

## **Νοσηλευτές: Δύναμη αλλαγής:**

*Βελτίωση της ανθεκτικότητας  
των Συστημάτων Υγείας*



**ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ 2016**

## **Επιμέλεια Μετάφρασης στα Ελληνικά**

Κωνσταντίνος Πέτσιος

Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc, PhD

Το παρόν κείμενο μεταφράστηκε από τον Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών Ελλάδος ως μέλος της Διεθνούς Ένωσης Νοσηλευτών.

Όλα τα δικαιώματα, συμπεριλαμβανομένων τη μετάφραση σε άλλες γλώσσες, διατηρούνται. Κανένα μέρος αυτής της δημοσίευσης δεν μπορεί να αναπαραχθεί σε έντυπη μορφή, από φωτοστατικό μέσο ή με οποιονδήποτε άλλο τρόπο, ή να αποθηκευτεί σε σύστημα ανάκτησης, ή να μεταδοθεί σε οποιαδήποτε μορφή, ή να πωληθεί χωρίς τη ρητή γραπτή άδεια του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών. Σύντομα αποσπάσματα (κάτω από 300 λέξεις) μπορούν να αναπαραχθούν χωρίς άδεια, με την προϋπόθεση ότι αναφέρεται η πρωτότυπη πηγή του κειμένου.

All rights, including translation into other languages, reserved. No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic means or in any other manner, or stored in a retrieval system, or transmitted in any form, or sold without the express written permission of the International Council of Nurses. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated.

---

Copyright © 2016 by International Council of Nurses

3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95099-38-8

## Πίνακας περιεχομένων

|              |                                                                                                              |    |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|              | Επιστολή του Πρόεδρου και του Εκτελεστικού Διευθύνοντα<br>Σύμβουλου του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (ICN) |    |
| Κεφάλαιο 1:  | Εισαγωγή                                                                                                     | 1  |
| Κεφάλαιο 2:  | Αναπτύσσοντας ένα Ισχυρό Σύστημα Υγείας                                                                      | 13 |
| Κεφάλαιο 3:  | Πως ορίζεται η Ανθεκτικότητα των Συστημάτων Υγείας;                                                          | 17 |
| Κεφάλαιο 4:  | Βελτίωση της Οργανωτικής Ανθεκτικότητας                                                                      | 23 |
| Κεφάλαιο 5:  | Ανάπτυξη Προσωπικής-Ατομικής Ανθεκτικότητας                                                                  | 29 |
| Κεφάλαιο 6:  | Πορεία προς το μέλλον και ο ρόλος των Νοσηλευτών και των<br>Εθνικών Νοσηλευτικών Ενώσεων                     | 33 |
| Κεφάλαιο 7:  | Συμπεράσματα                                                                                                 | 39 |
| Παράρτημα 1: | Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού Υγείας (HHRD)                                                                  | 41 |
| Παράρτημα 2: | Δημόσια χρηματοδότηση προσβάσιμων υπηρεσιών υγείας                                                           | 45 |
| Παράρτημα 3: | Συμμετοχή των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων στον Τομέα<br>Υγείας και στην Πολιτική Ανάπτυξης                 | 47 |
| Βιβλιογραφία |                                                                                                              | 49 |



May 2016

Dear Colleagues,

The need for strong and resilient health systems able to respond effectively to challenges is key to realising the United Nations' Sustainable Development Goals (SDGs). You may wonder how you as a nurse can help to strengthen health systems around the world. As a member of the single largest group of health professionals, with a presence in all settings, nurses can make an enormous impact on the resilience of health systems. Every decision that you make in your practice can make a significant difference in the efficiency and effectiveness of the entire system.

This International Nurses Day Kit examines the many ways in which nurses can contribute to developing strong and resilient health systems locally, nationally and globally, and provides guidance for nurses and policy makers. The kit's tools, information and ideas for action will assist and encourage nurses and national nurses associations (NNAs) to become engaged in policy.

The following pages analyse the increasing challenges that health systems are facing, how we can improve organisational resilience, and how nurses can strengthen and develop resilience within themselves and their colleagues so that they can fully commit to the ambitious SDG targets. It demonstrates what is possible when nurses bring their expertise and creativity to the transformation agenda. In so much of ICN's work, we have seen how our resilience and advocacy in policy does make a difference to decision making and population health.

It is imperative that we identify in our organisations and in ourselves, opportunities to strengthen and develop resilience. By promoting the nursing voice, we can help guide improvements in the quality of health service delivery and inform health systems strengthening. Nurses' input into health sector policies will help ensure that supportive work environments for practice are taken into account when policies are reformed. It is our duty to ensure that governments and policymakers understand that confident, well-informed nursing leaders who understand their role in developing a workforce to meet new challenges are essential to ensure the success of the SDGs and to meet the health challenges of the future.

Sincerely,

Judith Shamian,  
President

Frances Hughes,  
Chief Executive Officer

**ICN • CIE • CII**

3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva - Switzerland - Tel.: +41 22 908 01 00  
Fax: +41 22 908 01 01 - e-mail: [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch) - web: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)



Μάιος 2016

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η ανάγκη για ισχυρά και ανθεκτικά/ευπροσάρμοστα συστήματα υγείας ικανά να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις προκλήσεις, είναι κλειδί για την υλοποίηση των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης (ΣΒΑ) των Ηνωμένων Εθνών. Μπορείτε να αναρωτηθείτε πώς μπορείτε εσείς ως νοσηλεύτης/νοσηλεύτρια να βοηθήσετε ώστε να ενισχύσουν τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο. Ως μέλος της μεγαλύτερης ενιαίας ομάδας επαγγελματιών υγείας, με παρουσία σε όλες τις υπηρεσίες υγείας, οι νοσηλευτές μπορούν να έχουν τεράστια επίδραση στην ανθεκτικότητα/προσαρμοστικότητα των συστημάτων υγείας. Κάθε απόφαση που λαμβάνετε στην πρακτική σας μπορεί να κάνει μια σημαντική διαφορά στην απόδοση και αποτελεσματικότητα του όλου συστήματος.

Αυτό το αναλυτικό κείμενο εξετάζει τους πολλούς τρόπους με τους οποίους οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ισχυρών και ευπροσάρμοστων συστημάτων υγείας σε τοπικό επίπεδο, σε εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο, και προσφέρει οδηγίες για τους νοσηλευτές και τους φορείς χάραξης πολιτικής. Το κείμενο μέσω εργαλείων, πληροφοριών και ιδεών για δράση θα βοηθήσει και θα ενθαρρύνει νοσηλευτές και εθνικές ενώσεις νοσηλευτών (NNAs) να δραστηριοποιηθούν στην πολιτική υγείας.

Οι ακόλουθες σελίδες αναλύουν οι αυξανόμενες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας, πώς μπορούμε να βελτιώσουμε την οργανωτική ανθεκτικότητα και πώς οι νοσηλευτές μπορούν να ενισχύσουν και να αναπτύξουν την ανθεκτικότητα σε ατομικό και συναδελφικό επίπεδο, ώστε να είναι σε πλήρη συμφωνία με τους φιλόδοξους στόχους βιώσιμης ανάπτυξης (ΣΒΑ). Επιδεικνύει τι είναι εφικτό όταν οι νοσηλευτές μεταφέρουν την εμπειρία και τη δημιουργικότητα τους στην ατζέντα μετασχηματισμού των υπηρεσιών υγείας. Σε μεγάλο τμήμα της εργασίας του ICN, έχουμε δει πώς η ικανότητα προσαρμογής μας και η συνηγορία στην πολιτική υγείας, κάνει τη διαφορά στη λήψη αποφάσεων και τη δημόσια υγεία.

Είναι επιτακτική ανάγκη να μπορούμε να εντοπίζουμε στις ενώσεις μας και στον εαυτό μας, ευκαιρίες να ενισχύσει και να αναπτύξει την ανθεκτικότητα/προσαρμοστικότητα. Προωθώντας τη φωνή της Νοσηλευτικής, μπορούμε να καθοδηγήσουμε βελτιώσεις στην ποιότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας και να ενημερώσουμε την ενίσχυση των συστημάτων υγείας. Η εισροή πληροφοριών των νοσηλευτών στις τομεακές πολιτικές υγείας θα βοηθήσει να εξασφαλιστεί ότι το υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον για την πρακτική θα λαμβάνεται υπόψη κατά τη διαμόρφωση και μεταρρύθμιση των πολιτικών υγείας. Είναι καθήκον μας να διασφαλιστεί ότι οι κυβερνήσεις και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής υγείας κατανοούν ότι οι ηγέτες της νοσηλευτικής που διαθέτουν αυτοπεποίθηση, γνώση και ενημέρωση και κατανοούν το ρόλο τους στη διαμόρφωση του ανθρώπινου δυναμικού στην αντιμετώπιση των νέων προκλήσεων, είναι απαραίτητοι ώστε να εξασφαλιστεί η επιτυχία των ΣΒΑ και να ανταποκριθούν τα συστήματα υγείας στις προκλήσεις του μέλλοντος.

Με εκτίμηση

Judith Shamian,  
Πρόεδρος

Frances Hughes,  
Εκτελεστικός Διευθύνων Σύμβουλος

**"Ανθεκτικότητα: Η ικανότητα ανάκαμψης από δυσκολίες»**

(Αγγλικό Λεξικό της Οξφόρδης)

**Υπόβαθρο**

Όπου και αν βρίσκεστε στον κόσμο είναι πολύ πιθανό ότι η υγεία και η ανταπόκριση στις ανάγκες δημόσιας υγείας αποτελούν επίκεντρο του δημόσιου διαλόγου και θέμα ανησυχίας. Πράγματι, αισθάνεται κανείς ότι η υγεία είναι πάντα στην επικαιρότητα. Αυτό ενδέχεται να οφείλεται σε διάφορους λόγους, κάποιους προβλέψιμους και κάποιους άλλους σε μικρότερο βαθμό. Για παράδειγμα, σε πολλά μέρη του κόσμου, υπάρχουν αυξανόμενες προκλήσεις υγείας που σχετίζονται με τη γήρανση του πληθυσμού, αύξηση των χρόνιων ασθενειών και άλλων μακρόχρονων καταστάσεων, αυξανόμενες προσδοκίες των πολιτών για περισσότερες και ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας και τεχνολογική πρόοδο, που συνεχίζουν να θέτουν μια προσδοκία για αύξηση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Τα συστήματα Υγείας διεθνώς αντιμετωπίζουν καθημερινά την πρόκληση να ανταποκριθούν υιοθετώντας νέους τρόπους εργασίας και νέα μοντέλα παροχής φροντίδας για τους πολίτες.

Η δυσμενής επίπτωση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας συνεχίζει και εμφανίζει δημοσιονομικές επιπτώσεις. Ανάλογα προκλητικά ήταν τα στοιχεία τρωτότητας των παγκόσμιων συστημάτων υγείας. Το 2014 η εμφάνιση της επιδημίας της νόσου Έμπολα στη Δυτική Αφρική έδειξε ότι η παγκόσμια δράση για την προστασία της υγείας είναι απαραίτητη. Μεταδοτικές λοιμώξεις είναι σε θέση να διασχίσουν τα σύνορα και να ταξιδέψουν σε όλες τις γωνιές του πλανήτη τόσο απλά όσο οι άνθρωποι μπορούν. Οι φυσικές καταστροφές και οι συγκρούσεις, επίσης δεν γνωρίζουν σύνορα χώρας και απαιτούν διεθνή ανταπόκριση.

Αυτή η παγκόσμια αλληλοσύνδεση είναι ένα δύσκολο θέμα να εξεταστεί χωρίς να συγκλονιστεί κάποιος από την πολυπλοκότητά του. Η αβεβαιότητα και η αίσθηση της αδυναμίας που προκαλεί είναι επίσης απόλυτα κατανοητές. Από πού να αρχίσουμε; Πώς μπορούμε να κάνουμε τη διαφορά; Είναι εύκολο να αισθανθεί κάποιος ανήμπορος/μικρός. Ενώ παράλληλα, το αντίκτυπο της παγκοσμιοποίησης συνεχίζει να αναπτύσσεται και να επηρεάζει την καθημερινή μας ζωή. Συνεπώς, οι νοσηλευτές είμαστε όλοι στενά συνδεδεμένοι και ως ένα από το μεγαλύτερο εργατικά δυναμικό στον κόσμο, πρέπει να συνεργαστούμε για να κατανοήσουμε και να διασφαλίσουμε ότι η παγκοσμιοποίηση είναι μια θετική δύναμη για το καλό.

Ορισμός της παγκοσμιοποίησης: μια διαδικασία αύξησης των διεθνών διασυνδέσεων, της αλληλεξάρτησης και ολοκλήρωσης, ιδίως στην οικονομική αρένα, αλλά με επιρροές επίσης στην πολιτιστική, κοινωνικοπολιτική, οικολογική και τεχνολογική πτυχή της ζωής."

(Tuschudin & Davis 2008, σελ.4)

Όπως τεκμηριώνεται στην Έκθεση των Ηνωμένων Εθνών για τους Στόχους Ανάπτυξης της Χιλιετίας (UN 2015), ο κόσμος είδε την ουσιαστική πρόοδο στην επίτευξη των αναπτυξιακών στόχων της χιλιετίας (WHO 2015a), σώζοντας χιλιάδες ζωές και βελτιώνοντας τις συνθήκες ζωής για πολλούς περισσότερους ανθρώπους. Ωστόσο, η έκθεση αναγνωρίζει επίσης «ανομοιογενή επιτεύγματα», «ελλείψεις σε πολλούς τομείς» και ελλιπή εργασία. Οι επικεντρωμένες στη νόσο προσεγγίσεις των Στόχων Ανάπτυξης της Χιλιετίας άφησαν πολλές χώρες με κατακερματισμό στη φροντίδα και αδύναμα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας. Ως αποτέλεσμα, πολλές από τις χώρες που έλαβαν αναπτυξιακή ενίσχυση δεν δημιούργησαν συστήματα υγείας που μπορούν να παρέχουν τις απαραίτητες βασικές υπηρεσίες σε όλους τους ανθρώπους σε ανάγκη.

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, το ιστορικό της επιδημίας του ιού Έμπολα στη Δυτική Αφρική έδειξε σαφώς ότι η απουσία ενός συστήματος υγείας ικανού να ανταποκρίνεται ταχέως και αποτελεσματικά, μια επιδημία μπορεί να εξαπλωθεί ταχύτατα σε διασυνοριακό επίπεδο και να προκαλέσει τεράστια προβλήματα (WHO 2014). (Όταν πλήγηκαν από την επιδημία, οι πιο προσβεβλημένες χώρες ήταν αυτές που διέθεταν ένα εύαλωτο σύστημα υγείας με ανεπαρκή αριθμό εργαζομένων υγειονομικής περίθαλψης (WHO 2015b). Ως αποτέλεσμα, η απάντηση δεν ήταν έγκαιρη, οι υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας είχαν διαταραχθεί και έχασαν τη ζωή τους πολλοί εργαζόμενοι υγειονομικής περίθαλψης που παρείχαν φροντίδα στους ασθενείς (WHO 2015c), απειλώντας περαιτέρω την υγεία των πληθυσμών (David et al. 2015). Στην πραγματικότητα, μια προκαταρκτική έκθεση του Π.Ο.Υ. τον Μάιο 2015 (2015c) αναφορικά με την υγεία των εργαζομένων που είχαν μολυνθεί με τον ιό Έμπολα, ανέφερε ότι από τους 815 εργαζομένους υγειονομικής περίθαλψης που είχαν μολυνθεί από τον ιό Έμπολα από την έναρξη της επιδημίας, περισσότερο από 50% ήταν νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών. Τα δύο τρίτα των εργαζομένων υγείας που είχαν προσβληθεί είχαν πεθάνει.

Αυτή η επιδημική έκρηξη ανέγειρε πολλά ερωτήματα: Πώς μπορεί να ανταποκριθεί κανείς άμεσα σε μια σημαντική έλλειψη εργαζομένων υγειονομικής περίθαλψης λόγω ασθένειας ή ακόμα και θανάτου; Πώς μπορεί κανείς ταχύτατα να αναπτύξει δεξιότητες στο νοσηλευτικό προσωπικό για παροχή περίθαλψης σε πολύ διαφορετικά περιβάλλοντα; Πώς μπορείς να έχεις γρήγορη πρόσβαση στο σωστό εξοπλισμό; Πώς επικοινωνείς με το κοινό με αποτελεσματικό τρόπο; Υπάρχει σαφής ανάγκη για συστήματα υγείας που μπορούν να ανταποκριθούν σε τέτοια πλήγματα με έγκαιρο και αποτελεσματικό τρόπο ενώ συνεχίζουν να παρέχουν τις απαραίτητες υγειονομικές υπηρεσίες.

"Η ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας είναι η ικανότητα του να ανταποκριθεί, να προσαρμοστεί και να ενισχυθεί, όταν εκτίθεται σε ένα σοκ, όπως μια επιδημική έκρηξη, μια φυσική καταστροφή ή μια σύγκρουση."

Campbell et al (2014)

Η πολυπλοκότητα της εργασίας αυτής περιλαμβάνει το ρυθμό ανταπόκρισης που απαιτείται, τη διαθεσιμότητα των πόρων στο σωστό μέρος και τη σωστή στιγμή και τη διαχείριση των κατεστραμμένων υποδομών και την εξάντληση του υγειονομικού δυναμικού. Ως εκ τούτου, πρέπει να είμαστε προετοιμασμένοι πριν από την επόμενη έκτακτη ανάγκη, έχοντας σε διαθεσιμότητα πόρους έκτακτης ανάγκης, ανθρώπινο δυναμικό το οποίο να μπορεί να αναπτυχθεί με κατάλληλες δεξιότητες και σχέδια για τη διανομή των πόρων.

Στην πολυάσχολη ζωή των περισσότερων εν ενεργεία νοσηλευτών, το να σκεφτόμαστε πώς μπορούμε να υποστηρίξουμε και να ενισχύσουμε το σύστημα υγείας στο οποίο εργαζόμαστε δεν είναι μια συνηθισμένη δραστηριότητα. Παρόλα ταύτα η ανάγκη να αναπτύξουμε τη σκέψη μας, το

σχεδιασμό και το προφίλ σε αυτόν τον σημαντικό τομέα είναι πολύ εμφανής. Είμαστε μια ζωτική δύναμη για τις αλλαγές που το σύστημα χρειάζεται.

