

SESTRY JAKO VEDOUcí HLAS OŠETŘOVATELSTVÍ PRO ZDRAVĚJŠÍ SVĚT



2020
MEZINÁRODNÍ ROK
SESTER A PORODNÍCH
ASISTENTEK



SESTRY JAKO VEDOUcí HLAS OŠETŘOVATELSTVÍ PRO ZDRAVĚJŠÍ SVĚT

MEZINÁRODNÍ DEN SESTER 2020
ZDROJE A DŮKAZY

MEZINÁRODNÍ RADA SESTER





Vedoucí projektu: Howard Catton, ICN
Projektový manažer: David Stewart, ICN

Autoři:

Fadwa A Affara	Professor Khama Rogo
Dr Amelia Afuha'amango Tuipulotu	Professor Petrie F. Roodbol
Dr Fariba Al Darazi	Dr Marla Salmon
Dr Linda H Aiken	Professor Jane Salvage
Dr Claire Betker	Professor AnneMarie Rafferty
Professor James Buchan	Dr Kyung Rim Shin
Dr Christophe Debout	Bongi Sibanda
Professor Gilles Dussault	David Stewart
Dr Pilar Espinoza	Dr Barbara Stilwell
Dr Susan B. Hassmiller	Michael J. Villeneuve
Dr Matthew McHugh	Professor Jill White
Dr Jack Needleman	Professor Patsy Yates
Dr Marina Peduzzi	

Redakce: Lindsey Williamson, ICN
Grafické rozvržení: Violaine Bobot, ICN
Grafický návrh: ArtifexCreative Webnet Ltd.

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

Copyright © 2020 by ICN–International Council of Nurses, 3, place Jean–Marteau,
1201 Ženeva, Švýcarsko

ISBN: 978–92–95099–74–6

OBSAH

ÚVOD Annette Kennedy	04
ČÁST PRVNÍ: CO JE TO OŠETŘOVATELSTVÍ?	06
Má Florence Nightingale stále co říci?	07
Celostní péče a péče zaměřená na člověka	11
Soucit jako „skutečný sever“ na morálním kompasu ošetřovatelství	13
Využití důvěry v ošetřovatelství: profesionální přístup, možnosti a úskalí	15
Měníme pohled na ošetřovatelství	18
ČÁST DRUHÁ: OŠETŘOVATELSTVÍ PRO ZDRAVĚJŠÍ SVĚT: VÝZVY	21
Zranění v srdci, na duši i na těle	21
Zdravotnické systémy schopné naplňovat potřeby jednotlivců a komunit	24
Rozdělené komunity, nerovný svět	25
Naděje na konci života: nepostradatelná role sester	27
Děláme ty správné kroky k naplnění zdravotních potřeb lidí, kterým sloužíme?	30
Sestry, náklady na zdravotní péči a hledání hodnoty ve zdravotnictví	33
ČÁST TŘETÍ: OŠETŘOVATELSTVÍ PRO ZDRAVĚJŠÍ SVĚT: JAK VYUŽÍT POTENCIÁL SESTER NAPLNO	36
Sestry na vedoucích pozicích	36
Partnerství a spolupráce ve zdravotnictví i jinde: sjednocování a propojení sester na vedoucích pozicích	40
Bezpečné prostředí pro poskytování péče: nezbytné pro bezpečí pacientů a udržení kvalifikované pracovní síly v ošetřovatelství	43
Vzdělání: příprava sester na praxi a celoživotní vzdělávání	45
Bezpečná úroveň personálního zajištění: nekončící výzva	48
Využití technologického potenciálu pro lepší zdraví	50
Uznání a odměna: jak může zdravotnický systém zabránit sestřám v odchodu z profese	52
Rozšiřování kapacity pracovní síly	54
CO CHCEME ROKEM SESTER SDĚLIT SVĚTU Howard Catton	57
LITERATURA	60

ÚVOD

Annette Kennedy, prezidentka ICN

Ošetřovatelství pro zdravější svět

Na celém světě je více než 20 milionů sester a každá z nich má svůj příběh. Ví, co je to naděje a odvaha, radost a zoufalství, bolest a utrpení i život a smrt. Sestry nás jako dobrá síla provází celým životem: slyší první křik novorozenců a jsou svědky posledního vydechnutí umírajících. Jsou u těch nejvzácnějších – i nejtragičtějších – životních okamžiků. Sestry slouží lidem a svým působením chrání zdraví a kvalitu života jednotlivců, komunit a zemí.

Na celém světě bývají sestry považovány za nejčestnější a nejetičtější profesi: lidé sestrám a jejich práci instinktivně věří a váží si jich. Představy veřejnosti o tom, co je náplní ošetřovatelství, se ale značně různí a často jsou nepřesné. Běžná je představa sestry jako anděla milosrdenství, stejně běžné jsou nicméně i perverzní sexuální stereotypy. Velice rozšířená je také zastaralá představa, že ošetřovatelská profese je podřízená té lékařské. Pravda je taková, že jen velice málo lidí chápe, jak širokou škálu rolí a funkcí sestry v dnešním světě zastávají, a nedokážou tak zcela ocenit výjimečný přínos ošetřovatelství pro každého člověka na planetě.

Mezinárodní rada sester (International Council of Nurses, ICN) věří, že je naprosto zásadní ukázat světu, kdo sestry jsou a co dělají, a ještě důležitější než jindy je to právě letos: v Mezinárodním roce sester a porodních asistentek. ICN chce, aby byl hlas sester slyšet po celém světě a aby se rozšířilo povědomí o tom, co naše skvělá profese dělá a jak přispívá k fyzickému i duševnímu zdraví nás všech. Sestry pečují, uzdravují, vzdělávají, vedou ostatní a prosazují potřebné změny, a jsou tak klíčovým prvkem bezpečné, přístupné a finančně dostupné péče. V této zprávě k Mezinárodnímu dni sester dáváme prostor hlasu skutečných sester z celého světa, aby mohli všichni nahlédnout do zákulisí této úžasné, inovativní a nepostradatelné profese.

*„...ve službě společnosti
neexistují žádné státní hranice.
Základní potřeby lidí pro to,
aby mohli odvádět svou práci
ve světě, jsou všude stejné: zdraví
na mysli, těle i duchu.“*

Nina Gage

Prezidentka ICN, 1925



ICN: Solidarita a jednota v minulosti...

ICN vznikla v době, kdy byl telefon posledním vynálezem a doprava mezi kontinenty probíhala převážně prostřednictvím dlouhých a vyčerpávajících námořních plaveb. Navzdory nesnadné komunikaci a obtížím spojeným s dlouhými vzdálenostmi se ICN podařilo spojit ošetrovatelskou komunitu ze všech koutů světa.

Dokonce i během vřavy velkých světových konfliktů ICN stále tvořila pojítko mezinárodní ošetrovatelské komunity. Při oslavách stého výročí založení ICN v roce 1999 se studie Lynaugh and Brush¹ zamyslela nad tím, čím vším si ICN prošla během první poloviny 20. století, a pokusila se na práci rady nahlédnout moderní optikou:

„Navzdory válkám, politickému a ekonomickému chaosu a rasovým a náboženským třenicím drží Mezinárodní rada sester díky odhodlanosti vlastní této profesi už 100 let při sobě. Hlavními složkami, které toto pouto vytváří, jsou přátelství, kolegiálnost a entuziasmus. ICN i nadále prosperuje a vede a zastupuje sestry z celého světa.“

ICN vznikla téměř o 50 let dříve než Organizace spojených národů a Světová zdravotnická organizace a byla předzvěstí toho, čeho mohou tato uskupení dosáhnout. Navzdory obrovským rozdílům, nepochopení a konfliktům uvnitř států i mezi nimi pokračovala ošetrovatelská profese ve spolupráci a stála a držela při sobě s cílem přinést pozitivní změny pro zdravější svět. ICN zajišťuje vedení a spolupráci pro rozvoj profese svým působením na plánování a realizaci zdravotnické politiky, řadou vydávaných příruček a stanovisek, svým vlivem na vedoucí osobnosti v ošetrovatelství a také nabízením četných příležitostí k získávání nových poznatků a k diskusi, které již v řadě regionů umožnily dosáhnout nejvyšší dosažitelné úrovně zdraví nebo se této metě alespoň reálně přiblížit.

... a do budoucnosti

Po mém zvolení do čela ICN v roce 2017 jsem si jako heslo svého působení ve funkci zvolila „Společně“.* V dnešní době propastných rozdílů nemůže být žádné jiné slovo příhodnější. „Společně“ vyjadřuje kolektivní potenciál a záměr globální ošetrovatelské komunity zlepšovat zdraví a kvalitu života jednotlivců, komunit a celých zemí bez ohledu na příslušnost k jakékoli skupině.

To, že Valné shromáždění OSN vyhlásilo rok 2020 za Mezinárodní rok sester a porodních asistentek, je jedinečná příležitost k propagaci ošetrovatelství v globálním měřítku. Konečně se pozornost celého světa upíná na ošetrovatelství a my chceme, aby zdravotničtí pracovníci, politici, odpovědní činitelé, zdravotnické systémy a veřejnost vzdali hold ošetrovatelské profesi, nechali se jí inspirovat a získali o ní lepší povědomí. Rok 2020 nabízí jedinečnou příležitost nahlédnout do největší zdravotnické profese na světě: to je ale jenom začátek. Rok 2020 je také katalyzátorem, který nám pomůže přinést nový pohled na ošetrovatelství a zajistit tak, aby byl v budoucnu doceněn jedinečný přínos sester ke kvalitě života lidí po celém světě.



* Svě „heslo“ si čelní představitelé ICN volí už od roku 1900, tedy od samých počátků existence rady. Heslo vyjadřuje hlavní směřování pro funkční období prezidenta či prezidentky.

ČÁST PRVNÍ CO JE OŠETŘOVATELSTVÍ?

Rok 2020 je pro všechny sestry příležitostí lépe vysvětlit, jakou práci děláme, uvést mýty o ošetrovatelství na pravou míru a prosazovat investice do naší profese. Abychom mohli vysvětlit, co to ošetrovatelství je, musíme se ohlédnout za počátky moderního ošetrovatelství a učením těch, kdo stáli u jeho zrodu, a zamyslet se nad tím, čím se ošetrovatelství především liší od ostatních zdravotnických profesí.

V rámci oslav 200. výročí narození Florence Nightingale a 120. výročí založení Mezinárodní rady sester se podíváme na odkaz osobností, jako jsou Florence Nightingale, Ethel Gordon Fenwick a ti, kdo stáli u zrodu ICN, a také na to, jak může v moderním ošetrovatelství soucit, důvěra a péče zaměřená na člověka jít ruku v ruce s vědeckými důkazy, statistikou a vedoucími rolemi.

Téma pro Mezinárodní den sester 2020 bylo vybráno právě na základě ohlédnutí za naši minulost. Během druhé světové války byly sestry svědky největších rozkolů a utrpení, jaké kdy svět zažil. Navzdory tomu naše profese poskytovala lidem během války i po ní péči a dávala jim naději. V reakci na oběť, kterou sestry ochráně zdraví přinesly, napsal americký prezident Harry Truman tehdejší prezidentce ICN Effie J. Taylor toto:²

„Sestry... během války obětavě pracovaly ve službách své vlasti, když poskytovaly péči raněným. Snášely tvrdé podmínky bojových linií a nežádaly jinou odměnu než vědomí, že jejich oběť umožní jiným žít. Dnes není sester zapotřebí o nic méně než během válečných let. Nejničivější válka v historii po sobě zanechala rány na tělech i na duších. Tyto rány je potřeba ošetřit a nemocné přivést zpět ke zdraví.“

Prezident Truman si byl vědom toho, že výzvy týkající se tělesného a duševního zdraví budou pokračovat i po válce a že se s nimi budeme potýkat ještě po mnoho generací.

Jeho výzvu k akci, která je dnes stejně relevantní jako tehdy, lze shrnout slovy „ošetrovatelství pro zdravější svět“.

Jako největší skupina zdravotnických pracovníků v první linii, kteří pečují o zdraví jednotlivců i celých komunit, mohou sestry sdílet působivé příběhy a pomoci se tak zasadit o pozitivní změny. Pokud má ošetrovatelská profese dostatečnou podporu a postavení, představuje efektivní způsob zlepšování výsledků zdravotní péče. Ošetrovatelství hraje klíčovou roli v tom, aby zdravotnické systémy po celém světě dokázaly zajistit kvalitní, přístupnou a finančně dostupnou péči. Děláme svět zdravějším už jen početností příslušníků naší profese, našim vědeckým myšlením a blízkostí k pacientům.

Rok 2020 je pro ošetrovatelství důležitý. Dává nám příležitost jasně ukázat politickým činitelům, dalším zdravotníkům i veřejnosti, jak obrovským přínosem jsou sestry pro fyzické i duševní zdraví, jaké role a úkoly tato životně důležitá profese plní, a rozbít mýty a stereotypy, s nimiž se už příliš dlouho musíme potýkat. Teď je naše chvíle. Využijme této příležitosti nejen pro dobro ošetrovatelství, ale také pro zdraví našeho světa.

„Historie nám nemůže dát návod pro budoucnost, ale pomáhá nám lépe porozumět sobě samým a naší sdílené lidskosti, abychom mohli budoucnosti lépe čelit.“

Robert Penn Warren
Básník³

Má Florence Nightingale stále co říci?

Prof. Anne Marie Rafferty, profesorka ošetrovateľskej politiky, Florence Nightingale Faculty of Nursing and Midwifery, King's College, Londýn a Christophe Debout, generálny tajemník Evropskej federácie vzdelávateľů v oblasti ošetrovateľství (FINE)

Florence Nightingale byla mnohostranná osobnost. Narodila se do privilegovaného prostředí a těžila z liberálních volnomyšlenkářských hodnot svých rodičů a rodinné tradice angažovanosti v humanitárních otázkách. Vzdělával ji otec, který ji značně ovlivnil jak intelektuálně, tak morálně. Díky svému všestrannému nadání měla přístup k datům a dílům reformátorů z různých evropských zdrojů. Měla také štěstí, že její rodina podporovala vzdělávání žen, díky čemuž se mohla setkávat s intelektuální a politickou elitou, která zároveň sloužila jako publikum pro její reformy. Domácnosti Nightingalových prošli přední myslitelé a právě tam se mladá Florence seznámila s největšími osobnostmi viktoriánské éry. Částečně i díky těmto sítím mohla navštívit nemocnici v německém Kaiserwerthu, což podnítilo její rozhodnutí stát se sestrou – nezvyklou volbu pro ženu jejího původu a postavení.

Díky propojení teologického a vědeckého myšlení považovala Florence Nightingale za klíč k pochopení „přirodních zákonů“ statistiku. To bylo mimořádně důležité v kontextu společenských otřesů, urbanizace a industrializace viktoriánské Británie, kde se zdálo, že osudům lidí vládne nahodilost. Statistika se stala nástrojem cílení intervencí, snižování rizik a boje s chudobou a nedostatkem. Její snahu dělat něco praktického vedla nejen její empatie k lidskému údělu a morální nutkání jednat, ale i frustrace z role žen. Florence Nightingale bojovala proti tomu, aby bylo pohlaví překážkou účasti na veřejném životě. Její model ošetrovateľství spočíval v práci s autoritou jediné ženy, která vedla celou instituci, a poskytování příležitostí dalším ženám, aby si mohly vydělat na živobytí a měly nezávislé zaměstnání.

Má nám i po 200 letech Florence Nightingale co říci?

Ošetrovateľství v pojetí Florence Nightingale se protínalo s řadou zájmů v oblasti veřejného zdraví, medicínských pokroků, hygieny, epidemiologie, statistiky a vojenských zdravotních systémů. V tomto smyslu byla její vize zcela moderní: meziodvětvová, mezioborová a globální. Její chápání fyzického a psychologického prostředí nemocnice a domova odhaluje nejen hluboké vědecké pochopení hygieny, ale i zdraví a uzdravování, což jsou prvky péče, které přispěly k pohodlí pacientů i rozvoji lidského ducha.

Statistické a analytické dovednosti Florence Nightingale vytvořily základ jejích mezinárodních a srovnávacích statistik a byly předvojem dnešních kódů Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). Její výzkum výsledků nemocniční péče byl rozpracován v díle Lindy Aiken a kol. o personálním obsazení.⁴ Florence Nightingale byla brilantní komunikátorkou: jak vizuálně prostřednictvím dat, tak verbálně prostřednictvím energického a výstižného prozaického stylu. Dokázala obratně prezentovat data grafickou formou, aby dramaticky zdůraznila své poselství a přiměla posluchače k akci. Chápala moc statistiky vést ke změně názoru a donutit politiky k reformám.

Díky svému jasnému přesvědčivému stylu a aktivnímu přístupu k tvorbě politiky se stala zručnou přispěvatelkou k veřejným politikám – prostřednictvím svých sítí dala tvůrcům politik do rukou důkazy, sdělila je ve snadno přístupném formátu a potom všemi způsoby, které měla k dispozici, lobovala za požadované změny. Randomizované kontrolované studie a praxe založená na důkazech jsou nyní v ošetrovateľství i zdravotnictví obecně zcela běžné. Definice ošetrovateľství – a to jak ošetrovateľství v případě nemoci (sick nursing), tak ošetrovateľství na podporu zdraví (health nursing) – kterou Florence Nightingale vytvořila, souzní s našimi přístupy i dnes: „Co je to ošetrovateľství? Oba druhy ošetrovateľství nám mají poskytnout nejlepší podmínky k tomu, aby došlo k přirozenému obnovení nebo zachování zdraví – k prevenci nebo léčbě nemocí nebo zranění.“⁵, s. 187

Její výuka hygieny zůstává příkladnou, protože i dnes bojujeme se sepsí a zvýšenou mortalitou způsobenou nozokomiálními nákazami: MRSA a C. difficile. Kromě toho se předpokládá, že se antimikrobiální rezistence (AMR) do roku 2050 stane jednou z hlavních příčin mortality. Jedním z nejúčinnějších způsobů ochrany před přenosem může být umývání rukou a hygiena. AMR nás nutí vrátit se k praktikám doby před objevem antibiotik.⁶

Skandály v nemocnicích nepatří pouze do dob minulých a nedávné zkušenosti z USA, Velké Británie a odjinud ukazují, že často je hlavní příčinou nedostatek pracovníků a kvalitní ošetrovateľské péče.⁷ Úsilí Florence Nightingale, aby bylo ošetrovateľství sekulární profesí a způsob, jak umožnit ženám, aby se školily, vzdělávaly a mohly vést nezávislý život, zesílilo dopad vzdělání na zdraví obyvatel, a to přímo i nepřímo. Důkazy ukazují, že investice do vzdělávání sester se společností vrací v podobě vyšší zdravotní gramotnosti obyvatel.⁸

Florence Nightingale by byla bezpochyby šokována rozsahem nerovností v oblasti zdraví v současném světě, nedostatkem pracovníků v ošetrovatelství a hrozbou, jakou pro zdravotní bezpečnost představuje AMR, znovobjevení infekčních chorob, jako je tuberkulóza, a vznik nových hrozeb, jako je HIV, ebola nebo cholera.

Přetavila by své spravedlivé rozhořčení do práce: prohlásila by, že je čas s nedostatkem sester skoncovat, a označila by ho za globální krizi, kterou je potřeba začít řešit v rámci mezinárodní politické agendy. Na Světovém zdravotnickém shromáždění 2020 by si získala podporu pro globální summit sester, propojila by všechny své sítě a politické zdroje a lobovala u států i nevládních organizací, aby se zavázaly k uzavření mezinárodní smlouvy o zavedení právního rámce pro zajištění dostatku sester. Tím by se urychlil pokrok v dosahování cílů udržitelného rozvoje a všeobecně dostupné zdravotní péče pro skupiny obyvatel s omezeným přístupem ke zdravotním službám.

Na zasedání Světového ekonomického fóra v Davosu by svolala následný summit s ministry financí s cílem vytvořit nový globální Fond Florence Nightingale, který by zajistil historicky největší investice do ošetrovatelství a porodní asistence.

Vyzvala by všechny sestry, aby převzaly vedení v oblasti hygieny a správného používání antibiotik. Její kniha *Notes on Nursing* by byla vydána tentokrát jako online platforma, která by pacientům a jejich rodinám ve 21. století pomohla převzít odpovědnost za své zdraví a péči o sebe, přičemž by cílila především na osoby s chronickými nemocemi a problémy s duševním zdravím.

Začala by školit sestry specialistky na navrhování digitálních systémů, které by přišly s řešeními pro poskytování péče a zajištění bezpečnosti pacientů. Zapojila by se rovněž do inovací, jako je blockchain.

Připomněla by nám, že globalizace je příležitostí vrátit se k našim hodnotám a sobě navzájem, a vydala by odvážný manifest vyzývající ke změně. To by vyžadovalo posun od „staré“ k „nové moci“⁴⁹ a nové způsoby spolupráce. Asociace sester by se musely přizpůsobit, společně vytvořit nadnárodní platformu spolupráce, která by dokázala využít jejich kolektivní organizační schopnost k mobilizaci v dosud nevídaném rozsahu, a úzce spolupracovat s veřejností, pacienty a rodinami.

A konečně by vyzvala k mezigeneračnímu přístupu, kde by se mladí i starší vůdci společně učili metodám organizace a politickým dovednostem. Společně by jednali jako nová nightingalovská generace, která by se postavila do čela změn a z ošetrovatelství vytvořila globální sociální hnutí pro dobro společnosti.



Florence Nightingale se svou ochočenou sovou Athénou, kolem roku 1850
Podle kresby Frances Parthenope, Lady Verney

Budování základů ošetřovatelské profese

Stručná historie

Florence Nightingale byla inspirací zakladatelům Mezinárodní rady sester (ICN) v roce 1899. Ethel Gordon Fenwick, Lavinia Dock, Agnes Karl a další, kteří ICN založili, prosazovali potřebu profesní samoregulace a lobovali za důležité sociální otázky té doby, včetně ženské emancipace.

Myšlenkou těchto průkopnic bylo vytvořit profesní společenství, které by uskutečnilo celosvětovou vizi ošetřovatelské profese, a zlepšit vzdělávání sester. V roce 1899 Ethel Gordon Fenwick uvedla:

„Ošetřovatelská profese v současnosti vyžaduje především organizaci: nejdůležitější je teď to, aby se sestry sjednotily. Hodnotu jejich práce s nemocnými dnes uznává vláda této i všech dalších civilizovaných zemí, je ale individuální a kolektivní odpovědností sester zajistit, aby byla jejich práce pro nemocné co nejužitečnější. Toho lze dosáhnout, pouze pokud bude jejich vzdělání založeno na tak širokých principech, aby výraz „vyškolená sestra“ byl ekvivalentem někoho, komu se dostalo tak kvalitního školení a kdo zároveň prokázal svou důvěryhodnost do té míry, že povinnosti, které musí plnit, budou plněny k maximálnímu prospěchu lidí svěřených do jeho péče. K dosažení těchto výsledků jsou zapotřebí dvě zásadní věci: existence oficiálních systémů vzdělávání sester a kontrola nad ošetřovatelskou profesí. Zkušenosti z minulosti prokázaly, že žádná profese nemůže takovýchto výsledků dosáhnout, dokud se nesjednotí ve svých požadavcích na nezbytnou reformu. Potřebnou sílu lze zajistit pouze sjednocením!“¹⁰, s. 7



Ethel Gordon Bedford Fenwick, Velká Británie,
prezidentka Mezinárodní rady sester, 1900–1904

Ethel Gordon Fenwick si uvědomovala důležitost mezinárodní součinnosti a spolupráce v úsilí ICN regulovat ošetřovatelství po celém světě a používat univerzální standardy toho, co to znamená být sestrou. Dlouholetá průkopnická práce jí i nespočtu dalších sester postupně vytvořila základy, na nichž stojí moderní ošetřovatelství.

ICN na těchto základech i nadále staví a ošetřovatelství je v současnosti stejně relevantní a zásadní, jako bylo před 120 lety. Mezinárodní spolupráce a sdílení zkušeností mezi jednotlivými národními asociacemi sester jsou nyní stejně důležité nebo možná ještě i důležitější, než tomu bylo před 120 lety. Není pochyb o tom, že Florence Nightingale spolu se zakladatelkami ICN by dnes podporovaly práci ICN a vyzývaly národní asociace sester, aby se staly členy rady a mohly tak v celosvětovém měřítku pracovat na rozvoji profese a zasazovat se o zdraví pro všechny. To byla jejich naděje, jejich vize a jejich odkaz pro budoucnost.

Případová studie

Lékaři bez hranic: Zpřístupňování péče nejohroženějším skupinám lidí

Autor/ka: Nada Kazoun, Lékaři bez hranic (Médecins Sans Frontières, MSF)

Bar Elias je libanonské město vzdálené asi 10 km od libanonsko-syrské hranice, kde se nachází nemocnice Lékařů bez hranic. Nemocnice slouží všem pacientům bez ohledu na rasu, náboženství, pohlaví či politické přesvědčení: tato zásada je stěžejním prvkem činnosti Lékařů bez hranic. Zdravotní tým poskytuje chirurgické služby a také péči o špatně se hojící rány včetně popálenin.

Před vypuknutím války v Sýrii nebyla péče o rány v tomto regionu dostupná a omezovala se na sekundární zdravotní péči a soukromé kliniky. Pro většinu pacientů nebyly tyto služby fyzicky ani finančně dostupné, protože by museli sami hradit náklady na léčbu, léky i dopravu.

Tento nedostatek se ještě výrazněji projevilo s přílivem syrských uprchlíků do Libanonu a s nárůstem počtu pacientů trpících komplikovanými ranami a následky popálenin. Bylo očividné, že je zapotřebí vytvořit pokyny pro péči o rány a zajistit kvalifikované a kompetentní zdravotnické pracovníky. Organizace Lékaři bez hranic proto vytvořila a zavedla nový protokol péče o rány vedené sestrami s cílem odstranit překážky bránící přístupu k péči, zajistit její finanční dostupnost a kvalitu a zpřístupnit ji celé místní komunitě.

Nemocnice Lékařů bez hranic v Bar Elias tak začala nabízet management ran včetně popálenin založený na vědeckých důkazech a poskytovaný proškolenými a kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky.

Od ledna do srpna 2019 bylo hospitalizováno 99 pacientů vyžadujících péči o rány a bylo provedeno téměř 1 400 souvisejících úkonů. Během stejného období program opustilo 89 pacientů, z toho 59 bylo vyléčeno, pět odesláno ke specialistům, sedm se přestěhovalo a 18 přestalo docházet na kontroly.

Jeden z pacientů, patnáctiletý „Abdul“, měl neléčenou epilepsii a neléčené sedm let staré popáleniny, které zanechaly rozsáhlé rány na obou nohách. Vzhledem k nedostatku prostoru ve stanu, kde rodina žila, se Abdul plazil po zemi, což jeho stav dále zhoršovalo a bránilo hojení ran.

Multidisciplinární tým složený ze tří sester, sociálního pracovníka, pracovníka v oblasti podpory zdraví a odborníka na duševní zdraví v tomto případě postupoval podle protokolu péče o rány vytvořeného Lékaři bez hranic a také zajistil edukaci a poradenství pečujícím osobám. Po dvou měsících léčby se Abdulovy rány zcela zahojily a uzavřely.

Podobné intervence dávají pacientům druhou šanci na život. Nás jako sestry motivuje přínos, který naše práce s těmito pacienty má. Vnímáme, že můžeme něco změnit, a spolupracujeme s našimi pacienty a jejich rodinami na dosažení nejlepších možných výsledků.

Kromě toho vidíme také výsledky naší cílené snahy o holistický přístup k pacientům namísto zaměření na nemoc. Sestry jsou pro program klíčové vzhledem k jejich vědomostem, odborným znalostem, profesionálnímu úsudku a osobním vztahům s pacienty a rodinami. To jsou základní stavební kameny úspěchu programu péče o rány v naší nemocnici.

Sestra poskytující péči o rány v nemocnici Bar Elias, Libanon



Celostní péče a péče zaměřená na člověka

Kyung Rim Shin, prezidentka Korejské asociace sester

Na oslavu 200. výročí narození Florence Nightingale označila Světová zdravotnická organizace (WHO) rok 2020 za Mezinárodní rok sester a porodních asistentek. V roce 2020 budou sestry a porodní asistentky více než kdy jindy v hledáčku globálních zdravotnických politik a budou mít bezprecedentní příležitost zvýšit svůj status. Abychom tento výjimečný rok mohli využít jako odrazový můstek k vyšším metám, musíme se ohlédnout za velkými osobnostmi ošetřovatelství v historii a s vědomím toho, jak se ošetřovatelská praxe v průběhu let vyvinula, znovu potvrdit skutečné hodnoty ošetřovatelství. Toto uvědomění poté budeme moci použít jako kompas, který nás povede vpřed.

Florence Nightingale byla zakladatelkou moderního ošetřovatelství, statističkou a schopnou veřejnou činitelkou, která definovala koncepty veřejného zdraví. Během války shromažďovala rozsáhlé statistiky ze své služby v polních nemocnicích a byla aktivistkou usilující o reformu veřejných zdravotnických systémů a péče o pacienty. Její práce proměnila ošetřovatelství jako společensky uznávanou činnost v povolání založené na víře v lidskou důstojnost a vědeckých znalostech. Položila tak základy péče zaměřené na člověka.

