

Sestry: Hybná síla změn

*Zvyšování odolnosti zdravotnických
systémů*



MEZINÁRODNÍ DEN SESTER 2016

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 (méně než 300 slov) mohou být reprodukovány bez nutnosti žádat o souhlas za předpokladu, že je uveden zdroj.

Copyright © 2016 by International Council of Nurses
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95099-38-8

Obsah

	Dopis od prezidentky a výkonné ředitelky	
Kapitola 1:	Úvod.....	1
Kapitola 2:	Vývoj silného zdravotnického systému.....	13
Kapitola 3:	Co je to odolnost zdravotnických systémů?.....	17
Kapitola 4:	Zvyšování odolnosti organizací.....	23
Kapitola 5:	Rozvoj osobní odolnosti.....	29
Kapitola 6:	Cesta vpřed a role sester a jejich národních asociací.....	33
Kapitola 7:	Závěr.....	39
Příloha č. 1:	Rozvoj lidských zdrojů ve zdravotnictví.....	41
Příloha č. 2:	Veřejně financované a dostupné zdravotnické služby.....	45
Příloha č. 3:	Zapojení sester do rozhodování a tvorby politiky v oblasti zdravotnických služeb.....	47
Literatura		49



Květen 2016

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

klíčem ke splnění cílů udržitelného rozvoje (SDG) stanovených Organizací spojených národů je vytvořit silné a odolné zdravotnické systémy, které budou schopné efektivně řešit výzvy. Možná se zamýšlíte nad tím, jak můžete k posílení zdravotnictví po celém světě přispět vy jako sestra. Sestry představují největší skupinu zdravotníků a jsou přítomny na všech zdravotnických pracovištích, mohou mít tedy na odolnost zdravotnických systémů nesmírný vliv. Každé rozhodnutí, které ve své praxi uděláte, může mít zásadní přínos pro efektivitu a účinnost celého systému.

Tento balíček k Mezinárodnímu dni sester zkoumá možnosti – a není jich málo – jak mohou sestry přispět k rozvoji silných a odolných zdravotnických systémů na místní, národní i globální úrovni, a poskytuje sestrám i tvůrcům politik vodítka a doporučení. Nástroje, informace a myšlenky potřebné k akci pomohou sestrám a národním asociacím sester k tomu, aby se zapojili do tvorby politik, a povzbudí je v tomto úsilí.

Následující stránky analyzují stupňující se výzvy, jimž zdravotnictví čelí, i to, jak můžeme zlepšit odolnost organizací a jak mohou sestry posílit a rozvinout svou vlastní odolnost i odolnost svých kolegů tak, aby se všichni dokázali plně zaměřit na ambiciózní cíle udržitelného rozvoje. Je na nich ukázáno, co všechno je možné, pokud se do plánů na přeměnu zapojí sestry se svými odbornými znalostmi a kreativitou. V mnoha oblastech práce ICN jsme měli možnost vidět, jak naše odolnost a účast na tvorbě politik ovlivňuje jak proces rozhodování, tak zdraví obyvatel.

Je zcela zásadní, abychom v našich organizacích i sami v sobě našli příležitosti k posílení a rozvoji odolnosti. Prosazováním hlasu sester můžeme dosáhnout zlepšení v poskytování zdravotnických služeb a přispět k silnějším zdravotnickým systémům. Účast sester na vytváření zdravotnické politiky zajistí, aby politické reformy zohlednily nutnost pracovního prostředí, které je oporou pro každodenní praxi. Je naší povinností zajistit, aby vlády a tvůrci politik pochopili, že k úspěchu cílů udržitelného rozvoje a překonání budoucích zdravotních výzev potřebujeme mít na vedoucích pozicích sebevědomé a erudované sestry, které chápou, jakou roli hrají v rozvoji ošetřovatelské pracovní síly schopné čelit novým výzvám.

S upřímným pozdravem

Judith Shamian
Prezidentka

Frances Hughes
Výkonná ředitelka

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 – web: www.icn.ch

Kapitola 1

Úvod

„Odolnost: schopnost zotavit se po překonání obtíží“ (slovník Oxford English Dictionaries)

Pozadí

Ať už jste v kterékoli části světa, je velice pravděpodobné, že zdraví a naplňování zdravotních potřeb obyvatel je tam jedním z hlavních témat veřejné debaty a veřejného zájmu. Někdy to opravdu vypadá, že zdraví a zdravotnictví je ve zprávách pořád. Důvodů může být více: některé jsou předvídatelné, jiné méně. V mnoha koutech světa například narůstají problémy související se zdravím stárnoucí populace, zvyšuje se podíl chronických onemocnění a dalších dlouhodobých zdravotních potíží, lidé mají stále vyšší očekávání ohledně množství a kvality zdravotnických služeb a pokračuje technologický pokrok. To vše vytváří očekávání, že se bude zvyšovat objem financí investovaných do zdravotnických služeb. Zdravotnické systémy v zemích po celém světě jsou nuceny reagovat a zvažují tedy nové způsoby práce a nové modely péče o své občany.

Neočekávaný dopad globální finanční krize na zdravotnické systémy má i nadále vliv na veřejné finance. Stejně závažný je i problém zranitelnosti zdravotnických systémů po celém světě, který nedávno vyšel najevo. Propuknutí horečky ebola v západní Africe, k němuž došlo v roce 2014, ukázalo, že globální opatření pro ochranu zdraví jsou zcela zásadní. Infekce mohou překračovat hranice a cestovat do všech koutů světa právě tak jako lidé. Ani přírodní katastrofy a konflikty nerespektují hranice států a vyžadují reakci od celého světa.

Může být těžké začít se nad tímto globálním propojením zamýšlet, aniž by byl člověk okamžitě odrazen složitostí tohoto konceptu. Nejistota a pocit bezmocnosti, který vyvolává, je naprosto pochopitelný. Kde mám začít? Jak můžu něco změnit? Snadno si můžeme připadat velmi malí a bezvýznamní. Dopad globalizace je ale stále větší a ovlivňuje náš každodenní život. Všichni žijeme v těsném propojení a sestry, jako jedna z největších skupin pracovníků na celém světě, musí spolupracovat na pochopení a zajištění toho, aby byla globalizace pozitivní silou pracující pro dobro věci.

„Definice globalizace: proces narůstající globální propojenosti, vzájemné závislosti a integrace, který probíhá zejména v ekonomické oblasti, ale ovlivňuje také kulturní, socio-politické, ekologické a technologické aspekty života.“ (Tuschudin a Davis, 2008, s. 4)

Jak je uvedeno ve zprávě o rozvojových cílech tisíciletí (*Millenium Development Goals*, MDG) (United Nations, 2015), zaznamenal svět při snaze dosáhnout rozvojových cílů tisíciletí značný pokrok (WHO, 2015a): byly zachráněny životy milionů lidí a pro mnoho dalších se zlepšily životní podmínky. Zpráva ale také hovoří o „nerovnoměrných úspěších“, „nedostatecích v mnoha oblastech“ a nedokončené práci. Vzhledem k tomu, že byly cíle MDG zaměřeny na konkrétní onemocnění, zůstala po nich v mnoha zemích fragmentovaná péče a slabé systémy pro poskytování zdravotnických služeb. V mnoha zemích, které obdržely rozvojovou pomoc, tak nedošlo k vybudování zdravotnických systémů, které by dokázaly všem potřebným lidem poskytnout nezbytné základní služby.

Jak už bylo zmíněno, propuknutí horečky ebola v západní Africe jasně ukázalo, že bez zdravotnických systémů schopných rychlého a efektivního zásahu se může epidemie rychle rozšířit přes hranice a způsobit enormní problémy (WHO, 2014). Místní zdravotnické systémy v zemích, které propuknutí epidemie zasáhlo nejvíce, byly nestabilní a chyběl jim dostatek zdravotnických pracovníků (WHO, 2015b). Reakce byla v důsledku toho opožděná, došlo k narušení stávajících zdravotnických služeb a mnoho zdravotníků, kteří se o nemocné starali, zemřelo (WHO, 2015c), čímž se zdraví obyvatel ocitlo v ještě větším ohrožení (David et al., 2015). Předběžná zpráva Světové zdravotnické organizace (WHO, 2015d) z května 2015 o zdravotnících nakažených horečkou ebola uvedla, že z 815 zdravotnických pracovníků nakažených horečkou ebola od začátku epidemie tvořili více než 50 % sestry a ošetřovatelé. Dvě třetiny nakažených zdravotníků zemřely.

Tato událost vyvolala mnoho otázek: Jak rychle reagovat na nedostatek zdravotníků způsobený nemocí nebo dokonce úmrtím? Jak rychle vyškolit sestry tak, aby mohly poskytovat péči ve velmi nezvyklých podmínkách? Jak se rychle dostat ke správnému vybavení? Jak co nejúčinněji komunikovat s veřejností? Je zcela zjevné, že je nutné mít zdravotnické systémy, které dokážou na podobné šoky včas a efektivně zareagovat, a zároveň i nadále poskytovat nezbytné zdravotnické služby.

„Odolnost zdravotnictví spočívá v jeho schopnosti reagovat, přizpůsobit se a utužit se, když je vystaven šoku, jakým je například propuknutí nemoci, přírodní katastrofa nebo konflikt.“

Campbell et al (2014)

Mezi aspekty tohoto složitého úkolu patří potřebná rychlost reakce, dostupnost zdrojů na správném místě ve správný čas a nutnost vyrovnat se s poškozenou infrastrukturou a nedostatkem zdravotnických pracovníků. Musíme proto být připraveni ještě předtím, než přijde další nouzová situace: mít nachystány nouzové zásoby, lidi se správnými kompetencemi, kteří mohou být nasazeni, a plány na přesměrování zdrojů.

V hektickém životě většiny sester z praxe nejsou úvahy nad tím, jak podpořit a posílit zdravotnický systém, v němž pracujeme, právě běžné. Současně je ale zcela evidentní, že naše uvažování, plánování a profil v této oblasti je potřeba rozvinout a rozpracovat. Jsme zásadní hybnou silou změn, které systém potřebuje.

Reakce na nové výzvy

Ošetřovatelská profese už v minulosti mnohokrát prokázala, že dokáže reagovat na měnící se potřeby společnosti. Zdokonalili jsme naši praxi tak, abychom se mohli postavit výzvám v oblasti veřejného zdraví a abychom zajistili poskytování kvalitní péče. Po celé 20. století se lidstvu dařilo zvyšovat střední délku života a minimalizovat mnohé z rizikových faktorů spojených s dětskou a mateřskou úmrtností, a tento trend pokračuje i v 21. století. Sestry ke snížení dětské úmrtnosti výrazným způsobem přispěly a jejich přínos je dobře zdokumentován (Awoonor-Williams et al, 2013). Došlo k velkému pokroku v usnadnění přístupu k čisté vodě, zlepšení kanalizace, snížení výskytu malárie, tuberkulózy a dětské obrny a omezení šíření viru HIV (Marmot et al, 2012). Sestry stály v prvních liniích mnohých iniciativ, které k těmto úspěchům vedly (ICN, 2013), málokdo ale pochybuje o tom, že lze udělat ještě více. Kromě známých zdravotních problémů čelíme také globálními hrozbám, jako je antimikrobiální rezistence, nové pandemie, nově vznikající infekce, přírodní katastrofy, globální změna klimatu, ozbrojené konflikty a migrace. Co by to pro nás mohlo znamenat?

Existuje mnoho dokladů o schopnosti sester rychle a pozitivně reagovat a o důležitosti našeho přispění ke zdraví obyvatel, což stále častěji oceňují i národní vlády a Světová zdravotnická organizace (WHO 2003, 2015e). Pracovníci v ošetřovatelství jsou čím dál vzdělanější a dokážou lépe komunikovat s jednotlivými občany, komunitami, tvůrci politiky i mezi sebou navzájem. Je ale zjevné, že se musíme začít přizpůsobovat a měnit ještě rychleji a že výzvy, které nás čekají v příštích 15 letech, budou vyžadovat novou úroveň inovace a vůdcovských schopností. Se zvyšujícím se podílem sester na tvorbě místních, národních i mezinárodních zásahových plánů potřebujeme sebevědomé a erudované vedoucí osobnosti, které chápou, jakou roli hrají v dalším rozvoji ošetřovatelské pracovní síly zaměřené na zvládání nových výzev.

Investice do pracovních sil ve zdravotnictví pro posílení zdravotnických systémů. Zvyšování požadavků na naše zdravotnické systémy je spojeno s očekáváním vyšších finančních investic. V současné době je zřejmé, že existuje silná vazba mezi ekonomickým a zdravotním stavem obyvatel. Očekávat v době ekonomické krize větší objem financí z veřejného rozpočtu ale neznamena, že jej skutečně obdržíme. Skutečnou výzvou tak je hledání dalšího financování, a to na všech úrovních od jednotlivců až po vlády. V některých případech bylo důsledkem vládních snah o krátkodobé úspory reálné snížení výdajů na zdravotnictví (Karaniklos, 2013), jehož následky jsou viditelné jak v krátkodobém, tak v dlouhodobém horizontu. Pokud náklady na zdravotní péči o jednotlivce nenese stát, mohou vést k nárůstu chudoby. Zpráva WHO a Skupiny Světové banky (WHO a World Bank Group, 2015) ukazuje, že 400 milionů lidí nemá přístup k základním zdravotnickým službám a 6 % občanů zemí s nízkými a středně vysokými příjmy sklouzne kvůli osobním zdravotním výdajům ještě hlouběji do extrémní chudoby. Vzhledem k tomu, že zdraví je nejen hodnotné samo o sobě, ale je také podmínkou ekonomického růstu, pokroky v ekonomické a zdravotní situaci se navzájem podporují.

Zpráva komise Lancet Commission o globálním zdraví *Global Health 2035: a world converging within a generation* (Jamison et al, 2013) přesvědčivě zdůvodňuje, proč je větší upřednostňování péče o zdraví ze strany ministerstev hospodářství a obchodu ekonomicky výhodné: „Návratnost investic do zdraví je opravdu působivá. Snížení úmrtnosti je příčinou přibližně 11 % nedávného ekonomického růstu zemí s nízkými a středně vysokými příjmy, měřeno jejich vlastními systémy vykazování národního důchodu.“ (Jamison et al., 2013, s. 1898).

Zpráva popisuje možnost „velkého sblížení“ v oblasti zdraví, které je dosažitelné ještě za našeho života. Obsahuje podrobnou analýzu, která ukazuje, že navýšením investic do rozšíření zdravotnických technologií a zlepšením systémů poskytování zdravotnických služeb bude možné dosáhnout celosvětového snížení dětské a mateřské úmrtnosti i úmrtnosti na infekční onemocnění. Ve většině zemí s nízkými a středně vysokými příjmy by úmrtnost v těchto případech klesla na úroveň, která je v současnosti běžná v těch nejlépe si vedoucích zemích se středně vysokými příjmy. Jak uvádí studie Deana T. Jamisona a jeho kolegů (Jamison et al., 2013): „Dosažením tohoto sblížení by se v roce 2035 předešlo přibližně 10 milionům úmrtí v zemích s nízkými a středně vysokými příjmy...“ (s. 1898).