### **Ανταπόκριση στις νέες προκλήσεις**

Το νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό έχει μια μακρά ιστορία ανταπόκρισης στις μεταβαλλόμενες ανάγκες της κοινωνίας. Έχουμε αναπτύξει την πρακτική μας για την αντιμετώπιση των προκλήσεων της δημόσιας υγείας και για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας. Κατά τον 20ο και τον 21ο αιώνα, έχουν γίνει σημαντικά επιτεύγματα αναφορικά με το αυξανόμενο προσδόκιμο ζωής και τη μείωση σημαντικών παραγόντων κινδύνου σχετιζόμενων με την παιδική και μητρική θνησιμότητα. Οι νοσηλευτές έχουν συνεισφέρει σημαντικά στην αύξηση της παιδικής επιβίωσης και τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων τους είναι καλά τεκμηριωμένα (Awoonor-Williams et al 2013). Σημαντική πρόοδος έχει σημειωθεί στην αύξηση της πρόσβασης σε καθαρό νερό, βελτίωση της υγιεινής, μείωση των κρουσμάτων ελονοσίας, φυματίωσης και πολιομυελίτιδας και μείωση της εξάπλωσης του HIV (Marmot et al 2012). Νοσηλευτές ήταν στην πρώτη γραμμή πολλών από αυτά τα επιτεύγματα (ICN 2013) αλλά όλοι αναγνωρίζουμε ότι μπορούν να γίνουν πολλά περισσότερα. Στην κορυφή των γνωστών προβλημάτων δημόσιας υγείας, αντιμετωπίζουμε την ανάδυση παγκοσμίων απειλών όπως η αντιμικροβιακή αντοχή, νέες πανδημίες, αναδυόμενες λοιμώξεις, φυσικές καταστροφές, η παγκόσμια κλιματική αλλαγή, ένοπλες συγκρούσεις και μεταναστευτικά ρεύματα. Τι θα μπορούσε αυτό να σημαίνει για εμάς;

Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις της αποτελεσματικής ανταπόκρισης των νοσηλευτών και το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουμε συμβάλλοντας στην υγεία του πληθυσμού που όλο και περισσότερο και αναγνωρίζεται από τις κυβερνήσεις και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2003, 2015d). Πράγματι, οι νοσηλευτές σε παγκόσμιο επίπεδο εμφανίζουν αυξανόμενα επίπεδα εκπαίδευσης και διασυνδέονται αποτελεσματικά με πολίτες, κοινότητες, φορείς χάραξης πολιτικής αλλά και μεταξύ τους. Ωστόσο, η ανάγκη για προσαρμογή και γρήγορη αλλαγή είναι προφανής και οι προκλήσεις που θα παρουσιαστούν στην επόμενη δεκαετία θα απαιτήσουν μια νέα γενιά καινοτομίας και ηγεσίας. Καθώς οι νοσηλευτές βελτιώνουν το προφίλ τους ανταποκρινόμενοι σε τοπικές, εθνικές και διεθνείς προκλήσεις, χρειαζόμαστε καλά ενημερωμένους και με αυτοπεποίθηση ηγέτες που κατανοούν το ρόλο τους στην ανάπτυξη ενός νοσηλευτικού δυναμικού ικανού να αντιμετωπίσει τις νέες προκλήσεις.

### **Επένδυση στο εργατικό δυναμικό υγείας για ενίσχυση των συστημάτων υγείας**

Η αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας για τα συστήματα υγείας μας έχει συσχετιστεί με την αυξημένη προσδοκία της χρηματοδότησης τους και είναι πλέον προφανές ότι υπάρχει μια ισχυρή διασύνδεση μεταξύ της οικονομικής κατάστασης και της γενικότερης υγείας του πληθυσμού. Ωστόσο, η προσδοκία και η λήψη μεγαλύτερου μεριδίου των δημόσιων οικονομικών κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης είναι δύο διαφορετικά πράγματα. Η ικανότητα εύρεσης μόνιμης χρηματοδότησης είναι μια πραγματική πρόκληση σε όλα τα επίπεδα, από ατομικό σε κυβερνητικό επίπεδο. Σε ορισμένες περιπτώσεις, καθώς οι κυβερνήσεις επιδιώκουν τη βραχυπρόθεσμη εξοικονόμηση, έχουμε δει πραγματική μείωση των δαπανών για την υγεία (Karaniolos 2013) που οδηγεί σε τόσο βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες. Αν δεν αναλαμβάνεται από κυβερνήσεις, το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης στα άτομα μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της φτώχειας. Μελέτη του Π.Ο.Υ. και Έκθεση του Παγκόσμιου Ομίλου Τραπεζών (World Bank Group 2015) δείχνει ότι 400 εκατομμύρια άνθρωποι δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες βασικής υγειονομικής περίθαλψης και 6% των ανθρώπων σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος μετακυλίεται περαιτέρω στη φτώχεια λόγω των δαπανών για την προσωπική υγεία. Ωστόσο, καθώς η υγεία έχει αξία η ίδια και αποτελεί προϋπόθεση για την οικονομική πρόοδο, η βελτίωση της υγείας και των οικονομικών συνθηκών αλληλοεξαρτώνται και αλληλοενισχύονται.



Η Έκθεση της Επιτροπής Lancet "Παγκόσμια Υγεία 2035: παγκόσμια σύγκλιση μέσα σε μια γενιά» (Jamison et al 2013) έκανε μια ισχυρή οικονομική υπόθεση για αύξηση της προτεραιότητας της υγείας από τους Υπουργούς οικονομικών, δηλώνοντας ότι «Οι αποδόσεις από την επένδυση στην υγεία είναι εντυπωσιακές. Μειώσεις της θνησιμότητας αντιπροσωπεύουν περίπου το 11% της πρόσφατης οικονομικής ανάπτυξης σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, όπως μετράται στους εθνικούς ισολογισμούς τους» (Jamison et al. 2013, p.1898).

Η έκθεση περιγράφει τη δυνατότητα "μεγαλειώδους σύγκλισης (grand convergence)" στον τομέα της υγείας, το οποίο είναι εφικτό στη διάρκεια της ζωής μας. Παρουσιάζει μια λεπτομερή ανάλυση που δείχνει ότι με ενισχυμένες επενδύσεις για την βελτίωση των τεχνολογιών υγείας και την βελτίωση των συστημάτων παροχής φροντίδας, είναι εφικτή η μείωση της παιδικής και μητρικής θνησιμότητας, καθώς και τα ποσοστά θνησιμότητας από λοιμώδη νοσήματα σε χαμηλά επίπεδα παγκοσμίως. Στις πιο χαμηλού εισοδήματος και μεσαίου εισοδήματος χώρες, τα ποσοστά αυτά θα μειωθούν σε αυτά που επί του παρόντος βλέπουμε σήμερα σε μεσαίου εισοδήματος χώρες. Σύμφωνα με τους Jamison και συν. (2013), "Η επίτευξη της σύγκλισης θα αποτρέψει περίπου 10 εκατομμύρια θανάτους το 2035 σε χαμηλού εισοδήματος και κατώτερου μεσαίου εισοδήματος χώρες..." (σελ.1898).

Επιπλέον, η έκθεση διαπιστώνει ότι η απασχόληση στον τομέα της υγείας μπορεί να ενισχύσει τις τοπικές οικονομίες. Η απασχόληση στον τομέα υγείας είναι σημαντική και απασχολεί μεγάλο αριθμό γυναικών. Οι καλά εκπαιδευμένοι νοσηλευτές είναι, ως εκ τούτου, θετική επίδραση για την οικονομική υγεία της χώρας.

## **Νέοι Στόχοι**

Υπάρχει πλέον μια παγκόσμια αναγνώριση ότι όποια και αν είναι η φύση των προκλήσεων, η εστίαση στη διασφάλιση της υγείας και η προώθηση της ευημερίας για όλους, σε όλες τις ηλικίες είναι απαραίτητη για την αειφόρο ανάπτυξη. Η ανάγκη για ισχυρά και ανθεκτικά συστήματα υγείας, που είναι σε θέση να ανταποκριθούν στην ταχεία αλλαγή, βρίσκεται στο επίκεντρο των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών (SDGs).

Οι 17 στόχοι (βλέπε Πλαίσιο 1) και οι 169 συνδεδεμένους σκοπούς με αυτούς τους στόχους εγκρίθηκαν από τα Κράτη Μέλη της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών τον Σεπτέμβριο του 2015 (ΓΣΗΕ ψήφισμα 70/1). Επεκτείνοντας τους στόχους ανάπτυξης για την χιλιετία (MDGs), οι στόχοι βιώσιμης ανάπτυξης είναι σχετικές με όλες τις χώρες και καλύπτουν τους οικονομικούς, περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς πυλώνες της βιώσιμης ανάπτυξης, με ιδιαίτερη έμφαση στην ισοτιμία για την αντιμετώπιση των βαθύτερων αιτίων της φτώχειας. Είναι όλοι συνδεδεμένοι μεταξύ τους, υπογραμμίζοντας το γεγονός ότι η βιώσιμη ανάπτυξη σε κάθε χώρα απαιτεί πολλά μέρη του συστήματος να εργαστούν από κοινού.

## Πλαίσιο 1. Οι 17 Στόχοι της Βιώσιμης Ανάπτυξης

1. Η εξάλειψη κάθε μορφής φτώχειας παντού.
2. Η εξάλειψη της πείνας, η διασφάλιση επισιτιστικής ασφάλειας και βελτιωμένης διατροφής και η προώθηση της βιώσιμης γεωργίας.
3. Η διασφάλιση της υγιούς ζωής και η προώθηση της ευημερίας για όλους σε όλες τις ηλικίες.
4. Η διασφάλιση καθολικής και ισότιμης ποιοτικής εκπαίδευσης και η προώθηση ευκαιριών δια βίου μάθησης για όλους.
5. Η επίτευξη ισότητας των φύλων και η χειραφέτηση όλων των γυναικών και των κοριτσιών.
6. Η διασφάλιση της διάθεσης και βιώσιμης διαχείρισης των υδάτων και της υγιεινής για όλους.
7. Η διασφάλιση πρόσβασης σε φτηνές, αξιόπιστες και σύγχρονες μορφές ενέργειας.
8. Η προώθηση διαρκούς, βιώσιμης και χωρίς αποκλεισμούς οικονομικής ανάπτυξης, πλήρους και παραγωγικής απασχόλησης, καθώς και αξιοπρεπούς εργασίας για όλους.
9. Η οικοδόμηση ανθεκτικών υποδομών, η προώθηση της καθολικής και βιώσιμης εκβιομηχάνισης και η ενίσχυση της καινοτομίας.
10. Η μείωση της ανισότητας στο εσωτερικό και μεταξύ των χωρών.
11. Η μετατροπή των πόλεων και των ανθρώπινων οικισμών σε χώρους δίχως αποκλεισμούς, ασφαλείς, ανθεκτικούς και βιώσιμους.
12. Η διασφάλιση βιώσιμων και παραγωγικών προτύπων.
13. Η ανάληψη άμεσης δράσης για την αντιμετώπιση της κλιματικής αλλαγής και των επιπτώσεών της.
14. Η διατήρηση και η βιώσιμη χρήση των ωκεανών, των θαλασσών και των θαλάσσιων πόρων με στόχο την βιώσιμη ανάπτυξη.
15. Η προστασία, αποκατάσταση και προώθηση της βιώσιμης χρήσης των χερσαίων οικοσυστημάτων, η βιώσιμη διαχείριση των δασών, η αντιμετώπιση της ερημοποίησης και αναστολή και αναστροφή της υποβάθμισης του εδάφους, καθώς και η ανάσχεση της απώλειας της βιοποικιλότητας.
16. Η προώθηση ειρηνικών κοινωνιών δίχως αποκλεισμούς με στόχο τη βιώσιμη ανάπτυξη, η παροχή πρόσβασης στη δικαιοσύνη για όλους και η οικοδόμηση αποτελεσματικών, αξιόπιστων και συμμετοχικών θεσμών σε όλα τα επίπεδα.
17. Η ενίσχυση των μέσων εφαρμογής και ανανέωσης της παγκόσμιας συμμαχίας για τη βιώσιμη ανάπτυξη.

Ο τρίτος στόχος, που είναι πιο συγκεκριμένος για την υγεία και την ευεξία, έχει 13 επιμέρους συνδεδεμένους σκοπούς (3.1-3.9) και προϋποθέσεις (3.α-3.δ). (βλέπε Πλαίσιο 2)

**Πλαίσιο 2. Οι 13 συνδεδεμένοι σκοποί για την υγεία του 3<sup>ου</sup> Στόχου Βιώσιμης Ανάπτυξης – Η διασφάλιση της υγιούς ζωής και η προώθηση της ευημερίας για όλους σε όλες τις ηλικίες.**

- 3.1 Έως το 2030, να μειώσει το παγκόσμια ποσοστό μητρικής θνησιμότητας σε λιγότερο από 70 ανά 100 000 ζωντανές γεννήσεις
- 3.2 Έως το 2030, να εξαλείψει τους αποτρέψιμους θανάτους νεογνών και παιδιών κάτω των 5 ετών, με όλες τις χώρες ως στόχο τη μείωση της νεογνικής θνησιμότητας τουλάχιστον τόσο χαμηλά όσο 12 ανά 1000 γεννήσεις ζώντων νεογνών και θνησιμότητα των <5 ετών τουλάχιστον τόσο χαμηλά όσο 25 ανά 1000 ζωντανές γεννήσεις
- 3.3 Έως το 2030, εξάλειψη των επιδημιών του AIDS, της φυματίωσης, της ελονοσίας και παραμελημένων τροπικών νόσων και την καταπολέμηση της ηπατίτιδας, των υδατογενών νόσων και άλλων μεταδοτικών νοσημάτων
- 3.4 Έως το 2030, μείωση κατά ένα τρίτο της πρόωρη θνησιμότητα από μη μεταδοτικά νοσήματα μέσω της πρόληψης και της θεραπείας και την προώθηση της ψυχικής υγείας και ευημερίας
- 3.5 Ενίσχυση της πρόληψης και αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών, συμπεριλαμβανομένων τη χρήση ναρκωτικών και την επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ
- 3.6 Έως το 2020, μείωση κατά το ήμισυ του αριθμού των παγκόσμιων θανάτων και τραυματισμών από τροχαία ατυχήματα
- 3.7 Έως το 2030, εξασφάλιση καθολικής πρόσβασης σε υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού προγραμματισμού, ενημέρωσης και εκπαίδευσης και την ενσωμάτωση της αναπαραγωγικής υγείας σε εθνικές στρατηγικές και προγράμματα
- 3.8 Επίτευξη καθολικής κάλυψης υγείας, συμπεριλαμβανομένης της προστασίας του συστήματος λόγω χρηματοοικονομικού κινδύνου, πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και πρόσβαση σε ασφαλή , αποτελεσματικά, ποιοτικά και με προσιτές τιμές βασικά φάρμακα και εμβόλια για όλους
- 3.9 Έως το 2030, σημαντική μείωση του αριθμού των θανάτων και ασθενειών από επικίνδυνα χημικά προϊόντα και από τη μόλυνση και ρύπανση του αέρα, του νερού και του εδάφους

**Προϋποθέσεις**

- 3.a Ενίσχυση της εφαρμογής της Σύμβασης-Πλαίσιο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας κατά του καπνίσματος σε όλες τις χώρες, όπως ενδείκνυται
- 3.b Υποστήριξη της έρευνας και της ανάπτυξης εμβολίων και φαρμάκων για τις μεταδοτικές και μη μεταδοτικές ασθένειες που επηρεάζουν κατά κύριο λόγο αναπτυσσόμενες χώρες , παροχή πρόσβασης σε προσιτές τιμές βασικών φαρμάκων και εμβολίων, σε συμφωνία με τη Διακήρυξη της Ντόχα για τη συμφωνία TRIPS και τη δημόσια υγεία, η οποία επιβεβαιώνει το δικαίωμα των αναπτυσσόμενων χωρών να χρησιμοποιούν πλήρως τις διατάξεις συμφωνίας για τις πτυχές της πνευματικής ιδιοκτησίας δικαιωμάτων στον τομέα του εμπορίου αναφορικά με τις δυνατότητες ευελιξίας για την προστασία της δημόσιας υγείας, και, ειδικότερα, για την παροχή πρόσβασης στα φάρμακα για όλους
- 3.c Σημαντική αύξηση της χρηματοδότησης για την υγεία και την πρόληψη , εκπαίδευση και κατάρτισης και διατήρηση του υγειονομικού δυναμικού στις αναπτυσσόμενες χώρες, και ιδίως τις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες και τα μικρά νησιωτικά αναπτυσσόμενα κράτη
- 3.d Ενίσχυση της ικανότητας όλων των χωρών, ιδίως των αναπτυσσόμενων χωρών, για την έγκαιρη προειδοποίηση, μείωση και διαχείριση των κινδύνων για την εθνική και παγκόσμια υγεία

Αναμένεται ότι αυτό θα συσχετιστεί με μια σειρά από δραστηριότητες και σχέδια δράσης με εφαρμογή σε όλα τα συστήματα υγείας. Ενώ οι περισσότερες δραστηριότητες θα επικεντρωθούν στο στόχο 3, πολλοί από τους άλλους στόχους θα απαιτήσουν επίσης δράση από το νοσηλευτικό δυναμικό και νοσηλευτές υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα διαδραματίσουν ηγετικό ρόλο σε αυτό.

Ένας από τους συνοδευτικούς στόχους (3.8) είναι η Καθολική Υγειονομική Κάλυψη (UHC), που έχει λάβει ιδιαίτερη προσοχή ως βασική προϋπόθεση για τη βιώσιμη ανάπτυξη.

Καθολική Υγειονομική Κάλυψη (UHC)

Στόχος της Καθολικής Υγειονομικής Κάλυψης είναι να εξασφαλίσει ότι όλοι οι άνθρωποι μπορούν να χρησιμοποιούν τις υποστηρικτικές, προληπτικές, θεραπευτικές, αποκατάστασης και παρηγορητικής φροντίδας υπηρεσίες υγείας, οι οποίες θα πρέπει να είναι επαρκούς ποιότητας, ενώ ταυτόχρονα εξασφαλίζουν ότι η χρήση των υπηρεσιών αυτών δεν θα προκαλεί οικονομικές δυσχέρειες στους χρήστες τους (Π.Ο.Υ. 2013).

Η πρόσφατη έκθεση “Tracking universal health coverage: First global monitoring report” (WHO & World Bank Group 2015) υποδεικνύει ότι βρισκόμαστε πολύ μακριά από την επίτευξή του. Η έκθεση, η οποία είναι η πρώτη του είδους της, υπολογίζει την υγειονομική κάλυψη και την οικονομική προστασία της πρόσβασης σε υπηρεσίες για να αξιολογήσει την πρόοδο των χωρών προς την επίτευξη καθολικής υγειονομικής κάλυψης. Διερεύνησε την καθολική πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας το 2013, συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού προγραμματισμού, την προγεννητική φροντίδα, τη γέννηση παρουσία προσωπικού υγείας, τον παιδικό εμβολιασμό, την αντιρετροϊκή θεραπεία, τη θεραπεία της φυματίωσης και την πρόσβαση σε καθαρό νερό και αποχέτευση.

«Οι άνθρωποι σε πιο μειονεκτική θέση στερούνται ακόμη και τις πιο βασικές υπηρεσίες... Μια δέσμευση για την ισότητα είναι στο επίκεντρο της καθολικής υγειονομικής κάλυψης. Πολιτικές υγείας και προγράμματα θα πρέπει να επικεντρωθούν στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας για τους πιο φτωχούς ανθρώπους, τις γυναίκες και τα παιδιά, τα άτομα που ζουν σε αγροτικές περιοχές και εκείνα που προέρχονται από μειονοτικές ομάδες».

Dr Marie-Paule Kieny, Assistant Director-General, Health Systems and Innovation, WHO  
(WHO & World Bank 2015)

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η έκθεση διαπίστωσε ότι τουλάχιστον 400 εκατομμύρια άνθρωποι δεν είχαν πρόσβαση σε τουλάχιστον μία από αυτές τις υπηρεσίες και ότι πολλοί άνθρωποι οδηγήθηκαν περαιτέρω σε συνθήκες ακραίας φτώχειας, επειδή έπρεπε να πληρώσουν για τις υπηρεσίες υγείας από την τσέπη τους.

Ο Π.Ο.Υ. και Παγκόσμιος Όμιλος Τραπεζών (2015) συστήνουν ότι οι χώρες που επιδιώκουν Καθολική Υγειονομική κάλυψη θα πρέπει να επιτύχουν τουλάχιστον 80% πληθυσμιακή κάλυψη βασικών υπηρεσιών υγείας και ότι όλοι παντού θα πρέπει να προστατεύονται από καταστροφικές και εξαντλητικές δαπάνες υγείας.

