*Globalne kierunki strategiczne*

*dla*

**PIELĘGNIARSTWA**

**I POŁOŻNICTWA**

2021-2025

*edukacja*

*miejsca pracy*

*przywództwo*

*świadczenie usług*

**Światowa Organizacja Zdrowia**

*Globalne kierunki strategiczne*

*dla*

**PIELĘGNIARSTWA**

**I POŁOŻNICTWA**

2021-2025

**Światowa Organizacja Zdrowia**

Globalne kierunki strategiczne dla pielęgniarstwa i położnictwa 2021-2025

ISBN 978-92-4-003386-3 (wersja elektroniczna)

ISBN 978-92-4-003385-6 (wersja drukowana)

©World Health Organization / Światowa Organizacja Zdrowia 2021

Niektóre prawa zastrzeżone. Ta praca jest dostępna na licencji Creative Commons Attribution- NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.orq/licenses/bv-nc-sa/3.0/iqo).

Zgodnie z warunkami niniejszej licencji, można kopiować, redystrybuować i adaptować utwór do celów niekomercyjnych, pod warunkiem, że utwór jest odpowiednio cytowany, jak wskazano poniżej. Jakiekolwiek wykorzystanie tego utworu nie powinno sugerować, że WHO popiera jakąkolwiek konkretną organizację, produkty lub usługi. Używanie logo WHO jest niedozwolone. W przypadku adaptacji utworu należy udzielić tej samej lub równoważnej licencji Creative Commons na swój utwór. Jeśli tworzą Państwo tłumaczenie tego utworu, należy dodać następujące zastrzeżenie wraz z sugerowanym cytowaniem: „Niniejsze tłumaczenie nie zostało stworzone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). WHO nie ponosi odpowiedzialności za treść ani dokładność tego tłumaczenia. Wiążącym i autentycznym wydaniem jest oryginalne wydanie w języku angielskim”.

Wszelkie mediacje dotyczące sporów wynikających z licencji będą prowadzone zgodnie z zasadami mediacji Światowej Organizacji Własności Intelektualnej [(http://www.wipo.int/](http://www.wipo.int/)amc/en/mediation/rules/) .

**Sugerowane cytowanie.** Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025. Geneva: World Health Organization; 2021. Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Dane katalogowania w publikacji (CIP).** Dane CIPsą dostępne na stronie http://apps.who.int/iris.

**Sprzedaż, prawa i licencje.** Aby zakupić publikacje WHO, zobacz <http://apps.who.int/bookorders> . Wnioski o wykorzystanie komercyjne oraz zapytania dotyczące praw i licencji można składać na stronie http://www.who.int/about/licensing.

**Materiały osób trzecich.** W przypadku chęci ponownego wykorzystania materiałów z tej pracy, które są przypisane stronie trzeciej, takich jak tabele, rysunki lub obrazy, użytkownik jest odpowiedzialny za ustalenie, czy wymagana jest zgoda na ponowne wykorzystanie i uzyskanie zgody od właściciela praw autorskich. Ryzyko roszczeń wynikających z naruszenia jakiegokolwiek elementu tej pracy będącego własnością strony trzeciej spoczywa wyłącznie na użytkowniku.

**Ogólne zastrzeżenia.** Zastosowane oznaczenia i prezentacja materiału w niniejszej publikacji nie oznaczają wyrażenia jakiejkolwiek opinii ze strony WHO na temat statusu prawnego jakiegokolwiek kraju, terytorium, miasta lub obszaru lub jego władz, ani na temat przebiegu jego granic. Kropkowane i przerywane linie na mapach przedstawiają przybliżone linie graniczne, co do których może nie być jeszcze pełnej zgody.

Wymienienie konkretnych firm lub produktów określonych producentów nie oznacza, że są one zatwierdzone lub zalecane przez WHO w przeciwieństwie do innych produktów o podobnym charakterze, które nie zostały wymienione. Z wyjątkiem błędów i pominięć, nazwy produktów zastrzeżonych są wyróżnione wielkimi literami.

WHO podjęła wszelkie uzasadnione środki ostrożności w celu zweryfikowania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Jednakże opublikowany materiał jest rozpowszechniany bez jakiejkolwiek gwarancji, wyraźnej lub dorozumianej. Odpowiedzialność za interpretację i wykorzystanie materiału spoczywa na czytelniku. W żadnym wypadku WHO nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikające z jego wykorzystania.

SPIS TREŚCI

Podziękowania **iv**

Streszczenie **v**

ROZDZIAŁ 1 **Wprowadzenie** …………………………………………………………………………………1

ROZDZIAŁ 2 **Kierunki strategiczne i priorytety polityki na lata 2021-2025 .... 3**

2.1 Obszar polityki: *Edukacja* 7

2.2 Obszar polityki: *Miejsca pracy* 11

2.3 Obszar polityki: *Przywództwo* 15

2.4 Obszar polityki: *Świadczenie usług* 17

**Wnioski 20**

**Bibliografia 21**

**Załącznik.** Ramy monitorowania i rozliczalności **.....………………25**



**Spis treści**

**iii**

Podziękowania

Departament Pracowników Służby Zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) składa wyrazy uznania wielu osobom i organizacjom, które uczestniczyły w internetowych konsultacjach globalnych i regionalnych oraz przekazały uwagi za pośrednictwem poczty elektronicznej, a także państwom członkowskim za ich cenny wkład w poprawiony projekt dokumentu.

WHO dziękuje również współpracującym ośrodkom WHO ds. pielęgniarstwa i położnictwa, globalnej kampanii *Nursing Now*, Międzynarodowej Radzie Pielęgniarek, Międzynarodowej Konfederacji Położnych i innym organizacjom zawodowym za ich wkład w projekt *Globalnych Kierunków Strategicznych dla Pielęgniarstwa i Położnictwa na lata 2021-2025.*

Konceptualizacji, opracowania technicznego i ogólnej koordynacji prac podjęła się Carey McCarthy z Departamentu Pracowników Służby Zdrowia, przy wsparciu Biur Regionalnych WHO, Departamentu Zdrowia i Dorastania Matek, Noworodków, Dzieci i Młodzieży oraz Biura Naczelnej Pielęgniarki WHO. Nadzór techniczny i kierownictwo zapewnili Giorgio Cometto, kierownik działu, oraz James Campbell, dyrektor Departamentu Pracowników Służby Zdrowia.

Opracowanie niniejszego dokumentu było możliwe dzięki wsparciu finansowemu Niemiec, Norwegii i Partnerstwa na rzecz Powszechnego Dostępu do Opieki Zdrowotnej [*Universal Health Coverage Partnership*] (WHO, Unia Europejska, Belgia, Kanada, Francja, Irlandia, Japonia, Luksemburg oraz Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej).

**IV Globalne kierunki strategiczne dla pielęgniarstwa i położnictwa na lata 2021-2025**

Streszczenie

*Globalne strategiczne kierunki dla pielęgniarstwa i położnictwa (SDNM) 2021-2025* przedstawiają oparte na dowodach praktyki i powiązany zestaw priorytetów politycznych, które mogą pomóc krajom w zapewnieniu, że położne i pielęgniarki optymalnie przyczyniają się do osiągnięcia powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej (UHC) i innych celów w zakresie zdrowia populacji.

SDNM obejmuje cztery obszary zainteresowania polityki: edukację, miejsca pracy, przywództwo i świadczenie usług. Każdy obszar ma „kierunek strategiczny” wyrażający cel na okres pięciu lat i obejmuje od dwóch do czterech priorytetów politycznych. Jeśli te priorytety polityczne zostaną wdrożone i utrzymane, mogą wspierać postęp w czterech strategicznych kierunkach: 1) kształcenie wystarczającej liczby położnych i pielęgniarek z kompetencjami, które mogą zaspokoić potrzeby zdrowotne populacji; 2) tworzenie miejsc pracy, zarządzanie migracją oraz rekrutacja i zatrzymywanie położnych i pielęgniarek tam, gdzie są one najbardziej potrzebne; 3) wzmacnianie przywództwa pielęgniarskiego i położniczego w systemach opieki zdrowotnej i akademickiej; oraz 4) zapewnienie położnym i pielęgniarkom wsparcia, szacunku, ochrony, motywacji i sprzętu, aby mogły bezpiecznie i optymalnie przyczyniać się do świadczenia usług.

Priorytety polityki są wyrażane przez pryzmat rynku pracy w sektorze zdrowia. Perspektywa ta pozwala na kompleksowe zrozumienie sił, które powodują niedobory i nadwyżki, nierównowagę geograficzną i nieoptymalny wkład położnych i pielęgniarek w świadczenie usług. Sugerowane podejście do wdrażania SDNM jest procesem integracyjnym opartym na solidnych danych i analizach, międzysektorowym dialogu politycznym i opartym na dowodach podejmowaniu decyzji dotyczących odpowiednich działań i inwestycji. Ramy monitorowania i rozliczalności obejmują kontinuum dane-dialog-podejmowanie decyzji i wykorzystują ustalone mechanizmy sprawozdawczości państw członkowskich WHO.

Głównymi adresatami SDNM są planiści i decydenci ds. pracowników służby zdrowia, a także instytucje edukacyjne, pracodawcy z sektora publicznego i prywatnego, stowarzyszenia zawodowe, związki zawodowe, dwustronni i wielostronni partnerzy rozwojowi, organizacje międzynarodowe i społeczeństwo obywatelskie.

Zamierzony wpływ SDNM polega na tym, że kraje będą w pełni umożliwiać wkład położnych i pielęgniarek w realizację następujących wspólnych celów: podstawowa opieka zdrowotna dążąca do UHC i zarządzanie pandemią choroby koronawirusowej (COVID-19); łagodzenie skutków zdrowotnych zmian klimatu; zarządzanie migracją międzynarodową; oraz zapewnienie dostępu na obszarach wiejskich i oddalonych oraz w małych rozwijających się państwach wyspiarskich.

SDNM używa terminów „położna” i „pielęgniarka” w odniesieniu do różnych grup zawodowych opisanych w Międzynarodowym Standardzie Klasyfikacji Zawodów z 2008 roku. WHO docenia zawodową odrębność położnej i pielęgniarki. SDNM podkreśla priorytetowe kwestie i wspólne reakcje polityczne, które mają wpływ na oba zawody. Działania powinny być dostosowane zarówno do kontekstu, jak i grupy zawodowej, aby zmaksymalizować wkład położnych i pielęgniarek w większą wydajność i skuteczność pracowników służby zdrowia oraz poprawić dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych.

 **Streszczenie V**

*Pandemia koronawirusa (COVID-19) wzmocniła powszechną potrzebę ochrony i inwestowania we wszystkie zawody zaangażowane w gotowość i zdolność reagowania, w funkcje zdrowia publicznego i w świadczenie podstawowych usług zdrowotnych.*

TO

ROZDZIAŁ 1

Kontekst

1. Agenda Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030 i jej 17 celów zrównoważonego rozwoju (SDGs) wyznaczają jasne cele m.in. w zakresie zdrowia, edukacji, równości płci, godnej pracy i wzrostu sprzyjającego włączeniu społecznemu *(1).* Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zapewnia globalne przywództwo w zakresie SDG 3, który jest zakorzeniony w koncepcji powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej (UHC) i wsparcia dla państw członkowskich WHO w celu optymalizacji ich kadr pracowników służby zdrowia w kierunku osiągnięcia UHC i innych celów zdrowotnych *(2).*

*2.* WHO moderowała opracowanie Globalnej strategii ONZ na rzecz zdrowia kobiet, dzieci i młodzieży (2016-2030) (3). W 2016 r. państwa członkowskie WHO przyjęły Globalną strategię na rzecz zasobów ludzkich w służbie zdrowia: kadry 2030 (4), *w* której zidentyfikowano potencjalny deficyt około 18 milionów pracowników służby zdrowia do 2030 r. w porównaniu z zapotrzebowaniem na pracowników służby zdrowia w celu osiągnięcia celów zrównoważonego rozwoju związanych ze zdrowiem. Opcje polityczne w ramach globalnej strategii są dostosowane do SDG 3c poprzez dążenie do znacznego zwiększenia finansowania opieki zdrowotnej oraz rekrutacji, rozwoju, szkolenia i zatrzymania pracowników służby zdrowia w celu osiągnięcia UHC. Jednak w wielu krajach zapotrzebowanie ludności na pracowników służby zdrowia nie idzie w parze z popytem społecznym i gospodarczym ani z zasobami technicznymi i finansowymi niezbędnymi do stworzenia niezbędnej siły kadrowej w służbie zdrowia.

3. Uznając niedopasowanie na rynkach pracy w sektorze zdrowia na poziomie krajowym i globalnym oraz potrzebę międzysektorowej reakcji, Sekretarz Generalny ONZ powołał Komisję Wysokiego Szczebla ds. Zatrudnienia w Ochronie Zdrowia i Wzrostu Gospodarczego *(5).* Komisja stwierdziła, że inwestycje w edukację i tworzenie miejsc pracy w sektorze zdrowotnym i społecznym mogą napędzać wzrost gospodarczy sprzyjający włączeniu społecznemu, w tym wzmocnieniu pozycji ekonomicznej kobiet i młodzieży: prawie 70% miejsc pracy w służbie zdrowia zajmują kobiety. Ponadto Komisja wydała zalecenia mające na celu stymulowanie i kierowanie tworzeniem co najmniej 40 milionów nowych miejsc pracy w sektorze zdrowia i sektorze społecznym oraz zmniejszenie przewidywanego niedoboru 18 milionów pracowników służby zdrowia.

**Kontekst 1**

4. Ogłoszenie roku 2020 Międzynarodowym Rokiem Pielęgniarki i Położnej *(6)* było wyjątkową okazją do przyspieszenia wdrażania wcześniejszych rezolucji i decyzji Światowego Zgromadzenia Zdrowia w odniesieniu do pracowników pielęgniarstwa i położnictwa. Rok ten był katalizatorem niezrównanego rzecznictwa i raportowania danych, przyczyniając się do powstania pierwszego w historii *Raportu o stanie pielęgniarstwa na świecie (7)* i trzeciego *Raportu o stanie położnictwa na świecie (8).* WHO zachęcała kraje do wykorzystania impetu i korzystania z wyników raportów i „profili krajowych” do prowadzenia międzysektorowego dialogu politycznego na temat tego, jak i gdzie inwestować w kadry pielęgniarek i położnych, aby jak najlepiej realizować krajowe priorytety zdrowotne.

