitelnost?

Dosažitelnost se týká možnosti dostat nějaký předmět nebo službu v požadovaném čase. Dá se těžko definovat, co přesně znamená dobrá dosažitelnost a bude to v různých souvislostech různé. Jak poznamenal Chapman et al.: „dobrá dosažitelnost existuje, když pacienti mohou dostat správnou službu ve správný čas, na správném místě.“ (Chapman et al., 2004, str. 374).

*„Dosažitelnost (n.) 1. Prostředek nebo příležitost dostat se na místo > právo nebo příležitost použít něco nebo vidět (navštívit) někoho“  
(Pearsall, 2002).*

Dosažitelnost znamená, že jistá služba existuje, je využitelná (populace může využít existující služby), je relevantní (poskytované služby odrážejí potřeby preference populace), je efektivní (dosáhne se požadovaných výsledků) a rovnoprávná – to se týká rozdílu v dostupnosti mezi různými skupinami, jak budeme dále probírat v této kapitole (Chapman et al., 2004). K překážkám dosažitelnosti patří:

- Nedostatek kapacity a použitelnosti (včetně spravedlivého přerozdělování). Mezi příklady můžeme uvést dlouhou čekací dobu na určitý typ léčby, nedostatky v infrastruktuře, nedostatek personálu, tzn., že služby nelze poskytovat, nedostatek služeb na místě nebo v čase, kdy jsou zapotřebí.
- Náklady. Úplná nebo částečná platba za mnoho typů zdravotnických služeb je ve mnoha zemích stále běžná, což může být značnou překážkou pro chudé.
- Jazyk a kultura. Při využívání zdravotních služeb v dané komunitě může být problémem při poskytování dostupné a efektivní péče odlišný jazyk. Rovněž nechuť k odlišným kulturním normám může mít nepříznivý vliv na ochotu lidí vyhledat pomoc nebo se to může odrážet v efektivnosti péče.
- Málo znalostí a informací. K dosažitelnosti patří i přístup k informacím o vlastním zdraví, o preventivních strategiích a přístupech a o druhu existujících služeb. Pokud např. neexistují informace o veřejném zdravotnictví ve všech jazycích dané komunity, nemají jisté skupiny přístup k informacím, a to může mít přímý dopad na zdraví jedinců a jejich schopnost aktivně spolupracovat na zlepšení zdraví. Nemohou zjistit, jak se dostanou ke službám, které potřebují.

- **Mobilita a migrace.** Kočovním populacím může připadat obtížné zjistit přístup ke službám, zvláště existují-li administrativní bariéry (např. stálá adresa pro lékařskou praxi). Problémem je rovněž zajištění zaangażovanosti zdravotníka a kontinuity péče.
- **Zaměstnání.** V některých zemích souvisí dostupnost zdravotních služeb silně se stavem zaměstnanosti, např. v USA, kde je mnoho lidí závislých na zdravotních plánech podporovaných zaměstnavatelem. Pokud člověk není zaměstnán, znamená to omezení dosažitelnosti zdravotní péče. Když lidé spoléhají na okrajové, náhodné zaměstnání nebo na zaměstnání, kde se platí hned hotovost, znamená to, že mají omezený přístup ke zdravotním službám, pokud si na ně nebudou značně připlácet.
- **Citlivost a ochota personálu.** Profesionální normy a etika vyžadují, aby sestry a jiní zdravotníci poskytovali služby kompetentně a profesionálně a ošetřovali pacienty s úctou a citlivě. Sestry by měly být v těchto normách efektivně školeny a vedeny.
- **Diskriminace.** Přestože mají zdravotníci poskytovat efektivní zdravotní péči, existují nadále případy diskriminace z hlediska pohlaví, rasy, sexuální preference nebo sociálně-ekonomického statusu. Stojí za povšimnutí, že diskriminace není vždy aktivní – když se nerovnosti neřeší efektivně nebo se vůbec neřeší nebo se stigmatizují jisté podmínky, může to také představovat jistou formu diskriminace.

Překážky při dosažitelnosti péče mohou mít přímý dopad na kvalitu péče. Například mnoho lidí, kteří žijí v odlehlých končinách na venkově, jak v rozvinutých tak i rozvojových zemích, mají horší přístup ke všem zdravotním službám a mohou méně využít dovedností kvalifikovaných zdravotnických pracovníků, jako např. sester, než lidé žijící ve velkoměstech. To může mít přímý dopad na kvalitu péče. Např. dostupnost patřičné porodní péče na venkově byl určen jako klíčový faktor, který se musí řešit, aby bylo dosaženo snížení úmrtnosti matek.

Při zlepšování dostupnosti péče se také musí „brát v úvahu sociální faktory ovlivňující dostupnost“ (Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí, Španělsko, 2010, str. 16). Ale zlepšení dosažitelnosti péče se může dostat do konfliktu s jinými důležitými problémy, jako např. omezení nákladů (Chapman et al., 2004). Význam řešení sociálních determinantů zdraví se bude podrobněji probírat v dalších kapitolách tohoto dokumentu.

Dostupnost péče a právo na dostupnost péče jsou důležité zásady samy o sobě. Avšak, jak bylo zmíněno v nedávném dokumentu vydaném během španělského předsednictví v Evropské unii, nazvaném *Posun k rovnosti ve zdraví: Kontrola sociálních determinantů zdraví a snížení nerovností*, je dosažitelnost zdravotní péče rovněž důležitým způsobem jak dosáhnout spravedlivějších výsledků. Např. „univerzální dostupnost zdravotních služeb a kvalitní primární péče o děti ve všech oblastech se ukázala jako efektivní při snížení nerovností ve zdraví dětí.“ (španělské Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí, 2010, str. 36).

## Rovnost

I když jsou rovnost („equity“) a související pojmy jako „fairness“ (čestnost, nestrannost) a „justice“ (spravedlnost) uznávány v širokém měřítku jako klíčové zásady

*Rovnost – znamená být  
spravedlivým a nestranným.*

*(Pearsall, 2002)*

progresivní sociální politiky, dochází k méně univerzální shodě o tom, jak definovat rovnost a jak jí dosáhnout. To je zvláště komplikované, když se mluví o zdravotnických systémech a jejich výsledcích, kde se názory liší v tom, které aspekty je třeba zrovnoprávnit a do jaké míry (Osterle, 2002).

Rovnost obvykle zdůrazňuje nestrannost při rozložení zdrojů a zátěže v populaci a snížení nerovnosti v tomto rozložení. Pojem rovnosti často zahrnuje zvážení příležitostí, takže lidé mají stejnou příležitost dosáhnout konkrétních výsledků:

„Rovnostářský přístup je v přímém protikladu k „přístupu k základním potřebám“ nebo k „přístupu k chudobě“, kteréžto přístupy se zaměřují na chudé a slabé, aniž by se bral v potaz jejich vztah k bohatým a silným. „Equity“ je přístup, který dává více těm, co mají málo, a proto méně těm, co mají hodně. Na základě rovnosti se mají přidělovat spravedlivé podíly, nikoliv stejné podíly“ (McCoy, 2003, str. 8).

### Vztah mezi dostupností a rovností

„Nerovná dostupnost zdrojů, možností a práv vede k nerovnosti ve zdraví“ (španělské Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí, 2010) a dostupnost zdravotnictví je důležitou součástí zlepšení zdravotních výsledků. Ve zdravotnictví existuje řada pojmů a předpokladů, které se běžně pojí se slovem „rovnost“. Může se to týkat základní úrovně služeb, ke které mají všichni lidé přístup a ze které mají prospěch. V nejrozvinutějších zemích sem spadá možnost navštívit lékaře, když jsou lidé nemocni, přístup k základním lékům, možnost akutní péče a možnost péče a podpory při porodu.

Analýza výsledků a „nakolik empirické rozložení odpovídá specifickým požadavkům rovnosti“ je další důležitou oblastí studia zdravotní péče. Zamýšlíme se nad rozložením zdraví a nemoci a dále se systematicky zamýšlíme nad rozložením veřejných výdajů, využití služeb, ceny a výsledků. Sem mohou spadat relativní úrovně přístupu k různým službám, i výsledky, kterých se dosáhne u různých pacientů. Osterle (2002) sjednocuje ve svém článku „Hodnocení rovnosti v sociální politice“ názory různých autorů na tyto problémy do tří jednoduchých dimenzí, které dále uvedeme. Jeho článek poskytuje užitečnou diskusi o dlouhodobé péči.

- CO se má rozdělit (např. zdroje, břemena)
- Mezi KOHO se to má rozdělit (příjemci)
- JAK (zásady)s

(Osterle, 2002, str. 59)

Dosažení rovnosti v prvním bodu „CO“ znamená, že se určí minimální soubor služeb nebo úroveň zdrojů, které jsou adekvátní a přijatelné, ke kterým by měli lidé přístup. To také může znamenat, že se určí konkrétní normy kvality nebo očekávání, která mají být splněna. V některých případech jsou hmatatelné a kvantifikovatelné, např. to, zda služba existuje, jak dlouho člověk musí na službu čekat a zda bylo žádoucího výsledku dosaženo úspěšně. V jiných případech to mohou být nehmatné faktory, např. míra spokojenosti se službou, kvalita interakce s personálem, zapojení do rozhodování, pravomoc nebo možnost volby. Tyto méně hmatatelné faktory mohou být důležitými měřítky rovnosti, zvláště jedná-li se o uživatele služby, kteří pocházejí z odlišného kulturního prostředí (Osterle, 2002, str. 51–52).

*„Národy OSN ve své chartě znovu potvrdily svou víru v základní lidská práva, v důstojnost a cenu lidské bytosti a ve stejná práva mužů a žen a rozhodly se podpořit sociální pokrok a lepší životní úroveň ve větší svobodě.“*

Universální deklarace lidských práv OSN, 1948

Bod mezi „KOHO“ se mají služby rozdělit se v Osterleho modelu vztahuje na skutečnost, že i v rozvinutých zemích mohou být někteří lidé vyloučeni z těchto služeb na základě sociálních okolností, geografické polohy nebo jiných faktorů (Osterle, 2002, str. 52-53). I když rovnostářský přístup ke rovnosti může znamenat, že všichni lidé by měli mít stejný podíl na dosažení výsledků, musí se vynakládat různé úsilí a zdroje. Tady se stává důležitým problém „JAK“ poskytovat spravedlivou péči. Jádrem těchto diskusí je potřeba a zásada, že by se to mělo nějakým způsobem odrážet v množství přidělených zdrojů tak, že „jsou-li potřeby A a B nestejně, pak by měly obdržet nestejně množství léčby a podpory. Nakolik by měli být ošetřováni nestejně, aby se dosáhlo spravedlivé distribuce, je součástí zásady spravedlivého přerozdělování.“ (Osterle, 2002, str. 53). Avšak „potřeba“ může být sám o sobě relativní pojem a lze ji měřit různě – např. mortalitou, morbiditou nebo kvalitou života.

I když lze často dostupnost služeb považovat za ideál, nemusí přinést stejné výsledky, které mohou být ovlivněny řadou proměnných týkajících se i netýkajících se prostředí, např. klimatu nebo genetické predispozice. Jak se zmínil Osterle, „sociální politika zaměřená na rovnostářský přístup se zaměřuje na zrovnoprávňující možnosti, nikoliv na skutečné využití služeb.“ (Osterle, 2002, str. 52). V důsledku toho se mohou poskytovatelé služeb zaměřit na konkrétní skupiny populace nebo problémy, aby se dosáhlo lepších výsledků. Tato „pozitivní diskriminace“ (španělské

Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí, 2010) nebo

upřednostnění specifických skupin, které byly dříve diskriminovány, se považuje za prostředek, kterým zdravotnictví může dosáhnout spravedlivějších výsledků.

Různé formy dávkování lze rovněž použít, aby se vyrovnaly někdy konkurenční priority potřeby a spravedlnosti. Např. výběrový pořadník na operaci se může zakládat na prostém systému pořadí, ale může být modifikován tak, že „fronta“ bude rozdělena do různých kategorií „potřeby“ a naléhavosti. V mnoha zemích se očekávaná čekací doba používá na různé kategorie jako měřítko kvality.

### **Etika a lidská práva**

Nutnost poskytovat služby, příležitosti a práva všem lidem „bez jakéhokoliv zvýhodňování“ je zakotvena ve výše uvedené Univerzální deklaraci lidských práv.

Právo na zdraví a právo na stejnou příležitost k dosažení zdraví je toho součástí. Jak se zmínil McCoy (2003, str.8):

„Pojem stejných příležitostí být zdravým je také zakotvena v lidských právech v pojetí nediskriminace a v tom, aby vlády (nebo organizované zastoupení společnosti) podnikly nutná opatření k eliminaci nespravedlivých zdravotních důsledků sociálních nerovností... Posouzení, zda je proces spravedlivý, závisí na tom, co společnost akceptuje jako stejné právo pro všechny. Někteří zdůrazňují nerovnosti ve zdravotních výsledcích, jiní zdůrazňují příležitosti k dobrým zdravotním výsledkům.“

Organizace PAHO (Pan American Health Organisation) také uznala, že pojem spravedlnost je důležitý a že všechny „nespravedlnosti jsou produktem nespravedlivých nerovností.“ Také konstatuje, že „spravedlivý“ a „nespravedlivý“ má různé interpretace. V kontextu zdraví se jedna z akceptovanějších definicí pojmu „spravedlivý“ týká stejných příležitostí pro jedince a sociální skupiny dostat přístup ke zdravotním službám a jejich využití v souladu s potřebami různých skupin populace a bez ohledu na jejich schopnost platit.“ (PAHO, 1999). To zahrnuje pojem univerzální zdravotní péče a její dostupnosti jako součásti spravedlivého zdravotnictví.

*Každý člověk má právo na všechna práva a svobody stanovené touto Deklarací, bez jakéhokoliv rozdílu – např. rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, náboženského vyznání, politického nebo jiného názoru, majetku, statutu narození či jiného statutu. Žádný rozdíl nesmí být proveden na základně politického, právního nebo mezinárodního postavení země.“*

(Univerzální deklarace lidských práv, OSN, 1948)

## Náklady na zdravotní péči a přerozdělování

I v těch zemích, kde existuje státní politika poskytování univerzální zdravotní péče, klade poskytování zdravotních služeb značné požadavky na rozpočet. Růst populace i rostoucí požadavky pacientů, stárnoucí populace, náklady spojené s novými technologiemi a léky zvyšují celkové náklady. Mnoho rozvojových zemí také požaduje značná zvýšení státních rozpočtů na zdravotnictví, aby mohly být splněny základní zdravotní potřeby populace, a snaží se proti jiným sektorům vybojovat svůj „finanční prostor“ pro zdravotnictví (ICN+WHO, 2009).

Jedním z mechanismů, který se používá ve zdravotnictví pro zvládnutí této tenze, je přerozdělování. V některých případech je to zřejmé – když je veřejně dotovaná dostupnost některé léčby nebo služby omezena podle určitých kritérií, jako je posouzení dané klinické potřeby nebo testování (ověřování) prostředků, veřejný sektor pak poskytuje službu pouze těm, kteří ji nemohou zaplatit nebo se některá ošetření z veřejného sektoru vyloučí jako neefektivní pro zlepšení zdraví (např. kosmetické operace). I když se lze přit o to, že je neetické odepřít jedinci nějakou léčbu (např. Wood, 2010), lze rovněž tvrdit, že zavedení transparentních přerozdělovacích systémů může aslepoň poskytnout předpoklad pro diskusi ve společnosti o prioritách v případě omezení zdrojů.

Implicitní dávkování je běžnější. Strategie omezující náklady mají za následek zvýšené prahy pro hospitalizaci a zkrácení hospitalizace. Zatím znamenají tytéž rozpočtové problémy snížení personálu. Dávkování ošetrovatelské péče „může být přímo pozorovatelný jako důsledek snížení počtu personálu“, protože sestry používají svůj klinický úsudek k tomu, aby „upřednostňovaly anamnézy a intervence“ (Schubert et al., 2008, str. 227–228). To může mít přímý dopad na kvalitu péče a výsledky u pacientů. Ilustruje to, že rozhodování o úrovni péče a o tom, komu má být poskytnuta, se každodenně provádí na různých úrovních. Je proto nutné analyzovat problémy spravedlnosti a zvažovat je na každé z těchto úrovní.

Jak uvádějí Dey a Fraser ve své diskusi o přerozdělování péče o starší občany (aged-based rationing) ve zdravotnictví, vyvolává přání omezit náklady na zdravotní péči a vyvinout způsoby, jak přidělovat existující zdroje, značná etická dilemata. Svým tvrzením, že věk, jakož i jiné faktory, je často „důležitým, ale implicitním kritériem při přidělování zdravotní péče“ (Dey a Fraser, 2000, str. 530), naznačují autoři, že je snesitelnější „přidělovat péči na základě věku než ji schvalovat na jiných základech, jako je pohlaví, společenská třída nebo etnický původ“ (Dey a Fraser, 2000, str. 517).



## Nerovnosti mezi národy

V celosvětovém měřítku existují značné nerovnosti ve zdraví populace a v dostupnosti služeb. Jak ukazuje níže uvedený obrázek 1, dosahuje v některých zemích střední délka života 80 let, kdežto v jiných méně než 50 let.