Οι Νοσηλευτές διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην επίτευξη της Καθολικής Υγειονομικής Κάλυψης και υπάρχουν πολλά παραδείγματα νοσηλευτών που επεκτείνουν την προσβασιμότητα

σε βασικές υπηρεσίες παροχής φροντίδας (ICN 2011, 2015a). Μερικές από τις πρωτοβουλίες του ICN να διευρυνθεί η προσβασιμότητα περιλαμβάνουν τα κέντρα ευεξίας των εργαζομένων υγειονομικής περίθαλψης του ICN (βλ. [www.icn.ch/what-we-do/wellness-centres-forhealth-care-workers/](http://www.icn.ch/what-we-do/wellness-centres-forhealth-care-workers/)) και το TB/MDR TB πρόγραμμα του ICN ([www.icn.ch/tb-mdr-tb-project/welcome-to-theicn-tb-mdr-tb-project.html](http://www.icn.ch/tb-mdr-tb-project/welcome-to-theicn-tb-mdr-tb-project.html)).

### **Νέες προσδοκίες από το νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό**

Ο Στόχος 3 της Βιώσιμης ανάπτυξης, *Εξασφάλιση της υγιούς ζωής και προαγωγής της ευημερίας για όλους*, σε όλες τις ηλικίες, είναι απαραίτητος για την επίτευξη των άλλων ΣΒΑ. Καθολική Υγειονομική Κάλυψη δεν σημαίνει μόνο φροντίδα για αυτόν που έχει ανάγκη, αλλά επίσης την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα. Αυτό απαιτεί ένα άρτια λειτουργικό σύστημα υγείας με επαρκή αριθμό καλά εκπαιδευμένων και με κίνητρα υγειονομικού προσωπικού. Προβλέπεται ότι θα υπάρξει έλλειμμα 10,1 εκατομμυρίων εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτών, μαίων και ιατρών) μέχρι το 2030 (GHW 2015). Πολλές από τις χώρες που αγωνίστηκαν για την επίτευξη των στόχων της χιλιετίας αντιμετωπίζουν σήμερα σημαντικές ελλείψεις και κακή διανομή του εργατικού δυναμικού υγείας (ICN 2014). Η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού υγείας, περιλαμβανομένων των νοσηλευτών, αναδεικνύεται ως ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια για την επίτευξη αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας (Buchan & Aiken 2008). Η επένδυση στο προσωπικό υγείας παραμένει χαμηλή και παραμένει η υπόθεση ότι σύμφωνα με τις μελλοντικές προβλέψεις, οι χώρες με χαμηλά εισοδήματα θα αντιμετωπίσουν ένα διευρυνόμενο χάσμα μεταξύ της προσφοράς και της ζήτησης για επαγγελματίες υγείας (Tangcharoensathien et al 2015). Υπάρχει μια αυξανόμενη προσδοκία ότι τόσο οι πλούσιες όσο και οι φτωχές χώρες οικοδομούν εθνική αυτάρκειας για να διαχειριστούν την προσφορά και τη ζήτηση στο εσωτερικό της χώρας για ανθρώπινο υγειονομικό δυναμικό μέσω κατάλληλου σχεδιασμού και προγραμματισμού (ICN 2014).

Εν προκειμένω, ο Π.Ο.Υ. έχει αναπτύξει την Παγκόσμια Στρατηγική αναφορικά με τους Ανθρώπινους Πόρους για την Υγεία (Human Resources for Health (HRH): Workforce 2030) που αναμένεται να υποβληθεί στην Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας (World Health Assembly (WHA)) τον Μάιο του 2016 για έγκριση.

**Πλαίσιο 3. Παγκόσμια στρατηγική για τους ανθρώπινους πόρους για την υγεία. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 - Draft 1.0 submitted to the Executive Board (138th Session) (WHO 2015e)**

**Όραμα:** επιτάχυνση της προόδου προς την καθολική κάλυψη υγείας και οι στόχοι της βιώσιμης ανάπτυξης του ΟΗΕ με την εξασφάλιση καθολικής πρόσβασης σε επαγγελματίες υγείας

**Γενικός στόχος:** Η βελτίωση της υγείας και των κοινωνικοοικονομικών αναπτυξιακών εκροών με την εξασφάλιση παγκόσμιας διαθεσιμότητας, προσβασιμότητας, αποδοχής και ποιότητας του εργατικού δυναμικού υγείας μέσω επαρκών επενδύσεων και με την εφαρμογή αποτελεσματικών πολιτικών σε εθνικό, περιφερειακό και παγκόσμιο επίπεδο

**Αρχές**

- Προώθηση του δικαιώματος στην υγεία
- Παροχή ολοκληρωμένων, ανθρωποκεντρικών υπηρεσιών υγείας
- Ανάδοξη εξουσία και εμπλοκή της κοινότητας
- Διατήρηση των προσωπικών, απασχόλησης και επαγγελματικών δικαιωμάτων όλων των εργαζομένων υγείας, συμπεριλαμβανομένου του ασφαλούς, και αξιοπρεπούς εργασιακού περιβάλλοντος απαλλαγμένου από κάθε είδους διακρίσεις, εξαναγκασμό και βία
- Εξάλειψη φυλετικής βίας, διακρίσεων και παρενόχλησης
- Προώθηση της διεθνούς συνεργασίας και αλληλεγγύης, σε ευθυγράμμιση με τις εθνικές προτεραιότητες
- Διασφάλιση ηθικών πρακτικών πρόσληψης σύμφωνα με τις διατάξεις του Διεθνούς Κώδικα του Π.Ο.Υ. αναφορικά με την Διεθνή Πρακτική Πρόσληψη Προσωπικού Υγείας.
- Επιστράτευση και διατήρηση πολιτικών και οικονομικών δεσμεύσεων και προώθηση της ένταξης και της συνεργασίας ανάμεσα σε τομείς και ομάδες κρατών
- Προώθηση της καινοτομίας και της χρήσης δεδομένων

**Αντικειμενικοί Στόχοι**

1. Η βελτίωση της απόδοσης, της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας του υγειονομικού δυναμικού διαμέσου ενημερωμένων πολιτικών για την αποτελεσματικότερη διαχείριση των ανθρώπινων πότων για την υγεία, συνεισφέροντας στην υγιή ζωή και την ευημερία, την αποτελεσματική καθολική υγειονομική κάλυψη, την ανθεκτικότητα και την ασφάλεια σε όλα τα επίπεδα.
2. Η αξιοποίηση των επενδύσεων σε ανθρώπινο δυναμικό για την υγεία, με συνεκτίμηση των τωρινών και μελλοντικών αναγκών του πληθυσμού, και με συνεκτίμηση τη δυναμική της αγοράς εργασίας, ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη βελτίωση των εκροών στον τομέα της υγείας, η δημιουργία θέσεων εργασίας και η οικονομική ανάπτυξη.
3. Η οικοδόμηση της ικανότητας των οργανισμών υγείας σε υποεθνικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο όσον αφορά την αποτελεσματική ηγεσία και τη διακυβέρνηση των δράσεων για τους ανθρώπινους πόρους για την υγεία.
4. Η ενίσχυση των δεδομένων για τους ανθρώπινους πόρους στην υγεία, για την εποπτεία και την εξασφάλιση λογοδοσίας για την εφαρμογή τόσο των εθνικών στρατηγικών όσο και της Παγκόσμιας Στρατηγικής για την Υγεία.

Ο ICN έχει από μακρού αναγνωρίσει τη σημασία του καλύτερου σχεδιασμού όσον αφορά το εργατικό νοσηλευτικό δυναμικό (ICN 2014) και υποστήριξε την ανάπτυξη αυτής της στρατηγικής. Μόλις εγκριθεί από το WHA, θα υπάρξει μια προσδοκία τοπικής δράσης και αποτιμάται ότι οι εθνικές νοσηλευτικές ενώσεις (NNAs) θα αρχίσουν να εργάζονται άμεσα για την υλοποίηση αυτών των στόχων.

### **Γιατί πρέπει να συμμετάσχουν νοσηλευτές στην ενίσχυση του συστήματος υγείας;**

Μπορούμε να αναγνωρίσουμε όλοι ότι ο κόσμος ποτέ πριν δεν διέθετε ένα τόσο ευρύ φάσμα παρεμβάσεων και τεχνολογιών για τη θεραπεία νόσων και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Εντούτοις, τα κενά στα αποτελέσματα υγείας συνεχίζουν να διευρύνονται (Crisp & Chen 2014). Ο θετικός αντίκτυπος των υφιστάμενων παρεμβάσεων δεν συνοδεύεται από τη δυνατότητα των συστημάτων υγείας να τα παρέχει σε αυτούς τη μεγαλύτερη ανάγκη, με ολοκληρωμένο τρόπο και σε κατάλληλη κλίμακα.

Ο ρόλος της δημόσιας υγείας στην οικοδόμηση και ενίσχυση των συστημάτων υγείας και στην αύξηση της ανθεκτικότητας τους είναι σαφώς προτεραιότητα για όλους τους νοσηλευτές. Επενδύοντας στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο δυνητικά από την ανακούφιση αναγκών όχι μόνο από εκείνους με κακή υγεία, αλλά συμβάλλοντας οικονομικά στην κοινωνία μέσα από υγιείς και παραγωγικούς πολίτες. (Jamison et al 2013). Οι Tangcharoensathien et al (2015) αναφέρουν σε σχετικό τους άρθρο: "Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που η πλειοψηφία των φτωχών μπορούν να έχουν πρόσβαση, λειτουργεί ως ένας σημαντικός κόμβος στη μετάφραση των προθέσεων της Καθολικής Υγειονομικής Κάλυψης στην πράξη."

Όλες οι παραπάνω συστάσεις πολιτικής υγείας των Ηνωμένων Εθνών στα πλαίσια της BA και της KYK που αναλύθηκαν λεπτομερώς κάνουν σαφές ότι η δράση για τους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας θα πρέπει να είναι βασικό μέρος των εργασιών των επαγγελματιών υγείας, καθώς βελτιώνει τα κλινικά αποτελέσματα και εξοικονομεί χρόνο και χρήμα σε μακροπρόθεσμη βάση. Αλλά, πιο πειστικά, η λήψη μέτρων για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία είναι ένα θέμα κοινωνικής δικαιοσύνης.

#### **Τι είναι η κοινωνική δικαιοσύνη;**

"Κοινωνική δικαιοσύνη σημαίνει τη δίκαιη κατανομή των πόρων και των αρμοδιοτήτων μεταξύ των μελών ενός πληθυσμού, με επίκεντρο τη σχετική θέση μιας κοινωνικής ομάδας σε σχέση με τους άλλους στην κοινωνία, καθώς και τις σχετικές αιτίες των ανισοτήτων και τι μπορεί να γίνει για την εξάλειψη τους (CNA 2009).

Όταν η κοινωνική δικαιοσύνη εφαρμόζεται στην υγεία και την φροντίδα, με τον όρο "πόροι" περιγράφονται πολύ περισσότερα από την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Περιλαμβάνει, επίσης, την πρόσβαση σε άλλα αγαθά και υπηρεσίες, όπως τη στέγαση, την υγιεινή, τη μεταφορά, την εργασία και την εκπαίδευση. Συλλογικά, αυτά αναφέρονται ως κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας. Η ανάληψη δράσης για την κοινωνική δικαιοσύνη σημαίνει δράση για τη μείωση των διαφορών και την προώθηση της ισότιμης προσβασιμότητας.

***Καθώς οι περισσότεροι νοσηλευτές σε καθημερινή βάση βλέπουν παραδείγματα ανισότητας, είναι προφανές ότι οι νοσηλευτές έχουν ένα σημαντικό ρόλο να διαδραματίσουν συμβάλλοντας στη διαμόρφωση ισχυρών συστημάτων στην καθημερινή τους πρακτική.*** Στο επίκεντρο της προαγωγής της υγείας και την ευεξίας, θεμελιώδης αρχή για όλους τους νοσηλευτές θα πρέπει να είναι η έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης (CAN 2009, Sheridan 2011 PJN 2013, ICN 2011).

Κάθε επαγγελματίας υγείας έχει τη δυνατότητα να ενεργεί ως ισχυρός συνήγορος για άτομα, κοινότητες, το υγειονομικό εργατικό δυναμικό και τον γενικό πληθυσμό, καθώς πολλοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία βρίσκονται εκτός του τομέα της υγείας (πρώτα χρόνια εμπειρίας, εκπαίδευση, επαγγελματική ζωή, εισόδημα, διαβίωση, περιβάλλον), ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να χρειαστεί να χρησιμοποιήσει τη θέση τους ως ειδικού αλλά και ως αξιόπιστος επαγγελματίας που εμπνέει σεβασμό για να ενθαρρύνει ή να υποκινήσει την αλλαγή σε άλλους τομείς. Institute of Health Equity (2013), p.5

Ο Κώδικας Νοσηλευτικής Ηθικής του ICN ορίζει σαφώς την ευθύνη των νοσηλευτών για τη λήψη και στήριξη δράσεων ώστε να συναντήσει τις υγειονομικές και τις κοινωνικές ανάγκες του κοινού, ειδικότερα των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων (ICN 2012a). Ο ρόλος του νοσηλευτή ως συνηγόρου για την ισότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη εμφανίζεται στις κατευθυντήριες οδηγίες πολλών Εθνικών Ενώσεων Νοσηλευτικής και υπάρχουν επίσης παραδείγματα επαγγελματιών υγείας που εργάζονται συνεργατικά για να έχουν μεγαλύτερη επιρροή στους ιθύνοντες χάραξης πολιτικής για τη βελτίωση των δυνατοτήτων στον τομέα αυτό (Allen, et al 2013).

**Ορισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας**

Η Νοσηλευτική περιλαμβάνει την αυτόνομη και συνεργατική φροντίδα των ατόμων κάθε ηλικίας, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων, ασθενών ή υγιών και σε όλες δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Η Νοσηλευτική Φροντίδα περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας και τη φροντίδα ασθενών, ατόμων με ειδικές ανάγκες και ατόμων κοντά στον θάνατο. Η συνηγορία, η δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος, η έρευνα, η συμμετοχή στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας και η διοίκηση των υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας, καθώς και η εκπαίδευση είναι επίσης βασικοί νοσηλευτικοί ρόλοι. (ICN 2002)

Όπως οι Tomblin-Murphy & Rose (2015) αναφέρουν στην ανασκόπηση τους της σχετικής βιβλιογραφίας σχετικά με τη νοσηλευτική ηγεσία στην ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για την υποστήριξη των ΣΒΑ και της καθολικής κάλυψης υγείας σε όλο τον κόσμο, οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται σε μια ολιστική προσέγγιση, έτσι ώστε να συνεκτιμούν όλες τις πτυχές της υγείας και την ευεξία ενός ατόμου, κατά τον προγραμματισμό και την παροχή φροντίδας. Σημειώνουν ότι υπάρχει μια αυξανόμενη εστίαση σχετικά με τους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας, αλλά τονίζουν ότι τα σημερινά μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας εξακολουθούν να τείνουν να επικεντρώνονται κατά κύριο λόγο στην θεραπεία της ασθένειας. Επισημαίνουν τη σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε απομακρυσμένες κοινότητες ή/και σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, όπου μεγάλο μέρος της φροντίδας σε τοπικό επίπεδο εξαρτάται από την ικανότητα των κοινωνικών λειτουργών ή των βοηθών νοσηλευτών. **Ο ρόλος που οι νοσηλευτές και η Νοσηλευτική διαδραματίζουν στην υποστήριξη των συναδέλφων τους στις κοινότητες μέσω της υποστήριξης, της παροχής συμβουλών, τη συνεργασία και την αναγνώριση της σημαντικής συμβολής των βοηθών νοσηλευτών και των κοινωνικών λειτουργών στη διατήρηση των τοπικών υπηρεσιών υγείας, αποτελούν κλειδί για τη μελλοντική ανάπτυξη** (Dick et al. 2007).



## Ανατροφοδότηση

Αναγνωρίζεται ότι σε πολλά συστήματα υγείας, η υγεία ορίζεται από ένα «σύστημα ασθένειας» με κύρια εστίαση στα άτομα και την ασθένεια τους (WHO 2007), και αυτή η εστίαση έχει δημιουργήσει ένα σύστημα υγείας που εξυπηρετεί φτωχά την ανάγκη για μια ευρύτερη κοινωνία. Συμφωνείτε; Τι μπορούμε να κάνουμε για να το αλλάξουμε αυτό;



Μελέτες υποδεικνύουν ότι όσο πιο διχασμένη μια κοινωνία είναι, τόσο λιγότερο πιθανό είναι να υιοθετήσει πολιτικές δημόσιας υγείας. Πώς μπορούμε να συνεργαστούμε για τη βελτίωση της συνοχής στις κοινότητες που προσπαθούμε να υπηρετήσουμε;

(McKee και Mackenbach 2013)

### **Μια βαθύτερη ματιά στα συστήματα υγείας**

Τα συστήματα υγείας περιλαμβάνουν πολλά υποσυστήματα, όπως των ανθρώπινων πόρων, τα πληροφοριακά συστήματα, των οικονομικών της υγείας και της υγειονομικής διακυβέρνησης (Πλαίσιο 4).

#### **Πλαίσιο 4: Τι είναι ένα σύστημα υγείας;**

Ένα σύστημα υγείας αποτελείται από όλους τους οργανισμούς, τα ιδρύματα, τους πόρους και το ανθρώπινο δυναμικό του οποίου πρωταρχικός σκοπός είναι η βελτίωση της υγείας. Αυτό περιλαμβάνει τις προσπάθειες για την επιρροή των προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας, καθώς και πιο άμεσες για τη βελτίωση της υγείας δραστηριότητες. Το σύστημα υγείας παρέχει προληπτικές, ενισχυτικές, θεραπευτικές παρεμβάσεις και παρεμβάσεις αποκατάστασης μέσα από ένα συνδυασμό δράσεων της δημόσιας υγείας και της πυραμίδας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν προσωπική φροντίδα της υγείας – τόσο από Κρατικούς και μη-Κρατικούς φορείς. Οι δράσεις του συστήματος υγείας θα πρέπει να είναι ευέλικτες και οικονομικά δίκαιες και να αντιμετωπίζουν τους ανθρώπους με σεβασμό. Ένα σύστημα υγείας απαιτεί προσωπικό, χρηματοδότηση, πληροφορίες, προμήθειες, μεταφορές, επικοινωνίες και συνολική καθοδήγηση και διαχείριση για να λειτουργήσει.

WHO (2007)

Το 2007, ο Π.Ο.Υ. προσδιόρισε την ενίσχυση των συστημάτων υγείας ως μια παγκόσμια στρατηγική προτεραιότητα. Προέβλεπε ότι αυτή η προτεραιότητα ήταν «Δουλειά Όλων» (WHO 2007).

