

**SESTRY**  
JAKO VEDOUČÍ HLAS  
ZDRAVÍ PRO VŠECHNY



**ZDRAVÍ PRO VŠECHNY  
OŠETŘOVATELSTVÍ, GLOBÁLNÍ  
ZDRAVÍ A VŠEOBECNĚ  
DOSTUPNÁ ZDRAVOTNÍ PÉČE**

MEZINÁRODNÍ DEN SESTER 2019  
ZDROJE A DŮKAZY

MEZINÁRODNÍ RADA SESTER





Vedoucí projektu: Howard Catton

**Autoři: David Stewart, Erica Burton, prof. Jill White, prof. Marla Salmon, Amanda McClelland**

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

Poradní komise:

**Elisabeth Madigan, výkonná ředitelka, Sigma Theta Tau International**

**Kawaldip Sehmi, výkonný ředitel, Mezinárodní aliance patientských organizací (IAPO)**

Dr. Walter De Caro, Consociazione Nazionale Associazioni Infermieri

T. Dileep Kumar, prezident, Indian Nursing Council

Ellen Ku, prezidentka, College of Nursing, Hongkong

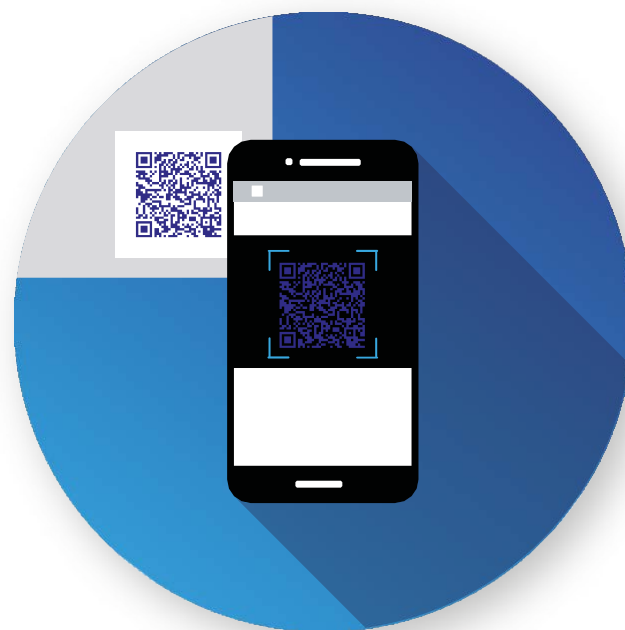
**Michael Larui, národní ředitel pro ošetrovatelství na ministerstvu zdravotnictví Solomonových ostrovů a předseda sekretariátu organizace Pacific Nurses Forum**

Grafický návrh: Artifex Creative Webnet Ltd.

Všechna práva vyhrazena, a **to včetně překladů do jiných jazyků. Žádná část této publikace nesmí být rozmnožována tiskem, fotokopíemi ani žádným jiným způsobem, nesmí být uložena v systému umožňujícím vyhledávání informací, ani v žádné formě přenesena nebo prodána bez výslovného písemného souhlasu Mezinárodní rady sester. Krátké výňatky (do 300 slov) mohou být použity bez vyžádání souhlasu za předpokladu, že je uveden zdroj citace.**

Copyright © 2019 ICN-International Council of Nurses, 3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN : 978-92-95099-60-9



## JAK POUŽÍVAT INTERAKTIVNÍ OBSAH

**Na různých místech v této publikaci najdete značky, jako je ta nahoře. Když naskenujete značku fotoaparátem mobilního telefonu, automaticky se vám přehraje video.**

**Pro zobrazení obsahu si stáhněte jakoukoli čtečku QR kódů z obchodu s aplikacemi.**

# OBSAH

<b>ÚVODNÍ SLOVO PREZIDENTKY ICN</b>	4
<b>ČÁST PRVNÍ Zdraví pro všechny</b>	5
<b>Výzva, před kterou stojíme</b>	5
Co znamená „zdraví pro všechny“?	7
Od zdraví pro všechny k <b>všeobecně dostupné zdravotní péči</b>	9
<b>Proč by se sestry měly zajímat o</b> globální zdravotní výzvy, které mají negativní dopad na „zdraví pro všechny“?	11
<b>ČÁST DRUHÁ Globální zdravotní výzvy s negativním dopadem na „zdraví pro všechny“</b>	14
Zdraví pro všechny a témata ICN pro letošní rok	14
Globální zdravotní výzva <b>č. 1: Nemoci známé i neznámé: epidemie/pandemie</b>	16
Globální zdravotní výzva <b>č. 2: Důsledek životního stylu a prostředí – neinfekční nemoci</b>	22
Globální zdravotní výzva <b>č. 3: Jak dosáhnout výsledků zdravotní péče, na kterých pacientům záleží, za cenu, kterou si země mohou dovolit</b>	27
Globální zdravotní výzva <b>č. 4: Svět v pohybu</b>	34
Globální zdravotní výzva <b>č. 5: Naše duševní zdraví a pohoda</b>	40
Globální zdravotní výzva <b>č. 6: Dopady násilí na zdravotní péči a na nás všechny</b>	46
<b>ČÁST TŘETÍ Vedení: nový úhel pohledu</b>	52
<b>Počátky sester ve vedoucích rolích</b>	52
Inovativní cesty ke zdraví pro všechny: práce sester a <b>ošetřovatelské profese</b>	54

Foto: Ministerstvo zdravotnictví, Tchaj-wan

# ÚVODNÍ SLOVO PREZIDENTKY ICN

Mezinárodní rada sester vybírá každý rok téma pro Mezinárodní den sester, který se slaví 12. května, v den narození Florence Nightingale. V minulých dvou letech jsme se zaměřili na roli sester jako vedoucího hlasu ve zdravotnictví. V roce 2017 jsme zkoumali roli sester v dosahování cílů udržitelného rozvoje a v roce 2018 v kontextu lidského práva na zdraví. Letos se podíváme na to, jak se mohou sestry zasadit o zdraví pro všechny.

**Sestry po celém světě přispívají každý den ke zdraví pro všechny v těch nejnáročnějších podmínkách a s omezenými zdroji, když poskytují zdravotní péči těm, kdo ji nejvíce potřebují. Příkladem může být Uganda (str. 20), kde ošetrovatelský personál navštěvuje vesnice a předává místním obyvatelům základní zdravotní doporučení, zejména v oblasti osobní a domácí hygieny. Sestry si s jednotlivými komunitami vytváří úzké vztahy a v každé vesnici spolupracují s místním zdravotníkem. Je to vidět i v USA (str. 6), kde sestry spolupracují se sociálními pracovníky na budování úzkých vztahů s komunitou a potřebně obeznámenosti s místním prostředím, aby mohly poskytovat kvalitní zdravotní péči a koordinované služby lidem bez domova a těm, kteří se potýkají se závislostmi nebo s přechodem z vězeňského do běžného života.**

Jako ti, kdo mají k pacientům nejbližší, se sestry podílí i na tom, aby byl při politických jednáních slyšet také hlas pacientů. V rámci Valného shromáždění OSN 2019 letos proběhne vůbec první zasedání OSN na vysoké úrovni o všeobecné dostupnosti zdravotní péče. Pro

sestry to znamená příležitost, aby se k této otázce vyjádřily. Musíme být připravení a zdroje a důkazy obsažené v tomto dokumentu by měly sestřám po celém světě pomoci pochopit jednotlivé aspekty všeobecně dostupné zdravotní péče a role sester v ní.

**Mezinárodní rada sester je přesvědčena o tom, že sestry mohou jako součást multidisciplinárních týmů přispět k vytvoření zdravotnických systémů, které berou ohled na sociální, ekonomické, kulturní a politické determinanty zdraví. Můžeme se tak vypořádat s nerovnostmi v oblasti zdraví, a pokud se zaměříme na podporu zdraví a prevenci nemocí u celých populací namísto u jednotlivců, můžeme zlepšit zdraví všech lidí všude na světě.**

**A konečně jsme také přesvědčeni o tom, že nastal čas, aby sestry převzaly vedoucí úlohu. Jako celosvětově nejpočetnější skupina zdravotnických pracovníků, která pracuje ve všech oblastech zdravotní péče, mají sestry obrovský potenciál a jsou nesmírně cenným zdrojem. Pokud tento potenciál správně využijeme, můžeme konečně dosáhnout vize zdraví pro všechny.**



Annette Kennedy  
Prezidentka Mezinárodní rady sester (ICN)

# ČÁST PRVNÍ ZDRAVÍ PRO VŠECHNY

**„Na světě není vzácnější komodita než lidské zdraví.“ - Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, generální ředitel WHO<sup>1</sup>**

Dne 12. září 1978 se v Alma-Atě (dnes Almaty) v Kazachstánu sešli zástupci 134 zemí na mezinárodní konferenci o **primární zdravotní péči**. **Tato událost se stala důležitým milníkem v historii veřejného zdraví a** byla první svého druhu, na které **se státy, zdravotníci a** rozvojoví pracovníci a globální komunita zavázali k **ochraně a podpoře zdraví všech lidí na světě prostřednictvím primární zdravotní péče.**<sup>2</sup>

**Deklarace přijatá na této konferenci obsahovala zcela zásadní poselství, jako je podpora představitelů komunit v plánování zdravotní péče, omezení elitářství v moderní medicíně a boj se sociální nerovností pro dosažení lepších výsledků zdravotní péče.**<sup>3</sup> Poprvé byl také vysloven cíl „zdraví pro všechny“ včetně postupů a kroků pro jeho dosažení.

**Ve své podstatě deklarace z Alma-Aty potvrdila, že zlepšení zdraví je možné dosáhnout jen kombinací zdravotnických věd, zdravého ekonomického přístupu**

## VÝZVA, PŘED KTEROU STOJÍME

**Přestože po celém světě dochází k významným zdravotnickým a technologickým pokrokům, mezi jednotlivými zeměmi i uvnitř nich narůstá nerovnost ve zlepšování zdraví. Biomedicínský a technologický přístup ke zdraví má v oblasti zlepšování zdraví svá omezení, zejména pokud přistupujeme ke zdraví komplexně jako ke „stavu úplné fyzické, duševní a sociální pohody“.**<sup>4</sup> Dokonce by bylo možné namítnout, že **biomedicínský přístup ke zdraví vede k zanedbávání ostatních determinantů zdraví.**

Toho si všímá i nedávná zpráva komise WHO na **vyšší úrovni pro neinfekční nemoci (jinak také známých jako chronické nemoci).** **Ve zprávě stojí, že při zachování současného stavu se nepodaří splnit jeden z dílčích cílů udržitelného rozvoje (Sustainable Development Goals, SDGs), kterým je snížit do roku 2030 předčasnou úmrtnost na neinfekční nemoci o 30 %. Hlavním důvodem je podle komise to, že „řada politických závazků se v praxi nerealizuje a země nejsou na dobré cestě k tomu tento dílčí cíl splnit. Kroky, které jednotlivé země podnikají, jsou přinejlepším nevyrovnané. Investice na národní úrovni jsou žalostně nízké a ani na mezinárodní úrovni se nedaří zajistit dostatek financí.“**<sup>45</sup> Pokud máme

a politiky a **kroků k potlačení sociální nespravedlnosti. Otevřeně v ní také stojí, že „zdraví je lidské právo“. Dokud přetrvává nerovnost a nespravedlnost, není možné zdraví pro všechny dosáhnout.**

I **po čtyřiceti letech** jsou formulace obsažené v **alma-atské deklaraci stále relevantní. Přestože od roku 1978 došlo v některých oblastech k posunu, stejně tak došlo k posunu i v oblasti zdravotních problémů. Změny v životním stylu a životním prostředí vedly ke vzniku nových výzev v oblasti zdraví: na chronické nemoci dnes umírá větší počet lidí než na ty infekční. Nerovné rozdělení bohatství a politické vyloučení přetrvává a propast mezi bohatými a chudými se prohloubila. Z globálního hlediska došlo k posílení vztahů mezi různými částmi světa díky cestování, obchodu i kulturní výměně. To vedlo ke vzniku nových komerčních zájmů na potravinách, alkoholu a tabáku, které často podřívají úsilí jednotlivých zemí a komplikují jejich snahu o snížení míry výskytu neinfekčních nemocí. Spíše než konečný stav věcí je tedy „zdraví pro všechny“ výzva k akci v oblasti sociální spravedlnosti, jejímž hlavním poselstvím je, aby se všechny země i mezinárodní komunita zasadily o zlepšení lidského zdraví.**

**snížit předčasnou úmrtnost, je potřeba, aby byl na zdraví brán ohled ve všech politických rozhodnutích celé vlády a aby se celá společnost zapojila do řešení sociálních determinantů zdraví včetně životního stylu a životního prostředí. Zpráva nicméně uvádí, že „v oblasti neinfekčních nemocí chybí politická vůle, odhodlání, kapacita i praktické kroky“. A konečně zpráva dodává, že pro úspěšný výsledek je nutné příslušná opatření postavit na lidských právech.**

S podobným problémem se nepotýká jen boj s **neinfekčními nemocemi**. Jak ukazují data, zdraví a kvalita života lidí ve 20. století (obr. 4) **trpěly pohromami, chudobou, infekčními nemocemi, válkami a dalšími humanitárními faktory.**

Aby mohly vlády a **zdravotnická zařízení co nejlépe využít omezené zdroje, které mají k dispozici, musí udělat některá obtížná rozhodnutí. Sestry mají ideální postavení k tomu, aby vedly a poskytovaly podklady pro rozhodování ve zdravotnických službách a při tvorbě zdravotnické politiky: jsou těmi, kdo se zastává zájmů pacientů, mají potřebnou schopnost vědeckého myšlení a díky svému počtu a rozsahu poskytované péče působí ve všech životních etapách člověka a v celém kontinuu péče.**



Foto: Cyrus Batheja

## Případová studie

# POSKYTOVÁNÍ PÉČE ČASTÝM NÁVŠTĚVNÍKŮM POHOTOVOUŠTI, KTERÍ JSOU BEZ DOMOVA NEBO SE POTÝKAJÍ SE ZÁVISLOSTÍ NEBO PŘECHODEM Z VĚZEŇSKÉHO ŽIVOTA

- Dr. Cyrus Batheja, USA

Paradox „utrat' víc, ziskej míň“ americké zdravotní péče je dobře zdokumentovaný. Kombinací nedostatečných investic do sociálních služeb a špatné koordinace podpory vzniká roztržštěný systém, kterému se nedaří dosáhnout přijatelných výsledků pro pacienty. Finanční i jiné dopady neefektivní zdravotní péče o pacienty s těmi nejsložitějšími potřebami pocítují všechny státy i místní komunity. Sociální determinanty zdraví mají zásadní vliv na výsledky zdravotní péče a vedou ke zvýšení nákladů na péči. Pokud máme u pacientů se složitými potřebami dosáhnout nejlepších možných výsledků, musíme řešit sociální problémy, z nichž plynou problémy zdravotní. Vyžaduje to také specializované modely péče, aby se péče dostalo i pacientům, kteří k ní tradičně neměli přístup.

Organizace United Healthcare si je vědoma problémů, kterým čelí tisíce Američanů, a vyvinula proto místní řešení s názvem myConnections určené pro časté návštěvníky nemocničních pohotovostí, kteří jsou bez domova nebo se potýkají se závislostí či s přechodem z vězeňského života. V tomto biopsychosociálním řešení založeném na důkazech, které pomáhá měnit lidské životy propojením zdravotních a sociálních služeb, pracují týmy v rámci komunitních center poskytujících ubytování a kvalitní péči založenou na důkazech a porozumění pro prožitá traumata pacientů (*trauma-informed care*). Cílem této služby je zlepšit výsledky a omezit neefektivní využívání zdravotní péče u vysoce rizikových pacientů s vysokými náklady na péči.

Služba myConnections pracuje se sociálními determinanty zdraví, a proto se zaměřuje na úzké vztahy s komunitami a obeznámenost s místním prostředím, aby dokázala poskytovat pacientům s těmi nejsložitějšími potřebami vysoce kvalitní zdravotní péči a koordinované služby.

Na základě interních dat o úhradách zdravotní péče vytvořila služba myConnections metodu pro vyhledávání ohnísek s velkým počtem pacientů se složitými potřebami v rámci celých Spojených států. Pomocí tohoto přístupu služba našla více než 25 000 pacientů bez domova, z nichž cílí na 10 % těch nejohroženějších.

Model péče myConnections stojí na partnerství sociálních pracovníků a sester, kteří se s pacientem spojí a podle jeho potřeb a přání mu vytvoří program na míru. Tento dvojčlenný tým potom s pacienty úzce spolupracuje s cílem zajistit pro ně bezpečné bydlení, které je poskytováno za nízký poplatek nebo zdarma na 12 až 24 měsíců. Dalším cílem je nabídnout pacientovi špičkové behaviorální zdravotní služby, jako je dialektická behaviorální terapie, tzv. MAT terapie (*medication assisted therapy*), což je substituční léčba spojená s poradenstvím a behaviorální terapií, a primární péče s porozuměním pro prožitá traumata pacientů. Tento přístup zahrnuje i motivační rozhovory a pozitivní psychologii. Dvojice pracovníků také pomůže pacientovi vyznat se v dávkách sociální podpory, jako je podpora ze sociálního zabezpečení a příspěvky na potraviny a bydlení, pro zajištění dlouhodobé soběstačnosti.

## CO ZNAMENÁ „ZDRAVÍ PRO VŠECHNY“ ?

„Zdraví pro všechny znamená zajistit, aby byly zdravotní služby dosažitelné pro všechny obyvatele **dané země.**“ Zdraví v tomto kontextu znamená nejen dostupnost zdravotních služeb, ale komplexní stav fyzického a **duševního zdraví, který lidem umožňuje vést společensky a ekonomicky produktivní život.**<sup>6</sup>

Obr. 1: „Zdraví pro všechny“ je (Mahler, 2016)<sup>6</sup>



Tento model pohlíží na zdraví jako na lidské právo, kde jsou faktory sociálního rozvoje a ekonomiky **předpokladem k zajištění zdraví pro všechny. Důraz se klade na ochranu a podporu zdraví, kam patří i eliminace sociálního vyloučení a nerovností ve zdraví. To má zase zpětně kladný vliv na ekonomický a sociální rozvoj i světový mír. Podklady pro tyto závěry zveřejnila komise Lancet Commission, podle níž bude mít každý dolar investovaný od nynějška až do roku 2035 návratnost 9 až 20 dolarů.**<sup>7</sup>

Sestry jsou jednou z **nejdůležitějších profesí, která prosazuje zájmy pacientů jako spotřebitelů zdravotní péče a která vnímá kolektivní a individuální účast na plánování a realizaci péče o vlastní zdraví jako lidské právo i povinnost.** V etickém kodexu Mezinárodní rady sester (ICN) **stojí: „Nedílnou součástí ošetřovatelství je respekt k lidským**

**právům, včetně kulturních práv, práva na život a na možnost volby, na důstojnost a na důstojné zacházení. Ošetřovatelská péče se poskytuje s respektem vůči pacientovi a bez ohledu na věk, barvu pleti, vyznání, kulturu, zdravotní postižení nebo nemoc, pohlaví, sexuální orientaci, národnost, politické přesvědčení, rasu či sociální postavení. Sestry poskytují zdravotní služby jednotlivcům, rodinám i komunitám a poskytované služby koordinují s dalšími souvisejícími profesemi. Potřeba ošetřovatelské péče je univerzální.**<sup>8</sup>

Ideály a **stěžejní principy „zdraví pro všechny“ tak, jak bylo deklarováno v roce 1978, zatím nebyly naplněny. Přesto ale došlo v této oblasti k významnému pokroku. Díky zapojení zemí do plnění cílů udržitelného rozvoje (SDGs) se daří provádět kroky potřebné k vymýcení problémů naší doby.**



Foto: Kartika Kurnisari

## Případová studie

# RACHEL HOUSE – POSKYTOVÁNÍ KOMUNITNÍ PALIATIVNÍ PÉČE, Indonésie

V Indonésii přibude každoročně 1 200 nových pacientů s rakovinou mezi dětmi a mladistvými do 18 let a také značný počet dětí s HIV/AIDS. Je tedy zjevné, že je tu naléhavě zapotřebí dětská paliativní péče.<sup>9</sup>

V reakci na nedostatek této péče vznikla služba Rachel House, první indonéská organizace zaměřená na dětskou paliativní péči. Vizí organizace je dosáhnout toho, aby žádné dítě nikdy nemuselo žít nebo umírat v bolestech. Většina pacientů organizace Rachel House je z chudých komunit a denní příjem jejich rodičů se pohybuje mezi 3 až 5 dolary. Jinak řečeno, pokud by děti měly být místo domácí péče hospitalizované, bude zbytek rodiny hladovět. Tváří v tvář této drsné realitě vyměnily naše sestry stejnojmenné za motocyklové helmy a vesty a vydaly se do přeplněných ulic Jakarta poskytovat komunitní paliativní péči.

Byly to právě sestry, kdo vedl rozvoj této životně důležité služby. Jako vysoce kvalifikovaní zdravotničtí pracovníci, jejichž vzdělání jim umožňuje provést jak fyzické, tak psychosociální posouzení pacienta, tráví sestry čas s dětmi a jejich rodinami, aby lépe poznaly jejich příběh a sociální okolnosti před i po onemocnění. Sestry se snaží seznámit s dítětem v první řadě jako s lidskou bytostí, ne jako s pacientem se symptomy. Tento přístup vyvolává v jejich řadách obrovskou vlnu soucitu a v konečném důsledku ještě větší oddanost těm, kterým pomáhají.

Péči o děti zajišťuje multidisciplinární tým. Jeho těžištěm jsou sestry, které budují podpůrné sítě okolo domácností dětských pacientů: využívají podporu místní komunity zdravotnických dobrovolníků proškolených organizací Rachel House, kontaktují a informují místní poskytovatele primární péče, zajišťují dostupnost potřebných léků v místní lékárně a spolupracují s partnerskými neziskovými organizacemi na zajištění výživy a další sociální podpory dítěte. Tým také provádí v místních komunitách školení, aby rozšířil povědomí o paliativní péči mezi veřejností i zdravotnickými pracovníky a zvýšil kapacitu pro management bolesti a symptomů.

Za 12 let své existence už organizace Rachel House pečovala o téměř 3 000 dětí a jejich rodin. V rámci Indonésie je považovaná za lídra v oblasti domácí dětské paliativní péče a sestry jsou často zvány, aby se o své znalosti podělily s nemocničním personálem po celé zemi. Kromě toho teď Rachel House poskytuje také vzdělání pro sestry v paliativní péči podle mezinárodních standardů a nabízí podporu nemocnicím, které chtějí pracovat na rozvoji integrovaných služeb paliativní péče. Snahou organizace Rachel House je vybudovat systém paliativní péče napříč celou Indonésií a zajistit, aby byl management bolesti a symptomů pro prevenci a zmírnění utrpení přístupný a finančně dostupný pro všechny.<sup>10</sup>



## OD ZDRAVÍ PRO VŠECHNY K VŠEOBECNĚ DOSTUPNÉ ZDRAVOTNÍ PÉČI



„Víme, že zajištění všeobecně dostupné zdravotní péče povede k redukci chudoby, vytvoření nových pracovních míst, ekonomickému růstu a ochraně komunit před propuknutím nákazy infekčními nemocemi. Současně také víme, že se rozrostou ekonomické příležitosti žen a ruku v ruce s tím půjde i zdraví a rozvoj jejich dětí.“

Generální ředitel WHO  
dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus<sup>11</sup>

**Všeobecně dostupná zdravotní péče** (*universal health coverage, UHC*) cílí na dosažení zdraví pro všechny ještě důsledněji než původní alma-atská deklarace. Hlavním důvodem je to, že usiluje o **komplexnější přístup k** základním zdravotním službám (nejen k **primární péči**) a bere v úvahu i **finanční aspekt těchto služeb**. **Nedostatkem současné koncepce všeobecně dostupné zdravotní péče je nicméně to, že** oproti alma-atské deklaraci v ní **chybí zaměření** na zapojení rodiny a komunity do rozhodování **ohledně zdravotní péče**. Aktuální výzvou pro **všeobecně dostupnou zdravotní péči pro příštích několik let tedy je**

**posílit postavení jednotlivců a komunit** a jejich zapojení do rozhodování s **cílem vytvořit lidštější, soběstačnější a méně finančně zatěžující zdravotnictví**.<sup>12</sup>

### Všeobecně dostupná zdravotní péče

„Všeobecně dostupná zdravotní péče znamená, že všichni lidé a komunity mohou **využívat podpůrné, preventivní, léčebné, rehabilitační a paliativní zdravotní služby, které potřebují, v dostatečné kvalitě na to, aby byly účinné, a současně je využití těchto služeb nesmí přivést do finanční tísně**.“<sup>13</sup>

**Přestože podepsání deklarace „Zdraví pro všechny do roku 2000“ v roce 1978 mělo podporu naprosté většiny zemí, motivace k dalším krokům rychle vyprchala. Trvalo více než dvacet let od této původní deklarace, než se věci daly znovu do pohybu pod vlivem globálních zdravotních hrozeb jako HIV/AIDS a tuberkulózy. V roce 2005 se potom země zavázaly k reformě finančních mechanismů pro zlepšení přístupu ke zdravotním službám. Tento závazek nabyl reálné podoby o osm let později na 67. zasedání Valného shromáždění OSN, kde byla přijata rezoluce o všeobecně dostupné zdravotní péči.**<sup>12</sup>

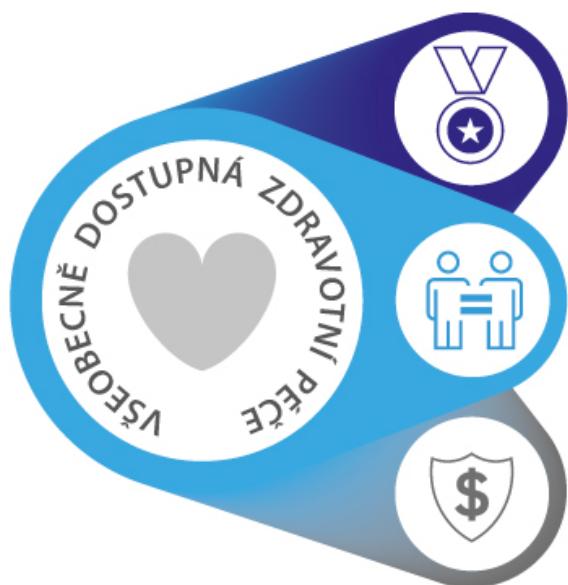


Foto: Kithsiri Mahasen Mulleriyawa



Foto: Rita Melifonwu

**Obr. 2: Tři související cíle všeobecně dostupné zdravotní péče**

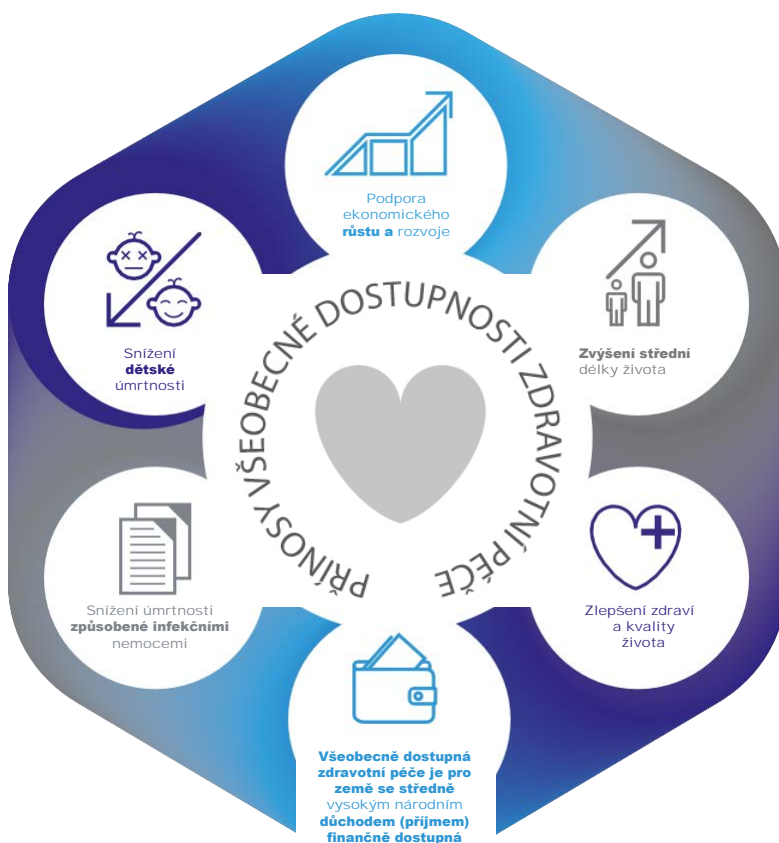


Kvalita zdravotních služeb **musí být dostatečně vysoká** na to, aby zlepšila **zdraví těch,** komu jsou tyto služby poskytovány.

