

Pielęgniarki są siłą na rzecz zmian, kluczowymi zasobami na rzecz zdrowia



International Council of Nurses
Consejo Internacional de Enfermeras
Conseil International des Infirmières

MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ PIELĘGNIAREK 2014

Copyright © 2014 by International Council of Nurses

3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95099-19-7

Tłumaczenie z języka angielskiego – Anna Bielik

Tłumaczenie i opracowanie dokumentu wykonano ze środków projektu Leonardo da Vinci “Uczenie się przez całe życie” nr umowy: 2012-1-CZ1-LEO04-09857 7



Spis treści

Rozdział 1:	Wstęp.....	6
Rozdział 2:	Pełny obraz sytuacji	11
Rozdział 3:	Planowanie zatrudnienia	16
Rozdział 4:	Pomiar obciążenia pracą pielęgniarek	21
Rozdział 5:	Znaczenie środowiska pracy.....	28
Rozdział 6:	Poprawa efektywności kształcenia.....	33
Rozdział 7:	Kluczowe problemy.....	35
Aneks 1:	Przykłady narzędzi wykorzystywanych do planowania zatrudnienia, strony internetowe i linki.....	39
Aneks 2:	Przykłady narzędzi związanych ze środowiskiem pracy	42
Aneks 3:	Stanowisko ICN: Rozwój zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej (HHRD)	46
Aneks 4:	Stanowisko ICN: Promowanie wartości i efektywności ekonomicznej działań pielęgniarskich	50
Aneks 5:	Arkusze informacyjny ICN: Planowanie zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej	53
Aneks 6:	Arkusze informacyjny ICN: Pozytywne Środowisko Pracy	58
Literatura	64

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Rośnie przekonanie, że dostateczna liczba właściwie wyszkolonych i odpowiednio zmotywowanych pracowników opieki zdrowotnej jest niezbędna dla zdrowia ludności świata. Bez zagwarantowania wystarczającej liczby odpowiednio wyszkolonych pielęgniarek, nie jest możliwe zapewnienie równego dostępu do niezbędnych i charakteryzujących się dobrą jakością usług medycznych. Dlatego właśnie Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) wybrała jako temat przewodni roku 2014 skupienie się na kadrze pielęgniarskiej jako na kluczowym zasobie.

Na pielęgniarkach, które stanowią największą grupę wśród pracowników opieki zdrowotnej i są najbliższymi oraz niejednokrotnie jedynymi dostępnymi dla ludności pracownikami opieki zdrowotnej, spoczywa wielka odpowiedzialność związana z poprawą stanu zdrowia populacji, jak również wsparciem realizacji Milenijnych Celów Rozwoju.

Niniejsza publikacja opracowana z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek jest niezbędnym narzędziem pozwalającym spojrzeć na rynek pracy w opiece zdrowotnej z szerszej perspektywy: na dysproporcje między popytem a podażą pracowników opieki zdrowotnej, skutki kryzysu finansowego, migrację i długość życia zawodowego pielęgniarek. Zwraca także uwagę na znaczenie planowania zatrudnienia oraz na jego związek z bezpieczeństwem pacjentów; na sposób określenia obciążenia pracą pielęgniarki oraz zaplanowania bezpiecznej obsady stanowisk. Na zmianę sposobu pracy pielęgniarek mają także wpływ zmieniający się zakres obowiązków zawodowych oraz nowoczesne technologie.

Jest oczywistym, że w wielu krajach, w których występuje niedobór pielęgniarek, proste zwiększenie liczby pielęgniarek nie stanowi rozwiązania, że dla poprawy bezpieczeństwa pacjenta oraz polepszenia jakości świadczonej opieki medycznej kluczowym elementem jest poprawa środowiska pracy. Dzięki niniejszej publikacji mamy nadzieję zainspirować pielęgniarki do „zmiany obrazu” i do pokazania rządów, pracodawcom oraz społeczeństwu, że pielęgniarki są kluczowym zasobem dla zdrowia. ***Konieczne jest, żeby pielęgniarki i światowi liderzy przyjrzeni się na kadrze pielęgniarskiej w aspekcie globalnym i potraktowali tę kadrę jako kluczowy priorytet niezbędny do zagwarantowania lepszego zdrowia dla wszystkich.***

Z poważaniem,

Judith Shamian

Prezydent

David C. Benton

Dyrektor Generalny

ICN · CIE · CII

3, place Jean-Marteau, 1201 Genewa, Szwajcaria

Wykształcona kadra pielęgniarska + dobre środowisko pracy =

Wysoka jakość opieki

To proste, poparte dowodami, stwierdzenie – zastosowane na poziomie tak globalnym jak i lokalnym w odniesieniu do opieki zdrowotnej – stanowi podstawę zrozumienia jak najlepiej wykorzystać kluczowy zasób jakim jest pielęgniarstwo.

Na przestrzeni minionych dziesięcioleci obserwowaliśmy zmiany demograficzne oraz zmiany zagrożeń chorobowych. Stale rosnąca liczba osób zapadających na choroby niezakaźne takie jak zaburzenia psychiczne oraz starzenie się społeczeństwa oraz związane z tym obciążenie, wymusiły na rządach oraz opiece zdrowotnej zmianę podejścia i sposobu myślenia. W rezultacie doprowadziło to do większego zainteresowania się profilaktyką oraz promocją zdrowia, jak również do zmiany podejścia do sposobu świadczenia opieki i zastąpienia opieki instytucjonalnej przez usługi podstawowej opieki medycznej świadczone na poziomie społeczności lokalnych. Nowe pojawiające się zagrożenia związane z chorobami zakaźnymi, zagrożenia dla środowiska oraz dla zdrowego stylu życia stanowią zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowia nas wszystkich (Frenk i wsp. 2010). Powyższe doprowadziło także do konieczności nowego, holistycznego podejścia do opieki zdrowotnej, w której pacjent znajduje się w centrum uwagi i która zgodna jest z jego cyklem życia.

Jednocześnie dostrzeżono występowanie nierówności zdrowotnych (WHO2008) (patrz Okno 1). Jako, że zbliża się docelowy termin realizacji Milenijnych Celów Rozwoju ustalony na rok 2015, zwrócono ponadto uwagę na fakt, że istnieją znaczne różnice w postępach realizacji w/w celów, pomimo, że ich realizacja odbywa się na szczeblu globalnym. Obciążenie chorobami niezakaźnymi jest większe w krajach o niskich i średnich dochodach, w których występuje ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej, w tym do ochrony zdrowia psychicznego. Od dawna uważa się, że w zmniejszaniu tych różnic istotną rolę odgrywają pracownicy opieki zdrowotnej i dlatego - zwłaszcza na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat - podjęte zostały kroki zmierzające do rozwoju zawodowego tej grupy zawodowej. Jednakże nadal pozostaje jeszcze wiele do zrobienia (GHWA i WHO 2013). W Światowym

Raporcie Zdrowia z 2006 zatytułowanym „Pracując razem dla zdrowia”, zwraca się uwagę na fakt, że największy niedobór pracowników opieki zdrowotnej występuje w krajach najbiedniejszych, zwłaszcza w krajach Afryki Subsaharyjskiej, gdzie jednocześnie istnieje największe zapotrzebowanie na tego typu personel (WHO 2006). Ponadto w trakcie 3 Światowego Forum poświęconego zasobom ludzkim w sektorze opieki zdrowotnej, w deklaracji z forum zwrócono uwagę, że „Agenda Światowego Forum ma charakter wykraczający poza granice państw: nierównomierny geograficzny podział pracy oraz międzynarodowa migracja mają wpływ na kraje o niskim, średnim i wysokim dochodzie, w niektórych przypadkach w poważny sposób ograniczając dostęp do najbardziej podstawowych świadczeń medycznych. Mając na uwadze zasadniczą rolę jaką opieka zdrowotna odrywa w relacjach między obywatelami a rządami, znalezienie skutecznych rozwiązań powyższych problemów będzie miało pozytywny wpływ na wzmocnienie spójności społeczeństwa oraz przyspieszenie rozwoju społecznego i gospodarczego” (GHWA 2013 para 8).

Okno 1: Nierówności zdrowotne

„Długość życia dzieci różni się dramatycznie i zależy od tego gdzie przyszły one na świat. W Japonii lub Szwecji można spodziewać się, że dożyją 80 roku życia; w Brazylii 72; w Indiach 63; a w niektórych krajach Afryki będą żyły mniej niż 50 lat. Nawet w ramach poszczególnych krajów na całym świecie dostrzec można dramatyczne różnice w długości życia. W najuboższych krajach utrzymuje się wysoki współczynnik zachorowań oraz przedwczesne zgony. Jednakże słaba kondycja zdrowotna nie jest tym najgorszym czynnikiem. W krajach o bardzo różnych poziomach dochodów, zdrowie i choroba mają ten sam gradient społeczny – im niższa pozycja społeczno-ekonomiczna, tym słabsza kondycja zdrowotna.

Nie musi tak być i tak być nie powinno. W sytuacjach, w których podejmując racjonalne działania różnice systemowe w ochronie zdrowia są możliwe do uniknięcia, występowanie takich różnic jest po prostu nieuczciwe. To właśnie określamy mianem nierówności zdrowotnych. Zlikwidowanie tych nierówności – znaczne i możliwe do usunięcia różnice tak pomiędzy, jak i w obrębie poszczególnych krajów w dostępie do opieki zdrowotnej - jest kwestią sprawiedliwości społecznej.”

(WHO 2008, str. 1)

W związku z powyższym coraz więcej uwagi poświęca się kwestiom praw człowieka i sprawiedliwości w opiece zdrowotnej. Światowi liderzy wspierają powszechny dostęp do opieki zdrowotnej jako element uzgodnionej na szczeblu międzynarodowym polityki z zakresu ochrony zdrowia i rozwoju. Dla zagwarantowania zdrowia ludności niezbędna jest odpowiednia liczba właściwie wyszkolonego i zmotywowanego personelu medycznego (WHO 2006). Bez zapewnienia odpowiedniej liczby, właściwie przeszkolonego personelu pielęgniarskiego nie ma możliwości zagwarantowania równego dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

Inwestowanie w pielęgniarstwo może zmienić istniejącą sytuację. Grupa naukowców wykazała, że interwencje pielęgniarskie mogą mieć pozytywny wpływ na realizację Milenijnych Celów Rozwoju, jak również zmniejszać zagrożenia związane z chorobami zakaźnymi (WHO 2013a). Poprawa sytuacji w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej stanowić będzie kluczowy element w rozwiązaniu problemu chorób przewlekłych poprzez dotarcie do osób najbardziej na nie narażonych oraz zmarginalizowanych członków społeczeństwa, a pielęgniarki odgrywać będą w tym procesie kluczową rolę (Browne i wsp. 2012). Aby w jak najlepszy sposób wykorzystać pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej, należy wspierać je i zachęcać do pracy na jak najwyższym poziomie.

Światowe Zgromadzenie Zdrowia (WHA) – najwyższy organ decyzyjny Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) - wielokrotnie zwracało uwagę na potrzebę wsparcia prowadzonych przez pielęgniarki i położne działań, mających na celu poprawę zdrowia jednostek, rodzin i społeczeństwa. W swoim raporcie (2013b) Światowa Organizacja Zdrowia przedstawia osiągnięcia będące rezultatem szeregu rezolucji przyjętych przez WHA w celu wzmocnienia pielęgniarstwa i położnictwa. Jednakże w konkluzji zawartej w raporcie stwierdza się, że w zakresie zapewnienia świadczeń zdrowotnych w wielu przypadkach występuje niedobór personelu pielęgniarskiego i położniczego, a istniejący personel może być niewystarczająco wykwalifikowany (WHO 2013b).

Na pielęgniarkach, które stanowią największą grupę wśród pracowników opieki zdrowotnej i które są najbliższymi, a niejednokrotnie jedynymi dostępnymi dla ludności pracownikami opieki zdrowotnej, spoczywa wielka odpowiedzialność związana z poprawą stanu zdrowia populacji, jak również wsparciem realizacji celów rozwoju. ***Niezbędne jest, żeby pielęgniarki i światowi liderzy skupili się na kadrze pielęgniarskiej w aspekcie globalnym i potraktowali tę kadrę jako kluczowy priorytet niezbędny do zagwarantowania lepszego zdrowia dla wszystkich.***

Aktualna sytuacja ekonomiczna na rynkach światowych ma wiele skutków, a rynek ochrony zdrowia – ze względu na istotne zapotrzebowanie na środki – podlega znacznej kontroli. Kontrola ta podyktowana jest w znacznej mierze traktowaniem wydatków związanych z opieką zdrowotną bardziej jako kosztów, nie zaś jako inwestycji. Tego typu podejście wprowadziło do słownictwa wielu

sektorów opieki zdrowotnej język typowy dla sektora przemysłu. W słowniku tym znalazły się takie pojęcia jak zysk z inwestycji, efektywność i optymalizacja kosztów oraz wspieranie usprawnień metodologii typowych dla przemysłu np. reorganizacja procesów biznesowych. Niewątpliwie niektóre z tych propozycji mogą mieć pozytywne skutki pod warunkiem, że zostaną wdrożone w odpowiedni sposób. Należy jednak pamiętać, że z filozoficznego punktu widzenia, działania te mogą być postrzegane jako stojące w sprzeczności z kodeksem etyki zawodowej pielęgniarki. Kodeks etyki zawodowej to zbiór wartości odwołujący się do zaangażowania w służbę społeczeństwu, równego dostępu do opieki oraz etosu tej opieki (North & Hughes 2012). Konflikt taki staje się to szczególnie widoczny w na szczeblu kierowniczym, kiedy w grę wchodzi ograniczenia budżetowe i kiedy rządy i pracodawcy narzucają pielęgniarkom konieczność ograniczania kosztów związanych z opieką zdrowotną. W związku z tym, że kadra pielęgniarska stanowi najliczniejszą, a z punktu widzenia kosztów całkowitych – najdroższą siłą roboczą, środowisko pielęgniarskie miało już do czynienia ze zmianami w strukturze zatrudnienia personelu jak również z ograniczeniami liczby personelu pielęgniarskiego oraz z regularnym zmniejszaniem lub nawet zawieszaniem wynagrodzeń. Odbiło się to w znacznym stopniu na zaufaniu pacjentów, morale kadry pielęgniarskiej, jakości i bezpieczeństwie, jak również na dalszym zatrudnianiu pracowników i utrzymaniu zatrudnienia. Miało to także wpływ na decyzje podejmowane w krótkim horyzoncie czasowym, czego skutki miały jednak charakter długofalowy (Keogh 2013).

Nie ulega wątpliwości, że w skali globalnej pielęgniarstwo musi stawić czoła zarówno wyzwaniom finansowym jak i zawodowym. Kwestia społeczno-ekonomicznej wartości pielęgniarek i położnych podlega w ostatnich latach szybkiej i systematycznej ocenie (Caird i wsp. 2010). W oparciu o 32 badania przeprowadzone w krajach OECD, które skoncentrowały się na trzech dziedzinach o strategicznym znaczeniu: pielęgniarstwie psychiatrycznym, chorobach przewlekłych oraz zmiany ról, opracowane zostały wnioski. Pomimo trudności o charakterze metodologicznym badania wykazały przykłady korzyści jakie daje praca pielęgniarek i położnych. Korzyści te dotyczyły działań podejmowanych w trakcie wizyt domowych, pielęgniarstwa specjalistycznego, ogólnej praktyki pielęgniarskiej obejmującej profilaktykę i leczenie. Niewątpliwie na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że istnieją przekonujące dowody na korzyści płynące z pracy pielęgniarek i położnych (Browne i wsp. 2012; Maben i wsp. 2012). Kształcenie pielęgniarek stara się sprostać stawianym przed nim wyzwaniom. Inwestowanie w kształcenie pracowników opieki zdrowotnej

na świecie nie jest w stanie sprostać istniejącym potrzebom (patrz Okno 2). W zakresie kształcenia pracowników opieki zdrowotnej istnieją problemy ogólnosystemowe polegające w znacznej mierze na niedopasowaniu zakresu obowiązków pracowników do potrzeb pacjenta i społeczeństwa, utrzymujące się rozwarstwienie statusu zawodowego oraz nierówności ilościowe i jakościowe obrębie zawodów związanych z opieką zdrowotną

Okno 2: Globalne wydatki na edukację zdrowotną

Łączne globalne nakłady finansowe na edukację personelu medycznego wynoszą około 100 miliardów USD rocznie. Stanowi to mniej niż 2% wydatków na ochronę zdrowia na świecie.

(Frenk i wsp. 2010)

(Frenk i wsp. 2010). Jak to zostało stwierdzone przez ICN (2009), potencjał programów edukacyjnych w zakresie wykształcenia bezpiecznych z punktu widzenia klinicznego i kompetentnych absolwentów pielęgniarstwa jest często zagrożony przez niewystarczający nacisk oraz czas poświęcany na kształcenie kliniczne; brak jasno zdefiniowanych rezultatów kształcenia klinicznego; stosowanie nieefektywnych metod w trakcie kształcenia klinicznego; nieprzystosowane, kiepskiej jakości oraz zatłoczone miejsca przeznaczone do kształcenia klinicznego; oraz brak wzorców dobrej roli klinicznej. Ponadto, kadra wydziałów pielęgniarstwa stoi w obliczu tych samych wyzwań demograficznych co reszta personelu pielęgniarstwa.

Kluczowa dla zapewnienia skuteczności, wydajności i równego dostępu jest współzależność istniejąca między sektorami opieki zdrowotnej i edukacji oraz odpowiednia równowaga między obydwojoma systemami. Istnieją dwie krytyczne płaszczyzny: pierwsza z nich to rynek pracy, który rządzi się prawami popytu i podaży pracowników medycznych; druga to ograniczone zdolności wielu grup ludności, zwłaszcza ludzi ubogich, do definiowania i wyrażenia swoich potrzeb zdrowotnych i edukacyjnych, co przekładałoby się na efektywny popyt na określone usługi (Frenk i wsp. 2010).

W wielu krajach zapewnienie pożądanego poziomu podaży personelu pielęgniarstwa stanowi rzeczywisty i istotny problem.