Ταυτοποίησαν έξι βασικά δομικά συστατικά για την επίτευξη ενός ισχυρού συστήματος που παρατίθενται παρακάτω:

1. Καλές υπηρεσίες υγείας είναι εκείνες που παρέχουν αποτελεσματικές, ασφαλείς, ποιοτικές προσωπικές και μη-προσωπικές παρεμβάσεις υγείας σε εκείνους που τις χρειάζονται, όταν και όπου τις χρειάζονται, με την ελάχιστη σπατάλη πόρων.
2. Ένα καλά αποδοτικό υγειονομικό δυναμικό είναι αυτό που λειτουργεί με τρόπους που αποκρίνονται άμεσα, είναι δίκαιοι και αποτελεσματικοί ώστε να επιτευχθούν τα καλύτερα αποτελέσματα υγείας που είναι δυνατό, λαμβάνοντας υπόψη τους διαθέσιμους πόρους και τις συνθήκες (δηλαδή εάν υπάρχουν επαρκές προσωπικό, δίκαιη κατανομή, εάν είναι αρμόδιοι, ευέλικτοι και παραγωγικοί).
3. Ένα καλά λειτουργικό πληροφοριακό σύστημα υγείας είναι αυτό που εξασφαλίζει την παραγωγή, την ανάλυση, τη διάδοση και τη χρήση αξιόπιστων και επικαιροποιημένων πληροφοριών αναφορικά με προσδιοριστές της υγείας, την απόδοση του συστήματος υγείας και το επίπεδο υγείας.

4. Ένα καλά λειτουργικό σύστημα υγείας διασφαλίζει τη δίκαιη πρόσβαση σε ουσιώδη ιατρικά προϊόντα, τα εμβόλια και τεχνολογίες πιστοποιημένης ποιότητας, ασφάλειας, αποτελεσματικότητας, με καλή σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, επιστημονικά ορθές και με οικονομικώς αποδοτική χρήση τους.
5. Ένα καλά χρηματοδοτούμενο σύστημα εγείρει επαρκή κονδύλια για την υγεία, με τρόπους που διασφαλίζουν ότι τα άτομα μπορούν να χρησιμοποιήσουν όποιες υπηρεσίες υγείας χρειαστούν και προστατεύονται από την οικονομική καταστροφή ή την εξαθλίωση που συνδέεται με την καταβολή του κόστους τους. Παρέχει δε κίνητρα για τους παρόχους και τους χρήστες για να είναι αποτελεσματική.
6. Η ηγεσία και η διακυβέρνηση περιλαμβάνει τη διασφάλιση στρατηγικού πλαισίου πολιτικής σε συνδυασμό με αποτελεσματική εποπτεία, υποστηρικτικές δομές, κανονισμούς, σύστημα διαφύλαξης του οργανωτικού σχεδιασμού και σύστημα λογοδοσίας.

(WHO 2007, p.vi)

Εύρυθμα συστήματα υγείας απαιτούνται προκειμένου να παρέχεται ποιοτική φροντίδα υγείας σε όλους τους ανθρώπους, όταν τη χρειάζονται, όπου τη χρειάζονται και σε τιμές που μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά. Η ενίσχυση των συστημάτων υγείας, ωστόσο, αποτελεί πρόκληση λόγω της πολυπλοκότητάς τους. Η κυβερνητική οργάνωση USAID (n.d.) στις ΗΠΑ συνέλαβε αυτή την πρόκληση στην περιγραφή της για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας ως:

*"Μια διαδικασία που επικεντρώνεται στην εξασφάλιση ότι άτομα και ιδρύματα, τόσο στο δημόσιο τομέα όσο και στον ιδιωτικό, αναλαμβάνουν κεντρικές λειτουργίες του συστήματος υγείας (διακυβέρνηση, χρηματοδότηση, παροχή υπηρεσιών, ανθρώπινο δυναμικό, πληροφόρηση και φάρμακα/εμβόλια/άλλες τεχνολογίες υγειονομικού ενδιαφέροντος) κατά τρόπο αμοιβαίας ενίσχυσης τους, με στόχο τη βελτίωση των εκροών στην υγεία, την προστασία των πολιτών από καταστροφική οικονομική ζημία και εξαθλίωση λόγω ασθένειας και την εξασφάλιση της ικανοποίησης των χρηστών κατά τρόπο δίκαιο, αποτελεσματικό και βιώσιμο».*

Όλα τα υποσυστήματα του συστήματος υγείας μπορούν να αποδυναμωθούν από διάφορα είδη περιορισμών. Για παράδειγμα, η υγειονομική περίθαλψη μπορεί να κοστίζει πάρα πολύ, με αποτέλεσμα οι άνθρωποι να καθυστερήσουν την αναζήτηση φροντίδας ή να παραιτηθούν από αυτή εντελώς. Ο Προϋπολογισμός για την Υγεία μιας χώρας μπορεί να μη μπορεί να καλύψει όλες τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Ως εκ τούτου, οι εκροές υγείας μιας χώρας μπορεί να είναι σημαντικά επηρεασμένες.

Στα περισσότερα συστήματα υγείας, οι δαπάνες για το εργατικό δυναμικό αντιπροσωπεύει περίπου το 70% των συστηματικών δαπανών (WHO 2006). Ωστόσο, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι ένα ισχυρό σύστημα υγείας δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς ένα αποδοτικό ανθρώπινο δυναμικό. Με άλλα λόγια, η υγεία του πληθυσμού δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς να επενδύσει κάποιος στο υγειονομικό εργατικό δυναμικό. Υπάρχουν αθροιστικά ερευνητικά δεδομένα που υποδεικνύουν ότι εκτός από το οικονομικό όφελος που προκύπτει από τη διατήρηση των ανθρώπων υγιείς, οι επενδύσεις στο ανθρώπινο υγειονομικό δυναμικό μπορεί να έχουν θετικό αντίκτυπο στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη (GHW 2015). Πρέπει να αλλάξουμε τον παραδοσιακό τρόπο που αντιμετωπίζουμε το ανθρώπινο δυναμικό του χώρου της υγείας όχι ως συστηματική δαπάνη αλλά ως μια στρατηγική επένδυση για να επιτευχθεί η υγεία για όλους και να αναπτυχθούν οικονομικοί κλάδοι με τη δημιουργία εξειδικευμένων θέσεων εργασίας στο δημόσιο τομέα.

Ένα αδύναμο σύστημα υγείας δεν μπορεί να είναι ανθεκτικό στις αλλαγές (ευπροσάρμοστο). Στο επόμενο κεφάλαιο θα εξετάσουμε πώς μπορούμε να βελτιώσουμε την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας.

## Ανατροφοδότηση

Σκεφτόμενοι τον χώρο που εργάζεστε, μπορείτε να εντοπίσετε τα έξι βασικά δομικά συστατικά του Π.Ο.Υ. ( WHO 2007) σε λειτουργία; Που χρειάζονται ενίσχυση; Τι μπορείτε να κάνετε και ποιος θα μπορούσε να σας βοηθήσει;



Ένα βιώσιμο σύστημα υγείας έχει τρία βασικά χαρακτηριστικά: α) Οικονομική Προσιτότητα: για ασθενείς και οικογένειες, εργοδότες και κυβέρνηση, β) Αποδοχή από τα βασικά συστατικά του: συμπεριλαμβανομένων των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας και γ) Προσαρμοστικότητα: επειδή οι ανάγκες υγείας και υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι στατικές.

Fineberg 2012, p.1020)



"Η ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας ορίζεται ως η ικανότητα των παραγόντων υγείας, των οργανισμών και των πληθυσμών: να προετοιμαστούν και να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις κρίσεις, να διατηρήσουν τις βασικές λειτουργίες του ΣΥ κατά τη διάρκεια μιας κρίσης, να ενημερωθούν από τα διδάγματα που αντλήθηκαν κατά τη διάρκεια της κρίσης και την αναδιοργάνωση του ΣΥ, εάν οι συνθήκες το απαιτούν».

Kruk et al (2015) p.1910

**Τι είναι η ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας και πως μπορεί να βελτιωθεί;**

Τα ανθεκτικά συστήματα υγείας είναι απαραίτητα για την παροχή Καθολικής Υγειονομικής Κάλυψης και είναι ικανά να παρέχουν μια γρήγορη ανταπόκριση σε περίπτωση υγειονομικής κρίσης. Σύμφωνα με τις σημειώσεις του Oxfam αναφορικά με τα μαθήματα που αντλήθηκαν από την επιδημία του ιού Έμπολα (2015) και όπως υποστηρίζεται από στοιχεία και από άλλες πηγές, τα ανθεκτικά συστήματα υγείας απαιτούν μακροπρόθεσμη επένδυση σε έξι βασικούς τομείς που αντιστοιχούν στα έξι δομικά στοιχεία των συστημάτων υγείας που ορίζονται από τον Π.Ο.Υ. (2007):

1. Επαρκή αριθμό εκπαιδευμένων εργαζομένων υγείας
2. Διαθέσιμα φάρμακα
3. Ισχυρά πληροφοριακά συστήματα, συμπεριλαμβανομένης και της επιδημιολογικής επιτήρησης
4. Κατάλληλη υποδομή
5. Επαρκή κρατική χρηματοδότηση
6. Ένας ισχυρός δημόσιος τομέας να παρέχει ισότιμα ποιοτικές υπηρεσίες υγείας

## Σημείο Ανατροφοδότησης

Κριτικά εξετάστε τα έξι σημεία που συνδέονται με ένα ανθεκτικό σύστημα υγείας.

Πώς θα "βαθμολογούσατε" τον οργανισμό σας/ το σύστημα σας; Υπάρχουν ενέργειες που μπορείτε να πάρετε μεμονωμένα ή με συναδέλφους για να το βελτιώσετε;

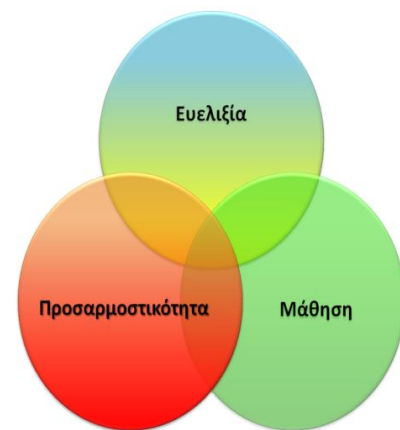


Αν και έχουν γίνει πολλά για την ανάπτυξη ισχυρών συστημάτων υγείας φαίνεται ότι δεν έχει δοθεί ολοκληρωμένη απάντηση. Τα συστήματα, καθώς και τα άτομα που συμμετέχουν σε αυτά, πρέπει επίσης να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν την αλλαγή και τις προκλήσεις.

Ο στόχος για επιτυχημένα συστήματα υγείας είναι να μπορούν να προσαρμοστούν, να διδαχθούν και να είναι ευέλικτα. Αυτές οι τρεις βασικές έννοιες είναι θεμελιώδους σημασίας για την οικοδόμηση και την ανάπτυξη ανθεκτικότητας.

- **Ευελιξία:** χαρακτηρίζεται από μια δυνατότητα στην οργάνωση να τροποποιεί με ευκολία τις διαδικασίες της. Αυτά θα μπορούσαν να σχετίζονται με παράγοντες όπως η απασχόληση του ανθρώπινου δυναμικού ή τα μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας.
- **Προσαρμοστικότητα:** η ικανότητα ενός οργανισμού να μεταβάλλεται ή να το τροποποιούν για να ταιριάζει ή να ανταποκριθεί καλύτερα σε κάποια κατάσταση ή για κάποιο σκοπό.
- **Μάθηση:** Ένας οργανισμός που μαθαίνει είναι ένας οργανισμός που διευκολύνει την εκμάθηση των μελών του και συνεχώς μετασχηματίζεται ο ίδιος.

Σχήμα 1. Οι τρεις παράγοντες της ανθεκτικότητας



Σε ένα άρθρο βασισμένο σε δεδομένα από μελέτης της ανθεκτικότητας σε άλλα πεδία (τομείς), οι Kruk et al (2015) διερεύνησαν την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας. Περιγράφουν την ανθεκτικότητα ως μια αναδυόμενη ιδιότητα του συστήματος υγείας συνολικά, η οποία δεν είναι αναγκαίο να περιγραφεί μόνο σε εθνικό πλαίσιο. Θεωρούν την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας ως ένα παγκόσμιο δημόσιο αγαθό που χρειάζεται μια συλλογική απάντηση από την παγκόσμια κοινότητα. Οι Kruk et al (2015) προσδιορίζουν πέντε βασικά στοιχεία της ανθεκτικότητας ενός συστήματος υγείας:

1. Τα ανθεκτικά συστήματα έχουν επίγνωση: χρησιμοποιούν για να κατανοήσουν πληροφορίες/δεδομένα, μοντέλα διαχείρισης κινδύνου και ανταποκρίσεις/αναφορές.
2. Τα ανθεκτικά συστήματα διαθέτουν ποικιλομορφία: είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν ένα ευρύ φάσμα προκλήσεων λόγω της ποικιλίας των διαθέσιμων τους πόρων, π.χ. πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, εύρος στο παραγωγικό ανθρώπινο δυναμικό. (Αυτό είναι πιο εφικτό όπου υπάρχει Καθολική Κάλυψη Υγείας).

3. Τα ανθεκτικά συστήματα είναι αυτορυθμιζόμενα: μπορεί να περιέχουν και απομονώνουν απειλές και να συνεχίζουν να προσφέρουν βασικές υπηρεσίες υγείας και να διακινούν συμπληρωματικούς πόρους, αν απαιτηθεί.
4. Τα ανθεκτικά συστήματα διαθέτουν δυνατότητες ενσωμάτωσης: δημιουργούν ισχυρές συνδέσεις με άλλους βασικούς εταίρους, κοινότητες και οργανισμούς.
5. Τα ανθεκτικά συστήματα είναι προσαρμοστικά: όχι μόνο σε περιόδους κρίσης αλλά και κατά τη φυσιολογικές περιόδους επίσης, πχ προσαρμόζονται ανάλογα με τις δημογραφικές ανάγκες, εφαρμόζουν εσωτερικές αναδιανομές ανθρώπινου δυναμικού και μεθόδους παροχής υπηρεσιών υγείας.

Εύλογα τίθεται λοιπόν το ερώτημα πού να επενδύσει κανείς τους περιορισμένους διαθέσιμους πόρους για την οικοδόμηση ανθεκτικών συστημάτων υγείας. Ο Oxfam (2015) σημειώνει, «Παρά το ότι ο δημόσιος τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας ιστορικά έχει πληγεί από χρόνια υπό-επένδυση και έχουν εκφραστεί ανησυχίες αναφορικά με την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι εξακολουθεί να είναι το πιο αποτελεσματικό και δίκαιο μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας για όλους.» (σ. 21). Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) είναι το προτιμώμενο και πιο αποτελεσματικό μέσο για παροχή βασικών ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών με κόστος που οι κυβερνήσεις και κοινότητες μπορούν να αντέξουν οικονομικά (WHO 2008). Ένα εθνικό σύστημα υγείας είναι πιο αποτελεσματικό όταν στηρίζεται σε ΠΦΥ που παρέχει μια ποικιλία υπηρεσιών χρηματοδοτούμενων από το δημόσιο, καθολικά προσβάσιμων και με δίκαιη κατανομή στον πληθυσμό. Σε χώρες που έχουν επιτύχει σχεδόν καθολική υγειονομική περίθαλψη, οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται μέσω φορολογικών ανταποδοτικών συστημάτων (WHO 2010a). Οι μηχανισμοί χρηματοδότησης πρέπει να επιτρέπουν την καθολική πρόσβαση στην περίθαλψη χωρίς να επιβαρύνονται σε μεγάλο βαθμό οι φτωχοί. Αυτό σημαίνει τη χρήση ενός Χρηματοδοτικού που καταργεί τα εμπόδια στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας - όπως την πληρωμή με μετρητά, την απόσταση και το χρόνο μετάβασης στις υπηρεσίες υγείας και την υψηλής ποιότητας φροντίδα. (ICN 2015a, σ.9)

Όπως πολλές εκθέσεις έχουν αναφέρει, όταν το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης γίνει οικονομικά δυσβάσταχτο, αυξάνει τη φτώχεια, ειδικά στην περίπτωση των γυναικών. Από την άλλη πλευρά, δωρεάν δημόσιες υπηρεσίες υγείας όχι μόνο βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού αλλά επίσης μειώνουν τις οικονομικές επιβαρύνσεις και συμβάλουν στη μείωση της ανισότητας (WHO 2010a). Ακριβώς όπως παρεμβάσεις όπως ο εμβολιασμός για τα παιδιά θεωρείται ένα παγκόσμιο δημόσιο αγαθό, η επένδυση στην ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας πρέπει επίσης να αντιμετωπιστεί ως παγκόσμιο δημόσιο αγαθό (Oxfam 2015).

Ομοίως, ο έλεγχος των μολυσματικών ασθενειών, όπως το HIV/AIDS ή TB, θεωρείται παγκόσμιο δημόσιο αγαθό (WHO 2016), αλλά χρειαζόμαστε ανθεκτικά συστήματα υγείας-συστήματα που να είναι προσαρμοστικά, ενημερωμένα και ολοκληρωμένα- για την αποτελεσματική επιδημιολογικών κρίσεων όπως το 2014 με τον ιό Έμπολα. Η επένδυση σε ανθεκτικά συστήματα υγείας πρέπει να θεωρηθεί ως ένα παγκόσμιο κοινό αγαθό και «η ενίσχυση», ως συμβολή για το αμοιβαίο όφελος όλων. Αντί να εστιάζει σε ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα ή πολιτική, όπως η στόχευση σε μια συγκεκριμένη ασθένεια ή σε ένα σχήμα, η «ενίσχυση» των δωρητών σε μια χώρα θα γίνει μια συνεισφορά στη χρηματοδότηση ανθεκτικών συστημάτων υγείας στη χώρα αυτή προς όφελος των πολιτών της και εκείνων έξω από τα σύνορά της.

Παγκόσμια δημόσια αγαθά ορίζονται ως εκείνα από τα οποία κανείς δεν πρέπει να αποκλείεται και η χρήση από ένα άτομο δεν μειώνει τη χρήση του από τρίτους. Oxfam (2015)



Πιστεύετε ότι οι επενδύσεις στην ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας είναι ένα παγκόσμιο δημόσιο αγαθό; Θα άλλαζε τις απόψεις σας σχετικά με την κατανομή της "ενίσχυσης" αν ήταν πλαισιωμένη με αυτό τον τρόπο;



### Οι Νοσηλευτές στον πυρήνα της ανθεκτικότητας

Οι Νοσηλευτές πραγματοποιούν μια σημαντική συμβολή στην ανάπτυξη και τη διατήρηση της ανθεκτικότητας στα συστήματα υγείας. Συμβάλουν στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας, εποπτεύουν και εκπαιδεύουν άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, εργάζονται με και συνηγορούν με τους ασθενείς, τους ανθρώπους που τους φροντίζουν και τις κοινότητες, και συλλέγουν στοιχεία ώστε να ενημερώνουν με δεδομένα την ανάπτυξη αποδεικτικών στοιχείων.

Η σημασία της νοσηλευτικής σε όλα τα επίπεδα αποφάσεων του συστήματος υγείας, συμπεριλαμβανομένων των κυβερνητικών και πολιτικών επιπέδων, αναγνωρίζεται στη διαδικασία ενίσχυσης των συστημάτων υγείας. Οι Ventura et al (2015) εξέτασαν την εξέλιξη των πρωτοβουλιών του Π.Ο.Υ για την ενίσχυση της νοσηλευτικής και μαιευτικής και υποδεικνύουν σαφή δεδομένα αναφορικά με τον αυξανόμενο συμβολή των νοσηλευτών ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας και το ρόλο τους στη βελτίωση των συστημάτων υγείας. Οι νοσηλευτικοί ηγέτες που συμμετέχουν στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των συστημάτων υγείας μεταφέρουν τη γνώση των αναγκών του πληθυσμού και μπορούν να διασφαλίσουν ότι οι στρατηγικές συνάδουν με αυτές τις ανάγκες.