Péče zaměřená na člověka označuje plánování a realizaci služeb v oblasti veřejného zdraví a ošetřovatelství se zaměřením na požadavky příjemců. Pacienti nejsou vnímáni jako pasivní příjemci péče, ale jako aktivní účastníci interakcí se zdravotnickými pracovníky. Ošetřovatelství začíná pochopením pacienta a způsobu jeho života. Klíčovými hodnotami jsou lidská důstojnost, soucit a respekt k důstojnosti pacienta a jeho rodiny. Jinak řečeno, poskytování ošetřovatelské péče je doprovázeno soucitem a respektuje názory a životní volby pacientů.¹¹

Dva pacienti trpící stejnou nemocí budou pocházet z různých prostředí a mít různé životní příběhy. Jejich reakce na péči, jejich potřeby, přístup a symptomy se budou lišit, a proto je třeba individualizovaná ošetřovatelská péče. Důstojnost pacientů bohužel někdy bývá snižována kvůli strukturálním nedostatkům v sociálních systémech a převládající praxi péče o pacienty zaměřené na onemocnění.

Svědky takového případu jsme byli v roce 1916 v Koreji, kdy bylo 6 254 pacientů s Hansenovou nemocí (též malomocenstvím či leprou) uvězněno na odlehlém ostrově Sorok-do, kde je čekala nucená práce, nedobrovolná sterilizace a porušování mnoha jejich dalších lidských práv.

Pro řadu pacientů bylo toto zacházení nesnesitelné a spáchali sebevraždu. V 60. letech potom přijely o tyto pacienty pečovat dvě rakouské sestry Marianne a Margaritha. Bylo to v době, kdy předsudky ohledně této nemoci vrcholily a ani lékařský personál se těl pacientů nedotýkal bez dvojích rukavic. Tyto dvě odhodlané sestry před příjezdem do Koreje absolvovaly ohledně malomocenství školení v Indii a věděly, že možnost přenosu kontaktem je extrémně nízká. Pacientů se dotýkaly holýma rukama, skláněly se nad jejich ranami, vedly školní zařízení pro jejich děti a staly se jejich přítelkyněmi i pečovatelkami, aniž by za to dostávaly zapláceno.

Při poskytování rehabilitace, vzdělání a přípravy na povolání i lékařského materiálu, zařízení a odlehčovací služeb pro pacienty s leprou prokázaly skutečného dobrovolnického ducha a lásku. Pacienti byli ošetřováni s důstojností a respektem. Díky tomu měli důvod žít a našli v životě naději.

V péči zaměřené na člověka zdravotník plně respektuje důstojnost pacienta a získává si důvěru díky interakcím naplněným porozuměním a náklonností. Individualizovaná péče se poskytuje s ohledem na přístup, hodnoty, přesvědčení a kulturní zázemí pacienta. V odpovídající dobu je nabízena odpovídající péče a pacientům se poskytují odpovídající informace, aby se mohli rozhodovat ohledně léčby a péče, které se jim dostane. To v důsledku přináší lepší management nemoci, kvalitu života a výsledky zdravotní péče. Se zlepšováním kvality ošetřovatelských služeb se zvyšuje sebevědomí a pracovní spokojenost zdravotnických pracovníků v ošetřovatelské profesi.

I když umělá inteligence v současnosti automatizuje a v budoucnosti bude automatizovat řadu oblastí lidské činnosti, lidé schopní empatického citění budou stále ceněni. Ošetřovatelství se liší od medicíny v tom, že je založeno na inherentních ošetřovatelských hodnotách zaměřených na lidské porozumění a k péči o pacienty se staví holisticky: to stroje nedokážou nahradit.

Ošetřovatelské pracovníky nové generace by si proto měli rozvíjet hluboké porozumění individuálním potřebám člověka a absolvovat průběžná školení se zaměřením na celého člověka a holistické přístupy k řešení problémů.

Případová studie

Japonsko: Řešení zdravotních potřeb jednotlivců a komunit během přírodních katastrof a po nich

Autor/ka: Japonská asociace sester

Japonsko se vzhledem ke svým zeměpisným podmínkám a klimatu často potýká s přírodními katastrofami včetně tajfunů, přílivových dešťů a zemětřesení. V roce 2018 například zaznamenalo 29 tajfunů a více než 90 zemětřesení významnějšího rozsahu.

Po Velkém hanšinském zemětřesení v roce 1995 vybudovala Japonská asociace sester ve spolupráci s regionálními asociacemi síť na pomoc při katastrofách. V rámci systému jsou po rozsáhlých přírodních katastrofách do postižených oblastí vysílány sestry, které se specializují na pomoc obětem katastrof a mohou tak flexibilně poskytovat péči, která je právě v místě zapotřebí. Během početného množství katastrof, k nimž došlo od roku 1995, bylo do akce povoláno téměř 9 000 těchto sester.

V Japonsku momentálně působí 9 822 sester specialistek na pomoc při katastrofách, které jsou vyškoleny a zaregistrovány u místních asociací ve svých prefekturách. Při propuknutí přírodní katastrofy se zapojují na dobrovolné bázi jako členové profesních asociací sester.

Sestry specialistky na pomoc při katastrofách pracují v zasažených zdravotnických institucích, sociálních zařízeních a evakuačních centrech, a to mezi třemi dny a jedním měsícem po katastrofě. Zapojují se tedy v subakutní a chronické fázi katastrofy, kdy pomáhají zajistit nepřerušovanou ošetrovatelskou péči, nikoli ve fázi akutní, kdy jsou zapotřebí záchranné operace.

Sestry specialistky vyslané do zdravotnických institucí pomáhají při příjmu pacientů z jiných zasažených zařízení, vyrovnávají přetlak způsobený nápoem pacientů na odděleních urgentního příjmu, a také přebírají povinnosti místních sester, aby si ty mohly odpočinout.

V evakuačních centrech poskytují edukaci ohledně cvičení, zajišťují individuální péči lidem vyžadujícím asistenci, včetně starších osob, nabízejí konzultace a pokyny k braní léků, pečují o rány v případě poraněných osob a provádí opatření pro prevenci infekcí.

V evakuačním centru, kde byli ubytováni evakuovaní lidé s infekční gastroenteritidou vyvolanou norovirem, si například sestry specialistky všimly, že si obyvatelé myjí

ruce v místech, kde se přirozeně nashromáždila stojatá voda, a podnikly kroky k eliminaci této cesty šíření infekce. Jednalo se o oblast, kde lidé takovou vodu běžně používali a měli za to, že je čistá a zdravá.

Sestry každému z obyvatel podrobně vysvětlily, jak zachovávat hygienu rukou v situaci, kdy ještě nebyla obnovena dodávka vody, což vedlo ke snížení počtu infikovaných osob.

Jiná sestra specialistka si zase všimla evakuovaného muže, který se držel za hrudník. Muž jí řekl, že trpí anginou pectoris, ale že nevyužil možnosti kontaktovat na pravidelných obchůzkách zdravotnický tým, přestože si s sebou do evakuačního centra nechal léky. Sestra specialistka zavolala záchrannou službu a muž byl přijat do nemocnice.

Tyto případy vyzdvihují ty aspekty ošetrovatelské praxe, které respektují hodnoty a přesvědčení lidí. Sestry specialistky na pomoc při katastrofách jsou ve své praxi ztělesněním stěžejních prvků ošetrovatelství: být lidem oporou, napomáhat jim ke zdravému životu a žít po jejich boku.



Soucit jako „skutečný sever“ na morálním kompasu ošetřovatelství

Prof. Jill White, emeritní profesorka na Faculty of Nursing and Midwifery na University of Sydney a Faculty of Health University of Technology a dr. Amelia Afuha'amango Tuipulotu, ministryně zdravotnictví, Tonga

Když se podíváme na naši historii, můžeme částečně pochopit společenskou smlouvu, z níž vzešla naše profese, tedy to, co společnost od sester požadovala. Na počátku ošetřovatelství stál pocit zájmu o utrpení druhých a touha svým jednáním toto utrpení zmírnit – neboli jinak řečeno soucit. Nejranější důkazy o ošetřovatelství pocházejí ze 7. století, kdy islámské sestry přinesly tuto tradici do jižní Evropy. Tam ji za svou vzhledem k silnému filozofickému apelu služby druhým prostřednictvím soucitu přijala katolická církev jako povolání pro jeptišky. Toto náboženské dědictví ošetřovatelství se dále šířilo do Evropy a Kanady v 17. století. Odloučením protestantů od katolické církve a následným zavíráním klášterů a konventů se organizovaný systém vzdělávání jeptišek/sester omezil a v 17.–19. století neexistoval pro ty, kdo chtěli pomáhat ostatním v nemoci, téměř žádný organizovaný systém.

Dědictví Florence Nightingale zde není potřeba vysvětlovat, stačí zdůraznit její intenzivní usilování o to, aby měla sestra ten správný temperament, charakter a vzdělání. V dědictví Florence Nightingale se snoubí hodnoty soucitu a disciplíny s jejími osobními hodnotami: nebát se ozvat, otevřeně mluvit, shromažďovat data pro utváření politik a politický vliv a také přesvědčení o zásadním významu vzdělání. Souhra těchto tří vlivů tvoří moderní historii naší profese.

Každá společnost si vytvořila určité chápání pojmů správného a špatného a každý jednotlivec si vytváří něco, co se běžně označuje za „morální kompas“, přičemž „skutečný sever“ říká, zda udržujete vybraný směr, nebo se od něho odchyľujete. U příslušníka profese tento morální kompas zahrnuje očekávání, že se jedná o dobrého člověka pracujícího profesionálním způsobem v rámci sjednané společenské smlouvy. V ošetřovatelství je tato společenská smlouva obvykle formulována v podobě etického kodexu a standardů odborné praxe.

První formální etický kodex vytvořila Americká asociace sester v roce 1950 a popisoval neoddiskutovatelné povinnosti sestry. ICN poté v roce 1953 poskytla první globální vzor etického kodexu. ICN aktuálně reviduje etický kodex z roku 2012 s cílem klást větší důraz na široce pojaté povinnosti v oblasti sociální spravedlnosti. I nadále ale kodex zůstává dokumentem, který je „příručkou k činnosti založené na sociálních hodnotách a potřebách“. ¹² Přestože některé prvky etického chování budou všem zemím společné, kodex je vždy odrazem společnosti a jejích hodnot, a proto budou existovat drobné nuance specifické pro danou kulturu. Ve verzi z roku 2012 kodex ICN hovoří o zachovávaní důvěrnosti, respektu k lidským právům a citlivému přístupu k hodnotám, zvykům a přesvědčením.

Hovoří také o udržování bezpečného pracovního prostředí, kompetencích a vzdělávání, spolupráci a prosazování rovnosti a sociální spravedlnosti. Dále zmiňuje chování v souladu s profesními hodnotami, jako je respekt vůči druhým, vnímavost, soucit, důvěryhodnost a integrita. ¹²

Z těchto vlastností lze za součást vnitřního morálního kompasu běžného člověka považovat respekt vůči druhým, respektování lidského života, kulturní citlivost, důvěryhodnost a integritu. Profesní morální kompas, kterým se řídí poskytování soucitné péče (compassionate care), zahrnuje vnímavost, spolupráci, zachovávaní důvěrnosti, bezpečnost, kompetentnost, hájení zájmů pacientů a vzdělávání – základní kámen profesionálního ošetřovatelství.

V ošetřovatelství se očekává dodržování morální (běžné) i etické (profesní) citlivosti jako součásti rozvoje profesního morálního kompasu. Profesní morální kompas nás přivádí k úhelnému kamenu moderního ošetřovatelství: k soucitné péči, základní a nepostradatelné kvalitě, která je zkouškou opravdivosti ošetřovatelství. Je to schopnost se racionálně a soucitně rozhodovat, s ohledem na nejistotu, která poskytování péče provází, a současně podle potřeby využívat kritického porozumění etickým kodexům, klinických zkušeností, akademického vzdělání a sebereflexe, být schopen předvídat důsledky a mít odvahu jednat. ¹³

Soucit nemá nulové náklady. Vyžaduje emocionální a praktické zdroje a také kulturu, která si cení jednotlivých složek soucitné péče, jako je průběžné vzdělávání, řešení problémů a promyšlené podstupování rizik, a podporuje je – tedy kulturu, která není represivní, podporuje standardy etické praxe a jde příkladem v tom, že je třeba mít odvahu jednat. Joan Liaschenko ¹⁴ nazývá tuto odvahu „morálním jednáním“ a vyzývá zdravotní sestry, aby společně vytvářely morální komunitu a byly příkladem přínosné, etické a racionální práce sester.

Vytváření morálních komunit podporuje rozvoj morálního jednání: schopnost říci, „Považuji vás za morálně odpovědné za to, abyste brali moje názory vážně, protože můj podíl na péči o tohoto pacienta je stejně důležitý jako ten váš.“ ¹⁴ Tento neochvějný přístup zajistí, že náš profesní morální kompas bude následovat „skutečný sever“ a že budeme poskytovat soucitnou péči, jak nám náš společenský mandát ukládá už nejméně od 7. století.

My jako zdravotní sestry musíme odvádět svou práci – chápat a neustále zdokonalovat náš profesní morální kompas – a tvůrci politik a vlády musí dbát veřejné poptávky po soucitné péči. Společně musíme pěstovat prostředí a kulturu, kde taková péče prosperuje.

Případová studie

USA: Soucitná péče o veterány

Autor/ka: Cathy M. St Pierre, USA

Veterans Health Administration (VHA) je největší integrovaný systém poskytování zdravotní péče ve Spojených státech, který zaměstnává více než 322 000 zdravotnických pracovníků a dalšího personálu na plný úvazek. Systém slouží veteránům a jejich rodinám v rámci rozsáhlé sítě velkých zdravotnických zařízení a ambulantních klinik a každý rok poskytne komplexní nemocniční, ambulantní a specializovanou zdravotní péči více než 9 milionům veteránů. Mezi nabízené služby patří i péče o zdraví žen, duševní zdraví a rehabilitační péče. Kromě toho poskytuje několik zařízení VHA také dlouhodobou péči starším veteránům s řadou potřeb v oblasti fyzického i duševního zdraví.

Cathy St Pierre je jednou z 500 ordinujících sester (Nurse Practitioner, NP) v organizaci, která se přímo stará o veterány. Momentálně působí na čtyřech nemocničních odděleních: management chronické péče, expozice nepříznivým environmentálním faktorům, výzkum a oddělení řešící otázku bezdomovectví, přičemž polovinu času tráví prací s veterány, kteří aktuálně jsou nebo byli bez domova.

Ve Spojených státech tvoří veteráni přibližně 11 % všech lidí bez domova. V roce 2018 bylo každou noc bez domova 37 000 veteránů. Tato situace je podmíněná řadou faktorů, jako je nedostatek finančně dostupného bydlení, nezaměstnanost a problémy v oblasti duševního zdraví včetně posttraumatické stresové poruchy (PTSD) a zneužívání návykových látek. Šest z deseti veteránů bez domova je starších 51 let a očekává se nárůst podílu veteránů nad 62 let bez domova, z nichž většina se potýká se složitými problémy vyžadujícími zdravotní a psychiatrickou péči.

Pro snížení míry bezdomovectví mezi veterány se VHA spojila s americkým ministerstvem pro otázky bydlení a rozvoje měst (HUD) a společně vytvořili program Veterans Affairs Supportive Housing (VASH), který za posledních deset let našel nový domov více než 85 000 veteránů.

Cathy St Pierre poskytuje v nemocnici pro veterány v Bedfordu ve státě Massachusetts přímou zdravotní péči a konzultace veteránům zapojeným do programu HUD-VASH. V rámci programu také spolupracuje se sociálními pracovníky a pomáhá jim pochopit potřeby v oblasti fyzického i duševního zdraví veteránů, s kterými společně pracují. Dále zajišťuje přímá zdravotní vyšetření a management akutních i chronických onemocnění veteránů a podílí se na provozu nemocničního komplexu 69 dvoupokojových bytů pro veterány.

Řada veteránů zapojených do programu HUD-VASH se potýká se závažnými duševními poruchami včetně PTSD a zneužívání návykových látek, a hrozí proto u nich riziko sebevraždy. Tým programu monitoruje veterány v této skupině a vytváří pro ně záchrannou síť, která jim pomáhá zajistit okamžitý přístup k péči a sebevraždám tak předcházet. Tento typ péče přímo v zařízení může zabránit vzniku závažnějších zdravotních důsledků v populaci, která vyhledání zdravotní péče v minulosti odkládala.

Cathy St Pierre (vlevo) s kolegyní a veteránem americké armády



Využití důvěry v ošetřovatelství: profesionální přístup, možnosti a úskalí

Dr. Maria Salmon, profesorka ošetřovatelství a globálního zdraví a adjunct professor veřejné politiky a správy na Washingtonské univerzitě, USA

**„Poznej mě,
bud' tu pro mě
a věnuj mi
opravdovou
péči.“**

Já jsem právě začínala svou profesní dráhu v naší místní nemocnici. Ona v ní byla pacientkou v dlouhodobé péči. Její přirozený šarm a elegantní kabátek přehozený přes nemocniční košili působily dojmem poslední zbraně proti ztrátě kontroly a důstojnosti, kterou prodělávala. Jak jsem rychle zjistila, zakládala si na tom, že bude osobní hygienu provádět sama. Já jsem jí mohla pomoci s mytím od pasu výše, trvala ale na tom, že od pasu níže až po kolena se bude mýt sama. Během času jsme postupně dospěli k různým kompromisům, vždy jsem ale odvracela oči, kdykoli to bylo možné.

Jednou večer se na mě pronikavě zadívala, jako by zvažovala nějaký zásadní krok. Nakonec tiše, ale rozhodně promluvila. „Děvenko, chtěla bys něco vidět?“ Pomalu odhrnula příkrývku a nasměrovala můj zrak na tu část těla, kterou tak dlouho a s takovým úsilím skrývala. Vysoko na vnitřní straně stehna měla vytetované malé srdíčko. Nic neřekla, ale vědoucně se na mě usmála, zatímco mně pomalu docházelo, že je přede mnou někdo víc než jen dáma v elegantním kabátku. Někdo, kdo kdysi žil jiný život, kdo miloval a byl milován. Tím jediným jednoduchým gestem mi řekla: „Poznej, kdo jsem, a opravdu tu pro mě bud'... v mých posledních dnech.“

O několik dní později zemřela. Když jsem myla její tělo, dodržovala jsem všechna pravidla cudnosti, na kterých jsme se spolu domluvily, potom jsem ji pečlivě oblékla do čisté košile a uložila ji k poslednímu spánku. Během tohoto posledního aktu péče jsem celou dobu cítila její přítomnost. Z jejího pokoje jsem odcházela zarmoucená nad její smrtí, ale také vděčná za to, že se mi dostalo té cti a důvěry být tím, kdo jí bude věnovat opravdovou péči.

Po těch desítkách let, kdy dělám svou práci, jsem už zapomněla její jméno, zůstává ale se mnou a měla zásadní vliv na můj život i na mou kariéru sestry.

Díky ní vím, že důvěra je klíčem k péči a odměnou za ní. Vědět, kdo naši pacienti jsou, a opravdu tu pro ně být: v tom tkví podstata ošetřovatelství.

* * * * *

Profesionalizace ošetřovatelství po celém světě se projevila na zdraví lidí a vedla k významným změnám v postavení a pověsti příslušníků této profese. V řadě zemí, kde je ošetřovatelství vysoce profesionalizovaná činnost, se toto povolání také umisťuje na první nebo jedné z prvních příček žebříčku důvěry k profesím. Tato důvěra k sestrám těsně souvisí se znaky, které jsou pro tuto profesi typické. Veřejnost takto vyjadřuje očekávání, která tvoří základ společenské smlouvy sester. Přestože každé povolání je činnost vykonávaná výměnou za určitou formu kompenzace, existují profese se zvláštním postavením vyplývajícím z jejich „smlouvy“ se společností, která vyžaduje odborné znalosti a dodržování určitých standardů chování. Zásadními podmínkami této smlouvy jsou autonomie a seberegulace, které odrážejí očekávání a důvěru v to, že příslušníci dané profese mají odpovídající vzdělání a dodržují určitý kodex chování a že je tedy zajištěna jejich odborná kompetentnost, zdravý úsudek, zásadové a etické jednání, plné zaměření na kvalitu života klienta a nesobeckost a altruismus při výkonu práce. Výměnou za to společnost uděluje těmto profesím určitá privilegia vyplývající z jejich zvláštního postavení včetně autonomie, seberegulace a jedinečného vztahu s institucemi a vládou.

Existují dva typy důvěry, z nichž sestry těžší: důvěra v jednotlivé sestry a obecná důvěra veřejnosti v profesi jako takovou. Důvěra v konkrétní jednotlivce se buduje tím, že si sestra vytváří pozitivní vztahy s klienty a jejich rodinami, čímž si získává svolení dělat v rámci tohoto vztahu věci, které by jiným nebyly dovoleny. Trvalá důvěra k sestře je založena na její schopnosti navázat s pacientem a jeho rodinou vztah, který je ujistí v tom, že jejím prvořadým zájmem jsou jejich potřeby a kvalita jejich života.

Důvěra v profesi vychází ze společenské smlouvy, jíž se řídí chování sestry, a reflektuje kodifikovaná očekávání a standardy. Tato společenská smlouva se sice odráží v zákonech, předpisech, vzdělávání a požadavcích kladených institucemi, ale především pramení ze zkušeností pacientů a jejich rodin. Jinak řečeno, to, co dělá každá jednotlivá sestra, má zásadní vliv na to, jak veřejnost vnímá celou profesi. Nevhodné chování jednotlivých sester tak může tuto společenskou smlouvu podrýt a narušit důvěru v profesi jako celek.

Ze všech možných forem nevhodného chování je pak pro veřejnost nejméně stravitelné prospěchářství, tedy kladení vlastních zájmů před zájmy pacientů a jejich rodin. Ztráta důvěry veřejnosti v to, že sestry zastávají jejich zájmy a kladou je na první místo, ohrožuje jak společenskou smlouvu profese s veřejností, tak vztahy jednotlivých sester s jejich pacienty.

Transakce, které mají pro získání důvěry největší přínos, jsou takové, kdy je veřejnost příjemcem a profese nemá z transakce žádný očividný prospěch. Transakce, z které bude významně těžit veřejnost, ale která současně slouží zájmům ošetřovatelství, by mohla vyvolat veřejnou debatu o motivech v pozadí. (K tomu někdy dochází při prosazování rozšíření rolí sester tak, že by konkurovaly lékařům nebo jiným zdravotnickým pracovníkům, zejména pokud by změna byla také očividně finančně výhodná). Transakce, z nichž těží profese, aniž by měly zjevný přínos i pro veřejnost, jsou při využívání důvěry pravděpodobně ty nejméně přijatelné. „Optika“ těchto různých typů transakcí je proto velice důležitá.

Sestry využívají důvěry svých pacientů každý den, když je žádají, aby se spolehli na jejich úsudek a věřili, že sestra bude jednat v jejich nejlepším zájmu. Očekává se, že tam, kde se jednání sester řídí profesní etikou a zákonem stanoveným rozsahem činností, se na ně pacienti mohou spolehnout. Využití důvěry v profesi v širším měřítku je ale složitější otázka, která má zásadní dopad na všechny příslušníky profese. Nenaplnění závazků, které veřejnost vnímá jako dané společenskou smlouvou s ošetřovatelstvím, může mít nezměrný dopad na postavení ošetřovatelství jako profese i na život sester.

Důvěra je odrazem vztahu s veřejností a toho, jak ošetřovatelství jako profese jedná a jak je toto jednání veřejností vnímáno. Péče o kladný vztah s veřejností umožňuje naplňovat její očekávání a současně je utvářet. Jde o budování společného základu, na kterém

ošetřovatelství a veřejnost spolupracují s cílem zajistit přínos pro společnost a současně respekt a podporu sestrám v jejich práci. Toto spojení mezi ošetřovatelskou profesí a veřejností je třeba hýčkat jak v obecné rovině, tak při každé interakci mezi sestrami a jejich klienty. Také to znamená, že se ošetřovatelská profese reguluje rozumně a uvážlivě a klade v otázkách vzdělávání a regulace sester zájmy veřejnosti na první místo.

Toto každodenní odpovědné chování představuje důležitý způsob, jak veřejnost ujistit, že ošetřovatelské profesi lze důvěřovat.

Ztráta důvěry výměnou za výhody pro profesi může mít jednorázový přínos a dlouhodobé negativní důsledky. Stabilní, informovaný a pevný vztah, v rámci něhož si sestry budují pověst profesionálů s citlivým přístupem a odbornými znalostmi, kteří prosazují dobro společnosti, je z dlouhodobého a obecného hlediska mnohem výhodnější než vztah založený na občasných transakcích.

Závěrem lze říci, že na důvěře stojí jak postavení ošetřovatelství jako profese, tak vztahy jednotlivých sester s jejich pacienty, rodinami pacientů a veřejností. Společenská smlouva, která vytváří rámec postavení ošetřovatelské profese, současně určuje i to, jakým způsobem můžeme provozovat činnost, nakolik můžeme využívat naše odborné znalosti a úsudek, jak dobře jsme připraveni, kdo posuzuje naše kroky, a dokonce i to, v jakých podmínkách a za jaký plat pracujeme. Vztahy mezi profesí a veřejností jsou dynamické a odráží činnost sester jako jednotlivců i jako členů uskupení a profesních organizací. Klíčem k vybudování a udržení důvěry je využití této důvěry ve prospěch jednotlivých pacientů, rodin a veřejnosti obecně. Pokud zvažujeme, zda a jak důvěru využít, měli bychom se především ptát: „Jaký vliv bude mít tato transakce na jedinečný vztah důvěry mezi ošetřovatelskou profesí a veřejností?“



Případová studie

Velká Británie: Podávání informací o zdravotní péči přístupnou a srozumitelnou formou

Autor/ka: Parveen Ali, Velká Británie

V anglickém městě Sheffield vysílají každý týden dvě sestry, Parveen Ali a Nisar Ahmad Gilal, rádiový pořad v urdštině/hindštině pro místní jihoasijské komunity. Pořad poskytuje informace o zdravotních problémech podané srozumitelným způsobem a bez profesního žargonu pro členy komunity s omezenou znalostí angličtiny.

Téměř 10 % obyvatel Sheffieldu je původem z jižní Asie, včetně Pákistánu, Indie a Bangladéše, nebo z tohoto regionu pochází jejich předci. Urština/hindština je státní jazyk v Pákistánu a rozumí jí řada lidí z jižní Asie, jejichž mateřským jazykem je paňdžábština, hindština, póthóhárí, sindhština nebo balúčština.

Zdravotní profil této komunity je horší než u zbytku populace v Anglii. Řada lidí trpí cukrovkou a srdečními chorobami nebo v minulosti prodělala cévní mozkovou příhodu. Stejně tak je znepokojující i nízká zdravotní gramotnost. Etnické komunity, jejichž členové mají omezenou znalost majoritního jazyka, dochází méně často na preventivní vyšetření, jako je například vyšetření děložního čípku a další pravidelné prohlídky, při závažných onemocněních vyhledávají zdravotní péči v pozdějších fázích, málo využívají služby péče o duševní zdraví a špatně zvládají management chronických onemocnění, jako je cukrovka.

Cílem Health Show s Parveen Ali je srozumitelně a bez žargonu podávat informace o zdravotních problémech, zvyšovat povědomí o otázkách veřejného zdraví a vyvracet pověry týkající se zdraví tím, že informace poskytují registrované sestry a specializovaní zdravotničtí pracovníci.

Tento program, který se zároveň živě vysílá na Facebooku, už běží déle než rok a podle zpětné vazby hodnotí posluchači informace jako užitečné a důvěryhodné a mají pocit, že lépe rozumí svým zdravotním problémům a že je pro ně menší problém obracet se na zdravotnické služby.

Vytvoření a provozování tohoto pořadu také pomohlo zlepšit obrázek sester v očích veřejnosti, a to zejména v jihoasijských komunitách, kde je volba ošetřovatelství jako povolání poměrně neobvyklá. Pořad je důkazem toho, že sestry mohou využívat své znalosti a dovednosti inovativně a přispívat k podpoře zdraví, prevenci nemocí a šíření informací. Sestry tak nejen plní svou povinnost zdravotnických pracovníků, ale současně dokazují, že tato profese může hrát vedoucí úlohu, a ukazují ji v pozitivním světle.

Sestry Parveen Ali a Nisar Ahmad Gilal vysílají svůj rádiový pořad pro jihoasijské komunity v anglickém Sheffieldu.



Měníme pohled na ošetřovatelství

Dr Barbara Stilwell, výkonná ředitelka, Nursing Now Global Campaign

Sestry se už desítky let snaží vysvětlit, co přesně ošetřovatelství obnáší. Jedná se o profesi založenou na biopsychosociálních přístupech a vztahu s klientem či pacientem, který respektuje jeho jedinečnost a staví na důvěře, upřímnosti a společném hledání řešení. Pro tento vztah i pro poskytování péče je důležitá také emoční inteligence. Nedávný systematický přehled mezinárodní literatury o pohledu veřejnosti na ošetřovatelství nicméně upozornil na jednu nesrovnalost: veřejnost sestřám důvěřuje, ale ne vždy je respektuje a nerozumí jejich práci.¹⁵ Mohl by tedy rok 2020 být pro sestry příležitostí naučit se lépe vysvětlovat, co vlastně dělají, proč to dělají a jaký vliv mají na výsledky zdravotní péče?

Hildegard Peplau, jedna z prvních amerických teoretiček ošetřovatelství, vytvořila model ošetřovatelství, který i dnes představuje implicitní základ veškeré ošetřovatelské praxe. Jeho základem je zdánlivě prostá myšlenka, že veškeré ošetřovatelské intervence vychází ze vztahu mezi sestrou a pacientem. Peplau také dospěla k názoru, že vztah mezi sestrou a klientem může mít sám o sobě terapeutický účinek. Není překvapením, že její dílo se stalo inspirací pro práci sester v oblasti duševního zdraví.

