

# Sestry: Hybná síla změn

## *Efektivita nákladů a péče*



**MEZINÁRODNÍ DEN SESTER 2015**

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. Krátké výňatky (do 300 slov) mohou být reprodukovány bez autorizace za předpokladu, že je uveden zdroj.

---

Copyright © 2015 by International Council of  
Nurses 3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva,  
Switzerland

ISBN: 978-92-95099-28-9

## Obsah

	Dopis od prezidentky a výkonného ředitele	
Kapitola 1:	Úvod .....	1
Kapitola 2:	Financování zdravotní péče .....	9
Kapitola 3:	Vyšší efektivita nákladů i péče: je to na vás .....	15
Kapitola 4:	Hodnota ošetřovatelství pro nákladovou efektivitu a efektivitu péče zdravotnických systémů .....	27
Kapitola 5:	Cesta kupředu a role sester a národních sesterských sdružení .....	35
Kapitola 6:	Závěr .....	41
Příloha č. 1:	Stanovisko ICN: Propagace hodnot a nákladové efektivity ošetřovatelství .....	43
Příloha č. 2:	Stanovisko ICN: Zapojení sester do rozhodování a tvorby politiky v oblasti zdravotnických služeb .....	45
Příloha č. 3:	Stanovisko ICN: Management v ošetřovatelství a zdravotnických službách.....	47
Příloha č. 4:	Veřejně financované a dostupné zdravotnické služby .....	49





Květen 2015

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

náklady na zdravotní péči po celém světě stoupají, což pro zdravotnické systémy i pro veřejnost představuje značnou finanční zátěž. Sestry mají jako nejpočetnější profese ve zdravotnictví dobrou pozici k tomu, aby prosazovaly opatření pro zlepšení efektivity a současně poskytovaly kvalitní péči a dosahovaly optimálních výsledků pro pacienty i širokou veřejnost.

Do sféry činnosti a znalostí sester patří celá škála aspektů poskytování zdravotní péče včetně jejího financování, nákladové efektivity a řízení zdrojů, nákladů na zdravotní péči a dostupnosti zdravotní péče. Rozhodnutí, která každá sestra dělá při své běžné činnosti několikrát denně, mohou znamenat zásadní rozdíl pro efektivitu celého systému. Sestry jsou tedy ústředním bodem snahy dosáhnout nejlepšího poměru kvality, dostupnosti a nákladů. Proto je velice důležité, aby se sestry i autoři zdravotnické politiky zaměřili na roli ošetřovatelství v nákladově efektivním zdravotnickém systému poskytujícím efektivní péči jako na klíčovou prioritu a rozhodující činitel pro dosažení rovnosti, všeobecné dostupnosti zdravotní péče a ve výsledku také zlepšení zdravotních výsledků na celém světě.

Téma pro Mezinárodní den sester 2015, *Sestry: Hybná síla změn: Efektivita nákladů a péče* odráží úsilí ICN o zavedení opatření, které povedou k posílení a vylepšení zdravotnických systémů na celém světě. Využívá potenciálního přínosu sester a bere v potaz skutečnost, že naše profese má přístup k lidem, s nimiž se jiní zdravotníci nikdy nesetkají – jak ve městech, tak ve venkovských a odlehlých oblastech. Stručně řečeno, globálního zdraví nelze dosáhnout bez sester a bez našeho proaktivního přispění a zapojení na všech úrovních zdravotnického systému.

Náš balíček k Mezinárodnímu dni sester poskytuje nástroje a informace pro podporu a podnětění sester a národních sesterských organizací k tomu, aby se zapojily do financování zdravotnictví a získaly o něm lepší povědomí: je to důležitý prostředek pro dosažení kvality péče a bezpečnosti pacientů nákladově efektivním způsobem. Balíček poskytuje přehled o financování zdravotnictví, včetně efektivního využití zdrojů, a zabývá se také efektivním poskytováním služeb, efektivním řízením, efektivitou pracovní síly ve zdravotnictví a hodnotou ošetřovatelství. Příklady, které uvádíme, představují malý vzorek toho, co je možné, když sestry obohatí transformaci zdravotnictví o svou kreativitu a profesní pohled na věc. Jako vždy zde také naleznete zdroje určené k širokému použití a vyvěšení na viditelných místech. Balíček završují potenciální kroky, které můžete jako sestry a národní sesterská sdružení podniknout a které vám pomohou dosáhnout cílů této zcela zásadní iniciativy.

Jsme si jisti, že vaše organizace mají své vlastní příklady a další zdroje, které jste vypracovali: rádi bychom vás požádali, abyste je s námi sdíleli a my je tak mohli sdílet s ostatními. Sestry jsou ze všech zdravotnických pracovníků nejbližší k lidem ze všech společenských vrstev a jako takové mohou mít obrovský vliv na snižování nákladů na zdravotní péči a zvyšování její kvality.

S upřímným pozdravem

Judith Shamianová  
Prezidentka

David C. Benton  
Výkonný ředitel

---

ICN • CIE • CII

3, place Jean-Marteau, 1201 Ženeva, Švýcarsko – 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)



***Nechod' tam, kam tě vede cesta: jdi tam, kde žádná cesta není, a zanechej stopu.*** – Ralph Waldo Emerson.

V dokumentu *Vision for the Future of Nursing* prohlásila Mezinárodní rada sester (International Council of Nurses, ICN), že „*sestry ze všech zemí, sjednocené v organizaci ICN, hovoří jedním hlasem. Mluvíme jako obhájci těch, jimž sloužíme, i těch, kterým se služeb nedostává, a stojíme si za tím, že společenská spravedlnost, prevence, péče a vyléčení mají být právem každé lidské bytosti. Stojíme v čele pokroku ve zdravotní péči a jsme tvůrci zdravotnické politiky po celém světě díky našim odborným znalostem, počtu lidí v našich řadách, našemu strategickému a ekonomickému přispění, sjednocení našeho úsilí a naší spolupráci s veřejností, zdravotnickými pracovníky, dalšími partnery a jednotlivci, rodinami a komunitami, o které pečujeme*“ (ICN 1999).

V duchu této ušlechtilé vize ICN souzní letošní téma k Mezinárodnímu dni sester *Sestry: Hybná síla změn: Efektivita nákladů a péče* s naším odhodláním změnit zdravotnické systémy po celém světě a dosáhnout tak lepších zdravotních výsledků pro všechny. Za tímto účelem potřebují sestry porozumět různým aspektům poskytování zdravotní péče včetně jejího financování, nákladové efektivity a řízení zdrojů, nákladů na zdravotní péče a dostupnosti zdravotní péče.

Už jen vzhledem k počtu sester a k jejich různorodým rolím v různých prostředích mohou rozhodnutí, které každá sestra dělá při své běžné činnosti několikrát denně, znamenat zásadní rozdíl pro efektivitu celého zdravotnického systému. Je velice důležité, aby se sestry i autoři zdravotnické politiky zaměřili na roli ošetřovatelství ve zdravotnictví, které splňuje podmínky efektivity péče i nákladové efektivity, jako na klíčovou prioritu v dosažení lepšího zdraví pro všechny.

### **Stoupající náklady na zdravotní péči**

Náklady na zdravotní péči po celém světě stoupají, a to především kvůli výrazné a stále se zvyšující zátěži způsobené nepřenosnými nemocemi včetně duševních poruch, stárnutí společnosti, inovacím nákladných metod a technik léčby a narůstajícímu počtu klientů (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj OECD 2013). Stoupající náklady na zdravotní péči představují značnou finanční zátěž pro zdravotnické systémy i pro veřejnost na celém světě. Údaje o nákladech jsou důležité pro plánování a rozhodování o tom, jak zlepšit péči v rámci daném omezenými finančními, lidskými a dalšími zdroji.

Je rozumné využívat dostupné zdroje co nejlépe. Vzhledem k tomu, že sestry představují nejpočetnější zdravotnickou profesi, mají dobrou pozici k tomu, aby z méně udělaly více a zároveň poskytovaly kvalitní péči a dosahovaly optimálních výsledků pro pacienty. Je zcela zásadní, aby se sestry dostatečně seznámily s oblastmi financování zdravotní péče, plánování rozpočtu, přidělování zdrojů a strategického plánování. Tyto kompetence usnadní účast sester na tvorbě zdravotnické politiky a přidělování zdrojů a jejich vedoucí úlohu jako hybné síly změn a jako odborných pracovníků zajišťujících nákladovou efektivitu i efektivitu péče.

Hlavním sdělením tohoto balíčku nástrojů k Mezinárodnímu dni sester je to, že sestry jsou součástí řešení otázky, jak prostřednictvím nákladové efektivity a efektivní péče dosáhnout lepšího zdraví pro všechny.

## **Rozhodující činitele nárůstu nákladů na zdravotní péči**

Náklady na zdravotní péči stoupají ve všech zemích, hnány poptávkou po zdravotní péči a dlouhodobou péčí. Faktory, které určují zdravotnické výdaje, můžeme rozdělit na demografické a nedemografické. Mezi demografické faktory patří nárůst počtu obyvatel a stárnutí společnosti. Společnosti se s vyšším podílem starších osob poptávají a spotřebovávají větší objem zdravotní péče, a to vzhledem ke zvýšenému výskytu chronických a nepřenositelných nemocí, které vyžadují dlouhodobou hospitalizační péči (Palangkaraya & Yong 2009).

Stárnutí je zároveň spojeno se zvýšenou četností polymorbidity. V průmyslových zemích například až 25 procent osob ve věku 65–69 let a 50 procent osob ve věku 80–84 let žije se dvěma či více chronickými zdravotními problémy (WHO 2008a), které vyžadují větší objem komunitních a specializovaných zdravotnických služeb i dlouhodobé péče o pacienty.

Mezi nedemografické příčiny růstu nákladů patří inflace mezd, technologie a náklady na léky. Technologie ve zdravotnictví, do níž spadají například nové a drahé léky a vybavení pro diagnostiku a léčbu, vedla k výraznému zlepšení zdravotnických služeb i zdravotního stavu veřejnosti, zároveň se ale zásadní měrou podílí na výdajích na zdravotnictví (OECD 2013; Costa-Font et al. 2009). Stoupající náklady na zdravotní péči také souvisí s nedostatečnými znalostmi v oblasti zdraví. Lidé, kteří nemají dostatek znalostí v oblasti zdraví, bývají hospitalizováni častěji a na delší dobu než ostatní, mají horší zdravotní výsledky a současně také vyšší náklady na zdravotní péči (Baker et al. 2002; Berkman et al. 2004).

Celosvětové náklady na zdraví činí přibližně 5,3 bilionu USD (WHO 2010a). V některých částech světa navíc zůstává i nadále vysoká zátěž spojená s přenosnými nemocemi, zatímco výskyt nepřenositelných nemocí – srdečních onemocnění, rakoviny, cukrovky a chronických respiračních onemocnění – stoupá celosvětově. Za těchto okolností budou náklady na zdravotní péči i nadále stoupat. Tento vývoj ještě umocní používání sofistikovanějších léků a postupů, na jejichž vývoji se v současné době pracuje (WHO 2010b). Realita je taková, že nové léky a diagnostické a léčebné technologie jsou do zdravotnictví zaváděny rychleji, než nové zdroje financí, což zapříčiňuje inflaci nákladů na zdravotní péči a stále naléhavější potřebu vyšší nákladové efektivity.

Náklady na zdravotní péči ovlivňuje také snaha stále vyššího počtu zemí o všeobecnou dostupnost základní zdravotní péče pro jejich obyvatele.

## **Všeobecná dostupnost zdravotní péče**

Všeobecná dostupnost zdravotní péče (Universal Health Coverage, UHC), postavená na myšlence rovnosti v oblasti zdraví, se stala mezinárodně dohodnutým cílem zdravotní a rozvojové politiky. Cílem všeobecně dostupné zdravotní péče je to, aby mohli všichni využívat dostatečně kvalitních služeb podpůrné, preventivní, léčebné, rehabilitační i paliativní zdravotní péče, a zároveň aby využití těchto služeb nezpůsobilo spotřebitelům finanční potíže (WHO 2013a).

Všeobecně dostupná zdravotní péče nicméně není univerzálním řešením pro všechny a všeobecná dostupnost neznamena volný přístup ke všemu. Thajsko například nabízí pacientům bezplatně prevenci onemocnění, podporu zdraví, léky na předpis, ambulantní péči a hospitalizaci i dražší lékařské služby, jako je radioterapie a chemoterapie při léčbě rakoviny či chirurgické operace a kritická péči v případě nehod a neodkladných situací. Do těchto pokrytých služeb ale Thajsko nezahrnuje například náhradu funkce ledvin pro pacienty s onemocněním ledvin v posledním stadiu. Další země poskytují jiné služby na základě vlastních politik a zdrojů (WHO 2010b).

Všeobecná dostupnost zdravotní péče zahrnuje tři související cíle (Carrin et al. 2005):

- rovnost v dostupnosti zdravotnických služeb – služeb by se mělo dostat těm, kteří je potřebují, ne jen těm, kteří si je mohou dovolit,
- kvalitu zdravotnických služeb, která je dostatečně vysoká, aby zlepšila zdraví příjemců těchto služeb,
- ochranu před finančními riziky, která zajistí, že náklady na využívání zdravotní péče nezpůsobí lidem finanční potíže.



Jinak řečeno, vlády musí vytvořit pro všeobecnou dostupnost zdravotní péče zdroje a tyto zdroje rovnoměrně rozdělovat a efektivně využívat pro pokrytí potřeb v oblasti zdravotní péče tak, aby byla zajištěna kvalita péče a aby byli uživatelé ochráněni před finančními potížemi způsobenými přímými výdaji na zdravotní péči (Özaltın & Cashin 2014).

ICN věří, že lidé by měli mít právo na rovný přístup ke zdravotnickým službám a že by tyto služby měly být zaměřeny na pacienta a rodinu a založené na důkazech (ICN 2012a). Jak organizace ICN potvrdila ve svém stanovisku „rovnost a dostupnost služeb primární zdravotní péče, zejména ošetrovatelských služeb, je klíčová pro zlepšení zdraví a životní spokojenosti všech lidí“ (ICN 2007). Všeobecná dostupnost zdravotní péče je prostředkem k dosažení lepších zdravotních výsledků pro všechny.

## **Zdraví a rozvoj**

Zdraví je pro rozvoj zásadní: představuje předpoklad a zároveň indikátor a výsledek udržitelného rozvoje. Je to proto, že zdravé obyvatelstvo žije déle a je produktivnější, což je pro ekonomický rozvoj velkým přínosem. Špatný zdravotní stav obyvatel může naopak vzestup ekonomiky podkopávat. V Africe například došlo k prudkému zvratu, když do zlepšující se zdravotní situace a rostoucí střední délky života zasáhla epidemie HIV/AIDS se zničujícími ekonomickými následky (Bloom et al. 2004).

Navzdory přínosu zdraví k rozvoji věnuje mezinárodní společenství a zejména nízkopříjmové země velmi málo pozornosti investicím do zdravotnických služeb obecně a zejména pak otázkám souvisejícím s pracovní silou ve zdravotnictví. Zdá se, že zdravotničtí pracovníci jsou považováni za zdroj odčerpávání peněz z rozpočtu, namísto toho, aby se na ně pohlíželo jako na investici do ekonomického rozvoje a snižování chudoby. Některé země dokonce zastavily nábor zdravotnických pracovníků a ve zdravotnických profesích tak paradoxně v době vysoké poptávky po zdravotnických službách vznikla nezaměstnanost (WHO & World Bank 2002).

Zhoršení zdravotnických služeb a snížení objemu lidských zdrojů v ošetrovatelství je důsledkem zdravotnických reforem realizovaných prostřednictvím programů strukturálních úprav (Structural Adjustment Programs, SAP) Světové banky a Mezinárodního měnového fondu (International Monetary Fund, IMF). Tyto reformy byly zaměřeny na snížení nákladů prostřednictvím lepšího řízení mezd ve veřejném sektoru, snížení veřejných výdajů, privatizace státních podniků, omezení podpory, liberalizace ekonomiky a devalvace národní měny (Liese & Dussault 2004).

## **Rozvojový program v oblasti zdraví po roce 2015**

Rozvojové cíle tisíciletí (Millennium Development Goals, MDG) s cílovou čarou v roce 2015 byly velmi účinným nástrojem pro udržení politické podpory rozvoje v oblasti zdraví, protože měly jasně stanovené a měřitelné cíle. V současné době se blíží k závěru diskuze o tom, jak budou formulovány cíle další generace pro období po roce 2015. Tato diskuze poukazuje na nutnost toho, aby zdravotní cíle pro období po roce 2015 zahrnuly oblasti, které byly v rozvojových cílech tisíciletí opomenuty, jako například sociální determinanty zdraví včetně vzdělávání dívek, rovnosti v oblasti zdraví, rovnosti pohlaví, lidských práv a lidské důstojnosti (WHO 2012a). Dále se ozývají hlasy volající po několika nových prioritách, na které je třeba se zaměřit: stárnutí a nepřenositelné nemoci, dopad klimatických změn na zdraví a mobilita obyvatel a uprchlíci. Další požadavek se týká jasného propojení zdraví a udržitelného rozvoje.

Existuje shoda v tom, že zdraví musí být součástí rozvojových cílů pro období po roce 2015, není ale jasné, jak budou tyto cíle formulovány (WHO 2012a).

Za rozvojovým programem pro období po roce 2015 stojí Organizace spojených národů (OSN). Ta za tímto účelem svolala tzv. panel na vysoké úrovni sestávající z význačných vedoucích osobností z politiky, občanské společnosti i soukromého sektoru, který předložil svou zprávu v roce 2013. Tento panel obdržel zprávu od pracovní skupiny OSN obsahující široký rámec pro období po roce 2015 postavený na čtyřech hlavních bodech: otevřený ekonomický rozvoj, ekologická udržitelnost, otevřený společenský rozvoj včetně zdraví a mír a bezpečnost postavené na lidských právech, rovnosti a udržitelnosti (WHO 2013b).

Očekává se, že proces konzultací povede k vytvoření nových cílů pro rozvojový program po roce 2015 a že zdraví bude jeho důležitou součástí. Program bude také zřejmě zahrnovat „nedodělky“ rozvojových cílů tisíciletí a bude brát v úvahu aktuální situaci v oblasti zdraví. A konečně se také očekává, že program bude obsahovat i narůstající problém nepřenosných nemocí a jejich rizikových faktorů s jasnými indikátory, při současném zachování rozvojových cílů tisíciletí souvisejících se zdravím (WHO 2012b).

## **Dopad celosvětového nedostatku pracovníků v ošetrovatelství**

### **Dopad ekonomického propadu na pracovníky v ošetrovatelství a dostupnost péče**

Celosvětová hospodářská krize, která začala v roce 2008, měla devastující dopad na pracovníky v ošetrovatelství i na dostupnost péče: způsobila zastavení nábory nových pracovníků a zmrazení počtu zaměstnanců v době, kdy celosvětový nedostatek sester doprovází zvýšená poptávka pro zdravotní péči. Vlády mnoha zemí po celém světě omezily výdaje na zdravotnictví a zejména na ošetrovatelství. V mnoha rozvojových zemích je přitom snaha o zavedení všeobecně dostupné zdravotní péči podryvána nedostatkem dostatečného počtu pracovníků se správnými dovednostmi na správném místě pro poskytování kvalitních služeb všem obyvatelům (WHO 2006). Vzhledem k rozpočtovým škrtkům zapříčiněným globálním ekonomickým propadem nejsou vůči závažnému nedostatku zdravotnických pracovníků imunní ani rozvinuté země (Sousa et al. 2013). Některé z nejchudších evropských zemí, například Rumunsko, snížily rozpočet pro zdravotnictví o 25 % (International Medical Travel Journal 2011).

Kromě toho přinutila krize mnoho sester hledat práci jinde, ať už mimo domovskou zemi nebo v jiné profesi. V listopadu 2013 například irská organizace sester a porodních asistentek (Irish Nurses and Midwives Organisation, INMO) uvedla, že „podle oznámení rady Nursing and Midwifery Board of Ireland požádalo během prvních deseti měsíců letošního roku o certifikát pro práci v zahraničí 1 231 registrovaných sester [...] a to navíc k odhadovanému počtu 5 000 sester, které z Irska odešly mezi lety 2009 a 2012. INMO tyto údaje označila za nesmírně znepokojující a varovala, že tento ‚odliv mozků‘ ještě zesílí vzhledem k tomu, že 1 500 nových absolventů si právě hledá práci. Podle Liama Dorana, generálního tajemníka INMO, [...] navíc údaje naznačují, že každý týden zažádá o dokumenty umožňující práci v zahraničí 50 nových absolventů a že výcvik každé odcházející sestry a porodní asistentky stojí během čtyřletého studia 75 000 až 80 000 EUR“ (INMO 2013/2014).

Sestry představují největší skupinu zdravotnických pracovníků a také významnou část celkových nákladů na zdravotní péči. Výsledkem je to, že v období hospodářských úspor jsou sestry často první kategorií pracovníků, jejichž stav je snížen, což zhoršuje bezpečnost pacientů a kvalitu péče. Ekonomický propad měl kupříkladu negativní vliv na sestry na Islandu, kde byla za účelem snížení nákladů spojována zdravotnická zařízení, docházelo k propouštění a škrtkům a také k omezení plateb za přesčasy a směny, což vedlo k vysoké úrovni nespokojenosti (ICN 2010). Také studie sester ve 12 evropských zemích ukázala, že vysoký podíl z nich byl nespokojen a vyjádřil záměr opustit své povolání. Nespokojenost sester byla spojena se mzdami, možnostmi dalšího vzdělání a nedostatkem příležitostí k profesnímu postupu (Aiken et al. 2013).

### **Celosvětový nedostatek pracovníků v ošetrovatelství**

Příklady z konkrétních zemí vykreslují pochmurný obraz zásadního nedostatku pracovníků v ošetrovatelství.

- V Malawi je kritický nedostatek sester: země má pouze 25 % požadovaného počtu. V roce 2010 mělo Malawi poměr počtu sester vůči počtu obyvatel 1,7:10 000. Uvádí se, že tento poměr se zlepšil na 3,4 sestry na 10 000 obyvatel, stále se ale jedná o nízké číslo v porovnání s doporučením Světové zdravotnické organizace (WHO), které je 50 sester na 10 000 obyvatel (Mphande 2014).

V jiných zemích jižní Afriky je situace podobná (Nullis 2007).

- Jihoafrická republika má 39,3 sestery na 10 000 obyvatel, vysoký podíl z nich ale pracuje v soukromém sektoru a nedostatek sester je obzvláště závažný ve venkovských oblastech. Tento nedostatek je jednou z překážek při rozšiřování péče o nemocné AIDS a léčebných služeb v zemi.
- V Lesothu, které také pustoší AIDS, je pouze 6,3 sestery na 10 000 obyvatel a více než polovina ošetrovatelských pozic není zaplněna, což vede ke špatné dostupnosti zdravotnických služeb.
- V Mosambiku jsou 2 sestry na 10 000 obyvatel. V důsledku toho zemřelo v jednom obvodu mnoho pacientů během dvouměsíčního čekání na zahájení antiretrovirové léčby.

Nedostatek sester v pěti zemích Karibského společenství (CARICOM), konkrétně ve státech Guyana, Jamajka, Svatá Lucie, Svatý Vincent a Grenadiny a Trinidad a Tobago, je kritický. Odhaduje se, že v celé oblasti je přibližně 7 800 sester (údaj z roku 2007). V přepočtu to znamená poměr 12,5 sester na 10 000 obyvatel: ve srovnání s členskými státy OECD, kde byl tento poměr asi desetkrát vyšší (World Bank 2009), se jedná o nepříznivý výsledek. V členských státech CARICOM poskytuje méně než 10 % sester primární péči: tato úroveň je pravděpodobně nedostačující pro efektivní reakci na zdravotní problémy spojené s demografickými a epidemiologickými změnami. Podíl neobsazených míst představuje 30 %. Za nedostatkem sester stojí mnoho důvodů, ale každoroční ztráta 8 % sester z důvodu migrace jej ještě zhoršuje. Odhaduje se, že počet sester vyškolených v anglicky mluvících členských státech CARICOM<sup>1</sup>, které pracují v zahraničí, je přibližně trojnásobný oproti počtu sester, které pracují v anglicky mluvících členských státech CARICOM (World Bank 2009).