Rozdział 2

Pełny obraz sytuacji

Żyjemy w świecie podlegającym ciągłym zmianom, w którym wyzwaniem jest odpowiednie reagowanie na te zmiany nawet na poziomie lokalnym. W celu właściwego zrozumienia i kształtowania usług niezbędne jest spojrzenie na te usługi w kontekście lokalnym, nie zapominając przy tym, że w coraz większym stopniu jesteśmy połączeni globalną siecią powiązań. Ten system powiązań widać dobrze w przepływie ludności, technologii, kapitału, wiedzy oraz informacji. Oznacza to, że istnieje coraz większa współzależność w zakresie kluczowych zasobów, a opieka zdrowotna nie stanowi pod tym względem wyjątku. Rynek pracy pracowników opieki zdrowotnej, w ramach którego uznawane są - na poziomie międzynarodowym – kwalifikacje zawodowe, staje się rynkiem nie tylko lokalnym, ale także globalnym. Kształcenie może odbywać się na odległość lub na zasadach franszyzy i może, ale nie musi być powiązane z potrzebami edukacyjnymi i zdrowotnymi specjalistów i obywateli, którym ma służyć. Zasady podlegają ciągłym zmianom i wiele założeń poczynionych w przeszłości nie przystaje do naszego współczesnego świata (patrz Okno 3).

Okno 3: Nowe zasady dla pracowników opieki zdrowotnej	
Obecne podejście	Nowe zasady dla opieki zdrowotnej XXI
Opieka zdrowotna opiera się w głównej mierze na wizytach	Opieka zdrowotna bazuje na stałej współpracy w procesie leczenia
Niezależność zawodowa decyduje o wyborze opieki	Opieka jest dostosowana do potrzeb i preferencji pacjenta
Opieka pod kontrolą specjalistów	Pacjent jest źródłem kontroli – ma wpływ na opiekę
Informacja to zapis	Swobodny przepływ informacji i dzielenie się wiedzą
Decyzje podejmowane są w oparciu o posiadane wykształcenie i doświadczenie	Decyzje podejmowane są w oparciu o posiadane dane/informacje
Zasada “nie szkodzić” jest odpowiedzialnością jednostki	Bezpieczeństwo to cecha systemu

Zachowanie poufności jest warunkiem koniecznym	Niezbędne jest zachowanie przejrzystości
System odpowiada na potrzeby	Potrzeby należy przewidzieć
Należy szukać możliwości redukcji kosztów	Minimalizacja kosztów poprzez eliminowanie marnotrawstwa
Role zawodowe mają pierwszeństwo w stosunku do systemu	Współpraca między klinicystami stanowi priorytet
Opracowane na podstawie: Changing rules for the Healthcare	
Workforce in the 21st century and the implications. Institute of Medicine (2001)	

Rynki pracy bardzo często charakteryzują się wieloma dysproporcjami, z których najważniejsze - w zakresie bezpieczeństwa podaży – dotyczą niedostatecznej podaży, niedostatecznego zatrudnienia oraz niedostatecznego zatrudnienia pracowników opieki zdrowotnej. Równocześnie, co zostało stwierdzone już wcześniej, rządy bardzo często ingerują w podaż na rynku pracowników opieki zdrowotnej w odpowiedzi na aktualną sytuację polityczną, kierując się przy tym bardziej sytuacją finansową niż obiektywnymi przesłankami rynkowymi lub wymogami epidemiologicznymi. Funkcjonowanie rynku może zaburzać działalność mająca w swym założeniu służyć pomocą, gdy organizacje pozarządowe (NGO) – realizując swoje cele - nieumyślnie zatrudniają najlepszych specjalistów, jednocześnie zaburzając warunki lokalnego rynku pracy, co efekcie może prowadzić do lokalnego wzrostu płac tworząc tym samym system wymagający dalszego wsparcia.

Poszczególne kraje - opracowując lokalne rozwiązania mające sprostać wyzwaniom związanym ze zmieniającym się systemem opieki zdrowotnej – powinny być w pełni świadome, że na przestrzeni następnych 20 lat w krajach rozwiniętych obserwowaną będzie wyraźną lukę między wielkością podaży a wielkością popytu na pracowników opieki zdrowotnej. Szacuje się, że w skali globalnej luka ta może wahać się w przedziale od 22% do 29% (OECD 2012). Według badania przeprowadzonego w USA przez Buerhaus i wsp. (2009) całkowita liczba ekwiwalentów pełnych etatów zarejestrowanych

pielęgniarek w przeliczeniu na jednego mieszkańca miała rosnąć, osiągając poziom szczytowy w 2007, a następnie systematycznie zmniejszać się, kiedy to największa liczba pielęgniarek przejdzie na emeryturę. Prognozy przewidują, że do roku 2020 liczba personelu pielęgniarskiego pozostanie na obecnym poziomie i będzie niższa o 20% od zapotrzebowania. Podobna sytuacja jak na rynku pracy pielęgniarek w USA występuje we wszystkich krajach OECD.

W trakcie 3 Międzynarodowego Forum poświęconego zasobom ludzkim w sektorze opieki zdrowotnej, które odbyło się w Recife (2013), dokonano oceny globalnych zmian w zakresie zasobów ludzkich w służbie zdrowia i stwierdzono, że: "istnieją wyzwania: inwestycje w zasoby ludzkie w sektorze opieki zdrowotnej pozostają na niskim poziomie; istnieją zasadnicze luki między podażą personelu medycznego a popytem na niego; planowanie zatrudnienia w opiece zdrowotnej jest często zaburzone przez nieskoordynowane interwencje wywołane przez problemy o charakterze jednostkowym, koncentrowanie się na pojedynczym przypadku lub chorobie, nie zaś na profilaktyce; a w trakcie przyjmowania i wdrażania skutecznej polityki brakuje jednolitych zasad. W efekcie mamy do czynienia z poważnymi niedoborami oraz niewłaściwym zagospodarowaniem personelu, problemami z wydajnością pracy, dysproporcjami w zakresie zatrudnienia mężczyzn i kobiet oraz złymi warunkami pracy w służbie zdrowia" (GHWA 2013, punkt 6).

Zagrożenie dla bezpieczeństwa podaży stanowi także migracja. W globalnym systemie opieki zdrowotnej luka w podaży określona przez OECD mogłaby zostać zmniejszona dzięki migracji pielęgniarek z innych rejonów świata. Australia, Kanada oraz USA już wcześniej wskazywały na możliwość likwidowania braków w wykwalifikowanej kadrze dzięki pielęgniarkom spoza własnych krajów (RCN 2012). Skutki tego typu migracji dla systemów lokalnych/globalnych mogą mieć charakter zarówno pozytywny (np. z punktu widzenia możliwości rozwoju jednostki, większych środków pieniężnych, które mogą zostać wysyłane przez migrantów do rodzin w kraju), jak i negatywny (np. w rozumieniu utraty istotnych umiejętności w systemie opieki zdrowotnej, który już jest słaby). Podjęte zostały kroki zmierzające do minimalizowania negatywnych aspektów migracji dzięki wprowadzeniu w życie działań i rekomendacji WHO, jednakże nadal kwestia ta pozostaje przedmiotem ostrej debaty politycznej, a poglądy na ten temat są mocno spolaryzowane (Buchan 2008, DeLeon & Malvarez 2008). W podsumowaniu zawartym w szczegółowej analizie na temat globalnej migracji pielęgniarek Kingma (2007) reasumuje „W dzisiejszych czasach poszukiwanie pracowników, to bardzo dobrze zorganizowane polowanie na osoby utalentowane, w tym na pielęgniarki. Międzynarodowa migracja jest jednym z objawów większego systemowego problemu, który zmusza pielęgniarki do zmiany pracy. Mobilność pielęgniarek staje się istotnym problemem choćby ze względu na uszczuplenie istniejącego personelu lub doprowadzenie do jego niedoboru. Włączanie nowych pielęgniarek do dysfunkcyjnego systemu opieki zdrowotnej, systemu mało

atrakcyjnego, niebędącego w stanie zatrzymać personelu na rynku krajowym, nie rozwiąże problemu niedoboru kadry pielęgniarskiej (str.1281).

Nadal istnieje potrzeba lepszego zrozumienia kwestii migracji, gdyż dotyczy ona w szczególnym stopniu pielęgniarek, a zakres dostępnej informacji jest ograniczony. Przykładowo, w Unii Europejskiej pielęgniarki mają prawo do swobodnego przemieszczania się, a co za tym idzie nie podlegają kontroli imigracyjnej (patrz Okno 4).

Okno 4: Międzynarodowy przepływ europejskich pielęgniarek

“Pielęgniarki z UE mają możliwość swobodnego przemieszczania się, nie podlegają kontroli imigracyjnej, a z punktu widzenia brytyjskiej polityki i planowania ich napływ do Wielkiej Brytanii odbywa się w sposób niepodlegający kontroli: nie mogą one zostać zawrócone z granicy, nie można także narzucić im czasu pobytu na Wyspach Brytyjskich. Biorąc pod uwagę swobodę w przemieszczaniu się oraz relatywnie niskie koszty podróży, coraz bardziej powszechne stawać się będzie wśród pielęgniarek z UE dojeżdżanie do pracy. Powyższe zmiany pokazują, że międzynarodowy przepływ ludności będzie podlegał malejącej kontroli ze strony brytyjskich decydentów i władz ustawodawczych; główny napływ ludności będzie pochodził z krajów UE, a czas pobytu na terenie Wielkiej Brytanii będzie w znacznej mierze zależny od indywidualnych decyzji pielęgniarek.”

(RCN 2012, str.15)

Międzynarodowy przepływ ludności stanowi duże wyzwanie dla wielu systemów opieki zdrowotnej powodując konieczność zmierzenia się z problemem utrzymania personelu medycznego na obszarach wiejskich i obszarach nieurbanizowanych. Większość pielęgniarek migruje z terenów wiejskich do miast (Squires i wsp 2013). W sytuacji, gdy pracownicy opieki zdrowotnej przemieszczają się w poszukiwaniu lepszej edukacji oraz usług medycznych dla swoich rodzin, migracja wewnętrzna może nasilić problem nierówności w dostępie do opieki medycznej.

Zmiana długości aktywności zawodowej pielęgniarek

Innym, niezmiernie ważnym czynnikiem mającym wpływ na kompleksowe spojrzenie na omawiane kwestie, jest wydłużenie aktywności zawodowej pielęgniarek. Dotychczas wiele rządów w modelach wykorzystywanych do obliczania aktywności zawodowej bazowało na znajomości modeli zatrudniania mężczyzn i stąd wywodzi się używana czasami nazwa „manpower planning”. Jednakże, zawód pielęgniarki jest, w większości krajów, zdominowany przez kobiety, trudno zatem w jego przypadku opracować model, który byłby wystarczająco czuły, aby uwzględnić specyfikę zatrudnienia

kobiet. W większości krajów ustawowo przyjęty wiek emerytalny kobiet jest niższy od wieku emerytalnego mężczyzn. Ponadto, wśród pracowników opieki zdrowotnej, istnieje globalna tendencja do przechodzenia na wcześniejszą emeryturę (WHO 2006). Ostatni kryzys gospodarczy także oddziałuje na tę sytuację i powoduje, że rośnie konieczność dokładnego zrozumienia oraz starannego planowania zatrudnienia. Ustawowy wiek emerytalny często różni się od faktycznego wieku, w jakim pielęgniarki przechodzą na emeryturę. Wpływ na decyzję o wcześniejszym przejściu na emeryturę mają niekorzystne warunki pracy. Faktyczna struktura wiekowa pielęgniarek i zróżnicowany tryb pracy (np. praca w niepełnym wymiarze) to czynniki dodatkowe. Dostrzeżono potrzebę podjęcia działań zmierzających do pogłębienia wiedzy w zakresie wzajemnych powiązań szeregu złożonych grup czynników, co spowodowało znacznie większe ukierunkowanie na zrozumienie potrzeb personelu, jak również bardziej skuteczne planowanie zatrudnienia oraz zarządzanie personelem. Patrz ICN Międzynarodowe Centrum Zasobów Ludzkich w Dziedzinie Pielęgniarstwa (ICHRN) strona internetowa www.icn.ch/pillarsprograms/ichrn-publications .

Rozdział 3

Planowanie zatrudnienia

Nie ulega wątpliwości, że na systemie opieki zdrowotnej i systemie edukacji spoczywa obowiązek planowania i utrzymania zatrudnienia kadry pielęgniarskiej. Jak to zostało stwierdzone wcześniej zachodzi wyraźna potrzeba włączenia rządu oraz pracodawców w tego typu planowanie, a działania takie powinny podlegać stałemu weryfikowaniu. Ścisła zależność, poparta badaniami, pomiędzy mniejszym obciążeniem pracą pielęgniarek a lepszymi wynikami pacjenta sugerowałaby, że należy inwestować w personel pielęgniarski. Jednakże pozostaje nadal pewien obszar do dyskusji (Mitchell & Mount 2010).

Biorąc pod uwagę liczebność personelu pielęgniarskiego, jak również jego złożoność, wszelkie proponowane zwiększenia obciążenia pracą napotykać na znaczny sprzeciw chociażby ze względu na związane z tym koszty. Oczywistym jest, że koniecznym staje się ustalenie możliwie jak najdokładniejszego określenia dostępnej kadry pracowniczej oraz sposobów jak najlepszego zagospodarowania tych ograniczonych zasobów ludzkich.

Planowanie zatrudnienia to stały proces służący dostosowaniu potrzeb i priorytetów organizacji do potrzeb i priorytetów siły roboczej w sposób gwarantujący spełnienie wymogów prawnych, regulacyjnych, wymogów dotyczących usług i produkcji, jak również celów organizacji. Planowanie zatrudnienia umożliwia tworzenie, opartych na faktach, strategii rozwoju kadr.

(Sloan 2010)

Niestety nadal niewiele jest badań nad sposobami zmniejszenia obciążenia pracą pielęgniarek bez negatywnych skutków dla pacjenta, zwłaszcza w warunkach szpitalnych. Aby poprawić tę sytuację, niezbędne jest wyciągnięcie odpowiednich wniosków w oparciu o wysokiej jakości dane i analizy jakie można uzyskać z obserwacji stosowanego obecnie obciążenia pracą oraz wykorzystywanych narzędzi służących do planowania zatrudnienia .

W działaniach zmierzających do rozwoju siły roboczej najczęściej cytowanym celem przewodnim *jest pozyskanie odpowiednich pracowników, posiadających odpowiednie kwalifikacje i postawy w odpowiednim miejscu, aby wykonywali odpowiednie czynności w odpowiednim czasie.*

Na planowanie zatrudnienia należy także spojrzeć w kontekście długości aktywności zawodowej pielęgniarek. Warto się temu przyjrzeć z perspektywy wejścia do zawodu pielęgniarki, wykonywania zawodu przez istniejący personel oraz odejście z zawodu pielęgniarki. Podjęcie pracy w zawodzie pielęgniarki wymaga zaplanowania zatrudnienia nowych pracowników niezbędnych do świadczenia opieki dla społeczeństwa. Oczywistym jest, że główny cel stanowi wykształcenie odpowiedniej liczby wykwalifikowanych pielęgniarek. Do realizacji celu niezbędne są: aktywne planowanie, dobre instytucje kształcenia zawodowego z dobrze wykwalifikowaną kadrą, przejrzyste regulacje dotyczące zawodu oraz możliwość rekrutacji personelu. **Pielęgniarka podejmująca obecnie pracę w zawodzie może nadal w nim pracować w roku 2050.** Wstępne przygotowania wymagają silnej współpracy między systemem edukacyjnym i systemem opieki zdrowotnej. Równowaga między tymi dwoma systemami jest kluczowa dla osiągnięcia skuteczności, sprawności oraz zapewniania równych warunków. Jednakże może się zdarzyć, że wystąpi rozbieżność między filozofią i metodami zarządzania w obu tych sektorach - sektor opieki zdrowotnej będzie się cechował systemem zarządczym, natomiast sektor edukacji podejściem rynkowym. Może to prowadzić do nadwyżki podaży w odniesieniu do wybranych zawodów medycznych, w których zapotrzebowanie na kształcenie jest większe np. nadwyżka podaży lekarzy w Indiach (WHO 2008) – oraz deficytu podaży innych zawodów w związku z niedoborem możliwości kształcenia się. Kształcenie zawodowe w coraz większym stopniu jest powiązane z planowaniem zatrudnienia, a to powinno prowadzić do szybkiej wymiany informacji w zakresie programów nauczania oraz kompetencji (patrz Okno 5).

Należy także zwrócić uwagę na wydajność pracy istniejącego personelu; wydajny personel zmniejsza zapotrzebowanie na większą liczbę pielęgniarek. Do uzyskania poprawy wydajności konieczne jest spełnienie szeregu warunków, co zostanie omówione bardziej szczegółowo w dalszej części niniejszego opracowania, niemniej jednak uwagę należy zwrócić na wspieranie indywidualnego rozwoju oraz kształcenia ustawicznego pracowników, nadzór, odpowiednie rekompensaty oraz dobre warunki pracy.

Moment, w którym pielęgniarki podejmują decyzję o odejściu z zawodu stanowi kolejny ważny element planowania zatrudnienia. Odejście z zawodu spowodowane migracją, problemami zdrowotnymi, niepokojami społecznymi lub ogólnym niezadowoleniem z warunków jest kosztowne, gdyż wymaga zastąpienia pracownika opuszczającego rynek pracy, a to wiąże się z kosztami szkolenia nowego pracownika. Utrata wykwalifikowanego pracownika to także utrata wiedzy i umiejętności dla systemu. W związku ze zbliżającym się momentem przejścia na emeryturę znacznej grupy pielęgniarek po 50tce, niezbędne jest opracowanie planu transferu wiedzy, gdyż w przypadku braku odpowiednich działań kadra pielęgniarska może nie być w stanie odpowiednio reagować na wyzwania, przed jakimi stoi.

Istnieje także potrzeba planowania zmian kadrowych oraz zarządzania przekazywaniem wiedzy w odpowiednim czasie. Działania te powinny obejmować proces wyłaniania i rozwoju przyszłych liderów oraz wyższej kadry kierowniczej, jak również osób, które mogłyby zająć inne – istotne z punktu widzenia organizacji – stanowiska. Programy przeprowadzania zmian kadrowych obejmują zazwyczaj - oprócz szkoleń i rozwoju – zapewnienie praktycznego doświadczenia zawodowego, które będzie niezbędne na stanowisku kierowniczym w przyszłości. Problemy z kadrami pielęgniarskimi w społecznościach wiejskich lub odległych od centrum w znacznej mierze są efektem złego planowania zmian kadrowych (WHO 2006).

Pielęgniarki niejednokrotnie są w bardzo wyjątkowy sposób powiązane ze swoim miejscem pracy, na co wpływ ma szereg czynników – jednym z nich jest sprawowanie opieki. Zapotrzebowanie (oraz wielkość tego zapotrzebowania) na osoby powracające na rynek pracy jest często bagatelizowane, a kwestia wsparcia dla pielęgniarek powracających do zawodu po przerwie pozostaje obszarem, na którym, w wielu systemach opieki zdrowotnej, jest jeszcze wiele do zrobienia (ICN 2010a).