Υπάρχει επίσης μια σαφής σύνδεση μεταξύ του ζωτικής σημασίας ρόλου που διαδραματίζουν οι νοσηλευτές και της διαθεσιμότητας των στοιχείων. Οι νοσηλευτικοί ηγέτες θα πρέπει να είναι παρόντες σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας, προκειμένου να συμμετάσχουν στην οργανωσιακή δόμηση τους βασισμένη στις ανάγκες του πληθυσμού (Ventura et al 2015).

Οι Shamian et al. (2015) δημιούργησαν μια λίστα με εννέα περιοχές όπου οι νοσηλευτές μπορούν να κάνουν μια ουσιαστική συμβολή στις συζητήσεις για την υγεία και την ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού της. Οι περιοχές αυτές επίδρασης διερευνώνται περαιτέρω παρακάτω.

### Οι Νοσηλευτές και η νοσηλευτική μπορούν:

**1. Να καθοδηγούν και υποστηρίζουν την διεπιστημονική εκπαίδευση (ΙΡΕ) και τη διεπιστημονική συνεργατική πρακτική (ΙΡCΡ).** Η Διεπιστημονική Συνεργασία είναι μια καινοτόμος λύση για την ισχυροποίηση των συστημάτων υγείας. Η διεπιστημονική εκπαίδευση προετοιμάζει τους επαγγελματίες υγείας για τη διεπιστημονική συνεργασία και είναι ένας πρόδρομος της συνεργατικής πρακτικής. Η διεπιστημονική συνεργατική πρακτική δημιουργεί ένα ισχυρό και ευέλικτο εργατικό υγειονομικό δυναμικό με τους επαγγελματίες υγείας να ανταλλάσσουν τις βέλτιστες πρακτικές σε κάθε ευκαιρία ή πρόκληση που προκύπτει. Η συνεργατική πρακτική αποτελεί μια ευκαιρία για τους νοσηλευτές να μεγιστοποιήσουν τις δεξιότητες τους και να τις εφαρμόσουν στο μέγιστο βαθμό (WHO 2010b). Οι νοσηλευτές καλούνται να υποστηρίξουν την ενσωμάτωση της διεπιστημονικής εκπαίδευσης στα εκπαιδευτικά προγράμματα νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Σε όλες τις δομές υγείας που εργάζονται, οι νοσηλευτικοί ηγέτες έχουν ένα σημαντικό ρόλο στην προώθηση της διεπιστημονικής συνεργασίας και στην διασφάλιση ότι υποστηρίζεται από κατάλληλη διακυβέρνηση και κατάλληλες πολιτικές, περιβάλλοντα και μοντέλα παροχής υπηρεσιών (Sullivan 2015).

**2. Να υποστηρίξουν ένα πρότυπο και μια επιχειρησιακή αλλαγή στην παροχή υπηρεσιών υγείας η οποία να ισορροπεί την επικεντρωμένη στη νόσο φροντίδα με την υγεία του πληθυσμού.** Η διεθνής ατζέντα και διεθνώς ο σχεδιασμός φροντίδας "απαιτούν την αναγνώριση ότι πρέπει να υπηρετούμε την επιχείρηση της υγείας και όχι την επιχείρηση της ασθένειας» (Shamian et al. 2015). Καθώς η νοσηλευτική φροντίδα είναι επικεντρωμένη σε ανθρώπους, κατανοούμε την ανάγκη για μια ισορροπία μεταξύ των συστημάτων που είναι επικεντρωμένα στη φροντίδα της νόσου και των συστημάτων που επικεντρώνονται στις ανάγκες του πληθυσμού. Οι νοσηλευτές μπορούν να συνηγορήσουν για μια προσέγγιση βασισμένη στις ανάγκες του πληθυσμού κατά την πρακτική τους. Αυτή η προσέγγιση ενσωματώνει στρατηγικές ευεξίας βασισμένες στην κοινότητα και αναγνωρίζει τους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας των πληθυσμών (βλ. σημείο 9 παρακάτω).

**3. Να εντοπίσουν και να υπερασπιστούν παγκόσμιες και εθνικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση της κακής διανομής του ανθρώπινου δυναμικού και τη μετανάστευση.** Αυτές οι στρατηγικές θα πρέπει να βασίζονται σε στοιχεία και να είναι προσαρμοσμένες στο τοπικό πλαίσιο/δομή. Θα πρέπει να στοχεύουν στον καθορισμό των κανόνων/κανονισμών για τη νοσηλευτική εκπαίδευση, την ανάπτυξη δεξιοτήτων, τις συνθήκες εργασίας και το περιβάλλον παροχής υπηρεσιών, τη συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση, εξέλιξη και σταδιοδρομία. Οι εθνικές ενώσεις νοσηλευτών μπορούν να συνεργαστούν με φορείς λήψης αποφάσεων, κυβερνητικούς και μη κυβερνητικούς, για να επιτύχει τον κατάλληλο προγραμματισμό διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, ηθικές στρατηγικές πρόσληψης και υγιείς εθνικές πολιτικές για τη μετανάστευση και αποδημία των νοσηλευτών (ICN 2007).

**4. Να ενισχύσουν και να αναδιαμορφώσουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.** Η Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), δημιουργεί την ανθεκτικότητα, την αποδοτικότητα και την ισότητα στα συστήματα υγείας. Η ενίσχυση της ΠΦΥ απαιτεί διεθνή, εθνική, εκπαιδευτική, θεσμική, κανονιστική και ατομική υποστήριξη. Υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους μπορούμε να αναλάβουμε δράση για την οργάνωση, την υποστήριξη και τη διατήρηση του ρόλου του νοσηλευτή στην ΠΦΥ. Παραδείγματα της συμβολής της Νοσηλευτικής περιλαμβάνουν την υποστήριξη της νομοθεσίας και των πολιτικών που επιτρέπουν στους νοσηλευτές να εφαρμόζουν την πρακτική τους σε πλήρη δυναμικότητα, συμμετέχοντας στην έρευνα αναφορικά με την ΠΦΥ, ασκώντας επιρροή για την ενσωμάτωση των αρχών και εννοιών της ΠΦΥ στην νοσηλευτική εκπαίδευση και ενθαρρύνοντας τις κοινωνίες/κοινότητες να ασκήσουν πίεση για την πολιτική υποστήριξη της ΠΦΥ.

**5. Να διασφαλίσουν μια ισχυρή νοσηλευτική φωνή κατά την ανάπτυξη των κοινωνικών πολιτικών και των πολιτικών υγείας και τον προγραμματισμό του αντίστοιχου διαλόγου.** Ο ICN πιστεύει ότι όλοι οι νοσηλευτές πρέπει να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της δημόσιας πολιτικής και του σχεδιασμού των συστημάτων παροχής φροντίδας, στον προγραμματισμό της χρηματοδότησης του τομέα της υγείας, τη συμμετοχή σε θέματα βιοηθικής και τη διαχείριση των προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας (ICN 2008). Ως επαγγελματική ομάδα, έχουμε ένα τεράστιο δυναμικό για την κατασκευή και ανάπτυξη του πολιτικού μας κεφαλαίου. Ωστόσο, το κλειδί για την επίτευξη αυτού του δυναμικού βρίσκεται στην ικανότητα του κάθε νοσηλευτή να αναγνωρίζει και να χρησιμοποιεί τη δική του φωνή. Νοσηλευτές οι οποίοι δεν είναι εξοικειωμένοι με το πώς να συμμετάσχουν στη χάραξη της πολιτικής μπορούν να αρχίσουν με την απόκτηση γνώσης αναφορικά με τη διαδικασία χάραξης πολιτικής.

Μια σειρά από παραδείγματα μπορούν να αναφερθούν, για το πως νοσηλευτές εργαζόμενοι σε διάφορα μέρη του κόσμου, έχουν εργαστεί για να συντονίζουν τις δράσεις τους και να συνηγορούν για τις δημόσιες πολιτικές και τις πολιτικές παροχής υπηρεσιών υγείας (Benton 2012). Υπάρχουν αναρίθμητες ευκαιρίες για συμμετοχή στην πολιτική σε μικρο-επίπεδο ειδικά στην

ανάπτυξη πολιτικών που σχετίζονται με τις ανάγκες σε ανθρώπινο νοσηλευτικό δυναμικό (Patton et al 2015, σ.17).

Ο ICN προσκαλεί τις Εθνικές Ενώσεις Νοσηλευτών να εφαρμόσουν έναν αριθμό στρατηγικών για να συνεισφέρουν στην αποτελεσματική διαμόρφωση πολιτικής για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της παρακολούθησης της αξιοποίησης του νοσηλευτικού δυναμικού, την ενσωμάτωση νέων μοντέλων και στρατηγικών διαχείρισης, τη διαμόρφωση και προώθηση συνεχώς μιας θετικής εικόνας της νοσηλευτικής για τους ενδιαφερόμενους φορείς διαχείρισης και χάραξης πολιτικής σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, τη διάδοση της γνώσης και την έρευνα και την ανάπτυξη και διατήρηση κατάλληλων δικτύων που θα δώσουν τη δυνατότητα για συνεργατικές σχέσεις με κυβερνητικές και μη κυβερνητικές οργανώσεις (ICN 2008).

**6. Να αναλογιστούν την επίδραση των κανονισμών και της νομοθεσίας στο σύστημα υγείας και το σχεδιασμό της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού της υγείας.** Οι απαιτήσεις αναφορικά με το ανθρώπινο δυναμικό του τομέα υγείας απαιτούν ένα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό που είναι σε θέση να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού. Ο ICN προτείνει οι κανονισμοί να είναι σκόπιμοι, διαφανείς, υπεύθυνοι, καθολικοί, ευέλικτοι, αποτελεσματικοί, αντιπροσωπευτικοί, αναλογικοί και σε συνεργασία με τους ενδιαφερόμενους προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι νοσηλευτές διαθέτουν επαρκείς δεξιότητες και εξασκούν το επάγγελμα σε όλη την έκταση της εκπαίδευσης και της κατάρτισης τους.

**7. Να σχεδιάσουν και να βελτιώσουν τις υποδομές πληροφοριών και συλλογής δεδομένων για την υποστήριξη του επανασχεδιασμού του συστήματος υγείας και του προγραμματισμού.** Οι υποδομές πληροφοριών μπορούν να συλλέξουν δεδομένα σχετικά με το μέγεθος, τις δεξιότητες, τον τύπο άδειας άσκησης, δημογραφικά στοιχεία, καθώς και στοιχεία διανομής και εκπαίδευσης του νοσηλευτικού ανθρώπινου δυναμικού. Αυτά τα δεδομένα είναι απαραίτητα για τη λήψη πληροφορημένων αποφάσεων σχετιζόμενων με τον ανασχεδιασμό και τον προγραμματισμό του συστήματος υγείας.

**8. Να συμμετέχουν στην έρευνα σχετικά με τη διαχείριση του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού και την έρευνα αναφορικά με τα συστήματα υγείας και την αξιολόγηση τους** με στόχο τη δημιουργία και τη σύνθεση των αρτιότερων αποδείξεων. Η νοσηλευτική έρευνα θα διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στον σχεδιασμό και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού και στην ανταπόκριση στα ερωτήματα του συστήματος υγείας και της πολιτικής υγείας που απαιτούνται για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας. Η έρευνα των συστημάτων υγείας δημιουργεί γνώση βασισμένη σε ενδείξεις η οποία θα είναι χρήσιμη για την πολιτική υγείας, το σχεδιασμό, τον προγραμματισμό και σε επίπεδο εφαρμογής. Η αξιολόγηση αποτιμά καινοτομίες και τα αποτελέσματα τους στον τομέα της υγείας. Εντός της νοσηλευτικής κοινότητας απαιτείται μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση αναφορικά με τα οφέλη της έρευνας των συστημάτων υγείας, η οποία είναι απαραίτητη για να τονίσει τη σημασία της συμμετοχής των νοσηλευτών σε αυτόν τον τομέα.

**9. Να εξετάσουν την επίδραση, σύνθετων μόνιμων κοινωνικών και φυλετικών θεμάτων όπως οι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας, η ανισότητα και η αδικία.**

Μελέτες στο ανθρώπινο δυναμικό της υγείας υποδεικνύουν ότι συστημικές φυλετικές ανισότητες αποτελούν μείζονα πρόκληση για το υγειονομικό δυναμικό (Newman 2014). Γυναίκες πρέπει να συμμετέχουν στη διαδικασία καθορισμού πολιτικής και λήψης αποφάσεων και να έχουν ηγετικό ρόλο στον καθορισμό της θεματολογίας στον τομέα της υγείας. Εκπαιδευτές νοσηλευτών και μάνατζερς ενθαρρύνονται για την προώθηση της ισότητας των φύλων στις δομές τους. Η πρόβλεψη των βιολογικών αναγκών των επαγγελματιών υγείας και η αναγνώριση ότι κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες που καλούν σε εγρήγορση μπορούν να εξασφαλίσουν την ισότητα των ευκαιριών και την απαγόρευση των διακρίσεων (Newman 2014).

Υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους οι νοσηλευτές είναι σε θέση να συμβάλουν στην ανάπτυξη των συστημάτων υγείας, αλλά για τους περισσότερους νοσηλευτές η συνεισφορά αυτή έχει μεγαλύτερη επίδραση σε ατομικό, ομαδικό ή οργανωσιακό επίπεδο.

Ωστόσο, καθώς τα μοντέλα και τα δομημένα σχέδια φροντίδας μεταβάλλονται, ακόμη και ο όρος «οργανισμός» μπορεί να είναι δύσκολο να περιγραφεί. Μερικές φορές ακόμη και το ερώτημα "Για ποιον δουλεύω;" ίσως να μην έχει μια προφανή απάντηση.

Η ικανότητα να είμαστε προετοιμασμένοι για διαφορετικές προκλήσεις, προβάλλεται όλο και περισσότερο ως μια βασική εκροή για μια επιτυχημένη οργάνωση και στρατηγικές ηγετικές ομάδες εστιάζουν στο θέμα αυτό. Η οργανωτική ετοιμότητα ή ανθεκτικότητα είναι μια βασική αρμοδιότητα μιας διοικητικής ομάδας (CIPD 2011).

Τα Βρετανικά Πρότυπα, BS65000 (2014) ορίζουν την "οργανωτική ανθεκτικότητα" ως "την ικανότητα ενός οργανισμού να προβλέπει, να προετοιμάζεται, να αντιδρά και να ανταποκρίνεται σε αυξανόμενες αλλαγές και αιφνίδιες διαταραχές, προκειμένου να επιβιώσει και να ευημερήσει."

Χρησιμοποιώντας μια δομημένη προσέγγιση για την ανθεκτικότητα, θεωρείστε τα ακόλουθα παραδείγματα που μπορεί να προκύψουν στην πράξη:

- ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών προβλέπει μια απότομη αύξηση της ζήτησης σχετιζόμενη με ένα σοβαρό ατύχημα
- μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων προβλέπει μια απάντηση σε μια επιδημία γρίπης
- μια απομονωμένη γεωγραφικά μονάδα υγείας προβλέπει ένα σενάριο όπου οι αντίξοες καιρικές συνθήκες μειώνουν τις επικοινωνίες
- μια παρέκκλιση στο σύστημα ελέγχου λοιμώξεων σε μια κοινοτική δομή (κέντρο υγείας, αγροτικό ιατρείο) επηρεάζει εκατοντάδες κατοίκους
- ένα παιδιατρικό τμήμα προβλέπει μια αύξηση των αναπνευστικών παιδικών παθήσεων κατά τη διάρκεια του χειμώνα

Κοιτάζοντας αυτά τα σενάρια, είναι προφανές ότι υπάρχουν πολλά τμήματα του συστήματος υγείας που πρέπει να συνεργάζονται όταν αντιμετωπίζουν προκλήσεις για την αποφυγή μιας σοβαρής βλάβης στην ικανότητα του συστήματος για την παροχή κατάλληλης περίθαλψης.

Οι ανθεκτικοί οργανισμοί προσπαθούν να είναι προετοιμασμένοι για το καλύτερο, αλλά και για το χειρότερο, με γρήγορη αποκατάσταση των επιχειρησιακών δυνατοτήτων όταν έρχονται αντιμέτωποι με διαταραχές. Οι εργαζόμενοι σε ανθεκτικούς οργανισμούς είναι σε επαγρύπνηση και γνωρίζουν ότι ανά πάσα στιγμή μπορεί να προκύψει αποτυχία και συνεχώς αναζητά μηχανισμούς ώστε να αυξήσει την αξιοπιστία των παρεμβάσεων σε ολόκληρο τον οργανισμό.



1. Ποια ήταν η συνέπεια της τελευταίας μεγάλης και απρόσμενης αλλαγής στον οργανισμό σας; Τι μάθατε για αυτήν την αλλαγή; Πώς μοιράστηκαν τα αποτελέσματα αυτών των μαθημάτων;
2. Πώς ο οργανισμός σας προετοιμάζεται για αλλαγές στο περιβάλλον της υγείας; Συνεργάζεται με άλλους φορείς για να γίνει αυτό;
3. Ποιες διαδικασίες διαθέτει ο οργανισμός σας για να προσδιοριστούν και να αναλυθούν αναδυόμενες τάσεις; Πόσο αποτελεσματική είναι η διαχείριση αυτών των τάσεων; Έγιναν οι απαραίτητες αλλαγές;
4. Τι περισσότερο μπορείτε να κάνετε για να συμβάλλετε στην ανθεκτικότητα του

#### Προσεγγίσεις για την ανάπτυξη ανθεκτικότητας

Σε έναν οδηγό που αναπτύχθηκε για να βοηθήσει τους οργανισμούς να αναπτύξουν ανθεκτικότητα, Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD 2011) εντοπίζει τέσσερα πεδία προβληματισμού κατά την ανάπτυξη των προσεγγίσεων ανθεκτικότητας. Αυτά είναι: τα χαρακτηριστικά της εργασίας ενός ατόμου, η κουλτούρα και οι οργανωτικές διαδικασίες ενός οργανισμού, τα χαρακτηριστικά και η επιρροή των ηγετών του οργανισμού και η επίδραση εξωτερικών γεγονότων και του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο λειτουργεί ο οργανισμός. Το CIPD (2011) περιγράφει κάθε ένα από αυτά με τον ακόλουθο τρόπο:

1. **Σχεδιασμός εργασίας** – Η ανθεκτικότητα εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του εργασιακού ρόλου ενός ατόμου, δηλαδή, πόσο απαιτητική είναι η δουλειά του ατόμου, πόσο έλεγχο έχουν στη δουλειά τους και τι είδους κίνητρα και ανταμοιβές (εσωτερικά και εξωτερικά) συνδέονται με μια συγκεκριμένη εργασία.
2. **Οργανωτική κουλτούρα και δομή** – Η κουλτούρα του οργανισμού και ο τρόπος με τον οποίο ο οργανισμός υιοθετεί τις μεθόδους εργασίας και τις διαδικασίες θεωρούνται κεντρικής σημασίας για την ανθεκτικότητα. Για παράδειγμα, εάν ένας οργανισμός έχει μια γραφειοκρατική δομή σε συνδυασμό με μια κουλτούρα διοίκησης και ελέγχου, αυτό μπορεί να είναι επιζήμιο στο βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι στα πλαίσια του οργανισμού είναι σε θέση να ανταποκρίνονται και να προσαρμόζονται στις προκλήσεις.

**3. Ηγεσία-** αναδυόμενη ηγεσία (ηγεσία από μεσαία στελέχη) και παρακίνηση, το υποστηρικτικό στυλ ηγεσίας μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την ικανότητα των εργαζομένων να ανταποκρίνονται και να προσαρμόζονται στις αλλαγές.

**4. Συστημικά/ εξωτερικά περιβάλλοντα** – τα εξωτερικά περιβάλλοντα και οι κοινωνικές σχέσεις θεωρούνται κλειδί για την ανάπτυξη ανθεκτικότητας. Εάν δεν δημιουργηθούν δίκτυα επιτυχημένων/ αποτελεσματικών σχέσεων, τόσο για τους εργαζόμενους όσο και για τον ίδιο τον οργανισμό, ο οργανισμός ίσως να μη διαθέτει τους πόρους για να προσαρμοστεί στις αλλαγές θετικά και αποτελεσματικά. Η κοινωνική και οργανωσιακή θεσμική υποστήριξη θεωρούνται επίσης ως κλειδί σε κάθε επίπεδο. Επίσης, η οργανωτική ανθεκτικότητα θεωρείται ότι εξαρτάται από την ανθεκτικότητα των ενδιαφερόμενων μερών, των ανταγωνιστών και της δομής/οργανισμού στον οποίο δραστηριοποιείται.

### **Φροντίδα ομάδας**

Η ομαδική προσέγγιση είναι μια σημαντική έννοια για την οργανωτική ανθεκτικότητα καθώς στα σύγχρονα σύνθετα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι αδύνατο για μια ομάδα να παρέχει συνεχιζόμενη ανθρωποκεντρική φροντίδα και συμβουλευτική. Αντ' αυτού, σύνδεσμοι και παραπομπές είναι απαραίτητα για να επιτευχθεί συντονισμός και συνέχεια της φροντίδας. Τα δεδομένα για τα οφέλη από την ομαδική προσέγγιση αυξάνονται και περιλαμβάνουν καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία, βελτιωμένη ικανοποίηση χρηστών και προσωπικού, καθώς και χαμηλότερο κόστος για τα ιδρύματα υγείας (Mezzich et al 2015), στοιχεία που μπορούν να βοηθήσουν τους οργανισμούς να είναι πιο ανθεκτικοί.

### **Εργασιακό περιβάλλον**

Οι οργανισμοί μπορούν να υποστηρίξουν την ανθεκτικότητα εξασφαλίζοντας ένα θετικό περιβάλλον εργασίας (positive practice environment-PPE) που προσφέρει ένα ασφαλές και υγιή χώρο εργασίας, ευκαιρίες για συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επαγγελματική επιμόρφωση, πρόσβαση στον απαραίτητο εξοπλισμό και τις προμήθειες, κατάλληλο εργασιακό φορτίο και ελκυστικές συνθήκες εργασίας (WHPA 2008). Η οργανωσιακή κουλτούρα για την υποστήριξη της αποτελεσματικής ομαδικής εργασίας, όπως η ανοικτή επικοινωνία, η διαφάνεια, η υποστήριξη, η εποπτεία και η καθοδήγηση, είναι άλλα στοιχεία θετικών περιβαλλόντων εργασίας.

Η πρόσληψη και η διατήρηση του ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να επηρεάσει την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας. Ο ευέλικτος σχεδιασμός της εργασίας είναι ένα σημαντικό στοιχείο των προσπαθειών να προσλάβει και να διατηρήσει εργαζομένους με προσόντα και να βελτιώσει την ανάπτυξη των νοσηλευτικών δεξιοτήτων (ICN 2012b). Τα οφέλη των ευέλικτων εργασιακών πρακτικών, όπου οι νοσηλευτές έχουν επιρροή ή έλεγχο, περιλαμβάνουν βελτιωμένη υγεία και ευεξία, αυξημένη ικανοποίηση από την εργασία, αυξημένη οργανωτική δέσμευση και μείωση των οργανωτικών ανησυχιών, όπως η συστηματική αποχή από την εργασία και η συνεχής ανανέωση του προσωπικού. Η σωστή Επιλογή είναι ο κρίσιμος σύνδεσμος μεταξύ ευέλικτων εργασιακών πρακτικών και καλύτερων εκροών και η συμμετοχή των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων σχετικών με τη στελέχωση και τον σχεδιασμό μπορούν να κάνουν τη διαφορά μεταξύ επιτυχίας και αποτυχίας (ICN 2012b).

## Προσεγγίσεις στη διαχείριση κινδύνου

Σημαντικό μέρος της ανάπτυξης ευέλικτων, ευπροσάρμοστων και εμπειρικών συστημάτων συνδέεται με την ικανότητα για τον εντοπισμό και τη διαχείριση του κινδύνου. Οι δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία από εντοπιζόμενους κινδύνους μπορεί να αποφευχθεί ή να μειωθεί με την εφαρμογή ενός ευρέος φάσματος μέτρων διαχείρισης κινδύνου, με τον τομέα της υγείας και άλλους τομείς να συνεργάζονται μαζί με τα άτομα που διατρέχουν κίνδυνο από αυτά τα συμβάντα. Αυτό περιλαμβάνει την ενεργό συνεργασία με άτομα και κοινοτικές ομάδες ως εταίρους στην ανάπτυξη καινοτόμων ανταποκρίσεων.

Πολλά έχουν γραφεί για τη διαδικασία αξιολόγησης και διαχείρισης του κινδύνου και υπάρχουν πολλές διαθέσιμες πηγές για μάθηση σε αυτόν τον τομέα, αλλά στην απλούστερη μορφή της η αξιολόγηση των κινδύνων επιδιώκει να απαντήσει σε τέσσερα σχετιζόμενα ερωτήματα:

- Τι μπορεί να πάει στραβά;
- Πόσο συχνά;
- Πόσο κακό είναι αυτό;
- Υπάρχει ανάγκη για δράση;

Δεν είναι συνήθως δυνατόν να εξαλειφθεί το σύνολο των κινδύνων, αλλά το προσωπικό υγείας έχει το καθήκον να προστατεύει τους ασθενείς όσο είναι «πρακτικά δυνατό». Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να αποφεύγεται κάθε περιττός κίνδυνος. Είναι καλύτερο να επικεντρωνόμαστε σε κινδύνους που πραγματικά έχουν σημασία – αυτούς που έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν βλάβη. Αν η διαδικασία εκτίμησης των κινδύνων γίνεται υπερβολικά περίπλοκη, αυτό μπορεί να μας αποπροσανατολίσει από τον πραγματικό σκοπό που είναι η λήψη κάποιων μέτρων για την πρόληψη εμφάνισης κινδύνων.

**Η διαχείριση κινδύνου**, περιλαμβάνει την αξιολόγηση, την ανάλυση και την αντιμετώπιση των κινδύνων. Είναι απλά η αναγνώριση των γεγονότων (κινδύνων) που μπορεί να οδηγήσει σε επιβλαβείς συνέπειες στο μέλλον και την ελαχιστοποίηση της πιθανότητας εμφάνισης τους (πόσο συχνά;) και των επιδράσεων τους (πόσο αρνητικά;).

NHS Direct (2007)

Η κατανόηση του κινδύνου και οι ανάγκες ανθεκτικότητας πρέπει να είναι στενά συνδεδεμένες και δεδομένα νέων ερευνών σε αυτό το πεδίο υποδεικνύουν πως μια συνδυαστική αντίληψη αυτών των στοιχείων θα μας βοηθήσει να αναπτύξουμε διορατικότητα αναφορικά με την εμφάνιση ανισοτήτων στον τομέα της υγείας (Panter-Brick 2014). Συγκεκριμένα, οι ερευνητές συνηγορούν σε μια επιτηδευμένη γνώση του κινδύνου, μια πιο προσγειωμένη/βασική κατανόηση της ανθεκτικότητας και μια αναλυτική και ουσιαστική μέτρηση των οδών κινδύνου και ανθεκτικότητας μεταξύ των πολιτισμών.

Οι Panter-Brick (2014) σημειώνουν: «Σε θέματα υγείας, η έρευνα σχετικά με τους δυνητικούς κινδύνους αποδεικνύεται σωτήρια για την ανθεκτικότητα. Ωστόσο, υπάρχει μια αυξανόμενη δυναμική/τάση να μετατοπιστεί η προσοχή από τον κίνδυνο για την ανθεκτικότητα στην έρευνα για την υγεία και την πρακτική».

Όλο και περισσότερα δεδομένα υποστηρίζουν τον ισχυρό δεσμό μεταξύ της οργανωτικής ανθεκτικότητας και των εκροών. Θετικές στρατηγικές για την υποστήριξη της ανάπτυξης οργανωτικής ανθεκτικότητας μπορούν να οδηγήσουν σε επιμέρους σημαντικά και οργανωτικά οφέλη, συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης της παραγωγικότητας, της βελτιωμένης ευεξίας και της μειωμένης συστηματικής αποχής από την εργασία και τη συνεχή ανανέωση του προσωπικού (Mc Alister & Mc Kinnon 2009).

## Ανατροφοδότηση



Τι κινδύνους μπορείτε να αναγνωρίσετε στον οργανισμό σας; Πώς είστε προετοιμασμένοι για τη διαχείριση τους;

Ένα παράδειγμα για να σκεφτείτε είναι η απουσία ενός μέλους της διεπιστημονικής ομάδας υγείας να λείψει μια μέρα λόγω ασθένειας.

Ποιο τομείς πρέπει να ενισχυθούν για να βελτιωθεί η ανθεκτικότητα του οργανισμού σας; Πώς θα μπορούσατε να το διευθετήσετε αυτό;





Νοσηλευτές και Νοσηλευτική υπόκεινται σε αυξανόμενες πιέσεις, συμπεριλαμβανομένων των τακτικών αξιολογήσεων και των αναδιοργανώσεων, την αντιμετώπιση αλλαγών στην παροχή υπηρεσιών και τα μοντέλα φροντίδας, τις οικονομικές πιέσεις, την επέκταση των πεδίων εφαρμογής της νοσηλευτικής πρακτικής και τις ενισχυμένες προσδοκίες του τι μπορεί το εργατικό νοσηλευτικό δυναμικό να επιτύχει (ICN 2015b, 2015 c). Οι νοσηλευτές σε συνεργασία με το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό, βιώνουν επίσης σωματικό και ψυχολογικό στρες που προκαλείται από την πολύωρη εργασία. Η εμπειρία αυξημένου άγχους και δύσκολων εργασιακών περιβαλλόντων εργασίας συμβάλλει σε αυξημένα ποσοστά ασθένειας και μειωμένα ποσοστά σταθερότητας/διατήρησης του προσωπικού (McAlister και McKinnon 2009). Η προκύπτουσα έλλειψη προσωπικού μπορεί να ασκήσει πρόσθετη πίεση στο υπόλοιπο προσωπικό. Έχουμε εξετάσει τι μπορεί να γίνει σε οργανωτικό επίπεδο, όπως η εξασφάλιση θετικού εργασιακού περιβάλλοντος. Σε αυτό το κεφάλαιο θα εξετάσουμε λύσεις σε ατομικό επίπεδο.

Υπάρχουν πολλά δεδομένα σχετικά με τις πηγές άγχους και τους πιεστικούς παράγοντες του περιβάλλοντος εργασίας στον χώρο της Υγείας, τα οποία είναι έγκυρα και αξιόπιστα και η προσπάθεια επίλυσης τους είναι στο επίκεντρο πολλών ερευνών. Το Χρόνιο στρες μπορεί να προκαλέσει γνωστικές δυσλειτουργίες και διαταραχές της ψυχικής υγείας, συγκινησιακή φόρτιση, διαταραχές μνήμης και αδυναμία ξεκάθαρης σκέψης (Jackson et al, 2007). Πολλές προσεγγίσεις για τη διαχείριση του στρες επικεντρώνονται σε στρατηγικές αντιμετώπισης και δεν βοηθούν απαραίτητα ένα άτομο να αναπτύξει ανθεκτικότητα και να ξεπεράσει τις δυσκολίες που ανακύπτουν ή να αντιδράσει στις προκλήσεις (Sull et al 2015). Επίσης, ενδιαφέρον είναι γιατί μερικοί νοσηλευτές υιοθετούν στρατηγικές, οι οποίες είναι αυτοπροστατευτικές αλλά ενδέχεται να μειώσει την ικανότητά τους να αλληλεπιδρούν με τους ασθενείς και τους συναδέλφους τους με υποστηρικτικό τρόπο, ενώ κάποιοι άλλοι αναπτύσσουν θετικούς τρόπους αντιμετώπισης του άγχους. Όλοι έχουμε την ευθύνη να φροντίζουμε τους εαυτούς μας και να αναπτύσσουμε στρατηγικές ανθεκτικότητας. **Αν οι νοσηλευτές και οι οργανισμοί υγείας δεν μπορούν να φροντίσουν τον εαυτό τους, πώς μπορούν να φροντίσουν τους πληθυσμούς και τις κοινότητες που εξυπηρετούν;**

Ο οδηγός CIPD (2011) για την ανάπτυξη της ανθεκτικότητας προσδιορίζει τρεις προσεγγίσεις που μπορούν τα άτομα να ακολουθήσουν για την ανάπτυξη ανθεκτικότητας. Οι προσεγγίσεις αυτές κατατάσσονται ανάλογα με το κατά πόσον μπορούν να εστιάζονται σε εσωτερικά χαρακτηριστικά του ατόμου, του κοινωνικού περιβάλλοντος, ή συνδυασμού και των δύο:

- 1. Προσωπικότητα/ατομικά χαρακτηριστικά** – η ανθεκτικότητα είναι εσωτερικά του ατόμου και θεωρείται ως μια έμφυτη ικανότητα που αποτελεί μέρος της προσωπικότητάς τους. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει: εσωτερική αίσθηση ελέγχου (έλεγχος στη ζωή του ατόμου), επιμονή, συναισθηματική διαχείριση και αυτογνωσία, αισιοδοξία, προοπτική, αίσθηση του χιούμορ, αποτελεσματικότητα (πίστη στις ικανότητες του) και τη δυνατότητα να επιλύει προβλήματα.
- 2. Περιβάλλον** – η ανθεκτικότητα εξαρτάται εξολοκλήρου από τις εμπειρίες που έχει ένα άτομο με το περιβάλλον του έτσι ώστε η επαφή με εξωγενείς προς το άτομο παράγοντες, όπως πόση κοινωνική υποστήριξη λαμβάνουν, θα καθορίσει πόσο ανθεκτικό είναι ένα πρόσωπο. Η προσωπικότητα του ατόμου δεν θεωρείται ως σχετική.

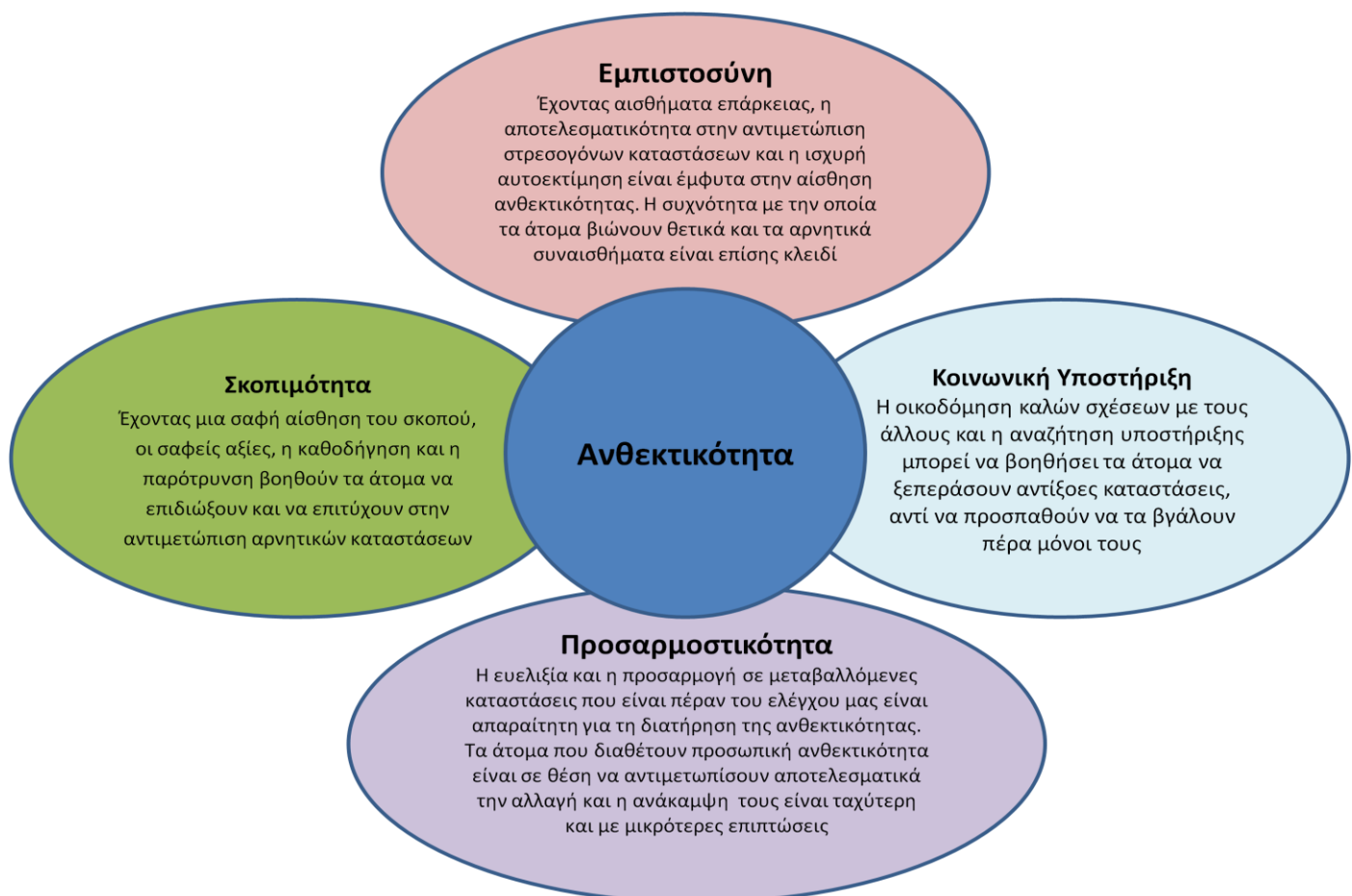
**3. Άτομο – περιβάλλον** – η ανθεκτικότητα είναι ένα προϊόν της προσωπικότητας ενός ατόμου σε συνδυασμό με περιβαλλοντικές επιδράσεις, όπως η οικογένεια, οι συνομήλικοι και το κοινωνικό περιβάλλον.

Οι άνθρωποι αντιδρούν διαφορετικά στις ίδιες προκλήσεις. Η προσωπική ανθεκτικότητα είναι ένας συνδυασμός των προσωπικών χαρακτηριστικών ενός ατόμου και των δεξιοτήτων που μαθαίνει και όλο και περισσότερο, υπάρχει μια άποψη ότι η υποστήριξη των ατόμων να αναπτύξουν προσωπική ανθεκτικότητα θα είναι σημαντικά ωφέλιμη στα άτομα, τους ασθενείς και τους οργανισμούς.