**Rovný přístup ke zdravotním službám:** služby musí být poskytovány všem, kdo je **potřebují, nejen těm, kdo si je mohou finančně dovolit.**

**Lidé musí být chráněni před finančními riziky:** je nutné zajistit, aby je náklady na **využití služeb nepřivedly do finanční tísně.**

**Obr. 3: Přínosy všeobecné dostupnosti zdravotní péče**



## PROČ BY SE SESTRY MĚLY ZAJÍMAT O GLOBÁLNÍ ZDRAVOTNÍ VÝZVY, KTERÉ MAJÍ VLIV NA „ZDRAVÍ PRO VŠECHNY“?

Sestry poskytují v rámci rozsahu své činnosti vhodnou a dostupnou péči založenou na důkazech.

**Sestry pracují samostatně a v rámci multidisciplinárních týmů a** budují si vztahy s jinými profesemi tak, aby:

- Pomohly upřednostnit ty, kdo nejvíce potřebují pomoc, a zaměřit se na nerovnosti v oblasti zdraví.
- Maximalizovaly soběstačnost, zapojení a kontrolu komunit i jednotlivců.
- Zajistily spolupráci a partnerské vztahy s jinými sektory pro podporu co nejlepšího zdraví.



### Poskytovatelé péče jednotlivcům i komunitám a současně jejich zastánci.

**Sestry reagují na zdravotní potřeby jednotlivců, komunit a celého světa.**

**Součástí této rovnice je to,** jak blízko mají sestry k lidem. Sestry pracují s jednotlivci i komunitami a mají nejlepší pozici k tomu rozvíjet zdravotnické systémy, které budou lépe schopné plnit zdravotní potřeby populací.



### Kvalifikovaní odborní pracovníci s potenciálem zlepšit zdraví pro všechny.

**Ošetrovatelství jako profese podporuje veřejné zdraví, zastává se práv všech včetně těch nejvíce ohrožených skupin, poskytuje péči lidem všech věkových kategorií a edukuje komunity s cílem dosáhnout lepšího zdraví a kvality života.**

**Jako celosvětově nejpočetnější skupina zdravotnických pracovníků, která pracuje ve všech oblastech zdravotní péče, mají sestry obrovský potenciál a jsou nesmírně cenným zdrojem. Pokud tento potenciál správně využijeme, můžeme vizi zdraví pro všechny konečně naplnit.**

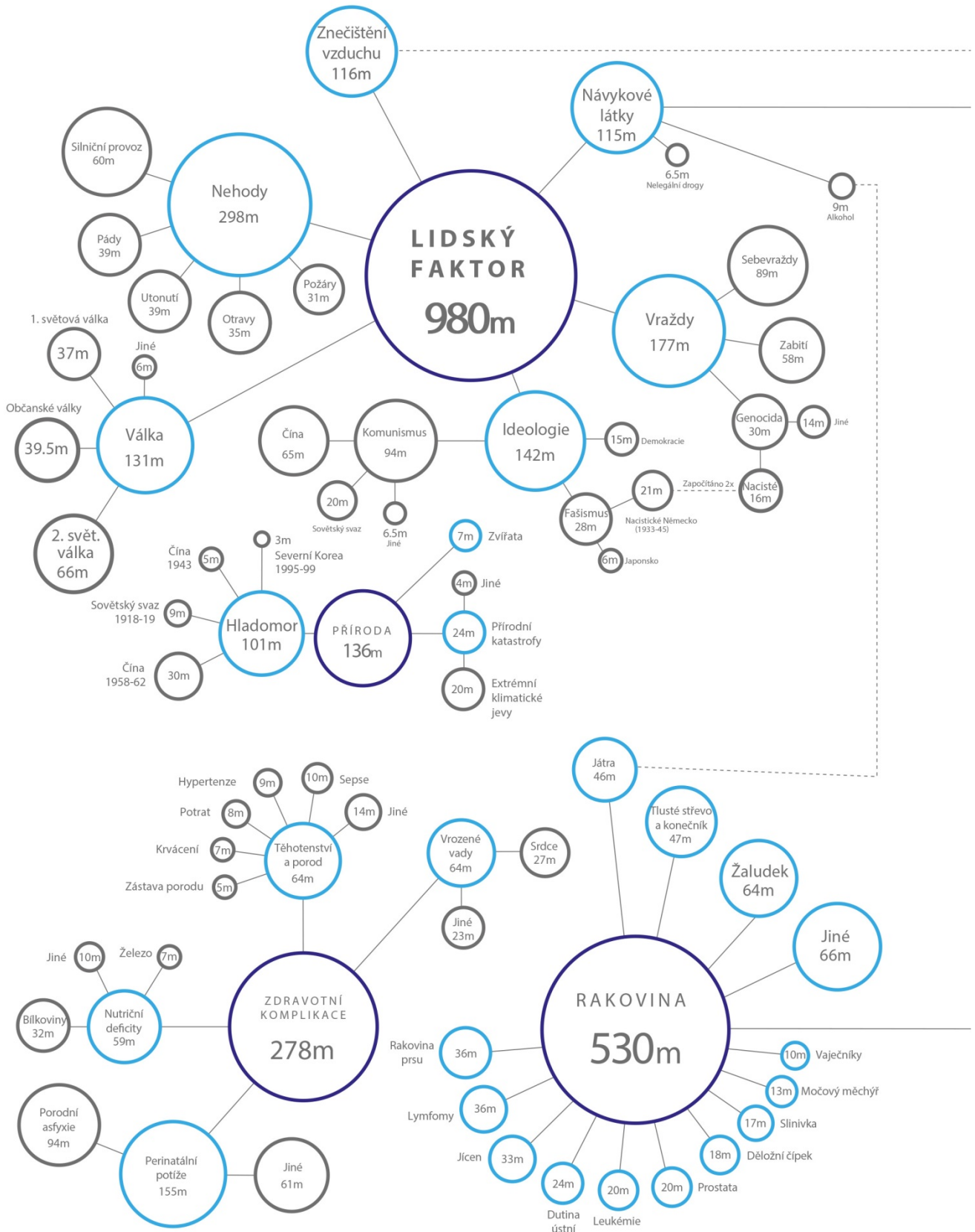


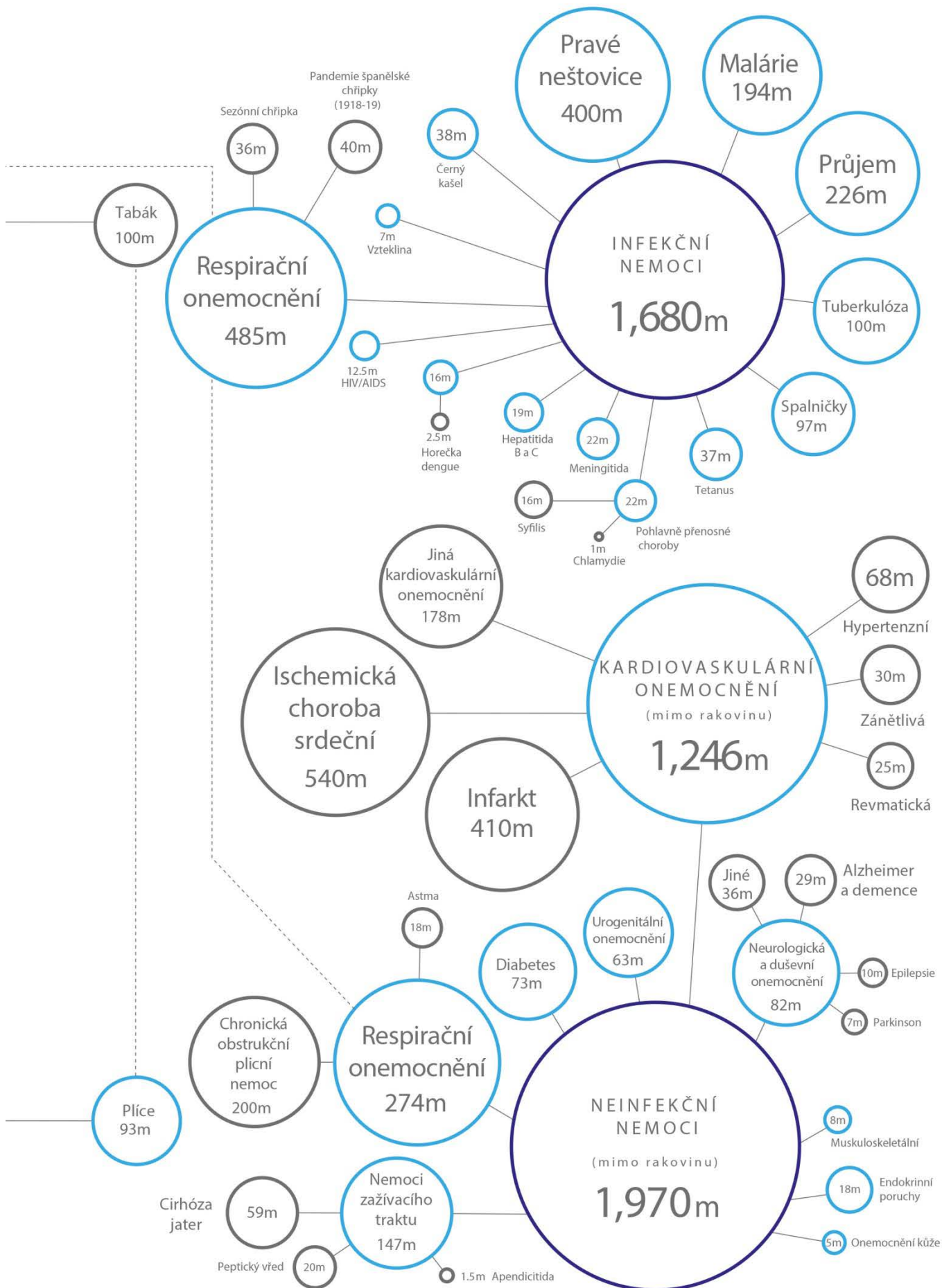
### Svět hledá možnosti, jak zajistit zdraví pro všechny.

Pokus alma-atské deklarace zajistit „zdraví pro všechny“ selhal. O **40 let později stále nemá polovina světové populace vůbec žádný přístup k** základním zdravotním službám.<sup>14</sup> **Při převládajícím pohledu na zdraví jako „absenci nemocí“ a čelním postavení tzv. medicínského modelu nebude zdraví pro všechny nikdy dosaženo.** Stárnoucí populace a **změna trendů v oblasti nemocí si vyžadují odlišný přístup ke zdraví postavený na holistickém přístupu a zaměřený na člověka. Právě tento model představuje základ ošetrovatelství. Doplnuje ho stále větší množství vědeckých poznatků o ošetrovatelství a rozšiřující se rozsah činností sester (např. možnost předepisovat léky, provádět zákroky, odesílat pacienty ke specialistům apod.).**

**Sestry jako součást multidisciplinárního týmu s vazbami na další sektory mohou vytvořit zdravotnický systém, který bere v potaz sociální, ekonomické, kulturní a politické determinanty zdraví i nerovnosti v oblasti zdraví a umožňuje podporu zdraví a prevenci nemocí, léčbu a péči o nemocné, komunitní rozvoj, obhajobu zájmů pacientů, rehabilitaci, společný postup jednotlivých sektorů a přístup založený na zdraví populací.<sup>15</sup>**

**Obr. 4: Případy úmrtí 20. století**  
**Information is beautiful (2012)**





## ČÁST DRUHÁ GLOBÁLNÍ ZDRAVOTNÍ VÝZVY S NEGATIVNÍM DOPADEM NA „ZDRAVÍ PRO VŠECHNY“



„Největším bohatstvím je zdraví.“ - Vergilius

### ZDRAVÍ PRO VŠECHNY A TÉMATA ICN PRO LETOŠNÍ ROK

Deklarace z Alma-Aty představila nový způsob podpory zdraví. Kromě přístupu ke kvalitním zdravotním službám tato deklarace vzala v potaz také důležitost sociálních, ekonomických a environmentálních faktorů, které mají dopad na zdraví jednotlivců i celých populací. Deklarace také stvrdila, že všichni lidé ve všech zemích světa mají základní právo na zdraví a že je povinností vlád toto právo respektovat.<sup>17</sup>

V sérii publikací k Mezinárodnímu dni sester zaměřených na vedoucí hlas sester jsme se zabývali oběma prvky: sociálními determinanty zdraví („Dosažení cílů udržitelného rozvoje“, 2017) i přístupem ke zdravotním službám („Zdraví je lidské právo“, 2018). Letošní publikace je třetí a poslední v této sérii, a proto se v ní zabýváme oběma faktory současně ve vztahu k některým dalším závažným globálním zdravotním výzvám naší doby a ukážeme, jak důležitou roli sestry hrají ve zlepšování zdraví a kvality života jednotlivců, komunit a celého světa.

### Obr. 5: Globální zdravotní výzvy s negativním dopadem na „zdraví pro všechny“



01 Nemoci známé i neznámé  
– epidemie/pandemie

02 Důsledek životního stylu a prostředí  
– neinfekční nemoci

03 Jak dosáhnout výsledků zdravotní péče, na kterých pacientům záleží, za cenu, kterou si země mohou dovolit – zdravotní péče založená na hodnotě

04 Svět v pohybu – zdraví migrantů

05 Naše duševní zdraví a pohoda

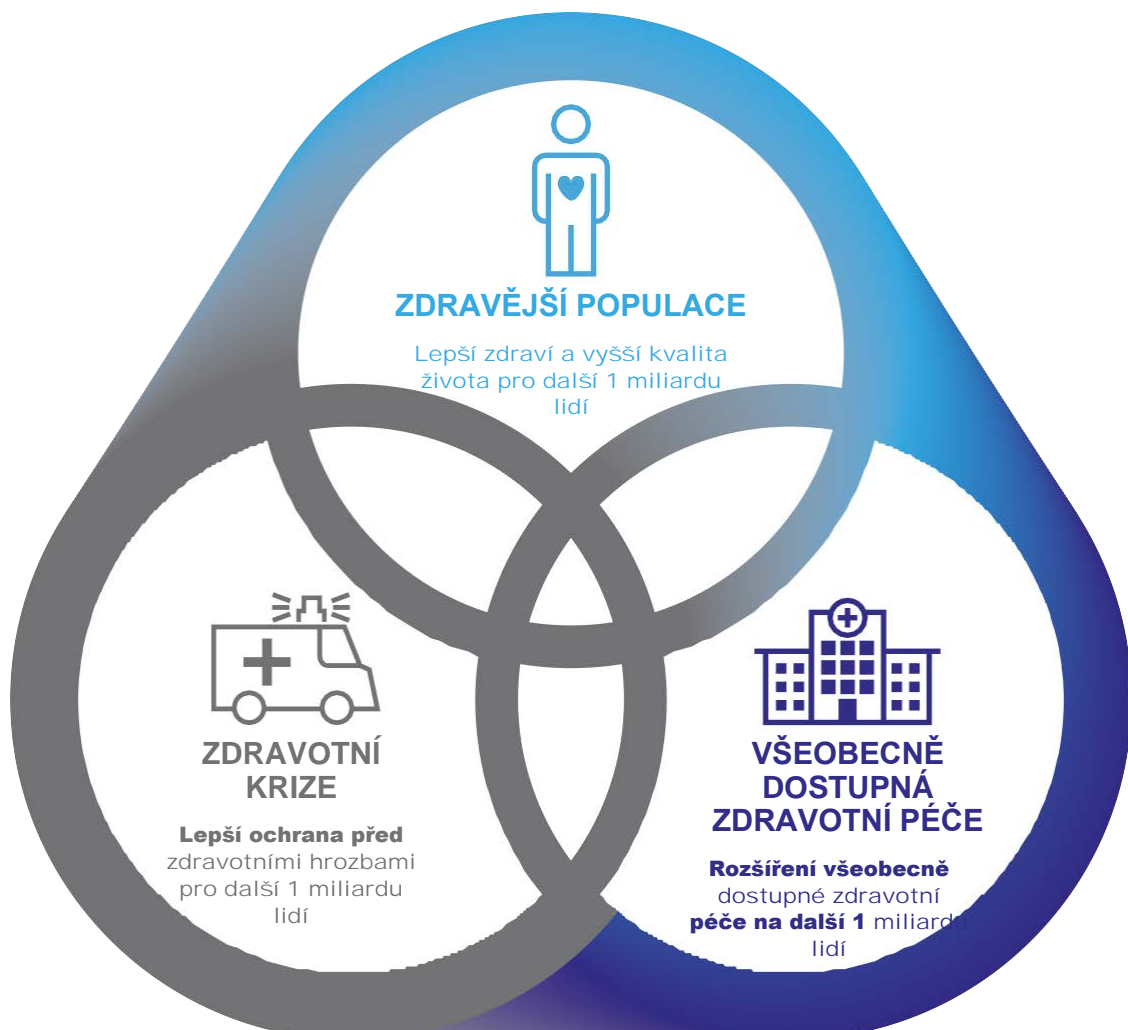
06 Dopady násilí na zdravotní péči a na nás všechny

Cíle **udržitelného rozvoje** představují jednotný strategický rámec pro celosvětovou zdravotní bezpečnost, všeobecnou dostupnost zdravotní péče a zdraví populací. Kladou důraz na důležitost integrovaného přístupu ke sledování jednotlivých priorit, protože ty se všechny navzájem ovlivňují. Pracovní plán WHO na příštích několik let proto má tři strategické priority, kterým se přezdívá tři „miliardové“ cíle:

1. **Rozšíření všeobecně dostupné zdravotní péče na další 1** miliardu lidí
2. **Lepší ochrana před zdravotními hrozbami** pro další 1 miliardu lidí
3. **Lepší zdraví a vyšší kvalita života** pro další 1 miliardu lidí



**Obr. 6: Soubor navzájem souvisejících strategických priorit a cílů pro zajištění zdraví a podporu kvality života pro všechny v každém věku z obecného pracovního programu WHO 2019–2023<sup>11</sup>**



# GLOBÁLNÍ ZDRAVOTNÍ VÝZVA Č. 1 NEMOCI ZNÁMÉ I NEZNÁMÉ: EPIDEMIE/PANDEMIE



„Epidemie na opačném konci světa jsou hrozbou pro nás pro všechny. Nic jako ‚místní‘ epidemie neexistuje.“

Prof. Peter Piot z výzkumné univerzity London School of Hygiene and Tropical Medicine, jeden z objevitelů eboly v roce 1976

Jednou z **nejvíce bezprostředních plošných hrozeb veřejnému zdraví, kterým široká veřejnost čelí, je propuknutí nákazy infekčními nemocemi.**<sup>18</sup> Vzhledem k frekvenci, s jakou se ohniska a **epidemie infekčních nemocí objevují, představují tyto události hrozbu pro veřejné zdraví celých komunit, která si žádá silné a odolné zdravotnické systémy. Infekční nemoci mohou propuknout kdykoli a kdekoli, jejich dopad je ale nejdrtivější tam, kde je oslabený a nepřipravený systém zdravotní péče. Během posledních několika let došlo bez varování k propuknutí nákazy na nejrůznějších místech světa. Patří sem například virus Ebola v západní Africe, MERS v Jižní Koreji, cholera v Jemenu nebo dýmějový mor na Madagaskaru.**<sup>19</sup>

**Nejedná se přitom o nic nového. V roce 2018 uplynulo sto let od začátku velké chřipkové pandemie roku 1918 (běžně označované jako španělská chřipka). Podle různých odhadů tenkrát chřipka přímo způsobila smrt 50 až 100 milionů lidí. V té době to představovalo 5 % světové populace. Chřipkou se celkem nakazilo půl miliardy lidí (třetina světové populace).**<sup>20</sup>



„Pokud byste se mě zeptali, jaké tři věci Filadelfie nejvíc potřebuje ke zdolání epidemie, řekl bych vám: ‚Sestry, další sestry a ještě více sester.‘“

Filadelfský úředník, 1918<sup>21</sup>

Chřipková pandemie propukla během první světové války, v době, kdy byly zdravotnické systémy nejvíce oslabené. Ve zdravotnictví po celém světě chyběl ošetrovatelský a lékařský personál, který sloužil v rámci válečného úsilí v Evropě (např. 80 % sester z východního pobřeží USA).<sup>21</sup> To vedlo k plošnému nedostatku sester.

**Jak se chřipka a její ničivé účinky začaly šířit, staraly se sestry o 50 až 60 pacientů denně. Sousedé a dokonce i členové rodiny se často zdráhali nemocným pomoci v obavě, že se sami nakazí. V konečném důsledku to tak byly sestry, kdo tuto bitvu bojoval až do konce.**

**Součástí reakce na celosvětový nedostatek zdravotníků v tomto období byl v mnoha částech světa nový přístup ke školení zdravotnických pracovníků.**

**Řady ošetrovatelských pracovníků se kromě registrovaných sester rozšířily o tzv. praktické sestry, které absolvovaly kratší, šestiměsíční výcvik. Důkazy naznačují, že hůře proškolení pracovníci a dobrovolníci se ve větší míře chřipkou sami nakazili a jejich pacienti měli horší zdravotní výsledky.**<sup>22</sup>

**Existují pádné důkazy o tom, že ošetrovatelská péče byla stěžejní a byla nejspolehlivějším ukazatelem míry přežití.**<sup>21</sup>

Vzhledem k tomu, že svět a světové ekonomiky jsou stále globálnější a mezinárodní cesty a obchod jsou na vzestupu, musíme se na zdraví dívat v celosvětovém kontextu. Španělské chřipce trvala její cesta kolem světa 18 měsíců. V dnešní době se může infekce potenciálně rozšířit z odlehle vesnice kdekoli na světě do libovolného velkého města během 36 hodin.<sup>23</sup> Nákaza sice může propuknout v místě s nestabilním zdravotnictvím a omezenými zdroji, patogen se ale dokáže rychle rozšířit a stát se hrozbou pro jakoukoli zemi.

Jak uvádí americké Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC): „Nedokážeme sice přesně předpovědět, kdy nebo kde propukne příští epidemie či pandemie, víme ale, že k tomu dojde.“<sup>23</sup> I z médií často slyšíme zprávy o novém nebo opakovaném výskytu infekční nemoci někde na světě. Zpráva Světové zdravotnické organizace za rok 2007 s názvem „A safer future: global public health security in the 21st century“<sup>24</sup> uvádí, že „od roku 1970 registrujeme nově vznikající nemoci s dosud nebývalou frekvencí jedné nebo více nemocí za rok.“

**80 %**

posuzovaných zemí není připraveno na propuknutí epidemie.<sup>25</sup>



Existuje řada rizikových faktorů jak pro propuknutí nákazy, tak pro její velice rychlé další šíření v rámci země i přes hranice. Mezi tyto faktory patří:

- Vyšší riziko „rozšíření“ (*spillover*) infekčních patogenů ze zvířat na člověka
- Rozvoj antimikrobiální rezistence
- Šíření infekčních nemocí prostřednictvím globálního cestování a obchodu
- Bioterroristické útoky
- Nedostatečná infrastruktura pro veřejné zdraví<sup>23</sup>

Prevence dalších epidemií a pandemií si žádá následující:

- **Monitorovací systémy** pro rychlé zaznamenání a ohlášení případů
- **Sítě laboratoří pro přesnou identifikaci** zdroje nemoci
- **Kvalifikovaný a kompetentní personál** pro zaznamenání, sledování a management nákazy a zamezení dalšímu šíření
- **Záchrané systémy pro koordinaci účinného** postupu
- **Přístup k bezpečným, účinným a finančně dostupným** lékům

## 6 bilionů dolarů

Podle odhadů budou pandemie pravděpodobně v následujícím století stát více než 6 bilionů dolarů, přičemž očekávané roční ztráty způsobené potenciálními pandemiemi představují více než 60 miliard dolarů. Těmto katastrofickým nákladům by ale mohla zabránit investice do budování celosvětových kapacit ve výši 4,5 miliardy dolarů ročně.<sup>23</sup>

## Celosvětová zdravotní bezpečnost: každá sestra může sehrát významnou roli

Když se před 15 lety objevilo virové onemocnění SARS, byli v centru epidemie pracovníci primární zdravotní péče a zejména sestry. Vysoký počet sester, které se SARS nakazily a zemřely, byl způsoben jejich rolí jako zdravotnických pracovníků, kteří jsou k infikovaným pacientům nejbližší, a to často bez dostatečných preventivních opatření k zabránění přenosu infekce, jejímž původcem se ukázal být nový, vysoce nakažlivý a snadno přenosný virus.