Organy regulacyjne sektora opieki zdrowotnej odpowiedzialne są za wydanie oraz wznowienie prawa wykonywania zawodu, ważne jest przy tej okazji planowanie działań służących zatrzymaniu odpowiednich umiejętności, jak również reagowaniu na niewidoczne gołym okiem potrzeby związane z tym niezmiernie istotnym zasobem.

Okno 5: Pięć cech globalizacji w kształceniu zawodowym:

1. Dążenie do stworzenia globalnej puli talentów zawodowych w dziedzinie ochrony zdrowia
2. Powszechne aspiracje i wyzwania stojące przed podstawową opieką zdrowotną, które występują w bardzo różnym kontekście
3. Rosnąca niezależność we wszystkich sprawach zdrowotnych
4. Tworzenie przez uczelnie filii (kampusów satelitarnych) w różnorodnych lokalizacjach
5. Zainteresowanie rozwojem globalnej opieki zdrowotnej

(Frenk i wsp. 2010)

Planowanie zatrudnienia odbywa się na różnych szczeblach globalnych, narodowych, regionalnych i lokalnych. W idealnych warunkach wyniki opracowane na szczeblu lokalnym powinny być brane za podstawę przy opracowywaniu planów na szczeblu regionalnym, a następnie ogólnokrajowym. Zatem kluczowym staje się jak najlepsze opracowanie planu zatrudnienia na szczeblu lokalnym, natomiast kolejne szczeble planowania powinny być zintegrowane. Planowanie na szczeblu lokalnym powinno:

- Określać niedobory i nadwyżki oraz zapobiegać kryzysom zatrudnienia
- Definiować (przedefiniowywać) organizację miejsc pracy, zadania i role oraz zachęcać do współpracy między świadczeniodawcami
- Wspierać działania związane z zapewnieniem bezpieczeństwa pacjenta poprzez posiadanie odpowiednio wykwalifikowanego personelu świadczącego skuteczną opiekę
- Określać czynniki wpływające na poziom podaży i popytu
- Określać potrzeby w zakresie kształcenia i szkolenia personelu
- Zapewniać wiedzę i zrozumienie roli i działań siły roboczej oraz zapewniać, że w przypadku wystąpienia zmian dotyczących czynników mających wpływ na personel lub środowisko pracy istnieje system identyfikujący te zmiany i rozpatrujący je.
- Proponować decydentom różnego rodzaju rozwiązania
- Poprawiać jakość podejmowanych decyzji
- Zapewniać właściwe wdrażanie działań i zasobów
- Opracowywać ramy do monitorowania oraz oceny realizacji określonych celów

(NHS Education Scotland 2013)

Niemniej jednak oczywistym jest też fakt, że określenie liczby dostępnych pielęgniarek to tylko fragment odpowiedzi na pytanie. Dane te należy powiązać z określoną pracą jaką te pielęgniarki mają wykonać – w aspekcie ilości i złożoności, jak również posiadanych umiejętności. Takie podejście pozwoli stworzyć zestaw narzędzi umożliwiających wyciąganie dalszych wniosków dotyczących obciążenia pracą w pielęgniarstwie.

Rozdział 4

Pomiar obciążenia pracą pielęgniarek

W procesie planowania zatrudnienia najczęściej stosuje się podejście bazujące na ilościowym określeniu stopnia zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską w oparciu o wielkość populacji, zróżnicowanie pacjentów oraz rodzaj usług. Następnie odnosi się to do czynności wykonywanych

Personel osiągający dobre wyniki pracy to taki, który w celu uzyskania najlepszych wyników jest efektywny, skuteczny i elastyczny oraz wykorzystuje dostępne zasoby i uwarunkowania
(WHO 2006, str. 67)

przez poszczególnych członków zespołu. Mogą wystąpić różnice w zależności od przyjętego stopnia szczegółowości analizy, poczynając od podstawowych wskaźników ustalanych ogólnie, w przypadku których wielkość zatrudnienia obliczana w stosunku do liczby łóżek lub wielkości populacji, poprzez systemy wymagające szczegółowych

danych dotyczących rodzaju i zakresu niezbędnej opieki (poziomu zależności pacjentów od opieki pielęgniarskiej) oraz analizy zmienności – związanych z tym - czynności pielęgniarskich wykonywanych przez poszczególnych członków zespołu. Mamy do czynienia ze stałym rozwojem systemów informacyjnych ochrony zdrowia, jednakże wiele z tych systemów kieruje się własnymi zasadami w ilościowym określaniu zakresu czynności, co spotkało się z mieszanymi reakcjami środowiska pielęgniarskiego. Nie zmienia to faktu, że dobre systemy informacyjne oraz poprawa procesów gromadzenia danych są niezbędne (Cipriano & Hamer 2013). Na ograniczoną wiedzę w tym zakresie zwrócono uwagę w międzynarodowym badaniu przeprowadzonym przez Dowding i wsp. (2013). Celem niedawno przeprowadzonego, międzynarodowego badania było określenie priorytetów dla informatyki w pielęgniarstwie i procesie opieki nad pacjentem. W raporcie stwierdzono, że pomimo istnienia rosnącej bazy danych empirycznych w zakresie projektowania i oceny technologii informatycznych w ochronie zdrowia (HIT), technologie te głównie koncentrują się na praktyce lekarskiej. Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że z punktu widzenia pielęgniarek, obszarami o największym znaczeniu jest rozwój systemów, które w czasie rzeczywistym zapewnią informacje zwrotne oraz ocena wpływu technologii HIT na opiekę pielęgniarską oraz wyniki

leczenia pacjenta. Szczegółowe informacje na temat informatyki w ochronie zdrowia patrz www.thetigerinitiative.org

Gdy mowa jest o kwestiach dotyczących zatrudnienia dominującą metodologią jest znajomość tematyki związanej z obciążeniem pracy oraz pomiar obciążenia pracą. Jednakże, przed dokonaniem wyboru konkretnej metodologii, należy przyrzeć się potrzebom pacjentów jednocześnie uwzględniając, że potrzeby te niejednokrotnie trzeba rozpatrywać w odniesieniu do innych funkcji organizacyjnych takich jak realizacja kontraktów czy budżetu. Te kwestie były w mniejszym stopniu poddawane analizie. Związek między dostępnością siły roboczej, kulturą systemu oraz wydajnością i rezultatami osiąganymi przez pracowników wpływa na znaczne różnice w jakości opieki nad pacjentem.

Najlepsza praktyka w odniesieniu do planowania zatrudnienia w dziedzinie pielęgniarstwa

W związku z brakiem systemów informacyjnych o potwierdzonej niezawodności oraz zaleceń w zakresie wyboru systemów informacyjnych, jak również biorąc pod uwagę szereg innych czynników wpływających na zakres potrzeb personelu pielęgniarstwa, niezbędne jest zastosowanie metody triangulacyjnej. Minimalne wymagania wobec systemów informacyjnych to konieczność uwzględnienia poziomu zależności pacjentów od opieki pielęgniarstwa oraz czynności pielęgniarstwa. Systemy te powinny podlegać fachowej ocenie ekspertów z zakresu pielęgniarstwa. W Aneksie 1 przedstawiony został prosty i łatwy w użyciu program planowania zatrudnienia w dziedzinie pielęgniarstwa.

Aby osiągnąć jak najlepsze rezultaty konieczne jest przyjęcie kilku podstawowych zasad, co zapewni prawidłowe przeprowadzenie procesu planowania zatrudnienia oraz oceny obciążenia pracą. Te kluczowe zasady powinny cechować się:

- zaangażowaniem kadry kierowniczej (Dyrektora ds. Pielęgniarstwa / Naczelnej Pielęgniarki – warunek niezbędny)
- zaangażowaniem personelu
- stosowaniem ustalonych zasad i konsekwentnym ich wdrażaniem
- podejściem triangulacyjnym (np. ocena zależności pacjenta, jako podstawa określenia obciążenia pracą, profesjonalna ocena i stosowanie benchmarkingu)
- podlegać regularnej ewaluacji (w oparciu o ocenę pracy personelu oraz wyniki leczenia pacjentów)
- czynnym zaangażowaniem w system szkolnictwa i opieki społecznej
- podejmowaniem działań w oparciu o wyniki

Podstawę przy planowaniu bezpiecznej obsady osobowej personelu stanowi określenie obsady na poziomie minimalnym. Nawet w przypadku odpowiednio zaplanowanej dobowej obsady stanowisk pracy istnieje szereg czynników, które mogą ten stan zaburzyć i spowodować, że liczba personelu nie będzie gwarantować bezpieczeństwa pacjentów. Dobre zarządzanie personelem polegające na obsadzeniu wszystkich stanowisk pracy przewidzianych w budżecie, właściwym wykorzystaniu personelu oraz zapewnieniu, że zatrudniony personel jest gotowy do pracy, stanowi podstawę planowania bezpiecznej obsady osobowej personelu. Częste korzystanie z pracowników tymczasowych oraz z personelu nieposiadającego odpowiednich kwalifikacji wpływa na spadek jakości świadczonej opieki zdrowotnej (RCN 2012).

Wsparcie dla zmieniającej się roli

Większe zrozumienie specyfiki pracy personelu pielęgniarskiego oraz lepsza umiejętność analizowania „kto robi co” przyczyniło się do pojawienia się nowych zadań oraz do bardziej dokładnego przyjrzenia się jak ta zmiana roli wpływa na skuteczność leczenia. Podział pracy w systemie opieki zdrowotnej podlega ciągłym zmianom na wielu płaszczyznach i dotyczy wielu zadań. Towarzyszy temu ożywiona dyskusja na temat znaczenia zachodzących zmian, przejmowania lub utraty części zadań oraz jaki to ma wpływ na pielęgniarstwo. Z sytuacją taką mamy do czynienia, gdy pielęgniarki przejmują część zadań obecnie wykonywanych przez innych przedstawicieli zawodów medycznych i odwrotnie. Wiele przemawia za szybkim przekazywaniem zadań personelu opieki zdrowotnej na możliwie najniższy szczebel (WHO 2006). Służyć to może krótkoterminowemu złagodzeniu braków kadrowych. Jednakże należy w tym przypadku zachować ostrożność, gdyż takie podejście może mieć nieprzewidziane i kosztowne skutki w perspektywie długoterminowej (Cavendish Review 2013, WHO 2006).

Dowody wskazują na to, że efektywność i długoterminowy, zrównoważony rozwój podstawowego personelu medycznego uzależnione są od odpowiednich powiązań z przedstawicielami innych zawodów medycznych. Wiele programów wspierania pracowników opieki zdrowotnej nie powiodło się, gdyż nie udało się stworzyć skutecznego połączenia wszystkich przedstawicieli opieki zdrowotnej. Przedstawiciele zawodów medycznych odpowiadają za planowanie i podejmowanie decyzji w sektorze opieki zdrowotnej.

“Większa złożoność ingerencji oraz wyższy udział osób starszych z chorobami współistniejącymi oznacza, że zadania określane jako „podstawowe” wymagają od wykonującego je personelu nie tylko opieki i współczucia, ale również gruntownej wiedzy z różnych dziedzin...”

(Hunt 2013)

Przedstawiciele zawodów medycznych są liderami w systemie opieki zdrowotnej i kształtują politykę w opiece zdrowotnej. Są odpowiedzialni za zapewnienie szkolenia i nadzór tak, aby personel utrzymywał swoje umiejętności na odpowiednim poziomie i nawiązywał odpowiednie relacje z przedstawicielami innych zawodów medycznych (WHO 2006). System opieki zdrowotnej powinien dążyć do systemu opartego na umiejętnościach, gdyż wówczas wszyscy pracownicy będą umieli jasno przedstawiać jak widzą swój wkład w proces wspierania ciągłości opieki nad pacjentem oraz swój własny rozwój. Za przykład może służyć Knowledge and Skills Framework (KSF), zakres kompetencji

mających wspierać rozwój jednostki oraz rozwój kariery zawodowej w ramach National Health Service (NHS) w Wielkiej Brytanii patrz www.ksf.scot.nhs.uk.

Wygląda na to, że zastosowanie bardziej szczegółowych narzędzi do oceny wpływu zmiany roli mogłoby być cenne dla kadry pielęgniarskiej szczególnie w czasach wyzwań oraz, jak to jest w przypadku roli konsultanta ds. pielęgniarstwa, mogłoby skutkować lepszym planowaniem zatrudnienia, rozwojem roli oraz przygotowaniem edukacyjnym (Kennedy i wsp. 2011).

Okno 6: Studium przypadku: Podwyższanie kwalifikacji personelu z zastosowaniem telemedycyny

Wprowadzanie zmian roli jakie pełni personel oraz podwyższanie kwalifikacji personelu jest szczególnie trudne w społecznościach wiejskich lub społecznościach silnie zróżnicowanych. W Salwadorze postanowiono zrealizować cel instytucjonalny tzn. zwiększyć dostępności do opieki zdrowotnej co jest jednym z podstawowych praw człowieka. Aby ten cel osiągnąć konieczne było podwyższenie kwalifikacji personelu do czego wykorzystano telemedycynę. Salwador to stosunkowo mały kraj, zamieszkały przez 5,7 mln obywateli, który jest na etapie wdrażania publicznego systemu ochrony zdrowia na terenie całego kraju. W związku z tym, szkolenie personelu odgrywa tu kluczową rolę. Powstało kilka inicjatyw obejmujących szkolenie na odległość. W październiku 2010 r. międzyinstytucjonalna grupa rozpoczęła działania z wykorzystaniem telemedycyny. W chwili obecnej trwają prace rozwojowe o zasięgu ogólnokrajowym obejmujące tworzenie platformy z bezpłatnym oprogramowaniem umożliwiającym lepszą wzajemną komunikację między zespołami i specjalistami oraz usprawnienie komunikacji między różnymi zakładami opieki zdrowotnej

(Marroquin i Martin 2013)

Samokontrola pacjenta

Inną ważną sprawą, której należy poświęcić uwagę w związku ze zmieniającą się rolą pielęgniarki (często określaną także, jako przejmowanie lub presuwanie zadań) jest rola pacjenta i środowiska w aktywnym zarządzaniu i zaspokajaniu własnych potrzeb zdrowotnych. Wraz ze zmianami zachodzącymi w społeczeństwie, zmianom ulega rodzina i społeczeństwo oraz ich potrzeby i pragnienia np. domy spokojnej starości wspierają dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny.

Gwałtowny rozwój nowoczesnych technologii doprowadził do zbliżenia się grup ludzi do siebie. Jest to szczególnie widoczne w przypadku mediów społecznościowych, dzięki którym możliwa jest wymiana wiedzy oraz lepsze dostrzeżenie nie tylko potrzeb zdrowotnych tych ludzi, ale również sposobów jak najlepszego wykorzystania systemu. Istnieje szereg przykładów pokazujących w jaki

sposób lepszy dostęp do danych oraz informacji wpływa na zmianę sposobu korzystania z usług medycznych przez pacjentów, opiekunów i obywateli (patrz Okno 7).

Otwiera to niezwykle perspektywy, ale może również stanowić potencjalne zagrożenie, dlatego pielęgniarce muszą czuć się pewnie wchodząc w te nowe, odmienne relacje. Wymaga to także od pielęgniarek nowego podejścia do świadczenia opieki, nowych form świadczenia tej opieki, w związku z korzystaniem z nowych środków masowego przekazu. Pielęgniarki muszą zaakceptować obecność rzeczywistości wirtualnej w ich pracy.

Okno 7: Zmiany dezorganizujące

Negatywne skutki dla służby zdrowia odnoszą się do faktu, że obecnie pacjenci dysponują narzędziami umożliwiającymi im na bieżąco pozyskiwanie informacji, analizowanie danych oraz przeglądanie wyników.

- **Medycyna:** pacjenci bardziej angażują się w zarządzanie własnym zdrowiem, osiągają lepsze efekty leczenia / napotykać na opór ze strony niektórych środowisk medycznych.
- **Badania naukowe:** pacjenci mogą uzyskać informacje na temat badań klinicznych prowadzonych na całym świecie, mogą w nich uczestniczyć on-line, a nawet prowadzić własne badania – co raz częściej też są postrzegani jako wiarygodny partner przez środowisko naukowe.
- **Biznes:** Konsumenci chcą płacić za poprawę wyników, nie zaś za same transakcje. W prawidłowo przeprowadzonym badaniu kontrolnym musi zostać wykazane, że tabletki nie pełni funkcji placebo i jest bardziej skuteczna niż dostępne na rynku alternatywne rozwiązania.
- **Bezpieczeństwo:** pacjenci mogą samodzielnie, na bieżąco zgłaszać przypadki działań niepożądanych i współpracować z producentem w zakresie poprawy produktów.

(Hodgkin 2012)

Patrz także:

www.patientslikeme.com

www.bigwhitewall.com

www.renalpatientview.org

Stosowanie samokontroli przez pacjenta ma pozytywny wpływ na poprawę jego stanu zdrowia, co w obliczu narastającej presji finansowej stanowi także istotny element zrównoważonego wzrostu. Niezbędne jest, aby zakłady opieki zdrowotnej wspierały proces samokontroli (CCL 2007). Jednym z elementów tego wsparcia jest wspieranie i rozwój umiejętności korzystania z opieki zdrowotnej przez pacjentów. Niskie umiejętności korzystania z opieki zdrowotnej przez pacjentów stanowią zagrożenie

dla wzrostu liczby pacjentów angażujących się w samokontrolę. Na tym obszarze pielęgniarki mogą wiele zdziałać. Pielęgniarstwo może poszczycić się długą historią promowania i wspierania procesów samokontroli i samoleczenia wśród pacjentów.

Istnieje wiele przykładów pacjentów z powodzeniem zarządzających własnym zdrowiem nawet, gdy jest to proces o wysokim stopniu złożoności, jednak stało się to możliwe dzięki zastosowaniu technologii, które ten proces wspierają. Rośnie zainteresowanie innowacjami, których autorami są sami pacjenci będący nie tylko odbiorcami usług medycznych, ale także współtwórcami edukacji i opieki zdrowotnej.