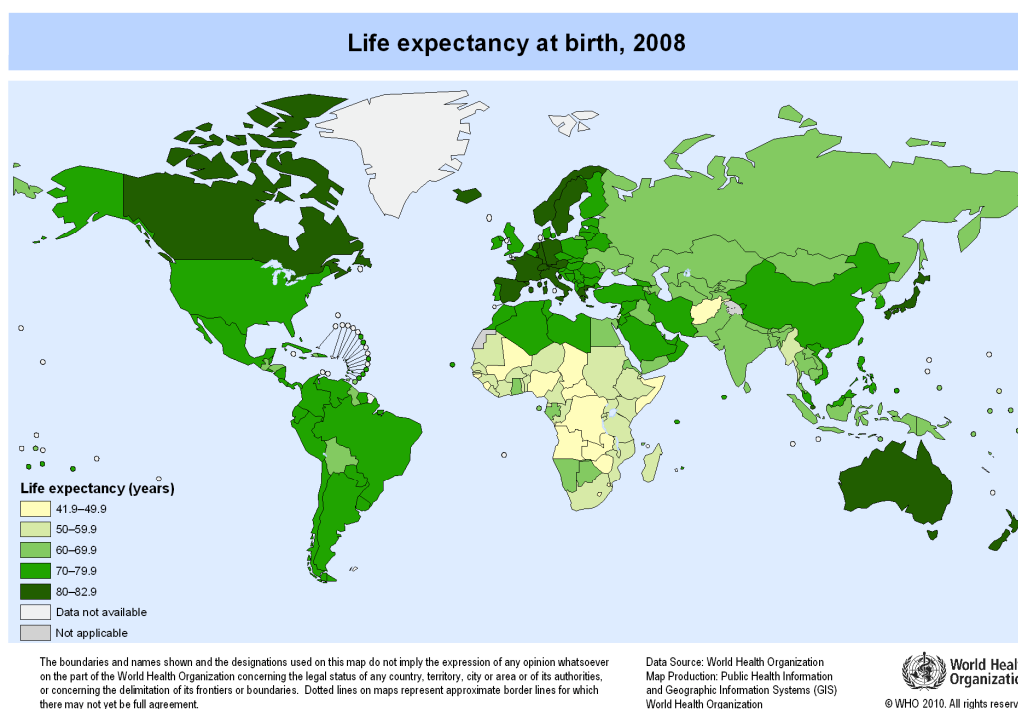
Příklady:

- V Evropské unii je desetinásobný rozdíl v kojenecké úmrtnosti mezi zeměmi s nejnižší a nejvyšší úmrtností
- V roce 2005 zemřelo 17,5 milionů lidí na kardiovaskulární choroby, což je 30 % veškerých úmrtí. K více než 80 % úmrtí na kardiovaskulární choroby dochází v zemích s nízkým nebo středním příjmem (WHO, citováno v CSDH, 2008, str. 30).
- Riziko úmrtí matky při porodu je 1 : 8 v Afgánistánu a 1 : 17 400 ve Švédsku (WHO, citováno v CSDH, 2008, str. 30).
- Více než polovině světové populace se nedostává žádné formální sociální podpory, v subsaharské Africe a jižní Asii má tuto podporu 5–10% obyvatel, kdežto v zemích s průměrným příjmem je to 20–60%. (WHO, 2010e, str. 8).
- Zatímco Estonec stráví 71% svého života jako zdravý, Dán může očekávat, že bude zdravý 90% svého života (DETERMINE, 2010, str. 9).

*„Uprostřed období do roku 2015, cílového data Deklarace OSN o Miléniu, existuje několik příkladů úspěchu. Avšak stále existují značné nerovnosti v rámci jednotlivých zemí i mezi jednotlivými zeměmi a ze současných trendů vyplývá, že chudé země nedosáhnou cílů Milénia.“*

Zpráva Sekretariátu pro shromáždění (WHO, WHO 2008a)

**Obrázek 1: Střední délka života, 2008 (WHO, 2010)**



## Plnění Vývojových cílů Milénia

Potřeba zlepšit dostupnost péče a nestrannost je jádrem Vývojových cílů Milénia (Millennium Development Goals – MDG), na kterých se dohodlo 192 členských států v roce 2001.

Ve svém příspěvku do zprávy o pokroku z roku 2010 (OSN, 2010) popisuje generální tajemník OSN Ban Ki-Moon MDG „lidské potřeby a základní práva, která by měl mít každý člověk na světě – neměl by trpět extrémní chudobou a hladem, mělo by se mu dostat kvalitního vzdělání, produktivního a slušného zaměstnání, zdraví a příbytku, ženy by měly mít právo rodit děti bez ohrožení na životě, ve světě by mělo být prioritou zachování životního prostředí a muži a ženy by měli žít rovnoprávně.

Cíle jsou:

1. odstranit extrémní bídu a hlad
2. dosáhnout univerzálního základního vzdělání
3. podpořit rovnoprávnost mezi pohlavími a zrovnoprávnit ženy
4. snížit úmrtnost dětí
5. zlepšit zdraví matek

6. potírat HIV/AIDS, malárii a jiné choroby
7. zajistit ekologickou udržitelnost
8. rozvíjet globální partnerství

Vývojové cíle Milénia obsahují nutnost multisektorálních přístupů ke zlepšení zdraví, blahobytu a dobrého stavu (well-being) světové populace. V návaznosti na práci Komise pro sociální determinanty zdraví se v mezinárodním závazku vůči MDG uznává souvislost mezi zdravím a jinými indikátory znevýhodnění: „neopodstatněné zdravotní nerovnosti vznikající v důsledku podmínek, ve kterých lidé vyrůstají, pracují a stárnou a v důsledku systémů, ve kterých se léčí nemoci. Podmínky, ve kterých lidé žijí a umírají, jsou zase formovány politickými, sociálními a ekonomickými silami“ (CSDH, 2008, str. i). Dále budeme v této kapitole probírat vztah mezi nerovnostmi ve vzdělání, příjmu, pohlavím a zdravím.

### **Vývojové cíle vztahující se ke zdraví**

K cílům zaměřeným na zdraví patří snížení dětské úmrtnosti o dvě třetiny, úmrtnosti matek o tři čtvrtiny a odvrácení šíření HIV, tuberkulózy a malárie do roku 2015 (Stuckler et al., 2010).

Revize zdravotních cílů Milénia provedená v roce 2008 (WHO, 2008a) zjistila, přestože byl učiněn pokrok, zůstávají stále značné nerovnosti. Je nepravděpodobné, že bude většina cílů splněna do roku 2015, takže chudé země budou nadále pokulhávat za svými cíli, jak ilustrují následující výňatky:

#### **MDG 4: Snížit dětskou úmrtnost**

- Celková prevalence dětí s podváhou se snížila od roku 1990 z 31 % na 26 %, ale pokrok je pomalý a žádný pokrok nebyl učiněn v západní Asii a v jižní Asii je stále 46% podvyživených dětí, kde více než 25 % dětí má při porodu podváhu (OSN, 2010, str. 13).
- V subsaharské Africe zemřelo v roce 2008 kolem poloviny z 8,8 milionů dětí, které se nedožily 5 let (OSN, 2010, str. 27).

#### **MDG 5: Zlepšit zdraví matek**

- Více než polovina z 500 000 žen, které zemřely v roce 2005 v souvislosti s mateřstvím, byla ze subsaharské Afriky a jedna třetina z jižní Asie. Úmrtnost matek v subsaharské Africe činí 920 na 100 000 živých porodů, kdežto v průmyslových zemích 8 na 100 000 porodů. (WHO, 2008a).

#### **MDG 6: Potírat HIV/AIDS, malárii a jiné choroby**

- Navzdory dramatickému zvýšení antiretrovirální léčby v chudých a středně bohatých zemích nemá v subsaharské Africe dostupnou léčbu asi čtvrtina těch, kteří ji potřebují. U dětí je to nižší – 15% (WHO, 2008a)
- Odhaduje se, že 243 milionů případů malárie v roce 2008 mělo za následek 863 000 úmrtí, přičemž k 89 % procentům došlo v Africe

- (OSN, 2010, str. 46).
- V chudých a středně bohatých zemích činí procento HIV pozitivních těhotných žen, kterým se dostává antiretrovirální péče, jako prevence přenosu HIV z matky na dítě, pouze 11%.
- Pouze jedna třetina dětí s horečkou mladších 5 let dostává léčbu proti malárii (WHO, 2008a).

*„Nerovnost (disparita) je šokující skutečnost, před kterou se nemůžeme schovat. Je to globální nespravedlnost. Je to zesměšnění lidských práv v globálním měřítku.“*

Nelson Mandela, 2003 (cituje McCoy)

WHO uváděla, že služby, které se dají poskytovat terénní péčí, např. očkování, přinesly povzbudivé výsledky, „takové intervence vyžadující funkční zdravotnictví... mají menší dopad.“ (WHO, 2008a, str. 2).

Ke klíčovým omezením při dosahování těchto cílů patří:

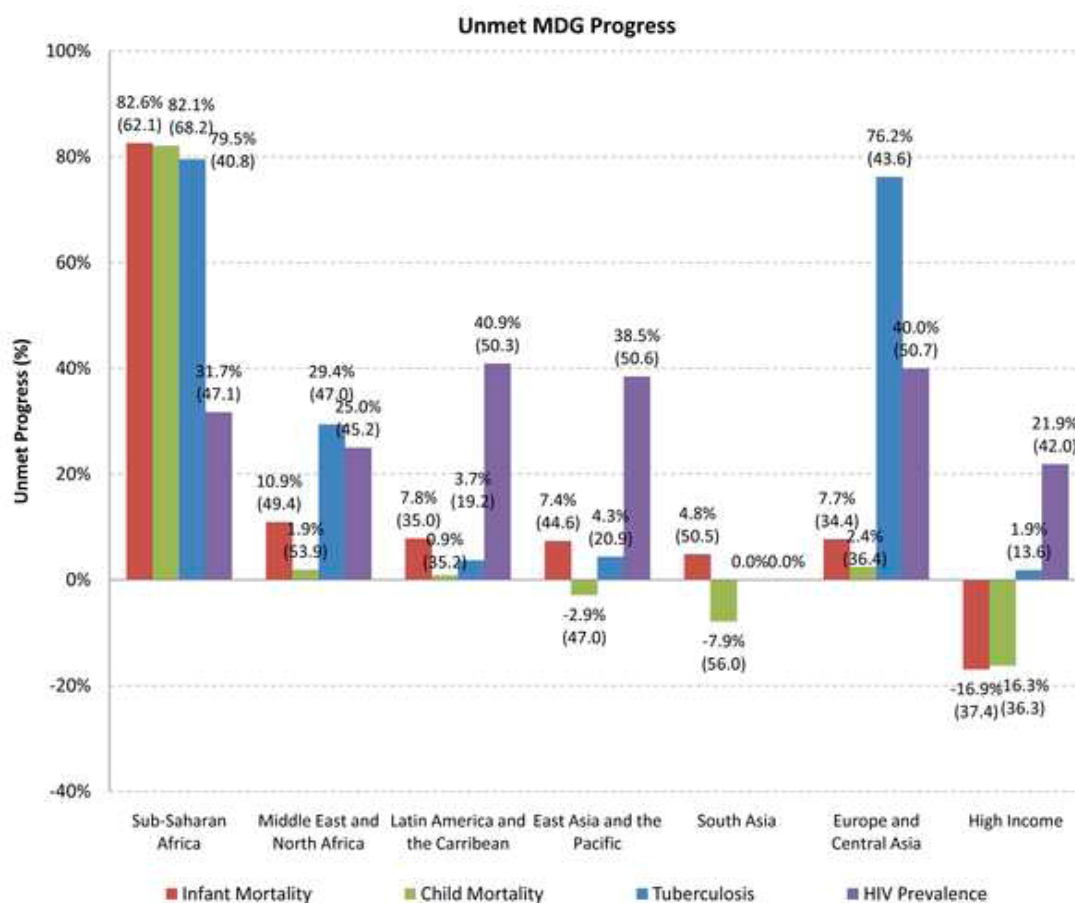
- nedostatek kvalifikovaných zdravotníků
- nedostatečná reakce vlády na zdravotní potřeby populace, z nejrůznějších důvodů, ve „slabých státech“ a
- nutnost větší spolupráce mezi sektory: soukromým, veřejným, dobrovolným a komunitním a církevním.

Také bylo zaznamenáno, že je třeba větší podpory dárců a státu. Avšak statistická analýza údajů, kterou provedl Stuckler et al. se zabývala tím, nakolik se liší v každé jednotlivé zemi skutečný pokrok v MDG oproti očekávanému pokroku. Tyto odchylky jsou uvedeny ve schématu autorů uvedeném na obrázku 2 a bylo zjištěno, že:

*„...nižší zátěž HIV/AIDS a neinfekčních nemocí znamená mnohem větší pokrok, kterého bylo dosaženo u cílů MDG týkajících se dětské úmrtnosti a tuberkulózy, než byly úspěchy s hrubým domácím produktem. Odhadovaná o 1% nižší prevalence HIV nebo o 10% nižší úmrtnost na neinfekční choroby bude mít podobný dopad na pokrok u tuberkulózních MDG jako 80% nebo vyšší vzrůst hrubého domácího produktu, což odpovídá alespoň deseti letům hospodářského vzrůstu v chudých zemích“ (Stuckler et al., 2010)*

Toto zjištění objasňuje důležitou roli, kterou hraje zdravotnictví a zdravotničtí pracovníci při podpoře zdraví, prevenci vyhnutelných nemocí a řešení nemocnosti v klíkových oblastech při dosahování MDG cílů a při záchraně životů a prevenci nemocí, které tyto cíle uvádějí.

**Obrázek 2. Nesplněný pokrok MDG (Stuckler et al.)**



## Pohlaví

Každým rokem umírá více než 350 000 žen na komplikace související s těhotenstvím a porodem, kterým se dalo zabránit (Ban, 2010). Jak upozorňuje OSN ve své poslední zprávě o MDG, „kvalita a zrovnoprávnění žen jsou v cílech MDG a jsou předpokladem pro překonání bídy, hladu a nemocí“ (OSN, 2010, str. 4).

„Globální strategie OSN pro zdraví žen a dětí“ byla zahájena v roce 2010 s cílem řešit úmrtí a nemoci, kterým se dá zabránit a zlepšit ženám přístup ke službám, zaměřit se na „rovnoprávnost dostupnosti a výsledků péče, abychom se dostali k těm, kteří jsou zvláště v nevýhodě a na okraji.“ Dosažení cílů MGD je toho klíčovou částí a zachránilo by jen v roce 2015 životy čtyř milionů dětí a 190 000 žen (Ban, 2010).

Kromě toho založení Ženského úřadu při OSN (UN Women's Agency) v roce 2010, kterému má předsedat bývalá chilská předsedkyně Michelle Bachelet, bere v úvahu význam řešení ženských práv a plnou účast žen v globálních záležitostech.

Řešení nerovnosti mezi pohlavími také efektivně znamená uznání zdravotních potřeb mužů a jejich potřeb na poskytování služeb. Některé země vyvinuly nebo vyvíjejí mužskou zdravotní politiku (např. Velká Británie, Irsko, Austrálie). WHO rovněž uznala význam zapojení mužů a chlapců do podpory rovnosti mezi pohlavími a zlepšování zdraví mužů i žen a nedávno vydala „Politické přístupy k zapojení mužů a chlapců do rovnoprávnosti mezi pohlavími a stejného práva na zdraví“. Tato politika stručně nastiňuje a podporuje strategické postupy, které mohou „urychlit posun směrem k rovnosti mezi pohlavími doma, snížit míru násilí a sexuálního zneužívání, podpořit metody bezpečného sexu a u mužů snížit nadměrné požívání alkoholu.“ (WHO, 2010a)

#### Příklady

- Přibývá násilí mezi pohlavími v souvislosti s šířením HIV (OSN, 2010, str. 44)
- Afro-americké ženy představovaly v roce 2005 67% nových případů AIDS, ale ve většině klinických zkoušek byly málo zastoupeny (Cohn, 2007, str. 272).
- Studie nerovností ve zdravotní péči o lidi nad 65 let v OECD (Organizaci pro ekonomickou spolupráci a vývoj) zjistila, že ženy mají větší výdaje v hotovosti, protože mají menší příjem, pracovaly kratší dobu a tím pádem jim zaměstnavatel méně přispíval na zdravotní péči (Corrieri et al., 2010, str. 15).

#### **Sestry pomáhají rizikovým čerstvým matkám zvládnout situaci**

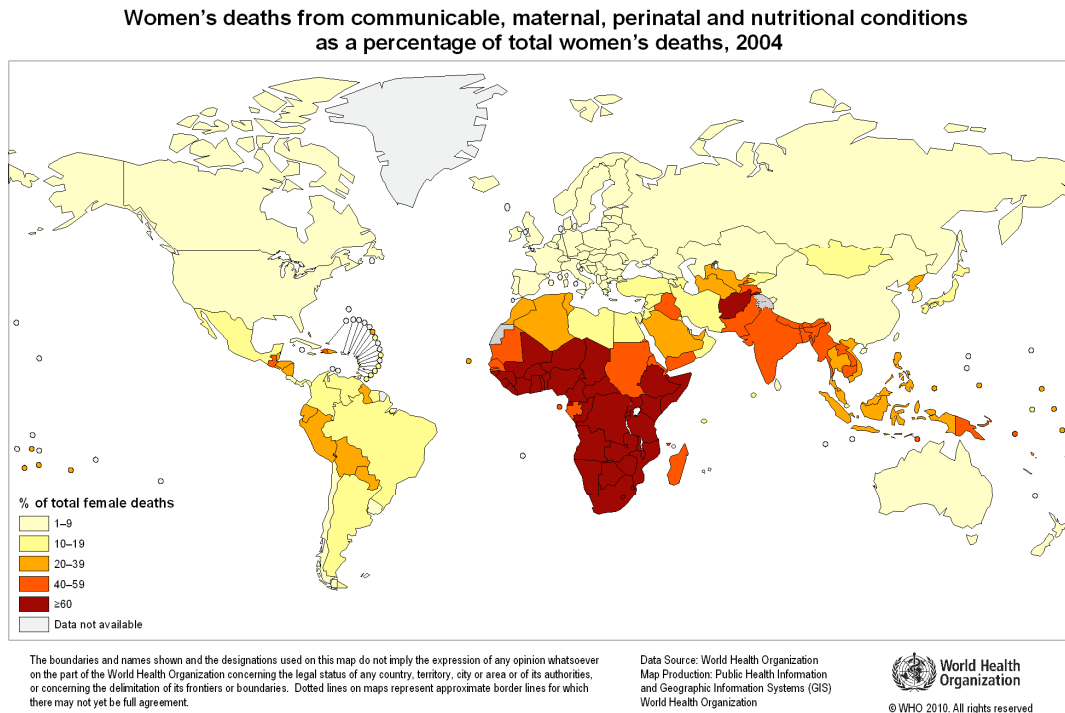
Jako registrovaná sestra ve státním zdravotnictví v rámci Partnerství mezi sestrou a rodinou (Nurse-Family Partnership – NFP) navštěvuje Rita domovy provorodiček s nízkým příjmem, z nichž jsou mnohé ještě adolescentky. Poskytuje těmto matkám intenzivní prenatální i poporodní péči a doufá, že její intervence dlouhodobě zlepší život rizikových rodin.