Kromě toho zpráva uvádí, že zaměstnanost ve zdravotnickém sektoru může vést k posílení místní ekonomiky. Podíl pracovníků ve zdravotnictví je nezanedbatelný a navíc tento sektor zaměstnává mnoho žen. Vzdělané sestry jsou proto přínosem pro ekonomické zdraví země.

Nové cíle: od „MDG“ k „SDG“

Ať už se setkáváme s jakýmkoli problémem, trvalé zaměření na zdravý život a podporu tělesné a duševní pohody pro všechny v jakémkoli věku je pro udržitelný rozvoj zcela zásadní: to je v současnosti celosvětově uznávaná skutečnost. Ústředním bodem cílů udržitelného rozvoje (*Sustainable Development Goals*, SDG) je nutnost mít silné a odolné zdravotnické systémy, které budou schopné reagovat na náhlé změny.

Sedmnáct cílů SDG (viz rámeček č. 1) a 169 souvisejících cílových oblastí přijaly členské státy na Valném shromáždění OSN v září 2015 (rezoluce Valného shromáždění OSN č. 70/1). Cíle SDG, které staví na předchozích cílech MDG, jsou relevantní pro všechny země a zahrnují ekonomické, ekologické a sociální pilíře udržitelného rozvoje se silným zaměřením na rovnost, které se dotýká základních příčin chudoby. Všechny pilíře jsou propojené a zdůrazňují tak skutečnost, že udržitelný rozvoj v kterékoli zemi vyžaduje spolupráci mnoha různých částí celého systému.

Rámeček č. 1: Sedmnáct cílů udržitelného rozvoje

- 1 Vymýtit chudobu ve všech jejích formách všude na světě.
- 2 Vymýtit hlad, dosáhnout potravinové bezpečnosti a zlepšení výživy, prosazovat udržitelné zemědělství.
- 3 Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku.**
- 4 Zajistit rovný přístup k inkluzivnímu a kvalitnímu vzdělání a podporovat celoživotní vzdělávání pro všechny.
- 5 Dosáhnout genderové rovnosti a posílit postavení všech žen a dívek.
- 6 Zajistit všem dostupnost vody a sanitačních zařízení a udržitelné hospodaření s nimi.
- 7 Zajistit přístup k cenově dostupným, spolehlivým, udržitelným a moderním zdrojům energie pro všechny.
- 8 Podporovat trvalý, inkluzivní a udržitelný hospodářský růst, plnou a produktivní zaměstnanost a důstojnou práci pro všechny.
- 9 Vybudovat odolnou infrastrukturu, podporovat inkluzivní a udržitelnou industrializaci a inovace.
- 10 Snížit nerovnost uvnitř zemí i mezi nimi.
- 11 Vytvořit inkluzivní, bezpečná, odolná a udržitelná města a obce.
- 12 Zajistit udržitelnou spotřebu a výrobu.
- 13 Přijmout bezodkladná opatření na boj se změnou klimatu a zvládání jejích dopadů (s vědomím, že Rámcová úmluva OSN o změně klimatu je primárním mezinárodním a mezivládním fórem pro vyjednávání globální reakce na změnu klimatu).
- 14 Chránit a udržitelně využívat oceány, moře a mořské zdroje pro zajištění udržitelného rozvoje.
- 15 Chránit, obnovovat a podporovat udržitelné využívání suchozemských ekosystémů, udržitelně hospodařit s lesy, potírat rozšiřování pouští, zastavit a následně zvrátit degradaci půdy a zastavit úbytek biodiverzity.
- 16 Podporovat mírové a inkluzivní společnosti pro udržitelný rozvoj, zajistit všem přístup ke spravedlnosti a vytvořit efektivní, odpovědné a inkluzivní instituce na všech úrovních.
- 17 Oživit globální partnerství pro udržitelný rozvoj a posílit prostředky pro jeho uplatňování.

Pozn. překl.: překlad převzat z [českých stránek OSN](#).

Třetí cíl, který se zdraví a kvality života týká nejvíce, má celkem 13 cílových oblastí (3.1 až 3.9.) a předpokladů (3.a až 3.d) (viz rámeček č. 2).

Rámeček č. 2: 13 cílových oblastí v rámci cíle udržitelného rozvoje č. 3: Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku

- 3.1 Do roku 2030 celosvětově snížit míru mateřské úmrtnosti na méně než 70 na 100 tisíc porodů.
 - 3.2 Do roku 2030 zabránit úmrtím novorozenců a dětí mladších pěti let, jimž je možné předejít. Všechny země budou usilovat o snížení novorozenecké úmrtnosti na úroveň maximálně 12 úmrtí na 1000 živě narozených dětí a snížení úmrtnosti dětí mladších pěti let na úroveň 25 a méně na 1000 živě narozených dětí.
 - 3.3 Do roku 2030 ukončit epidemii AIDS, tuberkulózy, malárie a zanedbávaných tropických nemocí a bojovat proti hepatitidě, vodou přenášeným nemocem a ostatním přenosným nemocem.
 - 3.4 Do roku 2030 snížit pomocí prevence a léčby o třetinu předčasnou úmrtnost na nepřenosné choroby; podporovat duševní zdraví a duševní pohodu.
 - 3.5 Posílit prevenci a léčbu užívání návykových látek, včetně užívání narkotik a škodlivého užívání alkoholu.
 - 3.6 Do roku 2020 celosvětově snížit na polovinu počet úmrtí a zranění při dopravních nehodách.
 - 3.7 Do roku 2030 zajistit všeobecný přístup ke službám pro sexuální a reprodukční zdraví, jako jsou programy plánovaného rodičovství, informace a vzdělávání nebo zahrnutí problematiky reprodukčního zdraví do národních strategií a programů.
 - 3.8 Docílit všeobecného zabezpečení zdraví, včetně ochrany finančních rizik, přístupu ke kvalitní základní zdravotní péči a přístupu k bezpečným, účinným, kvalitním a cenově dostupným základním léčivům a očkovacím látkám pro všechny.
 - 3.9 Do roku 2030 podstatně snížit počet úmrtí a onemocnění vlivem nebezpečných chemických látek a znečištěného vzduchu, vody a půdy.
- Předpoklady**
- 3.a Posílit uplatňování rámcové úmluvy Světové zdravotnické organizace (WHO) o kontrole tabáku ve všech zemích dle potřeby.
 - 3.b Podporovat výzkum a vývoj vakcín a léků na přenosné i nepřenosné choroby, které primárně postihují především rozvojové země, poskytnout přístup k cenově dostupným základním lékům a vakcínám v souladu s Deklarací z Dohy o Dohodě TRIPS a veřejném zdraví, která potvrzuje právo rozvojových zemí plně využít ujednání v Dohodě o obchodních aspektech práv k duševnímu vlastnictví, pokud jde o flexibilitu v ochraně veřejného zdraví a zejména v přístupu k lékům pro všechny.
 - 3.c Podstatně zvýšit financování zdravotnictví a nábor, rozvoj, školení a retence pracovníků ve zdravotnictví v rozvojových zemích, zejména v těch nejméně rozvinutých a v malých ostrovních rozvojových státech.
 - 3.d Zvýšit kapacitu všech zemí, zejména rozvojových, pro včasné varování, snižování rizik a řízení národních a globálních zdravotních rizik.

Pozn. překl.: překlad převzat z [českých stránek OSN](#).

Očekává se, že tyto cílové oblasti bude napříč zdravotnickými systémy doprovázet řada aktivit a akčních plánů. Přestože většina aktivit bude zaměřena na cíl č. 3, i mnohé další cíle budou vyžadovat zapojení ošetrovatelských pracovníků – a zde budou hrát zásadní roli tvůrci politiky z řad sester.

Jednou z cílových oblastí (3.8) je zdravotní péče pro všechny (také známá pod pojmem všeobecně dostupná zdravotní péče), které se dostává velké pozornosti jako klíčovému předpokladu udržitelného rozvoje.

Zdravotní péče pro všechny

Cílem zdravotní péče pro všechny 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, 2013).

Nedávná monitorovací zpráva zabývající se zdravotní péčí pro všechny – *Tracking universal health coverage: First global monitoring report* (WHO a World Bank Group, 2015) – ukazuje, že k dosažení tohoto cíle máme ještě daleko. Tato zpráva, která jako první svého druhu měří pokrok jednotlivých zemí v oblasti zdravotní péče pro všechny pomocí dostupnosti zdravotnických služeb a finanční ochrany, sledovala v roce 2013 po celém světě dostupnost základních zdravotnických služeb včetně plánovaného rodičovství, předporodní péče, zkušené asistence u porodu (*skilled birth attendance*), očkování dětí,

„Ti nejvíce znevýhodnění lidé na světě nemají přístup ani k těm nejzákladnějším službám ...Základním východiskem zdravotní péče pro všechny je snaha o rovnost. Zdravotnické politiky a programy by se měly zaměřit na poskytování kvalitních zdravotnických služeb nejchudším lidem, ženám a dětem, lidem žijícím na venkově a příslušníkům menšin.

Dr. Marie-Paule Kieny, asistentka generální ředitelky WHO pro zdravotnictví a inovace (WHO a World Bank, 2015)

antiretrovirové terapie, léčby tuberkulózy a přístupu k čisté vodě a kanalizaci. Jak už bylo zmíněno, podle zjištění zprávy nemá přinejmenším 400 milionů lidí přístup alespoň k jedné z těchto služeb a mnoho lidí sklouzává ještě hlouběji do extrémní chudoby, protože musí platit za zdravotnické služby z vlastní kapsy.

WHO a Skupina Světové banky (WHO a World Bank Group, 2015) doporučují, aby země, které usilují o zdravotní péči pro všechny, usilovaly o dostupnost základních zdravotnických služeb pro alespoň 80 % obyvatelstva a o to, aby byli všichni a všude chráněni před katastrofálními důsledky a chudobou v důsledku plateb za zdravotní péči.

Sestry hrají v dosažení zdravotní péče pro všechny zásadní roli a existují četné příklady toho, jak sestry dokázaly rozšířit přístup k základním zdravotnickým službám (ICN 2011, 2015a). Mezi iniciativy ICN, které podporují lepší dostupnost zdravotnických služeb, patří centra ICN pro zdravotníky Wellness Centres for Health Care Workers (viz www.icn.ch/what-we-do/wellness-centres-for-health-care-workers/) a také projekt ICN TB/MDR TB (www.icn.ch/tb-mdr-tb-project/welcome-to-the-icn-tb-mdr-tb-project.html).

Nová očekávání od pracovníků

Cíl udržitelného rozvoje číslo 3 –zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku – je zásadním předpokladem pro dosažení ostatních cílů SDG. Zdravotní péče pro všechny znamená nejen pokrytí všech, kdo péči potřebují, ale také poskytování kvalitních služeb zdravotní péče zaměřených na člověka. To vyžaduje dobře fungující zdravotnické systémy s dostatečným počtem dobře proškolených a motivovaných zdravotnických pracovníků. Očekává se, že do roku 2030 bude chybět 10,1 milionu vyškolených zdravotnických pracovníků (sester, porodních asistentek a lékařů) (GHW, 2015). Mnohé země, které měly problém dosáhnout cílů MDG, mají problém s nedostatkem a špatným rozdělením zdravotnických pracovníků (ICN, 2014). Nouze o kvalifikovaný zdravotnický personál, včetně sester, bývá označována za jednu z největších překážek k dosažení efektivity zdravotnických systémů (Buchan a Aiken, 2008). Investice do pracovní síly zůstává na nízké úrovni a stále platí, že podle odhadovaných budoucích trendů budou nízkopříjmové země čelit narůstající nerovnováze mezi počtem dostupných zdravotnických pracovníků a poptávkou po nich (Tangcharoensathien et al, 2015). Stále více se očekává, že jak bohaté, tak chudé země dosáhnou národní soběstačnosti a budou schopné řídit vnitrostátní nabídku lidských zdrojů ve zdravotnictví a poptávku po nich prostřednictvím adekvátního plánování lidských zdrojů ve zdravotnictví (ICN, 2014).

Této oblasti se týká dokument WHO *Global Strategy on Human Resources for Health (HRH): Workforce 2030* (Globální strategie pro lidské zdroje ve zdravotnictví: pracovní síla v roce 2030), který má být v květnu 2016 předložen ke schválení Světovému zdravotnickému shromáždění.

Rámeček č. 3 Globální strategie pro lidské zdroje ve zdravotnictví: pracovní síla v roce 2030 – verze 1.0 předložená Výkonné radě (138. zasedání) (WHO, 2015f)

Vize: Urychlit pokrok v oblasti zdravotní péče pro všechny a cílů udržitelného rozvoje OSN zajištěním všeobecné dostupnosti zdravotnických pracovníků.

Obecný záměr: Zlepšit výsledky zdravotní péče a socioekonomický rozvoj zajištěním všeobecné dostupnosti, přístupnosti, přijatelnosti a kvality zdravotnických pracovníků, a to prostřednictvím přiměřených investic a zavedením účinných strategií na národní, regionální i globální úrovni.

Zásady

- Prosazovat **právo na zdraví**.
- Poskytovat integrované **zdravotnické služby zaměřené na člověka**.
- Podporovat silnější pozici a zapojení **komunit**.
- Hájit, osobní, zaměstnanecká a profesní **práva všech zdravotnických pracovníků** včetně bezpečného a odpovídajícího pracovního prostředí bez jakékoli diskriminace, donucování a násilí.
- Eliminovat **násilí založené na pohlaví**, diskriminaci a sexuální obtěžování.
- Prosazovat **mezinárodní spolupráci a solidaritu** v souladu s prioritami dané země.
- Zajistit **etické náborové postupy** v souladu s ustanoveními kodexu *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel* (Globální kodex WHO pro nábor zahraničních zdravotnických pracovníků).
- Podnítit a udržet **politickou a finanční podporu** a vytvářet podmínky pro **začlenění** a spolupráci napříč sektory a zájmovými skupinami.
- Prosazovat **inovace a stavění na důkazech**.

Dílčí cíle

1. Optimalizovat výkonnost, kvalitu a přínos zdravotnických pracovníků prostřednictvím strategií a postupů pro lidské zdroje ve zdravotnictví, které jsou založeny na důkazech, a přispět tak ke zdraví a tělesné i duševní pohodě, efektivní zdravotní péči pro všechny, odolnosti a ochraně zdraví na všech úrovních.
2. Sladit investice do lidských zdrojů ve zdravotnictví se stávajícími i budoucími potřebami obyvatel a dynamikou trhu práce a umožnit tak co největší zlepšení výsledků zdravotní péče, vytváření pracovních pozic a ekonomický růst.
3. Na všech úrovních – místní, celostátní i mezinárodní – vybudovat schopnost institucí efektivně vést a řídit kroky v oblasti lidských zdrojů ve zdravotnictví.
4. Zvýšit objem dostupných dat o lidských zdrojích ve zdravotnictví, aby bylo možné monitorovat jak zavádění vládních strategií i celé Globální strategie do praxe, tak to, kdo za ně nese odpovědnost.