V zemích Severní a Jižní Ameriky se počet sester na 10 000 obyvatel různí od zemí s vůbec nejnižšími počty sester, mezi něž patří například Chile s poměrem 1,4 sestery na 10 000 obyvatel, po země s nejvyššími podíly sester na obyvatele, jako je například Kanada s 92,9 sestrami na 10 000 obyvatel (WHO 2014).

Vzhledem k relativně vysokému výskytu HIV/AIDS a rostoucímu výskytu nepřenositelných nemocí má celkově nízký podíl sester poskytujících primární péči zásadní vliv na schopnost členských států CARICOM těmto onemocněním předcházet a kontrolovat je pomocí efektivních zásahů (UNAIDS 2007; Hennis & Fraser 2004). Předchozí studie v zemích CARICOM skutečně ukazují, že služby primární péče, které dokáží dobře řídit sestry (například kontrola glykémie u diabetiků), je nutné posílit a rozšířit, ale nedostatek sester dostupnost těchto služeb omezuje (Hennis & Fraser 2004).

Také země OECD vyjádřily znepokojení nad nedostatkem sester a jeho dopadem na dostupnost, bezpečnost a kvalitu zdravotnických služeb. Většina zemí OECD hlásí nedostatek sester: Austrálie předpovídá, že do roku 2025 jí bude chybět 109 tisíc sester (Health Workforce Australia 2012). V nedávném výzkumu provedeném ve Spojeném království (NHS Employers 2014, str. 14) uvedlo 83 % zúčastněných organizací nedostatečné zdroje kvalifikované pracovní síly v ošetrovatelství.

### **Negativní dopady nedostatku pracovníků v ošetrovatelství na pacienty**

Sestry představují zásadní sílu pro poskytování kvalitní péče v obtížných obdobích, a to tím, že mu pomáhají k lepší nákladové efektivitě i efektivitě péče. Počet sester a jejich pracovní prostředí se přímo odráží na péči o pacienty.

---

<sup>1</sup> POZNÁMKA: Anglicky mluvícími zeměmi společenství CARICOM jsou Antigua a Barbuda, Bahamy, Barbados, Belize, Dominika, Grenada, Guyana, Jamajka, Montserrat, Svatý Kryštof a Nevis, Svatá Lucie, Svatý Vincent a Grenadiny a Trinidad a Tobago.

Podle zprávy komise Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations hrál nedostatek ošetřovatelského personálu v USA roli ve 24 procentech případů týkajících se úmrtí, zranění či trvalé ztráty funkčnosti u pacienta. Zpráva také říká, že 90 % zařízení dlouhodobé péče se potýká s nedostatkem ošetřovatelského personálu pro poskytování i té nezákladnější péče: do roku 2020 přitom bude sester ještě méně. Nemocnicím v USA, které splňují tzv. standard „Magnet“ označující kvalitní péči o pacienty, vynikající úroveň ošetřovatelství a inovace v profesionální ošetřovatelské praxi, se nicméně podařilo nedostatku sester úspěšně vyhnout nebo jej překonat vzhledem k příznivým pracovním podmínkám a navýšenému financování (Joint Commission 2005).

Výzkumy ukazují, že nemocnice s vyšším poměrem počtu sester na počet pacientů mají nižší úmrtnost (Aiken et al. 2014). Podobně se také nižší počet zaměstnanců, zvýšená pracovní zátěž a nestabilní prostředí sesterských jednotek spojuje s negativními výsledky pacientů včetně pádů a chyb v medikaci (Duffield et al. 2011).

U lepšího pracovního prostředí a nižšího poměru počtu pacientů k počtu sester byla naopak nalezena spojitost s vyšší kvalitou péče a spokojeností pacientů (Aiken et al. 2012). Studie také zjistila, že nedostatky v kvalitě nemocniční péče byly běžné, a dospěla k závěru, že zlepšení pracovního prostředí v nemocnicích by mohlo být relativně nízkonákladovou strategií pro zlepšení bezpečnosti a kvality nemocniční péči a pro zvýšení spokojenosti pacientů.

Celosvětový nedostatek sester škodí nejen zdravotnickým systémům a pacientům, ale má negativní dopad i na samotné sestry.

### **Dopad nedostatku pracovníků v ošetřovatelství na samotné pracovníky**

Komunity požadují, aby sestry poskytovali pacientům vynikající péči. Na oplátku si sestry zasluhují, aby jejich pracovní podmínky a plat odpovídaly kvalitě péče, kterou poskytují. Ve většině světa je ale socioekonomické postavení sester špatné či neadekvátní. Některé sestry pracují ve velice obtížných podmínkách. Jak v rozvinutých, tak v rozvojových zemích jsou sestry vystaveny stresu a přetížení vzhledem ke zvýšené pracovní zátěži.

Nedostatek sester často vede k tomu, že sestry mají dlouhou pracovní dobu a pracují ve stresujících podmínkách, které mohou vést k únavě, zranění a nespokojenosti s prací. Sestry v zemích s nedostatkem pracovníků v ošetřovatelství jsou pracovníčně velice vytíženy a vyčerpány vzhledem k tomu, že ostatní odešli za lépe placenou prací do soukromého sektoru nebo za příležitostmi do zahraničí. Kvůli zvýšené pracovní zátěži, delší pracovní době a nedostatku zdrojů pro poskytování kvalitní péče stoupá nespokojenost se zaměstnáním (Aiken et al. 2013).

Z těchto důvodů usiluje ICN prostřednictvím svých projektů o zlepšení bezpečnosti na pracovištích pro sestry po celém světě: mezi tyto projekty patří program Leadership for Negotiation a kampaň Positive Practice Environments (PPE). Cílem kampaně PPE, která byla spuštěna v roce 2010, bylo zlepšení kvality zdravotnických služeb prostřednictvím zvýšení povědomí o této problematice, nalezení dobrých postupů a vypracování nástrojů pro manažery a zdravotnické pracovníky a realizace národních a místních projektů pro zlepšení prostředí, v nichž se tyto služby v praxi poskytují. Kampaň prosazovala bezpečná, nákladově efektivní a zdravá pracoviště, která v konečném důsledku posílí zdravotnické systémy a lepší bezpečnost pacientů (ICN 2013a).

## Paradox nezaměstnaných sester

Navzdory celosvětovému nedostatku dochází v některých zemích k tomu, že sestry, které právě dokončily studium, nemohou najít práci. V roce 2006 například WHO oznámila, že sestry v Grenadě, Ugandě a Zambii se potýkají s nezaměstnaností, protože zdravotnické systémy těchto zemí si nemohou dovolit platit jim mzdu (WHO 2006). Nezaměstnanost mezi sestrami byla zaznamenána dokonce i v průmyslových zemích, jako je například Austrálie. Sdružení Australian Nursing and Midwifery Federation (ANMF) uvádí, že více než 3 000 vysoce vzdělaných australských absolventek a absolventů ošetřovatelství a porodní asistence nemůže najít trvalé zaměstnání a že tato skutečnost je jedním z největších problémů pracovní síly v tomto oboru (ANMF 2014).

Je tedy zřejmé, že dochází k paradoxní situaci, kdy se v ošetřovatelství nedostává pracovníků, ale současně se tito pracovníci potýkají s nezaměstnaností. V roce 2005 například Volqvartz zjistil, že přestože polovina všech ošetřovatelských pozic v Keni nebyla zaplněná, třetina keňských sester byla nezaměstnaná (Volqvartz 2005). Stejně tak bylo mnoho sester v Tanzanii, na Filipínách a v některých oblastech východní Evropy okolnostmi donuceno pracovat zadarmo, aby si udržely své kompetence, a doufat, že je zdravotnický systém zaměstná, až se uvolní pozice, na kterou jsou v rozpočtu prostředky (Kingma 2008). Přestože tyto údaje nejsou aktuální, neexistují žádné doklady o tom, že by se situace zlepšila.

Jak bylo uvedeno výše, k nezaměstnanosti zdravotnických pracovníků došlo zřejmě proto, že pracovní síla ve zdravotnictví byla vnímána jako zátěž pro rozpočet a některé země dokonce zastavily nábor zdravotnických pracovníků v situaci, kdy byla poptávka po zdravotnických službách vysoká (WHO & World Bank 2002). Reformy zdravotní péče založené na opatřeních ke snížení nákladů, jako je snížení veřejných výdajů a mezd, privatizace veřejných služeb, devalvace měn a eliminace státní podpory, vedla ke zhoršení služeb i situace zdravotnických pracovníků (Liese & Dussault 2004).

Důkazy hovoří ve prospěch zvýšení počtu sester pro lepší výsledky pacientů. Vhodné plánování v oblasti pracovní síly založené na potřebách obyvatel by pomohlo zlepšit zdraví celé společnosti.

## Proč by se sestry měly zapojovat do financování zdravotnictví a zdravotnické politiky

Etický kodex ICN pro sestry (ICN 2012b) podporuje profesní odpovědnost sester za poskytování kontinuální péče a také širší roli sester při prosazování rovnosti a společenské spravedlnosti. Mezi další příklady společenského přínosu sester patří jejich role při řešení sociálních determinantů zdraví a v boji proti násilí na ženách a dětech. Pro využití potenciálu sester je nezbytné jejich zapojení do vyvážené diskuze o zdravotnické politice.

Vzhledem ke svým profesním zkušenostem v oblasti hájení práv pacientů, odborným zkušenostem s péčí o pacienty a komunitnímu zaměření mají sestry ideální pozici pro to, aby výrazným způsobem přispěly k utváření zdravotnické politiky postavené na rovnosti a nákladové efektivitě (Lathrop 2013). Úzká spolupráce sester s příjemci zdravotní péče v nejrůznějších prostředích jim umožňuje dobře porozumět zdravotním potřebám, vlivu faktorů z okolního prostředí na zdraví klientů a jejich rodin a také tomu, jak lidé reagují na různé služby a zásahy. Sestrám ale přesto k inovaci péče často chybí podpora ze strany příslušných orgánů nebo zdroje. Vedoucí pracovníci v ošetřovatelství například vnímají postupy založené na důkazech jako rozhodující faktor kvalitní péče, bezpečnosti pacientů a lepších výsledků pacientů.

Chybí jim ale financování a na postupy založené na důkazech je alokována pouze malá část rozpočtu (Elsevier Clinical Solutions 2014).

**Sestry mohou zásadním způsobem přispět k plánování a rozhodování v oblasti zdravotnictví a k tvorbě přiměřené a efektivní zdravotnické politiky. Mohou a měly by přispívat k veřejné politice v oblasti přípravy zdravotnických pracovníků, systémů poskytování péče, financování zdravotnických služeb, etiky ve zdravotnictví a determinantů zdraví.**

ICN (2008a)

Sestry jsou stěžejní součástí zdravotnického týmu. Mají přehled o interakcích pacientů a jejich rodin s celou řadou dalších poskytovatelů zapojených do péče o jejich zdraví. Sestry pracují v rámci omezení daných náklady na zdravotnické služby a kvalitou těchto služeb a ze své pozice mohou

poskytovat rady ohledně dopadu politiky zaměřené na nákladovou efektivitu zdravotní péče. Pro to, aby mohly sestry ovlivňovat a utvářet rozhodnutí, je zásadní, aby dobře rozuměly tomu, jak se politika vytváří a realizuje a jaký je její širší kontext. Bez pochopení toho, jak politika vzniká, nebudou sestry do tohoto procesu zapojeny (ICN 2005a).

Sestry také musí pracovat mimo sektor zdravotnictví a sdílet své postřehy ohledně rozvržení domácího a komunitního prostředí, který pomůže zachovat samostatnost a eliminovat rizika úrazu. Umístění elektrických zásuvek na úrovni pasu, a ne na úrovni podlahy, může například pomoci lidem, kteří mají potíže s rovnováhou, aby mohli zůstat ve svém domově po delší dobu. Využití barev k prevenci uklouznutí a zakopnutí může hrát roli v zachování samostatnosti a pomoci lidem k tomu, aby nemuseli využívat zdravotnické služby.

Zlepšení kvality zdravotní péče a přístupu ke zdravotnickým službám závisí na tom, do jaké míry se více než 16 milionů sester na celém světě zapojí do úsilí o nákladovou efektivitu a efektivitu péče a také na tom, zda jsou pracovníkům v ošetrovatelství

poskytovány poznatky a informace ohledně zásadních otázek, jako je například financování, zdravotnická politika a proces rozhodování. Sestry představují nejpočetnější profesi ve zdravotnictví a jako takové mají klíčovou roli v tom, aby přímo z přední linie vedly úsilí o rovnost, všeobecnou dostupnost zdravotní péče a v konečném důsledku o lepší výsledky zdravotní péče po celém světě.

***„Všichni se musíme zapojit do diskuze, zajistit si místo u politického jednacího stolu a dát tak prostor hlasu pracovníků v ošetrovatelství. Bez tohoto hlasu bude jakákoli zdravotnická politika neúplná.“***

Judith Shamianová, prezidentka ICN 2013–2017,  
zpráva ICN Biennial Report 2012–2013

Pro posílení zdravotnických systémů je potřeba, aby byly sestry řádně připraveny na spolupráci při utváření politiky, efektivní práci v interdisciplinárních týmech, plánování a řízení zdravotnických služeb, zapojení komunit a hlavních zainteresovaných stran do plánování a poskytování zdravotní péče a lobbování za zvýšený přísun zdrojů do zdravotnických systémů (ICN 2005b).

Sestry proto musí být přítomny na strategických pozicích, na nichž mohou přinášet kreativní a inovativní řešení a vnést tak skutečnou změnu do každodenního života pacientů, zdravotnických systémů, komunit a celé profese.

Proto jsou sestry zásadními partnery vlád a dalších subjektů, které financují zdravotní péči, při vytváření zdravotnických systémů spojujících nákladovou efektivitu s efektivní péčí.

#### **CO MŮŽETE UDĚLAT**

Na klinickém pracovišti:

- Zjistěte, jaké jsou na vašem pracovišti náklady na základní zásobování a vybavení.
- Co mohou sestry udělat ke snížení nákladů na zdravotní péči ve své každodenní práci?

Na národní úrovni:

- Jakým nákladovým omezením aktuálně čelí sestry ve vaší zemi?
- Co mohou sestry proti těmto omezením podniknout?

Následující kapitola se bude zabývat modely financování zdravotnictví a efektivním využitím zdrojů k poskytování kvalitní péče.

## Kapitola 2

# Financování zdravotní péče

***Problémy není možné řešit pomocí téhož uvažování, kterým jsme je vytvořili***  
– Albert Einstein.

Problematika výdajů na zdravotní péči zůstává i nadále v mnoha zemích středem pozornosti. K uspokojení zdravotních potřeb obyvatel v rámci limitů daných omezenými zdroji již bylo realizováno mnoho iniciativ v oblasti financování. Financování zdravotní péče usiluje o pokrytí nákladů spojených s lidskými zdroji nutnými pro zdravotní péči, diagnostickými a léčebnými technologiemi, léky a dalšími výdaji. Financování zdravotnictví se proto skládá ze tří základních součástí: získání dostatku financí pro zdravotní péči, odstranění finančních překážek na cestě k dostupnosti zdravotní péče a lepšího využití dostupných zdrojů (WHO 2010b).

Dosažení kvalitní péče za nízkou cenu bude vyžadovat, aby se sestry postavily do čela snahy o změnu a i nadále tak poskytovaly nákladově i jinak efektivní odbornou péči. Řádné porozumění procesům a mechanismům financování zdravotní péče je zásadní pro pochopení vedoucí úlohy sester a lobování za rovnost a všeobecnou dostupnost v oblasti zdravotní péče.

### Základní modely financování zdravotní péče

Jak financování, tak poskytování zdravotní péče je efektivnější, pokud jsou oba tyto systémy úzce propojeny. Mechanismy pro financování musí umožnit univerzální dostupnost péče a nesmí nepřiměřeně zatěžovat chudé. To znamená zavést spolehlivý model financování, který odstraní překážky bránící dostupnosti zdravotní péče – jako jsou například doplatky, vzdálenost a čas potřebný k cestě do zdravotnického zařízení – a přístupu k vysoce kvalitní péči.

Existuje několik druhů mechanismů financování zdravotnických služeb (WHO 2010b; Macdonald 2009). Patří mezi ně:

**Financování založené na daních:** Jedná se o nejrozšířenější model financování ve většině zemí subsaharské Afriky a jižní Asie. V tomto modelu jsou zdravotnické služby financování z obecných státních příjmů jako například daň z příjmu, dovozní cla a daně z tabáku a alkoholu. Tento mechanismus je obecně výhodný pro chudší vrstvy obyvatelstva. Obavy ohledně kvality a dostupnosti péče mohou ale chudé obyvatele od používání zdravotnických služeb odradit.

**Financování ze sociálního pojištění nebo sdružených fondů:** Tento mechanismus využívá k placení zdravotnických služeb příspěvky do zdravotního fondu, například příspěvky zaměstnanců a zaměstnavatelů. To zajišťuje, že finanční riziko plateb za zdravotní péči nesou všichni členové daného sdružení, a ne jednotlivci, kteří onemocní. Členství je povinné, ale může být dobrovolné pro určité skupiny, jako jsou například osoby samostatně výdělečně činné.

**Soukromé pojištění:** Lidé platí pravidelné pojistné spojené s náklady na služby, které jsou jim poskytovány. Může to vést k tomu, že jednotlivci, kteří jsou ze zdravotního hlediska v rizikovější skupině, platí více, a ti méně riziková platí méně. Tento model se většinou vyskytuje v rozvinutých zemích, kde je zároveň zavedena i nějaká forma národního zdravotnického systému, například v Kanadě a Spojeném království. Bohatší vrstvy obyvatel přesto využívají možnost dodatečného pojištění, aby tak získali přístup k soukromým službám nebo službám, které národní zdravotnický systém nepokrývá. Členství je dobrovolné.

**Uživatelské poplatky nebo přímé platby:** Tento mechanismus nevyužívá žádné pojištění či vzájemné sdílení nákladů a lidé platí na vlastní náklady přímo za služby, které využívají. Jestliže jsou lidé nuceni

k platbě přímo při poskytování zdravotnických služeb, odrazuje je to od využívání těchto služeb, zejména v oblasti služeb podpory zdraví a prevence onemocnění, a podporuje v tom, aby odkládali včasnou návštěvu zdravotnického zařízení. Tento systém může také lidem způsobovat finanční potíže.

Bez ohledu na to, který model financování je použit, musí být zdravotnictví postaveno na kvalitní péči. Pokud lidé vnímají zdravotní péči jako nekvalitní, pravděpodobně ji nebudou používat. Při rozhodování o jednotlivých mechanismech financování je důležité mít na paměti, že ústředním bodem péče by měli být lidé. Koneckonců jsou to oni, kdo poskytuje prostředky nutné k financování zdravotnických služeb, ať už prostřednictvím daní, příspěvků nebo darů. A hlavním důvodem získávání finančních prostředků je zlepšení zdraví a blahobytu lidí. Financování zdravotnictví je způsob, jak dosáhnout cíle, nikoli cíl sám o sobě (WHO 2010b).

**Tabulka 1. Výrazné směry ve financování zdravotní péče**

Směr	Cíle	Země
Zavést nebo zvýšit uživatelské poplatky v systémech založených na daních.	- zvýšit příjmy, lépe využívat zdroje, - vytvořit větší odpovědnost vůči spotřebitelům.	Mnoho zemí v subsaharské Africe
Zavést komunitní systémy zdravotního pojištění, které je aktuálně založené na uživatelských poplatcích a příjmech z daní.	- snížit finančních bariéry vytvořené uživatelskými poplatky, - podpořit efektivnější využití zdrojů, - zvýšit příjmy.	Thajsko, Indonésie, Indie, Tanzanie, Uganda.
Přejít ze systému založeného na daních na systém založený na sociálním zdravotním pojištění.	- vytvořit nezávislý, udržitelný zdroj financování zdravotnictví, - zvýšit příjmy.	Thajsko, východní Evropa, Ghana, Nigérie, Zimbabwe.
Sjednotit větší množství státních fondů pojištění.	- zvýšit rovnost a zabránit fragmentaci, - zvýšit efektivitu administrativy.	Mexiko, Kolumbie, další latinskoamerické země.

*Upraveno podle publikace: Bennett & Gilson (2001)*

### Zaměření na chudé

Při financování všeobecně dostupné zdravotní péče je důležité, aby byly příslušné strategie nastaveny ve prospěch chudších vrstev obyvatelstva a aby nevyřazovaly ze systému ty, kteří nemohou platit příspěvky nebo pojistné. Níže jsou uvedeny důležité prvky systému financování zdravotnictví zaměřeného na chudé (Macdonald 2009):

- příspěvky pacientů k nákladům na zdravotní péči jsou propojeny se schopností pacientů je zaplatit,
- chudí lidé jsou chráněni před finančními riziky spojenými s onemocněním,
- služby jsou dostupné, a to včetně zeměpisné dostupnosti a kvality.

Pro dosažení všeobecné dostupnosti zdravotní péče musí systém financování lidem umožnit využívání celého kontinua zdravotnických služeb – podpora zdraví, prevence onemocnění, léčba a rehabilitace – aniž by jim to způsobilo finanční těžkosti. V mnoha zemích ale miliony lidí nemohou využívat zdravotnické služby kvůli přímým platbám při jejich poskytování, nebo se dostávají do nouze kvůli doplatkům na zdravotní péči. Mechanismy plateb předem, jako je například sdružování finančních prostředků, odstraňují finanční překážky a tím zvyšují dostupnost péče ve chvíli, kdy je potřebná (WHO 2010b).



## Jaká je cena zdravotnických služeb?

Aby bylo možné se rozhodnout, kolik je třeba do zdravotnictví investovat, je důležité znát výši nákladů na služby. Odhad nákladů na poskytování základních zdravotnických služeb, který nedávno vydala organizace WHO, ukazuje, že ve 49 nízkopříjmových zemích zahrnutých do průzkumu by v průměru stačilo investovat méně než 44 USD na hlavu, přičemž do roku 2015 by tato cena stoupla na o něco více než 60 USD na hlavu (WHO 2010b). Tento odhad zahrnuje náklady na rozšíření zdravotnického systému tak, aby poskytoval řadu různých zdravotních intervencí. Zahrnuje také intervence zaměřené na nepřenosná onemocnění a rozvojové cíle tisíciletí související se zdravím, konkrétně snižování dětské úmrtnosti, zvyšování zdraví matek a boj proti HIV/AIDS, malárii a dalším nemocem. To znamená, že nízkopříjmové země si mohou dovolit poskytovat všeobecně dostupné základní zdravotnické služby nákladově efektivním způsobem.

## Efektivní využívání zdrojů

Jak bylo uvedeno v kapitole 1, náklady na zdravotní péči po celém světě stoupají a je důležité, aby byly dostupné zdroje využívány způsobem, který zajistí nákladovou efektivitu i efektivní péči. Zbytečné výdaje představují významnou část zdrojů na zdravotnictví. V USA je například až 1,2 bilionu USD, neboli polovina veškerých výdajů na zdravotní péči, důsledkem plýtvání (PwC Health Research Institute 2010). Zpráva organizace Institute of Medicine (IOM) odhadla zbytečné výdaje ve zdravotnictví pouze za rok 2009 na celkem 750 miliard USD (IOM 2012). Oblastí, kde se plýtvá nejvíce, je zejména v USA takzvaná „defenzivní medicína“, jinak řečeno provádění nevhodných nebo zbytečných testů a postupů s cílem zabránit žalobě ze strany příjemců zdravotní péče (Thomson Reuters 2009). Mezi další faktory, které přispívají k plýtvání se zdroji, patří nedodržování lékařských rad a léčby ze strany pacientů (IOM 2012; Sabate 2003).