Když Rita navštíví každou rodinu, zaměří se na zdraví matky, na kvalitu její péče o dítě a vlastní vývoj rodičů. Začíná s návštěvami, když je matka ještě těhotná (před 28. týdnem, ideálně mezi 12. a 20. týdnem) a pokračuje po dobu dvou let života dítěte. Rita také prozkoumá existující podpůrný systém matky, včetně členů rodiny, otce a případně přátel, aby pomohla rodinám k jiným zdravotním a sociálním službám, které mohou potřebovat.

Nedávná studie výsledků programů ukázala, že návštěvy, které vykonávala Rita a jiné sestry přispěly ke snížení počtu nedonošených dětí a dětí s nízkou porodní váhou, zlepšily rodičovskou péči a domácí prostředí, snížily počet brzkých dalších a nechtěných těhotenství, zvýšily zaměstnanost a snížily poruchy chování, kriminalitu a delikvenci.

- U mužů v Anglii se o 14 % pravděpodobněji vyvine rakovina než u žen, hlavně díky nezdravému životnímu stylu a 66% Angličanů má nadváhu, kdežto pouze 57 % Angličanek (WCRF, 2010)

**Obrázek 3: Úmrtí žen způsobená přenosnými chorobami, podmínkami v těhotenství a mateřství, perinatálními podmínkami a výživou, uváděno jako procento celkových úmrtí žen, 2004 (WHO, 2006)**



## Etnicita a kultura

Existují rozšířené důkazy z celého světa, že etnicita a kultura mohou mít značný vliv jak na dostupnost zdravotních služeb, tak i na kvalitu péče, kterou tyto služby poskytují (viz níže uvedené příklady). Možnost poskytnout efektivní služby lidem z různých kultur se často nazývá „schopností akceptovat odlišné kultury“. Jak nastiňují Brach a Fraser (2000), může nedostatek schopnosti akceptovat odlišné kultury při poskytování služby vést k důsledkům jako:

- Zmeškané příležitosti screeningu v důsledku nedostatku znalostí o prevalenci různých nemocí mezi různými skupinami;
- Nedostatek znalostí o tradičních lécích a jejich eventuálních škodlivých interakcích;
- Diagnostické chyby v důsledku špatné komunikace.

Neefektivní komunikace – ať už způsobená jazykovými problémy nebo odlišnou interpretací nebo chápáním – může mít za následek špatnou pacientovu zkušenost a snížit jeho schopnost podílet se aktivně na rozhodování o péči a léčbě do takové míry, že nelze poskytnout smysluplný souhlas. Při diskusi o využití zdravotních služeb Rómy ve Velké Británii, poznamenává Van Cleemput, že „necitlivost vůči odlišným kulturám, ať už plynoucí z neznalosti nebo z rasistických postojů, je silným rysem v popisech horší komunikace“ (2010, str. 320).

Je také třeba se zmínit, že může ovlivnit hledání pomoci, tedy mít důležitý vliv na to, zda člověk vyhledá zdravotní péči v pravý čas. Van Cleemput např. poznamenává, že „víra v určitých kulturách, že člověk má bojovat s nemocí“ a prezentovat se jako „silný a tvrdý“ může vést osobu z rómské komunity (Van Cleemput nazývá Rómy, cigány nebo kočovníky) k tomu, aby „měla pocit, že ostatní ho odsuzují, když je v depresi nebo mu není dobře.“ (Van Cleemput, 2010, str. 318). Efektivní služba musí vyhledávat způsoby jak jednat a překonávat takové kulturní bariéry.

Příklady:

- V USA umírají na rakovinu častěji černošky než bělošky, navzdory nízkému výskytu nemoci.
- Střední délka života při narození mezi domorodými Australany byla v období od roku 1996 – 2001 podstatně nižší (59 let muži, 65 ženy) než u všech Australanů (77 muži, 82 ženy) v období 1998 až 2000 (Australská komise pro lidská práva, 2008. V USA by se dalo v období od roku 1991 do roku 2000 zabránit 886 202 úmrtím, kdyby byla úmrtnost stejná u bělochů jako u černochoů. To kontrastuje s 176 633 životy zachráněnými díky lékařskému pokroku (CSDH, 2008).
- Výzkum o tom, jak imigranti využívají zdravotní služby v USA, ukázal, že pacienti narození v cizině častěji uvádějí, že se cítí diskriminováni, což se týká zvláště cizinců, kteří nejsou běloši, nejsou občany USA a mluví špatně anglicky (Derose et al., 2009, str. 367).

### **Sociálně ekonomický stav**

Chudí zažívají značné bariéry při dosažitelnosti zdravotní péče včetně omezené možnosti nakupovat, nižšího zdravotního pojištění, nižších znalostí o zdraví a často žijí ve slumech nebo odlehklých venkovských končinách, kde jsou často nedostatečné zdravotní služby a nedostatek zdravotníků (Bhattacharyya et al., 2010). Nezdravé postoje a chování se také pojí s jejich vyloučením ze společnosti a s tím související vyšší obezitou, kouřením a vyšším rizikem vzniku drogové závislosti (Španělské ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí, 2010, str. 43). Životní podmínky, které zažívá mnoho chudých na světě jako je nedostatek bezpečné pitné vody a hygieny, neadekvátní bydlení a špatná výživa také přispívají k prevalenci nemoci a náchylnosti k nemoci. Z toho důvodu Komise pro sociální determinanty zdraví požadovala posílení „primární role státu při poskytování základních zdravotních služeb.“ (CSDH, 2008, str. 15). I tam, kde je zdravotní péče



zdarma, mají k ní chudí menší přístup, protože by zameškali práci a měli další náklady jako třeba náklady spojené s dopravou. (Birdsall + Hecht, 1995).

Příklady:

- V Evropě je riziko smrti u lidí středního věku v nejnižších sociálně ekonomických skupinách 25–50% a může být až 150% (Mackenbach, 2005, citován v CSDH, 2008).
- V Indonésii je úmrtnost matek mezi chudými třikrát až čtyřikrát vyšší než mezi bohatými. (Graham et al., citováno v CSDH, 2008).
- Ve Skotsku v roce 2006 by mohli muži průměrně očekávat 67,9 let zdravého života a ženy 69 let. V nejzanedbanějších 15% oblastech Skotska by muži mohli očekávat pouze 57,3 roky zdravého života a ženy 59 let.
- V Porto Alegre v Brazílii byla v roce 1980 dětská úmrtnost v chudých domácnostech dvakrát vyšší než v bohatších rodinách (Birdsall + Hecht, 1995, str. 2).
- Ženy z nejbohatší 20% populace budou mít 20krát pravděpodobnější dosah profesionální pomoci při porodu než chudé ženy (WHO, 2010e).
- V některých prostředích může činit proočkovanosť vakcínou proti tetanu, záškrtu a černému kašli u chudých pouze 10% proočkovanosť u bohatých (WHO, 2010e).
- Kanadský výzkum ukázal, že na základě sčítání lidu jsou ve velkých městech chudí lidé z oblastí s nízkým sociálně ekonomickým statusem hospitalizováni s více zdravotními indikátory než lidé ze středních a vyšších vrstev.

„Zdravotní nerovnost je skutečně otázkou života a smrti.“ (Dr. Margaret Chan, generální ředitelka WHO. WHO, 2008b)

### **Sestry zlepšují přístup k péči o chronické pacienty v prostředí mimo nemocnici**

Lesley, která „žongluje“ mezi dvěma různými odbornými programy – ošetrovatelstvím a nefrologií, je praktická sestra v Austrálii, která ošetřuje domorodé i nedomorodé pacienty v počátečním a konečném stadiu ledvinové choroby a pacienty s chronickou chorobou v městském prostředí i na venkově. Lesley a její tým cestují na dlouhé vzdálenosti do míst, kde se starají o chronické pacienty, což je pro ně změna, protože se jim péče zpřístupnila. Lesley a její tým mohou přijít k pacientům do jejich vlastního prostředí a věnují trochu času navíc, aby holisticky posoudili fyzický, psychický i sociální dopad chronických nemocí a léčby na pacienty. Lesley poskytuje holistickou péči a má další výhodu pokročilých klinických dovedností. Provádí anamnézu pacientů, aby vytvořila diagnózu a vytváří plán farmaceutické i nefarmaceutické péče. Lesley diagnostikovala mnoho nových případů hypertenze, diabetu a potenciální ledvinové choroby a má dobrý úspěch v péči o chronické pacienty ve své komunitě. Díky úspěchu bude program rozšířen a bude zahrnovat diabetickou praktickou sestru a kardiologickou praktickou sestru, což posílí model chronické péče.

## Místo a ruralita (venkovské prostředí)

Geografie je významným faktorem v přístupu ke službám a často koexistuje s jinými sociálními rizikovými faktory, o kterých je známo, že přispívají ke špatnému zdraví jako je nízký sociálně ekonomický statut, špatná hygiena a životní podmínky. V rozvojových oblastech jsou častěji podvyživené venkovské děti než městské děti a v Jižní Americe, v Karibské oblasti a v částech Asie se tento rozdíl za poslední roky zvýšil (OSN, 2010, str. 5).

Nedávný projekt také upozornil na značné rozdíly v různých městských oblastech, kde třetina městské populace žije ve slumech nebo v dřevěných boudách. Podle zprávy tvoří řešení těchto problémů důležitou součást dosažení MDG (WHO et al., 2010).

Příklady:

- Poměr v prevalenci podváhy mezi městskými a venkovskými dětmi do pěti let je v Číně přibližně 4,5:1 (byť nízký podle světových norem). V rozvojových zemích mají děti podváhu dvakrát častěji ve venkovských oblastech (UNICEF, 2010).
- Makwiza et al. uváděli, že navzdory zdarma antiretrovirálním terapeutickým (ART) službám při léčbě HIV, mají pacienti v Malawi, „zvláště venkovští pacienti zvláštní bariéry při dostupnosti těchto služeb a při jejich dalším užívání“ (Makwiza et al., 2009, str. 8).
- V subsaharské Africe používá pouze 18 % venkovských žen nějakou formu antikoncepce, kdežto ve městech 32 % (UNICEF, 2010).
- Hygiena je v rozvojových zemích o 70 % vyšší ve městech než na venkově (UNICEF, 2010).

### **Řešení zdravotních potřeb venkovského obyvatelstva díky lepšímu využití ošetrovatelské péče**

V roce 2007 bylo založeno Colvile Rural Nursing Ltd (CRNL), které má řešit potřeby rodin ve venkovských oblastech na Novém Zélandě. CRNL je řízeno výhradně sestrami a zahrnuje obvodní i veřejnou zdravotní péči. Každá CRNL sestra má specifickou kvalifikaci, např. porodnictví a akupunkturu, má magisterskou hodnost v ošetrovatelství s možností vystavovat recepty a je kandidátem na praktickou sestru (nurse practitioner candidate). Další vzdělávání a profesní rozvoj jsou zásadně důležité pro jejich praxi. V lednu roku 2010 vydal Státní zdravotní výbor Nového Zélandu důležitou zprávu s doporučeními, jak řešit „poskytování udržitelných (dokumentovatelných) zdravotních služeb venkovským obcím (National Health Committee, New Zealand, 2010, str. v). Zpráva poskytuje doporučení v oblastech poskytování služeb, fungování systému a plánování, shromažďování údajů a výzkumu. Na základě CRNL a jiných patří ke klíčovému doporučením k tomu, jak zlepšit poskytování služeb, podpora klinik vedených sestrami. (National Committee, New Zealand, 2010).

## Statut vzdělání

Jak budou ilustrovat níže uvedené příklady, existuje souvislost mezi vzděláním a zdravotním stavem i vyššími náklady pro zdravotní péči.

Vzdělanější lidé také více vyhledávají zdravotní péči a mají k ní lepší přístup a rovněž se více účastní preventivních programů, např. screeningů.

Příklady:

- V Holandsku mají lidé s nižším vzděláním průměrnou délku života o 7 let kratší než lidé s vyšším vzděláním a žijí o 18 let kratší dobu v dobrém zdravotním stavu (DETERMINE, 2010, str. 6).
- Prevalence dlouhodobé invalidity je u evropských mužů nad 80 let 58 % u mužů s nižším vzděláním a 40,2 % u mužů s vyšším vzděláním (Huisman, Kunst a Mackenbach, 2003, citováno v CDSH, 2008).
- Méně vzdělaní lidé platí více v hotovosti za předepsané léky a lidé nad 65 let v OECD častěji nejsou dostatečně pojištěni (Corrieri et al., 2010, str. 6).
- Lidé s nižším vzděláním méně používají preventivní opatření, např. mamografický screening (Corrieri et al., 2010, str. 7).
- Ženy se středním vzděláním užívají čtyřikrát více antikoncepci než ženy bez vzdělání (OSN, 2010, str. 5).

## Postižení

I když lidé s postižením mívají častější kontakt se zdravotnictvím, je dokázáno, že mnoho postižených lidí má problémy s dostupností péče, která odpovídá jejich potřebám.

Brown et al. (2010) uvádějí, že dvě významné zprávy vydané ve Velké Británii určily problémy: Zdravotní péče pro všechny identifikovala problémy se systematickou institucionální diskriminací a s tím, že situace neodpovídá Zákonu o diskriminaci postižených a nenaplňuje jej. Parlamentární šetření v roce 2008 uvádí podrobně porušení lidských práv týkající se práva na život, na soukromí a rodinný život a na to, aby se s lidmi nejednalo degradujícím a ponižujícím způsobem (Brown et al., 2010, str. 354).

Příklady:

- Úmrtnost je třikrát vyšší u retardovaných lidí než u běžné populace, což souvisí s komplexem průvodních chorob, které tito lidé mají (Brown et al., 2010, str. 354).
- I v zemích, kde se univerzálně dosahuje základního vzdělání, se děti s postižením z tohoto vzdělání vylučují (OSN, 2010, str. 5).

## Strava a výživa

Strava a výživa mají značný dopad na zdraví a úzce souvisejí se sociálně ekonomickým statutem v rozvojových i rozvinutých zemích. Ve městech vedou jídla bohatá na cukry a na tuky k něčemu, čemu se říká „epidemie globální obezity“ (CDSH, 2008, str. 62). Zatím je v méně vyvinutých oblastech, zvláště na venkově, nedostatečná výživa stále důležitým problémem, zvláště u dětí a žen ve mnoha částech světa, kde nedostatek výživy v dětství zamezuje vývoj a může nastolit celoživotní zdravotní problémy. Snížení globální prevalence podváhy dětí je klíčovým cílem snížení dětské úmrtnosti.

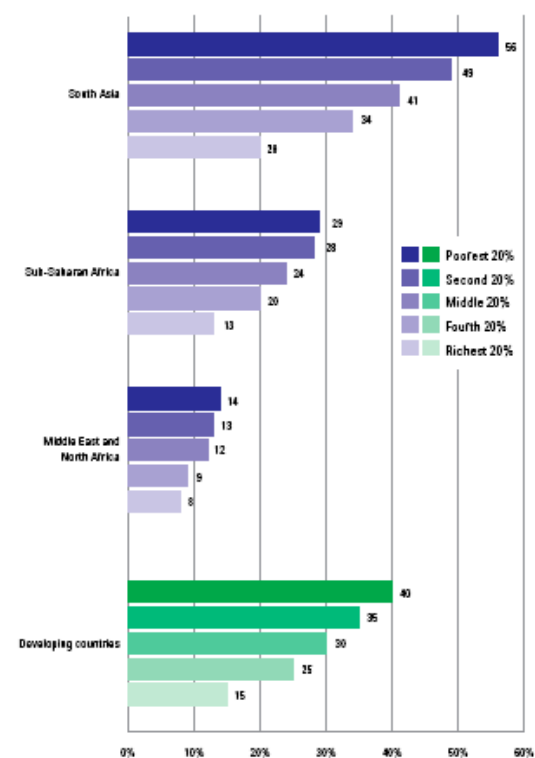
Oba tyto jevy silně souvisejí s bídou. V USA upozornil Drenowski, že prodejny s rychlým občerstvením se vyskytují více v chudších oblastech a že jídla s vysokým obsahem tuku a cukru jsou obvykle levnější než jídla s vysokou nutriční hodnotou. Tvrdí, že „stále se zvětšující cenová propast mezi zdravými a nezdravými potravinami... podporuje obezitu u chudých“ (Drenowski, 2009, str. 538). Něco podobného tvrdí Dowler v Evropě, když poukazuje na to, že „je dokázáno, že strukturální a sociální problémy, např. množství času a peněz, co mohou lidé věnovat dobrým potravinám a aktivnímu životu, jejich cena a dostupnost, oblast, ve které jsou domácnosti umístěny a celkové sociální okolnosti těch, kteří jsou označovány za nižší třídu... do značné míry omezují a určují volbu (Dowler, 2001, str. 702).