Pokud je *základem* práce sester jejich schopnost vytvořit si s každým jednotlivým pacientem či klientem vztah, který je pro dotyčného oporou, pak se vše další přizpůsobuje tomu, jaké potřeby tento člověk projeví, s přihlédnutím k aktuálnímu kontextu – jako je rodina, zázemí, vzdělání,

ekonomické postavení či aktuální zdravotní problémy – a k budoucím cílům klienta v oblasti zdraví. Vybudování vztahu s klientem sestře umožní prozkoumat každý z rozměrů zdraví a zjistit, který z nich je pro pacienta a jeho zdraví tím nejdůležitějším. Od toho se potom odvíjí poskytnutá ošetřovatelská péče.

Ošetřovatelství se vyznačuje schopností najít problémy, které se mají při každém setkání řešit, a prostřednictvím terapeutického vztahu je s pacientem prozkoumat. To je přidaná hodnota, kterou sestra do procesu vnáší, a tímto se také ošetřovatelská praxe odlišuje od té lékařské. Jedná se o péči skutečně zaměřenou na člověka, a pokud je tato provedena správně, pak se ošetřovatelství samo o sobě stává terapií, která zahrnuje management nemoci, edukaci pro zlepšení kvality života a podporu fyzické, duševní a emoční odolnosti.

Řadu technických úkonů může kompetentně provést více členů zdravotnického týmu a v řadě oblastí klinické praxe také sdílení povinností není žádnou výjimkou. Rozmanitost a terapeutický účinek ošetřovatelské péče ale nespočívají v úkonech: spočívají v zaměření na celého člověka a všechny aspekty jeho osobnosti.

Uměním ošetřovatelství je navázat s pacientem vztah, který sestře umožní důkladně se seznámit s jeho situací, stanovit priority a racionálně určit další postup.



CO JE TO OŠETŘOVATELSTVÍ?

Vědou ošetřovatelství jsou klinické schopnosti sester provádět fyzická vyšetření, předepisovat a realizovat léčbu, podle potřeby pacienta předat dalším členům týmu a koordinovat péči o pacienta pro co nejlepší výsledek.

Níže je uvedeno jen několik příkladů, které ukazují, jak dokážou sestry přispět ke zdárnému výsledku zdravotní péče:

1. Pacienti s rakovinou plic žijí déle, vyhnu se zbytečným hospitalizacím a lépe snášejí léčbu, pokud se o ně starají sestry specialistiky.¹⁶
2. Pokud primární zdravotní péči poskytují sestry namísto lékařů, vede to pravděpodobně k podobným nebo lepším výsledkům pro zdraví pacientů a k vyšší spokojenosti pacientů.¹⁷
3. V zemích s vysokým národním důchodem může adekvátní počet vzdělaných sester v akutní péči snížit riziko mortality pacientů.¹⁸
4. Péče vedená sestrami může být efektivnější než lékařská péče, co se týče dodržování stanovené léčby ze strany pacienta (adherence) a spokojenosti pacientů.¹⁸
5. Přesunutí konkrétních úkonů na sestry ve snaze rozšířit péči o pacienty s HIV/AIDS, vysokým tlakem a cukrovkou v chudých venkovských oblastech Afriky mělo pozitivní vliv na pracovní vytíženost lékařů a vedlo k lepšímu managementu nemoci pro větší počet lidí.¹⁹

6. Nesoulad mezi personálním zajištěním a potřebami pacientů je spojován s nárůstem mortality pacientů.¹⁹

Ošetřovatelství jako profese musí pracovat s daty – s tím, co je shromážděno a změřeno a jak se výsledná zjištění využívají – aby bylo možné prokázat hodnotu ošetřovatelské práce a zejména holistického přístupu pro výsledky zdravotní péče. Je také potřeba, aby sestry šířily povědomí o tom, jaký potenciální dopad může jejich práce mít. Pro pacienty se jedná o důležitou informaci: měli by vyžadovat a očekávat ošetřovatelskou péči stejně tak, jako vyžadují tu lékařskou.

Vzhledem k tomu, jakou hodnotu má ošetřovatelská péče pro život a jeho kvalitu, musíme společně najít strategické řešení, jak zapojit veřejnost do podpory ošetřovatelské profese. Musíme prosazovat výzkum souvislostí mezi ošetřovatelskou praxí a výsledky zdravotní péče a také důslednější shromažďování dat. Sestry by se měly zasazovat o lepší metody pro zachycení přínosu jednotlivých zdravotnických profesí, které budou schopné změřit vliv ošetřovatelství. Jako členové ošetřovatelské komunity se můžeme zamyslet nad vhodností stávajících modelů péče a nad tím, zda jsou vhodné pro ošetřovatelství příštího století. Rok 2020 je naší šancí změnit pohled ostatních na ošetřovatelství.



Případová studie

Barbados: Posilování autonomie lidí s duševním onemocněním

Autor/ka: Barbadoská asociace sester

Služba Community Mental Health Nursing Service (CMHNS) zaměřená na duševní zdraví v komunitní péči si klade za cíl poskytovat vysoce kvalitní péči o duševní zdraví a naplňovat tak biopsychosociální potřeby jednotlivců, rodin a skupin obyvatel, snížit incidenci duševních onemocnění a omezit počet hospitalizací. Služba staví na modelu prevence a podpory zdraví a na komplexním a holistickém přístupu podloženém důkazy a snaží se vést pacienty k tomu, aby převzali kontrolu nad svým zdravím a dělali informovaná rozhodnutí.

Služba CMHNS vznikla v září 1971 díky průkopnické práci jedné sestry. Monica Jordan službu založila ve snaze řešit nárůst případů, kdy pacienti nevyužívali služeb následné péče, a vysokou míru opakovaných hospitalizací v psychiatrických nemocnicích.

Do začátku nového tisíciletí se služba rozrostla a sestry získaly přístup ke specializačnímu školení v oblasti duševního zdraví v komunitní péči, což umožnilo rozvoj činností na podporu zdraví a prevenci nemocí.

Dnes má služba CMHNS k dispozici velký multidisciplinární tým a v rámci polikliniky mimo jiné provozuje středisko pro děti s emočními problémy nebo problémy s chováním,

každých čtrnáct dní zajišťuje službu ve věznicích, na vyžádání poskytuje posudky pro účely soudních řízení a je pro veřejnost dostupná 24 hodin denně. Za dobu působení služby došlo k výraznému poklesu opakovaných hospitalizací a většina místních obyvatel s problémy v oblasti duševního zdraví se obrací raději na komunitní služby než na nemocnici, s kterou se stále pojí určité stigma.

CMHNS má vyhrazený tým sester specialistek, které poskytují kvalitní péči a posilují autonomii pacientů tak, aby si tato populace dokázala udržet dobré duševní zdraví, v souladu s cílem udržitelného rozvoje č. 3, tedy zajistit lidem zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu.

Sestry, které pro službu pracují, mají obrovský pocit zadostiučinění z toho, že se jim daří umožňovat klientům s duševním onemocněním, aby setrvali ve své komunitě, dokázali převzít management svých problémů v oblasti duševního zdraví a zůstali produktivními občany.

Vzhledem k tomu, že hospitalizace v psychiatrické nemocnici s sebou stále nese stigma, je posílení autonomie těchto lidí, které jim umožní vést normální život bez nutnosti hospitalizace, pro CMHNS vynikajícím úspěchem.



ČÁST DRUHÁ OŠETŘOVATELSTVÍ PRO ZDRAVĚJŠÍ SVĚT: VÝZVY

Vzhledem k převratným demografickým a ekonomickým změnám, ke kterým dochází po celém světě, se na zdraví a zdravotní péči soustředí stále více pozornosti. Nárůst množství požadavků v oblasti zdraví, technologický a vědecký pokrok i rostoucí očekávání spotřebitelů kladou na financování zdravotní péče neustálý tlak. Kombinace těchto faktorů vytváří překážky, které se někdy zdají nepřekonatelné. Máme ale stále více důkazů o tom, že efektivní a účinná zdravotní péče znamená lepší zdravotní výsledky pro pacienty a je přínosem i pro lépe prosperující a soudržnější společnost.

Zásadní je také skutečnost, že i když zdraví obecně se považuje za národní aktivum, různé oblasti mají v tomto směru různé priority, počínaje nevyhovujícími

zdravotnickými zařízeními a špatným přístupem k péči přes péči o seniory, faktory životního stylu a možnost volby až po nedostatek adekvátního vzdělání a kvalifikované pracovní síly.

V této části se podíváme na některé z výzev, s nimiž se ošetrovatelství pro zdravější svět musí vyrovnat, a na to, jak se zdravotnické systémy musí změnit a přizpůsobit, aby těmto výzvám dostaly. Mezi potřebné změny patří například zajištění výkonných zdravotnických systémů, vyřešení otázky nerovnosti a sociálních determinantů zdraví, zajištění nákladově efektivní kvalitní péče po celou dobu života a řešení nedostatku zdravotnických pracovníků poskytovaných zdravotních služeb s vysokou hodnotou.

Zranění v srdci, na duši i na těle

Kim Ryan, adjunct associate professor na Sydney University, certifikovaná sestra specialista na duševní zdraví

Odhaduje se, že na světě trpí přibližně miliarda lidí úzkostí a třetina z nich zároveň trpí depresí. Šedesát milionů lidí trpí bipolární poruchou, 21 milionů má schizofrenii nebo jiné psychotické poruchy a každých 40 sekund někdo spáchá sebevraždu. Světové ekonomické fórum v roce 2019 předpovědělo, že hlavní příčinou špatného zdravotního stavu bude celosvětově do roku 2030 deprese, a odhadlo její náklady na 16 bilionů dolarů ročně. Aktuální cena za ztrátu produktivity způsobenou duševním onemocněním se odhaduje na 2,5 bilionu dolarů. I když jsou tato čísla ohromující, víme, že statistiky ve skutečnosti zachycují jen zlomek skutečného počtu lidí s duševním onemocněním a psychologickými potížemi (psychological distress), takže jejich dopad může být v budoucnu ještě mnohem větší.²⁰

Je však třeba se zabývat nejen těmito problémy, ale i fyzickým zdravím lidí s duševním onemocněním. Střední délka života osob s těžkými duševními poruchami je

v průměru o 10–25 let kratší než u běžné populace.²¹ Velká většina těchto úmrtí je způsobena chronickými fyzickými onemocněními, jako jsou kardiovaskulární, respirační a infekční nemoci, cukrovka a hypertenze. Lidé s těžkým duševním onemocněním často více kouří, méně cvičí, hůře se stravují a trpí vedlejšími účinky léků.

Po srdečním infarktu je u osob s duševním onemocněním asi 60krát vyšší pravděpodobnost spáchání sebevraždy než u lidí, u nichž se žádné duševní onemocnění neprojevovalo.²² I u lidí bez duševního onemocnění v anamnéze je riziko sebevraždy v měsíci následujícím po infarktu trojnásobné a zůstává zvýšené minimálně pět let. Riziko deprese a úzkosti může zvýšit také chronické onemocnění, jako je cukrovka, endometrióza, respirační nebo neurologická onemocnění. Dvě stě milionů žen trpí endometriózou a vysoká míra deprese a úzkosti může pánevní bolest ještě zesílit.²³

Abychom lidem pomohli dosáhnout plného zdraví a plného života, musíme jim umožnit vyhledat a obdržet pomoc a zajistit jim podporu pro co nejlepší zdraví a kvalitu života. WHO nám neustále připomíná, že není zdraví bez duševního zdraví, pokud toho ale máme dosáhnout, musíme vyřešit otázky stigmatizace a diskriminace.

Stigmatizace a diskriminace v souvislosti s duševním onemocněním jsou v různé míře patrné ve všech zemích.

Nový Zéland v roce 2019 oznámil, že poprvé vydělil prostředky přímo na duševní zdraví a kvalitu života. Je to progresivní krok a významná investice, která konečně staví duševní onemocnění do popředí. Bohužel ale víme, že existují země, kde jsou lidé stále připoutáváni k postelím či betonovým blokům nebo jsou zavíráni do zvířecích kotců. Naším úkolem a odpovědností je tyto bariéry bořit a podporovat rozvoj péče o duševní zdraví pro všechny lidi.

Jako sestry pracujeme všude, kde se poskytuje klinická péče a sociální služby, s lidmi ze všech kulturních prostředí a věkových skupin a věnujeme se celé škále potřeb v oblasti zdravotní péče. Sestry a porodní asistentky představují téměř 50 % zdravotnického personálu. Sester je na celém světě více než 20 milionů, a jsou proto významnou hybnou silou změn. Počet sester v oblasti duševního zdraví a psychiatrie výrazně převyšuje počet psychiatrů. Zdá se více než jasné, že globální potřeby v oblasti duševního zdraví je třeba řešit prostřednictvím ošetřovatelství.²⁴

Všechny sestry si musí být více vědomy toho, jaké potřeby mají jejich klienti v oblasti duševního zdraví, a musí být schopny tyto potřeby naplňovat. Žena trpící endometriózou pravděpodobně navštíví sestru specialistku na reprodukční zdraví, ale se sestrou se specializací na duševní zdraví se nejspíše setká až ve chvíli, kdy začne trpět problémy v této oblasti. O pacienta po infarktu bude pravděpodobně pečovat všeobecná sestra nebo sestra specialista na

srdeční onemocnění, a tyto sestry mu proto musí být schopny vysvětlit incidenci problémů v oblasti duševního zdraví a podpořit ho na cestě k uzdravení.

Vzhledem k celosvětovému nárůstu potřeb v oblasti duševního zdraví je zároveň naprosto zásadní, abychom pokračovali v zajišťování a podpoře pracovníků v ošetřovatelství se specializací na duševní zdraví a psychiatrii, kteří mají dovednosti, znalosti a zkušenosti potřebné pro řešení těchto potřeb. Sestry specialistky na duševní zdraví a psychiatrické sestry mají dobrou pozici k tomu, aby pomáhaly všem sestrám a porodním asistentkám rozpoznávat problémy v oblasti duševního zdraví a poskytovat obecnou podporu a péči v této oblasti. Ve všech vzdělávacích programech pro sestry a porodní asistentky je třeba posílit zaměření na duševní zdraví, aby měly sestry a porodní asistentky potřebné dovednosti a sebejistotu řešit problémy v oblasti duševního zdraví a věděly, kdy pacienta odeslat k sestře specialiste.

Soustředění na medikalizaci duševního zdraví nebere v potaz nutnost řešení sociálních determinantů zdraví, včetně požadovaných investic. Bez vyřešení této otázky ale nelze dobrého duševního zdraví dosáhnout. Podmínky, v nichž žijeme, pracujeme a hrajeme si, ovlivňují naše fyzické i duševní zdraví a nemůžeme doufat, že dosáhneme optimální kvality života, když nebudeme mít přístup ke vzdělání, bydlení, zaměstnání, nezávadnému jídlu a vodě a pocit bezpečí.

Pokud máme být nositeli změny, musíme se zabývat potřebami duševního zdraví naší globální komunity. Sestry se specializací na duševní zdraví a psychiatrii musí být rovnocennou součástí všech rozhodovacích orgánů a musí jim být umožněno přispívat svými jedinečnými znalostmi, dovednostmi a poznatky k lepšímu duševnímu zdraví nás všech.



Případová studie

Austrálie: Primární péče o osoby s duševním onemocněním vedená sestrami

Autor/ka: docentka Karen Heslop, Austrálie

Cockburn Wellbeing je bezplatná služba primární péče vedená ordinujícími sestrami (Nurse Practitioner, NP) určená pro klienty s duševním onemocněním, kteří nemají pravidelný přístup ke zdravotní péči. Cílem služby je snížit rozdíly ve fyzickém zdraví mezi touto skupinou klientů a běžnou populací.

Odhaduje se, že 40 % lidí s duševním onemocněním současně trpí chronickým fyzickým onemocněním, jako je obezita, srdeční onemocnění, hypertenze, respirační onemocnění, metabolický syndrom, cukrovka a rakovina. K horším zdravotním výsledkům přispívají faktory životního stylu, jako je špatná výživa, kouření, zneužívání alkoholu a jiných návykových látek a nedostatek pohybu, a pravděpodobnost úmrtí v mladším věku je u lidí v této skupině vyšší než u běžné populace.

Ordinující sestry pracují s integrovaným modelem péče a poskytují komplexní škálu služeb, jako jsou screeningová vyšetření, podchycení a management běžných chronických nemocí, intervence v oblasti zneužívání alkoholu a dalších drog, péče o dutinu ústní a v oblasti sexuálního zdraví, edukace v oblasti životního stylu a zdravotní gramotnosti, management medikace a poradenství a psychosociální podpora.

Ordinující sestry hrají v prostředí primární péče zvláště důležitou roli, protože lidé trpící duševním onemocněním ne vždy dokážou efektivně využívat služby zdravotnického systému. Péče poskytovaná ordinujícími sestrami je holistická a doplňuje se s péčí praktických lékařů. Systematické přehledy efektivnosti péče ordinujících sester stabilně uvádí vysokou spokojenost klientů jak s péčí samotnou, tak s její nákladovou efektivitou.

Služby ordinujících sester ve středisku Cockburn Wellbeing jsou určené obyvatelům městské oblasti Cockburn v západní Austrálii, kde se 9,4 % místní populace potýká s vysokou až velmi vysokou mírou psychologických potíží (psychological distress).

Cockburn Wellbeing nabízí nenákladnou, integrovanou a účinnou primární péči zaměřenou na zapojení klientů pro skupinu lidí, kteří tradičně po propuštění ze specializované péče o duševní zdraví zdravotní péči dále nevyhledávají.

Jedná se o důležitou službu, protože i přes vysokou informovanost místní komunity o této problematice se nerovnost v oblasti zdraví u této skupiny klientů setrvale

prohlubuje. Po propuštění z nemocnice lidé často znovu vyhledají zdravotní péči až ve chvíli, kdy jsou na tom zdravotně velice špatně, což nevyhnutelně klade velkou zátěž na služby neodkladné péče. Cílem střediska Cockburn Wellbeing je zajistit, aby se tito klienti těšili dobrému zdraví a mohli setrvat ve svém vlastním prostředí. Klíčem je pravidelná spolupráce a integrovaný model péče.

Příběh pacienta

V době, kdy byl klient X s diagnózou schizofrenie po propuštění z nemocnice odeslán do střediska Cockburn Wellbeing, trpěl sociální izolací a nadváhou, byl těžký kuřák a několik let už byl nezaměstnaný. Po vyšetření klienta se péče ordinujících sester zaměřila především na management životního stylu a na podporu klienta v tom, aby se více zapojil do společenského života ve svém okolí. Péče zahrnovala také pravidelné sledování a screening vzhledem k rizikovým faktorům v oblasti fyzického zdraví a nutnosti medikace. Klient byl také edukován ohledně jeho duševního onemocnění a nutnosti provést změny v životním stylu. Po roční spolupráci přestal klient X kouřit, snížil se u něj index tělesné hmotnosti a podařilo se mu získat stálou pracovní pozici na částečný úvazek. S ordinujícími sestrami ve středisku Cockburn Wellbeing nadále spolupracuje a doporučuje službu i ostatním.



Zdravotnické systémy schopné naplňovat potřeby jednotlivců a komunit

David Stewart, konzultant, Mezinárodní rada sester

Číslo někdy nezachytí skutečnou hrůzu prezentovaných zpráv. V roce 2018 zveřejnil časopis Lancet²⁵ studii ukazující, že v zemích s nízkým a středně vysokým národním důchodem došlo k 8,6 milionu zbytečných úmrtí, která lze přisoudit nedostatečné zdravotní péči. Z nich bylo 5 milionů důsledkem nízké kvality péče a 3,6 milionů důsledkem nevyužití zdravotní péče. Odhaduje se, že tato ztráta životů stojí místní ekonomiky 6 bilionů dolarů. Tento problém se ale netýká pouze chudších zemí: například v USA jsou třetí nejčastější příčinou úmrtí po srdečních chorobách a rakovině pochybení zdravotníků.²⁶

Zdravotnický systém by měl navracet zdraví a mírnit utrpení. Co máme dělat, když je tento systém naopak viníkem? Příčina může spočívat v nedostatečně kvalifikovaném personálu, chybách v úsudku nebo péči, případně v nedostatcích systému, jako jsou poruchy počítačů, medikační pochybení, chirurgické chyby nebo nediodagnostikované nemoci. Když ale systém funguje správně, má dnes svět k dispozici tak sofistikovaný arzenál intervencí a technologií pro léčbu nemocí a prodlužování života jako nikdy předtím. Mnoho utrpení, které ve světě způsobují nemoci, je zbytečné, protože existují účinné a dostupné intervence pro prevenci, léčbu a rehabilitaci těchto nemocí. Jak tedy v budoucnu dosáhnout zdravotnických systémů, které naplňují potřeby jednotlivců a komunit?

Zdravotnické systémy jsou vždy specifické pro konkrétní region. Kroky, které lze podniknout na posílení výkonnosti zdravotnických systémů, jsou ale na celém světě podobné.

Výkonný zdravotnický systém je systém, v němž proběhl posun ve filozofii přístupu od pouhého léčení nemocných k systému, který podporuje kvalitu života, prevenci a včasnou intervenci. Takový systém spolupracuje s dalšími sektory, jako je vzdělávání, zaměstnanost, informace a technologie či bydlení a doprava, s cílem řešit sociální determinanty zdraví. Má holistické porozumění potřebám lidí a pracuje se spotřebiteli, kteří jsou informovaní a mají silné postavení. Takto organizovaný systém je důležitý pro zlepšování zdraví a snižování dlouhotrvajících rozdílů, které se často soustřeďují v sociálních a ekonomických nevýhodách. A co je nejdůležitější, takovýto systém je přístupný a bezpečný, takže miliony lidí nemusí zbytečně umírat kvůli špatné péči a nedostupnosti zdravotnických služeb.

Příležitosti formovat tuto budoucnost jsou slibné a možné. Vyžaduje to však účast a spolupráci mezi tvůrci politik,

zdravotnickými pracovníky a konečně i spotřebiteli. Udržování kvalitní péče vyžaduje zaměření na lidské zdroje ve zdravotnictví se zvláštním důrazem na ošetřovatelství jako největšího poskytovatele zdravotních služeb v první linii na světě.

Znaky výkonného zdravotnického systému

- Všichni lidé bez ohledu na věk, pohlaví, náboženské vyznání či jakýkoli jiný faktor mají přístup ke kvalitní, bezpečné a dostupné péči.
- Uplatňuje se silné vedení a řízení zajišťující efektivní dohled, schopnost systému reagovat a odpovědnost.
- Ve vhodnou dobu, na vhodném místě a vhodnému pacientovi a spotřebiteli je poskytována vhodná prevence, podpora a léčba.
- Lékaři používají technologie k přesnější diagnostice a léčbě nemocí a poskytování péče.
- Všechny zúčastněné strany poskytující péči v rámci celého systému efektivně a účinně komunikují a používají informace s ohledem na nejlepší zájem spotřebitelů.
- Je k dispozici vysoce kvalitní zdravotnický personál s dostatečnými pravomocemi (tj. dostatečný počet pracovníků, kteří jsou rozmístěni tak, jak je potřeba, a jsou kompetentní, flexibilní a produktivní).
- Pacienti jsou informováni a aktivně se podílejí na svém léčebném plánu.
- Nové, nákladově efektivní modely poskytování péče přinášejí zdravotní péči na místa a lidem, kterým dosud chyběla.
- Zdravotní služby jsou poskytovány bezpečně, efektivně a účinně s minimálním plýtváním zdroji.²⁷



Rozdělené komunity, nerovný svět

Dr Susan B. Hassmiller, seniorní poradkyně pro ošetřovatelství, Robert Wood Johnson Foundation

Až příliš mnoho lidí na světě provází celý jejich život nerovnost ve zdraví, nerovnováha moci a nespravedlnost. Mezi bohatými a chudými, zdravými a nezdravými a vzdělanými a nevzdělanými se rozevírá široká propast. Podle Světové banky mělo v roce 2015 více než 700 milionů lidí – neboli 10 % světové populace – méně než 1,90 dolaru na den.²⁸ Tito lidé mají problém s naplňováním nejzákladnějších potřeb, jako je zdravotní péče, vzdělání, čistá voda a hygiena. I v bohatších zemích čelí chudí zásadním překážkám, jako je nedostatečný přístup k dobrým pracovním místům se spravedlivým platem a chybějící kvalitní vzdělání a bydlení, bezpečné prostředí, zdravé jídlo a čistá voda a zdravotní péče.

Za účelem zmenšení těchto rozdílů se 191 členských států OSN v roce 2015 zavázalo do roku 2030 naplnit cíle udržitelného rozvoje. Tyto cíle se zabývají chudobou, hladem, nerovností, změnou klimatu, prosperitou, mírem a spravedlností mezi zeměmi i v rámci jednotlivých zemí. Představují si svět mnohem lepší než ten, ve kterém dnes žijeme – svět, kde má každý přístup ke zdravotní péči, dostatek jídla a příležitost k prosperitě. Přestože se konkrétně na zdraví zaměřuje pouze jeden z cílů udržitelného rozvoje, pokrok ve všech cílech zásadně zlepší zdraví světa. Je to proto, že sociální determinanty zdraví – složité sociální a environmentální faktory, jako je místo, kde se narodíme a žijeme, síla našich rodin a komunit a kvalita našeho vzdělání – utvářejí naše zdraví po celý život. Nespravedlivý způsob, jakým jsou lidé vystaveni sociálním determinantům zdraví, je z velké části odpovědný za nerovnosti ve zdraví, tj. nespravedlivé a odstranitelné rozdíly ve zdravotním stavu, které jsou patrné v rámci jednotlivých zemí i v mezinárodním porovnání.²⁹

Sestry mají dobré předpoklady k tomu, aby k naplnění cílů udržitelného rozvoje přispěly. Ošetřovatelská profese stojí na bytostném zájmu o sociální, emocionální a fyzické potřeby znevýhodněných.³⁰ Sestry jsou školeny k tomu, aby chápaly faktory, které utvářejí život člověka – ať už žije v chudobě, nemá přístup k bezpečnému bydlení nebo například bojuje se závislostí – a to, jak uvedené faktory ovlivňují zdraví. Sestry také vědí, jak přizpůsobit péči okolnostem tak, aby lidem poskytly co největší šanci na zdravý život.³¹ Při řešení sociálních determinantů zdraví potřebujeme odborné znalosti sester, pokud máme být schopni zastavit nejničivější zdravotní krize na světě, které jsou často spojovány s faktory jako diskriminace, bezdomovectví a násilí.

Vezmeme si například změnu klimatu (cíl udržitelného rozvoje 13), která ovlivňuje všechny země na světě, ale neúměrně ovlivní ty nejchudší z nás. Pokud nebudou přijata drastická opatření, zpráva OSN varuje, že se rapidně zvýší nedostatek potravin z důvodu degradace půdy, která způsobuje úbytek půdy využitelné pro zemědělství. Podle některých autorů zpráva nedostatek potravin častěji ovlivňuje chudší než bohatší regiony, což způsobuje nárůst migrace do Severní Ameriky a Evropy.³² WHO rovněž odhaduje, že v letech 2020 až 2050 změna klimatu zapříčiní každoročně zhruba 250 000 úmrtí na podvýživu, malárii, průjem a tepelný stres.³³

Sestry, které na celém světě představují největší procento zdravotnického personálu, mohou podporovat a vést úsilí směřující k udržitelnějším zdravotnickým systémům. Kromě toho mohou i ve vlastních domácnostech sahat po udržitelnějších možnostech a společně s ostatními mohou na místní, národní a mezinárodní úrovni snižovat dopad změny klimatu.³⁴ Mohou zvyšovat povědomí o dopadech změny klimatu na zdraví a prosazovat změny politik. S tím, jak v důsledku změny klimatu roste intenzita katastrof, poroste i význam stávající spolupráce a partnerství s humanitárními organizacemi při snižování rizik spojených s katastrofami, reakcí na ně a následné obnově.³⁵

Sestry musí být v řešení sociálních determinantů zdraví partnery i lídry. Z tohoto důvodu americká Národní lékařská akademie USA a nadace Robert Wood Johnson Foundation právě pracují na druhé zprávě o budoucnosti ošetřovatelství, která bude vydána na konci roku 2020. Tato zpráva poslouží sestrám a institucím jako příručka ke spolupráci a pomůže jim lépe porozumět sociálním determinantům zdraví, nenaplněným potřebám jednotlivců a komunit a roli sester při jejich řešení. Sestry, tvůrci politik, další zdravotničtí pracovníci a volení činitelé na celém světě budou moci tuto zprávu použít jako předlohu toho, jak může být ošetřovatelská profese v oblasti sociálních determinantů zdraví nápomocná a vytvářet spravedlivější a morálnější svět. *(Další informace o této zprávě najdete v angličtině na: <https://nam.edu/publications/the-future-of-nursing-2020-2030/>.)*

Případová studie

Kanada: Podpora obětí obchodu s lidmi

Autor/ka: Asmaa Mabrouk, Kanada

Obětí obchodu s lidmi a vykořisťování se stávají lidé z nejrůznějších částí společnosti, od dospívajících dívek z bohatých rodin z vilových čtvrtí až po dospělé muže bez domova. Jako obchod s lidmi se označuje přesvědčování, přechovávání nebo přepravování lidí za účelem jejich využití, a to pomocí podvodu, nátlaku nebo použitím násilí. Vykořisťování pak mimo jiné označuje situaci, v níž se využívá zranitelnosti lidí k vynucení sexuální interakce.

Pro oběti obchodu s lidmi může být využití tradičních služeb zdravotní péče stresující a nevyhovující vzhledem k rušnému provozu, dlouhému čekání a nesnadné orientaci v systému.