5. Rok 2020 był również czasem bezprecedensowych wyzwań zdrowotnych i globalnych zakłóceń społeczno-gospodarczych. Pandemia koronawirusa (COVID-19) wzmocniła powszechną potrzebę ochrony i inwestowania we wszystkie zawody zaangażowane w gotowość i zdolność reagowania, w funkcje zdrowia publicznego oraz w świadczenie podstawowych usług zdrowotnych. Znaczenie pracowników służby zdrowia w odpowiedzi na tę i przyszłe pandemie wymaga, aby wkład położnych i pielęgniarek w UHC i cele zrównoważonego rozwoju został zoptymalizowany poprzez spójne podejście, które współdziała z istniejącymi strategiami wspieranymi przez WHO i kluczowych partnerów.





**Globalne kierunki strategiczne dla pielęgniarstwa i położnictwa na lata 2021-2025**

ROZDZIAŁ 2

Strategiczne kierunki i priorytety polityki na lata 2021-202

6. Wznowione Siedemdziesiąte Trzecie Światowe Zgromadzenie Zdrowia zwróciło się do WHO o *„zaangażowanie wszystkich regionów WHO w aktualizację Globalnych Strategicznych Kierunków Pielęgniarstwa i Położnictwa na lata 2016-2020 oraz, po konsultacjach z państwami członkowskimi, przedłożenie tej aktualizacji Siedemdziesiątemu Czwartemu Światowemu Zgromadzeniu Zdrowia do rozpatrzenia" (9)[[1]](#footnote-1).* W maju 2021 r. Siedemdziesiąte Czwarte Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło *Globalne kierunki strategiczne dla pielęgniarstwa i położnictwa (SDNM) na lata 2021-2025* rezolucją WHA(74.15).

7. SDNM obejmuje cztery obszary: edukację, miejsca pracy, przywództwo i świadczenie usług. Każdy „kierunek strategiczny” obejmuje od dwóch do czterech priorytetowych działań politycznych niezbędnych do jego osiągnięcia. Priorytetowe polityki wynikają z dowodów opublikowanych w *Raporcie o* *stanie pielęgniarstwa na świecie 2020* [*State of the world's nursing] 2020 (7)* i *Raporcie o* *stanie pielęgniarstwa na świecie 2020* i *[State of the world's midwifery] (10).* Aby zidentyfikować najważniejsze działania polityczne, przeprowadzono ćwiczenie ustalania priorytetów z udziałem ponad 600 liderów pielęgniarstwa i położnictwa z ministerstw zdrowia, krajowych stowarzyszeń pielęgniarskich i położniczych, organów regulacyjnych, ośrodków współpracujących z WHO w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa oraz kampanii *Nursing Now,* uczestniczących w odbywającym się co dwa lata Światowym Forum Rządowych Przełożonych Pielęgniarek i Położnych WHO (GCNMO) oraz w spotkaniu „Triady” organizowanym przez WHO, Międzynarodową Konfederację Położnych i Międzynarodową Radę Pielęgniarek *(11).* Regionalne i globalne procesy konsultacyjne potwierdziły i pomogły udoskonalić priorytetowe polityki.

8. Priorytety polityki są ze sobą powiązane: kwestie i reakcje polityczne w jednym z nich są skorelowane z kwestiami i reakcjami politycznymi w innych. Związek między priorytetami polityki można zrozumieć poprzez poniższą ilustrację ram rynku pracy w sektorze zdrowia (Rys. 1).

**4 Globalne kierunki strategiczne dla pielęgniarstwa i położnictwa na lata 2021-2025**

9. Ramy rynku pracy w sektorze ochrony zdrowia umożliwiają zrozumienie głównych czynników, które wpływają na dostępność, dystrybucję, zdolność, środowisko świadczenia usług i wydajność personelu pielęgniarskiego i położniczego w świadczeniu usług skoncentrowanych na osobie w celu osiągnięcia UHC *(12). SDNM* są celowo zwięzłe; zachęcamy czytelników do zapoznania się z *Raportem o* *stanie pielęgniarstwa na świecie 2020* i *Raportem o* *stanie położnictwa na świecie 2021 w* celu uzyskania bardziej szczegółowych informacji na temat dowodów potwierdzających. Dodano odniesienia w celu uwzględnienia istotnych dowodów opublikowanych w trakcie lub od czasu opracowania tych dwóch raportów.

10. Sugerowana strategia wdrażania odzwierciedla integracyjny proces rozpoczynający się od szerokiego zaangażowania w celu zapewnienia solidnych danych krajowych, międzysektorowego dialogu politycznego wspieranego przez dane i analizy oraz opartego na dowodach podejmowania decyzji w sprawie odpowiednich działań politycznych i inwestycji. Chociaż dokument kładzie nacisk na działania krajowego ministerstwa zdrowia, rola kluczowych interesariuszy w udostępnianiu danych, uczestniczeniu w dialogu politycznym i przyspieszaniu wdrażania polityk poprzez skoordynowaną pracę i dostosowane inwestycje ma zasadnicze znaczenie dla znaczącego ruchu w każdym z kierunków strategicznych.

11. Ramy monitorowania i rozliczalności są zorganizowane wokół kontinuum dane-dialog-podejmowanie decyzji (patrz Załącznik 1). Przyszłe raportowanie postępów jest celowo kierowane za pośrednictwem dwóch już istniejących mechanizmów wymiany danych i informacji: platformy National Health Workforce Accounts (NHWA) (13) oraz odbywającego się co dwa lata Globalnego Forum GCNMO, które odbywa się w połączeniu ze spotkaniem „Triady”.

12. W niniejszym dokumencie terminy „położna” i „pielęgniarka” odnoszą się do różnych grup zawodowych opisanych w Międzynarodowym Standardzie Klasyfikacji Zawodów z 2008 r. *(14).* WHO uznaje i docenia różnice zawodowe i zakresy praktyki pielęgniarki i położnej, a także fakt, że wiele krajów decyduje się na wspólne kształcenie i legislację dla położnych i pielęgniarek w celu zaspokojenia potrzeb w zakresie świadczenia usług zdrowotnych. SDNM podkreśla priorytetowe kwestie, które mają największe znaczenie dla obu zawodów. Tam, gdzie wyzwania i odpowiedzi na poziomie polityki są różne, są one artykułowane oddzielnie.



/■

Zagranica

Rysunek 1 Ramy rynku pracy w sektorze ochrony zdrowia

 Gospodarka, populacja i szersze czynniki społeczne

Sektor edukacji Dynamika rynku pracy

Powszechny dostęp do opieki zdrowotnej

Dostępna, przystępna i zadowalająca kadra pracowników służby zdrowia świadcząca dobrej jakości usługi

Sektor służby zdrowia \*\*

Inne sektory

Zatrudnieni

Bezrobotni

Poza rynkiem pracy

Pula
wykwalifikowanych
pracowników służby zdrowia\*

Migracja

Szkolenie w innych dziedzinach

Szkolenie w zakresie zdrowia

Liceum

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Polityki dotyczące kształcenia**-infrastruktura i materiały-rekrutacja-selekcja studentów-kadra nauczycielska < > |  | **Polityki dotyczące wpływów i wypływów kadry**-rozwiązanie kwestii imigracji i emigracji-przyciągnięcie bezrobotnych pracowników służby zdrowia-przywrócenie specjalistów służby zdrowia do pracy w sektorze opieki zdrowotnej <> |  | **Polityki mające na celu rozwiązanie problemu złej dystrybucji i nieefektywności** -poprawa produktywności i wydajności -poprawa składu zestawu umiejętności -zatrzymanie pracowników służby zdrowia na obszarach o niedostatecznym dostępie do opieki zdrowotnejk *J* |
|  |  |  |  |  |  |

**' x**

**Polityki regulujące sektor prywatny**

 -zarządzanie podwójną praktyką

 -poprawa jakości kształcenia i szkoleń

 -usprawnienie świadczenia usług

. ?

\* Podaż wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia i opieki społecznej chętnych do pracy

\*\* Zapotrzebowanie na pracowników służby zdrowia i opieki społecznej w sektorach zdrowia i opieki społecznej związanej ze zdrowiem

**Źródło:** Adaptacja z Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91:892-4.

**Strategiczne kierunki i priorytety polityki na lata 2021-2025 5**

Tabela 1 Podsumowanie globalnych kierunków strategicznych i priorytetów polityki na lata 2021-2025

**EDUKACJA**

**MIEJSCA PRACY**

**Kierunek strategiczny:** Absolwenci położnictwa i pielęgniarstwa zaspokajają lub przewyższają zapotrzebowanie systemu opieki zdrowotnej oraz posiadają wymaganą wiedzę, kompetencje i postawy, aby spełnić krajowe priorytety zdrowotne.

**Priorytet polityki:** Dostosowanie poziomów kształcenia pielęgniarek i położnych do zoptymalizowanych ról w systemie opieki zdrowotnej i systemie akademickim.

**Priorytet polityki:** Optymalizacja krajowego kształcenia położnych i pielęgniarek w celu zaspokojenia lub przewyższenia zapotrzebowania systemu opieki zdrowotnej.

**Priorytet polityki:** Projektowanie programów edukacyjnych w taki sposób, aby opierały się na kompetencjach, stosowały efektywne metody uczenia się, spełniały standardy jakości i były dostosowane do potrzeb zdrowotnych populacji.

**Priorytet polityki:** Zapewnienie, że wykładowcy są odpowiednio przeszkoleni w zakresie najlepszych metod pedagogicznych i technologii oraz dysponują wiedzą kliniczną w obszarach merytorycznych.

**Kierunek strategiczny**: Zwiększenie dostępności pracowników służby zdrowia poprzez zrównoważone tworzenie miejsc pracy dla pielęgniarek i położnych, skuteczną rekrutację i zatrzymywanie położnych i pielęgniarek w branży oraz etyczne zarządzanie międzynarodową mobilnością i migracją.

**Priorytet polityki:** Planowanie i prognozowanie zatrudnienia pielęgniarek i położnych z uwzględnieniem rynku pracy w sektorze opieki zdrowotnej.

**Priorytet polityki:** Zapewnienie odpowiedniego popytu (miejsc pracy) w odniesieniu do świadczenia usług zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i innych priorytetów w zakresie zdrowia populacji.

**Priorytet polityki:** Wzmocnienie wdrażania globalnego kodeksu praktyk WHO w zakresie międzynarodowej rekrutacji personelu medycznego.

**Priorytet polityki:** Przyciągnięcie, rekrutacja i zatrzymanie położnych i pielęgniarek tam, gdzie są najbardziej potrzebne.

**PRZYWÓDZTWO**

**Kierunek strategiczny:** Zwiększenie odsetka i autorytetu położnych i pielęgniarek na wyższych stanowiskach w służbie zdrowia i w systemie akademickim oraz ciągłe kształcenie następnego pokolenia liderów pielęgniarstwa i położnictwa**.**

**Priorytet polityki:** Ustanowienie i wzmocnienie stanowisk kierowniczych wyższego szczebla w zakresie kierowania i zarządzania pracownikami pielęgniarstwa i położnictwa oraz ich wkładu w politykę zdrowotną.

**Priorytet polityki:** Inwestowanie w rozwój umiejętności przywódczych położnych i pielęgniarek.

**ŚWIADCZENIE USŁUG**

**Kierunek strategiczny:** Położne i pielęgniarki pracują w pełnym zakresie swojego wykształcenia i wyszkolenia w bezpiecznych i wspierających środowiskach świadczenia usług.

**Priorytet polityki:** Przegląd i wzmocnienie systemów regulacyjnych w odniesieniu do zawodu oraz, w razie potrzeby, wspieranie budowania potencjału organów regulacyjnych.

**Priorytet polityki:** Dostosowanie miejsc pracy, aby umożliwić położnym i pielęgniarkom maksymalny wkład w świadczenie usług w interdyscyplinarnych zespołach opieki zdrowotnej.

**6 Globalne kierunki strategiczne dla pielęgniarstwa i położnictwa na lata 2021-2025**

OBSZAR POLITYKI

**2.1 EDUKACJA**

Dowody

13. **Zarówno w poszczególnych krajach, jak i pomiędzy nimi, istnieje wiele różnych programów edukacyjnych „na poziomie podstawowym”, umożliwiających zdobycie zawodu położnej lub pielęgniarki.** Różne poziomy mają różne wymagania wstępne i czas trwania programu, a także poświadczenia edukacyjne, od certyfikatu lub dyplomu po tytuł licencjata lub magistra *(15-17).* Po zatrudnieniu w systemie opieki zdrowotnej, tytuł i role nie rozróżniają pierwotnego poziomu wykształcenia położnej lub pielęgniarki. Ścieżką do zawodu położnej może być albo wstępne wykształcenie pielęgniarskie, albo „bezpośrednie wejście” do programu kształcenia położnych. Coraz częściej wzywa się do ujednolicenia minimalnego wykształcenia położnych i pielęgniarek na poziomie licencjatu *(18-23).* Położne i pielęgniarki z bardziej zaawansowanym wykształceniem mogą przyjąć szersze obowiązki w systemie opieki zdrowotnej, w tym przywództwo, badania i nauczanie *(17, 24).*

14. **Zapewnienie jakości programów kształcenia pielęgniarek i położnych oraz przygotowanie wykwalifikowanej kadry pozostaje kluczowym wyzwaniem.** W *Raporcie o* *stanie pielęgniarstwa na świecie 2020* i *Raporcie o* *stanie położnictwa na świecie 2021* wysoki odsetek krajów zgłosił istnienie standardów kształcenia i mechanizmów akredytacji. Jednak w wielu krajach, w których istnieją mechanizmy akredytacji, proces ten nie jest w stanie zidentyfikować kwestii związanych z jakością i zapewnić, że edukacja jest skuteczna i adekwatna do realizacji lokalnych priorytetów zdrowotnych *(25-27).* Na przykład, w edukacji położniczej, przeszkody w zapewnieniu wysokiej jakości kształcenia obejmują zapewnienie wystarczającej ilości czasu kształcenia „praktycznego” dla studentów w odpowiednich warunkach klinicznych i położniczych *(28-30).* Niedobór wykwalifikowanych wykładowców do kształcenia położnych i pielęgniarek jest powszechnym problemem, szczególnie na poziomie licencjackim i wyższym *(31-33).* Wśród 70 krajów, które odpowiedziały na ankietę przeprowadzoną w latach 2019-2020 przez Międzynarodową Konfederację Położnych, mniej niż połowa (46%) zgłosiła, że wszyscy ich nauczyciele położnych byli „wykwalifikowanymi położnymi” *(8).*

15. Wiele krajów nie kształci wystarczającej liczby absolwentów położnictwa i pielęgniarstwa, aby zaspokoić zapotrzebowanie systemu opieki zdrowotnej lub potrzeby zdrowotne populacji. Niewystarczająca liczba położnych i pielęgniarek w odniesieniu do zapotrzebowania systemu opieki zdrowotnej może być spowodowana różnymi czynnikami, w tym ograniczoną zdolnością instytucji do rekrutacji lub doprowadzenia odpowiedniej liczby absolwentów do ukończenia programu kształcenia, niewystarczającymi wydatkami rządowymi, przepisami ograniczającymi przyjęcia lub kwestiami związanymi z infrastrukturą, kadrą akademicką lub miejscami praktyk klinicznych. Tam, gdzie istnieje taka możliwość, rekrutacja może być niewystarczająca ze względu na kulturowe lub społeczne postrzeganie zawodów lub dlatego, że warunki pracy, wynagrodzenia lub ścieżki kariery nie są atrakcyjne *(34-36).* Wreszcie, kraj może doświadczyć niedoboru, jeśli absolwenci nie posiadają odpowiednich kompetencji, aby zaspokoić potrzeby zdrowotne populacji.