Jak je ilustrováno v níže uvedených případech, vysoký výskyt cukrovky, hlavně související se zvyšující se obezitou, lze rovněž pozorovat v domorodých oblastech ve mnoha částech světa. V těchto případech se neustálé problémy související se s přesunem a vyvlastněním pojí s jinými faktory jako ruralita a izolace. Špatný přístup ke vhodným zdravotním službám a vysoká nezaměstnanost přispívají problému.

**Obrázek 4: Procento dětí s podvážou ve věku 0-59 měsíců**

Across developing regions, underweight prevalence is higher in the poorest households

Percentage of children 0-59 months old who are underweight, by household wealth quintile



Note: Analysis is based on a subset of 61 countries with household wealth quintile information, covering 52% of the under-five population in the developing world. Prevalence estimates are calculated according to WHO Child Growth Standards, 2006-2009. DEJ/CIS, East Asia and the Pacific, and Latin America and the Caribbean are not included for lack of data. Source: UNICEF global database, 2010.

Příklady:

- Globální prevalence dětí s podváhou je 26 %, přičemž je stále 46 % z jižní Asii, kde více než 25 % dětí má podváhu při porodu (OSN, 2010, str. 13)
- V rozvojových zemích je prevalence dětí s podváhou mladších 5 let vyšší v nejchudších domácnostech (UNICEF, 2010, str. 16)
- Prevalence dětí s podváhou mladších 5 let je běžnější na venkově (UNICEF, 2010, str. 16).
- Velmi vysoké procento diabetes mellitus a průvodních komplikací bylo zaznamenáno v domorodé populaci v Americe a v Asii-Pacifiku (Hanley, 2006)
  - prevalence typu DM 2 je 2–3krát vyšší u původních obyvatel Ameriky než u ostatních obyvatel
  - screeningový program na Torres Strait Islands ukázal, že prevalence diabetes je 6krát vyšší než u celkového obyvatelstva Austrálie
  - nejvyšší procento obezity a diabetes typu 2 je vidět u lidí s nejnižším vzděláním a příjmem a v nejzanedbanějších oblastech (Drenowski, 2009).



### **Využití existujících zdrojů údajů**

Komise pro sociální determinanty zdraví se snažila zlepšit dohled nad rovností ve zdraví tím, že navrhla dva soubory indikátorů, které se při identifikaci nerovností obecně zaměří na použití široké škály údajů o populaci – už shromážděných v jiných zemích:

- minimální systém dohledu nad rovností ve zdraví
- komplexní celostátní systém dohledu nad rovností ve zdraví

Tyto indikátory jsou podrobně uvedeny v Příloze.

Často existuje značný zdroj dosud nevyužitých informací v již existujících zdrojích informací, který lze analyzovat z hlediska přístupu k péči a rovnosti. Např. britský Rámec kvality a výsledků (Quality and Outcomes Framework – QOF) byl hlavně uváděn jako platební systém pro obvodní lékaře, ale poskytl výzkumníkům „bohatý nový zdroj“ údajů o primární péči hlavně proto, že umožnil, aby se zdravotní informace dostaly do souvislosti s jinými zdroji informací, např. s informacemi o místním sociálně-ekonomickém prostředí. Sigfrid et al. zkoumali zprávy o výjimkách, které se dělají, když je pacient vyloučen z příjmových měření. (Protože k tomu může dojít z platných důvodů, jako je např. pacientův nesouhlas, odmítání kontrol nebo alergie na léky, lékaři mohou nezačlenit zprávu, aby nebyli neprávem penalizováni.) Výzkum zjistil vztah mezi hlášením o výjimce u diabetiků a deprivací, který byl nejvyšší u těch nejzanedbanějších populací. Autoři dospěli k závěru, že „analýza hlášení výjimky, což není jednoduchý cíl, je důležitá při zkoumání nerovností“ (Sigfrid et al., 2006, str. 224) tvrdí, že tato zpráva může být důležitá pro vytváření strategií na zlepšení služeb u těžko dosažitelných populací.

Tento případ ilustruje klíčovou výzvu pro měření, které se má zjistit, nejen pro koho je služba dostupná, ale také pro koho není.

### **Klíčové indikátory nerovností**

Pracovní materiál („Working Paper“), který připravila OECD (Organizace pro ekonomickou spolupráci a vývoj) v roce 2009 (de Looper + Lafortune, 2009), popisuje řadu předních indikátorů, které se dají použít na měření nerovností ve zdravotním stavu a v dosažitelnosti zdravotních služeb. K indikátorům pro měření nerovností ve zdravotním stavu patří:

- Indikátory týkající se střední délky života a úmrtnosti.
- Indikátory týkající se nemocnosti a nemoci.

- Složené indikátory, které obsahují oba tyto typy informací.

K indikátorům dostupnosti zdravotní péče a jejího využití patří:

- Rozsah zdravotního pojištění
- Využití zdravotní péče ve vztahu k jiným službám
- Měření potřeb nesplněné péče
- Výdaje v hotovosti jako podíl příjmu na domácnost.

(de Looper a Lafortune, 2009, str. 12)

Autoři uvádějí, že jednoduchá měření – např. měření propasti mezi nejchudšími a nejbohatšími sociálně-ekonomickými skupinami – zdůrazňují vážnou situaci těch nejméně zvýhodněných a nejčastěji se používají na rutinní a dlouhodobé shromažďování údajů. Komplikovanější měření používají pro měření nerovností v celé populaci metody založené na regresi. K příkladům patří „relativní index nerovnosti“ a „index koncentrace“. Avšak nevýhodami jsou požadované údaje, komplikovanost výpočtu a složitější interpretace (de Looper a Lafortune, 2009, str. 14).

Výzkum ukázal, že různé indikátory mohou někdy vést k různým závěrům. Jak poznamenal Wagstaff et al. (1991) studie mezi chronickými nemocemi a sociální třídou srovnávaná s jinou studií prováděnou v Anglii a ve Walesu ukázala, že bylo „dosaženo opačných závěrů“, když se používaly různé indikátory (Schneider et al., 2005, str. 1). Dochází se k závěru, že většina nástrojů má omezenou schopnost posuzovat rovnost jako součást analýzy, i když je třeba poznamenat, že většina nástrojů ekonomického hodnocení buď obsahuje domněnky týkající se rovnosti nebo jsou implicitně či explicitně zahrnuty do analýzy (WHOCC pro hodnocení zdravotních technologií, 2008).

### **Sestry v návštěvní službě v Moldávii**

Jako návštěvní sestra stráví Irina svůj čas v domovech starých a invalidních lidí. Její země, Moldávie, je nově nezávislým státem Evropy, který zažil po pádu Sovětského svazu vážný ekonomický pokles a silně se zvýšila chudoba. Většina obyvatel žije pod hranicí bídy, ale nejhůře jsou zasaženi staří a postižení lidé. Program terénních sester založil moldavský Červený kříž, aby poskytl zdravotní a sociální pomoc těm skupinám, jejichž renta je tak nízká, že nepokryje ani základní potřeby, včetně léků a léčby.

Samotné platy sester jsou velmi nízké. Irina si vydělá pouze 23 amerických dolarů měsíčně, ale přesto jsou ona i její kolegyně oddány lidem, o které se starají. Program se snaží najít dotace, aby udržel aktivity 30 základních sester, ale při takové velké nouzi je stále zřejmé, že je naděje na to, že se program rozšíří na 100 sester, které se mohou starat o 2 000 potřebných lidí. Irina a ostatní sestry oceňují, že jejich podpora je jediné záchranné lano pro tyto osamělé zbídačelé lidi.

Z toho plyne, že stále je třeba urazit kus cesty, aby se ideje rovnosti (spravedlnosti) začlenily do vytváření programu a politiky. Jak poznamenali de



Looper a Lafortune, „důležitým aspektem při volbě vhodného měření nerovnosti je snadnost, s jakou se dají údaje aktualizovat a neustále kontrolovat.“ (de Looper a Lafortune, 2009, str. 14). To zvláště platí pro země a oblasti, kde mají k dispozici omezené údaje, případně omezenou možnost vyvíjet a realizovat komplikované shromažďování údajů.

Měli bychom poznamenat, že měření rovnosti a dostupnosti zdravotní péče mohou být samy o sobě diskriminační. Jak poukázali Dey a Fraser, „každé měření, které se opírá o roky života, může diskriminovat podle věku, stejně jako každé měření, které zahrnuje kvalitu života, může diskriminovat podle postižení (Dey a Fraser, 2000, str. 521/22). To znamená, že indikátor musí být také vhodný pro použití, pro které byl určen. Např. měření roků života s postižením (DALY – Disability Adjusted Life Years) může poskytnout užitečný pohled na zdravotní stav lidí z různých profesních skupin a přispět k posouzení toho, jaký mají různé pracovní funkce dopad na zdraví. Avšak když se používá (izolovaně od jiných problémů) k posouzení toho, kde se nejefektivněji přidělují zdroje (např. upřednostňující přístup při operaci kyčle) může to zabránit přístupu těm, kteří už byli dříve postiženi.

### **Nástroje na hodnocení rovnosti**

Existence vhodných nástrojů na měření a hodnocení dosažitelnosti a rovnosti jsou jádrem snahy, jak zlepšit poskytování zdravotních služeb (Sigfrid et al., 2006) a výsledků.

Spolupracující centrum WHO pro hodnocení zdravotních technologií při Univerzitě v Ottawě poskytuje sadu nástrojů zaměřených na rovnost (Equity Oriented Toolkit) pro hodnocení „technologie založené na potřebách“, což má podpořit správné rozhodování a přidělování zdrojů. Poskytuje řadu nástrojů z celého světa pro posuzování břemene (zátěže) nemoci, komunitní efektivnosti, ekonomického hodnocení a předávání a realizace poznatků. Tyto nástroje mohou být specifické analytické metody jako Disability-Adjusted Life Years, katalogy, jako Health Impact Screening Checklist, softwarové programy, např. Harvard Policy Maker nebo databáze, jako The Cochrane Library, atd.

V každé sadě nástrojů je obsaženo srovnání každé z nich, včetně toho nakolik přesně měří rovnost, z hlediska:

- měření/monitorování
- účasti komunity
- hájení práv pacientů

### **Měření nerovností mezi zdravotnickými pracovníky**

Porovnání rozmístění zdravotnických pracovníků je jednoduchý nástroj, který může ilustrovat nerovnosti v rozložení zdravotnických pracovníků po celém světě. Je to zvláště efektivní soubor údajů, protože řada studií zjistila velmi silný vztah mezi rozložením zdravotnických pracovníků a zdravotními výsledky. To skýtá širokou analýzu a nebere v úvahu rozložení pracovníků v rámci jednotlivých regionů nebo to, jak se toto rozložení srovnává se

zdravotními potřebami obyvatel. Avšak rozdíly mezi jednotlivými zeměmi jsou velké a ukazují značnou nerovnost v dostupnosti zdravotnických pracovníků.

*Globální atlas zdravotnických pracovníků (Global Atlas of Health Workforce)*, který poskytuje WHO, dává široce k dispozici základní údaje o zdravotnických pracovnících a umožňuje uživatelům prozkoumat širokou škálu problémů jako věkové rozložení a porovnat čísla v městských a venkovských oblastech. Vznikl proto, aby informoval lidi, kteří vytvářejí strategie, programy a činí rozhodnutí a obsahuje údaje o škále typů zdravotnických pracovníků včetně sester a porodních asistentek. Data uvedená na obrázku 6 čerpají z tohoto atlasu.

Nicméně v roce 2006 popsala Světová zdravotní zpráva existenci informací o rozsahu a povaze problému zdravotnického personálu jako „přinejlepším nestejnorodou.“ (WHO, 2006, str. 126). Pro mnoho zemí je shromažďování údajů o počtech zdravotnických pracovníků, jejich zaměstnaneckém statutu a místě, kde pracují, náročné. To není problém, který se týká zemí s horšími prameny: neúplné soubory dat, nedostatek koordinace mezi různými organizacemi a jurisdikcemi, nepropojení souborů informací (např. záznamy o zaměstnání versus záznamy o profesní registraci versus záznamy o emigraci a imigraci) může znamenat, že se dají základní informace o rozložení sester a jiných zdravotnických pracovníků těžko zjistit.

#### **Sestry k bezdomovcům: Lekce ze skutečného života**

Studentky ošetřovatelství, Kate a Jennifer, jdou jednoho chladného říjnového rána kolem řeky Spokane. Jejich průvodkyní je Martha z organizace Outreach a zavolá na jednoho Roma, který odpočívá pod lepenkou v houštině trnitých keřů. Bojuje s rozedmou plic a v poslední době se mu těžko dýchá. Rom dovolí sestrám, aby ho vyšetřily a stáhne si kabát a začne si rozepínat flanelovou košili, přičemž odhalí jizvy na prsou. „Myslím, že byste mi měly změřit tlak. V Montaně mi dělali trojitý srdeční bypass“, hlásí. Katce připadá vysoký, 160 na 100 a řekne mu, že musí jít další den na kliniku, aby mu dali nějaký lék na vysoký krevní tlak. Dají mu džus a pár energetických tyčinek, když si všimnou, že krabička vajíček je jediné jídlo, které je tu vidět. Slíbily, že ho přijdou příští týden zkontrolovat a přinesou přikrývky, které potřebuje.

Každá studentka na Washingtonské státní univerzitě, která získá bakalářský titul z ošetřovatelství, musí absolvovat jeden semestr komunitního ošetřovatelství. Pro některé ze Spokanu to znamená pracovat s opravdu nuznou populací – mezi chudými, bezdomovci, duševně chorými, drogově závislými, alkoholiky a zneužívanými. Program má úspěch v tom, že zvyšuje povědomí o vztahu mezi zdravím a chudobou. Jennifer přiznává, že byla šokována touto částí své průpravy. „Nevěděla jsem, že jsou ve Spokanu bezdomovci a neměla jsem tušení, kde jsou. Mohli byste jít po cestě kolem míst, kde spí a nikdy to nevědět. Skutečně si uvědomuji, že místo toho, abyste řekli: „Á, tady jsou bezdomovci“ měli byste říct: „Hej! Tady je Gary.“ Mají svá jména.“

## **Výdaje na zdravotnictví**

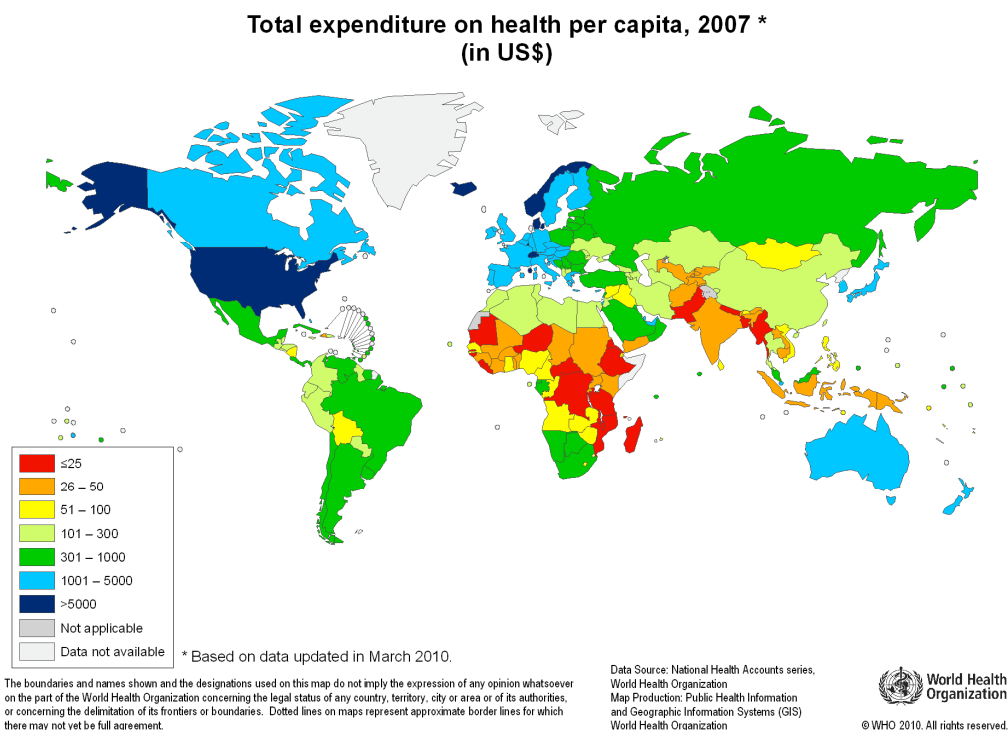
Výdaje na zdravotnictví jsou po celém světě různé, jak ilustruje WHO, která mapovala, jaké připadají zdravotní náklady na jednoho člověka (Viz Obrázek 5, str. 30). To má přímý dopad na poskytování služeb v celém spektru zdravotní péče, jakož i na to, nakolik jsou jednotlivé země schopny školit, získávat a udržovat si zdravotnické pracovníky. Státy jsou hlavními zaměstnavateli kvalifikovaných zdravotnických pracovníků v zemích s nízkým a středním příjmem. To kolik mohou utratit, určuje počet personálu.

Způsob distribuce existujících financí hraje také důležitou roli v tom, nakolik mohou být získány a použity. Poplatky za zdravotní služby, včetně příležitostných nákladů, jako je doprava a ztráta příjmu, mají také „vliv na pacientovu možnost dokončit léčbu.“ (WHO Regional Office for Europe, 2010).

