

# Sestry: Hybná síla změn

## *Zásadní zdroj pro zdraví*



**MEZINÁRODNÍ DEN SESTER 2014**

Všechna práva vyhrazena, a to včetně překladů do jiných jazyků. Žádná část této publikace nesmí být rozmnožována tiskem, fotokopii ani žádným jiným způsobem, nesmí být uložena v systému umožňujícím přístup k informacím, ani v žádné formě přenesena nebo prodána bez výslovného písemného souhlasu Mezinárodní rady sester nebo Mezinárodního centra pro lidské zdroje v ošetrovatelství. Krátké výňatky (do 300 slov) mohou být reprodukovány bez autorizace za předpokladu, že je uveden zdroj.

---

Copyright © 2014 by International Council of Nurses  
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95099-19-7

## Obsah

Kapitola 1:	Úvod.....	7
Kapitola 2:	Celkový pohled.....	11
Kapitola 3:	Plánování pracovní síly.....	15
Kapitola 4:	Měření pracovní zátěže sester.....	19
Kapitola 5:	Důležitost pracovního prostředí.....	25
Kapitola 6:	Zlepšení procesu učení a výsledků.....	29
Kapitola 7:	Co je třeba vzít v úvahu.....	31
Příloha č. 1:	Některé nástroje, webové stránky a odkazy pro plánování pracovní síly.....	33
Příloha č. 2:	Některé nástroje v oblasti prostředí na pracovišti.....	37
Příloha č. 3:	Stanovisko ICN: Rozvoj lidských zdrojů ve zdravotnictví (HHRD).....	41
Příloha č. 4:	Stanovisko ICN: Propagace hodnot a nákladové efektivity ošetrovatelství.....	45
Příloha č. 5:	Přehled informací ICN: Plánování lidských zdrojů ve zdravotnictví.....	49
Příloha č. 6:	Přehled informací ICN: Prostředí pozitivní praxe.....	53
Literatura	.....	59





Květen 2014

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

je stále více uznávanou skutečností, že pro zdraví obyvatel na celém světě je zásadní dostatek adekvátně vyškolených a motivovaných zdravotnických pracovníků. Rovný přístup k nezbytným zdravotnickým službám v dobré kvalitě není možné zajistit bez dostatečného počtu sester, které prošly vhodnou přípravou. Z tohoto důvodu se Mezinárodní rada sester (ICN) v rámci letošního tématu k Mezinárodnímu dni sester rozhodla zaměřit na onen nesmírně důležitý zdroj, kterým je pracovní síla v ošetrovatelství.

Vzhledem k tomu, že sestry představují největší skupinu zdravotnických pracovníků, které jsou zároveň nejbližší místním obyvatelům a často jsou také jedinými dostupnými zdravotnickými pracovníky, leží na sestrách velká odpovědnost ohledně zlepšování zdraví obyvatel a přispívání ke splnění rozvojových cílů tisíciletí.

Tento balíček nástrojů k Mezinárodnímu dni sester je základem pro pochopení širšího kontextu zdravotnického trhu práce, kam patří i propast mezi poptávkou a nabídkou zdravotnických pracovníků, efekt finanční krize, migrace a délka profesní kariéry sester. Balíček podtrhává důležitost plánování pracovní síly a jeho spojitost s bezpečností pacientů; také se zabývá otázkami měření pracovní zátěže sester a plánování bezpečné úrovně personálního zajištění. Změny ve způsobu práce sester přinesl i měnící se rozsah činnosti a vliv nové technologie.

Navzdory nedostatku sester v mnoha zemích je zřejmé, že pouhé zvýšení počtu sester není řešením a že zásadním aspektem pro zlepšení bezpečnosti pacientů a kvality zdravotní péče je zlepšení pracovního prostředí. Doufáme, že se nám prostřednictvím tohoto balíčku nástrojů k Mezinárodnímu dni sester podaří inspirovat sestry ke změně daného stavu a ukázat vládám, zaměstnavatelům a společnosti, že sestry jsou ve zdravotnictví nesmírně důležitým zdrojem. ***Je nutné, aby se sestry a světoví vůdci zaměřili na pracovní sílu v ošetrovatelství na celém světě jako na klíčovou prioritu ve snaze dosáhnout lepšího zdraví pro všechny.***

S upřímným pozdravem

Judith Shamianová  
Prezidentka

David C. Benton  
Výkonný ředitel

---

ICN • CIE • CII

3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva – Switzerland – Tel.: +41 22 908 01 00

Fax: +41 22 908 01 01 – E-mail: [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch) – Web:

[www.icn.ch](http://www.icn.ch)



***Vzdělaná pracovní síla v ošetrovatelství + dobré pracovní prostředí = vysoce kvalitní péče***

*Ať už tuto jednoduchou rovnici podloženou důkazy aplikujeme na globální nebo místní úrovni zdravotnického systému, je zcela zásadní pro porozumění tomu, jak nejlépe využít tak zásadní zdroj, jakým je ošetrovatelství.*

Během posledních desetiletí jsme byli svědky změn jak v zátěži způsobené nemocemi, tak v demografii. Vysoká a stále se zvyšující zátěž způsobená nepřenosnými nemocemi včetně duševních poruch a stárnoucí společnosti nutí vlády a zdravotnické profese ke změně uvažování. To vede ke stále výraznějšímu zaměření na prevenci nemocí a podporu zdraví a ke změně místa poskytování péče z institucí na primární zdravotní péči založenou na komunitním přístupu. Nová rizika související s infekcemi, životním prostředím a životním stylem v době prudkých demografických změn ohrožují bezpečnost zdraví nás všech (Frenk et al 2010). Vzhledem k tomu se také do popředí zájmu dostala potřeba zaměřit se na celostní péči, konkrétně péči zaměřenou na člověka a přístup sledující celý běh lidského života.

Zároveň jsme uznali existenci nerovnosti v oblasti zdraví (WHO 2008) (viz rámeček č. 1). V souvislosti s blížícím se termínem pro splnění rozvojových cílů tisíciletí v roce 2015 bylo zaznamenáno, že navzdory celosvětovým úspěchům je úroveň pokroku značně různorodá. Zátěž nepřenosných nemocí je vyšší v zemích s nízkými a středními příjmy, kde je přístup zdravotní péči (včetně péče o duševní zdraví) omezený. Již dlouho je známo, že na snižování těchto rozdílů mají zásluhu i zdravotničtí pracovníci, a zejména během posledního desetiletí pak došlo k pokroku v oblasti rozvoje pracovní síly ve zdravotnictví. Pořád ale zbývá hodně práce (GHWA & WHO 2013). Světová zpráva o zdraví pro rok 2006 s názvem „Pracujme společně pro zdraví“ (World Health Report: Working Together for Health) uvádí, že nedostatek zdravotnických pracovníků je nejzávažnější v nejchudších zemích, zejména v subsaharské Africe, kde jsou zdravotníci nejvíce zapotřebí (WHO 2006). Mimo to se můžeme v deklaraci třetího Globálního fóra o lidských zdrojích ve zdravotnictví dočíst, že „otázka lidských zdrojů ve zdravotnictví překračuje hranice států: nerovnoměrné geografické rozdělení a mezinárodní migrace ovlivňují nízko-, středně- i vysokopříjmové země a v některých případech brání poskytování dokonce i základních zdravotnických služeb. Vzhledem k zásadní roli zdravotnických služeb ve vztahu mezi občany a vládou napomůže řešení těchto problémů efektivně utužit soudržnost společností a urychlit společenský a ekonomický růst“ (GHWA 2013, odstavec 8).

### **Rámeček č. 1: Nerovnost ve zdraví**

„Životní šance našich dětí se dramaticky liší podle toho, kde se narodí. V Japonsku nebo Švédsku mohou očekávat, že se dožijí více než 80 let; v Brazílii je to 72 let, v Indii 63 let a v několika afrických zemích méně než 50 let. Také v rámci jednotlivých zemí jsou rozdíly v životních šancích dramatické, a to po celém světě. Ti nejchudší z chudých trpí vysokou úrovní nemocnosti a předčasnými úmrtími. Špatný zdravotní stav se ale netýká pouze těch, kteří jsou na tom ekonomicky nejhůře. V zemích všech příjmových skupin se zdraví a nemoc řídí podle sociálního rozvrstvení: čím nižší sociálně-ekonomické postavení, tím horší zdraví.

Nemusí to tak být a není v pořádku, že to tak je. Tam, kde se systémovým rozdílem ve zdravotním stavu dá předejít odpovídajícími kroky, jsou tyto rozdíly jednoduše řečeno nespravedlivé. Tuto situaci označujeme jako zdravotní nerovnost. Napravení těchto nerovností – obrovských a odstranitelných rozdílů ve zdraví mezi zeměmi i v rámci zemí – je otázkou sociální spravedlnosti.“

(WHO 2008, s. 1)

Za těchto okolností se věnuje stále větší pozornost lidských právům a rovnosti v oblasti zdraví. Světoví vůdci vyjadřují podporu všeobecnému zdravotnímu pojištění jako mezinárodně dohodnutému cíli zdravotní a rozvojové politiky. Dostatečný počet adekvátně vyškolených a motivovaných zdravotnických pracovníků je pro zdraví obyvatelstva zásadní (WHO 2006). Rovný přístup k nezbytným zdravotnickým službám v dobré kvalitě není možné zajistit bez dostatečného počtu sester, které prošly vhodnou přípravou.

Investice do ošetřovatelství jsou nástrojem ke změně. Mnoho výzkumných pracovníků ukázalo, že finančně dostupné zásahy sester mohou účinně přispět k dosažení rozvojových cílů tisíciletí a zároveň snížit zátěž způsobenou nepřenositelnými nemocemi (WHO 2013a). Posílení primární zdravotní péče bude zásadní jak při řešení zátěže způsobené chronickými nemocemi, tak při získávání přístupu k nejzranitelnějším obyvatelům na okraji společnosti, a sestry budou v tomto procesu hrát zásadní roli (Browne et al 2012). Sestry by měly být povzbuzovány a podporovány k tomu, aby naplňovaly svůj pracovní potenciál a zdravotnický systém tak mohl jejich práci co nejlépe využít.

Světové zdravotnické shromáždění (WHA), nejvyšší rozhodovací orgán WHO, opakovaně poukázalo na nutnost posílení ošetřovatelských služeb a služeb porodní asistence, jestliže má být dosaženo lepšího zdraví jednotlivců, rodin i komunit. Zpráva o pokroku WHO (2013b) popisuje úspěchy v reakci na sérii rozhodnutí přijatých WHA ohledně posílení ošetřovatelských služeb a služeb porodní asistence. Zpráva nicméně dochází k závěru, že co se týče poskytování zdravotnických služeb, je i nadále častým problémem nedostatek sester a porodních asistentek, kterým může navíc zároveň chybět potřebný výcvik a profesní rozvoj (WHO 2013b).

Vzhledem k tomu, že sestry představují největší skupinu zdravotnických pracovníků, jsou nejbližší místním obyvatelům a často jsou pro ně také jedinými dostupnými zdravotnickými pracovníky, leží na sestřích velká odpovědnost ohledně zlepšování zdraví obyvatel a přispívání ke splnění globálních rozvojových cílů. ***Je nutné, aby se sestry a světoví vůdci zaměřili na pracovní sílu v ošetřovatelství na celém světě jako na klíčovou prioritu ve snaze dosáhnout lepšího zdraví pro všechny.***

Aktuální globální ekonomické klima má mnoho důsledků a vzhledem k tomu, že zdravotnické služby využívají značné množství zdrojů, byly i ony podrobeny důkladnému přezkoumání. Příčinou těchto revizí často bývá názor, že výdaje na zdravotnické služby jsou nákladem, a nikoli investicí. Tento



přístup zavedl do mnoha zdravotnických systémů terminologii používanou v průmyslových odvětvích. Jedná se o termíny jako například návratnost investic, efektivita a nákladová efektivita; celkově pak tento přístup upřednostňuje zlepšovací metody převzaté z výroby, jako je například štíhlá výroba a reengineering procesů. Přestože tyto myšlenky mohou mít co nabídnout, jestliže jsou správně implementovány, lze na ně také pohlížet tak, že jsou v rozporu s profesními hodnotami sester. Tyto hodnoty jsou založeny na oddanosti veřejné službě, rovném přístupu a étosu péče (North & Hughes 2012). Je stále více zřejmé, že tento manažerský tlak spojovaný s výrazným omezením financí dostal sestry do obtížné situace, protože vlády a zaměstnavatelé se snaží omezovat výdaje na zdravotní péči. Vzhledem k tomu, že sestry představují největší, a tedy z hlediska celkových nákladů nejdražší část pracovní síly, dochází k revizi počtu pracovníků jednotlivých profesí, snižování počtu pracovních míst pro sestry a stálému snižování či dokonce omezování platů. To má zásadní dopad na důvěru pacientů, morálku ošetřovatelského personálu, kvalitu a bezpečnost a konečně i budoucí nábor zaměstnanců a jejich udržení. Tento přístup také vede ke krátkodobému rozhodování s dlouhodobými následky (Keogh 2013).

Je zřejmé, že ošetřovatelská profese musí nyní na celém světě obhajovat svou existenci, a to z finančního i profesního hlediska. Sociálně-ekonomická hodnota ošetřovatelství a porodní asistence byla v poslední době předmětem rychlého systémového přezkoumání dřívějších hodnocení (Caird et al 2010). Závěry jsou čerpány z 32 přezkoumání provedených v zemích OECD a jsou zaměřeny na tři strategicky významné oblasti: ošetřovatelství v péči o duševní zdraví, dlouhodobé podmínky a záměna rolí. Navzdory metodologickým obtížím toto přezkoumání našlo příklady přínosů ošetřovatelství i porodní asistence v oblasti domácích návštěv, specializovaného ošetřovatelství i ošetřovatelství v praktickém lékařství, včetně prevence a léčby. Ve skutečnosti byly přínosy ošetřovatelství a porodní asistence zřejmé v celé řadě výsledků (Browne et al 2012; Maben et al 2012).

S problémy se potýká také vzdělávání sester. Investice do profesního vzdělávání zdravotnických pracovníků na celém světě jsou vzhledem k daným potřebám nedostatečné (viz rámeček č. 2). Ve vzdělávání zdravotnických pracovníků jsou systémové problémy týkající se rozporu mezi jejich kompetencemi a potřebami pacientů a obyvatel,

#### **Rámeček č. 2: Globální výdaje na vzdělání zdravotnických pracovníků**

Celkové globální výdaje na vzdělání pracovníků ve zdravotnictví představují asi 100 miliard USD ročně. Tato částka tvoří méně než 2 % celkových výdajů na zdravotní péči na celém světě.

(Frenk et al. 2010)

přetrvávajícího genderového rozvrstvení profesního postavení a kvantitativního i kvalitativního nepoměru v jednotlivých zdravotnických profesích (Frenk et al 2010). Jak zjistila ICN (2009), schopnost vzdělávacích programů připravit kompetentní absolventy ošetřovatelství pro klinickou praxi je často ohrožena mnoha faktory: nedostatečným důrazem a časem vyhrazeným pro klinickou výuku, absencí jasně definovaných cílů klinického vzdělávání, používáním neefektivních metod v klinické výuce, nevhodnými, nekvalitními nebo přeplněnými prostorami pro klinickou výuku a nedostatkem dobrých vzorů v klinické praxi. Kromě toho čelí pedagogičtí pracovníci v ošetřovatelství stejným demografickým výzvám jako ostatní pracovníci.

Vzájemná závislost zdravotnického a vzdělávacího sektoru je zcela prvořadým faktorem a rovnováha mezi těmito dvěma systémy je zásadní pro účinnost, efektivitu i rovnost. Jsou tu dva stěžejní styčné body: prvním je trh práce, který řídí vyváženost či nevyváženost mezi poptávkou a nabídkou zdravotnických pracovníků, druhým je malá možnost mnoha obyvatel, zejména chudých vrstev, proměnit své potřeby v oblasti zdravotnictví a vzdělávání na efektivní poptávku po daných službách (Frenk et al 2010).

***Zajištění nabídky pracovní síly v ošetrovatelství je v mnoha zemích stále skutečný a očividný problém.***

## Kapitola 2

### Celkový pohled

Žijeme ve světě neustálých změn a je těžké na tyto změny reagovat, pokud k nim přistupujeme pouze z místního hlediska. Přestože místní kontext je pro pochopení a navržení služeb zásadní, celý svět je stále více propojen. Toto propojení můžeme vidět v přesunech lidí, technologií, financí, znalostí a informací. Znamená to, že jsme na sobě vzájemně stále více závislí, co se týče základních zdrojů, a zdraví není žádnou výjimkou. Trhy práce pro zdravotnické pracovníky s mezinárodně uznávanou kvalifikací nejsou pouze národní, ale také globální. Vzdělání může být poskytováno na dálku či prostřednictvím franšízy a může a nemusí být v souladu s tím, co od svého vzdělání očekává daný zdravotnický pracovník, a se zdravotními potřebami obyvatel, kterým tito pracovníci pomáhají. Pravidla se mění všude kolem nás a mnoho domněnek, které jsme si v minulosti vytvořili, již v tomto novém světě jednoduše neplatí (viz rámeček č. 3).