Organizace European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN) uvádí, že z ročních globálních výdajů na zdravotní péči, které činí přibližně 5,3 bilionu USD, připadá o něco málo méně než 6 procent, tedy asi 300 miliard USD, na chyby nebo korupci (EHFCN 2010). Přestože dostupné zdroje plně nevyužívá většina zemí, některé země trátí více než ostatní vzhledem ke špatnému systému nakupování, iracionálnímu používání léčiv nebo neefektivnímu využívání lidských a technických zdrojů. Vzhledem k různým úrovním neefektivnosti dosahují některé země větší míry dostupnosti a lepších zdravotních výsledků než jiné země se stejnými zdroji. Brazílie, Chile a Kostarika například vydávají na zdravotní péče přes 400 USD na hlavu, střední délka života je ale v Brazílii 72 let, zatímco ve druhých dvou zemích je 78 let (Chisholm & Evans 2010).

Metody placení poskytovatelům zdravotní péče a sazby, které jsou jim vypláceny, ovlivňují jejich chování. Může dojít ke vzniku ekonomických signálů neboli pobídek, které ovlivňují rozhodnutí poskytovatele ohledně škály služeb včetně předepisování léků a diagnostických testů. Správné pobídky mohou nasměrovat jednání poskytovatelů k plnění cílů zdravotnického systému, jako je například zlepšování kvality péče a zvyšování dostupnosti prioritních služeb nebo efektivní využívání zdrojů. Některé platební metody ale na druhou stranu povzbuzují poskytovatele zdravotní péče k plýtvání zdroji, protože tak si tak zvyšují svůj příjem. Platební metoda založená na platbě za každou službu například znamená pro poskytovatele pobídku k tomu, aby poskytovali více služeb a zvýšili tak svůj příjem. Podobně také metody založené na platbách na hlavu, kdy je poskytovatelům zdravotní péče vyplácena fixní částka za pacienta za stanovený rozsah služeb, představuje pro poskytovatele pobídku k přijímání většího počtu pacientů s cílem zvýšit svůj příjem (Özaltın & Cashin 2014; Chisholm & Evans 2010).

Mnoho zdravotnických systémů neodděluje ošetrovatelské služby a namísto toho je zahrnuje do poměrně částky na pokoj, z výzkumů ale víme, že přežití pacientů a komplikace vedoucí k dalším nákladům souvisejí s ošetrovatelskou péčí: pro úsilí o zavedení nákladově efektivního systému s efektivní péčí je tedy velice důležité vědět, jakým způsobem jsou služby sester využívány. Autoři zdravotnické politiky by tedy měli přijmout platební metody a nastavit sazby tak, aby pobídky odpovídaly cílům zdravotnického systému, například aby systém více reagoval na pacienty a lépe využíval zdroje.

## Významné příčiny neefektivnosti

Mezi významné příčiny neefektivnosti ve zdravotnických systémech patří (Chisholm & Evans 2010):

- nadužívání značkových léčiv a malé využívání generických výrobků,
- používání léčiv, která neodpovídají standardům, a padělaných léčiv,
- nadužívání zásob a vybavení, vyšetření a zákroků,
- nevhodná nebo nákladná kombinace zaměstnanců, nemotivovaní pracovníci,
- nevhodné hospitalizace a nepřiměřená délka pobytu,
- pochybení zdravotníků a špatná kvalita péče,
- plýtvání, korupce a podvody,
- neefektivní kombinace nebo nevhodná úroveň strategií, jako například financování nákladných a málo efektivních intervencí v situacích, kdy nejsou financovány levné a vysoce účinné možnosti.

Odhaduje se, že více než polovina léčiv se na celém světě předepisuje, vydává nebo prodává v nevhodných případech (WHO 2010c). Iracionální používání léčiv může mít různé podoby: vícenásobné předpisy neboli polypragmatie, nadužívání antibiotik a injekcí, předepisování léků, které není v souladu s klinickými pokyny, nebo nevhodné užívání léků bez předpisu (Holloway & van Dijk 2010). Navíc se odhaduje, že polovina všech pacientů neužívá léky tak, jak jim byly předepsány nebo vydány (Sabate 2003), což vede k plýtvání a neefektivnosti zdravotnickému systému i ke zvýšené antimikrobiální rezistenci.

Racionální používání léčiv zaměřené na základní léčiva může naopak výdaje na léčiva snížit. Sultanát Omán například vydal národní lékopis, který klade zvýšený důraz na základní léčiva. Odpovědnější přístup k používání léků mezi roky 2003–2009 průběžně ušetřil 10 až 20 procent předpokládaných výdajů na léčiva (WHO 2012c).

Podobně také racionální využívání lidských zdrojů, například přesun či sdílení kompetencí, může vést k výrazným úsporám. V Jihoafrické republice se například po přesunu odpovědnosti za antiretrovirovou léčbu z lékařů na sestry v primární péči ukázalo, že péče poskytovaná sestrami zlepšila diagnostiku tuberkulózy, zvýšila počet bílých krvinek a přírůstek na váze a vedla k lepšímu dodržování léčby za nižší cenu (Fairall et al. 2012).

## Neefektivnost ve zdravotní péči a nekvalitní péče

K neefektivnosti a plýtvání zdroji ve zdravotní péči může docházet také vzhledem ke špatné kvalitě péče, která vede k nežádoucím událostem, jako jsou chyby zdravotníků, nemocniční infekce a dekubity, které prodlužují délku hospitalizace a nákladnost zdravotní péče.

### Pochybení zdravotníků

Pochybení zdravotníků představují pro bezpečnost pacientů závažnou hrozbu. Často jsou důsledkem slabých zdravotnických systémů, kterých chybí dostatek personálu nebo jsou špatně řízeny. Pochybení zdravotníků mohou vést k delším hospitalizacím a zvyšovat tak náklady na zdravotní péči i náklady, které nese pacient a jeho rodina ve formě bolesti a utrpení nebo dokonce úmrtí (WHO 2005). Pro odhalování problémů v oblasti bezpečnosti pacientů je zcela zásadní, aby byly nežádoucí události hlášeny. Hlášení ale není cílem samo o sobě: jedná se pouze o způsob, jak zvýšit bezpečnost pacientů tím, že se poučíme z chyb a změníme kulturu bezpečnosti v dané organizaci. Aby systém hlášení efektivně zajišťoval bezpečnost pacientů, nesmí trestat, zostuzovat ani obviňovat ty, kdo chyby nahlásí. Informace musí také být poskytnuty dalším, aby mohlo dojít k ponaučení z chyb a praktickým změnám (WHO 2005).

Problém pochybení zdravotníků je rozsáhlý: jedna čtvrtina dospělých se zdravotními problémy v Austrálii, Kanadě, na Novém Zélandu a v USA a jedna pětina ve Spojeném království uvedla, že se během posledních dvou let setkali s chybou v medikaci nebo pochybení zdravotníků (Blendon et al. 2003). V USA dochází k závažným chybám v medikaci, kterým je možné předejít, u 3,8 milionu hospitalizovaných pacientů, což ročně stojí přibližně 16,4 miliardy USD, a u 3,3 milionu návštěv

ambulantních pacientů, což ročně stojí přibližně 4,2 miliardy USD (Massachusetts Technology Collaborative and NEHI 2008). Ve své zprávě *To Err Is Human* organizace Institute of Medicine odhaduje, že chyby v medikaci, kterým lze předejít, zapříčiní v USA každoročně 7 000 úmrtí (IOM 1999).

Celkové snížení chyb v medikaci vyžaduje mnohostranný přístup, od finančních pobídek až po zlepšení v organizaci a poskytování péče, která přímo řeší základní příčiny pochybení.

### **Infekce spojené se zdravotní péčí**

Objem celosvětové zátěže způsobené těmito infekcemi není znám, protože je obtížné shromáždit spolehlivá data. Některé studie nicméně ukazují, že ve vysokopříjmových zemích dosahuje výskyt infekcí spojených se zdravotní péčí u smíšených skupin pacientů přibližně 7,6 procenta. Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) odhadlo, že se tento problém týká přibližně 4 131 000 pacientů, a že každoročně dochází v Evropě přibližně k 4 544 100 případům infekcí spojených se zdravotní péčí. V USA byl v roce 2002 výskyt těchto infekcí odhadován na 4,5 procenta, což odpovídá 9,3 infekcím na 1000 dnů péče o pacienty a 1,7 milionu dotčených pacientů. Údaje o zátěži způsobené infekcemi spojenými se zdravotní péčí v rozvojovém světě jsou velmi kusé. Studie ve zdravotnických zařízeních s omezenými zdroji nicméně uvádí podíl výskytu těchto infekcí mezi 5,7 procenta a 19,1 procenta, přičemž v průměru je to 10,1 procenta (WHO 2011).

Infekce spojené se zdravotní péčí vedou k delším pobytům v nemocnici, dlouhodobé invaliditě a zvýšené odolnosti vůči antimikrobiálním látkám, finanční zátěži pro zdravotnické systémy, vysokým nákladům pro pacienty a jejich rodiny a zbytečným úmrtím. V Evropě jsou tyto infekce příčinou 16 milionů dnů hospitalizace navíc a 37 000 úmrtí, přičemž roční finanční ztráta se odhaduje na 7 miliard EUR. V USA způsobují infekce spojené se zdravotní péčí každoročně 99 000 úmrtí a v roce 2004 vedly k finanční ztrátě 6,5 miliard USD (WHO 2011).

Je zřejmé, že infekce spojené se zdravotní péčí způsobují velkou zátěž spojenou s onemocněními a úmrtími a obrovskými finančními ztrátami, kterým lze přitom předejít. Je třeba k nim přistupovat jako k prvořadě otázce bezpečnosti pacientů a bojovat s nimi pomocí komplexního přístupu a s využitím pomoci sester jako základní opory pro prevenci infekce, bezpečnosti pacientů a efektivity systému.

### **Dekubity**

Dekubity jsou problémem, který se váže k bezpečnosti pacientů a kvalitě péče. Analýza nákladů na léčbu dekubitů, která proběhla ve Spojeném království, ukázala, že se náklady pohybují od 1 214 GBP (1. stádium) až po 14 108 GBP (4. stádium). Náklady tedy stoupají s rostoucí závažností dekubitu. Je zjevné, že léčba dekubitů představuje ve Spojeném království významnou finanční zátěž jak pro pacienty, tak pro poskytovatele zdravotní péče (Dealey et al. 2012).

V USA se dekubity každoročně rozvinou u 2,5 milionu pacientů, což vede k odhadované finanční ztrátě 9,1–11,6 miliard USD ročně. Náklady na péči o jednoho pacienta s dekubity se různí od 20 900 USD až po 151 700 USD. Průměrná délka pobytu v nemocnici byla u pacientů s dekubity 14,1 dne, oproti pěti dnům u pacientů, kteří dekubity netrpěli (Russo et al. 2008).

Dekubity vzniklé v průběhu hospitalizace nejsou jednoduše chybou v ošetrovatelské péči, ale představují selhání celého zdravotnického systému. Přestože prevence dekubitů je odpovědností více zdravotnických profesí, sestry v ní hrají významnou úlohu. Jejich pozice jim navíc umožňuje, aby postupovaly efektivně z hlediska nákladů i z hlediska péče. Je pravděpodobné, že bez soustředěného úsilí budou náklady v budoucnu vzhledem ke stárnutí populace stoupat.

## Jak mohou sestry zvýšit efektivitu zdravotnického systému?

Sestry mají jako hybná síla změn řadu příležitostí ke zvýšení efektivity a redukci plýtvání. Ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky a orgány s rozhodovací pravomocí mohou sestry a jiní zdravotníci:

- zlepšit pokyny k předepisování léků, informace, školení i praxi,
- vzdělávat jednotlivce i komunity v oblasti rozpoznávání a sledování padělaných léčiv,
- vypracovat a realizovat pokyny pro klinickou praxi založené na důkazech,
- přesunout kompetence a využít další způsoby, jak sladit dovednosti s potřebami,
- dodržovat a prosazovat opatření pro předcházení infekcím, zlepšit nemocniční hygienické standardy, poskytovat širší kontinuum péče, provádět více klinických auditů,
- sledovat výkonnost nemocnice a poznatky získané z dat využívat při klinickém rozhodování,
- snížit administrativní zátěž,
- vyhodnocovat poznatky o nákladech a účincích intervencí, technologií, léčiv a různých přístupů a začlenit je do celkové politiky.

Sestry jsou ústřední součástí zdravotnictví, které poskytuje služby nákladově i jinak efektivní péče, současný globální nedostatek sester bude ale i v budoucnu představovat zásadní překážku pro efektivní provozování zdravotnických systémů.

### CO MŮŽETE UDĚLAT

- Jaké jsou hlavní modely financování zdravotnictví ve vaší zemi?
- Podporují modely financování zdravotnictví všeobecnou dostupnost zdravotní péče?
- Jaké jsou na vašem pracovišti hlavní příčiny plýtvání zdroji ve zdravotnictví?
- Co mohou sestry ve své každodenní činnosti udělat pro omezení plýtvání a zvýšení efektivity?

V kapitole 3 se podíváme na to, jak mohou sestry poskytovat efektivní péči nákladově efektivním způsobem díky přístupu k nejnovějším poznatkům a dovednostem nezbytným pro kvalitní a nákladově efektivní změnu, včetně týmové péče, efektivní komunikace a optimalizace výkonnosti zdravotnického systému.

## Kapitola 3

### Vyšší efektivita nákladů i péče: je to na vás

***Pokud neděláme v našem ošetrovatelství každý rok, každý měsíc a každý týden pokroky, zaručuji vám, že se vrátíme zpět*** – Florence Nightingale.

Rada ICN má dlouhou historii vedení sester k vyšší nákladové efektivitě i efektivitě péče. Prostřednictvím svých publikací, stanovisek, projektů a konferencí realizuje ICN svůj program šíření znalostí a rozvoje kompetencí u ošetrovatelských pracovníků na celém světě. Jedním z pěti základních hodnot rady ICN je *vizionářské vedení*, které rada realizuje mimo jiné prostřednictvím svých projektů Leadership for Change a Leadership in Negotiation a také prostřednictvím institutu ICN-Burdett Global Nursing Leadership Institute.

Celosvětové zvyšování nákladů na zdravotní péči vyžaduje provedení opatření, která udrží náklady na úrovni přijatelné a udržitelné pro jednotlivé země a vlády. Tlak vyvíjený na zastavení růstu nákladů podtrhuje nutnost lépe porozumět tomu, jaké je optimální využití zdrojů na zdravotní péči a ošetrovatelství. Manažeři a vedoucí pracovníci v ošetrovatelství musí používat přístupy a nástroje, které jim pomohou dostat náklady pod kontrolu a zároveň dosáhnout požadovaných výsledků péče. Jednou z těchto metod je analýza nákladové efektivity.

#### **Definice nákladové efektivity a efektivity péče**

Zdravotnické služby jsou poskytovány v rámci omezení daných finančními a lidskými zdroji a je proto důležité, aby byly důkladně zváženy náklady na zdravotní péči a její přínosy. Často slyšíme, že sestry jsou „nákladově efektivní“ nebo že poskytují „efektivní péči“. Pochopení těchto výrazů je pro rozhodování o optimálním využití zdrojů zásadní.

Analýza nákladové efektivity umožňuje orgánům a činitelům s rozhodovací pravomocí měřit zdravotní přínosy měřítkem „zdraví“ a nikoli peněžním měřítkem, a to pomocí zdravotních výsledků, jako je například počet průjmových onemocnění, kterým bylo zabráněno, počet zachráněných let života nebo lepší kvalita života (Neumann 2005). Pomocí této analýzy se porovnáním dvou nebo více zdravotnických intervencí určuje, která intervence dosahuje konkrétního výsledku při nižších nákladech. Analýzu nákladové efektivity lze například provést porovnáním očkování prováděných lékaři s očkováními prováděnými sestrami a stanovit tak, která skupina dosahuje lepších výsledků při nižších nákladech. Dalším příkladem je porovnání dvou léků na vysoký tlak s cílem zjistit, který lék má požadovaný účinek za nižší cenu.

Intervence se porovnávají z hlediska ceny a zdravotních výsledků či přínosů. Cílem je dosáhnout požadovaných výsledků zdravotní péče s využitím menšího objemu zdrojů, což nás přivádí k souvisejícímu konceptu „efektivity péče“.

Při analýze nákladové efektivity musíme uvažovat také „efektivitu péče“: jedná se o péči, která je založená na vědeckých důkazech a přináší požadované výsledky (Newhouse & Poe 2005). Co se týče sester, je efektivita péče míra, do jaké jsou vyřešeny zdravotní problémy a dosaženy výsledky. Pokud k této definici přidáme nákladovou efektivitu, znamená to, že sestry dosahují zamýšlených zdravotních výsledků za nižší náklady, přičemž základním prvkem je zde kvalita.

Sestry přinášejí samostatně i jako členové a koordinátoři zdravotnických týmů péči zaměřenou na člověka blíže ke komunitám, kde je nejvíce zapotřebí, a tím pomáhají zlepšovat zdravotní výsledky a celkovou nákladovou efektivitu služeb (WHO 2010d).

## **Efektivní poskytování služeb pro zdravotnické systémy spojující nákladovou efektivitu s efektivní péčí**

### **Primární zdravotní péče a zdravotní péče zaměřená na člověka**

Etický kodex ICN pro sestry (ICN 2012b) potvrzuje čtyři základní druhy odpovědnosti sester: odpovědnost za podporu zdraví, za prevenci onemocnění, navrácení zdraví a zmírnění utrpení (ICN 2012b). Sestry také hrají zásadní roli při poskytování zdravotnických služeb, k nimž mají všichni rovný přístup a které zahrnují celé kontinuum péče, jsou zaměřené na člověka a na rodinu, založené na důkazech a jejich kvalita se průběžně zlepšuje.

Nepřenosná chronická onemocnění, například srdeční onemocnění, rakovina, chronická respirační onemocnění a cukrovka a problémy v oblasti duševního zdraví jsou celosvětově nejčastější příčinou mortality a hendikepů (Lozano, et al. 2012, Vos T et al. 2012). Sestry jsou dobře informovány o běžných rizikových faktorech nepřenosných onemocnění – užívání tabákových výrobků, škodlivá konzumace alkoholu a nezdravá strava. Vzhledem ke své práci v oblasti podpory zdraví a prevence onemocnění jsou sestry zároveň základem pro úspěch ve změnách chování jednotlivců a komunit. Prostřednictvím přístupu k podpoře zdraví a prevenci onemocnění

**Důkazy z více zemí nasvědčují tomu, že zdravotnické systémy založené na výrazném zaměření na primární zdravotní péči dosahují lepších a spravedlivějších zdravotních výsledků, jsou efektivnější, mají méně nákladů a mohou vést k vyšší spokojenosti uživatelů než systémy, které se na primární zdravotní péči zaměřují pouze okrajově.**

Pan American Health Organization (2007)

zaměřeného na celý lidský život od útlého věku až do stáří pomáhají sestry snižovat výraznou zátěž spojenou s onemocněními a s tím spojené náklady na zdravotní péči. Sestry také hrají klíčovou roli při prosazování změn ve struktuře zdravotnictví zaměřených na podporu zdraví a prevenci onemocnění.

Za tímto účelem je důležité mít na paměti, že preferovanou a efektivní metodou poskytování základních zdravotnických služeb za cenu, kterou si vlády a komunity mohou dovolit, je primární zdravotní péče (WHO 2008a). Národní zdravotnický systém je efektivnější, pokud je založen na primární zdravotní péči zahrnující řadu základních všeobecně a spravedlivě dostupných zdravotnických služeb financovaných z veřejného rozpočtu. Tento přístup volá po přesunu zaměření zdravotní péče z nemocniční péče na nákladově efektivní intervence zaměřené na komunitu, které mohou poskytovat sestry. Jak potvrdila komise Commission on Macroeconomics and Health (CMH 2001), zdravotní služby zaměřené na klienta mohou poskytovat sestry za cenu přibližně 34 USD na osobu s využitím přístupu primární zdravotní péče.

Přesto se zdravotnické systémy po celém světě zaměřují především na nemocniční a terciární péči, zatímco efektivita a bezpečnost primární péče stojí poněkud stranou pozornosti (Iha 2008). To nakonec vedlo až k neefektivním zdravotnickým systémům s vysokými náklady a špatnými zdravotními výsledky.

**Zaměření ošetřovatelství na primární zdravotní péči je ztělesněno v Etickém kodexu ICN pro sestry, který byl poprvé přijat v roce 1953 a je pravidelně revidován, a který potvrzuje, že “sestry mají čtyři základní druhy odpovědnosti: odpovědnost za podporu zdraví, za prevenci onemocnění, za navrácení zdraví a za zmírnění utrpení”.**

ICN (2012b)

Primární zdravotní péči ve většině zemí poskytují sestry, které tak mají jedinečnou příležitost k zaměření péče na člověka a k tomu, aby byly služby efektivnější a aby k nim měli všichni rovný přístup. Sestry často žijí přímo v komunitách, kde poskytují služby, a znalost místní kultury a jazyka jim dává jedinečný pohled na zdravotní problémy a potřeby obyvatel. Právě tato přítomnost sester

v přední linii zdravotnických služeb, kde poskytují celé kontinuum péče, je určujícím znakem ošetrovatelství (ICN 2008b). Sestry jsou základním kamenem poskytování zdravotní péče zaměřené na člověka, kontinuitu péče, komplexnost a slučování služeb jako na základní prvky celostní péče.

### **Rozšiřování ošetrovatelské praxe pro zvýšení dostupnosti a kvality**

Mnoho zemí se snaží zlepšit poskytování zdravotní péče revizí rolí jednotlivých zdravotnických pracovníků včetně sester: zpřístupnění nových rolí s rozšířenými kompetencemi sestram by totiž mohlo zlepšit dostupnost péče (OECD 2010).

**Rozšíření kompetencí v ošetrovatelství:** Stále více zemí zavádí pro sestry role s rozšířenými kompetencemi nebo tuto možnost zkoumá. ICN definuje ošetrovatelství s rozšířenými kompetencemi takto: „*Ordinující sestra (Nurse Practitioner, NP) či sestra s rozšířenými kompetencemi (Advanced Practice Nurse, APN) je registrovaná sestra, která získala soubor odborných znalostí, komplexní rozhodovací dovednost a klinické kompetence pro rozšířenou praxi, jejíž povaha je dána kontextem a zemí, v níž má povolení k provozování praxe. Pro vstup do této profese se doporučuje magisterský titul*“ (ICN 2009a).

Vzhledem k demografickým změnám v populaci, zvyšujícím se nákladům a problémům spojeným s dostupností péče zvažuje mnoho zemí zavedení rolí s rozšířenými kompetencemi ve snaze snížit náklady a zvýšit dostupnost péče pro pacienty a spokojenost pacientů.

Hodnocení ukázalo, že sestry s rozšířenými kompetencemi (APN) mohou zlepšit dostupnost péče a snížit čekací dobu. Sestry s rozšířenými kompetencemi mohou mnoha pacientům poskytnout stejnou kvalitu péče jako lékaři, například pacientům s méně závažnými onemocněními a pacientům vyžadujícím rutinní kontroly. Většina hodnocení zjistila vysoký podíl spokojených pacientů, zejména proto, že sestry většinou s pacienty tráví více času a poskytují jim informace a poradenství (OECD 2010).

**Předepisování léků sestrami:** Inovativním, ale stále běžnějším pokrokem v poskytování zdravotní péče je zavádění předepisování léků registrovanými sestrami. Předepisování léků sestrami může ušetřit náklady pacientovi (doprava, čas a peníze) i celému zdravotnickému systému tím, že ušetří lékařům čas, který mohou věnovat akutnějším a složitějším případům, a že vzhledem k včasné léčbě v rámci komunity sníží počet pacientů vyžadujících neodkladnou péči a hospitalizaci. Kromě toho může zejména v nedostatečně obslužených oblastech a pro znevýhodněné skupiny představovat zvýšení dostupnosti a může také zvýšit možnost výběru pro spotřebitele a zefektivnit řízení zdrojů (ICN 2009b, Kroezen 2012). Důkazy z různých zemí potvrzují bezpečnost předepisování léků sestrami a ukazují, že je většinou vnímáno pozitivně, což potvrzuje přehled literatury (Latter & Courtenay 2004) i systematické přezkoumání (Van Ruth et al 2008).