Analýza veřejných výdajů na zdravotní péči může pod drobnohledem rovnosti vrhnout světlo na to, jak mechanismy dotování a financování zvyšují nebo posilují nerovnost. Např. analýza veřejných výdajů v Indonésii v roce 1990 ukázala, že spodních 20 % domácností dostává pouze 2 % veřejných nákladů na zdravotnictví, zatímco horních 20 % domácností dostává 30 % veřejných výdajů (Birdsall + Hecht, 1995, str. 4). Birdsall a Hecht také uvádějí, že tam, kde chudé domácnosti na venkově mají omezený přístup k základním zdravotním službám (např. v Keni, Pákistánu a Peru), „vysoká část veřejných zdrojů, které jdou do městských nemocnic, by měla svědčit o nějakém problému s nerovností (Birdsall + Hecht, 1995, str. 7).

Recenze studií zkoumajících přístup ke zdravotním službám pro emigranty v USA zjistila pouze čtyři studie zkoumající náklady na zdravotní péči, ale našla značné a šokující rozdíly: „Z národnostního hlediska byly náklady na zdravotní péči o 55 % nižší u dospělých imigrantů a o 74 % nižší u dětí imigrantů než u rodilých Američanů a dětí, dokonce když se upravily podle věku, příjmu, pojištění a zdravotního stavu (Derose et al., 2009, str. 368).

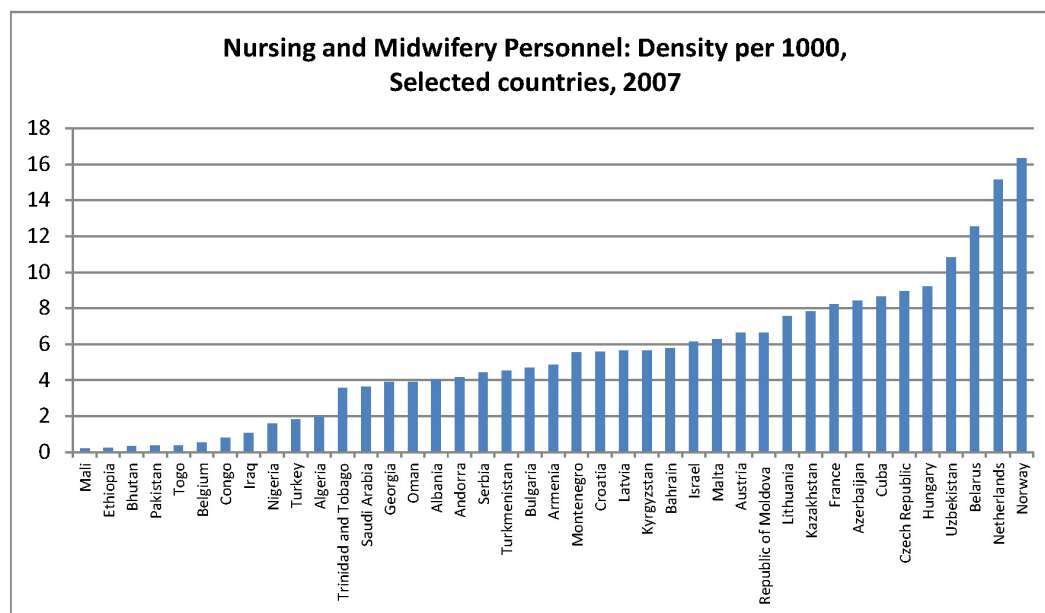
**Obrázek 5: Celkové výdaje ve zdravotnictví na jednoho obyvatele, 2006 (v amerických dolarech) (WHO, 2006)**



## Lidské zdroje

Odborní zdravotničtí pracovníci jsou ve světě nerovnoměrně rozloženi. Hustota rozmístění pracovníků ve zdravotnictví se liší v rámci regionů i mezi jednotlivými regiony až o faktor 10 a existují rovněž velké odchylky ve složení profesí poskytovatelů zdravotní péče. V roce 2007 byl v Mali počet sester a porodních asistentek na 1 000 obyvatel pouze 0,2, kdežto v Norsku 16,33. Poměr sester a lékařů se rovněž značně liší: téměř 8 : 1 v africkém regionu až po 1,5 : 1 v západopacifickém regionu (ICN + WHO, 2009).

**Obrázek 6: Sestry a porodní asistentky na 1000 obyvatel (vybrané země), 2007**



Zdroj: Informace jsou čerpány z „Global Atlas of Workforce“ (WHO, 2010b)

Nedostatek sester a jiných zdravotnických pracovníků je nadále obrovskou bariérou pro vhodnou dostupnost zdravotnických služeb ve mnoha částech světa. Např. studie zabývající se dostupností testů, poradenství a ART (antiretrovirální terapie) v Malawi zjistila, že nedostatek zdravotnických pracovníků připravil značné problémy pro spravedlivé a doložitelné (obhajitelné) poskytování ART v Malawi“ a uvádí se okolo 50% prázdných pracovních míst pro kvalifikované zdravotnické pracovníky v celém sektoru (Makwiza et al., 2009, str. 8).

Kde existují zdravotničtí pracovníci, je významným problémem jejich správné rozložení. Mnoho venkovských oblastí v rozvinutých i rozvojových zemích má nedostatek zdravotnických pracovníků, včetně sester. Např. Ghana má „závažné problémy v rozložení pracovních sil, jak z hlediska geografického, tak i mezi pracovišti primární a terciární péče.“ (Dovlo, 1998). Obdobně se při prostudování anglicky psaných časopisů zjistilo, že pro nedostatek kvalifikovaných pracovníků nemají obyvatelé na venkově dostatečný přístup k paliativní péči pro HIV/AIDS (Harding et al., 2005, str. 252). Kromě toho mohou kvalitu péče rovněž ovlivnit omezenější příležitosti pro školení personálu na venkově. To může být důvodem odporu ke změnám, které by vedly k posunu veřejného financování na základní péči, protože by to vyžadovalo, aby se kvalifikovaní pracovníci přesunuli z města na venkov, kde jsou životní i pracovní podmínky těžší a kde je menší možnost profesního rozvoje (Birdsall + Hecht, 1995).

WHO nedávno vydala doporučení globální politiky týkající se *Zlepšení kontaktu se zdravotnickými pracovníky v odlehlých a venkovských oblastech díky lepší politice jak je udržet* (WHO, 2010c). Je nastíněna řada doporučení v oblastech vzdělání, řízení, finančních podnětů a osobní a profesní podpory. Kromě toho dokument zdůrazňuje, že „dodržování zásady rovnosti ve zdraví pomůže při přidělování existujících zdrojů tak, že se sníží nerovnosti ve zdraví.“ (WHO, 2010c, str. 3).

#### **Zlepšování dostupnosti péče díky předpisovému právu sester**

Ve Švédsku mají obvodní sestry pravomoc vystavovat předpisy. Švédský úřad pro léčebné produkty vytvořil seznam produktů, které mohou sestry předepisovat. Tento seznam obsahuje přes 230 značek léků, které mohou kvalifikované komunitní sestry předepisovat pro 60 zdravotních stavů. Hodnocení tohoto kroku přineslo pozitivní výsledky v tom, že byl pacientům, zvláště starým a postiženým lidem, umožněn lepší přístup k péči.

## 5. KAPITOLA Zlepšení dostupnosti a rovnosti zdravotní péče

### Řešení sociální determinanty zdraví

Důležitá souvislost mezi zdravím a životním prostředím byla uznána v roce 2005, když WHO stanovila Komisi pro sociální determinanty zdraví, aby „se získaly důkazy pro to, co se dá dělat pro podporu rovnosti ve zdraví a pro podporu globálního hnutí za její dosažení.“ (CSDH, 2008).

Jak uvedli Reuter a Duncan, mají sestry nejdelší zkušenosti na to, aby poznaly souvislosti mezi zdravím a prostředím, ve kterém lidé žijí a pracují, stejně tak mají dlouhodobé zkušenosti s hájením práv pacientů (advocacy), aktivismem a rozvojem strategií na zlepšení klíčových determinant zdraví, jako je bydlení, sociální péče o děti a volební právo žen. Už v roce 1861 mluvila Florence Nightingalová o „souvislosti mezi zdravím a příbytky obyvatel“ jako o „jedné z nejdůležitějších souvislostí, co existují“ (Reutter + Duncan, 2002, str. 294).

Komise tvrdí, že celá společnost si tradičně myslí, že se zdravotnictví má zabývat nemocemi; skutečnost, že úmrtnost a nemocnost vyplývá z životních a pracovních podmínek, znamená, že „kroky týkající se sociálních determinant zdraví musí zapojit celou vládu, civilní společnost, globální fóra a mezinárodní agentury“ (CSDH, 2008, str. 1).

Proto jsou doporučení Komise přesahující různé sektory následující:

- zlepšit podmínky každodenního života
- vyřešit nevyhnutelné rozložení moci, peněz a zdrojů
- měřit a chápat problém a posoudit dopad kroků.

Lidé, kteří žijí v bídě, kteří jsou vyloučeni ze společnosti, nemají často přístup k přesným informacím a ke kvalitní zdravotní péči, jakož i k jiným politickým a sociálním zdrojům. Nemoc a slabá sociální ochrana zhorší riziko chudoby a společenského vyloučení. Etnické menšiny a migranti, nezaměstnaní a částečně nezaměstnaní, chudí, ženy a děti, nemocní a staří jsou zvláště náchylní k tomu, aby spadli do této pasti chudoby a začarovaného kruhu bezmoci.“

Španělské Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí (2010, str. 41)

Závěrečná komplexní zpráva Komise *Překlenutí generační propasti: Rovnost ve zdraví na základě sociálních determinant zdraví* (2008) určuje klíčové oblasti, ve kterých je zásahu zapotřebí, poskytuje analýzu sociálních determinant zdraví a konkrétní příklady typu kroků, které se ukázaly být efektivními pro zlepšení zdraví a rovnosti ve zdraví v zemích na všech úrovních sociálně-ekonomického vývoje.

PAHO a WHO vytvořily autodidaktický kurs o sociálních determinantách zdraví (social determinants of health – SDH) a vytváření strategií. I když je modul zaměřen hlavně na zaměstnance WHO/PAHO, je také užitečný pro sestry a jiné zdravotnické pracovníky, kteří se podílejí na navrhování programů a strategií a na všechny, co si přejí rozšířit znalosti a rozvinout dovednosti k „aplikaci SDH postojů k veřejné politice a jiným strategiím pomocí vytváření osobních a institučních schopností.“ (PAHO/WHO).

V Úvodním modulu jsou uvedeny následující všeobecné cíle:

- pochopit rovnost zdraví jako hodnotu, která odráží teorii sociální spravedlnosti a vytváří základní faktor pro právo na zdraví
- uznat, že je možné identifikovat nerovnosti ve zdraví jako strategický element při navrhování spravedlivější veřejné politiky
- poznat mezisektorové strategie a strategie dohodnutých kroků z hlediska SDH
- analyzovat doporučení čerpaná ze zpráv navržených Komisí pro sociální determinanty zdraví a její devíti znalostních sítí (Knowledge Networks) a podpořit diskusi o nich a jejich přijetí, přičemž se berou v úvahu podmínky i priority v každé zemi.

Další informace najdete na <http://dds-dispositvoglobal.ops.org.ar/cursor/>.

### **Role zdravotnických systémů**

I když řešení zdravotních nerovností není pouze úkolem zdravotnictví, zdravotnictví může mít vliv na nerovnosti ve zdraví. WHO definovala systém zvyšující rovnost ve zdraví jako systém, který „a) sníží nerovnosti ve zdraví díky poskytování služeb podporujících rovnost, b) slouží širším zásahům zaměřeným na sociální determinanty zdraví“ (WHO Regional Office for Europe, 2010, str. v).

Komise WHO pro sociální determinanty zdraví zjistila následující klíčové rysy zdravotnictví, které řeší nerovnosti ve zdraví, ve své zprávě *Řešení nerovnosti pomocí zdravotnictví*:



### **Dětské sestry zlepšují přístup ke zdravotní péči ve státě New York**

V USA, ve státě New York, poskytují dětské sestry primární zdravotní péči. Podporují a udržují dobrý zdravotní stav díky pravidelným zdravotním prohlídkám, kontrolují růst a vývoj, provádějí očkování a léčí dětské nemoci, jako nemoci horních dýchacích cest, záněty středního ucha a průjem. Dětské sestry sledují pacienty na ambulancích i v nemocnici a řídí péči o dítě a rodinu v nemocnici. Služby dětských sester zlepšily přístup, kvalitu a finanční efektivnost péče.

#### *Zdravotní systémy (2007)*

- „Styly vedení, procesy a mechanismy, které působí na mezisektorové zásahy v jednotlivých odděleních (ministerstvech) s cílem podpory zdraví obyvatel.
- Organizační úpravy a praktiky, které zapojí obyvatelstvo, skupiny a společenské organizace, zvláště ty, které pracují se skupinami znevýhodněnými a na okraji společnosti, do rozhodnutí a akcí, které budou zjišťovat, řešit a přidělovat zdroje pro zdravotní potřeby.
- Financování zdravotní péče a poskytování úprav, které mají za cíl univerzální šíři působení a nabízejí zvláštní výhody skupinám lidí sociálně znevýhodněných a na okraji společnosti (konkrétně: lepší dostupnost zdravotní péče, lepší ochranu před přílišnými výdaji na nemoc a redistribuci zdrojů tak, aby z nich měli větší prospěch i chudší skupiny s většími zdravotními potřebami.
- Revitalizace postoje ke komplexní zdravotní péči jako strategii, která upevňuje a začleňuje jiné rysy podporující rovnost zdraví, které jsme uvedli výše.

(Gilson et al., 2007, str. v)

Zpráva zdůrazňuje, že systém, který má tyto charakteristiky a může řešit nerovnost, vyžaduje „technickou analýzu i politickou odpovědnost“ (Gilson, 2007, str. xvii).

#### **Rozvoj a poskytování služeb**

Na úrovni lokálních služeb se může dostupnost zdravotní péče zlepšit tím, že se zlepší celková kapacita služeb, kde je to možné, zajistí se, že se maximálně možných výsledků dosáhne při existujících zdrojích. Zdroje se nasměřují do zanedbávaných oblastí a zlepší se specifické aspekty péče, jako kontinuita péče (Chapman et al., 2004). Kde poptávka po službách převyšuje nabídku, lze použít pořadníky a jiné rozdělovací mechanismy. Avšak když k tomu dojde, je třeba, aby kritéria pro rozdělování zdrojů byla transparentní a otevřená veřejné kontrole a diskusi (Dey + Fraser, 2000). To pomůže tomu, aby přidělovací politika nebyla diskriminující a nespravedlivá. Po revizi inovačních postojů ke zlepšení dostupnosti primární zdravotní péče,

důležitým bodu při snahách o zlepšení zdraví a prevenci nemocí, dospěl Chapman k následujícímu:

„dostupnost primární péče se dá zlepšit diversifikací způsobů poskytování této péče, posílením rolí personálu a pružnější realizací služeb. Když se sníží nerovnosti v dostupnosti zdravotní péče, může být klíčovým řešením to, že se omezené zdroje přednostně přidělí dobře nasměrovaným službám, které budou sloužit dříve identifikovaným rozdílům v péči, případně v komunitách (Chapman et al., 2004, str. 380).

Bhattacharyya zjistil ve své recenzi inovace v poskytování zdravotních služeb, které by mohly zlepšit služby pro chudé. Dospívá v této recenzi k závěru, že k exemplárním praktikám v poskytování služeb patří „strategie zaměřené na zkušenosti s pacienty, např. služby „šité na míru“, aby splnily potřeby chudých, mezirezortní subvence, efektivní strategie (např. specializace) a velké množství postojů, které sníží náklady na oddělení (jednotku) i operativní postoje, které zvýší dosažitelnost služeb, např. terénní služby a medicínu na dálku (telemedicine) (Bhattacharyya et al., 2010, str. 8). K jiným příkladům na zlepšení přístupu ke zdravotnickým službám okrajových skupin patří mobilní služby, např. karavany, které poskytují základní screeningové služby u nákupních center a na jiných veřejných místech, terénní služby, určené zvláště pro těžko dosažitelné populace a objednávací mechanismy, které sníží čekací dobu.

Recenze uvádí deset příkladů kazuistik exemplářů včetně Bhangwan Mahaveer Viklan Sahayata Samiti (BMVSS), indické organizace, která vyvinula protézu dolní končetiny pro amputované pacienty v rozvojových zemích. Kromě inovačních protéz pro amputované, realizovalo BMVSS řadu opatření, aby byla služba pro chudé dostupnější a atraktivnější:

### **Sestry poskytují terénní služby, které získaly cenu**

V roce 1988 zahájilo středisko BC Centre for Disease Control (BC CDC) pouliční terénní program pro sestry (Outreach Street Nurse Program), aby se dostaly k těm, kteří jsou nejvíce ohroženi infekcí HIV. Program poskytuje služby zaměřené na HIV a pohlavní choroby u lidí, kteří nemají přístup k oficiální zdravotní péči. Ke službám patří klinická péče, vzdělávání a školení, vytváření a realizace projektu a výzkum.

Sestry se zavážou, že „proniknou k populaci, která má běžně bariéry obrátit se na zdravotnictví a pociťují stigma a diskriminaci v rámci komplexních zdravotních a sociálních problémů“ a „(sestry) vycházejí z hodnot respektování, rovnosti zdraví a sociální spravedlnosti.“

Program se také podílel na dokumentární a výukové pomůcce Vzhůru ze šikmé plochy: Drogy, Uživatelé + terénní ošetřovatelství, která se rozšířeně používá ve zdravotním vzdělávání, praxi a politice, v národním i mezinárodním měřítku.