Počátky chápání důležitosti prevence infekce při poskytování zdravotní péče můžeme najít už v roce 1858, kdy Florence Nightingale prosazovala nutnost „neškodit nemocným“. Od té doby znalosti o prevenci infekcí i praktická opatření výrazně pokročily, přesto v nich ale zůstávají značné mezery, zejména v prvních liniích zdravotní péče. Když v roce 2014 propukla v západní Africe epidemie eboly, vyžádala si opět nepoměrně velký počet obětí mezi sestrami a dalšími zdravotníky v první linii. Při epidemii jich na ebolu zemřelo více než 500.<sup>26</sup> Lekce, které nám uštědřilo onemocnění SARS a nespočet epidemií před ním, se stále ještě plně neodrazily v praxi, zejména na místech s nedostatkem zdrojů. Pro zdravotnické pracovníky to má stále tytéž tragické důsledky.

Částečně v reakci na obrovské ztráty na životech při epidemii eboly se znovu rozběhlo celosvětové úsilí o zlepšení schopnosti jednotlivých zemí rozpoznat a zastavit propuknutí nákazy infekčními nemocemi a předcházet jim. V průměru je každý rok objeven jeden nový patogen, takže otázkou není, jestli někdy dojde k další epidemii, ale kdy k ní dojde. Globální pandemie by mohla stát miliony životů a více než 600 miliard dolarů v nákladech na zdravotní péči a ekonomických ztrátách a svět by se z ní vzpamatovával celé roky.<sup>27</sup> Je zřejmé, že musíme být lépe připraveni, zejména v prvních liniích, kde infekční nemoci nejspíše udeří jako první a s největší silou.

Hrozba nemoci kdekoli na světě je hrozbou nemoci všude na světě. Pokud má být zajištěna globální zdravotní bezpečnost, je odpovědností celého světa pomáhat jednotlivým zemím posilovat kapacity na rozpoznání a zastavení nákaz infekčními nemocemi a na prevenci infekcí. Z tohoto důvodu už 86 zemí podstoupilo proces Joint External Evaluation (JEE). Jedná se o dobrovolné hodnocení založené na spolupráci a zaměřené na řadu sektorů, které posuzuje schopnost každé zúčastněné země rozpoznat a zastavit rizika pro veřejné zdraví a předcházet jim. JEE pomáhá zemím odhalit ty nejzávažnější nedostatky ve zdravotnictví a posílit tak připravenost a schopnost reagovat na zdravotní hrozby. Z výše zmíněných 86 zemí jich naprostá většina není plně připravena reagovat na hrozbu infekčních nemocí.<sup>28</sup>

Tyto mezery v připravenosti je potřeba zaplnit a pracovníci v první linii zdravotní péče budou hrát v tomto úsilí důležitou roli. Nejedná se přitom jen o přípravu na prevenci a kontrolu infekčních nemocí, ale také o zajištění dostupnosti zdravotních služeb během krize. Sestry často tvoří jak jádro zásahových týmů, tak jádro centrálních zdravotnických systémů. Během epidemie eboly v západní Africe vedla nedostatečná dostupnost bezpečných zdravotních služeb, jako je porodní péče, očkovací programy a léčba malárie, k vysokému počtu úmrtí a ke škodám na zdravotnických systémech, které se pak napravovaly celé roky. Epidemie je událost, která zasáhne celé zdravotnictví.

Bezpečnostní opatření jako imunizace, dodržování řádných postupů pro prevenci infekcí a dostupnost potřebných zdrojů, jako jsou například správné osobní ochranné pracovní prostředky, jsou zásadní pro bezpečnost sester i dalšího personálu a mohou také bránit šíření nozokomiálních nákaz.

Nozokomiální nákazy mohou být významnou příčinou infekčních nemocí. Dokážou vytvořit závažná ohniska případů s negativním dopadem na šíření a kontrolu infekce. Zajištění bezpečného prostředí pro personál a pacienty vytváří důvěru ve zdravotnický systém jak ze strany pracovníků, tak ze strany místních obyvatel, a zvyšuje schopnost zdravotnictví poskytovat účinnou péči všem potřebným.

**Pět konkrétních věcí, které můžete jako sestra udělat:**

- 1 Zajistěte, aby se vždy dodržovaly spolehlivé postupy pro prevenci infekce.** Zdravotničtí pracovníci v první linii péče jsou při vzplanutí nákazy často mezi prvními oběťmi a současně se jejich prostřednictvím může infekce rychle rozšířit mezi jejich rodinné příslušníky, přátele a kolegy. Imunizace a dodržování řádných opatření pro prevenci infekce ochrání vás i vaše pacienty před zbytečnou nákazou.
- 2 Absolvujte hodnocení JEE** a zasazujte se o zapojení do tohoto procesu. Problémy, s kterými se potýká první linie zdravotní péče, jsou při strategickém plánování a realizaci plánů často přehlíženy. Jednou z důležitých úloh sester proto je obhajovat důležitost péče a intervencí zaměřených na pacienta. Informace o tom, jestli vaše země absolvovala hodnocení JEE, a případně výsledné skóre najdete na webu [www.preventepidemics.org](http://www.preventepidemics.org). Zajistěte, aby byly názory a odborné znalosti sester vzaty v potaz při plánování a přezkoumávání zdravotní bezpečnosti na všech úrovních.
- 3 Když něco vidíte, řekněte to.** Sestry jsou očima a ušima zdravotnických systémů. Včasné zaregistrování neobvyklých událostí je pro rozpoznání a podchycení infekcí životně důležité, zejména v případě nových nebo vznikajících nemocí. Neobvyklý případ na ambulanci nebo v nemocnici může být první známkou propuknutí nákazy. Sestry by proto měly zajistit, aby byly informace z monitorování řádně hlášeny a brány v potaz. Včasné oznámení může vést k podniknutí rychlých kroků, které infekci zabrání v dalším šíření. Můžete si zjistit, jaký systém se používá pro hlášení infekčních chorob, a motivovat další členy vašeho zdravotnického týmu k tomu, aby varovné signály nepřecházeli a řádně je hlásili.
- 4 Účastněte se plánování pro případ mimořádné události a cvičných akcí.** Sestry by se měly zamyslet nad tím, jaký dopad by mělo propuknutí infekční nemoci na jejich klinické pracoviště nebo obvod. Sestry by se měly podílet na vypracování krizových plánů pro případ narušení běžného chodu péče a stanovit, jak bude zajištěn každodenní provoz během události ohrožující veřejné zdraví a bezprostředně po ní. Můžete si také zjistit, jaká opatření pro prevenci a kontrolu infekcí by byla zapotřebí pro nepřerušované poskytování služeb při propuknutí nákazy.

**5 Převezměte vedoucí úlohu.** Vůbec nejdůležitější je, aby se sestry více zapojily do strategického plánování připravenosti na epidemie. S jejich přispěním budou plány, alokované zdroje i postupy založeny na důkazech a současně budou zaměřené na pacienty. Silné, stabilní a odborné vedení může inspirovat ostatní a být oporou pro profesionální ošetrovatelskou praxi včetně poskytování kvalitní péče o pacienty a vytvoření odolných zdravotnických systémů, které se dokážou vypořádat s jakoukoli zdravotní hrozbou. I vy se můžete stát vedoucím hlasem.

Při propuknutí další epidemie budou následky menší, pokud se předtím budou sestry a další zdravotníci v první linii podílet na všech aspektech prevence epidemií a reakci na ně. Když budou tyto pracovníci vědět, že jsou chráněni, budou jednat rychle a rozhodně, a to jim umožní poskytovat úroveň péče potřebnou k minimalizaci šíření nemoci a omezení jejího dopadu. Epidemie jsou nevyhnutelné. Co ale můžeme – a musíme – udělat, je co nejlépe se na ně připravit. Ať už bude výsledná strategie připravenosti pro zdravotní bezpečnost jakákoli, sestry budou v prvních liniích. Pokud jim vytvoříme podmínky pro úspěch, uděláme tím hodně pro to, aby se z malého ohniska nákazy nestala zničující epidemie.

### *Souvislosti mezi globálním zdravím, všeobecně dostupnou zdravotní péčí a zdravím populací*

Všeobecně dostupná zdravotní péče je ústředním kamínkem v mozaice globální zdravotní bezpečnosti. Nedávné epidemie, jako například epidemie eboly v roce 2014, se do velké míry omezily na konkrétní regiony (například západní Afriku) zemí s nedostačujícími zdravotnickými systémy. I řada dalších epidemií s potenciálem celosvětového dopadu propukla v oblastech, kde zdravotnictví nedokáže poskytovat základní péči o veřejné zdraví. Studie autorů Heymann et al<sup>29</sup> uvádí, že „pro zdravotní bezpečnost je nutné ještě před vznikem krize vybudovat funkční zdravotnictví a dále ho udržovat v chodu během konfliktu nebo katastrofy i po jejich skončení. Kromě toho musí být zdravotnictví vždy dostupné pro celou populaci.“

## **1,6 miliardy dolarů**

Ekonomický dopad viru Ebola v roce 2014 (v amerických dolarech).<sup>30, 31</sup>

Všeobecně dostupná zdravotní péče může potenciálně zmírnit hrozby pro celosvětovou zdravotní bezpečnost, a to hned několika způsoby. Jednak nabízí příležitost hrozbu včas rozpoznat a dříve na ni reagovat, což může mít zásadní vliv na dobu trvání i závažnost šíření infekce. Může také zlepšit dostupnost zdravotních služeb odstraněním finančních překážek a ochranou pacientů před zničujícími finančními důsledky.

**Lidé tak budou ochotní vyhledat zdravotní péči dříve, což zabrání možnému dalšímu šíření nemoci a umožní včasné poskytnutí léčby. Pokud je zdravotní péče všeobecně dostupná, lidé jí více věří, což znamená, že budou o propuknutí infekce dříve informovat a také budou s větší pravděpodobností dodržovat pokyny zdravotníků. Jak se jednotlivé zdravotnické systémy stabilizují a dělají pokroky na cestě k všeobecně dostupné zdravotní péči i k celosvětové zdravotní bezpečnosti, jsou přínosy stále očividnější.**

„Globální zdraví by mělo být o péči, ne o strachu.“

„...Globální zdraví je často pojímáno jako výčet hrozeb, ať už se jedná o antimikrobiální rezistenci, změny klimatu nebo epidemie. Ochrana a bezpečnost jsou nepochybně důležitými prvky zdravotnické agendy. Pokud ale rétorika strachu převládne nad důrazem na péči, budou mít i ty nejlépe vybavené zdravotnické systémy problém poskytovat dobrou zdravotní péči všem rovnou měrou. Ze snu o všeobecně dostupné zdravotní péči se stane chiméra. WHO má velice důležitou roli: zajistit, by se otázka globální zdravotní bezpečnosti nikdy neoddělila od otázky poskytování péče všem bez rozdílu.“<sup>32, 33</sup>





## Případová studie

Foto: Uganda Rural Fund

# KOMUNITNÍ TERÉNNÍ PROGRAMY PRO ZLEPŠENÍ ZDRAVÍ A KVALITY ŽIVOTA, Uganda

*Ošetrovatelský personál a dobrovolníci pracující pro Uganda Rural Fund si kladou za cíl zlepšit zdraví a kvalitu života dětí a dospělých v ugandských venkovských komunitách.*

Uganda měla dříve jedno z nejhorších zdravotnictví na světě. Mnohé se ale změnilo a výsledky země se stabilně lepší. Jednou z největších překážek je dostupnost zdravotních služeb a získávání potřebných zdrojů pro jejich poskytování.<sup>39</sup>

Cílem neziskové organizace Uganda Rural Fund (URF) je zlepšit zdraví a kvalitu života dětí a dospělých ve venkovských komunitách. Organizace se proto zaměřuje méně na léčbu a více na prevenci. Velkou část její práce představují komunitní vzdělávací akce ve vesnicích a místních školách.

Ošetrovatelský personál a dobrovolníci předávají při těchto akcích základní tipy související se zdravím, zejména v oblasti osobní a domácí hygieny (mytí rukou, úklid domácnosti a pozemků tak, aby nikde nezůstávala stojatá voda, ve které se většinou množí komáři přenášející malárii, převaření vody na pití, mytí rukou po použití latrín, uchovávání potravin apod.)

Sestry si vytváří s místními komunitami úzké vztahy a v každé vesnici spolupracují s místním zdravotníkem. Jsou to právě místní zdravotníci, kdo většinou poskytuje zdravotní péči jako první, zejména co se týče základní edukace a sledování zdravotního stavu.

Kromě činností na podporu zdraví a prevenci nemocí provozují sestry také kliniky, které poskytují základní zdravotní prohlídky a léčbu. Pokud je případ složitější, pacient je odeslán do nemocnice.

Ve spolupráci s organizací Uganda Cares! také kliniky nabízejí testování na HIV a související poradenství. URF se zapojuje i do snahy o prevenci malárie, která je v Africe hlavní příčinou úmrtí a zdravotního postižení. Zároveň provozuje mobilní kliniku pro ženy Women's Health Van, která usnadňuje ženám a dětem přístup k léčbě.



## Případová studie

Foto: Bronte Martin

# MECHANISMY ZAJIŠTĚNÍ KVALITY KRIZOVÝCH ZDRAVOTNICKÝCH TÝMŮ - Bronte Martin, Světová zdravotnická organizace (WHO)

Ke katastrofám a propuknutí nákazy může dojít kdykoli a kdekoli na světě. Tyto události mají často ničivé důsledky a vážně narušují a ohrožují životy lidí z místních komunit. Aby se předešlo ztrátám na životech a snížila se zátěž způsobená nemocemi a zdravotními postižením, je důležité pomoc koordinovat.<sup>40</sup> Krizové zdravotnické týmy (*Emergency Medical Teams, EMT*) jsou důležitou součástí globálního zdravotnictví. Sestry, lékaři nebo zdravotničtí záchranáři, kteří přichází z jiných zemí, aby poskytli zdravotní péči v mimořádné situaci, musí být součástí týmu. Tento tým musí absolvovat potřebné školení, být dostatečně kvalitní a mít příslušné vybavení a zásoby k tomu, aby mohl úspěšně pomáhat a nestal se místo toho zátěží pro místní systém.

Projekt WHO EMTs Initiative vznikl v roce 2016 s cílem pomoci organizacím i členským státům vytvořit si kapacitu a posílit zdravotnické systémy koordinovaným nasazením prověřených a kvalitních zdravotnických týmů v mimořádných situacích. Pokud udeří pohroma nebo se začne šířit infekční onemocnění, je výsledek tím lepší, čím rychleji dokážeme zareagovat. K dnešnímu dni už podmínky splnilo 22 týmů a dalších 70 týmů na jejich splnění pracuje.

Projekt EMTs Initiative umožňuje zemím posílit svou vlastní kapacitu, kterou potom můžou použít na pomoc jiným zemím v krizové situaci. Hostitelské vlády i lidé, kteří potřebují pomoc, se mohou spolehnout na to, že týmy EMT dorazí na místo vyškolené, vybavené a schopné poskytnout slíbené intervence. EMTs Initiative zprostředkovává a koordinuje

umístění každého týmu podle odborností a dovedností, kterými disponují jeho členové.<sup>41</sup> Lidé zasažení mimořádnou událostí a jejich rodiny mají jistotu, že klinický tým, který o ně pečuje, splňuje požadovaný minimální standard pro poskytování bezpečné péče.

Za svou 22letou kariéru registrované sestry a 17 let působení v aktivní záloze Royal Australian Air Force Specialist Reserve byla Bronte Martin očitým svědkem ničivého účinku katastrof, propuknutí nákazy infekčními nemocemi a jiných mimořádných událostí na pacienty, jejich rodiny i celé komunity. Vzhledem k jejím zkušenostem, znalostem a dovednostem v poskytování komunitní péče si Bronte vybral sekretariát WHO EMTs, kde strávila šest měsíců přípravou a rozběhnutím programu pro celosvětově platnou klasifikaci, mentoring a prověřování krizových týmů. Tento program je zárukou toho, že jako pomoc při náhlých mimořádných událostech bude na místo vyslán prověřený a kvalitní krizový mezinárodní tým zdravotníků.<sup>42</sup> Bronte je přesvědčená o zásadním významu ošetřovatelství a vedoucí úloze sester v zajišťování lepších výsledků zdravotní péče. Věří, že sestry jsou těžištěm a první linií celého zdravotnictví a že hrají zásadní roli v budování zdravotnických kapacit pro zásahy při mimořádných událostech na národní, regionální i celosvětové úrovni.

# GLOBALNÍ ZDRAVOTNÍ VÝZVA Č. 2 DŮSLEDEK ŽIVOTNÍHO STYLU A PROSTŘEDÍ – NEINFEKČNÍ NEMOCI

„Prevence a kontrola neinfekčních nemocí nesmí být vnímána jako konkurence dalších rozvojových a zdravotních priorit. Řešení tohoto problému se musí doplňovat se stávajícími iniciativami.“ Joseph Deiss, předseda Valného shromáždění OSN

Všude na světě hovoří důkazy jasně o tom, že **epidemie neinfekčních nemocí vyčerpává zdravotnické rozpočty** a odvádí vzácné zdroje od jiných zdravotnických a rozvojových priorit. Jak kdysi poznamenala novozélandská premiérka a později administrátorka Rozvojového programu OSN Helen Clark: „**Neinfekční nemoci brání národním i globálním ekonomikám a společností v pokroku.**“<sup>34</sup> **Neinfekční nemoci okrádají lidi o zdraví, kvalitu života i finanční stabilitu. Ohrožují celé komunity a dále zhoršují postavení těch, které jsou už tak v tíživé situaci.**

## 68 % světové mortality

je zapříčiněnou rakovinou, kardiovaskulárním onemocněním, chronickým respiračním onemocněním a/nebo cukrovkou.<sup>35</sup>

Názorným příkladem může být Tichomoří. Ještě v 60. letech byla **cukrovka na tichomořských ostrovech jen okrajovým problémem. Dnes ztratí kvůli této nemoci v průměru každého 1,3 dne někdo v Království Tonga část dolní končetiny.**<sup>36</sup> Tonga přitom není v tomto směru nijak jedinečná, statistiky z jiných tichomořských ostrovů jsou ještě horší. Na Fidži například každý rok proběhne 800 amputací dolních končetin.<sup>37</sup> Jedná se o vysoce rizikový region s jednou z **nejvyšších prevalencí neinfekčních nemocí v populaci na světě. WHO považuje neinfekční nemoci za jednu z největších celosvětových hrozeb pro zdraví a rozvoj.**<sup>5</sup>

Stávající situace je dokonce tak vážná, že pokud se **něco nezmění, nepodaří se podle WHO dosáhnout do roku 2030 stanoveného dílčího cíle udržitelného rozvoje (3.4) snížit mortalitu způsobenou neinfekčními nemocemi o 30 %.**<sup>5</sup>

**Neinfekční nemoci a související rizikové faktory významně korelují se sociálními podmínkami, do kterých se lidé rodí a v nichž vyrůstají, žijí, pracují a stárnou. U lidí žijících v chudobě je zvýšené riziko předčasného úmrtí na neinfekční nemoci. Lidé žijící v některé ze zemí s nízkým až středním národním důchodem jsou vystaveni dvakrát vyššímu riziku předčasného úmrtí na neinfekční nemoci. Největší podíl na zátěži způsobené neinfekčními nemocemi mají čtyři hlavní choroby: kardiovaskulární onemocnění, rakovina, chronická respirační onemocnění a diabetes. Každé z těchto čtyř chorob lze přitom do velké míry předejít odstraněním následujících čtyř rizikových faktorů: užívání tabákových výrobků, nadměrná konzumace alkoholu, nezdravé stravovací návyky a jídelníček a nedostatek fyzické aktivity.**<sup>5</sup>

**2/3 úmrtí na neinfekční nemoci souvisí s: užíváním tabákových výrobků, nadměrnou konzumací alkoholu, nezdravým jídelníčkem a nedostatkem fyzické aktivity.**<sup>35</sup>

**Přestože se jedná o skutečnou hrozbu, existují opatření, s jejichž pomocí lze vlnu neinfekčních nemocí zastavit. Dobrou zprávou je, že investice do intervencí založených na důkazech se opravdu vyplácejí. Podle WHO přinese každý dolar investovaný do strategie založené na důkazech výnos 7 dolarů.**<sup>38</sup> Nejenže tedy tato opatření zachraňují životy a zlepšují zdraví, ale mají i významný ekonomický přínos, zejména pro země s nízkým až středním národním důchodem.





Foto: Pascal Nepa

## Případová studie

# ZLEPŠOVÁNÍ SLUŽEB PRO PACIENTY S CMP

## - Rita Melifonwu, Nigérie

Podle asociace World Stroke Organisation prodělá mrtvici během svého života každý šestý člověk na světě.<sup>43</sup> V Nigérii je dnes mrtvice častější u ekonomicky aktivních dospělých a je tak u pacientů po prodělané mrtvici příčinou nezaměstnanosti a chudoby. Prevalence cévních mozkových příhod dosáhla epidemických rozměrů: každý rok prodělá mrtvici 200 000 lidí, přičemž 46 % pacientů zemře během prvních tří měsíců a dalších 30 % během 12 měsíců.<sup>44</sup>

Stroke Action je nezisková organizace založená na modelu komunitní služby, která pracuje s pacienty po CMP a těmi, kdo o ně pečují – ať už jsou to jednotlivci nebo partnerské agentury – s cílem podpořit přínosnou péči založenou na důkazech a kvalitě života po prodělané mrtvici. Nabízí pacientům širokou škálu finančně dostupných multidisciplinárních služeb.

Organizace Stroke Action, která využívá model zdravotní péče vedené sestrami, nabízí jako jediná v Nigérii komunitně zaměřenou rehabilitaci. Její služby jsou zaměřené na snížení incidence, komplikací a zátěže způsobené mrtvicemi a na to, aby se pacientům po CMP a těm, kterým mrtvice hrozí, dostalo potřebné pomoci pro zdravý a kvalitní život.

Rita Melifonwu, sestra, která se zasazuje o práva pacientů, lobovala u federálními ministerstva zdravotnictví za podepsání memoranda o porozumění se StrokeAction Nigeria s cílem uspořádat celostátní kampaň Stop Strokes zahrnující konferenci o CMP, rozvoj služeb pro pacienty s CMP, národní registr cévních mozkových příhod a strategii pro cévní mozkové příhody. Rita se také stala koučkou dvou pacientů po CMP

v ekonomicky aktivním věku, kteří poté převzali roli ambasadorů. Překonali společenské stigma a kulturní bariéry a dnes prosazují zájmy pacientů s CMP a zapojují se do debaty o politických opatřeních.

### Příběh pacientky

Onyinye, absolventka vysoké školy a bývalá manažerka, utrpěla ve 33 letech mrtvici a vzhledem k následnému zdravotnímu postižení přišla o zaměstnání. Nebyla tak schopná finančně podporovat sebe ani svou ovdovělou matku a mladší sourozence. Trpěla omezenou mobilitou, afázií a depresí a také sociální izolací a vyloučením. Díky podpoře, které se jí dostalo od organizace Stroke Action, se Onyinye dokázala vydat na úspěšnou cestu k uzdravení. V současnosti je mobilní a přestala trpět depresemi. Veřejně prosazuje práva pacientů s CMP a znovu se stala součástí své komunity. Pracuje jako administrativní zaměstnankyně a ambasadorka pacientů s CMP a dostává plat převyšující minimální mzdu, který jí pomáhá v její životní situaci.

## Obr. 7: Hodnota prevence a kontroly neinfekčních nemocí<sup>38</sup> Světová zdravotnická organizace, 2018



### Všeobecně dostupná zdravotní péče a reakce zdravotnických systémů na neinfekční nemoci

Jednou z hlavních motivací pro zajištění všeobecně dostupné zdravotní péče byla krize způsobená infekčními nemocemi a snaha snížit riziko pandemií. Neinfekční nemoci ale už předešly ty infekční jako hlavní příčina mortality a musí se tedy stát součástí konceptu všeobecně dostupné zdravotní péče. Jedním ze stěžejních způsobů, jak toho dosáhnout, je přeorientovat primární zdravotní péči na management chronických onemocnění.

Primární péče je pro většinu pacientů vstupní branou do zdravotnického systému, při omezených zdrojích se ale většinou zaměřuje na akutní epizodickou péči poskytovanou ve střediscích sekundární a terciární péče. Modely opomíjející komplexní primární zdravotní péči, které se vyznačují krátkodobými, epizodickými konzultacemi, nebudou schopné splnit kritéria potřebná pro náročnou prevenci a kontrolu neinfekčních nemocí. Tyto modely se většinou zaměřují na diagnózu a okamžitou léčbu akutních epizod nebo nemocí.<sup>45</sup>

Silnější systémy primární péče vedou k lepším výsledkům. Systémy jsou silnější, pokud jsou komplexnější, lépe koordinované, zaměřené na komunitu, všeobecně přístupné, finančně dostupné a orientované na rodiny.<sup>46</sup> Pokud máme vytěžit z primární péče maximum, je přechod na komplexní model péče nezbytný. Rozdíly mezi tradičním a komplexním přístupem k primární zdravotní péči jsou shrnuty na obrázku 8.

Jsme si vědomi toho, že nejlepší strategií pro zmírnění hrozby neinfekčních nemocí je zaměřit se na faktory životního stylu a životního prostředí, což vyžaduje spolupráci řady sektorů. Pokud se ale mají tyto příležitosti proměnit v realitu, musí se zdravotnictví ujmout vedoucí role. Dalším zásadním aspektem je začlenění neinfekčních nemocí do všeobecně dostupné zdravotní péče tak, aby se tato mezera v poskytované péči zaplnila a abychom dokázali začít snižovat počet preventabilních úmrtí a zdravotního postižení u pacientů s neinfekčními nemocemi.