Οι Sull et al (2015) διατύπωσαν μια ισχυρή υπόθεση για την υποστήριξη της εκμάθησης παρεμβάσεων προσωπικής ανθεκτικότητας στον χώρο εργασίας, από τους οργανισμούς, βασιζόμενοι στη σημασία της ευεξίας του προσωπικού και την επίδρασή της στη φροντίδα των ασθενών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο μια έκθεση του εθνικού τους συστήματος υγείας (NHS Health and Wellbeing Review (Dept of Health 2009)) προσδιορίζονται σαφείς δεσμοί μεταξύ της ευεξίας του προσωπικού υγείας και της ασφάλειας των ασθενών, της εμπειρίας φροντίδας των ασθενών και της αποτελεσματικότητας της φροντίδας. Στην έκθεση αυτή συνιστάται ότι όλοι οι οργανισμοί παροχής φροντίδας στο Ηνωμένο βασίλειο θα πρέπει να αναπτύξουν μια σαφή στρατηγική και όραμα για το μέλλον.

**Σχήμα 2. Το Μοντέλο Προσωπικής Ανθεκτικότητας του Robertson Cooper**

Διαθέσιμο στο: <http://www.robertsoncooper.com/blog/entry/how-non-psychologists-build-personalresilience-1>



Ο ειδικός στην ευεξία Robertson Cooper (Σχήμα 2), περιγράφει την προσωπική ανθεκτικότητα ως την ικανότητα να διατηρεί ένα άτομο την ευεξία του και την απόδοση στην εργασία του υπό πίεση, περιλαμβάνοντας την ικανότητα να επανέρχεται αποτελεσματικά μετά από αναποδιές. Έχει αναπτύξει ένα μοντέλο το οποίο χρησιμοποιείται για την υποστήριξη της εκμάθησης και των αναπτυξιακών προσεγγίσεων για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας. Είναι η άποψή του ότι η ανθεκτικότητα σε ένα άτομο μπορεί να αναπτυχθεί θετικά ανεξάρτητα από το σημείο εκκίνησης του ατόμου.

Η άποψη αυτή υποστηρίζεται επίσης από την έρευνα των Jackson et al (2007), που προτείνουν δείχνουν ότι οι νοσηλευτές ειδικότερα μπορούν να μειώσουν την ευαισθησία τους στις αντιξοότητες του χώρου εργασίας τους με την ανάπτυξη και την ενίσχυση της δική τους προσωπικής ανθεκτικότητας. Όλο και περισσότερο συνιστάται ότι η διδασκαλία για την ανάπτυξη ανθεκτικότητας πρέπει να ενσωματωθεί στη νοσηλευτική εκπαίδευση και την επαγγελματική υποστήριξη και θα πρέπει να ενθαρρύνεται μέσα από ειδικά προγράμματα καθοδήγησης.

### **Ανθεκτικότητα, ευεξία και ψυχική υγεία: ένας μεγαλύτερος ρόλος για τους νοσηλευτές**

Εάν αναπτύξουμε μια καλύτερη κατανόηση της σχέσης μεταξύ της προσωπικής ανθεκτικότητας και της ικανότητάς μας να παρέχουμε φροντίδα, στη συνέχεια, κατ' επέκταση αυτό μας βοηθά να επεκτείνουμε τις ικανότητές μας προς τα έξω για να υποστηρίξουμε τη βελτίωση της προσωπικής ανθεκτικότητας στον ευρύτερο πληθυσμό. Γνωρίζουμε πολύ καλά ότι πολλά από τις κοινωνικές αντιξοότητες που προαναφέρθηκαν έχουν άμεσες επιπτώσεις για την ψυχική υγεία και ευεξία, συμπεριλαμβανομένων των δυνητικά αυξημένου κίνδυνου αυτοκτονίας και της διαπροσωπικής βίας. Η ανεργία είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ψυχική υγεία. Σε παγκόσμιο επίπεδο, μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές είναι η δεύτερη κύρια αιτία χρόνιας αναπηρίας. Ενώ τα μεγαλύτερα έξοδα στις κοινωνίες σχετίζονται με την απώλεια της εργασιακής παραγωγικότητας και άλλη οικονομική δραστηριότητα. Ενώ το ανθρώπινο κόστος είναι επίσης καλά τεκμηριωμένο (McDavid 2013).

Ένα καλό εργασιακό περιβάλλον εργασίας είναι ευεργετικό για τη σωματική και ψυχική ευεξία. Παρότι ορισμένα επίπεδα του στρες και οι υψηλές απαιτήσεις μπορεί να έχουν θετικό αντίκτυπο για την υγεία, ένα φτωχό εργασιακό περιβάλλον μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις (Jackson et al 2007). Αν το καταλάβουμε αυτό, τότε μπορούμε να αναμένουμε ότι οι εργοδότες του τομέα της υγείας θα αναλάβουν ηγετικό ρόλο στη μοντελοποίηση των βέλτιστων πρακτικών στο σύστημα υγείας. Αλλαγές στις εργασιακές πρακτικές, η αναδιάρθρωση και η ραγδαία αλλαγή πλαισίων εργασίας μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα του ψυχολογικού στρες, κόπωσης, εξάντλησης και καταθλιπτικών διαταραχών. Αν το σύστημα υγείας εργάζεται ενεργά για να περιορίσει την αλλαγή αυτό θα μπορούσε να μειώσει τις τυχόν αρνητικές επιπτώσεις.

### **Ανατροφοδότηση**



Ποια είναι τα ζητήματα που εμποδίζουν την προσωπική σας ανθεκτικότητα στο χώρο εργασίας;

Πώς μπορείτε να κινητοποιήσει την υποστήριξη στο χώρο εργασίας σας;



Στα προηγούμενα κεφάλαια είδαμε τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν στην ενίσχυση των συστημάτων υγείας και τη βελτίωση της ανθεκτικότητας. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα όπου οι νοσηλευτές ήταν οι πρωτοπόροι των μετασχηματιστικών αλλαγών και έχουν οδηγήσει σε σημαντικές βελτιώσεις στην παροχή πολλών υπηρεσιών σε όλα τα επίπεδα του συστήματος, από την πολιτική στην πράξη. Για το λόγο αυτό, η ανταπόκριση μας τείνει σχεδόν ως φυσική αλληλουχία, να συνεχίσουμε να το πράττουμε όπως το κάνουμε τώρα. Αλλά τώρα, περισσότερο από ποτέ, πρέπει να αναλογιστούμε το ρόλο μας στο ευρύτερο σύστημα. Υπάρχουν τρεις τομείς προτεραιότητας που σχετίζονται με νέες ομάδες δεξιοτήτων αναφορικά με τις μελλοντικές προοπτικές και για πολλούς από εμάς αυτές οι περιοχές θα πρέπει να το επίκεντρο για την ανάπτυξη, εάν θέλουμε να επιταχύνουμε το ρυθμό της αλλαγής και τον επαγγελματικό αντίκτυπο. Πρέπει να είμαστε ευέλικτοι, ευπροσάρμοστοι και ανοιχτοί σε νέες μορφές μάθησης. Οι τρεις τομείς είναι: 1) ο ρόλος των νοσηλευτών στην υιοθέτηση/εφαρμογή των ψηφιακών τεχνολογιών, 2) ανάδειξη της ποιότητας και των εκροών/αποτελεσμάτων/επιπτώσεων και 3) ηγεσία στα πλαίσια των συστημάτων υγείας.

### 1. Υιοθέτηση των ψηφιακών τεχνολογιών

Όπως σημειώνεται από τον Π.Ο.Υ. (2007, 2010β) στην περιγραφή των 6 «δομικών λίθων» για ένα ισχυρό σύστημα υγείας, υπάρχει ανάγκη για την εύρυθμη λειτουργία των συστημάτων πληροφοριών και οι νοσηλευτές πρέπει να διαθέτουν κατάλληλες δεξιότητες σε σχέση με το στόχο αυτό. Η συνεκτικότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και οι ραγδαίες αλλαγές στις τεχνολογίες επικοινωνιών επέτρεψε καινοτομίες στον τομέα της υγείας να αναπτυχθούν και να διαδοθούν πιο γρήγορα από ότι ποτέ πριν. Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τεχνολογίες για να συνδεθούν από απομακρυσμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας ώστε να εξασφαλίσουν ότι οι συμβουλές των εμπειρογνομόνων θα είναι προσιτές σε περισσότερους ανθρώπους. Σε καθημερινή βάση, οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τεχνολογίες για να παρακολουθούν τα ζωτικά σημεία, να χορηγούν φάρμακα και να μετρούν τα αποτελέσματα. Η σύγχρονη ψηφιακή εποχή απαιτεί να είμαστε ανοιχτοί στην επανεξέταση του συνόλου του τρόπου με τον οποίο παρέχουμε φροντίδα και αντίληψη των σημείων όπου υπάρχουν νέες δυνατότητες.

Η υιοθέτηση νέων τεχνολογιών θα απαιτήσει οι νοσηλευτές να είναι θετικοί ως προς τις απαιτήσεις για κατάλληλη τεχνολογική υποστήριξη. Πολύ συχνά η τεχνολογία θεωρείται ως ένα αντικείμενο με κατεύθυνση από τα ιεραρχικά υψηλά κλιμάκια προς τα κάτω, με αποτέλεσμα το νοσηλευτικό προσωπικό να εμπλέκεται στη διαδικασία της αλλαγής πολύ αργά, και ως συνέπεια αυτό να οδηγεί σε αργή και αναποτελεσματική εφαρμογή της. Αντ' αυτού, θα πρέπει να είμαστε ηγέτες στο σύστημα και να προωθήσουμε την αντίληψη ότι οι τεχνολογίες μπορεί να μετατρέψουν τα δομημένα σχέδια φροντίδας (pathways) και να βελτιώσουν την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η ψηφιακή τεχνολογία επηρεάζει κάθε πτυχή της νοσηλευτικής πρακτικής σε κάθε κλινικό περιβάλλον και πρέπει να εξασφαλίσουμε ότι διαθέτουμε

"Σε παγκόσμιο επίπεδο, δαπανούμε πάνω από 4 τρισεκατομμύρια αμερικάνικα δολάρια για την υγειονομική περίθαλψη κάθε χρόνο, αλλά μόνο ένα μικρό κλάσμα από αυτά πηγαίνει προς την αξιοποίηση της ψηφιακής τεχνολογίας για τον εκσυγχρονισμό και την αναδιαμόρφωση των υπηρεσιών υγείας. Φυσικά, δεν μπορεί να αποτελεί λύση από μόνη της και αν δεν είναι ενσωματωμένη ως μέρος μιας ευρύτερης κουλτούρας αλλαγής, οι επιπτώσεις θα είναι αμελητέες."

Wilson & Langford 2015

ηγέτες/στελέχη να αντιμετωπίσουν την πρόκληση. Όπως ο Cooper (2013) σημειώνει "για να είναι ωφέλιμη η τεχνολογία και η πληροφόρηση απαιτεί την κατάρτιση, τον στρατηγικό σχεδιασμό και επιθυμία για δεδομένα σχετικά με την υγεία ώστε να βελτιώσουμε τον τρόπο εργασίας μας" (Cooper 2013, p11).

### Ανατροφοδότηση

Έχετε επιθυμία για δεδομένα υγείας;  
Αν όχι, πώς θα μπορούσατε να αποκτήσετε;  
Πώς θα μπορούσαν τα δεδομένα υγείας να  
βελτιώσουν τον τρόπο που εργάζεστε;



## 2. Ανάδειξη της Ποιότητας και της Επίπτωσης

Η επίδειξη της ποιότητας και των επιπτώσεων των αξιόπιστων στοιχείων πληροφορικής υποδομής (δηλαδή ψηφιακής τεχνολογίας) αποτελεί προϋπόθεση για το δεύτερο τομέα προτεραιότητας. Το πώς οι νοσηλευτές αποδεικνύουν την ποιότητα και τον αντίκτυπο της εργασίας τους είναι το κλειδί για να εξασφαλιστεί ότι το υπόλοιπο σύστημα κατανοεί και εκτιμά το ρόλο των Νοσηλευτών. Αυτό θα εξασφαλίσει ότι οι αναγκαίοι πόροι και τα περιβάλλοντα κινητοποιούνται προκειμένου να βελτιστοποιηθούν οι συνεισφορές των νοσηλευτών για τη βελτίωση της ανθεκτικότητας. Το νοσηλευτικό έργο είναι συχνά «αόρατο» στους άλλους και η χρήση της τεχνολογίας σε κάθε στάδιο φροντίδας θα βελτιώσει την ορατότητα του. Ωστόσο, είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να συμμετέχουν ενεργά στην ανάπτυξη των προτύπων για την ποιότητα και να έχουν αυξημένες ευκαιρίες για την επιρροή της πολιτικής για την υγεία και τις αλλαγές ανά επίπεδο του συστήματος υγείας. Αυτό θα επιτρέψει να εμφανίσει μεγαλύτερη επίδραση η νοσηλευτική εμπειρία στην ποιότητα και την ανθρωποκεντρική προσέγγιση των συστημάτων. Σε όλα τα επίπεδα διακυβέρνησης και χάραξης πολιτικής, η νοσηλευτική εμπειρία και τεχνογνωσία πρέπει να είναι ορατή και να αποτιμάται ως κρίσιμος παράγοντας στην παροχής ποιοτικής φροντίδας σε όλες τις υπηρεσίες του συστήματος υγείας.

### Ανατροφοδότηση



Πώς εκφράζετε την επίδραση/αποτελεσματικότητα της  
φροντίδας την οποία παρέχετε;

Ποια διαφορετικά εργαλεία διαθέτετε;

Χρησιμοποιείται κάθε ευκαιρία για να δείξετε πώς οι  
νοσηλευτές κάνουν τη διαφορά;

### 3. Ηγεσία στα πλαίσια των συστημάτων υγείας

Πολλά έχουν γραφτεί για τη φύση της ηγεσίας και τη σημασία της για τη Νοσηλευτική και την Φροντίδα Υγείας (Benton 2012). Ωστόσο, όπως έχουμε ήδη περιγράψει, οι σύγχρονοι νοσηλευτικοί ηγέτες αντιμετωπίζουν έναν πρωτοφανή αριθμό προκλήσεων και αλλαγών, αναμενόμενων και μη αναμενόμενων, που απαιτούν να εργάζονται με ευέλικτους και ευφυείς τρόπους.

Παραδοσιακά μοντέλα της ηγεσίας που βασίζονται σε ένα ενιαίο οργανωτικό μοντέλο, που συνδέονται με την ιεραρχική δομή δεν θα είναι βιώσιμα. Ιδιαίτερα στην ηγεσία του δημόσιου τομέα, έχει υπάρξει σύγχυση μεταξύ των οργανωτικών, επαγγελματικών και γεωγραφικών τους ορίων καθώς οι υπηρεσίες υγείας συγχωνεύονται/ενοποιούνται, δομημένα σχέδια φροντίδας μετασχηματίζονται, οι πόροι διαμοιράζονται και το προσωπικό αναπτύσσεται με πολύ διαφορετικούς τρόπους. Έχει προταθεί από ερευνητές στον τομέα αυτό (Fillingham & Weir 2014) ότι «υπάρχει η ανάγκη τώρα για όλους τους ηγέτες να μετατοπίσουν το κέντρο βάρους από την αφοσίωση στον οργανισμό στην αφοσίωση στον πολίτη και τον ευρύτερο πληθυσμό» (σ.23). Πρόκειται για μια μετατόπιση της έμφασης που υποκρύπτει τη σημασία του κοινού οράματος και της συνεργασίας/συμμετοχικότητας/σύμπραξης στην εξεύρεση λύσεων.

Οι Fillingham και Weir περιγράφουν μια προσέγγιση που ονομάζεται «ηγεσία συστημάτων». Αυτή η προσέγγιση χαρακτηρίζεται από δύο διακριτά και αλληλένδετα χαρακτηριστικά: (i) Συνεργατικότητα και ii) Υπερκέραση των ορίων – οργανωτικών, επαγγελματικών και εικονικών – έτσι μπορούν οι ηγέτες να επεκταθούν πέρα από τα συνήθη όρια των αρμοδιοτήτων και των εξουσιών. Οι συγγραφείς περιγράφουν τα χαρακτηριστικά της «άριστης» ηγεσίας του συστήματος και προτείνουν ότι αυτά πρέπει να αναπτυχθούν περισσότερο στοχευμένα από άτομα, εκπαιδευτές και οργανισμούς (Πλαίσιο 8).

#### Πλαίσιο 7 - Αντιμετώπιση αναδυόμενων αναγκών: Ελ Σαλβαδόρ

Αν και έχουν πραγματοποιηθεί σημαντικά βήματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους ανθρώπους, το Ελ Σαλβαδόρ εξακολουθεί να αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα.

Προβληματισμένη από τον αριθμό των ασθενών που εμφάνισαν δάγκειο πυρετό σε μια απομονωμένη περιφερειακή κλινική, μια νοσηλεύτρια αποφάσισε να πάρει τα πράγματα στα χέρια της και να αναπτύξει ένα σχέδιο για την αλλαγή. Ήξερε ότι θα χρειαζόταν να κερδίσει υποστήριξη του τοπικού διευθυντή της, ένας γιατρός. Εκείνη αποφάσισε να συγκεντρώσει στοιχεία που βασίζονται στις συστάσεις του Π.Ο.Υ.

Η νοσηλεύτρια αυτή δεν είχε καμία εκπαίδευση δημόσιας υγείας, όμως δεν άφησε αυτή η έλλειψη κατάρτισης να την σταματήσει. Αντί για αυτό ανέτρεξε σε βιβλία και το διαδίκτυο και έμαθε ότι δημιουργώντας ένα γεωγραφικό χάρτη των περιπτώσεων θα μπορούσε να προσδιορίσει τη θέση και το μέγεθος του προβλήματος. Επίσης ήταν σε θέση, με την ανάλυση των δεδομένων, να προσδιορίσει την διόγκωση του προβλήματος. Στη συνέχεια παρουσίασε αυτές τις πληροφορίες, μαζί με μια πρόταση, η κλινική να αναπτύξει στοχευμένες ενημερωτικές παρουσιάσεις για τις πλέον πληγείσες τοπικές ομάδες. Ως αποτέλεσμα η πρόοδος στην καταπολέμηση του δάγκειου πυρετού ήταν εντυπωσιακή. Οι ντόπιοι, συνεχίζουν ακόμη και σήμερα να βοηθούν στην καταπολέμηση του μεγάλου αυτού προβλήματος και αυτή η νοσηλεύτρια, που είναι τώρα μέλος της τοπικής ομάδας διαχείρισης, βοηθά να αναπτυχθούν προγράμματα σε άλλες κλινικές για παρόμοια προβλήματα.

(Benton 2012)



## Πλαίσιο 8. «Άριστη» Ηγεσία Συστημάτων

Η «άριστη» ηγεσία συστημάτων συχνά αποδεικνύεται από τους ηγέτες μέσω:

- ☐ Των βασικών προσωπικών αξιών τους – όπως εμπνέοντας την δημιουργία κοινού σκοπού με την ανάληψη ρίσκου κατά την υπεράσπιση ενός κοινού σκοπού
- ☐ Του πώς αντιλαμβάνονται – όπως την ανάλυση πληροφοριών από τη συλλογή δεδομένων εκτός του δικού τους πεδίου εργασίας ή εφαρμόζοντας νέες προσεγγίσεις για τη βελτίωση της τρέχουσας σκέψης
- ☐ Του τρόπου με τον οποίο σκέφτονται και αναλύουν – όπως η διάδοση του οράματος τους με την επικοινωνία για τη δημιουργία αξιοπιστίας και εμπιστοσύνης ή την έκθεση του με την διαχείριση και υποστήριξη της εφαρμογής του
- ☐ Του πώς σχετίζονται με τους άλλους – όπως διασυνδέοντας υπηρεσίες μέσω της προσαρμογής σε διαφορετικά πρότυπα και προσεγγίσεις εκτός του οργανισμού τους
- ☐ Των συμπεριφορών και ενεργειών τους – όπως η ανάπτυξη ικανοτήτων με τη δημιουργία επιτυχών συστημάτων
- ☐ Των προσωπικές αξιών και του τρόπου ζωής – όπως η επιρροή για αποτελέσματα με την ανάπτυξη προγράμματος συνεργασιών και της συναίνεσης

NHS Leadership Academy (2015)

Η ανωτέρω προσέγγιση στην ηγεσία υπογραμμίζει τη σημασία της ανάπτυξης συμμαχιών και αυθεντικών οργανωσιακών σχέσεων. Αυτοί είναι οι ηγέτες, οι οποίοι κατανοούν ότι η βιώσιμη αλλαγή απαιτεί χρόνο, δέσμευση και μια επιμονή στο όραμα. Αυτή η προσέγγιση απαιτεί την εργασία πέρα από τα σύνορα και μέσω δικτύων συνεργασίας, έτσι ώστε να βελτιωθεί η ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας.