### **Efektivní řízení pro zdravotnické systémy spojující nákladovou efektivitu s efektivní péčí**

Úsilí o nákladovou efektivitu a efektivitu péče pohání reformy zdravotnických systémů s cílem dosáhnout zdravotních výsledků za dostupnou a udržitelnou cenu. V dnešních složitých zdravotnických systémech nemůže ani jedna zdravotnická profese tvrdit, že pouze ona má znalosti, které by mohly napomoci ke zdraví. Proto je potřeba, aby spolu různé zdravotnické profese spolupracovaly a kombinací svých kompetencí tak poskytovaly celostní péči (ICN 2004; Bower et al. 2003). Obnovuje se tedy zájem o objevování lepších způsobů, jak poskytovat zdravotnické služby, které splňují zdravotní potřeby jednotlivců, rodin a komunit. V době zvýšené poptávky spotřebitelů, měnící se epidemiologie onemocnění a narůstajícího počtu chronických onemocnění vyžaduje poskytování kvalitní a nákladově efektivní péče lépe koordinovaný a týmový přístup, k němuž mají sestry vhodné předpoklady.

#### **Týmový přístup**

Týmový přístup nabízí udržitelné řešení problémů s poskytováním služeb, kterým dnes čelí zdravotnické systémy po celém světě. Týmová práce založená na spolupráci se v dnešní době očekává. Navzdory rostoucímu povědomí o potenciálních přínosech týmového přístupu k péči a v mnoha zdravotnických organizacích efektivní týmová práce chybí, což má negativní dopady na výsledky pacientů (Lemiex-Charles & McGuire 2006). Překážky bránící týmovému přístupu a praktické spolupráci jsou přisuzovány několika faktorům včetně nedostatečné struktury, nedostatečné systémové podpory, soutěživosti, profesionální hierarchie a častých personálních změn vzhledem k práci na směny a převozům pacientů. Všechny tyto faktory koordinaci a týmovou práci komplikují (ICN 2004; Storch 1994).



Týmový přístup může být efektivní při poskytování komplexních služeb primární zdravotní péče i při občasně a trvalé péči o zvláštní skupiny pacientů (Bower et al. 2003). Sestry hrají zásadní roli jak v kontinuitě péče, tak v koordinaci služeb poskytovaných různými zdravotnickými pracovníky, kde jsou důležité vztahy a komunikace mezi jednotlivými profesemi. Některé výzkumy nicméně naznačují, že vztahy mezi lékaři a sestrami jsou často špatné. A špatné vztahy mezi lékaři a sestrami mohou zvyšovat riziko nežádoucích událostí, chyb a nepříznivých výsledků pacientů (Rosenstein & O'Daniel 2005; IOM 1999). Oproti tomu zlepšení vztahů, koordinace péče a týmová práce snižuje počet pochybení a zvyšuje kvalitu péče, výsledky pacientů a jejich spokojenost (IOM 1999). Dobré vztahy mezi sestrami a lékaři jsou například jednou z vlastností nemocnic splňujících standard Magnet, kde mají sestry silnou pozici a jsou se svou prací spokojené, což ústí v kvalitní péči (Laschinger et al. 2003).

Jako hlavní poskytovatelé primární zdravotní péče ve většině zemí sestry rozumí výhodám poskytování integrované zdravotní péče a nutnosti vytvářet a posilovat spolupráci a partnerství. Sestry jsou každý den v předních liniích zdravotní péče a jsou proto v mnoha situacích vůdčími osobnostmi v multidisciplinárních zdravotnických týmech. Vzájemná závislost poskytovatelů zdravotní péče je základním stavebním kamenem pro spolupráci a integraci kompetencí. Spolupráce v praxi nezahrnuje pouze pracovní vztahy mezi sestrami a lékaři, ale také další zdravotnické pracovníky, jako jsou farmaceuti, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci, psychoterapeuti a podobně. Kombinace profesí se bude v konkrétních případech lišit podle zaměření a priority v závislosti na různých kulturních kontextech a místních podmínkách (ICN 2004). Při profesní spolupráci dochází k přesunování a sdílení úkolů a integraci znalostí pro poskytování péče zaměřené na člověka.

Týmový přístup je ústředním bodem zdravotní péče zaměřené na člověka a sestry zásadním způsobem přispívají k fungování a efektivitě zdravotnických týmů. Při složitosti dnešních systémů poskytování zdravotní péče není možné, aby jedna skupina zdravotníků poskytovala celé kontinuum péče zaměřené na člověka a pro koordinaci a kontinuity péče je nutný systém konzultací, propojení a doporučení (ICN 2004). Sestry jsou pojítkem, které drží zdravotnické systémy pohromadě, díky svým kompetencím k řízení dynamiky týmových interakcí. Proto je třeba zavést nové uspořádání zdravotnických systémů, kde bude optimalizován přínos sester jak ke zdravotním týmům obecně, tak přímo k péči zaměřené na člověka.

**Efektivní komunikace:** Efektivní komunikace je základním kamenem bezpečnosti pacientů a kvality zdravotní péče. Neefektivní komunikace v rámci zdravotnického týmu je naopak příčinou téměř 66 procent všech pochybení zdravotnických pracovníků (Institute for Health Care Communication 2011). Důkazy získané výzkumem ukazují, že existuje silný kladný vztah mezi komunikačními schopnostmi členů zdravotnického týmu a schopností pacienta dodržovat léčebná doporučení, samostatně řídit péči o své chronické onemocnění a přijmout preventivní zdravotní opatření (Institute for Health Care Communication 2011).

Efektivní komunikace mezi členy zdravotnického týmu ovlivňuje kvalitu pracovních vztahů i pracovní spokojenost a má vliv na bezpečnost pacienta. Tam, kde dobře funguje komunikace týkající se stanovování úkolů a odpovědností, dochází ke značnému snížení fluktuace sester a ke zvýšení pracovní spokojenosti, protože tato komunikace vytváří kulturu vzájemné podpory (Lein & Wills 2007).

Pokud pacienti nerozumí své diagnóze a důležitosti preventivních a léčebných plánů nebo jsou pro ně vzhledem ke komunikačním problémům zdravotnické služby nedostupné, může dojít ke vzniku nežádoucích událostí vedoucích ke škodám a plýtvání. Stejně tak je důležité i to, aby sestra měla porozumění pro pacienta. Existují důkazy, že to, jak pacient vnímá kvalitu poskytované zdravotní péče, závisí na kvalitě interakcí s poskytovatelem této zdravotní péče (Wanzer et al. 2004).

Vzhledem k tomu, jak je efektivní komunikace důležitá pro zvýšení bezpečnosti pacienta a kvality péče i pro pracovní spokojenost členů týmu, je třeba v rámci organizace přiřadit vysokou prioritu komunikačním schopnostem sester a dalších zdravotníků.

**Společným učením a prací k lepšímu zdraví:** Přehnaný důraz kladený na nemocniční vzdělávání a profesní segregace brání zdravotníkům v přípravě na týmovou práci a vedení v moderních

zdravotnických systémech (Frenk et al. 2010). Jedním ze slibných řešení je meziprofesní vzdělávání, kdy se v určité fázi vzdělávacího procesu společně učí studenti různých zdravotnických profesí (WHO 2010d). Efektivní meziprofesní vzdělávání zvyšuje vzájemný respekt jednotlivých zdravotnických profesí, odstraňuje negativní stereotypy a v praxi podporuje přístup zaměřený na pacienta (Reeves et al. 2008). Pokud má být týmový přístup a praktická spolupráce efektivní, je důležité, aby vzdělávací instituce poskytovaly příležitosti ke společnému učení.

### **Sdružování problémů a sdílení řešení**

Sestry mají ideální postavení pro rozpoznání a řešení problémů, které mohou přispět k vývoji nákladově efektivnějšího systému s vyšší efektivitou péče. Spolupráce sester na definování problémů, kterým čelí, i řešení, která již vyzkoušeli, může představovat velký přínos (Benton et al. 2003). Jednotlivě měly sestry na vedoucích pozicích více problémů než řešení, společně ale skupina našla širší škálu řešení, než byl počet problémů, s nimiž se sestry potýkaly. Zprostředkování krátkých setkání zaměřených na řešení může přinést nové pohledy na věc a odstartovat změnu.

### **Role sester v managementu pro efektivní zdravotnické systémy**

Role sester v efektivním managementu pro zdravotnické systémy, které efektivně využívají náklady a poskytují efektivní péči, zahrnuje široké spektrum činností včetně řízení nákupu, boje proti padělaným léčivům a odolnosti vůči antimikrobiálním látkám a předcházení přehnanému předepisování léčiv.

**Řízení nákupu:** Vzhledem ke stoupajícím nákladům na zdravotní péči se od sester očekává, že budou hrát aktivní roli v řízení zdrojů zdravotní péče včetně vybavení a zásobování. Vedoucí pracovníci v ošetrovatelství hrají důležitou roli v rozdělování zdrojů a rozhodnutích týkajících se rozpočtu. Zároveň musí sestry využívat zásoby a vybavení efektivně a měly by mít přehled o tom, jaké jsou náklady na zásoby a jak dochází k plýtvání. Nošení rukavic při stlání postelí je například plýtváním a může vést k jejich nedostatku v situacích, kdy jsou nejvíce zapotřebí, například při převazování ran nebo jiných úkonech, které vyžadují vysokou úroveň kontroly infekce. Sestry musí poznat, kdy je úroveň zásob a vybavení nedostatečná a kdy je ohrožena bezpečnost pacientů, protože je jejich etickou povinností zasazovat se o dodání potřebných zásob (ICN 2012a).

Uvážlivé používání zásob a používání správných výrobků je pro nákladově efektivní péči zásadní. Sestry se nicméně při používání zásob musí vystříhat „šetření na nesprávných místech“. Opakované použití vybavení určeného k jednorázovému použití, jako jsou například injekční stříkačky nebo katetry, může působit ekonomicky, ale případné infekce přenesené tímto způsobem náklady na zdravotní péči zvyšují (Ellis & Hartley 2005). Zejména opakované používání injekčních stříkaček může vést k tak závažným a dlouhodobým problémům, jako je hepatitida B, hepatitida C a HIV (Centers for Disease Control and Prevention 2011) a bezpečnost pacientů musí mít před zohledňováním nákladů přednost. Nákupní a ošetrovatelská oddělení musí spolupracovat na stanovení nejlepších výrobků pro zamýšlené použití a musí být zaveden systém řízení dodavatelského řetězce, aby tak bylo zajištěno, že budou za rozumnou cenu dodány správné zásoby ve správných objemech a správném čase (Ellis & Hartley 2005; McMahon et al. 1992).

Hlavním úkolem řízení zásob je zajistit dostatečnou úroveň zásob, která umožní poskytování adekvátních služeb. Nedostatek zdrojů má ve zdravotní péči závažné následky pro kvalitu péče a pro pracovní prostředí sester a dalších zdravotníků.

**Boj proti padělaným nebo falešným léčivům:** Mezi oblasti pozornosti sester patří i nákladová efektivita, efektivita péče, kvalita péče a bezpečnost pacientů. Vzrůstající výskyt padělaných nebo falešných léčiv představuje závažnou hrozbu bezpečnosti pacientů: falešné léky mohou omezit nebo dokonce ohrozit práci zdravotnického týmu a kvalitu péče. Padělané zdravotnické výrobky nejenže nezaručují bezpečnost a jsou neefektivní, ale mohou také vést k plýtvání zdrojů a promeškání příležitosti k léčbě nebo prevenci onemocnění (World Health Professions Alliance 2011).

Padělané zdravotnické výrobky zvyšují náklady na zdravotní péči tím, že zvyšují zátěž spojenou s nemocemi a dokonce i s úmrtími, ohrožují zdraví veřejnosti zvyšováním rizika odolnosti vůči antimikrobiálním látkám a ohrožují důvěru pacientů ve zdravotnické pracovníky a zdravotnické

systemy. Proto se rada ICN spojila s jinými zdravotnickými organizacemi po celém světě ve své snaze zvýšit povědomí o nebezpečích spojených s falešnými léčivými. Kampaň Fight the Fakes ([www.fightfakes.org](http://www.fightfakes.org)) si klade za cíl mobilizovat organizace a jednotlivce k boji proti zločinnému obchodu s falešnými lékařskými výrobky, který často projde bez ohlášení, ale je stále rozšířenější.

Sestry pracují v přední linii zdravotní péče, kde vydávají a stále častěji také předepisují léky, a to zejména v prostředí primární zdravotní péče. Mají tedy dobrou pozici k tomu, aby sledovaly účinky a vedlejší účinky léků, a musí si bedlivě všimnout známek možného padělatelství, jako je neodpovídající balení a označení. Sestry také hrají zásadní roli při vzdělávání veřejnosti ohledně nebezpečí spojených s kupováním léčiv na internetu jinak než prostřednictvím legitimních internetových lékáren nebo v pouličním prodeji od neautorizovaných zdrojů.

*„Jako výkonný ředitel Mezinárodní rady sester vím, jak důležitá je důvěra pacientů v sestry, které chtějí odvádět co nejlepší práci a zajistit brzké uzdravení svých pacientů. Pokud je pacientům vydáno falešné léčivo, mohou ztratit důvěru ve zdravotníky, kteří se jim snaží pomoci.“*

David Benton, Fight The Fakes (2013)

Jak ukázal průzkum *Gallup Honesty and Ethics Poll* provedený v USA, pacienti i veřejnost mají k sestřím velkou důvěru. V roce 2013 i v mnoha předchozích letech průzkum Gallup Poll ukázal, že vysoký podíl americké veřejnosti označuje čestnost a etické standardy sester jako „vysoké“ nebo „velmi vysoké“ (Gallup 2013). Zaměření na boj proti padělaným léčivům dává sestřím vynikající možnost, jak přispět k zajištění bezpečnosti pacientů a obnovení důvěry veřejnosti ve zdravotní péči.

Další důležitou úlohou sester související s léčivý a nákladovou efektivitou je zabránit vícečetnému užívání léků na předpis neboli polypragmazi.

**Řízení vícečetných předpisů:** V době komorbidit, kdy lidé žijí s více chronickými onemocněními, často výrazné množství pacientů užívá více léků na předpis. Sestry ví, jak problematické je péče o starší pacienty s chronickými onemocněními, kteří často užívají více léků na předpis, navštěvují různé lékaře a mohou dostávat navzájem neslučitelné lékařské rady a předpisy.

Příliš mnoho léků na jednoho pacienta – polypragmazié – představuje formu iracionálního užívání léčiv, které vede k plýtvání zdroji a četným zdravotním rizikům (WHO 2012d). Ve Spojeném království průzkumy naznačují, že mezi roky 1995 a 2010 se ztrojnásobil počet pacientů, kteří užívají 10 nebo více léků (Duerden et al. 2013). Užívání více léků na předpis má negativní důsledky a může vést k nežádoucím událostem, mezi něž patří například vzájemné ovlivňování léků. Stále ale zůstává problémem a ukazuje se, že je těžké mu předcházet. V současné době převládá všeobecné mínění, že do budoucna je nejlepší metodou péče o osoby trpící více onemocněními tzv. integrovaná péče.

Mezi intervence, které předcházejí polypragmazií a podporují racionální používání léčiv, patří (WHO 2012c):

- školení lékařů a dalších pracovníků, kteří předepisují léky,
- používání klinických pokynů,
- vytvoření a využívání národních seznamů základních léčiv,
- ustavení komisí pro léky a terapeutické prostředky v jednotlivých obvodech a nemocnicích,
- zajištění dohledu, auditů a zpětné vazby pro zdravotnický personál,
- vzdělávání veřejnosti ohledně nebezpečí spojeného s polypragmazií,
- zamezení nevhodným finančním pobídkám pro osoby, které léky předepisují, aby nebyly finančně motivovány k vydávání většího počtu předpisů.

K tomu, aby bylo zajištěno užívání léčiv tak, jak bylo zamýšleno, je také potřeba více pracovat s pacienty. Je potřeba pacienty vzdělávat, aby rozuměli přínosům užívání předepsaných léků a vyhýbali se situacím, kdy se s léky plýtvá. Sestry, které pracují v předních liniích zdravotní péče v nemocnicích a komunitním prostředí, mohou v tomto vzdělávání hrát významnou roli. Cílem je změnit chování pacientů a také chování lékařů a dalších zdravotnických pracovníků, kteří léky předepisují.

### **Efektivní zdravotnický personál pro zdravotnické systémy spojující nákladovou efektivitu s efektivní péčí**

Je zcela zásadní, aby plány v oblasti zdravotnického personálu odpovídaly potřebám obyvatelstva. Pro poskytování potřebných zdravotnických služeb musí být využita správná kombinace zdravotnických pracovníků. Jednou z významných překážek v boji za celosvětově dostupné služby základní zdravotní péče je závažný nedostatek zdravotnických pracovníků a jednou z možností, jak tento problém řešit, je „přesun“ nebo „sdílení“ kompetencí. Přesun kompetencí (*task-shifting*) je proces delegování úkolů na méně specializované zdravotnické pracovníky. Díky reorganizaci pracovní síly a sdílení odpovědnosti představuje přesun kompetencí použitelný způsob, jak zlepšit dostupnost zdravotní péče, a umožňuje efektivní využití lidských zdrojů (WHO 2008b).

Jak bylo uvedeno dříve, důkazy ukazují, že vyšší počet kvalifikovaných sester je spojen s nižší úmrtností pacientů a menším počtem nežádoucích událostí (Aiken et al, 2014). Rozsáhlý průzkum provedený v Anglii dokonce ukázal, že čím více bylo zaměstnáno zdravotnických asistentů oproti registrovaným sestřím, tím vyšší byl podíl úmrtí v nemocnicích, zatímco větší počet sester na jedno lůžko byl spojen s nižší úmrtností v důsledku léčitelných komplikací (tzv. *failure to rescue*) (Griffiths et al. 2013).

Co se týče úrovně vzdělání, důkazy ukazují, že zvýšený důraz na bakalářské vzdělání sester by mohl snížit počet úmrtí hospitalizovaných pacientů, kterým bylo možné předejít (Aiken et al. 2014).

Při plánování efektivní pracovní síly jsou pro přilákání a udržení personálu důležité nejrůznější pobídky, stejně jako motivování pracovníků a zvyšování jejich výkonnosti. Pobídky mohou být pozitivní, negativní, finanční nebo nefinanční, hmotné i nehmotné (ICN 2005a). Nefinanční pobídky, například ve formě pracovní nezávislosti, flexibilní pracovní doby a rozvrhu, uznání za práci, koučování a mentorování a kariérního rozvoje, navíc hrají důležitou roli ve výkonnosti personálu (Mathauer & Imhoff 2006).

Pokud není zvaženo zavedení vhodného systému pobídek, může jeho absence mít nepříznivé důsledky, například úbytek zaměstnanců nebo vyšší organizační náklady. V Ugandě a Tanzanii například zavedení lepších platů pro pracovníky veřejného zdravotního sektoru podle zpráv vedlo k internímu přesunu zdravotnických pracovníků ze zařízení založených na víře do státem poskytovaných služeb a k jejich odchodu z mnoha oblastí, kde byly pro chudé a nedostatečně pokryté komunity k dispozici právě jen služby založené na víře (Dambisya 2007). Také v Ghaně došlo k podobné situaci, když byla zavedena možnost proplácení přesčasů lékařům a sestřím, přičemž pro sestry byla částka nepoměrně nižší. Sestry přijaly tento krok s rozhořčením a má se za to, že zvýšil jejich migraci (Pooja 2007).

V mnoha zemích způsobil chronický nedostatek investic do zdravotnického sektoru společně se špatnými pracovními podmínkami a směrnicemi, jako jsou například nízké platby, velká pracovní zátěž a vystavení pracovním rizikům, zhoršení 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 (ICN 2013a).

Při těchto nepříznivých pracovních podmínkách je nepravděpodobné, že budou sestry dosahovat optimálních pracovních výkonů, a v důsledku toho je tedy zároveň nepravděpodobné, že se podaří dosáhnout požadovaných zdravotních výsledků. Toto nezdravé pracovní prostředí nutí sestry hledat lepší pracovní podmínky a platové ohodnocení v jiných zemích, čímž se nedostatek pracovníků v ošetrovatelství v jejich rodných zemích ještě zhoršuje. Hlavními důvody pro migraci jsou nedostatek podpory ze strany nadřízených, neúčast na rozhodování, nedostatek zásob a vybavení, chybějící kariérní postup a vysoká pracovní zátěž (Kingma 2008; WHO 2006). Možným řešením pro zlepšení této situace je zavedení inovací na pracovišti známých jako „prostředí pozitivní praxe“. Jedná se o prostředí, které podporuje vynikající praxi a dobře odváděnou práci. Takové prostředí usiluje zejména o zajištění zdraví, bezpečnosti a osobní pohody personálu, podporu kvalitní péče o pacienty a zlepšení motivace, produktivity a výkonnosti jednotlivců i organizací (ICN 2013a). Mezi přínosy těchto prostředí patří nižší počet pracovních absencí a fluktuace zaměstnanců, zvýšení morálky a produktivity personálu a vyšší pracovní výkonnost (ICN 2013a).

Podpora atmosféry komunikace a dobrého vedení v pracovním prostředí vytváří pozitivní vztah k pracovišti a zvyšuje spokojenost zaměstnanců (Registered Nurses Association of Ontario 2006). Sestry uváděly větší spokojenost s prací a méně obav o kvalitu péče v nemocnicích s lepším prostředím pro ošetrovatelskou praxi (Aiken et al. 2008). Studie také zjistila, že v nemocnicích s lepším prostředím pro péči bylo u pacientů výrazně sníženo riziko úmrtí a úmrtnost v důsledku léčitelných komplikací.

Nemocnice, které splňují standard Magnet, se například vyznačují přehledným vedením, které zvyšuje kvalitu péče o pacienty, dobrou práci sester a praktické inovace. Pro tyto nemocnice je typická autonomie a kontrola pracovníků nad pracovním prostředím a také dobré vztahy mezi sestrami a lékaři. Vzhledem ke kvalitnímu pracovnímu prostředí se nemocnice splňující standard Magnet úspěšně vyhýbají nedostatku sester a problémům s náborem zaměstnanců (Joint Commission 2005).

Před sestrami na vedoucích pozicích a rozhodovacími orgány stojí výzva vytvořit jako prostředek ke zlepšení výkonnosti pracovní síly a kvality péče prostředí pozitivní praxe, a to pomocí kombinace finančních a nefinančních pobídek schopných pružně reagovat a efektivně plnit cíle politiky nábory a udržení pracovníků.

### **Určení alokace zdrojů na ošetrovatelství**

V celosvětovém měřítku není ošetrovatelství v platech nemocnice vyhrazen příliš velký podíl, přestože se jedná o nejpočetněji zastoupenou zdravotnickou profesi a přestože představuje v nemocničním rozpočtu výraznou část nákladů (Sermeus et al. 2008). Jak bylo uvedeno v předchozí kapitole, mnoho zdravotnických systémů neodděluje náklady na ošetrovatelství a namísto toho je zahrnuje do nákladů na pokoj. Porozumění tomu, jak je práce sester využívána, je pro efektivitu nákladů i péče ve zdravotnických systémech zcela zásadní. Výzkumy ukazují, že přežití a komplikace vedoucí k dalším nákladům jsou úzce propojeny s ošetrovatelskou péčí. Obecné personální stavy a počet ošetrovatelských pracovníků většinou do určité míry závisí na finančních zdrojích nemocnice a na platovém ohodnocení ošetrovatelských pracovníků.