**Strategiczne kierunki i priorytety polityki na lata 2021-2025 7**

Aby zrekompensować niewystarczającą liczbę absolwentów kształconych w kraju, niektóre państwa, zwłaszcza te o wysokim dochodzie, w większym stopniu polegają na międzynarodowej mobilności i migracji pielęgniarek *(7, 37).* W *Raporcie o* *stanie pielęgniarstwa na świecie 2020* i *Raporcie o* *stanie położnictwa na świecie 2021* kraje zgłosiły znaczne trudności w gromadzeniu danych związanych z możliwościami edukacyjnymi, absolwentami, kosztami i finansowaniem.

16. **Reakcja na COVID-19 podkreśliła nowe i istniejące wcześniej priorytety w zakresie edukacji pielęgniarskiej i położniczej.** Reakcja na globalną pandemię ujawniła potrzebę innowacyjnych, odpornych na zakłócenia i skutecznych metod kształcenia położnych i pielęgniarek. Ponownie podkreśliła również potrzebę kształcenia położnych i pielęgniarek z przekrojowymi kompetencjami w zakresie opieki międzyzawodowej, zespołowej i adekwatnej kulturowo, w tym z wykorzystaniem technologii cyfrowych *(38-44).* Podczas gdy edukacja cyfrowa i sesje symulacyjne są skutecznie zwiększane dla studentów w niektórych środowiskach *(45-49),* potrzebne są większe inwestycje, aby zapewnić skuteczne projektowanie uczenia się, dostępność cyfrową, odpowiedni system oceniania i dostosowane uczenie się, a także wsparcie dla wykładowców w projektowaniu i dostarczaniu cyfrowego uczenia się.

**Kierunek strategiczny:** Absolwenci położnictwa i pielęgniarstwa zaspokajają lub przewyższają zapotrzebowanie systemu opieki zdrowotnej i posiadają wymaganą wiedzę, kompetencje i postawy, aby zrealizować krajowe priorytety zdrowotne.

17. **Priorytet polityki: Dostosowanie poziomów kształcenia do zoptymalizowanych ról w ramach systemów opieki zdrowotnej i akademickiej.** Przegląd adekwatności poziomów programowych w odniesieniu do zoptymalizowanego zestawu umiejętności pracowników służby zdrowia może wskazywać na potrzebę dostosowania lub podniesienia wymagań stawianych przed kandydatami do podjęcia i ukończenia programów kształcenia w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa. Kluczową kwestią jest utrzymanie szerokiej gamy punktów wejścia do programów edukacyjnych, przy jednoczesnym podniesieniu statusu pielęgniarstwa i położnictwa poprzez wyższe stopnie naukowe, które przynoszą obowiązki związane z większą odpowiedzialnością w placówkach służby zdrowia, a także możliwości rozwoju kariery. Musi to jednak iść w parze z możliwościami instytucjonalnymi dla nowych programów i zdolnością do wchłaniania absolwentów przez systemy opieki zdrowotnej i akademickie.

18. **Działania wspomagające:** Ocena, czy programy kształcenia pielęgniarek i położnych na poziomie podstawowym przygotowują absolwentów do pełnienia ról w systemie opieki zdrowotnej i środowiskach akademickich, które wykorzystują pełny zakres ich wykształcenia i szkolenia. Rozważenie programów pomostowych i innych mechanizmów podnoszenia kwalifikacji studentów oraz tego, w jaki sposób zaawansowana edukacja może wiązać się z większą odpowiedzialnością w miejscu pracy i proporcjonalnym wynagrodzeniem. Zbadanie geograficznej harmonizacji wymagań wstępnych i końcowych, w tym możliwości edukacji międzyzawodowej, w celu przygotowania studentów do multidyscyplinarnej pracy zespołowej w środowisku świadczenia usług.

**8 Globalne kierunki strategiczne dla pielęgniarstwa i położnictwa na lata 2021-2025**

19. **Priorytet polityki: Optymalizacja krajowego kształcenia położnych i pielęgniarek w celu zaspokojenia lub przewyższenia zapotrzebowania systemu opieki zdrowotnej zarówno ze strony sektora publicznego, jak i prywatnego.** W wielu krajach konieczne będą inwestycje w celu zwiększenia liczby krajowych absolwentów, ułatwienia rozwoju wydziałów i kadry akademickiej oraz zajęcia się ograniczeniami infrastrukturalnymi i technologicznymi. Różnorodne dźwignie finansowe i pozafinansowe mogą ułatwić ścieżki kształcenia w podstawowej opiece zdrowotnej, pomóc zwiększyć różnorodność studentów i wykładowców, zapewnić minimalny okres pracy w sektorze publicznym lub rozmieszczenie i zatrzymanie absolwentów w celu wykonywania zawodu w społecznościach wiejskich i oddalonych.

20. **Działania wspomagające:** Międzysektorowy dialog polityczny posługujący się danymi dotyczącymi rynku pracy w sektorze zdrowia pochodzącymi z instytucji publicznych i prywatnych może pomóc w określeniu opcji politycznych w celu dostosowania kształcenia do potrzeb populacji i wymagań systemu opieki zdrowotnej, na przykład w odniesieniu do niewystarczającej liczby absolwentów, niskiej rekrutacji lub niedopasowania umiejętności absolwentów do potrzeb zdrowotnych populacji. Dane i dialog mogą również informować, czy dźwignie finansowe i pozafinansowe (dotacje, granty, szkolenia na obszarach wiejskich, ukierunkowane polityki przyjmowania na studia z mechanizmami wsparcia) mogą pomóc w dostosowaniu edukacji do priorytetów polityki.

**21. Priorytet polityki: Projektowanie programów edukacyjnych w taki sposób, aby były one oparte na kompetencjach, stosowały efektywne metody nauczania, spełniały standardy jakości i były zgodne z potrzebami zdrowotnymi populacji.** Edukacja oparta na kompetencjach jako podejście do projektowania i wdrażania programów nauczania oparte na wynikach może przyczynić się do poprawy zdrowia społeczności, gdy do określenia pożądanych kompetencji wykorzystywane są kwestie zdrowotne specyficzne dla danego kontekstu *(50).* Akredytacja edukacji, choć jest przede wszystkim mechanizmem odpowiedzialności mającym na celu zapewnienie, że instytucje spełniają standardy jakości, służy również do identyfikacji i adresowania obszarów w celu poprawy kompetencji i liczby wykładowców, kryteriów przyjęć i kompetencji studentów poprzez zaktualizowane i kontekstowo odpowiednie programy nauczania *(26).* Standardy akredytacyjne powinny odzwierciedlać pojawiające się trendy w usługach zdrowotnych, które będą miały wpływ na przyszłą praktykę zdrowotną, w tym zmieniające się obciążenie chorobami, przeprojektowanie systemów opieki zdrowotnej, opiekę zespołu składającego się z profesjonalistów w różnych dziedzinach, gotowość na wypadek katastrofy, bezpieczeństwo pacjentów i wykorzystanie technologii.

22. **Działania wspierające:** Wewspółpracy z zainteresowanymi stronami z sektora zdrowia i edukacji, zdefiniowanie wyników programów nauczania jako dostosowanych do potrzeb zdrowotnych i ról położnych i pielęgniarek pracujących w skoncentrowanych na ludziach, zintegrowanych, opartych na pracy zespołów placówkach służby zdrowia i opiekuńczych. Zapewnienie odpowiednich podstaw wiedzy, aby umożliwić zapewnienie najlepszych praktyk w zakresie świadczenia opieki i odpowiednich możliwości uczenia się klinicznego przed rozpoczęciem pracy. Wymaganie akredytacji wszystkich programów kształcenia pielęgniarek i położnych, w tym prywatnych programów nastawionych na zysk, w celu wspierania wysokiej jakości edukacji. Współpraca z organizacjami akredytacyjnymi w celu zidentyfikowania i rozwiązania problemów związanych z jakością. *Framework for action to strengthen midwifery education (Ramy działania na rzecz wzmocnienia edukacji położnych*) to przewodnik mający na celu rozwój wysokiej jakości, zrównoważonej edukacji położnych w ramach kształcenia i doskonalenia zawodowego wraz z siedmioetapowym planem działania dla zainteresowanych stron *(51).*

**Strategiczne kierunki i priorytety polityki na lata 2021-2025** 9

23. **Priorytet polityki: Zapewnienie, że wykładowcy są odpowiednio przeszkoleni w zakresie najlepszych metod i technologii edukacyjnych i wykazują wiedzę specjalistyczną w obszarach merytorycznych.** Zwiększenie liczby wykładowców przy jednoczesnym zapewnieniu ich wysokiej jakości będzie wymagało zaawansowanego szkolenia lub studiów w zakresie procesów i metod edukacyjnych, a także zaangażowania w placówkach klinicznych w celu zidentyfikowania ekspertów klinicystów, którzy będą mentorami lub nadzorcami studentów w tych placówkach. Będzie to również wymagało zwiększonych inwestycji w technologie cyfrowe i infrastrukturę oraz szkolenia wykładowców w zakresie korzystania z technologii cyfrowych do zdalnego uczenia się, symulacji klinicznych oraz zaangażowania mentorów klinicznych i studentów na obszarach oddalonych lub wiejskich. Wykładowcy muszą być w stanie utrzymać kompetencje kliniczne, a także rozwijać i wzmacniać kliniczne i dydaktyczne umiejętności nauczania i badań.

24. **Działania wspomagające:** Wykorzystanie wyników akredytacji do określenia, gdzie należy dokonać inwestycji w rekrutację, utrzymanie i rozwój kadry akademickiej. Konieczne mogą być inwestycje w technologie informatyczne lub sprzęt oraz zwiększenie dostępu do technologii cyfrowych dla studentów i kadry na obszarach wiejskich lub oddalonych. Opracowanie procesów nagradzania lub promowania wysoko wykwalifikowanych wykładowców. Zachęcanie do korzystania z programów pomostowych (na przykład prowadzących do zdania matury) lub programów mających na celu zwiększenie liczby doświadczonych klinicystów kwalifikujących się do zapisania się na studia magisterskie, które przygotowują wykładowców w zakresie przywództwa, zarządzania systemami i prowadzenia badań klinicznych, w tym studiów podyplomowych. Sieci pracowników akademickich i badaczy oraz międzynarodowe programy wymiany wykładowców okazały się skuteczne w budowaniu potencjału badawczego wśród nauczycieli.

**Globalne kierunki strategiczne dla pielęgniarstwa i położnictwa na lata 2021-2025**

**10**



OBSZAR POLITYKI

2.2 MIEJSCA PRACY

Dowody

25. **Liczba i rozmieszczenie położnych i pielęgniarek na całym świecie nie są współmierne do celów UHC i SDG.** Globalna kadra pielęgniarek wynosząca 27,9 miliona to niedobór 5,9 miliona pielęgniarek. Niedobór ten występuje w przeważającej mierze (89%) w krajach o niskim i średnim dochodzie. Przewiduje się, że do 2030 r. liczba personelu pielęgniarskiego wzrośnie do 36 mln, ale 70% prognozowanego wzrostu ma nastąpić w krajach o średnim i wysokim dochodzie. Kadrę położnych szacuje się na 1,9 miliona, przy podobnej skali nierównomiernej dystrybucji w krajach o niskim i średnim dochodzie. Mając dostęp do odpowiedniej edukacji, regulacji i innych form wsparcia, położne mogłyby zaspokoić około 90% globalnego zapotrzebowania na podstawowe interwencje w zakresie zdrowia seksualnego, reprodukcyjnego, macierzyńskiego, noworodków i nastolatków *(8).* Położne stanowią jednak mniej niż 10% globalnej siły roboczej świadczącej te usługi, co wskazuje na potrzebę zwiększenia popytu ekonomicznego na tworzenie miejsc pracy dla położnych. Podczas gdy dane zgłoszone przez kraje dotyczące ich personelu pielęgniarskiego i położniczego w *Raporcie o* *stanie pielęgniarstwa na świecie 2020* i *Raporcie o* *stanie położnictwa na świecie 2021* były mocne pod względem liczby lub „zasobów”, nadal istnieją poważne wyzwania związane z dokładnym rozróżnieniem między położnymi, pielęgniarkami i pielęgniarkami-położnymi oraz zgłaszaniem dodatkowych danych potrzebnych do planowania siły roboczej i analiz rynku pracy w sektorze zdrowia.

26. **Międzynarodowa mobilność pracowników i migracja mają coraz większe znaczenie dla wielu sektorów i interesariuszy.** Około jedna na osiem pielęgniarek pracuje w kraju innym niż ten, w którym się urodziła lub kształciła. Zależność od pielęgniarek urodzonych i wykształconych za granicą była 15 razy wyższa w krajach o wysokim dochodzie niż w krajach o innych kategoriach dochodu. Podobnie w przypadku położnych, zależność od osób urodzonych lub wykształconych za granicą była niższa w krajach o niskim i średnim dochodzie. Małe rozwijające się państwa wyspiarskie mogą napotykać szczególne trudności w zatrzymywaniu pracowników służby zdrowia, którzy mogą zarabiać wyższe pensje w krajach sąsiednich o lepszych zasobach *(52-54).* Chociaż nastąpił wzrost liczby umów międzyrządowych związanych z międzynarodową mobilnością pracowników służby zdrowia, ministerstwa zdrowia i inne zainteresowane strony nie są systematycznie zaangażowane w negocjowanie i wdrażanie tych umów *(55).* Międzynarodowa mobilność pracowników i migracja mogły wzrosnąć podczas pandemii COVID-19 ze względu na popyt na pracę pielęgniarek i złagodzone bariery wejścia na rynek pracy *(56).*

**Strategiczne kierunki i priorytety polityki na lata 2021-2025 11**

27 **Rekrutacja i utrzymanie personelu jest niemal powszechnym problemem, szczególnie na obszarach wiejskich i oddalonych oraz w małych rozwijających się państwach wyspiarskich** *(52, 57, 58).* W niektórych okolicznościach zmniejszona dostępność może występować wraz z bezrobociem i sytuacjami, w których miejsca pracy (wakaty) nie są obsadzane z powodu ograniczeń w przestrzeni fiskalnej lub finansowej potrzebnej do zatrudnienia położnych i pielęgniarek lub dlatego, że zdecydowały się one na pracę w innych sektorach *(59, 60).* Po zatrudnieniu położne i pielęgniarki doświadczają dobrze udokumentowanych czynników „wypychających i przyciągających”, w tym uprzedzeń związanych z płcią i władzą, które mogą przenikać politykę i przepisy dotyczące miejsca pracy *(34, 61, 62).* Dowody wskazują, że różnorodne zachęty finansowe i pozafinansowe mogą pomóc w zatrzymaniu położnych i pielęgniarek na obszarach wiejskich, oddalonych i innych niedostatecznie rozwiniętych obszarach, w tym autonomia zawodowa i możliwości pracy w pełnym zakresie praktyki *(53, 57, 58, 63-65).* W przypadku obu zawodów COVID-19 uwypuklił luki w politykach ważnych dla zatrzymania położnych i pielęgniarek w placówkach opieki w celu zapewnienia bezpieczeństwa i higieny, co prowadzi do infekcji, chorób i zgonów, a także wypalenia zawodowego, absencji i związanego z tym wpływu na świadczenie usług zdrowotnych *(66-69).*

**Kierunek strategiczny:** Zwiększenie dostępności pracowników służby zdrowia poprzez zrównoważone tworzenie miejsc pracy dla pielęgniarek i położnych, skuteczną rekrutację i zatrzymywanie położnych i pielęgniarek oraz etyczne zarządzanie międzynarodową mobilnością i migracją.

28. **Priorytet polityki: Planowanie i prognozowanie zatrudnienia pielęgniarek i położnych z perspektywy rynku pracy w sektorze ochrony zdrowia.** Wykorzystanie perspektywy rynku pracy w sektorze zdrowia pozwala na kompleksowe zrozumienie sił, które powodują niedobory i nadwyżki pracowników służby zdrowia, zróżnicowanie umiejętności i nierównowagę geograficzną oraz nieoptymalne wyniki. Dane dotyczące zasobów i dystrybucji, a także edukacji (kandydaci, kadra, absolwenci) i zatrudnienia (wakaty, rotacja, migracja) są niezbędne do opracowania skutecznych polityk dotyczących pracowników służby zdrowia oraz prognozowania i planowania przyszłych potrzeb. Kraje zazwyczaj stosują analizę rynku pracy w służbie zdrowia w procesie opracowywania lub aktualizacji planów strategicznych i inwestycyjnych dotyczących pracowników służby zdrowia.

29. **Działania wspierające:** Wielosektorowe podejście prowadzone przez ministerstwo zdrowia i rządowych naczelnych pielęgniarzy i naczelnych położnych w koordynacji i współpracy z ministerstwami edukacji, finansów, pracy, rozwoju społecznego oraz sektorami prywatnym, pozarządowym i non-profit ma kluczowe znaczenie dla identyfikacji kluczowych kwestii politycznych i danych potrzebnych do analizy. Kraje powinny przyspieszyć wdrażanie NHWA w celu zestawiania danych niezbędnych do analiz rynku pracy w sektorze zdrowia i zarządzania siłą roboczą. Planowanie i prognozowanie powinno uwzględniać zoptymalizowane zakresy praktyki, na przykład autonomiczną praktykę położnych w środowiskach lokalnych i świadczenie usług pielęgniarskich w podstawowej opiece zdrowotnej, w tym zarządzanie chorobami niezakaźnymi. Dialog z wykorzystaniem perspektywy rynku pracy może również uwzględniać sposób, w jaki modele świadczenia usług, takie jak ciągłość opieki prowadzona przez położne, mogą wpływać na dostęp, jakość opieki, satysfakcję z pracy oraz rekrutację i zatrzymanie pracowników.

**Globalne kierunki strategiczne dla pielęgniarstwa i położnictwa na lata 2021-2025**

**12**

30. **Priorytet polityki: Zapewnienie odpowiedniego popytu (miejsc pracy) w odniesieniu do świadczenia usług zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i innych priorytetów w zakresie zdrowia populacji.** 5,9 miliona nowych miejsc pracy dla pielęgniarek i położnych wymaganych do zaspokojenia potrzeb populacji można stworzyć w większości krajów przy istniejącym finansowaniu krajowym poprzez większe skupienie się na mobilizacji zasobów krajowych *(70).* Niektóre kraje o niskim i średnim dochodzie staną w obliczu wyzwań związanych z tworzeniem miejsc pracy ze względu na niewystarczający popyt na zatrudnienie położnych i pielęgniarek potrzebnych do osiągnięcia UHC; inne kraje mogą potrzebować zwiększenia zdolności absorpcyjnej lub ogólnego udziału w rynku pracy *(71).* Harmonizacja i dostosowanie zobowiązań darczyńców, partnerów rozwojowych i międzynarodowych instytucji finansowych może umożliwić zrównoważone, zoptymalizowane wsparcie dostosowujące przepływy finansowe i politykę do priorytetów gospodarczych, społecznych i środowiskowych Agendy na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030 *(72).* Pozwoli to na wzmocnienie kadr pielęgniarek i położnych, przy jednoczesnym zapewnieniu, że fundusz płac może zostać rozszerzony i utrzymany, aby przyspieszyć postęp w kierunku UHC i innych celów zdrowotnych.

31. **Działania wspomagające:** Analiza rynku pracy w sektorze zdrowia w połączeniu z ekonomiczną analizą wykonalności może pomóc w informowaniu o działaniach mających na celu optymalizację inwestycji w siłę roboczą pielęgniarek i położnych. Mobilizacja zasobów krajowych może obejmować dodatkowe środki budżetowe na zatrudnienie pielęgniarek i położnych oraz włączenie sektora prywatnego do zróżnicowanych i zrównoważonych modeli finansowania w celu zapewnienia dostępności położnych i pielęgniarek w perspektywie długoterminowej. Kraje otrzymujące pomoc rozwojową mogą być zmuszone do zidentyfikowania możliwości pozyskania finansowania międzysektorowego w celu wsparcia strategii dotyczących pracowników służby zdrowia i wdrożenia innowacyjnych mechanizmów finansowania, takich jak instytucjonalne łączenie funduszy, przy jednoczesnym budowaniu zdolności do zrównoważonego wzrostu wynagrodzeń. Tworzenie miejsc pracy i nowe możliwości zatrudnienia powinny być sprawiedliwie dostępne i przyczyniać się do tworzenia kadr pielęgniarskich i położniczych, które są reprezentatywne dla populacji, którym służą.

32. Priorytet polityki: Wzmocnienie wdrażania Globalnego kodeksu praktyk WHO w zakresie międzynarodowej rekrutacji personelu medycznego („Kodeks”).

Kodeks jest powszechnie uznawany za uniwersalne ramy etyczne łączące międzynarodową rekrutację pracowników służby zdrowia i wzmacnianie systemów opieki zdrowotnej. Wdrożenie Kodeksu może pomóc w zapewnieniu, że postęp w kierunku UHC oraz zdolność do reagowania i zarządzania nagłymi przypadkami zdrowotnymi w państwach członkowskich służy wspieraniu, a nie narażaniu na szwank podobnych osiągnięć w innych państwach członkowskich.

33.**Działania wspomagające:** Interesy interesariuszy systemu opieki zdrowotnej, w tym ministerstw zdrowia, muszą być brane pod uwagę w ramach dyskusji związanych z międzynarodową migracją i mobilnością pracowników służby zdrowia. O ile to możliwe, porozumienia między krajami w tym obszarze powinny być wyraźnie oparte na analizach rynku pracy w sektorze zdrowia (zapewniając brak negatywnego wpływu na system opieki zdrowotnej w kraju pochodzenia) i zgłaszane za pośrednictwem mechanizmu sprawozdawczości kodeksowej. W dzisiejszej zglobalizowanej gospodarce istnieją ramy zarządzania i regulacyjne dotyczące standardów zatrudnienia w celu promowania równych szans dla wszystkich płci w celu uzyskania godnej i produktywnej pracy *(73).*

**Strategiczne kierunki i priorytety polityki na lata 2021-2025 13**

34. **Priorytet polityki: Przyciągnięcie, rekrutacja i zatrzymanie położnych i pielęgniarek tam, gdzie są najbardziej potrzebne.** Międzysektorowe zaangażowanie interesariuszy jest niezbędne do zidentyfikowania kwestii i rozwiązań mających na celu poprawę rekrutacji i zatrzymywania położnych i pielęgniarek w obszarach o największych potrzebach oraz nie pozostawiania nikogo w tyle. Polityka w kwestii miejsc pracy może służyć zwiększeniu równego dostępu do usług zdrowotnych, przeciwdziałaniu dyskryminacji ze względu na płeć oraz zapewnieniu bezpieczeństwa położnych i pielęgniarek. Aspekty te są szczególnie ważne w nagłych wypadkach zdrowotnych, gdzie przy braku takich polityk położne i pielęgniarki mogą być narażone na niedopuszczalne ryzyko i naruszenia ich podstawowych praw jako pracowników służby zdrowia, w tym wysiedlenia i zagrożenia związane z kryzysem humanitarnym.

35. **Działania wspierające:** „Pakietowa” polityka zatrzymywania pracowników, obejmująca edukację, regulacje, zachęty oraz wsparcie osobiste i zawodowe *(74).* Rozważenie „wiejskiego rurociągu” studentów, którzy przechodzą szkolenie w zakresie opieki zdrowotnej i wracają do swoich społeczności, aby praktykować. Wdrożenie legislacyjnych i administracyjnych zabezpieczeń socjalnych, w tym odszkodowań z tytułu infekcji, niepełnosprawności lub śmierci, płatnych zwolnień chorobowych i ubezpieczeń od ryzyka zawodowego. Przeanalizowanie krajowych siatek płac w odniesieniu do płacy wystarczającej na utrzymanie i zobowiązanie się do sprawiedliwego i neutralnego pod względem płci systemu wynagrodzeń wśród pracowników służby zdrowia, w tym w sektorze prywatnym. Rozpoznawanie awansu edukacyjnego położnych i pielęgniarek wraz z odpowiadającymi im obowiązkami i związanym z nimi wynagrodzeniem. Egzekwowanie polityki zerowej tolerancji dla dyskryminacji ze względu na płeć oraz molestowania werbalnego, fizycznego i seksualnego.

**Globalne kierunki strategiczne dla pielęgniarstwa i położnictwa na lata 2021-2025**

**14**

OBSZAR POLITYKI 2.3. Przywództwo

Dowody

36. Kobiety stanowią prawie 70% pracowników służby zdrowia na świecie, 89% pracowników pielęgniarstwa i 93% pracowników położnictwa, ale zajmują tylko 25% wyższych stanowisk w organizacjach zdrowotnych *(61).* Luki w przywództwie ze względu na płeć wynikają ze stereotypów, dyskryminacji, nierównowagi sił i przywilejów *(57, 75, 76).* Wkład kobiet-liderów w dziedzinie zdrowia (na przykład położnych i pielęgniarek) rozszerza program zdrowotny i skutkuje polityką zdrowotną, która bardziej wspiera kobiety i dzieci *(34, 77-80).* Skuteczne umiejętności przywódcze położnych i pielęgniarek pozytywnie wpływają na utrzymanie położnych i pielęgniarek oraz świadczenie usług, a także mogą zmniejszyć stres psychiczny podczas pandemii *(64, 80-84).* Brak kobiet-liderów na szczeblu decyzyjnym lub wkładu położnych i pielęgniarek w politykę zdrowotną w zakresie zdrowia populacji osłabia ogólny postęp w kierunku UHC i celów zrównoważonego rozwoju *(85).*

37. **Około 70% i 50% krajów raportujących wskazało na obecność wyższego stanowiska rządowego na szczeblu krajowym odpowiednio dla pielęgniarstwa i położnictwa.** Dziewięć procent krajów zgłaszających dane do *Raportu stanie położnictwa na świecie 2021* wskazało, że nie ma położnych na stanowiskach kierowniczych. „Badanie migawkowe” naczelnych urzędników ds. pielęgniarstwa w rządach przeprowadzone przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek wykazało, że niewielu z nich miało uprawnienia do doradzania i wywierania wpływu na poziomie strategicznym *(86).* Tylko 50% krajów zgłaszających wskazało na istnienie wspieranych na szczeblu krajowym programów rozwoju przywództwa dla pielęgniarek. Jest to istotne, ponieważ nie wszystkie poziomy kształcenia pielęgniarek i położnych obejmują umiejętności przywódcze w programach nauczania *(79, 82, 87).* W krajach, które zgłosiły zarówno naczelnego urzędnika ds. pielęgniarstwa na poziomie rządowym, jak i krajowy program rozwoju przywództwa, istniała silniejsza sieć przepisów dotyczących miejsca pracy i edukacji.

**Strategiczne kierunki i priorytety polityki na lata 2021-2025 15**

**Kierunek strategiczny:** Zwiększenie odsetka i autorytetu położnych i pielęgniarek na wyższych stanowiskach w służbie zdrowia i akademickich oraz ciągłe rozwijanie i wzmacnianie pozycji następnego pokolenia liderów pielęgniarstwa i położnictwa.

38. **Priorytet polityki: Ustanowienie i wzmocnienie stanowisk kierowniczych wyższego szczebla w zakresie kierowania i zarządzania pracownikami pielęgniarstwa i położnictwa oraz wkładu w politykę zdrowotną.** Naczelni urzędnicy ds. pielęgniarstwa i naczelni urzędnicy ds. położnictwa w rządzach powinni pracować na równi z innymi pracownikami służby zdrowia przy podejmowaniu strategicznych decyzji, które mają wpływ na planowanie usług zdrowotnych w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych populacji. Na poziomie krajowym stanowisko to powinno mieć obowiązki i zasoby w zakresie zarządzania pielęgniarstwem i położnictwem, a także kierowania udostępnianiem i analizą danych dotyczących pielęgniarstwa i położnictwa, zwoływania zainteresowanych stron w celu prowadzenia dialogu politycznego i podejmowania decyzji opartych na danych.

39. **Działania wspomagające:** Upewnienie się, że rola ta jest odpowiednio finansowana, a zakres obowiązków obejmuje odpowiednie uprawnienia do podejmowania decyzji i wkład w rozwój polityki zdrowotnej. Zapewnienie szkoleń i rozwoju umiejętności dla naczelnych pielęgniarek i położnych kraju w obszarach finansów i administracji, zarządzania i planowania kadr w zakresie zdrowia populacji z wykorzystaniem analiz rynku pracy i przestrzeni fiskalnej. Konieczne może być ustanowienie lub wzmocnienie mandatów lub mechanizmów raportowania danych dotyczących siły roboczej i zwoływania zainteresowanych stron w celu wymiany danych i dialogu politycznego. W krajach ze zdecentralizowaną administracją służby zdrowia konieczne może być zbudowanie kompetencji i mechanizmów instytucjonalnych na szczeblu niższym niż krajowy.

40. **Priorytet polityki: Inwestowanie w rozwój umiejętności przywódczych położnych i pielęgniarek.** Programy rozwojowe mające na celu zwiększenie zdolności technicznych, administracyjnych i zarządczych mogą wyposażyć położne i pielęgniarki w kompetencje przywódcze, które nie zawsze są uwzględnione w ich programach nauczania. Programy, które obejmują staże lub mentoring w różnego rodzaju organizacjach lub u liderów, mogą zapoznać młode położne i pielęgniarki z różnymi kwestiami związanymi z opieką zdrowotną i wykorzystaniem badań w celu informowania o praktyce i polityce zdrowotnej.

41. **Działania wspomagające:** Zapewnienie przydziału środków budżetowych na programy krajowe lub regionalne. Wymaganie równych szans dla wszystkich płci, ras, grup językowych i etnicznych oraz odrębnych możliwości dla młodych położnych i pielęgniarek, a także grup niedostatecznie reprezentowanych na stanowiskach kierowniczych. Współpraca z organizacjami edukacyjnymi, badawczymi i opieki zdrowotnej w celu ustanowienia programów rozwoju przywództwa i możliwości mentoringu. Opracowanie mechanizmów przyznawania nagród i wyróżnień w celu zwrócenia uwagi na wkład pielęgniarstwa i położnictwa w realizację priorytetów zdrowotnych oraz zapewnienie młodszym położnym i pielęgniarkom wzorów do naśladowania.

**16 Globalne kierunki strategiczne dla pielęgniarstwa i położnictwa na lata 2021-2025**

OBSZAR POLITYKI

**2.4 Świadczenie usług**

Dowody

42. **Położne i pielęgniarki mogą bezpiecznie i skutecznie zapewnić dużą część podstawowej opieki zdrowotnej, ale często nie mogą pracować w pełnym zakresie swojego wykształcenia i szkolenia.** Pełne wykorzystanie kompetencji położnych i pielęgniarek może pomóc w zmniejszeniu różnic w dostępie do usług zdrowotnych dla wrażliwych, wiejskich i odległych populacji, w tym w czasach nagłych wypadków i kryzysów zdrowotnych *(88-91).* Powszechne objęcie interwencjami prowadzonymi przez położne mogłoby zapobiec 67% zgonów matek, 64% zgonów noworodków i 65% martwych urodzeń *(92).* Wykazano, żepielęgniarki z zaawansowaną praktyką mogą bezpiecznie i skutecznie świadczyć szeroki zakres usług, zarówno jako lekarz ogólny (na przykład pielęgniarka rodzinna), jak i specjalista (na przykład w zakresie anestezjologii, zdrowia dzieci, noworodków lub geriatrii) *(93-95).* Profesjonalne pielęgniarki mogą skutecznie świadczyć szeroki zakres usług podstawowej opieki zdrowotnej i opieki nad chorobami niezakaźnymi, w tym przepisywać leki i niektóre badania diagnostyczne *(96-98).* Poza dowodami, przepisy i regulacje mogą celowo ograniczać położnym i pielęgniarkom możliwość praktykowania pewnych kompetencji nabytych w trakcie edukacji, czasami ze względu na kwestie związane z innymi grupami zawodowymi *(99-102).* Polityka krajowa, strategie dotyczące konkretnych chorób (na przykład ludzkiego wirusa niedoboru odporności) oraz polityka lub protokoły placówek służby zdrowia mogą również wpływać na zakres usług, które mogą świadczyć położne i pielęgniarki *(103).*

43. **Przepisy zawodowe i systemy regulacyjne często nie odzwierciedlają rosnącej roli położnych i pielęgniarek w usługach, ich międzynarodowej mobilności i potrzeb w zakresie wymiany danych.** Przepisy zawodowe obejmują wymóg rejestracji i/lub posiadania licencji położnej lub pielęgniarki, zakres praktyki każdego zawodu oraz ewentualne wymogi dotyczące utrzymania rejestracji lub licencji. W *Raporcie o* *stanie pielęgniarstwa na świecie 2020* i *Raporcie o* *stanie położnictwa na świecie 2021* wskazano, że niektóre kraje nie mają egzaminu licencyjnego w celu oceny początkowych kompetencji, a niektóre nie wymagają dowodu ciągłych kompetencji (takich jak ustawiczne doskonalenie zawodowe) w celu odnowienia swoich uprawnień. W wielu krajach zakresy praktyki nie odzwierciedlają zakresu treści programów kształcenia i szkolenia pielęgniarek i położnych, ani dowodów na ich bezpieczeństwo i skuteczność w praktyce. Zwiększona międzynarodowa mobilność położnych i pielęgniarek zwróciła uwagę na znaczne opóźnienia lub bariery w uzyskaniu pełnego uznania zawodowego przy próbie wykonywania zawodu w innej jurysdykcji; bariery mogą również dotyczyć umiejętności komunikacyjnych i językowych *(104-108).* Opóźnienia są często związane z lukami w informacjach potrzebnych do weryfikacji poświadczeń i oceny kompetencji do wykonywania zawodu.

**Strategiczne kierunki i priorytety polityki na lata 2021-2025 17**

44.**Reakcja na COVID-19 wzmocniła potrzebę stworzenia sprzyjającego środowiska pracy, które wspiera zoptymalizowane świadczenie usług przez położne i pielęgniarki**. Pracownicy służby zdrowia i opieki stanęli w obliczu poważnych wyzwań w odpowiedzi na pandemię COVID-19, jak przeciążenie, nieodpowiedni sprzęt ochrony osobistej i inne niezbędne wyposażenie, ryzyko infekcji i śmierci, kwarantanna, dyskryminacja społeczna i ataki oraz podwójna odpowiedzialność za opiekę nad przyjaciółmi i członkami rodziny (67, 109-111). Szkodliwy wpływ na zdrowie psychiczne jest poważny (112-114). Wyzwania te wpływają również na bezpieczeństwo i jakość świadczonych usług (115, 116). Podczas gdy większość krajów doświadczyła zakłóceń w świadczeniu usług zdrowotnych, wiele z nich wprowadziło innowacje lub zintegrowało nowe podejścia do ich świadczenia (117, 118). Pojawiły się jednak obawy, że podejście polegające na ponownym przydzieleniu położnych z wykształceniem pielęgniarskim do zapewnienia opieki pacjentom z COVID-19 jeszcze bardziej zmniejszyło dostępność usług dla matek i noworodków (119). Odpowiedź na COVID-19 pomogła też udowodnić wykonalność i skuteczność zapewnienia w pełni wirtualnego, doskonalenia zawodowego, budowania potencjału i szkolenia umiejętności dla położnych i pielęgniarek (120-122). Środowisko sprzyjające położnym i pielęgniarkom obejmuje również bezpieczny personel, szacunek i współpracę ze strony innych pracowników służby zdrowia, odpowiednie zasoby, skuteczne systemy skierowań, doświadczonych liderów i wspierające zarządzanie placówką (34, 57, 64, 123).

**Kierunek strategiczny:** Położne i pielęgniarki pracują w pełnym zakresie swojego wykształcenia i wyszkolenia w bezpiecznych i wspierających środowiskach świadczenia usług.

45. **Priorytet polityki: Przegląd i wzmocnienie profesjonalnych systemów regulacyjnych oraz wspieranie budowania potencjału organów regulacyjnych, tam gdzie jest to potrzebne.** Oprócz ochrony społeczeństwa, przepisy mogą ułatwić skuteczną rekrutację wykwalifikowanych położnych i pielęgniarek do aktywnej siły roboczej w celu zwiększenia dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Harmonizacja przepisów w różnych krajach i ustanowienie umów o wzajemnym uznawaniu może ułatwić mobilność między uczestniczącymi jurysdykcjami. Przegląd ustawodawstwa i regulacji powinien być podejmowany z uwzględnieniem efektów kształcenia położnych i pielęgniarek oraz zoptymalizowanych ról w miejscach świadczenia usług. W przypadku położnych posiadających również uprawnienia pielęgniarek, odpowiedni czas świadczenia usług położniczych jest niezbędny do utrzymania ciągłych kompetencji w zakresie opieki położniczej. Mechanizmy zapewniania jakości mogą pomóc w ocenie i monitorowaniu działania organów regulacyjnych oraz wydajności i skuteczności przepisów *(124).*

46. **Działania wspierające:** Ustawodawstwo i przepisy powinny zostać zaktualizowane w odniesieniu do ich edukacji i zoptymalizowanych ról w miejscach praktyki. Zakresy praktyki położnych i pielęgniarek powinny być odpowiednio zróżnicowane, aby uniknąć potencjalnego niewłaściwego zarządzania lub niewłaściwego rozmieszczenia. Aktywne rejestry „zdolności do wykonywania zawodu” mogą być utrzymywane poprzez wymaganie od położnych i pielęgniarek okresowego odnawiania rejestracji lub licencji oraz wymaganie wykazania ciągłych kompetencji lub ciągłego rozwoju zawodowego. Organy regulacyjne mogą ułatwić utrzymanie istniejących kompetencji i zdobywanie nowych, zezwalając na zaliczenie odpowiednich szkoleń w ramach doskonalenia zawodowego lub dodatkowych kursów. Należy rozważyć harmonizację przepisów w różnych krajach i umowy o wzajemnym uznawaniu. Ustalenia te powinny być wspierane przez działający w czasie reczywistym rejestr, który jest interoperacyjny w całym systemie opieki zdrowotnej i innych organach regulacyjnych. W niektórych krajach organy regulacyjne mogą potrzebować budowania potencjału, wsparcia administracyjnego lub ulepszonych systemów i zasobów informatycznych.

**18 Globalne kierunki strategiczne dla pielęgniarstwa i położnictwa na lata 2021-2025**

47. **Priorytet polityki: Dostosowanie polityki w miejscu pracy, aby umożliwić położnym i pielęgniarkom maksymalny wkład w świadczenie usług w interdyscyplinarnych zespołach opieki zdrowotnej.** Politykaw miejscu pracy musi egzekwować godną pracę i sprzyjające środowisko, które obejmuje kwestie płci, dyskryminacji, władzy, hierarchii i szacunku *(125).* Podczas reagowania i świadczenia usług w sytuacjach kryzysowych, konfliktach i katastrofach, położne i pielęgniarki potrzebują odpowiednich zasobów, szkoleń i sprzętu. Konieczne może być budowanie potencjału w obszarach oceny ryzyka, zapobiegania, gotowości, reagowania i odbudowy. WHO zachęca kraje do angażowania wszystkich zainteresowanych stron w podejmowanie odpowiednich decyzji dotyczących polityki i zarządzania w celu ochrony praw pracowników służby zdrowia i opieki, godnej pracy i środowiska pracy *(111).*

48. **Działania wspierające:** Położne i pielęgniarki pracujące w sytuacjach kryzysowych, takich jak reakcja na COVID-19, muszą mieć zapewnione wynagrodzenie za nadgodziny i w razie potrzeby wynagrodzenie za pracę w warunkach zagrożenia, korzystać z kompleksowych środków bezpieczeństwa i higieny pracy, takich jak odpowiedni sprzęt ochrony osobistej, szkolenia w zakresie zapobiegania zakażeniom i ich kontroli, diagnostyki i zarządzania przypadkami klinicznymi oraz wsparcia i usług w zakresie zdrowia psychicznego. Pracodawcy powinni zapewnić bezpieczną obsadę kadrową i akceptowalne obciążenie pracą oraz gromadzić znormalizowane, aktualne dane dotyczące pracowników służby zdrowia, w tym zakażeń COVID-19, zgonów i ataków. Dane mogą być wykorzystywane do przeprowadzania profilowania ryzyka, na które narażony jest personel i odpowiedniego przenoszenia go w celu ochrony przed zagrożeniami zawodowymi, np. poprzez korzystanie z usług telezdrowia. Narzędzia do oszacowania optymalnej liczby, przydziału i ról położnych i pielęgniarek w ramach członków zespołu opieki zdrowotnej mogą pomóc w zapewnieniu bezpieczeństwa personelu *(126-128).* Umożliwienie pełnej praktyki może obejmować zapewnienie technologii wspomagania decyzji i skutecznych mechanizmów skierowań dla położnych i pielęgniarek w odległych obszarach lub praktykujących samodzielnie, a także skuteczną integrację w drugorzędnych i trzeciorzędnych placówkach położniczych dla położnych w społecznościach. Wdrożenie środowisk pracy transformacyjnych ze względu na płeć, w tym zerowej tolerancji dla przemocy i molestowania seksualnego, a także polityk mających na celu zaradzenie niekorzystnej sytuacji kobiet związanej z odpowiedzialnością za rodzinę, gospodarstwo domowe i obciążeniem nieodpłatnymi obowiązkami opiekuńczymi.

**Strategiczne kierunki i priorytety polityki na lata 2021-2025 19**

Wnioski

49. Wpływ pandemii COVID-19 zwiększył globalne zapotrzebowanie na wykwalifikowane położne i pielęgniarki oraz podkreślił pilną potrzebę inwestycji w ich edukację, miejsca pracy, przywództwo i warunki świadczenia usług. Strategiczne kierunki zapewniają priorytetowe obszary polityki w celu wzmocnienia pozycji położnych i pielęgniarek na świecie.

Wdrożenie opiera się na krajowym procesie szerokiego i międzysektorowego zaangażowania w raportowanie danych, dialog polityczny i podejmowanie decyzji dotyczących działań politycznych.

**20 Globalne kierunki strategiczne dla pielęgniarstwa i położnictwa na lata 2021-2025**

bibliografia

1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York, NY: United Nations; 2015.
2. Thirteenth general programme of work 2019-2023. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www>. who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-proaramme- of-work-2019—2023. Dostęp na 16 czerwca 2021).
3. Global Strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). New York, NY: United Nations; 2015.
4. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016.
5. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016.
6. 2020: International Year of the Nurse and the Midwife: A72/54 Rev.1. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019.
7. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020.
8. State of the world's midwifery 2021. New York, NY: United Nations Population Fund; 2021.
9. Seventy-third World Health Assembly A73/B/CONF./2. Geneva: World Health Organization; 2020.
10. Ten Hoope-Bender P, Homer C, Matthews Z, Nove A, Sochas L, Campbell J, et al. McManus J, redaktor. The state of the world's midwifery: a universal pathway, a woman's right to health. New York, NY: United Nations Population Fund; 2014.
11. 2020 Triad Statement. Geneva: International Council of Nurses, International Confederation of Midwives, World Health Organization, 2020.
12. Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. Bull World Health Organ. 2013;91:892-4.
13. National health workforce accounts: implementation guide. Geneva: World Health Organization; 2018.
14. International Standard Classification of Occupations. Geneva: International Labour Organization; 2008.
15. Castro Lopes S, Nove A, Ten Hoope-Bender P, de Bernis L, Bokosi M, Moyo NT, et al. A descriptive analysis of midwifery education, regulation and association in 73 countries: the baseline for a post-2015 pathway. Hum Resour Health. 2016;14:37.
16. Hermansson E, Martensson LB. The evolution of midwifery education at the master's level: a study of Swedish midwifery education programmes after the implementation of the Bologna process. Nurse Educ Today. 2013;33:866-72.
17. Kumakech E, Anathan J, Udho S, Auma AG, AtuhaireI, Nsubuga AG, et al. Graduate midwifery education in Uganda aiming to improve maternal and newborn health outcomes. Ann Global Health. 2020;86:52-.
18. Cho E, Park J, Choi M, Lee HS, Kim EY. Associations of nurse staffing and education with the length of stay of surgical patients. J Nurs Scholarsh. 2018;50:210-8.
19. Harrison JM, Aiken LH, Sloane DM, Brooks Carthon JM, Merchant RM, Berg RA, et al. In hospitals with more nurses who have baccalaureate degrees, better outcomes for patients after cardiac arrest. Health Aff (Millwood). 2019;38:1087-94.
20. White EM, Smith JG, Trotta RL, McHugh MD. Lower postsurgical mortality for individuals with dementia with better-educated hospital workforce. J Am Geriatr Soc. 2018;66:1137-43.
21. Graf J, Simoes E, Blaschke S, Plappert CF, Hill J, Riefert MJ, et al. Academisation of the midwifery profession and the implementation of higher education in the context of the new requirements for licensure. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2020;80:1008-15.
22. Plappert C, Graf J, Simoes E, Schonhardt S, Abele H. The academization of midwifery in the context of the amendment of the German midwifery law: current developments and challenges. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2019;79:854-62.
23. Reuschenbach B, Komlew A. Attitudes towards Bachelor­level education amongst Bavarian midwives: results of a descriptive cross-sectional survey in Bavaria, Germany. Europ J Midwifery. 2018;2:17.
24. Bogren M, Doraiswamy S, Erlandsson K. Building a new generation of midwifery faculty members in Bangladesh. J Asian Midwives. 2017;4:52-8.
25. Nove A, Pairman S, Bohle LF, Garg S, Moyo NT, Michel- Schuldt M, et al. The development of a global midwifery education accreditation programme. Glob Health Action. 2018:11:1489604-.
26. Bogren M, Banu A, Parvin S, Chowdhury M, Erlandsson K. Findings from a context specific accreditation assessment at 38 public midwifery education institutions in Bangladesh. Women Birth. 2021 ;34:e76-e83.
27. Markaki A, Moss J, Shorten A, Selleck C, Loan L, McLain R, et al. Strengthening universal health: development of a nursing and midwifery education quality improvement toolkit. Rev Lat Am Enfermagem. 2019;27:e3188-e.
28. 2Lendahls L, Oscarsson MG. Midwifery students' experiences of simulation- and skills training. Nurse Educ Today. 2017; 50:12-16.
29. Ahmadi G, Shahriari M, Keyvanara M, Kohan S. Midwifery students' experiences of learning clinical skills in Iran: a qualitative study. I nt J Med Educ. 2018;9:64-71.
30. Lakham A, Jan R, Baig M, Mubeen K, Ali SA, Shahid S, et al. Experiences of the graduates of the first baccalaureate midwifery programme in Pakistan: A descriptive exploratory study. Midwifery. 2018;59:94-9.
31. West F, Homer C, Dawson A. Building midwifery educator capacity in teaching in low and lower-middle income countries. A review of the literature. Midwifery. 2016;33:12-23.
32. Erlandsson K, Doraiswamy S, Wallin L, Bogren M. Capacity building of midwifery faculty to implement a 3-years midwifery diploma curriculum in Bangladesh: A process evaluation of a mentorship programme. Nurse Educ Pract. 2018;29:212-8.
33. Bvumbwe T, Mtshali N. Nursing education challenges and solutions in Sub Saharan Africa: an integrative review. BMC Nurs. 2018;17:3.

34. Midwives voices, midwives realities: findings from a global consultation on providing quality midwifery care. Geneva: World Health Organization; 2016.

35. Celebi E, Kargin M. Social gender and nursing in Turkey: a qualitative research. J Pak Med Assoc. 2019;69:1184-6.

36. Tawash E, Cowman S. The NURSING-Positive recruitment Arabic model (NURS-PR.A.M.): A mixed methods study. J Adv Nurs. 2018;74:2630-9.

37. Williams GA, Jacob G, Rakovac I, Scotter C, Wismar M. Health professional mobility in the WHO European Region and the WHO Global Code of Practice: data from the joint OECD/EUROSTAT/WHO-Europe questionnaire. Eur J Public Health. 2020;30(Suppl.\_4):iv5-iv11.

38. Donnelly C, Ashcroft R, Bobbette N, Mills C, Mofina A, Tran T, et al. Interprofessional primary care during COVID-19: a survey of the provider perspective. BMC Fam Pract. 2021;22:31.

39. Lomiguen CM, Rosete I, Chin J. Providing culturally competent care for COVID-19 intensive care unit delirium: a case report and review. Cureus. 2020;12:e10867-e.

40. National Council of State Boards of Nursing. NCSBN's environmental scan COVID-19 and its impact on nursing and regulation. J Nurs Reg. 2021 ;11 :S1-S36.

41. Scott J, Johnson R, Ibemere S. Addressing health inequities re-illuminated by the COVID-19 pandemic: how can nursing respond? Nurs Forum. 2021;56:217-21.

42. Waya JLL, Ameh D, Mogga JLK, Wamala JF, Olu OO. COVID-19 case management strategies: what are the options for Africa? Infect Dis Poverty. 2021 ;10:30.

43. Wittenberg E, Goldsmith JV, Chen C, Prince-Paul M, Johnson RR. Opportunities to improve COVID-19 provider communication resources: a systematic review. Patient Educ Couns. 2021;104:438-51.

44. Yan C, Zhang X, Gao C, Wilfong E, Casey J, France D, et al. Collaboration structures in COVID-19 critical care: retrospective network analysis study. JMIR Hum Factors. 2021 ;8:e25724-e.

45. Chen T, Peng L, Yin X, Rong J, Yang J, Cong G. Analysis of user satisfaction with online education platforms in China during the COVID-19 pandemic. Healthcare (Basel). 2020;8:200.

46. Ramos-Morcillo AJ, Leal-Costa C, Moral-Garcla JE, Ruzafa- Martfnez M. Experiences of nursing students during the abrupt change from face-to-face to e-learning education during the first month of confinement due to COVID-19 in Spain. Int J Environ Res Public Health. 2020;17:5519.

47. Tawalbeh LI. Effect of simulation modules on Jordanian nursing student knowledge and confidence in performing critical care skills: a randomized controlled trial. Int J Afr Nurs Sci. 2020:13:100242.

48. Fogg N, Wilson C, Trinka M, Campbell R, Thomson A, Merritt L, et al. Transitioning from direct care to virtual clinical experiences during the COVID-19 pandemic. J Prof Nurs. 2020;36:685-91.

49. Knobel R, Menezes MO, Santos DS, Takemoto MLS. Planning, construction and use of handmade simulators to enhance the teaching and learning in Obstetrics. Rev Lat Am Enfermagem. 2020;28:e3302.

50. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010;376:1923-58.

51. Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: framework for action. Geneva: World Health Organization; 2019.

52. Homer CS, Turkmani S, Rumsey M. The state of midwifery in small island Pacific nations. Women Birth. 2017;30:193-9.

53. Retention of the health workforce in rural and remote areas: a systematic review. Geneva: World Health Organization; 2020 (Human Resources for Health Observer Series No 25).

54. Rolle Sands S, Ingraham K, Salami BO. Caribbean nurse migration-a scoping review. Hum Resour Health. 2020;18:19.

55. Report of the WHO Expert Advisory Group on the Relevance and Effectiveness of the WHO Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Report by the Director-General to the Seventy-third World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2020.

56. Dempster H, Smith R. Migrant health workers are on the COVID-19 frontline. We need more of them. Washington, DC: Center for Global Development. 2020.

57. Filby A, McConville F, Portela A. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. PLoS One. 2016;11 :e0153391.

58. Homer CSE, Castro Lopes S, Nove A, Michel-Schuldt M, McConville F, Moyo NT, et al. Barriers to and strategies for addressing the availability, accessibility, acceptability and quality of the sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health workforce: addressing the post-2015 agenda. BMC Pregnancy Childbirth. 2018; 18:55.

59. Siankam Tankwanchi A, N'Simbo A, Hagopian A. Health worker unemployment in low-and middle-income countries with shortage. Draft evidence brief no. 9. Geneva: World Health Organization; 2019.

60. Asamani JA, Amertil NP, Ismaila H, Akugri FA, Nabyonga- Orem J. The imperative of evidence-based health workforce planning and implementation: lessons from nurses and midwives unemployment crisis in Ghana. Hum Resour Health. 2020;18:16.

61. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: World Health Organization; 2019.

62. Renfrew MJ, Ateva E, Dennis-Antwi JA, Davis D, Dixon L, Johnson P, et al. Midwifery is a vital solution-what is holding back global progress? Birth. 2019;46:396-9.

63. Buchan J, Schaffer FA, Catton H. Policy brief: nurse retention. Philadelphia, PA: International Center on Nurse Migration; 2018.

64. Ngabonzima A, Asingizwe D, Kouveliotis K. Influence of nurse and midwife managerial leadership styles on job satisfaction, intention to stay, and services provision in selected hospitals of Rwanda. BMC Nurs. 2020;19:35.

65. Mburu G, George G. Determining the efficacy of national strategies aimed at addressing the challenges facing health personnel working in rural areas in KwaZulu-Natal, South Africa. Afr J Primary Health Care Fam Med. 2017;9:e1-e8.

66. Irshad M, Khattak SA, Hassan MM, Majeed M, BashirS. How perceived threat of Covid-19 causes turnover intention among Pakistani nurses: A moderation and mediation analysis. Int J Ment Health Nurs. 2020:10.1111/inm.12775.

67. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. JAMA. 2020;323:1439-40.

68. Armstrong D, Moore J, Fraher EP, Frogner BK, Pittman P, Spetz J. COVID-19 and the health workforce. Med Care Res Rev. 2020:1077558720969318.

69. Nagesh S, Chakraborty S. Saving the frontline health workforce amidst the COVID-19 crisis: challenges and recommendations. J Glob Health. 2020;10:010345.

70. Stenberg K, Hanssen O, Edejer TT-T, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, et al. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. Lancet Glob Health. 2017;5:e875-e87.

71. Stenberg K, Hanssen O, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Barkley S, et al. Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. Lancet Glob Health. 2019;7:e1500-e10.

72. United Nations Inter-Agency Task Force on Financing for Development. Financing for Sustainable Development Report 2020. New York, NY: United Nations; 2020.

73. Rules of the game: an introduction to the standards-related work of the International Labour Organization. Geneva: International Labour Office; 2019.

74. Guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Geneva: World Health Organization; 2021.

75. Varghese J, Blankenhorn A, Saligram P, Porter J, Sheikh K. Setting the agenda for nurse leadership in India: what is missing. Int J Equity Health. 2018; 17:98.

76. Newman CJ, Stilwell B, Rick S, Peterson KM. Investing in the power of nurse leadership: what will it take? Nursing Now; 2019.

77. Downs JA, Reif LK, Hokororo A, Fitzgerald DW. Increasing women in leadership in global health. Acad Med. 2014;89:1103-7.

78. Solbakken R, Bergdahl E, Rudolfsson G, Bondas T. International nursing: caring in nursing leadership-a meta­ethnography from the nurse leader's perspective. Nurs Adm Q. 2018;42: E1-E19.

79.Ferguson SL, Al Rifai F, Maay'a M, Nguyen LB, Qureshi K, Tse AM, et al. The ICN Leadership For Change™ Programme—20 years of growing influence. Int Nurs Rev. 2016;63:15-25.

80. Rosa WE, Kurth AE, Sullivan-Marx E, Shamian J, Shaw HK, Wilson LL, et al. Nursing and midwifery advocacy to lead the United Nations Sustainable Development Agenda. Nurs Outlook. 2019.

81. Pfeiffer E, Owen M, Pettitt-Schieber C, Van Zeijl R, Srofenyoh E, Olufolabi A, etal. Building health system capacity to improve maternal and newborn care: a pilot leadership program for frontline staff at a tertiary hospital in Ghana. BMC Med Educ. 2019;19:52.

82. Foster AA, Makukula MK, Moore C, Chizum NL, Goma F, Myles A, et al. Strengthening and institutionalizing the leadership and management role of frontline nurses to advance universal health coverage in Zambia. Glob Health Sci Pract. 2018;6:736-46.

83. Ahmed F, Zhao F, Faraz NA. How and when does inclusive leadership curb psychological distress during a crisis? Evidence from the COVID-19 outbreak. Front Psychol. 2020;11:1898.

84. Colwell FJ. Leadership strategies to improve nurse retention. Int J Nurs. 2019:6:171-84.

85. Downs JA, Mathad JS, Reif LK, McNairy ML, Celum C, Boutin-Foster C, et al. The ripple effect: why promoting female leadership in global health matters. Public Health Action. 2016;6:210-1.

86. ICN snapshot survey: In the Year of the Nurse and the Midwife, approximately only half of the countries of the world have a chief nursing officer. Geneva: International Council of Nurses; 2020 ([https://www.icn.ch/news/icn- snapshot-survey-year-nurse-and-midwife-approximately- only-half-countries-world-have-chief](https://www.icn.ch/news/icn-snapshot-survey-year-nurse-and-midwife-approximately-only-half-countries-world-have-chief), Dostęp na 16 czerwca 2021).

87. Hafsteinsdottir TB, Schoonhoven L, Hamers J, Schuurmans MJ. The leadership mentoring in nursing research program for postdoctoral nurses: a development paper. J Nurs Scholarsh. 2020;52:435-45.

88. Rosa WE, Fitzgerald M, Davis S, Farley JE, Khanyola J, Kwong J, et al. Leveraging nurse practitioner capacities to achieve global health for all: COVID-19 and beyond. Int Nurs Rev. 2020:10.1111/inr.12632.

89. Homer CS, Friberg IK, Dias MA, Ten Hoope-Bender P, Sandall J, Speciale AM, et al. The projected effect of scaling up midwifery. Lancet. 2014;384:1146-57.

90. Kollie ES. Experiences of nurses and midwives during the Ebola outbreak in Liberia, West Africa [thesis], Loma Linda, CA: Loma Linda University; 2016.

91. Holmgren J, Paillard-Borg S, Saaristo P, von Strauss E. Nurses' experiences of health concerns, teamwork, leadership and knowledge transfer during an Ebola outbreak in West Africa. Nurs Open. 2019;6:824-33.

92. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M, et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. Lancet Glob Health. 2021;9:e24-e32.

93. Hassmiller S, Pulcini J, editors. Advanced practice nursing leadership: a global perspective. Cham: Springer Nature Switzerland AG; 2020.

94. Christmals CD, Armstrong SJ. Curriculum framework for advanced practice nursing in sub-Saharan Africa: a multimethod study. BMJ Open. 2020;10:e035580-e.

95. Dlamim CP, Khumalo T, Nkwanyana N, Mathunjwa-Dlamini TR, Macera L, Nsibandze BS, et al. Developing and implementing the family nurse practitioner role in Eswatini: implications for education, practice, and policy. Ann Glob Health. 2020;86:50.

96. Swanson M, Wong ST, Martin-Misener R, Browne AJ. The role of registered nurses in primary care and public health collaboration: a scoping review. Nurs Open. 2020;7:1197- 207.

97. Lukewich JA, Tranmer JE, Kirkland MC, Walsh AJ. Exploring the utility of the nursing role effectiveness model in evaluating nursing contributions in primary health care: a scoping review. Nurs Open. 2019;6:685-97.

98. Martinez-Gonzalez NA, Djalali S, Tandjung R, Huber- Geismann F, Markun S, Wensing M, et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res. 2014;14:214.

**23**

99,Miyamoto S, Cook E. The procurement of the UN sustainable development goals and the American national policy agenda of nurses. Nurs Outlook. 2019;67:658-63.

100. Scanlon A, Cashin A, Bryce J, Kelly JG, Buckely T. The complexities of defining nurse practitioner scope of practice in the Australian context. Collegian. 2016;23:129-42.

101. Markowitz S, Adams EK, Lewitt MJ, Dunlop AL. Competitive effects of scope of practice restrictions: public health or public harm? J Health Econom. 2017;55:201-18.

102. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev. 2019:4; CD010412.

103. Zakumumpa H, Taiwo MO, Muganzi A, Ssengooba F. Human resources for health strategies adopted by providers in resource-limited settings to sustain long-term delivery of ART: a mixed-methods study from Uganda. Hum Resour Health. 2016; 14:63.

104. Gosic N, Tomak T. Professional and normative standards in midwifery in six Southeast European countries: a policy case study. Europ J Midwifery. 2019;3:18.

105. Baker C, Cary AH, da Conceicao Bento M. Global standards for professional nursing education: the time is now. J Prof Nurs. 2021:37:86-92.

106. Tuohy D. Effective intercultural communication in nursing. Nurs Stand. 2019;34:45-50.

107. Davda LS, Gallagher JE, Radford DR. Migration motives and integration of international human resources of health in the United Kingdom: systematic review and meta­synthesis of qualitative studies using framework analysis. Hum Resour Health. 2018; 16:27.

108. Philip S, Manias E, Woodward-Kron R. Nursing educator perspectives of overseas qualified nurses' intercultural clinical communication: barriers, enablers and engagement strategies. J Clin Nurs. 2015;24:2628-37.

109. Pereira-Sanchez V, Adiukwu F, El Hayek S, Bytyqi DG, Gonzalez-Diaz JM, Kundadak GK, et al. COVID-19 effect on mental health: patients and workforce. Lancet Psychiatry. 2020;7:e29-e30.

110. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: a cross- sectional study. Psychiatry Res. 2020:288:112936.

111. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: Interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020.

112. Chen R, Sun C, Chen JJ, Jen HJ, Kang XL, Kao CC, et al. A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the COVID-19 pandemic. Int J Ment Health Nurs. 2021;30:102-16.

113. AksoyYE, Kogak V. Psychological effects of nurses and midwives due to COVID-19 outbreak: The case of Turkey. Arch Psychiatr Nurs. 2020;34:427-33.

114. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de sante face a la pandemie de la maladie a coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur sante mentale? Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: what are the mental health risks? In French]. L'Encephale. 2020;46:S73-S80.

115. Charter on health worker safety; a priority for patient safety. Geneva: World Health Organization; 2020.

116. Sloane DM, Smith HL, McHugh MD, Aiken LH. Effect of changes in hospital nursing resources on improvements in patient safety and quality of care: a panel study. Med Care. 2018;56:1001-8.

117 Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report. Geneva: World Health Organization; 2020.

118. Walton G. COVID-19. The new normal for midwives, women and families. Midwifery. 2020;87:102736.

119. Midwives step up to support pregnant women during pandemic. Brussels: United Nations Department of Global Communications; 2020.

120. Cheung VK, So EH, Ng GW, So SS, Hung JL, Chia NH. Investigating effects of healthcare simulation on personal strengths and organizational impacts for healthcare workers during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. Integr Med Research. 2020;9:100476.

121. Dieckmann P, Torgeirsen K, Qvindesland SA, Thomas L, Bushell V, Langli Ersdal H. The use of simulation to prepare and improve responses to infectious disease outbreaks like COVID-19: practical tips and resources from Norway, Denmark, and the UK. Adv Simul (London). 2020;5:3.

122. Dube M, Kaba A, Cronin T, Barnes S, Fuselli T, Grant V. COVID-19 pandemic preparation: using simulation for systems-based learning to prepare the largest healthcare workforce and system in Canada. Adv Simul (London). 2020;5:22.

123. Brook J, Aiken L, Webb R, MacLaren J, Salmon D. Characteristics of successful interventions to reduce turnover and increase retention of early career nurses: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2019;91:47-59.

124. Benton DC, Gonzalez-Jurado MA, Beneit-Montesinos JV. Defining nurse regulation and regulatory body performance: a policy Delphi study. Int Nurs Rev. 2013;60:303-12.

125. Care work and care jobs for the future of decent work. Geneva: International Labour Organization; 2018.

126. Doosty F, Maleki MR, Yarmohammadian MH. An investigation on workload indicator of staffing need: a scoping review. J Educ Health Promot. 2019;8:22.

127. Wundavalli L, Kumar P, Dutta S. Workload indicators of staffing need as a tool to determine nurse staffing for a high volume academic emergency department: an observational study. Int Emerg Nurs. 2019;46:100780.

128. JoarderT, Tune S, Nuruzzaman M, Alam S, de Oliveira Cruz V, Zapata T, Assessment of staffing needs for physicians and nurses at Upazila health complexes in Bangladesh using WHO workload indicators of staffing need (WISN) method. BMJ Open. 2020;10:e035183.

129. National health workforce accounts: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2017

Załącznik:

Ramy monitorowania i rozliczalności

50. Wdrożenie *Globalnych kierunków strategicznych dla pielęgniarstwa i położnictwa na lata 2021-2025* opiera się nanastępującej teorii zmian: zaangażowanie szerokiego grona zainteresowanych stron jest niezbędne dla uzyskania solidnych danych i analiz na poziomie krajowym z perspektywy rynku pracy w sektorze zdrowia; są one następnie podstawą międzysektorowego dialogu politycznego na temat kluczowych kwestii zidentyfikowanych na podstawie danych i analiz; dialog polityczny umożliwia podejmowanie decyzji opartych na dowodach i zobowiązań dotyczących priorytetów polityki. Działania i inwestycje w priorytety polityki przez wszystkie kraje przyczyniłoby się do postępów w realizacji strategicznych kierunków i postępów w osiąganiu celów zrównoważonego rozwoju (rysunek A1).

51. **Monitorowanie:** Wdrażanie priorytetów polityki będzie miało miejsce i będzie monitorowane na poziomie krajowym. Kraje, które zmobilizowały się do gromadzenia krajowych danych na temat personelu pielęgniarskiego i położniczego, prowadzenia dialogu politycznego na temat kluczowych kwestii oraz podejmowania decyzji lub zobowiązań dotyczących działań politycznych, również czynią godne uwagi postępy w realizacji każdego priorytetu polityki. W związku z tym ramy monitorowania i rozliczalności uwzględniają również te kroki jako ważne środki do monitorowania. Postępy na każdym z etapów procesu wdrażania mogą być zgłaszane za pośrednictwem wcześniej istniejących mechanizmów w państwach członkowskich WHO.

52. **Sprawozdawczość:** Dla każdego priorytetu polityki istnieją odpowiednie wskaźniki National Health Workforce Accounts (NHWA), które mogą wykazać postęp w realizacji priorytetu polityki *(129).* Państwa członkowskie korzystają z platformy NHWA do corocznego raportowania danych dotyczących pracowników służby zdrowia, a WHO następnie agreguje dane w celu analizy postępów w kierunku UHC i innych celów zrównoważonego rozwoju. Wskaźniki i platforma NHWA były mechanizmami udostępniania danych na potrzeby *Raportu o* *stanie pielęgniarstwa na świecie 2020* i *Raportu o* *stanie położnictwa na świecie 2021.* Kraje rutynowo wykorzystują dane NHWA do analiz rynku pracy w służbie zdrowia oraz innych metod prognozowania i planowania siły roboczej w służbie zdrowia.

53. Raportowanie postępów w zakresie dialogu politycznego, podejmowania decyzji i działań politycznych będzie odbywać się na odbywającym się co dwa lata Globalnym Forum WHO dla naczelnych urzędników rządowych ds. pielęgniarstwa i położnictwa oraz na spotkaniu „Triady”, organizowanym we współpracy z Międzynarodową Konfederacją Położnych i Międzynarodową Radą Pielęgniarek. W 2020 r. w spotkaniach tych uczestniczyło ponad 130 krajów; kolejne odbędą się w 2022 i 2024 r. Osiągnięcie każdego kierunku strategicznego zostanie ocenione w 2025 r. przy użyciu zagregowanych danych NHWA i połączonych raportów krajowych z lat 2022 i 2024. Tabele A1-A4 zawierają podsumowanie podejścia do monitorowania i rozliczalności dla każdego obszaru polityki.

**Ramy monitorowania i rozliczalności 25**

Rysunek A1 Strategiczne kierunki dla pielęgniarstwa i położnictwa na lata 2021-2025: teoria zmian

Porządna praca i wzrost ekonomiczny

Równość płci

Wysokiej jakości edukacja

Dobre zdrowie i samopoczucie



INWESTYCJE

Zrównoważone krajowe, regionalne i międzynarodowe inwestycje w kadrę pielęgniarską i położniczą.



**PODEJMOWANIE DECYZJI**

Oparte na dowodach polityki dotyczące edukacji, miejsc pracy, przywództwa, zawodowych regulacji prawnych i warunków pracy.

**DIALOG**

Międzysektorowy dialog polityczny na temat kluczowych kwestii polityk z wykorzystaniem perspektywy rynku pracy w sektorze zdrowia.

**DANE**

Dane zebrane i wprowadzone do National Health Workforce Accounts; wykorzystywane do analiz rynku pracy w służbie zdrowia w celu planowania i prognozowania siły roboczej.

**SZEROKIE ZAANGAŻOWANIE**

Krajowe ministerstwa, stowarzyszenia i związki zawodowe, pracownicy sektora prywatnego, instytucje edukacyjne, organy regulacyjne, międzynarodowe instytucje finansowe, partnerzy rozwojowi.

**26 Globalne kierunki strategiczne dla pielęgniarstwa i położnictwa na lata 2021-2025**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabela A1**OBSZAR POLITYKI:** EDUKACJA | **Częstotliwość monitorowania** | **Mechanizm monitorowania** |
| **KIERUNEK STRATEGICZNY** |
| Absolwenci położnictwa i pielęgniarstwa zaspokajają lub przewyższają zapotrzebowanie systemu opieki zdrowotnej i posiadają niezbędną wiedzę, kompetencje i postawy, aby sprostać krajowym priorytetom zdrowotnym. | Raz, 2025 | Przeprowadzona przez WHO analiza danych NHWA i raportów delegacji krajowych na Forum GCNMO, które odbyło się wraz ze spotkaniem „Triady”. |
| **PRIORYTETY POLITYKI** |
| **Dostosowanie poziomów kształcenia pielęgniarek i położnych do zoptymalizowanych ról w systemie opieki zdrowotnej i systemie akademickim.** | **Projektowanie programów edukacyjnych tak, aby były oparte na kompetencjach, stosowały efektywne projektowanie uczenia się, spełniały standardy jakości i były dostosowane do potrzeb zdrowotnych populacji.** | **Optymalizacja krajowego kształcenia położnych i pielęgniarek w celu zaspokojenia lub przewyższenia zapotrzebowania systemu opieki zdrowotnej.** | **Upewnienie się, że wykładowcy są odpowiednio przeszkoleni w zakresie najlepszych metod pedagogicznych i technologii i wykazują wiedzę kliniczną w obszarach merytorycznych.** | Raz, 2025 | Przeprowadzona przez WHO analiza danych NHWA i raportów delegacji krajowych na Forum GCNMO, które odbyło się wraz ze spotkaniem „Triady”. |
| **PODEJMOWANIE DECYZJI** (PRZYKŁADY) |
| Usprawnienie lub ulepszenie programów kształcenia na poziomie podstawowym dostępnych dla pielęgniarek i położnych; dążenie do harmonizacji z sąsiednimi jurysdykcjami. | Zaktualizowanie standardów edukacyjnych i wzmocnienie mechanizmów akredytacji w zakresie kształcenia pielęgniarek i położnych na poziomie podstawowym. | Tam, gdzie wskazuje na to analiza rynku pracy, zwiększenie produkcji krajowej w celu zaspokojenia popytu. | Zobowiązanie się do zapewnienia wykładowcom odpowiednich zasobów i możliwości aktualizacji umiejętności dydaktycznych i klinicznych. | 20222024 | Forum GCNMO/spotkanie „Triady” - raport delegacji krajowych |
| **DIALOG** (PRZYKŁADY) |
| Przegląd różnych programów dla początkujących położnych i pielęgniarek: wymagania dotyczące przystąpienia do programu, czas trwania programu, stosowane standardy i oczekiwane kwalifikacje. | Określenie wyników/kompetencji dla podstawowych programów pielęgniarstwa i położnictwa w odniesieniu do zoptymalizowanych ról w placówkach służby zdrowia i środowiskach akademickich. | Międzysektorowe partnerstwa i mechanizmy koordynacji w celu wzmocnienia sprawozdawczości danych dotyczących sektora edukacji na poziomie krajowym. | Weryfikacja referencji wykładowców w celu zapewnienia, że stopnie naukowe i licencje są współmierne do stopni/certyfikatów przyznawanych absolwentom programu. | 20222024 | Forum GCNMO/spotkanie „Triady” - raport delegacji krajowych |
| **DANE** (PRZYKŁADY) DEFINICJE WSKAŹNIKÓW ZNAJDUJĄ SIĘ W PODRĘCZNIKU NHWA |
| NHWA 2-02NHWA 3-01NHWA 9-04 | NHWA 3-02NHWA 3-03NHWA 3-04NHWA 3-06NHWA 3-07NHWA 9-04 | NHWA 2-03NHWA 2-04, 2-05NHWA 2-07NHWA 4-02NHWA 9-04NHWA 10-04 | NHWA 2-05SoWN NN-3 | Co roku2021-2025 | Platforma NHWA |
| **ZAANGAŻOWANIE** |

Ministerstwo zdrowia, ministerstwo edukacji, instytucje edukacyjne i szkoleniowe, pracodawcy publiczni i prywatni, organy regulacyjne zawodów, krajowe stowarzyszenia pielęgniarek i położnych, organizacje akredytacyjne,

**NARZĘDZIA I ZASOBY**

Globalne ramy kompetencji WHO w zakresie powszechnej edukacji zdrowotnej; Ramy działania: wzmocnienie wysokiej jakości edukacji położniczej na rzecz UHC; Strategia zdrowia cyfrowego WHO; Globalne standardy edukacji położniczej Międzynarodowej Konfederacji Położnych; Podstawowe kompetencje pielęgniarek WHO; Podstawowe kompetencje położnych WHO: budowanie potencjału edukatorów położnictwa.

*Skróty".* GCNMO, naczelny urzędnik ds. pielęgniarstwa i położnictwa w rządzie; NHWA, platforma National Health Workforce Accounts; SoWN NN: *State of the world's nursing 2020* (raport) wskaźnik spoza NHWA. **Ramy monitorowania i rozliczalności 27**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabela A2**OBSZAR POLITYKI:** MIEJSCA PRACY | **Częstotliwość monitorowania** | **Mechanizm monitorowania** |
| **KIERUNEK STRATEGICZNY** |
| Zwiększenie dostępności pracowników służby zdrowia poprzez zrównoważone tworzenie miejsc pracy dla pielęgniarek i położnych, skuteczną rekrutację i zatrzymywanie położnych i pielęgniarek oraz etyczne zarządzanie międzynarodową mobilnością i migracją. | Raz, 2025 | Przeprowadzona przez WHO analiza danych NHWA, Krajowego Instrumentu Sprawozdawczego oraz raportów delegacji krajowych na Forum GCNMO, które odbyło się wraz ze spotkaniem „Triady”. |

**PRIORYTETY POLITYKI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Planowanie i prognozowanie kadr w pielęgniarstwie i położnictwie z uwzględnieniem rynku pracy w sektorze zdrowia.** | **Zapewnienie odpowiedniego popytu (miejsc pracy) w odniesieniu do świadczenia usług zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i innych priorytetów zdrowotnych populacji.** | **Wzmocnienie wdrażania globalnego kodeksu praktyk WHO w zakresie międzynarodowej rekrutacji personelu medycznego („Kodeks”).** | **Przyciągnięcie, rekrutacja i zatrzymanie położnych i pielęgniarek tam, gdzie są najbardziej potrzebne.** | 20222024 | Forum GCNMO/ spotkanie „Triady” - raport delegacji krajowych |
| **PODEJMOWANIE DECYZJI** (PRZYKŁADY) |
| Przeprowadzenie analizy rynku pracy w służbie zdrowia w celu opracowania planów strategicznych i inwestycyjnych dla personelu pielęgniarskiego i położniczego. | Zwiększenie popytu ekonomicznego na tworzenie miejsc pracy dla pielęgniarek i położnych. | Wypełnienie krajowego instrumentu sprawozdawczego | Opracowanie i zaoferowanie odpowiedniego kontekstowo pakietu interwencji w celu przyciągnięcia, rekrutacji i zatrzymania położnych i pielęgniarek w określonych obszarach. | 20222024 | Forum GCNMO/ spotkanie „Triady” - raport delegacji krajowych |
| **DIALOG** (PRZYKŁADY) |
| Powołanie wielosektorowej grupy doradczej w celu zidentyfikowania kluczowych interesariuszy, kwestii politycznych i źródeł danych do analizy rynku pracy w sektorze zdrowia. | Zapoznanie się z analizą wpływu na koszty wynagrodzeń lub analizą wykonalności ekonomicznej tworzenia miejsc pracy dla pielęgniarek i położnych. | Dwustronne dyskusje związane z międzynarodową migracją i mobilnością pracowników służby zdrowia prowadzone z ministerstwem zdrowia i innymi zainteresowanymi stronami. | Ustalenie obszarów i środowisk, w których położne i pielęgniarki są najbardziej potrzebne. | 20222024 | Forum GCNMO /spotkanie "Triady" - raport delegacji krajowych |
| **DANE** (PRZYKŁADY) DEFINICJE WSKAŹNIKÓW ZNAJDUJĄ SIĘ W PODRĘCZNIKU NHWA |
| NHWA 9-01NHWA 9-03 | NHWA 1-01NHWA 1-05NHWA 7-01NHWA 10-05 | NHWA 1 -07NHWA 1 -08NHWA 10-02 | NHWA 1-02NHWA 6-06NHWA 5-07NHWA 6-01NHWA 6-02NHWA 8-03 | Co roku2021-2025 | Platforma NHWA |

**ZAANGAŻOWANIE**

Rządowe ministerstwa zdrowia, pracy, finansów, migracji i inne; organy regulacyjne zawodów, pracodawcy publiczni i prywatni (w tym szpitale), krajowe stowarzyszenia pielęgniarek i położnych, związki zawodowe, firmy rekrutujące, instytucje edukacyjne i szkoleniowe, organizacje społeczeństwa obywatelskiego; obywatele, stowarzyszenia pracodawców, fundusze ubezpieczeniowe.

**28 Globalne kierunki strategiczne dla pielęgniarstwa i położnictwa na lata 2021-2025**

**NARZĘDZIA I ZASOBY**

Globalny kodeks postępowania WHO w sprawie międzynarodowej rekrutacji personelu medycznego; Wytyczne WHO dotyczące rozwoju, przyciągania, rekrutacji i zatrzymywania pracowników służby zdrowia na obszarach wiejskich i oddalonych; Zestaw narzędzi WHO do analizy rynku pracy w służbie zdrowia (w przygotowaniu). National Health Workforce Accounts: podręcznik; Międzyagencyjna grupa zadaniowa ONZ ds. finansowania rozwoju. Raport Finansowania dla Zrównoważonego Rozwoju 2020.

*Skróty:* GCNMO, naczelny urzędnik ds. pielęgniarstwa i położnictwa w rządzie; NHWA, platforma National Health Workforce Accounts

 **Ramy monitorowania i rozliczalności 29**

|  |
| --- |
| Tabela A3**OBSZAR POLITYKI:** PRZYWÓDZTWO |
| **KIERUNEK STRATEGICZNY** | **Częstotliwość monitorowania** | **Mechanizm monitorowania** |
| Zwiększenie odsetka i autorytetu położnych i pielęgniarek na wyższych stanowiskach medycznych i akademickich oraz ciągłe rozwijanie następnego pokolenia liderów pielęgniarstwa i położnictwa. | Raz, 2025 | Przeprowadzona przez WHO analiza danych NHWA i raportów delegacji krajowych na Forum GCNMO, które odbyło się wraz ze spotkaniem „Triady”. |
| **PRIORYTETY POLITYKI** |
| **Ustanowienie i wzmocnienie stanowisk kierowniczych wyższego szczebla w zakresie kierowania i zarządzania kadrami pielęgniarskimi i położniczymi oraz wkład w politykę zdrowotną.** | **Inwestowanie w rozwój umiejętności przywódczych położnych i pielęgniarek.** | 20222024 | Forum GCNMO/spotkanie „Triady” - raport delegacji krajowych |

**PODEJMOWANIE DECYZJI** (PRZYKŁADY)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ustanowienie stanowiska GCNMO, GCNO lub GCMO oraz możliwości wzmocnienia potencjału. | Ustanowienie i trwałe wspieranie formalnych szkoleń w zakresie przywództwa i programów rozwoju kariery dla położnych i pielęgniarek. | 20222024 | Forum GCNMO/ spotkanie „Triady” - raport delegacji krajowych |
| **DIALOG** (PRZYKŁADY) |
| Określenie ról i obowiązków w zakresie planowania i zarządzania pracownikami służby zdrowia, raportowania i wykorzystywania danych, analiz rynku pracy i przestrzeni fiskalnej. | Dyskusje ze stowarzyszeniami zawodowymi i organizacjami opieki zdrowotnej w celu ustanowienia możliwości rozwoju przywództwa i mentoringu. | 20222024 | Forum GCNMO/ spotkanie „Triady” - raport delegacji krajowych |
| **DANE** (PRZYKŁADY) DEFINICJE WSKAŹNIKÓW ZNAJDUJĄ SIĘ W PODRĘCZNIKU NHWA |
| NHWA 1-04NHWA 9-01NHWA 9-02SoWN NN-4 | SoWN NN-5SoWN NN-6 | Co roku2021-2025 | Platforma NHWA |

**ZAANGAŻOWANIE**

Ministerstwa zdrowia, naczelni urzędnicy ds. pielęgniarstwa i położnictwa w rządzie, krajowe stowarzyszenia pielęgniarek i położnych, pracodawcy publiczni i prywatni, organizacje opieki zdrowotnej.

**NARZĘDZIA I ZASOBY**

WHO Role i obowiązki naczelnych urzędników ds. pielęgniarstwa i położnictwa w rządzie: podręcznik budowania potencjału.

*Skróty:* GCNMO, naczelny urzędnik ds. pielęgniarstwa i położnictwa w rządzie; GCNO, naczelny urzędnik ds. pielęgniarstwa w rządzie; GCMO, naczelny urzędnik ds. położnictwa w rządzie; NHWA, National Health Workforce Accounts; SoWN NN: *State of the world's nursing 2020* (raport) wskaźnik spoza NHWA.

**30 Globalne kierunki strategiczne dla pielęgniarstwa i położnictwa 2021-2025**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabela A4**OBSZAR POLITYKI:** ŚWIADCZENIE USŁUG | **Częstotliwość monitorowania** | **Mechanizm monitorowania** |
| **KIERUNEK STRATEGICZNY** |
| Położne i pielęgniarki pracują w pełnym zakresie swojego wykształcenia i wyszkolenia w bezpiecznym i wspierającym środowisku świadczenia usług. | Raz, 2025 | Przeprowadzona przez WHO analiza danych NHWA oraz raportów delegacji krajowych na Forum GCNMO, które odbyło się wraz ze spotkaniem „Triady”. |

**PRIORYTETY POLITYKI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przegląd i wzmocnienie profesjonalnych systemów regulacyjnych oraz, w razie potrzeby, wspieranie budowania potencjału organów regulacyjnych.** | **Dostosowanie polityki w miejscu pracy, aby umożliwić położnym i pielęgniarkom maksymalny wkład w świadczenie usług w interdyscyplinarnych zespołach opieki zdrowotnej.****.** | 20222024 | Forum GCNMO/ spotkanie „Triady” - raport delegacji krajowych |
| **PODEJMOWANIE DECYZJI** (PRZYKŁADY) |
| Zaktualizować i zharmonizować ustawodawstwo i przepisy, aby umożliwić położnym i pielęgniarkom wykonywanie zawodu w pełnym zakresie ich wykształcenia i wyszkolenia. | Powołanie grupy roboczej ds. planowania analizy wskaźników obciążenia pracą i potrzeb kadrowych (WISN) w celu zapewnienia bezpiecznej obsady kadrowej. | 20222024 | Forum GCNMO/spotkanie „Triady” - raport delegacji krajowych |
| **DIALOG** (PRZYKŁADY) |
| Przegląd okresowości i procesu odnawiania poświadczeń zawodowych, w tym wymogów dotyczących wykazania ciągłych kompetencji. | Omówienie, w jaki sposób projekt systemu opieki zdrowotnej, personel placówek opieki zdrowotnej i polityka miejsca pracy mogą pomóc w zapewnieniu optymalnej praktyki położnych i pielęgniarek. | 20222024 | Forum GCNMO/ spotkanie "Triady" - raport delegacji krajowych |
| **DANE** (PRZYKŁADY) DEFINICJE WSKAŹNIKÓW ZNAJDUJĄ SIĘ W PODRĘCZNIKU NHWA |
| NHWA 3-08NHWA 3-09NHWA 8-06SoWN NN-1SoWN NN-2 | NHWA 6-03NHWA 6-04NHWA 6-05NHWA 6-07NHWA 6-08NHWA 6-09NHWA 6-10NHWA 9-05 | Co roku2021-2025 | Platforma NHWA |

**ZAANGAŻOWANIE**

Ministerstwa zdrowia, naczelni urzędnicy ds. pielęgniarstwa i położnictwa w rządzie, krajowe stowarzyszenia pielęgniarek i położnych, pracodawcy publiczni i prywatni, podmioty służby zdrowia.

**NARZĘDZIA I ZASOBY**

Karta bezpieczeństwa pacjenta WHO z 2020 r.; Agenda Międzynarodowej Organizacji Pracy na rzecz godnej pracy, Polityka i zarządzanie pracownikami służby zdrowia w kontekście reakcji na pandemię COVID-19: Tymczasowe wytyczne. Globalny plan działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021-2030: w kierunku wyeliminowania możliwych do uniknięcia szkód w opiece zdrowotnej. Roboczy projekt do konsultacji. Strategia zdrowia cyfrowego WHO.

*Skróty".* GCNMO, rządowi urzędnicy ds. pielęgniarstwa i położnictwa; NHWA, National Health Workforce Accounts. SoWN NN: *State of the world's nursing 2020* (raport) wskaźnik spoza NHWA.

**Ramy monitorowania i rozliczalności 31**

1. „Projekt do konsultacji” został rozpowszechniony na całym świecie we wszystkich oficjalnych językach WHO i w języku portugalskim. Informacje zwrotne otrzymano w formie pisemnej oraz w drodze 10 regionalnych i globalnych konsultacji z GCNMO i odpowiednimi zainteresowanymi stronami; w marcu 2021 r. przeprowadzono formalny proces konsultacji z państwami członkowskimi w celu przeglądu i zatwierdzenia dokumentu przed przedłożeniem go siedemdziesiątemu czwartemu Światowemu Zgromadzeniu Zdrowia. [↑](#footnote-ref-1)