### Obr. 8: Přechod ke komplexnímu modelu primární zdravotní péče (PZP)<sup>47</sup>

Rogers & Veale, 2000

	TRADIČNÍ PZP	KOMPLEXNÍ PZP
Pohled na zdraví	Absence nemoci	<b>Tělesná a duševní pohoda</b>
Kdo má nad zdravím kontrolu	<b>Lékaři</b>	Komunity a jednotlivci
<b>Hlavní zaměření</b>	Vymýcení nemocí <b>intervencemi lékařů</b>	Rovnost a posílení komunit pro dosažení zdraví
<b>Poskytovatelé zdravotní péče</b>	<b>Lékaři</b>	Multidisciplinární týmy
Zdravotnické strategie	<b>Lékařské</b> intervence	<b>Spolupráce napříč sektory</b>



## Pět hlavních charakteristik zdravotnického systému připraveného na prevenci, kontrolu a management neinfekčních nemocí



### 1. Koordinace péče

- **Koordinace péče je jakákoli aktivita, která pomáhá zajistit průběžné plnění pacientových potřeb a preferencí týkajících se zdravotních služeb, včetně sdílení informací mezi lidmi, profesemi i pracovišti.**
- **Koordinace péče je týmová činnost zaměřená na člověka,** jejímž cílem je vyhodnotit a naplnit **potřeby jednotlivců a** rodin a pomoci jim rychle a **účinně najít a** využít služby zdravotnického systému.<sup>48</sup>
- **Při zajištění dostatečné podpory, vzdělání a** výcviku jsou sestry ideálními kandidáty na **koordinaci péče a práci napříč hranicemi systému v těsné spolupráci s dalšími členy týmu** a zainteresovanými stranami s **cílem zajistit pacientům odpovídající a včasnou péči.**



### 2. Multidisciplinární přístup k péči

- **Pacientům se složitými a** chronickými problémy je nutné poskytnout integrovanou a **koordinovanou multidisciplinární péči, která se dokáže vypořádat s** širokou škálou výzev na osobní, sociální i komunitní úrovni.
- **Je potřeba budovat integrované vztahy mezi zdravotnickými pracovníky tak, aby se dokázali spojit a pečovat o pacienty jako tým. Sem patří společné zapojení do přípravy léčebných plánů, společné monitorování dalšího průběhu a společná dohoda na změnách léčebných plánů.**<sup>49</sup>
- **Je potřeba nastavit procesy a** postupy s ohledem na kompetence zdravotnických pracovníků **tak, aby byla zajištěna potřebná kvalita péče.**
- **Zdravotníkům se musí dostat potřebného vzdělání a školení, které jim pomůže pochopit tento nový přístup a zajistit odpovídající zdravotní péči potřebnou pro prevenci a kontrolu neinfekčních nemocí i osvětu v této oblasti.**<sup>50</sup>
- Standardizace diagnózy a **léčby tak, aby byly nastaveny kvalitní standardy zdravotní péče.**



### 3. Práce v plném rozsahu činností

- **Zajištění přístupu ke kvalitnímu vzdělávání a** výcviku **na bakalářském stupni i** na vyšších **stupních vzdělávání, které povede ke zlepšení intervencí v oblasti prevence, osvěty, včasného podchycení a kontroly neinfekčních nemocí.**
- Podpora všech registrovaných sester v **tom, aby rozšířily svou praxi o prevenci neinfekčních nemocí,** a rozvoj **ošetřovatelských rolí a** klinického managementu v primární a **komunitní péči.**
- **Větší podíl sester na vytváření politiky a** programovém rozhodování. To bude vyžadovat investice do rozvoje vedoucího postavení sester a **do ošetřovatelského výzkumu v oblasti neinfekčních nemocí, včetně zkoumání účinnosti a** nákladové efektivity intervencí, a **následně převedení poznatků do praxe založené na důkazech.**
- **Zvýšení počtu sester se specializací na neinfekční nemoci, aby se zlepšil přístup ke kvalitní, nákladově efektivní a** udržitelné **léčbě.**
- **Pro podporu sebeřízení (self-managementu) i** zdravotní péče **poskytované sestrami je potřeba využít v maximální možné míře technologie. To bude vyžadovat investice do dostatečného počtu registrovaných sester v primární péči s** dovednostmi a **přístupem k potřebné infrastruktuře a** technologiím, aby se **komunitám dostalo optimální péče.**
- **Využití globálních ošetřovatelských kampaní, jako je Nursing Now, které mají potenciál stát se hybnou silou transformace ošetřovatelství po celém světě.**



### 4. Zlepšení přístupu k péči

- **Ze všech zdravotnických pracovníků mají sestry nejbliž ke komunitě. Jsou prvními a někdy i jedinými zdravotníky, s** kterými se lidé setkají.
- **Jsou součástí místní komunity a rozumí její kultuře.**
- **Ošetřovatelská filozofie, hodnoty a praxe předurčují sestry k** tomu, aby k **pacientům přistupovaly z** holistického a dlouhodobého hlediska a aby se dívaly na zdraví z perspektivy biologických, psychologických, sociálních a **environmentálních faktorů** zahrnujících determinanty zdraví i **péči o** pacienty.
- **Na celém světě je více než 20 milionů sester.**



### 5. Posílení pozice jednotlivců a komunit

**Závěry výzkumů říkají, že pacienti, kteří se aktivně podílejí na péči o vlastní zdraví, mají lepší výsledky. WHO definuje posílení pozice pacienta následovně: „Proces, při kterém pomáhá poskytovatel zdravotní péče pacientům pochopit jejich roli a předat jim znalosti a dovednosti potřebné pro určitý úkon a který probíhá v prostředí ohleduplném vůči rozdílům mezi komunitami a kulturami a příznivém k zapojení pacientů.“**<sup>51</sup> **Takto připravení pacienti se mohou při péči o vlastní zdraví a při využívání zdravotní péče lépe spolehnout na svůj potenciál a úsudek.**



## Případová studie

Foto: Georgina McPherson

# ORDINUJÍCÍ ŠESTRY ZAJIŠŤUJÍ KVALITNÍ A NÁKLADOVĚ EFEKTIVNÍ PÉČI O ZDRAVÍ ŽEN - Georgina McPherson, Nový Zéland

Rozšířené kompetence sester v péči o ženské zdraví jsou po celém světě součástí běžné praxe už více než 30 let. Georgina McPherson, ordinující sestra (*Nurse Practitioner, NP*), připravila ve spolupráci s profesorem Ronem Jonesem v nemocnici National Women's Hospital první výukový program pro přípravu sester na provedení kolposkopie na Novém Zélandu. Sama kolposkopická vyšetření provádí už 18 let a v roce 2006 se stala první ordinující sestrou se specializací na zdraví žen na Novém Zélandu a první ordinující sestrou tichomořského původu. Má zkušenosti s poskytováním služeb primární i sekundární péče, prováděním kolposkopie a zajišťováním ambulantní péče o zdraví žen v komunitním prostředí s cílem zlepšit na Novém Zélandu dostupnost zdravotní péče pro ženy maorského a tichomořského původu.

Z ordinujících sester jako klinických odborníků v rámci týmů se dnes stávají vedoucí klinických týmů. Ordinující sestry jsou respektovány jako poskytovatelé kvalitních služeb a díky tomu byla Georgina v roce 2016 se souhlasem ministerstva zdravotnictví jmenována vedoucí klinických služeb. Tato role byla dříve vyhrazena lékařským pracovníkům.

Georgina je uznávanou špičkou ve svém oboru. Služby klinické péče v první linii, které poskytuje, dalece překračují normy stanovené programem pro zvýšení kvality kolposkopie, a i kvalita její péče obecně je výjimečně vysoká. Vzhledem k problémům s dostupností služeb, které Georgina ve svém okolí zaznamenala, se rozhodla vytvořit nový klinický postup. V rámci projektu optimálního využití laboratoří se do praxe zavedly postupy založené na důkazech a došlo k významné trvalé změně v laboratorním testování, díky které se během 12 měsíců ušetřilo téměř 100 000 novozélandských dolarů. Pro ženy se také snížil počet zbytečně prováděných testů.

Přínosy modelu péče vedeného ordinujícími sestrami ukazují, že ordinující sestry dokážou poskytovat klinicky i nákladově efektivní péči. Vzhledem k flexibilitě ordinujících sester ve vykrývání absencí došlo ke snížení počtu zrušených klinických hodin organizací SMO a kromě toho došlo k rozšíření praxe ordinujících sester do dalších oblastí gynekologické péče. Tento vývoj, kdy se ordinující sestry dostávají do vedoucích pozic v klinické praxi, jasně ukazuje, že ordinující sestry mají potenciál stát se vynikajícími vedoucími pracovníky a že se pod jejich vedením může zlepšit kvalita péče i poskytovaných služeb.

GLOBÁLNÍ ZDRAVOTNÍ VÝZVA č. 3

Foto: Karen Kasmauski

## JAK DOSÁHNOUT VÝSLEDKŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE, NA KTERÝCH PACIENTŮM ZÁLEŽÍ, ZA CENU, KTEROU SI ZEMĚ MOHOU DOVOLIT



„Pro miliardy lidí bude všeobecně dostupná zdravotní péče

jen prázdným gestem, pokud nebudeme stejnou pozornost, jakou věnujeme všeobecné dostupnosti péče, věnovat i její kvalitě.“

Sania Nishtar, spolupředsedkyně komise WHO na vysoké úrovni pro neinfekční nemoci.<sup>52</sup>

Péče zaměřená na člověka se v posledních několika letech stala významným hnutím. Je ale těžké si představit, že by obrovské a složité systémy zdravotní péče, které usilují o co nejvyšší efektivitu a jejichž zaměstnanci jsou plně vytíženi, dokázaly najít nákladově efektivní způsob, jak přijmout tento étos za vlastní. Vzhledem k vysoké poptávce v kombinaci s úhradovými modely založenými na vykazování aktivity se poskytování zdravotní péče zaměřuje většinou na vědeckou analýzu a léčbu velkého množství pacientů, a ne na pacienta jako jednotlivce. Navzdory tomu, že se péče zaměřená na člověka považuje za důležitou, jsou tu praktické překážky pro její uplatnění. Není ale nemožné najít způsob, jak současně s lepšími výsledky péče díky zaměření na člověka dosáhnout i vyšší nákladové efektivitu.

Cílem zdravotní péče není větší objem léčby, ale lepší zdraví.

Zdravotní péče založená na hodnotě (*value-based health care*) se snaží dosáhnout lepších výsledků péče nákladově efektivním způsobem. Podle časopisu *The Economist*,<sup>53</sup> by zdravotnictví mělo změnit přístup k péči od systému založeného na nabídce a postaveného na tom, co poskytují lékaři, k systému zaměřenému na člověka a postaveného na tom, co potřebují pacienti. Tam, kde zdravotnický systém spolupracuje s pacienty a jejich rodinami, roste kvalita a bezpečnost zdravotní péče a zvyšuje se jak spokojenost poskytovatelů, tak spokojenost pacientů. Péče zaměřená na člověka také zlepšuje ekonomická měřítka, jako je finanční nákladnost, bezpečnost a podíl na trhu.<sup>54</sup>





## Případová studie

Foto: Beke Jacobs

# OŠETŘOVATELSTVÍ A TERMINÁLNÍ PÉČE

## - Beke Jacobs, Německo

Z demografických údajů je zjevné, že střední délka života lidí na celém světě se zvyšuje. Současně se zejména v západních zemích rozvíjí nové a vysoce kvalitní možnosti léčby pro nemocné a umírající pacienty. To často vyvolává otázku proveditelnosti a zvážení individuálních preferencí každého pacienta. Abychom vyhověli společenskému zadání, musíme brát v potaz, do jaké míry chce být pacient léčen v případě nemoci, geriatrické křehkosti a terminálního stádia chorob. Zvláště důležité je to v častých případech, kdy musí týmy zdravotní péče udělat životně důležitá rozhodnutí, ale pacient už není schopen projevit svou vůli.

Beke Jacobs, registrovaná sestra a vedoucí centra pro edukaci pacientů na fakultní klinice Schleswig-Holstein v Německu, nabízí pacientům poradenské služby a pomáhá jim pochopit všechny aspekty rozhodnutí a přání souvisejících se závěrem života.

Péče o pacienty v terminální fázi klade sestřím řadu výzev. Patří mezi ně složité právní požadavky a aspekty poskytování péče podle přání pacienta, co se týče přesné formulace těchto přání, a empatie k potřebám pacienta a jeho rodinných příslušníků. Úkolem Beke je poskytovat informace a rady pacientům v akutní nemocniční péči i jejich příbuzným. Kromě toho nabízí edukaci

i široké veřejnosti jak na vyžádání, tak během bezplatných osvětových akcí, které nemocnice organizuje. Prostřednictvím dříve vysloveného přání v písemné podobě mohou pacienti určit, jestli se mají některé léčebné postupy použít, nebo ne, pro případ, že nebudou schopni o tom sami rozhodnout. Pacientova vůle je tak respektována i v situacích, kdy ji pacient není schopen projevit.

Ošetřovatelská profese má v rámci zdravotnictví jedinečnou pozici. Leží na ní neuvěřitelná odpovědnost za poskytování péče a mírnění utrpení i v těch nejzranitelnějších chvílích lidského života, kam patří i proces umírání. Zkušené sestry mají potřebné vzdělání, dovednosti a zkušenosti k tomu, aby se dokázaly do pacienta vcítit a braly ohled na lékařské intervence a jejich důsledky i na fyzické, kognitivní, sociální a duchovní aspekty této životní situace. Dokážou tak být v rámci terminální péče pacientům velkou oporou. A konečně sestry poskytují ještě jednu neocenitelnou službu: ohleduplné jednání a respekt vůči pacientům.

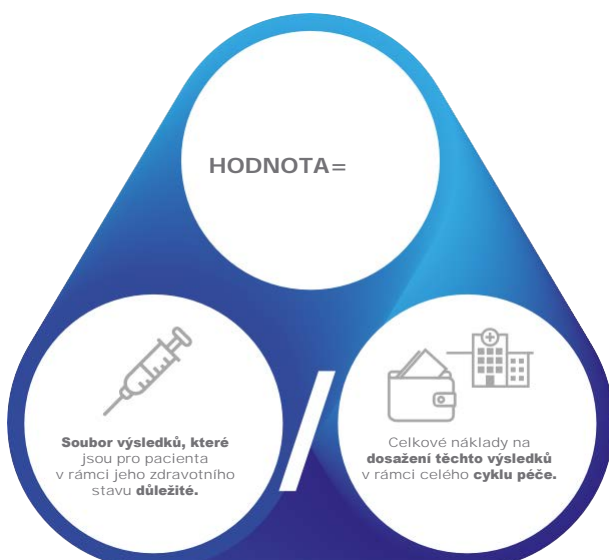
## Zdravotní péče založená na hodnotě: konečně zázračné řešení?

U příležitosti zahájení nedávné zdravotnické konference přednesl projev jistý ministr zdravotnictví, který tuto příležitost využil k tomu, aby oznámil navýšení zdravotnického rozpočtu o další 2 miliardy dolarů, což znamenalo 15% zvýšení během tříletého období. Ve stejném projevu se zavázal zvýšit počet lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků. Přestože zdravotnictví možná tuto finanční injekci skutečně potřebovalo, projev se vůbec nezminil o dosažení lepších výsledků zdravotní péče. Řeč byla pouze o vstupech potřebných pro poskytování zdravotních služeb. Vzhledem k rostoucí střední délce života provázené nárůstem chronických nemocí není tento „klasický“ přístup k péči finančně dosažitelný ani udržitelný. Pokud máme poskytovat dostupnou a kvalitní péči zaměřenou na člověka, musí vlády a další političtí činitelé provázat náklady na zdravotní péči s jejími výsledky a zvýšit tak hodnotu, které se pacientům, jednotlivcům i celým komunitám dostává.

Zdraví je důležitým předpokladem pro šťastný život a jedním z úhelných kamenů silného hospodářství, podpora zdravějšího životního stylu a zajištění přístupu ke kvalitní a finančně dostupné zdravotní péči je ale nesmírně obtížný úkol. Pro vlády i poskytovatele zdravotní péče je velice náročné zamezit dalšímu růstu nákladů a současně zlepšit zdraví a kvalitu života populací. Zdravotní péče založená na hodnotě (*value-based health care*) je model zdravotní péče založený na motivaci zlepšit výsledky pacienta a současně snížit náklady. Jedná se o přístup, který se pokouší sladit zájmy zdravotnického systému se zájmy pacientů.<sup>55</sup>

„Hodnota“ je cíl, kterého je třeba dosáhnout na všech úrovních zdravotnictví, nejen v rámci nemocniční, specializované nebo primární péče. Hodnota vzniká tehdy, když se pacientovi dostává veškeré péče, kterou si jeho zdravotní stav žádá, během celého cyklu zdravotní péče. Nejdůležitějším faktorem pro zvýšení hodnoty a snížení nákladů je zlepšení pacientových zdravotních výsledků.<sup>55</sup>

### Obr. 9: Hodnota



Těžištěm zdravotní péče založené na hodnotě je tedy dosažení co nejvyšší hodnoty pro pacienty: jinak řečeno, dosažení nejlepších možných výsledků zdravotní péče s využitím dostupných finančních i lidských zdrojů a splnění pacientových očekávání. Jedná se o přechod od systému postaveného na činnosti lékařů k systému zaměřenému na člověka a postavenému na tom, co jednotlivci a komunity nejlépe potřebují. Namísto toho, co pacientům je, se tento systém zaměřuje na to, na čem pacientům záleží. Jak zdůraznil sir Robert Francis ve zprávě k veřejnému vyšetřování činnosti anglické zdravotnické organizace Mid Staffordshire NHS Foundation Trust: „Kvalita péče zahrnuje to, jak jsou pacienti s péčí spokojeni, i výsledky této péče, a rozhodnutí, která mají dopad na kvalitu, musí brát v úvahu názory pacientů a rozumět jim.“<sup>56</sup>

Řada zemí není schopná zajistit ani základní zdravotní služby, které by všem jejich obyvatelům nabídly bezpečnou a účinnou péči. A dokonce i země s všeobecně dostupnou zdravotní péčí se potýkají s tím, jak zajistit péči pro stárnoucí populaci a vyrovnat se s rostoucí zátěží způsobenou chronickými nemocemi, zvyšující se střední délkou života, stále vyššími očekáváními spotřebitelů a dramaticky rostoucími náklady na zdravotní péči v souvislosti s novými technologiemi a léčebnými postupy. Pokud se zdravotnické systémy nezmění a nepřizpůsobí novým podmínkám, je tu riziko, že všeobecně dostupná zdravotní péče nebude dále udržitelná.

**3. nejčastější příčinou úmrtí v USA je pochybení zdravotníků.<sup>57</sup>**


Východiskem všeobecně dostupné zdravotní péče je poskytování vysoce kvalitní zdravotní péče pro všechny za cenu, která je finančně dosažitelná pro spotřebitele i pro danou zemi. Její součástí je i poskytnutí správné péče ve správný čas správným poskytovatelem s minimalizací způsobené újmy a plýtvání zdroji, a to pro všechny bez výjimek. Země včetně těch nejbohatších se ale potýkají s nízkou kvalitou zdravotní péče. Ta zahrnuje nesprávné diagnózy, medikační pochybení, nevhodnou a zbytečnou léčbu a nedostatečné nebo nedostatečně bezpečné klinické zázemí nebo postupy. V zemích s nízkým až středním národním důchodem může například 10 % pacientů očekávat, že se v nemocnici nakazí nozokomiální infekcí (v zemích s vysokým důchodem je to 7 %).<sup>58</sup> Podle některých zpráv je v několika zemích s nízkým až středním důchodem situace taková,<sup>59</sup> že poskytovatelé zdravotní péče dokážou určit správnou diagnózu jen ve 33 až 66 % případů a příslušné klinické pokyny se dodržují jen ve 45 % případů. Některé výzkumy dokonce naznačují, že i pokud by došlo po celém světě ke zlepšení dostupnosti péče, bude přínos pro pacienty i komunity nadále omezený.<sup>60</sup>

**8 milionů**

úmrtí v zemích s nízkým až středním národním důchodem je každoročně způsobenou špatnou kvalitou zdravotní péče.<sup>52</sup>

**Pokud se budeme držet přístupu ke zdravotní péči založeného na hodnotě, bude možné zajistit v praxi kvalitní a finančně dostupné zdravotnictví. Každá země bude potřebovat jinou sadu intervencí podle aktuálních potřeb, existuje ale řada základních a finančně nenákladných intervencí, které jsou dosažitelné pro všechny země. Přístup založený na hodnotě může přispět k určení a financování těch služeb, které budou pro jednotlivce a komunity nejpřínosnější. Níže jsou uvedené některé jeho další výhody:**

- Pacient je v centru zájmu zdravotnického systému.
- Zdravotnický systém **se nově zaměřuje na celé kontinuum péče, nejen na léčbu.**
- **Péče se přeskupuje do integrovaných jednotek na základě zdravotního stavu pacienta.**
- **Systém měří výsledky a náklady pro pacienty, porovnává je, nachází oblasti, kde se výsledky nebo náklady liší, a podporuje vynikající péči.**
- Systém pomáhá definovat, co je pro **poskytovatele zdravotní péče a pro zdravotnictví úspěchem.**
- **Systém motivuje využití multidisciplinární péče a inovace v péči.**
- **Pozornost se zaměřuje na snížení nákladů, které současně přinese vyšší hodnotu.**
- Systém ukazuje, v kterých oblastech je **potřeba zvýšit integraci péče a partnerskou spolupráci.**

 „I v případě, že současná snaha o zajištění všeobecné

dostupnosti zdravotní péče uspěje, budou mít miliardy lidí přístup k péči o tak nízké kvalitě, že jim nejen nepomůže, ale často jim i uškodí.“

Don Berwick, emeritní prezident a čestný člen, Institute for Healthcare Improvement<sup>52</sup>



## Zdravotní péče založená na hodnotě a role ošetřovatelství

**Zdravotní péče založená na hodnotě je hybnou silou kvalitní a finančně dostupné péče a jako taková podporuje primární zdravotní péči, efektivní management zdravé populace, lepší zapojení pacientů a komunit a interdisciplinární péči a týmovou spolupráci. Pokrok v těchto oblastech zvýší poptávku po registrovaných sestřích a zároveň posílí jejich roli. Pokud mají zdravotnické systémy dosáhnout potenciálních přínosů, které zdravotní péče založená na hodnotě nabízí, musí odpovědní činitelé i zdravotnické systémy zajistit, aby měla ošetřovatelská profese k dispozici potřebné vzdělání a nástroje a aby měla podporu pro praxi v plném rozsahu činností. Příkladem úspěchu v této oblasti patří sestrami vedený management chronických nemocí, kde se snížila délka hospitalizace, zlepšily se výsledky zdravotní péče a současně klesl počet přijetí na oddělení urgentního příjmu. Podporou praxe sester v plném rozsahu činností a efektivním využitím jejich potenciálu jako vedoucích pracovníků se zdravotnickým systémům daří transformovat poskytování zdravotní péče a dosahovat za přiměřené náklady lepších zdravotních výsledků pro jednotlivce i celé komunity.<sup>61</sup>**

Oblastí, kde se dá pro realizaci a zlepšení zdravotní péče založené na hodnotě udělat nejvíc, je shromažďování a analýza dat o ošetřovatelské péči. Informace jsou základem efektivního rozhodování a neodmyslitelnou součástí kvalitní zdravotní péče a souvisejících výsledků. Sestry pracují v daty nabitém prostředí a pokud se tato data řádně shromažďují, může to mít řadu výhod. Patří mezi ně například:

- **Větší bezpečnost pacientů**
- Lepší pochopení výsledků zdravotní péče
- **Efektivní koordinace péče**
- **Lepší analýza výsledků**
- **Včasný přístup ke komplexnějším informacím o pacientech**
- **Lepší využití zdrojů**

**IT systémy, které shromažďují data a informace o ošetřovatelské péči, mohou způsobit revoluci ve zdravotnictví a přispět k rozvoji zdravotnických systémů založených na hodnotě. Nejenže se zlepší efektivita, ale lepší pracovní podmínky personálu a lepší péče o pacienty a jejich rodiny zachrání bezpočet životů a zvýší kvalitu života.**



## Případová studie

Foto: Tommy Walsh – Tallaght Hospital

# ZLEPŠENÍ VČASNÉHO POSKYTOVÁNÍ PÉČE NA ODDĚLENÍ URGENTNÍHO PŘÍJMU - Shirley Ingram, Irsko

Nemocnice Tallaght má největší oddělení urgentního příjmu pro dospělé v celém Irsku, které ročně ošetří 48 000 pacientů. Oddělení do velké míry využívají obyvatelé spádové oblasti nemocnice: podle průzkumu využilo oddělení během předchozích 12 měsíců celkem 40 % domácností. Bolest na hrudi je nejčastějším symptomem, kvůli kterému přichází pacienti s ischemickou chorobou srdeční.

Dříve bylo čtyřicet osm procent všech návštěvníků pohotovosti s bolestmi na hrudi hospitalizováno a často zůstávali několik dní na transportním lehátku na oddělení, než se pro ně uvolnilo lůžko. To znamenalo skutečný problém pro provoz, nemluvě o utrpení pacientů. Tallaght je sociálně a ekonomicky znevýhodněná oblast na jihozápadě Dublinu s vysokou mírou rizikových faktorů vedoucích ke kardiovaskulárním onemocněním, jako je kouření a obezita. Oddělení urgentního příjmu v nemocnici Tallagh je jedno z nejvytíženějších v zemi.

Služba pro pacienty s bolestí na hrudi, kterou vede sestra s rozšířenými kompetencemi se specializací na kardiologii, byla v minulých třech letech pro pacienty skutečným přínosem, a to i přes omezené investice. Mimo jiné zabránila každý rok téměř 600 zbytečným hospitalizacím.

Obecným cílem této inovativní služby je odeslat pacienty, u kterých je to vhodné, z oddělení urgentního příjmu do poradny pro pacienty s bolestí na hrudi, kterou vedou sestry a kde se pacientům dostane dalších vyšetření a testů. Pacientům je tak poskytnuta bezpečná a kompetentní péče a zároveň se zabrání jejich zbytečné hospitalizaci.