Jak podaje Berwick i wsp. (2009), podejście w pełni zorientowane na pacjenta oznacza „przejrzystość

Jeśli technologia ma pomóc w osiągnięciu radykalnego wzrostu wydajności pracy, pracownicy służby zdrowia i opieki społecznej będą musieli dysponować odpowiednimi zdolnościami i umiejętnościami, aby wykorzystać te technologie oraz przyjąć nowy styl pracy

Edukacja zdrowotna odgrywa istotną rolę w przypadku samokontroli w zarządzaniu chorobami przewlekłymi. W przypadku leczenia chorób przewlekłych lub długotrwałych stanów chorobowych na co dzień, poszczególne osoby muszą rozumieć i umieć ocenić informacje dotyczące stanu ich zdrowia, zaplanować oraz wprowadzić zmiany we własnym stylu życia, podejmować świadome decyzje oraz wiedzieć jak uzyskać niezbędną pomoc. Jednak, na podstawie badań umiejętności czytania i pisania oraz stylu życia przeprowadzonych wśród osób dorosłych, można stwierdzić, że ponad połowa (55%) Kanadyjczyków w wieku produkcyjnym nie posiada odpowiedniej świadomości zdrowotnej, a w przypadku osób powyżej 65 roku życia tylko 1 osoba na 8 (12%) posiada odpowiedni poziom wykształcenia i świadomości zdrowotnej.

(Canadian Council on Learning CCL 2007)

(w zakresie, na jaki dany pacjent wyraża zgodę), indywidualizację, rozpoznanie potrzeb, szacunek, godność oraz możliwość wyboru we wszystkich kwestiach bez wyjątku, odnoszące się do konkretnej osoby, okoliczność i relacji w opiece zdrowotnej.”

Rozdział 5

Znaczenie środowiska pracy

Wpływ środowiska pracy na efektywność wykorzystania zasobów kadry pielęgniarskiej był znaczącym stopniu niedoceniany (Aiken i wsp. 2011a; Brown i wsp. 2010). Wzrost liczby personelu pielęgniarskiego przy braku dobrego środowiska pracy może nie mieć żadnych zauważalnych efektów lub efekty te mogą być ograniczone, natomiast zwiększenie liczby pielęgniarek tam, gdzie występują dobre warunki pracy przyniesie dużo większe rezultaty (Aiken i wsp. 2011b). Jak zauważa Aiken i wsp. (2011b) "Znaczna wzajemna zależność między liczbą personelu pielęgniarskiego a warunkami środowiska pracy oznacza, że wzrost zatrudnienia pielęgniarek uzależniony jest od warunków pracy, ale również poprawa warunków pracy zależy od liczby zatrudnionych pielęgniarek" (str. 6). Wykazano ponadto, że im lepsze warunki pracy w szpitalach tym niższe prawdopodobieństwo wystąpienia zgonu lub niewydolności pacjenta w szpitala (patrz Okno 8).

Praca nigeryjskich naukowców (Ayamolowo i wsp. 2013) nad związkiem między satysfakcją z pracy a środowiskiem pracy pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej można potraktować, jako uzupełnienie powyższego. We wnioskach podkreślono, że zdrowe środowisko pracy jest istotnym czynnikiem wpływającym na wzrost satysfakcji z pracy, wzmocnienia przywiązania pracowników do miejsca pracy oraz poprawę jakości świadczonych usług. Z pięciu czynników środowiska pracy omówionych w powyższej pracy największe znaczenie z punktu widzenia pielęgniarek mają kwestie związane z zarządzaniem oraz system wsparcia.

Zwiększenie liczebności personelu pielęgniarskiego pociąga za sobą konieczność poniesienia konkretnych kosztów, natomiast poprawa warunków pracy nie wymaga takich samych nakładów, wiąże się jednak z koniecznością wprowadzenia w systemie opieki zdrowotnej zmian w sposobie zarządzania. Tego typu działania mogą mieć także korzystne skutki dla pacjenta i jego rodziny. W Królestwie Suazi w południowej Afryce ICN we współpracy z partnerami rozpoczął nowatorski program po tym jak wyniki badań wykazały, że 80% personelu medycznego odchodziło z zawodu, gdy czuli się zaniedbani i niedowartościowani (Beleta 2008). W 2006 r. otwarte zostało Swaziland Wellness Centre (Centrum Dobrostanu Suazi) – pierwszy tego typu ośrodek na świecie. Ośrodek ten oferuje pracownikom opieki zdrowotnej i członkom ich najbliższej rodziny pomoc w rozwiązywaniu

szeregu problemów i ograniczeń w dobrostanie na jakie napotykają pracownicy opieki zdrowotnej, co wpływa na poprawę sytuacji pracowników opieki zdrowotnej, co z kolei umożliwia im lepsze służbę dla społeczeństwa (ICN 2011).

Raport WHO z 2006 r. potwierdza powyższe z całą mocą oraz zwraca uwagę na 4 argumenty przemawiające za rozwojem strategii wspierania i zwiększania wydajności pracy:

1. Szybciej będzie można zauważyć pozytywne rezultaty.
2. Istnieją ograniczone możliwości zwiększenia podaży personelu medycznego.
3. Gdy organizacja dysponuje wydajnym i zmotywowanym personelem łatwiej jest jej pozyskiwać nowych pracowników i utrzymać istniejący personel.
4. Na rządach spoczywa obowiązek zapewnienia, żeby ograniczone zasoby ludzkie i finansowe były wykorzystane w jak najbardziej uczciwy i efektywny sposób. (Str. 67)

Okno 8: Znaczenie środowiska pracy

“Zespół naukowców z Penn State University ustalił, że przy wzroście liczby pacjentów przypadających na pielęgniarkę o jedną osobę następuje wzrost o 6 do 9 % (w zależności od stanu pacjenta) ryzyka ponownego przyjęcia pacjenta do szpitala. Dobre środowisko pracy pielęgniarki jest powiązane ze spadkiem liczby przypadków niewydolności serca, ostrego zawału mięśnia sercowego oraz zapalenia płuc odpowiednio o 7, 6 i 10 procent.

(Wood 2013)

Kwestia znaczenia środowiska pracy jest szczególnie istotna w okresie wprowadzania znaczących zmian lub gdy świadczone usługi podlegają rekonstrukcji. Wówczas wielu przedstawicieli danego zawodu wymaga dodatkowych szkoleń oraz przygotowania do szybkiego i skutecznego podjęcia nowych ról. Coraz więcej jest zakładów opieki zdrowotnej zarządzanych przez pielęgniarki, coraz częściej pełnią one wysokie funkcje, a tym samym wpływają na zmiany w zakresie opieki zdrowotnej. Zbyt łatwo umniejsza się kluczową rolę jaką odgrywają pielęgniarki. Pielęgniarki powinny być równorzędnymi partnerami w tym procesie.

Dążenie do tworzenia pozytywnego środowiska pracy oraz praca poprawą satysfakcji pracowników, doprowadziły do powstania szeregu inicjatyw mających na celu dbałość o zdrowie oraz dobrostan pracowników. Jak zostało stwierdzone przez Boormana (Department of Health 2009) organizacje, które traktują priorytetowo kwestie dbałości o zdrowie pracowników oraz ich dobrostan osiągają lepsze wyniki, odnotowują wzrost zadowolenia pacjentów, poprawę jakości, wysoki poziom retencji pracowników oraz niski poziom absencji pracowników w związku z chorobą. Zaowocowało to szeregiem działań zainicjowanych przez pracowników i zmierzających do zapewnienia równowagi między pracą a życiem prywatnym oraz zwiększenia zaangażowania pracowników (patrz Aneks 2). Działania te wsparte aktywnym pozyskiwaniem opinii od pacjentów i zachęcaniem ich do współpracy w rozwoju usług oraz przeprowadzaniu zmian przełożyły się na wzrost zaangażowania pacjentów oraz społeczeństwa w cały proces (Kutney- Lee i wsp. 2009).

Jeśli chcemy uniknąć wcześniej odnotowanych niepowodzeń ogólnosystemowych, pielęgniarki zajmujące stanowiska kierownicze na różnych szczeblach powinny przyjąć odpowiedzialność za identyfikowanie pojawiających się problemów i spraw dotyczących środowiska pracy oraz za ich rozwiązywanie.

Efektywna organizacja i kultura pracy

Wiele uwagi poświęcono znaczeniu zmian organizacyjnych oraz kultury organizacji, natomiast mniej uwagi zwrócono na warunki lokalne, które umożliwiają wdrażanie zasad pracy i najlepszych praktyk (Laschinger & Leiter 2006). W szczegółowej analizie koncepcji opartej na teorii rozwoju praktyki, międzynarodowa grupa pielęgniarek określiła pięć warunków (cech) niezbędnych – ich zdaniem - do oceny efektywności kultury pracy (Manley i wsp. 2011). Te cechy to :

Cecha 1: wspólnie wyznawane wartości w miejscu pracy takie, jak zorientowanie na jednostkę; uczenie się przez całe życie; silne wsparcie i poważne wyzwania; rozwój zdolności przywódczych; udział i zaangażowanie głównych interesariuszy; korzystanie z dowodów oraz rozwój; pozytywne nastawienie do zmian oraz ustawicznego rozwoju; otwarta komunikacja, praca zespołowa; bezpieczeństwo

Cecha 2: Wspólna wizja i misja oparta na indywidualnej oraz grupowej odpowiedzialności.

Cecha 3: Kreatywność, innowacyjność oraz zdolność adaptacji wspierają utrzymanie wysokiej efektywności pracy.

Cecha 4: Potrzeby pacjenta/społeczności są podstawą do wdrażania odpowiednich zmian.

Cecha 5: Zadaniem systemów formalnych jest umożliwianie i stała ocena kształcenia, wydajności pracy oraz wspólnego zarządzania.

W oparciu o wyżej wymienione cechy, autorzy opracowali ramy mające na celu wspieranie rozwoju zespołów. Uznając wzajemne powiązania między kulturą organizacyjną, korporacyjną oraz kulturą pracy, stwierdzono, że *największy potencjał do zmian w modelu świadczenia opieki oraz doświadczenia pacjenta tkwi w środowisku pracy.*

Tworzenie zespołów o wysokiej wydajności pracy

Powszechnie wiadomo, że zespoły o wysokiej wydajności pracy stanowią istotny element tworzenia systemów opieki zdrowotnej opartych na skoordynowanej, skutecznej i skoncentrowanej na pacjencie opiece. W efekcie opracowano i wdrożono szereg modeli mających na celu koordynację działań zakładów opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę zakres oraz złożoność informacji oraz powiązań interpersonalnych, świadczenie przez lekarza usług medycznych bez jakiegokolwiek wsparcia, może być niezwykle trudne, a nawet potencjalnie szkodliwe. Grupa lekarzy zapewniających opiekę zdrowotną dla tego samego pacjenta lub tej samej rodziny tworzy zespół. Można przyjąć, że jest to grupa robocza posiadająca przynajmniej jeden wspólny cel. Każdy z lekarzy korzysta z dostarczonych informacji oraz działań podjętych przez innych członków zespołu. Jednakże bez wyraźnego uznania potrzeby istnienia oraz celowego rozwoju zespołu nie będzie możliwe wyeliminowanie szeregu problemów systemowych (Mitchell i wsp. 2012).

Zasady pracy zespołowej w systemie opieki zdrowotnej

- **Wspólne cele:** Zespół – w którego skład wchodzi pacjent i - w wybranych przypadkach, członkowie rodziny lub inne osoby wspierające pacjenta – współpracują przy określaniu wspólnych celów oddających priorytety pacjenta i jego rodziny, i które muszą zostać jasno określone i zrozumiane oraz muszą uzyskać jednomyślne poparcie wszystkich członków zespołu.
- **Jasno określony podział ról:** każdy członek zespołu ma jasno sprecyzowany zakres funkcji, obowiązków i odpowiedzialności, co wpływa na optymalizację efektywności pracy całego zespołu oraz w wielu przypadkach pozwala wykorzystać zastosowany podział pracy i w efekcie osiągnąć rezultat znacznie większy niż suma jego elementów składowych.
- **Wzajemne zaufanie:** członkowie zespołu zyskują wzajemne zaufanie, działają na zasadzie wzajemności oraz wyboru rozwiązania lub rozwiązań dających największe szanse na osiągnięcie wspólnego celu.
- **Skuteczna komunikacja:** zespół ustanawia priorytety i stale pracuje nad poprawą umiejętności komunikacji interpersonalnej. Zespół ma zapewniony dostęp do systemu dającego możliwość szczerzej i pełnej wymiany poglądów, a system ten jest wykorzystywany przez wszystkich członków zespołu.
- **Mierzalne procesy i efekty:** Zespół dokonuje wyboru i wdraża system zapewniający wiarygodną i szybką informację o sukcesach i porażkach w funkcjonowaniu zespołu oraz osiąganiu zamierzonych celów. System ten ma służyć śledzeniu i usprawnianiu podejmowanych działań tak w krótkim, jak i długim horyzoncie czasowym.

Lepiej wykształcony personel to bardziej produktywny personel, jednakże – jak to już zostało stwierdzone – same umiejętności nie spowodują wzrostu wydajności. Należy przyjąć, że istnieje wzajemne powiązanie między głównymi elementami systemu (podażą i popytem), a wszyscy interesariusze muszą być świadomi faktu jak duży potencjał w zakresie rozwoju możliwości drzemie w środowisku pracy oraz w zdolnościach pracowników (IOM 2010). Głównym celem większości organizacji jest efektywne świadczenie usług, nie zaś kształcenie. Należy jednak pamiętać, że kształcenie w miejscu pracy odgrywa istotną rolę w realizacji tego celu. Trzeba zatem dążyć do tego, aby miejsce pracy było miejscem, w którym odbywa się wszelkiego rodzaju kształcenie, a liderzy i menedżerowie świadomie rozwijają ten zasób. Kształcenie w miejscu pracy jest istotne i przynosi korzyści tak pracodawcom, jak i pielęgniarkom.

Okno 9: Organizacja ucząca się

- autonomia pracowników oraz zwiększenie wpływu na podejmowanie decyzji w swoim miejscu pracy. (np. zespoły rozwiązywania problemów, „koła jakości”)
- wsparcie działań pracownika dążących do poprawy wydajności (np. systemy oceniania i wzajemnego oceniania pracowników, mentoring i nadzór)
- nagradzanie pracowników w związku ze wzrostem wydajności (np. wzrost wynagrodzenia, premie związane ze wzrostem wydajności, udział w zyskach)
- dzielenie się informacją i wiedzą (np. system wymiany informacji z pracownikami oraz wykorzystanie uzyskanych od pracowników informacji do ulepszania strategii organizacji)

opracowane w oparciu o Ashton & Sung (2002)

Organizacje mają świadomość roli jaką odgrywa stały rozwój i obecnie można wyróżnić praktyki odnoszące się do organizacji „osiągających wysoką wydajność” (Ashton & Sung 2002) (patrz także Okno 9). W celu pełnego wykorzystania istniejących możliwości niezbędny jest, oprócz określonego postępowania i zachowań ze strony pracodawców, stały rozwój umiejętności przez pracowników. Wymaga to od każdej pielęgniarki aktywnego zaangażowania w proces ustawicznego kształcenia oraz ideę uczenia się przez całe życie. Pielęgniarki nie mogą pozwolić sobie na bierne oczekiwanie, że

zostaną skierowane na odpowiednie kursy przez swoich zwierzchników, nie mogą uczestniczyć jedynie w projektach krótkoterminowych lub odpowiadać wyłącznie na zewnętrzne potrzeby; niezbędne jest bardziej dynamiczne podejście.

Rządy, pracodawcy oraz poszczególne pielęgniarki powinni wesprzeć proces rozwoju tak, aby wszystkie strony korzystające z tych przemian miały w nim swój udział. Pielęgniarki muszą wziąć na siebie odpowiedzialność za kształcenie oraz rozwój własnych umiejętności. W niektórych systemach pielęgniarskich zostało to zdefiniowane przez organ odpowiedzialny za regulację zawodu i obejmuje następujące elementy: programy mentorskie dla studentów pielęgniarstwa kształcących się według zatwierdzonych programów; programy mentorskie dla nowych pielęgniarek oraz pielęgniarek powracających do zawodu; oraz nadzór w procesie ustawicznego kształcenia. O efektywnym wykorzystaniu zasobów pielęgniarskich można mówić wówczas, gdy pielęgniarki wykonując swoją pracę w pełni wykorzystują swoją wiedzę, umiejętności i zdolności. Wymaga to od wielu elementów składowych systemu elastyczności oraz szybkości w reagowaniu na istniejące możliwości kształcenia i rozwoju, patrz np. www.nipec.hscni.net/preceptorship .

Liderzy na każdym szczeblu

Na przestrzeni ostatnich lat pojawiło się wiele raportów zwracających uwagę na kluczową rolę jaką w zakresie tworzenia środowiska pracy wysokiej jakości oraz we wdrażaniu nowych form świadczenia usług na wszystkich poziomach systemu opieki zdrowotnej ogrywają liderzy. Nieco mniej uwagi zostało poświęcone temu jaki styl przywództwa jest konieczny do osiągnięcia powyższych celów. W raporcie opracowanym przez Cummingsa i wsp. (2010) określono specyficzne rodzaje przywództwa, dzięki którym w bardziej skuteczny sposób osiągać można pozytywne efekty w ramach kadry pielęgniarskiej. Wspomniany raport zwraca uwagę na rolę kompetencji relacyjnych (w odróżnieniu od kompetencji zadaniowych). W sytuacji, w której zmianom ulegają role i zakres zadań, należy pamiętać o konieczności angażowania całego personelu w ten proces, gdyż ma to ogromne znaczenie ze względu na pracę zespołów. Przywódcy, na wszystkich szczeblach organizacji, dążąc do realizacji celów muszą mieć na uwadze pracowników oraz współpracę z nimi.

Współpraca systemowa

W celu zwiększenia kompetencji zawodowych oraz zmierzenia się ze zmianami zachodzącymi w organizacji świadczeń opieki zdrowotnej niezbędny jest wzrost współpracy w obrębie kadry pielęgniarskiej oraz między wszystkimi przedstawicielami zawodów medycznych. Obejmować to powinno modyfikację ram prawnych, które są integralną częścią system opieki zdrowotnej. Współpraca taka opierać się będzie na rosnącej wymianie informacji dotyczących zasobów ludzkich oraz stworzeniu (przy współudziale pielęgniarek) wysokiej jakości systemów informatycznych. Rosnące znaczenie będzie miał także lobbing polityczny (5 lat) oraz zbliżające się nieuchronnie niedobory kadry pielęgniarskiej (na przestrzeni następnych pięciu do siedmiu lat). Korzystając z okazji powinniśmy dążyć do wzmocnienia przekazu dotyczącego konieczności planowania zatrudnienia w opiece zdrowotnej na szczeblu globalnym, zwiększania liczebności personelu medycznego;

zwiększania wydajności pracy oraz dostosowywania jakości kształcenia do aktualnych wymogów i potrzeb.