<b>Rámeček č. 3: Změna pravidel pro pracovní sílu ve zdravotnictví</b>	
Aktuální přístup	Nová pravidla pro zdravotní péči ve 21. století
Péče je založena především na návštěvách	Péče je založena na trvalých léčebných vztazích
Profesní nezávislost je motorem pro různorodost	Péče je přizpůsobována podle potřeb a hodnot pacienta
Péči řídí odborníci	Řízení péče vychází z pacientovy strany
Informace jsou uloženy v záznamech	Znalosti jsou sdíleny a informace volně proudí
Rozhodování je založeno na vzdělání a zkušenosti	Rozhodování je založeno na poznatcích z praxe
Neškodit je odpovědností každého jednotlivce	Bezpečnost je vlastností systému
Je nezbytné zachovávat tajemství	Je nezbytná otevřenost
System reaguje na potřeby	Potřeby jsou předem očekávány
Hledají se možnosti snížení nákladů	Soustavně se omezuje plýtvání
Profesní role mají přednost před systémem	Prioritou je spolupráce mezi klinickými pracovníky
Upraveno podle publikace: Changing rules for the Healthcare Workforce in the 21 <sup>st</sup> century and the implications. Institute of Medicine (2001)	

Pro dnešní trhy práce je charakteristické to, že jsou v mnoha ohledech nevyvážené. Z hlediska zabezpečení nabídky je v tomto směru nejvýznamnější oblastí nedostatečná nabídka, nezaměstnanost a podzaměstnanost zdravotnických pracovníků. Jak již bylo řečeno dříve, často také nabídku zdravotnických pracovníků ovlivňují vlády v reakci na politickou situaci, která je formována spíše finančními obavami než tržní racionálností nebo epidemiologickou situací. Trh může narušovat také poskytování pomoci, protože nevládní organizace na základě svých priorit najímají nejlepší pracovníky a tím bezděčně mění místní pracovní podmínky, což může v důsledku způsobit inflaci místních mezd a vytvořit tak systém závislý na pomoci.

Při hledání místních řešení změn ve zdravotnických systémech si jednotlivé země musí plně uvědomovat to, že pro příštích 20 let se v rozvinutých

zemích očekává nerovnováha mezi nabídkou a poptávkou pracovní síly ve zdravotnictví. Odhady se v celosvětovém měřítku pohybují mezi 22 % a 29 % (OECD 2012). Jak je uvedeno ve studii, kterou v USA publikovali Buerhaus et al (2009), celkový počet registrovaných sester v přepočtu na plné pracovní úvazky na hlavu měl mít podle předpovědi vrchol okolo roku 2007 a potom soustavně klesat, jak budou největší skupiny registrovaných sester odcházet do důchodu. Očekává se, že v roce 2020 bude objem pracovní síly registrovaných sester přibližně stejný jako dnes, tedy o 20 % nižší, než předpokládané požadavky na tuto pracovní sílu. Podobná situace ohledně počtu sester je nejen v USA, ale i ve všech zemích OECD.

Třetí Globální fórum o lidských zdrojích ve zdravotnictví konané ve městě Recife (2013) zhodnotilo globální pokrok v oblasti lidských zdrojů ve zdravotnictví (HRH) a vydalo toto prohlášení: „Výzvy přetrvávají: investice do HRH jsou i nadále nízké; mezi nabídkou a poptávkou po zdravotnických pracovnících je zásadní rozpor; plánování HRH je často oslabeno nekoordinovanými zásahy do jednotlivých oblastí, zaměřených na konkrétní profese či nemoci a nikoli na prevenci; a přijímání a zavádění efektivních postupů je i nadále nerovnoměrné. Výsledkem je, že problémy jako závažný nedostatek pracovníků ve zdravotnictví a jejich rozdělení a výkonnost, genderová nerovnováha a špatné pracovní podmínky vzbuzují i nadále velké znepokojení.“ (GHW 2013, odst. 6)

Zabezpečení nabídky ovlivňuje také migrace. Nedostatečná nabídka zaznamenaná v OECD by mohla být doplněna sestrami z jiných zemí

globálního zdravotního systému. Ve skutečnosti už Austrálie, Kanada i USA naznačily, že by prázdná místa na kvalifikovaných pozicích mohly zaplnit sestry z jiných zemí (RCN 2012). Efekt této migrace na místní/národní systém může být jak pozitivní (např. z hlediska příležitosti pro daného jedince a vydělaných peněz, které pošle zpět do vlasti), tak negativní (např. ztráta životně důležitých dovedností ve zdravotních systémech, které jsou už nyní snadno ohrožitelné). Momentálně můžeme vidět snahu minimalizovat negativní aspekty migrace prostřednictvím akcí a doporučení WHO, ale i nadále se o této oblasti zdravotnické politiky ostře debatuje a názory na ni jsou často velmi polarizované (Buchan 2008, DeLeon & Malvarez 2008). Jak vyvozuje Kingma (2007) v detailní studii o globální migraci sester: „Hledání pracovní síly je v dnešní době vysoce organizovaným globálním lovem talentů, který zahrnuje i sestry. Mezinárodní migrace je příznakem větších systémových problémů, které nutí sestry odcházet ze svých pozic. Mobilita sester se stává zásadním problémem pouze v kontextu zneužívání přistěhovalců nebo nedostatku personálu v ošetrovatelství. Doplňování sester z řad přistěhovalců do nefunkčních zdravotních systémů, které nejsou schopné přilákat a udržet místní zaměstnance, nedostatek personálu v ošetrovatelství nevyřeší.“ (s. 1281)

Přesto je ale třeba migraci v souvislosti se sestrami lépe porozumět, a dostupnost informací v této oblasti není právě přímočará záležitost. V rámci Evropské unie mají například sestry volný pohyb, takže se jich netýkají žádné imigrační kontroly (viz rámeček č. 4). Nedávná studie autorů Squires et al (2013) zaměřená na změnu vzorců migrace sester ve státech El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexiko a USA se zabývala tím,

#### **Rámeček č. 4: Mezinárodní tok evropských sester**

„V EU mají sestry svobodu pohybu, nepodléhají imigračním kontrolám a z hlediska strategií a plánování ve Spojeném království (UK) představují ‚neřízený‘ příliv pracovní síly: nelze je nijak usměrňovat a délku jejich pobytu v UK nelze určit. Vzhledem k jednoduchosti přesunu a relativně nízkým cestovním nákladům je také pravděpodobné, že bude v EU stoupat počet dojíždějících sester. Tato změna v dynamice zdůrazňuje skutečnost, že mezinárodní toky budou méně otevřeny řízení ze strany politických činitelů a regulátorů v UK, vzhledem k tomu, že většina přicházejících pracovníků bude z EU a délka jejich pobytu v UK bude záviset především na osobním rozhodnutí a životní situaci každé sestry.“  
(RCN 2012, s. 15)

jak by vlády mohly zefektivnit řízení migrace napříč těmito zeměmi. Zprávu uzavírá osm doporučení pro podporu migrace jako způsobu, jak naplnit poptávku po pracovní síle ve zdravotnictví ve všech zahrnutých zemích. Tato doporučení zahrnují investice do vzdělávacích systémů; způsoby, jak usnadnit certifikaci sester napříč hranicemi; vývoj víz založených na jazykové shodě mezi sestrami a pacienty nepřiměřeně postiženými nerovností v přístupu ke zdravotnickým službám; integraci přechodových vzdělávacích programů do certifikačního procesu sester s mezinárodním vzděláním; a způsoby, jak využít tzv. „skryté sestry“ hispánského původu, které momentálně žijí ve Spojených státech.

Vzhledem k problémům s udržení zdravotnických pracovníků ve venkovských a odlehlých oblastech je pro mnoho zdravotnických systémů důležitým faktorem také vnitrostátní migrace. Sestry nejčastěji migrují z venkova do měst (Squires et al 2013) a vnitrostátní migrace může zhoršit problémy s nerovným přístupem ke zdravotním službám, protože zdravotničtí pracovníci sami hledají lepší vzdělání a zdravotnické služby pro své rodiny.

#### **Změny délky profesní kariéry v ošetrovatelství**

Dalším důležitým faktorem pro pochopení širšího kontextu je měnící se doba trvání profesní kariéry u pracovníků v ošetrovatelství. Mnoho vládních modelů, které se dodnes používají k výpočtu očekávané účasti pracovní síly v pracovním procesu, je založeno na tom, jakým způsobem se do pracovního procesu zapojují muži. Ošetrovatelství je ale ve většině zemí profesí, kde dominují ženy; proto může být obtížné vyvinout model dostatečně citlivý na odhalení konkrétního způsobu zapojení sester do pracovního procesu. Ve většině zemí je zákonem stanovený věk pro odchod do důchodu u žen nižší než u mužů. Navíc je u pracovníků ve zdravotnictví globálním trendem odcházet do důchodu dříve (WHO 2006). Vliv na tuto situaci může mít také nedávná globální finanční krize, což jen zdůrazňuje potřebu správného pochopení a pečlivého plánování pracovní síly. Zákonem stanovený věk pro odchod do důchodu se často liší od skutečného věku, v němž sestry do důchodu odcházejí, přičemž špatné pracovní podmínky přispívají k dřívějšímu odchodu do důchodu. Dalšími faktory je vlastní věkové rozdělení pracovní síly v ošetrovatelství a také různé pracovní modely (např. práce na částečný úvazek). Ošetrovatelská profese klade stále větší důraz na nutnost výrazného prohloubení znalostí ohledně vlivu této spletité skupiny faktorů; důsledkem je mnohem větší zaměření na pochopení potřeb našich pracovníků prostřednictvím lepšího plánování a řízení pracovní síly. Viz webová stránka [Mezinárodního centra pro lidské zdroje v ošetrovatelství \(ICHRN\)](http://www.icn.ch/pillarsprograms/ichrn-publications) ICN [www.icn.ch/pillarsprograms/ichrn-publications](http://www.icn.ch/pillarsprograms/ichrn-publications).

**Zamyšlení:** „Zamyšlení“ se zaměřují na problém ze dvou úhlů pohledu: z osobního a strategického hlediska. Umožní vám podívat se na zásadní otázku z obou perspektiv a podporují tak aktivní dialog na všech úrovních zdravotnického systému.

**Osobní:** Zamyslete se nad vaší dosavadní kariérou. Jak se věci změnil? Myslíte si, že jste vy a vaši kolegové a kolegyně mohli být na tyto změny lépe připraveni? Je potřeba lépe porozumět přínosu sester pro společnost po celou dobu jejich profesní kariéry?

**Strategické:** Přispěla tradice modelů založených na pracovní dráze mužů k tomu, že málo rozumíme pracovní síle v odvětvích, kde převažují ženy – jako je tomu v ošetrovatelství? Máme skutečně představu o profesních kariérách současných sester?

Není pochyb o tom, že je odpovědností celého zdravotnického a vzdělávacího systému plánovat a podporovat budoucí pracovníky v ošetrovatelství. Jak jsme zmínili dříve, je zde zřetelně potřeba rozšířit toto plánování z vlády na zaměstnavatele a také je stále monitorovat. Vzhledem k silnému vztahu mezi nižší pracovní zátěží sester a lepšími

výsledky pro pacienty, který nyní potvrzují i výzkumy, by se mohlo zdát, že otázka správnosti investic do pracovní síly v ošetrovatelství je vyřešena; přesto je ale tato oblast stále předmětem diskuzí (Mitchell & Mount 2010). Čirý objem pracovní síly v ošetrovatelství a jeho složitost znamenají, že jakékoli navrhované zvýšení se setkává se silným odporem, už jen co se týče nákladů. Je zjevné, že musíme jasně stanovit, jak lze nejlépe zjistit, kolik pracovní síly máme k dispozici a jak tento

**Plánování pracovní síly** je nepřetržitý proces používaný ke sladění potřeb a priorit organizace a zaměstnanců a zajistit tak splnění legislativních a regulačních požadavků, stejně jako požadavků na služby a produkci a cílů organizace. Plánování pracovní síly umožňuje využívat strategie pro rozvoj pracovní síly založené na poznatcích.

(Sloan 2010)

vzácný zdroj co nejlépe využít. Výzkum možností, jak zlepšit personální zajištění v ošetrovatelství a snížit tak pracovní zátěž sester a nepříznivé výsledky pacientů, je zejména mimo nemocniční prostředí stále omezený. Ke zlepšení této situace jsou třeba důvěryhodné důkazy založené na vysoce kvalitních datech a analýze; ty lze získat systematickým používáním dostupných nástrojů pro plánování pracovní zátěže a pracovní síly.

Při vývoji jakéhokoli přístupu k pracovní síle je nejčastěji citovaným cílem *zařadit, aby ti správní pracovníci se správnými schopnostmi a jednáním byli ve správný čas na správném místě a dělali tu správnou věc.*

Na plánování pracovní síly je také třeba pohlížet v kontextu délky profesní kariéry sester. Může být užitečné uvažovat o ní jako o období od vstupu do ošetrovatelské profese přes výkon povolání až po odchod z pracovního procesu. Vstup do ošetrovatelské profese vyžaduje plánování počtu nově přijatých pracovníků potřebných pro péči o obyvatele. Je zřejmé, že zásadním cílem je připravit dostatečný počet odborně vyškolených sester. To vyžaduje aktivní plánování, dobré školicí instituce s vysoce kvalifikovaným pedagogickým sborem, silnou regulaci profese a možnost nábory. **Sestra, která je přijata dnes, může být stále aktivní součástí pracovní síly v roce 2050.** Tato počáteční příprava vyžaduje pevné pracovní vztahy mezi sektory vzdělávání a zdravotnictví. Rovnováha mezi těmito dvěma systémy je zásadní pro účinnost, efektivitu i rovnost. Může se nicméně stát, že mezi těmito dvěma sektory dojde k nesouladu mezi filozofií a manažerskými postupy: zdravotnický sektor většinou používá spíše řízený model, zatímco vzdělávací sektor využívá model formovaný trhem. To může vést k přebytku nabídky některých zdravotnických profesí tam, kde je silná poptávka po vzdělání – příkladem může být nadbytek lékařů v Indii (WHO 2008) – a nedostatečné nabídce jiných vzhledem k nedostatku vzdělávacích příležitostí. Odborné vzdělání má stále silnější spojitost s plánováním pracovní síly a to by mohlo umožnit rychlejší sdílení učebních plánů a kompetencí (viz rámeček č. 5).

Výkonnost stávající pracovní síly je také klíčovým prvkem, který je třeba vzít v úvahu: produktivní pracovní síla snižuje potřebu většího počtu sester. Zvýšení produktivity je podmíněno řadou okolností, kterým se později budeme věnovat podrobněji: patří mezi ně podpora stálého vývoje a učení, dohled, přiměřené ohodnocení a dobré pracovní prostředí.

Dalším zásadním aspektem plánování pracovní síly je doba, kdy se sestry rozhodnou odejít z pracovního procesu. Úbytek pracovní síly způsobený migrací, zdravotními problémy, občanskými nepokoji a všeobecnou nespokojeností s podmínkami může být finančně nákladný, protože zaměstnance je třeba nahradit a proškolení nových pracovníků zvyšuje náklady. Odchod zkušených pracovníků zároveň představuje náklady obětované příležitosti a může znamenat, že se ze systému ztratí důležité znalosti. Je nezbytně nutné začít tento přenos znalostí plánovat systematictěji, protože ztráta odborných znalostí, zkušeností a vědomostí v souvislosti s blížícím se odchodem do důchodu velké skupiny sester, kterým je nyní mezi 50 a 60 lety, by mohla mít závažný dopad na schopnost pracovníků v ošetrovatelství reagovat na výzvy, kterým čelí.

Je také potřeba zvážit rozvoj plánu nástupnictví. Ten lze široce definovat jako proces nacházení a rozvoje potenciálních budoucích vůdců či vyšších manažerů i dalších osob na pozice, které jsou pro daný podnik zásadní, a to buď v krátkodobém, nebo dlouhodobém horizontu. Programy plánování nástupnictví většinou kromě školení a aktivit zaměřených na rozvoj zahrnují také poskytování praktických a individuálně přizpůsobených pracovních zkušeností, které jsou relevantní pro budoucí výše postavené či jinak zásadní pozice. Špatné plánování nástupnictví bylo označeno za hlavní výzvu spojenou s ošetrovatelstvím ve venkovských a odlehklých komunitách (WHO 2006).

Sestry na konkrétních pracovištích často pracují specifickým způsobem, což může být způsobeno mnoha faktory – často bývají zmiňovány pečovatelské povinnosti. Potřeby (a počty) pracovníků, kteří se vrací do pracovního procesu, se často podceňují, a podpora sester v návratu po přestávce v profesní kariéře je oblast, kde by bylo v mnoha systémech možné udělat mnohem víc (ICN 2010a). Vzhledem k tomu, že profesní regulační orgány přecházejí k udržování aktualizovaných seznamů registrovaných pracovníků a zvažují povinnost prodloužení platnosti registrace, je důležité mít plán na udržení těchto schopností a naplnění potřeb tohoto neviditelného, ale důležitého zdroje.

#### **Rámeček č. 5: Pět rysů globalizace odborného vzdělání:**

1. Zdravotničtí pracovníci čím dál více představují jediný globální fond odborných schopností.
2. Existence univerzálních aspirací a problémů primární zdravotní péče ve velmi odlišných kontextech.
3. Rostoucí vzájemná závislost ve všech otázkách týkajících se zdraví.
4. Pohyby institucí, které zakládají sesterské kampusy na nových místech.
5. Rozšiřování výzkumu v oblasti globálního zdraví.

(Frenk et al 2010)

Plánování pracovní síly se odehrává na různých úrovních, v globálním, národním, regionálním i místním měřítku. V ideálním případě budou výsledky místních systémů tvořit základ regionálních a národních plánů. Zdravý základ pro plánování personálního zajištění na místní úrovni je tedy zcela zásadní a jednotlivé úrovně plánování by měly být integrované. Plánování pracovní síly na místní úrovni může:



- rozpoznat nedostatek nebo přebytek pracovní síly a zabránit krizi v oblasti personálního zajištění;
  - definovat (či předefinovat) organizaci pracoviště, úkolů a rolí a podporovat týmovou práci poskytovatelů služeb;
  - přispívat k zajištění bezpečnosti pacientů tím, že budou na správných místech pracovníci s patřičným dovednostmi, kteří poskytnou efektivní péči;
  - identifikovat faktory řídící poptávku i nabídku;
  - zjistit, jaké jsou potřeby pracovní síly v oblasti vzdělávání a školení;
  - zajistit znalost a pochopení pracovní síly a jejích aktivit a nastavit proces, který se bude systematicky zabývat faktory ovlivňujícími změny v oblasti pracovní síly a pracovišť;
  - nabídnout orgánům s rozhodovací pravomocí různé možnosti;
  - zlepšit kvalitu rozhodování;
  - zajistit organizovanou implementaci aktivit či zdrojů;
  - poskytnout rámec pro sledování a hodnocení postupu plnění definovaných cílů.
- (NHS Education Scotland 2013)

Existuje mnoho zdrojů, které je možné při plánování pracovní síly využít; některé z nich jsou uvedeny v **příloze č. 1**. Je všeobecně uznávanou skutečností, že skutečné porozumění místní pracovní síle je zcela zásadní a že zapojení sester na všech úrovních rozhodování ohledně pracovních sil v ošetrovatelství je hodnotným přínosem. Běžné je i zapojení sester na vládní úrovni, kde působí na pozicích zaměřených na plánování pracovní síly v ošetrovatelství a tvoří spojovací článek s odpovědnými pracovníky v ošetrovatelství v rámci celého systému (ICN 2010b).