ICN si je už dlouho vědoma důležitosti lepšího plánování pracovních sil v ošetrovatelství (ICN, 2014) a podporovala vypracování této strategie. Poté, co strategii schválí Světové zdravotnické shromáždění, se budou očekávat konkrétní kroky na místní úrovni, takže je pro národní asociace sester výhodné začít pracovat na těchto cílech už teď.

Proč by se měly sestry zapojit do posílení zdravotnických systémů?

Všichni se zřejmě shodneme na tom, že svět nikdy neměl k dispozici takové množství intervencí a technologií k léčbě nemocí a prodlužování střední délky života. Zároveň se ale zvětšují rozdíly mezi výsledky zdravotní péče (Crisp a Chen, 2014). Pozitivní přínos dostupných intervencí není provázen schopností zdravotnických systémů poskytnout tyto intervence těm, kdo je nejvíce potřebují, komplexním způsobem a v adekvátním rozsahu.

Role veřejného zdraví v budování a posilování systémů zdravotní péče a zvyšování jejich odolnosti je jasnou prioritou pro všechny sestry. Investice do podpory zdraví a prevence nemocí a chorob může mít pozitivní přínos v tom, že potenciálně sníží poptávku po zdravotnických službách ze strany nemocných a zároveň bude pro společnost ekonomickým přínosem v podobě zdravých a produktivních občanů (Jamison et al., 2013). Jak uvádí Viroj Tangcharoensathien a jeho kolegové (Tangcharoensathien et al, 2015) v článku o zdravotní péči pro všechny a cílech SDG: „Primární zdravotní péče dostupná pro většinu chudé populace představuje významné rozcestí, kde se záměry zdravotní péče pro všechny začínají měnit v realitu.“

Ze všech strategických doporučení popsanych v cílech SDG a v návrhu pro lidské zdroje ve zdravotnictví vyplývá, že kroky týkající se sociálních determinantů zdraví by měly představovat stěžejní součást práce zdravotnických pracovníků: zlepšují totiž klinické výsledky a z dlouhodobého hlediska šetří peníze a čas. Nejpřesvědčivějším důvodem pro podniknutí kroků ke snížení nerovnosti v oblasti zdraví je ale to, že je to otázka sociální spravedlnosti.

Co je sociální spravedlnost?

„Sociální spravedlnost znamená spravedlivé rozdělení zdrojů a odpovědnosti mezi jednotlivce v populaci se zaměřením jednak na relativní pozici jedné sociální skupiny vůči ostatním a jednak na základní příčiny nerovností a toho, jak je odstranit“ (CNA, 2009).

Pokud je řeč o sociální spravedlnosti ve vztahu ke zdraví a zdravotní péči, zahrnuje výraz „zdroje“ víc než jen přístup ke zdravotnickým službám. Jedná se také o přístup k dalším věcem, jako je bydlení, kanalizace, doprava, práce a vzdělávání. Všechny tyto faktory jsou souhrnně označovány jako sociální determinanty zdraví. Podniknout kroky v oblasti sociální spravedlnosti znamená podniknout kroky ke snížení rozdílů a podpoře rovného přístupu. ***Vzhledem k tomu, že většina sester se s příklady nerovnosti setkává dennodenně, je zjevné, že sestry mohou ve své každodenní praxi***

příspěvek k silnějším systémům opravdu výrazným způsobem. Základní myšlenkou, na které stojí podpora zdraví a tělesné i duševní pohody, je pro všechny sestry pojem sociální spravedlnosti (CNA, 2009; Sheridan, 2011; PJN, 2013; ICN, 2011).

Každý zdravotnický pracovník se může stát vlivným zastáncem zájmů jednotlivců, komunit, všech pracovníků ve zdravotnictví i široké veřejnosti. Vzhledem k tomu, že mnoho faktorů, které mají vliv na zdraví, leží mimo sektor zdravotnictví jako takového – první roky života, vzdělání, pracovní život, příjem, životní styl a životní prostředí – je možné, že budou zdravotničtí pracovníci muset využít svou pozici odborníků na zdraví a zároveň důvěryhodných a respektovaných specialistů k podpoře nebo podnícení změn i v jiných oblastech.
Institute of Health Equity (2013), s. 5

Etický kodex sester vypracovaný radou ICN jasně hovoří o odpovědnosti sester za iniciování a podporu kroků, které povedou k naplnění zdravotních a sociálních potřeb obyvatelstva a zejména zranitelných skupin obyvatel (ICN, 2012a). Role sestry jako zastánce rovnosti a sociální spravedlnosti se objevuje v příručkách mnoha národních asociací sester a existují i příklady situací, kdy se zdravotničtí pracovníci spojili, aby měli větší vliv na tvůrce politiky a mohli tak příležitosti v této oblasti zlepšit (Allen et al, 2013).

Definice ošetřovatelství

Ošetřovatelství zahrnuje autonomní a společnou péči o jednotlivce všech věkových kategorií, rodiny, skupiny a komunity, ať už nemocné či zdravé, a v jakémkoli prostředí. Do ošetřovatelství spadá podpora zdraví, prevence nemocí a péče o nemocné, o osoby se zdravotním postižením a o umírající. Mezi hlavní role sester patří také prosazování a podpora bezpečného prostředí, výzkum a účast na tvorbě zdravotnické politiky a managementu pacientů a zdravotnických systémů. (ICN, 2002)

Jak uvádí autorky Gail Tomblin-Murphy a Annette Elliott Rose (2015) ve svém přehledu relevantní literatury týkající se vedoucí role sester v posilování primární zdravotní péče jako opory pro dosažení cílů SDG a zdravotní péče pro všechny po celém světě, jsou sestry vzdělávány v holistickém duchu, aby dokázaly při plánování a poskytování péče zvážit všechny faktory zdraví a tělesné a duševní pohody daného člověka. Autorky také poznamenávají, že determinantům zdraví se dostává stále větší pozornosti, zároveň ale zdůrazňují, že stávající modely poskytování zdravotní péče se stále do velké míry zaměřují primárně na léčbu nemocí. Zdůrazňují i důležitost primární péče v odlehlých komunitách a/nebo v zemích s nízkými či středními příjmy, kde velký podíl péče poskytované na místní úrovni závisí na odborných znalostech komunitních zdravotnických pracovníků nebo ošetřovatelů. **Role, kterou sestry a ošetřovatelství jako takové hrají při poskytování podpory kolegům v komunitní péči – hájením jejich zájmů, mentorováním, spoluprací a**

uznáváním důležitého přínosu ošetřovatelů a komunitních zdravotnických pracovníků pro poskytování služeb na místní úrovni – je pro budoucí rozvoj naprosto klíčová (Dick et al, 2007).

K zamyšlení

Ví se, že v mnoha zdravotnických systémech je zdraví definováno pomocí „systému nemocí“ s prioritním zaměřením na jedince a jejich nemoci (WHO, 2007) a že tento přístup vedl ke vzniku zdravotnických systémů, které příliš neslouží potřebám širší společnosti. Souhlasíte? A jak je možné to změnit?



Výzkumy ukazují, že čím je společnost rozdělenější, tím nižší je pravděpodobnost přijetí politik na ochranu veřejného zdraví. Jak se můžeme podílet na stmelení komunit, jimž chceme sloužit?

(McKee a Mackenbach, 2013)

Kapitola 2

Vývoj silného zdravotnického systému

Podrobnější pohled na zdravotnické systémy

Zdravotnické systémy se člení na mnoho dílčích systémů, mezi které patří lidské zdroje, informační systémy, financování zdravotní péče a správa systému zdravotní péče (rámeček č. 4).

Rámeček č. 4: Co je to zdravotnický systém?

Zdravotnický systém sestává především ze všech organizací, institucí, zdrojů a lidí, jejichž hlavním cílem je zlepšování zdraví. Spadá sem snaha o ovlivnění determinantů zdraví i činnosti, které se zaměřují přímo na zlepšení zdraví. Zdravotnický systém poskytuje preventivní, podpůrné, léčebné a rehabilitační intervence prostřednictvím opatření v oblasti veřejného zdraví a pyramidového systému zdravotnických zařízení, která poskytují osobní zdravotní péči, přičemž poskytovatelem může být jak stát, tak jiné subjekty. Činnost zdravotnického systému by měla být pružná a finančně spravedlivá a také zachovávat úctu k lidem. Zdravotnický systém potřebuje ke svému provozu zaměstnance, finance, informace, materiál, možnost dopravy a komunikace a celkové vedení a směřování.

WHO (2007)

V roce 2007 vyhlásila WHO posílení zdravotnických systémů za globální strategickou prioritu. Podle názoru WHO se tato priorita „týká nás všech“ (WHO, 2007).

WHO hovoří o **šesti základních kamenech** nutných k vybudování silného systému (viz níže):

1. Dobré **zdravotnické služby** jsou takové služby, které poskytují efektivní, bezpečné a kvalitní osobní i neosobní zdravotnické intervence těm, kteří je potřebují, v čase a místě, kdy jsou potřeba, a s minimálním plýtváním zdroji.
2. **Pracovníci ve zdravotnictví** odvádí dobrou práci tehdy, pokud pracují pružným, spravedlivým a efektivním způsobem na dosažení nejlepších možných výsledků zdravotní péče s ohledem na dostupné zdroje a okolnosti (např. dostatek a spravedlivé rozmístění pracovníků; pracovníci jsou kompetentní a pracují pružně a produktivně).

3. Dobře fungující **zdravotnický informační systém** je takový, který zajišťuje vytváření, analýzu, šíření a používání spolehlivých a včasných informací ohledně determinantů zdraví, výkonnosti zdravotnického systému a zdravotního stavu.
4. Dobře fungující zdravotnický systém zajišťuje rovný přístup k základním **léčivým přípravkům, vakcínám a technologiím** kontrolované kvality, bezpečnosti, účinnosti a nákladové efektivity a jejich vhodné a nákladově efektivní používání podložené vědeckými poznatky.
5. Dobrý systém **financování zdravotní péče** získává dostatek financí pro zajištění zdraví, a to způsobem, který zajistí, aby lidé mohli potřebné služby využívat a byli chráněni před finanční tragédií nebo chudobou v důsledku plateb za zdravotní péči. Dává poskytovatelům a uživatelům pobídky k tomu, aby jednali efektivně.
6. Do **vedení a správy** patří zajištění strategického politického rámce a jeho propojení s efektivním dohledem, vytvářením koalic, regulací, pozorností k tomu, jak je celý systém navržen, a osobní odpovědností.

(WHO, 2007, s. vi)

Dobře fungující zdravotnické systémy jsou nutným předpokladem k poskytování kvalitní zdravotní péče všem lidem v okamžiku, kdy ji potřebují, na místě, kde ji potřebují, a za cenu, kterou si mohou dovolit. Posílení zdravotnických systémů je ale vzhledem k jejich složitosti nesnadným úkolem. Agentura USA pro mezinárodní rozvoj (USAID, n.d. – nedatováno), zachytila tuto výzvu ve svém popisu posilování zdravotnických systémů:

„Proces cílený na zajištění toho, aby lidé a instituce – veřejné i soukromé – plnili základní funkce zdravotnického systému (správa, financování, poskytování služeb, pracovní síla ve zdravotnictví, informace a léčivé přípravky, vakcíny a další technologie)“ tak, aby se jednotlivé složky navzájem podporovaly a posilovaly, aby docházelo ke zlepšování výsledků zdravotní péče, občané byli chráněni před tragickými finančními následky a chudobou v důsledku nemoci a aby byla zajištěna spokojenost spotřebitelů, a to vše rovným, efektivním a udržitelným způsobem.“

Všechny dílčí systémy zdravotnictví mohou být oslabeny v důsledku nejrůznějších omezení. Zdravotní péče může být například příliš drahá, což vede lidi k tomu, aby vyhledání péče oddalovali nebo se mu úplně vyhýbali. Státní rozpočet na zdravotnictví nemusí pokrýt všechny zdravotní potřeby obyvatel. To může mít negativní dopad na výsledky zdravotní péče v dané zemi.

Ve většině zdravotnických systémů představují výdaje na pracovní sílu přibližně 70 % všech opakujících se výdajů (WHO, 2006). Je ale důležité si uvědomit, že bez výkonné pracovní síly nelze silný zdravotnický systém vybudovat. Jinými slovy, zdraví obyvatel nelze dosáhnout bez investic do pracovníků ve zdravotnictví. Hromadí se důkazy o tom, že kromě ekonomického přínosu v podobě zdravých obyvatel mají investice do pracovníků ve zdravotnictví také pozitivní dopad na socioekonomický rozvoj (GHWA, 2015). Musíme změnit tradiční pohled na pracovníky ve zdravotnictví jako na opakující se výdaje či náklady a začít investice do pracovníků ve zdravotnictví vnímat jako strategii k dosažení zdraví pro všechny a k ekonomickému růstu vytvářením kvalifikovaných pracovních pozic ve veřejném sektoru.

Slabý zdravotnický systém nemůže být odolný. V následující kapitole se podíváme na to, jak můžeme odolnost zdravotnických systémů zvýšit.

K zamyšlení

Když si představíte místo, kde pracujete, dokážete v něm v praxi najít šest základních kamenů WHO (2007)? V kterých oblastech je potřeba je posílit? Co byste pro to mohli udělat a kdo by vám mohl pomoci?



Udržitelný zdravotnický systém se vyznačuje třemi základními rysy: dostupností pro pacienty a jejich rodiny, zaměstnavatele a vládu, přijatelností pro hlavní zúčastněné strany včetně pacientů a zdravotnických pracovníků a adaptabilitou, protože zdraví a potřeby v oblasti zdravotní péče nejsou statické.

(Fineberg, 2012, s. 1020)

Kapitola 3

Co je to odolnost zdravotnických systémů?

„**Odolnost zdravotnického systému** lze definovat jako schopnost jednotlivých zdravotnických aktérů, institucí a populací připravit se na možné krize a efektivně na ně reagovat, udržet při nástupu krize základní funkce v chodu a poté provést na základě poučení z krize reorganizaci, pokud je to potřeba.“

Kruk et al (2015), s. 1910

Co je to odolnost zdravotnických systémů a jak ji lze zvýšit?

