

**SESTRY  
JAKO VEDOUČÍ HLAS  
ZDRAVÍ JE LIDSKÉ PRÁVO**



**ZDRAVÍ JE LIDSKÉ PRÁVO  
DOSTUPNOST, INVESTICE  
A EKONOMICKÝ RŮST**

**MEZINÁRODNÍ DEN SESTER ZDROJE A DŮKAZY**

**MEZINÁRODNÍ RADA SESTER**



# OBSAH

<b>Úvodní slovo prezidentky ICN</b>	<b>3</b>
<b>Část první: Zdraví je lidské právo</b>	<b>4</b>
Výzva, před kterou stojíme	4
Právo na zdraví a zaměření ICN pro letošní rok	5
Klíčové prvky lidskoprávního přístupu ke zdravotnictví	6
Šest základních prvků efektivního zdravotnictví založeného na právu na zdraví	8
Proč by se měly sestry zajímat o právo na zdraví jako o přístup ke zdravotní péči?	9
<b>Část druhá: Spletitá povaha dostupnosti zdravotní péče</b>	<b>10</b>
Jedinečný a intimní vhled sester do situace	10
Dostupnost zdravotní péče: Informovanost a rozpoznání nenaplněných potřeb	12
Dostupnost zdravotní péče: Naplnění různorodých potřeb	15
Dostupnost zdravotní péče: Nabídka a fyzická dostupnost služeb	18
Dostupnost zdravotní péče: Otázka financí	22
Dostupnost zdravotní péče: Bezpečnost a kvalita	25
Dostupnost zdravotní péče: Dochvilnost a včasnost	28
Dostupnost zdravotní péče: Péče zaměřená na člověka	31
<b>Část třetí: Investice a ekonomický růst</b>	<b>33</b>
Všeobecná dostupnost zdravotní péče	35
Péče zaměřená na člověka	38
Lidské zdroje pro zdraví	42
<b>Část čtvrtá: Od politiky k praxi a zpět</b>	<b>47</b>
Závěrem	53
<b>Literatura</b>	<b>54</b>

Vedoucí projektu: Howard Catton

Autoři: David Stewart, Erica Burton, profesorka Jill White (čtvrtá část)

Rozložení a redakce: Lindsey Williamson, Julie Clerget, Violaine Bobot, Bethany Halpin, Marie Carrillo

Zvláštní poradci: Profesor Sridhar Venkatapuram, profesorka Marie Rafferty, profesorka Marla Salmon, profesor Thomas Kearns

Poradní komise: Simon Hlungwani, dr. Kwua–Yun Wang, Sra Paola Pontoni Zuniga

Design: ACW acw.uk.com

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 © 2018 ICN–International Council of Nurses – 3,  
place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland  
ISBN : 978-92-95099-48-7

# ÚVODNÍ SLOVO PREZIDENTKY ICN

Mezinárodní rada sester (ICN) věří, že zdraví je lidské právo. ICN se jako jedna z čelních organizací veřejně zasazuje o dostupnost zdravotní péče, ve které hrají klíčovou úlohu právě sestry. Po celém světě trpí jednotlivci i celé komunity nemocemi jen proto, že nemají přístup ke zdravotní péči nebo si ji nemohou finančně dovolit. Zároveň ale nesmíme zapomínat, že právo na zdraví se vztahuje i na sestry. Víme, že lepší kvalita a bezpečnost pro pacienty je podmíněna pozitivním pracovním prostředím pro personál. To zahrnuje právo na bezpečné pracovní prostředí, přiměřenou odměnu a přístup ke zdrojům a vzdělávání. A k tomu všemu je potřeba přidat ještě právo na to být vyslyšen a mít platný hlas v rozhodování, rozvoji a realizaci strategií ve zdravotnictví!

Jako globální hlas ošetrovatelské profese se bude ICN k těmto otázkám i nadále otevřeně vyjadřovat, a v roce 2018 ještě hlasitěji a důrazněji než dřív. V souladu s letošním tématem „Sestry jako vedoucí hlas: Zdraví je lidské právo“ předkládá tento balíček materiálů přesvědčivé důkazy o tom, že investice do ošetrovatelství vedou k ekonomickému rozvoji, a ukazuje, jak zlepšení podmínek, ve kterých lidé žijí, vede k soudržnější společnosti a produktivnějšímu hospodářství.

„Zdraví je lidské právo“ znamená pro sestry jednoduše to, že všichni lidé mají právo na kvalitní zdravotní péči, kterou si mohou finančně dovolit, ve chvíli, kdy ji nejvíc potřebují. A v každodenní zdravotnické praxi i na vlivných a rozhodujících pozicích už teď pracují sestry, které toto moto mění na skutečnost.

V rámci letošního Mezinárodního dne sester vám přinášíme příběhy sester, které od základů mění zdravotní péči i zdravotnický systém tak, aby obojí bylo skutečně pro všechny. Pojdme se k nim připojit a společně se postavit do čela těchto změn. Podpořme přístup k péči a zdravotnickým systémům, který se zaměřuje na člověka, a staňme se nepreslechnutelným hlasem v diskuzích o zdravotnické politice, plánování i poskytování péče.

Jimémem nás všech v ICN vám přeji šťastný Mezinárodní den sester!



**Annette Kennedy**

Prezidentka

Mezinárodní rada sester (ICN)



# ČÁST PRVNÍ: ZDRAVÍ JE LIDSKÉ PRÁVO



Co se mě týče, je základním aspektem všeobecné dostupnosti zdravotní péče otázka etiky. Copak chceme, aby naši spoluobčané umírali jen proto, že jsou chudí? Nebo aby se miliony rodin ocitly kvůli zničujícím výdajům na zdravotní péči v chudobě, protože nemají žádnou finanční záchrannou síť? Všeobecně dostupná zdravotní péče je lidské právo.“

–Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (generální ředitel WHO)<sup>1</sup>

## Výzva, před kterou stojíme

V červnu 2017 předložil Dainius Puras, zvláštní zpravodaj OSN<sup>a</sup>, Radě OSN pro lidská práva svou zprávu o právu každého člověka na nejvyšší dosažitelnou úroveň fyzického i duševního zdraví.<sup>2</sup> Zpráva byla zaměřená na péči o duševní zdraví a zpravodaj v ní uvedl, že „jen naprosto přelomová změna může ukončit roky zanedbávání péče o duševní zdraví“.<sup>3</sup> Zpráva popisuje desetiletí zanedbávání, zneužívání a násilí proti sociálně slabým skupinám včetně lidí s mentálními, kognitivními a psychosociálními poruchami buď v podobě chybějící péče a podpory nebo v podobě péče, která byla neúčinná a škodlivá.

Zvláštní zpravodaj OSN uvedl, že „tam, kde systematická péče o duševní zdraví vůbec existuje, je oddělená od zbytku zdravotní péče a založená na zastaralých postupech, které porušují lidská práva.“ Podle něj „prodělávají zásady i služby péče o duševní zdraví krizi – a nejedná se o chemickou, ale mocenskou nerovnováhu“, a vyzval k zásadním politickým krokům, neodkladné reakci ze strany zdravotnické politiky a okamžité nápravě situace.

Dodal také, že jednou z příčin je převaha biomedicínských modelů závislých na medikaci a chybějící respekt, ochrana a naplnění práva na zdraví. Léčba se zaměřuje pouze na patologii na úkor kvality života daného člověka v širším kontextu osobního, společenského, politického a ekonomického života.

<sup>a</sup>Litevský psychiatr Dainius Puras je současným zvláštním zpravodajem OSN. Zvláštní zpravodaje a nezávislé odborníky jmenuje Rada OSN pro lidská práva sídlící v Ženevě a jejich úkolem je zkoumat a podávat zprávy o konkrétních oblastech lidských práv nebo situaci v určité zemi. Jedná se o čestné pozice a odborníci nejsou zaměstnanci OSN, ani nejsou za svou práci placeni.

Zpráva dokonce zdůrazňuje, že veřejná politika opomíjí důležitost okolností, které vedou ke zhoršení duševního zdraví, jako je násilí, chybějící přístup ke strukturám moci, sociální vyloučení a izolace a rozpad komunit, systematické socioekonomické znevýhodnění a škodlivé prostředí v práci a ve škole. V závěru zprávy stojí, že systémy, které nedokážou ochránit společenské, ekonomické a kulturní prostředí, selhávají nejen v podpoře lidí s hendikepy, ale i v podpoře duševního zdraví a pohody v průběhu celého lidského života.

Doktor Puras na příkladu duševního zdraví jasně ukazuje, že základním nedostatkem, který nám brání v dosažení zdraví pro všechny, je to, že náš přístup ke zdraví a zdravotnictví není zaměřený na člověka. Zdraví – včetně dostupnosti zdravotní péče – je lidské právo, a proto je potřeba se odpoutat od vnímání zdraví z pohledu biologie a patologie.

Zdraví pro všechny lze podpořit také prostřednictvím politické, sociální, ekonomické, vědecké i kulturní činnosti. Dobré zdraví je podmíněno dostupností nezávadné pitné vody a dobré výživy, vyhovující kanalizací, vzděláním, mírou rovnosti a svobody ve společnosti a dalšími základními determinanty zdraví.

Podmínky, v kterých se lidé rodí, vyrůstají, žijí, pracují a stárnou, mají na nemocnost a předčasnou smrt dominantní vliv. A právě tady může ošetřovatelství zásadním způsobem přispět k rozvoji pohledu na zdraví jako na lidské právo. Základem ošetřovatelství vždy byla péče o zdraví a kvalitu života jednotlivců a komunit. Přístup ke zdraví zaměřený na člověka je tedy filozofickým východiskem ošetřovatelství.

V léčbě duševně nemocných se potýkáme s krizí morálky. V nemocnicích v celé řadě zemí selháváme v dodržování lidských práv.“  
–Prof. Vikram Patel

## Právo na zdraví a zaměření ICN pro letošní rok

Proč se ICN rozhodla zaměřit na zdraví jako lidské právo? Tento komplexní přístup umožňuje sestřám pochopit filozofický základ celé naší praxe, ať už se jedná o podporu zdraví, prevenci nemoci či zranění nebo léčbu akutních a chronických stavů. Umožňuje nám rozpoznat zdravotní důsledky sociálních determinantů zdraví, jako je kanalizační systém, odpovídající strava, vhodné bydlení, dobré pracovní podmínky, vzdělání, rovnost a čisté životní prostředí.<sup>4</sup> Role ošetřovatelství v napravování nerovností, diskriminace a nespravedlivých mocenských vztahů v rámci sociálních determinantů zdraví byla předmětem Mezinárodního dne sester 2017 („Sestry: V čele dosažení cílů udržitelného rozvoje“). Kromě toho nám pomáhá dívat se na zdravotnictví z perspektivy zaměřené na člověka a na komunitu. Letošní balíček k Mezinárodnímu dni sester staví na tom loňském a zkoumá problematiku **dostupnosti** zdravotní péče a dopadu problémů s dostupností na výsledky zdravotní péče.

Léčba nemoci může být naprosto neosobní, ale péče o pacienta musí být zcela osobní.“

–Francis W. Peabody<sup>5</sup>

Zdravotnické systémy jsou základní a neodmyslitelnou součástí každé zdravé a rovné společnosti. Pokud se na zdraví díváme jako na lidské právo, nutí nás to převzít iniciativu a odpovědnost za umožnění přístupu ke zdravotnickému systému. Tento pohled by proto měl být úhelným kamenem efektivního systému a jeho přínosy v konečném důsledku pocítí každá komunita i země. Právo na zdraví zdaleka není jen motem pro zdravotnické pracovníky, občanská sdružení a neziskové organizace v jejich snaze o změnu světa k lepšímu. Ve většině případů je právo na zdraví právním nástrojem, s jehož pomocí lze pohnat vlády a mezinárodní společenství k odpovědnosti. Může a mělo by být zdravotnickým sektorem používáno jako konstruktivní nástroj k zajištění nejlepší péče pro jednotlivce, komunity i celé populace.<sup>6</sup>

Všeobecná dostupnost zdravotní péče a její konkrétní podoba se může v různých zemích výrazně lišit. V zásadě se jedná o to, že nikomu nesmí být odpírán přístup k přiměřené úrovni zdravotní péče běžné v dané zemi vzhledem k jeho finanční situaci, kdy poskytnutí zdravotní péče vede k dalšímu prohloubení chudoby. Pohled na zdraví jako na lidské právo znamená, že ať už žijete kdekoli, máte přístup ke zdravotní péči podle svých potřeb.



V září 2015 celkem **193 ZEMÍ** **FORMÁLNĚ PŘIJALO NOVÝ PLÁN FUNKOVÁNÍ SVĚTA TAK, JAK HO CHCEME MÍT** – včetně všeobecně dostupné zdravotní péče, tedy práva na zdraví bez finančních těžkostí.<sup>7</sup>



**NEJMÉNĚ 400 MILIONŮ LIDÍ PO CELÉM SVĚTĚ NEMÁ PŘÍSTUP** k jedné nebo více základním zdravotním službám.



**KAŽDÝ ROK UPADNE 100 MILIONŮ LIDÍ DO CHUDOBY** kvůli poplatkům za základní služby.<sup>7</sup>



V průměru je **32 % VÝDAJŮ NA ZDRAVOTNICTVÍ V KAŽDÉ ZEMI** placeno přímo pacienty.<sup>7</sup>

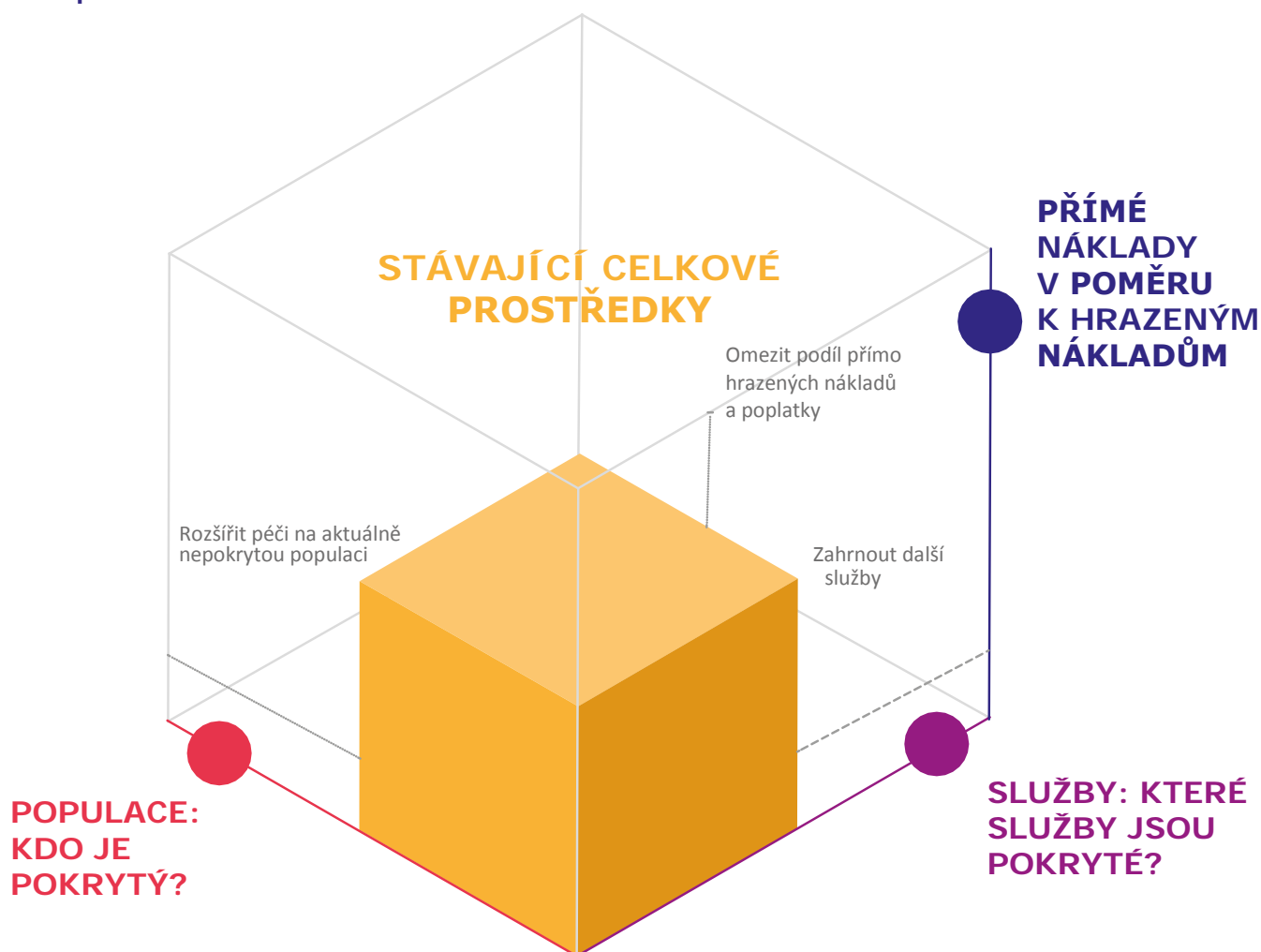


**40 % SVĚTOVÉ POPULACE** nemá žádné sociální zajištění.<sup>8</sup>



**44 dolarů NA OSOBU ROČNĚ JE MINIMÁLNÍ ČÁSTKA POTŘEBNÁ** k zajištění základních zdravotních služeb, které zachraňují životy: 26 členských států WHO vynaložilo v roce 2011 méně než to.<sup>8</sup>

Obr. 1: WHO – tři rozměry, které je třeba na cestě k všeobecné dostupnosti zdravotní péče brát v potaz<sup>9</sup>



## Klíčové prvky lidskoprávního přístupu ke zdravotnictví

Základním stavebním kamenem práva na zdraví a snahy o nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví je efektivní a integrovaný zdravotnický systém, co kterého spadá i zdravotní péče zaměřená na determinanty zdraví. Tento zdravotnický systém musí být navíc přizpůsobený místním i celostátním prioritám a musí být dostupný pro všechny. Splněním těchto podmínek jsou položeny základy pro zdravou a rovnou společnost.

Obr. 2: Obecné zásady zdravotnického systému založeného na právu na zdraví<sup>10</sup>

## VÝSLEDKY A PROCESY

Zaměření na to, jak a na jakých principech zdravotnictví funguje (např. transparentní, s aktivním zapojením pacientů a bez diskriminace).



## ROVNOST, SPRAVEDLIVOST A ABSENCE DISKRIMINACE

Zdravotnický systém musí být dostupný pro všechny bez diskriminace včetně lidí žijících pod hranicí chudoby, menšin, původních obyvatel, žen, dětí, lidí s hendikepy, seniorů apod.



## KULTURNÍ CITLIVOST

Zdravotnický systém musí respektovat kulturní rozdíly.



## DETERMINANTY ZDRAVÍ

Zdraví jednotlivců a komunit vyžaduje víc než jen lékařskou péči. Patří sem i řešení problematiky determinantů zdraví.



## POSTUPNÁ REALIZACE

Právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví je podmíněno postupnou realizací a dostupností zdrojů. Jinak řečeno, komplexní a integrovaný zdravotnický systém nelze vybudovat přes noc. Měl by ale být vidět pokrok, který je také potřeba porovnávat se stanovenými měřítky.



## KVALITA

Zdravotní služby musí být poskytovány v dobré kvalitě a musí být zajištěna dostupnost základních léčiv. Kvalita se rovněž vztahuje na to, jak je s pacienty v rámci zdravotnického systému zacházeno.

## HOLISTICKÝ PŘÍSTUP ZAMĚŘENÝ NA ČLOVĚKA



## KONTINUITA PÉČE

K dispozici musí být služby primární, sekundární a terciární péče ve správném poměru, které zajistí kontinuitu prevence a péče. Sem patří i adekvátní systém doporučení.



## KOORDINACE

Efektivní zdravotnický systém vyžaduje koordinaci mezi různými sektory a ministerstvy, jako je zdravotnictví, životní prostředí, voda, doprava apod. Je potřeba zajistit koordinaci těchto složek od nejvyšší politické úrovně až po jejich praktické zajištění.



## MEZINÁRODNÍ SPOLUPRÁCE

Pokud má zdraví být „globálním veřejným statkem“, je potřeba mezinárodní spolupráce. Ta může zahrnovat kontrolu infekčních nemocí, šíření výsledků zdravotnického výzkumu a mezinárodní regulační iniciativy. Může sem patřit i princip nepoškozování sousedních zemí a podpora zemí s nízkým národním důchodem.



## DOSAŽENÍ ROVNOVÁHY

Někdy se stane, že spolu o vaši pozornost soutěží více různých potřeb. Potom je potřeba zvážit celkovou situaci. Na obtížné otázky neexistují vždy jasné odpovědi, zejména v situacích, kdy máte k dispozici jen omezené zdroje.



## MONITOROVÁNÍ A ODPOVĚDNOST

Práva s sebou nesou i povinnosti a povinnosti vyžadují odpovědnost. Odpovědnost zahrnuje monitorování chování, odváděné práce i výsledků.



## PRÁVNÍ ZÁVAZNOST

Právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví zakládá některé právně vymahatelné závazky včetně těch zmíněných v tomto dokumentu.

V roce 2007 zveřejnila Světová zdravotnická organizace (WHO)<sup>11</sup> obecnou strategii, jak přistupovat ke zdraví jako k právu posílením zdravotnických systémů. Strategie je zobrazená v následujícím diagramu jako šest základních prvků fungujícího zdravotnického systému.

**Obr. 3: Šest základních prvků fungujícího zdravotnického systému**







## Proč by se sestry měly zajímat o právo na zdraví jako o přístup ke zdravotní péči?

**Jedná se o přístup založený na důkazech:** Přístup ke zdravotnickým systémům z perspektivy práva na zdraví je založený na důkazech a představuje důležitou prokazatelně fungující metodu zlepšení zdraví a rovnosti v populaci.

Jeho zásadní přínos spočívá v tom, že zajišťuje strukturu a disciplínu při tvorbě zdravotnické politiky v rámci konkrétní země a umožňuje v případě potřeby pohnat vládu k odpovědnosti.<sup>12</sup>

**Každý člověk má svou vnitřní hodnotu (vyjádření lidskosti):**

Řada zdravotnických systémů je tradičně řízená „odshora dolů“ ve snaze zajistit ekonomickou efektivitu. V takových systémech se pak někdy zapomíná na člověka jako jednotlivce. Jiné přístupy postupují z hlediska nemoci a nedívají se na člověka jako na celek, jehož fyzická a duševní stránka je propojená a s nímž je třeba jednat s úctou a respektem. Sestry tradičně zaujmají k lidem a jejich osobnosti v rámci komunity holistický přístup. Mohou proto jít příkladem v podpoře přístupu k péči a zdravotnickému systému zaměřenému na člověka. Do popředí zdravotnického systému se tak dostává kvalita života jednotlivců, komunit i celých populací. Zdravotnictví nemůže být technokratickým systémem odloučeným od lidí, kterým má sloužit.<sup>13</sup>

**Právní závaznost:** S právem na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví se pojí řada právně vymahatelných závazků. To znamená, že je odpovědností vlád a zdravotnických systémů zajistit komunitám a populacím určitou úroveň péče.

**Sestry mohou být zásadním přínosem:** Přestože na podporu práva na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví už byly vytvořeny některé zákony, řada organizací, institucí i vlád stále zkoumá, co přesně to znamená a jak to realizovat v praxi. Právo na zdraví není statické: neustále se vyvíjí spolu s tím, jak se vyvíjí věda a technologie. Sestry by měly být v tomto procesu zásadním přínosem, protože ošetrovatelství v sobě spojuje jak racionální vědecké myšlení a filozofické základy, tak blízkost k pacientům, rodinám a komunitám.

**Úspěch všeobecně dostupného zdravotnictví** prostřednictvím péče zaměřené na člověka závisí na tom, jestli dokáže ošetrovatelská profese přijít s novým přístupem ke konceptualizaci zdraví a k tomu, jak se zdravotní péče poskytuje. Patří sem vytváření a utužování spolupráce s jednotlivci a komunitami, odpovědnými činiteli, vládami a dalšími zdravotnickými pracovníky s cílem zmírnit dopady sociálních determinantů zdraví; změna konceptu poskytovatelů zdravotní péče tak, aby zahrnoval jednotlivé komunity; a vývoj a rozšíření inovativních modelů poskytování zdravotních služeb.

Přístup zaměřený na člověka, funkční zdravotnický systém, dostupnost kvalifikovaného personálu a vyřešení otázky dostupnosti: to jsou základní stavební kameny všeobecně dostupné zdravotní péče. Problematice dostupnosti se blíže věnuje druhá část.