Tara Leach, zkušená ordinující sestra specialista na primární péči, se proto rozhodla vytvořit kliniku H.E.A.L.T.H. (Health Care, Education, Advocacy, Linkage for Trauma Informed Healing), která je přizpůsobená péči o oběti obchodu s lidmi a předchází tak výše popsáným potížím.

Klinika nabízí holistickou péči, která bere ohled na to, jaký dopad může na život člověka mít traumatizující zkušenost typu sexuálního násilí, vykořisťování nebo dětských traumat. Vzhledem k tomu, že se jedná o ordinující sestru, nejsou návštěvy u ní časově omezené a od pacientů se nevyžaduje předložení občanského průkazu ani průkazu pojištění.

Filozofií kliniky je nabízet péči bez soudů a s ohledem na prožitá traumata klientů založenou na přístupu zaměřeném na člověka.

Počet pacientů kliniky postupně narůstá. Řada lidí o sobě totiž navzdory prožitému nátlaku, vykořisťování a sexuálnímu násilí neuvažuje jako o obětech obchodu s lidmi.

Klinika H.E.A.L.T.H. má pozitivní dopad na životy našich klientů. Řada z nich nikdy neměla možnost dlouhodobě spolupracovat s poskytovatelem zdravotní péče a teď mají konečně příležitost upravit užívání léků, řešit chronické zdravotní problémy a lépe se informovat o svých diagnózách v oblasti duševního zdraví. Klinika také řadu klientů odesílá do léčebných programů zaměřených na zneužívání návykových látek. Ty jim mají pomoci zvládnout svou závislost tak, aby se mohli bezpečným a produktivním způsobem znovu zařadit do společnosti.

Kromě služeb v oblasti sexuálního zdraví se z velké části věnujeme léčbě, managementu a diagnostice duševních poruch. Řada pacientů k nám přichází s nedidiagnostikovanými potížemi včetně posttraumatické stresové poruchy, úzkosti, deprese a ADHD a je potřeba jim pomoci najít vhodnou medikaci a mechanismy pro zvládání těchto potíží. Řada z nich byla v minulosti dlouhodobě zneužívána či zanedbávána a vyžadují tedy množství péče a podpory. Ke zlepšení péče o pacienty se složitějšími potřebami proto klinika právě rozšiřuje svůj personál o psychologa.

Nejdůležitějším principem fungování kliniky je soucitná péče bez soudů a s ohledem na prožitá traumata pacientů. Naši klienti nejsou trestáni za zmeškané návštěvy a nejsou nuceni k léčbě: snažíme se jim pomáhat v souladu s podmínkami, které si sami stanoví. Nejlepší péče je taková, která vychází ze soucitu, pochopení včetně porozumění prožitým traumatům a laskavosti – bez ohledu na pacientovu minulost.

Naděje na konci života: nepostradatelná role sester

Professor Patsy Yates, prezidentka Mezinárodní společnosti sester v onkologické péči (ISNCC) a distinguished professor na Queensland University of Technology

Umírání je lidská zkušenost, která se týká každého z nás. To, jak ho prožíváme, je ale utvářeno řadou osobních a sociokulturních vlivů a také dostupností společenské a komunitní podpory a přístupem ke kvalitnímu systému zdravotní péče, jehož neodmyslitelnou součástí je i ošetřovatelství. Sestry hrají v této oblasti důležitou roli: tak jako dříve i dnes přináší umírajícím, včetně lidí z marginalizovaných skupin obyvatel, podporu, naději a důstojnost. Role sester v poskytování terminální péče, jejich každodenní práce, která pacientům nabízí podporu a důstojnost, a jejich boj za všeobecně dostupnou paliativní péči přináší umírajícím lidem naději.

Paliativní péče jako základní lidské právo

Cicely Saunders, uznávaná jako zakladatelka moderního hospicového hnutí, ve svých raných dílech hovoří o vztahu mezi fyzickým a duševním utrpením, kde „každá z obou podob utrpení může mít vliv na tu druhou“.³⁶ Její pojetí celkové bolesti (*total pain*) zahrnuje fyzické symptomy, duševní potíže a sociální i emoční problémy. Péče o umírajícího by proto podle ní měla být založena na celostním přístupu.

V dnešní době WHO považuje přístup k paliativní péči za lidské právo s tím, že by paliativní péče měla být poskytována prostřednictvím integrovaných zdravotních služeb zaměřených na člověka, které se zvláště věnují konkrétním potřebám a prioritám jednotlivce.³⁷ Navzdory téměř všeobecné shodě na důležitosti paliativní péče stojí v cestě jejímu poskytování řada překážek. Několik z nich zdůrazňuje WHO ve svém prohlášení s názvem 10 Facts on Palliative Care (10 faktů o paliativní péči).³⁸ V překonání každé z překážek na tomto seznamu přitom hrají zásadní roli sestry.

- Paliativní péče zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří se potýkají s problémy v souvislosti s život ohrožující nemocí, bez ohledu na to, zda se jedná o problémy fyzické, psychosociální nebo duchovní.
- Odhaduje se, že každoročně potřebuje paliativní péči 40 milionů lidí, z nichž 78 % žije v zemích s nízkým a středně vysokým národním důchodem.
- Na celém světě se dnes paliativní péče dostává jen 14 % lidí, kteří ji potřebují.
- Přehnaně přísná regulace morfia a dalších nezbytných kontrolovaných léků používaných v paliativní péči brání v přístupu k adekvátní úlevě od bolesti a paliativní péči.

- Chybějící proškolení a povědomí o paliativní péči mezi zdravotnickými pracovníky je závažnou překážkou zlepšení její dostupnosti.
- Vzhledem k rostoucí zátěži způsobené neinfekčními nemocemi a zvyšujícímu se průměrnému věku obyvatel bude celosvětová poptávka po paliativní péči nadále stoupat.
- Včas poskytnutá paliativní péče slouží jako prevence zbytečných hospitalizací a snižuje tlak na zdravotnické služby.

Role sester v zajištění přístupu k paliativní péči jako lidskému právu

Sestry jsou celosvětově nejpočetnější zdravotnickou profesí a mají tak strategické postavení, které mohou využít k ovlivnění kvality poskytované paliativní péče během celé trajektorie nemoci.³⁹ Vzhledem k tomu, že holistický přístup a důraz na respektování důstojnosti člověka představují samotnou podstatu ošetřovatelství, jsou sestry v péči o umírající nezastupitelné. Ošetřovatelství tak má obrovský nevyužitý potenciál zajistit lidem na konci života to, co je pro ně nejdůležitější. Systematický přehled zdravotních služeb v paliativní péči z roku 2016 našel u ošetřovatelství více důkazů svědčících o jeho důležitosti než u jakékoli jiné profese.⁴⁰ Sestry, které pracují v rámci komunit a interdisciplinárních týmů, poskytují v komunitách a zdravotnických systémech kvalitní terminální péči. Dávají tak lidem naději na to, že budou moci co nejdéle žít kvalitní život, naději na všeobecně dostupnou paliativní péči a konečně i na vznik prosperujícího, komplexního a integrovaného systému péče.



Kastelo je první pediatriká jednotka paliativní péče na Pyrenejském poloostrově. Tým sester a pediátrů se stará až o 30 dětí s chronickými onemocněními.

Naděje na kvalitní život po co nejdelší dobu

Pro každého člověka, který žije se smrtelnou nemocí, znamená naděje něco jiného. Pro někoho je naděje spojena s přáním na prodloužení délky života nebo vyléčení; to ale nemusí být klinicky možné. Pro někoho naděje znamená mít dobré mezilidské vztahy, vést kvalitní život a moci si stanovovat cíle a dosahovat jich. Naděje může vycházet i z duchovního nebo náboženského přesvědčení. Intervence sester zaměřené na naplnění cílů, ke kterým se upíná naděje pacientů, mohou zásadním způsobem přispět k tomu, aby mohli lidé žít kvalitní život po co nejdelší dobu. Takto definovaná naděje klade větší důraz na aktivní zapojení daného člověka do jeho vlastního života. Zaměřuje se na nalezení toho, co je pro pacienta dobré a pozitivní, a umožňuje mu najít si cestu k ostatním.⁴¹ Toto holistické pojetí naděje zaměřené na člověka, kde se pozornost upíná na co nejdelší kvalitní život se smrtelnou nemocí, se velice dobře doplňuje s filozofií a praxí ošetrovatelství.

Naděje na všeobecně dostupnou kvalitní paliativní péči

Podle sociologa Alana Kelleheara „to není rakovina, srdeční choroby ani lékařská věda, co pro umírání v moderní době představuje největší morální zkoušku: je to chudoba, stárnutí společnosti a sociální vyloučení.“⁴² Vzhledem k filozofii soucitu a kontaktu s potřebnými skupinami lidí má ošetrovatelství v boji s problémy sociálního znevýhodnění velký potenciál. Nedávná studie zkoumající situaci v řadě zemí nicméně poukázala na to, že ve všech zúčastněných zemích existují značné překážky k poskytování terminální péče v domácím prostředí.⁴³

Jednalo se například o nedostatek personálu a financí, absenci potřebného regulačního rámce, omezený přístup ke službám terminální a hospicové péče a nedostatečnou informovanost obyvatel o poskytovaných službách. Tyto problémy musí být v rámci zvyšování kapacity ošetrovatelských služeb vyřešeny, protože právě ošetrovatelství je a bude naší největší nadějí na zajištění všeobecné dostupnosti kvalitní paliativní péče bez ohledu na sociální postavení.

Naděje na prosperující, komplexní a integrovaný systém péče

Jedním z paradoxů péče o lidi blížící se konci svého života je fakt, že se tyto služby nedostatečně využívají, a to dokonce i v zemích, které mají na poskytování paliativní péče zdroje i vědecké důkazy. Podle některých autorů⁴⁴ hrozí vzhledem k dominanci biomedicínských postupů zejména v bohatých zemích tzv. medikalizace paliativní péče, která by tímto ztratila svou celostní podstatu. Sestry mají v rámci veřejné debaty důležitý úkol tomuto trendu zabránit a zasadit se o to, aby paliativní intervence založené na vědeckých pokrocích i nadále vycházely z potřeb a přání daného člověka, jeho rodiny a komunity. Sestry mohou zajistit, aby byl hlas jednotlivců i komunit v procesu péče vyslyšen, a mohou lobovat za odpovídající financování, které umožní nezanedbávat lidské aspekty péče. Tím, že ošetrovatelství vnáší holistický pohled do terminální péče pro všechny skupiny obyvatel a ve všech prostředích, kde se péče poskytuje, přináší také naději, že komplexní a integrované systémy péče budou ruku v ruce s pokroky v paliativní péči i nadále prosperovat a umožní vyjít vstříc nevyhnutelnému nárůstu globální poptávky po této péči.



Kastelo je první pediatričká jednotka paliativní péče na Pyrenejském poloostrově. Tým sester a pediatričků se stará až o 30 dětí s chronickými onemocněními.

Případová studie

Tchaj-wan: Péče o rodiče, kteří ztratili dítě

Autor/ka: Yuling Wang, Tchaj-wan

Ve východoasijských kulturách je tradičně obtížné hovořit o smrti, ale pro ty, kdo ztratili dítě v průběhu těhotenství, je ještě těžší se se svým vnitřním zármutkem vyrovnat a vrátit se do normálního života.

Vrozené vývojové vady jsou na Tchaj-wanu už desítky let hlavní příčinou úmrtí novorozenců. Truchlení nad ztrátou dítěte během těhotenství představuje specifickou životní situaci, která je traumatizující jak pro ženu, tak pro její rodinu. Tradiční tchajwanská kultura a její pohled na smrt může ale narušit proces truchlení rodičů, jejichž smutek společnost neuznává. Je proto důležité poskytnout těmto rodinám profesionální pomoc.

V roce 2018 odstartovala fakultní dětská nemocnice při Národní tchajwanské univerzitě v rámci posílení svého zaměření na holistickou péči projekt Children Friendly Medical Service. Cílem projektu je vytvořit zdravé prostředí pro děti od početí až po dospělost.

Výzkumná sestra Yuling Wang pod vedením vrchní sestry porodnického oddělení fakultní nemocnice při Národní tchajwanské univerzitě a prof. Shao-Yu Tsai z Národní tchajwanské univerzity realizovala pomocí metody pozorování účastníků výzkum potřeb, zdrojů a strategií využitých pro vyrovnání se se situací u rodin, které přišly během těhotenství o dítě. Podporu jsme truchlícím rodičům poskytovali od hospitalizace do dvou měsíců od propuštění.

S každou rodinou sestry navázaly partnerskou spolupráci, která napomohla vytvoření dobrých vztahů a získání důvěry. Péče poskytovaná výzkumnou sestrou byla založená na soucitu a emocionální podpoře. Prvním krokem bylo zjistit, jaké jsou plány rodičů v souvislosti s úmrtím jejich novorozeného dítěte. Rodiče, kteří projevili obavu z tabu ohledně smrti a měli strach po porodu mrtvého plodu vyjádřit své pocity, byli vedeni k tomu, aby svým emocím dali průchod v rámci terapeutické komunikace. Kromě toho jsme spolupracovali s duchovními a rodinnými příslušníky na poskytnutí duchovní podpory jako způsobu, jak projevit skrytý smutek.

Do výzkumu se zapojilo 28 rodin, z čehož 19 při následné návštěvě naší kliniky absolvovalo také retrospektivní rozhovor. Pomocí metody životního příběhu založené na narativní psychologii jsme pomohli rodinám navázat vztah se svými dětmi. Tento přístup pomohl jak rodinám, které své děti viděly, tak těm, které je neviděly, najít si vlastní cestu k tomu, jak se vyrovnat se smutkem.

Podle našich zjištění si rodiny dokázaly uvědomit svou vnitřní sílu a odolnost a najít v narození mrtvého dítěte nový

smysl. Jak nám řekl jeden z rodičů: „*Byl to dar od Boha. Naše dítě přišlo z nějakého důvodu. Přineslo nám novou vnitřní sílu a lásku.*“

Nejistota, nedostatečná informovanost před indukcí porodu a odsouzení ze strany společnosti jsou pro tyto rodiny zdrojem značného stresu a rodiče vyjádřili potřebu profesionální podpory: „*Potřebujeme odborníka, jako jste vy, který nám dokáže poradit, aniž by nás soudil, a bude nás provázet na této bolestné cestě.*“

V rámci tohoto pilotního výzkumu náš tým nejprve prozkoumal potřeby truchlících rodin a potom jim pomohl odkrýt jejich hluboký zármutek a najít způsob, jak se s ním společně vyrovnat.

Je důležité, aby zdravotničtí pracovníci dokázali poskytovat truchlícím podporu s ohledem na kulturní specifika. Díky holistickému přístupu dokázal náš tým úspěšně obnovit vztah mezi rodinami a jejich mrtvě narozenými dětmi a překlenout tak propast mezi životem a smrtí.



Děláme ty správné kroky k naplnění zdravotních potřeb lidí, kterým sloužíme?

Michael J. Villeneuve, výkonný ředitel Kanadské asociace sester, a Claire Betker, prezidentka Kanadské asociace sester

„Cesta každé země k všeobecné dostupnosti zdravotní péče je jedinečná. Ve všech zemích je ale klíčem k ní primární péče poskytující služby, o nichž lidé říkají, že je potřebují, ne služby, o nichž někdo jiný rozhodne, že by je měli mít.“

Dr. Tedros Ghebreyesus
Generální ředitel, WHO⁴⁵

Zdravotní péče od podpory zdraví a kvality života až po terminální péči se po celém světě poskytuje v nespočtu různých zařízeních a prostředích. Není ale vždy jasné, jak se rozhodujeme, které služby jsou zapotřebí a jaké prostředí je pro jejich poskytování nejvhodnější. Rozhodnutí může ovlivňovat ideologie, ekonomika, politické načasování a celá řada dalších faktorů, které nemusí mít mnoho společného s tvrdými daty. S tím, jak se politici na celém světě potýkají s požadavky na větší množství zdravotních služeb ve vyšší kvalitě, rychleji a levněji, je důležité se ptát, zda poskytujeme správný druh služeb, na správných místech a správným způsobem. Jsou vhodné? Dostupné? Bezpečné? Klinicky účinné? Uspokojivé pro lidi, kteří služeb využívají, a ty, kteří je poskytují?

Zdravotnické systémy se na tuto problematiku začaly dívat z pohledu „zdravotní péče založené na hodnotě“. Cílem této péče je zajistit výsledky, na kterých pacientům, jednotlivcům a celým komunitám záleží, a kde jsou náklady přiměřené těmto výsledkům. Abychom toho dosáhli, musíme si klást pět otázek ohledně toho, co je správné: Poskytujeme správnou péči, správným poskytovatelem, ve správný čas, na správném místě a za správnou cenu?

Nárůst akutní péče a nákladů

Více než absolutní částka vynaložená pouze na zdravotní péči přispívá k výsledkům zdravotní péče rovnováha mezi sociálními výdaji a výdaji na zdravotnictví.⁴⁶ Pro většinu veřejnosti jsou ale nemocnice mnohem viditelnější a atraktivnější a jejich činnost je lépe uchopitelná, než je tomu u velice účinných programů v oblasti veřejného zdraví. I když nemocnice dokážou zajistit náhlé a dramatické zlepšení zdraví jednotlivce, jejich dopad na zdraví širší populace je méně jistý. Víra v souvislost léčby

a zlepšení zdravotního stavu nicméně vedla k tomu, co někteří nazývají svůdností akutní péče, tedy k přesvědčení, že cesta k lepšímu zdraví vede přes větší množství akutní péče, lékařů, léků a budov.

Ukázkovým příkladem tohoto jevu jsou severoamerické zdravotnické systémy Kanady a USA. Odpovědní činitelé v těchto dvou zemích nebyli schopni prolomit systém směřování financí do akutní péče navzdory přesvědčivému množství důkazů, podle nichž lze zdraví populace přičíst hlavně faktorům, které nemají s formální zdravotní péčí nic společného. USA vydává za zdravotní péči více než kterýkoli jiný stát – v roce 2017 to bylo 10 739 USD na osobu, tj. 17,9 % hrubého domácího produktu (HDP).⁴⁷ Kanada utratila v roce 2018 na program všeobecné dostupnosti zdravotní péče přibližně 6 839 USD na osobu, což je 11,3 % HDP.⁴⁸ Tyto hladiny výdajů by mohly být tolerovatelné, pokud by byly kladně zodpovězeny i zbylé čtyři z pěti otázek na „správnost“, ale důkazů, že tomu tak je, je poskrovnu.

Obavy z rostoucích nákladů na naše současné zdravotnické systémy a pochybnosti o jejich bezpečnosti už na sebe strhly pozornost a vynutily si nepříjemné debaty o tom, zda děláme ke splnění slibu lepšího zdraví obyvatelstva ty správné kroky. Několik po sobě jdoucích zpráv fondu Commonwealth Fund zpochybnilo účinnost, rovnost, bezpečnost a výsledky zdravotní péče zdravotnických systémů v Kanadě i v USA. Obě země se v nich umístily na spodních místech žebříčku podobně bohatých zemí OECD.⁴⁹ I přes léta zaměřování na kvalitu a bezpečnost v Kanadě dospěla studie z roku 2017 k závěru, že pokud se něco nezmění, mohlo by v příštích třech desetiletích dojít ročně k přibližně 400 000 incidentům souvisejícím s bezpečností pacientů u pacientů v akutní a domácí péči, což by ročně zvýšilo náklady na léčbu o 2,75 miliardy dolarů.⁵⁰ Úmrtnost v souvislosti s těmito incidenty předčí už jen rakovina a srdeční choroby. WHO uvedla, že po celém světě je během hospitalizace poškozen 1 z 10 pacientů, a poškození pacienta považuje za jednu z deseti hlavních příčin úmrtí a postižení.⁵¹

Ošetřovatelství jako prostředek k zajištění lepších výsledků

Pro transformaci zdravotnických systémů a zlepšení přístupu k péči je nezbytná aktivní účast sester. Na kongresu ICN v Singapuru v roce 2019 řekl dr. Tedros Ghebreyesus z WHO: „Všeobecně dostupné zdravotní péče a cílů udržitelného rozvoje souvisejících se zdravím zkrátka nemůžeme dosáhnout, pokud neposílíme postavení sester

a porodních asistentek, nedáme jim potřebné nástroje a nevyužijeme jejich síly.“ Sestry mají potřebná řešení a mohou být efektivněji využity k řešení velkých problémů ve zdravotnických systémech, ale musíme je vzdělávat, regulovat, angažovat, podporovat a odměňovat tak, aby se mohly postavit do čela těchto změn. A my v ošetřovatelství musíme zintenzivnit své úsilí a odvést práci, která je zapotřebí.

Lepšímu propojování poskytovatelů s potřebami populace v oblasti zdraví může pomoci model plánování lidských zdrojů, jako je rámec plánování na základě služeb popsany ve studii Tomblin–Murphy a kol.,⁵² který stanoví potřeby v oblasti zdraví dané populace, kompetence nutné k jejich naplnění a kompetence, které jsou k dispozici v rámci daného týmu poskytovatelů. Při pohledu na výsledný rozdíl mezi nabídkou kompetencí a poptávkou po nich „se rychle ukáže, že řada poskytovatelů může pacientům bezpečně poskytnout jakoukoli danou kompetenci s náklady, které si mohou dovolit.“⁵³ Je proto ale potřeba oprostít se od zažitých přesvědčení, že určité kompetence (například diagnostika) patří výhradně některému konkrétnímu poskytovateli. Vyžaduje to například, abychom se na jednu z našich klíčových výzev začali dívat nikoli jako na nedostatek rodinných lékařů, ale na nedostatečnou dostupnost primární péče – a poté se zeptali, kdo má (nebo by se mohl naučit) potřebné kompetence k bezpečné eliminaci tohoto nedostatku za cenu, kterou si daňoví poplatníci mohou dovolit.

Sestry mají řešení, o nichž víme, že fungují dobře a mohou být do velké míry poskytována v rámci stávajícího rozsahu ošetřovatelství. Značné množství důkazů spojuje kvalitně vzdělané sestry zaměstnané ve správných počtech a ve správné kombinaci ošetřovatelství s pozitivními výsledky zdravotní péče v mnoha prostředích, včetně přesvědčivých studií, které spojují personální obsazení nemocničními sestrami s výsledky v oblasti morbidit a mortalit. Modely péče vedené sestrami prokázaly ve srovnání s tradičními modely klinickou účinnost, spokojenost veřejnosti a nákladovou efektivitu. Například Browne a kol.⁴⁶ dospěli k závěru, že „modely proaktivní, cílené péče vedené sestrami, které se zaměřují na preventivní sebeřízení pacientů u lidí s chronickým onemocněním, jsou buď účinnější a stejně nebo méně nákladné, nebo jsou stejně účinné a méně nákladné než obvyklý model péče“. Ve své zprávě o předepisování léků sestrami ve Velké Británii hovoří profesní vzdělávací organizace Royal College of Nursing⁵⁴ o zlepšení péče o pacienty, například v podobě včasného přístupu k lékům a léčbě, větší flexibilitě pro pacienty, kteří by jinak museli navštívit lékaře, lepší efektivitě služeb, která umožňuje, aby lékaři pečovali o pacienty se složitějšími problémy, omezení preventabilních návštěv pohotovosti a hospitalizací a lepšího přístupu k efektivnější péči zaměřené na pacienta. Graham–Clarke a kol.⁵⁵ uvádějí, že „se očekává, že o pacienty bude pečovat a bude je léčit nejvhodnější zdravotnický pracovník“, čímž se sníží zátěž

zdravotnického systému a „umožní to, aby se složitějšími případy zabývali lékaři, i když jejich počet bude nižší. Náklady snižuje zefektivnění péče omezením opakovaných návštěv u různých zdravotnických pracovníků a využívání odborníků s nejvhodnější kvalifikací.“

Většinu služeb v oblasti veřejného zdraví plánují a poskytují sestry a v roce 2017 systematický přehled ve Velké Británii „prokázal střední návratnost investic do intervencí v oblasti veřejného zdraví přibližně 14:1. Za každou libru investovanou do veřejného zdraví se tedy do širší ekonomiky zdravotní a sociální péče vrátí 14 liber.“⁵⁶ Basu a kol. uvádí, že „velký tlak na nemocnice zaměřené na akutní péči způsobený příliš dlouhou dobou pobytu by mohl být zmírněn [...] řádným rozšířením domácí péče, komplexních služeb typu asistovaného bydlení a dlouhodobé péče včetně domovů s pečovatelskou službou a zařízení pro péči o pacienty s konkrétními problémy.“⁵⁷ Ve všech těchto případech se jedná o ošetřovatelství a sestry by proto měly při implementaci těchto řešení hrát významnou roli.⁵⁸

Pohled do budoucna

V opakovaných průzkumech veřejného mínění v Kanadě a USA za posledních 20 let se sestry téměř vždy objevují na předních příčkách žebříčku odborníků, kterým veřejnost nejvíce důvěruje. Tato důvěra je výsledkem desetiletí tvrdé práce profesních sdružení, tvorby pracovních norem, solidního ošetřovatelství vzdělání včetně bakalářského titulu jako minimálního požadavku na vstup do praxe pro registrované sestry a magisterské přípravy pro sestry s rozšířenými kompetencemi a silné regulace ošetřovatelství včetně společných zkoušek ve všech státech federace. Mimořádná důvěra veřejnosti je pro ošetřovatelství obrovským zdrojem, který nám závidí všechny další odborné profese a který nás staví do pozice nemalé síly.

Veřejnost očekává, že sestry budou spolu s dalšími partnery pracovat na transformaci zdravotní péče tak, abychom efektivněji poskytovali škálu zdravotních služeb, které lidé potřebují. Právě v této oblasti mohou silné profesní ošetřovatelství a normotvorné organizace, jako je Kanadská a Americká asociace sester a Americká akademie ošetřovatelství, v zastoupení sester významně ovlivňovat veřejnou politiku.

Sestry na celém světě si mohou vzít ponaučení ze síly kanadských profesionálních pracovníků v ošetřovatelství a zároveň zaznamenat naše varování, že by se v budoucnu měl klást větší důraz na veřejné zdraví, podporu zdraví a kvality života a prevenci nemocí a zranění. Chceme zachovat to nejlepší z akutních služeb, které lidem dobře slouží, a zároveň zavrhnout zastaralé tradice ve prospěch struktur, které umožňují sestram mnohem efektivněji poskytovat správnou péči na správném místě a ve správný čas za přiměřenou cenu.

Případová studie

Libanon: Zlepšování dostupnosti a míry využití imunizace

Autor/ka: Rana Hassoun, Libanon

V roce 2017 odstartovalo libanonské ministerstvo veřejného zdraví ve spolupráci s organizacemi UNICEF a WHO program imunizace Accelerated Immunisation Activities. Jeho účelem bylo zabránit návratu dětské obrny do Libanonu, zlepšit proočkovanost inaktivovanou vakcínou proti dětské obrně a také proočkovanost proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám. Cílem bylo provést screening všech dětí mezi 0. a 15. rokem a najít ty, které nevyužívají systému zdravotní péče a nebyly očkované.

Nalezení těchto dětí měli na starost zdravotničtí pracovníci v komunitní péči, kteří je poté odeslali do střediska primární péče vedeného sestrami. Úkolem sester ve středisku pak bylo zkontrolovat očkovací průkaz dítěte, aplikovat chybějící vakcíny podle oficiálního rozpisu a případně stanovit termín kontrolní návštěvy nebo dalších očkování. Rodiny dětí, které na pozvánku k očkování nereagovaly, pak znovu kontaktoval zdravotnický pracovník v komunitní péči.

Existovala řada důvodů, proč děti proměškaly termíny požadovaných očkování. Mezi jiným hrálo roli vyčerpání a vysoká pracovní zátěž pracovníků střediska primární péče, nedostatek lidských zdrojů a registrovaných sester, neznalost ohledně toho, jak služeb primární péče využít, a nižší důvěra v primární péči oproti soukromým klinikám, pohotovosti a nemocnicím.

Implementaci dále bránily dlouhé čekací doby a komplikovaná doprava, nízká míra zapojení komunity, nedostavení se na sjednané návštěvy, chybějící potvrzení o očkování nebo osobní doklady, nedůvěra k personálu primární péče, rozšířené pověry a mylné představy o očkování a také ekonomické důvody, přestože očkování se provádí zdarma.

Sestry, které program vedly, stanovily řadu důležitých kroků nutných pro zvýšení proočkovanosti, jako například navýšení počtu registrovaných sester a dalšího personálu, lepší komunikace pro zvýšení důvěry v sestry a účinný dohled nad zdravotnickými pracovníky v komunitní péči,

zlepšení dodávek zdravotnických zásob a efektivnější využití zdrojů, zkvalitnění edukačních programů na zvýšení informovanosti veřejnosti, modernizace zařízení klinik a čekáren a spolehlivější doprava.

Díky této službě a změnám, které sestry zavedly, je dnes každoročně očkováno až 10 000 lidí z chudých komunit bez dostatečného přístupu ke zdravotní péči, což v porovnání s předchozími roky představuje nárůst o 400 %.

Zlepšování proočkovanosti v Libanonu



Sestry, náklady na zdravotní péči a hledání hodnoty ve zdravotnictví

Dr Jack Needleman, katedra zdravotní politiky a managementu, Fielding School of Public Health, University of California, Los Angeles

To, jaký podíl národního bohatství věnujeme na zdravotní péči, svědčí o tom, jakou má pro nás tato péče hodnotu. Výdaje na zdravotní péči tvoří po celém světě podstatnou část HDP a s rostoucím bohatstvím země se podíl národního bohatství věnovaný na zdravotní péči zvyšuje. WHO uvádí, že výdaje na zdravotní péči představují v zemích s nízkým národním důchodem přibližně 7 % HDP, v zemích se středně vysokým národním důchodem je to 6 % a v zemích s vysokým národním důchodem pak 10 %. Jiným možným měřítkem poptávky po zdravotní péči je ochota těch, kdo nemají přístup k možnosti úhrady zdravotní péče ze státního či soukromého pojištění, platit za péči z vlastních zdrojů: v bohatých zemích to představuje přibližně 20 % všech výdajů na zdravotní péči, v zemích se středním národním důchodem přes 30 % a v zemích s nízkým národním důchodem téměř 40 %. Přestože si ale zdravotní péče ceníme, je tu neustálý tlak na snížení souvisejících nákladů na nejnižší možnou míru při zachování dostupnosti péče.