Ve většině zemí není v systému financování nemocnic nijak zohledněn typ případů vyžadujících ošetrovatelskou péči, přestože mezi jednotlivými podobnými chirurgickými i nechirurgickými obory i v rámci nich dochází ke značným rozdílům v intenzitě ošetrovatelské péče a přímých nákladech na ošetřování (Welton et al. 2006). Intenzitou ošetrovatelské péče se má na mysli objem přímé i nepřímé péče o pacienta nutný pro výkon ošetrovatelské funkce a faktory, které mají vliv na objem práce požadované pro poskytování péče (Morris et al. 2007). Pod širší pojem intenzity ošetrovatelské péče spadají pojmy pracovní zátěže ošetrovatelských pracovníků, akutnosti jednotlivých případů a doby potřebná k poskytnutí péče pacientovi.

Pro zajištění zastoupení sester ve finančním systému zdravotnictví a také pro měření intenzity ošetrovatelské péče byly vyvinuty klasifikační systémy pacientů v oblasti ošetrovatelské péče. Tyto systémy jsou ale často aplikovatelné pouze na konkrétní ošetrovatelské specializace a nedaří se jim najít širší uplatnění. V rámci své činnosti v oblasti rozvoje ošetrovatelství zveřejňuje rada ICN již od roku 1989 Mezinárodní klasifikaci ošetrovatelské praxe (International Classification for Nursing Practice, ICNP). ICNP je soupis terminologie či řízený slovník, který umožňuje sestřám po celém světě zaznamenávat svou praxi podobným způsobem. Tento postup zlepšuje komunikace, usnadňuje sdílení informací a umožňuje opětovné využívání dat k dalším účelům, jako je například:

- sledování nebo předpovídání trendů v ošetrovatelské praxi,
- přiřazování zdrojů na základě potřeb,
- ovlivňování zdravotnické politiky.

ICNP proto představuje pro ošetrovatelství důležitý nástroj (ICN, nedatováno).

Průzkum literatury ukázal, že země jako Dánsko, Itálie, Nizozemí, Portugalsko, Španělsko a USA hradí ošetrovatelství jako součást obecného poplatku za „pokoj a stravu“ a nijak dále neupřesňují povahu ošetrovatelské péče (Laport et al. 2008). To znamená, že nejsou zohledněny rozdíly v hodinách odvedené ošetrovatelské práce. V USA se nicméně ukázalo, že používání fixní sazby za pokoj podceňuje náklady na ošetrovatelskou péči o 32,2 % (Welton et al. 2006).

Většina zemí, které ošetrovatelskou péči zohledňují, používá průměrnou váhu ošetrovatelských zdrojů na skupinu v klasifikačním systému DRG (Diagnosis Related Groups), a to tak, že pobyty pacientů roztrídí do skupin podle klinické charakteristiky a využití zdrojů. Relativní váha představuje rozdíly v hodinách a minutách péče na předem specifikované úrovni, kterou může být úroveň pacientů, úroveň DRG nebo úroveň ošetrovatelského oddělení. Shrnuje spotřebu zdrojů jako funkci času potřebné ošetrovatelské péče. Na úrovni skupin DRG je například DRG s relativní váhou 4,0 čtyřikrát náročnější na ošetrovatelské zdroje než DRG s relativní váhou 1,0. Příklady průměrné váhy ošetrovatelských zdrojů na skupinu DRG je možné najít v systémech používaných v Austrálii, Kanadě, na Novém Zélandu a ve Švýcarsku (Laport et al. 2008).

Studie zabývající se alokací nákladů na ošetrování poskytují potřebné informace o vývoji průměrných vah ošetrovatelských zdrojů ve většině těchto zemí. Metoda průměrování nicméně nebere v úvahu proměnlivou intenzitu ošetrovatelské péče v rámci jednotlivých skupin DRG (Welton & Halloran 2005).

V řadě zemí byly vypracovány soubory základních ošetrovatelských dat (Nursing Minimum Data Sets, NMDS), které slouží k přesnému popisu ošetrovatelské péče a ošetrovatelských zdrojů. V Belgii se například pro ošetrovatelství používá systém vah založených na Belgických souborech základních ošetrovatelských dat (B-NMDS). Na základě těchto dat se jednotlivé dny hospitalizace rozřazují do 28 zón, aby bylo možné upravit přidělení zdrojů z rozpočtu podle rozdílných požadavků na ošetrovatelský personál. Tyto zóny berou v úvahu stupeň závislosti pacienta, závažnost nemoci, složitost péče a čas potřebný k poskytnutí péče. Standardní časy pro každou z kategorií systému klasifikace pacientů je možné stanovit použitím B-NMDS a vyhnout se tak pracovním metodám měření času (Sermeus et al. 2008; Sermeus et al. 2009).

Systém B-NMDS má velký potenciál pro použití v managementu ošetrovatelství a alokaci zdrojů na základě intenzity ošetrovatelské péče.

#### **CO MŮŽETE UDĚLAT**

- Zamyslete se nad tím, jak můžete dosáhnout nákladové efektivity a efektivity péče. Co byste změnili, aby se vám podařilo těchto dvou cílů dosáhnout?
- Jaké překážky stojí na vaší cestě za nákladovou efektivitou a efektivní péčí?
- Jak získáte podporu potřebnou pro uskutečnění změn?

Následující kapitola se zaměří na doloženou hodnotu ošetrovatelství pro zdravotnické systémy spojující nákladovou efektivitu s efektivitou péče prostřednictvím různorodých příkladů z různých zemí.





## Kapitola 4

### Hodnota ošetrovatelství pro nákladovou efektivitu a efektivitu péče zdravotnických systémů

***Klíčem k využití potenciálu organizace k vynikajícím výkonům je dát tento klíč do rukou lidí, kteří v ní pracují – James M. Kouzes.***

Existuje množství důkazů o tom, že ošetrovatelství je nákladově efektivním, přesto ale často podceňovaným a nedostatečně využívaným zdrojem zdravotní péče. Jak poznamenali účastníci nedávného setkání ICN a Světové banky, „*služby sester jsou v oblasti poskytování, řízení i politiky zdravotní péče využívány méně, než by bylo optimální, a nejsou v plném rozsahu využívány v mnoha prostředích, které by mohly těžit z integrovaného týmového přístupu*“ (ICN/World Bank 2014).

Sestry musí jasně formulovat a prezentovat hodnotu a nákladovou efektivitou ošetrovatelství 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 ošetrovatelství pro rozvoj plánování, řízení a politiky. Jak potvrzuje stanovisko ICN: „*Vzhledem k rostoucím zdravotním potřebám a nákladům na zdravotní péči, do které patří i náklady na poskytování ošetrovatelských služeb, musí sestry převzít iniciativu a definovat, zkoumat a hodnotit zdravotní výsledky a náklady své činnosti*“ (ICN 2001). Šíření výzkumu v oblasti hodnoty a nákladové efektivitě ošetrovatelství je zásadní součástí prosazování a ovlivňování zdravotnické politiky.

#### CO MŮŽETE UDĚLAT

- Zamyslete se nad tím, jak můžete použít dostupné závěry výzkumů ke zlepšení kvality péče. Co byste změnili a jak byste při zavádění změn postupovali?
- Jak byste postupovali při zavádění mechanismu pro sdílení výzkumu v ošetrovatelství a jiných oblastech jako návodu pro praxi?

Sestry poskytují zdravotnické služby ve školách, na pracovištích, ve vězeních a dalších komunitních prostředích. V rámci své práce se zasazují o zdraví, zachraňují životy a zlepšují kvalitu života. Jak to ale vypadá přímo tam, kde sestry poskytují služby spojující nákladovou efektivitu s efektivitou péče širokým vrstvám obyvatel? Níže jsou uvedeny příklady z řady různých zemí:

## Nákladová efektivita a efektivita péče u ošetrovatelských intervencí

Sestry poskytují nákladově efektivní služby v nejrůznějších prostředích, čímž šetří zdravotnickým systémům a vládám finanční i jiné zdroje. Literatura v oblasti ošetrovatelství a nákladové efektivity je rozsáhlá a různorodá. Tyto příklady z jednotlivých zemí ukazují hodnotu sester v oblasti nákladové efektivity a efektivity péče.

**Tchaj-wan – zlepšování duševního zdraví:** Sestry na Tchaj-wanu zavedli domácí péče založenou na nemocničním systému pro pacienty s duševním onemocněním. V porovnání s pacienty v konvenční ambulantní následné péči zlepšily tyto služby výsledky pacientů související s příznaky psychózy, fungováním ve společnosti a spokojenosti se službami. Průměrné náklady byly pro skupinu v domácí péči 1 430,6 USD a pro skupinu v konvenční péči 3 208 2 USD, což jasně ukazuje nákladovou efektivitu a efektivitu péče poskytované sestrami (Tsai et al. 2005).

**Španělsko – zlepšení funkčních schopností pacientů:** Model služeb domácí péče, který zahrnoval koordinaci péče (*case management*) řízenou sestrami, zefektivnil přístup ke službám a zdrojům zdravotní péče a zároveň měl kladný vliv na funkční schopnosti pacientů a zátěž pečovatелů spojenou se zvýšenou úrovní spokojenosti (Morales-Asencio et al 2008).

**Spojené království – snížení morbidit pacientů s onemocněním srdce:** V letech 2009 až 2010 vyšetřily specializované sestry nadace British Heart Foundation (453 sester) celkem 111 645 pacientů, uskutečnily 171 449 telefonních hovorů pacientům a odučily 9 658 hodin školení, čímž přispěly ke snížení počtu hospitalizací prostřednictvím intervencí vedených sestrami o 8 438. Pacienty navštěvovaly v jejich domovech i na klinikách, aby mohly sledovat jejich stav, upravovat dávky léků a poskytovat informace a podporu. Sestry ke své činnosti využily řadu modelů péče: ambulantní kliniky, domácí návštěvy i vzdálené sledování. Zhodnocení programu ukázalo, že sestry specializované na srdeční selhání snížily počet hospitalizací (z jakéhokoli důvodu) v průměru o 35 procent a po odečtení nákladů na sestry bylo dosaženo průměrných úspor ve výši 1 826 liber na pacienta. Došlo k významnému zlepšení kvality života a fyzického zdraví pacientů a sestry se specializací na srdeční selhání se staly základním pilířem multidisciplinárních komunitních služeb pro pacienty se srdečním selháním (Pattenden et al. 2004).

**USA – omezení domácího násilí:** U rodin, které během těhotenství a kojeneckého období děti navštěvovaly sestry, byl v porovnání s rodinami, u kterých domácí návštěvy neprobíhaly, zaznamenán výrazně nižší počet hlášení o špatném zacházení s dětmi, v nichž jako pachatel figurovala matka. Mezi ženami, které oznámily 28 nebo méně případů domácího násilí, měly ženy navštěvované sestrami výrazně nižší počet hlášení o špatném zacházení s dětmi než ženy, u nichž intervence neproběhla, a to během 15letého období (Eckenrode et al. 2000).

**USA – plánované těhotenství:** Ženy, které v domácnosti navštěvovaly sestry, měly menší počet následných těhotenství, menší počet těhotenství následujících těsně po sobě a menší počet měsíců, kdy využívaly finanční podporu a státní příspěvek na stravu. Domácí návštěvy měly trvalý účinek na životy žen žijících v městském prostředí (Kitzman et al. 2000).

**Japonsko – pozitivní vliv na duševní zdraví:** Studie ukázala, že u žen trpících postnatální depresí, které po čtyři týdny navštěvovala v domácnosti sestra se specializací na duševní zdraví, bylo v porovnání se ženami, které sestra nenavštěvovala, zaznamenáno výrazné zlepšení příznaků deprese. Tyto ženy také označily návštěvy v domácnosti za přínosné. Mezi ženami, které sestry navštěvovaly, a těmi, u nichž domácí návštěvy neprobíhaly, byly pozorovány výrazné rozdíly v oblasti lepších výsledků na fyzickém a obecném měřítku a měřítku prostředí i v celkovém průměrném výsledku na nástroji WHO pro hodnocení kvality života. Také psychologické měřítko ukázalo výrazné rozdíly mezi těmito dvěma skupinami. Kvalitativní analýza komentářů týkajících se přínosů návštěv v domácnosti našla čtyři kategorie přínosů v oblasti „uklidnění“, „ujasnění si myšlenek“, „zlepšení schopnosti vyrovnat se se situací“ a „zahnání pocitu odtážitosti od ostatních“. Tyto výsledky naznačují, že domácí návštěvy sester se specializací na duševní zdraví mohou přispět k pozitivním zdravotním a sociálním změnám u žen trpících postnatálními depresemi (Tamaki 2008).

## **Efektivita sester v péči o nemocné HIV/AIDS**

HIV/AIDS představuje významnou zátěž pro ošetrovatelský personál i zdravotnické systémy. Sestry jsou hlavními poskytovateli péče i služeb v oblasti prevence infekcí, boje se stigmatem spojeným s virem HIV a zlepšování dostupnosti antiretrovirové léčby.

**USA – snížení zátěže virových infekcí:** Studie zaměřená na efektivitu intervencí komunitních sester s rozšířenými kompetencemi (APN) u dodržování léčebných postupů pro HIV a psychiatrická onemocnění ukázala, že pacienti přidělení sestřím s rozšířenými kompetencemi, které poskytovaly komunitní řízení péče, navštěvovaly pacienty nejméně jednou týdně a po dobu jednoho roku koordinovaly zdravotní péči a péči o duševní zdraví svých klientů, měli v porovnání s kontrolní skupinou výrazně nižší zátěž spojenou s virovými infekcemi a zvýšený počet CD4 (Blank et al. 2011). Tento projekt ukazuje efektivitu komunitních sester s rozšířenými kompetencemi v poskytování individuálních intervencí, které zlepšují výsledky osob s HIV a současně se vyskytujícími závažnými duševními nemocemi.

**Čína – vyšší míra dodržování stanovené léčby:** Studie zaměřená na zkoumání efektu domácích návštěv sester doplněných telefonickými hovory na dodržování stanovené léčby a kvalitu života u uživatelů heroinu prokázala, že skupina, u které po dobu osmi měsíců probíhaly domácí návštěvy sester doplněné telefonickými hovory, v porovnání s kontrolní skupinou častěji uváděla dodržování braní léků a braní léků ve stanoveném čase. Intervence měly výrazný účinek po stránce fyzické i duševní kvality života i okolního prostředí a výskytu depresí. Domácí návštěvy a telefonní hovory efektivně podpořily dodržení antiretrovirové léčby a zlepšily kvalitu života a příznaky deprese u účastníků, jimiž byli uživatelé heroinu s HIV (Wang et al. 2010).

**Jižní Afrika – lepší zdravotní výsledky:** Studie, která zkoumala přesun kompetencí z lékařů na sestry, ukázala, že péče poskytovaná pacientům s HIV sestrami může být stejně efektivní, jako péče poskytovaná lékaři, a nabízí některé konkrétní přínosy. Mezi těmito přínosy bylo výrazně lepší zachycení nákazy tuberkulózou, vyšší počet bílých krvinek, přírůstek váhy a lepší dodržování léčebného plánu. Kromě toho při podávání antiretrovirotik sestrami namísto lékaři nebyla nijak negativně ovlivněna míra přežití. Zjištění ukazují, že při minimálním zaškolení a podpoře dokáží sestry poskytovat právě tak bezpečnou a efektivní péči o pacienty s HIV jako lékaři (Fairall et al. 2012).

### **Využití technologií k poskytování nákladově efektivní péče**

Sestry využívají technologie ke zvýšení dostupnosti zdravotní péče, zlepšení výsledků a snížení nákladů na péči. Důkazy ukazují, že péče poskytovaná prostřednictvím „telezdravotnictví“ (*telehealth*) má srovnatelné výsledky jako osobně poskytovaná péče, ale s nižšími náklady.

**Kanada – snížení délky hospitalizace:** Několik příkladů ukazuje, jak používání technologií při ošetrovatelské péči o pacienty v jejich domovech snižuje délku pobytu v nemocnici, počet opětovných hospitalizací a návštěv pohotovosti.

- Studie ukázala o 85 procent méně hospitalizací a o 55 procent méně návštěv pohotovosti u osob zaregistrovaných do programu telezdravotnické domácí péče v provincii New Brunswick. Telezdravotnická domácí péče také snížila počet domácích návštěv, které sestry musely vykonat, čímž zvýšila jejich produktivitu (Canadian Home Care Association 2006).
- Služba poskytování zdravotních informací a rad 24 hodin denně registrovanými sestrami po celé Kanadě snížila návštěv pohotovost, které nebyly neodkladné, až o 32 procent, a dosáhla vysoké úrovně spokojenosti a nízkých nákladů (Stacey, et al. 2004).
- Monitorování pacientů se srdečním onemocněním v jejich domovech prostřednictvím technologie pro telezdravotnickou domácí péči v Ottawě snížila opětovné hospitalizace u pacientů s angínou o 45 procent během jednoho roku (Woodend, et al. 2008).

**USA – služby pro venkovské komunity:** Specializované sestry provádí následné návštěvy u kojenců s onemocněním plic ve venkovských oblastech prostřednictvím telefonu. Program je

zaměřen na rodiny žijící ve venkovských oblastech, pro které je často obtížné opakovaně cestovat do vzdáleného zdravotnického střediska kvůli následné péči. Vyhodnocení programu, o němž se má za to, že je to první použití telefonické následné péče u kojenců, ukázalo, že program má podobné výsledky v oblasti rozvoje a zdraví jako tradiční modely péče, což naznačuje, že program úspěšně zvýšil dostupnost péče, aniž by ohrozil její kvalitu (AHRQ 2008).

### **Efektivita sester pro zdraví a rozvoj komunit**

Sestry se zapojují do širších otázek rozvoje a mobilizace komunit a také prosazují aktivity spojené se zdravím, včetně podpory zdraví a prevence nemocí. Informace o výsledcích a nákladové efektivitě se v této oblasti těžko získávají, následující příklad nicméně ukazuje roli sester při řešení sociálních determinantů komunitního zdraví.

**Mosambik – lepší život:** Projekt komunitního rozvoje pod vedením sester, který si kladl za cíl zlepšit životy žen, mládeže a dětí, zapojil do rolí vedoucích projektu ženská sdružení. Po zaškolení se ženy vrátily do svých komunit a ustanovily komise pro komunitní rozvoj, s nimiž poté spolupracovaly na určení prioritních potřeb, sdílely informace a řešily stanovené priority. Tyto ženy byly označeny jako *Promoterasy* („zastánkyně“) komunitního rozvoje a zdraví. *Promoterasy* přejaly odpovědnost za vedení školení, sestavování rozpočtu, provádění dohledu přímo v terénu a podávání hlášení. Hodnocení ukázalo, že projekt měl pozitivní přínos pro život lidí v oblastech, kde *Promoterasy* žily. Projekt přinesl jedno zásadní ponaučení: rozvoj je jako strom, musí růst ze země vzhůru – nelze jej lidem nařídít zvenčí (Ferrel 2002).

**Jižní Amerika – zvýšení dostupnosti:** Sestry mají dlouhou tradici spolupráce s nejrůznějšími poskytovateli zdravotní péče a komunitními skupinami a reagují na jejich potřeby. Poskytováním primární zdravotní péče se sestřím podařilo:

- zvýšit dostupnost, poskytovat základní péči a pomoci dostat onemocnění pod kontrolu a podpořit růst a rozvoj kojenců,
- pracovat na zlepšení zdraví dětí navštěvujících školní zařízení a zlepšit pokrytí očkování,
- přispět ke snížení mateřské úmrtnosti a zlepšit míru zachycení rakoviny prsu,
- mobilizovat komunity v chudých oblastech pro udržitelný rozvoj a pomoci zavést systémy sociální podpory (McElmury 2002).

### **Efektivita sester ve spojitosti s užíváním návykových látek**

Prevence užívání návykových látek je důležité pole působnosti ošetřovatelských pracovníků a výzkumy ukazují, že sestry jsou přínosem i v této oblasti.

**Thajsko – omezení rizikového chování:** Studie zkoumající efektivitu terapie zaměřené na zvýšení motivace u rizikových konzumentů alkoholu v prostředí jednotky primární péče ve venkovských oblastech Thajska ukázala, že terapie poskytovaná v jednotkách primární péče sestrami se jeví jako efektivní intervence u mužů konzumujících rizikové množství alkoholu (Noknoy et al. 2010).

**Kanada – zanechání kouření a řešení konzumace alkoholu:** Další příklad z Kanady ukazuje, že podpora a vzdělávání poskytované tzv. ordinujícími sestrami (Nurse Practitioner, NP) konzistentně vede ke snížení kouření a konzumace alkoholu, kratším dobám hospitalizací a vhodnějším návštěvám klinických zařízení, což snižuje náklady a zlepšuje výsledky (Murphy 2005).

### **Efektivita sester ve spojitosti s počtem a úrovní vzdělání sester**

Pracovní prostředí klade před sestry mnoho výzev. Patří mezi ně i zastoupení různých ošetřovatelských dovedností mezi pracovníky a pracovní zátěž pracovníků: čím nižší je počet sester a čím vyšší je pracovní zátěž, tím méně příznivé jsou výsledky pacientů. Další problém souvisí s úrovní vzdělání sester a jejím dopadem na výsledky pacientů.

**USA – snížení počtu úmrtí a omezení bolesti a utrpení:** Mnoho studií ukázalo, že vyšší počet a větší různorodost kvalifikovaných sester vede ke snížení mortality pacientů, míry infekcí dýchacích a močových cest a ran, počtu pádů pacientů, výskytu dekubitů a chyb zdravotnických pracovníků (Irvine & Evans 1995; Shields & Ward 2001).

**Evropa – lepší využití zdrojů:** Studie autorů Aiken et al. (2014) v devíti evropských zemích zaměřená na zhodnocení toho, zda má pracovní zátěž sester a jejich kvalifikace v oblasti vzdělání spojitost s mírou úmrtnosti v nemocnicích po běžných chirurgických zákrocích, ukázala, že:

- zvýšení pracovní zátěže sester o jednoho pacienta zvýšilo pravděpodobnost úmrtí hospitalizovaného pacienta do 30 dnů od přijetí o 7 procent,
- každý desetiprocentní nárůst v počtu sester s bakalářským vzděláním byl spojen se snížením této pravděpodobnosti o 7 procent.

Tyto spojitosti naznačují, že pacienti v nemocnicích, v nichž má 60 procent sester bakalářské vzdělání a sestry se starají v průměru o 6 pacientů, by měli o téměř 30 procent nižší mortalitu než pacienti v nemocnicích, v nichž má pouze 30 procent sester bakalářské vzdělání a sestry se starají v průměru o 8 pacientů.

### **Nákladová efektivita sester ve školních zdravotnických službách**

Jak ukazují níže uvedené příklady, v zemích se školními zdravotnickými službami poskytují sestry nákladově efektivní zdravotní péče dětem navštěvujícím školní zařízení.

**USA – poskytování všeobecně dostupné zdravotní péče (UHC):** Studie hodnotila kvalitu a nákladovou efektivitu zdravotní péče poskytované telezdravotnickými středisky umístěnými na městských a venkovských základních školách, a to prostřednictvím technologie nazvané POTS (Plain Old Telephone System, „systém starého dobrého telefonu“). Byl vyvinut model telezdravotnické péče ve školách, který využíval služeb školní sestry na plný úvazek, konzultanta v oblasti duševního zdraví na poloviční úvazek, spojenou pediatrickou praxi a spojenou praxi dětského psychiatra prostřednictvím systému POTS s elektronickým stetoskopem, endoskopem k vyšetření nosu, uší a krku a otoskopem. Výsledky ukázaly, že průměrné úspory na rodinu při jednom vyšetření představovaly 3,4 hodiny pracovního času (43 USD), 177 USD v nákladech na oddělení pohotovosti a 54 USD v nákladech na lékaře. Telezdravotnická technologie se při poskytování akutní pediatrické péče dětem na těchto školách ukázala jako efektivní. Poskytovatelé pediatrické péče, sestry, rodiče i děti označili telezdravotnickou primární péči ve školách jako přijatelnou alternativu k tradičním systémům poskytování zdravotní péče. Díky technologii POTS je tato telezdravotnická služba nákladově efektivní alternativou pro zlepšení dostupnosti primární a psychiatrické péče pro děti z nedostatečně pokrytých komunit (Young & Ireson 2003).