Je nicméně zřejmé, že znát počet sester k dispozici je pouze částí odpovědi. Tato informace musí být propojena se znalostí objemu a složitosti práce, která je od nich požadována, a také se znalostí dostupných dovedností. Vznikla tedy celá řada nástrojů pro lepší porozumění pracovní zátěži sester.

### **Zamyšlení:**

**Osobní:** Víte, jakým způsobem probíhá plánování pracovní síly ve vaší organizaci? Jste aktivně zapojeni do navrhování a stálého zlepšování používaných systémů?

**Strategické:** Používají se ve vašem zdravotnickém systému pro plánování pracovní síly v ošetrovatelství konzistentní a propojené postupy?



Koncept pracovní zátěže sester je v odborné literatuře z oblasti ošetrovatelství dobře prozkoumán, neexistuje ale žádná jednotná definice (Walker & Hendry 2009). Rané definice se většinou zaměřovaly na objem a úroveň práce sester, byly ale kritizovány jako příliš úzce zaměřené, protože nebraly v úvahu práci, kterou sestry vykonávají jménem pacientů, rodin a komunit a také práci, kterou vykonávají pro své kolegy, jako je například vzdělávání a správa. Skupina vedoucích sester na Novém Zélandu našla řadu faktorů, které také ovlivňují pracovní zátěž sester. Patří mezi ně:

- Náročnost pacientů: situace pacientů, složitost a poměr zastoupení různých případů.
- Složitost prostředí: fyzické prostředí a zdroje, podpůrné služby, nové návrhy a struktury, financování a poměr zastoupení různých případů.
- Lékařská složitost: lékařská diagnóza, rozhodování a volba léčby.
- Procesy kvality a jejich výsledky: orientace, vzdělávání, školení.
- Výsledky ovlivňované sestrami: výsledky pacientů, které jsou přímo ovlivněny ošetrovatelskou prací.
- Intenzita ošetřování: objem péče vyžadovaný každým pacientem.
- Diverzita ošetrovatelských dovedností: počet a rysy požadované a dostupné pracovní síly v ošetrovatelství.
- Pracovní systémy: zajištění pracovníků pro dočasnou výpomoc, klinická podpora, dokumentace, podmínky služby, nábor a udržení pracovníků.

(Upraveno podle publikace Walker & Hendry 2009, s. 12)

Tyto faktory jasně ukazují složitost měření pracovní zátěže sester v celé její šíři. Většina nástrojů používaných organizacemi měří pouze některé z těchto faktorů. Přesto ale pochopení a používání systémů měření pracovní zátěže může poskytnout spolehlivá data založená na faktech a napomoci k informovanějšímu řízení pracovní síly v ošetrovatelství. Spolu s dalšími daty mohou tato měření ukázat, jak může poměr mezi počtem pracovníků a pracovní zátěží změnit kvalitu a nákladnost péče a jak může pracovní prostředí těmto výsledkům napomáhat nebo je naopak omezovat. Měření pracovní zátěže bývá lépe vyvinuto v systémech založených na nemocnicích a stále je třeba odvést hodně práce na vývoji účinných nástrojů pro primární péči.

Data o pracovní zátěži poskytují informace, které je možné využít k:

- obhájení úrovní lidských a finančních zdrojů;
- vysvětlení využití zdrojů;
- obhájení alokace zdrojů;
- podpoře analýzy trendů;
- podpoře rozhodování vedení ohledně změn pracovní zátěže, rozpisu služeb a rozpočtu.

(NHS Education Scotland 2013)

### **Zamyšlení:**

**Osobní:** Proč je o tolik obtížnější vyvinout měření pracovní zátěže pro prostředí primární a komunitní péče? Prostředí, v nichž je poskytována péče, jsou stále různorodější. Jaké jsou tedy pro sestry důsledky toho, že nedokážeme zhodnotit jejich pracovní zátěž efektivnějším způsobem?

**Strategické:** Jaké kroky lze podniknout k přenosu našich znalostí ze sektoru nemocnic do komunitního prostředí? Jaké nedostatky je třeba napravit, aby se plánování pracovní síly v komunitní péči stalo skutečností?

Nejčastěji používané přístupy k plánování personálního zajištění se spoléhají na vyčíslení budoucího objemu potřebné ošetrovatelské péče, většinou na základě velikosti populace, poměru zastoupení různých případů mezi pacienty a druhích služeb. Výsledky jsou potom vztaženy na činnost jednotlivých členů týmu. Systémy se liší množstvím detailů, které berou v úvahu, od základních výpočtů typu

Dobře fungující pracovní síla je taková, která pracuje vnímavým, spravedlivým a účinným způsobem, aby tak vzhledem k daným zdrojům a okolnostem dosáhla nejlepších možných výsledků.

(WHO 2006, s. 67)

„shora dolů“, které vztahují počet zaměstnanců na počet lůžek nebo celkovou populaci, až po systémy vyžadující podrobné údaje o povaze a objemu požadované péče (závislost pacientů) a o tom, jak se ošetrovatelská činnost jednotlivých členů týmů liší v závislosti na těchto faktorech. Pro podporu těchto měření jsou stále častěji vyvíjeny zdravotnické informační systémy, ale vzhledem k tomu, že mnoho těchto systémů je zaměřeno na stanovení objemu činnosti za účelem kalkulace nákladů,

setkávají se u ošetrovatelské profese se smíšenými reakcemi. To ale nic nemění na důležitosti dobrých informačních systémů a lepšího sběru dat (Cipriano & Hamer 2013). Nedostatečné pochopení těchto problémů zdůraznila mezinárodní studie týmu Dowding et al (2013). Tento nedávný mezinárodní průzkum se snažil identifikovat priority pro výzkum informačních systémů v ošetrovatelství zaměřených na péči o pacienty. Zpráva ukazuje, že navzdory rostoucí základně poznatků ohledně navrhování a hodnocení zdravotnické informační technologie se tyto technologie zaměřují především na lékařskou praxi. Studie zjistila, že dvě oblasti, kterým sestry přikládají nejvyšší důležitost, je vývoj systémů poskytujících sestřím zpětnou vazbu v reálném čase a zhodnocení vlivu zdravotnické informační technologie na ošetrovatelskou péči a výsledky pacientů. Další informace o informatice ve zdravotnictví naleznete na webové stránce [www.thetigerinitiative.org](http://www.thetigerinitiative.org)

Při posuzování problémů souvisejících s pracovní silou převládá metodologie zaměřená na informace umožňující pochopení pracovní zátěže a její měření. Před zvolením jakékoli konkrétní metodologie je ale důležité uvědomit si, jaká jsou očekávání: *potřeby pacientů, i když jsou známy, se často následně uvádí do souladu s dalšími faktory v organizaci, jako je například dosažení smluvních cílů či dodržení rozpočtu.* Toto je možná méně známá a prozkoumaná oblast. Vztah mezi dostupností pracovní síly, kulturou systému a výkonem a výsledky pracovní síly stojí za značnými rozdíly v kvalitě péče o pacienty.

## Osvědčené postupy plánování personálního zajištění v ošetrovatelství

Vzhledem k tomu, že chybí důkazy o spolehlivosti a doporučení ohledně toho, který systém by měl být použit, a že existuje množství různých faktorů ovlivňujících potřebu personálního zajištění, je důležité využívat tzv. triangulaci, tedy spojení více metod. Minimálním požadavkem na systémy je to, aby zohledňovaly závislost pacientů a činnost sester a aby na ně dohlíželi odborníci v oblasti ošetrovatelství. Jednoduché a snadno použitelné systémy pro plánování personálního zajištění v ošetrovatelství existují a jejich přehled najdete v příloze č. 1.

Nejúspěšnější přístupy se většinou vyznačují přijetím skupiny základních principů pro zajištění úspěšné implementace kontrol personálního plánování a pracovní zátěže. Mezi tyto základní principy patří, že kontrola personálního zajištění musí:

- mít podporu na vedoucí úrovni (základním požadavkem je ředitel/ka pro ošetrovatelské služby nebo hlavní sestra);
- aktivně zapojovat zaměstnance a používat transparentní procesy;
- používat zavedené metody;
- využívat triangulaci (např. bodovací systém závislosti pro měření pracovní zátěže, odborné ohodnocení a srovnávací měřítko);
- být prováděna pravidelně (na základě dat o výsledcích pacientů a personálního zajištění);
- aktivně spolupracovat se vzdělávacím sektorem a stále více také se sociální péčí;
- jednat na základě výsledků.

Zajištění bezpečné úrovně personálního zajištění se opírá o správně stanovenou základní úroveň personálu. *Existuje řada faktorů, které mohou plánované personální zajištění „narušit“, takže i při „správných“ denních počtech pracovníků může být jejich počet nedostatečný pro bezpečné pokrytí potřeb pacientů.* Bezpečná úroveň personálního zajištění se spoléhá na dobré řízení, tak aby byly zaplněny všechny pozice, na něž je pamatováno v rozpočtu, a zaměstnaní pracovníci byli k dispozici pro výkon práce. Pravidelné využívání dočasných a nedostatečně kvalifikovaných pracovníků je spojováno se snížením výsledků v oblasti kvality (RCN 2012).

## Podpora měnících se rolí

Lepší pochopení povahy pracovní síly a to, že jsme schopní lépe zkoumat „kdo dělá co“, začínají vnášet světlo do vzniku nových rolí a do možnosti aktivnějšího zvážení dopadu této záměny rolí na výsledky pacientů. Dělbá práce ve zdravotnictví se neustále v mnoha směrech přesunuje a dotýká se mnoha rolí ve zdravotnictví. Živě se diskutuje o využití záměny rolí, neboli přesunu úkolů, a o důležitosti tohoto fenoménu v ošetrovatelství. K záměně rolí dochází tehdy, když sestry převzou odpovědnost za práci, kterou momentálně odvádí jiní zdravotničtí pracovníci, a naopak. Je zde argument pro rychlé zvýšení přesunu úkolů souvisejících se zdravotní péčí na nejnižší možnou úroveň v rámci zdravotnického personálu (WHO 2006). Tento přístup lze použít k pokrytí krátkodobých mezer v lidských zdrojích. Z hlediska mnoha různých hodnocení tohoto přístupu je zjevně potřeba přistupovat k němu opatrně; tento přístup může mít z dlouhodobého hlediska neočekávaný a nákladný dopad na výsledky (Cavendish Review 2013, WHO 2006).

Fakta ve skutečnosti naznačují, že efektivita a dlouhodobá udržitelnost základních zdravotnických pracovníků závisí na správném propojení s dalšími odbornými zdravotnickými pracovníky; zdaleka to tedy není jen levné krátkodobé řešení. Mnoho programů komunitních zdravotnických pracovníků selhalo, protože se jim nepodařilo do pracovní síly

„Větší složitost zásahů a vyšší podíl starších osob se současným výskytem více nemocí znamenají, že dokonce i úkoly označované jako ‚základní‘ vyžadují od těch, kteří je provádějí, nejen péči a soucit, ale také dobrou znalost příslušných vědních oborů...“

(Hunt 2013)

úspěšně integrovat odborné pracovníky. Odborní pracovníci fungují v rámci zdravotnických systémů jako tvůrci plánů a strategií pro vedoucí pracovníky. Většinou poskytují školení a dohled, který podpůrní pracovníci potřebují, aby si udrželi své dovednosti a mohli řádně předávat pacienty dalším kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkům (WHO 2006). Zdravotnické systémy se musí zavázat k systému rozvoje dovedností, do kterého se budou moci všichni pracovníci zapojovat a zase z něj vystupovat, a musí dát pracovníkům jasně najevo, jakým způsobem mohou postupovat v podpoře kontinua péče a ve svém vlastním osobním rozvoji. Jedním z příkladů je Rámec znalostí a dovedností (Knowledge and Skills Framework): jedná se o kompetenční rámec určený k podpoře osobního rozvoje a kariérního postupu v rámci národní zdravotní služby National Health Service (NHS) ve Spojeném království (viz [www.ksf.scot.nhs.uk](http://www.ksf.scot.nhs.uk)).

Zdá se tedy, že použití podrobnějších nástrojů k hodnocení dopadů změn v rolích by zjevně bylo pro pracovní sílu v ošetrovatelství přínosné, zejména ve složitých obdobích, a stejně jako v případě poradců v oblasti ošetrovatelství by mohlo zajistit efektivnější plánování pracovní síly, rozvoj rolí a přípravu vzdělání (Kennedy et al 2011).

#### **Rámeček č. 6: Případová studie: Rozvoj dovedností pracovní síly prostřednictvím konceptu „telehealth“ („telezdravotnictví“)**

Změna rolí a rozvoj dovedností stávajících pracovníků je obtížně proveditelná v různorodých a venkovských komunitách. V El Salvadoru byl vyzkoušen „telezdravotnický“ přístup ke zlepšení dovedností a dosažení institucionálních dovedností s cílem zlepšit přístup populace ke zdravotnickým službám jako základnímu lidskému právu. El Salvador je velice malá země s 5,7 milionu obyvatel, která se pokouší na celém území státu zavést veřejný systém zdravotní péče; tento proces je zatím ve fázi rozvoje. V tomto kontextu má školení lidských zdrojů strategickou úlohu a několik iniciativ zahrnuje i distanční vzdělávání. Telezdravotnickou činnost zahájila v říjnu 2010 skupina, v níž spolupracuje více institucí. Dosud je ve fázi rozvoje na národní úrovni prostřednictvím bezplatné internetové platformy, která umožní snazší vzájemnou komunikaci mezi týmy a specialisty a zároveň zlepší komunikaci mezi jednotlivými zdravotnickými institucemi.

(Marroquin and Martin 2013)

#### **Pacientem řízená péče**

Další důležitou oblastí, kterou je třeba v souvislosti se změnou rolí (někdy také nazývanou záměna úkolů nebo přesun úkolů) zvážit, je role pacientů a komunit v aktivním řízení svých vlastních zdravotních potřeb. Rychlé společenské změny ve skutečnosti také znamenají, že se mění i popis rodin a komunit spolu se souvisejícími potřebami a požadavky; jedná se například o zavádění komunit pro penzisty, jejichž součástí je schopnost pečovat o fyzické, psychologické a sociální zdraví.

Za účelem sblížení skupin jednotlivců se stále častěji používají technologie. Použití sociálních médií je v tomto kontextu zcela očividné. Lidé tak mají možnost sdílet znalosti a porozumění nejen ohledně vlastních zdravotních potřeb, ale také ohledně toho, jak nejlépe zapojit systém. Existuje mnoho příkladů, jak zvýšený přístup k datům a informacím mění způsob, jakým pacienti, pečovatelé a občané využívají zdravotnické služby (viz rámeček č. 7).

Důsledky těchto změn jsou velice zajímavé, ale potenciálně mohou mít i narušující vliv a sestry budou potřebovat získat sebejistotu v odlišných vztazích, které budou vznikat. Součástí tohoto procesu je i to, aby sestry chápaly potřebu poskytovat péči novými cestami, například prostřednictvím různých médií. Je třeba, aby si sestry uvědomily, že budou pracovníčně využívat digitální média.

### Rámeček č. 7: Rušivé změny

Aktuální rušivé vlivy ve zdravotní péči odpovídají skutečnosti, že pacienti mají přístup k nástrojům, které jim umožňují získávat informace, shromažďovat údaje, jednat a v reálném čase vidět výsledky.

- **Lékařství:** Pacienti se více zapojují do řízení léčby svých nemocí, což přináší lepší výsledky / odpor určité části lékařské komunity.
- **Výzkum:** Pacienti si mohou zjistit informace o klinických experimentech probíhajících kdekoli na světě a účastnit se jich prostřednictvím internetu nebo dokonce vést vlastní výzkumné programy – které jsou ve světě „peer review“, vzájemných nezávislých posudků, stále častěji vnímány jako důvěryhodné.
- **Obchod:** Pacienti chtějí platit za lepší výsledky, ne za transakce. Lék musí být prokazatelně účinnější než reálné alternativy, které jsou k dispozici, ne pouze placebo v kontrolované studii.
- **Bezpečnost:** Pacienti mohou v reálném čase sdělovat vlastní zkušenosti s bezpečností a zahájit dialog s výrobcí ohledně zlepšení jejich produktů. (Hodgkin 2012)

Viz také:

[www.patientslikeme.com](http://www.patientslikeme.com)

[www.bigwhitewall.com](http://www.bigwhitewall.com)

[www.renalpatientview.org](http://www.renalpatientview.org)

Bylo prokázáno, že vyšší účast pacienta na řízení péče o své zdraví zlepšuje zdravotní výsledky, ale vzhledem k rostoucím finančním tlakům je také důležitou otázkou pro udržitelnost. Podpora pacientem řízené péče byla uznána za nezbytnou a vyvíjející se úlohu poskytovatelů zdravotní péče (CCL 2007). Součástí podpory pacientem řízené péče je i zaměření na nedostatečnou znalost zdravotnické problematiky. *Nízká úroveň znalostí v oblasti zdravotnické problematiky představuje závažnou překážku na cestě k širokému a efektivnímu využívání pacientem řízené péče.* Toto je oblast, kterou by měli pracovníci v ošetrovatelství aktivně rozvíjet a zkoumat. Ošetrovatelství má dlouhou tradici v tom, že umožňuje pacientům vlastní – a pokud je to možné, i nezávislé – řízení péče a povzbuzuje je k němu. Existuje mnoho příkladů pacientů, kteří úspěšně zvládají vysokou úroveň obtížnosti; stále intenzivnější využívání technologií pro jejich podporu ale otevírá nové horizonty možností. Narůstá zájem o inovace vedené pacienty jako lidmi, kteří jsou nejen příjemci služeb, ale spolutvůrci vlastního vzdělávání a zdraví. Jak popisují Berwick

et al. (2009), zaměření na pacienta představuje „zkušenost (v rozsahu, v jakém si ji konkrétní informovaný pacient přeje) s transparentností, individualizací, uznáním, respektem, důstojností a volnou ve všech záležitostech – bez výjimky – které se vztahují k pacientově osobě, situaci a vztahům ve zdravotní péči.“

Jestliže má technologie umožnit zásadní změnu v produktivitě, bude pracovní síle ve zdravotnictví a sociální péči potřebovat příslušné dovednosti a schopnosti, aby tuto technologii přijala a podporovala nové způsoby práce.