Země s nízkým národním důchodem stojí před dvěma hlavními výzvami: využít co nejefektivněji stávající pracovní sílu a co nejrychleji rozšířit zdravotnické služby a tím i přístup k péči s vysokou hodnotou. Sestry vždy hrály a mohou i nadále hrát v zajištění potřebné péče při výrazně omezených zdrojích stěžejní roli.

Celkově sestry v zemích s nízkým a středním národním důchodem představují nejpočetnější zdravotnickou profesi. Současně je ale v těchto zemích značný nedostatek jak sester, tak lékařů, a také se značně různí poměr počtu sester vůči počtu lékařů. V subsaharské Africe je například nízký podíl lékařů i sester vůči počtu obyvatel, zároveň je tu ale pětikrát více sester než lékařů. V indii je oproti tomu v porovnání s mnoha jinými nízkou- a středněpříjmovými zeměmi celkový podíl lékařů a sester vůči počtu obyvatel nízký, současně ale na každého lékaře připadá pouze 1,5 sestry. V Číně je tento poměr 1:1. Tyto rozdíly jasně odrážejí různé systémy organizace a poskytování péče, různé role lékařů a sester a možná také relativní nákladnost vzdělávání lékařů oproti vzdělávání sester, případně historicky danou kapacitu toto vzdělání zajistit. Země s nižším poměrem sester vůči lékařům si možná nechávají zbytečně uniknout příležitost k rychlejšímu a méně nákladnému zlepšení přístupu k péči a rozšíření služeb.

Nedostatek lékařů vede v řadě případů k přesouvání konkrétních úkonů tradičně vykonávaných lékaři na jiné pracovníky, často právě na sestry. Stále se také rozšiřuje počet studií, které ukazují, že podobné přesouvání úkonů může být účinné a zvýšit v rámci omezeného rozpočtu kapacitu zdravotnictví a WHO vydala řadu doporučení k zajištění účinného a bezpečného poskytování péče takto přesunutě na sestry a další nelékařské zdravotnické pracovníky. Základem těchto doporučení je skutečnost, že pokud má být přesunutí úkonů na sestry efektivní, nelze ho provádět nahodile: je potřeba ho naplánovat a řídit a předem pro něj nastavit postupy a systém. To, že přesouvání úkonů mezi profesemi – pokud je dobře provedeno – se ukazuje jako efektivní a bezpečný způsob, jak se vyrovnat s nedostatkem pracovní síly i zdrojů, naznačuje, že rozšíření rozsahu činností sester a zakomponování tohoto rozšířeného rozsahu do jejich vzdělávání může v zemích s nízkým a středním národním důchodem představovat méně nákladnou strategii, jak zvýšit dostupnost zdravotních služeb.

Země s vyšším národním důchodem řeší v oblasti nákladů jiné problémy. Tyto země si už vybudovaly komplexní systémy zdravotní péče, které dokážou zajistit většinu služeb pro většinu obyvatel, a často mají také zavedené systémy pojištění nebo financování, které do velké míry kryjí výdaje spojené s péčí a osvobozují obyvatele od těžkého rozhodování, za které služby mají zaplatit. Pro tyto země je zásadní zajistit dostupnou péči i do budoucna, stejně zásadní je ale zamezit růstu nákladů.

Největší položkou nemocničních rozpočtů bývají mzdy a ošetrovatelský personál většinou tvoří největší podíl pracovníků. V důsledku toho se nemocnice často snaží náklady zredukovat omezením výdajů na personál, a to prostřednictvím platových škrťů, snahou omezit roli profesionálních sester a spoléháním na neprofesionální ošetrovatelský personál, případně snížením či omezením pracovní doby sester a zvýšením jejich pracovní zátěže. Potřebná úroveň personálního zajištění, kombinace profesí i pracovní prostředí už ale byly předmětem řady studií zdravotnických systémů zemí s vysokým a středním národním důchodem, jejichž závěrem je, že profesionální sestry přináší do zdravotní péče nepostradatelné odborné znalosti a dovednosti a že v situacích, kdy ošetrovatelský personál nemá dostatečnou přípravu, čas nebo vhodné prostředí na práci, dochází k prodloužení doby hospitalizace a ke zvýšení nákladů, mortality a dalších nežádoucích událostí.

Některé z těchto studií zkoumaly náklady na vyšší podíl profesionálních sester mezi personálem či vyšší počet jejich smluvních hodin a to, do jaké míry by se tyto zvýšené náklady vykompenzovaly nižším počtem nežádoucích událostí, kratšími hospitalizacemi a nižším počtem opakovaných hospitalizací. Výsledky tohoto typu výzkumu jsou napříč řadou studií totožné. V nemocnicích s nižším podílem profesionálních sester v ošetrovatelském personálu převyšují náklady na delší hospitalizaci a vyšší počet nežádoucích událostí náklady, které by pro nemocnici znamenalo zvýšení podílu profesionálních sester. Snaha o zaměstnávání méně odborného ošetrovatelského personálu vede ke zvýšení, nikoli snížení nákladů. Více hodin odpracovaných ošetrovatelským personálem snižuje náklady vyžádané delšími hospitalizacemi a nežádoucími událostmi a čisté náklady na toto navýšení hodin jsou přitom v porovnání s celkovými náklady nemocnice nízké. Pokud se navíc tyto náklady vydělí počtem úmrtí, kterým se díky lepšímu personálnímu zajištění podařilo zabránit, pohybují se náklady na každé takové odvrácené úmrtí v rozmezí běžně považovaném za efektivní. Celkově lze tedy shrnout, že náklady na zajištění dostatečného počtu sester v zemích s vysokým národním důchodem jsou odůvodněné snížením celkových nákladů a také čistou hodnotou zachráněných životů.

I mimo oblast lůžkové péče si bohatší země stále jasněji uvědomují, že profesionální sestry lze efektivněji využít také v ambulantní péči a v koordinaci péče bez ohledu na to, kde je poskytována. Jde například o pořízení anamnézy, provádění zdravotních prohlídek a poskytování poradenství ohledně toho, jak nejlépe zahájit a dodržet předepsanou léčbu. Lékaři tak mají prostor zaměřit se na vyšetření, diagnózu a předepsání péče a odbornost sester se rozšířením jejich činnosti o zdravotní prohlídky, pořizování anamnéz a edukaci pacientů lépe využije. Pro zařízení ambulantní péče se náklady vynaložené na sestry často vrátí zpět díky většímu počtu pacientů, které je možné přijmout, a vyšší produktivitě lékařů. Sestry také stále častěji fungují jako koordinátoři péče a edukátoři v případech pacientů s více chronickými onemocněními a pacientů, kteří

mají být propuštěni z nemocnice, aby se snížila pravděpodobnost hospitalizace či opakované hospitalizace. Bylo zjištěno, že pečlivým cílením činnosti těchto sester na pacienty s nejvyšším rizikem komplikací nebo hospitalizace lze ušetřit finance a současně zvýšit spokojenost pacientů.

A konečně se v zemích s nízkým i vysokým národním důchodem stále zintenzivňuje snaha vzdělávat sestry s rozšířenými kompetencemi tak, aby mohly převzít odpovědnost za vyšetření, stanovení diagnózy a předepsání léčby (ať už ji budou zajišťovat ony samy nebo někdo další). Studie pravidelně docházejí k závěru, že tam, kde sestry s rozšířenými kompetencemi působí v rozsahu činností, k nimž byly vyškoleny a vzdělány a pacienty se složitějšími nebo diagnosticky náročnými problémy odesílají k příslušným specializovaným lékařům, je kvalita péče stejná jako kvalita péče poskytované lékaři a spokojenost pacientů je často vyšší. Vzdělání těchto poskytovatelů zdravotní péče trvá kratší dobu, což snižuje náklady na vzdělání a zkracuje čas do zahájení praxe. Je tedy ospravedlnitelné, že platy těchto sester jsou o něco nižší než platy požadované lékaři. Po zdravotnické systémy, které čelí nedostatku lékařů nebo se snaží snížit náklady na zdravotnické služby, je intenzivnější využití sester s rozšířenými kompetencemi úspornou možností, jak těchto cílů dosáhnout.

Bez ohledu na výši svého národního důchodu se všechny země snaží o poskytování zdravotních služeb s vysokou hodnotou za co nejnižší cenu. Pro efektivní rozšíření takové péče v zemích s nízkým a středním národním důchodem jsou sestry zcela nepostradatelné. V zemích s vysokým národním důchodem, kde bývá omezení nákladů důležitým vedlejším cílem při rozšiřování služeb, je nutné zajistit dostatek financí k udržení takového počtu sester v lůžkové péči, který dokáže zajistit bezpečnost a spolehlivost této péče, a rozšířit role profesionálních sester a sester s rozšířenými kompetencemi v ambulantních zařízeních o edukaci pacientů a koordinaci péče, což pomůže snížit náklady na pacienty trpící více chronickými onemocněními nebo závažnou chronickou nemocí.



Případová studie

Rusko: Zvyšování adherence pacientů díky terapii tuberkulózy pod kontrolou prostřednictvím videohovorů

Autor/ka: Tatiana Fedotkina, Ruská asociace sester

Léčba tuberkulózy (TBC) je dlouhodobý proces, který vyžaduje vysokou míru spolupráce pacienta a dodržování léčby z jeho strany, což může být v zemích s vysokou mírou výskytu TBC problém. V Rusku je léčba TBC vzhledem k její infekčnosti, možnému sociálnímu dopadu a způsobu přenosu povinná.

Každodenní cestování do nemocnice na tzv. terapii pod přímou kontrolou ošetřujícího personálu může být ale pro pacienty vzhledem k jejich špatnému zdravotnímu stavu a únavě obtížné, nehledě na to, že je finančně a časově náročné. Ruské veřejné zdravotnictví rozeznává několik modelů léčby TBC a péče o pacienty tak, aby bylo dodržení léčebného režimu snazší, navzdory tomu se ale podíl pacientů, kteří režim skutečně dodržují, zdaleka neblíží 100 %.

Řada pacientů má rezistentní TBC s více lokalizacemi a další komorbidity včetně HIV a cukrovky. Pro tyto lidi je v oblasti zdraví nejdůležitější vyléčit se z TBC způsobem, který jim umožní zachovat si co nejvyšší kvalitu života.

V Tomské oblasti Ruska používáme terapii pod kontrolou prostřednictvím videohovorů, která pacientům zajišťuje nezbytnou péči přímo v jejich domovech. Do projektu, který probíhá prostřednictvím programu Skype, je zapojeno více než 50 speciálně vyškolených a vybavených sester.

Pacientům se dostane školení ohledně toho, jak se k programu Skype přihlásit a jak ho používat, a musí se zařazením do programu souhlasit.

Začátky programu byly skromné s pouhými šesti pacienty, dnes je ale do programu zařazeno 130 pacientů včetně 30 dětí. V rámci celého Ruska je tato forma terapie poskytována více než 500 pacientům.

Terapie je u pacientů velice populární. Jsou si dobře vědomi výhod, které pro ně má odpadnutí nutnosti za léčbou cestovat. Žádný pacient zatím z programu nevystoupil a pacienti, kterým se dostává jiné formy terapie, se snaží ukázat, že dodržují stávající léčebný režim, aby jim bylo umožněno se do programu zapojit.

Terapie TBC pod kontrolou prostřednictvím videohovorů se jinak nijak neliší od běžné léčby, podporuje vysokou míru adherence k léčbě (zatím 100 % pacientů) a snižuje riziko relapsu onemocnění a rozvoje rezistentních forem TBC. Navíc působí jako prevence dalšího přenosu TBC, protože pacienti nemusí každý den cestovat hromadnou dopravou na kliniku.

Výhodou pro pacienty je kratší doba, kterou terapie vyžaduje, možnost zůstat doma a úspora nákladů vzhledem k odpadnutí cest na kliniku. Pacienti zapojení do programu stále dochází na kliniku i osobně, ale pouze jednou za sedm až deset dní.

Všichni pacienti vnímají tento model péče pozitivně: je pro ně jednodušší a současně se jim stále dostává cenné pozornosti zkušených sester, kterým mohou klást otázky a řešit s nimi problémy týkající se jejich zdraví. Pro pacienty se tak z rutinního každodenního užívání léků stala pozitivní a plodná spolupráce se sestrou, která je povzbuzuje a podporuje na jejich cestě k uzdravení.

Sestry v Rusku zlepšují terapii TBC kontrolou prostřednictvím videohovorů



ČÁST TŘETÍ OŠETŘOVATELSTVÍ PRO ZDRAVĚJŠÍ SVĚT: JAK VYUŽÍT POTENCIÁL SESTER NAPLNO

**„Ať už to lidé vědí, nebo ne,
chodí si do nemocnic pro
ošetřovatelskou péči“**

Terry Fulmer

Prezidentka nadace Johna A. Hartforda

Ošetřovatelství je na celém světě jednou z profesí, kterým lidé nejvíce důvěřují. Současně ale většina lidí nedokáže správně zodpovědět dotaz na role a povinnosti sester. Velká část práce, kterou tato profese odvádí, zůstává nepovšimnuta a neprozkoumána, přestože sestry jsou v první linii zdravotní péče o pacienty po celou dobu od narození až do smrti. U každého pacienta či spotřebitele je také více než pravděpodobné, že právě sestry budou ve výsledcích zdravotní péče o něj hrát rozhodující roli.

Cílem této části je jasně formulovat, jak nejlépe využít potenciál ošetřovatelství a zajistit pracovní sílu pro dnešek i zítřek. Budeme se zabývat tím, jak by posílení vedoucí pozice ošetřovatelství mohlo napomoci ke zlepšení zdraví, zaměříme se na osvědčené postupy v ošetřovatelství s rozšířenými kompetencemi a v ošetřovatelských inovacích a podíváme se na rozvoj ošetřovatelských programů a na význam analýzy pracovního trhu pro plánování pracovní síly v ošetřovatelství. Další příspěvky se zabývají důležitostí dobrého prostředí pro poskytování péče a souvislosti prostředí s lepšími výsledky pro pacienty i sestry nebo nutností reformovat vzdělávání sester, pokud chceme zlepšit praxi a podpořit celoživotní vzdělávání. Dále se tato část zabývá vlivem bezpečné úrovně personálního zajištění na výsledky pacientů a tím, jak si udržet sestry pomocí uznání a odměňování. A konečně se podíváme na čtyři aspekty plánování pracovní síly, kterými se musíme zabývat, pokud chceme efektivně vyřešit nedostatek pracovníků v ošetřovatelství a zajistit jejich udržitelný stav.

Ošetřovatelství pro zdravější svět: sestry na vedoucích pozicích

Professor Jill White, emeritní profesorka na Faculty of Nursing and Midwifery na University of Sydney a Faculty of Health na University of Technology, a prof. Jane Salvage, ředitelka ICN Global Nursing Leadership Institute

Ve zdravotnických systémech po celém světě už dávno dozrál čas na zásadní změnu směru. Během posledních více než 100 let si většina zemí vytvořila strukturu poskytování zdravotních služeb založenou primárně na biomedicinském hledisku a vedenou převážně lékaři. V dnešní situaci ani do budoucna už nemusí být toto uspořádání vyhovující ani efektivní. Tím, že se v první řadě zaměřujeme na nemoc, přistupujeme ke zdraví a k jeho managementu ze špatného hlediska.

Na těchto stránkách se ptáme, proč tak dlouho trvá tento přístup změnit, a zabýváme se překážkami stojícími v cestě přechodu na zdravotnický systém, který se nezaměřuje pouze na patologické stavy, i tím, jak tyto překážky odstranit. Máme za to, že součástí řešení je větší zapojení sester do zdravotnického vedení a politiky. Díváme se také na to, jak vypadá vedení z hlediska ošetřovatelství a jak by silnější vedoucí pozice sester mohla přispět k lepším výsledkům v globálních zdravotních službách první linie.

Současný kontext vedení ve zdravotnictví

Rozměr dominance mužů v řízení zdravotnických systémů je dobře zdokumentovaný. Ženy představují v globálním zdravotnictví 70 % pracovní síly, současně ale zastávají pouze 25 % vedoucích pozic. Pouze 31 % zdravotnických organizací na světě vede výkonná ředitelka, pouze 20 % zdravotnických výborů má v čele předsedkyni a jen 31 % ministerstev zdravotnictví vede žena.⁵⁹ Dokonce i v ošetrovatelské profesi, kde je převaha žen velmi výrazná, zastávají muži nepoměrně vysoký počet vedoucích pozic: v Keni například ženy tvoří 76 % sester, ale univerzitní pozice zastávají z 62 % muži. Podle výzkumu zadaného kampaní Nursing Now platí nejen to, že je pro ženy postup do vyšších pozic složitější, ale také to, že pro muže je naopak postup vzhůru výrazně jednodušší.⁶⁰ Studie dospěla k závěru, že mezi hlavní překážky pro ženy patří skloubení pracovního a rodinného života, náklady na zajištění hlídání dětí a nedostatečná nabídka těchto služeb, vysoké náklady a nízká dostupnost vzdělávání a školení a obecně fungování společnosti založené na genderu.

Zásadní přínos ošetrovatelství ke zdraví

Zpráva Triple Impact⁸ přináší důkazy o zásadním významu ošetrovatelství nejen pro zajištění všeobecné dostupnosti zdravotní péče, ale také pro genderovou rovnost a ekonomický rozvoj. Zpráva poukazuje na nutnost zapojení sester do vytváření zdravotnické a sociální politiky a zdůrazňuje potřebu rozšířit vzdělávání v řídicích kompetencích a přístup k vedoucím rolím. Přijetí těchto doporučení a další aktivity kampaně Nursing Now už začínají ovlivňovat debatu v rámci ošetrovatelství i mimo ně. Další změnu přineslo v roce 2018 zvolení dr. Tedrose Adhanoma Ghebreyesus do funkce generálního ředitele WHO, které znamenalo ve světovém zdravotnictví značný posun. Doktor Ghebreyesus má jako odborník na veřejné zdraví, první čelní představitel WHO z afrického kontinentu a současně první, kdo není lékař, a strůjce reformy zdravotnického systému v Etiopii osobní zkušenost s tím, jak zásadní je přínos ošetrovatelství ke zdraví a kvalitě života komunit. Jako jednu z vůbec prvních věcí ve funkci jmenoval do svého vedoucího týmu ve WHO hlavní sestru Elizabeth Iro. Mezi jeho další kroky patřilo vyhlášení roku 2020 Rokem sester a porodních asistentek a zadání vypracování vůbec první zprávy WHO o stavu ošetrovatelství ve světě. Vlády jsou teď opakovaně vyzývány k tomu, aby se důkladněji zamýšlely nad ošetrovatelstvím a nad možnými řešeními toho, že v roce 2030 bude podle odhadů na světě chybět 9 milionů sester.⁶¹ To vše pomohlo posílit pozici ošetrovatelství na politickém a strategickém žebříčku priorit.

Stávající epidemiologické a sociální změny ve světě, zejména problematika neinfekčních nemocí, duševního zdraví a otázek spojených se stárnutím populace, by mohly potenciálně být dobře řešitelné pomocí ošetrovatelských intervencí. Vzhledem k tomu, že se zároveň po celém světě stupňuje nedostatek sester, vytváří tyto výzvy ještě větší nepoměr mezi nabídkou a poptávkou na trhu ošetrovatelské práce. Příležitost ke změně se tak přímo

nabízí. Jak by se tedy vedení sestrami mohlo lišit od současného vedení zdravotnických systémů a jak nejlépe připravit sestry na veřejnou roli ve vedoucích funkcích?

Vedení z pohledu sester

Pro sestry bylo dlouhou dobu problematické definovat ošetrovatelskou praxi a popsat její přínosy způsobem pochopitelným pro laiky. Dnes ale máme k dispozici vysoce kvalitní vědecké důkazy o tom, jaký význam má úroveň vzdělání sester a zastoupení sester mezi zdravotnickým personálem pro poskytování nákladově efektivní a bezpečné péče,⁶² i veřejná prohlášení o významu soucitné péče sester ze strany WHO, ICN, kampaně Nursing Now a řady dalších organizací.

Sestry se také tradičně zdráhají vnímat samy sebe jako někoho, kdo zastává pozici moci. Je zapotřebí odvést hodně práce na tom, aby se sestry začaly cítit dobře v situacích, kdy mají moc a vliv, a dokázaly se kompetentně a aktivně zapojovat do tvorby politiky a do řízení zdravotní péče mimo profesionální ošetrovatelskou praxi. Cestu prošlapávají programy rozvoje řídicích schopností, jako je Global Nursing Leadership Institute (GNU) Mezinárodní rady sester, a kampaně jako Nursing Now.

U příležitosti dvoustého výročí narození Florence Nightingale je zajímavé podívat se na ni jako na první vůdčí osobnost, která se na zdraví dívala optikou ošetrovatelství. Jako skutečný lídr dokázala vnímat současně celkový kontext (makroúroveň) i jeho dopady na lidské úrovni (mikroúroveň). Vynikající sestry ve vedoucích rolích za posledních 200 let vykazovaly a vykazují podobné kvality, pro řadu dalších ale není snadné si tyto dvě úrovně spojit. Vzhledem k tomu, jak hluboce je ošetrovatelství zakotvené v každodenní praxi s našimi pacienty a komunitami, to není vůbec překvapivé, ignorováním makroúrovně ale škodíme sami sobě. Vliv strategií a politik zažíváme na vlastní kůži každý den: ve financování našich zdravotnických systémů, ve zdravotních problémech, které řešíme, socioekonomických politikách s dopadem na komunity, kde žijeme a pracujeme, stoupající nerovnosti v rámci zemí i mezi nimi, a v marné snaze zajistit všeobecnou dostupnost zdravotní péče.⁶³

Vedení z pohledu sester v zásadě zahrnuje tři důležité součásti: (1) neochvějný a silný morální kompas; (2) neustálé vzdělávání v rámci osobního i mezilidského rozvoje (mikroúroveň) a v pochopení organizačního a politického procesu (makroúroveň); a (3) schopnost všechny tři tyto aspekty skloubit a pohybovat se mezi nimi.

Tyto tři složky vedení mohou někdy působit protikladně, je ale nezbytné je praktikovat současně. Pokud mají na mikro- i makroúrovni probíhat ty „správné“ kroky, je zapotřebí mít kompetence nutné pro rozvoj každé ze všech tří součástí: znát terén a zúčastněné strany, být schopen argumentace založené na vědeckých důkazech a pozici odborníka, mít pochopení pro stanoviska druhých a zaměřit se na dosažení shody a realizaci.

Jen zřídka se stává, aby byly tyto součásti soustavně rozvíjeny a začleňovány do vzdělávání a rozvoje sester. Pokud jsou vůbec nabízeny, bývá to v jednorázových programech rozvoje řídicích schopností. Tento typ profesionálního rozvoje je v současnosti k dispozici jen pro několik málo vybraných sester, většinou na vyšších pozicích. Nedostatek podobných příležitostí je jedním z možných vysvětlení nepřipravenosti sester na vedoucí pozice ve zdravotnictví. Přestože v počátcích kariérní dráhy sester převažuje osobní a mezilidský rozvoj, je potřeba současně rozvíjet i organizační a politické dovednosti.

Zaznamenáváme už první záblesky změny, z nichž některé podnítila třetí vlna feminismu a hnutí MeToo.⁶⁴ Prestižní časopis Lancet například dnes odmítá podílet se na panelech, kde nejsou zastoupeny ženy,⁶⁵ a rovnost pohlaví se stala součástí diskuzí uskupení G7. Debatě o rovnosti pohlaví, která v ošetrovatelství stála dlouho v pozadí, přestože se naše problémy točí právě kolem ní, se konečně dostává zaslouženého zájmu. Vedoucí role sester a jejich zapojení do zdravotnické politiky jsou důležité pro každého z nás.⁶⁶ Musíme prosazovat změny a připravit se na to, že povedeme ostatní.



Případová studie

Chile: Zkracování čekací doby a zlepšování služeb pro pacienty

Autor/ka: Margarita Yercic, Chile

Sotero del Rio Assistance Complex je veřejná nemocnice v jihovýchodní oblasti chilského hlavního města Santiaga. Spádová oblast nemocnice pokrývá 1,6 milionu obyvatel a některé z nejvíce znevýhodněných komunit v zemi. Komplex poskytuje ambulantní péči, kterou každý den využije 600 pacientů, a nemocniční péči s přibližně 800 lůžky a deseti operačními sály.

Na čekací listině chirurgických oddělení je trvale okolo 7 000 pacientů, kteří čekají na vyřešení svých zdravotních problémů v různých oborech. Podle toho, jaký typ chirurgického výkonu je potřeba, se čekací doba pohybuje od čtyř týdnů do osmi let.

Po analýze celého procesu navrhli vedoucí zástupci sester vytvoření předoperačních jednotek vedených sestrami s cílem centralizovat a optimalizovat každou fázi celého procesu.

Jakmile je pacient zpraven o tom, že jeho stav si žádá chirurgický zákrok, je přidán na čekací listinu nemocnice a do celostátního registru pacientů čekajících na zákrok. Současně se jeho údaje objeví v záznamech předoperační jednotky. Následně pacienta kontaktuje příslušná sestra, která mu vysvětlí všechny fáze přípravy a zodpoví mu případné otázky ohledně plánované operace. Kromě toho sestra koordinuje všechna nezbytná vyšetření a konzultace a komunikuje s dalšími specialisty a operačním týmem tak, aby byl celý proces co možná nejrychlejší.

A konečně sestra také aktivně spolupracuje s týmem, který čekací listiny operačních sálů spravuje a vyhodnocuje.

Zavedení předoperačních jednotek mělo následující přínosy:

- zkrácení čekacích listin pacientů před operací o 40 %,
- zkrácení potřebné doby přípravy na operaci z osmi měsíců na šest dní, a to napříč všemi chirurgickými obory,
- zajištění komplexní ošetrovatelské péče vstřícné vůči individuálním potřebám pacientů a jejich rodin a také kontinuity péče,
- lepší zdravotní gramotnost pacientů,
- optimalizace efektivního využití operačních sálů,
- zlepšení efektivnosti podpůrných klinických služeb včetně laboratorních vyšetření, zobrazovacích metod a podobně,
- vyšší spokojenost pacientů,
- lepší koordinace péče napříč celým jejím kontinuem.

Projekt předoperačních jednotek si vysloužil uznání chilského ministerstva zdravotnictví a byl rozšířen do několika dalších veřejných nemocnic v zemi jako efektivní řešení potřeb místních obyvatel.

Partnerství a spolupráce ve zdravotnictví i jinde: sjednocování a propojení sester na vedoucích pozicích

Bongi Sibanda, edukátorka, konzultantka pro otázky zdravotní péče a ordinující sestra, a **prof. Khama Rogo**, vedoucí odborník na zdravotnický sektor u Světové banky a vedoucí iniciativy Skupiny Světové banky Health in Africa

Globální strategie pro lidské zdroje ve zdravotnictví do roku 2030,⁶¹ kterou vydala WHO, zdůrazňuje společné vzdělávání různých profesí a praxi založenou na spolupráci (Interprofessional Education and Collaborative Practice, IPECP) jako zásadní body pro řešení globálních otázek týkající se pracovníků ve zdravotnictví. Jinak řečeno, vzdělávání pracovníků by mělo probíhat integrovaně a podporovat tak týmovou práci, partnerské vztahy a spolupráci mezi obory, odvětvími a při péči o pacienty. Sestry jsou v první linii péče a pomáhají utvářet zdravotnickou politiku. Z této pozice musí najít existující i potenciální příležitosti ke spolupráci, partnerství a zapojení v managementu, akademické sféře, politice i každodenní praxi a zlepšit tak pro obyvatele výsledky zdravotní péče.

Podle dostupných studií je optimalizace IPECP jednou ze stěžejních metod pro zlepšení výsledků zdravotní péče v globálním měřítku.^{67, 68} Mezinárodní doporučení z posledních deseti let, podle kterých by v rámci vzdělávacího procesu měli být všichni zdravotníci vedeni k poskytování péče zaměřené na pacienta jako členové interdisciplinárních týmů, vedla k integraci IPECP do akademické i klinické praxe na celém světě.⁶⁹ Naše práce ale ještě nekončí. Očekávaná aktualizace akčního rámce WHO pro společné vzdělávání různých profesí a praxi založenou na spolupráci⁷⁰ a prohlášení Sydney Interprofessional Declaration,⁷¹ které má být vydáno v roce 2020, zásadním způsobem napomohou k dalším pokrokům v oblasti IPECP.

Ekonomika a obchod

Tři pilíře všeobecně dostupné zdravotní péče (přístupnost, kvalita a náklady) vyžadují inovace a radikální přehodnocení toho, jak zdravotnické systémy provozujeme.⁷² Lidské zdroje jsou nezbytným vstupem, bez kterého nedosáhneme ani přístupnosti, ani kvality. Sestra je stěžejním a nejspolehlivějším členem týmu managementu zdraví. Nejenže je ošetřovatelství ve většině klinických i neklinických procesů klíčovým prvkem, ale zároveň je finančně zdaleka nejdostupnější. Ošetřovatelské dovednosti jsou zapotřebí v primární (prevence, imunizace, domácí a komunitní péče), sekundární (lůžková i ambulantní péče a chirurgie) i terciární péči (specializovaná péče a neinfekční nemoci).