# ČÁST DRUHÁ: SPLETITÁ POVAHA DOSTUPNOSTI ZDRAVOTNÍ PÉČE



Pokud do procesu zdravotní péče nezapojíme spotřebitele, pacienty a rodinné příslušníky, nemůže se nám podařit vymýtit nerovnost a zlepšit zdraví pro všechny.“

–Kalahn Talyor–Clark<sup>14</sup>

## Jedinečný a intimní vhled sester do situace

Neexistuje žádná jiná profese, která by se starala o potřeby ostatních ve chvíli, kdy jsou nejzranitelnější, tak jak to dělá ošetřovatelství. Vztah, který si sestra vytváří s klientem, jí nabízí jedinečný a intimní vhled do jeho života. Příkladem mohou být tyto příběhy pacientů vyprávěné sestrami:

*Amelii byla nedávno diagnostikována rakovina prsu, ale skutečnou tragédií pro ni bylo, že dva měsíce před touto diagnózou ztratila manžela. Její muž, kterému zbýval rok do důchodu, odmítl zajet do nemocnice a nechat se vyšetřit kvůli bolesti na prsou. Místo toho řekl, že je to jen žaludeční nevolnost, a šel si zase lehnout, aby už se nikdy neprobudil. Amelie trpí ztrátou manžela víc než vlastní rakovinou.*

*Yusufa přijali do nemocnice na tříměsíční léčbu hematologického onemocnění. V nemocnici dostal bez svého souhlasu injekci, které byla určená pro jiného pacienta a která ohrozila úspěšnost jeho léčby a prodloužila jeho hospitalizaci o další měsíc. Yusufa stále přivádí k zúřivosti jak to, jakým způsobem nemocnice problém řešila, tak to, jakým způsobem ho o pochybení informovali.*

*José je samý smích, za kterým ale skrývá obrovské obavy. Přestože nikdy nekouřil, je momentálně v remisi po rakovině plic IV. stádia. Jeho stav nicméně stále vyžaduje každoměsíční týdenní chemoterapii. Tři dny před začátkem chemoterapie začne José pokaždé trpět panickými atakami.*

*Po zahájení chemoterapie si potom nepřeje nic jiného než kanylu vyškubnout ze žíly a jít domů, protože ví, jaký týden ho čeká, jakmile začne chemoterapie jako jed prostupovat jeho tělem.*

Beatrice očividně značně zhubla a je stále křehčí. Dřív byla zpěvačkou, ale její hlas ztratil svou dřívější sílu. Už řadu měsíců se jí ve stolici objevuje krev a je v pořadníku na kolonoskopické vyšetření. Seznam je tak dlouhý, že jí v nemocnici doporučili, aby podstoupila soukromou léčbu, na to ale nemá peníze, a tak čeká. Po dvou letech vyšetření absolvovala. Během vizity, které se účastnili i medicí, si lékař stoupl k nohám její postele a sdělil jí, že má rakovinu tlustého střeva IV. stádia. „Bavili se, jako bych ani nebyla v místnosti,“ říká Beatrice. „Byla jsem jen ‚případ‘ na posteli.“

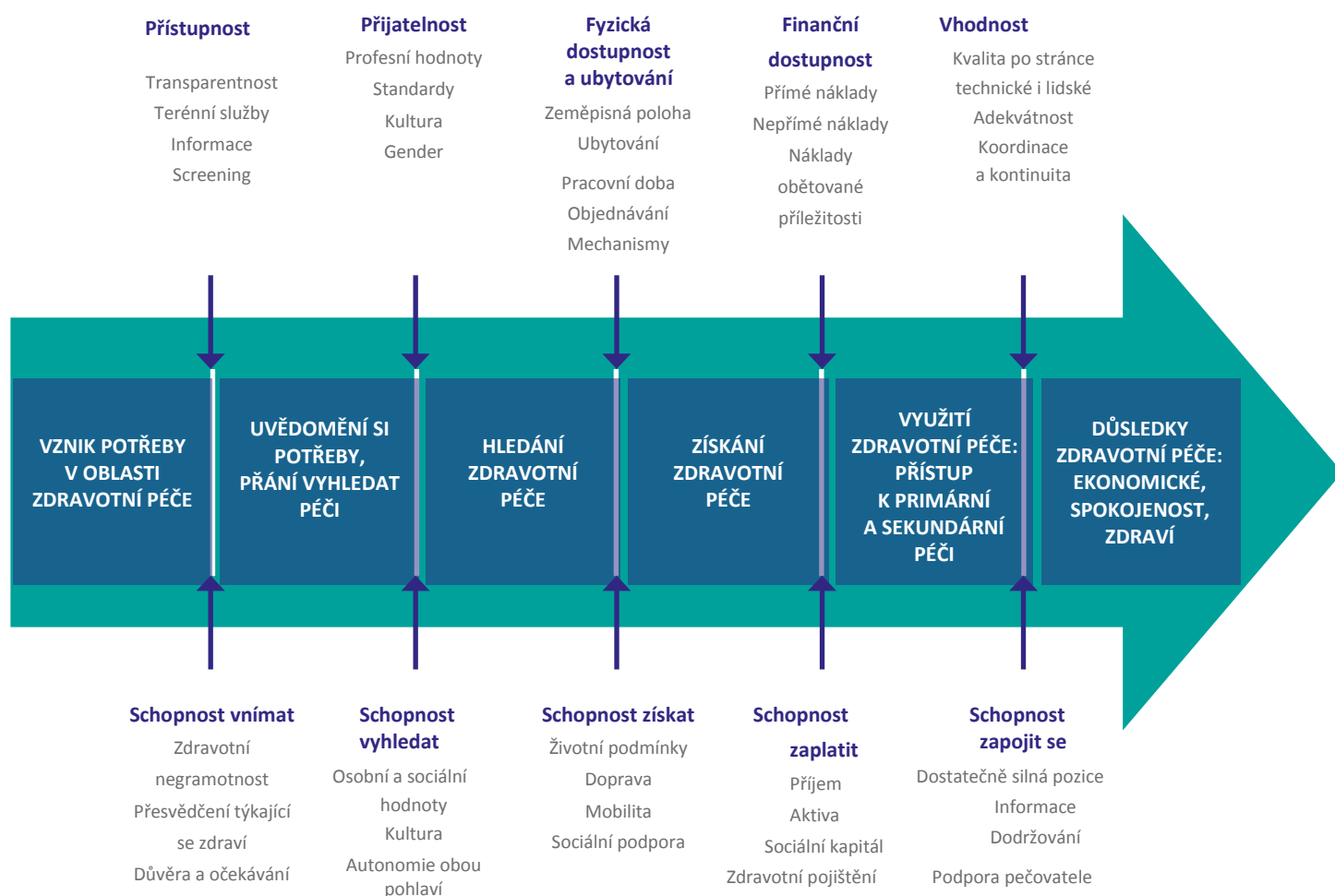
Sestry tráví s pacienty a jejich rodinami víc času než kterákoliv jiná profese a příběhy, které mají dopad na zdraví a kvalitu života pacientů, proto znají z první ruky. Každý z nich nějaký takový příběh má a každý z těchto příběhů může vést ke zlepšení zdravotnického systému a umožnit jednotlivcům i komunitám dosáhnout nejvyšší možné úrovně zdraví. V těchto zkušenostech se ukrývá potenciál ke změně. Tvůrci zdravotnické politiky nejsou v bezprostředním kontaktu s tím, co dělá zdravotnický systém efektivním a zaměřeným na člověka: pro ně je to okrajová záležitost. Pro sestry je to něco, s čím se setkávají každý den. Právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví si žádá, abychom na základě těchto poznatků z ošetrovatelské praxe přehodnotili fungování systému a to, jak by ho bylo možné zlepšit (další podrobnosti jsou ve čtvrté části).

Dostupná zdravotní péče je klíčovým ukazatelem toho, nakolik se zdravotnickému systému daří naplňovat zdravotní potřeby jednotlivců a komunit. Je těžištěm přesvědčení, že zdraví je lidské právo, a je úhelným kamenem jak všeobecné dostupnosti zdravotní péče, tak péče zaměřené na člověka.

Pro účely této publikace k Mezinárodnímu dni sester definujeme dostupnost jako „dosažitelnost a možnost zajištění potřebných služeb zdravotní péče v situacích, kdy je to vnímáno jako nutné“.<sup>15</sup> Dostupnost znamená, že lidé mají možnost podniknout potřebné kroky ke kontaktování nebo získání zdravotní péče tak, jak to jejich potřeby vyžadují, a tyto potřeby tak naplnit. Jedná se o komplexní pohled na „dostupnost“, který zahrnuje jak faktory týkající se uživatelů, tak faktory týkající se poskytovatelů zdravotní péče, a nedívá se tedy na dostupnost pouze jako na otázku financí.

V této části se zaměříme na jednotlivé rozměry a determinanty dostupnosti a na to, jak se navzájem ovlivňují, s využitím dynamického rámce (obr. 4) kolektivu autorů Lesvesque, Harris a Russell,<sup>15</sup> který vnímá dostupnost jako výsledek nahromaděných zkušeností a překážek, kterým lidé čelili. Tato část podává čtenářům podrobnější přehled složité skládačky jednotlivých prvků, které společně vytváří dostupnost, s cílem jednak posloužit jako zdroj informací pro ošetrovatelskou praxi a také umožnit ošetrovatelské komunitě efektivně se vyjadřovat ke strategiím, které mají vést k zajištění všeobecné dostupnosti zdravotní péče.

**Obr. 4: Konceptuální rámec dostupnosti zdravotní péče<sup>15</sup>**



# DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE:

## Informovanost a rozpoznání nenaplněných potřeb

V roce 2014 trpělo na celém světě 422 milionů lidí cukrovkou, která přímo způsobila více než 1,6 milionu úmrtí.<sup>16</sup> Cukrovka je komplikované a nákladné chronické onemocnění, které postihne téměř každého 11 člověka na planetě s celkovými náklady ve výši 673 miliard dolarů (12 % globálních výdajů na zdravotnictví).<sup>17</sup> Prevalence cukrovky se po celém světě rapidně zvyšuje a počet dospělých s touto diagnózou rychle stoupá. Ve skutečnosti ale celý rozsah problému přesně neznáme, protože řada lidí neví o tom, že tuto nemoc má a že potřebuje léčbu.

Podle výzkumů si například v Jihoafrické republice zřejmě více než 53 % populace neuvědomuje, že cukrovku má. Z těch, kterým byla cukrovka diagnostikována, pak více než 80 % nemá hladinu cukru v krvi pod kontrolou a naléhavě tak potřebují péči, které se jim nedostává.<sup>18</sup> Tento problém se přitom neomezuje jen na Jihoafrickou republiku: můžeme se s ním setkat po celém světě. Takto vysoká míra nenaplněné potřeby zdravotní péče má několik důvodů. Souvisí jednak s tím, nakolik lidé rozumí subjektivním i objektivním příznakům nemoci a zda tedy vyhledají péči, a jednak se schopností zdravotnických systémů zajistit potřebné služby a informace týkající se cukrovky.

To, nakolik lidé cukrovce rozumí a kolik toho o ní ví, se odrazí v tom, jak přistupují k léčbě a úpravě životního stylu a nakolik jsou schopni symptomy nemoci sami regulovat. Pokud je úroveň zdravotní gramotnosti nízká, stoupá incidence dalších chronických onemocnění, zhoršuje se zdravotní stav a s ním i kvalita života. Nedostatečná zdravotní gramotnost je jedním z důvodů, proč se s problémy souvisejícími s cukrovkou v nepoměrně velké míře potýkají znevýhodněné skupiny obyvatel.<sup>19</sup>

Nedostatky lze najít i ve zdravotnickém systému. Řada státních i soukromých organizací se pokouší zavést do praxe strategie, které by umožnily cukrovku lépe diagnostikovat i zvládat její příznaky. Řada těchto strategií nejenže nefunguje, ale navíc je drahá. Ty, které jsou považovány za úspěšné, sdílí řadu podobných rysů. Přesunují péči blíže k pacientovi,<sup>b</sup> zlepšují zapojení jedinců i celých komunit a zlepšují tak znalosti a povědomí jak o cukrovce, tak o typech služeb, které jsou k dispozici, a konečně se zaměřují na sladění komplexních potřeb klienta a odpovídajících zdravotnických profesí.<sup>20</sup> Hlavním cílem je přitom zlepšit dostupnost zdravotní péče a přistupovat k cukrovce jako k chronickému onemocnění se zásadním dopadem na životní styl.

Pokud mají být zdravotní služby dostupné, lidé musí vědět o tom, že existují, musí jim být jasné, jak se k nim mohou dostat, a musí je chtít využít. Prvním krokem nutným pro vyhledání zdravotní péče je být si vědom toho, že ji potřebuji. Dalším krokem je pak to, aby byly zdravotní služby poskytovány způsobem, který podporuje uživatele v určení svých zdravotních potřeb a vyhledání příslušných zdravotních služeb.

<sup>b</sup>Na zvládnutí všech případů cukrovky není dostatek specialistů, proto specializovaná centra přesunula 80–90 % pacientů s cukrovkou do primární nebo komunitní péče.



## KAZUISTIKA: Integrované zdravotní služby a podpora v souvislosti s chronickými neinfekčními nemocemi u seniorů

**Příspěvatel:** Baithesda, Wenda Oroh      **Země:** Indonésie

Komunitní zdravotní středisko v administrativní oblasti Ranomut v Indonésii je jedním z několika komunitních zdravotních středisek pověřených péčí o zdravotní potřeby obyvatel ve městě Manado. Toto komunitní zdravotní středisko momentálně eviduje 1 214 seniorů, kterým poskytuje integrované zdravotní služby a podporu zdraví v souvislosti s chronickými neinfekčními nemocemi



u seniorů. Střediska využívají program nazvaný „Posbindu PTM“, který je určený na podpůrnou a preventivní zdravotnickou činnost v komunitním prostředí. Cílem programu Posbindu PTM je zvýšit zapojení veřejnosti do prevence a raného odhalení rizikových faktorů chronických neinfekčních nemocí. U lidí, u kterých existuje riziko vzniku chronických neinfekčních nemocí nebo kteří už je mají, se pak program snaží o kontrolu symptomů a udržení optimální úrovně zdraví.

Mezi služby nabízené v rámci tohoto programu patří poradenství, sdílení zkušeností a znalostí, rozpoznání chronických neinfekčních nemocí v časném stádiu posouzením duševního zdraví a posouzení stavu výživy měřením váhy a výšky, krevního tlaku, hemoglobinu a rozboru moči. Podle toho, co je v konkrétní lokalitě zapotřebí, poskytují střediska další služby, jako je doplňková výživa a sportovní aktivity. Činnosti v rámci programu Posbindu PTM stojí na místních komunitách, které za ně nesou odpovědnost a realizují je s podporou sester a dalších zdravotnických pracovníků.

Středisko v Ranomutu se snaží zvýšit dostupnost zdravotních služeb pro seniory v rámci dané komunity. Program je postavený tak, aby zvýšil zapojení místních obyvatel a plnil jejich potřeby. Usiluje o zlepšení dostupnosti zdravotních služeb pro seniory, zejména z řad chudších obyvatel a jiných lidí v obtížné situaci. Kromě toho se zaměřuje nejen na zdraví jednotlivců, ale na zdraví celé komunity.

Program byl vytvořen v reakci na zvyšující se poptávku po zdravotních službách vyvolanou chronickými neinfekčními nemocemi a omezeným počtem zdravotnických pracovníků. V roce 2014 bylo v Indonésii přibližně 892 000 zdravotníků na 250 milionů obyvatel. Nedostatek pracovníků pak ještě zhoršuje jejich nerovnoměrné rozvrstvení. Přibližně polovina zdravotnických pracovníků v Indonésii je koncentrovaná na Bali a Jávě.

Programu se úspěšně daří podporovat zdravé stárnutí. Těchto výsledků se mu podařilo dosáhnout zapojením členů komunity a následnou změnou toho, jak se lidé dívají na své zdraví. Kontakt s komunitou a její zapojení vedly sestry, které v těchto střediscích pracují. Podařilo se jim změnit to, jak komunity vnímají zdravý životní styl, a podpořit jednotlivé pacienty v tom, aby převzali větší kontrolu nad svým vlastním zdravím a kvalitou svého života.

## KAZUISTIKA: Poskytování zdravotních služeb v samém srdci komunity: Srílanská národní nemocnice

**Příspěvatel:** K.M.Sriyani Padmalatha      **Země:** Srí Lanka

Součástí práce sester, které pracují v multidisciplinárních týmech National Hospital of Sri Lanka, je poskytování terénních služeb pro lepší dostupnost zdravotních služeb v místech, kde lidé žijí. Patří sem domácnosti, školy, pracoviště a komunitní centra. Jejich mobilní klinika tak dokáže oslovit komunitu, zjistit zdravotní potřeby jejích obyvatel a zajistit jim přístup k potřebným zdravotním službám.



Mezi nabízené služby patří: fyzikální vyšetření, monitorování krevního tlaku, testování hladiny cukru v krvi, měření váhy a výšky, rozbor krve a moči, péče související s plánovaným rodičovstvím a plodností, nutriční podpora, oční ambulance, ambulance ORL, edukace v oblasti prevence a včasné odhalení nemocí, poradenství pro zdravý životní styl, cvičení a kontrola váhy, spánek a zdraví, duševní zdraví a meditace.

Na Srí Lance je dlouhodobě problémem omezená dostupnost péče přímo v komunitách, kde by byly lidem k dispozici diagnostické, vyšetřovací i screeningové služby. Za této situace jsou nemocnice přeplněné a je v nich řada pacientů se stavy, kterým bylo možné předejít. Velká část obyvatel nemá představu o svém zdravotním stavu a míra nediodagnostikovaných chronických neinfekčních onemocnění je značně vysoká.

Výše popsaná služba nabízí každý den 350 bezplatných konzultací. Za poslední tři roky navštívilo tyto kliniky 300 000 lidí. Služba dokáže přímo v komunitách oslovit lidi, kterým by se jinak zdravotních služeb nedostalo, a komunity si jí proto váží a cení. Základním předpokladem pro fungování této služby je zapojení komunit do systému poskytování péče.

Vzhledem k tomu, že je služba bezplatná, všechen personál v ní pracuje dobrovolně. Řada sester si na práci na klinikách vybírá osobní volno. V současné době probíhá přezkum, který analyzuje přínosy této služby. Výsledky budou předloženy ministerstvu zdravotnictví pro získání další podpory pro projekt.

# DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE:

## Naplnění různorodých potřeb

Původní obyvatelé po celém světě mají obecně horší výsledky zdravotní péče než zbytek obyvatelstva. Rozdíl mezi střední délkou života mezi původními a nepůvodními obyvateli se odhaduje v Kamerunu na 21,5 roku, v Keni na 13,1 roku, v Kanadě na 12,5 roku a v Austrálii na 10 let.<sup>21</sup>

Tyto rozdíly ve zdravotním stavu jsou velkým problémem a je nutné zjistit, nakolik výsledky ovlivňuje dostupnost, respektive nedostupnost zdravotních služeb.

U původních obyvatel je nižší pravděpodobnost využití služeb preventivní zdravotní péče a také nižší pravděpodobnost vyhledání péče, když se objeví první symptomy. Zvyšuje se tak riziko hospitalizace a mortality. Existuje řada studií, které zkoumaly důvody, proč původní obyvatelé nevyhledávají a nevyužívají zdravotní služby ve stejné míře jako zbytek obyvatelstva. Tyto studie našly několik klíčových faktorů, mezi které patří chybějící citlivost ke kulturním rozdílům u poskytovaných služeb, rasistické nebo diskriminační chování ze strany zdravotnického personálu, finanční nedostupnost zdravotní péče a nemožnost dostavit se na vyšetření a kontroly.<sup>21,22</sup>

Jak bylo uvedeno výše, jeden z hlavních důvodů, proč lidé vyhledání péče odkládají nebo úplně zavrhnou, je nedůvěra k „mainstreamovým“ zdravotním službám. Jeden z představitelů komunity původních obyvatel popsal situaci následovně:

*„...hodně lidí tam [místní „mainstreamová“ zdravotní služba] nechtělo chodit, protože na ně to místo působilo nepřátelsky, personál se k nim choval nepřívětivě a povýšeně, lidé měli pocit, že jsou tam diskriminováni, a celé to prostředí bylo velice sterilní... nebylo to prostředí, kde by se člověk mohl cítit uvolněně... nemluvili tak, jak mluvíme my... velice úsečně, nahlas a stroze, prostě tam nebyla žádná komunikace. Nepochopení, které je znát v tom, jak mluvíte, v tónu, kterým při konverzaci s původními obyvateli používáte... personál nejspíš neměl o kulturních otázkách vůbec žádnou představu... věci jako diskriminace, rasismus, nebo prostě jen nevědomost, necitlivost a neznalost zdravotních problémů původních obyvatel...“<sup>23</sup>*

Existuje řada strategií, které je možné k překonání těchto kulturních rozdílů využít. Jednou z nich je lépe přizpůsobit zdravotní služby kulturním rozdílům vymýcením rasismu a diskriminace. Zajistit, aby byla kultura zdravotních služeb bezpečná pro všechny, je úkolem pro poskytovatele zdravotní péče, nikoli pro pacienta: služby by měly být přizpůsobené a kulturně přijatelné pro každého pacienta.<sup>23</sup>

Přijatelnost zdravotních služeb se netýká jen kulturního povědomí. Patří sem i další faktory, jako je pohlaví, náboženství a další sociální otázky. Ženy například mohou vyhledávat zdravotní péči méně často, pokud ji poskytují převážně muži, a naopak. Studie autorů Levesque et al.<sup>15</sup> uvádí, že „schopnost vyhledat zdravotní péči souvisí s koncepty osobní autonomie a možnosti rozhodnout se pro vyhledání péče, s povědomím o možnostech nabízených zdravotní péčí a také s právy jednotlivců, která rozhodují o tom, jestli člověk vyjádří přání zdravotní péči vyhledat“.

Pokud se na zdraví díváme jako na lidské právo, musí zdravotnické systémy poskytovat své služby bez diskriminace. Podle WHO je cílem zásady nediskriminace „...zaručit výkon lidských práv bez diskriminace jakéhokoli druhu založené na rase, barvě pleti, pohlaví, jazyce, náboženství, politickém nebo jiném přesvědčení, národnostním nebo společenském původu, majetku, okolnostech narození nebo jiném stavu, jako je například hendikep, věk, manželský nebo rodinný stav, zdravotní stav, místo bydliště, ekonomická a sociální situace“.<sup>25</sup>

Skutečná zběhlost v otázkách kultury je víc než jen povědomí o kulturních odlišnostech nebo tolerantní jednání. Je to schopnost rozpoznat vlastní kulturní domněnky, hodnoty a přesvědčení a dokázat je zpochybnit a vědomé úsilí o komunikaci napříč kulturními hranicemi.“

–Australská nevládní organizace Secretariat of National Aboriginal and Islander Child Care zastupující zájmy původních obyvatel<sup>24</sup>

## KAZUISTIKA: Right to care – rozšíření dostupnosti zdravotní péče o doplňkové služby testování na HIV

**Příspěvatel:** Letsatsi Paul Potsane

**Země:** Jihoafrická republika

Right to Care je průkopnická organizace, která nabízí podporu a služby prevence, péče a léčby lidem s HIV, tuberkulózou a dalšími souvisejícími nemocemi.

Služba Right to Care funguje v oblasti Region A severně od Johannesburgu a pracují v ní dvě registrované sestry a šest poradců pro HIV. Tým, který úzce spolupracuje s místní komunitou, poskytuje kompletní služby testování na HIV,

tedy poradenství a vyšetření i poskytnutí a zahájení antiretrovirální terapie. Tým také zajišťuje screening tuberkulózy, sexuálně přenosných infekcí a chronických neinfekčních nemocí i těhotenské testy a doporučení na obřízku ze zdravotních důvodů. Dostupnost screeningových vyšetření na chronické neinfekční nemoci napomohla zvýšit míru využití služeb testování na HIV a pomáhá také zmírnit stigma a diskriminaci. Všechny komunitní terénní kampaně testování na HIV se zaměřují na hlavní těžko dosažitelné populace v oblastech s nedostatkem dostupných služeb, ke kterým se dostávají pomocí mobilních klinik.

Organizace spolupracuje s vládou a jednotlivými komunitami na hledání nových řešení pro vybudování a posílení veřejné zdravotní péče. Mezi oblasti, na které se specializuje, patří péče a léčba o pacienty s HIV a tuberkulózou, automatizovaná řešení pro farmaceutika, mužská obřízka ze zdravotních důvodů a diagnóza a léčba rakoviny děložního čípku.

Region A je směsicí městského a venkovského stylu života. Velká část zástavby není oficiálně schválena a žije tu více než 250 000 lidí. Závažný problém v této oblasti představuje chudoba a nezaměstnanost. V jedné z komunit, kde žije 56 000 lidí, je nezaměstnanost vyšší než 50 % a více než 70 % obyvatel žije pod hranicí chudoby. Mezi místními obyvateli je nízká úroveň vzdělanosti a jedná se o relativně mladou populaci, kde 24 % obyvatel je ve věku mezi 20 a 29 lety.

Všechny tyto okolnosti vedou k vysoké zátěži nemocemi, zejména HIV. Tradiční modely péče nedokážou potřeby této komunity naplnit vzhledem k omezené kapacitě i zdrojům. Poradenství a testování nabízené poskytovatelem (tzv. PICT) se tu proto využívá jen málo, chybí koordinace získaných dat a také personál a prostory pro poradenství a testování. Dalším problémem je to, že zdravotnická zařízení mají omezenou otevírací dobu a pro školáky jsou tak jejich služby nedostupné. Stejně tak mají ztížený přístup ke zdravotním službám ti, kdo pracují v sexuálním průmyslu.