**USA – ekonomická smysluplnost:** V posledních letech mnoho školních obvodů omezilo služby poskytované kvalifikovanými školními sestrami. Analýza nákladů a přínosů školních zdravotních programů ale ukázala, že během školního roku předešly školní zdravotní programy nákladům na lékařskou péči v odhadované výši 20 milionů USD, ztrátám souvisejícím s produktivitou rodičů v odhadované výši 28,1 milionu USD a ztrátám souvisejícím s produktivitou učitelů ve výši 129,1 milionu USD, to vše za cenu 79 milionů USD. Ve výsledku tedy program znamenal pro společnost čistý výnos ve výši 98,2 milionu USD. Za každý dolar investovaný do programu společnost získala 2,20 USD. Osmdesát devět procent simulovaných testů vedlo k čistému výnosu (Wang et al. 2014). Výsledky této studie ukázaly, že školní ošetřovatelské služby představují výhodnou investici veřejných prostředků, u níž přínos převyšují náklady. Tyto výsledky si zaslouhují, aby je autoři zdravotnické politiky a odpovědní činitelé pečlivě zvážili předtím, než rozhodnou o přidělení zdrojů na pozice školních ošetřovatelských pracovníků.

### **Kvalita a nákladová efektivita sester v porovnání s lékaři v primární zdravotní péči**

Sestry jsou ve většině zemí hlavními poskytovateli primární zdravotní péče. Jejich role v primární zdravotní péči zahrnuje podporu zdraví, prevenci nemocí, koordinaci péče a předepisování léčiv. Studie efektivit sester v primární zdravotní péči ukazují, že výsledky jimi poskytované péče jsou lepší nebo srovnatelné s výsledky péče poskytované lékaři. Níže uvedené příklady tuto skutečnost potvrzují.

**Mezinárodní – rozšíření škály kompetencí:** V této oblasti bylo provedeno systematické mezinárodní přezkoumání s cílem zodpovědět výzkumnou otázku: Jaký je vliv sester v primární a komunitní péči na zdravotní výsledky pacientů v porovnání s obvyklou péčí vedenou lékařem při poskytování primární péče? Přezkoumání přineslo určité nadnárodní důkazy o tom, že sestry mohou primární péči poskytovat efektivně a dosahovat pozitivních zdravotních výsledků podobných těm, jaké má péče poskytovaná lékaři. Sestry jsou efektivní v řízení péče a dosahují dobré míry dodržování léčby pacienty. Sestry jsou také efektivní v širší škále rolí včetně řízení péče o chronická onemocnění, prevenci nemocí a podpory zdraví (Keleher et al 2009).

**Kanada, Spojené království a USA – investice do rolí sester s rozšířenými kompetencemi** Podobné výsledky přineslo také systematické přezkoumání v oblasti ordinujících sester (NP) a lékařů v prostředí primární péče v Kanadě, Spojeném království a USA. Přezkoumání podalo méně až středně spolehlivé důkazy o tom, že zdravotní výsledky pacientů byly u ordinujících sester a lékařů podobné, ale že spokojenost pacientů a kvalita péče byla vyšší u ordinujících sester. Existují také středně spolehlivé důkazy o tom, že NP poskytovaly delší konzultace a častěji než lékaři se také pouštěly do hlubšího zkoumání. Mezi NP a lékaři se nenašly žádné významné rozdíly, co se týče počtu vydaných předpisů, pacientů, kteří se k nim vraceli, a doporučení (Horrocks et al. 2002).

**Anglie a Wales – vyšší spokojenost pacientů:** Při srovnání efektivity péče a nákladové efektivity praktických lékařů a NP v primární zdravotní péči byly výsledné indikátory u sester a lékařů podobné, ale spokojenost pacientů byla vyšší, pokud o ně pečovaly sestry. NP byly mírně nákladově efektivnější než praktičtí lékaři (Venning et al. 2000).

**USA – vyšší návratnost vložených peněz:** V roce 2009 byly celonárodní průměrné náklady na návštěvu NP o 20 procent nižší než náklady na návštěvu lékaře (Eibner et al. 2009). V rámci metaanalýzy byly přezkoumány důkazy týkající se vlivu NP na kvalitu, bezpečnost a efektivitu zdravotní péče v porovnání s lékaři. Do přezkoumání byly zařazeny články publikované v letech 1990–2009, které byly shrnuty do 11 sdružených výsledků. Systematické přezkoumání ukázalo, že výsledky NP byly v porovnání s lékaři (nebo týmy bez NP) stejné nebo lepší, a to pro všech 11 zkoumaných výsledků. Vysoký počet důkazů ukazuje na to, že v prostředí primární péče mají pacienti, o něž pečují NP, lepší úroveň hladiny lipidů v séru. Vysoká míra důkazy podporuje také závěr, že výsledky pacientů v oblasti spokojenosti s péčí, zdravotního stavu, funkčního stavu, počtu návštěv na oddělení pohotovosti a počtu hospitalizací, glykemie, krevního tlaku a mortality byly u NP a lékařů podobné (Stanik-Hutt et al. 2013).

Tyto různorodé příklady ukazují, že sestry poskytují nákladově i jinak efektivní péči, a to jak ve zdravotnických zařízeních i v komunitním a domácím prostředí. Přesto ale sestrám chybí podpora pro poskytování péče založené na důkazech a často dochází k velkému zpoždění při aplikaci existujících výzkumů pro zlepšení kvality a snížení nákladů na zdravotní péči. Sestry mají dobrou pozici k tomu, aby poskytovaly primární péči a sloužily jako vstupní bod k dalším úrovním zdravotnických služeb. Aby bylo možné toho dosáhnout, je třeba plně využít potenciál pracovníků v ošetřovatelství k vytvoření zdravých společností ve zdravém světě.

V přehledném shrnutí existující literatury o NP dochází Bauer (2010) k závěru, že všechny studie publikované v recenzovaných vědeckých časopisech potvrdily závěry studie Office of Technology Assessment z roku 1981 (LeRoy & Solowitz 1981), že NP mohou nahradit lékaře ve výrazném podílu lékařských služeb – od 25 procent v některých specializovaných oblastech po 90 procent v primární péči – a to přinejmenším se stejnými výsledky. Neexistuje jediná studie, která by došla k závěru, že NP poskytují ve srovnání s překrývající se oblastí péče v jejich kompetenci horší služby než lékaři. **Bylo prokázáno, že péče ordinujících sester (NP) je bez ohledu na konkrétní prostředí vysoce kvalitním a nákladově efektivním způsobem poskytování primární péče.**

#### CO MŮŽETE UDĚLAT

Výše uvedené příklady jsou ilustrací toho, co mohou sestry dělat 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce. Pro úspěch ve vašem konkrétním případě:

- vyhledejte příklady z vaší země,
- porovnejte svou činnost s nejlepší praxí,
- stanovte program, který podporuje služby efektivní péče spojené s nákladovou efektivitou.

**Kapitola 5** se soustředí na další postup a nastiňuje akční plán pro sestry a národní sesterská sdružení.





## Kapitola 5

### Cesta kupředu: role sester a národních sesterských sdružení

---

***Myslím si, že je vyjadřovat své pocity slovy je plýtvání: měly by být všechny přeměněny do činů, které přinášejí výsledky*** – Florence Nightingale.

#### Akční plán

Sestry a národní sesterská sdružení hrají zásadní úlohu v udržitelném financování a nákladech na zdravotní péči i v efektivitě péče. Sestry ve své práci každodenně vidí problémy se získáváním zdrojů potřebných pro péči o pacienty a osobní ochranu. Navzdory překážkám mohou sestry získat dovednosti a sebevědomí potřebné k ovlivňování a utváření zdravotnické politiky.

Sestry řeší situace, které jsou otázkou života a smrti, a mají znalosti a zkušenosti potřebné ke zlepšení zdravotní péče prostřednictvím spolupráce na efektivní zdravotnické politice. Ošetřovatelství může být pro zdravotnickou politiku velkým přínosem. Pro sestry je ale obtížné přimět autory této politiky, aby si to uvědomili, a v mnoha zemích se sestry aktivně nepodílí na procesu vytváření politiky nebo k tomu nedostaly příležitost (ICN 2005a).

Chybějící hlas sester při utváření strategií může být významnou překážkou pro efektivitu ošetřovatelství, fungování zdravotnických týmů a kvalitu péče. Určité poznatky naznačují, že sestry někdy plýtvají časem a energií na řešení problémů se zásobami a vybavením potřebným pro každodenní péči o pacienty, které by bylo možné snadno vyřešit s podporou vedení a prostřednictvím zapojení sester do strategického rozhodování (Tucker 2002).

Letošní téma balíčku nástrojů k Mezinárodnímu dni sester *Sestry: Hybná síla změn – efektivita nákladů a péče* vyjadřuje výzvu sestrám a národním sesterským sdružením, aby se jako jednotlivci i jako celek zapojily do problému financování zdravotnických systémů a do snahy dosáhnout kvalitní péče a bezpečnosti pacientů nákladově efektivním způsobem. Co tedy mohou sestry udělat pro efektivnější a udržitelnější financování zdravotní péče?

Jako sestry musíte při jednání s autory politiky a dalšími činiteli:

- **Využít své zkušenosti.** Sestry mají širokou škálu zkušeností v rámci práce ve zdravotnictví, které mohou využít k předložení argumentů pro efektivní financování zdravotnických systémů. Zkušenosti by ale měly být podloženy fakty a čísly, která podpoří inteligentní lobování a prosazování této strategie.
- **Sdílejte své poznatky.** Všechny sestry se utkávají s podobnými problémy. Sdílejte své zkušenosti a sbírejte informace o tom, jaké řešení použily sestry jinde – není třeba znovu objevovat Ameriku. Nalezená řešení použijte v rámci daného kontextu, informovaně, energicky a odhodlaně.
- **Naučte se řeč ekonomů** a typ argumentů, kterými přesvědčíte autory politiky o nutnosti uvolnění dalších zdrojů. Sem spadá i pochopení konceptů, jako je nákladová efektivita, efektivita péče, poměr nákladů vůči přínosům a také měření výsledků péče: to vše je třeba pro dobrou komunikaci s autory zdravotnické politiky.
- **Cíleně směřujte své argumenty** na ministerstvo financí a zdravotnictví a nezapomínejte ani na soukromý sektor.

- **Udržujte si přehled o posledním vývoji.** Je důležité vědět, jaký je vývoj ve financování zdravotnictví, dostupnosti péče, komunitních problémech a ve vaší zemi obecně. Sestry si musí udržovat přehled o společenských problémech diskuzí s ostatními, navštěvováním veřejných setkání a četbou novin a vědeckých časopisů.
- **Zaujměte informované stanovisko** a sdílejte své nápady s ostatními v diskuzi pomocí faktů a čísel. Emocionální argumenty ohledně zásadních témat, jako je nutnost vyššího objemu prostředku pro zdravotnictví, ochranného vybavení nebo počtu sester, nejsou účinné.
- **Pište a publikujte, ať už samostatně nebo s kolegy.** Relevantní a dobře načasované příspěvky ve vědeckých a jiných časopisech a v novinách mohou ovlivnit názory ostatních. Sledujte aktuální témata, pro která by byl pohled sestry přínosem. Spolupracujte s výzkumnými pracovníky v ošetrovatelství na získání důkazů pro doložení nápadů a diskuzí.
- **Probudte veřejné mínění** účastí ve veřejných hnutích a využívejte místní rádiové stanice, abyste dostali informace k lidem. Vyprávějte příběhy, s nimiž se lidé mohou ztotožnit.
- **Staňte se členy zájmových organizací,** například skupin pacientů nebo spotřebitelů, které odpovídají vašim zájmům a sdílí vaše stanoviska. Váš přínos může být účinnější, pokud je prezentován prostřednictvím větší důvěryhodné skupiny s dobrou pověstí. Vaše národní sesterské sdružení představuje dobrý zdroj informací, podpory a konzultací.
- **Zjistěte, kdo jsou klíčoví hráči,** jako například politici a úředníci v místní, regionální a státní správě. Společně se svými kolegy je navštivte, ale dobře se na to připravte. Vypracujte program jednání a zvažte, co budete prezentovat a jak odpovíte na obtížné otázky. Abyste byli na jednání přesvědčiví, musíte mluvit jasně a stručně. Kromě toho také podpořte své názory tvrdými daty nebo faktickými důkazy: zvýšíte tak svoji důvěryhodnost. Vytvořte a šiřte krátké shrnutí daných problémů. Pamatujte, že musíte s klíčovými zainteresovanými stranami a autory politiky udržovat kontakt pravidelně, ne pouze tehdy, když je potřebujete.
- **Spojte se s hlavními vedoucími osobnostmi a kontaktními sítěmi v ošetrovatelství,** s nimiž můžete spolupracovat na svém přínosu k vytváření politiky. Mezi cenné kontakty patří například sestry ve vysokých pozicích na ministerstvech zdravotnictví. Představují klíčové spojence ve vaší snaze upoutat pozornost toho správného publika.
- **Navazte pravidelný kontakt se sestrami na vlivných pozicích.** Mohou být na plánovacích nebo vyšších manažerských pozicích na ministerstvech zdravotnictví nebo v jiných zdravotnických organizacích. Někdy sestry působí na volených pozicích ve státní správě všech úrovní nebo v parlamentu. Sestry je také možné najít v organizacích veřejných služeb, dobrovolnických organizacích a nevládních organizacích. Tyto skupiny mohou představovat užitečné zdroje pro dosažení vašich cílů v oblasti zdravotnické politiky.
- **Vyjadřujte svůj postoj** prostřednictvím stálého zastoupení v orgánech odpovědných za tvorbu politiky, lobování, písemných či ústních podání a setkávání s lidmi na vlivných pozicích. Nezapomeňte udržovat dobré vztahy se sdělovacími prostředky.

Navržení a realizace a stabilní strategie financování zdravotnictví vyžaduje neustálé lobování a prosazování myšlenek – není to jednorázová akce, která povede ke vzniku dokonalého systému. Cílem je dosáhnout situace prospěšné pro všechny strany, aby z vašeho úsilí a přínosu ke zdravotnické politice těžil zdravotnický systém, pacienti i sestry. Budování efektivní zdravotnické a sociální politiky vyžaduje, aby sestry spolupracovaly s širokou škálou zainteresovaných stran, včetně organizací pacientů, sdružení dalších zdravotnických profesí, dalších sektorů, jako jsou například lidská práva a ženská uskupení a podobně.

## Role národních sesterských sdružení

Národní sesterská sdružení reprezentují ošetrovatelství ve své zemi a hovoří za něj, proto mají obrovskou příležitost prosazovat a utvrzovat zásadní roli sester ve vývoji kvalitní zdravotnické péče

a efektivní přeměny zdravotnických systémů, které zvyšují dostupnost a poskytují efektivní zdravotní péči. V této své roli představují národní sesterská sdružení svědomí a morální hodnoty profese, k nimž se jednotlivé sestry a veřejnost obrací pro vedení a směřování v oblasti zásadních problémů a strategií ve zdravotnictví. Mezi tyto problémy a strategie patří dostupnost péče, kvalita péče, bezpečnost pacientů a bezpečné pracovní prostředí. Základ všech těchto otázek tvoří financování zdravotní péče.

Národní sesterská sdružení reprezentují sestry s různorodými kompetencemi a zdroji, které je možné využít ve prospěch obyvatel a ošetrovatelské profese. Kolektivní moudrost a znalosti v rámci národních sesterských sdružení představují aktivum, které je třeba plně využít. Kliničtí pracovníci, manažeři i akademičtí a výzkumní pracovníci v ošetrovatelství by měli spolupracovat s vedením národního sesterského sdružení na uskutečnění ošetrovatelského cíle vytvoření zdravější společnosti. Aby bylo možné tohoto cíle dosáhnout, musí národní sesterská sdružení ve své práci počítat s otázkou mechanismů financování zdravotní péče. Co tedy národní sesterská sdružení mohou udělat pro podporu efektivní zdravotnické politiky, která podporuje optimální využití služeb sester jako nákladově efektivních zdravotnických pracovníků poskytujících efektivní péči? Mezi některé z možných aktivit patří:

**Akce č. 1: Naplánujte svou vizi.** Je velice důležité, aby si národní sesterská sdružení stanovila vizi budoucnosti založenou na pochopení přítomnosti, protože jejich rozhodnutí v oblasti nákladové efektivity a efektivity péče jsou zásadní pro efektivitu celých zdravotnických systémů. Do vytvoření této vize musí sdružení zapojit manažery, klinické, výzkumné a pedagogické pracovníky v ošetrovatelství a další účastníky, jako například autory zdravotnické politiky a organizace jiných zdravotnických profesí. Vize by měla být použita jako plán pro aktivity národního sesterského sdružení zaměřené na ovlivnění zdravotnické politiky.

**Akce č. 2: Provedte analýzu stávající situace.** Analýza situace by se měla zaměřit na jednotlivé prvky zdravotnického systému včetně jeho financování, dostupnosti péče, počtu pracovníků v ošetrovatelství a problémů, s nimiž se potýkají, přístupu k zásobám, vybavení a ochranným pomůckám pro personál. Analýzu situace není třeba provádět od úplných základů, protože mnoho těchto informací lze nalézt ve výročních zprávách ministerstva zdravotnictví a dalších zdravotnických zařízení. Správné informace jsou základem pro vypracování strategie a dobrým odrazovým můstkem pro změnu. Informace získané analýzou situace šířte mezi členy národního sesterského sdružení.

**Akce č. 3: Používejte jazyk ekonomů** a ten typ argumentů, který přesvědčí autory zdravotnické politiky v oblastech, jako je nutnost změny politiky, nutnost uvolnit dodatečné zdroje nebo zvýšení počtu pracovníků. Sem spadá i pochopení konceptů, jako je nákladová efektivita, efektivita péče, poměr nákladů vůči přínosům a také měření výsledků péče: to vše je třeba pro dobrou komunikaci s autory zdravotnické politiky.

**Akce č. 4: Mějte přehled o stávajících a budoucích vládních prioritách** (například řešení všeobecné dostupnosti zdravotní péče, cíle udržitelného rozvoje pro období po roce 2015) a vztáhněte své argumenty k těmto prioritám.

**Akce č. 5: Ustavte národní sesterské sdružení jako odborný zdroj** informací o důležitých zdravotnických otázkách vytvořením jasných stanovisek v oblasti politiky. Vydávejte tištěná politická a strategická stanoviska podpořená daty z relevantních publikací, výzkumnými studiemi a respektovanými názory. Jako referenční materiál využijte stanoviska ICN, jako jsou například ta připojená k tomuto dokumentu a dostupná na webových stránkách ICN ([www.icn.ch/publications/position-statements/](http://www.icn.ch/publications/position-statements/)), a přizpůsobte je místním potřebám.

**Akce č. 6: Lobujte u vlády a orgánů odpovědných za tvorbu politiky** a zajistěte tak, aby v diskuzi zazněl i hlas sester, zejména pokud je zřejmé, že národní sesterské sdružení může k danému tématu výrazně přispět. Jedná se například o témata financování zdravotnické péče a jeho dopadu na dostupnost a kvalitu péče, bezpečnost pacientů a záležitosti týkající se pracoviště. Rozhodněte se, jaké jsou nejvhodnější strategie pro zapojení do různých politických procesů. Národní sesterské sdružení se může například pokusit získat formální zastoupení ve výboru nebo komisi zabývající se danou problematikou, předkládat v rámci politického procesu své návrhy, zveřejňovat svá stanoviska

k jednotlivým záležitostem nebo lobovat u klíčových činitelů. Pravidelně autory zdravotnické politiky informujte o klíčových záležitostech týkajících se ošetrovatelství a politiky a dopadu na pacienty, sestry a zdravotní výsledky. Své argumenty podložte fakty a čísla.

**Akce č. 7: Všimněte si zdravotnické a veřejné problematiky, jak na místní, tak na národní úrovni.** Sledujte nové politické strategie navrhované vládou. Získejte informace o dané problematice, procesu tvorby politiky a různých přístupech a zjistěte, jak může vaše národní sesterská organizace přispět k lepší zdravotní a sociální politice. Zareagujte v dané věci včas, buď na osobních setkáních, nebo prostřednictvím písemných návrhů. Dbejte na to, aby byla veřejná a písemná prohlášení sdružení jasná a profesionálně prezentovaná.

**Akce č. 8: Vytvářejte strategická spojení s jinými organizacemi,** které sdílí podobné vize, stanoviska a obavy jako vaše národní sesterské sdružení. Navazování vztahů je efektivní způsob, jak zvýšit dopad vámi předkládaných návrhů a informací, aniž byste ohrozili stěžejní hodnoty sdružení a celé profese. Spojenectví můžete vytvářet například s profesními organizacemi jiných zdravotnických pracovníků, podobě jako je rada ICN členem svazu World Health Professions Alliance (WHPA), což je celosvětový svaz hlavních zdravotnických profesních organizací ([/www.icn.ch/projects/world-health-professions-alliance/](http://www.icn.ch/projects/world-health-professions-alliance/)).

**Akce č. 9: Spolu s dalšími sesterskými organizacemi zaujměte jednotný postoj.** Jednota v rámci ošetrovatelské profese je zásadní – zajistíte tak, že pozice sester bude v jednotlivých záležitostech stejná. Sesterské organizace se musí dohodnout na tom, že budou jedna druhou podporovat a v důležitých otázkách budou spolupracovat, aniž by ztratily svou identitu. Jednotná musí být i klíčová sdělení, na nichž je třeba se předem dohodnout a předat je autorům zdravotnické politiky. Jestliže političtí činitelé dostávají od různých sesterských organizací v jedné zemi sdělení, která se rozcházejí, pravděpodobně nebudou „hlasu“ sester naslouchat.

**Akce č. 10: Vzdělávejte členy národního sesterského sdružení** v problematice financování zdravotní péče, nákladech na zdravotní péči a přístupu k péči. Vedte členy k tomu, aby prosazovali stanovisko sdružení: ukážete tak sílu v počtu i v jednotě. Poskytujte členům informace a pravidelnou zpětnou vazbu, abyste předešli fámám a nedorozumění. Sdružení musí jmenovat mluvčí, kteří jsou dynamičtí, dokáží se pohotově vyjadřovat, jsou dobře informovaní a odhodlaní reprezentovat sdružení v záležitostech týkajících se zdravotnické politiky. Tito mluvčí musí být vnímáni jako konstruktivní a erudovaní lidé a musí být připraveni na aktivní účast v diskuzích. Musí být také ochotní podřídit se vedení národní sesterské organizace a poskytovat zpětnou vazbu o hlavních bodech, které vyvstanou během procesu tvorby politiky.

**Akce č. 11: Připravujte mladší sestry na vedoucí role v ovlivňování zdravotnické politiky.** Poskytujte mentorování mladším sestrám: berte je na setkání, kde se řeší otázky politiky, aby se seznámily s procesem tvorby politiky a s klíčovými hráči. Vedte je k získávání zkušeností, které mohou rozvinout jejich dovednosti. Podporujte je v tom, aby přebíraly další odpovědnosti a staly se „aktivisty v oblasti politiky“ související s financováním zdravotnictví, hodnotou ošetrovatelství, dostupností péče a kvalitou péče.

Ve všech těchto oblastech je důležité pěstovat konstruktivní vztahy s vlivnými lidmi, včetně hlavních zainteresovaných stran u jednotlivých strategických záležitostech a důležitých hráčů v prostředí politiky. Národní sesterská sdružení musí být vnímána jako konstruktivní účastníci diskuze, kteří nabízejí řešení. Jestliže sdružení působí v debatách či písemných návrzích konstruktivně, je pravděpodobné, že bude zapojeno do rozvoje politiky a považováno za důležitou zainteresovanou stranu v oblasti její tvorby. Je dobré mít na paměti, že na vztazích a setkáváních je třeba pracovat průběžně, ne pouze v případě, kdy sdružení něco potřebuje.