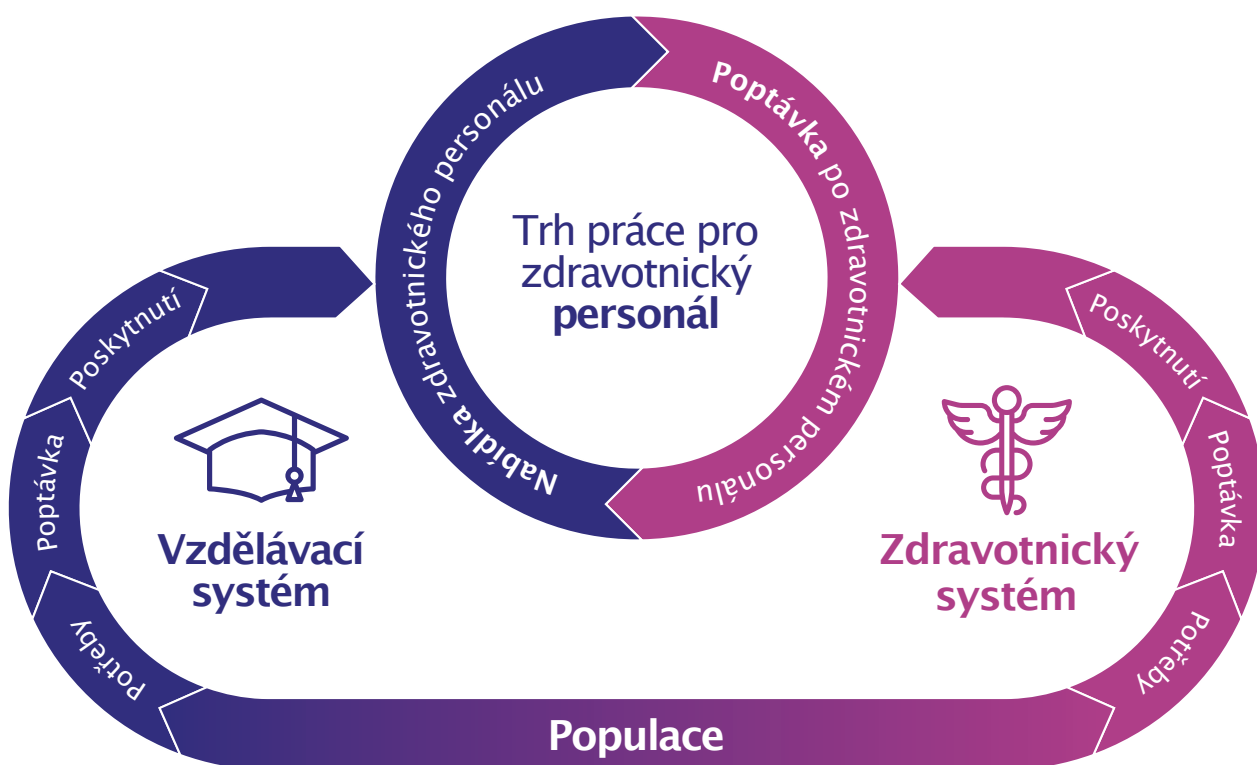
Současně je ale ošetřovatelství po celém světě hrubě podceňováno⁸ a nikdy nebylo předmětem analýzy trhu práce. Zpráva o stavu ošetřovatelství ve světě tak do této debaty vstupuje v pravý čas.

Doporučení ohledně počtu sester na počet obyvatel jsou v rychle se měnícím světě bezpředmětná. To, kolik sester a s jakými dovednostmi je zapotřebí, je příliš závislé na kontextu, než aby bylo možné to vyjádřit jedním obecným poměrem pro celý svět. V Africe například tento přístup způsobil bezhlavé pokračování v učebních plánech vzdělávání sester, které vychází z koloniální historie spíše než z aktuálních národních a regionálních potřeb,⁷³ zavedení nových úrovní vzdělávání sester před registrací založených na západních modelech, trvání na stejné délce vzdělávání sester bez ohledu na inovativní možnosti výuky, omezený přístup k specializovanému školení pro sestry v oblasti neinfekčních nemocí, nedostatek příležitostí k profesnímu růstu ve všeobecném ošetřovatelství, potlačování inovací pro sestry v první linii a nekonkurenceschopné platy a špatné pracovní vztahy pro profesí, která setrvale vykazuje stále delší pracovní dobu a práci v nejrůznější denní i noční hodině.

Za poslední tři desetiletí v Africe vznikla řada nových ošetřovatelských vzdělávacích institucí, z nichž vychází stále více sester: jejich kvalita i relevantnost je ale stále nižší. Vzhledem k rekordně vysoké míře nezaměstnanosti sester v Africe jich řada vzdělání absolvuje bez vyhlídky na zaměstnání.

Stále větší roli v přípravě i zaměstnávání sester v Africe hraje soukromý sektor, který je ale stále nedostatečně regulován. Vzhledem k vysoké poptávce absolventů středních škol dnes vzniká více soukromých ošetřovatelských a lékařských vzdělávacích institucí než těch státních. Náklady na soukromé vzdělání jsou vyšší a pro rodiny je tak těžší tyto výdaje ospravedlnit, pokud je návratnost jejich investice nejistá. Pro mnoho studentů je tak ošetřovatelství danou, nikoli preferovanou volbou. Dopad této situace na kvalitu ošetřovatelství, profesionální nasazení a odliv mozků je očividný a nedozírný.

Obr. 1: Propojení vzdělávání, trhu práce a zdravotnického sektoru



Závěry pro politiku a praxi: výzva k akci

Vzhledem k aktuálním problémům v oblasti pracovní síly v ošetrovatelství a vývoji ve vzdělávání sester je nezbytná partnerská spolupráce všech zúčastněných stran na tom, aby učební plány odpovídaly kontextu dané země a potřebám jejích obyvatel a dokázaly v praxi zajistit poskytování služeb a efektivní klinický dohled. Spolupráce mezi praxí a vzděláváním je při realizaci zásad IPECP nesmírně důležitá.

Potřebujeme studie zaměřené na výzkum trhu práce v ošetrovatelství, abychom lépe pochopili potřeby tohoto trhu i jednotlivých profesí a mohli tak vynutit zahájení dialogu mezi vzdělávacím a zdravotnickým sektorem. Nemůžeme už dál brát jako samozřejmost, že potřebujeme více sester a musíme jich proto více vyškolit, abychom pokryli kvóty stanovené WHO.

Je důležité, aby sestry na vedoucích pozicích vzaly v potaz rozvoj inovací a iniciativy jak v akademickém, tak v klinickém prostředí. Jen tak se nám může podařit přilákat a udržet si v profesi kvalitní pracovníky a vnést do zdravotnictví pozitivní změny pro lepší výsledky našich pacientů.

Případová studie

Jihoafrická republika: Soudní klinické sestry – spolupráce na případech sexuálního násilí

Autor/ka: Volene Joy Werely, Jihoafrická republika

Soudní klinické sestry jsou zdravotnickými pracovníky v první linii, do jejichž péče spadají jak oběti, tak pachatelé sexuálních útoků a domácího násilí. Jejich role zahrnuje osvětu, prevenci a edukaci komunit a dalších zdravotnických pracovníků. Jedná se o sestry specialistiky, které jsou registrované u Jihoafrické rady sester, absolvovaly školení v soudním klinickém lékařství a mají oprávnění vyšetřovat pacienty, pořizovat forenzní důkazy pro vyšetřování, poskytovat poradenství, provádět testy a svědčit u soudu.

Rozsah jejich činností ukazuje dvojí roli a povinnosti této specializace: jedná se o klinické sestry, které mají současně odpovědnost vůči soudům.

Ve své klinické roli tyto sestry provádí vyšetření klientů včetně pořízení anamnézy, fyzických prohlídek, psychologického vyšetření a posouzení emočního stavu.

Jejich klinická role dále zahrnuje:

- stanovení diagnózy, včetně pořízení vzorků DNA a snímků,
- zajištění léčby včetně postexpoziční profylaxe a dalších podle potřeby,
- odeslání k dalším specialistům a zdrojům péče a podpory,
- rozpoznání obětí obchodu s lidmi.

V rámci své soudní role mají sestry tyto povinnosti:

- asistování soudu při výkonu spravedlnosti,
- posouzení způsobilosti podat výpověď,
- posouzení způsobilosti být trestně stíhán a absolvovat křížový výslech,
- zajištění správnosti provedených vyšetření.

Forenzní klinické sestry ve své praxi čelí řadě morálních a právních dilemat. Realita je taková, že morálně nejpříjemnější řešení nemusí být vždy zákonné, zatímco zákonná řešení nemusí být z morálního hlediska ta nejpříjemnější.

Vzhledem k tomu, že sestry pracují jak s oběťmi, tak s pachateli, mohou prožívat rozporuplné emoce, a jejich práce je značně náročná na kognitivní zpracování a etické a racionální rozhodování. Zásadní je pro ně schopnost vnímat situaci z různých úhlů pohledů a hodnotových postojů a v různých kontextech, aby dokázaly zabránit zaujatosti a nenechaly se strhnout vlastním odsuzujícím názorem.

Posílení hladké spolupráce mezi různými profesemi i sektory všech, kdo se na tomto modelu podílí, hraje důležitou roli v zajištění kladných klinických výsledků i spravedlnosti pro oběti.

Bezpečné prostředí pro poskytování péče: nezbytné pro bezpečí pacientů a udržení kvalifikované pracovní síly v ošetřovatelství

Dr. Linda HAiken, ředitelka Centra pro výzkum výsledků zdravotní péče a politiky (Center for Health Outcomes and Policy Research), Claire M. Fagin Leadership Professor ošetřovatelské vědy a profesorka sociologie na University of Pennsylvania, USA, a dr. Matthew McHugh, nezávislý předseda pro vzdělávání v ošetřovatelství a profesor ošetřovatelství na School of Nursing, University of Pennsylvania a náměstek ředitelky Centra pro výzkum výsledků zdravotní péče a politiky

Důkazy svědčí o tom, že pochybení zdravotníků jsou na celém světě jednou z hlavních příčin mortality a morbidity.⁷⁴ Prostředí, v němž se poskytuje péče, může být nebezpečné jak pro pacienty,⁷⁵ tak pro zdravotníky, kteří mají péči o ně a jejich bezpečí na starost.⁷⁶ Závažným problémem jsou také infekce vzniklé v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, které vedou k utrpení i úmrtím.⁷⁷ Mezi další příčiny poškození pacienta patří špatná medikace nebo dávka léčiva, pády a zranění během péče a preventabilní dekubity. Výzkumy dokládají, že mezi nemocnicemi existují značné rozdíly v mortalitě způsobené běžnými nemocemi a chirurgickými zákroky, přičemž důvodem není závažnost onemocnění pacienta, ale nedostatečně bezpečné prostředí, v němž je o něj pečováno. Sestry hrají ve zlepšení tohoto prostředí zásadní roli, nemají ale dostatek zdrojů ani autority na to, aby mohly změny potřebné pro zajištění bezpečnosti pacientů samy provést.

Průkopnická zpráva o bezpečnosti pacientů nazvaná *To Err Is Human*, tedy „chybovat je lidské“, přináší zásadní poznatky ohledně důležitosti prostředí poskytování péče. Zpráva doporučuje upustit od hledání viníků za chyby mezi jednotlivými klinickými pracovníky a namísto toho pohlížet na bezpečnost jako na odpovědnost nemocnice, jejímž úkolem je reformovat své prostředí a pracoviště tak, aby zajistila bezpečí pacientů. Za vysoce důležitý faktor zvýšení bezpečnosti pacientů byla výslovně označena také transformace pracovního prostředí sester.⁷⁸ Navzdory tomu, že byla definována řada klinických intervencí k prevenci poškození pacientů, ale obavy o jejich bezpečí stále přetrvávají. Nedávná studie amerických nemocnic ukázala, že během posledních deseti let pouze 21 % z nich zlepšilo prostředí poskytování péče alespoň o 10 %. Přitom ty nemocnice, které zlepšení prostředí zajistily, zároveň zaznamenaly největší nárůst bezpečnosti pacientů.⁷⁵

Jaké je dobré prostředí pro poskytování péče?

Dobré prostředí péče o pacienta je takové, kde se s vysokou mírou spolehlivosti uplatňují klinické postupy založené na důkazech, kde se zdůrazňuje zaměření na člověka, a to jak z pohledu pacientů a jejich rodin, tak z pohledu klinického personálu, kde je pracovní vytížení zaměstnanců úměrné jejich povinnostem a kde se organizace neustále učí, jak se zlepšovat.

Dobré prostředí pro poskytování péče a dobré pracovní prostředí znamenají prakticky totéž. Výzkumy ukazují, že nemocnice, kde jsou sestry nespokojené se svou prací a často zažívají vyhoření, mají také nespokojené pacienty a horší klinické výsledky.⁷⁵ Mezi charakteristické rysy organizací spojované s dobrým prostředím pro práci a poskytování péče patří tzv. plochá hierarchie, kde je mezi sestrami v klinické péči a hlavním vedením jen několik dalších úrovní managementu, autorita je – zejména v oblasti klinické péče – decentralizovaná a svěřená klinickým pracovníkům, kteří jsou pacientovi nejbližší, a kde se očekává a podporuje dobré fungování interdisciplinárních týmů. Od manažerů i od klinických pracovníků se očekává, že budou svá rozhodnutí zakládat na vědeckých důkazech, takže pracovní prostředí i personální zajištění se odvíjí od osvědčených postupů a důkazů, které se pravidelně přezkoumávají a vyhodnocují. A konečně v těchto organizacích nejvyšší vedení naslouchá zkušenostem sester a dalších zdravotníků a hledá možnosti inovací a zlepšení péče o pacienty u svých týmů, namísto toho, aby se tato opatření zaváděla na základě externích doporučení systémem „shora dolů“, aniž by měla plnou podporu sester a dalších klinických pracovníků.



Dobré prostředí pro poskytování péče koreluje s lepšími výsledky pro pacienty i sestry

Máme k dispozici množství vědeckých důkazů o tom, že špatné výsledky pacientů (včetně mortality, opakovaných hospitalizací, délky hospitalizace, nozokomiálních nákaz, pádů a dekubitů) jsou mnohem pravděpodobnější tam, kde panuje špatné pracovní prostředí.⁷⁹ Dokonce i v případě terminální péče je kvalita vyšší v nemocnicích s dobrým prostředím pro práci a poskytování péče.⁸⁰ Podobně obsáhlý je i soubor důkazů o tom, že nepříznivé výsledky pro sestry (jako je vyhoření, nespokojenost s prací či záměr z práce odejít) jsou mnohem běžnější v zařízeních se špatným pracovním prostředím.⁸¹

Studie ukazují, že tyto vztahy mezi pracovním prostředím a výsledky pacientů i sester působí stejně po celém světě bez ohledu na rozdíly v organizaci, financování a personálním zajištění zdravotnických systémů. Výzkumy vycházející z podobných protokolů a měřítek realizované ve více než 30 zemích opakovaně ukazují stejný vztah mezi dobrým pracovním prostředím a dobrými výsledky.^{82, 83, 84} Z těchto mezinárodních studií je zřejmé, že dobré pracovní prostředí je dosažitelný cíl bez ohledu na rozdíly ve financování a řízení zdravotní péče mezi jednotlivými zeměmi: v každé zemi se najdou příklady zdravotnických zařízení s dobrým pracovním prostředím. Pracovní prostředí je důležité pro udržení sester a dobré výsledky pacientů všude tam, kde se poskytuje zdravotní péče.^{85, 86, 87} Důkazy vyvozené z dlouhodobých studií ukazují, že pozorovaný vztah mezi dobrým pracovním prostředím a dobrými výsledky je pravděpodobně kauzální, protože zlepšení v pracovním prostředí jsou úzce spjata se zlepšením výsledků.⁸⁸

Je čas převést důkazy do praxe a zlepšit pracovní prostředí

Do budoucna před námi stojí výzva začít na základě získaných poznatků jednat a začít zavádět a testovat praktické modely organizačních reforem pro zlepšení pracovního prostředí. Slibnou případovou studií reformy organizací je americký program Magnet, což je dobrovolná akreditace sloužící jako systém ocenění příkladné péče v nemocnicích, které zavedly výše popsané znaky organizací s dobrým pracovním prostředím do praxe. Koncept akreditace Magnet vznikl na základě zjištění, že nemocnice, kterým se dařilo přilákat a udržet si kvalifikované sestry, vykazovaly podobné znaky dobrého pracovního prostředí jako špičkové nadnárodní korporace. Desítky let studií a výzkumu následně ukázaly, že tyto nemocnice jsou nejen lepším místem pro práci z hlediska sester, ale že také mají lepší výsledky péče o pacienty.⁸⁹

Důkazy hovoří jasně: pacientům i sestřám se lépe daří v nemocnicích s dobrým pracovním prostředím. V současné době máme testovatelné modely organizační reformy, které slibují stát se užitečnými plány procesu reorganizace. Do budoucna před námi stojí výzva otestovat slibné inovace v oblasti organizační reformy a následně prosazovat ty modely, které se ukážou být efektivní, aby všechny sestry mohly vyvíjet svou činnost v dobrém pracovním prostředí a poskytovat kvalitní péči, kterou si všichni pacienti zaslouží.



Vzdělání: příprava sester na praxi a celoživotní vzdělávání

Fadwa AAffara, mezinárodní konzultantka v oblasti regulační a vzdělávací politiky a bývalá konzultantka pro ošetrovatelskou a zdravotnickou politiku Mezinárodní rady sester, a dr. Fariba Al Darazi, konzultantka pro rozvoj pracovníků v ošetrovatelství a zdravotnictví a bývalá oblastní poradkyně pro personál v ošetrovatelství, porodní asistenci a souvisejících zdravotnických profesích v regionální kanceláři WHO pro východní Středomoří.

Změny v epidemiologickém profilu populací, které vyžadují péči sester, technologický pokrok, šíření znalostí a rychlé změny ve zdravotnických systémech po celém světě vyžadují, aby byl systém vzdělávání sester schopný včas a efektivně reagovat na změny a umožnil tak absolventům poskytovat v praxi bezpečnou a kompetentní péči podle zdravotních potřeb příslušných komunit.

Význam rozsahu činností jako základu vzdělávání v ošetrovatelství

Celosvětová diskuze o lidských zdrojích ve zdravotnictví se poslední dvě desetítky let zaměřuje na to, jak zajistit pracovníky schopné působit na pozicích zaměřených na podporu zdraví a prevenci nemocí a poskytovat komunitní zdravotní služby zaměřené na člověka a celostní a individuální péči o lidi v každém věku. Zároveň tato diskuze probíhá na pozadí obav o kvalitu a relevantnost vzdělávání a zásadního aktuálního i očekávaného nedostatku pracovníků ve zdravotnictví.

Odhady předpokládají, že do roku 2030 vznikne dalších 40 milionů pozic pro zdravotnické pracovníky,⁹⁰ a současně očekávají ke stejnému datu deficit 18 milionů zdravotnických pracovníků včetně 9 milionů sester.⁹¹ Výzva, před kterou vzdělávání na poli ošetrovatelství stojí, tedy spočívá v tom, jak zvýšit kvalitu přípravy sester a současně jejich počet, ve stanovení a průběžné aktualizaci kompetencí, dovedností a chování, které jsou zapotřebí pro zajištění dohodnuté úrovně kvality a přiměřenosti pro aktuální i budoucí zdravotní potřeby obyvatel, a v uplatnění transformativního přístupu v celé šíři vzdělávání.^{92, 93, 94}

Jedním z klíčových nástrojů k vytyčení cílů vzdělávání je stanovený rozsah činností. Definování a průběžná aktualizace rozsahů činností je proto považována za zásadní úkol regulačních orgánů. ICN uvádí, že ...formulování a zveřejnění jasných definic rolí sester a rozsahu jejich profesních činností je jednou z povinností ošetrovatelství, a to bez ohledu na to, jaký přístup je k tomu použit.⁹⁵

Strategie pro transformaci vzdělávání v ošetrovatelství

Pokud máme dosáhnout všeobecné dostupnosti zdravotní péče a splnit cíle udržitelného rozvoje, je nezbytně nutné provést reformu kvalifikačního vzdělávání sester. Reforma by se měla zaměřit na strukturu, procesy a výsledky vzdělávání. Klíčovým prvkem reformy by měl být systematický přístup k vytvoření celostátního vzdělávacího systému, který rozšíří rozsah činností sester a umožní absolventům kriticky přemýšlet a reagovat na změny ve zdravotnickém systému.⁹⁶

Zpráva o budoucnosti ošetrovatelství The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health, kterou vydala nezávislá americká organizace Institute of Medicine, zdůrazňuje především to, že by sestry měly dosahovat vyšších úrovní vzdělání a proškolení, k čemuž je nutný lepší vzdělávací systém s podporou plynulého přechodu mezi jednotlivými akademickými úrovněmi.⁹⁷

Dokument o koordinaci vzdělávání a praxe vydaný ve spolupráci ICN a regionální kanceláře WHO pro východní Středomoří (EMRO) pod názvem Reducing the Gap and Improving the Interface between Education and Service: A Framework for Analysis and Solution Generation⁹⁸ označil posílení spolupráce mezi vzděláváním a praxí za jednu z hlavních výzev, před kterou dnes ošetrovatelství stojí. Vzhledem k proměnlivé povaze zdravotnického sektoru je důležité sdílet a šířit příklady toho, kdy se sestrám podařilo propast mezi vzděláváním a praxí úspěšně překlenout.⁹⁹

Strategie pro transformaci vzdělávání v ošetrovatelství

Jednotlivé země by měly spustit rozsáhlý projekt výrazného posílení investic do vzdělávání sester, a to jak kvalifikačního, tak celoživotního vzdělávání, a zajistit tak dostatečný počet kompetentních sester, které dokážou naplnit hlavní zdravotní potřeby dané země a které si budou kompetence nadále udržovat v celém průběhu své profesní dráhy.

Celoživotní vzdělávání přispívá k udržení kompetencí a podporuje profesní rozvoj sester. V rozvojových zemích mají sestry k celoživotnímu vzdělávání jen velice omezený přístup. Je potřeba nabídnout jim více možností a celý systém také adekvátně financovat. Rozvinuté systémy pro celoživotní profesní vzdělávání sester by měly zahrnovat školení a vzdělávání v následujících oblastech: rozvoj řídicích schopností, pokročilá klinická praxe, rozvoj výzkumných dovedností, praxe založená na vědeckých důkazech, tvorba politiky a učení a mentorování ostatních.

Cesta kupředu: společné vzdělávání různých profesí a praxe založená na spolupráci

Profesor John Gilbert během své prezentace na první regionální konferenci ICN v Abú Zabí ve Spojených arabských emirátech v roce 2018 uvedl, že cílem spolupráce jednotlivých zdravotnických profesí je zajistit

optimální péči o klienta, omezit zbytečné zdvojení poskytovaných služeb, vyřešit mezery v poskytování služeb a vyvarovat se negativních důsledků pro pacienty.¹⁰⁰

Akční rámec WHO pro společné vzdělávání různých profesí a praxi založenou na spolupráci (Framework of Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice) zdůrazňuje důležitost takového systému vzdělávání pro přípravu zdravotníků „připravených na praxi ve znamení spolupráce“, kteří budou schopni poskytovat péči zaměřenou na člověka ve spolupráci s ostatními profesemi a budou lépe připraveni reagovat na místní potřeby v oblasti zdravotní péče.¹⁰¹

Vznik kultury, která by podporovala společné vzdělávání různých profesí a praxi založenou na spolupráci, vyžaduje změnu ve vzdělávacích systémech jednotlivých zdravotnických profesí a také strategicky vytvořený a udržovaný zdravotnický systém, na jehož podobě se shodnou všechny zúčastněné strany. Formování ošetrovatelské profese tak, aby dokázala reagovat na proměnlivé a složité prostředí, v němž sestry poskytují péči, si žádá od základů změnit vzdělávání v ošetrovatelství, vstoupit do budoucím sestrám hodnotu celoživotního vzdělávání už od začátku jejich studia a provést politické změny v rámci zdravotnického systému, které podpoří celoživotní vzdělávání, společné vzdělávání různých profesí a praxi založenou na spolupráci s cílem zajistit bezpečnost klientů (pacientů) a kvalitu poskytované péče.



Případová studie

Keňa: Zlepšení dostupnosti bezpečné chirurgické péče

Autoři: Mary Mungai, Hosea Kiptoo, Stephen Thuo a Mark Newton, Keňa

Keňa je země s nízkým až středním národním důchodem a přibližně 52 miliony obyvatel. V zemi je aktuálně nedostatek anesteziologů a očekává se, že náprava situace bude trvat nejméně deset let. V oblastech, kde nejsou anesteziologové k dispozici, zejména na venkově, jsou proto k podávání anestezie školeny sestry.

Program registrovaných anesteziologických sester (Kenya Registered Nurse Anaesthetist, KRNA) byl v Keni spuštěn v roce 2006 a od té doby už vyškolil více než 200 anesteziologických sester, které pokrývají více než 60 % keňských krajů. Učební plán školicího programu je nastaven tak, aby anesteziologickým sestřám, které budou pracovat ve venkovských nemocnicích, poskytl potřebné kompetence pro jejich pracovní kontext. Absolventi jsou tak dobře připraveni na rozsah činností ve své budoucí praxi stanovený v rámci vládního systému. Očividná nezbytnost tohoto školicího programu a úspěchy, kterých dosáhl, vedly k jeho rozšíření do dalších oblastí v Keni s cílem vyřešit tentýž problém s nedostatkem personálu pro podávání anestezie.

Příspěvek v odborném časopise *Anaesthesia & Analgesia* popisuje srovnávací studii nemocnic, kde pracovala anesteziologická sestra vyškolená v programu KRNA (intervence) s nemocnicí, kde žádná z těchto sester nepracovala (kontrolní vzorek). V žádné z nemocnic nebyl anesteziolog. V nemocnicích, kde proběhla intervence, byl vyšší počet pracovníků schopných podávat anestezii a došlo k dramatickému nárůstu provedených chirurgických zákroků.

Samotné sestry, které program KRNA absolvovaly, uvedly, že vzdělání jim poskytlo dostatečné znalosti a řídicí schopnosti, včetně sebejistoty potřebné k péči o těžce nemocné pacienty. Podle autorů studie byl nárůst chirurgických zákroků způsoben především větší sebejistotou v péči o chirurgické pacienty a projevil se zejména v lepší péči v oblasti porodnických operací.

Příprava vysoce kvalifikovaných anesteziologických sester může ve venkovských oblastech Afriky výrazně podpořit dostupnost bezpečných chirurgických zákroků. Rozšíření tohoto školicího programu do dalších lokalit mimo keňské městské oblasti i do dalších zemí by zvýšilo počet poskytovatelů anestezie i kapacitu k provádění chirurgických zákroků.

Potenciální přínos této práce je obrovský. Jedná se o vyzkoušený model, který lze rozšířit do dalších oblastí a který ukazuje, že dobře vyškolení absolventi se mohou po dalším školení sami stát lektory, posiluje zdravotní systémy v odlehlých oblastech a je možné ho použít v jiných nízko- a středněpříjmových zemích, které se potýkají s nedostatkem anesteziologů.

Anesteziologické sestry zvyšují dostupnost chirurgických zákroků a potenciálně tak snižují morbiditu a mortalitu způsobenou stavou, které si chirurgický zákrok vyžadují. Pokud nepodnikneme razantní kroky k řešení nedostatku kvalifikovaných poskytovatelů anestezie v městských i venkovských oblastech zemí s nízkým a středním národním důchodem, bude stávající počet pěti miliard lidí bez přístupu k bezpečné chirurgické péči dále stoupat.

Vyškolené anesteziologické sestry v Keni zvyšují dostupnost bezpečné chirurgické péče.



Bezpečná úroveň personálního zajištění: nekončící výzva

Dr Linda HAiken, ředitelka Centra pro výzkum výsledků zdravotní péče a politiky (Center for Health Outcomes and Policy Research), Claire M. Fagin Leadership Professor ošetrovatelské vědy a profesorka sociologie na University of Pennsylvania, USA, a dr. Matthew McHugh, nezávislý předseda pro vzdělávání v ošetrovatelství a profesor ošetrovatelství na School of Nursing, University of Pennsylvania a náměstek ředitelky Centra pro výzkum výsledků zdravotní péče a politiky

Navzdory mimořádnému technologickému pokroku ve zdravotnictví je v něm po celém světě stále největším zdrojem lidský kapitál. V ošetrovatelství je lidským kapitálem dostatečný počet sester se správnou kombinací různých typů vzdělání, dovedností a zkušeností tak, aby dokázaly pokrýt stále se stupňující požadavky na složitou péči o pacienty ve všech prostředích. ICN¹⁰² tuto skutečnost formálně vyjádřila v roce 2018 ve svém stanovisku požadujícím, aby bylo personální obsazení v ošetrovatelství založeno na důkazech. Jeden ze základních prvků pro dosažení bezpečné úrovně personálního zajištění je prostý: mít dostatek sester vzhledem k tomu, co si péče o pacienty žádá.