Odolné zdravotnické systémy jsou základním předpokladem pro poskytování zdravotní péče pro všechny a dokážou rychle reagovat na náhlé propuknutí nemoci. Jak uvádí charitativní organizace Oxfam ve svém výčtu toho, čemu ji poučilo propuknutí horečky ebola (2015), a jak dokládají i jiné zdroje: pokud mají být zdravotnické systémy odolné, jsou zapotřebí dlouhodobé investice do šesti klíčových oblastí, které odpovídají šesti základním kamenům zdravotnických systémů podle definice WHO (2007):

1. Adekvátní počet vyškolených zdravotnických pracovníků.
2. Dostupná léčiva.
3. Stabilní zdravotnické informační systémy včetně sledování.
4. Přiměřená infrastruktura.
5. Dostatečné veřejné financování.
6. Silný veřejný sektor, který dokáže poskytovat rovné a kvalitní služby.

K zamyšlení

Kriticky se zamyslete nad šesti body, které jsou spojeny s odolným zdravotnickým systémem.

Jaké „skóre“ byste dali své organizaci nebo svému systému? Existuje něco, co můžete sami nebo společně s kolegy podniknout, abyste situaci zlepšili?

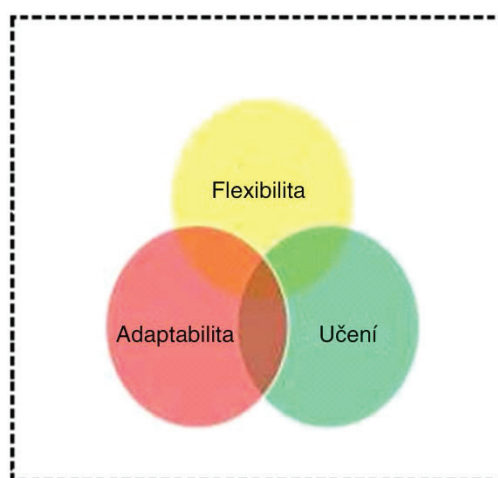


Přestože k vybudování silných zdravotnických systémů už byla podniknuta řada kroků, zdá se, že tohle ještě není celá odpověď: systémy a jednotlivci v nich také musí být schopni vyrovnat se se změnami a s výzvami.

Cílem úspěšného zdravotnického systému je schopnost adaptace a učení a také flexibilita. Tyto tři stěžejní koncepty jsou základem pro budování a rozvoj odolnosti.

- **Flexibilita** je schopnost organizace snadno přizpůsobit své procesy. Může se jednat o oblasti, jako jsou pracovní podmínky zaměstnanců nebo modely poskytování služeb.
- **Adaptabilita** je schopnost organizace změnit se nebo být měněna, aby dokázala v dané situaci nebo k danému účelu lépe fungovat nebo pro ně byla vhodnější.
- Organizace, která **se učí**, je organizace, které umožňuje učení lidem, kteří do ní patří, a průběžně se mění.

Obr. č. 1. Tři faktory podmiňující odolnost



Článek autorky Margaret E. Kruk a jejích kolegů (Kruk et al, 2015) čerpá z poznatků získaných při výzkumu odolnosti v jiných sférách a zkoumá s jejich pomocí odolnost zdravotnických systémů. Studie popisuje odolnost jako vznikající vlastnost zdravotnického systému jako celku, kterou nemusí být možné uchopit pouze na základě kontextu jedné země. Odolnost zdravotnického systému pak považuje za globální veřejný statek, který vyžaduje kolektivní reakci celé globální komunity.

Margaret E. Kruk a její kolegové (Kruk et al, 2015) uvádí pět klíčových prvků odolného zdravotnického systému:

1. Odolné systémy jsou informované: používají informace k pochopení a modelování rizik a reakcí na ně.

2. Odolné systémy jsou rozmanité: jsou schopné čelit široké škále různých výzev vzhledem k pestrosti dostupných zdrojů, jako je například primární péče nebo počet a dovednosti pracovníků. (Tento bod je snáze proveditelný při všeobecné dostupnosti zdravotní péče.)
3. Odolné systémy se samy regulují: dokážou zadržet a izolovat hrozby, aniž by přerušily poskytování základních zdravotnických služeb, a v případě potřeby vyčlenit další zdroje.
4. Odolné systémy jsou integrované: vytváří silné vazby na další klíčové partnery, komunity a orgány.
5. Odolné systémy jsou adaptabilní: nejen v době krize, ale i za běžných podmínek se dokážou například přizpůsobit demografickým změnám, potřebám vnitřně vysídlených lidí a novým metodám poskytování péče.

To vše vyvolává otázku, kam investovat omezené zdroje, které jsou k budování odolných zdravotnických systémů k dispozici. Jak podotýká organizace Oxfam (2015): „Přestože veřejně poskytovaná zdravotní péče trpěla a trpí chronickým nedostatkem peněz a panují obavy ohledně kvality poskytovaných služeb, důkazy ukazují, že je i přesto nejefektivnějším a nejspravedlivějším modelem pro poskytování zdravotní péče pro všechny“ (s. 21). 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, 2008). Národní zdravotnický systém je efektivnější, pokud je založen na primární zdravotní péči, která lidem poskytuje řadu základních všeobecně a spravedlivě dostupných zdravotnických služeb financovaných z veřejného rozpočtu. V zemích, které dosáhly toho, že je zdravotní péče dostupná téměř všem obyvatelům, jsou zdravotnické služby hrazeny prostřednictvím daňových systémů (WHO, 2010a). 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 platby hrazené pacientem, vzdálenost a čas potřebný k cestě do zdravotnického zařízení – a poskytování kvalitní péče (ICN, 2015a, s. 9).

Mnoho zpráv uvádí, že pokud se z nákladů na zdravotní péči stane finanční zátěž, stoupá míra chudoby, a to zejména u žen. Bezplatné služby veřejného zdravotnictví zato nejen zlepšují zdraví obyvatel, ale zároveň odstraňují finanční břemeno a přispívají k odstranění nerovnosti (WHO, 2010a). Investice do odolného zdravotnictví by měly být vnímány jako globální veřejný statek, stejně jako jsou jím intervence typu základního očkování pro děti (Oxfam, 2015).

Stejně tak je za globální veřejný statek považována kontrola nad infekčními onemocněními, jako je HIV/AIDS nebo tuberkulóza (WHO, 2016), potřebujeme ale odolné zdravotnické systémy – systémy, které jsou adaptivní, informované a integrované – abychom dokázali efektivně zvládat propuknutí infekčních onemocnění podobných propuknutí horečky ebola v roce 2014.

Investice do odolných zdravotnických systémů by měly být vnímány jako globální veřejný statek a „pomoc“ jako příspěvek, z něhož budou mít prospěch všichni. Namísto zaměření na konkrétní program nebo strategii, jako je například boj s konkrétní chorobou nebo program výstavby, by se dárcovská „pomoc“ určité zemi stala příspěvkem k financování odolného zdravotnického systému dané země, z něhož by těžili jak její obyvatelé, tak všichni ostatní.

Globální veřejné statky jsou definovány jako statky, z nichž by neměl být nikdo vyloučen a u nichž to, že jsou používány jedním člověkem, neomezuje jejich používání ostatními.

Oxfam (2015)

K zamyšlení

Věříte, že investice do odolnosti zdravotnických systémů představují globální veřejný statek? Změnil by se váš pohled na „pomoc“, kdyby se o ní hovořilo tímto způsobem?



Sestry jako základní prvek odolnosti

Sestry jsou v rozvoji a udržení odolnosti ve zdravotnických systémech velmi důležitým prvkem. Přispíváme k rozvoji služeb, dohlížíme na další členy týmu a pomáháme jim v rozvoji, pracujeme s pacienty, jejich pečovateli a komunitami a zastáváme se jejich práv a shromažďujeme data potřebná pro nacházení důkazů.

Důležitost ošetřovatelství na všech úrovních zdravotnického systému, včetně vlády a zdravotnické politiky, není v oblasti posilování zdravotnictví opomíjena. Carla Ventura a její kolegové (Ventura et al, 2015) zhodnotili vývoj iniciativ WHO zaměřených na posílení ošetřovatelství a porodní asistence a našli jasné důkazy o vzrůstající důležitosti sester jako členů multidisciplinárních zdravotnických týmů a o jejich roli ve zlepšování zdravotnických systémů. Vedoucí osobnosti v ošetřovatelství zapojené do zvyšování kapacity zdravotnických systémů s sebou přináší znalosti o potřebách obyvatel a dokážou zajistit, aby byly použité strategie v souladu s těmito potřebami.

Existuje také zřetelná spojitost mezi životně důležitou rolí sester a dostupností důkazů. Sestry ve vedoucích pozicích by měly být přítomny na všech úrovních zdravotnického systému, aby se mohly zapojit do rozšiřování kapacity ve zdravotnictví založené na potřebách obyvatel (Ventura et al, 2015).

Článek Judith Shamian a jejích kolegů (Shamian et al, 2015) uvádí seznam devíti oblastí, kde mohou sestry významně přispět k debatě o posílení zdravotnických systémů a pracovní síly ve zdravotnictví. Těchto devět vlivných oblastí je podrobněji popsáno níže.

Sestry a ošetřovatelství jako takové mohou:

1. **Vést a podporovat mezioborové vzdělávání a mezioborovou spolupráci v praxi.** Spolupráce jednotlivých profesí je inovativní možností jak posílit zdravotnické systémy. Mezioborové vzdělávání (*interprofessional education, IPE*) připravuje zdravotnické pracovníky na interdisciplinární práci a je základním předpokladem pro praxi založenou na spolupráci. Praxe založená na mezioborové spolupráci (*interprofessional collaborative practice, IPCP*) vytváří silnou a flexibilní pracovní sílu ve zdravotnictví, kde pracovníci čelí příležitostem a výzvám společně a sdílí mezi sebou osvědčené postupy. Praxe založená na spolupráci představuje pro sestry příležitost, jak maximalizovat své dovednosti a využít v praxi celou jejich škálu (WHO, 2010b).

Sestrám se doporučuje zasazovat se o to, aby bylo mezioborové vzdělávání zařazeno do základních studijních osnov a aby se stalo součástí školicích programů pro zdravotnické pracovníky. Ať už pracují kdekoli, je důležitým úkolem sester na vedoucích pozicích utužovat mezioborovou spolupráci a zajistit, aby se jí dostávalo podpory v podobě vhodné správy, strategií, prostředí a modelů poskytování služeb (Sullivan, 2015).

2. Prosazovat takové pojetí zdravotnictví a posun v provozní praxi, aby byla péči o zdraví obyvatel věnována stejná pozornost jako péči zaměřené na nemoci. Globální programy a plány „vyžadují, abychom si uvědomili, že naším oborem má být zdraví, a ne nemoci“ (Shamian et al, 2015). Ošetrovatelská péče je zaměřená na lidi, proto rozumíme tomu, proč je potřeba nastolit rovnováhu mezi zdravotnickými systémy zaměřenými na nemoci a těmi, které jsou založeny potřebách obyvatel. Sestry mohou ve své praxi prosazovat přístup založený na zdraví obyvatel. Tento přístup v sobě spojuje strategie pro zlepšení zdraví komunit a bere na vědomí determinanty zdraví obyvatel (viz bod 9 níže).

3. Na globální i národní úrovni nacházet a prosazovat strategie, které řeší nevhodné rozmístění a migraci zdravotnických pracovníků. Tyto strategie by měly být založené na důkazech a přizpůsobené místnímu kontextu. Měly by se zaměřovat na regulaci ošetrovatelského vzdělávání, zastoupení různých dovedností, pracovní podmínky a prostředí, průběžný profesní rozvoj a možnosti kariérního postupu. Národní asociace sester mohou spolupracovat s odpovědnými orgány – jak vládními, tak neziskovými – aby docílily požadované úrovně plánování lidských zdrojů, používání etických náborových strategií a stabilní národní politiky v oblasti imigrace a emigrace sester (ICN, 2007).

4. Posílit a diverzifikovat primární zdravotní péči. Primární zdravotní péče vnáší do zdravotnických systémů odolnost, efektivitu a rovnost. Posílení primární zdravotní péče vyžaduje podporu na mezinárodní, národní, vzdělávací, institucionální, regulační i individuální úrovni. Existuje mnoho možností jak budovat, podporovat a udržet roli sester v primární zdravotní péči. Příkladem přínosu sester může být prosazování takových zákonů a politiky, které sestřím umožní v praxi využít všechny své schopnosti, účast na výzkumu v oblasti primární zdravotní péče, zasazování se o vzdělávací strategie, které do ošetrovatelských osnov zařadí alespoň základní prvky konceptů a zásad primární zdravotní péče a podpora komunit v jejich snaze o politickou podporu primární zdravotní péče.

5. Zajistit, aby byl hlas sester slyšet při všech debatách o tvorbě a plánování zdravotnické a sociální politiky. Rada ICN věří, že všechny sestry by měly přispívat k tvorbě a plánování veřejné politiky související se systémy poskytování péče, financováním zdravotní péče, etikou ve zdravotnictví a determinanty zdraví (ICN, 2008). Jako skupina máme značný potenciál k budování a rozšiřování našeho politického kapitálu. Klíčem k jeho naplnění je nicméně schopnost každé jednotlivé sestry najít svůj hlas a využívat ho. Sestry, které neví, jak by se měly do procesu tvorby politiky zapojit, mohou začít tím, že se obeznámí s jeho fungováním.

Existuje mnoho příkladů toho, jak sestry v různých částech světa společně koordinovaly své kroky, aby prosadily konkrétní veřejné a zdravotnické politiky (Benton, 2010). Existuje řada možností, jak se na mikroúrovni zapojit do tvorby politiky – zejména politiky související s potřebami pracovníků v ošetrovatelství (Patton et al, 2015, s. 17).

ICN vyzývá národní asociace sester, aby se zapojily do tvorby efektivní politiky, a to s využitím řady strategií, jako je například: monitorování využití sester v řadách personálu, začlenění nových modelů a strategií řízení, průběžné ukazování pozitivního obrazu ošetrovatelství klíčovým zainteresovaným stranám v oblasti managementu a politiky jak v rámci země, tak na mezinárodní úrovni, šíření relevantních znalostí a výzkumu a průběžný rozvoj a udržování sítí kontaktů, které umožní spolupráci s vládními i nevládními organizacemi (ICN, 2008).

6. Zvážit vliv regulace a legislativy na zdravotnické systémy a plánování lidských zdrojů ve zdravotnictví. Oblast lidských zdrojů ve zdravotnictví vyžaduje kvalifikovanou a kompetentní ošetrovatelskou pracovní sílu, která dokáže naplnit potřeby obyvatel. Rada ICN se zasazuje o to, aby byla regulace účelná, transparentní, definitivní, flexibilní, účelná, reprezentativní a přiměřená, a také o spolupráci se všemi zainteresovanými stranami. Její snahou je zajistit, aby měly sestry dostatečné kompetence a mohly v praxi využít plný rozsah svého vzdělání a odborné přípravy.