Dopad těchto problémů je devastující. Je tu vysoký počet sirotků a dětí v krizových situacích způsobených AIDS a také zvýšený počet klientů, kteří vyžadují hospitalizaci kvůli onemocněním souvisejícím s HIV způsobeným pozdě zahájenou léčbou, vysokými náklady na péči a nedostatkem lékařů, sester i dalších zdravotnických pracovníků.





Služba Right to Care poskytuje ve spolupráci s vládou a dalšími nevládními organizacemi informace o tom, jakými způsoby je HIV přenosné a jakými ne, a dbá na kulturně vhodnou formu informování. Díky spolupráci s lidmi poskytujícími sexuální služby a jejich zaměstnavateli má služba Right to Care možnost poskytovat testování na HIV, sexuálně přenosné infekce a doporučení na preexpozici profylaxi (PrEP) a také screening rizik, kterým tito lidé čelí. Služba bere v úvahu různorodé potřeby mladých lidí: podporuje terénní kampaň pro zapojení mládeže, zaměřuje se na sexuální zdraví mladých mužů, podporuje větší povědomí o sexuálních a reprodukčních právech, poskytuje příležitosti k otevření genderových otázek, zlepšuje dostupnost základní edukace a včasné edukace týkající se sexu a HIV a v neposlední řadě zajišťuje přístup k poradenství a testování na HIV.

Sestry pracující ve službě Right to Care také navštěvují klienty přímo v domácnostech a informují je o nabízených službách testování na HIV, aby tak zmírnily důsledky nedostatku poradenských pracovníků v zařízeních. Tato služba oslovuje lidi, pro které je jinak testování na HIV těžko dostupné. Vedla ke zvýšené poptávce po testování na HIV, většímu rozšíření kondomů a lepší edukaci. Při této intervenci jsou terénní pracovníci schopní zapojit do testování na HIV více než jednoho člověka v domácnosti a nabídnou přímé služby realizačních týmů, čímž se zvyšuje efektivita a úspěšnost.

Díky jejich práci se počet lidí, kterým se dostává péče, více než zdvojnásobil. Obyvatelé komunity mají poprvé přístup ke komunitním službám, které jsou jim poskytovány včas a jsou pro ně finančně dostupné.



Některé země se rozhodly soustředit na rovnost a vytvořit inkluzivní systém hned od začátku; historická data ale také ukazují, že v řadě zemí, které usilují o rychlé dosažení všeobecně dostupné zdravotní péče, zůstaly chudé skupiny obyvatel a venkov opomenuty.“

–WHO<sup>27</sup>

## DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE: Nabídka a fyzická dostupnost služeb

Ve většině zemí světa je počet sebevražd výrazně vyšší u lidí žijících ve venkovských oblastech. Je skutečně znepokojivé, že mezi obyvateli venkova je pravděpodobnost sebevraždy dvakrát vyšší než mezi obyvateli měst.<sup>26</sup>

Je nepravděpodobné, že by pro vyšší počet sebevražd mezi obyvateli venkova existovalo jen jediné vysvětlení. Sebevražda je fenomén, který má mnoho rozměrů, a podle všeho za ním stojí směsice sociálních, kulturních a ekonomických, ale i individuálních faktorů, které závisí na konkrétním kontextu.<sup>28</sup> Faktorem, který ještě prohlubuje dopad těch ostatních, je pak rozdíl v dostupnosti a využití efektivní léčby a zdravotních služeb. Mezi venkovskými a městskými oblastmi často existuje výrazný rozdíl, co se týče dostupnosti, využití a výdajů na péči o duševní zdraví. Australská nevládní organizace National Rural Health Alliance<sup>28</sup> uvádí, že „včasná diagnóza, léčba a průběžný management potíží týkajících se duševního zdraví ve venkovských a odlehlých oblastech většinou přichází později nebo vůbec, což často vede k vyšší pravděpodobnosti hospitalizace a někdy to má i ty nejtragičtější následky v podobě sebepoškození a sebevraždy“.

Lidé žijící na venkově mají často obecně horší zdravotní stav než lidé ve městech, a to vzhledem ke značným rozdílům v sociálních determinantech zdraví.

Přestože tyto determinanty se nemusí nutně vyskytovat jen na venkově, odlehlost lokality je může zhoršit. Patří sem mimo jiné komunikační možnosti (například pokrytí mobilním signálem a internetem) a změny v životním prostředí (například sucha nebo naopak záplavy ohrožující živobytí).

Dostupnost péče ve smyslu nabídky zdravotnických služeb je pro zdraví a kvalitu života zásadní. Nabídka musí umožňovat přístup ke zdrojům zdravotní péče, ať už se jedná o infrastrukturu nebo lidské zdroje, a ke zdravotníkům s příslušným vzděláním, zkušenostmi a schopnostmi poskytnout potřebné služby. Právě tato dostupnost zdrojů je mezi městskými, regionálními a venkovskými oblastmi často nerovnoměrně rozvrstvená. Tento nepoměr je obzvláště výrazný v konkrétních specializacích, jako je například péče o duševní zdraví.<sup>18</sup> Vikram Patel, mezinárodně uznávaný odborník na duševní zdraví, uvádí: „V Kalifornii najdete víc psychiatrů než v celé Africe... Je tu obrovská propast v léčbě: ani v zemích s vysokým národním důchodem nemá 50 % těch, kdo potřebují služby péče o duševní zdraví, k této léčbě přístup. V zemích s nízkým národním důchodem je to 90 %. V některých zemích, především v Indii a Číně, jednoduše žádnou léčbu nenajdete.“<sup>29</sup>

Dostupnost služeb nebo možnost se k nim dostat závisí také na řadě dalších faktorů. Patří sem i mobilita a využití dostupných možností dopravy pro získání přístupu ke zdravotním službám. To má negativní dopad zejména na ty nejzranitelnější členy našich komunit, především lidi se speciálními potřebami a seniory a dále pak na ty, kteří mají kvůli své práci ztíženou možnost navštívit zdravotní služby během pracovní doby.

## KAZUISTIKA: Bega Teen Clinic: zlepšení dostupnosti zdravotní péče a zdravotní edukace pro mladé lidi ve venkovských městech

**Příspěvatel:** Jodie Meaker

**Země:** Austrálie

Bega Teen Clinic je model časné intervence zaměřený na dostupnost primární zdravotní péče pro mládež, který funguje v rámci stávající všeobecné praxe a nabízí mladým lidem ve venkovských městech možnost návštěv bez nutnosti objednání. Teen Clinic funguje ve městě Bega v australském spolkovém státě Nový Jižní Wales. Cílem použitého modelu péče je odstranit překážky, které mladým lidem brání v přístupu k preventivní zdravotní péči.



Dlouhodobé zdravotní a sociální

přínosy toho, když se podaří zabránit nechtěnému otěhotnění nebo poskytnutí psychologické intervence před tím, než dojde k pokusu o sebevraždu, jsou skutečně nedocenitelné.

Služba Teen Clinic vznikla, protože jí bylo potřeba. Bega je oblast se značnými sociálněekonomickými problémy a dostupnost veřejné dopravy je špatná. Před asi třemi lety došlo v tomto malém městě k sérii sebevražd mezi mladými lidmi, což mělo na komunitu hluboký a trvalý dopad. Propojení mezi místními školami, mladými lidmi a zdravotnickým systémem bylo špatné a bylo očividné, že tradiční způsoby, jak péči získat – například sjednat si návštěvu u rodinného lékaře – představovaly pro mladé lidi velkou překážku. Pro mnoho dospívajících může být přechod od návštěv lékaře v doprovodu rodičů po samostatnou návštěvu s novými zdravotními potížemi a obavami odstrašující.

V rámci služby Teen Clinic je dvě odpoledne v týdnu k dispozici sestra pro konzultace bez předchozího objednání. Mladým lidem se tu dostane například screeningu na pohlavně přenosné infekce nebo poradenství ohledně antikoncepce; mohou se svěřit s problémy ve vztazích, poradit se o otázkách duševního zdraví nebo získat obecnou zdravotní edukaci. Rolí sestry je být snadno přístupným vstupním bodem, zjistit potřeby teenagerů, poskytnout prvotní screening a/nebo edukaci a fungovat v případě potřeby jako spojení s praktickými lékaři a dalšími poskytovateli péče.

Model Teen Clinic využívá stávající infrastrukturu, klinické pracovníky a další personál, jedná se proto o finančně dostupný model, který efektivně využívá zdroje pro zajištění péče o mládež ve venkovských městech. Tento týmový model péče zahrnuje personál recepce, ošetrovatelský personál, psychology a praktické lékaře v rámci praxe, snaží se ale také budovat si vztahy s komunitou a dalšími službami, jako jsou učitelé a poradci, pracovníci v oblasti duševního zdraví, služby na podporu rodin a služby v oblasti nezaměstnanosti a podpory bydlení. Služba Teen Clinic vnáší do koordinace péče o tuto vysoce rizikovou skupinu komplexní přístup zaměřený na komunitu.

Tento inovativní model péče je možný jen díky tomu, že sestry pracují v rámci plného rozsahu všech činností, které mohou vykonávat. Sestry ve službě Teen Clinic mají široké pole působnosti, vytvářejí vysoce kvalitní napojení na komunitu a podporují mladé lidi v tom, aby se z nich stali informovaní uživatelé zdravotních služeb.

## KAZUISTIKA: Spolupráce se vzdělávacím sektorem na podporu duševního zdraví a prevenci sebevražd

**Příspěvatel:** José Carlos Santos, Ordem dos Enfermeiros

**Země:** Portugalsko

V Portugalsku byl vytvořen inovativní program na řešení problémů týkajících se duševního zdraví ve školách. Program se zaměřuje na navázání kontaktů se vzdělávacím sektorem a představuje víceúrovňový přístup k podpoře duševního zdraví a prevenci sebevražedného chování. Služba se prostřednictvím intervencí u učitelů a dalšího personálu, rodičů a studentů



snaží podporovat psychickou pohodu, sebeúctu a rozvoj strategií pro zvládnání psychické zátěže a bojuje proti stigmatům a příznakům deprese. Službu provozují zdravotníci z oblasti primární péče, kteří pořádají vzdělávací akce pro zaměstnance škol a rodiče a sociálně-terapeutická setkání se studenty.

Zátěž duševních onemocnění mezi dospívajícími se zvyšuje. Navzdory tomu ale kvůli nízké informovanosti o problematice duševního zdraví, špatné dostupnosti péče a stigmatu (zejména co se týče sebevražedného chování) vyhledá pomoc odborníka na duševní zdraví jen 20 % těch, kdo ji potřebují. Kromě toho je sebevražda mezi dospívajícími třetí nejčastější příčinou úmrtí a stále běžnější je v této věkové kategorii také sebepoškození.

Jako intervence na úrovni komunity zaměřená na očividně nedostatečně pokrytou oblast, tedy duševní zdraví, používá tento program inovativní přístup, který zahrnuje prvky aktivní dynamiky, sociální terapie a blízkosti prostřednictvím hry a který také zapojuje místní zdravotní služby. Úspěch programu stojí na aktivní účasti několika místních i celostátních partnerů a na aktivitách, které probíhají ve třídách, školách, v jednotlivých komunitách a v celém Portugalsku. Koordinační tým sestává výlučně ze sester (se specializací na duševní zdraví a na veřejné zdraví) a hybnou silou celého programu jsou také převážně sestry.

Bylo zaznamenáno výrazné zlepšení psychické pohody, zvládnání psychické zátěže a sebeúcty i omezení výskytu symptomů deprese vedoucích k sebevražednému chování. Od zahájení programu si tento přístup k duševnímu zdraví a sebevražednému chování ve školách získává stále širší podporu. Současně se díky programu zjistilo, že je ve školách potřeba věnovat více času otázkám zdraví a občanské nauce.



Zdravotnické systémy po celém světě mají problém dosáhnout dostupnosti zdravotních služeb pro všechny obyvatele. Týká se to zejména lidí v obtížných situacích, znevýhodněných skupin a lidí žijících na venkově. Je velice obtížné zajistit, aby na správném místě a ve správný čas byl ten správný personál s potřebnými dovednostmi, který dokáže poskytnout efektivní a spolehlivé zdravotní služby a zlepšit tak výsledky zdravotní péče.

Odhaduje se, že polovina světové populace žije na venkově, kde ale pracuje méně než 38 % z celkového počtu ošetrovatelských pracovníků. V některých zemích je situace ještě horší.

Rozvrstvení zdravotnických pracovníků je často závažnou překážkou zajištění rovnosti v dostupnosti základních zdravotních služeb a dosažení cílů zdravotnických systémů.

Obr. 5: Podíl lékařů a sester ve městech a na venkově: celosvětový přehled<sup>30</sup>





Chudoba není jen nedostatek peněz: je to nemožnost rozvinout svůj lidský potenciál naplno.“

–Amartya Sen<sup>33</sup>

## DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE: Otázka financí

Když Mary diagnostikovali rakovinu prsu, bylo jí šedesát let a žila na venkově. Specialista jí doporučil podstoupit radioterapii. V praxi by to znamenalo každodenní léčbu po dobu pěti týdnů. Vzhledem k tomu, kde žili, by to pro Mary znamenalo opustit rodinné zázemí a jet více než pět hodin do města, kde měli na léčbu rakoviny potřebné vybavení. Pro Mary to bylo obtížné rozhodování jednak kvůli době, kterou by strávila bez rodiny, a jednak kvůli nákladům na péči. Kromě nákladů na dopravu, ubytování a souvisejících výdajů by musela zaplatit také léčbu, která by jí stála 4 000 dolarů. „To si nemůžeme dovolit,“ řekla Mary. „Kde bych vzala takové peníze, když musíme zároveň platit i naše běžné výdaje?“

V zemích OECD platí v průměru 19 % výdajů na zdravotní péči přímo pacienti. Co se týče celkového rozpočtu domácností, představují zdravotní výdaje v průměru asi 2,8 %: patří sem náklady na zboží i služby. Mezi dva hlavní zdroje přímých výdajů patří léčebné intervence a farmaceutika.<sup>31</sup> Vyhledání péče ale také znamená náklady na cestu, zameškaný čas v práci a nutnost zajistit si hlídání pro děti – a pokud je péči nutné vyhledat mimo pracovní dobu, tyto náklady ještě rostou.

Jedná se o nezanedbatelnou položku, která má největší dopad právě na ty, kdo si to mohou nejméně dovolit. Studie WHO zaměřená na 37 zemí s nízkým a středně vysokým národním důchodem odhaduje, že 6 až 17 % lidí v těchto zemích se v důsledku výdajů na zdravotní péči ocitne v extrémní chudobě.<sup>32</sup>

Stoupající náklady na hospitalizaci spojené se stále vyšším podílem přímých poplatků jsou pro osobní rozpočty velkou hrozbou. Důkazy z celého světa hovoří o tom, že pokud mají domácnosti problémy platit účty za zdravotní péči, pak ji odsouvají nebo ji vůbec nevyužijí. Z určitého pohledu se to může zdát jako finančně efektivní řešení, které omezí návštěvy zdravotnických zařízení, pokud nejsou nutné, ve skutečnosti to ale pacienty, zdravotnictví i celou ekonomiku bude v důsledku stát mnohem víc, až se zpočátku jednoduché zdravotní potíže začnou zhoršovat.<sup>34</sup> Pokud nejsou zdravotní problémy rozpoznány nebo léčeny včas, často se zhoršují a vyžadují pak delší hospitalizaci nebo opakovanou léčbu. Těmto nákladům přitom bylo možné zabránit časnější intervencí v rámci primární péče.

Náklady se ale zdaleka neomezují jen na zdravotnictví. Čím jsou lidé nemocnější, tím méně je pravděpodobné, že budou pracovat, platit daně a aktivně se zapojovat do života komunity. To má negativní dopad na daňové příjmy státu a v konečném důsledku i na státní rozpočet.

Modelem, který je běžně používán po celém světě, je schopnost platit za zdravotní péči. Tento model funguje tak, že pokud mají lidé za služby zdravotní péče platit, musí si to být schopni dovolit, aniž by to mělo zhoubný dopad na jejich schopnost zaplatit další nezbytnosti (např. jídlo, bydlení, doprava). Chudoba, sociální izolace i zadlužení omezují možnost lidí za služby platit: jejich chudoba se tak ještě prohlubuje a snižuje se pravděpodobnost, že se jim podaří začarovaný kruh chudoby prolomit.<sup>16</sup>

## KAZUISTIKA: Budoucí generace „maloobchodní“ zdravotní péče v USA

**Příspěvatel:** Tracey J. Kniess, DNP, CRNP, FNP-BC

**Země:** USA

Walmart Care Clinic jsou kliniky nabízející kompletní rozsah služeb, a tedy úplnou a finančně i geograficky dostupnou primární péči přímo tam, kde ji lidé potřebují: v nákupních centrech. Kliniky jsou vybavené řadou vyšetřovacích místností a zajišťují kompletní služby testování buď přímo na místě, nebo odesláním do externí laboratoře.



Kliniky Walmart Care Clinic provozované ve venkovských oblastech s nedostatkem zdravotnických pracovníků poskytují místním komunitám primární péči. Šedesát tři procent těchto klinik se nachází v oblasti Apalačského pohoří nebo jiné oblasti, která se jako tato potýká s nedostatkem zdravotníků.<sup>35</sup> Řada pacientů buď nemá zdravotní pojištění vůbec, nebo je pojištěná nedostatečně, a náklady na péči na klinikách jsou pro většinu z nich finančně dostupné. Tyto kliniky vedené ordinujícími sestrami (*nurse practitioner*) také zajišťují vysoce kvalitní primární péči pro lidi zatlačené na okraj společnosti.

Je důležité, aby se spolu s lepší dostupností primární péče zlepšila i její efektivita a kvalita. Ordinující sestry, které pracují na klinikách Walmart Care Clinic, provozují praxi založenou na důkazech ve spolupráci s lékaři, farmaceuty a dalšími poskytovateli zdravotní péče. Systematické přezkoumání výsledků péče ordinujících sester ukazuje výsledky podobné těm, kterých dosahuje péče poskytovaná lékaři. Péče poskytovaná ve spolupráci mezi ordinujícími sestrami a lékaři pak vykazuje ještě lepší výsledky.<sup>36</sup> Kliniky vedené ordinujícími sestrami jsou nepostradatelné pro poskytování péče těm, kdo by k ní jinak možná vůbec neměli přístup.

Kliniky a střediska neodkladné péče mohou být nákladově i časově efektivní alternativou k nemocničnímu pohotovostem pro případy jiné než neodkladné péče. Odhaduje se, že 13,7–27,1 % všech návštěv nemocniční pohotovosti by mohlo proběhnout na klinikách nebo střediscích neodkladné péče v nákupních centrech a potenciálně tak ušetřit zdravotnickému systému 4 miliardy dolarů ročně.<sup>37</sup>

Vzhledem k nízkým nákladům na jednu návštěvu této kliniky (79 dolarů) v porovnání s návštěvou lékaře (160 až 230 dolarů) by celková úspora za všechny pacienty s cukrovkou pokryté komerčním pojištěním nebo státním pojištěním Medicare a Medicaid mohla podle konzervativních odhadů dosáhnout více než 100 milionů dolarů (7 dolarů na člověka ročně) a potenciálně až 2,7 miliardy dolarů (164 dolarů na člověka ročně), pokud by se polovina návštěv lékaře souvisejících s cukrovkou přesunula na kliniky v nákupních centrech.<sup>38</sup>

## STUDIE PROVEDENÁ V ROCE 2016:<sup>41</sup>



**33 %** respondentů v USA  
**UVEDLO, ŽE MAJÍ PROBLÉMY  
S NÁKLADY** na zdravotní péči.



**15 %** respondentů v Kanadě mělo  
v předchozím roce  
**PŘÍMÉ POPLATKY PŘEVYŠUJÍCÍ 1 000 DOLARŮ.**



**23 %** respondentů ve Francii  
**MĚLO ZÁVAŽNÉ PROBLÉMY S PLACENÍM**  
nebo vůbec nebyly schopní zaplatit účty  
za zdravotní péči.

### KAŽDOROČNĚ:



**100 MILIONŮ LIDÍ PO CELÉM SVĚTĚ**  
se dostane pod hranici chudoby  
v důsledku výdajů na zdravotní péči.<sup>7</sup>



V některých zemích utratí **2 %** obyvatel  
**VÍCE NEŽ 40 %**  
**VŠECH VÝDAJŮ DOMÁCNOSTI KROMĚ**  
**VÝDAJŮ NA JÍDLA** za zdravotní péči.<sup>39</sup>



**150 MILIONŮ LIDÍ SE DOSTANE DO**  
**FINANČNÍ KRIZE** kvůli  
přímým poplatkům.<sup>7</sup>



Běžně přijde **20–40 %** zdravotních  
**VÝDAJŮ NAZMAR.**<sup>40</sup>





# DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE:

## Bezpečnost a kvalita

Bella Bailey zemřela v listopadu 2007 v nemocnici Stafford Hospital v Británii poté, co byla hospitalizována před operací kýly. Její smrt byla důsledkem celé řady chyb, které vygradovaly konečným pochybením nepodání životně důležitých léků. Podle dcery i dalších svědků strávila posledních pár týdnů svého života v nemocnici vyděšená a v bolestech. Její dcera pak vedla kampaň za to, aby se okolnosti matčiny smrti vyšetřily. Na začátku roku 2008 už organizace dohlížející na kvalitu zdravotní péče obdržela řadu stížností na bezpečnost pacientů a bylo zahájeno šetření vedené eminentním právníkem Robertem Francisem, QC.<sup>42</sup> Veřejné šetření se zabývalo tím, jak je možné, že ti, kdo odpovídají za dohled nad národní zdravotní službou – regulační orgány, místní zdravotní odbor a vedení nemocnice – nedokázali zabránit tragickým událostem ve Stanford Hospital, kde zbytečně zemřely stovky lidí kvůli špatné péči. Sir Ian Keened, předseda vládního Výboru pro zdravotní péči, události popsal jako „nejhorší skandál nemocniční péče za poslední dobu“.<sup>43</sup>

Šetření zjistilo, že došlo k zanedbání základních prvků péče. Léky se podávaly se zpožděním nebo vůbec, pacienti byli i měsíc ponecháni bez hygieny a lidé se báli pobytu v nemocnici. Zpráva dospěla k závěru, že primární příčinou této nedostatečné péče byl „chronický nedostatek personálu, zejména toho ošetrovatelského“.<sup>43</sup> Další závažné problémy se týkaly vysoké pracovní zátěže, špatné kultury na pracovišti, špatného vedení a nedostatečných zdrojů.

Obyvatelům Staffordu se tak od jejich nemocnice nedostalo očekávané péče. Takový výsledek péče je skutečně děsivý a je příkladem toho, kam až může špatná kvalita péče vést. Tento ukázkový příklad ale bohužel není ojedinělý. Bezpečnost pacientů je fundamentálním principem zdravotní péče, jak ale ukazuje řada studií z celého světa, mnoha pacientům je při poskytování zdravotní péče ublíženo s následkem trvalého poranění, prodloužení hospitalizace nebo dokonce smrti. V USA se odhaduje, že třetí nejčastější příčinou smrti je pochybení zdravotníků. V Británii je nový případ způsobení újmy pacientovi hlášen každých 35 sekund.<sup>44</sup>

Je očividné, že služby, které nejsou bezpečné a jsou nekvalitní, vedou ke zhoršeným výsledkům zdravotní péče, a dokonce k újmě. Kolektiv autorů Levesque et al.<sup>15</sup> má za to, že kvalita péče musí být považována za součást dostupnosti péče. Pokud mají jednotlivci a celé komunity přístup pouze k nekvalitním službám, jedná se o omezení dostupnosti zdravotní péče. Dostupnost není jen o nabídce služeb a o finanční stránce věci, ale také o tom, zda jsou služby přijatelné a účinné.

Otázka vhodnosti péče je nejvíce očividná v případě duševního zdraví. Ve výsledcích zdravotní péče, sociální izolaci a dodržování práv jednotlivců existují výrazné rozdíly podle vhodnosti léčby, které se jim dostane. Podle zvláštního zpravodaje OSN pro Radu pro lidská práva vedou<sup>2</sup> „léčebné postupy zahrnující donucování, medikalizaci a vyloučení, které jsou pozůstatky tradičních vztahů v psychiatrické péči“, k porušování lidských práv.

Moderní pojetí zotavení, služeb založených na důkazech a integrovaných službách určených konkrétní populaci naopak navrácí důstojnost a posiluje pozici jednotlivců pro to, aby se mohli vrátit jako rovnocenní členové ke svým rodinám a komunitám. Využití služeb, jejichž kvalita se nevyhnutelně různí, nelze vnímat jako rovnocennou adekvátní péči.<sup>15</sup>

Americký Institute of Medicine (IOM) vydal v roce 2001 v rámci strategie pro zlepšení kvality péče knihu nazvanou „Crossing the Quality Chasm“.<sup>45</sup> Problémy, které se v ní popisují, neztratily nic ze své aktuálnosti. „Zdravotnictví se v dnešní době vyznačuje tím, že je v něm víc k vědění, víc k řízení, víc ke sledování, víc práce a víc lidí, kteří jsou do této práce zapojeni, než kdykoli předtím.“<sup>45</sup> Vzhledem k této složité povaze zdravotní péče si jednotlivé sestry (a další kliničtí pracovníci) nemohou pamatovat a uplatňovat veškeré znalosti, které jsou k poskytování bezpečné a vysoce kvalitní rodinné nebo komunitní péče potřeba.