Získávání důkazů o bezpečné úrovni personálního zajištění

Důkazy jasně ukazují, že bezpečná úroveň zajištění ošetrovatelského personálu je pro kvalitní a bezpečnou péči o pacienty nezbytná. Vztah mezi personálním obsazením v ošetrovatelství a výsledky lze podle výzkumů najít téměř ve všech hlavních měřítkách kvality a bezpečnosti zdravotní péče včetně mortality, úmrtí v důsledku komplikací, infekcí souvisejících se zdravotní péčí, opakovaných hospitalizací a délky hospitalizací.^{62, 103} Vliv na výsledky byl zjištěn po celém světě bez ohledu na strukturu zdravotnického systému a způsob jeho řízení či financování. Klíčová studie provedená v USA například zjistila, že pravděpodobnost úmrtí pacienta se u každého dalšího pacienta připadajícího na jednu sestru zvyšuje o 7%.¹⁰⁴ Studie provedená v devíti evropských zemích a další samostatná studie v Jižní Koreji dospěly k totožnému závěru.⁶² Výhody dobrého personálního zajištění se přitom neomezují jen na nemocniční prostředí: byly prokázány v dalších částech nemocnic i v jiných zařízeních, jako jsou například pobytová zařízení s ošetrovatelskou péčí.

Vzdělávání jako součást personálního zajištění

Důležitost investic do personálního zajištění se neomezuje jen na počet sester: zásadní je i složení ošetrovatelského personálu. Každý 10% nárůst podílu sester v lůžkové nemocniční péči je spojován se 7% poklesem mortality.⁶² Řada studií také ukázala, že vysokoškolské vzdělání sester vede k lepším výsledkům pro pacienty. Celkově lepší úroveň personálního zajištění a současně vyšší podíl sester s bakalářským vzděláním v lůžkové péči vede k lepším výsledkům, než kdyby se zlepšilo pouze personální zajištění nebo pouze úroveň vzdělání personálu.¹⁰⁵ Evropský parlament nedávno modernizoval svou politiku pro kvalifikaci sester v rámci mobility uvnitř EU a poprvé formálně uznal systém vysokoškolského vzdělání pro profesionální sestry.

Přestože toto nové ustanovení nevyžaduje, aby měly sestry v EU vysokoškolské vzdělání, dává všem členským státům pobídku k tomu, aby toto vysokoškolské vzdělání nabízely. Výsledkem byl vznik bakalářských ošetrovatelských programů v zemích, jako je Německo, kde byly sestry tradičně vzdělávány v rámci středoškolské přípravy na povolání.

Cesta kupředu pro personální politiku

Stanovisko ICN k politice personálního obsazení v ošetrovatelství¹⁰² z roku 2018 je výzvou k uplatnění přesvědčivého množství důkazů v praxi a ke zlepšení personálního zajištění. Přestože politiky pro zajištění bezpečné úrovně personálního obsazení v ošetrovatelství už na řadě míst existují a mají prokazatelný přínos pro pacienty, stále chybí dostatek iniciativ, které by vznik podobných politik prosazovaly. Jedním z důvodů může být omezený počet směrnic v oblasti personálního zajištění, o kterých lze vést diskuzi: většina směrnic pro poměrné zastoupení pracovníků jednotlivých profesí je například nastavená tak, aby se mohly vztahovat na všechny nemocnice. Existují nicméně alternativní řešení, která by bylo možné vyzkoušet, například dát výjimku nemocnicím, které už mají přijatelnou úroveň personálního zajištění i dobré výsledky, a naopak nařídít zlepšení personálního zajištění v ošetrovatelství nemocnicím, které jsou na tom v této oblasti nejhůře. Důkazy svědčí o tom, že právě v těchto nemocnicích je zapotřebí náprava a povinnost dodržet stanovený poměr pracovníků tady má nejvyšší přínos.¹⁰⁶ Podobné nařízení také může jít ruku v ruce s programy rozvoje pro pracovníky v ošetrovatelství a cílenými pobídkami pro práci v nemocnicích se špatným personálním obsazením, aby byl zajištěn dostatek pracovníků pro splnění cílů takového nařízení. ICN ve svém stanovisku doporučuje, aby národní sesterské organizace ve spolupráci s vládou podporovaly zavedení politik pro bezpečnou úroveň personálního zajištění a také provedení studií k vyhodnocení těchto politik. Státy by měly zvážit provedení podobných kroků, k jakým se rozhodl australský stát Queensland. Místní postup zahrnuje empirické ověření jednotlivých strategií, aby bylo možné dobře porozumět přínosům a nákladům na jednotlivé strategie pro globální komunitu.

Závěr

Důkazy hovoří jasně: dostatečný počet sester, ideálně alespoň s bakalářským vzděláním, a zajištění většiny péče o pacienty v nemocnicích profesionálními sestrami má vliv na výsledky pacientů. Výzvou do budoucna je podniknout nezbytné investice do lidského kapitálu ve zdravotnictví a realizovat a vyhodnotit intervence v oblasti zdravotnické politiky tak, aby mohl z přínosů ošetrovatelské profese ke zdraví těžit každý.

Bezpečná úroveň personálního zajištění: zlepšení výsledků zdravotní péče a pracovního prostředí. Vzorový model použitý ve státě Queensland, Austrálie

Autor/ka: Vládní kancelář pro otázky ošetřovatelství a porodní asistence, Queensland

Ministerstvo zdravotnictví australského státu Queensland zavedlo 1. července 2016 směrnici stanovující minimální počet sester vůči počtu pacientů v 27 veřejných nemocnicích. Studie dopadů této směrnice ukázaly, že zvýšení počtu ošetřovatelského personálu bylo spojeno s lepšími výsledky jak pro pacienty, tak pro sestry na chirurgických i nechirurgických odděleních péče o dospělé. Průzkum mezi personálem zaznamenal v důsledku nové směrnice pozitivní změny včetně „času potřebného na poskytnutí nezbytné péče“ a „doby do zaznamenání změny ve stavu pacientů“, větší spokojenost pracovníků a méně případů vyhoření, nižší míru označení bezpečnosti či prevence infekcí v nemocnici jako nevyhovujících a vyšší pravděpodobnost, že by personál nemocnici doporučil rodině a přátelům. Podle provedené analýzy dat se odhaduje, že díky legislativní změně se snížil počet úmrtí o 145, počet opakovaných hospitalizací o 255 a počet dní hospitalizace o 29 222.

I když zákonem stanovený minimální počet sester vůči počtu pacientů přinesl významné pozitivní změny, ve státě Queensland existovala už před jeho zavedením schémata pro stanovení potřebné úrovně personálního zajištění ošetřovatelského personálu podle akutnosti stavu pacientů a typu klinického prostředí. Na queenslandském ministerstvu zdravotnictví se používá nástroj Business Planning Framework: A tool for nursing and midwifery workload management, který byl poprvé zaveden v roce 2001 a je pro správu lidských zdrojů v ošetřovatelství a porodní asistenci povinný.



Využití technologického potenciálu pro lepší zdraví

Upraveno z článku, jehož autorkou je prof. Petrie F. Roodbol, profesorka ošetrovatelské vědy, univerzitní zdravotní středisko a Hanze University of Applied Sciences Groningen, Nizozemsko

Potenciál technologií vyřešit stávající problémy a výzvy ve zdravotnickém sektoru stále roste. Nové digitální možnosti zvyšují výkonnost zdravotnických systémů a jejich schopnost adaptace, flexibility a pružnosti tak, aby dokázaly vyhovět potřebám pacientů, personálu i společnosti. Technologie také mohou podpořit přístup ke zdravotní péči se zaměřením na pacienta a na kvalitu jeho života. „Digitální zdravotní péče“ (*digital health*) je stále důležitější součástí výkonných zdravotnických systémů.

V dnešní době se pracuje na vývoji technologií určených speciálně pro sestry a jejich každodenní úkony, jako je například použití videa k pozorování pacientů, inteligentní toalety pro monitorování zdravotního stavu, nástroje k vyhledání žíly pro snazší zavedení intravenózní kanyly, chytré stetoskopy, které dokážou zachytit a analyzovat srdeční zvuky, 3D tisk určený k rozvoji nového zdravotnického vybavení, jako jsou například dlahy, a elektronické zdravotnické záznamy údajů o pacientech.

Přestože ale technologie mají potenciál péči zlepšit, přináší s sebou také nechtěné vedlejší účinky, možnost poruch a další potenciální nežádoucí události. Technologie tedy mají i svá rizika. Zdravotnický personál po celém světě využívá tisíce různých typů zdravotnických prostředků a problémy spojené s technologiemi jsou tak nevyhnutelné. Mezi běžné příklady patří stále složitější zařízení, která zvyšují pracovní zátěž sester, nekvalitní rozhraní mezi

jednotlivými zařízeními, které znemožňuje přístup k informacím, nižší míra zapojení pacientů a kontakt s nimi a další problémy v oblasti bezpečnosti a soukromí pacientů.

Mezi nejběžnější důvody, proč technologie nedostojí očekáváním, patří tyto: 1. nevyhovující provedení, které nebere v úvahu lidský faktor, 2. rozhraní, které nevyhovuje požadavkům prostředí, kde se o pacienta pečuje, 3. nepromyšlené zavádění nové technologie do praxe a 4. nedostatečná podpora a údržba technologií.¹⁰⁷ Jednoduše řečeno se tedy jedná o nedostatek zapojení a spolupráce se zdravotníky v první linii.

Řada aplikací pro digitální zdravotní péči není určena konkrétně pro sestry a jejich používání je proto pro sestry komplikované. Kupříkladu vývoj elektronických záznamů o pacientech se soustředí na lékařské záznamy a sestry proto musí svá pozorování a zjištění vyplňovat na řadě různých míst, což je stojí mnoho času a vyžaduje to pokročilou znalost práce s počítačem. Zkracuje se tak čas, který mají sestry k dispozici pro přímou péči o pacienty: v té přítom spočívá hlavní síla a hodnota ošetrovatelství.

Technologie sice mohou v poskytování zdravotní péče znamenat značný pokrok, jejich výhod ale nebudeme moci plně využít, pokud aktivně nezapojíme zdravotnické pracovníky v první linii. WHO¹⁰⁸ proto doporučuje následující:



1 Vytvořit pro oblast technologií směrnice a průběžně je vyhodnocovat



2 Dbát na to, aby použité technologie splňovaly mezinárodní standardy



3 Dbát na to, aby byly do rozhodování zapojeny všechny zúčastněné strany



4 Zapojit se do tvorby směrnic organizace.

- 1 Sestry, které zajišťují přímou péči o pacienty, by měly být zapojeny do tvorby a vyhodnocování směrnic institucí a organizací i do tvorby veřejné politiky v oblasti technologií.
- 2 Sestry, které zajišťují přímou péči o pacienty, se mohou zasadit o to, aby jimi používané technologie splňovaly mezinárodní standardy kvality a bezpečnosti a technické specifikace potřebné k požadovanému výkonu v daném klinickém prostředí.
- 3 Sestry, které zajišťují přímou péči o pacienty, se mohou zasadit o to, aby se na úrovni instituce rozhodovalo s ohledem na jejich názory a názory dalších důležitých zúčastněných stran.
- 4 Sestry, které zajišťují přímou péči o pacienty, by se měly v rámci své organizace zapojit do tvorby směrnic a procesů, které se týkají údržby, školení, monitorování a hlášení nežádoucích událostí v souvislosti s používáním technologií.

Vzhledem k tomu, že technologie neustále mění způsob poskytování zdravotní péče i ošetrovatelskou praxi, musí být sestry zapojeny do jejich navrhování, vývoje, zavádění a používání v praxi i do výzkumu nových technologií.

Případová studie

USA: Použití dronů k přístupu do nedostatečně obslužených oblastí

Autorky: Teresa Tyson a Paula Hill Collins, USA

Health Wagon je klinika vedená sestrami založená v roce 1980. Jejím cílem je poskytovat péči lidem bez zdravotního pojištění nebo s nedostatečným pojištěním ve venkovské oblasti Appalačského pohoří v americkém státě Virginie. Health Wagon je nejstarší bezplatná mobilní klinika v zemi založená za účelem poskytování kvalitní a soucitné zdravotní péče lidem s nedostatečným přístupem ke zdravotním službám. Lidé, o které klinika pečuje, patří mezi vůbec nejchudší obyvatele USA, a práce kliniky tak každý den pomáhá zachraňovat životy a zvrátit trend stále se prohlubujících zdravotních nerovností. Její postup je založený na místní organizaci, aktivním získávání zdrojů a používání technologií, které předtím v centrální appalačské oblasti nikdo neviděl.

Jednu z překážek pro poskytování zdravotní péče v této oblasti představují hory a náročný terén; další překážkou je pak chudoba. Health Wagon se snaží tyto překážky překonat tím, že za pacienty cestuje do jejich domovů. Není výjimkou, že tým mobilní kliniky najezdí denně okolo 240 kilometrů do odlehlých oblastí, aby se mohl postarat o pacienty s omezenou nebo vůbec žádnou možností dopravy. Ordinující sestry se každý den setkají až se 100 pacienty, kterým zajišťují posouzení, management a léčbu založené na kompetencích k provádění základních fyzických prohlídek a na podrobných anamnézách. Pro většinu pacientů je to při jejich první návštěvě kliniky poprvé po řadě let, co se setkávají s poskytovatelem primární péče. Řada z nich má neřešené problémy jako vysoký krevní tlak a cukr a problémy v oblasti duševního zdraví spojené s chronickými nemocemi.

V roce 2015 sehrála klinika Health Wagon ve spolupráci se společností Flirtey, výzkumným centrem NASA Langley a dalšími partnery zásadní roli při vůbec první dodávce léků drony v historii USA schválené federálním úřadem pro letectví. Léky jsou nejprve dopraveny na letiště Lonesome Pine Airport ve Wise ve Virginii dálkově řízeným letounem NASA s pevnými křídly. Následně jsou léky doručeny přímo pacientům pomocí šestirotorového dronu. Využití dronů k dodávkám léků je skvělou příležitostí, jak přispět k zajištění potřebných léků pro naše pacienty. Ve spádové oblasti kliniky Health Wagon se jezdí po klikatých silnicích a každá cesta do nejbližší lékárny nebo nemocnice trvá velice dlouho. Hodiny jízdy zabere i cesta na hlavní (nemobilní) zásobovací kliniku, kde jsou uloženy potřebné zásoby. Dron použitý k první cestě se má stát součástí kolekce muzea Smithsonian National Air and Space Museum.

Klinika Health Wagon zůstává i nadále na špičce zdravotnických inovací v regionu se zásadním nedostatkem zdravotní péče a nadále slaví úspěchy díky neutuchajícímu odhodlání, úsilí a zápalu pro věc dvou sester s rozšířenými kompetencemi: dr. Teresy Tyson a dr. Pauly Hill Collins.

Uznání a odměna: jak může zdravotnický systém zabránit sestřám v odchodu z profese

Dr Pilar Espinoza, San Sebastian University, Chile, a dr. Marina Peduzzi, Sao Paulo University, Brazílie

V řadě zemí představují sestry a porodní asistentky více než 50 % veškerého zdravotnického personálu, očekává se ale, že do roku 2030 bude v těchto profesích chybět více než devět milionů pracovníků. To bude mít dopad jak na bezpečnost pacientů, tak na kvalitu péče.⁹⁴ Vzhledem k chronické povaze nedostatku sester je nutné přistoupit k analýze pracovní síly v ošetrovatelství z nové perspektivy a vyhnout se čistě numerickým úvahám. Musíme se zblízka podívat na to, proč sestry profesi opouštějí a co můžeme udělat pro to, abychom je v ní udrželi a pomohli tak tento chronický nedostatek vyřešit.

Existuje řada důvodů, proč sestry začnou zvažovat odchod z profese. Mezi běžné faktory patří po celém světě tyto: problém ztotožnit se se stereotypy o profesi (pečující povaha, ochota sloužit, altruismus, pomocník lékaře), značné nároky, které profese na člověka klade, a to fyzické, emocionální i psychologické, nedostatek uznání,¹⁰⁹ špatné pracovní podmínky co do velké pracovní zátěže i pracovní kultury, morální újma neboli nemožnost jednat v souladu se svými morálními hodnotami, závazky a profesní odpovědností vzhledem k interním a externím omezením daným špatně fungujícím zdravotnickým systémem¹¹⁰ a konečně potíže sladit pracovní a rodinný život.

Jak dostupná literatura, tak zkušenosti profesionálů v nemocnicích a dalších specializovaných službách ukazují, že hierarchie vztahů, která nutí sestry do pozice podřízených bez možnosti vyjádřit pochybnost, centralizované rozhodování v manažerské i klinické oblasti bez účasti sester a omezení profesní autonomie společně

vytváří nestabilní a neuspokojivé prostředí pro výkon činnosti, utlumuje osobní zaujetí pracovníků a komplikuje jejich udržení.

Máme ale i dobré zprávy. Existují jednoduché a účinné strategie, jak tyto překážky odstranit a míru fluktuace v ošetrovatelství snížit. Studie provedené v různých koutech světa ukazují, že zlepšení spokojenosti ošetrovatelského personálu s prací vyžaduje: ztotožnění s profesionálními členy týmu, mezilidské vztahy založené na důvěře a podpoře, vysokou míru soudržnosti členů ošetrovatelských týmů, fungující komunikaci, jasnost ohledně rolí, sdílené cíle a rozhodování, a to zejména ve spolupráci lékařů a sester.^{111, 112} Příprava, podpora a nabídka dalších možností, flexibilita v plánování směn, správné zdroje a dostatek času na provedení všech úkonů péče o pacienty dále zvyšují spokojenost v pracovním životě a omezují myšlenky na změnu nebo odchod.

Je důležité zdůraznit, že i v rámci ošetrovatelství mohou být rozdíly v tom, co sestry ke spokojenosti v práci potřebují. Sestry s rozšířenými kompetencemi například pro pocit naplnění potřebují, aby jim jejich práce dávala smysl, zatímco sestry v intenzivní péči zdůrazňují potřebu flexibilních směn a adekvátních zdrojů pro výkon práce. Jiné požadavky na spokojenost s prací mají také sestry z různých generací, zejména co se týče vnímání stresu, vyhoření a záměru opustit zaměstnání.^{113, 114}



Odměna

Relevantní součástí strategie lidských zdrojů každé organizace, která může podpořit spokojenost ošetrovatelských pracovníků s jejich prací a zabránit jim v odchodu, je také odměna – finanční i nefinanční – za odvedenou práci a činnost.¹¹⁵

Finanční odměny zahrnují finanční ohodnocení konkrétních kompetencí nebo dovedností a mimořádných výkonů a bonusy. Mezi nefinanční odměny patří mimo jiné rozšíření pole působnosti, vyjádření ocenění a uznání ze strany nadřízeného, spravedlivé zacházení na pracovišti, vyšší status, včasné poskytování zpětné vazby, stabilita zaměstnání a podpora ze strany nadřízených.¹¹⁶

Studie z různých zemí uvádí pozitivní vztah mezi nefinančními odměnami a větším nasazením a spokojeností s prací i nižší fluktuací a menším počtem sester, které zvažují odchod z práce. Iniciativy, které pracovníkům nabízí uznání, mají pozitivní vliv na spokojenost s prací, a ty, které k problematice přistupují komplexněji – například odměny, které zvyšují profesionální autonomii, podporují zapojení do rozhodování, vyjadřují respekt a trvalou podporu, zprostředkovávají profesní rozvoj nebo nabízí flexibilitu pro lepší rovnováhu pracovního a rodinného života – mohou představovat inovativní strategii v systému odměn dané organizace.

Existují osvědčené programy, jako je například program Magnet v USA, které podporují vysokou míru spokojenosti s prací, autonomie a profesního uznání pro sestry pracující v dané zdravotnické organizaci.¹¹⁷ Ocenění DAISY je mezinárodní program vyjadřující ocenění sestrám, kterým se díky vynikající práci podařilo významným způsobem přispět k lepší zkušenosti pacientů a jejich rodin s poskytovanou péčí. Cena podporuje pozitivní a zdravé pracovní prostředí a větší loajalitu k profesi a organizaci.¹¹⁸

Jednou z překážek, kterou je třeba v rámci řešení nedostatku sester a dalších ošetrovatelských pracovníků odstranit, je nutnost zvýšit obecné povědomí i práci sester a zlepšit tak viditelnost a uznání profese. To je možné pouze zapojením všech, kdo jsou spoluzodpovědní za úspěch a kvalitu zdravotních služeb: manažerů zdravotnických systémů a organizací, poskytovatelů služeb, zdravotníků, pacientů, rodin a komunit.

Tento přehled ukazuje, že je pro ošetrovatelskou praxi potřeba vytvořit nové možnosti. Na manažerské a politické úrovni musíme umožnit větší flexibilitu pracovních úvazků a pracovní doby a zajistit lepší pracovní podmínky. Na zdravotnické úrovni musíme sestrám umožnit užší spolupráci s jejich pacienty, rodinami a komunitou. Tento nový rámec praxe by měl srozumitelným způsobem upravovat činnost sester v oblasti podpory zdraví, prevence zdravotních rizik a opětovného nabytí zdraví. Měli bychom také dát sestrám příležitost zapojit se do budování zdravotních systémů zaměřených na zdraví lidí a celé populace. Podpora integrace úkonů a služeb poskytovaných různými profesemi nám může pomoci překonat značnou roztržitost, která snižuje kvalitu zdravotní péče.



Rozšiřování kapacity pracovní síly

Professor James Buchan, School of Nursing, Midwifery and Health, University of Technology, Sydney, Austrálie, a prof. Cities Dussault, IHMT, Universidade Novo de Lisboa, Portugalsko

Ošetrovatelská profese je největší zdravotnickou profesí na světě. Pokud má poptávka po ošetrovatelských službách odpovídat nabídce, je zapotřebí, aby se zdravotnické systémy zabývaly plánováním pracovní síly v ošetrovatelství a zajistily tak její udržitelnost. Často se ale v tomto kontextu podceňují nebo ignorují omezení, s kterými je toto plánování spojené.

Nedostatek sester nelze vyřešit odděleně od problémů zdravotnictví jako celku. Plánování pracovní síly může pomoci k lepšímu využití sester, které jsou k dispozici, a můžeme jeho prostřednictvím zjistit, kolik jich bude potřeba v budoucnu. Pokud se do strategického plánování pracovní síly investuje dostatek zdrojů a je směřováno efektivně, může být velice přínosným nástrojem pro zlepšení dostupnosti, přístupnosti a kvality pracovní síly,¹¹⁹ a to v podobě předvídání budoucích potřeb (pracovníci, kompetence, kombinace dovedností, počty) a analýzy dopadů různých možných scénářů. Racionální plánování založené na platných a spolehlivých datech a informacích je klíčem k informovanému rozhodování o budoucí pracovní síle v ošetrovatelství. Efektivní plánování je zapotřebí i pro adaptaci a optimalizaci využití stávající pracovní síly v ošetrovatelství. Stručně řečeno, plánování pracovní síly je prostředkem, jak zlepšit zdravotnické služby a zdraví populace zajištěním lepší dostupnosti sester s potřebnými dovednostmi, a to jak teď, tak v budoucnu.

Víc než jen plánování

Může účinné plánování pracovní síly „vyřešit“ nedostatek sester? Nedostatek sester je často symptomem hlubších problémů ve zdravotnictví nebo společnosti. V řadě zemí

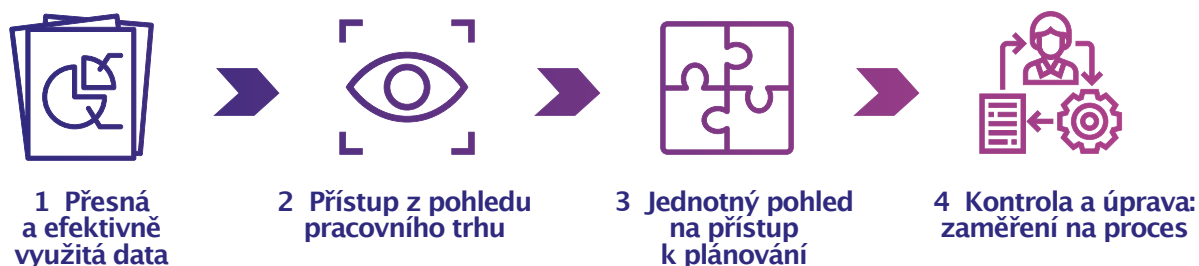
světa a zdravotnických systémů je ošetrovatelství stále podceňováno jako „ženská práce“ a sestry mají k dispozici jen omezený přístup ke zdrojům, které by jim umožnily efektivně vykonávat svou práci a budovat svou kariéru. Důležitým cílem je zlepšit každodenní plánování personálního zajištění vzhledem k pracovní zátěži. Jak zdůrazňuje ICN: „Nedostatek ošetrovatelského personálu, případně nedostatek personálu s potřebnými dovednostmi, pro naplnění potřeb pacientů vede mimo jiné k neudržitelné pracovní zátěži a má negativní dopad na zdraví a kvalitu života zaměstnanců. (...) Je potřeba zavést systémy pro plánování pracovní síly, které dokážou skloubit potřeby pacientů a komunit s nabídkou ošetrovatelské pracovní síly.“¹⁰²

Dále je zapotřebí jasné vymezení rolí a lepší rovnováha mezi počtem registrovaných sester, lékařů, dalších zdravotníků a podpůrného personálu. Množství vědeckých poznatků o potřebné kombinaci ošetrovatelských dovedností se rychle rozrůstá a řada jich zdůrazňuje pozitivní vliv výrazného zastoupení zkušených vysokoškolsky vzdělaných sester a také ordinujících sester a dalších sester v rolích s rozšířenými kompetencemi.¹²¹

Efektivní plánování pracovní síly může zmírnit některé z nejhorších dopadů nedostatku pracovníků, nesmíme ale zapomínat, že tento nedostatek je také symptomem problémů v širším zdravotnictví, financování a společnosti. Dokud řádně neporozumíme těmto problémům, je tu riziko, že sebelepší využití dostupných důkazů k efektivnímu plánování povede jen k opakování nedostatečných a často i nevhodných politických reakcí na nedostatek personálu.



Obr 2: Čtyři podmínky pro úspěšné plánování pracovní síly



- 1 Žádná země nemůže očekávat, že se jí podaří zajistit efektivní plánování bez informačního systému pro lidské zdroje (Human Resources Information System, HRIS), který umožní formulování a testování směrnic a podpoří odpovědné činitele, edukátory i management v plánování, nábore, odměňování, nasazování, školení i řízení ošetřovatelských pracovníků. Mezi daty by neměly chybět údaje o demografických ukazatelích, vzdělání a zaměstnání.¹²⁰ Výchozím bodem by měl být audit stávající pracovní síly v ošetřovatelství a souvisejících informací.
- 2 Data jsou nutná, současně je ale potřeba chápat, že pracovní síla je dynamický faktor. V každém jednotlivém okamžiku sestry vstupují na trh práce a odcházejí z něj, mění zaměstnání, sektory, regiony a země. Zachycení těchto pohybů na trhu práce je pro plánování pracovní síly zásadní. Příkladem politik, které mohou zmírnit problém s nedostatkem sester, může být:¹¹⁹ zvyšování kapacity vzdělávacích institucí a současně sladění učebních plánů se zdravotními prioritami populace, realizace strategií pro přilákání, nábor a udržení kvalifikovaných kandidátů v ošetřovatelské profesi, rozšíření a posílení rozsahu činností sester tak, aby byla tato profese atraktivnější a zvýšila se její efektivita, nová školení a rozšiřování dovedností pro stávající personál a dodržování kodexu WHO pro nábor zahraničních pracovníků, pokud se zvažují možnosti přijímání pracovníků ze zahraničí a bilaterálních toků sester.
- 3 Cílem procesu strategického plánování pracovní síly na celostátní úrovni by mělo být vydání prohlášení o záměru a cíli v oblasti řízení pracovní síly v ošetřovatelství, na kterém se všichni shodnou a které bude založeno na vědeckých důkazech. Vytvoření takového dokumentu není samoúčelné: jedná se o proces, během něhož bude potřeba zajistit zapojení zúčastněných stran, stanovit priority a aktuální omezení, vytvořit profil stávající a očekávané pracovní síly v ošetřovatelství v krátkodobém, střednědobém i dlouhodobém horizontu a začít formulovat plánovanou politiku. Doporučeným výchozím bodem je svolání celostátního setkání všech zúčastněných stran.¹⁰² Toto prvotní diskuzní setkání by se zaměřilo na definování hlavních problémů v oblasti pracovní síly v ošetřovatelství a na to, co lze podniknout pro jejich nápravu a kdo to může zajistit. Na tomto setkání by měli být přítomni zástupci občanské společnosti, ministerstev, státních organizací, zdravotnických profesí, regulačních úřadů, zaměstnavatelů, vzdělávacího sektoru a neziskových organizací, aby mohla být diskuze skutečně všestranná.
- 4 Aby byl proces plánování udržitelný a nebyl považován jen za „jednorázové“ řešení, je nutné nastavit pravidelný cyklus přezkoumání a doladění jeho obsahu a realizace. Je důležité si uvědomit, že udržitelný přístup vyžaduje flexibilní plánovací proces, nikoli „plán“ pro realizaci v jednom konkrétním okamžiku.

Případová studie

Eswatini (dříve Svazijsko): Posílení kapacity na zajištění všeobecně dostupné zdravotní péče

Autoři: Colile P. Dlamini, Bonsile Nsibandze, Tengetile R. Mathunjwa–Dlamini, Elizabeth Macera, Eileen Stuart–Shor a Cynthia H. Dlamini, Eswatini (dříve Svazijsko)

Království Eswatini je malý vnitrozemský stát v jižní Africe, kde žije přibližně 1,3 milionu obyvatel, z toho 80 % ve venkovských oblastech. V zemi panuje nedostatek zdravotnických pracovníků a vysoká zátěž infekčními nemocemi, problémy v oblasti zdraví matek a perinatálního období, neinfekčními nemocemi a malnutricí. Navzdory působivým úspěchům dosaženým od roku 2011 ve snížení incidence HIV/AIDS je Eswatini i nadále zemí s nejvyšší zátěží HIV/AIDS na světě: 26 % obyvatel země je aktuálně HIV pozitivních. Eswatini je současně mezi africkými státy třetí na žebříčku úmrtnosti na neinfekční nemoci.