7. Navrhnout a zlepšovat informační infrastruktury a sběr dat, které bude možné využít pro nové uspořádání zdravotnických systémů a plánování zdravotní péče. Informační infrastruktury mohou shromažďovat informace týkající se pracovníků v ošetrovatelství, jako je například jejich počet, zastoupení různých dovedností, typ licence, demografické údaje, rozmístění a vzdělání. Tyto údaje o ošetrovatelské pracovní síle jsou potřeba k tomu, aby bylo možné dělat informovaná rozhodnutí související s novým uspořádáním a plánováním zdravotnických systémů.

8. Zapojovat se do výzkumu v oblasti lidských zdrojů ve zdravotnictví a do výzkumu a hodnocení zdravotnických systémů, aby bylo možné získat co nejlepší důkazy a provést jejich syntézu. Ošetrovatelský výzkum bude hrát důležitou roli v plánování a budoucím vývoji lidských zdrojů ve zdravotnictví i v řešení otázek týkajících se zdravotnických systémů a politiky potřebné pro jejich posílení. Výzkum zdravotnických systémů přináší znalosti založené na důkazech, které je potom možné použít na politické úrovni stejně jako v plánování, provozu i při sestavování programů. Hodnocení posuzuje inovace a výsledky v oblasti péče o zdraví. V rámci ošetrovatelské komunity je potřeba zvýšit povědomí o přínosech výzkumu zdravotnických systémů a osvětlit tak důležitost zapojení sester do této oblasti.

9. Zvážit vliv komplexních, všudypřítomných problémů v sociální a genderové oblasti, jako jsou například determinanty zdraví, a také nespravedlnosti a nerovnosti. Výzkum v oblasti lidských zdrojů ve zdravotnictví uvádí, že systémová nerovnováha mezi pohlavími představuje pro pracovníky ve zdravotnictví závažný problém (Newman, 2014). Ženy se musí zapojovat do rozhodování a tvorby politiky a hrát důležitou roli při stanovování programu pro zdravotnictví. Pedagogové a manažeři v ošetrovatelství jsou vedeni k podpoře rovnosti pohlaví na svých pracovištích. Předvídání potřeb zdravotnických pracovníků různých fází jejich kariéry a uznání důležitosti sociokulturních faktorů může zajistit rovnost příležitostí a nediskriminaci (Newman, 2014).

Kapitola 4

Zvyšování odolnosti organizací

Existuje mnoho důvodů, proč mají sestry výhodnou pozici pro přispění k rozvoji zdravotnických systémů; většina sester má ale potenciálně největší vliv na individuální úrovni, úrovni zdravotnického týmu a na úrovni organizace.

Jak se ale mění modely a klinické postupy, i termín „organizace“ může být obtížné definovat. Někdy dokonce neexistuje ani očividná odpověď na otázku: „Pro koho pracuji?“

Britská norma BS65000 (2014) definuje „odolnost organizace“ jako „schopnost organizace předvídat a připravovat se na postupné změny i náhlé narušení provozu, reagovat na ně a přizpůsobit se jim tak, aby dokázala přežít a prosperovat.“

Schopnost být připraven na různé problémy je stále častěji vnímána jako klíčový výsledek úspěšné organizace a týmy strategického vedení se na ni cíleně zaměřují. Připravenost či odolnost organizace je základní kompetencí vedoucího týmu (CIPD, 2011).

Pokusme se o strukturovaný přístup k odolnosti a pojďme se zamyslet nad následujícími příklady situací, které by mohly v praxi nastat:

- Nemocniční pohotovost očekává vzhledem k hromadné nehodě nárůst poptávky.
- Zdravotnické zařízení pečující o starší pacienty očekává reakci na propuknutí chřipky.
- Izolované zdravotnické zařízení se připravuje na situaci, kdy by špatné počasí mohlo omezit komunikaci s okolním světem.
- Na komunitní klinice dojde k selhání opatření pro prevenci infekcí, které se dotkne stovek místních obyvatel.
- Pediatrické oddělení očekává, že se v zimě zvýší počet případů onemocnění dýchacích cest u dětí.

Při pohledu na tyto scénáře je zjevné, že pokud podobně nepříznivé situace nastanou, je zapotřebí spolupráce mnoha různých složek zdravotnického systému – jinak hrozí závažné narušení schopnosti systému poskytovat odpovídající péči.

Odolné organizace se snaží připravit na nejlepší, ale také na nejhorší možný vývoj, a pokud nastane problematická situace, jsou schopny rychle obnovit běžný provoz. Jednotlivci pracující v odolných organizacích jsou pozorní: jsou si vědomi toho, že může dojít k selhání, a neustále hledají způsoby, jak zlepšit spolehlivost provozu v rámci celé organizace.

K zamyšlení



1. Jaký byl dopad poslední velké a neočekávané změny ve vaší organizaci? Co jste díky této změně zjistili? Jak byla tato ponaučení sdílena a šířena?
2. Jak se vaše organizace připravuje na změny ve zdravotnickém prostředí? Spolupracuje na tom s partnery?
3. Jaké procesy má vaše organizace k dispozici, aby dokázala rozpoznat a analyzovat nastupující trendy? Nakolik efektivně k těmto trendům přistupuje? Provádí potřebné změny?
4. Co dalšího můžete udělat, abyste přispěli k odolnosti vaší organizace?

Přístupy k rozvoji odolnosti

Příručka profesní asociace Chartered Institute of Personnel and Development, která má organizacím pomoci zvýšit svou odolnost (CIPD, 2011) hovoří o čtyřech oblastech, které je při hledání možných přístupů k této problematice potřeba zvážit. Jedná se o: charakteristiku konkrétních pracovních pozic, kulturu a provozní postupy organizace, vlastnosti a vliv vedoucích pracovníků organizace a vnější události a prostředí, ve kterém organizace funguje. CIPD (2011) je popisuje následovně:

1. Charakteristika pracovních pozic – odolnost závisí na tom, jaké jsou pracovní role jednotlivých osob: jak je jejich práce namáhavá, nakolik mají nad svou prací kontrolu a jaká motivace nebo odměna (vnitřní i vnější) je s danou prací spojena.

2. Kultura a struktura organizace – má se za to, že pro odolnost je zásadní kultura organizace a to, jak organizace přijímá pracovní procesy. Pokud má například organizace byrokratickou strukturu spojenou s kulturou, v níž mají hlavní slovo příkazy a pravomoci, může to omezovat míru toho, nakolik dokážou lidé v organizace reagovat na výzvy a přizpůsobovat se jim.

3. Vedení – *emergent leadership*, tedy „samovolně vznikající vedení“ (vedení začíná u středních manažerů) a styl vedení, který dokáže lidi nadchnout a podporuje je, může mít značný vliv na schopnost zaměstnanců čelit – odolat – nepříznivým událostem.

4. Systémové/vnější prostředí – vnější prostředí a sociální vztahy jsou považovány za zásadní faktor odolnosti. Pokud neexistují funkční sítě vztahů jak mezi zaměstnanci, tak u organizace jako takové, nemusí mít organizace dostatek zdrojů na to, aby se změně přizpůsobila dostatečně efektivně a pozitivně. Na všech úrovních hraje zásadní roli sociální a institucionální podpora. Kromě toho se také uvádí, že odolnost organizace závisí i na odolnosti všech stran, které na ní mají zájem, jejích konkurentů a celého sektoru.

Týmová péče

V dnešních složitých systémech zdravotní péče má koncept týmového přístupu pro odolnost organizací velký význam: není možné, aby celé kontinuum péče zaměřené na člověka a konzultací poskytovala jediná profese. Namísto toho potřebujeme systém propojení a doporučování, abychom dosáhli koordinace a kontinuity péče. Důkazy o přínosech týmového přístupu stále přibývají: patří mezi ně lepší výsledky zdravotní péče, vyšší spokojenost klientů i zaměstnanců a nižší náklady pro zdravotnické instituce (Mezzich et al, 2015). To vše může organizacím pomoci k tomu, aby byly odolnější.

Pracovní prostředí

Organizace mohou odolnost podpořit zajištěním tzv. „pozitivního prostředí pro praxi“ (*positive practice environment*), které nabízí bezpečné a zdravé pracoviště, příležitost k dalšímu vzdělávání a profesnímu rozvoji, přístup k potřebnému vybavení a materiálu, přiměřenou pracovní zátěž a atraktivní pracovní podmínky (WHPA, 2008). Dalšími složkami pozitivního prostředí pro praxi je organizační kultura, která podporuje efektivní týmovou práci: do té spadá například otevřená komunikace, transparentnost, podpora, dohled a mentorování.

Na odolnost zdravotnických systémů může mít vliv také schopnost náboru a udržení zaměstnanců. Ve snaze přijmout a udržet si kvalifikované zaměstnance a zlepšit využití dostupných ošetrovatelských dovedností hraje důležitou roli flexibilní pojetí pracovních pozic (ICN, 2012b). Mezi přínosy flexibilních pracovních rolí, které dávají sestráům vliv nebo kontrolu, patří lepší zdravotní stav a tělesná i duševní pohoda, vyšší spokojenost se zaměstnáním a loajalita k organizaci a také nižší míra absencí, fluktuace a podobných organizačních problémů se zaměstnanci. Důvodem, proč vede flexibilní pojetí práce k lepším výsledkům, je možnost volby: zapojení sester do rozhodnutí týkajících se zaměstnanců a rozpisů může představovat rozdíl mezi úspěchem a selháním (ICN, 2012c).

Přístupy k řízení rizik

Rozvoj flexibilních a adaptabilních systémů, které se dokážou učit, je do značné míry spojen se schopností stanovit a řídit rizika. Negativní dopady na zdraví, které mají nalezená rizika na svědomí, lze eliminovat nebo omezit pomocí široké škály opatření z oblasti řízení rizik, pokud na tom bude zdravotnictví či jiné sektory spolupracovat

s lidmi, které tato rizika ohrožují. Sem patří i aktivní spolupráce s pacienty a komunitami jako s partnery při tvorbě inovativních řešení.

O hodnocení a řízení rizik toho už bylo napsáno hodně a pro ty, kteří se chtějí tomuto oboru věnovat hlouběji, je k dispozici celá řada zdrojů, ve své nejjednodušší podobě se ale vyhodnocování rizik snaží zodpovědět čtyři související otázky:

- Co se může pokazit?
- Jak často?
- Jak špatné to je?
- Potřebujeme v tomto směru něco podniknout?

Většinou není možné eliminovat všechna rizika, ale zdravotničtí pracovníci mají povinnost chránit v „rozumně proveditelné míře“ pacienty. To znamená, že se musíme vyhnout všem zbytečným rizikům. Nejlepší je zaměřit se na rizika, která jsou opravdu závažná a mají potenciál způsobit újmu. Pokud je proces hodnocení rizik příliš komplikovaný, může to poškozovat skutečný cíl, kterým je zavedení opatření pro prevenci rizik.

Je třeba, abychom se na rizika a odolnost dívali jako na související problematiku; nové výzkumy v této oblasti ukazují, jak nám porozumění oběma konceptům pomůže

získat lepší představu o nerovnosti v oblasti zdraví (Panter-Brick, 2014). Výzkumníci konkrétně prosazují hlubší znalosti o rizicích, lépe ukotvené pochopení odolnosti a komplexní a smysluplné měření postupů v oblasti rizik a odolnosti napříč kulturami.

Jak poznamenává Catherine Panter-Brick (2014): „V oblasti zdraví má výzkum rizik často nad výzkumem odolnosti navrch. Sílí ale hlasy volající po tom, abychom ve zdravotnickém výzkumu i praxi přesunuli naši pozornost od rizika k odolnosti.“

Přibývá důkazů o tom, že mezi odolností organizace a jejími výsledky existuje významná souvislost. Pozitivní strategie pro rozvoj odolnosti organizace mohou mít značný přínos jak pro jednotlivce, tak pro celou organizaci, včetně vyšší produktivity, lepší tělesné a duševní pohody a nižší míry absencí a fluktuace (McAlister a McKinnon, 2009).

Řízení rizik zahrnuje posouzení, analýzu a řízení rizik. V zásadě se jedná o to uvědomit si, které události (rizika) mohou v budoucnu způsobit škodu, a minimalizovat pravděpodobnost jejich výskytu (jak často) a důsledky (kolik škody napáchají?).

NHS Direct (2007)

K zamyšlení



Jaká rizika dokážete najít ve své vlastní organizaci?
Jak byste se na tato rizika připravili? Jedním
z příkladů ke zvážení by mohla být například situace,
kdy jeden z členů zdravotnického týmu onemocní
a nepřijde v daný den do práce.

Které oblasti je ve vaší organizaci potřeba posílit, aby
se zlepšila její odolnost? Jak by to bylo možné
zrealizovat?

Kapitola 5

Rozvoj osobní odolnosti

Sestry a ošetrovatelství čelí stále většímu tlaku, včetně pravidelných revizí a reorganizací, změn v poskytování služeb a modelech péče, finančních tlaků, rozšiřování rozsahu činností a vyšších očekávání ohledně toho, čeho by měli pracovníci v ošetrovatelství dosáhnout (ICN 2015b, 2015c). Sestry také stejně jako ostatní zdravotníci zažívají fyzický a psychický stres způsobený dlouhou pracovní dobou. Vyšší míra stresu a obtížné podmínky na pracovišti přispívají k vyšší nemocnosti a nízké míře udržení zaměstnanců (McAlister a McKinnon, 2009). Výsledný nedostatek personálu může ještě zvýšit tlak, který zažívají zbylí zaměstnanci. V předchozí kapitole byla řeč o tom, jaká opatření lze provést na úrovni organizace (například zajistit pozitivní prostředí pro praxi). Tato kapitola se zaměří na možná řešení na osobní úrovni.

Stres v prostředí poskytování zdravotní péče je velmi dobře zdokumentovaný, jeho dopady jsou skutečné a nezanedbatelné a řešení tohoto problému je předmětem celé řady výzkumů. Chronický stres může vést ke kognitivním a duševním poruchám. Vybírá si svou daň v emocionální rovině, na fungování paměti a na schopnosti jasně uvažovat (Jackson et al, 2007). Mnoho přístupů k problematice stresu je založeno na jeho zvládnutí, což nemusí nutně jednotlivci pomoci k vybudování odolnosti a k průběžnému překonávání problémů nebo řešení výzev (Sull et al, 2015). Zajímavou otázkou je také to, proč některé sestry zapojují strategie, kterými se chrání, ale které mohou současně omezovat jejich schopnost podporovat pacienty a kolegy, zatímco jiné používají ke zvládnutí stresu pozitivní metody. **Je odpovědností každého z nás, abychom se sami o sebe starali a naučili se používat strategie pro zvýšení odolnosti. Pokud se sestry a zdravotnické organizace nedokáží postarat sami o sebe, jak se mohou starat o obyvatele a komunity, kterým slouží?**

Příručka CIPD (2011) pro rozvoj odolnosti uvádí tři přístupy, které jednotlivci používají ke zvýšení své odolnosti. Tyto přístupy je možné rozdělit podle toho, jestli se zaměřují na vlastnosti daného člověka, sociální prostředí nebo oba tyto faktory:

1. Osobnost/vlastnosti jednotlivce – odolnost je vnitřní schopností člověka a je vnímána jako přirozená schopnost, která je součástí jeho osobnosti. Patří sem: „internal locus of control“ – „vnitřní místo kontroly“ (kontrola nad svým životem), vytrvalost, emoční management a uvědomování si svých emocí, optimismus, nadhled, smysl pro humor, tzv. „self-efficacy“ (důvěra ve vlastní schopnosti) a schopnost řešit problémy.

2. Prostředí – odolnost zcela závisí na zkušenosti, jakou člověk získá v interakci se svým prostředím. Odolnost tedy určují vnější faktory, jako například nakolik se mu dostává sociální podpory. Osobnost jedince se nepovažuje za relevantní.

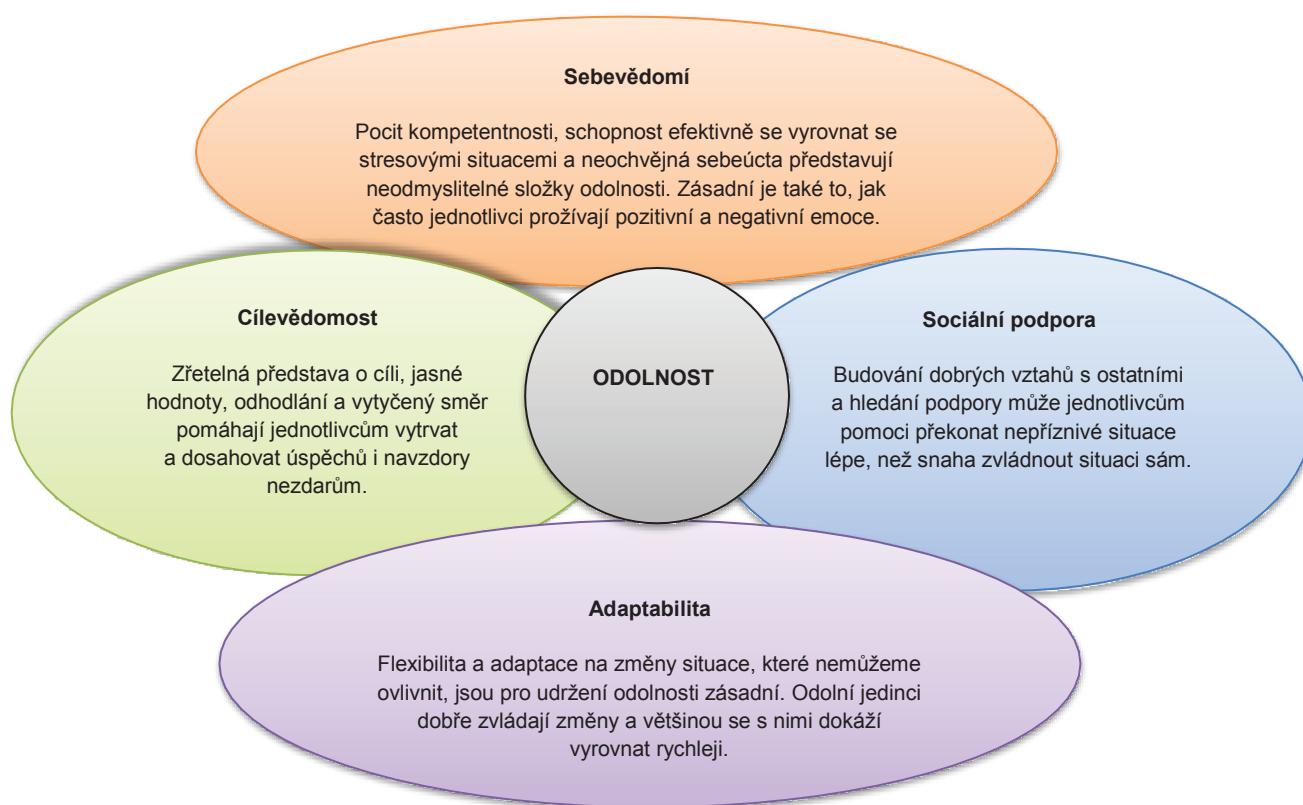
3. Osobnost a prostředí – odolnost je výsledkem osobnosti člověka v kombinaci s vlivy prostředí, jako je rodina, známí a sociální prostředí.

Různí lidé mohou na stejné výzvy reagovat různě. Osobní odolnost je kombinací osobních vlastností a naučených dovedností. V dnešní době je stále rozšířenější názor, že podpora jednotlivců v rozvoji jejich odolnosti je pro jednotlivce, pacienty i organizace významným přínosem.

Studie Andeep Sull a jejích kolegů (Sull et al, 2015) přesvědčivě ukazuje, že organizace by měly na pracovišti podporovat intervence, které zaměstnancům umožní naučit se osobní odolnosti, a to vzhledem k důležitosti tělesné a duševní pohody zaměstnanců a jejímu vlivu na péči o pacienty. Ve Velké Británii našla zpráva Národní zdravotní služby – NHS Health and Wellbeing Review (Department of Health, 2009) – jasné vazby mezi zdravím a osobní pohodou zaměstnanců a bezpečností pacientů, tím, jakou zkušenosti si pacienti odnesli, a efektivitou péče o pacienty. Zpráva doporučila, aby si všechny britské národní zdravotnické organizace vytvořily jasnou strategii a vizi pro budoucnost.

Obr. č. 2. Model osobní odolnosti autorů Caryho Coopera a Ivana Robertsona

Dostupné z: <http://www.robertsoncooper.com/blog/entry/how-non-psychologists-build-personal-resilience-1>



Odborníci na fyzické a duševní zdraví Cary Cooper a Ivan Robertson (obr. č. 2e), popisují osobní odolnost jako schopnost udržet si tělesnou a duševní pohodu a pracovní výkonnost pod tlakem, včetně schopnosti vzpamatovat se z nezdarů. Vytvořili model, který slouží jako pomůcka při školení a při práci na přístupech k posílení odolnosti. Podle jejich názoru je možné rozvinout odolnost u každého člověka bez ohledu na to, jak je na tom na začátku.

Tento názor podporuje i výzkum Debry Jackson a jejích kolegů (Jackson et al, 2007), podle něhož mohou zejména sestry omezit svou zranitelnost vůči nepříznivým vlivům na pracovišti rozvojem a posílením své osobní odolnosti. Stále častěji se doporučuje, aby byla odolnost zařazena do vzdělávacích osnov ošetrovatelství, a také se doporučuje profesní podpora prostřednictvím mentorských programů.

Odolnost, duševní pohoda a duševní zdraví: větší role pro sestry

Pokud dokážeme lépe pochopit vztah mezi osobní odolností a naší schopností poskytovat péči, pomůže nám to v důsledku využít své schopnosti i k podpoře rozvoje lepší osobní odolnosti širší veřejnosti. Víme, že mnoho z dříve zmíněných sociálních šoků má okamžitý negativní dopad na duševní zdraví a pohodu, včetně možného zvýšení počtu sebevražd a násilí mezi jednotlivci. Velkým rizikovým faktorem pro duševní zdraví je také nezaměstnanost. Celosvětově jsou závažné depresivní poruchy druhou nejčastější příčinou co do počtu let života s tělesným či duševním postižením. Pro společnost je největším dopadem ztráta pracovní produktivity a dalších ekonomických činností, dobře zdokumentovaná je ale také újma způsobená danému člověku (McDavid, 2013).

Dobré pracovní prostředí přispívá k tělesné a duševní pohodě. Přestože určitá míra stresu a vysokých požadavků může zdraví svědčit, špatné pracovní podmínky se na něm mohou odrazit negativně (Jackson et al, 2007). Pokud tomu dokážeme porozumět, můžeme od zaměstnavatelů zdravotnických pracovníků očekávat, že se ujmou vedení změn a stanou se příkladem nejlepší praxe. Změny v pracovních rolích a postupech, restrukturalizace a rychlé změny omezení a hranic: to vše může zvýšit pravděpodobnost psychického stresu, únavy, vyhoření a depresivní poruchy. Pokud začne zdravotnický systém aktivně pracovat na omezení změny, může to snížit případné negativní dopady.

K zamyšlení



Které problémy brání rozvoji vaší osobní odolnosti na pracovišti?

Jak můžete na svém pracovišti získat podporu?

Kapitola 6

Cesta vpřed

V předchozích kapitolách jsme se zaměřili na to, jak mohou sestry přispět k posílení zdravotnických systémů a ke zvýšení odolnosti. Existuje mnoho příkladů toho, že se sestry mohou stát hlavními hybateli převratných změn a že mohou stát za významnými zlepšeními v poskytování mnoha služeb na všech úrovních systému, od politiky až po praxi. Je tedy přirozené, že se můžeme chtít dál zaměřit na pokračování v tom, co už děláme. Víc než kdy dřív ale teď musíme vzít v úvahu svou roli v širším systému. Existují tři prioritní oblasti spojené s novými dovednostmi, které budou v budoucnu potřeba. Mnozí z nás se budou muset na rozvoj v těchto oblastech zaměřit, pokud chceme dál urychlovat tempo změn a náš osobní přínos. Musíme být flexibilní, adaptabilní a otevření novým formám učení. Jedná se o tyto tři oblasti: 1) role sester ve vztahu k přijetí digitálních technologií, 2) prokazování kvality a přínosu a 3) systémové vedení.

1. Přijetí digitálních technologií

Jak uvádí WHO (2007, 2010b) v rámci svých šesti základních kamenů pro silné zdravotnictví, je nutné mít dobře fungující informační systémy a sestry musí mít v této oblasti k dispozici dostatek zdrojů. Propojenost zdravotnických systémů a rychlé změny v komunikačních technologiích umožňují rozvoj inovací ve zdravotní péči a jejich sdílení mnohem rychlejším tempem než kdy dříve. Sestry používají technologie ke spojení s odlehlými zařízeními primární péče, aby tak mělo více lidí přístup k radám odborníků. Každý den používají sestry technologie ke sledování vitálních funkcí, podávání léků a měření výsledků. Digitalizace vyžaduje otevřenost: musíme být otevření přezkoumání celého našeho systému poskytování péče, abychom dokázali pochopit, jaké máme nové možnosti.

Při přijímání nových technologií bude třeba, aby sestry neslevily ze svých požadavků na potřebnou technickou podporu. Až příliš často se technologie zavádí „shora dolů“ a sestry jsou do celého procesu zapojeny příliš pozdě, což vede k pomalé a neefektivní realizaci celého projektu. Je potřeba, abychom v této oblasti vedli ostatní a usilovali o porozumění tomu, že technologie dokážou změnit klinické postupy k lepšímu a zlepšit také bezpečnost pacientů a kvalitu poskytované péče. Digitální technologie mají vliv na každý aspekt ošetrovatelské praxe na všech typech klinických pracovištích a my musíme mít vůdčí osobnosti, které se s touto výzvou dokážou vypořádat. Jak poznamenává Anne Cooper (2013):

„Celosvětově vynakládáme na zdravotní péči více než 4 biliony amerických dolarů, ale pouze nepatrné procento z této částky je využito na zapojení digitální technologie ke změně služeb k lepšímu. Samozřejmě to není řešení samo o sobě, a pokud není realizováno v rámci širší kultury změny, bude jeho dopad zanedbatelný.“

Wilson a Langford, 2015

„Aby pro nás byla technologie a informace cenným přínosem, je potřeba zaškolení, strategické plánování a touha po tom mít data o zdraví, která nám pomohou zlepšit naši práci“ (Cooper, 2013, s. 11).

K zamyšlení

Zajímáte se o data týkající se zdraví a zdravotnictví? Pokud ne, co by vás přimělo začít se o ně zajímat? Jak by data mohla zlepšit vaši práci?



2. Prokazování kvality a přínosu

Pro druhou prioritní oblast je nezbytným předpokladem stabilní informační infrastruktura (tedy digitální technologie). Na tom, jak sestry prokazují kvalitu a přínos své práce, závisí, jestli zbytek zdravotnického systému pochopí a ocení jejich roli. Je to také nutné k zajištění nezbytných zdrojů a prostředí pro optimalizaci přínosu sester ke zvýšení odolnosti. Práce sester je pro ostatní často neviditelná a používání technologií přímo při poskytování péče může pomoci její viditelnost zvýšit. Je ale zásadní, aby se sestry aktivně zapojily do tvorby standardů kvality a měly větší příležitost ovlivnit změny na politické a systémové úrovni. Bude tak umožněn větší vliv odborných znalostí sester ohledně kvality a systémů zaměřených na člověka. Odborné znalosti musí být viditelné na všech úrovních správy a tvorby politiky a musí být doceněn jejich význam pro poskytování kvalitní péče napříč celým zdravotnickým systémem.

K zamyšlení



Jak ukazujete přínos péče, kterou poskytlujete? Jaké nástroje pro to máte k dispozici? Využíváte **každou** příležitost k tomu, abyste ukázali pozitivní přínos sester?

3. Systémové vedení

O povaze vedení a o jeho důležitosti pro ošetrovatelství a zdravotnictví toho už bylo napsáno hodně (Benton, 2012). Jak jsme ale popsali, současní vedoucí pracovníci v ošetrovatelství čelí bezprecedentnímu počtu výzev a změn, jak očekávaných, tak neočekávaných, které od nich budou vyžadovat flexibilitu a pružnost.

Tradiční modely vedení založené na jednom organizačním modelu a spojené s hierarchickou organizační strukturou jednoduše nebudou udržitelné. Zejména v oblasti vedení ve veřejném sektoru už dochází k mazání organizačních, profesních a zeměpisných hranic spolu s tím, jak se integrují služby, mění klinické postupy a sdílí zdroje a jak se mění náplň a způsob práce zaměstnanců. Výzkumníci v této oblasti (Fillingham a Weir, 2014) uvádí, že „je potřeba, aby všichni vedoucí pracovníci přesunuli své těžiště z loajality ke své organizaci k loajalitě k občanům a širší veřejnosti“ (s. 23). Jedná se o změnu v tom, na co je kladen důraz, která jen podtrhává důležitost sdílené vize a společné práce na řešeních.

David Fillingham a Belinda Weir popisují přístup zvaný „systémové vedení“ (*systems leadership*). Tento přístup má dva samostatné, ale související hlavní rysy: i) spolupráce a ii) překračování hranic – organizačních, profesních i virtuálních – čímž se vedoucí pracovníci dostávají mimo obvyklé hranice své odpovědnosti a svých pravomocí. Autoři popisují, jaké jsou vlastnosti „skvělého“ systémového vedení a navrhuje, aby byly tyto vlastnosti cílevědomě rozvíjeny jak jednotlivci, tak pedagogy a celými organizacemi (rámeček č. 8).

Rámeček č. 7 – Řešení nově vznikajících potřeb: Salvador

Přestože Salvadoru se podařilo v poskytování zdravotnických služeb obyvatelům dosáhnout velkých pokroků, země stále čelí mnoha problémům. Jedna sestra, které nedal spát počet pacientů s horečkou dengue na odlehlé venkovské klinice, se rozhodla vzít věci do svých rukou a přišla s plánem na změnu. Věděla, že bude potřebovat podporu svého místního nadřízeného, kterým byl lékař. Rozhodla se proto shromáždit důkazy na základě doporučení WHO.

Neměla žádnou průpravu v oblasti péče o veřejné zdraví, to ji ale nezastavilo. Místo toho si našla zdroje v knihách a na internetu a zjistila, že vytvořením zeměpisné mapy případů by mohla zjistit přesnou oblast a rozsah problému. Na základě záznamů také zjistila, že problém se zhoršuje. Poté, co tyto informace přednesla a doplnila je návrhem, aby klinika zorganizovala cílená zdravotnická setkání s nejvíce postiženými místními skupinami, se boj s horečkou dengue posunul dramaticky kupředu. Místní lidé teď sami aktivně pomáhají v boji s tímto závažným problémem a sestra, která je nyní součástí místního vedoucího týmu, pomáhá jiným klinikám s přípravou programů zaměřených na podobné problémy.

(Benton, 2012)

Rámeček č. 8: Skvělé systémové vedení

Schopnost skvělého systémového vedení se u vedoucích pracovníků často projevuje prostřednictvím:

- Jejich osobních základních hodnot: inspirují například ostatní k zapojení do práce na společném cíli tím, že na sebe vezmou riziko a za tento společný cíl se postaví.
- Toho, jak se na věci dívají: například hodnotí informace tak, že shromáždí data mimo svou pracovní oblast, nebo používají neotřelé přístupy ke zlepšení stávajícího způsobu uvažování.
- Způsobu, jakým přemýšlí a jak analyzují: získávají si například důvěru ostatních tím, jak s nimi komunikují a sdílejí své vize, nebo vedou ostatní k odpovědnosti řízením a podporou jejich výsledků.
- Toho, jaké mají vztahy s ostatními: například propojují služby tím, že je přizpůsobí různým normám a přístupům mimo svou vlastní organizaci.
- Jejich chování a jednání: zvyšují například možnosti organizace tím, že vytváří systémy nástupnictví.
- Jejich osobních vlastností a toho, jací jsou: využívají například svůj vliv k dosažení výsledků tak, že vytvářejí programy, na kterých je třeba spolupracovat, a zasazují se o shodu.

[NHS Leadership Academy \(2015\)](#)

Výše uvedený přístup k vedení podtrhává důležitost navazování spojení a skutečné partnerské spolupráce. Tito vedoucí pracovníci chápou, že udržitelná změna potřebuje čas, odhodlání a neměnnou vizi. K tomu, aby bylo možné dosáhnout zlepšení odolnosti zdravotnických systémů, vyžaduje tento přístup spolupráci napříč hranicemi a v rámci celých sítí.

K zamyšlení

Co můžete udělat pro to, aby byla vaše organizace a vaše zdravotnictví odolnější?



Akční plán

Poté, co jsme zvážili různé aspekty posílení a zlepšení zdravotnických systémů a rozvoje jejich odolnosti, můžeme shrnout některé klíčové akční body a zvážit naplňování svého vlastního přístupu:

Jednotlivé sestry

- ✓ Dbejte na své zdraví a tělesnou a duševní pohodu.
- ✓ Přiřadte rozvoji své osobní odolnosti vyšší prioritu a podporujte v tom i své kolegy.
- ✓ Zvažte možnosti, jak můžete aktivně pracovat s pacienty, pečovateli a komunitami na tom, aby dokázali lépe pochopit, jak mohou zlepšit svou schopnost sebepéče a ovlivnit budoucí vývoj v poskytování služeb.
- ✓ Pracujte na své schopnosti prokázat pozitivní dopad, který má kvalitní ošetřovatelství na výsledky.
- ✓ Pracujte na budování silné sítě kontaktů napříč celým systémem, která vám pomůže prohloubit váš pohled na zdravotnictví.

Instituce/zaměstnavatelé

- ✓ Zajistěte zdravotnickým pracovníkům pozitivní prostředí pro jejich praxi.
- ✓ Podporujte zdraví a tělesnou i duševní pohodu zdravotnických pracovníků.
- ✓ Poskytujte zaměstnancům příležitosti k tomu, aby se učili.
- ✓ Zajistěte, aby existoval systém analýzy kritických situací.
- ✓ Zaveďte plány pro případ mimořádné události.

Tvůrci politiky

- ✓ Vypracujte a uveďte do praxe zákony na ochranu zdravotnických pracovníků a zajištění pozitivního prostředí pro jejich praxi.
- ✓ Řádně plánujte a řiďte pracovní sílu ve zdravotnictví. Vypracujte národní plán pro lidské zdroje ve zdravotnictví a efektivně ho realizujte.
- ✓ Zrychlete přeměnu ze systému zaměřeného převážně na nemoci na systém, který se zaměřuje na preventivní služby a podporu zdraví.
- ✓ Zajistěte, aby bylo plánování odolnosti součástí strategického rozvoje zdravotnického systému.
- ✓ Zapojte sestry do tvorby politiky a zajistěte tak optimální využití jejich schopností napříč celým systémem.

Role národních asociací sester

- ✓ Zajistěte tvorbu efektivní zdravotnické politiky, která bude podporovat sestry v tom, aby v práci naplno využívaly své schopnosti, a která přispěje k maximalizaci přínosu sester.
- ✓ Podporujte rozvoj vedoucích pracovníků v ošetřovatelství a maximalizujte tak přínos sester na všech úrovních systému.

Kapitola 7

Závěr

Tento balíček se zaměřil na to, jak mohou sestry a další pracovníci v ošetrovatelství přispět ke zlepšení odolnosti zdravotnických systémů. Je zřejmé, že musíme spolupracovat na vybudování silných zdravotnických systémů, které jsou dostatečně odolné na to, aby se dokázaly vyrovnat s budoucími výzvami a umožnily nám dosáhnout ambiciózních cílů SDG.

Etickou a profesní odpovědností sester je poskytování kvalitních zdravotnických služeb všem potřebným lidem. Jako inovativní příslušníci své profese, kteří jsou zaměřeni na řešení a oddaní věci, prokazují sestry při poskytování péče vytrvalost, odolnost a všestrannost i s minimálními nebo žádnými zdroji či organizační podporou. Zvýšení odolnosti zdravotnických systémů nicméně vyžaduje úsilí napříč sektory a od všech zúčastněných na všech úrovních. Sestry, které poskytují většinu zdravotnických služeb ve spolupráci s kolegy ze zdravotnictví i z jiných sektorů, hrají v tomto procesu důležitou úlohu.

Dalším důvodem, proč by měly být sestry zapojeny do reformy zdravotnické politiky, je zásadní dopad, který jednotlivé politiky většinou mají na pracovní prostředí sester. Pokud se budeme podílet na rozhodnutích, která povedou k posílení zdravotnických systémů, můžeme tak prosazovat pozitivní prostředí pro praxi, které v důsledku zvýší odolnost zdravotnických systémů a zlepší výsledky zdravotní péče.

Sestry musí sehrát ve vedení změn zásadní roli. S nově uspořádanými zdravotnickými systémy a plným zapojením sester do zdravotnické politiky budeme lépe připraveni na poskytování péče všem, a to i v nelehkých obdobích.



Rozvoj lidských zdrojů ve zdravotnictví

Stanovisko ICN:

Mezinárodní rada sester (ICN) se domnívá, že rozvoj lidských zdrojů ve zdravotnictví (*health human resources development, HHRD*) – plánování, řízení a rozvoj – vyžaduje interdisciplinární přístup propojující jednotlivé sektory a služby. Uznává tak navzájem se doplňující role poskytovatelů zdravotnických služeb a oceňuje přínos jednotlivých oborů. Tento přístup vyžaduje zapojení všech klíčových zúčastněných stran: spotřebitelů, poskytovatelů služeb, pedagogických a výzkumných pracovníků, zaměstnavatelů, manažerů, vlád, financujících subjektů a profesních zdravotnických organizací. Za žádoucí výsledek tohoto procesu konzultací považuje ICN integrované a komplexní informační systémy a modely plánování v oblasti lidských zdrojů ve zdravotnictví a také účinné postupy řízení lidských zdrojů.

Potřeby pacientů by měly být určujícím faktorem pro kategorie zdravotnického personálu a dovednosti požadované pro poskytování péče. Kdykoli dochází k vytváření nových kategorií zdravotníků nebo se mění jejich role, je třeba nejprve zjistit, jaké důsledky to může mít pro lidské zdroje ve zdravotnictví, strukturu kariérního postupu a výsledky pro pacienty a komunitu na národní a místní úrovni, a podle toho přizpůsobit plány. Sem patří i finanční plánování a organizační důsledky. Plánování by tedy mělo brát v úvahu:

- Potřeby a priority zdravotní péče.
- Kompetence, které jsou k dispozici u poskytovatelů zdravotní péče, včetně kompetencí sdílených více než jednou skupinou poskytovatelů zdravotní péče.
- Počáteční rozvoj dovedností.
- Změny dovedností, jako například nové a pokročilé role pro sestry.
- Dopady změn rolí a rozsahu činnosti na oblast vzdělávání včetně zajištění celoživotních vzdělávacích programů.
- Vhodně koncipované a dostupné programy odborného vedení a mentorování.
- Faktory kvality a efektivity při stanovování rozsahu činností sester a dalších pracovníků.
- Rovnost jako základní hodnotu zdravotnického systému.
- Důsledky pro organizaci, management, poskytování a financování služeb.
- Pracovní prostředí a podmínky sester a dalšího zdravotnického personálu.
- Důsledky pro regulační požadavky.

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

Aby se mohl obor ošetrovatelství na HHRD efektivně podílet, musí být nejprve stanoven a plně popsán základní rozsah potřeb v ošetrovatelství. Tím se minimalizuje duplicita a překryvy mezi prací sester a dalších poskytovatelů zdravotní péče. ICN má za to, že ošetrovatelská profese musí stát v čele změn a neustále znovu vyhodnocovat dopady plánovaných i neplánovaných změn ve zdravotnických službách na ošetrovatelství, sestry a výsledky pacientů. Důležitou součástí procesů HHRD by mělo tvořit průběžné hodnocení a výzkum přínosu ošetrovatelství pro zdravotní péči. To by mělo zahrnovat i data z praxe založené na důkazech, která mohou být v budoucnu použita při rozhodování.

Národní asociace sester a další ošetrovatelské organizace musí:

- Identifikovat základní problémy týkající se nabídky a poptávky v oblasti ošetrovatelského personálu, včetně faktorů, které ovlivňují nábor, udržení a motivaci pracovníků.
- Zajistit zapojení sester do politiky, rozhodování, plánování, managementu a monitorování na všech úrovních HHRD. Sestry by se měly zapojovat do interdisciplinárních revizí rolí různých zdravotnických pracovníků, do výzkumu i do hodnoticích studií a také do rozhodování ohledně funkcí stávajících a nových kategorií poskytovatelů zdravotní péče.
- Pomáhat sestrám získat a zlepšit dovednosti v oblasti výzkumu, provádět výzkum a použít jeho zjištění jako základ pro rozhodování v HHRD.
- Zapojit se do veřejné diskuze o vhodné reakci na poptávku po zdravotnických službách.
- Podporovat rozvoj kvalitního prostředí pro praxi, kam patří i příležitosti k profesnímu růstu a rozvoji a spravedlivý systém finančního hodnocení jako pozitivní součást programů pro nábor a udržení zaměstnanců.
- Uznat důležitost kulturní rozmanitosti ve společnosti a promítnout ji do rozvoje lidských zdrojů ve zdravotnictví.
- Prosazovat budování kapacity v oblasti řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví včetně zapojení sester na vyšších a vedoucích úrovních.
- Napomáhat vývoji humanitního přístupu k HHRD.
- Nabízet interdisciplinární analýzu a hledat efektivní intervence k řešení potřeb v oblasti zdraví.

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

Zásady HHRD musí být zaměřené na vlastní udržitelnost a zaručit, aby byli důležití zdravotničtí pracovníci k dispozici v přiměřeném počtu a se správnými dovednostmi a byli tak schopni naplnit zdravotní potřeby cílové populace.

Pozadí

Dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví v dané zemi závisí do značné míry na dostupnosti přiměřeného počtu vhodně připraveného a rozmístěného zdravotnického personálu schopného poskytovat kvalitní a nákladově efektivní služby. Cílem HHRD je zajistit, aby byl k dispozici dostatečně kvalitní zdravotnický personál ve správném počtu a správném poměru různých profesí a bylo tak možné pokrýt potřeby zdravotní péče – v prostředí, které napomáhá efektivní a bezpečné praxi. Mezi faktory ovlivňující rozhodnutí ohledně počtu, typu a rozmístění poskytovatelů zdravotní péče patří:

- Pokroky ve zdravotnické vědě a technologiích, nové postupy pro poskytování zdravotní péče v nemocnicích a v komunitě, demografické změny a výskyt různých vzorců nemocí.
- Rostoucí veřejné povědomí ohledně dostupnosti zdravotnických služeb, které vede k větší poptávce po těchto službách.
- Zvyšování nákladů na zdravotní péči, omezené zdroje ve zdravotnictví, které si často vynucují stálé přehodnocování priorit, a vznik nových kategorií poskytovatelů zdravotnických služeb.
- Pracovní právo, profesní regulační požadavky, pravidla a regulace státních služeb, lidské zdroje a národní zdravotnická a rozvojová politika.
- Genderové a kulturní faktory.
- Měnící se zdravotní rizika.
- Přístup ke vzdělávání a jeho úroveň.
- Kulturní a zdravotní přesvědčení.
- Dostupnost alternativní medicíny.
- Mezigenerační faktory.
- Organizační faktory.
- Socio-ekonomická a finanční omezení.
- Globalizace místních, národních a světových pracovních trhů.