Praca przy ograniczonej dostępności zasobów

Ograniczona dostępność zasobów we wszystkich systemach opieki zdrowotnej, będzie wymagać od pielęgniarek, które są lub będą zajmować stanowiska kierownicze, umiejętności stawienia czoła gwałtownym zmianom jakie zachodzą w zglobalizowanym świecie, w którym siłą napędową jest technologia, w świecie, w którym występują niedobory zasobów finansowych i ludzkich. Konieczny będzie rozwój odpowiednich kompetencji kadry kierowniczej tak, aby mogła ona sprawnie i skutecznie rozwijać i zarządzać personelem pielęgniarskim. Dotyczy to skutecznej współpracy, tworzenia strategicznych koalicji i partnerstwa, umiejętności negocjacji, doskonałych umiejętności w zakresie komunikacji ustnej i pisemnej, tworzenia zespołów i ich motywowania oraz procesów decyzyjnych. W związku z faktem, że pielęgniarki oraz Krajowe Zrzeszenia Pielęgniarek na świecie są na różnym etapie rozwoju, konieczne będzie opracowanie lub przyjęcie różnych narzędzi w celu optymalizacji wyników; jest to szczególnie ważne w przypadku opieki społecznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej.

Zaangażowanie w edukację i kształcenie

Niezbędne jest opracowanie systemu edukacji i kształcenia zmierzającego do zwiększenia wydajności systemu opieki zdrowotnej, systemu, który dostosowuje kluczowe kompetencje zawodowe do konkretnych okoliczności nawiązując przy tym do gospodarki globalnej opartej na wiedzy. W przypadku wielu systemów opieki zdrowotnej konieczna jest aktywna współpraca pomiędzy sektorami edukacji i opieki zdrowotnej mająca na celu planowanie i rozwój personelu. Istniejący obecnie brak spójności i skoordynowanych działań należy ocenić jako nieekonomiczny, powodujący, że oba systemy reagują zbyt wolno. **Wszyscy pracownicy opieki zdrowotnej powinni posiadać umiejętność stosowania posiadanej wiedzy, krytycznego myślenia, przestrzegania etyki zawodowej, aby być odpowiedzialnym członkiem zespołu reagującego na potrzeby lokalne, a jednocześnie powiązanego globalnie i uczestniczącego w systemie opieki zdrowotnej zorientowanym na pacjenta i społeczeństwo (Frenk i wsp. 2010).**

Odpowiedzialność osobista

Kiedy spoglądamy na nas same – pielęgniarki - oraz na to co możemy jako grupa zdziałać, musimy poddać krytycznej ocenie naszą własną odpowiedzialność. Jeśli nie podoba nam się sposób w jaki postrzegane i traktowane są pielęgniarki w swoich miejscach pracy, to mamy obowiązek podjęcia działań zmierzających do zmiany tej sytuacji (Darbyshire 2010). Musimy pamiętać, że spoczywa na nas obowiązek dbania o pozytywny wizerunek pielęgniarki i zawodu oraz o to jak jesteśmy postrzegane w oczach społeczeństwa. Jesteśmy aktywnymi członkami wielu społeczeństw; łączymy wiele ogniw. Jednakże niejednokrotnie media przekazują zupełnie inny obraz; jeśli będzie się o nas mówić jedynie na tle wydarzeń o negatywnym charakterze, to będzie to poważny problem.

Musimy wykorzystać Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek do “zmiany spojrzenia”; pokazać jaką moc przemiany mają działania podejmowane przez wykwalifikowane pielęgniarki, jak mogą wpływać na rodziny, społeczności oraz kraje. Nasze przesłanie musi brzmieć głośno nie tylko w tym dniu, ale także we wszystkie inne dni.

Tego dnia bądź gotowa/y, żeby odpowiedzieć na pytania

- **Jak dokonałeś/aś zmian**
- **Jak Twój zespół dokonał zmian**
- **Jak Twoje zrzeszenie pielęgniarek dokonało zmian**
- **Jak rząd Twojego kraju MOŻE dokonać zmian**

Aneks 1

Przykłady narzędzi wykorzystywanych do planowania zatrudnienia, strony internetowe i linki

Health Workforce New Zealand (HWNZ): www.healthworkforce.govt.nz/
Narzędzia i źródła - "HWNZ odpowiada za planowanie i rozwój personelu opieki zdrowotnej, za zagwarantowanie, że wszelkie problemy dotyczące personelu są uwzględniane w procesie planowania świadczenia usług, a personel medyczny jest przygotowany do świadczenia tych usług" http://healthworkforce.govt.nz/tools-and-resources
Pracodawcy NHS: www.nhsemployers.org
Nursing Career Framework (Rozwój zawodowy w pielęgniarstwie) – interaktywne narzędzie opracowane przez Ministerstwo Zdrowia służące pielęgniarkom w planowaniu ich ścieżki kariery zawodowej. Narzędzie to może być wykorzystywane przez pracodawców w planowaniu i rozwoju zatrudnienia. www.nhsemployers.org/PlanningYourWorkforce/Nursing/toolsandresources/Pages/TheNursingCareerFramework.aspx
Planowanie zatrudnienia www.nhsemployers.org/PlanningYourWorkforce/Modernising-Scientific-Careers/MSC-latest-news/Pages/Healthcarescienceresources-newworkforceplanningtoolspage.aspx
NHS Education for Scotland [NES]: www.nes.scot.nhs
'Nursing and Midwifery Workload and Workforce Planning Learning Toolkit' (Planowanie obciążenia pracą oraz zatrudnienie w pielęgniarstwie i położnictwie – poradnik) NES, 2013, www.nes.scot.nhs.uk/education-and-training/by-discipline/nursing-and-midwifery/resources/publications/nursing-and-midwifery-workload-and-workforce-planning-learning-toolkit.aspx
National Quality Board (NQB), NHS England: www.england.nhs.uk
Jak zagwarantować, że właściwi ludzie posiadający odpowiednie umiejętności znajdują się w odpowiednim miejscu i w odpowiednim czasie: poradnik z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa oraz zapewnienia odpowiedniej liczby personelu o odpowiedniej wydajności w zakresie opieki zdrowotnej W wytycznych podano zbiór oczekiwań wobec świadczeniodawców i świadczeniobiorców w zakresie zatrudnienia oraz rady jak sprostać tym oczekiwaniom. Publikacja zawiera odniesienia do opartych na sprawdzonych danych narzędzi i źródeł, jak również daje przykłady dobrej praktyki. W publikacji znajdują się również linki do źródeł zewnętrznych. www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/11/nqb-how-to-guid.pdf

Royal College of Nursing: www.rcn.org.uk

RCN Resources - workforce planning (Zasoby RCN – planowanie zatrudnienia) - [zawiera linki do źródeł zewnętrznych]

http://www.rcn.org.uk/development/practice/clinical_governance/staff_focus/other_support/guidance_and_tools

'Safe Staffing levels - Setting safe nurse staffing levels. An exploration of the issues', London: Royal College of Nursing 2003

Publikacje RCN:

Niniejszy dokument został opracowany w odpowiedzi na zgłoszone przez członków RCN obawy dotyczące braku racjonalnych i obiektywnych "uniwersalnych wzorców" w zakresie zatrudnienia personelu, gwarantujących zapewnienie bezpiecznej opieki pielęgniarskiej na wysokim poziomie. Dokument koncentruje się przede wszystkim na personelu szpitalnym, jednakże wiele omawianych w nim zagadnień jest w równym stopniu istotne dla pielęgniarek zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej. www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/78551/001934.pdf

'Guidance on safe nurse staffing levels in the UK', London: Royal College of Nursing. 2010, www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/353237/003860.pdf

'RCN Policy Position: evidence-based nurse staffing levels', London: Royal College of Nursing.2010 www.rcn.org.uk/development/publications

Skills for Health: <http://skillsforhealth.org.uk>

"Skills for Health to Branżowa Rada Umiejętności (Sector Skills Council) dla wszystkich pracodawców opieki zdrowotnej. Wszystko co robimy bazuje na umiejętnościach i potrzebach personelu."

Nursing Workforce Planning Tool - "Narzędzie to ma służyć wsparciu planowania zatrudnienia personelu pielęgniarskiego oraz lepszemu podejmowaniu decyzji dotyczących optymalnej liczebności oraz efektywnego doboru pracowników. "

https://tools.skillsforhealth.org.uk/nursing_planning/

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO): www.who.int

Models and tools for health workforce planning and projections' (Modele i narzędzia planowania i prognozowania zatrudnienia w opiece zdrowotnej)

Human Resources for Health Observer, Issue No. 3.

"Celem niniejszej publikacji jest uwzględnienie w procesie planowania zatrudnienia dostępnych metod i narzędzi oraz opisanie procesów i zasobów niezbędnych do podjęcia takich działań. Nie jest to opracowanie szczegółowe, ale poglądowe. Zostało ono przygotowane w oparciu o narzędzia i zasoby wykorzystywane w wybranych krajach."

www.who.int/hrh/resources/observer3/en/

The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank

How to Recruit and Retain Health Workers in Rural and Remote Areas in Developing Countries, (Jak zatrudnić i zatrzymać personel medyczny na obszarach wiejskich i nieurbanizowanych w krajach rozwijających się)

World Bank Guidance note, Health, Nutrition and Population Discussion Paper

Edson Araújo i Akiko Maeda June(2011) opracowali wyniki badań na temat czynników wpływających na te nierówności; zaprezentowali usystematyzowany zestaw działań politycznych wdrażanych na świecie w celu rozwiązania problemów w zakresie zatrudniania i retencji personelu medycznego na obszarach wiejskich i nieurbanizowanych w krajach rozwijających się; oraz przedstawili możliwe zastosowania metody wyborów dyskretnych (Discrete Choice Experiments (DCEs)) w celu określenia preferencji personelu medycznego oraz wyznaczenia czynników mogących wpływać na wzrost zainteresowania podjęciem pracy na obszarach wiejskich i nieurbanizowanych

www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/wb_retentionguidancenote/en/index.html

Przykłady narzędzi związanych ze środowiskiem pracy

<p>Pracodawcy NHS: www.nhsemployers.org</p>
<p>Poprawa poziomu zaangażowania pracowników www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Pages/ImprovingStaffEngagement.aspx</p> <p>Zdrowie, praca i dobrostan – 5 działań</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Droga do zdrowia i dobrostanu – tworzenie strategii, gromadzenie danych oraz dobre praktyki. 2. Utrzymywanie dobrego samopoczucia personelu - działania zapobiegawcze, aktywne wsparcie oraz czerpanie z cudzych doświadczeń. 3. Utrzymanie rozmachu działań – Jak wykorzystać dane i wyniki ankiety przeprowadzonej wśród pracowników do zwiększenia zaangażowania personelu. 4. Program Przeciwdziałania Absencji – jak zmniejszyć liczbę absencji chorobowych. 5. Odgrywanie wiodącej roli - kto wyprzedza resztę świata i jak można wykorzystać te doświadczenia? <p>www.nhsemployers.org/HealthyWorkplaces/Pages/Home-Healthy.aspx</p>
<p>Amerykańskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Intensywnej Terapii [AACN]: www.aacn.org/</p>
<p>Healthy Work Environment Initiative (Inicjatywa w sprawie zdrowego środowiska pracy) - "AACN potraktowała priorytetowo trzy główne inicjatywy: zdrowe środowisko pracy, opieka u schyłku życia i opieka paliatywna, oraz obsada stanowisk i rozwój zasobów ludzkich."</p> <p>Standardowe dokumenty AACN – korelacja między zdrowym środowiskiem pracy a bezpieczeństwem pacjenta, rekrutacją i retencją pielęgniarek</p> <p>"Korelacja między zdrowym środowiskiem pracy a bezpieczeństwem pacjenta, rekrutacją i retencją pielęgniarek jest niepodważalna."</p> <p>AACN stoi na stanowisku, że wszędzie możemy mieć zdrowe środowiska pracy, jeśli pielęgniarki i pracodawcy będą zdecydowanie dążyć do poprawy nie tylko środowiska fizycznego, ale również likwidować mniej widoczne bariery dla bezpieczeństwa pracowników i pacjentów. Nie będzie to jednak możliwe bez zrozumienia czynników mających negatywny wpływ na środowisko pracy oraz zdecydowanego opowiedzenia się za wprowadzeniem odpowiednich rozwiązań.</p> <p>Elementy sukcesu – jak to zostało opisane w AACN Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments - to odpowiednia komunikacja, prawdziwa współpraca, skuteczne podejmowanie decyzji, odpowiedni personel, szczerze uznanie i prawdziwe przywództwo."</p> <p>Pełna wersja: www.aacn.org/WD/HWE/Docs/HWEStandards.pdf</p> <p>Streszczenie: www.aacn.org/WD/HWE/Docs/ExecSum.pdf</p> <p>Narzędzia służące do oceny środowiska pracy - www.aacn.org/hwehome.aspx?pageid=331&menu=hwe</p>

Predictive Index [PI Worldwide]: www.piworldwide.com/

Predictive Index Healthcare Briefings: Wood D, 2013, 'Creating a Great Nurse Work Environment to Improve the Bottom Line', Jan 18, 2013:

"Predictive Index pomaga zakładom opieki zdrowotnej takim jak Indiana University Health (Szpital Bloomington) tworzyć pozytywne środowisko pracy." [Debra Wood, RN, uczestnik programu.]

<http://www.piworldwide.com/healthcare-briefings-creating-a-great-nurse-work-environment-to-improve-the-bottom-line/>

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO): <http://rnao.ca>

The Healthy Work Environments (HWE) Best Practice Guidelines (BPG) " (Zdrowe Środowisko Pracy wytyczne odnośnie do dobrych praktyk) zostały opracowane w celu wsparcia zakładów opieki zdrowotnej w procesie tworzenia i utrzymywania pozytywnego środowiska pracy. Pracami kieruje Registered Nurses' Association of Ontario, finansowane są one przez Departament Zdrowia i Opieki Długoterminowej Prowincji Ontario, przy współpracy Departamentu Pielęgniarek, Ministerstwa Zdrowia Kanady. Pierwotnym celem programu było opracowanie sześciu wytycznych oraz systematyczny przegląd literatury dotyczącej zdrowego środowiska pracy. Do w/w sześciu obszarów należą: przywództwo, model praktyki opartej na współpracy, obciążenie pracą i obsada etatów, profesjonalizm, dywersyfikacja i zdrowie w miejscu pracy, bezpieczeństwo oraz dobrostan. W ramach projektu zdrowe środowisko pracy zostało zdefiniowane jako "jednostka ochrony zdrowia, która dąży do poprawy zdrowia i dobrostanu pielęgniarek, pacjentów i organizacji oraz wydajności systemu".

<http://rnao.ca/bpg/guidelines/hwe>

Durham Region Health Department: www.durham.ca/

Proste kroki jak stworzyć zdrowe miejsce pracy

Istnieją działania, których podjęcie przyniosło pozytywne efekty, i które można wdrożyć w miejscu pracy w celu stworzenia zdrowego miejsca pracy:

1. Budowanie zaangażowania.
2. Powołanie Zespołu ds. Zdrowego Miejsca Pracy.
3. Ocena sytuacji: określenie priorytetów dla zdrowego miejsca pracy oraz oczekiwań pracowników.
4. Stworzenie Planu.
5. Wdrożenie Planu.
6. Ocena.

Świętuj i opracuj plany na nowy rok.

„**The Healthy Workplaces Toolkit**” może okazać się pomocne, ponieważ zawiera szereg przykładów oraz informacji na temat sposobu postępowania. Wskazówki zawierają ponadto narzędzia i schematy pomocne w podjęciu odpowiednich kroków w celu stworzenia planu dla zdrowego środowiska pracy.

The Healthy Workplaces Toolkit: www.durham.ca/departments/health/haw/hwToolkit.pdf

Health & Safety Ontario: www.healthandsafetyontario.ca

"Healthy Workplaces: Journey to Excellence". (zdrowe środowisko pracy: droga ku doskonałości)

"Sześć rozdziałów mających pomóc w tworzeniu zdrowego środowiska pracy. Zawiera definicje, informacje jak zacząć oraz porównanie kosztów i korzyści."

www.healthandsafetyontario.ca/Resources/TopicList/Healthy-Workplaces.aspx

Centre for Workforce Intelligence: www.cfwi.org.uk
CFWI, 2011, 'Workforce risks and opportunities: Nursing and Midwifery' www.cfwi.org.uk/publications/workforce-risks-and-opportunities-nursing-and-midwifery
Robert Wood Johnson Foundation: www.rwjf.org
'Najnowsze badania pokazują, że poprawa środowiska pracy pielęgniarek oraz wskaźnika obsady stanowisk może wpłynąć na spadek ryzyka nieplanowanych readmisji pacjentów Medicare do szpitala' "Wyniki naszych badań pokazują, że poprawa środowiska pracy pielęgniarek oraz spadek obciążenia pracą wpływa na spadek liczby readmisji pacjentów Medicare z typowymi schorzeniami." powiedział McHugh. "Kierownictwo szpitala powinno przeanalizować te dwa czynniki oraz zastanowić się czy można je usprawnić w celu poprawy rezultatów leczenia pacjentów oraz redukcji readmisji." www.rwjf.org/en/about-rwjf/newsroom/newsroom-content/2013/01/new-study-shows-improving-nurses-work-environments-and-staffing-.html 'Hospital nursing and 30-day readmissions among Medicare patients with heart failure, acute myocardial infarction, and pneumonia,' Medical Care, Vol. 51 No. 1: pp 52-59, McHugh MD & Chenjuan MA (2013).
London Health Sciences Centre (LHSC) Nursing Resource Team: www.lhsc.on.ca
Nursing Resource Unit: www.lhsc.on.ca/Careers/Nursing/Clinical_Programs/NRU.htm LHSC odgrywa czołową rolę w stałym podnoszeniu jakości personelu pielęgniarskiego: www.lhsc.on.ca/About_Us/LHSC/Media_Room/Media_Releases/2013/May7.htm <i>"...zebrane dane mogą być wykorzystywane przez liderów oraz personel do opracowywania strategii dotyczących zdrowego środowiska pracy, a nastawionych na poprawę jakości opieki nad pacjentem."</i> 'Building a Healthy Work Environment: A Nursing Resource Team Perspective' Nursing Leadership, Vol. 26[Special Issue] (May): pp 70-77, Vaughan L & Slinger T (2013). www.longwoods.com/content/23322
Agency for Healthcare Research and Quality & Robert Wood Johnson Foundation: www.ahrq.gov/index.html
Patient Safety and Quality: An Evidence-based Handbook for Nurses (Bezpieczeństwo pacjenta i jakość - podręcznik dla pielęgniarek poparty dowodami") "Pielęgniarki powinny wiedzieć jakiego rodzaju sprawdzone techniki i interwencje mogą stosować w celu poprawy wyników leczenia u pacjentów. Aby pomóc osiągnąć ten cel Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), przy wsparciu finansowym Robert Wood Johnson Foundation, opracowała kompleksowy (zawierający 1400 stron), podręcznik dla pielęgniarek poświęcony bezpieczeństwu i jakości opieki nad pacjentem —Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses". (AHRQ Publication No. 08-0043). www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesfdbk/index.html

Centre for Health & Social Care Research, Sheffield Hallam University:

<http://research.shu.ac.uk/hwb/ncimpact/index.html>

Gerrish K, McDonnell A, & Kennedy F (2011), '**Capturing impact: A practical toolkit for nurse consultants**', Sheffield: Sheffield Hallam University (July). "Pozycja ta została przygotowana z myślą o pielęgniarzach i ma na celu pomóc w ocenie ich wpływu na pacjentów, pozostały personel, oddziaływania zarówno w obrębie organizacji, jak i poza nią. Publikacja ta stanowi część projektu badawczego zleconego przez Burdett Trust for Nursing, który miał na celu zbadanie wpływu pielęgniarek specjalistek."

<http://research.shu.ac.uk/hwb/ncimpact/NC Toolkit final.pdf>

International Council of Nurses [ICN]: www.icn.ch

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek 2007.: 'Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care'. (Pozytywne środowisko pracy: jakość miejsca pracy = jakość opieki nad pacjentem) [opracowane przez Andrea Bauman]:

"Pozycja ta została przygotowana w celu przedstawienia personelowi opieki zdrowotnej, zainteresowanemu poprawą jakości usług, danych dotyczących pozytywnego środowiska pracy

Publikacja ta ... bada wzajemne powiązania pielęgniarka-środowisko pracy, czynniki mające wpływ na środowisko pracy pielęgniarek, koszty związane z niezdrowym środowiskiem ..."

Robert Wood Johnson Foundation/Institute of Medicine: www.thefutureofnursing.org

Future of Nursing Report – 'The Institute of Medicine report, *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*, to szczegółowa analiza zagadnień związanych z personelem pielęgniarskim. Zalecenia przedstawione w raporcie obejmują kwestie wzajemnych powiązań między potrzebami zdrowotnymi zróżnicowanej i ulegającej przemianom populacji pacjentów a działaniami podejmowanymi przez personel pielęgniarski'

www.thefutureofnursing.org/IOM-Report

Historie sukcesu–

W różnych społecznościach na terenie kraju, pielęgniarki odgrywają wiodącą rolę we wdrażaniu innowacyjnych projektów służących poprawie zdrowia obywateli. Historie przypadku oraz osobiste historie przedstawione w raporcie służą zilustrowaniu pracy pielęgniarek oraz modeli procesu innowacji opracowanych przez pielęgniarki dla przyszłych liderów w dziedzinie pielęgniarstwa .

www.thefutureofnursing.org/success-stories

Rozwój zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej (HHRD)

Stanowisko

Stanowisko ICN

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) ocenia, że rozwój zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej (HHRD) – obejmujący planowanie, zarządzanie oraz rozwój – wymaga podejścia interdyscyplinarnego, współpracy międzysektoralnej oraz podejścia wielosługowego. Podejście takie uznaje komplementarne role jaką pracownicy opieki zdrowotnej odgrywają w tym procesie oraz wartość wkładu wnoszonego w ten proces przez inne dziedziny nauki. Niezbędny jest udział wszystkich zainteresowanych stron – konsumentów, świadczeniodawców, pedagogów, badaczy, pracodawców, menedżerów, rządów oraz organizacji zrzeszających przedstawicieli zawodów medycznych. ICN ponadto uznaje, że pożądanym efektem niniejszej inicjatywy powinno być stworzenie zintegrowanych i wszechstronnych systemów prognostyczno-informacyjnych dla zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej oraz strategii efektywnego zarządzania zasobami ludzkimi.

Kategorie personelu niezbędnego do zapewnienia opieki oraz zakres posiadanych przez ten personel umiejętności zawodowych powinny być zdefiniowane przez potrzeby pacjenta. W przypadku, gdy planuje się wprowadzenie nowych kategorii pracowników lub nowych ról należy na samym wstępie określić i zaplanować efekty jakie te działania mogą mieć na pacjenta i społeczeństwo, konieczne jest także określenie wpływu tych działań na zasoby ludzkie w opiece zdrowotnej na szczeblu lokalnym i ogólnokrajowym, na strukturę kariery zawodowej. W planowaniu należy uwzględnić:

- Potrzeby i priorytety w zakresie opieki zdrowotnej.
- Kompetencje dostępne w ramach grupy pracowników opieki zdrowotnej, w tym kompetencje dzielone przez więcej niż jedną grupę pracowników
- Rozwój początkowego zestawu umiejętności.
- Zmiany dotyczące umiejętności takie jak nowe, bardziej zaawansowane role dla pielęgniarek .
- Następstwa jakie zmiany wprowadzane w zakresie ról oraz kompetencji będą miały dla systemu edukacji, w tym dla programów uczenia się przez całe życie.
- Odpowiednie i dostępne programy wspierania i mentoringu.
- Kwestie jakości i efektywności, w przypadku podejmowania decyzji dotyczących zakresu kompetencji pielęgniarek i innych pracowników opieki zdrowotnej.
- Równy dostęp do świadczeń jako jedna z podstawowych zasad system opieki zdrowotnej.
- Skutki dla świadczeniodawców, organizacji odpowiedzialnych za zarządzanie, dostawę i finansowanie.
- Środowisko pracy oraz warunki pracy pielęgniarek oraz pozostałego personelu medycznego.
- Implikacje prawne.

**International
Council of
Nurses**

3, Place Jean-Marteau
CH-1201 Geneva
Switzerland
Telephone
41 (22) 908 0100
Fax 41(22) 908 0101
E-Mail : icn@icn.ch
Website : www.icn.ch

- Wpływ na zakres obowiązków personelu będącego częścią systemu opieki zdrowotnej.
- Wpływ na przebieg kariery zawodowej pracowników już zatrudnionych w opiece zdrowotnej oraz strukturę kariery zawodowej dla wszystkich przyszłych pracowników.

Aby pielęgniarki mogły w sposób skuteczny uczestniczyć w rozwoju zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej (HHRD) powinien zostać jasno określony zakres kompetencji pielęgniarek. Zminimalizuje to problem pokrywania się zakresu zadań i powielania prac wykonywanych przez pielęgniarki oraz innego personelu medycznego. ICN stoi na stanowisku, że pielęgniarki powinny być liderami tych zmian, dokonywać stałej oceny skutków planowych i nieplanowych zmian dokonywanych w systemie opieki zdrowotnej dla pielęgniarek i pacjentów. Stała ocena oraz badania nad wkładem pielęgniarstwa w opiekę zdrowotną powinny stanowić ważny element rozwoju zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej (HHRD). Wskazane jest, aby wszelkie działania były oparte na dowodach naukowych i wspierały procesy decyzyjne.

Krajowe Stowarzyszenia Pielęgniarek oraz inne organizacje pielęgniarstwa powinny:

- Identyfikować obszary krytyczne związane z podażą i popytem na personel pielęgniarstwa, w tym czynniki wpływające na rekrutację, zatrzymanie oraz motywowanie personelu
- Uczestniczyć w procesach kształtowania polityki, podejmowania decyzji, planowania, zarządzania oraz monitorowania na wszystkich szczeblach rozwoju zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej (HHRD). Pielęgniarki powinny uczestniczyć w interdyscyplinarnych pracach nad rolą przedstawicieli różnych zawodów medycznych, w badaniach naukowych oraz ich ocenie, w procesach decyzyjnych dotyczących aktualnie istniejących oraz nowych stanowisk pracy w opiece zdrowotnej.
- Wspierać pielęgniarki w zdobywaniu nowych i poszerzaniu posiadanych umiejętności badawczych oraz w wykorzystywaniu wyników badań w procesach podejmowania decyzji w zakresie HHRD.
- Uczestniczyć w debacie publicznej dotyczącej znajdowania odpowiednich rozwiązań dla kwestii zapotrzebowania na opiekę medyczną.
- Promować rozwój środowisk pracy o wysokiej jakości charakteryzujących się możliwościami rozwoju zawodowego oraz sprawiedliwym systemem wynagradzania będącymi pozytywnymi cechami programów rekrutacji i retencji pracowników.
- Zwracać uwagę na i odzwierciedlać różnorodność kulturową społeczeństwa w rozwoju zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej.
- Promować budowę potencjału w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi w opiece zdrowotnej oraz włączanie pielęgniarek do pełnienia funkcji zarządczych i kierowniczych.
- Wspierać rozwój ludzkiego podejścia do HHRD.
- Oferować analizę interdyscyplinarną oraz rozwijać skuteczne działania zorientowane na potrzeby zdrowotne

Pielęgniarki muszą dysponować wiedzą na temat zasobów ludzkich w swoim miejscu pracy i tę wiedzę odpowiednio wykorzystywać. Zasady dotyczące rozwoju zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej powinny obejmować czynniki związane z kształceniem, regulacjami prawnymi oraz wykonywaniem zawodu

Podstawowym elementem zarządzania zasobami ludzkimi jest zapewnienie samowystarczalności organizacji tj. wymaganej liczby pracowników medycznych o odpowiednich kwalifikacjach, w odpowiednim miejscu i czasie, zdolnych zapewnić potrzeby populacji docelowej dotyczące opieki zdrowotnej.

Założenia wstępne

Osiągnięcie jak najwyższego poziomu opieki zdrowotnej w danym kraju zależy, w znaczny stopniu, od dostępności odpowiednio przeszkolonego oraz alokowanego personelu medycznego zdolnego zapewnić efektywne pod względem ekonomicznym usługi medyczne o odpowiedniej jakości. Celem zarządzania zasobami ludzkimi w opiece zdrowotnej jest zapewnienie odpowiedniego - pod względem ilości, jakości, składu i sposobu alokacji - personelu medycznego w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w środowisku sprzyjającym efektywnej i bezpiecznej pracy. Czynniki wpływające na decyzje dotyczące liczby, rodzaju oraz sposobu alokacji personelu medycznego obejmują:

- Rozwój nauk o zdrowiu i związany z nim postęp w dziedzinie technologii, zmiany we wzorcach świadczenia usług medycznych w szpitalach i w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, zmiany demograficzne, pojawienie się nowych wzorców chorobowych i zmiany w już istniejących.
- Rosnąca świadomość opinii publicznej w zakresie dostępności opieki zdrowotnej skutkująca wzrostem zapotrzebowania na te usługi.
- Rosnące koszty świadczenia usług medycznych, ograniczone zasoby przeznaczane na ochronę zdrowia pociągają za sobą konieczność weryfikacji listy priorytetów oraz tworzenie nowych kategorii pracowników opieki zdrowotnej.
- Przepisy prawa pracy, regulacje zawodowe, regulacje dotyczące służby cywilnej, zasobów ludzkich oraz Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej w danym kraju.
- Czynniki związane z uwarunkowaniami płciowymi i kulturowymi.
- Zmieniające się zagrożenia dla zdrowia.
- Dostęp do oraz poziom edukacji.
- Przekonania kulturowe oraz poglądy dotyczące zdrowia.
- Dostęp do medycyny alternatywnej.
- Czynniki międzypokoleniowe.
- Czynniki organizacyjne.
- Czynniki socjoekonomiczne i ograniczenia finansowe.
- Globalizacja rynku pracy na szczeblu lokalnym, krajowym i międzynarodowym.

Pielęgniarki powinny aktywnie uczestniczyć w działaniach podejmowanych przez stowarzyszenia oraz związki zawodowe.

Przyjęte w 1999

Ocenione i poprawione w 2007

Uchyła poprzednie stanowisko ICN: *“Support of Nurses”*, przyjęte w 1989 oraz *“Proliferation of New Categories of Health Workers”*, przyjęte w 1981, zmienione w 1993.

Powiązane publikacje ICN:

- Zakres Kompetencji Pielęgniarki
- Przepisy prawne związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarki
- Ochrona tytułu *“Pielęgniarka”*
- Personel pomocniczy
- Dobrobyt społeczny i gospodarczy pielęgniarek
- Rozwój kariery zawodowej w pielęgniarstwie
- Retencja, transfer i migracja pielęgniarek

Publikacje ICN:

- Guidelines on Planning Human Resources for Nursing (1993)
- It's Your Career: Take Charge Career Planning and Development (2001)

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek jest federacją 130 krajowych stowarzyszeń pielęgniarek, która reprezentuje interesy milionów pielęgniarek na świecie. Organizacja kierowana przez pielęgniarki dla pielęgniarek, zabiera głos na forum międzynarodowym w imieniu pielęgniarek i dba o zapewnienie wysokiej jakości opieki dla wszystkich oraz dobrej polityki w zakresie ochrony zdrowia na poziomie globalnym.

Promowanie wartości i efektywności ekonomicznej działań pielęgniarskich

Stanowisko ICN:

Wykazano zostało, że pielęgniarstwo jest zasobem efektywnym ekonomicznie, ale niedocenianym i słabo wykorzystywanym w opiece zdrowotnej.

Pielęgniarki muszą wykazać wartość i efektywność ekonomiczną wykonywanej przez nie pracy, jak również wpływ tej pracy na efekty osiągane przez konsumentów, pozostałych pracowników opieki zdrowotnej oraz decydentów. Muszą umieć negocjować i zabiegać o środki niezbędne do zapewnienia bezpiecznej opieki zdrowotnej.

Pielęgniarki powinny uczestniczyć w badaniach i opracowywaniu modeli innowacji w zakresie świadczenia usług, co dostarczy danych dotyczących efektywności działań pielęgniarskich niezbędnych w procesach planowania, zarządzania oraz tworzenia polityki.

Kształcenie pielęgniarek, zwłaszcza programy rozwoju umiejętności menadżerskich i kierowniczych, powinno wyrabiać w pielęgniarkach umiejętności wykazywania jaką wartość i efektywność ekonomiczną ma pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej. Instytucje kształcące pielęgniarki oraz – w stosownych przypadkach - odpowiednie organy regulacyjne, powinny dokonywać przeglądu programu nauczania tak, aby obejmował on tematy związane z wykazywaniem wartości i efektywności kosztowej działań pielęgniarskich.

Krajowe Zrzeszenia Pielęgniarek powinny odpowiadać za definiowanie i wpływanie politykę w zakresie zdrowia publicznego i porządku publicznego, promującą efektywność ekonomiczną i jakość w opiece zdrowotnej.

Krajowe Zrzeszenia Pielęgniarek muszą opracować strategie prowadzące do zwiększenia udziału pielęgniarek w procesach decyzyjnych w ochronie zdrowia, w badaniach naukowych w dziedzinie ochrony zdrowia i pielęgniarstwa oraz w kreowaniu polityki w zakresie zdrowia publicznego i porządku publicznego. W tym celu niezbędne jest opracowanie i wspieranie strategii przygotowujących pielęgniarki-liderki do prezentowania oraz promowania wartości i znaczenia pielęgniarek dla systemu opieki zdrowotnej.

Pielęgniarki, jako grupa zawodowa, muszą aktywnie uczestniczyć w tworzeniu przepisów na wszystkich szczeblach decyzyjnych.

W związku z rosnącym zapotrzebowaniem na opiekę zdrowotną oraz kosztami jej zapewnienia, z których część stanowią koszty świadczenia opieki pielęgniarskiej, pielęgniarki muszą wyjść z inicjatywą i pomóc w definiowaniu, monitorowaniu oraz ocenie wyników leczenia oraz kosztów czynności wykonywanych przez pielęgniarki.

Pielęgniarki, zwłaszcza te zajmujące stanowiska kierownicze, muszą rozumieć cel i charakter reformy służby zdrowia, jak również umieć określić jaki wkład może wnieść pielęgniarstwo w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej, planowania, zarządzania oraz tworzeniu polityki dotyczącej opieki zdrowotnej na wszystkich jej szczeblach. W trakcie procesu przygotowywania reform w służbie zdrowia, pielęgniarki-liderki muszą odrywać wiodącą rolę w opracowywaniu polityki dotyczącej zasadności jej przeprowadzania, jak również charakteru i celu tych reform.

Stanowisko

International Council of Nurses

3, Place Jean-Marteau
CH-1201 Geneva
Switzerland
Telephone
41 (22) 908 0100
Fax 41(22) 908 0101
E-Mail : icn@icn.ch
Website : www.icn.ch

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) oraz organizacje członkowskie powinny wspierać pielęgniarki w rozwoju zdolności do zajmowania się problemem oceny ekonomicznej świadczeń zdrowotnych poprzez:

- Promowanie roli pielęgniarki jako kluczowego zasobu w świadczeniu opłacalnej pod względem ekonomicznym opieki zdrowotnej oraz istotnego elementu procesów decyzyjnych dotyczących wydatków w opiece zdrowotnej.
- Tworzenie możliwości kształcenia dla pielęgniarek w celu nabycia umiejętności w zakresie zdolności politycznych, budżetowania, wykorzystania zasobów oraz opłacalności kosztowej w opiece zdrowotnej.
- Wspieranie rozwoju umiejętności przywódczych i zarządczych obejmujących rolę pielęgniarki w zarządzaniu zasobami, procesach decyzyjnych oraz tworzeniu polityki.
- Promowanie i wspieranie badań naukowych związanych z metodami wyliczania kosztów w pielęgniarstwie i oceną wyników leczenia.
- Wspieranie rozwoju systemów baz danych umożliwiających porównywanie osiągniętych rezultatów do najlepszych praktyk w zakresie opieki zdrowotnej i tworzenie najbardziej efektywnych systemów w dziedzinie pielęgniarstwa.
- Wspieranie rozpowszechniania informacji oraz interaktywnej wymiany wyników badań dotyczących opłacalności ekonomicznej, strategii minimalizacji kosztów oraz standardów dobrych praktyk.
- Tworzenie sieci kontaktów między wszystkimi uczestnikami tego procesu w celu współpracy oraz wymiany pomysłów, informacji, doświadczeń w zakresie promowania jakości i opłacalności ekonomicznej.
- Promowanie równości w zakresie warunków świadczenia opieki przez pielęgniarki, wspieranie roli pielęgniarek w promowaniu opłacalności ekonomicznej i jakości opieki zdrowotnej w zespołach wielodyscyplinarnych.