Od vydání zprávy IOM uplynulo 16 let. V dnešní době už existují silné důkazy na podporu strategií, s jejichž pomocí nejspíš dosáhneme cílů, které kniha popisuje. Tyto důkazy pochází z globálních výzkumů a jsou přesvědčivým důvodem k akci. Důkazy o zlepšení kvality pomocí ošetrovatelské péče se týkají kombinace dovedností, kultury, vzdělání, personálního zajištění, vedení, interdisciplinární péče, výzkumu a informačních technologií.

Náklady spojené s chybnou medikací se odhadují na 42 miliard dolarů ročně, tedy na téměř 1 % celkových globálních výdajů na zdravotnictví.<sup>46</sup>

V každém jednotlivém okamžiku se v sedmi nemocnicích ze sta v rozvinutých zemích a deseti ze sta v rozvojových zemích rozvinou nozokomiální nákazy.<sup>44</sup>

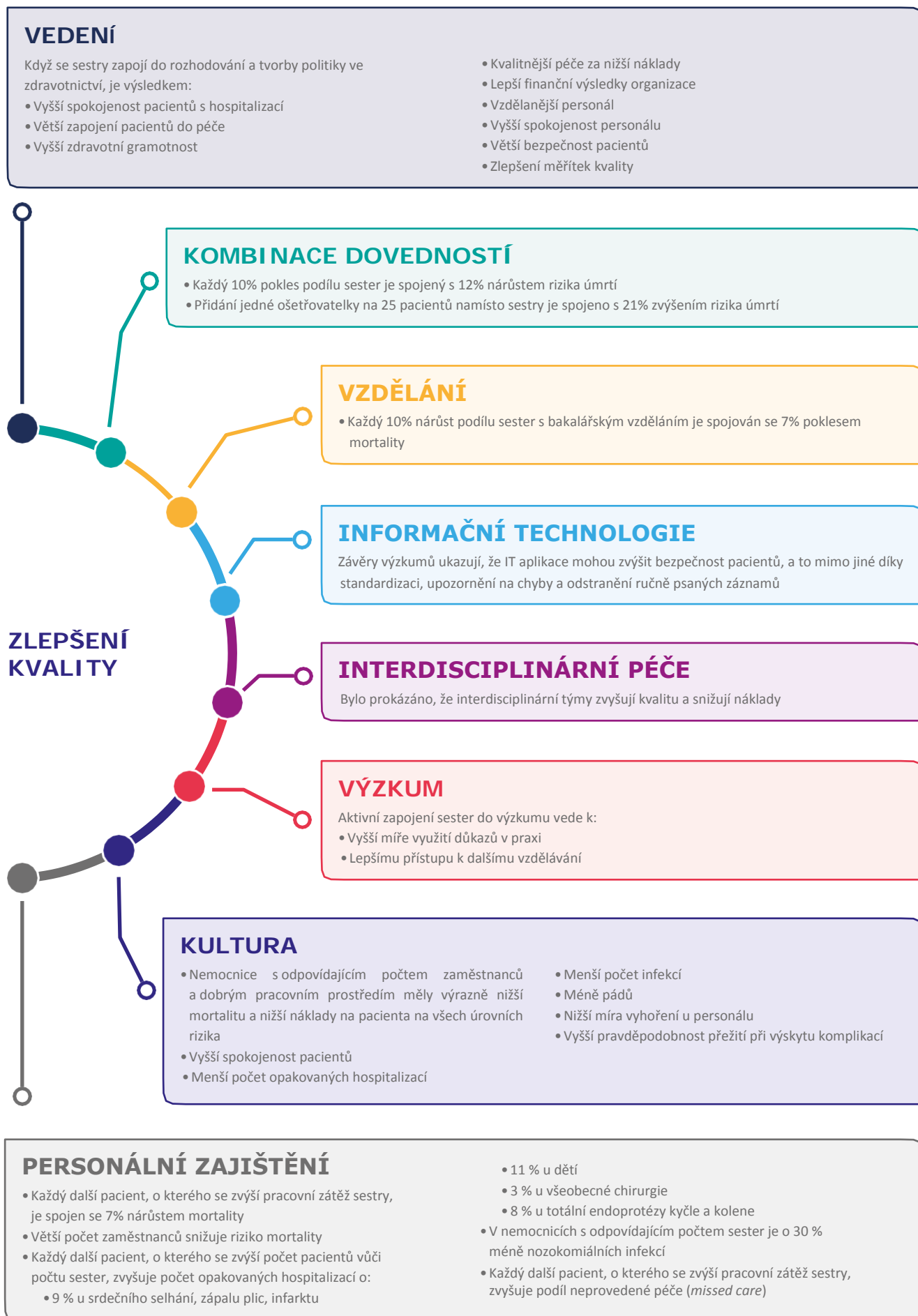
Padesát procent komplikací po chirurgických zákrocích spojených s chirurgickou péčí je preventabilní.<sup>44</sup>

Běžně se uvádí, že jeden z deseti hospitalizovaných pacientů utrpí újmu, přičemž alespoň 50 % případů by se dalo zabránit.<sup>44</sup>

Ve studii frekvence výskytu a preventability nežádoucích událostí ve 26 zemích s nízkým a středně vysokým národním důchodem byla míra nežádoucích událostí okolo 8 %, přičemž 83 % z nich bylo možné zabránit a 30 % vedlo k úmrtí.<sup>44</sup>

Odhaduje se, že každoročně dojde k 421 milionům hospitalizací, během nichž dojde u pacientů asi ke 42,7 milionu nežádoucích událostí.<sup>44</sup>

Obr. 6: Zlepšení kvality s pomocí ošetrovatelské profese<sup>47-65</sup>



## KAZUISTIKA: Nastavení standardu pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče

**Příspěvatel:** Beth Matarasso, Sean Birgan, Veronica Casey

**Země:** Austrálie

Nemocnice Princess Alexandra Hospital (PAH) v australském spolkovém státu Queensland třikrát obdržela vyznamenání Magnet a má pověst zařízení, které udává standard pro kvalitní ošetrovatelskou péči. Magnet je ocenění udělované americkým akreditačním centrem American Nurses' Credentialing Centre (ANCC) nemocnicím, které splňují sérii kritérií pro měření stability a kvality ošetrovatelské péče.



V roce 2001 zařízení čelilo mnoha problémům včetně 28% míry fluktuace sester, 12 % neobsazených pozic, zrušení 12 % lůžek a nebyvalé míry využití agenturních sester, což všechno ztěžovalo poskytování péče. Tyto faktory se odrazily v pracovní kultuře plné obviňování mezi ošetrovatelskými pracovníky, snížení spokojenosti v práci, horším prostředí pro pacienty a zhoršení výsledků péče. To vše podryvalo ošetrovatelský étos poskytování soucitné a bezpečné péče založené na podpoře, kvalitě a celostním přístupu.

Ve snaze vyřešit tyto složité a přetrvávající problémy začala nemocnice hledat řešení mimo své zdi a našla program Magnet pro vynikající ošetrovatelskou péči organizace ANCC. Program Magnet nabízí rámec pro transformaci kultury na pracovišti a inovativní ošetrovatelskou praxi založenou na výzkumu. Tato iniciativa pro zlepšení kvality posloužila organizaci jako podnět pro realizaci kroků vedených sestrami, které vedly k pozitivním změnám, například k větší bezpečnosti a spokojenosti pacientů.

Dnes je vedoucí postavení ošetrovatelského personálu v nemocnici PAH ukotveno v ošetrovatelských hodnotách – integritě, odpovědnosti a profesionalitě. Sestry pracují společně se svými kolegy z ostatních profesí a přispívají k závazku nemocnice poskytovat pacientům bezpečnou a efektivní péči a dosahovat odpovídajících výsledků.

Respekt ostatních profesí ke znalostem a praktickým dovednostem sester se projevuje v řadě interdisciplinárních iniciativ vedených sestrami, které už vedly k mnoha změnám napříč celou praxí. Tyto výsledky zase zpětně posilují hrdost sester na své povolání i jejich odborné znalosti a umožňují sestram být silnými vedoucími pracovníky na všech úrovních ošetrovatelství a ve všech kontextech.

Základním prvkem integrity a profesionality sester v PAH je snaha o neustálé zlepšování, která se projevuje podáváním spolehlivých a důkladných zpráv a analýzou dat: obojí je známkou silné nemocniční kultury s důrazem na růst, změnu a péči o pacienty.

PAH je preferovaným zaměstnavatelem, což se projevuje jak v tom, kolik absolventů by se zde rádo uplatnilo (v tomto měřítku má jednu z nejlepších výsledků v celém státě), a také v lepší retenci sester s aktuální mírou fluktuace okolo 10 %. Ošetrovatelský tým v PAH se snaží dozvědět co nejvíc o tom, jaké dojmy si z jejich péče a interakce se sestrami odnáší pacienti, a zaznamenal 9% zlepšení dojmů a spokojenosti u hospitalizovaných i ambulantních pacientů.

Zbývají ještě dva aspekty vhodnosti péče, a to „včasnost“ a „zapojení“, které jsou natolik důležité, že si zaslouží podrobnější představení.

# DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE:

## Dochvilnost a včasnost

Syn, který pečoval o svého otce, vzpomíná na jeho cestu zdravotnickým systémem: „V roce 2009 mém otci diagnostikovali rakovinu slinivky. Od chvíle, kdy obdržel diagnózu, do jeho posledního dne uplynulo devět týdnů. Prvních sedm týdnů, kdy jsme docházeli na ambulanci, než přišla na řadu hospitalizace a paliativní péče, se neslo v duchu dlouhého čekání. Občas jsme na klinice čekali na návštěvu specialisty pět hodin. Samotná návštěva potom trvala pět až deset minut. Na konci dne už otec vysloveně trpěl, byl unavený a neschopný situaci dál emocionálně zvládat. A další den jsme zase čekali. Tentokrát na patologii a chemoterapii. Dalších osm hodin. Vzhledem k tomu, jak málo času otci před smrtí zbývalo, je tragické, že tolik z něj musel strávit v nemocniční čekárně.“

Podobnou zkušenost má bohužel mnoho pacientů: někteří z nich musí strávit dlouhé hodiny na cestě, aby se na kliniku dostali, řada se jich kvůli návštěvě kliniky musí vzdát celodenního výdělků a další si musí na dobu čekání zajistit hlídání dětí. Navzdory návštěvám na objednání pacienti někdy stráví na klinikách čekáním poskytnutí služeb značnou dobu. To, do jaké míry jsou spotřebitelé zdravotní péče s poskytnutou péčí spokojeni, do značné míry koreluje s tím, kolik času musí strávit v čekárně. Pozitivní dojmy se přitom obecně pojí s lepším dodržováním doporučené péče, lepší klinickou péčí, nižší mírou využívání zdravotní péče a lepšími výsledky zdravotní péče.<sup>66</sup> Dlouhé čekání může způsobovat frustraci, může být pro pacienta nepohodlné nebo jím může vysloveně trpět, a může vést k nespokojenosti se zdravotnictvím jako takovým.

Doporučení institutu IOM zní, že 90 % pacientů by mělo být přijato do 30 minut od času, na který se objednali.<sup>66</sup> V zemích po celém světě ale není nic neobvyklého, když pacient na přijetí zdravotníkem čeká dvě až čtyři hodiny.<sup>67</sup> Dlouhá čekací doba je překážkou pro využití služeb a pro pacienty i jejich blízké je zdrojem značných starostí a potíží.

Včasnost péče je zásadní také proto, že může odvrátit potenciální újmu způsobenou opožděným poskytnutím péče. V řadě případů platí, že čím dříve je léčba poskytnuta, tím lepší je výsledek. Zpoždění léčby zvyšuje pravděpodobnost úmrtí pacienta před operací a neplánovaného přijetí na pohotovosti a vede k horším výsledkům, co se týče fyzického i sociálního fungování. Dlouhá čekací doba také potenciálně může zhoršit symptomy a stav pacienta a vést k horším klinickým výsledkům.<sup>68</sup>

Dlouhé čekání je důsledkem složitých vztahů mezi nabídkou a poptávkou. Poptávka je ovlivněna faktory, jako je zdraví obyvatel, priority pacientů, náklady a nové typy léčby. Nabídku zase ovlivňuje celá řada záležitostí týkajících se personálu a infrastruktury, uplatňovaných strategií a procesů. Čekací doba není ale výlučně otázkou nabídky. Existuje řada zemí, které na zdravotnictví vynakládají značné prostředky a mají dostatek personálu i vyhovující infrastrukturu, a přesto se jim nedaří zbavit dlouhých čekacích dob kvůli neefektivnímu fungování.

V článku 25 Deklarace lidských práv OSN stojí: „Každý má právo na ... lékařskou péči ... má právo na zabezpečení ... v nemoci [a] při nezpůsobilosti k práci“. Podrobnější formulace tohoto práva v dalších listinách uvádí doporučení, aby členské státy zajistily „rovný přístup ke zdravotní péči odpovídající kvality“. Rovný přístup znamená zajistit, že zdravotní péče nebude nikomu odepřena. Dále je také otázkou škálování a načasování. „Odpovídající kvalita“ implicitně zahrnuje i to, že služby budou poskytovány v tu správnou dobu. Načasování je jedním z aspektů vhodnosti péče a je úzce korelované s efektivitou intervencí.<sup>69</sup>

Registrované sestry jsou v přední linii péče a jejich odborné znalosti a průběžné vedení jsou pro umožnění transformace zdravotnických systémů zásadní. Registrované sestry provádí triáž u neodkladné péče, koordinují péči a navigují pacienty systémem, snižují délku hospitalizace a umožňují rychlejší propuštění pacientů. Registrované sestry napříč celým kontinem péče zásadním způsobem přispívají k prevenci hospitalizací, zkrácení čekacích dob a eliminaci neefektivit v provozu, čímž vytváří dostupné zdravotní služby.

## KAZUISTIKA: **Klinika Twin Bridges** vedená ordinujícími sestrami

**Příspěvatel:** Valerie Winberg

**Země:** Kanada

Klinika Twin Bridges vedená ordinujícími sestrami v kanadském Ontariu je interdisciplinární klinika primární péče, která poskytuje péči zaměřenou na člověka pro 3 200 pacientů. Kliniky vedené ordinujícími sestrami představují inovativní model poskytování komplexní zdravotní péče, jehož cílem je zvýšit dostupnost zdravotní péče pro tisíce lidí a rodin, kterým v současnosti poskytovatel primární péče chybí.



Ontario se s nedostatkem poskytovatelů primární péče potýká už více než 10 let a v řadě regionů je tento nedostatek opravdu citelný. Došlo tak k tomu, že v některých komunitách je řada pacientů, kteří žádného poskytovatele primární péče nemají a jejich jediný přístup k péči představuje místní pohotovost. Tato situace vedla k přeplnění pohotovostí a dlouhým čekacím dobám. Nedostupnost preventivní péče a pravidelných kontrol a dohledu nad chronickými onemocněními navíc vede k dalšímu nárůstu využití nemocnic.

Kliniky vedené sestrami poskytují služby lidem v každém věku. Mezi nabízené služby patří pravidelné zdravotní prohlídky, epizodická péče v případě onemocnění, očkování, prevence zranění, odborné posouzení ran a management chronických onemocnění. Kliniky nabízí také individuální i skupinové programy zaměřené na fyzické a duševní zdraví jako je například „mindfulness“, meditace, zvládání úzkosti, fyzická zdatnost prostřednictvím cvičení a jógy, odvykání kouření, zdravé stravování a příprava jídla. Klinika také spolupracuje s komunitou původních obyvatel Aamjiwnaang, kterým poskytuje služby primární péče.

Díky těmto službám se klinika Twin Bridges stala pro pacienty novým vstupním bodem do zdravotního systému a v průzkumech spokojenosti pacientů získává velmi vysoké hodnocení. Projekt výrazně snížil počet pacientů bez poskytovatele primární péče v provincii Ontario a zajistil přístup ke komplexním službám na jednom místě. Umožnil také nabízet služby, které jsou finančně velice dostupné, a posílil postavení pacientů, kteří mají pocit, že je jim nasloucháno, a mohou otevřeně komunikovat s personálem. Twin Bridges praktikuje model sdílené péče mezi ordinujícími sestrami, což umožňuje objednávat pacienty ještě na ten samý den a dává jistotu, že všichni pacienti budou mít poskytovatele primární péče. Větší zkušenosti se sdílenou péčí navíc pomáhají při péči ve složitějších případech.

Model péče v Twin Bridges je v daném kontextu výjimečně inovativní. Skutečně jedinečným aspektem modelu je potom vedoucí postavení sester v rámci interdisciplinárního týmu. Díky tomu, že ordinující sestry pracují na zlepšování zdraví a kvality života ve spolupráci s jednotlivci a komunitami, jsou pacienti středobodem této služby a jsou plně zapojeni do služeb, které jim tým zdravotníků poskytuje. Úspěch této kliniky vedl ministerstvo zdravotnictví a dlouhodobé péče k tomu, že se rozhodlo sponzorovat dalších 25 klinik po celé provincii Ontario.

## KAZUISTIKA: Outcome Health: služby neodkladné péče v oblasti duševního zdraví

**Příspěvatel:** Kate Cogan  
**Země:** Austrálie

Outcome Health v australském státě Victoria je tým zkušených sester se specializací péči o duševní zdraví, které spolupracují s personálem telefonního centra pohotovostní služby a poskytují specializovanou podporu v oblasti duševního zdraví.



Služba Ambulance Victoria zajišťuje službu lékařské pohotovosti v kritických případech a u život ohrožujících nemocí a dopravuje pacienty na oddělení pohotovosti po celém státě, kde žije přibližně 5,8 milionu lidí.

Přibližně 25 % telefonátů o pomoc se týká duševního zdraví. Pracovníci telefonního centra jsou v oblasti duševního zdraví do určité míry proškoleni, chybí jim ale komplexní dovednosti, které by jim umožnily s jistotou stanovit, který hovor je opravdu neodkladný. Outcome Health doplňuje tento nedostatek specializovanou podporou v rámci pohotovosti, aby byla jistota, že odpovídající pomoc bude poslána tam, kde je jí nejvíc zapotřebí.

Sestry rozhodují o naléhavosti hovorů, které se týkají duševního zdraví, a stanovují vyšší nebo nižší prioritu vyslání vozidla záchranné služby tak, aby byly vždy poskytnuty ty nevhodnější služby. Hovoří s volajícími na lince, dokud vozidlo záchranné služby nedorazí, a zajišťují deeskalaci situace a krizové řízení. Společné hledání alternativních možností s volajícími udrží volající se závažnými problémy v oblasti duševního zdraví v bezpečí, dokud pohotovost nedorazí. Snižuje se tím také počet sanit vyslaných k případům, které ve skutečnosti neodkladnou péči nevyžadují.

Při telefonickém posouzení situace je zcela zásadní posouzení rizika. Tento složitý úkol provede sestra rychle a o rozhodnutí potom jedná s volajícími. Zapojení volajícího umožní sestram zvažít rizika, která mohou hrozit posádce sanity, a uklidnit volající, kteří vyhrožují použitím zbraní. Tyto informace se živě sdělují dalším službám, aby byla zajištěna jejich bezpečnost při příjezdu na místo. Při hovoru se sestrami se volající a jejich rodiny dozví, jak a kde mohou hledat odpovídající pomoc v oblasti duševního zdraví. Přestože na naléhavosti případů to nic nemění, umožňuje to rodinám a partnerům pacientů, aby jim poskytli podporu. Sestry zároveň zajišťují podporu pro klinické pracovníky ambulance a pracovníky telefonního centra.

Úspěch programu vedl k rozšíření služby o možnost sjednat si v naléhavé situaci návštěvu u některého ze stávajících poskytovatelů péče v rámci komunity pro vytvoření plánu péče a průběžnou podporu. Tato důležitá služba zajišťuje, že při krizových a život ohrožujících situacích bude poskytnuta potřebná úroveň neodkladné péče tam, kde je jí nejvíc zapotřebí, což šetří čas i peníze. Jedná se o vůbec první službu svého druhu na světě.

## PODLE STUDIE Z ROKU 2016:<sup>41</sup>



**56 %** respondentů ve Francii **SE PODAŘILO DOSTAT K LÉKAŘI NEBO SESTRĚ** ještě ten samý nebo následující den, když naposledy potřebovali zdravotní péči.



**50 %** respondentů v Kanadě, kteří navštívili pohotovost, **ČEKALO NA OŠETŘENÍ VÍCE NEŽ DVĚ HODINY.**



**64 %** německých respondentů, kteří potřebují zdravotní péči, odpovědělo, že **JE PÉČE PO PRACOVNÍ DOBĚ OBTÍŽNĚ DOSTUPNÁ.**

## PODLE STUDIE VÝKONNOSTI ZDRAVOTNICTVÍ:<sup>71</sup>



**50 %** respondentů ve Švédsku uvedlo, že jim jejich specialista vysvětlil **MOŽNOST LÉČBY A ZAPOJIL JE DO ROZHODOVÁNÍ O PÉČI.**



**5 %** respondentů ve Francii **MĚLO SEPSANÝ PLÁN S POPISEM PÉČE, KTEROU CHTĚJÍ NA KONCI ŽIVOTA** (dospělí nad 65 let).

# DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE:

## Péče zaměřená na člověka



Je to klient, a ne sestra, kdo je autoritou a kdo dělá rozhodnutí. Rolí sestry je pomoci jednotlivcům a rodinám ve výběru povinností, které povedou ke změně zdravotního procesu.“ – Rose Marie Risso Parse (teoretička ošetřovatelství)<sup>69</sup>

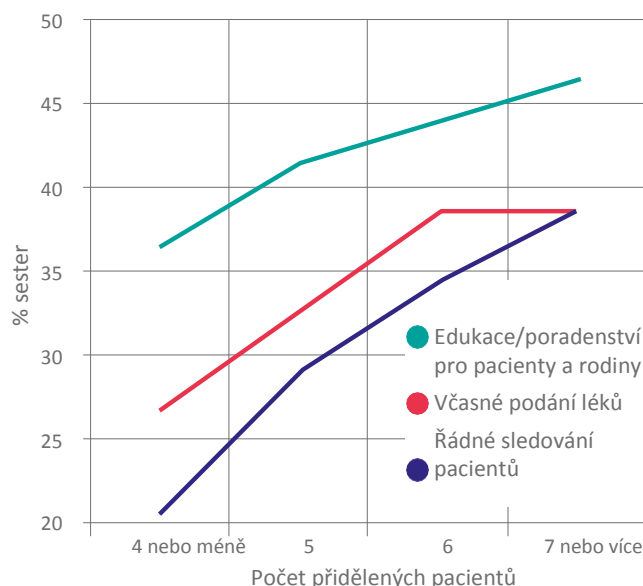
V roce 2015 proběhlo systematické přezkoumání<sup>70</sup> neprovedené ošetřovatelské péče. Ve 42 studiích, které byly v této oblasti provedeny, uvedlo během zkoumaného období 55 až 98 % sester, že neposkytly jednu nebo více součástí péče. Neprovedené činnosti nejčastěji souvisely s emocionálními a psychologickými potřebami, nikoli s potřebami fyziologickými. Příčiny opomenutí úkolů pak nejčastěji spočívaly ve vysoké pracovní zátěži a nedostatku ošetřovatelského personálu.

Když se zamyslíme nad výsledky těchto studií, je těžké uvěřit, že by podobné zdravotní služby mohly poskytovat péči zaměřenou na člověka, kde se pacienti mohou zapojovat a účastnit rozhodování ohledně léčby. Je tu nebezpečí, že i v souvislosti s vysokou pracovní zátěží se ošetřovatelství přesouvá ke schematickému (*pattern-centered*) přístupu k péči spíše než k péči zaměřené na člověka. Schematický přístup k péči spočívá ve splnění řady úkolů ve stanoveném časovém úseku, s tím rizikem, že plnění úkolů má přednost před zapojením klienta a celostním přístupem k jeho potřebám.

Jak sklouzáváme do rutiny nebo se snažíme zvládnout nápor pacientů, ztrácíme pojem o člověku jako o celku a ztrácíme ze zřetele jedinečnost každého člověka. V takovém případě vzniká rizika, že přijdeme o schopnost a motivaci daného člověka zapojit se do péče a vytrvat v dokončení léčby. Jak uvádí studie autorů Levesque et al.,<sup>15</sup> „dostupnost optimální péče v konečném důsledku vyžaduje, aby se člověk do péče plně zapojil a aby to bylo vnímáno jako přirozená interakce s nabízenou a poskytovanou službou.“

Důležitost účasti na péči je podložena důkazy. Zároveň se jedná o mezinárodní lidské právo. Podle článku 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech mají osoby vyžadující péči právo na svobodnou, informovanou, aktivní a smysluplnou účast na rozhodnutích, která ovlivňují jejich životy.<sup>71</sup> Právo na účast se ale neomezuje jen na přijímání péče: zahrnuje také organizaci a realizaci zdravotních služeb.