### Ανατροφοδότηση

Τι μπορείτε να κάνετε για να οδηγήσετε τον οργανισμό και το σύστημα υγείας σας να είναι πιο ανθεκτικά;



## **Σχέδιο δράσης**

Λαμβάνοντας υπόψη τις διάφορες πτυχές για την ενίσχυση και τη βελτίωση των συστημάτων υγείας και την ανάπτυξη της ανθεκτικότητά τους, συνοψίζονται ορισμένα βασικά σημεία δράσεων και του σχεδιασμού της ανταπόκρισης μας:

### **Οι νοσηλευτές σε ατομικό επίπεδο**

- Διατηρήστε την υγεία και της ευεξία σας
- Ιεραρχήστε την ανάπτυξη της προσωπικής σας ανθεκτικότητας και υποστηρίξουν την ανάπτυξη της στους συνεργάτες σας
- Εξετάστε τρόπους με τους οποίους μπορείτε ενεργά να συνεργαστείτε με τους ασθενείς, τους ανθρώπους που τους φροντίζουν και τις κοινότητες για τη βελτίωση της κατανόησης τους για το πώς να βελτιώσουν τις ικανότητες τους για αυτοφροντίδα και να επηρεάσουν την ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας
- Αναπτύξτε τις δεξιότητες σας για να αποδείξετε την θετική επίδραση της παροχής υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας
- Αναπτύξτε την ικανότητα του συστήματος υγείας σας να σκέφτεται αναπτύσσοντας ισχυρά συνεργατικά δίκτυα εντός του συστήματος

### **Οργανισμοί/ εργοδότες**

- Εξασφάλιση προστατευτικών εργασιακών περιβαλλόντων για το προσωπικό υγείας
- Υποστήριξη της υγείας και ευεξίας του προσωπικού
- Παροχή ευκαιριών εκπαίδευσης στους εργαζομένους
- Εξασφάλιση της λειτουργίας συστημάτων κριτικής ανάλυσης συμβάντων
- Εξασφάλιση σχεδίων διαχείρισης κρίσεων/καταστροφών

### **Φορείς χάραξης πολιτικής**

- Δημιουργία και εφαρμογή νομοθεσίας για την προστασία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και τη διασφάλιση προστατευτικών εργασιακών περιβαλλόντων
- Οργάνωση και διαχείριση του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού. Δημιουργία εθνικού σχεδίου αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού της υγείας και αποτελεσματική εφαρμογή του.
- Επιτάχυνση της μετάβασης από ένα σύστημα επικεντρωμένο στην ασθένεια σε ένα επικεντρωμένο στις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας
- Διασφάλιση της ενσωμάτωσης του σχεδιασμού της ανθεκτικότητας στην στρατηγική ανάπτυξης του συστήματος υγείας
- Συμμετοχή των νοσηλευτών στο επίπεδο χάραξης πολιτικής για την υγεία ώστε να διασφαλιστεί η βέλτιστη χρήση των νοσηλευτικών δεξιοτήτων στο σύστημα υγείας

### **Εθνικές Ενώσεις Νοσηλευτών**

- Εξασφάλιση της ανάπτυξης αποτελεσματικής πολιτικής για την υγεία που θα διασφαλίζει την υποστήριξη των νοσηλευτών για την απόδοση τους στο μέγιστο βαθμό και τη μεγιστοποίηση της συμβολής της νοσηλευτικής
- Ανάπτυξη νοσηλευτικών ηγετών ώστε να μεγιστοποιηθεί η συμβολή της νοσηλευτικής σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας



Επίκεντρο αυτού του οδηγού είναι πως το ανθρώπινο νοσηλευτικό δυναμικό μπορεί να συμβάλει στην βελτίωση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας. Είναι σαφές ότι πρέπει να εργαστούμε συνεργατικά για να οικοδομήσουμε ισχυρά συστήματα υγείας που θα είναι ανθεκτικά για να αντιμετωπίσουν μελλοντικές προκλήσεις και να επιτύχουμε τον φιλόδοξο στόχο που ορίζεται στους στόχους βιώσιμης ανάπτυξης.

Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας σε όλους τους ανθρώπους σε ανάγκη είναι ηθική και επαγγελματική ευθύνη των νοσηλευτών. Ως αφοσιωμένοι, καινοτόμοι και προσανατολισμένοι στη λύση επαγγελματίες, οι νοσηλευτές συνεχίζουν να παρέχουν φροντίδα, με ανθεκτικότητα και ευελιξία, ακόμη και με ελάχιστους ή μηδενικούς διαθέσιμους πόρους ή οργανωτική υποστήριξη. Ωστόσο, η βελτίωση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας απαιτεί διατομεακές προσπάθειες από όλους τους συμμετέχοντες σε όλα τα επίπεδα. Οι νοσηλευτές, οι οποίοι παρέχουν την πλειοψηφία των υπηρεσιών υγείας σε συνεργασία με συνάδελφο από τον τομέα υγείας ή σε συνεργασία με μη επαγγελματία του τομέα της υγείας, έχουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία αυτή.

Ένας άλλος λόγος για το οποίο οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν στην πολιτική μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας είναι το μεγάλο αντίκτυπο που οι πολιτικές αυτές τείνουν να έχουν στα περιβάλλοντα εργασίας των νοσηλευτών. Μέσω της συμμετοχής μας στις αποφάσεις για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας, μπορούμε να προωθήσουμε θετικά πρακτικά περιβάλλοντα τα οποία με τη σειρά τους θα οδηγήσουν σε βελτίωση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας και σε βελτίωση των εκρών υγείας.

Οι Νοσηλευτές πρέπει να διαδραματίσουν αναπόσπαστο ηγετικό ρόλο στην αλλαγή των συστημάτων υγείας. Με επανασχεδιασμένα συστήματα υγείας και την πλήρη συμμετοχή των νοσηλευτών στην χάραξη πολιτικής, θα είμαστε καλύτερα εξοπλισμένοι για να παρέχουμε ποιοτική φροντίδα για όλους, ακόμα και σε δύσκολους καιρούς.





# Position Statement

## Health human resources development (HHRD)

### ICN Position:

The International Council of Nurses (ICN) judges that health human resources development (HHRD) - planning, management and development - requires an interdisciplinary, inter-sectoral and multi-service approach. This recognises the complementary roles of health service providers, and values the contribution of the different disciplines. Inputs are required from the key stake holders -- consumers, service providers, educators, researchers, employers, managers, governments, funders and health professions' organisations. Similarly, ICN acknowledges that integrated and comprehensive health human resources information systems and planning models as well as effective human resources management practices are desired outcomes of this consulting process.

Patient need should determine the categories of health personnel and skill pools required to provide care. When new categories of health workers are created or role changes are introduced, the possible consequences on national and local health human resources, career structures, and patient and community outcomes need to be identified and planned for at the outset. These would include financing arrangements and organisational impacts. Planning for this should take account of:

- Health care needs and priorities.
- Available competencies within the health care provider pool, including competencies shared by more than one health care provider group.
- Initial skills set development.
- Skill changes, such as new and advanced roles for nurses.
- Educational implications of making changes to roles and scopes of practice, including provision for life-long learning programmes.
- Appropriate and accessible supervision and mentoring programmes.
- Quality and effectiveness factors, when deciding the scope of practice of nurses and others.
- Equity as a basic value of the health system.
- Consequences for service organisation, management, delivery and financing.
- Work environment and conditions of nurses and other health care personnel.
- Regulatory implications.

- Impact on responsibilities of those workers already in the health care system.
- Effect on the career pathways for existing health care workers and career structures available for new types of health workers.

For effective participation of nursing in HHRD, the core scope of nursing needs to be identified and fully articulated. This will minimise duplication and overlap between the work of nurses and other health care providers. ICN considers that the nursing profession needs to be a leader of change, continually reappraise the consequences of planned and unplanned health service changes on nursing, nurses and patient outcomes. Continuing evaluation of and research into the contribution of nursing to health care should form an important part of HHRD processes. This should include data from evidence-based practice, informing future decision-making.

National nurses associations (NNAs) and other nursing organisations need to:

- Identify critical issues related to the supply of and demand for nursing personnel, including factors that influence recruitment, retention and motivation.
- Ensure involvement of nurses in policy, decision-making, planning, management and monitoring at all levels of HHRD. Nurses should participate in interdisciplinary reviews of the roles of different types of health workers, research and evaluation studies, and in decision-making with respect to the functions of existing and new categories of health care providers.
- Assist nurses to acquire and improve research skills, to carry out research, and to use research findings as a basis for decision-making in HHRD.
- Engage in public debate on appropriate responses to demand for health services.
- Promote the development of quality practice environments, including opportunities for professional growth and development and fair reward systems as a positive feature of recruitment and retention programmes.
- Acknowledge and reflect the cultural diversity of society in Health Human Resources Development.
- Promote capacity building in the area of health sector human resources management, including nurses working at senior and executive levels.
- Assist in the development of a humane approach to HHRD.
- Offer an inter-disciplinary analysis and develop effective interventions to address health needs.

Nurses need to be aware of and utilise HR services in their workplaces. HHRD policies need to encompass education, regulation and practice factors.

HHRD policies need to focus on self-sustainability, guaranteeing a core of health professionals in adequate numbers and with the right skills, capable of meeting the health needs of the target population.

## **Background**

The attainment of the highest possible level of health in a country depends, to a substantial degree, on the availability of sufficient appropriately prepared and distributed health personnel, capable of providing quality cost-effective services. The goal of HHRD is to ensure that the right quality, quantity, mix and distribution of health personnel are available to meet health care needs in an environment that supports effective and safe practice. Some of the factors influencing decisions about numbers, types and distribution of health care providers include:

- Advances in health science and technology, altered patterns in the delivery of health care in hospitals and in the community, demographic changes and the emergence of patterns of disease.
- The growing public awareness of the availability of health services, resulting in greater demand for services.
- Increased health care costs, limited resources for health often necessitating a continual review of priorities, and the creation of new categories of health care providers.
- Labour laws, professional regulatory requirements, civil service rules and regulations, human resources and national health and development policies.
- Gender and cultural factors.
- Changing health risks.
- Access to and level of education.
- Culture and health beliefs.
- Access to alternative medicine.
- Intergenerational factors.
- Organisational factors.
- Socio-economic, financial constraints.
- The local, national and global labour market globalization.

Nurses need to engage in the activities and lobbying efforts of their professional associations and unions.



**Adopted in 1999**

**Reviewed and revised in 2007**

Replaces previous ICN Positions: *“Support of Nurses”, adopted in 1989* and *“Proliferation of New Categories of Health Workers”, adopted in 1981, revised in 1993.*

**Related ICN Positions:**

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

**ICN Publications:**

Guidelines on Planning Human Resources for Nursing (1993)

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

The International Council of Nurses is a federation of more than 130 national nurses associations representing the millions of nurses worldwide. Operated by nurses and leading nursing internationally, ICN works to ensure quality nursing care for all and sound health policies globally.



# Position Statement

## Publicly funded accessible health services

### ICN Position:

The International Council of Nurses (ICN) and its member national nurses associations (NNAs) advocate for the development of national health care systems that provide a range of publicly funded essential and universally accessible and equitable health services to the population.

People have a right to equitable health services: promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative. ICN believes that these services should be patient- and family-centred, evidence-based and continually improving in quality measured by agreed benchmark standards and indicators.

Where such services are not publicly funded, ICN believes that governments have a responsibility to ensure accessible health services to the population with focus on vulnerable groups especially those from low socioeconomic groups.<sup>1</sup>

ICN supports efforts by national nurses associations to influence health, social, education and public policy that is based on the health priorities for the nation, equity, accessibility of comprehensive and essential services, efficiency (including productivity), cost-effectiveness, and quality care.

ICN views primary health care as the preferred means of delivering essential health services at a cost that governments and communities can afford.<sup>2</sup>

Accessible, cost-effective and quality services, appropriate regulatory principles and frameworks, standards and mechanisms, and positive practice environments need to be established and applied equally to both private and public health services.

Nurses and NNAs have a responsibility to advocate for such health services, monitor their effectiveness, and drive health policy development, decision-making and implementation to ensure that all people have access to nursing and quality health services.

ICN supports efforts by NNAs to ensure that government policy for publicly funded and accessible health services does not downgrade the level of nursing education required by the complex demands of these services since evidence shows that registered nurses achieve better care outcomes.<sup>3</sup>

.

---

<sup>1</sup> Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

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

<sup>3</sup> Aiken L, Clarke S, Cheung R, Sloane D & Silber J (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*, 290, 1617- 1623.

## Background

A healthy nation is a vital national resource. A prime goal of each nation must be to achieve the best health status possible for the population within the resources available.

All people should have access to competent nurses who provide care, supervision and support across the range of settings. Health systems need to scale up nursing capacity and encompass a range of strategies that address workforce planning, education, skill-mix, regulatory frameworks and career pathways to ensure effective, efficient and safe health systems.

ICN and member associations need to maintain effective networks with relevant stakeholders to help ensure resource allocation and availability of services are based on needs and priorities, promote primary health care, and consider quality and costs. This includes advocacy for the resources needed to prepare the nursing workforce for the growing burden of chronic and noncommunicable diseases, injuries, disasters and other health challenges facing nations and populations worldwide.

**Adopted in 1995**

**Reviewed and reaffirmed in 2001**

**Reviewed and revised in 2012**

### Related ICN Positions:

- [Promoting the Value and Cost Effectiveness of Nursing](#)
- Nurses and Primary Health Care
- Health Human Resources Development

### ICN Publications:

The International Council of Nurses is a federation of more than 130 national nurses associations representing the millions of nurses worldwide. Operated by nurses and leading nursing internationally, ICN works to ensure quality nursing care for all and sound health policies globally.



# Position Statement

## **Participation of nurses in health services decision making and policy development**

### **ICN Position:**

Nurses have an important contribution to make in health services planning and decision-making, and in development of appropriate and effective health policy. They can and should contribute to public policy related to preparation of health workers, care delivery systems, health care financing, ethics in health care and determinants of health.

Nurses must accept their responsibilities in health services policy and decision-making, including their responsibility for relevant professional development.

Professional nursing organisations have a responsibility to promote and advocate the participation of nursing in local, national and international health decision-making and policy development bodies and committees. They also have a responsibility to help ensure nurse leaders have adequate preparation to enable them to fully assume policy-making roles.

### **Background**

Because of their close interaction with patients/clients and their families in all settings, nurses help interpret people's needs and expectations for health care. They are involved in decision-making at clinical practice level as well as in management. They use the results of research and trials to contribute to decisions on quality, cost-effective health care delivery. They conduct nursing and health research that contributes evidence to policy development. Because nurses are often coordinators of care provided by others, they contribute their knowledge and experience to strategic planning and the efficient utilisation of resources.

To participate and to be effectively utilised in health planning and decision-making, and health and public policy development, nurses must be able to demonstrate their value and convince others of the contribution they can make. This may involve improving and expanding the scope of the preparation of nurses for management and leadership, including their understanding of political and governmental processes. It may also involve increasing their exposure through management and leadership roles and positions in both nursing and other health care services, encouraging nurses to participate in government and political affairs, and improving and marketing the image of nursing.

The International Council of Nurses (ICN) and its member national nurses associations (NNAs) promote and support all efforts to improve the preparation of nurses for management, leadership and policy development. This preparation should be broad and must include the development of knowledge and skills for influencing change, engaging in the political process, social marketing, forming coalitions, working with the media and other means of exerting influence. It must recognise the complex processes and factors involved in effective decision-making.

Professional nursing organisations need to employ a number of strategies to contribute to effective policy development, including monitoring the utilisation of nurses in the workforce; incorporating new models and management strategies; continually marketing a positive image of nursing to key management and policy stakeholders nationally and internationally; disseminating relevant knowledge and research; and, continually developing and maintaining appropriate networks to enable collaborative working relationships with governmental and non-governmental organizations. For its part, ICN will promote and make available information regarding the contribution of nursing in health decision-making and policy development.

**Adopted in 2000**

**Reviewed and revised in 2008**

**Related ICN Positions:**

- [Management of Nursing and Health Care Services](#)
- [Promoting the value and cost-effectiveness of Nursing](#)
- [Publicly Funded Accessible Health Services](#)

**ICN Publications:**

- Health Policy Toolkit, 2007

The International Council of Nurses is a federation of more than 130 national nurses associations representing the millions of nurses worldwide. Operated by nurses and leading nursing internationally, ICN works to ensure quality nursing care for all and sound health policies globally.

## References and resources

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

Awoonor-Williams JK, Bawah AA, Nyongato FK, Asuru R, Oduro A, Ofosu A & Phillips JF (2013). The Ghana essential health interventions program: a plausibility trial of the impact of health systems strengthening on maternal & child survival, *BMC Health Services Research* 2013, 13 (Suppl 2):S3 doi:10.1186/1472-6963-13-S2-S3  
Available at: [www.biomedcentral.com/1472-6963/13/S2/S3](http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/S2/S3). Accessed 5 February 2016.

Bates I *et al.* (2011). Indicators of sustainable capacity building for health research: analysis of four African case studies, *Health Research Policy and Systems*, Vol. 9 No 3 (March): 14,  
Available at: [www.health-policy-systems.com/content/9/1/14/abstract](http://www.health-policy-systems.com/content/9/1/14/abstract). Accessed 5 October 2015.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Global Health Workforce Alliance (2015). Synthesis paper of the thematic working groups. Towards a global strategy on human resources for health. Available at: [www.who.int/hrh/documents/synthesis\\_paper\\_them2015/en/](http://www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/). Accessed 10 February 2016

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

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

International Council of Nurses (2007). “Position statement: Nurse retention and migration”, Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/C06\\_Nurse\\_Retention\\_Migration.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/C06_Nurse_Retention_Migration.pdf). Accessed: 13 January 2016.

International Council of Nurses (2008), “Position statement: Participation of nurses I health services decision making and policy development”. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/D04\\_Participation\\_Decision\\_Making\\_Policy\\_Development.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D04_Participation_Decision_Making_Policy_Development.pdf). Accessed 10 February 2016.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

World Health Organization (2010b). "Framework for action on interprofessional education & collaborative practice", Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1)  
Accessed 13 January 2016.

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

World Health Organization (2014). Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa.by Kieny MP, Evans DB, Schmets G, Kadandale S. 2014 - Bull World Health Organ2014;92:850 – <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/12/14-149278/en/#>). CN

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

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

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

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

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

World Health Organization (2016). Global Public Goods. Available at:  
<http://www.who.int/trade/glossary/story041/en/> Accessed 10 February 2016.

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

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