Przyjęte w 1995

Zweryfikowane i zatwierdzone w 2001

Powiązane publikacje ICN:

- Scope of Nursing Practice (Zakres Kompetencji Pielęgniarki)
- Participation of nurses in health services decision-making and policy development (Udział pielęgniarek w procesach decyzyjnych oraz rozwoju polityki dotyczących opieki zdrowotnej)
- Publicly funded accessible health services (dostęp opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych)

Publikacje ICN:

- **Cost Nursing Services, Report of the ICN Task Force on Costing of Nursing Services**, Geneva, ICN, 1992
- **Cost-Effectiveness in Health Care Services, Guidelines for National Nurses' Associations and others**, Geneva, ICN, 1993
- **Quality, Cost and Nursing, International Nurses Day Kit**, Geneva, ICN, 1993.
- **Guidelines on Planning Human Resources for Nurses**, Geneva, ICN, 1993.
- **Planning Human Resources for Nursing: Reference Document**, Geneva, ICN, 1994.
- **The Preparation of Nurse Managers and Nurses in General Health Management**, Geneva, ICN, 1990

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek jest federacją 135 krajowych stowarzyszeń pielęgniarek, która reprezentuje interesy milionów pielęgniarek na świecie. Organizacja kierowana przez pielęgniarki dla pielęgniarek, zabiera głos na forum międzynarodowym w imieniu pielęgniarek i dba o zapewnienie wysokiej jakości opieki dla wszystkich oraz dobrej polityki w zakresie ochrony zdrowia na poziomie globalnym.

Planowanie w zakresie zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej

Planowanie podaży i popytu zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej stanowi poważne wyzwanie dla większości krajów na świecie. Do najpoważniejszych wyzwań na szczeblu ogólnokrajowym oraz na poziomie organizacji zalicza się czynniki takie jak braki personelu, zbyt niski poziom zatrudnienia oraz bezrobocie, nierówności w rozkładzie umiejętności oraz nierównomierny rozkład geograficzny. Kraje i systemy muszą stosować planowanie zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej w celu zapewnienia personelu zdolnego zaspokoić potrzeby ludności. Należy jednak pamiętać, że nieefektywny system planowania zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej może mieć negatywne skutki. Jedynie nieliczne kraje dysponują mechanizmami planowania, które w odpowiedni sposób są w stanie określić przyszłe zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną i zapewnić skuteczny i wydajny personel.^{1 2}

Definicja planowania w zakresie zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej

Zadaniem planowania w zakresie zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej jest zapewnienie odpowiedniej liczby personelu medycznego posiadającego odpowiednią wiedzę, umiejętności, postawy i kwalifikacje, wykonującego odpowiednie zadania w odpowiednim miejscu i czasie w celu osiągnięcia wcześniej ustalonych założeń.

Korzyści dobrego planowania w zakresie zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej

Skuteczne planowanie w zakresie zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej może skutkować:

- Poprawą sytuacji zdrowotnej;
- Zwiększeniem dostępności do usług medycznych oraz lepszym funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej;
- Większą efektywnością (tak finansową jak i operacyjną) dzięki lepszymu wykorzystaniu istniejących zasobów; oraz
- Poprawą w zakresie retencji oraz rekrutacji personelu.

¹ ICNM (2007). Nursing Self Sufficiency/Sustainability in the Global Context developed by Jim Buchan and Lisa Little for ICNM and ICHRN. Geneva, Switzerland and Philadelphia PA
http://www.intlnursemigration.org/download/SelfSufficiency_EURO.pdf

² ICN (2005). Nursing workforce planning: mapping the policy trail developed by O'Brien-Pallas et al. for ICN. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses <http://www.icn.ch/global/Issue2workforce.pdf>

Powszechne wyzwania w zakresie planowania zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na kilka głównych wyzwań / trudności na jakie niektóre kraje napotkały w zakresie planowania zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej. Są to:

- Niejasne /słabe zasady w zakresie polityki planowania oraz słabe wsparcie planowania strategicznego;
- Brak ogólnokrajowego planu w zakresie zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej lub, jeśli taki plan istnieje, słabe jego wdrażania bądź brak wdrożenia;
- Brak krajowego organu koordynującego działania związane z planowaniem zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej;
- Planowanie w zakresie zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej odbywa się w sposób nieskoordynowany oraz w oderwaniu od innych aspektów planowania w sektorze opieki zdrowotnej;
- Niewystarczające zasoby i/lub zdolności niezbędne do wdrożenia planu;
- Skupienie się na konkretnym zawodzie i jednocześnie ignorowanie szerszego punktu widzenia – planowanie celowe kontra podejście zintegrowane;
- Skoncentrowanie w większym stopniu na planowaniu krótkoterminowym niż na średnio lub długookresowym;
- Niewielkie zainteresowanie wpływem czynników społecznych, politycznych, geograficznych, technologicznych oraz ekonomicznych na planowanie zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej;
- Brak wystarczających i odpowiednich danych oraz informacji na temat siły roboczej;
- Brak dostępu do odpowiednich metod oraz narzędzi będących podstawą do rozpoczęcia procesu planowania;
- Brak jasnych i przejrzystych definicji ról oraz zakresu kompetencji dla licznych kategorii personelu świadczącego opiekę zdrowotną;
- Zły system komunikacji i koordynacji działań między organami odpowiedzialnymi za zapewnienie usług, planowanie, kształcenie, finansowanie, kształtowanie polityki oraz pracodawcami.^{3, 4}

Skutki złego planowania zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej

Skutki złego planowania zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej mogą mieć krytyczne znaczenie dla systemu opieki zdrowotnej. Są to w szczególności:

³ ICN (2006). The global nursing shortage: priority areas for intervention. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses <http://www.icn.ch/global/report2006.pdf>

⁴ Ibid. ICN (2005).

- Niedobory personelu; niezaspokojony popyt na opiekę;
- Nierówność w dostępie do opieki;
- Nierówności geograficzne, instytucjonalne, płci oraz nierówności związane ze specjalnością w ramach personelu;
- Problem nadmiernych lub niedostatecznych kwalifikacji personelu;
- Niewłaściwe wykorzystanie zasobów ludzkich (w tym niepełne / nadmierne wykorzystanie);
- Silne tarcia i nieporozumienia wśród personelu;
- Bezrobocie lub niedostateczne zatrudnienie; oraz
- Opóźnienia w reagowaniu na zmiany zachodzące w systemie opieki zdrowotnej (np. nowe technologie, procedury).⁵

Cechy dobrego planowania zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej

- Prowadzone przez odpowiednio wyszkolony personel;
- Wykorzystuje odpowiednie narzędzia i metody planowania;
- Odzwierciedla zintegrowane podejście do planowania zasobów ludzkich oparte na ocenie potrzeb, zorientowaniu na wyniki oraz wspierane przez jednostkę odpowiedzialną za planowanie rozwoju usług;
- Uwzględnia wpływ uwarunkowań społecznych, politycznych, geograficznych, technologicznych oraz ekonomicznych na decyzje związane z planowaniem i wykorzystaniem zasobów ludzkich;
- Uwzględnia różne warianty działań, ma na celu rozwiązanie problemu nierówności między podażą a popytem;
- Bazuje na potrzebach zdrowotnych ludności;
- Bazuje na wiarygodnych danych i informacjach dotyczących siły roboczej;
- Angażuje przedstawicieli zawodów medycznych w proces planowania;
- Obejmuje stałe monitorowanie i ocenę przebiegu procesu planowania;
- Obejmuje skuteczną i trwałą współpracę między decydentami, rządami, jednostkami badawczymi, administracyjnymi oraz odpowiedzialnymi za planowanie; oraz
- Uwzględnia potrzeby krótko, średnio i długoterminowe.^{6, 7}

⁵ ICN (1994). *Planning human resources for nursing: reference document*. Geneva, Switzerland: ICN

⁶ Ibid. ICN (2005).

⁷ Ibid. ICN (2006).

Zasady efektywnego planowania zatrudnienia

Buchan⁸ opisuje osiem głównych zasad efektywnego planowania zatrudnienia. Są to:

1. Zapewnienie zaangażowania wszystkich zainteresowanych stron (np. działu finansów, planowania usług, instytucji kształcenia zawodowego, pracodawców prywatnych i podmiotów publicznych) w proces planowania oraz wyraźne określenie zakresu obowiązków i odpowiedzialności.
2. Stworzenie bazy zawierającej usystematyzowane informacje dotyczące aktualnej obsady stanowisk, budżetu płacowego oraz odpowiednich działań w zakresie planowania na poziomie oddziału, całej organizacji, regionu lub kraju.
3. Ocena dynamiki siły roboczej oraz przepływu między sektorami oraz organizacjami w ramach danego system – określenie źródeł zaopatrzenia oraz wielkości obrotu
4. Dokonanie analizy przeglądowej w celu określenia rodzaju i zakresu potrzeb.
5. Opracowanie i uzgodnienie zbioru parametrów z zakresu planowania, które łączyłyby kwestie zasobów ludzkich z danymi dotyczącymi działalności.
6. Stosowanie analizy typu What-If (“co by było gdyby”) do opracowywania różnorodnych scenariuszy dotyczących zapotrzebowania na usługi i związanej z tym obsady stanowisk.
7. Opracowanie i uzgodnienie narodowej strategii rozwoju zasobów ludzkich obejmującej plany lokalne i regionalne.
8. Ustanowienia ram umożliwiających monitorowanie zmian personalnych w odniesieniu do planu – opracowanie zasad okresowego przeglądu i aktualizacji .

PC/czerwiec 2008

Wszelkie prawa zastrzeżone, w tym prawo do tłumaczenia na języki obce. Żaden fragment publikacji nie może być powielany, w żadnej formie i w żaden sposób, przechowywany w systemie wyszukiwania danych, przekazywany ani wykorzystywany w jakikolwiek sposób, bądź sprzedawany bez uprzedniej pisemnej zgody International Council of Nurses or the International Centre for Human Resources in Nursing. Krótkie fragmenty (do 300 słów) mogą być powielane bez pisemnej zgody, pod warunkiem podania źródła.

Copyright © 2008 by ICN - International Council of Nurses,
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva (Switzerland)

⁸ Buchan J (2007). Nursing workforce planning in the UK: A report for the Royal College of Nursing.
http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0016/107260/003203.pdf

Działania ICN/ICHRN

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) oraz podległe jej Międzynarodowe Centrum Zasobów Ludzkich w Dziedzinie Pielęgniarstwa (ICHRN):

- Wspierają rozwój i/lub przegląd krajowych strategii dotyczących zasobów ludzkich o zintegrowanym podejściu do zasobów ludzkich; wspierają tworzenie międzysektorowych organów ds. planowania zasobów ludzkich na szczeblu krajowych, w pracach których uczestniczą wszystkie zainteresowane strony; oraz wspierają inwestycje mające na celu tworzenie i utrzymywanie procesu zbierania danych dotyczących zasobów ludzkich oraz systemów informacyjnych, które pomogą jednostkom odpowiedzialnym za tworzenie polityki oraz planowanie na szczeblu krajowym.
- Lobbing na rzecz oraz wspieranie rozwoju ogólnokrajowej bazy danych zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej (tzw. HR national minimum data sets).
- Opracowuje stanowiska na temat kwestii omawianych na formach międzynarodowych np. Rozwój Zasobów Ludzkich w Opiece Zdrowotnej (www.icn.ch/pshhrd.htm), Retencja, Transfer i Migracja Pielęgniarek (www.icn.ch/psretention.htm), itp. Patrz także www.icn.ch i www.ichrn.org.
- Współpracuje z innymi organizacjami w celu wzmocnienia możliwości strategicznych i technicznych jednostek, organizacji oraz systemów w planowaniu zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej.
- Opracowuje międzynarodowe kompetencje w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi w pielęgniarstwie.
- Opracowuje i aktualizuje wytyczne w zakresie planowania zasobów ludzkich w dziedzinie pielęgniarstwa.
- Dokonuje oceny oraz upowszechnia (np. prezentacje na spotkaniach lub forach, strona internetowa ICN-ICHRN, publikacje) informacje na temat dobrych praktyk w planowaniu zasobów. Patrz www.ichrn.org.
- Prezentuje i omawia wyniki badań oraz analiz poświęconych kwestiom planowania zasobów ludzkich na konferencjach międzynarodowych, kongresach oraz forum regionalnym np. ICN International Workforce Forum oraz ICN Asia Workforce Forum.
- Omawia w trakcie spotkań Workforce Forum główne trendy oraz wyzwania w zakresie planowania zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej.
- Omawia na konferencjach, kongresach oraz forum regionalnym doświadczenia pielęgniarek w zakresie prac w zakresie planowania zasobów ludzkich oraz opracowywania strategii.

W celu uzyskania szczegółowych informacji należy skontaktować się z: ichrn@secretariat.org

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek jest federacją 135 krajowych stowarzyszeń pielęgniarek, która reprezentuje interesy milionów pielęgniarek na świecie. Organizacja kierowana przez pielęgniarki dla pielęgniarek, zabiera głos na forum międzynarodowym w imieniu pielęgniarek i dba o zapewnienie wysokiej jakości opieki dla wszystkich oraz dobrej polityki w zakresie ochrony zdrowia na poziomie globalnym.

Międzynarodowe Centrum Zasobów Ludzkich w Pielęgniarstwie (ICHRN) zostało powołane do życia w 2006 przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek oraz Międzynarodową Fundację Florencji Nightingale – pierwszą fundację stworzoną przez ICN. Celem Centrum jest ugruntowanie pozycji personelu pielęgniarstwa na arenie międzynarodowej, poprzez rozwój, stałe monitorowanie oraz upowszechnianie kompleksowych informacji oraz narzędzi dotyczących polityki w zakresie zasobów ludzkich w dziedzinie pielęgniarstwa, zarządzania, badań naukowych oraz wykonywania zawodu.

Pozytywne Środowisko Pracy

Jesteśmy pogrążeni w ogólnoświatowym kryzysie zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej wywołanym przez znaczne nierówności. Wiele krajów stoi przed wyzwaniami związanymi z zatrudnianiem pielęgniarek poniżej posiadanych kwalifikacji lub z bezrobociem wśród pielęgniarek przy jednoczesnym dramatycznym niedoborze personelu. Przyczyny takiej sytuacji są zróżnicowane i złożone, jednak wśród głównych czynników można wymienić niezdrowe środowisko pracy oraz zły klimat organizacyjny w miejscach pracy. Niedoinwestowanie sektora opieki zdrowotnej oraz złe przepisy dotyczące warunków zatrudnienia (np. dotyczące kwestii ryzyka zawodowego, dyskryminacji, przemocy fizycznej i psychicznej; zbyt niskiego wynagrodzenia, nierównowagi między pracą a życiem prywatnym, nadmiernego obciążenia pracą, ograniczonych możliwości rozwoju zawodowego itp.) doprowadziły do pogorszenia się warunków pracy w wielu krajach. Istnieją przekonujące dowody, że ma to negatywny wpływ na rekrutację i retencję personelu medycznego, na produktywność i wydajność zakładów opieki zdrowotnej, a w efekcie na wyniki leczenia pacjentów.

Definicja pozytywnego środowiska pracy

Pozytywne środowisko pracy to zbiór uwarunkowań wspierających godną pracę oraz dążenie do uzyskania jak najlepszych wyników pracy. W szczególności dotyczy to dążenia do zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy personelu, wspierania działań związanych zapewnieniem odpowiedniego poziomu opieki nad pacjentami, poprawy motywacji, produktywności i wydajności jednostek i organizacji.¹

Elementy pozytywnego środowiska pracy

Pozytywne środowisko pracy charakteryzuje się następującymi elementami:

- Przepisy dotyczące medycyny pracy, bezpieczeństwa i higieny pracy obejmują zagadnienia z zakresu zagrożeń w miejscu pracy, dyskryminacji, przemocy fizycznej i psychicznej oraz kwestie związane z bezpieczeństwem osobistym
- Sprawiedliwy i możliwy do wykonania zakres pracy oraz rozsądne wymagania / poziom stresu
- Klimat organizacyjny odzwierciedla skuteczne zarządzanie oraz stosowanie dobrych praktyk przywódczych, dobrego wzajemnego wsparcia, udział pracowników w procesach decyzyjnych, wspólnie wyznawane wartości.
- Zdrowa równowaga między pracą zawodową a życiem prywatnym
- Równość szans i równe traktowanie
- Możliwości rozwoju zawodowego oraz awansu zawodowego
- Tożsamość zawodowa, autonomia oraz kontrola nad wykonywaną pracą
- Pewność zatrudnienia
- Godna płaca oraz dodatkowe świadczenia i przywileje
- Bezpieczny poziom obsady stanowisk

- Wsparcie i nadzór
- Otwarta komunikacja i przejrzystość
- Programy motywacyjno-uznaniowe
- Dostępność odpowiedniego sprzętu, materiałów oraz personelu wsparcia ²

Korzyści pozytywnego środowiska pracy

Istnieje szereg dowodów na korzystne oddziaływanie pozytywnego środowiska pracy na świadczenie usług zdrowotnych, wydajność pracy personelu medycznego, efekty leczenia pacjentów oraz innowacyjność.

- Pozytywne zmiany w środowisku pracy mają wpływ na wzrost wskaźnika retencji personelu, co prowadzi to lepszej pracy zespołowej, poprawy ciągłości opieki nad pacjentem oraz w rezultacie do lepszych efektów leczenia pacjenta.
- Istnienie pozytywnego środowiska pracy świadczy o poważnym podejściu do kwestii BHP w miejscu pracy co przekłada się na wzrost ogólnej satysfakcji z pracy.
- Gdy pielęgniarki są zadowolone z wykonywanej pracy, następuje spadek wskaźnika absencji oraz wskaźnika rotacji pracowników ¹⁴, wzrost morale oraz wydajności pracy, jak również wzrost ogólnych efektów pracy.³
- Wspieranie komunikacji interpersonalnej oraz zdolności przywódczych w miejscu pracy przekłada się na wzrost poziomu zaufania pielęgniarek do swojego miejsca pracy, co ma wpływ na ogólne zadowolenie z pracy.⁴
- Pielęgniarki posiadające pewien poziom autonomii w wykonywaniu obowiązków służbowych czują się szanowane i doceniane w swoim miejscu pracy.
- Badania wykazują, że pielęgniarki chętniej wybierają miejsca pracy oraz częściej pozostają w miejscach pracy, które stwarzają możliwość rozwoju zawodowego, zdobycia większej niezależności, udziału w procesach decyzyjnych oraz gwarantujących godziwe wynagrodzenie.⁵
- Dobra, skuteczna praca zespołowa pielęgniarek to podstawa funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej.⁶ Wpływa ona na poprawę jakości zdrowia pielęgniarek oraz na jakość opieki nad pacjentem.⁷
- Wiele badań wskazuje na powiązania między większym liczebnie i zróżnicowanym pod względem kwalifikacji personelem pielęgniarskim a spadkiem wskaźnika śmiertelności wśród pacjentów, liczby epizodów zakażenia układu oddechowego, układu moczowego oraz infekcji ran, częstości występowania odleżyn oraz błędów w administrowaniu leków.^{8, 15}

Koszty niezdrowego i niebezpiecznego środowiska pracy

Niezdrowe środowisko pracy wraz ze stresem wynikającym z nadmiernego obciążenia pracą, długimi godzinami pracy, niskim statusem zawodowym, trudnymi relacjami w pracy, problemami z wypełnianiem wyznaczonych ról zawodowych oraz szeregiem innych zagrożeń, odbija się negatywnie na zdrowiu fizycznym i psychicznym pielęgniarek. Skutki takiego niezdrowego i niebezpiecznego środowiska pracy dla pielęgniarek zostały dobrze udokumentowane:

- Dowody wskazują, że przebywanie przez dłuższy czas pod wpływem stresu związanego z pracą wpływa na relacje międzyludzkie oraz prowadzi do wzrostu nieobecności w pracy spowodowanych chorobą, do wzrostu konfliktów, niezadowolenia z pracy, rotacji personelu oraz spadku efektywności.
- Brak korelacji między oczekiwaną ilością pracy a ilością pracy jaką pielęgniarki mogą faktycznie wykonać może stwarzać zagrożenie dla ich zdrowia oraz dla zdrowia pacjentów.
- Negatywne doświadczenia w pracy zniechęcają absolwentów do pozostawania w zawodzie,⁹ i wpływają na wzrost rotacji personelu w okresie dwóch pierwszych lat zatrudnienia¹³
- Badania przeprowadzone wśród pielęgniarek w USA, Kanadzie, Anglii, Szkocji oraz Niemczech wykazały, że 41% pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach jest niezadowolonych z pracy, a 22% planuje zwolnienie się z pracy w przeciągu roku; badania wykazały istnienie związku między stresem w miejscu pracy, a morale pielęgniarek, zadowoleniem z pracy, zaangażowaniem w pracę oraz chęcią rezygnacji z pracy.
- Badania wykazały, że optymalną liczbą pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę na oddziale jest 4. Wzrost liczby pacjentów do 6 skutkuje wzrostem o 14% śmiertelności wśród pacjentów w ciągu 30 dni od przyjęcia na oddział. Wzrost tej liczby z 4 do 8 pacjentów był powiązany z 31% wzrostem śmiertelności.¹⁰
- Pielęgniarki nadmiernie obciążone pracą mają wolniejszy czas reakcji, trudniej zauważają zmiany stanu pacjenta oraz nieprawidłowości w podawanych lekach, co ma negatywne skutki dla pacjenta.¹¹
- Duża rotacja, będąca jednym z symptomów złego środowiska pracy, może powodować wzrost kosztów np. koszty rekrutacji, szkolenia nowego personelu, konieczność korzystania z usług personelu tymczasowego. Koszty związane z rotacją pracowników obejmują także początkową niższą wydajność nowozatrudnionego personelu oraz spadek morale wśród pracowników.¹²

Tworzenie pozytywnego środowiska pracy

Tworzenie, promocja oraz utrzymanie pozytywnego środowiska pracy to proces złożony, wymagający działań na wielu szczeblach wewnątrz organizacji oraz różnych innych podmiotów (np. rządów, pracodawców, organizacji pielęgniarskich, organów regulacyjnych, związków, szkół pielęgniarskich itp.). Pielęgniarki oraz organizacje pielęgniarskie mogą przyczynić się do rozwoju pozytywnego środowiska pracy poprzez:

- Usprawnienie procesu rekrutacji oraz retencji pielęgniarek
 - Stałe promowanie roli i znaczenia pielęgniarki
 - Określanie zakresu kompetencji pielęgniarek w sposób gwarantujący w opiece nad pacjentem pełne wykorzystanie ich potencjału. Te ramy prawne mogą posłużyć do zwrócenia uwagi, także opinii publicznej, na zakres kompetencjami innych zawodów medycznych i ich rozwój
 - Lobbying w zakresie uznawania kwalifikacji zawodowych oraz sposobu wynagradzania.
- Opracowanie i rozpowszechnianie stanowiska dotyczącego znaczenia bezpiecznego środowiska pracy.
- Budowanie potencjału wśród pielęgniarek i innych osób zaangażowanych w zarządzanie w opiece zdrowotnej oraz kształtowanie polityki.
- Zapewnienie, żeby głos pielęgniarek był słyszalny
 - Wzmocnienie znaczenia organizacji pielęgniarskich
 - Dostęp do organów decyzyjnych.

- Wspieranie badań, gromadzenie danych dotyczących najlepszych praktyk oraz rozpowszechnianie dostępnych danych.
- Zachęcanie ośrodków kształcenia do wdrażania rozwiązań wspierających pracę zespołową, stwarzanie możliwości do współpracy oraz kładzenie nacisku na zasady pracy zespołowej.
- Nagradzanie zakładów opieki zdrowotnej wykazujących się efektywnymi działaniami na rzecz pozytywnego środowiska pracy poprzez wdrażanie inicjatyw w zakresie rekrutacji i retencji, zmniejszenia odsetka personelu przedwcześnie kończącego naukę, poprawę jakości opieki oraz zadowolenia pacjentów.
- Nawiązywanie współpracy z przedstawicielami innych zawodów medycznych oraz podmiotami sektora opieki zdrowotnej np. zrzeszeniami pacjentów/konsumentów.
- Włączenie innych dziedzin w prace nad stworzeniem zasad bezpiecznego środowiska pracy.
- Opracowanie "Wezwania do Działania", akcji zawierającej listę najważniejszych składników pozytywnego środowiska pracy, do której przyłączą się i którą wesprą organizacje i jednostki.
- Podnoszenie świadomości, uzyskanie zrozumienia i wsparcia wszystkich zainteresowanych stron na temat pozytywnego wpływu jaki zdrowe i wspierające środowisko pracy ma na rekrutację i retencję personelu, wyniki leczenia pacjentów oraz system opieki zdrowotnej jako całość.

W celu uzyskania szczegółowych informacji należy skontaktować się z: ichrn@secretariat.org

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek jest federacją 135 krajowych stowarzyszeń pielęgniarek, która reprezentuje interesy milionów pielęgniarek na świecie. Organizacja kierowana przez pielęgniarki dla pielęgniarek, zabiera głos na forum międzynarodowym w imieniu pielęgniarek i dba o zapewnienie wysokiej jakości opieki dla wszystkich oraz dobrej polityki w zakresie ochrony zdrowia na poziomie globalnym.

Międzynarodowe Centrum Zasobów Ludzkich w Pielęgniarstwie (ICHRN) zostało powołane do życia w 2006 przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek oraz Międzynarodową Fundację Florencji Nightingale – pierwszą fundację stworzoną przez ICN. Celem Centrum jest ugruntowanie pozycji personelu pielęgniarskiego na arenie międzynarodowej, poprzez rozwój, stałe monitorowanie oraz upowszechnianie kompleksowych informacji oraz narzędzi dotyczących polityki w zakresie zasobów ludzkich w dziedzinie pielęgniarstwa, zarządzania, badań naukowych oraz wykonywania zawodu.

Materiały źródłowe

¹ Registered Nurses Association of Ontario (2006). Healthy work environments best practice guidelines (BPGs) overall project background. Toronto, Canada: RNAO. www.rnao.org/Page.asp?PageID=122&ContentID=1195&SiteNodeID=241

² International Council of Nurse (2007). Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care. Information and Action Tool Kit developed by Andrea Baumann for ICN. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses www.icn.ch/indkit2007.pdf

³ Ibid. International Council of Nurses (2007).

⁴ Registered Nurses Association of Ontario (2006). Healthy Work Environment Best Practice Guidelines: Collaborative Practice Among Nursing Teams. Toronto, Canada: RNAO www.rnao.org/Storage/23/1776_BPG_Collaborative_Practice.pdf

⁵ Irvine and Evans 1995 and Shields and Ward 2001, cited in International Council of Nurses (2004). The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions p.34 developed by James Buchan and Lynn Calman for ICN. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

⁶ Ibid. Registered Nurses' Association of Ontario (2006).

⁷ Joanna Briggs Institute 2005, cited in Registered Nurses' Association of Ontario (2006). Health Work Environments Best Practice Guidelines: Collaborative Practice Among Nurses Teams. Toronto, Canada: RNAO.

⁸ West E, Rafferty AM and Lankshear A (2004). The future nurse: evidence of the impact of registered nurses. London, UK: Royal College of Nursing.

⁹ Tovey and Adams 1999, cited in International Council of Nurse (2007). Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care. Information and Action Tool Kit

¹⁰ Aiken Linda, et al. 2002, cited in International Council of Nurses. Nursing Matters: Nurse: Patient Ratios. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

¹¹ International Council of Nurses. Nursing Matters: Nurses and Overtime. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

¹² International Council of Nurses (2005). Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce. Developed by Pascal Zurn, Carmen Dolea, and Barbara Stilwell for ICN. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses and World Health Organization.

¹³ D'ambra AM & Andrews DR (2013) Incivility, retention and new graduate nurses: An integrated review of the literature Journal of Nursing Management

¹⁴ Brunetto Y et al, (2013) The impact of work relationships on engagement, well-being, commitment and turnover for nurses in Australia and the USA. Journal of Advanced Nursing

¹⁵ Irish Nurses and Midwives Organisation (2012) Safe Staffing: The Evidence: Key tasks from a review of published research findings. Irish Nurses and Midwives Organisation, Dublin.

Wszelkie prawa zastrzeżone, w tym prawo do tłumaczenia na języki obce. Żaden fragment publikacji nie może być powielany, w żadnej formie i w żaden sposób, przechowywany w systemie wyszukiwania danych, przekazywany ani wykorzystywany w jakikolwiek sposób, bądź sprzedawany bez uprzedniej pisemnej zgody International Council of Nurses lub the International Centre for Human Resources in Nursing. Krótkie fragmenty (do 300 słów) mogą być powielane bez pisemnej zgody, pod warunkiem podania źródła.

Copyright © 2013 by ICN - International Council of Nurses,

3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva (Switzerland)

Literatura

Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, Finlayson M, Kanai-Pak M & Aunguroch Y (2011a). 'Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries,' International Journal for Quality in Health Care Vol. 23, no. 4: pp 357 - 364.

Aiken L, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L & Neff DF (2011b). 'The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments', Medical Care Vol. 49 No. 12 (December): pp 1047-1053.

Ashton D & Sung J (2002). Supporting workplace learning for high performance working, Geneva, International Labour Office.

Ayamolowo SJ, Omolola I & Mayowa AO (2013). 'Job Satisfaction and Work Environment of Primary Health Care Nurses in Ekiti State, Nigeria: an Exploratory Study', International Journal of Caring Sciences, Vol 6 . No. 3: pp 531.

Beleta A (2008). ICN Wellness Centre Swaziland: Swaziland nurses the wellbeing of its health workers, The Lancet , Vol 371 June 7, 2008 p1901-1902

Berwick DM (2009). What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions of An Extremist, Health Affairs, July/August 2009, vol. 28, no. 4.

Available at: <http://content.healthaffairs.org/content/28/4/w555.long>

Brown DS, Donaldson N, Burnes Bolton L, Aydin CE (2010). Nursing - sensitive benchmarks for hospitals to gauge high - reliability performance. Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality. 32 (6) (pp 9-17).

Browne G, Birch S & Thabane L (2012). 'Better care: An analysis of nursing and healthcare system outcomes', Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation & Canadian Nurses Association.

Buchan J (2008). How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply WHO

Buerhaus P, Auerbach DI, Staiger DO & Muench U (2013). Projections of the Long-Term Growth of the Registered Nurse Workforce: A Regional Analysis Nursing Economics /January-February 2013/Vol. 31/No. 1

Canadian Council on Learning (2007). Patient self-management: Health-literacy skills required.

Available at: www.ccl-cca.ca/pdfs/LessonsInLearning/Jun-19-07-Patient-Self-mana.pdf

Caird J, Rees R, Kavanagh J, Sutcliffe K, Oliver K, Dickson K, Woodman J, Barnett-Page E & Thomas J (2010). The socioeconomic value of nursing and midwifery: a rapid systematic review of reviews Social Science research Unit, Institute of Education, University of London.

Cavendish Review (2013). An Independent Review into Healthcare Assistants and Support Workers in the NHS and social care settings July . Available at:

www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/236212/Cavendish_Review.pdf

Ciprano PF & Hamer S (2013). Enabling the ordinary: More time to care American Nurse Today Volume 8, Number 11

Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, Muise M, Stafford E (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. International Journal of Nursing studies 47 p363-385

Darbyshire P (2010). 'Wonderful Workplace or Woeful Workhouse?: Start Creating a More Positive Workplace Culture Today', Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession Vol. 36. No. 1/2 : p 6.

De Leon Siantz ML, Malvarez S (2008). 'Migration of Nurses: A Latin American Perspective', Online Journal of Issues in Nursing , Vol. 13 Issue 2(May): p7

Department of Health UK (2009). NHS Health and Wellbeing – final report (The Boorman report) London DD 299039 Department of Health. Available at: www.nhshealthandwellbeing.org/FinalReport.html

Dowding DW, Currie LM, Borycki E, Clamp S, Favela J, Fitzpatrick G, Gardner P, Hamer S, Hardiker N, Johnson O, Lawton R, O'Brien A, Randell R, Westbrook J, Whitewood-Moores Z & Dykes PC (2013). International priorities for research in nursing informatics for patient care. Stud HealthTechnol Inform. 2013;192:372-6.

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D & Zurayk H (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, The Lancet Commission, www.thelancet.com
Global Health Workforce Alliance and World Health Organization (2013). A Universal Truth: No Health Without a Workforce , Third Global Forum on Human Resources for Health Report.

Global Health Workforce Alliance (2013). The Recife Political Declaration on Human Resources for Health, World Health Organization

Hodgkin P (2012). Power to the People. Ehealth insider, 2 October 2012. Available at: www.ehi.co.uk/insight/analysis/962/power-to-the-people7

Hunt J (2013). Registered nurse patient ratios; so important so contentious Discussion paper. Available at: www.nhsmanagers.net/wp-content/uploads/2013/08/Registered-Nurse-Patient-Ratios-So-Important-So-Contentious.pdf

International Council of Nurses (2009). 'Reducing the Gap and Improving the Interface between Education and Service', Geneva: ICN.

International Council of Nurses (2010a). "Decent Pensions for Nurses" Developed by Hedva Sarfati for the International Centre for Human Resources in Nursing, Geneva, Switzerland.. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/ICHRN/Policy_and_Research_Papers/Decent_Pensions_for_Nurses.pdf

International Council of Nurses (2010b). 'Nursing Human Resources Planning and Management Competencies' Developed by Una V. Reid and Bridget Weller for the International Centre for Human Resources in Nursing, Geneva, Switzerland.

International Council of Nurses (2011). "Focusing on the wellbeing of health care workers in sub-Saharan Africa", International Nursing Review. Available at:
www.icn.ch/images/stories/documents/news/whats_new/INR_933.pdf

Institute of Medicine (2001). Changing rules for the healthcare workforce in the 21 st Century and the implications. Committee on Quality of Health Care in America, Washington National Academy Press

Institute of Medicine (2010). The Future of Nursing: leading change, advancing Health October

Kennedy F, McDonnell A, Gerrish K, Howarth A, Pollard C & Redman J (2011). Evaluation of the impact of nurse consultant roles in the United Kingdom: a mixed method systematic literature review. Journal of Advanced Nursing 00(0), 000–000. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05811.x

Keogh B (2013). Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts in England: an overview NHS England

Kingma M (2007). Nurses on the Move: A Global Overview Health Services Research Volume 42, Issue 3p2, pages 1281–1298, June 2007

Kutney-Lee A, McHugh MD, Sloane DM, Cimiotti JP, Flynn L, Felber Neff D & Aiken LH, (2009). 'Nursing: a key to patient satisfaction,' Health Affairs, Vol. 28, no. 4: w669-w677.

Laschinger HK & Leiter MP (2006). The impact of nursing work environment on patient safety outcomes: The mediating role of burnout/engagement. The Journal of Nursing Administration, 36, 259-267.

Maben J, Morrow E, Ball J, Robert G & Griffiths P (2012). High Quality Care Metrics for Nursing. National Nursing Research Unit, King's College London.

Manley K, Sanders K, Cardiff S & Webster J (2011). 'Effective workplace culture: the attributes, enabling factors and consequences of a new concept,' International Practice Development Journal Vol. 1, no. 2.

Marroquin MA & Martin EC (2013). National Telehealth project in El Salvador: features, application process and preliminary results, Latin Am J Telehealth, Belo Horizonte, 2010; 2 (3): 279-285

Mitchell PH and Mount JK (2010). Nurse staffing a summary of current research, opinion and policy The William D, Ruckelshaus Center, University of Washington, Washington, USA

Mitchell P, Wynia M, Golden R, McNellis B, Okun S, Webb CE, Rohrbach V & Von Kohorn I (2012). Core Principles & Values of Effective Team - Based Health Care, October 2012 Institute of Medicine, Washington, DC. www.iom.edu/tbc .

NHS Education Scotland (2013). 'Nursing and Midwifery Workload and Workforce Planning Learning Toolkit', NHS Education for Scotland.

North N & Hughes F (2012). A systems perspective on nursing productivity. J Health Organ Manag. 2012;26(2):192-214.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2012) Health at a glance 2011 OECD Paris

Royal College of Nursing (2012). Overstretched and under resourced. The UK nursing labour market review.

Sloan J (2010). The Workforce Planning Imperative JSM ISBN 978192103375

Squires A & Beltran-Sanchez H (2013). 'Strengthening Health Systems in North and Central America: What Role for Migration?', Washington, DC. Migration Policy Institute: Washington DC.

Walker J & Hendry C (2009). 'A review of literature on the measurement of patient dependency, workload and workload planning and allocation within the context of nursing in the community', Wellington: NZNO (District Nurses Section)/Christchurch: New Zealand Institute of Community Health Care, November.

Wood D (2013). "Health care Briefings: Creating a Great Nurse Work Environment to Improve the Bottom Line", Press release, PI Worldwide, posted 18 January 2013. Available at: www.piworldwide.com/healthcare-briefings-creating-a-great-nurse-work-environment-to-improve-the-bottom-line/

World Health Organization (2006). The World Health report Working together for Health, Geneva

World Health Organization (2008). Closing the gap in a generation, Geneva World Health Organization (2013a). Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of non-communicable diseases, Geneva

World Health Organization (2013b). The progress report on nursing and midwifery, Geneva