V průběhu prvního roku poskytování této služby se snížil počet přijetí na oddělení o 36 % a počet přijetí na lehátka urgentního příjmu o 60 %, což pro nemocnici znamenalo významnou úsporu. Pacientům se také díky této službě dostane včasné diagnózy, opatření pro podporu zdraví a ujištění ohledně jejich zdravotního stavu.



## Případová studie

Foto: Minna Miller

# ROLE OŠETŘOVATELSTVÍ V RÁMCI INTERDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU PÉČE O DĚTI S ASTMATEM

- Minna Miller, Kanada

Když sestry a ordinující sestry pracují v rámci interdisciplinárních týmů v plném rozsahu činností, zlepší se výsledky pacientů i organizací. Výzkum ukazuje, že pokud se dětem s astmatem věnuje interdisciplinární tým, snižuje se počet návštěv pohotovosti i počet hospitalizací, a že edukace ohledně astmatu zlepšuje výsledky pacientů.

Astma je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest, které provází bronchiální hyperreaktivita a variabilní obstrukce dýchacích cest, což vede k opakovaným epizodám sípání, kašle, svíravého pocitu na hrudi a dušnosti. Na celém světě trpí astmatem téměř 300 milionů lidí a jedná se o nejčastější chronické onemocnění u dětí.

Interdisciplinární centrum pro astma při dětské nemocnici poskytuje služby dětem, které potřebují diagnózu nebo kterým už bylo diagnostikováno astma. Řada z nich trpí větším počtem komorbidit a jsou u nich přítomny další rizikové faktory související se sociálními determinanty zdraví. Centrum je možná vůbec jediné svého druhu v Kanadě. Zaměstnává ordinující sestry, certifikované sestry specialistky na edukaci v oblasti astmatu, plicního lékaře, alergology, pediatry, respirační terapeutu a asistenty se specializací na alergie, kteří dětem trpícím astmatem společně poskytují komplexní péči zaměřenou na rodinu a pacienta. Cílem služby je zlepšit dostupnost komplexní péče o pacienty s astmatem (diagnostika a diagnóza, management

a edukace) a zlepšit výsledky pacientů (zlepšit kontrolu astmatu, omezit související hendikepy, budoucí zhoršení a další následky).

Ordinující sestry pracují samostatně a zajišťují diagnózu, management a edukaci v oblasti astmatu. Dětské lékaři se tak mohou zaměřit na ty děti, které mají kromě astmatu další složité komorbidity. Certifikované sestry specialistky na edukaci v oblasti astmatu poskytují pacientům kliniky a jejich rodinám komplexní informace o astmatu i o všech výše uvedených aspektech péče, kterou centrum poskytuje.

Interdisciplinární centrum pro astma je místem, kde se pacientům s astmatem dostane komplexní péče včetně diagnózy, managementu a edukace. Mezi roky 2012 až 2016 poskytlo centrum služby (včetně telemedicíny) 5 200 pacientům a jejich rodinám, přičemž více než 60 % z nich zajistily ordinující sestry. V rámci provincie se jedná o centrum excelence pro péči o děti s astmatem. Struktura týmu umožňuje vhodně využívat zdroje centra a vedla k významnému zkrácení čekací doby návštěv a konzultací pro nové pacienty, a to z 12–14 měsíců na dva až tři měsíce. Data centra ukazují na významné zlepšení kontroly astmatu a snížení počtu návštěv pohotovosti a hospitalizací u pacientů, kterým se dostalo péče centra.





Foto: Ronan Guillou

## Případová studie

# ZAŘAZENÍ KURZŮ PŘIPRAVENOSTI NA KATASTROFY DO UČEBNÍHO PLÁNU OŠETŘOVATELSTVÍ

- Manar Nabolsi, Jordánsko

Pro lepší přípravu sester na zapojení do úsilí o zmírnění vlivu katastrof v regionu byly do ošetrovatelských programů vyučovaných na University of Jordan zařazeny vzdělávací programy připravenosti na katastrofy.

Jordánsko leží v oblasti s vysokým rizikem výskytu zemětřesení. Kromě toho jej ohrožují také přívalové povodně a sesuvy půdy, a to jak v zalidněných městských oblastech, tak na venkově. Tato část světa je silně zasažena změnami klimatu a celý region pravidelně trpí důsledky těchto změn, jako jsou například extrémní sucha. Kromě toho je Jordánsko již dlouhou dobu zemí, kam utíkají lidé před nepokoji v sousedních státech. Vzhledem k nedávnému příchodu více než 600 000 uprchlíků jsou základní služby země, včetně zdravotnictví, vystaveny značné zátěži.

University of Jordan zařadila připravenost na katastrofy do svých ošetrovatelských vzdělávacích programů na bakalářské, magisterské i postgraduální úrovni. Cílem těchto doplňkových vzdělávacích programů je připravit sestry na účast v celonárodním úsilí o prevenci, zmírnění, kontrolu a odstraňování následků katastrof – přírodních i těch způsobených lidmi. Kurz zatím absolvovalo 150 bakalářských studentů, 50 magisterských studentů a 10 doktorandů. Jedná se o první kurz svého druhu v tomto regionu a mimo jiné je určen i na podporu sester pracujících pro mezinárodní organizace, které poskytují služby syrským uprchlíkům.

## GLOBÁLNÍ ZDRAVOTNÍ VÝZVA Č. 4 SVĚT V POHYBU

Lidské populace se stěhují už nejméně 60 000 let. Co se ale mění, je povaha a demografické aspekty migrace. Globalizace moderní doby migraci usnadnila a **zvýšila tak počet a diverzitu migrantů** a geografický rozsah mezinárodní migrace, a tím i její složitost.<sup>97</sup> **Lidé se přesunují z mnoha důvodů: patří mezi ně například útek před konfliktem, chudoba, katastrofy, urbanizace, odpírání práv, diskriminace, nerovnost a nemožnost najít důstojnou práci.**

### Zdravotní problémy migrantů, uprchlíků a vysídlených lidí

**Počet uprchlíků a žadatelů o azyl ze střední Ameriky vzrostl za pouhé tři roky na pětinasobek.** Honduras sužuje politická, ekonomická a sociální nestabilita a míra násilí v zemi je jedna z nejvyšších **na světě. Rodiny čelí výhrůzkám, vydírání a vraždění a chlapci a muži jsou nuceni připojit se ke gangům.** V centru pro migranty v **mexickém městě Reynosa, kam jako do pohraničního města často směřují lidé hledající azyl v USA, se o příval lidí prchajících z rodné země stará organizace Lékaři bez hranic a její tým sester, lékařů, psychologů a sociálních pracovníků. Klienti centra se svěřují s příběhy o řadě dní bez jídla a přespávání na autobusových stanicích. Často zažili fyzické nebo sexuální násilí, jsou podvyživení, dehydratovaní a zanedbaní.**<sup>98</sup>

**244 milionů**

Celkový počet migrantů na světě.<sup>75</sup>

**175,5 milionu**

Počet lidí, kteří se k migraci rozhodli dobrovolně.<sup>75</sup>

**68,5 milionu**

Počet lidí donucených k migraci hrozbou perzekucí, násilným konfliktem, nedostatkem potravin nebo porušováním lidských práv.<sup>75</sup>

Za dobu jen o **něco delší než jeden rok uprchlo z Myanmaru do Bangladéše 723 000 Rohingyů** a proud nijak nepolevuje.<sup>99</sup> **Úřad Vysokého komisaře OSN pro uprchlíky uvádí, že rodiny přichází pěšky**

**přes džungli a hory. Cesta trvá řadu dní a lidé na ní často mají jen velmi málo jídla a trpí různými nemocemi. Poté, co dorazí na místo, se připojí ke stávající populaci 600 000 lidí v táboře, který má 13 km<sup>2</sup>. Mezi problémy, kterým musí čelit, patří nedostatek základních zdravotních služeb, vysoká prevalence infekčních nemocí, zejména infekcí dýchacích cest a průjemových onemocnění, a riziko sesuvů půdy a povodní.**

**44 400** lidí denně je nuceno uprchnout z domova kvůli konfliktům a perzekucím.<sup>75</sup>

To jsou jenom **dva ze stovek scénářů, kterým migranti, uprchlíci a vysídlení lidé často čelí. Migrace má negativní dopad na několik determinantů zdraví a kvality života lidí, rodin a komunit i na populační zdraví. Dopad migrace na zdraví a kvalitu života má řadu rozměrů a před determinanty zdraví tak staví celou řadu různých výzev.**

**Často se má nesprávně za to, že zdravotní potřeby všech těchto lidí jsou podobné a ve všech skupinách stejné. Fyzické, psychologické, duchovní, kulturní a sociální potřeby rodin a jednotlivců se ale mohou značně různit a ovlivňuje je řada faktorů.**<sup>100</sup> <sup>101</sup> **Zdravotní potřeby skupin lidí vyhnaných násilím ze Sýrie se budou výrazně lišit od potřeb ekonomických migrantů připlouvajících do Austrálie.**

**Další domněnkou je, že zdravotní stav těchto lidí bude horší než u obyvatel cílové země. Okolnosti, kterým lidé během migrace čelí, ovlivňuje řada faktorů, jako jsou důvody pro migraci a podmínky během cesty a v cílové destinaci. Celá řada lidí je z domova vyhnána násilím a jejich zdravotní stav tedy může být zhoršený vlivem deprivace, fyzického vypětí a stresu, který průběh migrace doprovází. Situaci dále komplikuje právní, ekonomické a sociální vyloučení, k němuž může během cesty i v cílové destinaci dojít. Migranti, uprchlíci a vysídlení lidé se také mohou potýkat s diskriminací, násilím, využíváním, zadržením, omezeným nebo žádným přístupem ke vzdělání, obchodem s lidmi, podvýživou a omezeným nebo žádným přístupem k preventivním a/nebo základním zdravotním službám.**<sup>101</sup>

**Není tomu tak ale vždy. Cesta řady migrantů proběhne bez komplikací a do své destinace dorazí v dobrém zdravotním stavu. Odlišné zdravotní a kulturní návyky mohou mít ochranný účinek a lepší vliv na zdraví a kvalitu života než návyky běžné v cílové zemi. „Efekt zdravých imigrantů“ je v literatuře dobře zdokumentován.<sup>102</sup> S výjimkou vyššího výskytu některých infekčních nemocí, jako je tuberkulóza a HIV, jsou imigranti často zdravější než populace přijímající země. Je proto třeba se vyvarovat plošných domněnek ohledně zdraví migrujících lidí.**

**Jsou tu ale určité zdravotní priority, na které je potřeba se zaměřit. Obzvláště zranitelnými skupinami jsou děti, ženy, starší lidé a lidé se zdravotním postižením, kteří také častěji čelí diskriminaci, využívání a fyzickému, sexuálnímu a psychologickému zneužívání.<sup>101</sup> Sexuální a reprodukční zdraví by mělo být prioritou vzhledem k tomu, že migrace zvyšuje riziko sexuálního a genderového násilí. Kromě toho k sexuálnímu a genderovému násilí běžně dochází při konfliktech a stále častěji se používá jako válečná zbraň.**

V roce 2017 bylo mezi uprchlíky 50 % dětí do 18 let.<sup>75</sup> Řada z nich byla oddělena od svých rodin a jsou na cestě samy. Děti jsou obzvláště zranitelnou skupinou a je potřeba vyvinout soustředěné úsilí na omezení dopadu migrace na jejich zdraví a kvalitu života.

## Více než 40 %

Více než 40 % dětí v osadě Kutupalong v Bangladéši trpí zpomaleným růstem.

**Další prioritou by mělo být duševní zdraví.** Výše uvedené negativní zážitky migrujících lidí spolu s případnými faktory před imigrací a vysokou mírou stresu vedou k vyššímu výskytu psychických problémů. Lidem v těchto situacích hrozí vyšší riziko duševních poruch včetně posttraumatického stresového syndromu, deprese a psychózy, které dále zhoršuje častý nedostatek sociální podpory a péče o duševní zdraví v cílové destinaci.<sup>103</sup>



**Příběh Josepha, vedoucího ošetřovatele v uprchlickém táboře v Jižním Súdánu.**

## Zdraví migrantů: úhelný kámen všeobecně dostupné zdravotní péče

Migranti, uprchlíci a vysídlení lidé sice mohou mít specifické zdravotní potřeby, cílem je ale dostupnost kvalitních zdravotních služeb pro všechny. **Zdravotní péče by měla být k dispozici bez ohledu na místo a prostředí. Migrace proto bude pro dosažení cílů udržitelného rozvoje a všeobecně dostupné zdravotní péče zásadní. Vliv migrace na rozvoj je jasný: souvisí s alespoň osmi z cílů udržitelného rozvoje včetně zdraví, vzdělání, chudoby, rovnosti pohlaví, důstojné práce, udržitelných měst a klimatických opatření.**

### Každý třetí

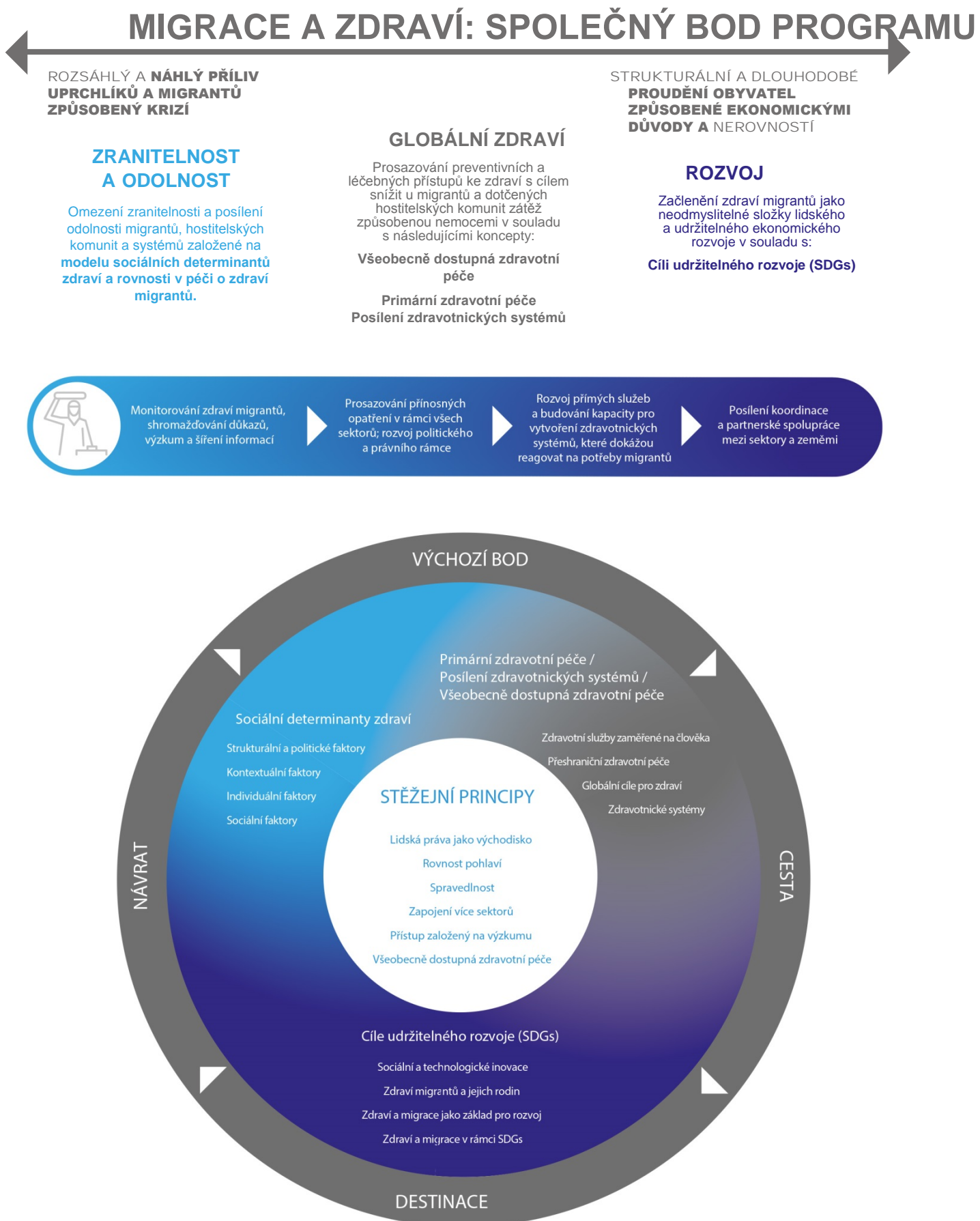
syрский uprchlík trpí depresemi, úzkostí a symptomy posttraumatického stresového syndromu.

**Rovný přístup ke zdravotní péči je lidským právem. Toto právo ale až příliš často porušuje řada překážek, které brání migrantům, uprchlíkům a vysídleným lidem v přístupu k potřebné zdravotní péči. Měnící se trendy a narůstající složitost migrace populací zvyšuje riziko, že zdravotní potřeby těchto lidí nebudou pokryty. Na úrovni jednotlivců a rodin patří mezi faktory ovlivňující přístup k péči schopnost vyznat se ve zdravotnickém systému, předchozí zkušenosti a očekávání od zdravotní péče, jazykové a kulturní bariéry, stud/stigma, strach z deportace, nedostatek financí a přesvědčení a postoje v oblasti zdraví.<sup>104, 105</sup>**

**Neschopnost některých zemí na tuto situaci reagovat je částečně způsobená staršími trendy v migraci. Ty utvářely tehdejší politiku, programy a strategie zdravotnických systémů, které často zůstávají dodnes beze změny. Kromě toho je poskytování zdravotní péče často vázáno na právní nebo administrativní status jednotlivých osob. Řada z nich se přitom do cílové země dostala neoficiální cestou a nemá potřebné dokumenty, což je závažnou překážkou pro využití zdravotnických služeb.<sup>106</sup> Zdravotní programy jsou navíc často založeny na rozdílech mezi indikátory zdraví u populace migrantů a u obecné populace v dané zemi.<sup>100</sup> Vzhledem k měnícím se trendům migrace už ale tyto programy nenaplnují skutečné zdravotní potřeby migrantů. Zdraví těchto lidí často není součástí státních ani regionálních plánů a země nejsou na další zátěž zdravotnických a sociálních systémů připraveny.**

Studie „Health, Health Systems, and Global Health“<sup>100</sup> se dívá na zdraví migrantů jako na společný bod programu, který propojuje globální zdraví, udržitelný rozvoj a sociální determinanty zdraví (obr. 10). Tento model představuje jednotlivé fáze migrace jako celek; nezaměřuje se jen na fázi po příchodu do cílové země, jak tomu často bývá. Bere také v potaz jak populace migrantů, uprchlíků a vysídlených lidí po propuknutí krize, tak strukturální migraci obyvatel, k níž dochází v průběhu času.

**Obr. 10: Strategie na omezení násilí vůči sestřám** Převzato s úpravami ze zdroje 89



Mezi zdravotními službami v jednotlivých zemích jsou **značné rozdíly vzhledem k** odlišné situaci a **kapacitě a jejich výslednou podobu určují místní zákony, regulace, politika a priority. K migraci je ale potřeba přistupovat společně a komplexně. Rámec WHO pro zdraví migrantů, uprchlíků a vysídlených lidí stanoví následující zásady:**<sup>104</sup>

- **Právo požívat nejvyšší dosažitelnou úroveň** fyzického a duševního zdraví
- Rovnost a absence diskriminace
- **Rovný přístup ke zdravotním službám**
- **Zdravotnické systémy zaměřené na člověka, které dokážou reagovat na potřeby uprchlíků, migrantů a obou pohlaví**
- Zdravotnické postupy, které neomezují práva a svobody lidí a **které vychází ze skutečného zdravotního stavu**
- Zapojení celé vlády a **celé společnosti**
- **Účast a sociální inkluze uprchlíků a migrantů**
- Partnerství a spolupráce

**Kromě toho, že musíme migrantům, uprchlíkům a vysídleným lidem zajistit zdravý a kvalitní život, musíme také vybudovat silné systémy veřejné zdravotní péče, které jsou schopné efektivně reagovat na velké přesuny lidí a současně působit jako prevence vůči nim. Hrozí tu riziko, že přesuny obyvatel podpoří šíření infekčních nemocí, možná až do bodu, kdy přestane být kontrolovatelné. V roce 2014 zaznamenal svět epidemii horečky ebola, která se šířila rychleji a dál než kdy předtím. Epidemie měla zničující dopad na už tak vratké zdravotnické systémy v Sierra Leone, Libérii a Guinei, které nebyly na epidemii tohoto rozsahu a zdravotnické složitosti připraveny. Stav zdravotnictví blízky kolapsu navíc vedl v těchto zemích ke zhoršení vzdělávacích systémů, veřejné bezpečnosti i ekonomiky. Tato epidemie i další nedávný vývoj v oblasti veřejného zdraví jasně ukázaly, jak důležitou roli migrace hraje v globální zdravotní bezpečnosti.**<sup>100</sup>

## Role sester v zajištění přístupu pro jednu z nejohroženějších skupin obyvatel

**Je pravděpodobné, že prvním zdravotníkem, s kterým se migranti, uprchlíci a vysídlení lidé setkají, bude sestra. Sestry jsou odborníky na poskytování etické, kulturně a genderově citlivé a důstojné péče, která současně bere ohled na vzájemnou propojenost fyzických, psychosociálních, kulturních a společenských potřeb a problémů migrantů i jejich rodin. To je velice důležité pro zvýšení a zajištění přijatelnosti zdravotních služeb pro pacienty, což je důležitá součást dostupnosti zdravotní péče.**

**Sestrám doporučujeme, aby průběžně rozvíjely a posilovaly svoje kompetence v oblasti mezikulturního jednání a aby je při poskytování péče využívaly.**

**Pro další pokrok směrem k všeobecné dostupnosti zdravotní péče zůstává i nadále nejdůležitějším nástrojem primární péče. Při migraci je to pro lidi často první setkání se zdravotnickým systémem. Sestry jsou v první linii primární péče a současně jsou často těmi, kdo vede iniciativy v této oblasti. Sestry si dokážou vybudovat důvěru a navázat partnerské vztahy už při prvním setkání a potom je dál rozvíjet, což v budoucnu usnadní další využití péče. Sestry hrají roli poskytovatelů zdravotní péče, edukátorů a koordinátorů péče a současně prosazují potřebné iniciativy. Ošetřovatelská profese tak udržuje důležité pojitko mezi jednotlivci, rodinami a komunitami ve všech oblastech zdravotnických a sociálních systémů. Vyšší míra spolupráce a integrace služeb v rámci těchto systémů pomůže odstranit bariéry, které dostupnosti péče brání. Sestry hrají důležitou roli v koordinovaných opatřeních, která mají zajistit okamžitou i dlouhodobou zdravotní a ošetřovatelskou péči pro migranty, uprchlíky a vysídlené lidi. Kromě toho také pracují na tom, aby byla přiřazena vyšší priorita problémům v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví, zranitelnosti související s vyšším věkem, genderovému násilí a duševnímu zdraví.**

Rámec WHO stanoví priority na podporu zdraví migrantů, uprchlíků a vysídlených lidí (MUV).<sup>104</sup> Jako kliničtí pracovníci, edukátoři, výzkumníci, politicky aktivní činitelé a vedoucí pracovníci mohou k těmto prioritám přispět (a také k nim přispívají) i sestry. Mezi priority WHO patří:

- **Prosazovat, aby bylo zdraví MUV součástí** globálních, regionálních i státních programů a krizového plánování
- Podporovat zdravotnickou politiku, právní a **sociální opatření a** programové intervence, které berou v **potaz potřeby MUV**
- **Posílit kapacity vyčleněné pro řešení sociálních determinantů zdraví**
- Posílit monitorování ve zdravotnictví a **zdravotnické informační systémy**
- Urychlit pokrok v **dosahování cílů udržitelného rozvoje včetně všeobecně dostupné zdravotní péče**
- Snížit mortalitu a morbiditu MUV krátkodobými i dlouhodobými intervencemi v **oblasti veřejného zdraví**
- Chránit a zlepšovat zdraví a kvalitu života **žen, dětí a mladistvých, kteří žijí jako migranti a uprchlíci**
- Podporovat kontinuitu a **kvalitu péče**
- Rozvíjet, posilovat a implementovat **opatření pro bezpečnost zdraví při práci**



**Philomena se v Nigérii stará o podvyživené děti.**

- Prosazovat rovnost pohlaví a posílit postavení žen a dívek mezi MUV
- **Podporovat opatření na zlepšení komunikace a boje proti xenofobii**
- Posílit partnerskou spolupráci a mechanismy **pro koordinaci mezi sektory, zeměmi i agenturami**

**Kulturně kompetentní péče respektuje rozdílnost rasy, etnicity, věku, pohlaví, sexuální orientace, zdravotního postižení, sociálního postavení, náboženských nebo duchovních přesvědčení a národnosti; je si vědoma toho, kterým skupinám hrozí riziko diskriminace; a dokáže vyhovět rozdílným potřebám v oblasti zdravotní péče, které by mohly vést k nerovnostem v poskytování zdravotnických služeb.**

Podpora a **ochrana zdraví migrantů je zásadním faktorem pro dosažení všeobecně dostupné zdravotní péče a měla by proto být nedílnou součástí každé strategie, která na ni cílí. Migrace má také velký vliv na celkové i dílčí cíle udržitelného rozvoje, a to nejen na ty související se zdravím, ale také na několik dalších. Zajištění vysoce kvalitních zdravotních služeb chrání zdraví všech lidí na světě a přispívá k sociálnímu a ekonomickému rozvoji. A konečně je rovný přístup ke kvalitní zdravotní péči lidským právem. Dopad migrace na zdraví a kvalitu života jednotlivců, rodin a komunit je složitý a má řadu aspektů. Pokud máme být schopní tuto situaci řešit, potřebujeme nastolit integrovaný a partnerský přístup se zapojením celé společnosti, a sestry hrají v této snaze o „zdraví pro všechny“ zásadní roli.**



Foto: Mezinárodní rada sester (ICN)



## Případová studie

Foto: Stephen Gerard Kelly

# POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE IMIGRANTŮM

## - Rebecca A. Bates, USA

Uprchlíci žijící v USA často nemají přístup ke službám zdravotní péče vzhledem k nastaveným pravidlům a systémům úhrad a plateb, které dostupnost péče komplikují. Adams Compassionate Healthcare Network (ACHN) je organizace, která řadu z těchto překážek odstraňuje. Jedná se o bezplatnou kliniku v příměstské oblasti ve státě Virginia, která nabízí vysoce kvalitní zdravotní péči založenou na důkazech komukoli, kdo nemá zdravotní pojištění a žije v chudobě. Většinu z pacientů kliniky tvoří imigranti a uprchlíci z převážně muslimských zemí trpící chronickými nemocemi. Často nemají zdravotní pojištění a doposud měli ve svých domovských zemích jen velice omezený přístup ke zdravotní péči. Někteří z nich mají také omezenou možnost dopravy a z tohoto důvodu se raději vzdají zdravotní péče, aby si mohli zajistit jídlo, bydlení a práci. Důsledkem jsou potom pracovní absence a hospitalizace zapříčiněné nekontrolovanou cukrovkou, vysokým krevním tlakem, kardiovaskulárními onemocněními a nedagnostikovanou rakovinou. Většina pacientů ACHN současně čelí finančním a jazykovým překážkám.