### Zamyšlení

**Osobní:** Stanovte, jaké možnosti mají momentálně sestry na vašem pracovišti pro podporu rozvoje znalostí zdravotnické problematiky, a formulujte hlavní body pro zlepšení situace.

**Strategické:** Podpora pacientů a pečovatелů v řízení vlastního zdraví může vyžadovat přesunutí zdrojů z tradičních forem poskytování péče. Jakým způsobem se o tom diskutuje s veřejností?

Znalost zdravotnické problematiky hraje zásadní roli v pacientem řízené péči při chronických onemocněních. Aby byli jednotlivci schopni každodenního zvládnání chronických či dlouhodobých nemocí, musí být schopni pochopit a zhodnotit informace o zdravotním stavu (často se jedná o složitý léčebný režim) plánovat a provést změny v životním stylu, informovaně se rozhodovat a vědět, jak získat péči, když ji potřebují. Průzkum Adult Literacy and Life Skills Survey nicméně ukázal, že více než polovina (55 %) Kanadánů v aktivním věku nemá potřebnou úroveň znalostí zdravotní problematiky, a pouze jeden z osmi dospělých (12 %) starších 65 let má potřebnou úroveň těchto znalostí.

(Canadian Council on Learning CCL 2007)



## Kapitola 5

### Důležitost pracovního prostředí

Důležitost pracovního prostředí je výrazně podceňována, přestože se jedná o klíčový faktor umožňující porozumět využívání pracovní síly v ošetrovatelství (Aiken et al 2011a; Brown et al 2010). Bez dobrého pracovního prostředí se může stát, že doplňování dalších sester do pracovní síly bude mít velmi malý nebo žádný efekt, zatímco doplňování sester do dobré pracovní kultury bude mít výrazně větší přínos (Aiken et al 2011b). Jak uvádí Aiken et al (2011b), „výrazná interakce mezi ošetrovatelským personálem a pracovním prostředím naznačuje, že účinnost ošetrovatelského personálu je podmíněna pracovním prostředím, a naopak, že účinnost pracovního prostředí je podmíněna ošetrovatelským personálem“ (s. 6). Tento tým autorů byl schopen ukázat, že čím lepší je pracovní prostředí sester v nemocnicích, tím nižší je v nich pravděpodobnost úmrtí a selhání, a to napříč celým ošetrovatelským personálem (viz rámeček č. 8).

Tuto práci doplňuje nigerijská studie (Ayamolowo et al 2013), která se zabývala vztahem mezi pracovní spokojeností a pracovním prostředím u sester v primární péči. I tato studie dospěla k závěru, že zdravé pracovní prostředí bylo důležitým faktorem ve zlepšování pracovní spokojenosti: snižovalo podíl pracovníků, kteří uvažovali o odchodu, a zlepšovalo výsledky péče. Z pěti aspektů pracovního prostředí, jimiž se studie zabývala, měly ve vnímání sester největší hodnotu postupy řízení a podpůrný systém.

Zatímco doplňování dalších sester do pracovní síly přináší počáteční náklady, zlepšení pracovního prostředí takovou úroveň zdrojů nevyžaduje; vyžaduje změnu způsobu řízení a vedení zdravotnického systému. Pro pacienty a jejich rodiny to může mít širší přínos. Ve Svazijsku spustilo ICN a jeho partneři inovativní projekt poté, co průzkum ukázal, že 80 % zdravotnických pracovníků z profese odchází, protože mají pocit, že se o ně nikdo nezajímá a že jsou podceňováni (Beleta 2008). V roce 2006 bylo vybudováno centrum Swaziland Wellness Centre, první svého druhu na světě. Centrum nabízí zdravotnickým pracovníkům a jejich nejbližším rodinným příslušníkům řadu služeb, jejichž cílem je překonat celou řadu překážek v oblasti zdravotních služeb, kterým musí zdravotníci čelit, a získat tak pro systém zdravotní péče silnější pracovní sílu, která bude lépe vybavena na splňování potřeb obyvatel (ICN 2011).

Zpráva WHO z roku 2006 tento pohled ještě utvrzuje a uvádí, že strategie pro podporu a povzbuzení výkonnost pracovníků jsou důležité ze čtyř důvodů:

1. Pravděpodobně přinesou výsledky dříve, než strategie zaměřené na zvýšení počtu pracovníků.
2. Možnosti zvyšování nabídky zdravotnických pracovníků budou vždy omezené.
3. Motivovaná a produktivní pracovní síla podpoří nábor a udržení pracovníků.
4. Vlády mají vůči společnosti povinnost zajistit, aby byly omezené lidské a finanční zdroje využívány tak spravedlivě a efektivně, jak je to jen možné. (s. 67)

### **Rámeček č. 8: Důležitost pracovního prostředí**

„Tým Pensylvánské univerzity zjistil, že každý další pacient, o něhož se sestra musí starat, odpovídá 6% až 9% zvýšení pravděpodobnosti, že bude pacient během 30 dnů znovu přijat na léčení, v závislosti na jeho zdravotních potížích. Dobrá pracovní prostředí sester odpovídala o 7 % nižšímu výskytu srdečního selhání, o 6 % nižšímu výskytu akutního infarktu myokardu a o 10 % nižšímu výskytu zápalu plic.“

(Wood 2013)

Je obzvláště důležité nezapomínat na důležitost pracovního prostředí v dobách výrazných změn, kdy dochází k přepracování systému služeb. Mnoho příslušníků profese potřebuje více vzdělání a přípravy, aby dokázali své nové role rychleji zvládnout a efektivně reagovat. Stále častěji vidíme kliniky vedené sestrami, terénní služby a progresivní role sester; to vše společně vytváří jiné prostředí pro poskytování péče a jinou kulturu, která je s ním spojena. Je až příliš snadné ignorovat životně důležitou roli, kterou zde sestry musí sehrát, a sestry musí být v tomto procesu považovány za rovnocenné partnery.

Propojení mezi pozitivním pracovním prostředím a zaměstnanci pracujícími na zlepšení pracovní spokojenosti personálu vedlo k řadě iniciativ v oblasti zlepšení zdraví a spokojenosti pracovní síly. Jak uvádí Boorman (Department of Health 2009), organizace, které přikládají zdraví a spokojenosti personálu velkou důležitost, mají lepší výsledky: větší spokojenost pacientů, lepší výsledky v oblasti kvality, vyšší úroveň udržení personálu a nižší podíl nemocenských dovolených. To vedlo k řadě aktivit iniciovaných zaměstnavateli a zaměřených na rovnováhu mezi prací a soukromým životem sester a na větší zapojení personálu (viz příloha č. 2). Podobné aktivity jsou také stále častěji spojovány se zlepšením zapojení pacientů a veřejnosti: je aktivně vyžadována jejich zpětná vazba a jsou podporováni v tom, aby se aktivně podíleli na rozvoji a změnách služeb (Kutney- Lee et al 2009).

Vedoucí pracovníci v ošetrovatelství na všech úrovních by se neměli obávat převzít odpovědnost za odhalování problémů v pracovním prostředí a za nacházení řešení, pokud se máme vyhnout některým výše zmíněným systémovým selháním.

#### **Zamyšlení:**

**Osobní:** Jaké jsou největší problémy, které by se podle vás měly ve vašem pracovním prostředí řešit? Jakým způsobem by se daly řešit?

**Strategické:** Jak nejlépe umožnit vznik očekávání, že zaměstnavatelé pravidelně hodnotí kvalitu pracovního prostředí a jednájí na základě získaných výsledků?

## Efektivní kultura na pracovišti

Mnoho pozornosti bylo věnováno důležitosti organizační a firemní kultury; menší pozornosti se ale možná dostává místním podmínkám, které zavedení osvědčených postupů umožňují (Laschinger & Leiter 2006). Mezinárodní skupina sester identifikovala v detailní konceptuální analýze založené na teorii vývoje postupů pět znaků, které považují za nezbytný předpoklad k hodnocení efektivní kultury pracoviště (Manley et al 2011). Jsou to:

**1. znak:** Specifické hodnoty sdílené na pracovišti; jedná se o zaměření na člověka, celoživotní učení, vysoká úroveň podpory i výzev, rozvoj vedení, zapojení a účast hlavních zúčastněných stran, používání a rozvoj poznatků z praxe, pozitivní postoj ke změně a stálému vývoji, otevřená komunikace, týmová práce, bezpečnost.

**2. znak:** Sdílená vize a mise, spojená s odpovědností jednotlivců i celého kolektivu.

**3. znak:** Adaptabilita, inovace a kreativita udržují efektivitu pracoviště.

**4. znak:** Vhodné změny vycházejí z potřeb pacientů/komunit.

**5. znak:** Existuje formální systém pro nepřetržité umožňování a hodnocení učení, výkonnost a sdíleného řízení.

Autoři studie rozvinuli tyto znaky do rámce s cílem pomoci týmům v rozvoji. Přestože uznávají vzájemnou závislost mezi organizační a firemní kulturou a kulturou na pracovišti, domnívají se, že *právě na pracovišti je největší potenciál pro transformaci poskytování péče a zkušenosti pacientů.*

## Rozvoj vysoce výkonných týmů

Dnes je všeobecně uznávanou skutečností, že vysoce výkonný tým je základním nástrojem pro vytvoření systému poskytování zdravotní péče, který je více zaměřený na pacienta, koordinovanější a efektivnější. V důsledku toho bylo vyvinuto a použito mnoho modelů pro koordinaci aktivit poskytovatelů zdravotní péče. Vzhledem k rozsahu a komplexnosti informací a mezilidských propojení není poskytování péče jediným osamoceným klinickým pracovníkem jen obtížné, ale také potenciálně škodlivé. Vzhledem k tomu, že kliničtí pracovníci poskytují péči stejnému pacientovi nebo rodině, stává se z nich tým. Ten lze definovat jako skupinu pracujících na dosažení alespoň jednoho společného cíle. Každý klinický pracovník se spoléhá na informace a kroky dalších členů týmu. Přesto ale bez explicitního uznání existence týmu a jeho cílevědomého rozvoje zůstávají mnohé možnosti ke zlepšení systémových problémů nedosažitelné (Mitchell et al 2012).

### Principy zdravotní péče založené na týmech

- **Sdílené cíle:** Tým – včetně pacienta a případně členů rodiny nebo dalších podpůrných osob – spolupracuje na stanovení sdílených cílů, které odrážejí priority pacienta a jeho rodiny a které lze jasně definovat, pochopit a získat pro ně podporu všech členů týmu.
- **Jasná role:** Existují jasná očekávání ohledně funkcí, povinností a odpovědnosti každého člena týmu, což optimalizuje efektivitu týmu a často mu umožňuje využívat dělbu práce a dosáhnout tak výsledku, který převyšuje součet jeho jednotlivých částí.
- **Vzájemná důvěra:** Členové týmu si získávají vzájemnou důvěru, vytvářejí silné standardy vzájemnosti a lepší příležitosti pro sdílený úspěch.

- **Efektivní komunikace:** Tým si stanovuje priority a nepřetržitě zlepšuje své komunikační schopnosti. Má konzistentní kanály pro upřímnou a úplnou komunikaci a tyto kanály jsou přístupné a používané všemi členy týmu ve všech situacích.
- **Měřitelné procesy a výsledky:** Tým se dohodne na včasné a spolehlivé zpětné vazbě ohledně úspěchů a neúspěchů, jak ohledně fungování týmu, tak ohledně dosahování týmových cílů, a realizuje ji. Zpětná vazba je využívána ke sledování a zlepšování okamžité i dlouhodobé výkonnosti.

**Zamyšlení:**

**Osobní:** Jak často si tým, v němž pracujete, najde čas na zhodnocení svých procesů a výsledků? Co byste chtěli, aby váš tým dělal jinak?

**Strategické:** Jak vyvineme zdravotnický systém, který rozvíjí a odměňuje nejen individuální, ale také týmovou výkonnost?

## Kapitola 6

### Zlepšení procesu učení a výsledků

Pracovní síla s lepšími dovednostmi je produktivnější pracovní síla, ale jak už jsme poznamenali, dovednosti samy o sobě nepovedou k větší produktivitě. Musí být uznána existence vzájemných vztahů mezi základními prvky v systému (poptávka a nabídka) a všechny zúčastněné strany si musí být lépe vědomy potenciálu, který pracoviště má pro rozvoj schopností a talentu svých pracovníků (IOM 2010). Hlavním cílem většiny organizací není učení, ale úspěšné poskytování služeb. Učení hraje v plnění tohoto cíle důležitou roli, musíme proto zajistit, aby pracoviště bylo místem pro všechny typy učení a aby vedoucí a řídicí pracovníci v systému tento zdroj cílevědomě rozvíjeli. Nejlepší učení na pracovišti je takové, které má smysl a přínos jak pro zaměstnavatele, tak pro sestru.

#### **Rámeček č. 9: Organizace, která se učí**

- Autonomie zaměstnanců a jejich zapojení do rozhodování (např. pracovní týmy s vlastním vedením, kroužky kvality).
- Podpora výkonnosti zaměstnanců (např. systémy pochval a vzájemného hodnocení, odborné vedení a dohled).
- Odměny za výkonnost zaměstnanců (např. platové sazby, plat propojený s výkonností, podíly na zisku).
- Sdílení informací a znalostí (např. systémy pro komunikaci se zaměstnanci a zajištění toho, aby byla zpětná vazba zaměstnanců použita k rozvoji organizační strategie).

Upraveno podle publikace Ashton & Sung (2002)

Vzhledem k tomu, že organizace pochopily potřebu stále se zlepšovat a rozvíjet, je nyní možné rozlišit postupy spojované s „vysoce výkonnou“ organizací (Ashton & Sung 2002) (viz rámeček č. 9). Jednání a chování, které je podle této studie u zaměstnavatelů třeba, zároveň vyžaduje od zaměstnanců, aby rozvíjeli své vlastní dovednosti a úspěšně tak využívali nabízené příležitosti. To vyžaduje od jednotlivých sester trvalou investici v podobě aktivního zapojování a celoživotního učení. Už není pravdou, že sestry mohou sedět a čekat, až je vedoucí pracovníci pošlou na kurz, zapojovat se do krátkodobých projektů nebo reagovat na požadavky zvenčí; je vyžadován mnohem dynamičtější vztah.

Momentálně existuje jasné kontinuum vývoje, které musí vlády, zaměstnavatelé a jednotlivé sestry podporovat, aby umožnili všem zúčastněným stranám zapojit se do udržitelných změn a stálého zlepšování. To vyžaduje od sester, aby na sebe vzaly odpovědnost za učení a rozvoj svých vlastních postupů. V některých ošetrovatelských systémech je tento proces popsán regulačními orgány a zahrnuje následující prvky: odborné vedení studentů ošetrovatelství ve schválených programech; instruktážní vedení pro nové sestry a sestry, které se vrací k činnosti; a klinický dohled pro podporu

stálého rozvoje. **Nejefektivnější použití ošetrovatelského personálu nastává tehdy, když mohou sestry při práci v plném rozsahu využívat své vzdělání, výcvik a schopnosti.** To vyžaduje, aby mnoho součástí systému fungovalo flexibilně a stále rychleji a dokázalo tak podporovat lepší příležitosti k učení a rozvoji; viz například [www.nipec.hscni.net/preceptorship](http://www.nipec.hscni.net/preceptorship).

#### Vůdci na všech úrovních

Existuje mnoho zpráv ohledně zásadního významu vedoucích pracovníků na všech úrovních zdravotního systému, co se týče vytváření kvalitního pracovního prostředí a zavádění nových forem poskytování péče. Možná méně známý je způsob vedení, který toto dokáže. V systematickém hodnocení kolektivu autorů Cummings et al (2010) dokázali autoři identifikovat konkrétní přístupy vedoucích pracovníků, které jsou pro získávání pozitivních výsledků pro pracovníky v ošetrovatelství účinnější. Tato zpráva zdůrazňuje důležitost dovedností v oblasti vztahů (na rozdíl od dovedností založených na úkolech). S měnícími se rolami a pracovními postupy je důležité pamatovat na zapojení všech pracovníků jako rovnocenných partnerů v tomto procesu. Tyto změny mají na týmy silný emocionální dopad. **Vedoucí pracovníci na všech organizačních úrovních se musí zajímat o své zaměstnance jako o jednotlivce a společně s nimi pracovat na dosažení vlastních stanovených cílů pro pacienty a komunitu.**

#### Spolupráce napříč celým systémem

Bude potřeba zvýšená spolupráce v rámci ošetrovatelské profese a mezi jednotlivými profesemi ve zdravotní péči, aby bylo možné maximalizovat rozsah činnosti a zaměřit se na měnící se systém poskytování zdravotní péče. Součástí tohoto procesu bude i modernizace regulačních rámců, které jsou součástí zdravotnického systému. Tato spolupráce bude stále více záviset na sdílení údajů o pracovní síle a na závazku vývoje vysoce kvalitních informačních systémů, na jejichž vývoji se budou sestry podílet jako partneři. Stále důležitější bude lobbování, vzhledem ke shodné vzdálenosti polického horizontu (pět let) a hrozícího globálního nedostatku sester (pět až sedm let). To poskytuje příhodnou možnost k opětovnému utvrzení poselství ohledně **potřeby globálního plánování lidských zdrojů ve zdravotnictví, navýšení počtu pracovníků ve zdravotní péči, zvýšení produktivity a zlepšení kvality odevzy vzdělávacího sektoru;** to vše může být třeba.

#### Práce s omezenými zdroji

Omezení zdrojů patrné ve všech zdravotnických systémech bude vyžadovat od sester, které jsou či budou na klíčových vedoucích nebo řídicích pozicích, aby byly připraveny na zvládání rychlých změn v globalizovaném světě formovaném technologiemi, v němž jsou finanční a lidské zdroje omezené. To bude vyžadovat rozvoj kompetencí sester ohledně účinného a efektivního rozvoje a řízení pracovní síly v ošetrovatelství. Sem spadá efektivní spolupráce, rozvoj strategických spojení a partnerství, vyjednávací schopnosti, schopnost písemné i ústní komunikace na vysoké úrovni, vytváření a motivace týmů a rozhodování. **Jestliže mají sestry a národní sesterská sdružení být schopny rozpoznávat jednotlivá stadia vývoje, bude potřeba pro maximalizaci přínosů vyvinout či přizpůsobit různé nástroje; obzvlášť důležité je to ve službách komunitní a primární péče.**

## **Závazek ke vzdělávání a učení**

Je zde zřetelná potřeba rozvíjet systém vzdělávání a učení zaměřený na zlepšení výkonnosti zdravotnických systémů prostřednictvím přizpůsobení základních profesních kompetencí specifickým kontextům, a to s využitím znalostí z celého světa. U mnoha zdravotnických systémů to bude vyžadovat aktivní dialog mezi sektory zdravotnictví a vzdělávání ohledně plánování a rozvoje pracovní síly. Momentální nedostatek systémové koordinace znamená plýtvání zdroji, a navíc oba systémy kvůli nedostatečnému propojení reagují příliš pomalu. **Všichni pracovníci ve zdravotnictví, včetně sester, by měli být vzděláváni tak, aby dokázali mobilizovat své znalosti, kritické myšlení a etické jednání a byli tak schopni pracovat ve zdravotnických systémech zaměřených na pacienta a na populaci jako členové místně odpovědných týmů s globálním propojením** (Frenk et al 2010).

## **Osobní odpovědnost**

A konečně musíme při uvažování nad sestrami a tím, jak fungujeme jako hybná síla změny, kriticky zhodnotit naši vlastní osobní odpovědnost. Jestliže se nám nelíbí, jakým způsobem se na sestry nahlíží nebo jak se s nimi jedná na našem pracovišti, potom je naší povinností něco s tím udělat (Darbyshire 2010). Musíme si připustit naši vlastní osobní odpovědnost za obraz sester a za to, jak nás vnímá veřejnost. Jsme aktivní a dynamičtí členové mnoha komunit; jsme součástí rozsáhlých společenských sítí. Až příliš často se ale v médiích objevuje jiný příběh; jestliže kreslíme obraz složený ze samých negativních příběhů, potom jsme sami součástí problému.

**Musíme využít Mezinárodní den sester k tomu, abychom tento „obraz“ změnili a znovu upozornili na to, jak mohou reakce kvalifikovaných sester měnit životy, rodiny, komunity a dokonce celé země. Musíme tuto zprávu šířit nejen dnes, ale počínaje dnešním dnem už vždy.**

**Buďte v tento akční den připraveni popsat:**

- **Jakou pozitivní změnu jste sami přinesli.**
- **Jakou pozitivní změnu přinesl váš tým.**
- **Jakou pozitivní změnu přineslo vaše sesterské sdružení.**
- **Jakou pozitivní změnu MŮŽE přinést vaše vláda.**



## Některé nástroje, webové stránky a odkazy pro plánování pracovní síly

Organizace **Workforce New Zealand**: [www.healthworkforce.govt.nz/](http://www.healthworkforce.govt.nz/)

Záložka **Tools and Resources (Nástroje a zdroje)**: „Organizace HWNZ nese celkovou odpovědnost za plánování a rozvoj zdravotnického personálu, zajištění toho, aby obsazování personálu odpovídalo plánům ohledně poskytování služeb, a také toho, aby náš zdravotnický personál splňoval příslušné nároky.“

<http://healthworkforce.govt.nz/tools-and-resources>

Organizace **NHS Employers**: [www.nhsemployers.org](http://www.nhsemployers.org)

Nástroj **Nursing Career Framework (Rámec pro kariéru v ošetřovatelství)**: interaktivní nástroj britského ministerstva zdravotnictví pomáhá registrovaným sestřám v plánování jejich kariéry. Rámec může pomoci také zaměstnavatelům v plánování a rozvoji jejich pracovní síly.

[www.nhsemployers.org/PlanningYourWorkforce/Nursing/toolsandresources/Pages/TheNursingCareerFramework.aspx](http://www.nhsemployers.org/PlanningYourWorkforce/Nursing/toolsandresources/Pages/TheNursingCareerFramework.aspx)

**Plánování pracovní síly –**

[www.nhsemployers.org/PlanningYourWorkforce/Modernising-Scientific-Careers/MSC-latest-news/Pages/Healthcarescienceresources-newworkforceplanningtoolspage.aspx](http://www.nhsemployers.org/PlanningYourWorkforce/Modernising-Scientific-Careers/MSC-latest-news/Pages/Healthcarescienceresources-newworkforceplanningtoolspage.aspx)

Organizace **NHS Education for Scotland [NES]**: [www.nes.scot.nhs](http://www.nes.scot.nhs)

„Nursing and Midwifery Workload and Workforce Planning Learning Toolkit“, NES, 2013,

[www.nes.scot.nhs.uk/education-and-training/by-discipline/nursing-and-midwifery/resources/publications/nursing-and-midwifery-workload-and-workforce-planning-learning-toolkit.aspx](http://www.nes.scot.nhs.uk/education-and-training/by-discipline/nursing-and-midwifery/resources/publications/nursing-and-midwifery-workload-and-workforce-planning-learning-toolkit.aspx)

Výbor **National Quality Board (NQB)** organizace **NHS England**: [www.england.nhs.uk](http://www.england.nhs.uk)

Průvodce „**How to ensure the right people, with the right skills, are in the right place at the right time: a guide to nursing, midwifery and care staffing capacity and capability.**“

Tento návod nastiňuje řadu očekávání poskytovatelů a pověřených osob ohledně personálního zajištění a poskytuje rady ohledně toho, jak lze tato očekávání naplnit. Odkazuje čtenáře na existující nástroje založené na poznacích a na zdroje a poskytuje příklady dobrých postupů. Obsahuje odkazy na externí zdroje [www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/11/nqb-how-to-guid.pdf](http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/11/nqb-how-to-guid.pdf)

Profesní vzdělávací organizace **Royal College of Nursing**: [www.rcn.org.uk](http://www.rcn.org.uk)

Zdroje RNC v oblasti plánování pracovní síly: **RCN Resources – workforce planning** [obsahuje odkazy na externí zdroje]

[http://www.rcn.org.uk/development/practice/clinical\\_governance/staff\\_focus/other\\_support/guidance\\_and\\_tools](http://www.rcn.org.uk/development/practice/clinical_governance/staff_focus/other_support/guidance_and_tools)

„Safe Staffing levels - Setting safe nurse staffing levels. An exploration of the issues“, London: Royal College of Nursing 2003, Zdroj: RCN Publications:

Tento článek byl napsán v reakci na obavy členů RNC ohledně nedostatku objektivních a racionálních „univerzálních modelů“ pro personální zajištění, které by dokázaly zabezpečit poskytování bezpečné a vysoce kvalitní ošetrovatelské péče. Přestože se článek zaměřuje na ošetrovatelský personál v nemocnicích, mnoho zmíněných problémů je stejně relevantní i pro sestry v komunitních službách a službách primární péče.

[www.rcn.org.uk/data/assets/pdf\\_file/0008/78551/001934.pdf](http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0008/78551/001934.pdf)

„Guidance on safe nurse staffing levels in the UK“, London: Royal College of Nursing. 2010,

[www.rcn.org.uk/data/assets/pdf\\_file/0005/353237/003860.pdf](http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0005/353237/003860.pdf)

„RCN Policy Position: evidence-based nurse staffing levels“, London: Royal College of Nursing. 2010 [www.rcn.org.uk/development/publications](http://www.rcn.org.uk/development/publications)

Rada **Skills for Health**: <http://skillsforhealth.org.uk>

„*Skills for Health je rada pro dovednosti ve zdravotnictví pro všechny zaměstnance ve zdravotnictví, organizace NHS, nezávislé instituce a terciární sektor. Vše, co děláme, je založeno na vašich dovednostech a personálních potřebách.*“

Nástroj **Nursing Workforce Planning Tool**: „*Tento nástroj slouží jako pomůcka pro plánování pracovní síly v ošetrovatelství a napomáhá lepšímu rozhodování ohledně rentabilních počtů sester a proporcionálního zastoupení různých profesí v ošetrovatelském personálu.*“

[https://tools.skillsforhealth.org.uk/nursing\\_planning/](https://tools.skillsforhealth.org.uk/nursing_planning/)

Světová zdravotnická organizace (WHO): [www.who.int](http://www.who.int)

„**Models and tools for health workforce planning and projections**“, Human Resources for *Health Observer*, Issue No. 3.

„Cílem tohoto příspěvku je provést revizi dostupných metod a nástrojů pro plánování a odhad pracovní síly ve zdravotnictví a popsat procesy a zdroje potřebné k těmto činnostem. Nejedná se o vyčerpávající seznam, ale o ilustrativní přehled nástrojů a zdrojů, které jsou k dispozici a které jsou v různých zemích běžně používány.“

[www.who.int/hrh/resources/observer3/en/](http://www.who.int/hrh/resources/observer3/en/)

**How to Recruit and Retain Health Workers in Rural and Remote Areas in Developing Countries,**

World Bank Guidance note, Health, Nutrition and Population Discussion Paper

Edson Araújo and Akiko Maeda June(2011): tento článek poskytuje shrnutí dosavadních poznatků o faktorech, které přispívají k nerovnováze pracovníků; uvádí systematickou sadu strategických zásahů, které se používají na celém světě k řešení problému nábora a udržení zdravotnických pracovníků ve venkovských a odlehlých oblastech rozvojových zemí; a představuje možné použití experimentů diskrétní volby ke zjištění preferencí pracovníků a určení faktorů, které nejspíš zvýší pravděpodobnost, že pracovníci přijmou práci ve venkovské nebo odlehlé oblasti.

[www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/wb\\_retentionguidancenote/en/index.html](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/wb_retentionguidancenote/en/index.html)



## Některé nástroje v oblasti prostředí na pracovišti

Organizace <b>NHS Employers</b> : <a href="http://www.nhsemployers.org">www.nhsemployers.org</a>
<p><b>Improving Staff Engagement</b> (Zlepšení zapojení pracovníků) – <a href="http://www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Pages/ImprovingStaffEngagement.aspx">www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Pages/ImprovingStaffEngagement.aspx</a></p> <p><b>Health, Work &amp; Well-Being</b> (Zdraví, práce a spokojenost) – 5 sekcí</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>The way to health and well-being</b> (Cesta ke zdraví a duševní spokojenosti) – Pro vytváření strategií, shromažďování poznatků a iniciativy nejlepších postupů.</li> <li>2. <b>Keeping staff well</b> (Péče o zdraví zaměstnanců) – Pro preventivní opatření, proaktivní podporu a učení se od ostatních.</li> <li>3. <b>Sustaining the momentum</b> (Udržet věci v pohybu) – Jak používat data a zaměstnanecké průzkumy k zapojení vašich pracovníků.</li> <li>4. <b>Action on Absence</b> (Opatření proti absencím) – Vše, co potřebujete vědět o snížení objemu absence ze zdravotních důvodů.</li> <li>5. <b>Leading the Way</b> (V čele) – Kdo je v této oblasti napřed a co se od nich můžeme naučit? <a href="http://www.nhsemployers.org/HealthyWorkplaces/Pages/Home-Healthy.aspx">www.nhsemployers.org/HealthyWorkplaces/Pages/Home-Healthy.aspx</a></li> </ol>
Sesterská asociace <b>American Association of Critical Care Nurses</b> [AACN]: <a href="http://www.aacn.org/">www.aacn.org/</a>
<p>Iniciativa <b>Healthy Work Environment Initiative</b> – „AACN stanovila hlavní prioritu třem významným lobbovacím iniciativám: zdravé pracovní prostředí, paliativní péče a péče na konci života a rozvoj personálního zajištění a pracovní síly.“</p> <p>Dokumentace <b>AACN Standards</b> – propojení mezi zdravým pracovním prostředím a bezpečností pacientů a udržením a náborem sester.</p> <p>„Propojení mezi zdravým pracovním prostředím a bezpečností pacientů, udržením a náborem pracovníků – a tedy i celkovými výsledky – je nevyvratitelné. AACN věří, že všechna pracoviště mohou být zdravá, pokud jsou sestry i zaměstnavatelé odhodláni řešit nejen fyzické prostředí, ale i méně hmatatelné překážky bezpečnosti zaměstnanců a pacientů. Víme ale, že se k tomu nedojde bez porozumění faktorům, které přispívají k nezdravým pracovním prostředím, a bez odhodlání přijmout řešení. Složky úspěchu – kvalitní komunikace, skutečná spolupráce, efektivní rozhodování, přiměřené personální zajištění, smysluplné uznání a autentické vedení – jsou popsány v zásadách AACN Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments.“</p> <p>Plná verze: <a href="http://www.aacn.org/WD/HWE/Docs/HWEStandards.pdf">www.aacn.org/WD/HWE/Docs/HWEStandards.pdf</a></p> <p>Shrnutí: <a href="http://www.aacn.org/WD/HWE/Docs/ExecSum.pdf">www.aacn.org/WD/HWE/Docs/ExecSum.pdf</a></p> <p>Nástroj pro hodnocení prostředí <b>Healthy Work Environment Assessment Tool</b> – <a href="http://www.aacn.org/hwehome.aspx?pageid=331&amp;menu=hwe">www.aacn.org/hwehome.aspx?pageid=331&amp;menu=hwe</a></p>

Systém **Predictive Index [PI Worldwide]**: [www.piworldwide.com/](http://www.piworldwide.com/)

Informace **Predictive Index Healthcare Briefings**: Wood D, 2013, „Creating a Great Nurse Work Environment to Improve the Bottom Line“, Jan 18, 2013:

„Systém Predictive Index (prediktivní index) pomáhá zdravotnickým organizacím, jako je například systém zdravotní péče Indiana University Health (nemocnice Bloomington) vytvářet pozitivní kulturu na pracovišti. [Příspěvatel: Debra Woodová, registrovaná sestra.]

<http://www.piworldwide.com/healthcare-briefings-creating-a-great-nurse-work-environment-to-improve-the-bottom-line/>

Sesterská asociace **Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)**: <http://rnao.ca>

Směrnice **The Healthy Work Environments (HWE) Best Practice Guidelines (BPG)** „byly vytvořeny s cílem podpořit zdravotnické organizace ve vytváření a udržování pozitivního pracovního prostředí. Práci na programu vede asociace sester Registered Nurses' Association of Ontario s finanční podporou ontarijského ministerstva zdravotnictví a dlouhodobé péče a podporou oddělení pro strategii v ošetrovatelství kanadského ministerstva zdravotnictví. Původním cílem programu byl vývoj šesti pravidel a systematických přehledů literatury vztahující se ke zdravému pracovnímu prostředí. Šest oblastí zahrnovalo vedení, postupy spolupráce, pracovní zátěž a personální zajištění, profesionalitu, podporu diversity a zdraví, bezpečnosti a spokojenosti na pracovišti. Pro tento projekt bylo zdravé pracovní prostředí definováno jako „nastavení postupů, které maximalizují zdraví a spokojenost sester, kvalitu výsledků pacientů a výkonnost organizace a systému.“

<http://rnao.ca/bpg/guidelines/hwe>

Kancelář **Durham Region Health Department**: [www.durham.ca/](http://www.durham.ca/)

#### **Easy Steps to a Healthy Workplace (Snadné kroky ke zdravému pracovišti)**

Toto jsou prokazatelně úspěšné kroky, které mohou pracoviště podniknout pro vytvoření zdravého prostředí.

1. Získejte podporu.
2. Vytvořte tým pro zdravé pracoviště.
3. Zhodnocení situace: Zjistěte, jaké jsou vaše priority pro zdravé pracoviště a co chtějí zaměstnanci.
4. Vytvořte plán pro zdravé pracoviště.
5. Realizujte plán.
6. Zhodnoťte výsledky.

Uspořádejte oslavu a začněte plánovat příští rok.

Nápomocný může být balíček **The Healthy Workplaces Toolkit**, který obsahuje mnoho příkladů a další informace ohledně těchto kroků. Balíček také obsahuje některé nástroje a šablony, které vám pomohou kroky dokončit a vytvořit plán pro zdravé pracoviště.

Balíček Healthy Workplace Toolkit: [www.durham.ca/departments/health/haw/hwToolkit.pdf](http://www.durham.ca/departments/health/haw/hwToolkit.pdf)

Asociace **Health & Safety Ontario**: [www.healthandsafetyontario.ca](http://www.healthandsafetyontario.ca)

#### **„Healthy Workplaces: Journey to Excellence“.**

„Šest kapitol, které vám pomohou vytvořit zdravé pracoviště, včetně definic, návodů do začátku a přehledu přínosů a nákladů.“

[www.healthandsafetyontario.ca/Resources/TopicList/Healthy-Workplaces.aspx](http://www.healthandsafetyontario.ca/Resources/TopicList/Healthy-Workplaces.aspx)

Centrum **Centre for Workforce Intelligence**: [www.cfwi.org.uk](http://www.cfwi.org.uk)

**CFWI, 2011, „Workforce risks and opportunities: Nursing and Midwifery“**

[www.cfwi.org.uk/publications/workforce-risks-and-opportunities-nursing-and-midwifery](http://www.cfwi.org.uk/publications/workforce-risks-and-opportunities-nursing-and-midwifery)

Nadace **Robert Wood Johnson Foundation**: [www.rwjf.org](http://www.rwjf.org)

**„New Study Shows Improving Nurses' Work Environments and Staffing Ratios Can Reduce Hospital Readmissions for Medicare Patients“**

„Naše zjištění naznačují, že zlepšení pracovního prostředí sester a snížení jejich pracovní zátěže může snížit počet opětovných přijetí pacientů v programu zdravotního pojištění Medicare s běžnými zdravotními problémy,“ říká McHugh. Rozhodně stojí za to, aby správci nemocnic tyto dva faktory prozkoumali a zjistili, zda je možné je optimalizovat, a tím zvýšit výsledky pacientů a snížit počet opakovaných přijetí.“

[www.rwjf.org/en/about-rwjf/newsroom/newsroom-content/2013/01/new-study-shows-improving-nurses-work-environments-and-staffing-.html](http://www.rwjf.org/en/about-rwjf/newsroom/newsroom-content/2013/01/new-study-shows-improving-nurses-work-environments-and-staffing-.html)

**„Hospital nursing and 30-day readmissions among Medicare patients with heart failure, acute myocardial infarction, and pneumonia,“** *Medical Care*, Vol. 51 No. 1: pp 52-59, McHugh MD & Chenjuan MA (2013).

Tým **Nursing Resource** centra **London Health Sciences Centre (LHSC)**: [www.lhsc.on.ca](http://www.lhsc.on.ca)

Jednotka **Nursing Resource Unit**: [www.lhsc.on.ca/Careers/Nursing/Clinical\\_Programs/NRU.htm](http://www.lhsc.on.ca/Careers/Nursing/Clinical_Programs/NRU.htm)

LHSC je na špičce stálého zlepšování kvality v ošetrovatelství:

[www.lhsc.on.ca/About\\_Us/LHSC/Media\\_Room/Media\\_Releases/2013/May7.htm](http://www.lhsc.on.ca/About_Us/LHSC/Media_Room/Media_Releases/2013/May7.htm)

*„...data byla sesbírána pro použití vedením a zaměstnanci s cílem vytvořit strategie pro zdravé pracovní prostředí zaměřené na zvýšení kvality péče o pacienty.“*

**„Building a Healthy Work Environment: A Nursing Resource Team Perspective“** *Nursing Leadership*, Vol. 26[Special Issue] (May): pp 70-77, Vaughan L & Slinger T (2013).

[www.longwoods.com/content/23322](http://www.longwoods.com/content/23322)

Agentura **Agency for Healthcare Research and Quality** a **Robert Wood Johnson Foundation**:

[www.ahrq.gov/index.html](http://www.ahrq.gov/index.html)

Příručka **Patient Safety and Quality: An Evidence-based Handbook for Nurses**

„Zdravotní sestry potřebují vědět, jaké vyzkoušené techniky a zásahy mohou používat pro zlepšení výsledků pacientů. Proto připravila agentura Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) s dodatečnou finanční podporou nadace Robert Wood Johnson Foundation pro sestry tuto obsáhlou příručku o 1 400 stranách, která pojednává o bezpečnosti pacientů a kvalitě jejich výsledků: *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*“. (Publikace AHRQ č. 08-0043).

[www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseshdbk/index.html](http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseshdbk/index.html)

Centrum **Centre for Health & Social Care Research** při univerzitě **Sheffield Hallam University**:  
<http://research.shu.ac.uk/hwb/ncimpact/index.html>

Gerrish K, McDonnell A, & Kennedy F (2011), „**Capturing impact: A practical toolkit for nurse consultants**“, Sheffield: Sheffield Hallam University (July). Tento balíček byl navržen tak, aby pomohl poradcům v oblasti ošetřovatelství zhodnotit, jaký vliv mají na pacienty, na zaměstnance, s nimiž pracují, a na svou organizaci a jakým jsou přínosem pro společnost mimo vlastní organizaci. Byl vyvinut v rámci výzkumného projektu zadaného fondem Burdett Trust for Nursing, který se zabýval přístupem k měření vlivu poradců v ošetřovatelství.

<http://research.shu.ac.uk/hwb/ncimpact/NC Toolkit final.pdf>

**Mezinárodní rada sester [ICN]:** [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

Mezinárodní den sester 2007: „Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care“. [Developed by Andrea Bauman]:

„Smyslem balíčku je poskytnout údaje ohledně ‚prostředí pozitivní praxe‘ všem zúčastněným stranám ve zdravotnickém sektoru, jejichž cílem je poskytování kvalitních služeb.

*Stránky ... zkoumají propojení mezi sestrami a prostředím, překrývající se faktory, které utváří pracovní prostředí sester, náklady na neefektivní pracoviště ...“*

**Robert Wood Johnson Foundation / Institute of Medicine:** [www.thefutureofnursing.org](http://www.thefutureofnursing.org)

Zpráva **Future of Nursing** – „Zpráva organizace Institute of Medicine, *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*“, *podrobně zkoumá pracovní sílu v ošetřovatelství*. Doporučení zahrnutá ve zprávě se zaměřují na zásadní uzly mezi zdravotními potřebami různorodé a měnící se populace ve všech životních fázích a činnostech pracovníků v ošetřovatelství [www.thefutureofnursing.org/IOM-Report](http://www.thefutureofnursing.org/IOM-Report)

#### **Success Stories (Skutečné příklady úspěchů)**

V komunitách napříč celou zemí vedou sestry inovativní programy určené ke zlepšení zdraví jejich pacientů. Zahrnuté případové studie a osobní příběhy napomáhají ilustrovat práci sester a inovativní modely, které byly buď vyvinuty sestrami, nebo v nich sestry vystupují ve vedoucích rolích. -

[www.thefutureofnursing.org/success-stories](http://www.thefutureofnursing.org/success-stories)





## Rozvoj lidských zdrojů ve zdravotnictví

### Stanovisko ICN:

Mezinárodní rada sester (ICN) se domnívá, že rozvoj lidských zdrojů ve zdravotnictví (Health Human Resources Development, HHRD) – plánování, řízení a rozvoj – vyžaduje mezioborový a mezisektorový přístup zahrnující mnoho služeb. Uznává tím navzájem se doplňující role poskytovatelů zdravotnických služeb a oceňuje přínosu jednotlivých oborů. Tento přístup vyžaduje vstupy jednotlivých zúčastněných stran – spotřebitelů, poskytovatelů služeb, pedagogických a výzkumných pracovníků, zaměstnavatelů, manažerů, vlád, sponzorů a profesních zdravotnických organizací. Za žádoucí výsledek tohoto procesu konzultací považuje ICN integrované a obsažné informační systémy a modely plánování v oblasti lidských zdrojů ve zdravotnictví a také účinné postupy řízení lidských zdrojů.

Potřeby pacientů by měly být určujícím faktorem pro kategorie ošetrovatelského personálu a dovednosti nutné pro poskytování péče. Kdykoli jsou vytvářeny nové kategorie zdravotnických pracovníků nebo se mění jejich role, je třeba nejprve identifikovat a naplánovat možné důsledky pro lidské zdroje ve zdravotnictví na národní a místní úrovni, kariérní struktury a výsledky pro pacienty i komunitu. Sem patří i finanční plánování a dopady na organizaci. Plánování v této oblasti by mělo brát v úvahu:

- Potřeby a priority zdravotní péče.
- Kompetence, které jsou k dispozici u poskytovatelů zdravotní péče, včetně kompetencí sdílených více než jednou skupinou poskytovatelů zdravotní péče.
- Rozvoj počátečních dovedností.
- Změny dovedností, například nové a pokročilé role pro sestry.
- Důsledky změn v rolích a rozsahu činnosti včetně provize v oblasti vzdělávání včetně zajištění celoživotních vzdělávacích programů.
- Přiměřené a přístupné programy odborného vedení a dohledu.
- Faktory kvality a efektivity při stanovování rozsahu činnosti sester a dalších pracovníků.
- Rovnost jako základní hodnota zdravotnického systému.
- Důsledky pro organizaci, management, poskytování a financování služeb.
- Pracovní prostředí a podmínky sester a dalšího zdravotnického personálu.
- Regulační požadavky.

### International Council of Nurses

3, Place Jean-Marteau  
CH-1201 Geneva Switzerland  
Telefon: 41 (22) 908 0100  
Fax: 41(22) 908 0101  
E-mail: [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)  
Web: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

---

### ICN • CIE • CII

3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva – Switzerland – Tel.: +41 22 908 01 00  
Fax: +41 22 908 01 01 – E-mail: [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch) – Web:  
[www.icn.ch](http://www.icn.ch)

- Dopad na povinnosti současných pracovníků ve zdravotnictví.
- Vliv na možnost kariérního postupu pro současné pracovníky ve zdravotní péči a kariérní struktury pro nové typy zdravotnických pracovníků.

Aby se mohl obor ošetrovatelství na rozvoji HHRD efektivně podílet, musí být identifikován a plně popsán základní rozsah potřeb v ošetrovatelství. To minimalizuje zdvojování a překryvy mezi prací sester a dalších poskytovatelů zdravotní péče. ICN má za to, že ošetrovatelská profese musí stát v čele změn a neustále znovu vyhodnocovat důsledky plánovaných i neplánovaných změn ve zdravotnických službách na ošetrovatelství, sestry a výsledky pacientů. Důležitou součástí procesů HHRD by mělo tvořit průběžné hodnocení a výzkum přínosu ošetrovatelství pro zdravotní péči. To by mělo zahrnovat i data z praxe založené na poznatcích pro účely budoucího rozhodování.

Národní sesterská sdružení a další ošetrovatelské organizace musí:

- Identifikovat základní problémy nabídky a poptávky v oblasti ošetrovatelského personálu, včetně faktorů, které ovlivňují nábor, udržení a motivaci pracovníků.
- Zajistit zapojení sester do strategie, rozhodování, plánování, managementu a monitorování na všech úrovních HHRD. Sestry by se měly zapojovat do mezioborových přezkoumání rolí různých typů zdravotnických pracovníků, výzkumných a hodnotících studií a do rozhodování ohledně funkcí existujících a nových kategorií poskytovatelů zdravotní péče.
- Pomáhat sestřím získat a zlepšit dovednosti v oblasti výzkumu, provádět výzkum a použít jeho zjištění jako základ pro rozhodování v HHRD.
- Zapojit se do veřejné diskuze o vhodné reakci na poptávku po zdravotnických službách.
- Podporovat rozvoj prostředí kvalitní praxe, včetně možností pro profesní růst a rozvoj a systémy spravedlivého odměňování, jako pozitivní rys programů pro nábor a udržení pracovníků.
- Přiznat a promítnout do rozvoje lidských zdrojů ve zdravotnictví kulturní diverzitu společnosti.
- Propagovat budování kapacity v oblasti managementu lidských zdrojů ve zdravotnictví včetně zapojení sester na vyšších a vedoucích úrovních.
- Napomáhat vývoji lidského přístupu k HHRD.
- Nabízet mezioborovou analýzu a rozvíjet efektivní intervence k řešení zdravotních problémů.

Sestry musí mít povědomí o službách oddělení lidských zdrojů na svých pracovištích a využívat je. Strategie HHRD musí zahrnovat faktory vzdělání, regulace a praxe.

Musí být zaměřené na vlastní udržitelnost a zajistit jádro zdravotnických pracovníků v přiměřeném počtu a se správnými dovednostmi, kteří jsou schopni naplnit zdravotní potřeby cílové populace.

## Pozadí

Získání nejvyšší možné úrovně zdraví v dané zemi závisí do značné míry na dostupnosti přiměřeného počtu vhodně připraveného a rozmístěného zdravotnického personálu schopného poskytovat kvalitní a nákladově efektivní služby. Cílem HHRD je zajistit, aby byla k dispozici ta správná kvalita, množství, kombinace a rozmístění zdravotnického personálu a bylo tak možné pokrýt potřeby zdravotní péče v prostředí, které podporuje efektivní a bezpečné postupy. Mezi faktory ovlivňující rozhodnutí ohledně počtu, typů a rozmístění poskytovatelů zdravotní péče patří:

- Pokroky ve zdravotnické vědě a technologii, pozměněné vzorce poskytování zdravotní péče v nemocnicích a komunitě, demografické změny a výskyt různých vzorců nemocí.
- Rostoucí veřejné povědomí ohledně dostupnosti zdravotnických služeb vedoucí k větší poptávce po těchto službách.
- Zvyšování nákladů na zdravotní péči, omezené zdroje ve zdravotnictví, které si často vynucují stálé přehodnocování priorit, a vytvoření nových kategorií poskytovatelů zdravotnických služeb.
- Pracovní zákony, profesní regulační požadavky, pravidla a regulace státních služeb, lidské zdroje a národních strategií pro zdravotnictví a rozvoj.
- Genderové a kulturní faktory.
- Měnicí se zdravotní rizika.
- Přístup ke vzdělávání a jeho úroveň.
- Kulturní a zdravotní přesvědčení.
- Přístup k alternativní medicíně.
- Mezigenerační faktory.
- Organizační faktory.
- Socioekonomická a finanční omezení.
- Globalizace místních, národních a globálních pracovních trhů.

Je třeba, aby se sestry zapojily do aktivistického a lobbistického úsilí profesních asociací a svazů.

**Přijato v roce 1999**

**Přezkoumáno a revidováno v roce 2007**

Nahrazují dřívější stanoviska ICN: „*Support of Nurses*“, přijato v roce 1989, a „*Proliferation of New Categories of Health Workers*“, přijato v roce 1981, revidováno v roce 1993.

**Související stanoviska ICN:**

- Scope of Nursing Practice
- Nursing Regulation
- The Protection of the Title „Nurse“
- Assistive or Support Nursing Personnel
- Socio-economic Welfare of Nurses
- Career Development in Nursing
- Nurse Retention, Transfer and Migration

**Publikace ICN:**

Guidelines on Planning Human Resources for Nursing (1993)

It's Your Career: Take Charge Career Planning and Development (2001)

Mezinárodní rada sester je federace spojující více než 130 národních sesterských sdružení, která zastupují miliony sester na celém světě. Rada, kterou řídí sestry a která stojí v čele ošetrovatelské profese na mezinárodní úrovni, usiluje o zajištění kvalitní ošetrovatelské péče pro všechny a dobrých strategií ve zdravotnictví na celém světě.



## Propagace hodnot a nákladové efektivity ošetřovatelství

### Stanovisko ICN:

Poznatky ukazují, že ošetřovatelství je nákladově efektivním, přesto ale často podceňovaným a nedostatečně využívaným zdrojem zdravotní péče.

Sestry musí jasně formulovat a prezentovat hodnotu a nákladovou efektivitou ošetřovatelství a jeho výsledků spotřebitelům, dalším poskytovatelům zdravotní péče a autorům strategií na všech úrovních. Musí být také schopny vyjednávat a obhajovat zdroje potřebné k poskytování bezpečné péče.

Je odpovědností sester zapojit se do výzkumu a vyvíjet inovativní modely poskytování péče, které budou přinášet důkazy o efektivitě ošetřovatelství pro rozvoj plánování, managementu a strategií.

Vzdělávání v ošetřovatelství, zejména programy pro rozvoj managementu a vůdcovských schopností, musí napomoci sestrám k tomu, aby se staly zběhlejšími a dovednějšimi při prokazování hodnoty a nákladové efektivity ošetřovatelství v rámci zdravotnických služeb. Instituce pro vzdělávání v ošetřovatelství a případně regulační orgány ošetřovatelství musí pravidelně přezkoumávat učební plány a zajistit tak zařazení obsahu souvisejícího s hodnotami a nákladovou efektivitou ošetřovatelství.

Národní sesterská sdružení hrají důležitou roli při určování a ovlivňování zdravotnických a veřejných strategií, které podporují nákladovou efektivitu a kvalitu péče.

Národní sesterské organizace musí rozvinout strategie pro aktivní podporu účasti ošetřovatelské profese na rozhodování o zdravotních službách, ošetřovatelském a zdravotním výzkumu a rozvoji strategií ve veřejném a zdravotnickém sektoru. To vyžaduje rozvoj a podporu strategií pro přípravu vedoucích sester, které mají potřebné dovednosti, dokáží jasně formulovat myšlenky a jsou schopny prezentovat a propagovat hodnotu a nákladovou efektivitu ošetřovatelství v rámci zdravotnických služeb.

Sestry na všech úrovních musí prosazovat své profesní zapojení do formování strategií.

Vzhledem k rostoucím zdravotním potřebám a nákladům na zdravotní péči, do které patří i náklady na poskytování ošetřovatelských služeb, musí sestry převzít iniciativu a definovat, zkoumat a hodnotit zdravotní výsledky a náklady své činnosti.

Sestry, zejména ty na vedoucích pozicích, musí dobře porozumět smyslu a povaze reformy zdravotní péče a tomu, jaký přínos může představovat ošetřovatelství na všech úrovních poskytování zdravotní péče i v plánování, managementu a rozvoji strategií služeb zdravotní péče. Tam, kde je reforma zdravotní péče stále ještě ve stádiu plánování, musí sestry na vedoucích pozicích sehrát vůdcovskou roli v rozvoji strategií týkajících se vhodnosti, povahy a účelu zdravotnické reformy.

Mezinárodní rada sester (ICN) a její členská sdružení mohou ošetrovatelské profesi pomáhat v rozvoji kapacit pro řešení otázky nákladové efektivity ve zdravotní péči prostřednictvím:

- Propagace úlohy ošetrovatelství jako základního zdroje v nákladově efektivní péči a jako důležité strany při rozhodování o výdajích na zdravotní péči.
- Nabízení vzdělávacích příležitostí sestřám, aby mohly získat znalosti v oblasti politických dovedností, ekonomických zásad, vytváření rozpočtu, využívání zdrojů a nákladové efektivity ve zdravotnictví.
- Podpora rozvoje vedení a managementu včetně role sester v managementu zdrojů, rozhodování a rozvoji strategií.
- Propagace a podpora výzkumů a hodnocení, které nacházejí spojení mezi metodami kalkulace nákladů a výsledky v ošetrovatelství a zdravotnictví a tyto metody ověřují.
- Podpora vývoje databázových systémů, které umožňují srovnávat výsledky napříč různými nastaveními a zjistit tak nejlepší přístupy k péči a nejefektivnější design ošetrovatelských systémů.
- Usnadňování šíření informací a interaktivní práce v rámci sítě kontaktů ohledně výzkumu nákladové efektivity, strategií na úsporu nákladů a standardů nejlepší praxe.
- Vybudování profesních sítí, do nichž jsou zapojeny relevantní zainteresované strany, podpora kolegiální spolupráce a výměna nápadů a informací zaměřených na podporu kvality a nákladové efektivity.
- Podpora rovnosti ve smluvních podmínkách služeb pro sestry, uznání a podpora jejich role v propagaci nákladové efektivity a kvality péče v mezioborovém kontextu.