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

Přijato v roce 1999

Přezkoumáno a revidováno v roce 2007

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

Související stanoviska ICN:

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

Publikace ICN:

Guidelines on Planning Human Resources for Nursing (1993)

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

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



Veřejně financované a dostupné zdravotnické služby

Stanovisko ICN:

Mezinárodní rada sester (ICN) se spolu s národními asociacemi sester, která jsou jejími členy, zasazuje o rozvoj národních zdravotnických systémů, které svým občanům 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 lidem dostupné zdravotnické služby, a to se zvláštním zaměřením na ohrožené skupiny obyvatel, zejména ty s nízkým socioekonomickým statusem.¹

ICN podporuje snahu národních asociací sester 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 za preferovaný způsob poskytování základních zdravotnických služeb – za cenu, kterou si vlády a komunity mohou dovolit – primární zdravotní péči.²

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

Je odpovědností sester a jejich národních asociací takové zdravotnické služby prosazovat, monitorovat jejich efektivitu, 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 asociací sester 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.³

¹ 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.

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

³ 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 nepřenositelnými onemocněními, zraněními a katastrofami a na další zdravotní problémy, s nimiž se národy a obyvatelé po celém světě potýkají.

Přijato v roce 1995

Přezkoumáno a potvrzeno v roce 2001

Přezkoumáno a revidováno v roce 2012

Související stanoviska ICN:

- [Promoting the Value and Cost Effectiveness of Nursing](#)
(v českém překladu:
Propagace hodnot
a nákladové efektivity
ošetrovatelství)
- Nurses and Primary Health Care
- Health Human Resources
Development (v českém
překladu: Rozvoj lidských
zdrojů ve zdravotnictví)

Publikace ICN:

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



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 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.

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

Je odpovědností profesních ošetrovatelských organizací, aby prosazovaly a hájily zastoupení ošetrovatelské profese v místních, národních i mezinárodních orgánech a komisích, které rozhodují o zdravotnické politice a utvářejí ji. Tyto organizace musí také pomáhat sestrám 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 ošetrovatelský 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 ošetrovatelství i dalších zdravotnických službách, podporu sester v zapojování do vládních a politických záležitostí a zlepšování a propagování obrazu ošetrovatelství.

Mezinárodní rada sester (ICN) a národní asociace sester, které jsou jejími členy, 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 možnostem, jak uplatnit svůj vliv. 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 je například: monitorování využití sester v řadách personálu, začlenění nových modelů a strategií řízení, stálá propagace pozitivního obrazu ošetrovatelství klíčovým zainteresovaným stranám 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 kontaktů umožňujících spolupráci s vládními i nevládními organizacemi. ICN bude ze své pozice propagovat a šířit informace o přínosu ošetrovatelských profesí k rozhodování a tvorbě zdravotnické politiky.

Přijato v roce 2000

Přezkoumáno a revidováno v roce 2008

Související stanoviska ICN:

- [Management of Nursing and Health Care Services](#) (v českém překladu: Management v ošetrovatelství a zdravotnických službách)
- [Promoting the value and cost-effectiveness of Nursing](#) (v českém překladu: Propagace hodnot a nákladové efektivity ošetrovatelství)
- [Publicly Funded Accessible Health Services](#) (v českém překladu: Veřejně financované a dostupné zdravotnické služby)

Publikace ICN:

- Health Policy Toolkit, 2007

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

Literatura a zdroje

Allen M et al (2013). Working for Health Equity: The Role of Health Professionals, UCL Institute of Health Equity. London.

Awoonor-Williams JK, Bawah AA, Nyongato FK, Asuru R, Oduro A, Ofosu A & Phillips JF(2013). The Ghana essential health interventions program: a plausibility trial of the impact of health systems strengthening on maternal & child survival, *BMC Health Services Research* 2013, 13 (Suppl 2):S3 doi:10.1186/1472-6963-13-S2-S3

Available at: www.biomedcentral.com/1472-6963/13/S2/S3. Accessed 5 February 2016.

Bates I et al (2011). Indicators of sustainable capacity building for health research: analysis of four African case studies, *Health Research Policy and Systems*, Vol. 9 No 3 (March): 14,

Available at: www.health-policy-systems.com/content/9/1/14/abstract. Accessed 5 October 2015.

Benton D (2012). Advocating Globally to Shape Policy and Strengthen Nursing's Influence. *The Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 17 No. 1

British Standards Institution (2014). Guidance on organizational resilience. BS 65000

Buchan J & Aiken L (2008). Solving nursing shortages: a common priority, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 17 No. 24), 3262-3268.

Campbell J et al. (2015). Improving the resilience and workforce of health systems for women's, children's, and adolescents' health. *BMJ* 2015;351:h4148.

Canadian Nurses Association (2009). Ethics In Practice Social Justice in Practice, April 2009.

Cooper A (2013). Paperless In the United Kingdom. *American Nurses Today*, Special Issue, vol 8, no 11, p11.

Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD) (2011). Developing resilience: An evidence-based guide for practitioners, CIPD London.

Crisp N & Chen L (2014). Global supply of health professionals. *New England Journal of Medicine* Vol. 370, no.10: pp 950-957.

David KE et al. (2015). Health-care worker mortality and the legacy of the Ebola epidemic, *Lancet Global Health* Volume 3, No. 8, e439–e440, August 2015. Available at: www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2815%2900065-0/fulltext).

Department of Health (2009). NHS Health and Wellbeing Review, Leeds, UK.

Dick J, Clarke M, Van Zyl H & Daniels K (2007). Primary health care nurses implement and evaluate a community outreach approach to health care in the South African agricultural sector. *International Nursing Review*, 54(4), 383-390.

Fillingham D & Weir B (2014). Systems leadership, Kings Fund, London, UK.

Fineberg HV (2012). A successful and sustainable health system—how to get there from here. *New England Journal of Medicine*, Vol. 366 No.11, pp 1020-1027.

Global Health Workforce Alliance (2015) Synthesis paper of the thematic working groups. Towards a global strategy on human resources for health. Available at: www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/. Accessed 10 February 2016

Institute of Health Equity (2013). Working for Health Equity: The Role of Health Professionals Available at: www.instituteofhealthequity.org/projects/working-for-health-equity-the-role-of-health-professionals. Accessed 10 February 2016

International Council of Nurses (2002) Definition of Nursing. Available at: www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/. Accessed 10 February 2016.

International Council of Nurses (2007), “Position statement: Nurse retention and migration”, Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/C06_Nurse_Retention_Migration.pdf. Accessed: 13 January 2016.

International Council of Nurses (2008), “Position statement: Participation of nurses I health services decision making and policy development”. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D04_Participation_Decision_Making_Policy_Development.pdf. Accessed 10 February 2016

International Council of Nurses (2011). Closing the Gap: Increasing Access and Equity. International Nurses Day toolkit. Available at: www.icn.ch/publications/2011-closing-the-gap-increasing-access-and-equity/. Accessed 10 February 2016

International Council of Nurses (2012a) ICN Code of Ethics for Nurses. Available at: www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/. Accessed 10 February 2016

International Council of Nurses (2012b). Flexible Work practices in Nursing. International Centre for Human Resources in Nursing, Fact sheet. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/ICHRN/Facts_Sheets/Flexible%20Work%20Practices%20in%20Nursing.pdf. Accessed 10 February 2016

International Council of Nurses (2012c). Flexible Work Practices in Nursing. International Centre for Human Resources in Nursing. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/ICHRN/Policy_and_Research_Papers/Flexible_Working_Practices.pdf. Accessed 10 February 2016

International Council of Nurses (2013) Closing The Gap: Millennium Development Goals 8,7,6,5,4,3,2,1., International Nurses Day toolkit. Available at: www.icn.ch/publications/2013-closing-the-gap-millennium-development-goals-8-7-6-5-4-3-2-1/. Accessed 10 February 2016

International Council of Nurses (2014). Nurses A Force for Change: A Vital Resource for Health. International Nurses Day toolkit. Available at: www.icn.ch/publications/2014-nurses-a-force-for-change-a-vital-resource-for-health/. Accessed 10 February 2016.

International Council of Nurses (2015a). Nurses a Force for Change: Care Effective, Cost Effective. International Nurses Day toolkit. Available at: www.icn.ch/publications/2015-nurses-a-force-for-change-care-effective-cost-effective/. Accessed 10 February 2016.

International Council of Nurses (2015b), International Council of Nurses Statement on the joint ICN-WHO consultation on Global Strategy on Human Resources for Health, 23 June 2015.

International Council of Nurses (2015c). Consultation on HRH global strategy. Available at: www.icn.ch/what-we-do/the-global-strategy-on-human-resources-for-health-workforce-2030. Accessed 8 November 2015

Jackson, D., Firtko, A. and Edenborough, M. (2007) Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60; 1-9

Jamison, Dean T et al.(2013) Global health 2035: a world converging within a generation, *The Lancet*, Volume 382 , Issue 9908 , 1898 – 1955. Available at [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4)

Karanikolos, M, et al, (2013) "Financial crisis, austerity, and health in Europe." *The Lancet* Vol. 381 No. 9874: pp. 1323-1331

Kruk ME, et al. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola, *The Lancet*, Vol. 385 No. 9980: pp 1910-1912.

Marmot M, Allen J, Bell R, et al. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide, *The Lancet*, Vol. 380 Issue 9846: pp 1011-1029.

McAlister, M. and McKinnon, J. (2009) The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: A critical review of the literature. *Nurse Education Today*, 29; 371-379

McDavid, D (2013) Mental health: A key challenge for Europe in the 21st century, *Eurohealth*, Vol 19 no 3 p14-17

McKee M and Mackenbach J (2013) How well are European countries performing in advancing public health, *Eurohealth* Vol19 no 3 p7-11

Mezzich JE, Appleyard J, Ghebrehiwet T. (2015). Interdisciplinary Collaboration and the Construction of Person Centered Medicine. *Int J Pers Centered Med*. 2015 Mar 6;4(3):149–55)

Newman, C 2014, "Time to address gender discrimination and inequality in the health workforce", *Human Resources for Health*, vol. 12, no. 25, <http://www.human-resources-health.com/content/12/1/25>. Accessed 13 January 2016.

NHS Direct (2007). Healthcare risk assessment made easy. Available at: www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59825. Accessed 10 February 2016

NHS Leadership Academy (2015). Systems leadership. Available at: www.leadershipacademy.nhs.uk/about/systems-leadership/. Accessed 10 February 2016

Oxfam (2015). Never Again Building resilient health systems and learning from the Ebola Crisis, 203, Briefing paper.

Panter-Brick C (2014). Health, Risk, and Resilience: Interdisciplinary Concepts and Applications*Annu. Rev. Anthropol. 2014. 43:431–48

Patton R, Zalon M, Ludwick R (eds.) 2015. *Nurses Making Policy: From Bedside to Boardroom*, e-book, American Nurses Association & Springer Publishing Company, New York, viewed 7 January 2016, https://books.google.ch/books?id=3MyRBQAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Accessed 10 February 2016

Philippine Journal of Nursing (2013). 'Challenges of Equity and Access to Healthcare', Vol. 83 No. 2 (July-December)

Shamian J et al, (2015) No global health without human resources for health (HRH): The nursing lens, *Canadian Journal of Nursing Leadership* Vol. 28 No. 1.

Sheridan N et al, (2011) Health equity in the New Zealand health care system: a national survey. *International journal for equity in health*, Vol. 10.No. 1: pp 1-14.

Sull, A Harland, N and Moore, A (2015) Resilience of health-care workers in the UK; a cross-sectional survey *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2015, 10:20

Sullivan, M, Kiovkysy, RD, Mason, DJ, Hill, CD & Dukes, C 2015, "Interprofessional collaboration and education", *American Journal of Nursing*, vol.115, no.3, pp.47-54. Available at: http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2015/03000/Interprofessional_Collaboration_and_Education.26.aspx. Accessed 13 January 2016.

Tangcharoensathien V, Mills A, Palu T (2015). Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. *BMC Med.* 2015; 13: 101. Published online 2015 April 29. doi: 10.1186/s12916-015-0342-3

Tomblin-Murphy G & Rose A (2015). Nursing Leadership in Primary Health Care for the achievement of SDGs and HRH Global Strategies Geneva ICN Internal Working Paper

Tschudin, V and Davis AJ, (2008) *The Globalisation of Nursing* CRC Press

United Nations (2015). The Millennium Development Goals Report. Available at: [www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf). Accessed 8 February 2016.

USAID (n.d.). What is Health Systems Strengthening? Available at: www.hfgproject.org/about-hfg/about-health-systems-strengthening/. Accessed 3 February 2016.

Ventura CA, Mendes IC, et al. (2015), The Evolution of World Health Organization's Initiatives for the Strengthening of Nursing and Midwifery, Journal Of Nursing Scholarship, Vol. 47 No. 5, pp 435-445

Wilson S & Langford K (2015). 10 ideas for 21st century healthcare, Innovation Unit London. Available at: www.innovationunit.org/sites/default/files/DIGITAL%20VERSION10%20Ideas%20Final.pdf

World Health Organization (2003). Fifty-Sixth World Health Assembly, Strengthening Nursing and Midwifery, Report by the Secretariat: A56/19: Provisional Agenda Item, Available at: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/

World Health Organization (2006). The World Health Report 2006: Working Together for Health, Geneva.

World Health Organization (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Available at: www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

World Health Organization (2008). Primary Health Care. Now More than Ever. Retrieved from: <http://www.who.int/whr/2008/en/>

World Health Organization (2010a) Monitoring the building blocks of health systems. A handbook of indicators and their measurement strategies. WHO Geneva Switzerland

World Health Organization (2010b). "Framework for action on interprofessional education & collaborative practice", viewed on January 13 2016, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1

World Health Organization (2010a). Health systems financing: the path to universal coverage. Available at: <http://www.who.int/whr/2010/en/>. Accessed 10 February 2016.

World Health Organization (2014). Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. by Kieny MP, Evans DB, Schmets G, Kadandale S. 2014 - Bull World Health Organ 2014;92:850 – <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/12/14-149278/en/#>.

World Health Organization (2015a). Health in 2015: from MDGs to SDGs. Geneva: WHO. Available at www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/.

World Health Organization (2015b). Health workforce density per 1000 population, Global Health Observatory data repository. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=en>.

World Health Organization (2015c) Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone: a preliminary report. – [Available at: www.who.int/csr/resources/publications/ebola/health-worker-infections/en/](http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/health-worker-infections/en/)),

World Health Organization (2015d). Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone. A preliminary report, 21 May 2015. Available at: www.who.int/hrh/documents/21may2015_web_final.pdf. Access 8 February 2016.

World Health Organization (2015e). Realising Nurses' Full Potential, Bulletin of the World Health Organisation, Vol 93 No. 9 (September): News. Available at: www.who.int/bulletin/volumes/93/9/en/ Accessed 21 September 2015.

World Health Organization (2015f). Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 draft for consultation WHO Geneva Switzerland

World Health Organization (2016). Global Public Goods. Available at: <http://www.who.int/trade/glossary/story041/en/>

World Health Organization and World Bank (2015). Tracking universal health coverage: First global monitoring report Joint WHO/World Bank Group report, June 2015

World Health Professions Alliance (2008). Positive practice environments for health care professionals [Internet]. WHPA; 2008. Available at: www.whpa.org/ppe_fact_health_pro.pdf