Národní sesterská sdružení musí mobilizovat své zdroje a zkušenosti a získat s jejich pomocí co nejvlivnější roli v utváření rozumné zdravotnické politiky. Dobré porozumění procesu tvorby zdravotnické politiky a dobrá orientace ve financování zdravotnictví umožní sestrám a národním sesterským sdružením jednat v souladu s tím, co prosazují, a dovést ošetrovatelství do role skutečné hybné síly změn.

## Výzkumný program

Výzkum je často vnímán jako nedostupná oblast činnosti odtržená od každodenní práce sester. Je proto třeba dát jasně najevo, že výzkum je součástí každodenní ošetrovatelské práce a že každá sestra a každé národní sesterské sdružení hraje v ošetrovatelském výzkumu klíčovou roli. Akční plán ošetrovatelství na ovlivnění zdravotnické politiky by byl neúplný bez nacházení nových poznatků prostřednictvím výzkumu a seznamování se stávajícími poznatky prostřednictvím studia literatury. Národní sesterská sdružení mají dobrou pozici pro to, aby mobilizovala finanční a lidské zdroje svých členů na získávání nových informací prostřednictvím výzkumu a šíření stávajících výzkumných poznatků. Utváření efektivní zdravotnické politiky musí být postaveno na spolehlivých důkazech založených na výzkumu.

Pro ošetrovatelství je účast v politické aréně výzvou. Je třeba dalšího výzkumu v oblasti ošetrovatelství, který přinese poznatky o tom, co funguje a co nefunguje ve vztahu k zapojení sester do utváření zdravotnické politiky. Jaké jsou například překážky pro zapojení sester do zdravotnické politiky, a co toto zapojení naopak usnadňuje? Vycházejí tyto faktory z profese, nebo přicházejí zvenčí? Tyto poznatky jsou samozřejmě zásadní pro vypracování strategií k odstranění překážek a vyššímu zapojení sester do tvorby politiky.

Finanční a lidské zdroje jsou omezené a výzkum by měl přinést lepší a efektivnější způsoby podpory zdraví a prevence nemocí i lepší metody péče a léčby. V oblasti nákladové efektivity a efektivity péče ošetrovatelských intervencí je k dispozici široké pole literatury. Tento výzkum je potřeba zpřístupnit manažerům z řad sester a autorům politiky. Je ale také třeba lépe porozumět optimalizaci ošetrovatelského personálu prostřednictvím inovativních metod, jako je přesun či sdílení kompetencí. Dále je nutný další výzkum v oblasti zastoupení různých dovedností mezi personálem a výsledky péče. Sestry a národní sesterská sdružení mohou k těmto poznatkům přispět.

Optimální rozdělení zdrojů má pro ošetrovatelství a zdravotnictví obecně stále vysokou prioritu. Pracovníci v ošetrovatelství tvoří největší podíl z celkové pracovní síly ve zdravotnictví a sestry mají klíčovou úlohu v poskytování zdravotní péče a zlepšování zdraví. Pro ochranu těchto zásadních funkcí sester (Aiken et al., 2014) je potřeba mít spolehlivé metody stanovování nákladů. Důležitá je ošetrovatelská terminologie, jako je například ICNP, která může zlepšit konzistentnost ve sběru dat týkajících se ošetrovatelství. Pro správný výklad těchto dat jsou nicméně zapotřebí další nástroje. Jedním z příkladů je belgický soubor základních ošetrovatelských dat (Belgian Nursing Minimum Data Set, B-NMDS), který se využívá při přidělování rozpočtových zdrojů podle ošetrovatelských potřeb v nemocnicích po celé Belgii (Sermeus et al. 2009). Výsledky právě probíhajícího výzkumu týkajícího se propojení terminologie ICNP a B-NMDS jsou zatím povzbudivé (Hardiker et al. 2014).

Další podnětnou oblastí je úroveň vzdělání sester a její spojitost s kvalitou a výsledky péče. Sestry a národní sesterská sdružení se mohou této problematice chopit a přispět k získání poznatků, které následně ovlivní politiku vzdělávání sester v jejich zemi. Jaká úroveň ošetrovatelského vzdělání je například účinnější při poskytování nákladově efektivních služeb v primární zdravotní péči, intenzivní péči, na odděleních pohotovost a podobně? Některá národní sesterská sdružení mají kapacitu na to, aby prováděla a zadávala výzkum, zatímco jiná se v tomto směru potýkají s problémy. Existuje ale mnoho výzkumných poznatků, které je třeba šířit. Šíření výzkumu je dobrým startovním bodem pro mnohá národní sesterská sdružení.

K transformaci ošetrovatelství a posílení pozice sester, tak aby byly skutečně „*hybnou silou změn, efektivní v nákladech i v péči*“ je potřeba vytvořit výzkumný program. Ošetrovatelský výzkum má před sebou slibnou budoucnost, stále je ale potřeba odvést hodně práce na tom, aby bylo ošetrovatelství i politické otázky založeno na důkazech. Kolektivní moudrost, nadšení a znalosti sester na celém světě jsou nadějí pro pokrok ve všeobecně dostupné kvalitní péči založené na poznacích.



Ošetřovatelství bývá často popisováno jako „spící obr“, kterého je třeba probudit, aby bylo možné využít jeho plný potenciál. Toto přirovnání je obzvláště trefné, co se týče zapojení do zdravotnické politiky obecně a zejména pak do financování zdravotnictví. Sestry představují ústřední bod v poskytování zdravotní péče, v oblasti rozvoje zdravotnické politiky a rozhodování jsou ale na samém okraji. Jak je vidět z příkladů z jednotlivých zemí v kapitole 4, stále narůstá počet důkazů o tom, že sestry dosahují v řadě klinických prostředí stejně dobrých nebo ještě lepších zdravotních výsledků jako lékaři, jejich zapojení do utváření politiky je tedy zcela zásadní. Pokud by byla energie milionů sester využita s plnou podporou manažerů a autorů zdravotnické politiky a pokud by se sestry plně zapojily do procesu utváření politiky, staly by se skutečně hybnou silou změn vedoucích k transformaci zdravotnických systémů. Pokud by byly všechny uvedené příklady systematicky realizovány, mělo by to nedozírné finanční přínosy. Nákladově efektivní služby přinášející efektivní péči by potom byly všeobecnou realitou.

Sestry i nadále poskytují péči s vytrvalostí a přizpůsobivostí, i když často jen s minimálními či žádnými zdroji a organizační podporou. Ošetřovatelství bývá také popisováno jako „páteř zdravotnictví“. Je ale zjevné, že tato páteř se vzhledem k neustálému narušování a vyčerpávání energie postupně hroutí. Důkazem je například vymizení účasti sester na ústředí WHO (ICN 2013b). A přesto Světové zdravotnické shromáždění, nejvyšší rozhodovací orgán WHO, opakovaně uznalo, že sestry jsou pro rozvoj kvalitní zdravotnické politiky a provádění efektivních zdravotnických intervencí zcela zásadní. Narůstající nepřítomnost hlasu sester na ministerstvech zdravotnictví a v rámci WHO si nyní vyžaduje větší pozornost než když dřív.

Letošní téma balíčku nástrojů k Mezinárodnímu dni sester *Sestry: Hybná síla změn – efektivita nákladů a péče* je skutečně příhodné a aktuální. Jak ukazují výzkumné závěry v příkladech z jednotlivých zemí, sestry jsou skutečně nákladově efektivními zdravotnickými pracovníky, kteří zároveň poskytují efektivní péči. Nové nastavení zdravotnických systémů a plné zapojení sester do zdravotnické politiky mohou zcela změnit současnou tvář zdravotnictví a zlepšit dostupnost péče, bezpečnost pacientů a kvalitu péče pro všechny.







## Propagace hodnot a nákladové efektivity ošetrovatelství

### Stanovisko ICN:

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

Sestry musí jasně formulovat a prezentovat hodnotu a nákladovou efektivitou ošetrovatelství 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 ošetrovatelství pro rozvoj plánování, managementu a strategií.

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

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 ošetrovatelské profese na rozhodování o zdravotních službách, ošetrovatelském 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 ošetrovatelství 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 ošetrovatelských 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 ošetrovatelství 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.

# Stanovisko

International  
Council of Nurses

3, Place Jean-Marteau  
CH-1201 Ženeva, Švýcarsko  
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)

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 spolupráce 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 1999**

**Přezkoumáno a znovu potvrzeno v roce 2001**



## Zapojení sester do rozhodování a tvorby politiky v oblasti zdravotnických služeb

### Stanovisko ICN:

Sestry mohou zásadním způsobem přispět k plánování a rozhodování v oblasti zdravotnictví a k vypracování přiměřené a efektivní zdravotnické politiky. Mohou a měly by přispívat k veřejné politice v oblasti přípravy zdravotnických pracovníků, systémů poskytování péče, financování zdravotnických služeb, etiky ve zdravotnictví a determinantů zdraví.

Sestry musí přijmout odpovědnost za politiku a rozhodování v oblasti zdravotnických služeb, a to včetně odpovědnosti za odpovídající profesní rozvoj.

Je odpovědností profesních ošetřovatelských organizací, aby prosazovaly a hájily účast ošetřovatelských pracovníků v místních, národních i mezinárodních orgánech a komisích, které rozhodují o zdravotnické politice a utvářejí ji. Tyto organizace musí také pomáhat sestřím na vedoucích pozicích s adekvátní přípravou na plné převzetí rolí v oblasti utváření politiky.

### Pozadí

Vzhledem k úzké interakci s pacienty/klienty a jejich rodinami ve všech prostředích pomáhají sestry interpretovat potřeby a očekávání lidí od zdravotní péče. Na úrovni klinické praxe jsou zapojeny do rozhodování i do řízení. Při rozhodování o kvalitní, nákladově efektivní zdravotní péči berou v úvahu výsledky výzkumů a experimentů. Provádějí ošetřovatelský a zdravotnický výzkum, kteří vnášejí do tvorby politiky nové důkazy. Sestry často působí jako koordinátoři péče poskytované jinými a přispívají tak svými znalostmi a zkušenostmi ke strategickému plánování a efektivnímu využívání zdrojů.

Pro zapojení a efektivní přínos k plánování a rozhodování v oblasti zdravotnictví a k tvorbě veřejné politiky musí být sestry schopny prokázat svou hodnotu a přesvědčit ostatní o svém potenciálu. Sem může spadat například zlepšení a rozšíření rozsahu přípravy sester na manažerské a vedoucí role včetně pochopení politických a vládních procesů. Může se jednat také o intenzivnější zapojení sester do manažerských a vedoucích rolí a pozic v ošetřovatelství i dalších zdravotnických službách, podporu sester v zapojování do vládních a politických záležitostí a zlepšování a propagování obrazu ošetřovatelství.

International  
Council of Nurses

3, Place Jean-Marteau  
CH-1201 Ženeva, Švýcarsko  
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)

# Stanovisko

Mezinárodní rada sester (ICN) a její členská národní sesterská sdružení prosazují a podporují všechny snahy o lepší přípravu sester na role v managementu, vedení a tvorbě politiky. Tato příprava by měla být široce pojatá a musí zahrnovat rozvoj znalostí a dovedností, které jsou potřeba k ovlivňování změn, zapojení se do politického procesu, sociálnímu marketingu, vytváření koalic, práci se sdělovacími prostředky a dalším metodám působení. Musí brát v úvahu složitost procesů a faktorů efektivního rozhodování.

Profesní sesterské organizace musí do svého přispění k tvorbě efektivní politiky zapojit řadu strategií, jako například: monitorování využití sester v řadách personálu, začlenění nových modelů a strategií řízení, stálé propagování pozitivního obrazu ošetrovatelství klíčovými zainteresovanými stranami v oblasti managementu a tvorby politiky jak v rámci země, tak na mezinárodním poli, šíření relevantních znalostí a výzkumu a průběžný rozvoj a udržování vhodných sítí umožňujících spolupráci s vládními i nevládními organizacemi. ICN bude ze své pozice propagovat a šířit informace o přispění ošetrovatelských profesí k rozhodování a tvorbě zdravotnické politiky.

**Přijato v roce 1999**

**Přezkoumáno a revidováno v roce 2008**



## Management v ošetrovatelství a zdravotnických službách

### Stanovisko ICN:

Je odpovědností ošetrovatelství přispívat ke zdravotnické politice a plánování a ke koordinaci a managementu zdravotnických služeb. Mezinárodní rada sester (ICN) od sester očekává, že budou přispívat ke zdravotnické politice na místní, národní i mezinárodní úrovni, a to prostřednictvím manažerských a vedoucích rolí na všech úrovních a prostřednictvím přímého zapojení a prosazování ze strany národních sesterských sdružení. Nutnost vynikajícího řízení ošetrovatelství i zdravotnických systémů je třeba aktivně prosazovat.

ICN je přesvědčena o tom, že ošetrovatelské služby musí řídit přímo sestry. Pokud manažeři nejsou zároveň sestrami, ale mají sestry mezi svými podřízenými, má ICN za to, že v těchto situacích musí mít vedoucí sestry pravomoc rozhodovat ve věcech týkajících se ošetrovatelské profese. Ve všech těchto situacích je to sestra, kdo odpovídá za rozsah a standardy ošetrovatelské praxe.

ICN se také domnívá, že sestry jsou dostatečně vybaveny na to, aby mohly řídit širokou škálu zdravotnických služeb.

ICN očekává, že manažeři z řad sester budou dostávat stejné příležitosti, přípravu a odměnu za řízení, tvorbu politiky a vedení jako ostatní zdravotnický personál, který prochází přípravou na vyšší pozice ve zdravotnickém sektoru.

### Pozadí:

Role a funkce manažerů z řad sester se neustále mění v kontextu změn ve zdravotnickém sektoru.

Vedení je zásadní součástí managementu. Je zcela zásadní, aby byly sestry na vedoucích pozicích dobře připraveny na převzetí rolí v managementu ošetrovatelství a zdravotnických služeb, vzdělávání nebo zdravotnické politiky. Mezi úkoly sester na vedoucích pozicích patří i koučování a mentorování ostatních a vytváření prostředí pro stálý rozvoj a kvalitní péči.

Silné vůdčí osobnosti mezi sestrami podporují praxi svých pracovníků řešením profesních i klinických problémů, podporou spokojenosti v pracovním životě a zlepšováním kvality péče pro spotřebitele zdravotnické péče. Zejména sestry na pozicích v nejvyšším vedení hrají roli neodlučitelně spjatou s poskytováním kvalitní péče, a to prostřednictvím silného a efektivního vedení, společenského vlivu, strategického směřování a autority v rámci organizace.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cook M.J. 2001. The attributes of effective clinical nurse leaders. Nursing Standard, 15(35), 33-36.

Je třeba aktivně se zasazovat o vynikající úroveň managementu ošetrovatelství a zdravotnických služeb. Profesionální sestřská sdružení mohou strategicky využít svůj vliv na zajištění toho, aby byla profese zapojena do plánování a tvorby politiky v oblasti zdravotnictví.

Zásadním prvkem pro efektivní vedení a management je udržování sítě kontaktů a spojení s klíčovými zainteresovanými stranami a mezi nimi. Neméně důležitá je také schopnost neustále hodnotit prostředí, sledovat výkonnost a podle potřeby zavádět změny nebo se změnám přizpůsobovat.

Vzdělání, které je přípravou na manažerské role, se bude různit v závislosti na rolích a kariérním směřování manažerů v ošetrovatelství. V prosazování vhodného vzdělávání v oblasti managementu a vedení hraje svou roli také ICN. Profesionální sestřská sdružení mohou přispět vyhledáváním relevantních příležitostí a informováním svých členů o těchto příležitostech. Jednotlivé sestry musí převzít odpovědnost za své vlastní vzdělávání a musí se naučit, jak je strategicky plánovat a řídit.

Sestry si musí vybírat vhodné programy, ať už s jednooborovým nebo víceoborovým zaměřením, které je efektivně připraví na management, tvorbu politiky a vedení v různých prostředích a různých fázích jejich profesního a kariérního rozvoje. Příprava by měla odrážet důležitost průběžného učení přizpůsobeného měnícím se potřebám a očekáváním. Měla by také zahrnovat důraz na rozvoj příslušných dovedností a vlastností, ne jen pouhé získávání znalostí.

Úspěchy manažerů z řad sester musí být odměňovány stejně jako úspěchy jiných manažerů. Tito manažeři musí také zároveň názorně ukázat přínosy svého působení na klíčových pozicích. Na manažery z řad sester by se měla vztahovat odpovídající klasifikace jejich pozice srovnatelná s jinými manažery na stejné úrovni a odpovídající jejich profesním vlastnostem a úrovni odpovědnosti.

**Přijato v roce 1999**

**Přezkoumáno a revidováno v roce 2010**



## Veřejně financované a dostupné zdravotnické služby

### Stanovisko ICN:

Mezinárodní rada sester (ICN) a národní sesterská sdružení, která jsou jejími členy, se zasazují o rozvoj národních zdravotnických systémů, které obyvatelům poskytují řadu veřejně financovaných a všeobecně dostupných základních zdravotnických služeb, k nimž mají všichni rovný přístup.

Lidé mají právo na rovný přístup ke zdravotnickým službám v oblastech podpory zdraví, prevence, léčby, rehabilitace a paliativní péče. ICN věří, že tyto služby by měly být zaměřeny na pacienta a rodinu, založené na důkazech a neustále se zlepšovat z hlediska kvality měřené dohodnutými srovnávacími standardy a indikátory.

Jestliže tyto služby nejsou financované z veřejného rozpočtu, má podle ICN vláda odpovědnost zajistit obyvatelům dostupné zdravotnické služby, a to se zvláštním zaměřením na ohrožené skupiny, zejména ty s nízkým socioekonomickým statusem.<sup>1</sup>

ICN podporuje snahu národních sesterských sdružení o ovlivnění zdravotnické, sociální, vzdělávací a veřejné politiky na základě zdravotních priorit dané země, rovného přístupu, dostupnosti komplexních a základních služeb, efektivity (včetně produktivity), nákladové efektivity a kvalitní péče.

ICN považuje primární zdravotní péči za preferovaný způsob poskytování základních zdravotnických služeb za cenu, kterou si vlády a komunity mohou dovolit.<sup>2</sup>

Je třeba zavést dostupné, nákladově efektivní a kvalitní služby, vhodné regulační principy a přístupy, standardy a mechanismy a prostředí pozitivní praxe, a to stejnou měrou jak v oblasti soukromé, tak v oblasti veřejné zdravotní péče.

Je odpovědností sester a národních sesterských sdružení takové zdravotnické služby prosazovat, monitorovat jejich efektivitu a zasazovat se o tvorbu a realizaci zdravotnické politiky a podílet se na rozhodnutích v této oblasti, aby byl všem lidem zajištěn přístup k ošetrovatelským službám a kvalitní zdravotní péči.

ICN podporuje snahu národních sesterských sdružení o to, aby státní politika v oblasti veřejně financovaných a dostupných zdravotnických služeb nevedla k úpadku úrovně vzdělávání sester, která je vzhledem ke složité povaze těchto služeb zapotřebí: důkazy hovoří o tom, že registrované sestry dosahují lepších výsledků péče.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

<sup>2</sup> The World Health Report 2008. Primary Health Care Now More than Ever. Geneva: WHO.

<sup>3</sup> Aiken L, Clarke S, Cheung R, Sloane D & Silber J (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*, 290, 1617- 1623.

## **Pozadí**

Zdravé obyvatelstvo představuje pro každou zemi důležitý zdroj. Primárním úkolem každé země musí být dosáhnout s danými zdroji nejlepšího možného zdravotního stavu obyvatel.

Všichni lidé by měli mít přístup ke kompetentním sestřám, které zajišťují péči, dohled a podporu ve všech prostředích, kde jsou poskytovány zdravotnické služby. Zdravotnické systémy musí rozšířit ošetrovatelskou kapacitu a přijmout řadu strategií zaměřených na plánování lidských zdrojů, vzdělávání, zastoupení různých dovedností mezi personálem, regulační rámce a kariérní dráhy, jestliže chtějí zajistit efektivní a bezpečné zdravotnické služby.

Rada ICN a její členská sdružení musí efektivně udržovat kontakty s příslušnými zainteresovanými stranami a přispět tak k zajištění toho, aby byly přidělovány zdroje a dostupnost služeb založeny na potřebách a prioritách, k podpoře primární zdravotní péče a ke zvážení kvality a nákladů. Sem se řadí i prosazování zdrojů potřebných pro přípravu ošetrovatelského personálu na rostoucí zátěž spojenou s chronickými a nepřenosnými onemocněními, zraněními a katastrofami a na další zdravotní problémy, s nimiž se národy a obyvatelé po celém světě potýkají.

**Přijato v roce 1999**

**Přezkoumáno a potvrzeno v roce 2001**

**Přezkoumáno a revidováno v roce 2012**



## Literatura

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diodidous M, Kinnunen J, Kóska M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T & Sermeus W (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383 (9931): 1824 - 1830, 24 May 2014.

Aiken LH, Douglas MS, Bruyneel L, Van de Heede K & Sermeus W (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*. 50: 143-153.

Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Tishelman C, Scott A, Brzostek T, Kinnunen J, Schwendimann R,, Heinen M, Zikos D, Strømseng Sjetne I, Smith HL & Kutney-Lee A (2012). Patient Safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344:e1717.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes, *Journal of Nursing Administration* 2008 May;38(5):223-9. doi: 10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2008). Innovation Profile: Periodic Nurse Initiated Telephone Contact Provides Quality Follow-up Care to Infants with Lung Disease in Rural Areas. Available at: <https://innovations.ahrq.gov/profiles/periodic-nurse-initiated-telephone-contact-provides-quality-followup-care-infants-lung>

Australia Nursing and Midwifery Federation (ANMF) (2014). Securing jobs for graduate nurses. 11 December 2014. Available at: <http://anmf.org.au/news/entry/securing-jobs-for-graduate-nurses-and-midwives>

Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, Ren J, Peel J (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92: 1278-1283.

Bauer JC (2010). Nurse Practitioners as an Underutilized Resource for Health Reform: Evidence-Based Demonstrations of Cost-Effectiveness. *J Am Acad Nurse Pract*. 22:228-231

Bennett S & Gilson L (2001). Health financing: designing and implementing pro-poor policies. London: DFID, Health Systems Resource Centre.

Benton D (2013). Fake medicines are everybody's business. Fight the Fakes Opinion Piece. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/projects/Fight-the-Fakes\\_Op\\_Ed.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/projects/Fight-the-Fakes_Op_Ed.pdf)

Benton D, Chapman C, Smith E (2003). Sharing experiences and learning. *Nursing Management*, 2003;10(8):24-27.

Berkman ND, DeWalt DA, Pignone MP, Sheridan SL, Lohr KN, Lux L, Sutton SF, Swinson T & Bonio AJ (2004). *Literacy and Health Outcomes* (AHRQ Publication No. 04-E007-2). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Available at: <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/literacy/literacy.pdf>

Blank MB, Hanrahan NP, Fishbein M, Wu ES, Tennille JA, Ten Have TR, Kutney-Lee AM, Gross R, Hines JM, Coyne JC & Aiken LH (2011). A Randomized Trial of a Nursing Intervention for HIV Disease Management Among Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services* 62:1318–1324, 2011

Blendon R, Schoen C, DesRoches C, Osborn R, & Zapert, K (2003). Common Concerns Amid Diverse Systems: Health Care Experiences In Five Countries. *Health Affairs*, 22, no.3 (2003):106-121.