Program získal Cenu lidských práv od Mezinárodního centra pro ošetřovatelskou etiku v roce 2010. (BC Centre for Disease Control, 2010)

- Umožnit pacientům, aby se zaregistrovali v kteroukoliv denní či noční dobu.
- Poskytnout pacientům zdarma pokoj a stravu, když musí zůstat přes noc a poskytnout rodině na klinice jídlo zdarma.
- Zajistit všechno potřebné během jedné návštěvy, aby se minimalizoval počet návštěv a pacienti se nemuseli uvolňovat z práce.

Další příklady inovačních přístupů ke službám najdete na The European Portal for Action on Health Equity, jedná se o webový zdroj založený konsorciem EU pro Sociálně-ekonomické determinanty zdraví. Obsahuje seznam dobrých praxí, který uvádí celou škálu projektů, které byly úspěšně vyvinuty, aby na základě inovovaných a cílených přístupů k poskytování a vyvíjení služeb řešily nerovnost (DETERMINE, 2009).

### **Mechanismy financování pod drobnohledem rovnosti**

Vyvíjení mechanismů financování, které se snaží řešit nerovnosti ve zdraví a podporují zdravotní péči o chudé nebo jinak znevýhodněné, může hrát důležitou roli při řešení nerovnosti a podpoře zdraví. K identifikovaným strategiím patří:

- Snížit platby v hotovosti tím, že se odstraní poplatky veřejného sektoru a vytvoří se inovační způsoby, které omezí jiné náklady na zdravotní péči (např. náklady na léky a na dopravu)
- Rozšířit geografickou dostupnost komplexních služeb tím, že se bude investovat do primární a sekundární péče v oblastech, kde je současně nedostatečná péče a zjednoduší se posílání pacientů od jednoho doktora ke druhému.
- Přerozdělit státní zdroje mezi geografické oblasti, přičemž se vezmou v úvahu zdravotní potřeby obyvatel a existující finanční zdroje.
- Adekvátně financovat lokální úroveň a primární zdravotní péči v rámci celkového pokrytí.

(Gilson et al., 2007, str. xii-xvi)

Autoři dále tvrdí, že může být rovněž užitečné ověřit si jiné strategie, např. „komunitní (community-based) zdravotní pojištění (nebo pojišťovací programy určené pro konkrétní skupiny obyvatel) jako mechanismy pro ochranu chudších skupin proti katastroficky vysokým platbám, přičemž je třeba se učit z existujících tuzemských i mezinárodních zkušeností o tom, jak se vyhnout mnoha nástrahám takových programů a rozšířit tato pojištění na ty nejznevýhodněnější“ (Gilson et al., 2007, str. xiii).

### **Zlepšení dostupnosti zdravotní péče v jihoafrických černošských čtvrtích**

V Jižní Africe pracují sestry v černošských čtvrtích jako vedoucí klinik, které každý den navštíví 200 až 300 pacientů. Řídí sestry v nižším postavení, pracovníky osvěty a „dobrovolníky“. Sestry dělají anamnézu a provádějí vyšetření a není-li tam lékař, vykonávají komplexní léčbu a předepisují léky. V určité naplánované dny sestry cestují za pacienty ve speciálně vybaveném voze a tak zpřístupňují zdravotní péči širší populaci.

## Použití údajů ke kontrole dostupnosti zdravotní péče a rovnosti ve zdraví

### Rutinní kontrola a dohled

WHO Komise pro sociální determinanty zdraví zjistila, že zavedení „rutinních systémů rovnosti ve zdraví a sociální determinanty zdraví je v místě – lokálně, celostátně i mezinárodně“ jako klíčová oblast pro patřičné kroky (CSDH, 2008, str. 206). Konkrétně Komise navrhuje, aby

- „Státy zajistily, že děti jsou při narození zaregistrovány bez finančních nákladů pro domácnost. To by mělo být součástí zlepšení občanské registrace porodů a úmrtí.“
- „Vlády států zavedou státní systém dohledu nad rovností ve zdraví s rutinním shromažďováním údajů o sociálních determinantách zdraví a nerovnosti ve zdraví.“
- „WHO řídí vytváření globálního systému dohledu nad rovností ve zdraví jako součásti širší struktury řízení“.

(CSDH, 2008, str. 206)

Zavedení rutinních zdravotních kontrolních mechanismů je důležitý první krok pro posuzování zdravotního stavu obyvatel a toho, jak jsou zdraví a zdravotní služby rozloženy v rámci společnosti. V ideálním případě by podle Komise „měly mít všechny země minimálně základní údaje o rovnosti, které reprezentují zemi a jsou dlouhodobě srovnatelné.“ (CSDH, 2008, str. 181).

Komplexní Závěrečná zpráva Komise *Closing the gap in a generation. Health equity through action on social determinants of health (Překlenutí mezery během generace. Rovnost ve zdraví díky krokům zaměřeným na sociální determinanty zdraví)* (2008) nastiňuje jednak minimální požadavky na kontrolní systém pro rovnost a jednak komplexní kontrolní rámec. Podrobnosti jsou uvedeny v příloze.

#### **Identita: Právo každého dítěte**

Každým rokem přibude 48 až 50 milionů dětí, které stráví svůj život bez oficiální identity nebo občanství.

Neregistrovanému dítěti mohou být upřena základní práva, jako přístup ke vzdělání a zdravotnictví. Neregistrované a nedokumentované děti jsou nesmírně zranitelné vůči vykořisťování.

ICN a Mezinárodní konfederace porodních asistentek (International Confederation of Midwives) na to zareagovaly tak, že v roce 2007 společně vydaly Informace o registraci při porodu (Birth Registration Toolkit), které mají upozornit sestry a porodní asistentky na význam registrace při porodu a na zkoumání a řešení tohoto problému ve vlastní zemi.

Dostupné na:

[www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free\\_publications/birth\\_registration\\_toolkit.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/birth_registration_toolkit.pdf)

(ICN + ICM, 2007)

## 6. KAPITOLA

### Sestry pomáhají zlepšit dostupnost zdravotní péče a rovnost ve zdraví

---

#### Profesionalita a etika

ICN považuje zásady lidských práv a rovnost za nedílnou část ošetřovatelské etiky. To se prohlašuje v úvodu k *The ICN Code of Ethics for Nurses (Etický kodex ICN pro sestry)* (2006), kde se tvrdí, že

„Důležitou součástí ošetřovatelství je úcta k lidským právům včetně práv jednotlivých kultur, práva na život a volbu, práva na důstojnost a na to, aby se s člověkem jednalo s úctou. Sestry mají úctu a nemají předsudky vůči věku, barvě pleti, náboženskému vyznání, postižení nebo nemoci, pohlaví, sexuální orientaci, národnosti, politické příslušnosti, rase nebo sociálnímu statutu. (ICN, 2006).“

Mnoho prvků Kodexu přímo řeší problémy rovnosti ve zdraví a dostupnosti zdravotní péče, a to:

- Sestra podporuje prostředí, ve kterém jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní hodnoty jednotlivé rodiny a společenství (ICN, 2006, str. 1)
- Sestra sdílí se společností odpovědnost za iniciaci a podporu kroků, které budou plnit zdravotní a sociální potřeby veřejnosti, zvláště potřeby zranitelných populací (ICN, 2006, str. 2)
- Sestra se prostřednictvím své organizace podílí na vytváření a udržování bezpečných spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetřovatelství.

Kodex také poskytuje návod pro sestry jak řešit tyto problémy v různých souvislostech. Příklady jsou uvedeny níže. Znění ICN kodexu najdete na: [www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf)

**Tabulka 1: Výňatek z ICN Etického kodexu pro sestry (ICN, 2006, str. 5)**

<b>Prvek kodexu#1: SESTRY A LIDÉ</b>		
<b>Řadové sestry a vedoucí</b>	<b>Pedagogové a výzkumníci</b>	<b>Státní asociace sester</b>
Poskytují péči, která respektuje lidská práva a je citlivá k hodnotám a zvykům a víře jiných lidí.	Do učebních osnov zahrnou lidská práva, rovnost, spravedlnost a solidaritu jako základ pro správný přístup ke zdravotní péči.	Vytvářejí náplň práce pro jednotlivé pozice a směrnice, které podporují lidská práva a etické standardy.
Vytvářejí a kontrolují bezpečnost prostředí na pracovišti.	Probouzejí u studentů citlivost pro význam sociálních kroků u současných problémů.	Hájí bezpečné a zdravé prostředí.

Ve svém článku o ošetrovatelské etice probírá Nancy Crigger vývoj ošetrovatelské etiky v rámci globalizace. Identifikuje pět prvků, které mohou usnadnit vhodnější a spravedlivější globální etiku (Crigger, 2008, str. 21):

- Začlenění a rovnováha: začlenit názory lidí na okraji společnosti, zvážit perspektivy, které skýtá věda, náboženství a antropologie.
- Rovnováha mezi komunitou a jedincem: je třeba brát v úvahu obecný prospěch i prospěch jedince.
- Využití reflexivity nebo schopnost reflektovat kriticky a realisticky svou vlastní praxi, také vidět problémy z jiného hlediska.
- Otevřenost vůči novým přístupům k lidským právům, zvláště v ohledu „svoboda - nikoliv práva“, což opět poskytuje jiné možnosti.
- Obchod a technologie jsou považovány za způsob, který uznal schopnost se etablovat, rovněž řešit nerovnosti.

Tyto etické směrnice pomáhají sestřám k tomu, aby byla jejich péče spravedlivá, zlepšují zážitky pacientů a kvalitu péče a pomáhají odstranit stigma a diskriminaci z ošetrovatelské péče.

### **Průprava a rozvoj dovedností**

Je také zapotřebí efektivní přípravy a rozvoje dovedností včetně dalšího vzdělávání, pokud sestry mají poskytovat dostupnou péči, která podporuje nestrannost a není diskriminační.

Brown et al. identifikují nedostatky v ošetrovatelské péči o postižené včetně negativních názorů a nedostatků dovedností a znalostí o této skupině klientů. Také však tvrdí, že sestřám se nedostalo dostatečné přípravy k tomu, aby poskytovaly kvalitní péči, přičemž citují studii o praxi sester, která zjistila, že pouze 8% respondentek byla školená v problematice retardovaných pacientů. Je také důležité, aby vedoucí, zvláště sestry ve vedoucím postavení, zajistili, že zaměstnavatelé poskytnou zaměstnancům informace a průpravu

odpovídající potřebám místní komunity. Aktivní nábor mezi členy místních menšinových skupin umožní dostupnější péči pro klienty těchto menšin a také jim zajistí, že se jim dostane stejně kvalitní péče jako majoritním skupinám.

### **Schopnost akceptovat jiné kultury**

Pokud budou pracovníci schopni akceptovat odlišnosti kultur, bude snadnější využívat zdravotní služby pro všechny členy komunity, ale také to pomůže zlepšit kvalitu služeb tím, že se pacienti budou cítit příjemněji alepší se komunikace mezi zdravotníky a pacienty.

Klíčové metody zlepšení kulturní kompetence identifikovali Brach a Fraser (2000) následovně:

- využití služeb tlumočnicka
- nábor a udržení zaměstnanců, kteří pocházejí z menšinových skupin
- školení zaměřené na povědomí o odlišných kulturách a souvisejících znalostech a dovednostech
- využití komunitních zdravotnických pracovníků
- podpora zdravíakceptujícíodlišné kultury
- začlenění rodiny, případně členů komunity
- hlubší poznání odlišné kultury
- administrativní a organizační přizpůsobení včetně umístění služeb, změn podle fyzického prostředí a pracovních hodin.

### **Sestry citlivé vůči jiným kulturám rozšiřují hranice**

Veškerá možná nežádoucí zdravotní dokumentace je útržkovitá na americko-mexických hranicích, kde žije 9 milionů lidí. Zde je nejvyšší procento těhotných mladistvých, nejvyšší procento obezity, nejvyšší procento cukrovky a nejvyšší procento autohavárií v důsledku nepoužití bezpečnostních pásů.

Asi 3,4 milionů lidí se zde ocitá 200% pod hranicí úrovně bída. Více než třetina je uvězněna v podstandardních životních podmínkách vyžadujících zvláštní pomoc. Obrovská většina si nemůže dovolit zdravotní pojištění, takže nevyhledává preventivní zdravotní péči a těžce chápe, proč je třeba kontrolovat krevní tlak a hladinu cholesterolu, když se člověk necítí nemocen. Aby se situace ještě více zkomplikovala, díky ekonomickým rozdílům mezi USA a Mexikem, přejíždí každodenně více než 800 000 lidí přes hranici dlouhou 2 000 mil.

Rudy je jednou ze sester pocházející z menšinové kultury zvládající jazyk a hraje klíčovou roli při snižování vážných zdravotních nerovností, kterým čelí obyvatelé na hranici mezi Mexikem a USA. Jako rodinná sestra praktického lékaře zdravotního střediska na arizonsko-mexické hranici je Rudy také předsedou místní skupiny Asociace hispánských sester. „Jako sestry,“ vysvětluje, „vidíme jejich zdravotní problémy každý den: vyčerpání z horka, hypotermii nebo otravu. Při přechodu pouště dostanou takovou žízeň, že pijí všechno včetně přísady proti zamrznání. Když to zjistíme, pošleme je na dialýzu.“

„Nejhorší nemoc na hranici je chudoba“, zdůrazňuje Rudy. „Má za následek nezaměstnanost, těhotenství mladistvých, špatné bydlení, domácí násilí, diabetes, rakovinu a další.“



## Rozvoj rolí a flexibilita

Byl také zkoumán rozvoj nových rolí pro sestry jako důležitá strategie jak zlepšit dostupnost mnoha služeb.

Ukázalo se, že rozšíření role a rozmístění odborných klinických sester a praktických sester zlepší kvalitu péče a sníží organizační náklady. Chapman et al. prozkoumali strategie, které zlepšují přístup k primární péči ve Velké Británii a zjistili, že se primární péče řízená sestrami používá na to, aby „se bojovalo proti špatnému přístupu ke zdravotní péči v oblastech, které mají potíže s náborem a udržením obvodních lékařů“ a že první ošetření prováděné sestrami a konzultace po telefonu mohou ušetřit čas a zlepšit přístup k péči, aniž by se ohrozila kvalita péče (i když dále upozorňují, že konzultace po telefonu mohou narušit dostupnost zdravotní péče lidem, kteří neumí dobře anglicky, špatně slyší nebo mají řečové problémy nebo nemají přístup k telefonu) (Chapman et al., 2004).

Když se zavedou do některých oblastí vhodné nové „kádry“, dají se také efektivně snížit náklady, aniž by to nepříznivě ovlivnilo spokojenost pacientů (ICN, 2010). Bylo to úspěšně použito v oblastech, kde je nedostatek personálu.

## Výzkum

Bylo dokázáno, že k nerovnostem dochází jak v oblastech výzkumu, tak i v jiných oblastech zdravotnictví. Nedávný článek, který analyzoval sestry provádějící výzkum v oblasti HIV, zjistil, že klinický výzkum vždycky adekvátně nereprezentuje dotyčnou populaci. Např. v USA se zjistilo, že i když černošky představovaly v roce 2005 67 % nových případů AIDS, byly méně zastoupeny v klinických zkouškách. Autor tvrdí, že je to nejen kvůli špatné praxi klinického výzkumu, nýbrž „je to předem určeno výukou o politických, sociálních a individuálních faktorech, které ovlivňují šíření nemoci“ (Cohn, 2007).

### **Sestry coby spojky při poskytování péče**

V Kanadě v Ontariu nemá asi 780 000 lidí přístup k rodinnému poskytovateli péče. Jedna provincie řeší tento problém tím, že jmenuje dvě sestry na plný úvazek pro každý ze 14 okrsků, které fungují jako styčný důstojník mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče. Tyto sestry, nazývané „Care Connectors“ vyhledávají praktické sestry a lékaře, kteří pacienty ještě přijímají a posílají je k nim. Doporučení pacienti mají prioritu podle odpovědí na dotazníku o zdravotních potřebách.

V září 2010 bylo u této služby registrováno 76 000 pacientů. Z nich mělo 5 600 velké problémy a 75 % z nich bylo posláno k lékaři. Také 75 % z doporučených pacientů včetně pacientů v severních a venkovských obcích bylo posláno k poskytovateli péče ve vzdálenosti 10 km od jejich domova.

(Canadian Health Services Research Foundation, 2010)

Cohn tvrdí, že sestry se zkušeností s přímou péčí o pacienty a komunikací s nimi, s velkou důvěrou, kterou mají u veřejnosti v mnoha zemích, mají

„jedinečnou pozici“ k tomu, aby zajistily, že pacienti budou dobře informováni a že protokoly o výzkumu budou zpracovány tak, že budou zastoupeny všechny skupiny obyvatelstva. „Konkrétně sestry uznávají význam spolupráce s populací na okraji společnosti při léčbě nemoci.“ (Cohn, 2007, str. 274).

Nástroj, který pomůže sestřím provádět výzkum problémů rovnosti v jejich práci, vyvinula skupina The Campbell and Cochrane Equity Methods Group. Kontrolní seznam pro autory, kteří systematicky provádějí recenze, nastiňuje řadu otázek pro výzkum, které mají vést badatele k tomu, aby začlenili perspektivu rovnosti do všech aspektů recenze včetně rešeršních strategií a metod, popisu a metodologie zvažovaných studií i do analýzy výsledků (Ueffing et al., 2009). Autoři nabádají k použití a distribuci seznamu, který najdete na <http://equity.cochrane.org/our-publications>.

### **Lobování, hájení práv pacientů („advocacy“) a strategie (taktika)**

Sestry hrají důležitou roli při vytváření strategií (taktik), protože mohou mluvit do analýzy, hájení práv pacientů a výzkumu, zvláště v oblastech poskytování zdravotní péče a restrukturalizace. Avšak autoři jako Reutter a Duncan tvrdí, že je nutné řešit sociální determinanty zdraví, proto je také nutné silného hájení práv ve sféře širší veřejné politiky, která „přesáhne tradiční zdravotní úřady a ministerstva zdravotnictví a spojí sektory jako finance, zemědělství, školství, doprava, energie a bydlení (Reutter + Duncan, 2002, str. 295).

#### **Sestry v parlamentu**

Ve Westminsterském paláci v Londýně je sestra součástí moderního zdravotnictví. Většinu jejího času zabere ambulantní služba pro poslance dolní i horní sněmovny, další tisíce zaměstnanců a návštěvníků paláce. Sestra je kombinací „něčeho, co byste viděli v ordinaci obvodního lékaře i na akutním a tísňovém oddělení.“ Její práce má rozsah od vydávání prášků na bolesti hlavy až po akutní případy, např. srdeční zástava nebo sportovní úrazy.

Sestra je rovněž odpovědná za screening současných nebo budoucích zaměstnanců, za činnosti podporující zdraví, např. udržování kondice a zdravotní instruktáž zaměstnanců, kteří jedou služebně do zámoří. Sestra zajišťuje zdravotní péči při ceremoniálech jako je zahájení parlamentu, kde musí být lékař, sanitka a mnoho poskytovatelů první pomoci. Politici pracují v neobvyklých hodinách, často až do rána, a to znamená, že zanedbávají své zdraví, protože nemají čas se o sebe starat. Sestra vidí mnoho známých tváří, ale je věrna své profesionalitě a jedná se všemi stejně.

Státní sesterské asociace jsou prostředek, kterým mohou sestry vyjádřit své zájmy a poskytují první místo kontaktu s třetími osobami ve vládě i v občanské společnosti a podněcují efektivní debaty o tom, jak se má zdravotnictví orientovat, strukturalizovat a řídit, ale také se zaměřují na širší

problémy, které se zabývají sociálními determinantami zdraví. Společná publikace ICN a WHO ukazuje na oblasti, na které by se měly sestry zaměřit, když chtějí podpořit personální rozvoj a lepší zdraví, což znamená zapojit se do celostátních i lokálních diskusí o financování zdravotnictví a významu kvalifikovaných zdravotníků při dosahování výsledků. (ICN + WHO, 2009, str. 34).

Lobování a hájení práv („advocacy“) jsou tedy klíčovou součástí role sestry při řešení problémů jako jsou rovnost a dostupnost zdravotní péče, a to znamená, že si musí vytvořit jinou základnu dovedností a znalostí. Tato nutnost se začíná projevovat ve vzdělávání sester, začínají se zavádět vysokoškolské kurzy, které se zaměřují na dovednosti, které budou sestry potřebovat, aby se efektivně zaangažovaly v politice. (Reutter + Duncan, 2002).



# PŘÍLOHY





### **Komise pro sociální determinanty zdraví: Dohled nad rovností ve zdraví**

#### **Kontrolní systém minimální rovnosti ve zdraví (CSDH, 2008, str. 181)**

Zdravotní výsledky:

- Úmrtnost: kojenecká úmrtnost a úmrtnost do pěti let, úmrtnost matek, úmrtnost dospělých a LEB (Střední délka života)
- Nemocnost: alespoň tři celostátně relevantní indikátory nemocnosti, které se budou odlišovat od celostátního kontextu a může sem patřit prevalence obezity, diabetes, podvýživa a HIV
- Sebou samým hodnocené duševní zdraví

Měření nerovnosti

- Kromě populačních průměrů by měly být diferencovaně poskytnuty údaje o zdravotních výsledcích, rozvrstvení by mělo zahrnovat:
  - pohlaví
  - alespoň dva sociální znaky (např. vzdělání, příjem/majetek, profesní třídu, etnicitu/rasu)
  - alespoň jeden regionální znak (venkov/město, provincie)
- Zahrnout alespoň jedno měření o absolutních zdravotních nerovnostech mezi sociálními skupinami a jedno souhrnné měření relativních zdravotních nerovností mezi sociálními skupinami
- Měly by existovat kvalitní údaje o zdraví původních (domorodých) obyvatel, pokud tam žijí

#### **Komplexní celostátní rámec rovnosti ve zdraví (CSDH, 2008, str. 182)**

Zdravotní nerovnosti obsahují údaje o

- zdravotních výsledcích rozvrstvených podle
  - pohlaví

- alespoň dvou sociálně ekonomických ukazatelů (vzdělání, příjem/zdraví, profesní třída)
- etnická skupina/rasa/domorodost (příslušnost ke skupině původních obyvatel)
- jiné, pro kontext relevantní ukazatele
- místo bydliště (město/ venkov a provincie nebo jiná geografická jednotka)
- distribuci populace mezi podskupinami
- souhrnném měření relativní zdravotní nerovnosti, měření obsahuje procentní přerozdělování, relativní index nerovnosti, relativní verzi rizika, které se dá přičíst populaci a index koncentrace
- souhrnném měření absolutní zdravotní nerovnosti. Měření obsahují rozdíl v procentech (rate difference), index směrnice křivky (slope index) nerovnosti a riziko, které se dá přičíst populaci.

#### Zdravotní výsledky

- úmrtnost (všechny příčiny, specifické příčiny, specifický věk)
- ECD (ekonomická spolupráce a vývoj)
- duševní zdraví
- nemocnost a postižení
- sebou samým hodnocené tělesné i duševní zdraví
- výsledky specifické pro příčiny

Determinanty, kde jsou použitelné rozvrstvené údaje

#### Každodenní životní podmínky

- zdravotní návyky (chování)
  - kouření
  - alkohol
  - fyzická aktivita
  - strava a výživa
- fyzické a sociální prostředí
  - voda a hygiena
  - podmínky bydlení
  - infrastruktura, doprava a plán města
  - kvalita vzduchu
  - společenský kapitál (social capital)



- pracovní podmínky
  - rizikový pracovní materiál
  - stres

#### Zdravotní péče

- pokrytí
- infrastruktura zdravotní péče

#### Sociální ochrana

- pokrytí
- velkorysost

#### Strukturální příčiny zdravotních nerovností

- pohlaví
  - normy a hodnoty
  - ekonomická participace
  - pohlavní a reprodukční zdraví
- sociální nerovnosti
  - vyloučení ze společnosti
  - rozložení příjmu a majetku
  - vzdělání
- sociálně politický kontext
  - občanská práva
  - podmínky zaměstnání
  - priority řízení a vydávání peněz
  - makroekonomické podmínky

#### Důsledky špatného zdraví

- ekonomické důsledky
- sociální důsledky





### Informovanost pacientů

#### Stanovisko ICN

Mezinárodní rada sester (ICN) pevně věří, že každý má právo získat aktuální informace týkající se podpory a udržení zdraví, prevence a léčby nemoci. Takové zdravotní informace by měly být snadno dostupné, aktuální, přesné, jasné, relevantní, spolehlivé, založené na důkazech a nejlepší praxi. Kromě toho by měl mít každý přístup k přesným, spolehlivým a transparentním informacím o vědeckém výzkumu, farmaceutické péči a technických novinkách při podpoře zdraví, prevenci a léčbě nemoci.

Lidé mají právo na soukromí a zachování důvěrnosti informací o svém zdraví. Vhodné sdílení informací je předpokladem pro to, aby sestry a jiní zdravotničtí pracovníci nastolili poctivé a spolupracující vztahy s pacienty a jejich rodinami nebo pečujícími osobami.

Lidé mají právo na přístup k informacím ve vhodné formě a na úrovni jejich chápání, aby mohli učinit informované volby a rozhodnutí o svém zdraví. Informace pacientům a osobám, které o ně pečují, by měli odpovídat jejich potřebám a okolnostem včetně duchovních, etnických a kulturních potřeb i jejich jazykových znalostí a zdravotní gramotnosti. (Zdravotní gramotnost se zde definuje jako schopnost chápat, pojmout a efektivně využít informace o každodenním životě). Pacientům, případně jejich rodinám a pečujícím osobám, by měla být vysvětlena rizika a výhody zásahů a možností zdravotní péče.

Sestry a jiní zdravotničtí pracovníci by měly pracovat v partnerství s organizacemi pacientů, skupinami pacientů v péči o sebe sama a jinými zainteresovanými stranami na tom, aby veřejnost a pacienti měli přístup k potřebným informacím o zdraví a zdravotnictví. Součástí toho je, že sestry budou zapojeny do výzkumu o podstatě, kvalitě a dopadu patientských informací o zdravotních výsledcích a ošetrovatelské péči.

#### Background

Lidé, kteří přebírají aktivní roli v péči o své zdraví, dělají informovanější rozhodnutí o sebestarání, mají zdravější životní styl a častěji jsou spokojeni se svou péčí a zdravotními výsledky. (Ministerstvo zdravotnictví. Léčba chronických nemocí a sebestarání. Rámec státní služby. (2002). Praktická pomoc při realizaci primární péče. Expert Patient Programme. Progress Report. 6. 2. 2003. [www.doh.gov.uk/cmo/progress/expertpatient/index.htm](http://www.doh.gov.uk/cmo/progress/expertpatient/index.htm)). Sestry a jiní zdravotničtí pracovníci by měli uznávat práva pacientů na

informovaná rozhodnutí a volby o tom, jak se starat o své vlastní zdraví, zda přijmout či zamítnout zdravotní péči nebo léčbu.

Sestry a jiní zdravotničtí pracovníci musí mít znalosti a dovednosti, aby zvládali (třídili) informace; tím umožňovali pacientům přístup k informacím, jejich zpracování a využití; aby dokládali a hodnotili důkazy o tom, jaký vliv na zdravotní výsledky má informovanost pacientů.

Měli by reagovat na to, jaké informace pacient potřebuje podle svého vlastního uvážení vědět, nespoléhat výhradně na odborné poznatky a předem předpokládané názory.

Informace by měly být zpřístupněny pacientům/spotřebitelům pomocí informačních a komunikačních technologií, měly by být předkládány v souladu s uznávanými nebo dohodnutými normami kvality.

Počáteční (kvalifikační) a další vzdělávání nebo průprava sester a jiných zdravotnických pracovníků by je mělo vybavit schopnostmi nutnými k tomu, aby pacienti a veřejnost byli dobře informováni, aby s nimi pracovali v partnerství a tím zlepšily jejich zdravotní potřeby.

ICN uznává, že informovanost pacientů je důležitá pro jejich bezpečí a měla by být součástí zlepšování kvality a bezpečnosti zdravotní péče.

**Přijato v roce 2003**

**Kontrolováno a revidováno v roce 2008**

**Související stanoviska  
ICN**

Bezpečnost pacienta  
Zdravotní informace:  
ochrana pacientových  
práv

**Publikace ICN**

Pacient, mluv! Projekt ICN  
o informovanosti pacientů

Mezinárodní rada sester (ICN) je federace více než 130 národních sesterských asociací představujících miliony sester na celém světě. ICN je mezinárodní organizace řízená sestrami, snaží se zajistit pro všechny kvalitní ošetrovatelskou péči a globálně správnou zdravotní politiku.



## Univerzální dostupnost čisté vody

### Stanovisko ICN:

ICN věří, že právo na čistou vodu je bez diskuze. Zajistit přístup k bezpečné vodě je všeobecná potřeba a základní lidské právo; podstatný zdroj pro plnění základních lidských potřeb a na zdroj nutný na udržení živobytí a vývoje. Voda je veřejné zboží a ICN je proti privatizaci vodních služeb a zdrojů. ICN také věří, že se díky odpovědnosti a dobré vůli vládních úřadů a jiných organizací stane čistá a bezpečná voda přístupnou za nízkou cenu pro všechny lidi, když se použijí vhodné technologie.

ICN podporuje cíl, který stanovily Cíle OSN pro vývoj Milénia, že do roku 2015 ubude polovina lidí, kteří nemají únosný přístup k bezpečné pitné vodě. Dostupnost bezpečné vody je klíčovým aspektem efektivních strategií na zmírnění chudoby.

ICN apeluje na sestry a státní sesterské asociace, aby:

- spolupracovaly se zástupci jiných sektorů např. místními úřady a organizacemi pro vodní zdroje, na zásobení čistou a bezpečnou vodou
- nabádaly své vlády, aby poskytly bezpečnou a dostupnou vodu všemu obyvatelstvu
- lobovaly za přístup citlivý vůči chudým lidem a jednotlivým pohlavím, který se zakládá na pochopení rolí žen a mužů při nakládání s vodou, aby se mohli muži i ženy stejně podílet na zlepšení dostupnosti pitné vody.

Dále ICN apeluje na sestry a národní asociace sester, aby spolupracovaly se státními a mezinárodními orgány zabývajícími se vodou, aby:

- se zvýšila bdělost a zajistily se vodní zdroje před záměrnými útoky, užívajícími biologické, chemické a jiné škodlivé látky
- lobovaly za správnou regulační politiku, aby se zajistil univerzální přístup k pitné vodě,
- monitorovaly dopad na zdraví veřejnosti při deregulaci a privatizaci vodou, zvláště u zranitelných obyvatel.

ICN se obává, že klimatické změny a globální oteplování, které často přinese sucho, povodně a narušení zásobování vodou ohrozí zdraví veřejnosti.

## Background

Sestry pracují s jedinci, rodinami a komunitami na podpoře zdraví, prevenci nemoci, obnovení zdraví a zmírnění utrpení (International Council of Nurses, 2000, Etický kodex pro sestry, Ženeva, ICN). Sestry by se při dosahování těchto cílů cítily frustrovány, kdyby obyvatelé neměli přístup k čisté a bezpečné vodě.

Rychlý růst populace, industrializace, urbanizace, zintenzivnění zemědělství, změny klimatu a životní styl vyžadující intenzivní spotřebu vody, to všechno má za následek globální vodní krizi. Asi 20% obyvatel nemá přístup k bezpečné pitné vodě a 50% nemá přístup k bezpečnému hygienickému systému. ([www.unep.org](http://www.unep.org)). Více než 3 miliony lidí každým rokem umírá na nemoci způsobené nečistou vodou např. na průjem (World Health Organization. Water and Health, Bulletin of the World Health Organisation, 79 (5), 486) a miliony trpí chorobami jako úplavice a trachom. Nemoci způsobené špatnou hygienou zapříčiní každý rok úmrtí 2 milionů dětí (WSSCC/WHO/UNICEF Global Assessment Report, 2000).

V důsledku poškození a znečištění životního prostředí jsou vodní zdroje ohroženy kontaminací z kanalizace a škodlivými bakteriemi, chemikáliemi jako dusičnany, těžkými kovy jako olovo, rtuť a arsen a neodstranitelnými organickými sloučeninami.

Nedostatek zásobování čistou vodou znamená vážnou hrozbu pro zdraví veřejnosti. Také to znamená velké břemeno pro ženy v některých zemích, které často putují daleko pro vodu, kterou pak nesou na zádech, což má vážné zdravotní následky. Kromě toho, že je to náročné pro záda, taková voda je často kontaminována živočišným, lidským a rostlinným odpadem nebo průmyslovým odpadem a jinými kontaminanty, které mají škodlivé důsledky pro zdraví.

Stále rostou obavy, že se vodní zdroje mohou stát cílem útoku bakteriologickými, chemickými a jinými látkami, se záměrem uškodit velké populaci.

Globální trendy směřující k deregulaci a privatizaci zásobování vodou mohou představovat vážné překážky při univerzálním přístupu k čisté a bezpečné vodě.

Dopad klimatických změn a globálního oteplování představuje hrozbu pro bezpečnou vodu.

**Přijato v roce 1995**  
**Kontrolováno a zrevidováno v roce 2008**

**Související stanoviska  
ICN**

- snížení ekologických a zdravotních rizik souvisejících se životním stylem
- pro omezení válečných zbraní a konfliktů
- sestry a primární zdravotní péče
- sestry a lidská práva

**Publikace ICN**

Seznam faktů o bezpečné vodě pro domácnosti:  
Prevence nemoci, záchrana životů

Mezinárodní rada sester (ICN) je federace více než 130 národních sesterských asociací představujících miliony sester na celém světě. ICN je mezinárodní organizace řízená sestrami, snaží se zajistit pro všechny kvalitní ošetrovatelskou péči a globálně správnou zdravotní politiku.







### **Dostupné zdravotnictví dotované z veřejných zdrojů**

#### **Stanovisko ICN**

ICN a její členské národní sesterské asociace (national nurses associations – NNAs) se zasazují za vývoj zdravotnictví v jednotlivých státech, které poskytují škálu základních zdravotních služeb dostupných pro všechny obyvatele v preventivní i léčebné péči, jak je stanoveno v každé jednotlivé zemi.

Kde nejsou takové služby dotovány z veřejných fondů, věří ICN, že vlády mají odpovědnost zajistit zranitelným skupinám dostupnost zdravotních služeb.

Základní a dostupné zdravotní služby by měly být určovány zdravotními potřebami každé jednotlivé země. Měly by vyrovnávat účinnost a finanční efektivnost s kvalitou a usilovat o to, aby této rovnováhy bylo dosaženo v rámci existujících zdrojů.

ICN podporuje národní sesterské asociace, když ovlivňují zdravotní a veřejnou politiku, která se zakládá na zdravotních prioritách pro národ, rovnost a dostupnost základních služeb, účinnost (včetně produktivity), finanční efektivnost a kvalitu péče.

ICN podporuje vzdělávání v managementu a řízení, které připravuje sestry na širokou škálu rolí a odpovědností. ICN podporuje národní sesterské asociace v jejich snahách zajistit, že vládní politika pro zdravotnictví dotované z veřejných zdrojů nepodceňuje úroveň vzdělání sester, které je nutné pro komplikované požadavky těchto služeb.

ICN a její členské asociace podporují zásady primární zdravotní péče jako prostředku, který může pomoci zpřístupnit základní zdravotní služby za cenu, kterou si obce a státy mohou dovolit.

Pro zajištění dostupných, finančně efektivních a kvalitních služeb je nutno stanovit vhodné regulační zásady, standardy a mechanismy a aplikovat je na soukromé i veřejné služby.

V ošetřovatelském školství by měly být osnovy, které se pravidelně aktualizují, aby splnily potřeby měnícího se prostředí, je třeba je vhodně realizovat a řešit potřeby dalšího vzdělávání.

Zdravý národ je něco velmi cenného. Hlavním cílem každého národa musí být dosažení co nejlepšího zdravotního stavu populace v rámci existujících zdrojů.

ICN a členské asociace musí udržovat efektivní spojení s relevantními třetími stranami, aby byly zdroje přidělovány a služby poskytovány na základě potřeb nebo priorit, aby byla podporována primární zdravotní péče a brala se v úvahu kvalita i náklady.

Tento cíl je ztížen kvůli

- vyššímu požadavku kladenému na zdravotnictví (v důsledku faktorů, jako je měnící se podstata a množství zdravotních problémů, stárnoucí populace a vyšší požadavky veřejnosti)
- rostoucím nákladům na zdravotní péči, které se často pojí s nedostatečnými zdroji a s větším důrazem kladeným na nákladné aplikace pokročilých technologií
- neadekvátnímu používání existujících zdrojů v důsledku neefektivního plánování a stanovení priorit, využití a řízení zdravotnických systémů.

**Přijato v roce 1995**

**Revidováno a znovu potvrzeno v roce 2001**

**Související stanovisko  
ICN**

Podpora hodnoty a cenové  
efektivnosti ošetrovatelské  
péče

**Publikace ICN**

Finanční efektivnost  
zdravotnictví –  
Směrnice pro národní  
sesterské asociace a jiné  
Nákladné ošetrovatelské  
služby  
Ženeva ICN, 1993

Mezinárodní rada sester (ICN) je federace více než 130 národních sesterských asociací představujících miliony sester na celém světě. ICN je mezinárodní organizace řízená sestrami, snaží se zajistit pro všechny kvalitní ošetrovatelskou péči a globálně správnou zdravotní politiku.

## **Další doporučené dokumenty a zdroje**

*Challenging Inequity through Health Systems* (Gilson et al. 2007) Final Report of the Knowledge Network on Health Systems, WHO Commission on the Social Determinants of Health

[www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/hskn\\_final\\_2007\\_en.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf)

*Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health* (CSDH, 2008) [whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)

Equity-Oriented Toolkit (WHOC for Knowledge Translation and Health Technology Assessment in Health Equity, 2004)

[www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo\\_toolkit/index.htm](http://www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/index.htm)

The European Portal for Action on Health Equity

[www.health-inequalities.eu](http://www.health-inequalities.eu)

Global Learning Device on Social Determinants of Health (PAHO/WHO, 2009)

[http://www.who.int/pmnch/topics/conferences/200902\\_paho/en/index.html](http://www.who.int/pmnch/topics/conferences/200902_paho/en/index.html)

The ICN Code of Ethics for Nurses (ICN, 2006)

[www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf)

Alleyne, G., Stuckler, D. & Alwan, A. (2010). The hope and promise of the UN Resolution on non-communicable diseases. *Globalisation and Health*, 6(15).

Australian Human Rights Commission (2008) Face the Facts: Questions and Answers about Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples. Available at: [www.hreoc.gov.au/racial\\_discrimination/face\\_facts/chap1.html#1-4](http://www.hreoc.gov.au/racial_discrimination/face_facts/chap1.html#1-4) [Accessed 7 December 2010]

Ban, K-M. (2010). *Global Strategy for Women's and Children's Health*. New York: United Nations.

BC Centre for Disease Control. (2010). *Outreach/Street Nurse Program Receives Human Rights Award*. Available at: [www.bccdc.ca/resourcematerials/newsandalerts/news/Sept16\\_ICNEaward.htm](http://www.bccdc.ca/resourcematerials/newsandalerts/news/Sept16_ICNEaward.htm) [Accessed 18 November 2010]

Bhattacharyya, O., Khor, S., McGahan, A., Dunne, D., Daar, A. S. & Singer, P. A. (2010). Innovative health service delivery models in low and middle income countries - what can we learn from the private sector? *Health Research Policy and Systems*, 8(24).

Birdsall, N. & Hecht, R. (1995). *Swimming Against the Tide: Strategies for Improving Equity in Health*. Human Capital Working Paper . Report 14567. Vol. 1. World Bank. Available at: [www.wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&siteName=WDS&entityID=000009265\\_3961019111234](http://www.wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&siteName=WDS&entityID=000009265_3961019111234) [Accessed 12 October 2010].

Brach, C. & Fraser, I. (2000). *Can Cultural Competency Reduce Racial and Ethnic Health Disparities? A Review and Conceptual Model*. Medical Care Research & Review November 1, 2000 57: 181-217. Available at: [http://mcr.sagepub.com/content/57/suppl\\_1/181](http://mcr.sagepub.com/content/57/suppl_1/181). [Accessed 3 September 2010]

Brown, M., MacArthur, J., McKechnie, A., Hayes, M. & Fletcher, J. (2010). Equality and access to general health care for people with learning disabilities: reality or rhetoric? *Journal of Research in Nursing*, 15(4), pp. 351-361.

Bryant, R. (2009). ICN 24th Quadrennial Conference Closing Address July 3, 2009. Durban, South Africa: International Council of Nurses.

Canadian Health Services Research Foundation. (2010). *Casebook of Primary Healthcare Innovations*. Ottawa: CHSRF.

Canadian Institute for Health Information (2010). Hospitalisation disparities by socio-economic status for males and females. Available at [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/disparities\\_in\\_hospitalisation\\_by\\_sex2010\\_e.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/disparities_in_hospitalisation_by_sex2010_e.pdf) [Accessed 7 December 2010]

Chapman, J. L., Zechel, A., Carter, Y. H. & Abbott, S. (2004). Systematic review of recent innovation in service provision to improve access to primary care. *British Journal of General Practice*. 1 May 2004 54(502): 374–381.

Cohn, E. G. (2007). Including marginalised Populations in HIV Clinical Trials: A New Role For Nurse-Researchers. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 8(4), pp. 271-275.

Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO.

Corrieri, S., Heider, D., Matschinger, H., Lehnert, T., Raum, E. & König, H.-H. (2010). Income-, education- and gender-related inequalities in out-of-pocket health-care payment for 65+patients - a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 9(20).

Crigger, N. J. (2008). Towards a Viable and Just Global Nursing Ethics. *Nursing Ethics*, 15(1), 17-26.

de Looper, M. & Lafortune, G. (2009). *OECD Health Working Papers No. 43: Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries*. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee.

Derose, K. P., Bahney, B. W., Lurie, N. & Escarce, J. J. (2009). Review: Immigrants and Health Care Access, Quality, and Cost. *Medical Care Research and Review*, 66(4), pp. 355-408.

DETERMINE: EU Consortium for Action on the Socio-Economic Determinants of Health. (2010). *The story of DETERMINE: Mobilising Action for Health equity in the EU*. The DETERMINE Consortium.

DETERMINE: EU Consortium for Action on the Socio-Economic Determinants of Health (2009). *European Directory of Good Practices to reduce health inequalities*. Available at: [www.healthinequalities.eu/?uid=5e0f4e1c50c6c3de1dbfda30bd297c4f&id=main2](http://www.healthinequalities.eu/?uid=5e0f4e1c50c6c3de1dbfda30bd297c4f&id=main2) [Accessed: 12 October 2010]:

Dey, I. & Fraser, N. (2000). Age-Based Rationing in the Allocation of Health Care. *Journal of Aging and Health*, 12(4), pp. 511-537.

Dovlo, D. (1998). *Health Sector Reform and Deployment, Training and Motivation of Human Resources towards Equity in Health Care: Issues and*

*Concerns in Ghana*. Ministry of Health, Ghana. Available at: [www.hrhresourcecenter.org/node/181](http://www.hrhresourcecenter.org/node/181). [Accessed 11 October 2010]

Dowler, E. (2001). Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutrition*, 4:701-709.

Drenowski, A. (2009). Obesity, diets and social inequalities. *Nutritional Reviews*, Vol 67 (Suppl 1) 536-539.

Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R. & Francis, V. (2007). *Challenging Inequity Through Health Systems*. WHO Commission on the Social Determinants of Health.

Hailu, D. & Soares, S. S. (2009). *What Explains the Decline in Brazil's Inequality?* Brasilia: International Policy Centre for Inclusive Growth.

Hanley, A. (2006). *Diabetes in Indigenous Peoples*. Medscape Diabetes and Endocrinology. Available at: <http://cme.medscape.com/viewarticle/540921> [Accessed 18 November 2010].

Harding, R., Easterbrook, P., Higginson, I. J., Karus, D., Raveis, V. H. & Marconi, K. (2005). Access and equity in HIV/AIDS palliative care: a review of the evidence and responses. *Palliative Care*, 19;251-258.

Harper, S. & Lynch, J. (2005). *Methods for Measuring Cancer Disparities: Using Data relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives*. National Cancer Institute. Bethesda, MD: U.S. National Institutes of Health.

International Council of Nurses (2006). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses.

International Council of Nurses & World Health Organisation (2009). *The nursing community macroeconomic and public finance policies: towards a better understanding*. Geneva: ICN & WHO. Available at: [www.ichrn.com/publications/policyresearch/DP\\_2-09\\_nursingmacroeco.pdf](http://www.ichrn.com/publications/policyresearch/DP_2-09_nursingmacroeco.pdf)

International Council of Nurses (2010). *Fact Sheet: Skill Mix*. International Centre for Human Resources in Nursing. Available at: [www.ichrn.com/publications/factsheets/SkillMix\\_ICHRN\\_Factsheet-EN.pdf](http://www.ichrn.com/publications/factsheets/SkillMix_ICHRN_Factsheet-EN.pdf) [Accessed October 13, 2010].

International Council of Nurses and International Confederation of Midwives (2007). *Birth Registration Toolkit - Identity: Every Child's Right*. Geneva: International Council of Nurses.

Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A-J., R., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M. & Kunst, A. E. (2008). Socio-Economic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine* June 5 2008 558(23) pp. 2468-2481.

Makwiza, I., Nyirenda, L., Bongololo, G., Banda, T., Chimizizi, R. & Theobald, S. (2009, May 5). Who has access to counseling and testing and anti-retroviral therapy in Malawi – an equity analysis. *International Journal for Equity in Health*, p. 8:13.

McCoy, D. (2003). *Health Sector Responses to HIV/AIDS and treatment access in southern Africa: Addressing equity*. Health Systems Trust. Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET) in co-operation with Oxfam GB.

McKee, M. (2002). What can health services contribute to the reduction of inequalities in health? *Scandinavian Journal of Public Health*, 30:54-58.

Ministry of Health and Social Policy of Spain. (2010). *Moving Forward in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the re-education of Health Inequalities: An Independent Report Commissioned through the Spanish Presidency of the EU*. Ministry of Health and Social Policy in Spain.

National Health Committee (New Zealand) (2010). *Rural Health: Challenges of Distance Opportunities for Innovation*. Wellington: National Health Committee.

Osterle, A. (2002). Evaluating Equity in Social Policy: A Framework for Comparative Analysis. *Evaluation* 8:46, 46-59.

Pan American Health Organisation (1999, March). *Methodological Summaries: Measuring Inequity in Health*. Available at: [www.paho.org/english/sha/be991ineq.htm](http://www.paho.org/english/sha/be991ineq.htm) [Accessed October 1, 2010],

Pan American Health Organisation/World Health Organisation (2009). Global Learning Device on Social Determinants of Health and Public Policy Formulation. Available at: <http://ddsdispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoeng/contexto.html> [Accessed October 10, 2010]

Pearsall, J. (Ed.). (2002). *The Concise Oxford English Dictionary* (Tenth Revised ed.). Oxford: Oxford University Press.

Reutter, L., & Duncan, S. (2002,). Preparing Nurses to Promote Health-Enhancing Public Policies. *Policy, Politics & Nursing Practice*, November Vol.3 No.4, pp. 294-305.

Schneider, M. C., Castillio-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M., & Roca, A. (2005). *Methods for measuring health inequalities (Part III)*. Pan American Health Organisation . Available at: [http://www.paho.org/english/dd/ais/be\\_v26n2-endesigualdades\\_3.htm](http://www.paho.org/english/dd/ais/be_v26n2-endesigualdades_3.htm). [Accessed October 2010].

Schubert, M, Glass, T. A., Clarke, S. P., Aiken, L, H., Schaffer-Witvliet, B., Slaone D., M. & deGeest, S. (2008) Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International

Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), pp.227-237.

Sigfrid, L. A., Turner, C. & Ray, S. (2006, June 29). Using the UK primary care Quality and Outcomes Framework to audit health care equity: preliminary data on diabetes management. *Journal of Public Health*, Vol. 28, No. 3, pp.221-225.

Stuckler, D., Basu, S. & McKee, M. (2010, March). *Drivers of Inequality in Millennium Development Goal Progress: A Statistical Analysis*. PLoS Medicine. Available at: [www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000241#pmed.1000241-WHO1](http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000241#pmed.1000241-WHO1) [Accessed October 13, 2010].

Theodorakis, P. N., Mantzavinis, G. D., Rrumbullaku, L., Lionis, C., & Trell, E. (2006). *Measuring health inequalities in Albania: a focus on the distribution of general practitioners*. Human Resources for Health. Available at: [www.human-resources-health.com/content/4/1/5](http://www.human-resources-health.com/content/4/1/5) [Accessed October 1, 2010].

Ueffing, E., Tugwell, P., Petticrew, M. & Kristjansson, E. (2009). *C1, C2 Equity Checklist for Systematic Review Authors*. May 28. Cochrane Health Equity Field 2009. Available at: <http://equity.cochrane.org/sites/equity.cochrane.org/files/uploads/equitychecklist.pdf> [Accessed November 18, 2010].

United Nations (1948, December 10). *The Universal Declaration of Human Rights*. Available at: [www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml](http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml) [Accessed September 27, 2010]

United Nations (2010). *The Millennium Development Goals Report*. New York: United Nations.

United Nations Children's Fund (UNICEF) (2010). *Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity*. New York: UNICEF.

Van Cleemput, P. (2010). Social exclusion of Gypsies and Travellers: health impact. *Journal of Research in Nursing*, 15(4), pp. 315-327.

Wagstaff, A., Paci, P., & Van Doorslaer, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci med*, pp. 33:545-557.

Wood, T. (2010). *German doctors fear health care rationing*. 19 January, 2010. DW-World.de. Available at: [www.dw-world.de/dw/article/0,,5139759,00.html](http://www.dw-world.de/dw/article/0,,5139759,00.html) [Accessed November 17, 2010]

World Cancer Research Fund (2010). *Press Releases: Higher rates of cancer in men "not inevitable"*. Available at: [www.wcrf-uk.org/audience/media/press\\_release.php?recid=133](http://www.wcrf-uk.org/audience/media/press_release.php?recid=133) [Accessed November 17, 2010]



World Health Organisation (2006). *Global Health Atlas*. Available at: <http://gamapservr.who.int/maplibrary/default.aspx> [Accessed 6 December 2010].

World Health Organisation (2006). *World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva: WHO.

World Health Organisation (2008a). *Monitoring achievement of the health-related Millennium Development Goals*. April 10. Available at: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A61/A61\\_15-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_15-en.pdf) [Accessed October 13, 2010]

World Health Organisation (2008b). *Inequities are killing people on a grand scale, reports WHO's Commission (Press Release)*. August 28. Available at: [www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/en/index.html) [Retrieved September 27, 2010].

World Health Organisation (2010a). *Policy approaches to engaging men and boys in addressing gender equality and health equity*. Geneva: WHO.

World Health Organisation (2010b). *Global Atlas of the Health Workforce*. Available at: <http://apps.who.int/globalatlas/DataQuery/default.asp> [Accessed November 18, 2010].

World Health Organisation (2010c). *Global policy recommendations: Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Executive Summary*. Available at: [www.who.int/hrh/retention/Executive\\_Summary\\_Recommendations\\_EN.pdf](http://www.who.int/hrh/retention/Executive_Summary_Recommendations_EN.pdf) [Accessed October 14, 2010].

World Health Organisation (2010d). *Measuring health workforce inequalities: methods and application to China and India*. Geneva: WHO.

World Health Organisation (2010e). *Social Determinants of Health: Tools and resources*. Available at: [www.who.int/social\\_determinants/tools/en/](http://www.who.int/social_determinants/tools/en/) [Accessed October 10, 2010].

World Health Organisation (2010f) *World Health Report: Health Systems Financing: The path to universal coverage*. WHO: Geneva.

World Health Organisation Collaborating Centre for Health Technology Assessment (2004). *Economic Evaluation Tools*. Available at: [www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo\\_toolkit/download/economic\\_evaluation\\_TOOLS](http://www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/download/economic_evaluation_TOOLS.pdf). pdf [Accessed October 10, 2010].

World Health Organisation Collaborating Centre for Health Technology Assessment. (2008). *Equity-Oriented Toolkit*. Available at:

[www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo\\_toolkit/index.htm](http://www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/index.htm) [Accessed October 10, 2010].

World Health Organisation Regional Office for Europe. (2010). *How health systems can address inequities in priority public health conditions: the example of tuberculosis*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organisation, WHO Centre for Health Development, Kobe & the United Nations Settlements Program (UN-Habitat) (2010). *Hidden Cities: Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings*.