**Přijato v roce 1995**

**Přezkoumáno a znovu potvrzeno v roce 2001**

**Související stanoviska ICN:**

- Scope of nursing practice
- Participation of nurses in health services decision-making and policy development
- Publicly funded accessible health services

**Publikace ICN Publications:**

- **Cost Nursing Services**, Report of the ICN Task Force on Costing of Nursing Services, Geneva, ICN, 1992
- **Cost-Effectiveness in Health Care Services**, Guidelines for National Nurses' Associations and others, Geneva, ICN, 1993
- **Quality, Cost and Nursing**, International Nurses Day Kit, Geneva, ICN, 1993.
- **Guidelines on Planning Human Resources for Nurses**, Geneva, ICN, 1993.
- **Planning Human Resources for Nursing: Reference Document**, Geneva, ICN, 1994.
- **The Preparation of Nurse Managers and Nurses in General Health Management**, Geneva, ICN, 1990

Mezinárodní rada sester je federace spojující více než 130 národních sesterských asociací, které zastupují miliony sester na celém světě. Rada, kterou řídí sestry a která stojí v čele ošetrovatelské profese na mezinárodní úrovni, usiluje o zajištění kvalitní ošetrovatelské péče pro všechny a dobrých strategií ve zdravotnictví na celém světě.





## Plánování lidských zdrojů ve zdravotnictví

Plánování nabídky a poptávky v oblasti lidských zdrojů ve zdravotnictví je pro většinu zemí závažnou výzvou. Nedostatek pracovní síly, podzaměstnanost a nezaměstnanost, nerovnováha dovedností jednotlivých pracovníků a jejich špatné geografické rozmístění patří mezi zásadní výzvy jak na úrovních jednotlivých států, tak v rámci organizací. Pokud má být zajištěna pracovní síla schopná pokrýt potřeby obyvatelstva, je plánování lidských zdrojů ve zdravotnictví (Health Human Resource Planning, HHRP) pro země i systémy zásadní. Přesto je ale neefektivní HHRP v mnoha zemích slabým článkem. Velmi málo zemí má zavedeno plánovací mechanismy, které adekvátně předvídají budoucí potřeby zdravotní péče a zajišťují efektivní a schopnou pracovní sílu.<sup>1,2</sup>

### Definice HHRP

Cílem HHRP je zajistit správný počet zdravotnických pracovníků se správnými znalostmi, dovednostmi, přístupem a kvalifikací, kteří vykonávají ty správné úkoly ve správný čas na správném místě s cílem dosáhnout těch správných, předem stanovených zdravotních cílů.

### Přínosy dobrého HHRP

Efektivní HHRP může vést k:

- Lepším zdravotním výsledkům;
- Zlepšení zdravotnických služeb a lepšímu fungování zdravotnického systému;
- Zvýšené efektivitě (jak finanční, tak provozní efektivitě / efektivitě služeb) díky lepšímu využívání zdrojů; a
- Zlepšení v oblasti udržení a nábory pracovníků.

### Běžné problémy HHRP

Literatura poukazuje na řadu klíčových výzev/překážek HHRP, s nimiž se země potýkají. Patří mezi ně:

- Nejasné/špatné strategie plánování a nízká podpora strategického plánování;
- Chybějící národní plán lidských zdrojů ve zdravotnictví; v případě, že plán existuje, je špatně prováděn nebo není prováděn vůbec;
- Chybějící národní koordinační orgán pro HHRP;
- Plánování lidských zdrojů ve zdravotnictví je prováděno nezávisle a v izolaci od ostatních aspektů plánování v sektoru zdravotní péče;
- Nedostatek zdrojů a/nebo kapacity pro realizaci plánu;

<sup>1</sup> ICNM (2007). *Nursing Self Sufficiency/Sustainability in the Global Context* developed by Jim Buchan and Lisa Little for ICNM and ICHRN. Geneva, Switzerland and Philadelphia PA [http://www.intlnursemigration.org/download/SelfSufficiency\\_EURO.pdf](http://www.intlnursemigration.org/download/SelfSufficiency_EURO.pdf)

<sup>2</sup> ICN (2005). *Nursing workforce planning: mapping the policy trail* developed by O'Brien-Pallas et al. for ICN. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses <http://www.icn.ch/global/Issue2workforce.pdf>

- Zaměření na jedinou profesi (izolovaný přístup) – plánování jednotlivostí oproti integrovaným přístupům;
- Zaměření na krátkodobé plánování namísto střednědobého a dlouhodobého plánování;
- Omezené zaměření na dopady sociálních, politických, geografických, technologických a ekonomických faktorů na HHRP;
- Nedostatek adekvátních a přesných dat a informací o pracovní síle;
- Nedostatečný přístup k přiměřeným/vhodným metodám a nástrojům potřebným pro plánovací proces;
- Chybějící jasné definice funkcí a rozsahu činnosti četných kategorií personálu poskytujícího péči;
- Špatná komunikace a koordinace mezi poskytovateli, autory plánů, autory strategií, zaměstnavateli, vzděláváním a financemi.<sup>3,4</sup>

### **Důsledky špatného HHRP**

Špatné HHRP může mít pro zdravotnické systémy velmi závažné důsledky. Patří mezi ně:

- Nedostatek zaměstnanců; nesplněné potřeby péče;
- Nerovný přístup k péči;
- Geografická, profesní, specializační a institucionální nevyváženost pracovní síly;
- Nadbytečná nebo naopak nedostatečná kvalifikace pracovní síly;
- Špatné využívání (tedy nedostatečné nebo naopak nadměrné využívání);
- Vysoký úbytek pracovní síly;
- Nezaměstnanost nebo podzaměstnanost; a
- Opožděné reakci na trendy ve zdravotní péči (například nové technologie, postupy apod.).<sup>5</sup>

### **Rysy dobrého HHRP**

- Provádí je správně vyškolený personál;
- Využívá vhodné plánovací nástroje a metody;
- Odráží integrovaný přístup k plánování lidských zdrojů založený na potřebách a orientovaný na výsledek a využívá informací ohledně plánování služeb;
- Bere v úvahu vliv sociálních, politických, geografických, technologických a ekonomických faktorů, které mají vliv na rozhodnutí v oblasti plánování a využití pracovní síly;
- Porovnává možnosti strategií zaměřených na řešení nerovnováhy nabídky a poptávky;
- Je založené na zdravotních potřebách obyvatel;
- Je založeno na kvalitních datech a informacích o pracovní síle;
- Zapojuje do plánovacího procesu zdravotnické pracovníky;
- Zahrnuje průběžné monitorování a hodnocení plánovacího procesu;
- Zajišťuje efektivní a průběžnou koordinaci mezi autory strategií a plánů, vládou, výzkumem a zúčastněnými stranami v oblasti administrativy; a
- Je zaměřené na krátkodobé, střednědobé i dlouhodobé potřeby.<sup>6,7</sup>

<sup>3</sup> ICN (2006). *The global nursing shortage: priority areas for intervention*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses <http://www.icn.ch/global/report2006.pdf>

<sup>4</sup> Ibid. ICN (2005).

<sup>5</sup> ICN (1994). *Planning human resources for nursing: reference document*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

<sup>6</sup> Ibid. ICN (2005).

<sup>7</sup> Ibid. ICN (2006).

## Principy efektivního plánování pracovní síly

Buchan<sup>8</sup> popisuje osm základních principů efektivního plánování pracovní síly. Jsou to:

1. Zajistit, aby byli pracovníci na důležitých pozicích / zainteresované strany zapojeni do plánovacího procesu a podporovali jej (jedná se například o finance, orgány odpovědné za plánování služeb, poskytovatele vzdělání, zaměstnavatele ve veřejném/soukromém sektoru) a aby byla stanovena jasná pravidla odpovědnosti.
2. Stavět na strukturované informační základně o aktuálním personálním zajištění, rozpočtech na personál a příslušných činnostech, bez ohledu na to, zda se plánování týká nemocničního oddělení, organizace, oblasti nebo celé země.
3. Zhodnotit dynamiku pracovní síly a „toky“ mezi sektory a organizacemi v rámci systému, jehož se plánování týká – zhodnocení zdrojů nabídky a fluktuace zaměstnanců.
4. Sestavit shrnující analýzu a s její pomocí identifikovat potřebu a rozsah změny.
5. Vyvinout a odsouhlasit sadu parametrů pro plánování, které propojuje data o pracovní síle a činnosti.
6. Pomocí citlivostní analýzy vytvořit modely různých scénářů poptávky po službách a odpovídajícího profilu personálního zajištění.
7. Vyvinout a odsouhlasit národní plán pro pracovní sílu, který bude souhrnem místních/regionálních plánů.
8. Stanovit rámec pro monitorování změn v personálním zajištění v porovnání s plánem – vyvinout cyklus revize a aktualizací.

## Akce ICN/ICHRN

---

<sup>8</sup> Buchan J (2007). *Nursing workforce planning in the UK: A report for the Royal College of Nursing*. [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/107260/003203.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0016/107260/003203.pdf)

PC/June 2008

Všechna práva vyhrazena, a to včetně překladu do jiných jazyků. Žádná část této publikace nesmí být rozmnožována tiskem, fotokopii ani žádným jiným způsobem, nesmí být uložena v systému umožňujícím přístup k informacím, ani v žádné formě přenesena nebo prodána bez výslovného písemného souhlasu Mezinárodní rady sester. Krátké výňatky (do 300 slov) mohou být reprodukovány bez autorizace za předpokladu, že je uveden zdroj.

Mezinárodní rada sester a její Mezinárodní centrum pro lidské zdroje v ošetrovatelství (ICHRN):

- Podporují rozvoj a/nebo revizi národních plánů zdravotní síly, které odrážejí integrované přístupy plánování lidských zdrojů (HR), vytvoření mezisektorových plánovacích orgánů HR na národní úrovni, které zapojí všechny klíčové zainteresované strany;  
a investice do vytváření a uchování sběru dat HR a informačních systémů, z nichž budou čerpány informace pro strategie a postupy plánování na národní úrovni.
- Lobují za minimální datové sady HR na národní úrovni a pomáhají je vyvíjet.
- Vydávají stanoviska k záležitostem na mezinárodní úrovni, např. Health Human Resources Development (Rozvoj lidských zdrojů ve zdravotnictví) ([www.icn.ch/pshhrd.htm](http://www.icn.ch/pshhrd.htm)), Nurse Retention, Transfer and Migration (Udržení, přesuny a migrace sester) ([www.icn.ch/psretention.htm](http://www.icn.ch/psretention.htm)) apod. Viz také [www.icn.ch](http://www.icn.ch) a [www.ichrn.org](http://www.ichrn.org).
- Spolupracují s dalšími subjekty na posílení strategických a odborných kapacit jednotlivců, organizací a systémů pro plánování lidských zdrojů ve zdravotnictví.
- Na mezinárodní úrovni rozvíjejí kompetence pro plánování a management lidských zdrojů v ošetrovatelství.
- Rozvíjejí a aktualizují doporučená pravidla pro plánování lidských zdrojů v ošetrovatelství.
- Vyhodnocují a šíří dobré postupy plánování HR prostřednictvím prezentací na setkáních a dalších fórech a prostřednictvím webové stránky ICN-ICHRN a publikovaných případových studií. Viz [www.ichrn.org](http://www.ichrn.org).
- Prezentují výzkumy a analýzy problematiky plánování HR a diskutují o nich na mezinárodních konferencích, kongresech a regionálních fórech, jako je například Mezinárodní fórum ICN o pracovní síle a Asijské fórum ICN o pracovní síle.
- Debatují o hlavních trendech a výzvách v HHRP během setkání v rámci fór o pracovní síle.
- Zkoumají zkušenosti sester ve vývoji plánování a strategií v oblasti lidských zdrojů v rámci konferencí, kongresů a regionálních fór.

Další informace získáte na e-mailové adrese:

[ichrn@secretariat.org](mailto:ichrn@secretariat.org)

Mezinárodní rada sester (ICN) je federace spojující 131 národních sesterských sdružení, která zastupují miliony sester na celém světě. Rada, kterou řídí sestry a která stojí v čele ošetrovatelské profese na mezinárodní úrovni, usiluje o zajištění kvalitní ošetrovatelské péče pro všechny a dobrých strategií ve zdravotnictví na celém světě.

Mezinárodní centrum pro lidské zdroje v ošetrovatelství bylo založeno v roce 2006 Mezinárodní radou sester a její přední nadací Florence Nightingale International Foundation. Centrum se věnuje celosvětovému posílení pracovní síly v ošetrovatelství prostřednictvím rozvoje, stálého monitorování a šíření komplexních informací a nástrojů pro strategie, management, výzkum a postupy v oblasti lidských zdrojů v ošetrovatelství.



## Prostředí pozitivní praxe

Nacházíme se uprostřed globální krize pracovní síly ve zdravotnictví, která se vyznačuje závažnými nerovnováhami. Mnoho zemí čelí výzvě podzaměstnaných a nezaměstnaných sester současně s dramatickým nedostatkem pracovních sil. Příčiny krize jsou různorodé a komplexní, tou nejzásadnější je ale nezdravé pracovní prostředí a špatná atmosféra v organizaci, které nalezneme na mnoha pracovištích. Pokračující nedostatek investic do zdravotnického sektoru spolu se špatnými zaměstnaneckými podmínkami a strategiemi (jako je například vystavení pracovním rizikům, diskriminace a fyzické a psychologické násilí, nedostatečné platy, nerovnováha mezi pracovním a soukromým životem, přehnaná pracovní zátěž, omezené možnosti kariérního rozvoje apod.) vedou v mnoha zemích ke zhoršování pracovních podmínek. Na celém světě existují jasné důkazy, že tento vývoj má závažný negativní dopad na nábor a udržení zdravotnických pracovníků, produktivitu a výkonnost zdravotnických zařízení a konečně i na výsledky pacientů.

### Definice prostředí pozitivní praxe

Prostředí pozitivní praxe jsou prostředí, která podporují vynikající výkony a dobrou práci. Usilují zejména o zajištění zdraví, bezpečnosti a osobní pohody personálu, podporu kvalitní péči o pacienty a zlepšení motivace, produktivity a výkonnosti jednotlivců i organizací.<sup>1</sup>

### Prvky prostředí pozitivní praxe

Prostředí pozitivní praxe se vyznačují následujícími rysy:

- Strategie pro pracovní hygienu, bezpečnost a zdraví, které řeší rizika na pracovišti, diskriminaci, fyzické a psychické násilí a problémy v oblasti osobní bezpečnosti.
- Spravedlivá a zvládnutelná pracovní zátěž a pracovní požadavky/stres.
- Atmosféra v organizaci odráží efektivní postupy managementu a vedení, podporu kolegů, účast pracovníků na rozhodování, sdílené hodnoty.
- Zdravá rovnováha mezi pracovním a osobním životem.
- Rovné příležitosti a zacházení.
- Příležitosti pro profesní rozvoj a kariérní postup.
- Profesní identita, autonomie a kontrola nad činností.
- Jistota pracovního místa.
- Dobrý plat a zaměstnanecké výhody.

- Bezpečná úroveň personálního zajištění.
- Podpora a dohled.
- Otevřená komunikace a transparentnost.
- Programy uznávání.
- Přístup k adekvátnímu vybavení, zásobám a podpůrnému personálu. <sup>2</sup>

## **Přínosy prostředí pozitivní praxe**

Blahodárné účinky prostředí pozitivní praxe na poskytování zdravotnických služeb, výkonnost zdravotnických pracovníků, výsledky pacientů a inovace jsou dobře zdokumentované.

- Pozitivní změny v pracovním prostředí vedou k vyšší úspěšnosti udržení zaměstnanců a ta zase vede k lepší týmové práci, zvýšené kontinuitě péče o pacienty a konečně i k lepším výsledkům pacientů.
- Prostorů pozitivní praxe přikládají vysokou důležitost bezpečnosti na pracovišti, což vede k celkové pracovní spokojenosti.
- Pokud jsou sestry spokojené se svým zaměstnáním, podíl pracovních absencí a fluktuace zaměstnanců<sup>14</sup> klesá, zaměstnanecká morálka a produktivita stoupá a celkově se zlepšuje pracovní výkonnost.<sup>3</sup>
- Podpora komunikace a vedení v pracovním prostředí zvyšuje důvěru, kterou sestry cítí ke svému pracovišti a která také napomáhá celkové spokojenosti zaměstnanců.<sup>4</sup>
- Udržení určité úrovně autonomie v jejich práci umožňuje sestřím získat pocit, že jsou na svých pracovištích respektované a ceněné.
- Výzkumy ukazují, že sestřím připadá jejich pracoviště atraktivní a zůstávají na něm, pokud tam existují možnosti profesního růstu a příležitosti získat autonomii a účastnit se rozhodování a pokud dostávají adekvátní plat.<sup>5</sup>
- Efektivní týmová práce sester je pro práci v organizacích zdravotní péče zásadní.<sup>6</sup> Zlepšuje kvalitu pracovního života sester i péči o pacienty.<sup>7</sup>
- Výrazný počet výzkumných studií spojuje vyšší počet a bohatší kombinaci kvalifikovaných sester se snížením úmrtnosti pacientů, podílem infekcí dýchacích cest, infekcí ran a močových cest, počtem pádů pacientů, výskytem proleženin a chyb v medikaci.<sup>8, 15</sup>

## **Cena nezdravých a riskantních pracovišť**

Nezdravá prostředí ovlivňují fyzické i duševní zdraví sester vzhledem ke stresu z vysoké pracovní zátěže, dlouhé pracovní doby, nízkého profesního statusu, složitých vztahů na pracovišti, problémům s plněním profesních rolí a množstvím rizik na pracovišti. Cena těchto nezdravých a nebezpečných pracovišť pro sestry byla dobře zdokumentovaná:

- Důkazy ukazují, že dlouhá období pracovního vypětí ovlivňují osobní vztahy a zvyšují délku nemocenských dovolených, počet konfliktů, nespokojenost s prací, fluktuaci a neefektivitu.
- Nesrovnalost mezi prací požadovanou od sester a prací, kterou lze za rozumných podmínek odvést, ohrožuje zdraví sester a vystavuje pacienty riziku.
- Zdá se, že negativní zkušenosti z pracovišť či klinické praxe odrazují čerstvé absolventy od profese<sup>9</sup> a přispívají k vysoké fluktuaci během prvních dvou let v pracovním procesu<sup>13</sup>
- Studie sester v USA, Kanadě, Anglii, Skotsku a Německu ukázala, že 41 % nemocničních sester nebylo se svým zaměstnáním spokojeno a 22 % plánovalo

své zaměstnání do méně než jednoho roku opustit. Zjištění potvrdila vztah mezi stresem na pracovišti a morálkou sester, pracovní spokojeností, oddaností organizaci a záměrem odejít ze zaměstnání.