Jako poskytovatel primární péče pokrývá ACHN většinu potřeb svých pacientů, včetně primární péče, odeslání ke specialistům a sociálním pracovníkům, monitorování a posuzování chronických nemocí, posouzení dopadu prostřednictvím registru chronických nemocí, který umožňuje najít ty nejrizikovější pacienty a nabídnout jim cílené intervence, výpočtu nákladů na péči u všech poskytovaných služeb a zasazování se o rozšíření federálního zdravotního pojištění Medicaid a vládních politik přívětivých k uprchlíkům. Tento model péče umožňuje holistické posouzení a léčbu všech pacientů. Pro lepší propojení s pacienty také organizace zavedla jako nástroj telemedicínu,

kteří navíc slouží jako možnost zapojení tlumočnicků. Komunitní partnerství se specialisty a sociálními službami pomáhá zajistit pacientům jídlo, bydlení a práci, aby tak měli možnost přístupu ke službám potřebným pro optimální zdraví a kvalitu života.

Od spuštění provozu před pěti lety klinika poskytla zdravotní péči v hodnotě téměř 1 milionu dolarů celkem 1 500 nepojištěným pacientům. V loňském roce se návštěvnost zvýšila o 31 %, počet hodin odpracovaných dobrovolníky se zvýšil o 207 % a pracoviště se rozšířilo o fyzioterapii, oční ambulanci a ambulanci pro management bolesti.

## Příběh pacientky

Asha\*, která se do USA dostala nedávno jako uprchlice z Iráku, přišla na kliniku s bulkou v prsu, o níž věděla už šest měsíců, ale doposud neměla vzhledem k nedostupnosti zdravotní péče možnost nechat se vyšetřit. ACHN jí zajistila zpracování diagnózy a pomohla jí s dalším postupem a zajištěním potřebné léčby pro rakovinu prsu. Organizace jí pomohla s žádostí o bezplatnou péči v místní nemocnici a s koordinací návštěv u specialistů a během celé léčby i po ní jí nadále poskytovala služby primární péče.

\*Nejedná se o skutečné jméno pacientky.

# NAŠE DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A POHODA



„Stávající postoj psychiatrie prakticky ignoruje sociální světy, v nichž psychické problémy vznikají, a pokouší se stát vysoce biomedicínskou disciplínou, stejně jako je kardiologie nebo onkologie. Psychiatrie ale musí být mnohem více zasazená do osobního a sociálního světa lidí. Dr. Vikram Patel, spoluředitel Centre for Control of Chronic Conditions, Public Health Foundation of India

## Podceňované a podfinancované

Dokonce ani v moderních zdravotnických systémech **po celém světě se zdravotnictví nedaří naplnit potřeby lidí, kteří přijdou do nemocnice s** naléhavým problémem v oblasti duševního zdraví. Systém selhává až do té míry, že pacienti s tímto typem **problémů** musí v **průměru čekat na posouzení a ošetření déle než ostatní pacienti. V důsledku toho řada těchto pacientů z oddělení urgentního příjmu na vlastní riziko a proti doporučení odejde.**<sup>62</sup>

**<2 dolary**

Úroveň výdajů na duševní zdraví a zemích s nízkým a středním národním důchodem.<sup>63</sup>

**Přístup ke kvalitní a finančně dostupné zdravotní péči v oblasti duševního zdraví je momentálně na kritické úrovni. WHO odhaduje, že téměř dvě třetiny lidí se známým psychickým problémem nikdy nevyhledají pomoc zdravotnického pracovníka. Stigma, diskriminace a zanedbávání brání tomu, aby se lidem s duševními poruchami dostalo péče a ošetření.**<sup>64</sup>

**Duševní poruchy**

představují nejčastější příčinu zdravotního postižení a nemoci na světě.<sup>63</sup>

**Tam, kde se pacientům péče dostane, zůstává běžné porušování lidských práv, kdy jsou lidé zneužíváni, zadržováni násilím nebo zamykáni. Nedostatečná je i kvalita péče: u lidí s depresivní poruchou se například ošetření splňujícího minimální požadavky dostane jen jednomu z pěti lidí v zemích s vysokým národním důchodem a jednomu z 27 lidí v zemích s nízkým a středním důchodem.**<sup>65</sup>

**1,1 miliardy**

lidí trpí duševní poruchou nebo poruchou způsobenou užíváním látek (*substance use disorder*).<sup>66</sup>

Tyto statistiky poukazují na zahanbující situaci na národní i mezinárodní úrovni. **Potřebná opatření** musí provést naše vlády, které jsou za stávající **situaci částečně odpovědné.**

Publikace WHO Mental Health Atlas<sup>63</sup> ukazuje, že **40 % zemí nemá žádnou politiku pro péči o duševní zdraví a více než 30 % nemá žádný zdravotní program pro duševní zdraví. Kromě toho chybí v každé čtvrté zemi jakákoli legislativa, která by chránila a podporovala zdraví a kvalitu života obyvatel.**

**275 milionů**

lidí trpí úzkostnou poruchou.<sup>66</sup>

Tato situace je v každém ohledu globální tragédií. **Naléhavě potřebujeme reformy a investice, abychom zajistili zdraví a kvalitní život lidem trpícím nejčastější příčinou zdravotního postižení a nemoci na světě: duševními poruchami.**

## Duševní zdraví pro všechny

**Péče o duševní zdraví a poruchy způsobené užíváním látek je na celém světě podfinancovaná. Vzhledem k začlenění dílčích cílů a indikátorů duševního zdraví do cílů udržitelného rozvoje je tu naděje, že řada lidí, a možná dokonce miliony, získají přístup k péči, kterou potřebují. Pokud se ale má tato vize přeměnit na realitu, musí být péče o duševní zdraví přístupná všem**



a musí dojít k **sociálnímu začlenění lidí, kteří tuto péči potřebují**. Změna v postoji veřejnosti a sociální inkluze jsou nutným **předpokladem pro odstranění překážek v přístupu ke zdravotní péči i k řešení determinantů**

**duševního zdraví**. Je dobře známo, že existuje řada sociálních, psychologických a **biologických faktorů, které neustále ovlivňují duševní zdraví lidí**. Bude proto potřeba podniknout opatření na více úrovních, ze všeho nejdříve je ale nutné zajistit lepší integraci **duševního zdraví do programu veřejného zdraví a do primární péče**.

## Duševní zdraví nediskriminuje.

**Australský miliardář** nedávno rezignoval na pozici člena představenstva ve své společnosti, největším provozovateli kasin v regionu, v **důsledku** dlouholetého boje s depresí a úzkostí.

**Komise WHO na vysoké úrovni pro neinfekční nemoci zařadila problémy v oblasti duševního zdraví mezi neinfekční nemoci, což představuje důležitý krok k vyřešení tohoto problému. Jak neinfekční nemoci, tak duševní zdraví jsou do velké míry ovlivněny prostředím a sociálními podmínkami, do nichž se lidé rodí a ve kterých vyrůstají, hrají si, pracují a žijí. Mají také řadu dalších společných aspektů:**<sup>67</sup>

- **Duševní poruchy často vyplývají z prostředí** a sociálních podmínek, v kterých lidé žijí, a z **vystavení rizikovým faktorům (jako je stravování, fyzická aktivita a užívání alkoholu a drog)**.
- Duševní poruchy se mohou objevit kdykoli **během života a často mají dlouhodobý charakter** (jsou chronické) a vyžadují dlouhodobý management a podporu, nikoli **jednorázovou léčbu**.
- **Duševní poruchy se také často objevují současně s dalšími fyzickými neinfekčními nemocemi**. Lidé s **duševním onemocněním mívají horší výsledky zdravotní péče než obecná populace**.

## 10 až 25 let

**Odhadované zkrácení střední délky života pacientů se závažným duševním onemocněním.**<sup>68</sup>

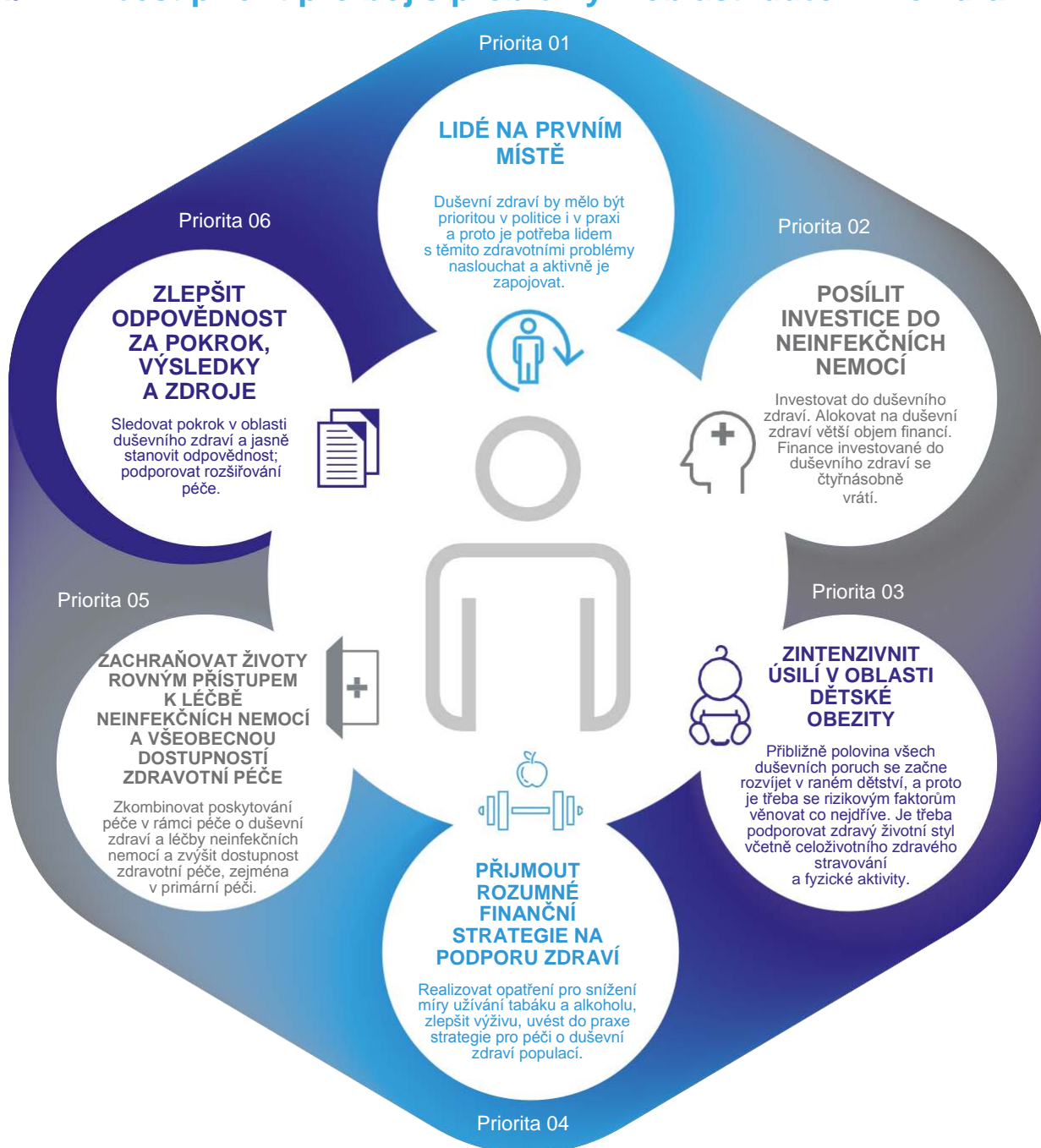
Nezisková organizace World Federation of Mental Health doporučila komisi WHO na vysoké úrovni pro neinfekční nemoci šest priorit v oblasti duševního zdraví. Jejich přehled je uvedený na obrázku 11.



**„Čekáte, čekáte a čekáte a máte pocit, že to nikdy neskončí.“**

**Pacient s duševní poruchou čekající na ošetření na oddělení urgentního příjmu**<sup>69</sup>



**Obr. 11: Šest priorit pro boj s problémy v oblasti duševního zdraví**

Ve snaze dosáhnout pokroku v programu **neinfekčních nemocí přijalo Valné shromáždění OSN k 10. říjnu 2018 rezoluci<sup>70</sup>** nazvanou „**Politické prohlášení třetího setkání Valného shromáždění na vysoké úrovni k prevenci a kontrole neinfekčních nemocí**“. **ICN opatření schválená v rezoluci vítá a podporuje, zejména ta následující:**

- **Zapojení všech vládních sektorů a** integrace zdraví do celé politiky
- **Rozvoj komplexních služeb a léčby pro lidi** s duševními poruchami a dalšími problémy v oblasti duševního zdraví

- **Podpora přístupu k finančně dostupné diagnostice, screeningu, léčbě a péči**

**Přestože ale ICN tyto strategie rozhodně podporuje, je současně znepokojena tím, že nijak nezohledňují roli zdravotnických pracovníků v péči o pacienty s duševními poruchami a neinfekčními nemocemi, v prosazování potřebných opatření i na vedoucích pozicích v této oblasti. Stejně tak ICN znepokojuje, že rozvoj politiky, strategií a legislativy v oblasti duševního zdraví a neinfekčních nemocí probíhá bez zapojení spotřebitelů a komunit. Péče zaměřená na člověka a zapojení komunit musí být v popředí všech budoucích plánů na realizaci těchto opatření.**

## 4 % HDP

Odhaduje se, že v zemích OECD jsou problémy s duševním zdravím spojeny s náklady ve výši 4 % HDP. Jinak řečeno, každé 10% zlepšení duševního zdraví by přineslo 0,4% zvýšení HDP.

## 10 miliard dolarů

Náklady na duševní onemocnění pro firmy.

### *Klíčové prvky zdravotnického systému navrženého s ohledem na výzvy v oblasti duševního zdraví*

Neexistují žádná jednoduchá a jednorázová řešení, která by dokázala zátěž způsobenou duševními onemocněními zmírnit. Je potřeba nastavit komplexní a integrovaný přístup, který bere v potaz důležitou roli zdravotnických systémů ve vedení a koordinaci boje proti neinfekčním nemocím. Silné a odolné zdravotnické systémy, které dokážou reagovat na potřeby jednotlivců i komunit, by měly zahrnovat následující klíčové prvky:<sup>71</sup>

- 1 **Vytvoření soudržné a jednotné legislativy, politických opatření a plánů na základě zapojení spotřebitelů, zdravotníků (zejména sester) a komunit a po konzultacích s těmito skupinami.**
- 2 **Zdravotnický systém s dostatkem zdrojů na to, aby dokázal vyhovět požadavkům napříč celým kontinuem péče (s důrazem na prevenci a na podporu zdraví), a uplatňování zásady proporcionality pro posílení rovného přístupu. Dostatek zdrojů znamená v tomto případě dostatečný počet zdravotníků s potřebnou kombinací dovedností. Patří sem i bezpečné pracovní prostředí.**
- 3 **Integrovaná primární zdravotní péče, která se proaktivně stará o zdraví a kvalitu života komunit. Zkušenosti ukazují, že koordinátoři péče (tedy sestry, které pacienty provedou úskalími zdravotnického systému) a sestry se specializací na péči o duševní zdraví zefektivňují cestu pacienta zdravotnickým systémem i integraci zdravotních služeb.**
- 4 **Dostatečně dostupné zdravotní služby v oblasti duševního zdraví tak, aby byla zajištěna efektivní a včasná péče pro neodkladné případy. Tato specializovaná péče by měla být poskytována v rámci multidisciplinárního přístupu k péči.**
- 5 **Využití zdravotnického modelu péče zaměřené na člověka, který posiluje práva spotřebitelů.**

- 6 **Oblast duševního zdraví je zaměřená na zdravotní péči založenou na hodnotě. Jinak řečeno, finanční systémy jsou nastavené tak, aby podporovaly ty modely péče, které zajišťují dobré výsledky zdravotní péče za přijatelné náklady. Je potřeba stanovit pro služby priority a nabídnout dostatečné pobídky pro zajištění požadovaných výsledků.**
- 7 **Lepší přístup ke kvalitním a finančně dostupným lékům.**
- 8 **IT řešení na podporu managementu populačního zdraví, managementu zdravotních problémů, koordinace aktivit, lepšího self-managementu a monitorování výsledků. Zvláště důležitá jsou IT řešení v ošetrovatelství, protože sestry zajišťují první linii péče o zdraví v komunitním prostředí, na klinikách i v nemocnicích a získané informace mohou posloužit k podpoře efektivity a výkonu mezi pracovníky.**
- 9 **Zdravotničtí pracovníci, jejichž kompetence jsou v souladu s potřebami systému a kteří zajišťují intervence a služby zaměřené na člověka a založené na nejlepších dostupných důkazech. Patří sem:**
  - a **Vytvoření role sestry s rozšířenými kompetencemi v péči o duševní zdraví a navyšování počtu těchto sester.**
  - b **Vypracování a realizace vhodných správních a regulačních modelů, které umožní zdravotníkům pracovat v plném rozsahu činností. Za určitých okolností to může znamenat uvolnění nepřiměřených restrikcí, kterými zdravotníky svazuje regulační prostředí.**
  - c **Zavedení vhodných modelů financování a úhrad. Politika financování a úhrad do značné míry ovlivňuje zavádění inovací a jejich praktické využití.**
  - d **Podpora rozvoje vysoce kompetentní pracovní síly začleněním duševního zdraví do bakalářských studijních programů a dalšího profesního vzdělávání a umožnění specializované praxe prostřednictvím magisterských a postgraduálních programů a stále hodnotnějšího výzkumu z oblasti ošetrovatelství.**

---

## *Kolaborativní péče: ukázkový model poskytování dostupné a kvalitní péče za přijatelné ceny*

Se správně zacílenými investicemi je možné dosáhnout zlepšení kvality a dostupnosti zdravotních služeb a tím i duševního zdraví v celé zemi. Následující příklad ukazuje model založený na důkazech, který dokáže zajistit vynikající výsledky zdravotní péče a navíc komunitám nabízí další ekonomické přínosy a přínosy v oblasti produktivity.

Kolaborativní péče je model zdravotní péče, jehož cílem je zlepšit výsledky pacienta prostřednictvím vzájemné spolupráce jednotlivých profesí. Patří sem i spolupráce mezi primární a specializovanou péčí, která zahrnuje celou řadu zdravotnických pracovníků. Tým vede koordinátor péče, kterým je často sestra. Důvodem je to, že sestry jsou jediní kliničtí zdravotníci speciálně vzdělávaní a školení v tom, aby znali role dalších poskytovatelů zdravotní péče. Tyto znalosti představují stabilní základ pro úspěšnou spolupráci.

Charakteristickým znakem kolaborativní péče je snaha o zapojení spotřebitelů a jejich rodin jako aktivních účastníků léčebného procesu. Jejich zapojení podporuje i koordinátor péče, jehož úkolem je vytvořit pro multidisciplinární tým strukturovaný plán péče. Kromě toho je také odpovědností koordinátora zajistit, aby všichni zapojení pracovníci měli potřebné informace k poskytování patřičné péče o fyzické i duševní zdraví.<sup>72</sup>

Pokud má model kolaborativní péče fungovat, je nutná efektivní komunikace. Sestry se obecně dokážou snadno přizpůsobit, jsou empatické a mají dobré komunikační dovednosti a tato kombinace schopností je ideálně předurčuje pro vedoucí pozici koordinátora péče. Kromě toho dokážou sestry s potřebným vzděláním pochopit a posoudit pacientovy klinické, emocionální a sociální potřeby a na jejich základě zajistit dostupné zdroje pro vytvoření a realizaci plánu péče zaměřené na člověka.<sup>73</sup>

Analýza modelů kolaborativní péče prokazuje, že tyto modely nejen zachraňují životy a zlepšují výsledky zdravotní péče, ale také mají vynikající návratnost. Každý dolar investovaný do těchto modelů se trojnásobně vrátí.<sup>72</sup>



## Případová studie

Foto: Stephen Gerard Kelly

# ZLEPŠOVÁNÍ FYZICKÉHO ZDRAVÍ PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ V ZAŘÍZENÍ PRO DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

- Amy Wallace, Austrálie

Podle statistik umírají lidé s duševním onemocněním až o 25 let dříve než obecná populace, a to z důvodu preventabilních fyzických zdravotních problémů. Je prokázáno, že tzv. diagnostické překrývání (*diagnostic overshadowing*) – tedy mylné přisuzování symptomů fyzické nemoci duševnímu onemocnění pacientů – přímo ovlivňuje péči v oblasti fyzického zdraví, které se těmto pacientům dostává. K rozdílu ve střední délce života přispívají mimo jiné i preventabilní fyzické zdravotní problémy.

Graylands Wellness Clinic byla založena v roce 2016 s cílem věnovat se fyzickému i duševnímu zdraví pacientů. Jedná se o základní službu, která má pomoci snížit nepoměr ve střední délce života u pacientů s duševní poruchou v Graylands Hospital, což je největší nemocnice pro duševně nemocné v Západní Austrálii. Jedním z důležitých způsobů, jak toho dosáhnout, je posuzování a management fyzických onemocnění a cílený přístup k péči o fyzické zdraví. Službu a všechny související projekty vede klinická sestra specialista na primární zdravotní péči. Ošetřovatelský personál proaktivně přebírá iniciativu, dobrovolně plní další pomocné úkoly a je zastoupený v příslušných komisích.

Během 12 měsíců bylo v rámci projektu zaznamenáno 101 odeslání k praktickému lékaři (oproti pouhým 25 odesláním pacientům během 12 měsíců před spuštěním projektu) a dalších 70 pacientů bylo odesláno k sestře specialista na primární zdravotní péči. Výsledkem je, že většina hospitalizovaných pacientů teď má v rámci nemocnice přístup k péči zaměřené na fyzické zdraví.

## Příběh pacientky

Beth\* je 55letá žena, která byla přijata s mánii s psychotickými příznaky. Zdálo se, že se jedná o relaps její bipolární poruchy. Nakonec se zjistilo, že Beth ve skutečnosti už delší dobu bere velké dávky kortikosteroidů a že její psychóza je navozená právě steroidy. Zatímco místní tým se zaměřil na léčbu symptomů duševního onemocnění, pro Beth samotnou byla hlavním zdravotním problémem revmatoidní artritida. Na oddělení nemohla používat hůl, nemohla dál brát steroidy na zmírnění otoků a bolestí, a navíc neměla přístup ke svým stálým odborným lékařům. Kvalita jejího života tím značně utrpěla. Sestra specialista zařídila Beth urgentní fyzioterapeutické vyšetření, na jehož základě dostala Beth chodítko. Praktický lékař kontaktoval lékaře, u kterého se Beth léčila s artritidou, aby s ním probral možné alternativy protizánětlivých léků namísto steroidů, a potom pomohl Beth s výběrem nejlepší možnosti. Byl sestaven plán na zmírnění bolesti a pacientka byla edukována ohledně toho, jak léky užívat bezpečně. Výše uvedená opatření pomohla rozptýlit její úzkost, zamezit bolesti i zánětům a nabídnout jí řešení problémů, které jí trápily. Beth byla velice vděčná za to, že si mohla promluvit s někým, kdo chápal její potíže a dokázal ji uklidnit.

\*Nejedná se o skutečné jméno pacientky.

# GLOBALNÍ ZDRAVOTNÍ VÝZVA Č. 6 DOPADY NÁSILÍ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI A NA NÁS VŠECHNY

Foto: Halyan Bronte



„Nespravedlnost kdekoli je hrozbou pro spravedlnost všude.“

Martin Luther King Jr.

10. prosince 2018 se slavilo 70. výročí Deklarace lidských práv Valného shromáždění OSN. Jedná se o jeden z nejčastěji překládaných dokumentů na světě, který byl přeložen do více než 500 různých jazyků.<sup>74</sup> Od poslední světové války sice uplynulo 70 let, stále ještě jsme ale daleko od dosažení míru, spravedlnosti a rovnosti.

**68,5 milionu**

lidí bylo násilím vyhnáno z domova.<sup>75</sup>

Podle Globálního indexu míru 2018 je na světě míru čím dál méně.<sup>76</sup> Podle odhadů je nyní v důsledku toho počet lidí vyhnaných z domova vyšší než kdy dřív.

Konflikty mají velice závažný dopad na zdravotní péči. Konflikty a násilí narušují a závažným způsobem oslabují zdravotnické systémy. Jak uvádí Červený kříž: „Jednou z prvních obětí konfliktů a násilností je samotné zdravotnictví“.

**4 200**

lidí se v letech 2012 až 2014 stalo obětí útoku na zdravotnické cíle.<sup>30</sup>

Podle zákona by nemocnice, ambulance a zdravotníci nikdy neměli být při výkonu své služby cílem útoku. Realita je bohužel často zcela odlišná. Nemožnost získat bezpečný přístup ke zdravotní péči způsobuje nevýslovné utrpení lidem na celém světě.<sup>30</sup> Lidé jsou odříznuti od zdravotní péče a životně důležitých služeb, jako je porodní péče, péče o děti nebo očkování. Zhoršení dostupnosti zdravotních služeb má okamžité a dlouhodobé následky. WHO například odhaduje, že více než polovina jemenských zdravotnických zařízení je nyní nefunkční.