- Bloom, D.E., Canning, D. & Jamison, D (2004). Health, Wealth and Welfare. Finance and Development, 41(1): 10-15. International Monetary Fund (IMF). Available at: [www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2004/03/pdf/bloom.pdf](http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2004/03/pdf/bloom.pdf)
- Bower P, Campbell S, Bojke C & Sibbald B (2003). Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. *Quality & Safety in Health Care* 12(4):273-279.
- Canadian Home Care Association (2006). High Impact Practices. September 11, 2008. Available at: [www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1744](http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1744)
- Carrin G, James C, Evans DB (2005). Achieving universal health coverage: developing the health financing system. Geneva, WHO.
- Centers for Disease Control and Prevention (2011). A Patient Safety Threat – Syringe Reuse Available at [http://www.cdc.gov/injectionsafety/patients/syringereuse\\_faqs.html](http://www.cdc.gov/injectionsafety/patients/syringereuse_faqs.html)
- Chisholm D & Evans DB (2010). Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. World Health Report 2010 background paper, no. 28. Geneva: WHO. Available at: [www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr\\_background/en](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en)
- Commission on Macroeconomics of Health (CMH) (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva: WHO.
- Costa-Font, J, Courbage C & McGuire A. (eds.2009). The Economics of New Health Technologies: Incentives, Organisation and Financing. Oxford: Oxford University Press.
- Dambisya Y (2007). EQUINET Newsletter #82 December: What do we need to do to keep health workers in Africa? Available at: [www.equinetafrica.org/newsletter/index.php?issue=82](http://www.equinetafrica.org/newsletter/index.php?issue=82)
- Dealey C, Posnett J, Walker AJ (2012). The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. *Wound Care*. 21(6):261-2, 264, 266.
- Duerden M, Avery T & Payne R (2013). Polypharmacy and medicines optimisation: safe and sound. London: The King's Fund. Available at: [www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/polypharmacy-and-medicines-optimisation-kingsfund-nov13.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/polypharmacy-and-medicines-optimisation-kingsfund-nov13.pdf)
- Duffield CM, Diers D, O'Brien Pallas L, Aisbett C, Roche MA, King MT & Aisbett K (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, vol.24, issue 4 pp. 244-255.
- Eckenrode, J., Ganzel, B., Henderson, C.R., Smith, E., Olds, D.L, et al. (2000). Preventing Child Abuse and Neglect With a Program of Nurse Home Visitation: The Limiting Effects of Domestic Violence. *JAMA*. 284(11):1385-1391
- Eibner C, Hussey PS, Ridgely MS, McGlynn EA (2009). Controlling Health Care Spending in Massachusetts: An Analysis of Options. RAND Health.
- Ellis JR & Hartley CL (2005). Managing and Coordinating Nursing Care. Fourth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Elsevier Clinical Solutions (2014). National Survey and Forum for Nurse Executives Leveraging Evidence-based Practice to Enhance Healthcare Quality, Reliability, Patient Outcomes and Cost-containment. Available at: <http://visit.clinicaldecisionsupport.com/l/7222/2014-05-12/n9fy1>
- European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN) (2010). The financial cost of healthcare fraud. Available at: [www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-\(2\).pdf](http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-(2).pdf).

Fairall L, Bachmann MO, Lombard C, Timmerman V, Uebel K, Zwarenstein M, Boulle A, Georgeu D, Colvin CJ, Lewin S, Faris G, Conick R, Draper B, Tshabalala M, Kotze E, van Vuren C, Steyn D, Chapman R & Bateman E (2012). Task Shifting of Antiretroviral Treatment from Doctors to Primary-Care Nurses in South Africa (STRETCH): A Pragmatic, Parallel, Cluster-Randomized Trial. *The Lancet*. 380 (9845): 889 - 898.

Ferrel BJA (2002). Community development and health project: A 5-year (1995-1999) experience in Mozambique, Africa. *International Nursing Review*, 49: 27-37.

Frenk J, Chen LC et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376:1923–1958

Gallup (2013). Gallup Honesty/ Ethics in professions. Available at: [www.gallup.com/poll/1654/honesty-ethics-professions.aspx](http://www.gallup.com/poll/1654/honesty-ethics-professions.aspx)

Griffiths P, Jones S & Bottle A (2013). Is “failure to rescue” derived from administrative data in England a nurse sensitive patient safety indicator for surgical care? Observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 50: 292-300.

Hardiker NR, Sermeus W, Jansen K (2014). Challenges associated with the secondary use of nursing data. *Stud Health Technol Inform*. 2014;201:290-7.

Health Workforce Australia (2012). Health Workforce 2025: Doctors, Nurses and Midwives, Vol.1. March 2012. Available at: [www.hwa.gov.au/sites/uploads/health-workforce-2025-volume-1.pdf](http://www.hwa.gov.au/sites/uploads/health-workforce-2025-volume-1.pdf)

Hennis A & Fraser HS (2004). Diabetes in the English-speaking Caribbean (Special report). *Pan American Journal of Public Health*, 15 (2), 90-93.

Holloway K & Van Dijk L (2010). Rational use of medicines. In: *The World Medicine Situation*. Geneva: WHO.

Horrocks S, Anderson E, Salisbury C (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324:819-23.

Iha A (2008) ed. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva, World Health Organization, The Research Priority Setting Working Group of the Alliance for Patient Safety.

Institute for Health Care Communication (2011). Impact of Communication in Healthcare. Available at: <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>

Institute of Medicine (2012). “Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America.” Smith M, Saunders R, Stuckhardt L & McGinnis JM (editors). Washington, D.C. The National Academies Press. Available at: [www.iom.edu/Reports/2012/Best-Care-at-Lower-Cost-The-Path-to-Continuously-Learning-Health-Care-in-America.aspx](http://www.iom.edu/Reports/2012/Best-Care-at-Lower-Cost-The-Path-to-Continuously-Learning-Health-Care-in-America.aspx)

Institute of Medicine (1999). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC: National Academy Press.

International Council of Nurses (undated). International Classification for Nursing Practice (ICNP) Information Sheet. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/ICNP\\_FAQs.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/ICNP_FAQs.pdf)

International Council of Nurses (2014) ICN Biennial Report 2012-2013, p.23. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/biennial\\_reports/ICN\\_Biennial\\_Report\\_2012-2013.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/biennial_reports/ICN_Biennial_Report_2012-2013.pdf)

International Council of Nurses (2013a). ICN Fact Sheet on *Positive Practice Environments*. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/9d\\_FS-Positive\\_Practice\\_Environments.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9d_FS-Positive_Practice_Environments.pdf)

International Council of Nurses (2013b). *Going, Going, Gone: The nursing presence in the World Health Organization* (revised 2013). A Fact Sheet for National Nurses Associations. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/7b\\_FS-Does\\_Nursing\\_Matter\\_within\\_WHO.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/7b_FS-Does_Nursing_Matter_within_WHO.pdf)

International Council of Nurses (2012a). Position statement on *Publicly funded accessible health services*. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/D07\\_Publicly\\_Funded\\_Accessible\\_Health\\_Services.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D07_Publicly_Funded_Accessible_Health_Services.pdf)

International Council of Nurses (2012b). ICN Code of Ethics for Nurses. Geneva: ICN. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf)

International Council of Nurses (2010). *The Impact of the Economic Recession on Nurses and Nursing in Iceland*. Developed by Elsa B. Friofinnsdottir & Jon Aoalbjorn Johnson. Geneva: International Centre for Human Resources in Nursing (ICHRN).

International Council of Nurses (2009a). *Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse: Definition and Characteristics*. A Nursing Matters Fact Sheet. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/1b\\_FS-NP\\_APN.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-NP_APN.pdf)

International Council of Nurses (2009b). *Implementing Nurse Prescribing*. Geneva. ICN

International Council of Nurses (2008a). Position statement on *Participation of nurses in health service decision-making and policy development*. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/D04\\_Participation\\_Decision\\_Making\\_Policy\\_Development.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D04_Participation_Decision_Making_Policy_Development.pdf)

International Council of Nurses (2008b). *Nursing Perspectives and Contributions to Primary Health Care*. Geneva: ICN. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free\\_publications/primary\\_health\\_care.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/primary_health_care.pdf)

International Council of Nurses (2007). ICN Position Statement on *Nurses and Primary Health Care*. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/D02\\_Nurses\\_Primary\\_Health\\_Care.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D02_Nurses_Primary_Health_Care.pdf)

International Council of Nurses (2005a). *Guidelines on shaping effective health policy*. Geneva: ICN. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline\\_shaping.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_shaping.pdf)

International Council of Nurses (2005b). *Nurse retention and recruitment: Developing a motivated workforce*, developed by Zurn P, Dolea C & Stilwell B. Geneva: ICN. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free\\_publications/primary\\_health\\_care.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/primary_health_care.pdf)

International Council of Nurses (2004). *Collaborative Practice in the 21<sup>st</sup> Century*. Developed by Madrean Schober & Nancy MacKay. Geneva: ICN.

International Council of Nurses (2001). ICN position statement on *Promoting the value and cost-effectiveness of nursing*. Available at: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/D06\\_Promoting\\_Value\\_Cost-effectiveness\\_Nursing.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D06_Promoting_Value_Cost-effectiveness_Nursing.pdf)

International Council of Nurses (1999). *ICN's Vision for the Future of Nursing*. Geneva, ICN. Available at: [www.icn.ch/about-icn/the-icns-vision/](http://www.icn.ch/about-icn/the-icns-vision/)

International Council of Nurses and the World Bank (2014). Strengthening Community and Frontline Health Workers for Universal Health Coverage. Event Summary, July 2014. Geneva: ICN. Available at: [www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/report/pdf/2014m/08-06.pdf](http://www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/report/pdf/2014m/08-06.pdf)

International Medical Travel Journal (2011). European health systems under siege. Medical tourism news. 8 July 2011. Available at: [www.imtj.com/news/?EntryId82=297309](http://www.imtj.com/news/?EntryId82=297309)

Irish Nursing and Midwifery Organisation (Dec 2013/Jan 2014). "Media watch - Budget cuts focus". *World of Irish Nursing* Dec 2013/Jan 2014 Vol 21 (10). Available at: [www.inmo.ie/Home/Index/7820/11149](http://www.inmo.ie/Home/Index/7820/11149)

Irvine D & Evans M (1995). Job satisfaction and turnover amongst nurses: Integrating research findings across studies. *Nursing Research* 44 (4): 246-253, Blackwell Publishing, UK. 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, ICN. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Global\\_shortage\\_Overview.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Global_shortage_Overview.pdf)

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2005). *Health Care at the Crossroads: Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis*. Available at: [www.jointcommission.org/assets/1/18/health\\_care\\_at\\_the\\_crossroads.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/health_care_at_the_crossroads.pdf)

Keleher H, Parker R, Abdulwadud O & Francis K (2009). Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *Int J Nurs Pract.* 15(1):16-24

Kingma M (2008). Nurses on the Move: Historical Perspective and Current Issues. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 13 (2), Manuscript 1.

Kitzman H, Olds DL, Sidora K, Henderson CR, Hanks C, Col R, Luckey DW, Bondy J, Cole K & Clazner J (2000). Enduring Effects of Nurse Home Visitation on Maternal Life Course: A 3-Year Follow-up of a Randomized Trial. *JAMA.* 2000;283(15):1983-1989.

Kroezen M (2012). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A survey of forces, conditions and jurisdictional control. *International Journal of Nursing Studies* 49 (2012): 1002-1012.

Laport N, Sermeus W, Vanden Boer G & Van Herk P (2008). Adjusting for nursing case mix in hospital reimbursement: a review of international practice. *Policy Politics and Nursing Practice*, 9 (2): 94-102.

Laschinger HKS, Almost J & Tuer-Hodes J (2003). Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics: Making the Link. *JONA*, 33 (7/8)

Lathrop B (2013). Nursing Leadership in Addressing the Social Determinants of Health. *Policy, Politics & Nursing Practice.* 14 (1): 41-47

Latter S, Courtenay M (2004). Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature, *Journal of Clinical Nursing*, Volume 13, Issue 1, Pages 26-32, 2004 Blackwell Publishing Ltd.

Lein C & Wills CE (2007). Using patient-centered interviewing skills to manage complex patient encounters in primary care. *American Academy of Nurse Practitioners*, 19:215-220

Lemiex-Charles L & McGuire WL (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review.* June 2006. 63(3):263-300.

Liese B & Dussault G (2004). Africa Region Human Development Working Paper Series. *The State of the Health Workforce in Sub-Saharan Africa: Evidence of Crisis and Analysis of Contributing Factor*. Washington D.C.: The World Bank, Africa Region.

LeRoy L & Solowitz S (1981). *The Costs and Effectiveness of Nurse Practitioners*. Office of Technology Assessment.

Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; Vol. 380, No. 2859, pp. 2095–2128.

Macdonald, T.H. (2009). *Removing the Barriers to Global Health Equity*. Oxon: Radcliffe Publishing.

Massachusetts Technology Collaborative (MTC) and NEHI (2008). *Saving Lives, Saving Money: The Imperative for CPOE in Massachusetts*. Updated to 2008 figures. Cambridge, MA: NEHI.

Mathauer I & Imhoff I (2006). Health worker motivation in Africa: The role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health*, 4:24.

McElmurry, B. et al. (2002). Primary health care in the Americas: frame work, experiences, challenges and perspectives. Nº 25. Series. Organization and Management of Health Systems and Services. Washington, DC. PAHO/WHO.

McMahon R, Barton E & Piot M. (1992). *On being In charge: a guide to management in primary health care*. Geneva: WHO.

Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martin-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdrán-Mañas M, Carrasco AM, García-Arrabal JJ, Toral-Lopez I (2008). Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *Health serv Res*, 23(8):193

Morris R, MacNeela P, Scott A, Treacy P & Hyde A (2007). Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 57 (5): 463-471.

Mphande H (2014). "Shortage of nurses hit Malawi: Has only 25% of required number", *Nyasa Times*. September 18, 2014. Available at: [www.nyasatimes.com/2014/09/18/shortage-of-nurses-hit-malawi-has-only-25-of-required-numbers/](http://www.nyasatimes.com/2014/09/18/shortage-of-nurses-hit-malawi-has-only-25-of-required-numbers/)

Murphy GT (2005). *Health human resource planning, modeling activities for primary health care nurse practitioners*. Ottawa: CNA. Canadian Nurse Practitioner Initiative.

Neumann PJ (2005). *Using cost-effectiveness analysis to improve health care: opportunities and barriers*. Oxford: Oxford University Press.

Newhouse R & Poe S (2005). *Measuring Patient Safety*. Sudsbury, MA: Jones and Bartlett.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346(22): 1715-1722.

NHS Employers (2014). *NHS Qualified Nurse Supply and Demand Survey – Findings*. Report produced for the Health Education England Nursing Supply Steering Group. Available at: <http://hee.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/321/2014/05/NHS-qualified-nurse-supply-and-demand-survey-12-May1.pdf>

Noknoy S, Rangsin R, Saengcharnchai P, Tantibhaedhyangkul U, McCambridge J (2010). RCT of effectiveness of motivational enhancement therapy delivered by nurses for hazardous drinkers in primary care units in Thailand. *Alcohol and alcoholism*, 45 (3): 263-70.

Nullis C (2007). *The Associated Press*, 24 May 2007. Available at: [www.seattlepi.com/national/article/Nursing-shortages-in-Africa-hurt-AIDS-treatment-1238508.php](http://www.seattlepi.com/national/article/Nursing-shortages-in-Africa-hurt-AIDS-treatment-1238508.php)

Organisation for Economic Co-operation and Development (2013). Public Spending on health and long-term care: a new set of projects. OECD Economic Policy Papers No.06. Available at: [www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf](http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf)

Organisation for Economic Co-operation and Development (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experience in 12 developed countries. Available at: [www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp%282010%295&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp%282010%295&doclanguage=en)

Özaltın A & Cashin C, eds. (2014). Costing of Health Services for Provider Payment: A Practical Manual Based on Country Costing Challenges, Trade-offs, and Solutions. Joint Learning Network for Universal Health Coverage. Available at: [http://jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/JLN\\_Costing\\_Toolkit\\_Interactive\\_FINAL.pdf](http://jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/JLN_Costing_Toolkit_Interactive_FINAL.pdf)

Palangkaraya A & Yong J (2009). Population Ageing and its Implications on Aggregate Health Care Demand. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 9 (4): 391-402.

Pan American Health Organization (2007). Renewing Primary Health Care in the Americas: A position paper of the Pan American Health Organization (PAHO/WHO). Washington D.C.: PAHO.

Pattenden J, Lewin B & Blue L (2004). Heart Failure Specialist Nurse. Evaluation of a new service April 2002 – December 2003. British Heart Foundation.10. London: Department of Health.

Pooja K (2007). Providing the providers — remedying Africa's shortage of health care workers. *NEJM*, 356:2564-2567.

PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute (2010). "The price of excess: Identifying waste in health care spending." Available at: [www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml](http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml)

Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M & Koppel I (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.

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

Rosenstein AH & O'Daniel M (2005). Disruptive behavior & clinical outcomes: Perceptions of nurses and physicians. *AJN*. 105(1):54-64.

Russo CA, Steiner C & Spector W (2008). Hospitalizations Related to Pressure Ulcers, 2006.HCUP Statistical Brief #64. December 2008. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Available at: [www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb64.pdf](http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb64.pdf)

Sabate E (2003). Adherence to long-term therapies. Geneva: WHO.

Sermes W, Gillet G, Gillain D, Grietens J, Laport N, Michiels D, Thonon O, Vanden Boer G, Van Herck P & Van den Heede K. (2009). Development and validation of nursing resource weights for the Belgian Nursing Minimum Dataset in general hospitals: A Delphi questionnaire survey approach. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (2): 256–267

Sermes W, Delesie L, Van den Heede K, Diya L / Lesaffre E (2008). Measuring the intensity of nursing care: Making use of the Belgian Nursing Minimum Data Set. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (7): 1011-1021.

Shields M & Ward M (2001). Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction and intentions to quit. *Journal of Health Economics* 20: 677-701, Elsevier

Publishing. 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: ICN. Available at:  
[www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Global\\_shortage\\_Overview.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Global_shortage_Overview.pdf)

Silva AMVAD & Fernandes RMP (2008). Foreign Nurses in Portugal. Lisbon, Portugal, Ordem dos Enfermeiros.

Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J & Boerma T (2013). A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 91:892-894. Available at: [www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-118927/en/](http://www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-118927/en/)

Stacey D, Noorani H Z, Fisher A, Robinson D Joyce J & Pong RW (2004). A clinical and economic review of telephone triage services and survey of Canadian call centre programs. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) 2004: 11.

Stanik-Hutt J, Newhouse RP, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, Wilson R, Fountain L, Steinwachs DM, Heindel L & Weiner JP (2013). The Quality and Effectiveness of Care Provided by Nurse Practitioners. *Journal for Nurse Practitioners*, 9 (8):492-500.

Storch JL (1994). Division of Labour in health care: Pragmatics and ethics. *Humane Medicine*, 10(4): 262-269.

Tamaki A (2008). Effectiveness of home visits by mental health nurses for Japanese women with post-partum depression. *Int J Ment Health Nurs*, 17 (6): 419-427.

Thomson Reuters (2009). Where can \$700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system? White paper; Thomson Reuters; Ann Arbor, USA.

Tsai SL, Chen M & Yin TJC (2005). A comparison of the cost-effectiveness of hospital-based home care that of a conventional out-patient follow-up for patients with mental illness. *Journal of Nursing Research*, 13 (3):165-173.

Tucker A (2002). When problem solving is a problem. *Harvard University Gazette*, 10 October 2002. Available at: [www.news.harvard.edu/gazette/2002/10.10/11-tucker.html](http://www.news.harvard.edu/gazette/2002/10.10/11-tucker.html)

United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS) (2007). Keeping score: AIDS responses in the Caribbean: a consolidated analysis based on Caribbean reports submitted to the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS, 2006.

Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2163–96. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2)

Van Ruth LM, Mistiaen P & Francke AL (2008). Effects of Nurse Prescribing of Medication: A Systematic Review. *The Internet Journal of Healthcare Administration*. 2008 5 (2).

Volqvartz J (2005). The brain drain. *The Guardian*, March 11.

Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C & Leese B (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ*, 320: 1048-1053.

Wang LY, Vernon-Smiley M, Gapinski MA, Desist M, Maughan E, Sheetz A (2014). Cost-Benefit Study of School Nursing Services. *JAMA Pediatr*. 168(7):642-648.



Wang H, Zhou J, Huang L, Li X, Fennie KP, Williams AB (2010). Effects of nurse-delivered home visits combined with telephone calls on medication adherence and quality of life in HIV-infected heroin users in Hunan of China. *J Clin Nurs*, 19 (3-4): 380-388.

Wanzer M B, Booth-Butterfield M & Gruber K (2004). Perceptions of health care providers' communication: Relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Care Communication*, 16(3), 363-384.

Welton JM, Fischer MH, DeGrace S & Zone-Smith L (2006). Hospital nursing costs, billing, and reimbursement. *Nurs Econ*, 24(5):239-245.

Welton JM & Halloran EJ (2005). Nursing diagnoses, diagnosis-related group, and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 35 (12):541-549.

Woodend A, Sherrard H, Stuewe M, Fraser M, Cheung T & Struthers C (2008). Telephone monitoring in patients with cardiac disease who are high risk for admission. *Heart & Lung*, 37 (1): 36-45.

World Bank (2009). The Nurse Labor & Education Markets in the English-speaking CARICOM: Issues and Options for Reform. Report No. 48988-LAC. Human Development Department, Caribbean Country Management Unit Latin America and the Caribbean Region. Available at: [http://siteresources.worldbank.org/INTJAMAICA/Resources/The\\_Nurse\\_Labor\\_Education\\_Market\\_Eng.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTJAMAICA/Resources/The_Nurse_Labor_Education_Market_Eng.pdf)

World Health Organization (2014). World Health Statistics 2014. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1)

World Health Organization (2013a). World Health Report 2013. Research for Universal Health Coverage. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf?ua=1)

World Health Organization (2013b). Monitoring the achievement of the health-related Millennium Development Goals Health in the post-2015 United Nations development agenda. Report by the Secretariat.

World Health Organization (2012a). Positioning Health in the Post-2015 Development Agenda WHO discussion paper, October 2012. Available at: [www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/post2015/WHOdiscussionpaper\\_October2012.pdf?ua=1](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHOdiscussionpaper_October2012.pdf?ua=1)

World Health Organization (2012b) Informal Member State Consultation on Health in the Post -2015 Development Agenda, 14 December 2012. Summary Report. Available at: [www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/post2015/summary\\_informal\\_consultation\\_memberstates\\_20121214.pdf?ua=1](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/summary_informal_consultation_memberstates_20121214.pdf?ua=1)

World Health Organization (2012c). The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences. Technical Report prepared for the Ministers Summit. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75828/1/WHO\\_EMP\\_MAR\\_2012.3\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75828/1/WHO_EMP_MAR_2012.3_eng.pdf)

World Health Organization (2012d). The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences. Geneva: WHO

World Health Organization (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide: A Systematic Review of the Literature. Geneva: WHO.

World Health Organization (2010a). Health accounts. Available at: [www.who.int/health-accounts/en/](http://www.who.int/health-accounts/en/)

World Health Organization (2010b). *The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*. Available at: [www.who.int/whr/2010/10\\_chap01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2010/10_chap01_en.pdf)

World Health Organization (2010c). *The World Medicines Situation*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2010d). *Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services 2011–2015*. Available at: [www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/en/](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/)

World Health Organization (2008a). *The World Health Report 2008. Primary Health Care: Now More Than Ever*. Available at: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf?ua=1)

World Health Organization (2008b). *Treat, Train, Retain: Task Shifting, Global Recommendations and Guidelines*.

World Health Organization (2006). *The World Health Report 2006. Working together for health*. WHO; Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2005). *World Alliance for Patient Safety: WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems*. Geneva: WHO.

World Health Organization and World Bank (2002). *Building Strategic Partnerships in Education and Health in Africa*. Report presented at the consultative meeting on improving collaboration between health professionals, governments and other stakeholders in human resources for health development, Addis Ababa, Ethiopia.

World Health Professions Alliance (WHPA) (2011). *Joint Statement on Counterfeit Medical Products*. Available at: [www.whpa.org/WHPA\\_Joint\\_Statement\\_on\\_Counterfeiting.pdf](http://www.whpa.org/WHPA_Joint_Statement_on_Counterfeiting.pdf)

Young TL & Ireson C (2003). Effectiveness of school-based telehealth care in urban and rural elementary schools. *Pediatrics*, 112 (3): 1088-1094.