- Výzkumy ukazují, že na každé dané jednotce představují optimální pracovní zátěž jedné sestry čtyři pacienti. Zvýšení pracovní zátěže na šest pacientů zvýšilo o 14 % pravděpodobnost, že pacienti do 30 dnů po přijetí zemřou. Pracovní zátěž osmi pacientů oproti čtyřem byla spojena s 31% nárůstem úmrtnosti.<sup>10</sup>
- Přepracované sestry mohou mít pomalejší reakční dobu, jsou méně vnímavé vůči změnám ve stavu pacientům a může docházet k chybám v medikaci: to vše znamená nepříznivá rizika pro pacienty.<sup>11</sup>
- Vysoká fluktuace – příznak špatného pracovního prostředí – pravděpodobně povede k vyšším nákladům poskytovatelů, například na nábor a školení nového personálu, zvýšení počtu přesčasů a zaplňování mezer pomocí dočasných pracovníků z agentur. Náklady na fluktuaci také zahrnují počáteční snížení produktivity nového personálu a sníženou morálku zaměstnanců i skupinovou produktivitu.<sup>12</sup>

## Realizace prostředí pozitivní praxe

Rozvoj, propagace a udržování prostředí pozitivní praxe má mnoho stránek, vyskytuje se na mnoha úrovních organizací a zapojuje se do něj řada stran (např. vlády, zaměstnavatelé, ošetrovatelské organizace, regulační orgány, odbory, ošetrovatelské školy apod.). Sestry a organizace, které je zastupují, mohou přispět k rozvoji prostředí pozitivní praxe následovně:

- Zlepšení náboru a udržení sester.
  - Stálá propagace role sester.
  - Definování rozsahu ošetrovatelské činnosti, aby sestry mohly při péči o pacienty plně využívat svůj potenciál. Tento zákonný rámec může být následně použit ke zvýšení povědomí dalších oborů a veřejnosti o kompetencích a vývoji této profese.
  - Lobbování za uznání a platy v této profesi.
- Vývoj a šíření stanoviska o důležitosti bezpečného pracovního prostředí.
- Budování kapacity sester a dalších osob zapojených do managementu zdravotnického sektoru a vytváření strategií.
- Zajištění toho, aby byl hlas sester slyšet.
  - Posílení sesterských organizací.
  - Přístup k orgánům s rozhodovacími pravomocemi.
- Podpora výzkumu, sběr dat o nejlepších postupech a šíření těchto dat poté, co jsou k dispozici.
- Povzbuzování vzdělávacích institucí ke zlepšení spolupráce poskytováním příležitostí ke spolupráci a zdůrazňováním teorie týmové práce.
- Udílení cen zařízením zdravotní péče, která prokazují efektivitu prostředí pozitivní praxe prostřednictvím iniciativ pro nábor a udržení pracovníků, snížení počtu odcházejících pracovníků, veřejného mínění, zlepšení péče a spokojenosti pacientů.
- Navazování spolupráce s dalšími zdravotnickými pracovníky a zainteresovanými stranami ve zdravotnictví, jako jsou například sdružení pacientů/spotřebitelů.
- Zapojení dalších oborů do rozvoje strategií pro bezpečná pracovní prostředí.
- Vytvoření „výzvy k akci“ s popisem základních prvků prostředí pozitivní praxe, kterou mohou organizace a jednotlivci podepsat a podpořit.
- Zvyšování povědomí, pochopení a podpory všech relevantních zainteresovaných stran ohledně pozitivního vlivu zdravého a podpůrného pracovního prostředí na nábor a udržení personálu, výsledky pacientů a zdravotního sektoru jako celku.

Další informace získáte na e-mailové adrese: [ichrn@secretariat.org](mailto:ichrn@secretariat.org)

Mezinárodní rada sester je federace spojující 135 národních sesterských sdružení, která zastupují miliony sester na celém světě. Rada vedená sestrami a určená sestřám je mezinárodním hlasem ošetrovatelské profese a pracuje na zajištění kvalitní péče pro všechny a dobrých strategií ve zdravotnictví na celém světě.

Mezinárodní centrum pro lidské zdroje v ošetrovatelství bylo založeno v roce 2006 Mezinárodní radou sester a její přední nadací Florence Nightingale International Foundation. Centrum se věnuje celosvětovému posílení pracovní síly v ošetrovatelství prostřednictvím rozvoje, stálého monitorování a šíření komplexních informací a nástrojů pro strategie, management, výzkum a postupy v oblasti lidských zdrojů v ošetrovatelství.

## Literatura

<sup>1</sup> Registered Nurses Association of Ontario (2006). *Healthy work environments best practice guidelines (BPGs) overall project background*. Toronto, Canada: RNAO.

[www.rnao.org/Page.asp?PageID=122&ContentID=1195&SiteNodeID=241](http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=122&ContentID=1195&SiteNodeID=241)

<sup>2</sup> International Council of Nurse (2007). *Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care. Information and Action Tool Kit* developed by Andrea Baumann for ICN. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses [www.icn.ch/indkit2007.pdf](http://www.icn.ch/indkit2007.pdf)

<sup>3</sup> Ibid. International Council of Nurses (2007).

<sup>4</sup> Registered Nurses Association of Ontario (2006). *Healthy Work Environment Best Practice Guidelines: Collaborative Practice Among Nursing Teams*. Toronto, Canada: RNAO [www.rnao.org/Storage/23/1776\\_BPG\\_Collaborative\\_Practice.pdf](http://www.rnao.org/Storage/23/1776_BPG_Collaborative_Practice.pdf)

<sup>5</sup> Irvine and Evans 1995 and Shields and Ward 2001, cited in International Council of Nurses (2004). *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions* p.34 developed by James Buchan and Lynn Calman for ICN. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

<sup>6</sup> Ibid. Registered Nurses' Association of Ontario (2006).

<sup>7</sup> Joanna Briggs Institute 2005, cited in Registered Nurses' Association of Ontario (2006). *Health Work Environments Best Practice Guidelines: Collaborative Practice Among Nurses Teams*. Toronto, Canada: RNAO.

<sup>8</sup> West E, Rafferty AM and Lankshear A (2004). *The future nurse: evidence of the impact of registered nurses*. London, UK: Royal College of Nursing.

<sup>9</sup> Tovey and Adams 1999, cited in International Council of Nurse (2007). *Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care. Information and Action Tool Kit*

<sup>10</sup> Aiken Linda, et al. 2002, cited in International Council of Nurses. *Nursing Matters: Nurse: Patient Ratios*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

<sup>11</sup> International Council of Nurses. *Nursing Matters: Nurses and Overtime*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

<sup>12</sup> International Council of Nurses (2005). *Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce*. Developed by Pascal Zurn, Carmen Dolea, and Barbara Stilwell for ICN. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses and World Health Organization.

<sup>13</sup> D'ambra AM & Andrews DR (2013) *Incivility, retention and new graduate nurses: An integrated review of the literature* Journal of Nursing Management

<sup>14</sup> Brunetto Y et al, (2013) *The impact of work relationships on engagement, well-being, commitment and turnover for nurses in Australia and the USA*. Journal of Advanced Nursing

<sup>15</sup> Irish Nurses and Midwives Organisation (2012) *Safe Staffing: The Evidence: Key tasks from a review of published research findings*. Irish Nurses and Midwives Organisation, Dublin.



Všechna práva vyhrazena, a to včetně překladu do jiných jazyků. Žádná část této publikace nesmí být rozmnožována tiskem, fotokopii ani žádným jiným způsobem, nesmí být uložena v systému umožňujícím přístup k informacím, ani v žádné formě přenesena nebo prodána bez výslovného písemného souhlasu Mezinárodní rady sester. Krátké výňatky (do 300 slov) mohou být reprodukovány bez autorizace za předpokladu, že je uveden zdroj.

---

Copyright © 2013 by ICN - International Council of Nurses,  
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva (Switzerland)



## Literatura

Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, Finlayson M, Kanai-Pak M & Aunguroch Y (2011a). 'Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries,' *International Journal for Quality in Health Care* Vol. 23, no. 4: pp 357-364.

Aiken L, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L & Neff DF (2011b). 'The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments', *Medical Care*, Vol. 49 No. 12 (December): pp 1047-1053.

Ashton D & Sung J (2002). Supporting workplace learning for high performance working, Geneva, International Labour Office.

Ayamolowo SJ, Omolola I & Mayowa AO (2013). 'Job Satisfaction and Work Environment of Primary Health Care Nurses in Ekiti State, Nigeria: an Exploratory Study', *International Journal of Caring Sciences*, Vol 6. No. 3: pp 531.

Beleta A (2008). ICN Wellness Centre Swaziland: Swaziland nurses the wellbeing of its health workers, *The Lancet*, Vol 371 June 7, 2008 p1901-1902

Berwick DM (2009). What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions of An Extremist, *Health Affairs*, July/August 2009, vol. 28, no. 4. Available at: <http://content.healthaffairs.org/content/28/4/w555.long>

Brown DS, Donaldson N, Burnes Bolton L, Aydin CE (2010). Nursing-sensitive benchmarks for hospitals to gauge high-reliability performance. *Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality*. 32 (6) (pp 9-17).

Browne G, Birch S & Thabane L (2012). 'Better care: An analysis of nursing and healthcare system outcomes', *Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation & Canadian Nurses Association*.

Buchan J (2008). How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply WHO

Buerhaus P, Auerbach DI, Staiger DO & Muench U (2013). Projections of the Long-Term Growth of the Registered Nurse Workforce: A Regional Analysis *Nursing Economics* /January-February 2013/Vol. 31/No. 1

Canadian Council on Learning (2007). Patient self-management: Health-literacy skills required. Available at: [www.ccl-cca.ca/pdfs/LessonsInLearning/Jun-19-07-Patient-Self-mana.pdf](http://www.ccl-cca.ca/pdfs/LessonsInLearning/Jun-19-07-Patient-Self-mana.pdf)

Caird J, Rees R, Kavanagh J, Sutcliffe K, Oliver K, Dickson K, Woodman J, Barnett-Page E & Thomas J (2010). The socioeconomic value of nursing and midwifery: a rapid systematic review of reviews *Social Science research Unit, Institute of Education, University of London*.

Cavendish Review (2013). An Independent Review into Healthcare Assistants and Support Workers in the NHS and social care settings July. Available at: [www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/236212/Cavendish\\_Review.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/236212/Cavendish_Review.pdf)

Ciprano PF & Hamer S (2013). Enabling the ordinary: More time to care American Nurse Today Volume 8, Number 11

Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, Muise M, Stafford E (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing studies* 47 p363-385

Darbyshire P (2010). 'Wonderful Workplace or Woeful Workhouse?: Start Creating a More Positive Workplace Culture Today', *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* Vol. 36. No. 1/2 : p 6.

De Leon Siantz ML, Malvarez S (2008). 'Migration of Nurses: A Latin American Perspective', *Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 13 Issue 2(May): p7

Department of Health UK (2009). NHS Health and Wellbeing – final report (The Boorman report) London DD 299039 Department of Health. Available at: [www.nhshealthandwellbeing.org/FinalReport.html](http://www.nhshealthandwellbeing.org/FinalReport.html)

Dowding DW, Currie LM, Borycki E, Clamp S, Favela J, Fitzpatrick G, Gardner P, Hamer S, Hardiker N, Johnson O, Lawton R, O'Brien A, Randell R, Westbrook J, Whitewood-Moores Z & Dykes PC (2013). International priorities for research in nursing informatics for patient care. *Stud Health Technol Inform.* 2013;192:372-6.

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D & Zurayk H (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, The Lancet Commission, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)  
Global Health Workforce Alliance and World Health Organization (2013). A Universal Truth: No Health Without a Workforce, Third Global Forum on Human Resources for Health Report.

Global Health Workforce Alliance (2013). The Recife Political Declaration on Human Resources for Health, World Health Organization.

Hodgkin P (2012). Power to the People. *Ehealth insider*, 2 October 2012. Available at: [www.ehi.co.uk/insight/analysis/962/power-to-the-people7](http://www.ehi.co.uk/insight/analysis/962/power-to-the-people7)

Hunt J (2013). Registered nurse patient ratios; so important so contentious Discussion paper. Available at: [www.nhsmanagers.net/wp-content/uploads/2013/08/Registered-Nurse-Patient-Ratios-So-Important-So-Contentious.pdf](http://www.nhsmanagers.net/wp-content/uploads/2013/08/Registered-Nurse-Patient-Ratios-So-Important-So-Contentious.pdf)

International Council of Nurses (2009). 'Reducing the Gap and Improving the Interface between Education and Service', Geneva: ICN.

International Council of Nurses (2010a). "Decent Pensions for Nurses" Developed by Hedva Sarfati for the International Centre for Human Resources in Nursing, Geneva, Switzerland.. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/ICHRN/Policy\\_and\\_Research\\_Papers/Decent\\_Pensions\\_for\\_Nurses.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/ICHRN/Policy_and_Research_Papers/Decent_Pensions_for_Nurses.pdf)

International Council of Nurses (2010b). 'Nursing Human Resources Planning and Management Competencies' Developed by Una V. Reid and Bridget Weller for the International Centre for Human Resources in Nursing, Geneva, Switzerland.

International Council of Nurses (2011). "Focusing on the wellbeing of health care workers in sub-Saharan Africa", International Nursing Review. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/news/whats\\_new/INR\\_933.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/whats_new/INR_933.pdf)

Institute of Medicine (2001). Changing rules for the healthcare workforce in the 21<sup>st</sup> Century and the implications. Committee on Quality of Health Care in America, Washington National Academy Press

Institute of Medicine (2010). The Future of Nursing: leading change, advancing Health October

Kennedy F, McDonnell A, Gerrish K, Howarth A, Pollard C & Redman J (2011). Evaluation of the impact of nurse consultant roles in the United Kingdom: a mixed method systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing* 00(0), 000–000. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05811.x

Keogh B (2013). Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts in England: an overview NHS England

Kingma M (2007). Nurses on the Move: A Global Overview *Health Services Research* Volume 42, Issue 3p2, pages 1281–1298, June 2007

Kutney-Lee A, McHugh MD, Sloane DM, Cimiotti JP, Flynn L, Felber Neff D & Aiken LH,(2009). 'Nursing: a key to patient satisfaction,' *Health Affairs*, Vol. 28, no. 4: w669-w677.

Laschinger HK & Leiter MP (2006). The impact of nursing work environment on patient safety outcomes: The mediating role of burnout/engagement. *The Journal of Nursing Administration*, 36, 259-267.

Maben J, Morrow E, Ball J, Robert G & Griffiths P (2012). High Quality Care Metrics for Nursing. National Nursing Research Unit, King's College London.

Manley K, Sanders K, Cardiff S & Webster J (2011). 'Effective workplace culture: the attributes, enabling factors and consequences of a new concept,' *International Practice Development Journal* Vol. 1, no. 2.

Marroquin MA & Martin EC (2013). National Telehealth project in El Salvador: features, application process and preliminary results, *Latin Am J Telehealth*, Belo Horizonte, 2010; 2 (3): 279-285

Mitchell PH and Mount JK (2010). Nurse staffing a summary of current research, opinion and policy The William D, Ruckelshaus Center, University of Washington, Washington, USA

Mitchell P, Wynia M, Golden R, McNellis B, Okun S, Webb CE, Rohrbach V & Von Kohorn I (2012). Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care, October 2012 Institute of Medicine, Washington, DC. [www.iom.edu/tbc](http://www.iom.edu/tbc).

NHS Education Scotland (2013). 'Nursing and Midwifery Workload and Workforce Planning Learning Toolkit', NHS Education for Scotland.

North N & Hughes F (2012). A systems perspective on nursing productivity. *J Health Organ Manag.* 2012;26(2):192-214.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2012) *Health at a glance 2011* OECD Paris

Royal College of Nursing (2012). *Overstretched and under resourced. The UK nursing labour market review.*

Sloan J (2010). *The Workforce Planning Imperative* JSM ISBN 978192103375

Squires A & Beltran-Sanchez H (2013). 'Strengthening Health Systems in North and Central America: What Role for Migration?', Washington, DC. Migration Policy Institute: Washington DC.

Walker J & Hendry C (2009). 'A review of literature on the measurement of patient dependency, workload and workload planning and allocation within the context of nursing in the community', Wellington: NZNO (District Nurses Section)/Christchurch: New Zealand Institute of Community Health Care, November.

Wood D (2013). "Health care Briefings: Creating a Great Nurse Work Environment to Improve the Bottom Line", Press release, PI Worldwide, posted 18 January 2013. Available at: [www.piworldwide.com/healthcare-briefings-creating-a-great-nurse-work-environment-to-improve-the-bottom-line/](http://www.piworldwide.com/healthcare-briefings-creating-a-great-nurse-work-environment-to-improve-the-bottom-line/)

World Health Organization (2006). *The World Health report Working together for Health*, Geneva-

World Health Organization (2008). *Closing the gap in a generation*, Geneva

World Health Organization (2013a). *Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of non-communicable diseases*, Geneva-

World Health Organization (2013b). *The progress report on nursing and midwifery*, Geneva-