To už způsobilo několik epidemií cholery a záškrtu, které měly tragické následky, a také katastrofickou míru podvýživy.<sup>77</sup>

**90 %**

obětí současných válek jsou civilisté.<sup>78</sup>

Dlouhotrvající konflikt oslabil zdraví lidí a zdravotnický systém natolik, že narůstá počet případů starých nemocí (jako je cholera), nemocí téměř vymýcených (jako je dětská obrna) a nově vznikajících nemocí, které se šíří i přes hranice. Pokud chce svět skutečně splnit cíle udržitelného rozvoje, pak je potřeba zajistit, aby se přijatá opatření vztahovala skutečně na všechny.<sup>79</sup> To zahrnuje i nutnost dosáhnout všeobecné dostupnosti zdravotní péče. Problém je nicméně v tom, že všeobecně dostupnou zdravotní péči by měly zajistit jednotlivé země. Co ale dělat, pokud je země v rozvratu, není k tomuto kroku ochotná nebo se přímo podílí na porušování lidských práv?

**23 zemí**

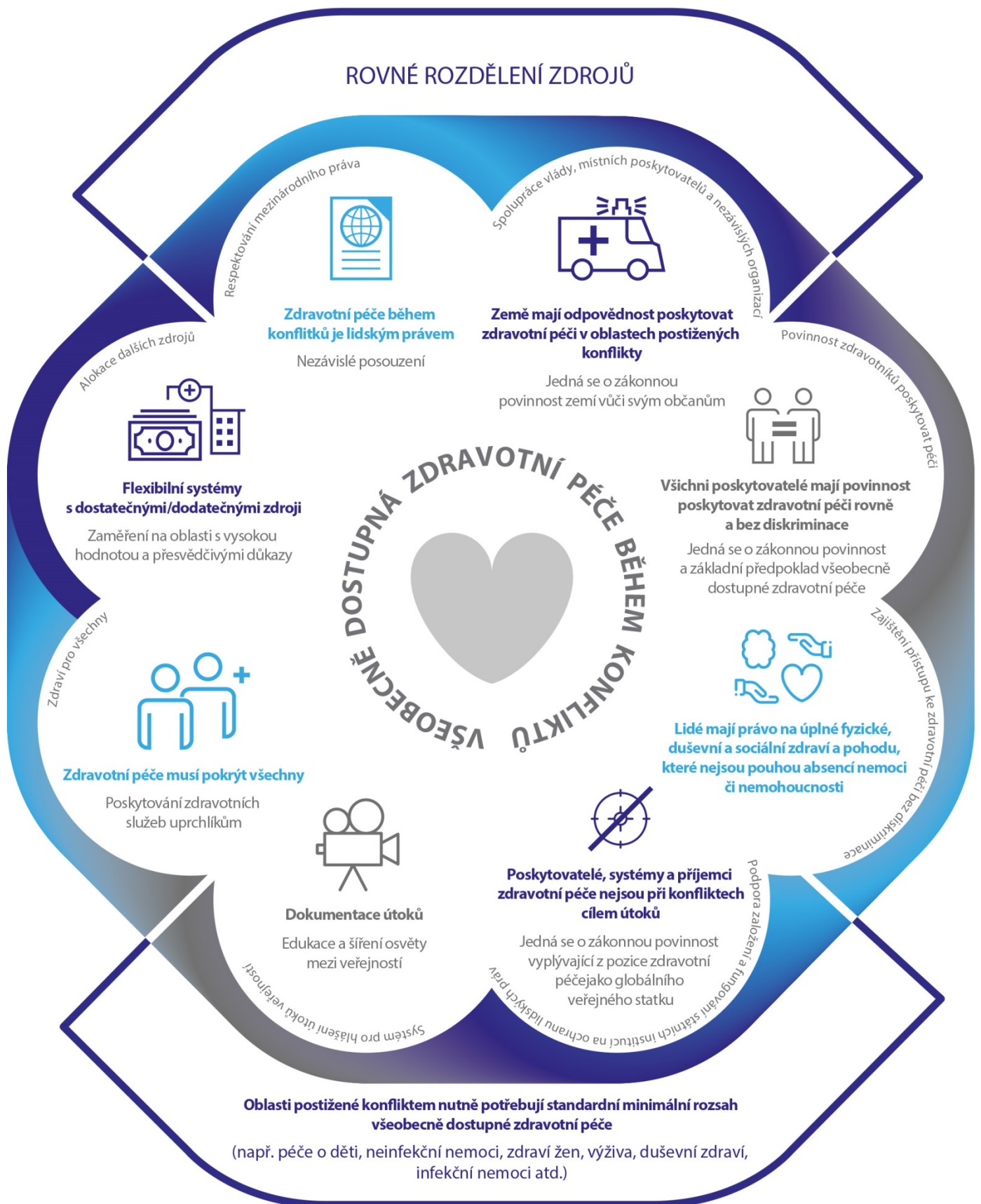
Počet zemí, kde probíhá konflikt a kde došlo k útokům na zdravotnické pracovníky.<sup>80</sup>

Jak vůbec může dojít k situaci, kdy nejsou k dispozici ani základní služby, jako je porodní péče, očkování nebo prevence a management epidemií infekčních nemocí? To je nesmírně obtížná otázka, na kterou neexistuje žádná jednoduchá odpověď. V sázce je ale globální zdraví, které je jen „tak silné, jako jeho nejslabší článek“.



Ahmed zraněný při střelbě v pásnu Gazy

**Obr. 12: Strategie pro rozvoj všeobecně dostupné zdravotní péče během konfliktů** Převzato s úpravami ze zdroje 81



## Útoky na ty, kteří pomáhají

**Násilí namířené proti zdravotníkům se neomezuje jen na oblasti konfliktů a válek.** Zdravotníci se s násilím setkávají dnes a denně po celém světě. Jedná se mimo jiné i o násilné fyzické, sexuální a slovní útoky **pacientů a případně jejich rodin.** Tento problém je natolik vážný, že v některých částech světa je **ošetřovatelství považováno za rizikovější povolání než služba u policie nebo vězeňská služba.** Ve Španělsku **došla situace tak daleko, že bylo zřízeno národní centrum pro monitorování násilí proti zdravotníkům** s cílem shromáždit informace a **přijít se strategiemi na potlačení těchto násilností.** V Pákistánu jsou **zdravotníci terčem střelby a únosů a umírají při výkonu své práce.**<sup>82</sup>

**8–38 %**

**zdravotnických pracovníků je terčem fyzického násilí.**<sup>83</sup>

**Zdravotníci čelí vyššímu riziku vzhledem k prostředí, ve kterém pracují.** Jsou v první linii a dostávají se do **stresových, nepředvídatelných a potenciálně výbušných situací,** kde mohou svoji roli sehrát drogy nebo jiné látky. **Skutečnost je taková, že zdravotníci a zejména sestry násilí očekávají nebo dokonce akceptují jako součást své práce.** Násilí má nicméně nejen fyzické, ale i psychické **důsledky, a má dopad na to, jak sestry interagují s pacienty a jejich rodinami.** Mezi psychologické následky prožitého násilí může patřit **strach, úzkost, smutek, nedůvěra a deprese.** Výzkumy ukazují, že sestry mohou být v **důsledku násilí méně empatické a může tím utrpět kvalita jimi poskytované péče.** Je tu také **očividná souvislost mezi násilím a následnými nežádoucími událostmi.**<sup>84</sup>

**Kromě toho může mít násilí proti sestřím závažné zdravotní a ekonomické dopady** jak na sestry samotné, tak na zdravotnické systémy, v nichž pracují. Mezi **potenciální ekonomické důsledky pro systém patří nemocenské dovolené, právní kroky, horší výsledky personálu a také obtížnější nábor a udržení pracovníků.** **To vše jen zhoršuje už tak velký tlak, kterému zdravotnické systémy čelí ve snaze naplnit poptávku po zdravotních službách.**<sup>85</sup>

## Dopad konfliktů a násilí na všeobecnou dostupnost zdravotní péče

**Pokud se země potýká s nedostatkem nebo špatnou distribucí zdravotnických pracovníků, nejspíš se jí nepodaří dosáhnout všeobecné dostupnosti zdravotní péče.** Produktivita, efektivita a kvalita zdravotní péče **do velké míry závisí na počtu, dovednostech a kompetencích ošetřovatelských pracovníků.** **Nedostatek a vysoká míra fluktuace sester jsou proto po celém světě důležitým tématem.** A přestože tato situace má celou řadu aspektů, násilí a konflikty hrají v **oblasti lidských zdrojů ve zdravotnictví významnou roli.**

**9 milionů:**

tolik sester **podle odhadů chybělo v roce 2013.**<sup>86</sup>

Násilí proti **sestrám ohrožuje poskytování účinné péče** a porušuje lidská práva sester. Poškozuje jejich **osobní důstojnost a integritu.** **Je to vlastně útok na zdravotnický systém jako takový.**

Útoky, násilí a **agrese vůči sestřím závažným způsobem ohrožují stabilitu zdravotnictví a rozvoj a udržitelnost všeobecně dostupné zdravotní péče.** **Je nutné zavést ochranná opatření, která zajistí bezpečné pracovní prostředí, kde spolu všichni zúčastnění jednají se vzájemným respektem.** **Násilí vůči zdravotnickým pracovníkům na jejich pracovišti je často skrytým společenským problémem, o který se příliš nezajímá ani vláda, ani veřejnost.** **Mezinárodní komunita si proto musí tento problém vzít za vlastní a zapojit do jeho řešení vlády, odpovědné činitele, edukátory, výzkumníky, manažery ve zdravotnictví a – což je ze všeho nejdůležitější – aktivní účastníky konfliktů a veřejnost.** **Sestry se musí těšit účtů a vážnosti jako ti, kdo v první linii zajišťují a udržují optimální zdraví a kvalitu života.**<sup>87</sup> **Jak uvádí globální strategie WHO pro lidské zdroje ve zdravotnictví do roku 2030,<sup>88</sup>**

Foto: Mezinárodní rada sester (ICN)



## Obr. 13: Strategie pro snížení míry násilí vůči sestřím <sup>Převzato s úpravami ze zdroje 89</sup>



- Násilí vůči zdravotníkům porušuje lidská práva
  - Podpora „nulové tolerance“ násilí v pracovním prostředí
  - Zajištění právní a psychologické pomoci pro sestry a placené dovolené podle potřeby
  - Prosazování lepšího vzdělávání a průběžného školení v oblasti prevence a managementu násilí a povědomí o něm
- Zvýšit informovanost veřejnosti i sester, co se týče symptomů násilí vůči zdravotnickým pracovníkům
  - Účast na rozvoji a realizaci strategií prevence a managementu násilí
- Násilí namířené vůči zdravotníkům oslabuje zdravotnické systémy a ohrožuje bezpečné poskytování péče
  - Podpora oznamování násilí na pracovišti
  - Řešení násilí na pracovišti vyžaduje systémový přístup
  - Zavedení účinných právních norem a ochrany
  - Zajištění vyhovujících a účinných systémů pro řízení rizik, vytvoření strategií a postupů a realizace plánů pro bezpečnost na pracovišti
  - Sdílení zkušeností s násilím na pracovišti pro lepší vyhodnocování rizikovosti nebezpečných a potenciálně nebezpečných situací
- Vytvoření nebo usnadnění využívání uživatelsky přívětivých, důvěrných a účinných mechanismů pro oznamování násilí
  - Zdravotnické organizace musí jakýkoli násilný trestný čin ohlásit příslušným orgánům
  - Provádění pravidelných auditů, které ověří dodržování zavedených opatření
  - Účast na výzkumu, který zajistí spolehlivá data ohledně násilí vůči ošetřovatelským pracovníkům a ve zdravotnictví obecně, a podpora vytvoření jednotného měřítka, které umožní porovnání výsledků a další výzkum

### Výzva k akci

V roce 2002 vypracovaly Světová zdravotnická organizace, Mezinárodní organizace práce (ILO), Public Services International (PSI) a Mezinárodní rada sester rámcová doporučení, jak postupovat proti násilí na pracovišti ve zdravotnickém sektoru.<sup>90</sup> **Doporučení mají sloužit jako pomůcka pro vlády, zaměstnavatele, pracovníky, odbory, profesní asociace i širokou veřejnost. Od vydání této publikace uplynulo už více než**

**16 let. Přestože řada obsažených informací je stále relevantní, máme dnes k dispozici nové důkazy a závěry výzkumů a bylo by tedy vhodné zprávu aktualizovat a poskytnout zemím jasnější doporučení.** ICN proto vyzývá ostatní partnery, aby ve spolupráci s ní tato doporučení aktualizovali a stanovili měřítka, s jejichž pomocí bude možné měřit pokrok v této oblasti.

**Obr. 14: Útoky na ty, kteří pomáhají**  
**Znepokojivé globální souvislosti**<sup>84, 87, 91–96</sup>

**Kanada a USA**

45 %  
 všech případů násilí na pracovišti vyústí v dočasnou pracovní neschopnost zaměstnance.

82 %  
 Více než 82 % registrovaných sester v Beds uvedlo, že během předchozích 12 měsíců zažily násilí vůči své osobě.

17  
 registrovaných sester je každoročně zabito při výkonu práce.

25 %  
 psychiatrických sester utrpělo v důsledku útoku pacientů zranění s dlouhodobějšími následky.

**Švýcarsko**

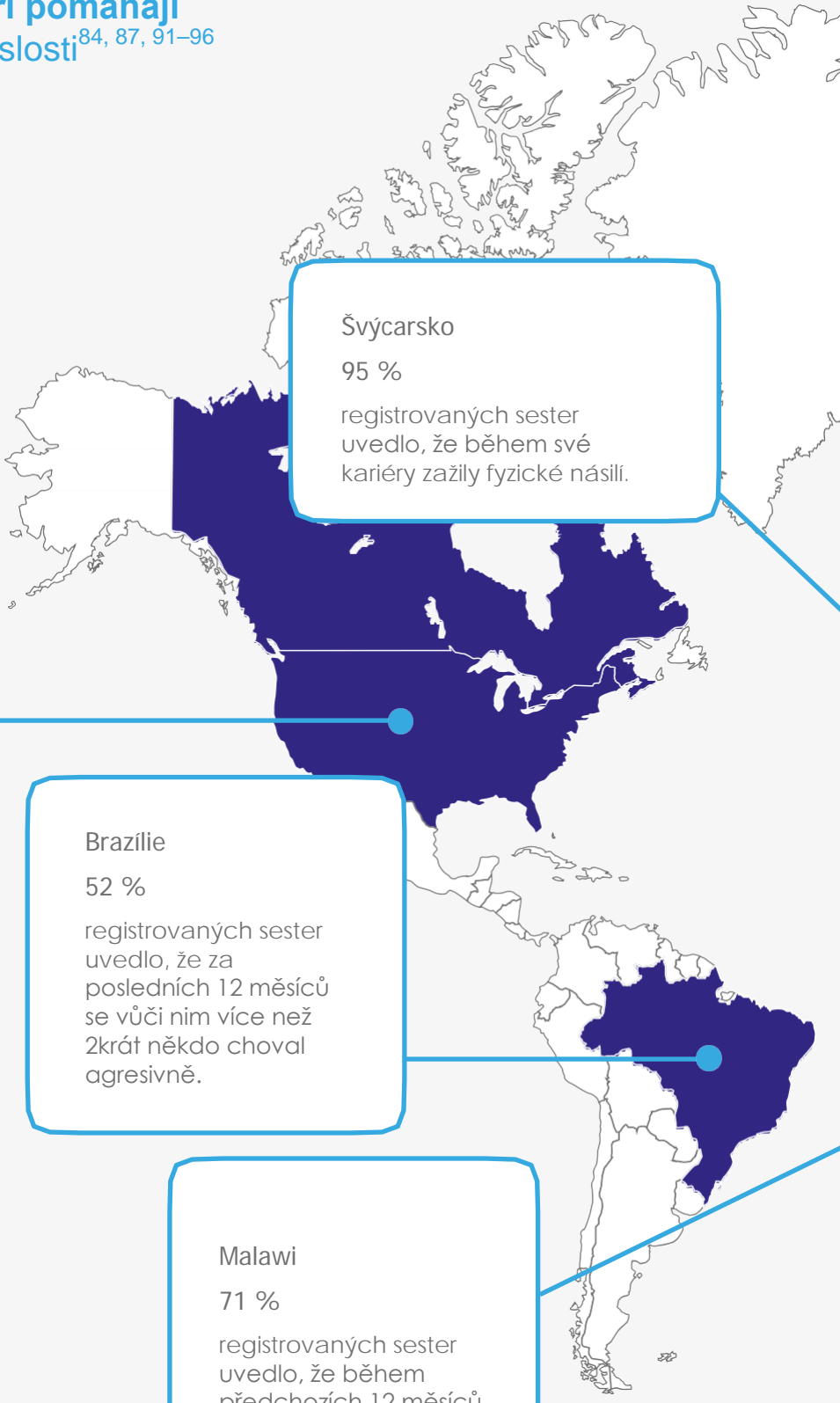
95 %  
 registrovaných sester uvedlo, že během své kariéry zažily fyzické násilí.

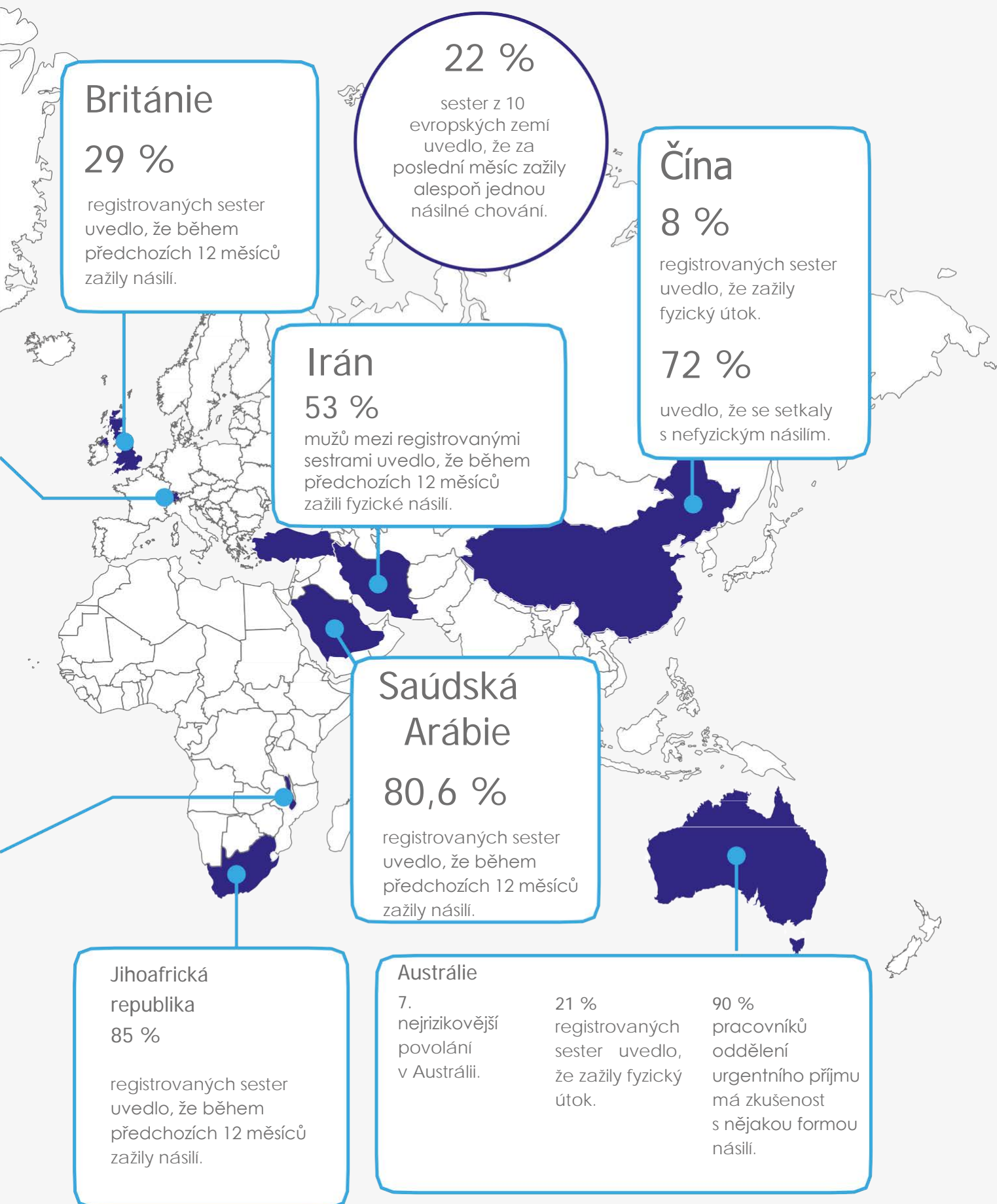
**Brazílie**

52 %  
 registrovaných sester uvedlo, že za posledních 12 měsíců se vůči nim více než 2krát někdo choval agresivně.

**Malawi**

71 %  
 registrovaných sester uvedlo, že během předchozích 12 měsíců zažily násilí. 80 % sester trpí dlouhodobými důsledky násilí.





# Changing diabetes

Foto: Manar Nabolsi

## ČÁST TŘETÍ VEDENÍ: NOVÝ ÚHEL POHLEDU

### POČÁTKY SESTER VE VEDOUCÍCH ROLÍCH

**Být na vedoucí pozici není pro ošetrovatelské pracovníky ničím novým. Dějiny jsou plné sester, pod jejichž vedením došlo k transformaci společnosti a systémů. V každé zemi si sestry nejspíš vzpomenou na příklady těchto vůdčích osobností z vlastní historie. Téměř všechny sestry ale budou znát jméno Florence Nightingale. Přestože skutečná povaha její průkopnické práce je poněkud zastřena pozlátkem romantické aureoly, která kolem ní vznikla, měla Florence jasnou představu o tom, co vedoucí role sester znamená a proč je důležitá. Byla přesvědčená, že základem pro vedoucí pozici sester je vzdělání. Velice dobře také poznala lidské utrpení a příběhy skutečných lidí, jejichž život se stal základem pro její aktivismus. Cílevědomě a efektivně razila novou cestou, protože se na utrpení dívala z hlediska obecných příčinných faktorů, a ne jen jednotlivých pacientů. Pochopila, že příčiny i řešení utrpení se často nachází na systémové a společenské úrovni, a na tyto cíle proto zaměřila své úsilí.**

I v dnešní době se bohužel setkáváme s příběhy podobnými těm, které inspirovaly a motivovaly Florence Nightingale. Tyto příběhy jsou velice důležité, protože nám pomáhají pochopit skutečné problémy, s jejichž řešením můžeme pomoci. Pro Florence byly tyto příběhy tím, co inspirovalo a motivovalo její práci, současně ale chápala, že každý takový příběh je jenom začátek a že sám o sobě na systémovou změnu nestačí. Proto tyto příběhy systematicky zaznamenávala v podobě, kterou je dokázala přiblížit a vysvětlit lidem s pravomocemi k provedení změn na systémové a celospolečenské úrovni.

Vedoucí pozice Florence Nightingale se upevňovala, jak si postupně získávala důvěru stále širšího okruhu důležitých přátel, ale i těch lidí, jejichž zájmy hájila: nikdy totiž nezapomínala na cíl, který si pro sebe stanovila. Na začátku to byli vojáci na bitevních polích, jejich řady se ale postupně rozrostly o ty nejzranitelnější a nejchudší příslušníky britské společnosti. Cesta, kterou si zvolila,

byla strmá a posetá překážkami a slepotou ostatních vůči lidskému utrpení. Její cílevědomý přístup k vedení byl ale úspěšný a může být vzorem pro všechny sestry, které chtějí přiblížit zdravotnictví cíli „zdraví pro všechny“.

Postup Florence Nightingale představuje velice účinný model, v němž je potřeba pochopit názory a postoje spojenců i protivníků a současně najít strategie, které se stanou základem úspěchu a které dokážou překonávat překážky. Florence chápala, že pokud má být vedení úspěšné a dosáhnout svého cíle, musí:

- vědět, v čem je problém,
- znát podstatu příběhu na úrovni jednotlivých lidí,
- chápat problém ze širšího systémového hlediska,
- získat si podporu dobře podloženou argumentací,
- získat si důvěru těch, o jejichž zájmy se jedná, i těch, které se snaží přesvědčit, aby mohla jednat s lidmi, kteří o věci rozhodují,
- chápat pozici jednotlivých stran a jejich vliv a být připravená vytrvat v boji za to, o čem ví, že je potřeba.

Tyto kroky k budování vedoucí pozice, ač zdánlivě jednoduché, jsou klíčem k tomu, jak odstranit nespravedlnost a nerovnost, s kterou se sestry každý den setkávají, a realizovat změny, které jsou k zajištění zdraví pro všechny potřeba. Sestry po celém světě mají možná vůbec nejlepší postavení ze všech zdravotníků k tomu propůjčit svůj hlas těm nejvíce znevýhodněným a vyloučeným lidem. Víme, že v řadě zemí je povolání sestry považované za vůbec nejdůvěryhodnější profesí. Copak existuje lepší odrazový můstek k vedoucí roli, než je důvěra – a spolu s ní i odpovědnost tuto důvěru nezklamat? Právě teď je ten pravý čas a jsme to my, sestry na celém světě, kdo má možnost přeměnit příběhy lidí, kterým pomáháme, na politické strategie a systémy nezbytné k zajištění zdraví pro všechny.



Foto: Marco Di Lauro

## Případová studie

# OŠETŘOVATELSTVÍ A POLITIKA – OD ÚSPĚCHU K ÚSPĚCHU - Juliana Lunguzi, Malawi

Malawi se potýká s řadou problémů ve zdravotnictví včetně nedostatku pracovníků, omezené zdravotnické i další infrastruktury, nedostatku základních léků a dalších faktorů, které mají negativní dopad na sociální determinanty zdraví, jako je například chudoba. Hlavními zdravotnickými prioritami země je zdraví dětí a žen, HIV/AIDS, malárie a tuberkulóza.<sup>107</sup>

Juliana Lunguzi je členkou malawiského parlamentu za region Dedza East. Jako specialistka na veřejné zdraví a registrovaná sestra má Juliana značné zkušenosti a znalosti, kterými přispívá k práci parlamentního výboru a které využívá ve své roli stínové ministryně zdravotnictví. Jako sestra ve veřejném zdraví byla očitým svědkem toho, jaký dopad mají determinanty zdraví v její komunitě. Svoje odborné znalosti o chorobném procesu a holistických potřebách jednotlivců využívá k tomu, aby se zastávala zájmů těchto lidí.

Juliana přispívá svými radami ke směřování zdravotnictví v Malawi a dohlíží na to, aby vláda potřebné strategie skutečně realizovala. V parlamentu využívá řadu získaných dovedností i svůj široký rozhled po zdraví a zdravotnictví. Ten se projevuje zejména v tom, jak prosazuje zájmy lidí v politických opatřeních projednávaných v parlamentu.

Přestože je teď Juliana členkou parlamentu, říká o sobě, že vřadycky zůstane sestrou zaměřenou na veřejné zdraví. Věří, že její zkušenost s prací sestry ji připravila na práci političky a že má dobré předpoklady pro to, aby mohla pro občany Malawi zajistit přínosné změny. Jedním z důvodů, proč se Juliana přesunula do politiky, bylo to, že chtěla něco změnit „ve velkém měřítku“. Při své práci sestry se setkávala s problémy, kterým musí lidé každodenně čelit. Namísto toho, aby si stěžovala, proč nemůžou být věci jinak, a byla frustrovaná z nedostatku politické vůle něco změnit, rozhodla se jednat a sama se postavit do čela změn.

## INOVATIVNÍ CESTY KE ZDRAVÍ PRO VŠECHNY: PRÁCE SESTER A OŠETŘOVATELSKÉ PROFESE

Role sester se kreativním a vynalézavým způsobem rozšiřují, mění i zužují, aby vyhověly měnícím se okolnostem a potřebám jednotlivých zdravotnických systémů.

**Všude na světě jsou lidé, kteří potřebují pomoc, a sestry dokážou najít způsob, jak jim ji zajistit.**

**Jako příklad** lze uvést následující skupiny:

- venkovské komunity s **nedostatečným přístupem ke zdravotním službám (sestry z organizace Royal Flying Doctor Service of Australia, které zajišťují zdravotní prohlídky na dobytčích farmách v řídce osídleném australském vnitrozemí, nebo ordinující sestry v inuitských komunitách v Kanadě – viz balíček k Mezinárodnímu dni sester 2018),**
- **vězni (kterým se sestry snaží poskytovat širokou škálu služeb, často potřebných v důsledku sociálních determinantů zdraví),**
- uprchlíci a imigranti (jak v táborech, kde čekají na přesídlení, tak při příchodu do nové země),
- jednotlivci a rodiny v konfliktních zónách (prostřednictvím organizací, jako je Mezinárodní výbor Červeného kříže, SOS a Lékaři bez hranic),
- **oběti přírodních nebo lidmi způsobených katastrof,**
- lidé ohrožení propuknutím nebo **epidemií infekčních nemocí (viz str. 16),**
- jednotlivci a **rodiny, které nemají přístup k péči nebo nedokážou účinně využít systém a služby zdravotní péče (sestry jako koordinátoři péče, kteří pomáhají rodinám pochopit nutnost hospitalizace, co se děje při pobytu v nemocnici a jak probíhá přechod zpět do komunity),**
- **vysoce rizikové populace, kde je zapotřebí podpora pro konkrétní kohortu pacientů (viz případová studie na str. 6).**

Tyto ukázky mohou inspirovat další při práci v podobných situacích. Existuje ale nespočet dalších příkladů, které nebyly zdokumentovány a nejsou tak součástí sdílených znalostí, které nám pomáhají posunovat se vpřed. Je nezbytně nutné dál pracovat na formulování potřeb ohrožených skupin lidí, posuzovat a vyhodnocovat naše programy a šířit jejich úspěch vydáváním zpráv a u těch iniciativ, které fungují, rozšiřovat jejich využití do běžné praxe. V tomto úsilí nám může být příkladem příběh Florence Nightingale. Další inspiraci můžete najít ve zdrojích balíčku k Mezinárodnímu dni sester 2018 (<https://2018.icnvoicetolead.com/>).

**Sestry už také přišly na to, že někdy je pro další boj za „zdraví pro všechny“ potřeba překročit hranice klinické praxe. Někdy je vliv sester lépe využitý ovlivňováním tvůrců politiky a strategií přímo tam, kde se o nich rozhoduje. Sestry se proto stávají členy nejrůznějších rad a komisí, které se přímo či nepřímo týkají zdraví (jako jsou například školní výbory nebo obecní rady), vstupují do národních i nadnárodních zdravotnických organizací nebo se přímo stávají členy vlád jednotlivých zemí.**

**Na celém světě si sestry začínají uvědomovat, že politický vliv se nejlépe uplatní přímo tam, kde se politika vytváří a kde se definují problémy a vznikají řešení.**

Amanda McClelland je sestra, která se po letech strávených prací na krizi způsobené virem Ebola v Africe přesunula na pozici, kde má na starost globální reprezentaci, vedení a prosazování zájmů Mezinárodní federace společností Červeného kříže a Červeného pŕlměsíce. Po letech práce v terénu se tak Amanda octla v Ženevě. Svůj praktický přínos jako sestry k diskuzím na vysoké a globální politické úrovni hodnotí následovně:

*Moje role spočívala v tom být tlumočnicí: přinášela jsem na tyto vysoce postavené debaty informace z praxe, vysvětlovala jsem, jak složitá a náročná je realizace programů, a potom jsem zase tlumočila vědecké poznatky nebo doporučení z těchto setkání zpátky do praxe tak, aby se daly realizovat... Vnesla jsem do diskuzí o globální strategii prvek mobilizace společnosti a komunity a postupně jsem začala dostávat žádosti o to, abych se o tento přístup podělila i na konferencích o veřejném zdraví po celém světě. Říkala jsem pokaždé totéž: ústředním bodem jakéhokoli krizového zdravotního plánu musí být místní komunity. Je legrační, jak často tahle logická rada přišla lidem překvapivá.*<sup>104, str. 274–5</sup>

**Podpora rozvoje vůdčích schopností sester a jejich vlivu na politiku je jedním z ústředních témat ICN. Pokud má být zdravotnická politika účinná a plnit skutečné potřeby pacientů, rodin a komunit po celém světě, je nezbytně nutné zajistit, aby se na její tvorbě a realizaci podílely i sestry. Ošetřovatelství je nejpočetnější zdravotnická profese na světě. Pracujeme všude tam, kde se poskytuje zdravotní péče. Při dalších investicích do naší profese máme potenciál zajistit naplnění vize „zdraví pro všechny“.**



Foto: Kim Harper

## Případová studie

# SESTRY JAKO ČLENKY RAD

### - Kim Harper, USA

Koalice Nurses on Boards Coalition (NOBC) usiluje o rozvoj zdraví komunit – nejen v USA, ale po celém světě – podporou zapojení většího počtu sester do firemních, zdravotnických a dalších rad, představenstev, výborů a komisí. Zdravotní péči je možné zlepšit jenom tehdy, když se na rozhodování budou podílet sestry.

NOBC reprezentuje 28 amerických ošetrovatelských a dalších organizací, které se společně snaží vybudovat zdravější komunity prostřednictvím větší účasti sester ve firemních, zdravotnických a dalších představenstvech, radách, výborech a komisích. Cílem koalice je zlepšit zdraví všech lidí zapojením sester do rozhodování ve zdravotnických záležitostech. Stěžejní strategií koalice je zaplnit do roku 2020 alespoň 10 000 míst v radách a současně zvyšovat povědomí o tom, že všechny rady, které chtějí dosáhnout zlepšení zdraví a zefektivnit zdravotnické systémy, by mohly těžit z jedinečných zkušeností sester.

NOCB tvoří desítky dobrovolníků ve všech 50 amerických státech a federálním distriktu Washington, kteří zajišťují edukační zdroje pro sebehodnocení a rozvoj kompetencí rad a propojují konkrétní sestry s potenciálně vhodnými místy v radách. Na základě průzkumu kompetencí, které jsou pro členství v radách zapotřebí, vypracovala koalice NOCB model kompetencí a model připravenosti na členství v radě. Sestry mohou tyto materiály využít k přípravě na novou pozici a k rozvoji kompetencí, které už mají. NOCB také spolupracuje s radami, které hledají nové členy, a snaží se pro ně najít nejvhodnější kandidáty.

Tato velice úspěšná koalice ošetrovatelských organizací dala stovkám tisíců sester příležitost spolupracovat na společném cíli: zlepšení zdraví populací zapojením hlasu sester do rozhodování o zdravotní péči poskytované komunitám. Práce NOCB se ve Spojených státech stala hnutím a koalice jedná s dalšími zeměmi, které projeví zájem její postup uplatnit.

# POUŽITÁ LITERATURA

- 1 Ueberschlag, L. WHO's Dr Tedros: "It's Not Often You Get A Second Chance, But This Year, We Do". 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.healthpolicy-watch.org/whos-dr-tedros-its-not-often-you-get-a-second-chance-but-this-year-we-do/>.
- 2 World Health Organization. Almaty celebrates the official 40th birthday of primary health care. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://www.euro.who.int/en/countries/kazakhstan/news/news/2018/09/almaty-celebrates-the-official-40th-birthday-of-primary-health-care>.
- 3 Sheikh, K. 'Health for All' forty years on. 2018 [cited 2018 10 October]; Available from: <http://jordantimes.com/opinion/kabir-sheikh%E2%80%98health-all%E2%80%99-forty-years>.
- 4 World Health Organization. Definition of health from WHO Constitution. The same is reaffirmed by the Alma Ata Declaration. 2006 [cited 2018 1 October]; Available from: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
- 5 WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases. Time to Deliver: Report of the WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272710/9789241514163-eng.pdf>.
- 6 Mahler, H., The Meaning of "Health for All by the Year 2000". *Am J Public Health*, 2016. 106(1): p. 36-8.
- 7 Yamey, G., et al., Investing in Health: The Economic Case. 2016: Doha.
- 8 International Council of Nurses. The ICN code of ethics for nurses. 2012; Available from: <http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/>.
- 9 Centre for Health Market Innovations. Rachel House Pediatric Palliative Care 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://healthmarketinnovations.org/program/rachel-house-pediatric-palliative-care>.
- 10 Rachel House. How We Began. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <http://rachel-house.org/about-us/how-we-began/>.
- 1 Ghebreyesus, T.A. Gender equality must be at the core of 'Health for All'. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2018/gender-equality-health-for-all/en/>.
- 2 Pandey, K.R., From health for all to universal health coverage: Alma Ata is still relevant. *Global Health*, 2018. 14(1): p. 62.
- 3 World Health Organization. What is health financing for universal coverage? 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: [https://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/en/](https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/).
- 4 The Lancet, The Astana Declaration: the future of primary health care? *Lancet*, 2018. 392(10156): p. 1369.
- 5 Primary Health Care Research and Information Service. Introduction to primary health care. 2017 [cited 2017 31 March]; Available from: [http://www.phcris.org.au/guides/about\\_phc.php](http://www.phcris.org.au/guides/about_phc.php).
- 6 Information is beautiful. 20th Century Death. 2012 [cited 2018 30 October]; Available from: [http://infobeautiful.s3.amazonaws.com/2013/03/iib\\_death\\_welcome\\_collection\\_fullsize.png](http://infobeautiful.s3.amazonaws.com/2013/03/iib_death_welcome_collection_fullsize.png).
- 7 Ghebreyesus, T.A., et al., Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals. *Lancet*, 2018. 392(10156): p. 1371-1372.
- 8 Morse, S.S., Public health surveillance and infectious disease detection. *Biosecurity and Biodefense*, 2012. 10(1): p. 6-16.
- 9 World Health Organization. Disease outbreaks by year. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://www.who.int/csr/don/archive/year/en/>.
- 10 Centres for Disease Control and Prevention. History of 1918 Flu Pandemic. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-commemoration/1918-pandemic-history.htm>.
- 1 Elizabeth Hanink. Nursing During the Spanish Flu Epidemic of 1918: Fine in the morning, dead by nightfall. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.workingnurse.com/articles/Nursing-During-the-Spanish-Flu-Epidemic-of-1918>.
- 2 The United States World War One centennial Commission. Sestry We Remember. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.worldwar1centennial.org/index.php/nurses-we-remember.html>.
- 3 Centres for Disease Control and Prevention. Why It Matters: The Pandemic Threat. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fieldupdates/winter-2017/why-it-matters.html>.
- 4 World Health Organization, The world health report 2007 : a safer future: global public health security in the 21st century. 2007, WHO: Geneva.
- 5 Prevent Epidemics. Bringing attention to epidemic preparedness. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://preventepidemics.org/about/>.
- 6 World Health Organization. Ebola health worker infections. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://www.who.int/features/ebola/health-care-worker/en/>.
- 7 World Bank. Pandemic Preparedness and Health Systems Strengthening: Pandemics, which are large disease outbreaks that affect several countries, pose major health, social, and economic risks. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: <http://www.worldbank.org/en/topic/pandemics>.
- 8 JEE Alliance. Joint External Evaluation. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://www.jeealliance.org/global-health-security-and-ihp-implementation/joint-external-evaluation-jee/>.
- 9 Heymann, D.L., et al., Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic. *Lancet*, 2015. 385(9980): p. 1884-901.
- 10 ICRC. The Issue: A humanitarian issue of critical concern. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://healthcareindanger.org/the-issue/>.
- 11 Jain, V. and A. Alam, Redefining universal health coverage in the age of global health security. *BMJ Glob Health*, 2017. 2(2): p. e000255.
- 12 Decoster, K. UHC and global health security: Two sides of the same coin? 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://www.internationalhealthpolicies.org/uhc-and-global-health-security-two-sides-of-the-same-coin/>.
- 13 UNHCR. Figures at a Glance. 2015 [cited 2016 7 December]; Available from: <http://www.unhcr.org/en-au/figures-at-a-glance.html>.
- 14 Clark, H. Helen Clark: Keynote Address on "Non-communicable Diseases – a Sustainable Development Priority for Pacific Island Countries". 2016 [cited 2018 3 March]; Available from: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/presscenter/speeches/2016/06/20/helen-clark-keynote-address-non-communicable-diseases-a-sustainable-development-priority-for-pacific-island-countries.html>.
- 15 NCD Alliance. Making NCD prevention and control a priority, everywhere. 2018 [cited 2018 18 October]; Available from: <https://ncdalliance.org/>.
- 16 Matoto, V., et al., Burden and spectrum of disease in people with diabetes in Tonga. *Public Health Action*, 2014. 4(Suppl 1): p. S44-9.



- 3 Pacific Islands Report. Nearly 800 Amputations From Diabetes Complications In Fiji Last Year. 2017 [cited 2018 2 March]; Available from: <http://www.pireport.org/articles/2017/07/17/nearly-800-amputations-diabetes-complications-fiji-last-year>.
- 8 World Health Organization, Saving lives, spending less: A strategic response to noncommunicable diseases. 2018, WHO: Geneva.
- 9 Bulamu Healthcare. The State of Healthcare in Uganda. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://bulamuhealthcare.org/healthcare-in-uganda/>.
- 0 World Health Organization. Strengthening Country Coordination of Emergency Medical Teams. 2017 [cited 2018 30 November]; Available from: [https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/EMTCC\\_PhotoStory.pdf](https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/EMTCC_PhotoStory.pdf)
- 4 World Health Organization. Emergency Medical Teams. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://extranet.who.int/emt/>
- 2 National Critical Care and Trauma Response Centre (NCCTRC). Bronte Martin. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://www.nationaltraumacentre.nt.gov.au/about-us/our-people/ms-bronte-martin>
- 3 World Stroke Organisation. Facts and Figures about Stroke. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://www.world-stroke.org/component/content/article/16-forpatients/84-facts-and-figures-about-stroke>.
- 4 Akutu, G. Stroke Action Nigeria, WSO partner to improve access to treatment. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://guardian.ng/features/nigerias-health-sector-is-lacking-in-stroke-services-provision/>.
- 5 Kane, R., R. Priester, and A. Totten, Meeting the challenge of chronic illness. 2005, Johns Hopkins University Press: Baltimore.
- 6 Hansen, J., et al., Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. *Health Aff (Millwood)*, 2015. 34(9): p. 1531-7.
- 7 Rogers, W. and B. Veale, Primary Health Care: a scoping report. 2000, National Information Service, Department of General Practice, Flinders University: Adelaide.
- 8 Agency for Healthcare Research and Quality. What is care coordination? 2014 [cited 2017 20 April]; Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/coordination/atlas2014/chapter2.htm>
- 9 Swerissen, H. and S. Duckett, Chronic failure in primary care. 2016, Grattan Institute.
- 0 Kane, J., et al., A systematic review of primary care models for non-communicable disease interventions in Sub-Saharan Africa. *BMC Fam Pract*, 2017. 18(1): p. 46.
- 5 World Health Organization. Patient empowerment and health care. 2009 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144022/>.
- 2 National Academies of Sciences, E., and Medicine., Up to 8 million deaths occur in low- and middle-income countries yearly due to poor-quality health care. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.sciencedaily.com/releases/2018/08/180828104034.htm>.
- 3 The Economist Intelligence Unit. Value-based healthcare: A global assessment. 2016 [cited 2018 30 October]; Available from: [http://vbhcglobalassessment.eiu.com/wp-content/uploads/sites/27/2016/09/EIU\\_Medtronic\\_Findings-and-Methodology.pdf](http://vbhcglobalassessment.eiu.com/wp-content/uploads/sites/27/2016/09/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology.pdf)
- 5 Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Patient-centred care: Improving quality and safety by focusing care on patients and consumers. 2010 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/PCCC-DiscussPaper.pdf>.
- 5 Deloitte. Journey to value-based care. 2015 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-lshc-journey-to-value-based-care-final.pdf>.
- 5 Francis, R., Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. 2013: London.
- 5 Makary, M.A. and M. Daniel, Medical error- the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 2016. 353: p. i2139.
- 8 Organisation for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2017: OECD indicators. 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en).
- 9 World Bank. DataBank: Service Delivery Indicators. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://databank.worldbank.org/data/source/service-delivery-indicators>.
- 6 Leslie, H.H., et al., Effective coverage of primary care services in eight high-mortality countries. *BMJ Glob Health*, 2017. 2(3): p. e000424.
- 6 McCleerey, M. Value-Based Care Elevates the Role of the Registered Nurse in Primary Care. 2018 [cited 2018 20 October]; Available from: <https://www.hfma.org/Content.aspx?id=54348>.
- 8 Willis, O. Emergency departments in 'crisis' as mental health patients left waiting: new report. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://www.abc.net.au/news/health/2018-10-08/emergency-department-mental-health-crisis/10344852>.
- 8 World Health Organization, Mental Health Atlas 2014. 2015, World Health Organization: Geneva.
- 6 World Health Organization. Mental disorders affect one in four people. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: [https://www.who.int/whr/2001/media\\_centre/press\\_release/en/](https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/).
- 5 Frankish, H., N. Boyce, and R. Horton, Mental health for all: a global goal. *Lancet*, 2018.
- 6 Our World in Data. Mental Health. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://ourworldindata.org/mental-health>.
- 8 NCD Alliance, World Federation of Mental Health, and Mental Health Innovation Network. Linking Mental Health and NCD Alliance Campaign Priorities for the 2018 United Nations High-Level Meeting on NCDs. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: [https://enoughncds.com/wp-content/uploads/2018/06/Linking\\_Mental\\_Health\\_NCDs\\_HLM3\\_Priorities\\_2018.pdf](https://enoughncds.com/wp-content/uploads/2018/06/Linking_Mental_Health_NCDs_HLM3_Priorities_2018.pdf).
- 6 World Health Organization. Premature death among people with severe mental disorders. [cited 2018 30 November]; Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/management/info\\_sheet.pdf](https://www.who.int/mental_health/management/info_sheet.pdf).
- 6 Miller, B. Mental health patients waiting for hours, sometimes days in emergency departments. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://www.abc.net.au/news/2018-02-26/mental-health-patients-waiting-hours,-days-in-emergency-ward/9484346>.
- 0 United Nations. Seventy-third session Agenda item 119: Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2018. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/73/2](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/2).
- 7 European Observatory on Health Systems and Policies. Leapfrogging health systems responses to noncommunicable diseases. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <http://www.lse.ac.uk/lse-health/assets/documents/eurohealth/issues/EH-v24n1-March18.pdf>.
- 2 KPMG. Investing to Save: The economic benefits for Australia of Investment in Mental Health Reform. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: [https://mhaustralia.org/sites/default/files/docs/investing\\_to\\_save\\_may\\_2018\\_-\\_kpmg\\_mental\\_health\\_australia.pdf](https://mhaustralia.org/sites/default/files/docs/investing_to_save_may_2018_-_kpmg_mental_health_australia.pdf).
- 3 Health Insights. Nurses in collaborative care teams. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://healthtimes.com.au/hub/nursing-careers/6/guidance/healthinsights/nurses-in-collaborative-care-teams/2879/>.

- 4 Whiting, K. 4 things to know about the state of conflict today. 2018; Available from: <https://www.weforum.org/agenda/2018/09/4-things-to-know-about-conflict-today/>.
- 5 UNHCR. Figures at a glance. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <http://www.unhcr.org/en-us/rohingya-emergency.html>.
- 6 Institute for Economics & Peace. Global peace index 2018: Measuring peace in a complex world. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://visionofhumanity.org/app/uploads/2018/06/Global-Peace-Index-2018-2.pdf>.
- 7 MSF. Impact 2017: Conflict & Violence. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.doctorswithoutborders.ca/impact-2017-conflict-violence>.
- 8 Kaldor, M., New & old wars: Organized violence in a global era. 2012, Polity Press: Chichester.
- 9 Health Systems Global. Universal Health Coverage in Crisis-Affected Contexts: The Rhetoric and the Reality. 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://www.healthsystemsglobal.org/blog/254/Universal-Health-Coverage-in-crisis-affected-contexts-the-rhetoric-and-the-reality.html>.
- 10 International Committee of the Red Cross. Health Care in Danger. 2015 [cited 2018 30 November]; Available from: <file:///C:/Users/goste/Downloads/icrc-002-4237.pdf>.
- 11 Thompson R and K. M., Healthcare in Conflict Settings: Leaving No One Behind. Doha., 2018, World Innovation Summit for Health: Qatar.
- 12 Nathe, M. Workers Takes a Toll—on Us All. 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.intrahealth.org/vital/everyday-violence-against-health-workers-takes-toll%E2%80%94us-all>.
- 13 World Health Organization. Violence against health workers. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/workplace/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/).
- 14 Roche, M., et al., Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *J Nurs Scholarsh*, 2010. 42(1): p. 13-22.
- 15 Victorian Auditor-General. Occupational Violence Against Healthcare Workers. 2015 [cited 2018 1 October]; Available from: [https://www.parliament.vic.gov.au/file\\_uploads/20150506-Occ-Violence\\_gccfNRDF.pdf](https://www.parliament.vic.gov.au/file_uploads/20150506-Occ-Violence_gccfNRDF.pdf).
- 16 World Health Organization, Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020. 2016, WHO: Geneva.
- 17 Boafo, I.M., The effects of workplace respect and violence on nurses' job satisfaction in Ghana: a cross-sectional survey. *Hum Resour Health*, 2018. 16(1): p. 6.
- 18 World Health Organization, Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. 2016, WHO: Geneva.
- 19 International Council of Nurses. Prevention and management of workplace violence. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN\\_PS\\_Prevention\\_and\\_management\\_of\\_workplace\\_violence.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_PS_Prevention_and_management_of_workplace_violence.pdf).
- 20 International Labour Organization, et al., Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. 2002, ILO: Geneva.
- 21 Cribb, R. Workplace violence makes nursing one of Canada's most dangerous professions. 2015 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.thestar.com/news/canada/2015/10/31/workplace-violence-makes-nursing-one-of-canadas-most-dangerous-professions.html>.
- 22 Bordignon, M. and M.I. Monteiro, Violence in the workplace in Nursing: consequences overview. *Rev Bras Enferm*, 2016. 69(5): p. 996-999.
- 23 Jiao, M., et al., Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 2015. 5(3): p. e006719.
- 24 Pich, J. Violence against nurses is on the rise, but protections remain weak. 2017 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://theconversation.com/violence-against-nurses-is-on-the-rise-but-protections-remain-weak-76019>.
- 25 Campbell, A.F. Why Violence Against Nurses Has Spiked in the Last Decade. *The Atlantic* 2016 [cited 2016 2 December]; Available from: <http://www.theatlantic.com/business/archive/2016/12/violence-against-nurses/509309/>.
- 26 HSJ and Unison. Violence against NHS staff: a special report by HSJ and Unison. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://guides.hsj.co.uk/5713.guide>.
- 27 Czaika, M. and H. de Haas, The globalization of migration: has the world become more migratory? . *International Migration Review*, 2014. 48.
- 28 MSF. Central America: Fleeing an invisible war. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://www.msf.org.uk/article/central-america-fleeing-invisible-war>.
- 29 UNHCR. Rohingya emergency. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <http://www.unhcr.org/en-us/rohingya-emergency.html>.
- 30 Gushulak, B. Health, health systems, and global health: Thematic discussion paper. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: [https://www.iom.int/sites/default/files/our\\_work/DMM/Migration-Health/Global%20Health%20paper%2C%20final%20Sept%202017.pdf](https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/Global%20Health%20paper%2C%20final%20Sept%202017.pdf).
- 31 United Nations. General Assembly resolution 71/1, New York Declaration for Refugees and Migrants, A/RES/71/1. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/71/1](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/71/1).
- 32 Kennedy, S., et al., The healthy immigrant effect: Patterns and evidence from four countries. *Journal of International Migration & Integration*, 2015. 16(2): p. 317-332.
- 33 World Health Organization. Stepping up action on refugee and migrant health: Outcome document of the High-level Meeting on Refugee and Migrant Health. 2015 [cited 2018 30 October]; Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/298196/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/298196/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health.pdf).
- 34 World Health Organization. Migrants populations, including children, at higher risk of mental health disorders. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2017/04/migrant-populations,-including-children,-at-higher-risk-of-mental-health-disorders>.
- 35 O'Donnell, C.A., et al., Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. *Health Policy*, 2016. 120(5): p. 495-508.
- 36 Hacker, K., et al., Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Manag Healthc Policy*, 2015. 8: p. 175-83.
- 37 AFRO WHO. Malawi WHO Country Office: 2015 Annual Report. 2015 [cited 2018 21 November]; Available from: <https://afro.who.int/sites/default/files/2017-06/malawi-who-country-office-2015-annual-report.pdf>.
- 38 McClelland, A (2017) *Emergencies Only* Sydney: Allen & Unwin





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

**Diskuzi můžete sledovat pomocí hashtagů  
#VoiceToLead a #IND2019**

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