**Obr. 7: Rozdělení sester, které uvedly neprovedení některé součásti péče při své poslední směně, podle pracovní zátěže; RN4CAST2017<sup>72</sup>**



## KAZUISTIKA: Komunitní program pro přechodná období v rámci péče

**Příspěvatel:** Jennifer Drago, výkonná viceprezidentka pro zdraví obyvatel, Sun Health

**Země:** USA

Sun Health, nezisková organizace s dlouhou tradicí působící v americkém státě Arizona, vyvinula model pro poskytování individuální péče, aby lépe vyhověla potřebám starších pacientů ve svém okolí. Poskytovatel zdravotních služeb bere v úvahu sociální determinanty zdraví, jako je finanční dostupnost léčiv, doprava, zdravotní gramotnost a sociální izolace, a spojí pacienta s příslušnými zdroji.<sup>72</sup>

Jedním z hlavních zdrojů je poskytování „koučů pro přechodná období“ z řad sester. To znamená, že pacienta po propuštění z nemocnice navštíví registrovaná sestra, která posoudí situaci, edukuje klienta, zhodnotí medikaci a provede posouzení pacienta včetně vyhodnocení rizika vzniku deprese nebo rizika pádu.<sup>74</sup>

Sestra také klientovi poradí, jak odpovídat na dotazy týkající se jeho zdraví, a pomůže mu pochopit a lépe zvládat jeho zdravotní potíže. Pokud sestra zjistí, že se povaha klientových zdravotních potíží změnila, může prostřednictvím konzultací na dálku („telemedicina“) probrat situaci s příslušným zdravotnickým odborníkem.<sup>74</sup>

Centres for Medicare and Medicaid Services, americké centrum pro péči hrazenou ze státního pojištění, zjistilo, že přibližně jeden z pěti pacientů (17,8 %) je po propuštění z nemocnice do 30 dnů od zahájení původní hospitalizace znovu hospitalizován.<sup>73</sup> Těmto opakovaným hospitalizacím je často možné zabránit a často jsou důsledkem toho, že pacient nerozumí svým zdravotním potížím a jejich symptomům nebo o nich nemá přesnou představu, nemá jasno v lécích a jak je brát, není si jistý, na kterého poskytovatele zdravotní péče se má při výskytu symptomů obrátit, nebo se v přiměřené době nedostaví na kontrolu ke klinickému pracovníkovi primární péče.

Devadesát devět procent pacientů zapojených do programu uvedlo, že by tuto službu doporučili ostatním. Počet opakovaných hospitalizací klesl o více než polovinu ze 17,8 % na 7,8 %.<sup>74</sup>



# ČÁST TŘETÍ: INVESTICE A EKONOMICKÝ RŮST



**Ekonomický růst bez investic do lidského rozvoje je neudržitelný a neetický.“**

–Amartya Sen<sup>33</sup>

V politice se při vytváření rozpočtu často jedná o tom, kolik zdrojů se přidělí jednotlivým rezortům. Tato diskuze může vypadat následovně: Ministr zemědělství řekne: „Když koupíme takové a takové množství hnojiva a oseteje tolik a tolik půdy, budeme mít takovýhle výnos a při této světové tržní ceně budeme mít takovýhle příjem.“ Ministr dopravy na to namítne: „Nemáme ale jak dostat naše produkty do přístavů, protože naše cesty jsou v hrozném stavu. Když investujeme do cest, zvednou se naše příjmy z vývozu o tolik a tolik.“ Načež promluví ministr zdravotnictví a řekne: „Zdraví je lidské právo.“<sup>75</sup> Sir George Alleyne<sup>c</sup>, bývalý zvláštní vyslanec OSN pro HIV/AIDS v Karibiku, uvádí výše uvedenou konverzaci jako pravdivý příběh hovoru s vládním ministrem. Dotýká se tak důležitého bodu: ministři zdravotnictví často nejsou příliš dobří v přesvědčování ostatních ministrů o tom, že zdraví je dobrá investice, a nedoceňují neoddelitelnost zdraví jako lidského práva od zdraví jako páteře ekonomiky. Bez zdraví není práce a bez práce není bohatství.

Investice do zdraví vnímá řada zemí jako zátěž, která vyčerpává její zdroje. Z tohoto důvodu se často setkáváme s výrazným omezováním financování zdravotnictví a důrazu na efektivitu. Dochází k tomu navzdory vysoké hodnotě, kterou lidé svému zdraví přisuzují. V rozsáhlém celosvětovém průzkumu<sup>d</sup> uvedli lidé zdraví jako prioritu číslo jedna. Podle průzkumu si tak lidé cení zdraví víc než šťastného rodinného života, práce nebo dokonce než života v míru.

Vztah mezi zdravím obyvatelstva a ekonomickým růstem a prosperitou je nedostatečně jasně formulován. Investice do zdraví zachraňuje životy, předchází nemocem, uzdravuje, napravuje a rehabilituje. Jedná se proto o investici do širší ekonomiky. Špatné zdraví snižuje produktivitu, zhoršuje uplatnění na trhu práce a má negativní vliv na lidský rozvoj.<sup>76</sup> Zdravotnický systém lze proto vnímat jako faktor, který pozitivně přispívá k rozvoji ekonomiky zajištěním zdravé pracovní síly, vyššího HDP, inovací a vývozu.

<sup>c</sup>Sir George Alleyne sloužil jako zvláštní vyslanec generálního tajemníka OSN pro HIV/AIDS v Karibiku v letech 2003–2010.

<sup>d</sup>Průzkum Gallup International Millennium Survey, [www.gallup-international.com/](http://www.gallup-international.com/). Na přelomu tisíciletí bylo 50 000 lidí v 60 zemích požádáno, aby seřadili „nejdůležitější věci v životě“ podle toho, co je pro ně nejvyšší prioritou. Pro 44 % respondentů bylo na prvním místě v seznamu „dobré zdraví“, po kterém následoval „šťastný rodinný život“ (38 %), „práce“ (27 %) a „život v zemi, kde se neválčí“ (17 %).



V této oblasti proběhla celá řada studií, které prokázaly pozitivní vliv zdraví na ekonomiku. Zvýšení střední délky života z 50 na 70 let například zvýší tempo ekonomického růstu o 1,4 % ročně.

Desetiprocentní redukce výskytu malárie je spojována s ročním růstem ve výši 0,3 %.<sup>76</sup> Toto jsou silné argumenty pro to, že investice do zdraví mohou naplnit stále vyšší očekávání, která lidé od zdravotnictví a vlád mají, omezit přetrvávající nerovnosti v dostupnosti péče a zlepšit nebo udržet hospodářskou výkonnost.

Rozhodování odpovědných činitelů a státních úředníků v oblasti investic do zdravotnictví není jednoduché. K rozhodnutím ve sféře zdraví nikdy nedochází izolovaně od ostatních sektorů.

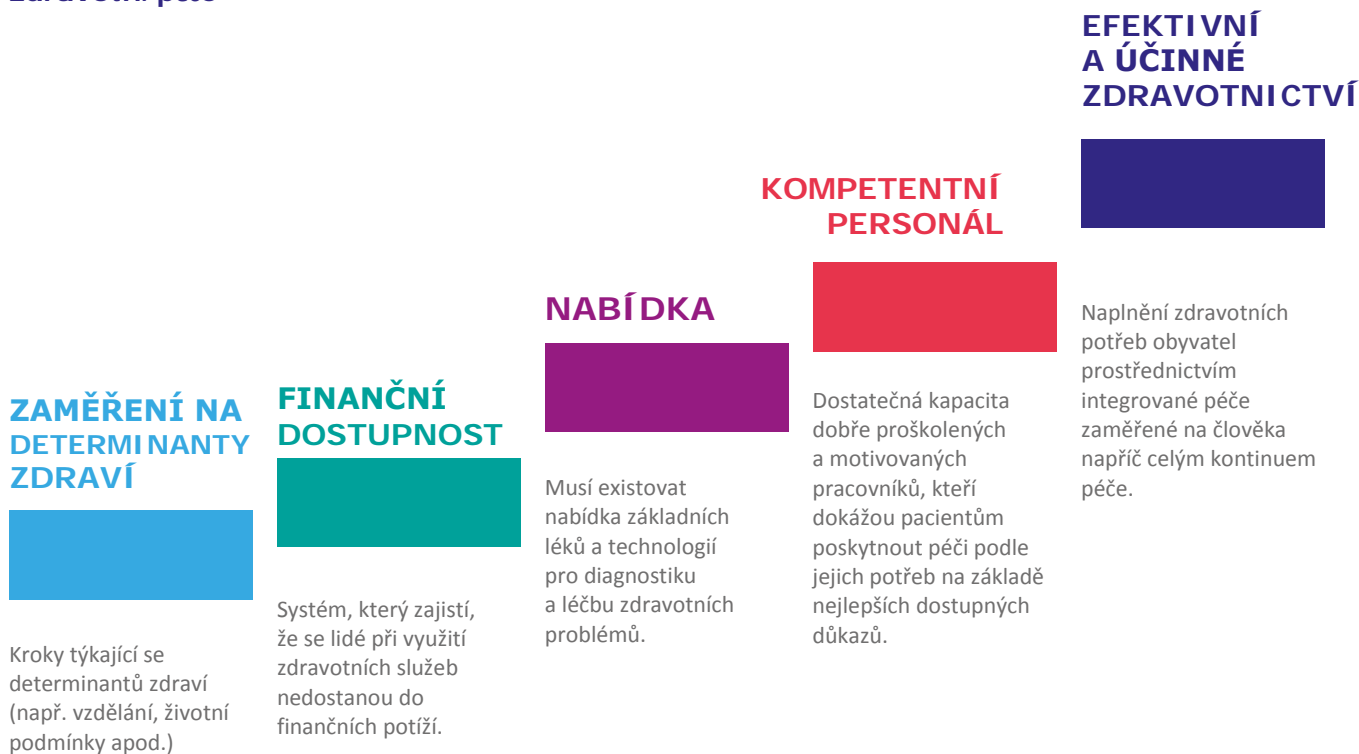
Vlády mají omezené rozpočty a zásadní vliv na zúčastněné strany a strategie v jiných oblastech, o rozdělování prostředků se proto vždy vedou spory. Problémy pak vznikají při snaze sladit postup v oblasti zdraví a v oblasti ekonomiky a zlepšit zdravotní výsledky při minimalizaci negativních dopadů na ostatní sektory.<sup>77</sup> Zdraví a fyzická i psychická pohoda lidí by měly být ústředním bodem všech vládních strategií, protože právě na zdraví obyvatelstva staví všechny ostatní sektory národního hospodářství.

Následující část se zaměřuje na tři směry v rámci vládní politiky, které podporují zdraví jako lidské právo, zlepšují dostupnost péče a současně představují investici do ekonomiky. Jsou to: všeobecná dostupnost zdravotní péče, péče zaměřená na člověka a lidské zdroje ve zdravotnictví.

### Obr. 8: Výdaje na zdravotnictví<sup>44</sup>

Celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2011:	<b>6,9 bilionu dolarů</b>
Průměrná částka na osobu vydaná na zdravotnictví v členských zemích Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD):	<b>4 584 dolarů</b>
Procento světové populace žijící v zemích OECD:	<b>18 %</b>
Odhad WHO na minimální částku na osobu a rok potřebnou pro zajištění základních, život zachraňujících služeb: <sup>1</sup>	<b>44 dolarů</b>
Počet členských zemí WHO, kde jsou výdaje na zdravotnictví – včetně vládních výdajů, výdajů domácností a soukromého sektoru a financování poskytnutého externími dárci – nižší než 44 dolarů na osobu a rok:	<b>26</b>
Počet členských zemí WHO, kde jsou výdaje na zdravotnictví nižší než 20 dolarů na osobu a rok:	<b>6</b>
Podíl finančních výdajů na zdravotnictví v africkém regionu WHO poskytnutý dárci:	<b>9,4 %</b>

## Obr. 9: Faktory potřebné pro dosažení všeobecné dostupnosti zdravotní péče<sup>7, 82</sup>



## Všeobecná dostupnost zdravotní péče

Nemoci s sebou přináší spoustu starostí. Může to být nejistota a strach z budoucnosti, nemohoucnost, bolest nebo izolace, vedlejší účinky léčby nebo dokonce přímo újma způsobená léčbou, složité hledání cesty zdravotnickým systémem nebo nemožnost pracovat a vydělávat si na živobytí. Kromě toho se zdravotní péče v mnoha částech světa zdražuje a řada lidí si tak klade otázku, jestli si budou moci léčbu vůbec dovolit, když je jim oznámena diagnóza závažné choroby.

Při správné realizaci zajišťuje všeobecně dostupná zdravotní péče přístup k péči pro každého občana bez ohledu na to, jestli si může dovolit za ni zaplatit. Všeobecně dostupná zdravotní péče byla do určité míry úspěšně zavedena v 60 ze 195 zemí světa, WHO a Světová banka ale odhadují, že 400 milionů lidí nemá přístup k základním zdravotním službám a 40 % světové populace není pokryto zdravotní péčí.<sup>78</sup> Všeobecně dostupná zdravotní péče byla nicméně zařazena jako jeden z dílčích cílů v rámci cílů udržitelného rozvoje, což znamená, že všechny členské země OSN se budou snažit ji do roku 2030 zavést.

Jedná se o ambiciózní cíl, který ale bude mít zásadní vliv na zdraví a prosperitu po celém světě. Všeobecně dostupná zdravotní péče, díky které jsou lidé zdravější a neohroží jim, že je náklady na zdravotní péči uvrhnou do chudoby, umožňuje lidem být produktivnějšími a aktivnějšími členy svých rodin a komunit. Znamená to, že děti mají lepší šanci na to získat vzdělání a lidé v obtížných životních situacích jsou chráněni před dalším pádem do extrémní chudoby.

Všeobecně dostupná zdravotní péče je politikou, kterou mohou využít všechny země k zajištění zdraví jako lidského práva. K tomuto cíli přispívá všeobecně dostupná zdravotní péče celou řadou faktorů:

- Zlepšuje dostupnost kvalitních zdravotních služeb pro všechny bez ohledu na sociální postavení.
- Podporuje komplexní služby zdravotní péče oproti službám zaměřeným na konkrétní choroby nebo potíže.
- Eliminuje diskriminaci na základě nákladů nebo finančních potíží.
- Dává prioritu poskytování služeb nejvíce zranitelným skupinám obyvatel.<sup>12</sup>

Všeobecná dostupnost zdravotní péče tedy splňuje řadu kritérií zdraví jako lidského práva, současně je ale dobrou investicí. Analýza zavedení systému národního zdravotního pojištění,<sup>e</sup> která byla provedena na Bahamách,<sup>79</sup> ukázala, že kromě přínosů pro zdraví a kvalitu života „byla [je] tato politika investicí do národní ekonomiky schopnou přinést kromě ekonomického růstu také zisk mnohonásobně převyšující náklady na její zavedení“.<sup>79</sup> Podle zprávy je pravděpodobné, že ekonomika Baham v důsledku této iniciativy zvětší svůj objem o asi 3,7 % (350 milionů dolarů). Odhaduje se, že do roku 2040 to bude téměř 5 %, což přinese do ekonomiky dalších 500 milionů dolarů.

Výše popsaná analýza je v souladu s výsledky jiných studií, mezi které patří i studie výboru vědeckého zdravotnického časopisu Lancet.<sup>80</sup> Tato studie přišla se zjištěním, že 11 % ekonomického růstu v zemích s nízkým a středně vysokým národním důchodem mezi lety 2000 až 2011 bylo způsobeno snížením mortality. Při započtení vlivu na národní důchod a další aspekty prosperity byl ekonomický růst 24 %; jinými slovy, „za dvacetileté období je návratnost výdajů na zdravotní péče 9 ku 1.“ Celkovým závěrem zprávy bylo, že „investice do zdravotnictví jsou extrémně výnosné“.

Nevídaným vyjádřením podpory všeobecně dostupné zdravotní péči bylo prohlášení 257 ekonomů<sup>81</sup> z celého světa, kteří podpořili slova Amartyi Sena o tom, že všeobecná dostupnost zdravotní péče je „finančně dostupný sen“. Tito ekonomové jsou přesvědčeni o tom, že na zavedení všeobecně dostupné zdravotní péče po celém světě máme dostatek zdrojů a že by tento krok měl celou řadu přínosů včetně převratných změn pro životy a živobytí lidí a eliminaci chudoby. V krizových obdobích zmírňuje všeobecně dostupná zdravotní péče dopad krize na komunity a v obdobích klidu přispívá k soudržnější společnosti a produktivnější ekonomice.

Ekonomové došli k obecnému závěru, že **ekonomické přínosy této investice jsou téměř desetkrát vyšší než náklady**.

Tyto příklady ukazují, že investice do zdraví a ekonomický rozvoj spolu úzce souvisí. Zdraví občané mají možnost získat vzdělání a dovednosti, které potřebují k tomu, aby mohli v globální ekonomice prosperovat. Zdraví má kladný vliv na finanční zajištění, a to zase zlepšuje podmínky společnosti, v níž lidé žijí. Všeobecně dostupná zdravotní péče je investicí.

Je načase, aby zdravotnický sektor využil kapacitu, kterou společně máme, a vybudoval okolo našich lidí hradbu všeobecně dostupné zdravotní péče: všichni generální ředitelé, profesori, lékaři, sestry, pacienti a lidé, kteří žijí v této zemi, by se měli zamyslet nad tím, jak můžou přispět, víc se zapojit a přispět do této hradby svou cihlou.“

–Dr. Anuschka Coovadia<sup>78</sup>

## VŠEOBECNĚ DOSTUPNÁ ZDRAVOTNÍ PÉČE: VYJASNĚNÍ POJMU<sup>82</sup>



Všeobecně dostupná zdravotní péče znamená, že lidé mají přístup ke kvalitní zdravotní péči, aniž by to pro ně znamenalo finanční těžkosti.



Zahrnuje zdravotní služby v rámci celého kontinua péče včetně podpory zdraví, prevence, léčby, rehabilitace a paliativní péče.



Neznamená to bezplatné pokrytí všech potenciálních zdravotních intervencí bez ohledu na náklady.



Nejde přitom jen o zajištění minimálního balíčku zdravotních služeb, ale o progresivní rozšíření zdravotní péče a finanční ochrany.



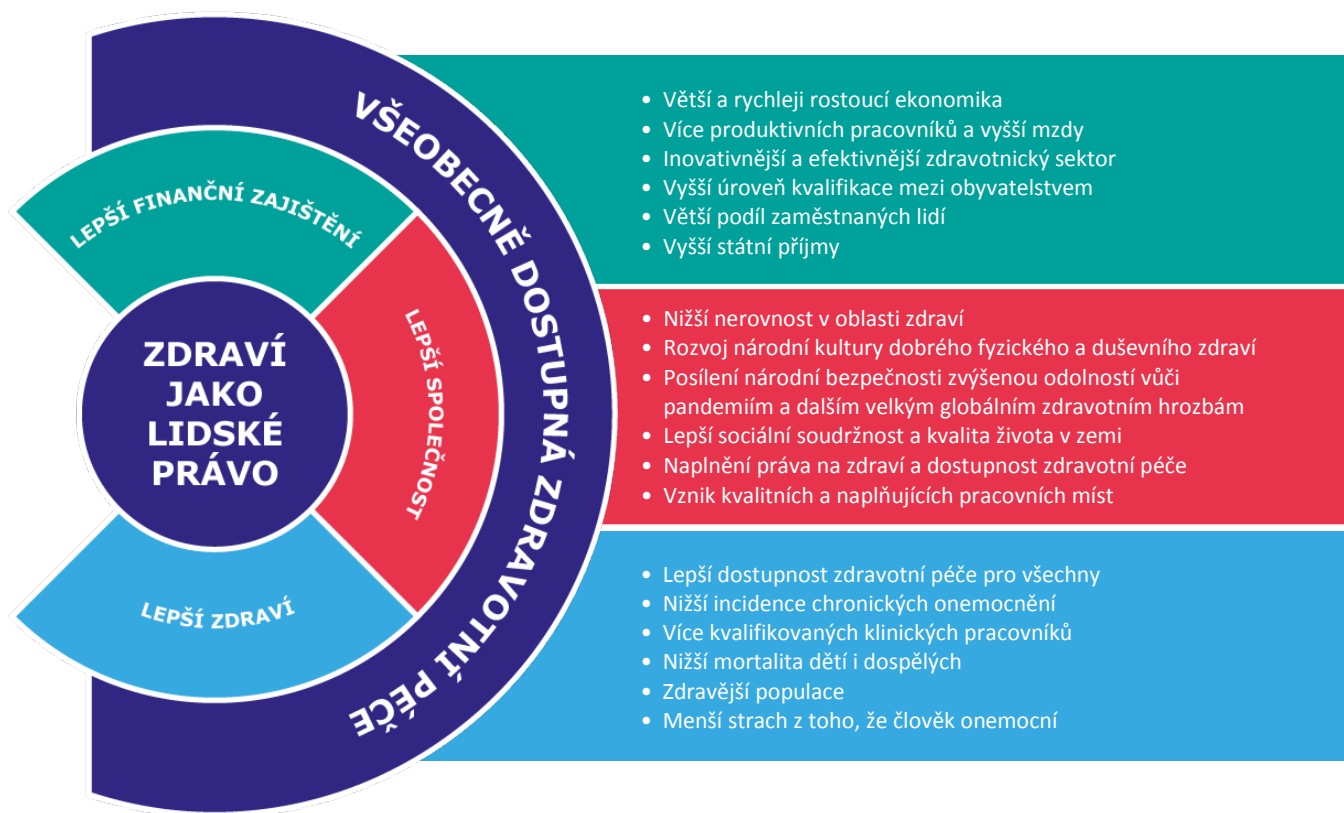
Patří sem jak individuální léčba, tak služby zaměřené na celou populaci.



Všeobecně dostupná zdravotní péče zahrnuje také řešení determinantů zdraví zlepšením rovnosti, sociální inkluze a soudržnosti.

<sup>e</sup>Bahamy realizovaly první fázi systému národního zdravotního pojištění, která zahrnuje primární péči. Komplexní zdravotní systém přijde na řadu v pozdějších fázích.

Obr. 10: Přínosy všeobecně dostupné zdravotní péče<sup>79</sup>



Obr. 11: Komplexní rámec vlivu všeobecně dostupné zdravotní péče na ekonomiku (upraveno podle KPMG)<sup>83</sup>





Když léčíte nemoc, jednou vyhrajete, jednou prohrájete. Když léčíte člověka, můžu vám zaručit, že vyhrajete – bez ohledu na výsledek.“

–Patch Adams

## Péče zaměřená na člověka

Péče zaměřená na člověka je moderním heslem v řadě zdravotních služeb. Jak ale ukazuje řada studií, máme k ní ještě hodně daleko. Mnoho klinických pracovníků sice říká, že pacienti jsou na prvním místě, v praxi mají ale přednost profesní a organizační záležitosti. Kromě toho bývá při analýzách výkonnosti zdravotnických systémů často pozornost upřena na hmatatelné a snadno měřitelné indikátory, jako je například částka vynaložená na jedno lůžko nebo náklady na personál, a ne na výsledky a dojmy lidí, o které je pečováno.

Proč k tomu dochází a proč je to ve zdravotnických systémech tak rozšířené? Není to proto, že by chyběl výzkum a důkazy. Mezi roky 1998 a 2013 bylo v této oblasti publikováno více než 750 systematických přehledů (v angličtině). A v tomto výzkumu lze opakovaně najít jednotné odpovědi na to, co pacienti považují za dobrou péči. Patří sem dobré podávání informací a komunikace ze strany zdravotníků, zapojení do rozhodování a respekt vůči vyjádřeným prioritám, emocionální podpora a empatie a kontinuita a koordinace péče.<sup>84</sup>

Logičtějším závěrem, proč zůstává péče zaměřená na člověka spíše v rovině rétorické než v té praktické, je převaha medicínského modelu péče, který se zaměřuje na chorobné procesy a není pro něj snadné vnímat člověka jako celek. Tento model často ještě posilují modely financování a regulace nákladů,<sup>f</sup> kdy je transakcím přikládána větší váha než budování vztahů a vnímání celkových potřeb jednotlivce. K tomuto závěru dospěl zvláštní zpravodaj OSN ve své zprávě pro Radu OSN pro lidská práva. Podle jeho názoru je biomedicínský model péče natolik škodlivý, že bere lidem trpícím duševními nemocemi jejich práva a svobody.<sup>11</sup>

Existuje jiná a lepší cesta: cesta, která s větší pravděpodobností dosáhne zlepšení spokojenosti pacientů, podpory veřejného zdraví a redukce nerovnosti ve zdraví, která zvýší úspěšnost zdravotnických intervencí a omezí plýtvání omezenými zdroji. Tato cesta přitom nevyžaduje žádné nákladné inovace. Je to o návratu ke kořenům a uplatnění důkazů o přínosech zaměření zdravotní péče na člověka v praxi. Je to o sestřích věrných tomu, co je základem ošetrovatelské profese.

Péče zaměřená na člověka je součástí lidských práv. Podporuje důstojnost, nediskriminování, účast, posílení pozice, dostupnost, rovnost a partnerství rovných stran. Nejenže jsou tyto principy zakotveny v mezinárodním právu: jsou to také ty principy, které bychom sami rádi viděli u péče poskytované nám a našim rodinám.

<sup>f</sup>Mechanismy financování zdravotní péče často tlačí poskytovatele ke zkracování konzultací, neadekvátní koordinaci péče a poskytování nedostatečných nebo naopak nadměrných služeb.

## Obr. 12: Hlavní investice potřebné pro vybudování přístupu ke zdravotní péči zaměřeného na člověka (upraveno podle dokumentu People–Centred Health Care Policy Framework)<sup>85</sup>

### VYTVOŘENÍ PŘÍSTUPU KE ZDRAVOTNÍ PÉČI ZAMĚŘENÉHO NA ČLOVĚKA

INVESTICE DO JEDNOTLIVCŮ, RODIN A KOMUNIT	INVESTICE DO ZDRAVOTNICKÝCH ORGANIZACÍ	INVESTICE DO ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ	INVESTICE DO ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zlepšení zdravotní gramotnosti</li> <li>• Tvorba strategií na podporu smysluplné účasti na rozhodování</li> <li>• Podpora kapacity na zlepšení sebeřízení</li> <li>• Zvýšení kapacity jednotlivých komunit pro větší zapojení do plánování zdravotních služeb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vytvoření příznivého prostředí pro lidi, kteří potřebují péči</li> <li>• Podpora integrované a efektivní péče</li> <li>• Posílení a podpora interdisciplinárních týmů</li> <li>• Posílení partnerského přístupu k péči mezi pacienty, rodinami a pečovateli</li> <li>• Nastavení standardů péče pro kvalitní a etické služby</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zvýšení kapacity a schopnosti personálu poskytovat péči zaměřenou na člověka</li> <li>• Podpora snahy o zajištění kvalitních, bezpečných a etických služeb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vytvoření finančních pobídek pro žádané chování poskytovatelů zdravotní péče</li> <li>• Zavedení odpovídajících technologií na podporu provozní stránky věci</li> <li>• Zlepšení monitorování a hlášení kvality zdravotní péče, výsledků a spokojenosti pacientů</li> <li>• Posílení profesních standardů pro praxi a monitorování jejich implementace v praxi</li> <li>• Vytvoření standardů na využití a ochranu údajů o pacientech</li> </ul>

Pokud se zdravotnickým systémům nedaří zvládat poptávku a zkontrolovat náklady na zdravotní péči, je tu riziko, že se do péče zaměřené na člověka přestane investovat a přejde se k paternalistickému modelu, kde je zdravotník aktivním činitelem a pacient jen pasivním příjemcem. Kromě celé řady přínosů, které péče zaměřená na člověka má, pro ni svědčí i pádné ekonomické argumenty. Průzkumy ukazují, že péče zaměřená na člověka<sup>86</sup> snižuje náklady a pomáhá zvládat poptávku. Konkrétně je spojována s následujícími přínosy:

- Kratší doba hospitalizace<sup>86</sup>
- Méně návštěv nemocničních pohotovostí a méně přijatých pacientů<sup>86, 87</sup>
- Snižovaný počet návštěv specializované péče<sup>88</sup>
- Menší počet laboratorních testů a invazivních procedur<sup>87</sup>
- Dřívější intervence vzhledem k dřívějšímu rozpoznání toho, že se nemoc zhoršuje<sup>88</sup>
- Zlepšení v zahájení vhodné léčby<sup>88</sup>
- Vyšší míra sebepečce a sebeřízení<sup>88</sup>
- Výrazné snížení celkových plateb na zdravotní péči<sup>87</sup>
- Lepší dodržování léčebných plánů a odpovídající užívání léků<sup>87</sup>

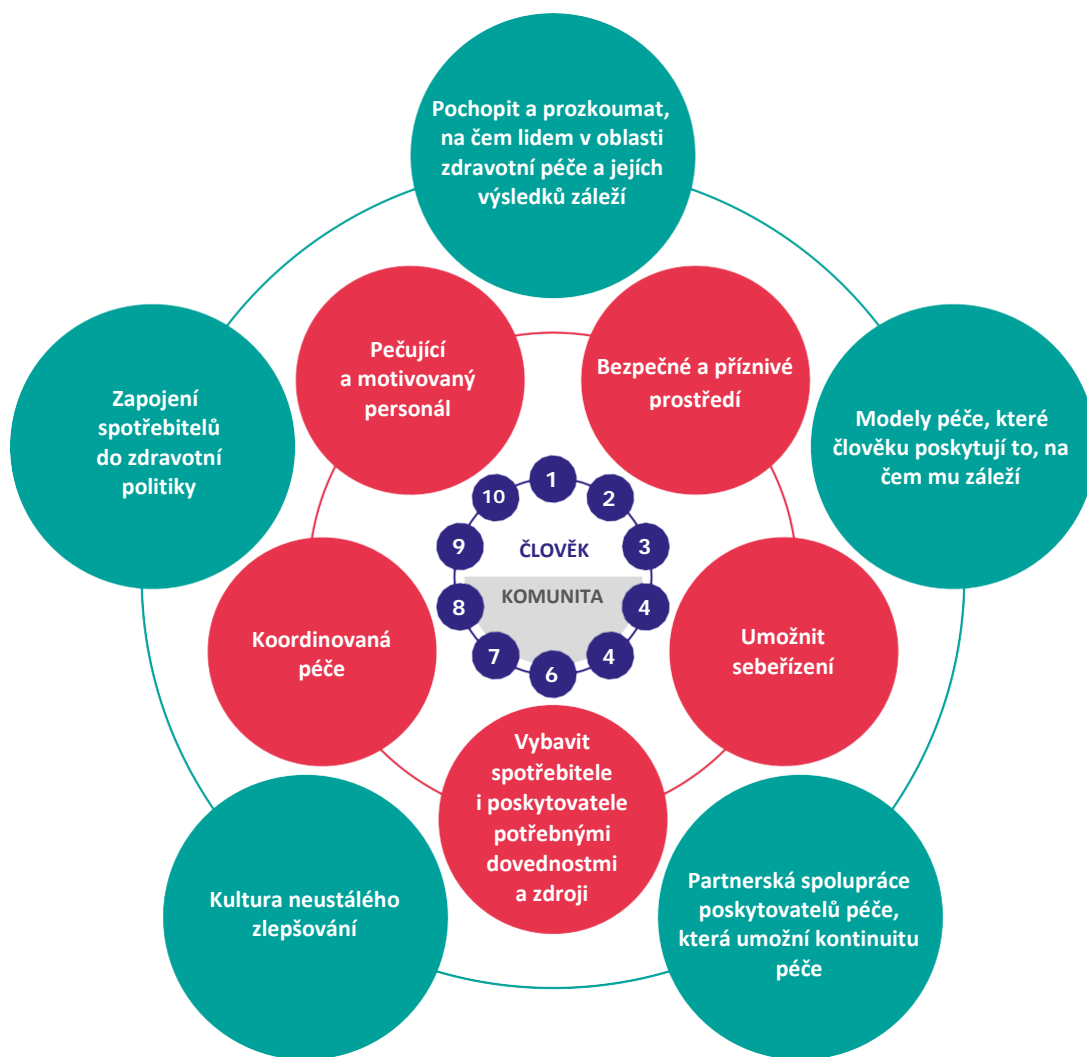
Pro naše cíle zlepšení zdraví a kvality života jednotlivce je péče zaměřená na člověka základem pro poskytování zdravotní péče. Je přínosná pro jednotlivce, zdravotníky, zdravotnický systém i celé populace. A nejlepší doba, kdy přeorientovat zdravotnické systémy na tento přístup, je právě teď.

<sup>86</sup>Dílicí součást péče zaměřené na člověka.

Zaměření na člověka znamená jednat s lidmi, pacienty, jejich blízkými, pečovateli a dalšími se soucitem, úctou a respektem. Znamená to zapojit je do rozhodnutí o jejich zdraví a péči. Znamená to dělat věci „s lidmi“, nikoli „lidem“. Znamená to zapojit lidi do navrhování systému a do tvorby politiky. Pokud máme vytvořit zdravotnické systémy budoucnosti zaměřené na člověka, musíme už dnes změnit způsob, jak poskytujeme péči a jaká měřítka nastavujeme zdravotnickým systémům.“

–Angel Gurría, generální tajemník OECD<sup>89</sup>

Obr. 13: Změny potřebné ve zdravotnictví pro poskytování péče zaměřené na člověka<sup>90</sup>



- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1 Individuální přístup k péči                                      | 5 Zajištění dostupnosti kvalitních informací                        | 9 Ve vhodných případech zahrnutí rodiny a pečovatелů  |
| 2 Pohled na člověka jako na důležitý faktor svého vlastního zdraví | 6 Bližší seznámení s člověkem a akceptace individuálních odlišností | 10 Holistický přístup k péči, který bere v potaz fyzické, kulturní a psychosociální faktory |
| 3 Pochopení zdravotních potřeb lidí, kteří vyhledávají péči        | 7 Respekt vůči pacientům a jejich rozhodnutím                       |   |
| 4 Transparentní přístup  | 8 Sdílení moci a odpovědnosti                                       |   |

## EKONOMICKÉ PŘÍNOSY



Americká asociace sester (AMA) uvádí, že každý dolar investovaný do koordinace péče přinesl nemocnicím snížení poplatků za zdravotní péči ve výši 8 dolarů. Koordinátoři ošetrovatelské péče vedli ve spolupráci s pacienty službu, jejímž výsledkem bylo snížení počtu, závažnosti i délky hospitalizací.<sup>91</sup>



Studie autorů Basu et al. z roku 2015<sup>92</sup> se zaměřila na efektivitu modelů sebeřízení u chronických nemocí. Střední nákladová efektivita byla přibližně 50 000 dolarů na rok života přepočtený podle kvality.



## KAZUISTIKA: Inovativní modely paliativní péče na indickém venkově

**Příspěvatel:** Barbara Pesut, Brenda Hooper, Marnie Jacobsen, Barbara Nielsen, Miranda Falk, Brian P. O'Connor

**Země:** Indie

Nedávný pilotní projekt služeb paliativní péče řízené sestrami si kladl za cíl vypořádat se s výzvami poskytování paliativní péče lidem na indickém venkově prostřednictvím rozvoje kapacity jednotlivých komunit. Lidé s chronickými onemocněními v pokročilém stádiu navštěvovala v jejich domácnosti sestra, jejímž úkolem bylo být pacientům oporou a průvodcem. Sestry pacienty navštěvovaly jednou za týden nebo za čtrnáct dní a poskytovaly jim širokou škálu služeb pro stejně širokou škálu problémů. Mezi problémy patřily například konflikty v rodině, izolace v rámci komunity, finanční potíže, znepokojující symptomy a potíže s mobilitou. Pomoc sester tyto problémy postupně řešila překlenutím bílých míst mezi zdravotní a sociální péčí.<sup>93</sup>

Mezi hlavní intervence sester patřila edukace ohledně zvládnání symptomů a psychologická podpora v emocionálních těžkostech života s pokročilým stádiem nemoci. Sestry také lidem pomáhaly pochopit informace týkající se zdravotní péče a rozhodnout se o možnostech léčby pro management symptomů. Škála podpůrné péče poskytované sestrami byla nesmírně rozsáhlá a zahrnovala management nemoci, spirituální a fyzickou péči, plánování budoucí péče, psychologickou podporu a sociální podporu.<sup>93</sup>

Odhaduje se, že paliativní péči by v Indii potřebovalo 34 milionů lidí, dostupná je ale jen pro 1 % z nich.<sup>94</sup> Řada lidí s nemocemi v pokročilém stádiu nese velice těžké břemeno symptomů a hrozí jim stále vyšší riziko sociální izolace. Pacienti a jejich rodinní příslušníci často nevědí o zdravotních a sociálních službách, které mají ve své komunitě k dispozici. Nedostatek adekvátní podpory paliativní péče má pro poslední fáze života lidí hrozivé následky. Pokud žijí pacienti na venkově, je už tak náročná situace ještě složitější. Zdravotní služby jsou na venkově často omezené a nedostupné. Příčinou bývá nedostatek kvalifikovaného personálu.<sup>93</sup>

Má se za to, že tato služba snížila počet návštěv pohotovostí, hospitalizací a návštěv lékařů primární péče. Zlepšila se spokojenost pacientů a víc lidí má možnost rozhodnout se zemřít doma. Prostřednictvím této služby také sestry mohly seznámit klienty s dostupnými dávkami a nákladově efektivními alternativami k péči, což pro rodiny znamenalo finanční úsporu.<sup>93</sup>

Služba vedená sestrami, která lidi provází jejich nemocí, ať už realizovaná samostatně nebo ve spolupráci s dobrovolníky, může naplnit specifické potřeby venkovských komunit zvýšením podpory a dostupnosti péče v situaci, kdy jsou k dispozici jen omezené zdroje zdravotní péče.<sup>93</sup>



Silný sektor ošetrovatelství je nezbytným základním kamenem pro silný zdravotnický sektor. Sestry musíme podporovat v tom, aby na sebe braly význačné vedoucí role ve zdravotnické politice i plánování a poskytování péče.“

–C. K. Mishra, ministr pro zdravotnictví a rodinu, Indie

## Lidské zdroje pro zdraví

Po celém světě jsou dnes zdravotnické systémy pod tlakem: musí naplnit rychle se zvyšující poptávku po službách i stále vyšší očekávání spotřebitelů, a naopak snížit tempo, jakým rostou výdaje, a zaměřit se na to, co přináší největší hodnotu. V roce 2013 vzrostly globální výdaje na zdravotnictví o 2,6 %. Má se za to, že vzhledem ke změnám v životním stylu, rostoucím cenám služeb, léčby a technologií a demografickým a ekonomickým okolnostem rostou nominální výdaje na zdravotní péči během let 2014 až 2018 ročně o 5,3 %.<sup>94</sup> Tyto faktory, které popisuje celá řada zpráv, lze považovat za dokonalou živnou půdu pro to, aby se zdravotní péče stala finančně nedostupnou a neudržitelnou.

Jak tedy dosáhnout realizace všeobecné dostupnosti zdravotní péče a péče zaměřené na člověka, když lidské zdroje – tedy právě ta věc, která je v obou případech zapotřebí – představují nejdražší složku jakéhokoli zdravotnického systému? Na lidské zdroje v průměru připadá 60 až 80 % celkových opakovaných výdajů. Kromě finančních nákladů je tu také otázka dostatku zdravotnických pracovníků. Odhaduje se, že do roku 2030 bude potřeba ve zdravotnictví vytvořit dalších 40 milionů pracovních míst. Pokud budeme pokračovat v současných strategiích, odhaduje se, že bude chybět přibližně 18 milionů zdravotníků.<sup>95</sup>

Pro řešení této otázky byla ustavena komise OSN na vysoké úrovni. Ve své zprávě o zaměstnanosti ve zdravotnictví a ekonomickém růstu<sup>95</sup> komise „rozmetala tradiční představu o tom, že investice do zdravotnictví jsou ekonomickou zátěží“. Komise má naopak za to, že tyto investice spolu se správnými politickými opatřeními by mohly znamenat dramatické zlepšení socioekonomických faktorů, jako je vzdělávání, rovnost pohlaví, zaměstnanost a zdraví. Dospěla k závěru, že investice do zdravotnictví „mohou vytvořit podmínky pro inkluzivní ekonomický růst a tvorbu pracovních míst i pro větší ekonomickou stabilitu a bezpečnost“.

Zdravotnický personál nese odpovědnost za péči o zdraví a kvalitu života jednotlivců a komunit. Současně hraje zásadní roli v utužování odolnosti zdravotnického systému tak, aby byl schopen reagovat na katastrofy způsobené přírodními, environmentálními, technologickými nebo biologickými riziky. Podobné události mohou dlouhodobě poškodit zájem komunity, zdravotnický personál ale může do určité míry jejich následky zmírnit.

Jak ukazují analýzy a závěry v celém tomto dokumentu, zdravotnické systémy mohou fungovat, jen pokud mají k dispozici kvalifikované zdravotníky. Naplnění práva na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví tak závisí na dosažitelnosti, nabídce a kvalitě zdravotnických systémů a na lidech, kteří v nich pracují.

Pokud má být toto právo naplněno, je třeba překonat řadu překážek včetně celé řady problémů v oblasti lidských zdrojů týkajících se nedostatku kvalifikovaného personálu, nerovnoměrného rozložení pracovníků mezi městské a venkovské oblasti i diskrepance mezi primární zdravotní péčí a nemocnicemi, nevyváženého zastoupení potřebných kvalifikací, nízkých platů, vysoké pracovní zátěže, finančních pobídek, které fungují opačně, než by měly, pracovních podmínek, která nejsou bezpečná, a mnoha dalších oblastí. Stávající přístup ke zdravotnickým pracovníkům nedokáže naplnit požadavky dobře fungujícího systému všeobecně dostupné zdravotní péče zaměřené na člověka. Tyto problémy je proto potřeba řešit současně se změnou stávajícího zaměření péče. Musíme přehodnotit způsob, jakým zdravotnický personál nasazujeme a motivujeme. Patří sem ústřední role primární péče, zaměření na kontinuitu péče a holistické potřeby jednotlivce, stratifikace rizik a stanovení prioritních potřeb obyvatelstva, důraz na prevenci a management zdraví, využití interdisciplinárních týmů a klíčové napojení na komunity a sociální služby. Pokud máme dosáhnout úspěchu a udržitelnosti, musí podobná transformace zdravotnické pracovní síly proběhnout. Investice do těchto oblastí týkajících se zdravotnických pracovníků povedou ke zlepšení zdraví a k ekonomickému růstu.

Investice do ošetrovatelského personálu se mnohonásobně vrátí. Při analyzování kvality nemocnic se kontrola nákladů a ošetrovatelská péče řeší odděleně. Je načase, aby se to změnilo. Tyto dvě věci musí jít ruku v ruce, protože zlepšení výsledků zdravotní péče a efektivity ve zdravotnictví vyžaduje efektivní využití a investice do ošetrovatelského personálu.<sup>96</sup>

Pracovníci v ošetrovatelství představují největší podíl zdravotnického personálu a ošetrovatelství je zásadním faktorem pro dosažení vysoké kvality, efektivity a účinnosti zdravotní péče. Sestry tvoří páteř zdravotnického systému a v sektoru akutní péče jsou to právě ony, kdo poskytuje pacientům péči a podporu 24 hodin denně. Když ostatní zdravotníci odejdou, sestry zůstávají, aby dál poskytovaly pacientům potřebnou péči a podporu. V komunitním prostředí, ve venkovských a odlehklých oblastech, jsou často vůbec jedinými poskytovateli zdravotní péče. Plánují a koordinují veškeré činnosti péče o pacienty ve složitém a rychle se měnícím prostředí, které vyžaduje stále větší technické znalosti a kde také stále rostou očekávání klientů.

V roce 1996 dospěla zpráva institutu IOM o adekvátnosti ošetrovatelského personálu v nemocnicích a pečovatelských domech<sup>97</sup> k závěru, že přestože služby ošetrovatelské péče jsou pro poskytování zdravotní péče zcela zásadní, „máme k dispozici jen velmi málo empirických důkazů na podporu neformálních příběhů a informací o tom, jak kvalitu péče v nemocnicích negativně ovlivňují restrukturalizace a změny v [ošetrovatelském] personálu.“

Od doby publikování této zprávy vyšla celá řada studií a výzkumů, které přesvědčivě ukazují přidanou hodnotu ošetrovatelství pro zlepšení výsledků zdravotní péče.<sup>98</sup> Průzkumy ukazují, že kvalita ošetrovatelství, kultura pracoviště a související pracovní zátěž má vliv na výsledky pacientů včetně délky hospitalizací, mortality, morbidity, spokojenosti pacientů a celé řady dalších měřítek kvality.

Navzdory objemu důkazů a výzkumu, který máme k dispozici, nemá veřejnost ani tvůrci zdravotnické politiky zcela správnou představu o povaze ošetrovatelské práce. Průzkum veřejnosti zjistil, že naprostá většina lidí nemá jasno v tom, co sestry dělají, jaké mají vzdělání a školení a co je odlišuje od méně kvalifikovaného personálu.<sup>96</sup>

Lidé mají správnou představu o tom, že práce sester může být fyzicky i emocionálně náročná. Bohužel je ale rozšířená nesprávná představa, že práce ošetrovatelského personálu spočívá v tom být „k ruce“, plnit pokyny lékařů a zajišťovat pacientům a jejich rodinám fyzickou a emocionální podporu. Práce sester je ale mnohem obsáhlejší: je to umění i věda, která klade na pracovníky značné intelektuální, klinické a organizační nároky. Kromě dalších kriticky důležitých činností, které sestry v první linii péče zajišťují, poskytují také holistickou péči napříč celým jejím kontinuem, provádí posouzení a monitorování pacientů a v případě potřeby také iniciují intervence ke zlepšení výsledků zdravotní péče, řeší komplikace a omezují rizika, provázejí pacienty systémem péče a koordinují péči jiných poskytovatelů, edukují pacienty, jejich rodiny a pečovatele, posilují postavení pacientů a spolupracují s nimi na zlepšení výsledků zdravotní péče a zasazují se o naplnění potřeb jednotlivců i celých komunit.

Sestry mají jedinečný vhled do fungování zdravotnického systému. Znají jeho silné i slabé stránky a ví, jak překonat problémy způsobené nedostatky nebo nefunkčností systémů. Ve svém úsilí o zlepšení fyzické i finanční dostupnosti, kvality, efektivity, rovnosti a zaměření na lidi potřebují zdravotnické systémy efektivně využívat, podporovat a mobilizovat znalosti a motivaci sester pomáhat lidem ke zdraví a kvalitnímu životu. Pokud tomu tak má být, musí být postoje a názory sester zastoupeny na nejvyšších úrovních vedení zdravotnických systémů a musí být brány v úvahu při rozhodování. Je potřeba vytvořit mechanismy, které umožní sestřím na všech úrovních, aby se zapojily a přispěly k trvalým a hodnotným změnám.<sup>99</sup>

Prvním krokem k tomu je, aby sestry lépe rozuměly vysoce složitě povaze ovlivňování a vytváření politiky. Tomuto tématu se věnuje čtvrtá část.



Obr. 14: Strategie posílení globální pracovní síly ve zdravotnictví<sup>95</sup>

## PLÁNY A INVESTICE

- Vytvořte postupy a strategie, které umožní kvantifikovat potřeby, požadavky a nabídku zdravotnického personálu.
- Založte státní rejstříky zdravotnických pracovníků a zaveďte odpovídající regulační opatření na podporu lepších výsledků.
- Podporujte spolupráci mezi sektory.
- Zdokonalte mezinárodní uznávání kvalifikace zdravotnických pracovníků.
- Získejte nezbytné financování na investice do odpovídajících kvalifikací, adekvátních pracovních podmínek a potřebného počtu zdravotníků.
- Získejte přesvědčivé důkazy a podpořte studie zdravotnického personálu.

## ROZVOJ A TVORBA PŘÍLEŽITOSTÍ

- Stimulujte investice do vytvoření pracovních míst ve zdravotnictví za adekvátních podmínek.
- Maximalizujte zapojení žen do ekonomiky a podpořte posílení jejich postavení.
- Rozšiřte dostupnost vysoce kvalitního vzdělání a nabídky celoživotního vzdělávání.
- Rozvíjejte kapacitu pro zvládání složitých humanitárních nouzových nebo krizových situací.
- Investujte do kapacity pro analýzu a využití dat v oblasti lidských zdrojů ve zdravotnictví a zdravotnických systémech.

# STRATEGIE POSÍLENÍ GLOBÁLNÍ PRACOVNÍ SÍLY VE ZDRAVOTNICTVÍ

## TRANSFORMACE A PODPORA

- Reformujte modely služeb zaměřené na nemocniční péči a místo toho se zaměřte na prevenci a efektivní poskytování vysoce kvalitní, finančně dostupné, integrované, komunitní a na člověka zaměřené primární a ambulantní péče, přičemž věnujte zvláštní pozornost oblastem, kde je služeb nedostatek.
- Sladte nasazení zdravotnických a sociálních pracovníků pro efektivní řešení otázek determinantů zdraví.
- Efektivně využívejte schopnosti vést ostatní mezi zdravotníky.

## UDRŽITELNOST A OPTIMALIZACE

- Sladte dovednosti zdravotníků se zdravotními potřebami obyvatel.
- Využijte možnosti, které nabízí nákladově efektivní informační a komunikační technologie.
- Zajistěte ochranu všech zdravotnických pracovníků a zdravotnických zařízení bez ohledu na to, kde se nachází.
- Podporujte adekvátnost pracovních podmínek a investujte do ní.
- Optimalizujte motivaci, spokojenost, retenci, rovnoměrné rozvrstvení a výkonnost zdravotnických pracovníků.
- Podporujte klinické pracovníky v tom, aby pracovali v plném rozsahu své činnosti.
- Posilte multidisciplinární přístup a zaměřením na kolektivní kompetence týmů ve zdravotnictví.
- Oslavujte úspěchy.

Obr. 15: Přínosy zapojení sester do vedoucích pozic



## KAZUISTIKA: Jak využít potenciál ošetřovatelství naplno: příspěvek od hlavní sestry Walesu

**Příspěvatel:** Prof. Jean White CBE, hlavní sestra, Wales, Británie

**Země:** Wales

V listopadu 2016 stanovila hlavní sestra Walesu národní strategický cíl: „využít naplno potenciál sester a porodních asistentek, abychom tak ve spolupráci s ostatními dokázali naplnit měnící se potřeby lidí ve Walesu a pomoci jim ke zdraví a kvalitnímu životu“. Strategie sestávala z osmi prioritních oblastí: profesionalita; schopnost ozvat se a vést; pracovní síla a vzdělanost; IT; výzkum, vývoj a inovace, podpora zdraví a kvality života obyvatel; kvalita a bezpečnost péče; a podpora integrace péče (přístup zaměřený na člověka).<sup>100</sup>

Klíčové kroky vznikly po konzultacích s velšskými sestrami a porodními asistentkami a byly navrženy v souladu se čtyřmi základními principy.<sup>101</sup>

1. Zajistit zdraví a kvalitní život na základě spolupráce veřejnosti, pacientů a zdravotníků, kde budou všichni rovnocennými partnery.
2. Jako prvním poskytnout péči těm, kdo ji potřebuje nejvíc, a co nejefektivněji tak využít všechny dovednosti a zdroje.
3. Dělat jen to, co je potřeba – ani víc, ani míň – a neubližovat.
4. Jednotným a transparentním způsobem omezit nemístné rozdíly pomocí praxe založené na důkazech.

První zásadou prozíravé zdravotní péče je zaměřit pozornost na lidi a zejména pozměnit rozložení sil, které mezi zdravotníky a pacienty momentálně existuje, tak, aby byly pacienti rovnými partnery při rozhodování o tom, co se má udělat.

V roce 2016 se hlavní sestry všech zemí britského království (Anglie, Skotska, Walesu a Severního Irsku) rozhodly blíže prozkoumat, co pojem „profesionalita“ znamená pro sestry a porodní asistentky, a zjistit, jak by se dala péče zaměřená na člověka realizovat v praxi.

Ve spolupráci s Radou pro ošetřovatelství a porodní asistenci, tedy britským profesním regulačním orgánem,<sup>102</sup> vypracovaly průvodce, který pomůže klinickým pracovníkům aplikovat etický kodex v každodenní praxi. Dále se zaměřily na to, co by měli udělat zaměstnavatelé, aby profesní praxe v jejich organizacích vzkvétala.

Zákon o počtu ošetřovatelských pracovníků (Wales, 2016), který v Evropě nemá obdoby, vyžaduje, aby národní zdravotní služba (NHS) zvažila, zda má potřebný počet sester pro citlivou péči o pacienty ve všech oblastech, a stanovuje metodologii<sup>103</sup> pro výpočet potřebného počtu ošetřovatelského personálu v konkrétních oblastech praxe. Tento zákon je založen na uznání profesionálních schopností zkušených sester v první linii péče a jejich schopnosti rozhodnout o tom, jaký personál pro péči o své pacienty potřebují.

Pokud mají mít sestry a porodní asistentky dostatek sebevědomí na to, aby nahlas vyjádřily svůj odborný názor, musí mít patřičné vzdělání. Wales byl první z britských zemí, který zavedl bakalářské vzdělání pro všechny sestry a porodní asistentky, a od roku 2010 má nastaveny normy pro pokročilou praxi.<sup>104</sup> Díky tomu Wales dělá pokroky ve vytváření specializovaných a pokročilých rolí a ve vedení služeb sestrami a porodními asistentkami pro lepší péči o pacienty.

## KAZUISTIKA: Globální program na posílení kapacity sester

**Příspěvatel:** Susan Michaels–Strasser      **Region:** subsaharská Afrika

Globální program na posílení kapacity sester (GNCBP), který vede organizace ICAP při katedře veřejného zdraví (Mailman School of Public Health) na Kolumbijské univerzitě a který je financovaný prezidentským programem PEPFAR na boj s HIV/AIDS prostřednictvím odboru správy zdrojů a služeb amerického ministerstva zdravotnictví, usiluje o zlepšení zdraví obyvatel a potlačení HIV v subsaharské Africe posílením počtu a kvality sester a porodních asistentek.

GNCBP využívá holistický model k posílení ošetrovatelství a porodní asistence od vzdělávání až po praxi, a to prostřednictvím dvou dílčích projektů. Partnerská iniciativa pro vzdělávání sester (NEPI) podporuje vznik nové pracovní síly a projekt Obecné ošetrovatelství (GN) podporuje udržení kvalifikovaného personálu.

GNCBP zajišťuje služby napříč šesti základními oblastmi, na kterých rozvoj ošetrovatelského personálu staví:

- 1) rozvoj infrastruktury, 2) revize studijních plánů, 3) rozvoj pedagogického sboru, 4) klinické dovednosti,
- 5) celoživotní profesní rozvoj a 6) partnerství pro politiku a regulaci.

GNCBP přináší dlouho postrádanou a velice potřebnou injekci odborných znalostí a zdrojů a svou činností získává cenné poznatky, které jsou potom využívány v další snaze o profesní posílení ošetrovatelství a porodní asistence v subsaharské Africe. Kombinace výcviku v oblasti ošetrovatelství a porodní asistence a navržených nových studijních plánů zaměřených na kompetence patří mezi zásadní změny v systému vzdělávání sester. Vzdělání před zahájením praxe se stále častěji zaměřuje na stěžejní kompetence v oblasti HIV a širší působnost sester v péči o pacienty s HIV a jejich léčbě. Inovace, jako je využití simulací a e-learningu, se ukázaly být jak přijatelné, tak proveditelné i v případě omezených zdrojů.

Subsaharská Afrika čelí kritickému nedostatku zdravotnického personálu, což omezuje přístup ke kvalitní zdravotní péči a má přímý vliv na špatné výsledky zdravotní péče. Region je značně zatížený nemocemi a dostupnost lidských zdrojů ve zdravotnictví je velice omezená. V roce 2006 oznámila Světová zdravotnická organizace, že 25 % globálního zatížení nemocemi je soustředěno právě v subsaharské Africe, kde přitom žije pouze 11 % světové populace. Kromě toho disponuje region jen 3 % celkového počtu zdravotníků na světě a na zdravotnictví vynakládá jen 1 % celosvětových výdajů. V prostředí, kde je značná incidence HIV a omezené zdroje, je zapotřebí stále více dobře proškolených sester, jak se postupně rozšiřuje testování a léčba v rámci komplexní péče o pacienty s HIV a stále více pacientů vyžaduje péči v souvislosti s komorbiditami a souběžnými chronickými onemocněními.

GNCBP se podařilo dosáhnout značných úspěchů: na 22 školách už absolvovalo 13 146 studentů ošetrovatelství a porodní asistence a bylo proškoleny 5 550 sester, které už působí v praxi.

Přes 4 000 vyučujícím na 22 ošetrovatelských školách v šesti zemích se prostřednictvím GNCBP dostává dalšího vzdělávání v klinických dovednostech, vzdělání a výzkumu v rámci programů ukončených specializační certifikací i magisterských a doktorských programů. Tyto školy také dostaly podporu pro zlepšení úrovně vybavení a v jednotlivých zemích byly zavedeny nebo revidovány akreditované studijní plány. GNCBP v každé z těchto zemí podporuje pokroky v politické strategii a regulaci ošetrovatelství.

# ČÁST ČTVRTÁ: OD POLITIKY K PRAXI A ZPĚT

Jak jsme ukázali v druhé části, sestry toho o problematice dostupnosti ví opravdu hodně. Jakou odpovědnost tedy sestry mají za to, aby byly jejich znalosti brány v potaz a aby měly vliv na tvorbu politiky?

Často se říká, že všechno, co děláme – ale i to, co neděláme – je politický akt. Politika je koneckonců jen uplatnění vlivu na rozdělení vzácných zdrojů neboli, podle definice autorů Mason et al., „využití vztahů a moci k získání převahy mezi soupeřícími zájmovými stranami a ovlivnění politiky a rozdělení vzácných zdrojů“.<sup>117</sup> Politika je mechanismus, jehož prostřednictvím toto rozdělení zdrojů probíhá, tedy formálněji vyjádřeno, politika je „relativně stabilní a účelné konání nebo nekonání ze strany konatele nebo skupiny konatelů při řešení problému nebo záležitosti“.<sup>105</sup> Soupeřící priority a zájmy spolu s faktem, že zdrojů je nevyhnutelně jen určité množství, vedou k tomu, že tvorba dalších postupů a strategií se vždy odehrává v politickém kontextu.

Tyto definice jsou pro sestry opravdu užitečné: pokud totiž máme za to, že „víme“ o tom, jak pacienti a rodiny reagují na zdravotní a sociální politiku, pak bychom měli být zapojeni do rozhodování o této politice.<sup>106</sup> Pochopení těchto definic nám umožní začít chápat složitou povahu politického rozhodování. Upozornují nás totiž na skutečnost, že přestože podle učebnic toto rozhodování často vypadá jako jednoduchý kruhový proces, nikoli nepodobný ošetrovatelskému procesu (zjištění problému – stanovení agendy – formulace politiky – realizace – hodnocení), realita je mnohem komplikovanější.

Jako sestry říkáme, že při politickém rozhodování na nás „nezbylo místo u stolu“. Měli bychom ale pochopit, že ve chvíli, kdy nová politická strategie dospěje až ke konzultačnímu „stolu“, je už prakticky hotová. Kde proto ve skutečnost musíme být, je na samém počátku procesu, při zjištění problému a hledání řešení. Právě tam můžeme skutečně uplatnit svůj vliv. Sestry se musí více zapojit a lépe porozumět tomu, jakou roli hraje vliv v utváření politiky.

Proces tvorby politiky je chaotický a nepředvídatelný. Pro lepší pochopení této problematiky přišly autorky Gill Walt a Lucy Gibson<sup>107</sup> s konceptem zdravotnické politiky jako trojúhelníku, kde jsou tyto složité vzájemné vztahy znázorněny jednodušeji (viz obr. 16). Tak jako všechny modely i tento zjednodušuje procesy, které většinou bývají spleť propojené a interaktivní.

Přestože sestry mají znalosti „obsahu“ (jinak řečeno, ví, jaké jsou reakce pacientů a rodin na zdravotnickou a sociální politiku), je to jen jedna složka. Musíme vzít v úvahu také „kontext“, „proces“ a „aktéry“ – jak jednotlivce, tak organizace.

**Kontext:** Co se okolo dané politiky právě teď děje a jaký vliv to může mít na politickou debatu? Na kontext se můžeme dívat jako na kombinaci situačních faktorů (např. válka, sucho, zemětřesení), strukturálních faktorů (např. politické systémy a politické cykly, technologie, nový výzkum), kulturních faktorů (např. jazyk, normy, náboženství, menšinové skupiny) a mezinárodních faktorů (např. epidemie infekčních onemocnění nebo změny na trhu, jako je globální finanční krize).<sup>108</sup> Každý z těchto faktorů může otázkou, o kterou se zasazujete, přidat na důležitost nebo ji zcela smést ze stolu. Pokud chcete politiku úspěšně ovlivnit, je proto třeba vyhodnotit kontext a zvolit vhodný okamžik.

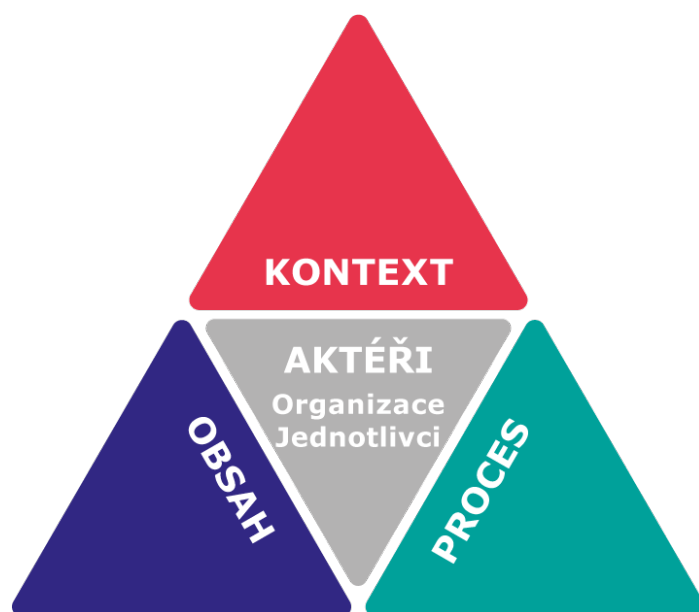


Obr. 16: Politický trojúhelník (Walt a Gibson)<sup>107</sup>

**Proces:** Jak politické rozhodování ve skutečnosti probíhá? Jak probíhá jeho zahájení, rozvoj, vyjednávání, informování, realizace a vyhodnocení (tak jako ve zjednodušeném cyklu výše)? To, kdo má a využívá v tomto procesu moc, je další klíčová otázka. Tím se dostáváme k aktérům, kteří jsou do procesu zapojení.

**Aktéři:** Kteří jednotlivci a které organizace mohou mít zájem na tématu, kterého se daná politika týká? Jakmile určíte, kdo jsou klíčoví aktéři, je třeba se zamyslet nad tím, nakolik jsou zapojení, jaké mají zájmy, jaký mají vliv nebo moc, jaký dopad na ně bude mít výsledek politiky a jaké bude jejich stanovisko – jsou to spojenci, nebo oponenti? Znalost účastníků procesu vám umožní rozmyslet si, kdo by vám mohl pomoci, s kým se spojit a proti čímu vlivu budete stát a proč.

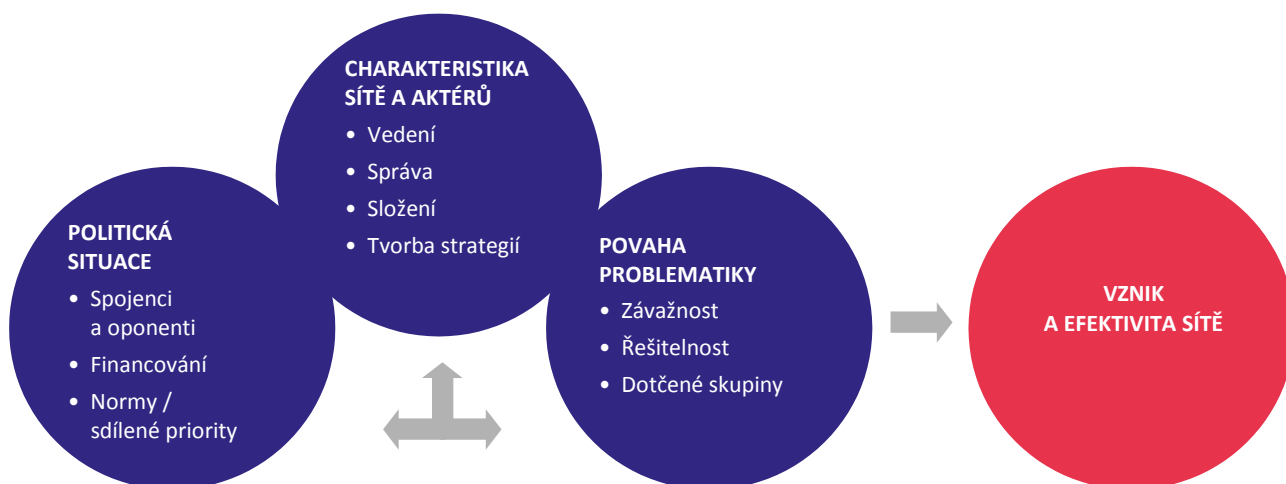
Výše popsaný politický trojúhelník (obr. 16) využil Jeremy Shiffman a jeho kolegové<sup>109</sup> k vytvoření nového modelu, který zkoumá tři hlavní oblasti: interní faktory sítě osob a aktérů okolo dané problematiky, její povahu a politickou situaci.



### AKTIVITA:

Vzpomeňte si na nedávno realizovanou celostátní politiku, na které má ošetrovatelství zájem. Pomocí politického trojúhelníku analyzujte aktéry, proces, kontext a obsah. Pomohlo vám to pochopit výsledek? Mohla by vám tato analýza pomoci zjistit, co byste příště mohli udělat jinak?



Obr. 17: Shiffmanův model efektivních globálních zdravotnických sítí<sup>110</sup>

Co se týče těchto prvků, jsou tady dvě oblasti, kde sestry výrazně zaostávají za jinými vlivnými skupinami v ošetrovatelství: konkrétně je to tvorba strategií, a to interních i externích (včetně používání vhodného jazyka), a potom budování koalic.<sup>110</sup> Zajímavé je, že právě těchto dvou oblastí si všimla skupina americký sester už před dvaceti lety, když zkoumala politický rozvoj ošetrovatelství.<sup>111</sup>

Pokud se tedy snažíme ovlivnit politiku, musíme začít u povahy problému. Musíme se řádně připravit a porozumět všem důkazům, které jsou v rámci dané problematiky k dispozici (nakolik je závažná a řešitelná – existuje efektivní řešení?). Musíme se také podívat na to, jakým způsobem formulujeme diskuzi o dotčených skupinách lidí a do jaké míry to přiměje ostatní k činnosti. Příkladem tady může být HIV/AIDS. Dokud byla tato nemoc označována za nemoc homosexuálů nebo za nemoc v jakési vzdálené zemi, byla velmi malá šance, že si boj proti ní získá politickou podporu. Když se o ní ale začalo mluvit jako o hrozbě lidstva a o nemoci, která může nakazit ještě nenarozené děti, získala si okamžitou pozornost a začalo se jednat.

Dále se musíme podívat na politickou situaci. Jsme ve správné fázi cyklu přípravy státního rozpočtu? Provedli jsme řádnou analýzu zainteresovaných stran? Jsme skupina, které budou ostatní v souvislosti s touto otázkou věnovat pozornost, nebo to bude z naší strany vnímáno jako sobecký zájem? Formulovali jsme náš zájem na věci, náš přínos a naše vstupy tak, aby je ostatní vyslyšeli jako relevantní a důležité? Kdo další se o věc zajímá? Je jeho pozice a hodnotový systém kompatibilní s tím naším a jedná se tedy o potenciálního spojence?

Kdo má v rámci ošetrovatelské profese nejvýhodnější pozici pro to, aby problematiku přednesl ostatním: je to profesní asociace, regulační orgán, čelní představitelé z praxe nebo výzkumníci? Zastáváme jako profese jednotnou pozici, které se budou všichni držet, takže náš hlas nebude roztržštěný? Jinými slovy, jsme řádně připravení? Dohodli jsme se za zavřenými dveřmi na tom, za čím si stojíme?<sup>112</sup>



Obr. 18: Čtyři fáze politického rozvoje ošetřovatelství<sup>111</sup>

# 1 2 3 4

	PRVOTNÍ ZÁJEM	VLASTNÍ ZÁJMY	POLITICKÁ SOFISTIKOVANOST	ČELNÍ POSTAVENÍ
POVAHA KROKŮ	Reaktivní při zvýšeném zájmu o ošetřovatelskou problematiku	Reaktivní se zájmem o ošetřovatelskou problematiku (např. financování vzdělání sester) i širší témata (např. dlouhodobá péče nebo imunizace)	Proaktivní v oblasti ošetřovatelství a dalších zdravotnických témat (např. Cohen et al.: <i>Nursing's Agenda for Health Reform</i> )	Proaktivní – přebírá vedení a nastavuje program pro širokou škálu otázek zdravotnické a sociální politiky
JAZYK	Učení se jazyku politiky	Používání ošetřovatelského žargonu (např. péče, ošetřovatelské diagnózy)	Používání obrátů a rétoriky běžné při debatách o zdravotnické politice	Záměrné používání termínů, které změni směr debaty
BUDOVÁNÍ KOALIC	Povědomí o politických záležitostech: příležitostné zapojení do koalic	Vytváření koalic mezi ošetřovatelskými organizacemi	Vytváření koalic mezi ošetřovatelskými skupinami: aktivní a významná účast v širších zdravotnických skupinách (např. pracovní skupina prezidenta Clintona pro reformu zdravotní péče)	Iniciování koalic nad rámec ošetřovatelství pro širší zdravotnickou problematiku
SESTRY JAKO TVŮRCI POLITIKY	Izolované případy jmenování sester na politicky významné pozice, především díky jejich osobním úspěchům	Profesním asociacím se daří dostávat sestry na pozice související s ošetřovatelstvím	Profesní organizace slaví úspěchy v podobě jmenování sester na politické pozice související se zdravotnictvím (např. názor sester na konkrétní záležitost)	Řada sester zastává pozice v rámci ošetřovatelské a zdravotnické politiky na základě vysoké hodnoty odborných znalostí a vědomostí ošetřovatelské profese

## AKTIVITA: POLITICKÝ ROZVOJ OŠETŘOVATELSTVÍ

Prostudujte si výše zmíněné čtyři fáze politického rozvoje a zamyslete se nad tím, v které z nich se podle vás právě nacházíte. V které fázi politického rozvoje je podle vašeho názoru ošetřovatelství ve vaší zemi a ve které je globálně? V kterých oblastech se potřebujete zlepšit? Jak byste mohli získat potřebné zkušenosti nebo vzdělání?

## KAZUISTIKA: Koalice a spolupráce při boji s chronickými neinfekčními nemocemi: ošetrovatelská profese jako partner celostátní iniciativy za lepší zdraví

**Země:** Tonga

Chronické neinfekční nemoci, které byly v roce 2008 příčinou 75 % všech úmrtí v Tonze, jsou podle WHO způsobené především špatným stravováním, nedostatkem pohybu, kouřením a konzumací alkoholu.<sup>113</sup> Podle tonžského ministra zdravotnictví, čestného doktora Saia Ma'u Piukala, hrozí u 99 % dospělých Tonžanů střední až vysoké riziko vzniku chronického neinfekčního onemocnění.<sup>114</sup>

Tonga se na chronické neinfekční nemoci začala zaměřovat v roce 2003, kdy vznikla komplexní strategie pro boj s těmito nemocemi (2004–2009) jako první svého druhu v Tichomoří. Lord Viliani Tau' Tangi, tehdejší ministr zdravotnictví, byl a je pilířem boje proti chronickým neinfekčním nemocem a vždy měl za to, že ošetrovatelství musí v zastavení a kontrole výskytu těchto nemocí hrát ústřední roli. Hodnocení této první strategie ukázalo, že docházelo k problémům jak se sběrem přesných dat, tak s realizací plánu. Následující strategie pro boj s chronickými neinfekčními nemocemi (2010–2015) se zaměřila na nápravu těchto nedostatků. Lord Tangi věděl, jak důležitou roli sestry hrají v tonžských komunitách i v sektoru akutní péče. O několik let dříve byly v každém komunitním zdravotním středisku zaměstnány vyškolené sestry se specializací na reprodukční zdraví, což vedlo k významnému snížení mortality a morbiditě matek a novorozenců a zvýšení proočkovanosti. Mělo se za to, že tento komunitní model vedený sestrami by mohl fungovat i v případě chronických neinfekčních nemocí, pokud bychom mohli do zdravotnictví zavést pozici, která by v sobě spojovala podporu zdraví, včasné rozpoznání příznaků, prevenci, kontrolu dodržování léčebného režimu, rehabilitaci a paliativní léčbu. Tak se zrodila myšlenka komunitní sestry se zaměřením na chronické neinfekční nemoci.<sup>113</sup>

V roce 2012 byla v pěti komunitních střediscích spuštěna pilotní studie a rychle se potvrdila jak vysoká efektivnost, tak vysoká míra přijetí této nabídky v rámci komunity. Bylo zajištěno financování pro zavedení programu sester se zaměřením na chronické neinfekční nemoci do 20 komunitních středisek a na začátku roku 2014 absolvovalo 20 pečlivě vybraných a zkušených komunitních sester inovativní akreditovaný program ošetrovatelství, na jehož osnovách se podílela řada zainteresovaných stran, a staly se z nich sestry specialistky na prevenci, rozpoznání a management chronických neinfekčních nemocí. Na důkaz toho, jakou váhu vláda této ošetrovatelské iniciativě přisuzuje, se promoce sester účastnila tonžská královna Nanasipau'u Tuku'aho i ministr zdravotnictví.<sup>113</sup>

Tato sestrami vedená iniciativa už zvýšila správnost dat shromažďovaných o chronických neinfekčních nemocích, zlepšila monitorování a léčbu cukrovky a kardiovaskulárních onemocnění, zvýšila zapojení komunit do programů cvičení a správné výživy a snížila počet amputací.

Zatím poslední tonžský strategický plán pro boj s chronickými neinfekčními nemocemi (2015–2020) pokračuje v předchozím úsilí a zaměřuje se zvláště na mladé lidi a zdravý start do života. Komunitní sestry se specializací na reprodukční zdraví a na chronické neinfekční nemoci budou i nadále ve spolupráci s dalšími skupinami hrát v této snaze významnou roli.<sup>114</sup>



Obr. 19: Model přechodu od problému k akci

## POVAHA PROBLEMATIKY

Co víme? Co říkají důkazy?  
(závažnost, řešitelnost,  
dotčené skupiny)

Jaké hlavní referenční  
materiály jsou k dispozici?

## POLITICKÁ SITUACE

Kdo jsou hlavní skupiny,  
které v této oblasti působí,  
ať už se jedná  
o ošetrovatelské nebo jiné  
pracovníky? Posuďte míru  
jejich zapojení, zájmy,  
filozofická východiska  
a stávající koalice.

Proč má na této otázce  
zájem ošetrovatelství?

Kdo jsou hlavní  
představitelé a „mluvčí“  
ošetrovatelské profese?  
Kdo jsou hlavní výzkumníci  
v oblasti ošetrovatelství?

## INTERNÍ OŠETROVATELSKÁ SÍŤ

S kým by se měla  
ošetrovatelská profese  
případně spojit do koalice?

Jaký je jedinečný přínos  
ošetrovatelství do této  
problematiky?

Jaký je přínos/role ICN?

Jaká je role národních asociací  
sester?

Kdo by měl nebo mohl v této  
záležitosti reprezentovat  
ošetrovatelskou profesi?

Na jakém interním postoji  
se ošetrovatelská profese  
dohodla?

## EXTERNÍ FORMULACE A VÝSLEDKY

Jaká je formulace sdělení pro  
veřejnost, která vysvětluje  
jedinečný přínos sester  
k této otázce, a tedy jejich  
zapojení?

Jaký je výsledek, v který  
doufáme?

Jak často se budou  
podávat zprávy  
o situaci a komu?  
Co budou obsahovat?

Obrázek 19 ukazuje, jak se sestry mohou přesunout od praxe k politice či od problematiky k akci, tak jako tomu bylo na Tonze (viz kazuistika). Pozorování a data z praxe jsou podkladem pro tvorbu politiky, politika určuje zaměření nových iniciativ v praxi a ty zase zpětně přinášejí informace pro další politiku.

Pokračující úsilí, kde se mění důraz a priority, ještě podtrhuje důležitost sester při sběru přesných dat i jejich analýze a jako mluvčích jednotlivých komunit. Jen tak lze zajistit nejlepší možnou realizaci a vyhodnocení politiky a poskytnout co nejlepší rady pro další politiku a budoucí strategický program.

## Závěrem

Sestry hrají zásadní roli v transformaci zdravotní péče a zdravotnických systémů tak, aby nikdo nebyl opomenut. Sestry se mohou postavit do čela toho úsilí tím, že budou zlepšovat dostupnost péče a umožňovat přístup ke zdraví zaměřený na člověka a že zajistí, aby byl při tvorbě, plánování a realizaci zdravotní péče vyslyšen jejich hlas.

V roce 2018 je na čase sjednotit naše hlasy do jednoho. Musíme být víc slyšet a musíme mluvit jasněji. Vzhledem k tomu, kolik zdrojů máme v dnešní době k dispozici, je neakceptovatelné, aby bylo komukoli upíráno právo na zdravotní péči. Využijte roku 2018 k tomu, abyste se postavili do čela boje za zdraví jako lidské právo.

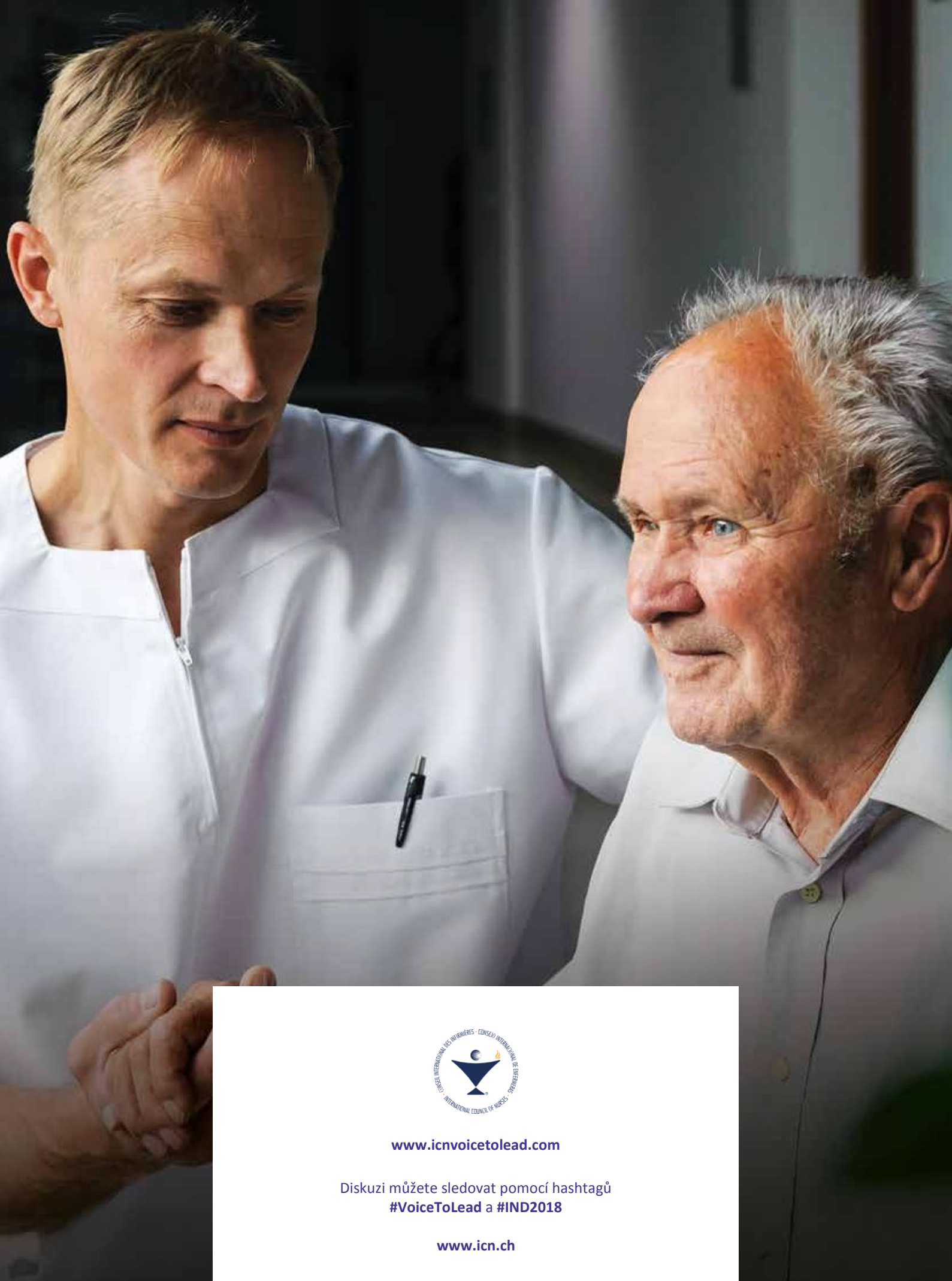
▣ Sestry mají přesně ty zkušenosti z praxe, znalosti, autoritu a důvěryhodnost pro to, aby se mohly vyjadřovat k dlouhým příčinným řetězcům vedoucím k nemocem a chorobám, ale také pro to, aby se mohly zastat pacientů a říct: „Tohle je to, co v téhle zemi v rámci programu všeobecně dostupné zdravotní péče potřebujeme“.

–Dr. Sridhar Venkatapuram, docent globálního zdraví a filozofie a zakládající ředitel magisterského programu globálního zdraví a sociální spravedlnosti, King's College London



- World Health Organization. Universal health coverage: a political choice. 2017 [cited 2017 6 October]; Available from: <http://www.who.int/dg/speeches/2017/universal-health-coverage/en/>.
- Special Rapporteur, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. 2017, United Nations: Geneva.
- UN News Centre. Nothing short of a 'sea change' will end years of gross neglect in mental health care – UN expert. 2017 [cited 2017 29 September]; Available from: <http://www.un.org/apps/news/printnewsAr.asp?nid=56919>.
- Sen, A., Why and how is health a human right? *Lancet*, 2008. 372(9655): p. 2010.
- Peabody, F.W., The Care of the Patient. *JAMA*, 1927. 88(12): p. 877-882.
- The right to health: from rhetoric to reality. *Lancet*, 2008. 372(9655): p. 2001.
- World Health Organization. Universal health coverage (UHC): Fact sheet. 2016 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/>.
- Ghebreyesus, T.A. All roads lead to universal health coverage. 2017 [cited 2017 20 October]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2017/universal-health-coverage/en/>
- World Health Organization. Health financing for universal coverage. 2017 [cited 2017 27 November]; Available from: [http://www.who.int/health\\_financing/strategy/dimensions/en/](http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/).
- Hunt, P. and G. Backman, Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health. *Health and Human Rights*, 2008. 10(1): p. 81-92.
- World Health Organization, 'Everybody's Business': Strengthening Health Systems to improve health outcomes—WHO's Framework for Action. 2007, WHO: Geneva.
- Lee, E. and D. Johanne Horndrup. The Right to Health: An Interview with Professor Paul Hunt. 2004 [cited 2017 4 October]; Available from: <http://projects.essex.ac.uk/ehrr/V2N1/Hunt.pdf>.
- Special Rapporteur, Promotion and protection of all Human Rights, Civil, Political, economic, Social and Cultural: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt. 2008, United Nations Human Rights Council: Geneva.
- Taylor-Clark, K. What's Engagement Now? Expert Kalahn Taylor-Clark Discusses Emerging Challenges. 2012 [cited 2017 30 October]; Available from: <http://www.cfah.org/blog/2012/whats-engagement-now-expert-kalahn-taylor-clark-discusse-emerging-challenges>.
- Levesque, J.F., M.F. Harris, and G. Russell, Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*, 2013. 12: p. 18.
- World Health Organization. Diabetes. 2017 [cited 2017 1 November]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 2016 [cited 2017 1 November]; Available from: <http://www.idf.org/iddf-diabetes-atlas-seventh-edition>.
- Stokes, A., et al., Prevalence and unmet need for diabetes care across the care continuum in a national sample of South African adults: Evidence from the SANHANES-1, 2011-2012. *PLoS One*, 2017. 12(10): p. e0184264.
- Protheroe, J., et al., Health Literacy, Diabetes Prevention, and Self-Management. *J Diabetes Res*, 2017. 2017: p. 1298315.
- Deloitte, Turning the tide on diabetes management How leaders in health care are using multi-faceted approaches. 2017, Deloitte Centre for Health Solutions: Washington DC.
- Anderson, I., et al., Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet*, 2016. 388(10040): p. 131-57.
- Johnstone, M.J. and O. Kanitsaki, The spectrum of 'new racism' and discrimination in hospital contexts: a reappraisal. *Collegian*, 2009. 16(2): p. 63-9.
- Askew, D., et al. To your door: Factors that influence Aboriginal and Torres Strait Islander peoples seeking care. [cited 2017 1 November]; Available from: <http://www.kvc.org.au/wp-content/uploads/2014/12/Paper-Mono-1-CD-20130624-v42-Submitted.pdf>
- Secretariat of National Aboriginal and Islander Child Care. Cultural Competence. [cited 2017 1 November]; Available from: <https://i.pinimg.com/736x/28/37/5b/28375b8d01a949d0254c31bd15275190--cultural-competence-preschool-ideas.jpg>.
- World Health Organization. Health and human rights: Fact Sheet N323. 2015 [cited 2017 1 November]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>.
- Kölves, K., et al., Suicide in rural and remote areas of Australia. Australian Institute for Suicide Research and Prevention. 2012: Brisbane.
- World Health Organization, A universal truth: no health without a workforce. 2014, WHO: Geneva.
- National Rural Health Alliance. Mental Health in Rural and Remote Australia. 2017 [cited 2017 26 September]; Available from: <http://ruralhealth.org.au/sites/default/files/publications/nrha-mentalhealth-factsheet-2017.pdf>.
- Patel, V. Mental Health Policy. in international Council of Nurses: Health Policy Summit 2017. Philadelphia.
- OECD, Out-of-pocket medical expenditure: Health at a Glance. 2015, OECD Publishing: Paris.
- World Health Organization, Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention: Global Policy Recommendations. 2010, WHO: Geneva.
- World Health Organization. New report shows that 400 million do not have access to essential health services. 2015 [cited 2017 25 September]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/uhc-report/en/>.
- Sen, A. Amartya Sen Quotes. 2017 [cited 2017 30 October]; Available from: [http://www.azquotes.com/author/13314-Amartya\\_Sen](http://www.azquotes.com/author/13314-Amartya_Sen).
- Duckett, S. Many Australians pay too much for health care – here's what the government needs to do. 2016 [cited 2017 25 September]; Available from: <https://theconversation.com/many-australians-pay-too-much-for-health-care-heres-what-the-government-needs-to-do-61859>.
- Health Resources & Services Administration. HRSA Database. 2017 [cited 2017 1 November]; Available from: <https://datawarehouse.hrsa.gov/tools/analyzers/hpsafind.aspx>.
- Newhouse, R.P., et al., Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nurs Econ*, 2011. 29(5): p. 230-50; quiz 251.
- Weinick, R.M., R.M. Burns, and A. Mehrotra, Many emergency department visits could be managed at urgent care centers and retail clinics. *Health Aff (Millwood)*, 2010. 29(9): p. 1630-6.
- Copeland, B., et al. Beyond the acute episode: Can retail clinics create value in chronic care? 2016 [cited 2017 1 November]; Available from: <https://dupress.deloitte.com/dup-us-en/industry/health-care/retail-clinics-chronic-care-management.html>.
- Akazili, J., et al., Assessing the impoverishment effects of out-of-pocket healthcare payments prior to the uptake of the national health insurance scheme in Ghana. *BMC Int Health Hum Rights*, 2017. 17(1): p. 13.
- World Health Organization, WHO Global Health Expenditure Atlas. 2014, WHO: Geneva.
- Schneider, E et al, Mirror, Mirror, 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better US Health Care. 2017. The Commonwealth Fund.
- Francis, R., Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. 2013: London.
- Campbell, D. Mid Staffs hospital scandal: the essential guide. 2013 [cited 2017 13 September]; Available from: <https://www.theguardian.com/society/2013/feb/06/mid-staffs-hospital-scandal-guide>.
- World Health Organization, Patient Safety: Making health care safer. 2017, WHO: Geneva.
- Committee on Quality of Health Care in America and Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century is report on health care quality in the United States. 2001, Washington, DC: National Academies Press.
- World Health Organization, WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. 2017, WHO: Geneva.
- Stimpfel, A.W., et al., Hospitals Known for Nursing Excellence Associated with Better Hospital Experience for Patients. *Health Serv Res*, 2016. 51(3): p. 1120-34.
- Flynn, L., et al., Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*, 2010. 58(12): p. 2401-6.
- Brodsky, H., et al., Successful ingredients in the SMILE study: resident, staff, and management factors influence the effects of humor therapy in residential aged care. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2014. 22(12): p. 1427-37.
- Aiken, L.H., et al., Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health affairs*, 2017.5
- Aiken, L.H., et al., Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health Serv Res*, 2010. 45(4): p. 904-21.
- Twigg, D. and K. McCullough, Nurse retention: a review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *Int J Nurs Stud*, 2014. 51(1): p. 85-92.
- Needleman, J. and S. Hassmiller, The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results. *Health Aff (Millwood)*, 2009. 28(4): p. w625-33.

54. Goetz, K., M. Janney, and K. Ramsey, When nursing takes ownership of financial outcomes: achieving exceptional financial performance through leadership, strategy, and execution. *Nurs Econ*, 2011. 29(4): p. 173-82.
55. Kelly, L.A., M.D. McHugh, and L.H. Aiken, Nurse outcomes in Magnet(R) and non-magnet hospitals. *J Nurs Adm*, 2011. 41(10): p. 428-33.
56. Institute of Medicine, Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses 2004, the National Academies Press: Washington D.C.
57. Stimpfel, A.W., J.E. Rosen, and M.D. McHugh, Understanding the role of the professional practice environment on quality of care in Magnet(R) and non-Magnet hospitals. *J Nurs Adm*, 2014. 44(1): p. 10-6.
58. Jeon, Y.H., et al., Policy options to improve leadership of middle managers in the Australian residential aged care setting: a narrative synthesis. *BMC Health Serv Res*, 2010. 10: p. 190.
59. Jeon, Y.H. and H. Kendig, Chapter 14 Care and Support for Older People, in *Ageing in Australia: Challenges and Opportunities*, K. O'Loughlin, C. Browning, and H. Kendig, Editors. 2017, Springer: New York.
60. Forster, P., *Queensland Health Systems Review*. 2005.
61. Francis, R., *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*. 2013: London.
62. Rao, A.D., A. Kumar, and M. McHugh, Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-Day Mortality and Failure to Rescue. *J Nurs Scholarsh*, 2017. 49(1): p. 73-79.
63. McHugh, M.D., et al., Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated With Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients. *Med Care*, 2016. 54(1): p. 74-80.
64. Lasater, K.B. and M.D. McHugh, Nurse staffing and the work environment linked to readmissions among older adults following elective total hip and knee replacement. *Int J Qual Health Care*, 2016. 28(2): p. 253-8.
65. Lasater, K.B. and M.D. McHugh, Reducing Hospital Readmission Disparities of Older Black and White Adults After Elective Joint Replacement: The Role of Nurse Staffing. *J Am Geriatr Soc*, 2016. 64(12): p. 2593-2598.
66. IOM, *Transforming health care scheduling and access: getting to now*. 2015, IOM: Washington, DC.
67. Oche, M. and H. Adamu, Determinants of patient waiting time in the general outpatient department of a tertiary health institution in north Western Nigeria. *Ann Med Health Sci Res*, 2013. 3(4): p. 588-92.
68. Siciliani, L., M. Borowitz, and V. Moran, *Waiting time policies in the healthsector: What works*. 2013.
69. Algosio, V. *Philosophical Views in Nursing*. 2014 [cited 2017 12 October]; Available from: <https://www.slideshare.net/virgilioalagosio/philosophical-views-in-nursing>.
70. Jones, T.L., P. Hamilton, and N. Murry, Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud*, 2015. 52(6): p. 1121-37.
71. Special Rapporteur, *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health 2016*, WHO: Geneva.
72. Aiken, L.H., et al., *Nurses' reports on hospital care in five countries*. Health affairs, 2017.
73. Advisory Board. *This nurse-led approach cut hospital readmission rates by 56 percent*. 2017 [cited 2017 16 November]; Available from: <https://www.advisory.com/daily-briefing/2017/06/13/readmission-rates>.
74. Sun Health. *Sun Health Care Transitions*. 2017 [cited 2017 16 November]; Available from: <http://www.sunhealth.org/hospital-transition-plan/>.
75. Spence, M. and L. Lewis, *Health and Growth*. 2009, The World Bank: Washington.
76. Kapferer, S. *The importance of investing in health*. 2015 [cited 2017 6 October]; Available from: <https://www.weforum.org/agenda/2015/12/the-importance-of-investing-in-health/>.
77. Frenk, J. *Health and the economy: A vital relationship*. 2004 [cited 2017 6 October]; Available from: [http://oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/Health\\_and\\_the\\_economy:\\_A\\_vital\\_relationship\\_.html](http://oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/Health_and_the_economy:_A_vital_relationship_.html).
78. World Health Organization, *Anchoring universal health coverage in the right to health: What difference does it make?* 2015, WHO: Geneva.
79. KPMG, *Investing in Health: An economic and qualitative analysis of the impacts of the primary care phase of NHI in The Bahamas*. 2017.
80. Jamison, D.T., et al., *Global health 2035: a world converging within a generation*. *Lancet*, 2013. 382(9908): p. 1898-955.
81. Summers, L.H. and signatories, *Economists' declaration on universal health coverage*. *Lancet*, 2015. 386(10008): p. 2112-2113.
82. World Health Organization. *Questions and Answers on Universal Health Coverage*. 2017 [cited 2017 9 October]; Available from: <http://www.who.int/contracting/documents/QandAUHC.pdf?ua=1>.
83. KPMG, *Universal Healthcare: One place, many paths*. 2016
84. Taylor, J., *Five top tips on how to make person centred care really work*, in *theguardian*. 2014, *theguardian*.
85. World Health Organization, *People-Centred Health Care: Policy Framework*. 2007, WHO: Geneva.
86. Richards, M.K. and A.B. Goldin, *Patient-centered care and quality: Activating the system and the patient*. *Semin Pediatr Surg*, 2015. 24(6): p. 319-22.
87. Forsyth, L., E. Rawstron, and K. Hawkins. *Patient experience: recalibrating our ideas of success in healthcare*. 2017 [cited 2017 9 October]; Available from: <https://home.kpmg.com/au/en/home/insights/2017/05/patient-experience-recalibrating-health-care-success.html>.
88. Bertakis, K.D. and R. Azari, *Patient-centered care is associated with decreased health care utilization*. *J Am Board Fam Med*, 2011. 24(3): p. 229-39.
89. Gurría, A. *People at the Centre: The Future of Health—opening remarks at 2017 OECD High-Level Policy Forum*. 2017 [cited 2017 20 October]; Available from: <http://www.oecd.org/about/secretary-general/people-at-the-centre-the-future-of-health-opening-remarks.htm>.
90. World Health Organization. *People at the centre of care*. 2017 [cited 2017 3 April]; Available from: [http://www.wpro.who.int/health\\_services/people\\_at\\_the\\_centre\\_of\\_care/definition/en/](http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/definition/en/).
91. American Nurses Association, *The Value of Nursing Care Coordination: A White paper of the American Nurses Association*. 2012, ANA.
92. Basu, R., et al., *Cost-effectiveness of the chronic disease self-management program: implications for community-based organizations*. *Front Public Health*, 2015. 3: p. 27.
93. Pesut, B., et al., *Nurse-led navigation to provide early palliative care in rural areas: a pilot study*. *BMC Palliat Care*, 2017. 16(1): p. 37.
94. Ernst & Young. *Health reimagined: a new participatory health paradigm*. 2016 [cited 2017 20 October]; Available from: [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY\\_-\\_Health\\_reimagined:\\_a\\_new\\_participatory\\_health\\_paradigm/\\$FILE/ey-health-reimagined-2016.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY_-_Health_reimagined:_a_new_participatory_health_paradigm/$FILE/ey-health-reimagined-2016.pdf).
95. High-level Commission on Health Employment and Economic Growth, *Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce*. 2016,
96. Needleman, J. and S. Hassmiller, *The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results*. *Health Aff (Millwood)*, 2009. 28(4): p. w625-33.
97. Institute of Medicine, *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate?* 1996, Washington, DC: The National Academies Press.
98. Kutney-Lee, A., et al., *Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition*. *Med Care*, 2015. 53(6): p. 550-7.
99. Ernst & Young, *Nursing reforms Paradigm shift for a bright future*. 2016.
100. Chief Nursing and Midwifery Officer, *Wales. Nursing and Midwifery in Wales*. 2016 [cited 2017 27 November]; Available from: <http://gov.wales/docs/phhs/publications/161222prioritiesen.pdf>.
101. Prudent Healthcare *Making prudent healthcare happen*. 2017 [cited 2017 27 November]; Available from: <http://www.prudenthealthcare.org.uk/>.
102. Commission of the four Chief Nursing Officers, *N. Enabling professionalism in nursing and midwifery practice*. 2015 [cited 2017 27 November]; Available from: <http://gov.wales/docs/phhs/publications/170508professionalismen.pdf>.
103. NHS Wales. *Nurse Staffing Levels (Wales) Act 2016*. 2016 [cited 2017 27 November]; Available from: <http://gov.wales/docs/phhs/publications/171102nurse-staffingen.pdf>.
104. NHS Wales. *Advanced Practice*. 2010 [cited 2017 27 November]; Available from: <http://www.weds.wales.nhs.uk/advanced-practice/>.
105. Mason, D., et al., *Policy and Politics in Nursing and Health Care*. 6th ed. 2016, St Louis: Elsevier.
106. White, J., *Through a socio-political lens: The relationship of practice, education, research, and policy to social justice*, in *Philosophies and practices of emancipatory nursing: social justice as praxis*, P. Kagan, M. Smith, and P. Chinn, Editors. 2014, Routledge: New York. p. 298-308.
107. Walt, G. and L. Gilson, *Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis*. *Health Policy Plan*, 1994. 9(4): p. 353-70.
108. Buse, K., N. Mays, and G. Walt, *Making Health Policy*. 2nd ed. 2012, Maidenhead, UK: McGraw Hill.
109. Shiffman, J., et al., *A framework on the emergence and effectiveness of global health networks*. *Health Policy Plan*, 2016. 31 Suppl 1: p. i3-16.
110. Shiffman, J., *Four Challenges That Global Health Networks Face*. *Int J Health Policy Manag*, 2017. 6(4): p. 183-189.
111. Cohen, S.S., et al., *Stages of nursing's political development: where we've been and where we ought to go*. *Nurs Outlook*, 1996. 44(6): p. 259-66.
112. White, J., *The Magic Pudding: Comment on "Four challenges that global health networks face"*. *International Journal of Health Policy Management*, 2017. 6.
113. Secretariat of the Pacific Community. *Pacific in an crisis, leaders declare*. 2011 [cited 2017 1 November]; Available from: [http://www.spc.int/hpl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=124](http://www.spc.int/hpl/index.php?option=com_content&task=view&id=124).
114. Department of Foreign Affairs and Trade, *Health for Development Strategy 2015–2020*. 2015, Australian Government.



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

Diskuzi můžete sledovat pomocí hashtagů  
**#VoiceToLead** a **#IND2018**

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