Vzhledem k tomu, že většina obyvatel žije na venkově a počet pracovníků ve zdravotnictví je omezený, je pro zajištění všeobecně dostupné zdravotní péče zásadní posílení primární péče.

Dosažení tohoto cíle v Eswatini vyžaduje nové způsoby uvažování a poskytování péče zaměřené na komunitu, kde je péče potřeba. V současnosti máme k dispozici množství důkazů o tom, že sestry s rozšířenými kompetencemi poskytují klinicky i finančně efektivní péči. Vzhledem k vysoké zátěži nemocemi a k problémům v naplňování potřeb obyvatel s omezeným přístupem ke zdravotní péči spustila Eswatinská univerzita vysokoškolský program pro ordinující sestry se zaměřením na péči o rodinu.

Tříletý program ordinující sestra specialista na rodinnou praxi vzdělává sestry, které budou schopné zajistit lepší a rychlejší přístup k péči, omezit množství komplikací a odesílání ke specialistům kvůli pozdnímu poskytnutí péče a zajistit zejména v komunitním prostředí kulturně i jazykově adekvátní služby. Tyto sestry také překlenou mezeru mezi registrovanými sestrami a lékaři a budou spolupracovat s dalšími zdravotníky na zajištění komplexní primární péče.

Studenty programu jsou registrované sestry ze všech částí země, z nichž řada má za sebou dlouholetou praxi. Náročný studijní program od nich vyžaduje dlouhé cestování, aby se mohly účastnit praktické výuky. Studium není jednoduché, ale studenti se tím nenechávají odradit: chápou svoji roli a předvídají změnu, kterou budou znamenat pro eswatinské zdravotnictví, pokud dokážou zajistit kvalitní a bezpečnou primární péči pro skupiny obyvatel, které k ní zatím nemají dostatečný přístup.

V programu momentálně studují tři ročníky studentů a první z nich by měli absolvovat v říjnu 2020.

Program nabízí řešení některých z řady problémů, kterým eswatinské zdravotnictví čelí. Tato nová generace sester s rozšířenými kompetencemi má vynikající postavení pro poskytování kvalitní, finančně dostupné, kulturně relevantní a komplexní péče zaměřené na klienta v různorodých komunitách s omezeným přístupem ke zdravotní péči a bude mít významný vliv na naši schopnost zajistit všeobecnou dostupnost zdravotní péče.



CO CHCEME ROKEM SESTER SDĚLIT SVĚTU

Howard Catton, výkonný ředitel ICN

Mezinárodní den sester 2020 bude opravdu výjimečný. Letos neslavíme jen jeden den, dokonce ani jen jeden týden. Celý rok 2020 patří nám! Co chceme Mezinárodním rokem sester a porodních asistentek vyhlášeným na rok 2020 sdělit světu? Jak nejlépe využít tuto jedinečnou příležitost k tomu, abychom změnili pohled na ošetrovatelství a zajistili, že bude v budoucnu doceněn jedinečný přínos sester ke kvalitě života lidí po celém světě?

Dosáhnout uznání pro ošetrovatelskou profesi na globální úrovni je bezpochyby fantastický úspěch. Měli bychom se radovat z tohoto ocenění všeho, co ošetrovatelství dělá, jak daleko jsme došli a čeho jsme dosáhli: tím ale možnosti roku 2020 nekončí! Musíme letošní rok využít jako příležitost k zásadní změně pohledu na ošetrovatelství a zajistit tak požadované výrazné investice do této profese. Potřebujeme, aby letošní uznání důležitosti ošetrovatelství vedlo k posílení role ošetrovatelství na vedoucích pozicích a ke změně představ veřejnosti o profesi. Rok 2020 není jen rokem oslav, ale také rokem pro trvalou změnu. Musíme proto přemýšlet o tom, jaké základy potřebujeme vybudovat. Až pak dozní pochvalné proslovy a záře reflektorů celosvětového zájmu se přesune jina, zůstane nám infrastruktura, na jejímž základě budeme moci začít jednat.

Jaké změny chceme?

Jak zmiňuje několik autorů této zprávy, v první řadě se musíme zaměřit na nedostatek sester. To vyžaduje jednak přilákání většího počtu sester do ošetrovatelské profese a jednak udržení těch sester, které už máme. Jak na to? Zlepšením pracovních podmínek, platů, respektu, hodnoty a odměn. A to vše vyžaduje investice. Jak prohlásil dr. Tedros ve svém projevu na kongresu ICN v roce 2019: „Všeobecné dostupnosti zdravotní péče a cílů udržitelného rozvoje v oblasti zdraví jednoduše nemůžeme dosáhnout, pokud neposílíme postavení a zdroje sester a porodních asistentek a nevyužijeme jejich schopností.“¹²² Když mluvíme o zlepšení dostupnosti zdravotní péče, máme tím

ve skutečnosti na mysli dostupnost zdravotnických pracovníků. Bez zdravotníků zdraví nedocílíme!¹²³

Zadruhé musíme využít potenciál sester s rozšířenými kompetencemi a rozšířit role sester: právě ty jsou klíčem k naplnění globálního programu v oblasti zdraví, realizaci nových modelů péče, boji s chronickými nemocemi a podobně. Toho docílíme odstraněním regulačních překážek k rozšířenému rozsahu činností, prezentací dostupných důkazů, na kterých můžeme vybudovat nové služby a ovlivnit zdravotnickou politiku, a – co je opravdu důležité – vysláním většího počtu sester do vedoucích pozic, kde se mohou stát vedoucím hlasem a vnést do debaty odborné znalosti, rady a důkazy o tom, čím může ošetrovatelství přispět k inspiraci, rozvoji a realizaci politiky.

A za třetí, když hovoříme o ošetrovatelství, musíme hovořit také o genderových rolích a nerovnosti. To je nerozlučně spjata s vnímáním naší profese. Tak jako se v současnosti koncept toho, co to znamená být ženou, stále více vzdaluje od tradičních stereotypů, i mýty o ošetrovatelství je potřeba uvést na pravou míru. Pokud máme být schopni řešit nerovnost ve světě, musíme být schopni nejprve vyřešit nerovnosti v naší profesi a posílit prestiž ošetrovatelství.



Jak můžeme těchto změn dosáhnout?

Abychom mohli těchto změn dosáhnout, potřebujeme silnější a efektivnější národní asociace sester. Právě ty tvoří základ solidarity a soudržnosti mezi sestrami. Všichni příslušníci ošetrovatelské komunity se musí semknout a společně podporovat a prosazovat ošetrovatelství s cílem zajistit lepší zdraví pro pacienty. Ošetrovatelství je nejpočetnější zdravotnická profese, která se současně těší největší důvěře, a asociace sester proto mohou vyvinout obrovskou sílu pro dosažení zlepšení a změn.

Asociace sester ví, jak vypadá realita v praxi, a mohou shromáždit informace o tom, co funguje, co nefunguje, co je důležité pro pacienty a pro lidi a co mění výsledky zdravotní péče. To jsou pestré a přesvědčivé důkazy, které mohou asociace použít jako stavební kameny k tvorbě politiky. Asociace sester jsou zdaleka nejmocnější nástroj, protože přináší k jednacímu stolu zkušenosti z prvních linií a současně za nimi stojí obrovská síla a důvěryhodnost sester z celého spektra ošetrovatelské profese. Asociace sester jsou hybnou silou nejen ke zlepšení v ošetrovatelství a zdravotní péči, ale i v oblasti sociálních změn, lidských práv a spravedlnosti pro jednotlivce, rodiny i celé komunity.

Náš program překračuje hranice zdraví. V dnešní době nemůžeme ignorovat problémy, jako jsou lidská práva, spravedlnost a rovnost. Je právem a povinností sester hovořit jménem našich pacientů i o těchto problémech. Ošetrovatelství má jasně dané zásady a hodnoty, jako je zaměření na člověka, rovnost a dodržování práv, a právě to nám dává oprávnění a důvěru k tomu, abychom jednali jako zastánci těchto zásad.

Přesah za hranice

Národní asociace sester jsou důležitým hybatelem změn, problémy, kterým země čelí, ale nikdy nejsou jen problémem dané země. Ovlivňuje je to, co se děje v sousedních zemích, ať už se jedná o otázky migrace, mobility nebo změny klimatu. To jsou zásadní problémy, kterým dnes země i jejich sousedé čelí a jejichž řešení proto vyžaduje spolupráci napříč těmito zeměmi.

Mezinárodní povaha zdravotní péče a globální síly, které utváří náš svět, jsou důvody, proč potřebujeme mezinárodní orgány, jejichž prostřednictvím můžeme spolupracovat. Proto také potřebujeme organizaci, jako je ICN. Kdyby Ethel Gordon Fenwick a její kolegové nezaložili ICN před 120 lety, museli bychom ji vytvořit teď!

Musíme udělat víc pro spolupráci s našimi sousedy a v rámci našich regionů. ICN každoročně vysílá na Světové zdravotnické shromáždění delegaci sester, aby se zasazovaly o témata důležitá pro naši profesi, stejně tak ale musí být sestry zastoupené v regionálních rozhodovacích orgánech WHO a musí zde působit se stejnou efektivitou a razancí. Musíme také navázat užší spolupráci se sestrami působícími v regulačních orgánech, vzdělávání, vládě, nemocnicích a na klinikách. Asociace mají ideální postavení k tomu, aby tyto vztahy na regionální úrovni navázaly, aby tyto sestry kontaktovaly a rozvinuly novou partnerskou spolupráci a propojily všechny skupiny v rámci ošetrovatelské profese. Musíme zprostředkovat komunikaci všech členů naší profese mezi sebou, nemůžeme ale mluvit jen spolu. Jako profese musíme komunikovat také s dalšími profesními subjekty, ať už jsou to politická uskupení, technologické společnosti či osobnosti ve sportu, médiích a průmyslu. Stačí se zamyslet nad tím, jaká skutečně účinná sociální hnutí jsme viděli u jiných skupin. Pokud si chceme zajistit pozornost a dosáhnout našich cílů, musíme vzhledem ke složitosti a propojenosti našeho světa překračovat hranice našich států i naší profese.

Síla ošetrovatelství

Nepodceňujme sílu, kterou máme: sílu v počtu, v našich asociacích, v důvěře veřejnosti a v hodnověrnosti mimořádné práce, kterou odvádíme. Udělali jsme toho už opravdu hodně, ale je toho ještě tolik, co můžeme dokázat! Síla a potenciál toho, co můžeme udělat nejen pro sebe, ale pro zdraví naší planety, jsou neomezené. Potřebujeme k tomu ale organizaci a soudržnost. Nezbytné struktury už jsme si vybudovali a teď bychom na nich měli stavět.

Stačí se podívat na fenomenální úspěch kampaně Nursing Now a na to, čeho za tak krátký čas dosáhla! Kampaň Nursing Now byla spuštěna v roce 2018 a její skupiny už byly vytvořeny ve více než 100 zemích.

Naší vizí je spojit sílu a potenciál nově vytvořených skupin Nursing Now se silou a vlivem zavedených národních asociací sester a společně vytvořit novou hybnou sílu změn.

Rok 2020 není konec, ale začátek: je to příležitost, jak obrátit nový list, není to ale cíl naší cesty. Naše profese je nepostradatelná a nezastavitelná a společně dokážeme, že ošetrovatelství je síla pro zdravější svět!



LITERATURA

1. Lynaugh, J.E. and B.L. Brush, The ICN Story – 1899-1999. *International Nursing Review*, 1999. 46(1): p. 3-8.
2. Professor Marie Carney, 2019, Twelve Decades of the International Council of Nurses, located: <https://icntimeline.org/1940-1949/0007.html> (accessed 14/02/2020)
3. Bloom, H., Robert Penn Warren's all the king's men. 1987, New York: Chelsea House Publishers.
4. Aiken, L.H., et al., Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 2014. 383(9931): p. 1824-30.
5. Nightingale, F., *Sick-Nursing and Healthy-Nursing in Burdett-Coutts*, A.G., 1893. Woman's mission; a series of congress papers on the philanthropic work of women, by eminent writers. 1893, London: Marston & Company, Limited.
6. Rafferty, A.M., et al., *Germs and Governance: The Past, Present and Future of Hospital Infection, Prevention and Control*. In Press: Manchester University Press.
7. Rafferty, A. and R. Wall, An Icon and Iconoclast for Today' in Nelson, S., Rafferty, A.M., 2010. Notes on Nightingale: The Influence and Legacy of a Nursing Icon. 2010, New York: Cornell University Press
8. All-Party Parliamentary Group on Global Health, *Triple Impact: how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth*. 2016, APPG: London.
9. Heimans, J. and H. Timms, *New Power: Why outsiders are winning, institutions are failing, and how the rest of us can keep up in the age of mass participation*. 2018: Pan Macmillan
10. Gordon Fenwick E (1899). as quoted in *Bridges, DC (1967) A History of the International Council of Nurses 1899-1964. The First Sixty Five Years*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, Toronto.
11. The Health Foundation. *Person-centred care made simple : What everyone should know about person-centred care*. 2016 [cited 2019 11 November]; Available from: <https://www.health.org.uk/topics/person-centred-care>.
12. 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/>.
13. Weaver, K., Morse, J. & Mitcham, C. Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *J Adv Nurs*, 2008. 62(5): p. 607-18.
14. Liaschenko, J. & Peter, E. Fostering Nurses' Moral Agency and Moral Identity: The Importance of Moral Community. *Hastings Cent Rep*, 2016. 46 Suppl 1: p. S18-21.
15. Girvin, J., D. Jackson, and M. Hutchinson, Contemporary public perceptions of nursing: a systematic review and narrative synthesis of the international research evidence. *J Nurs Manag*, 2016. 24(8): p. 994-1006.
16. Leary, A. and A. Dix, Using data to show the impact of nursing work on patient outcomes. *Nursing Times*, 2018. 114(10): p. 23-35.
17. Laurant, M., et al., Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*, 2018. 7: p. CD001271.
18. Coster, S., M. Watkins, and I. Norman, What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence. *International Journal of Nursing Studies*, 2018. 78: p. 76-83.
19. Needleman, J., et al., Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *N Engl J Med*, 2011. 364(11): p. 1037-45.
20. Centers for Disease Control and Prevention. *Global Burden of Mental Illness*. 2014 [cited 2019 19 November]; Available from: <https://blogs.cdc.gov/global/2014/02/10/global-burden-of-mental-illness/>.
21. Rodriguez-Cayro, K. 7 Physical Disorders That Are Linked To Mental Health Issues. 2018 [cited 2019 19 November]; Available from: <https://www.bustle.com/p/7-physical-disorders-that-are-linked-to-mental-health-issues-9122010>.
22. McCook, A. Suicide risk increases after heart attack. 2010 [cited 2019 19 November]; Available from: <https://www.reuters.com/article/us-suicide-risk-idUSTRE6AT5PG20101130>.
23. Laganà, A.S., et al., Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. *International journal of women's health*, 2017. 9: p. 323-330.
24. World Health Organization. *Fact Sheet: Nursing*. 2018 [cited 2017 20 February]; Available from: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/NursingFactSheet09Feb2018.pdf?ua=1.
25. Kruk, M.E., et al., Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*, 2018. 392(10160): p. 2203-2212
26. Makary, M.A. and M. Daniel, Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 2016. 353: p. i2139
27. Deloitte. *2019 Global health care outlook: Shaping the future*. 2019 [cited 15 November]; Available from: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf>.
28. The World Bank. *Understanding Poverty*. 2019 [cited 2019 3 September]; Available from: <https://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview>
29. International Council of Nurses., *Nursing: a Voice to Lead: Achieving the Sustainability Goals*. 2017, Geneva: ICN.
30. Neumann, C.E. *Nursing's social policy statement: The essence of the profession*. 2010 [cited 2019 29 August]; Available from: <https://essentialguidetonursingpractice.files.wordpress.com/2012/07/pages-from-essential-guide-to-nursing-practice-chapter-1.pdf>.
31. Pittman, P. *Activating Nursing to Address the Unmet Needs of the 21st Century: Background Paper for the NAM Committee on Nursing 2030*. 2019 [cited 2019 11 November]; Available from: <https://publichealth.gwu.edu/sites/default/files/downloads/HPM/Activating%20Nursing%20To%20Address%20Unmet%20Needs%20In%20The%2021st%20Century.pdf>.
32. Flavelle, C., Climate change threatens the world's food supply, United Nations warns, in *New York Times*. 2019.
33. World Health Organization. *Climate Change and health: Fact Sheet*. 2017 [cited 2019 29 August]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/en/>.
34. Rosa, W., *The future of nursing and midwifery: a force for leading the United Nations 2030 Sustainable Development Goals*. 2019: Nursing Outlook.
35. International Council of Nurses. *Position Statement*. 2018. Nurses, climate change and health. 2019; Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_E_Nurses_climate%20change_health.pdf
36. Dodson, J., Dame Cicely Saunders – an inspirational nursing theorist. *Cancer Nursing Practice*, 2017. 16(7): p. 31-34.
37. World Health Organization. *Palliative Care Key Facts*. [cited 2019 11 November]; Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
38. World Health Organization. *10 Facts on Palliative Care*. [cited 2019 11 November]; Available from: <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/en>
39. Fitch, M.I., M.C. Fliedner, and M. O'Connor, Nursing perspectives on palliative care 2015. *Ann Palliat Med*, 2015. 4(3): p. 150-5.
40. Lorenz, K.A., et al., Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med*, 2008. 148(2): p. 147-59.
41. Elliott, J.A. and I.N. Olver, Hope and hoping in the talk of dying cancer patients. *Soc Sci Med*, 2007. 64(1): p. 138-49.

42. Kellehear, A., *A Social History of Dying*. 2007, Melbourne: Cambridge University Press.
43. Brant, J.M., et al., Global Survey of the Roles, Satisfaction, and Barriers of Home Health Care Nurses on the Provision of Palliative Care. *J Palliat Med*, 2019. 22(8): p. 945-960.
44. Mrig, E.H. and K.L. Spencer, Political economy of hope as a cultural facet of biomedicalization: A qualitative examination of constraints to hospice utilization among U.S. end-stage cancer patients. *Soc Sci Med*, 2018. 200: p. 107-113.
45. Ghebreyesus, T. Opening of the seventy-first World Health Assembly. 2018 [cited 2019 11 November]; Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/2018/opening-world-health-assembly/en/>.
46. Browne, G., S. Birch, and L. Thebane, *Better care: an analysis of nursing and healthcare system outcomes*. 2012, Ottawa: Canadian Nurses Association and Canadian Health Services Research Foundation.
47. Centers for Medicare and Medicaid Services. National health expenditure data. 2017 [cited 2019 11 November]; Available from: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical.html>.
48. Canadian Institute for Health Information, *Health spending*. 2018: Ottawa.
49. Schneider, E., et al., *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care*. 2017, The Commonwealth Fund.
50. RiskAnalytica. The case for investing in patient safety in Canada. 2017 [cited 2019 11 November]; Available from: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/Documents/The%20Case%20for%20Investing%20in%20Patient%20Safety.pdf>.
51. World Health Organization. 10 facts on patient safety. 2019 [cited 2019 11 November]; Available from: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/
52. Tomblin-Murphy G, MacKenzie A, Alder R, Langley J, Hickey M & Cook A. 2012. Service-based health human resources planning framework.
53. Villeneuve, M., *The time is now*, in *The Review—Supplement to Policy magazine*. 2018.
54. Royal College of Nursing, *RCN fact sheet. Nurse prescribing in the UK*. 2014, London: RCN.
55. Graham-Clarke, E., et al., Non-medical prescribing in the United Kingdom National Health Service: A systematic policy review. *PLoS One*, 2019. 14(7): p. e0214630.
56. Masters, R., et al., Return on investment of public health interventions: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 2017. 71(8): p. 827-834.
57. Basu, K., G. Livadiotakis, and S. Tanguay, The gridlock in Canadian Hospitals: which patients are overstaying, to what extent, and why? , in *Canadian Association for Health Services and Policy Conference*. 2016: Toronto.
58. Carryer, J., Letting go of our past to claim our future. *J Clin Nurs*, 2019.
59. World Health Organization, *Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce*, in *Human Resources for Health Observer*. 2019, WHO: Geneva
60. Newman, C., et al., Investing in the power of nurse leadership: what will it take? 2019.
61. World Health Organization, *The Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. 2016, Geneva: WHO.
62. Aiken, L.H., et al., Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 2014. 383(9931): p. 1824-30.
63. Britnell, M., *Human solving the global workforce crisis in health*. 2019, Oxford: Oxford University Press.
64. Salvage, J. and B. Stilwell, *Breaking the silence: A new story of nursing*. *J Clin Nurs*, 2018. 27(7-8): p. 1301-1303.
65. The Editors Of The Lancet, G., *The Lancet Group's commitments to gender equity and diversity*. *Lancet*, 2019. 394(10197): p. 452-453.
66. Salvage, J. and J. White, *Nursing leadership and health policy: everybody's business*. *Int Nurs Rev*, 2019. 66(2): p. 147-150.
67. Centre for the Advancement of Interprofessional Education, *Interprofessional Education guidelines*. 2017, UK: CAIPE.
68. Institute of Medicine, *Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes*. 2015.
69. Africa Interprofessional Education Network. *Communiqué issued at the end of the Second Interprofessional Education and Collaborative Practice for Africa Conference*. 2019 [cited 20 October]; Available from: <https://afripen.org/wp-content/uploads/2019/08/Communique-2nd-IPECP-Conference.pdf>
70. Global Confederation for Interprofessional Education & Collaborative Practice. *Report of the strategic planning workshop held at the Waipuna Hotel, Auckland*. 2018 [cited 2019 21 October]; Available from: <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2018/11/Interprofessional-global-Report-of-Workshop-6-9-Sept-2018-in-Auckland-Final-1.pdf>.
71. *The Sydney Interprofessional Declaration*. Available at: <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2018/11/ATBH-05-2010-Sydney-Interprofessional-Declaration.pdf>
72. Maeda, A., et al., *Universal health coverage for inclusive and sustainable development: a synthesis of 11 country case studies 2014*, Washington DC: World Bank Group.
73. Dolamo, B. and S. Olubiya, *Nursing education in Africa: South Africa, Nigeria, and Ethiopia experiences*. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 2013. 5(2): p. 14-21.
74. World Health Organization. *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme*. 2004 [cited 2019 20 October]; Available from: https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
75. Aiken, L.H., et al., *Nurses' and Patients' Appraisals Show Patient Safety In Hospitals Remains A Concern*. *Health affairs (Project Hope)*, 2018. 37(11): p. 1744-1751.
76. National Academies of sciences, *Engineering and Medicine 2019. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being*. Washington D.C. The national Academies Press.
77. Cimiotti, J.P., et al., *Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection*. *American journal of infection control*, 2012. 40(6): p. 486-490.
78. Donaldson, M.S., J.M. Corrigan, and L.T. Kohn, *To err is human: building a safer health system*. Vol. 6. 2000: National Academies Press.
79. McHugh, M.D., et al., *Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated With Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients*. *Med Care*, 2016. 54(1): p. 74-80.
80. Lasater, K.B., et al., *Quality of End-of-Life Care and Its Association with Nurse Practice Environments in U.S. Hospitals*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2019. 67(2): p. 302-308
81. White, E.M., L.H. Aiken, and M.D. McHugh, *Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2019. 67(10): p. 2065-2071.
82. Coetzee, SK; Klopper HC, Ellisa SM & Aiken LH (2013). *A tale of two systems—Nurses practice environment, well being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: A questionnaire survey*. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 50, Issue 2, February 2013, Pages 162-173
83. Liu K, You LM, Chen SX, Hao YT, Zhu XW, Zhang LF, Aiken LH. 2012. *The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey*. *Journal of Clinical Nursing*. 2012 May;21(9-10):1476-85. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03991.x. Epub 2012 Mar 2.
84. Aiken LH; Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, Finlayson M, Kanai-Pak M, and Aunguroch Y. *Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries* *International Journal for Quality in health Care* 2011 Aug; 23(4): 357–364.

85. Jarrín, O., et al., Home health agency work environments and hospitalizations. *Medical care*, 2014. 52(10): p. 877-883
86. Choi, J., L. Flynn, and L.H. Aiken, Nursing practice environment and registered nurses' job satisfaction in nursing homes. *The Gerontologist*, 2012. 52(4): p. 484-492.
87. Poghosyan, L. and L.H. Aiken, Maximizing nurse practitioners' contributions to primary care through organizational changes. *The Journal of ambulatory care management*, 2015. 38(2): p. 109-117.
88. Kutney-Lee, A., et al., Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition. *Med Care*, 2015. 53(6): p. 550-7
89. McHugh, M.D., et al., Lower mortality in magnet hospitals. *Medical care*, 2013. 51(5): p. 382-3
90. Fourth Global Forum for Human Resources for Health. Dublin Declaration on Human Resources for Health: Building the Health Workforce of the Future. 2017 [cited 2019 13 September]; Available from: file:///C:/Users/hp/Documents/IND2020/sources/Dublin_Declaration-on-HumanResources-for-Health.pdf
91. Drennan, V. and F. Ross, Global nurse shortages-the facts, the impact and action for change. *British medical bulletin*, 2019. 130
92. World Health Organization, Transformative Scale Up of Health Professional Education. 2011, WHO: Geneva.
93. World Health Organization. WHA 64.7: Strengthening Nursing and Midwifery. 2011 [cited 2019 14 September]; Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R7-en.pdf?ua=1
94. World Health Organization, Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020. 2016, WHO: Geneva
95. International Council of Nurses. Scope of nursing practice 2013 [cited 2018 21 February]; Available from: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B07_Scope_Nsg_Practice.pdf
96. Schober, M. and F. Affara, *Advanced Nursing Practice*. 2006, Oxford: Blackwell.
97. Institute of Medicine (US) Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. 2011, IOM: Washington.
98. International Council of Nurses and the World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2009. *Reducing the Gap and Improving the Interface between Education and Service: A Framework for analysis and solution generation*
99. World Health Organization-Eastern Mediterranean Region, *Promoting Nursing and Midwifery Development in the Eastern Mediterranean Region*. 2008: Cairo.
100. Gilbert, J., Presentation on Inter-professional education and collaborative practice, a Practical Approach for Interprofessional Education (IPE). 2018: International Council of Nurses ICN Regional Conference.
101. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice 2010 [cited 2019 20 September]; Available from: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/.
102. International Council of Nurses, Position Statement: Evidence-Based Safe Nurse Staffing. 2018, ICN: Geneva.
103. Needleman, J., et al., Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*, 2002. 346(22): p. 1715-1722
104. Aiken, L.H., et al., Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*, 2002. 288(16): p. 1987-1993
105. Aiken, L.H., et al., Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical care*, 2011. 49(12): p. 1047-1053.
106. McHugh, M.D., et al., Impact of nurse staffing mandates on safety-net hospitals: lessons from California. *The Milbank quarterly*, 2012. 90(1): p. 160-186.
107. Powell-Cope G, Nelson AL, Patterson ES. Patient Care Technology and Safety. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2686/>
108. World Health Organization. Medical devices and equipment. Available at: http://www.who.int/medical_devices/en/
109. Flinkman, M., U. Isopahkala-Bouret, and S. Salanterä, Young Registered Nurses' Intention to Leave the Profession and Professional Turnover in Early Career: A Qualitative Case Study. *ISRN nursing*, 2013. 2013: p. 916061.
110. Dilig-Ruiz, A., et al., Job satisfaction among critical care nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 2018. 88: p. 123-134.
111. Galletta, M., et al., The effect of nurse-physician collaboration on job satisfaction, team commitment, and turnover intention in nurses. *Research in Nursing & Health*, 2016. 39(5): p. 375-385.
112. Sawatzky, J.-A.V., C.L. Enns, and C. Legare, Identifying the key predictors for retention in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 2015. 71(10): p. 2315-2325.
113. Dave, D.S., et al., The impact of intrinsic motivation on satisfaction with extrinsic rewards in a nursing environment. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 2011. 4(2): p. 101-107.
114. Morrison, K.B. and S.A. Korol, Nurses' perceived and actual caregiving roles: identifying factors that can contribute to job satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 2014. 23(23-24): p. 3468-3477
115. Hsu, C.-P., et al., Enhancing the commitment of nurses to the organisation by means of trust and monetary reward. *Journal of Nursing Management*, 2015. 23(5): p. 567-576.
116. Seitovirta, J., et al., Attention to nurses' rewarding – an interview study of registered nurses working in primary and private healthcare in Finland. *Journal of Clinical Nursing*, 2017. 26(7-8): p. 1042-1052
117. Graystone, R., How Magnet® Designation Helps Hospitals Tackle the Nursing Shortage. *Journal of Nursing Administration*, 2018. 48(9): p. 415-416.
118. Barnes, B., M. Barnes, and C.D. Sweeney, Putting the "meaning" in meaningful recognition of nurses: The DAISY Award™. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 2016. 46(10): p. 508-512.
119. Dussault G, Buchan J (2018) Noncommunicable diseases and human resources for health: a workforce fit for purpose p 182, in Jakab M, Farrington J, Borgermans L (eds) *Health systems respond to noncommunicable diseases: time for ambition*. WHO Europe (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/380997/hss-ncd-book-eng.pdf)
120. World Health Organization, *National Health Workforce Accounts: a Handbook 2017*; <https://www.who.int/hrh/statistics/nhwa/en/>
121. Maier, C. B., Aiken, L. H., & Busse, R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care. OECD Paris.
122. Ghebreyesus TA (2019). Speech at the International Council of Nurses 2019 Congress. Available at: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/international-council-of-nurses-2019-congress>
123. World Health Organization and Global Health Workforce Alliance (2014) *A universal truth: No health without a workforce*. Available at : https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf

