

Globalne kierunki strategiczne dla **PIEŁĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA**

2021-2025

miejsca pracy

edukacja

przywództwo

dostarczanie usług

*Globalne kierunki
strategiczne dla*

PIEŁĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA

2021-2025

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)

„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”.

Tłumaczenie wykonano ze środków Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Warszawa, czerwiec 2024.

Tłumaczenie na j. polski: 100 Agencja tłumaczeń, ul. Targowa 15/97, 03-727 Warszawa

red. naukowa i opracowanie graficzne: dr hab. n. o zdr. Dorota Kilańska, prof. UMed./GuMed.

©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.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Zgodnie z warunkami niniejszej licencji, można kopiować, redystrybuować i adaptować utwór do celów niekomercyjnych, pod warunkiem, że utwór jest odpowiednio cytowany, jak wskazano poniżej. Jakiegokolwiek 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/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 CIP są 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 jakiegokolwiek 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.

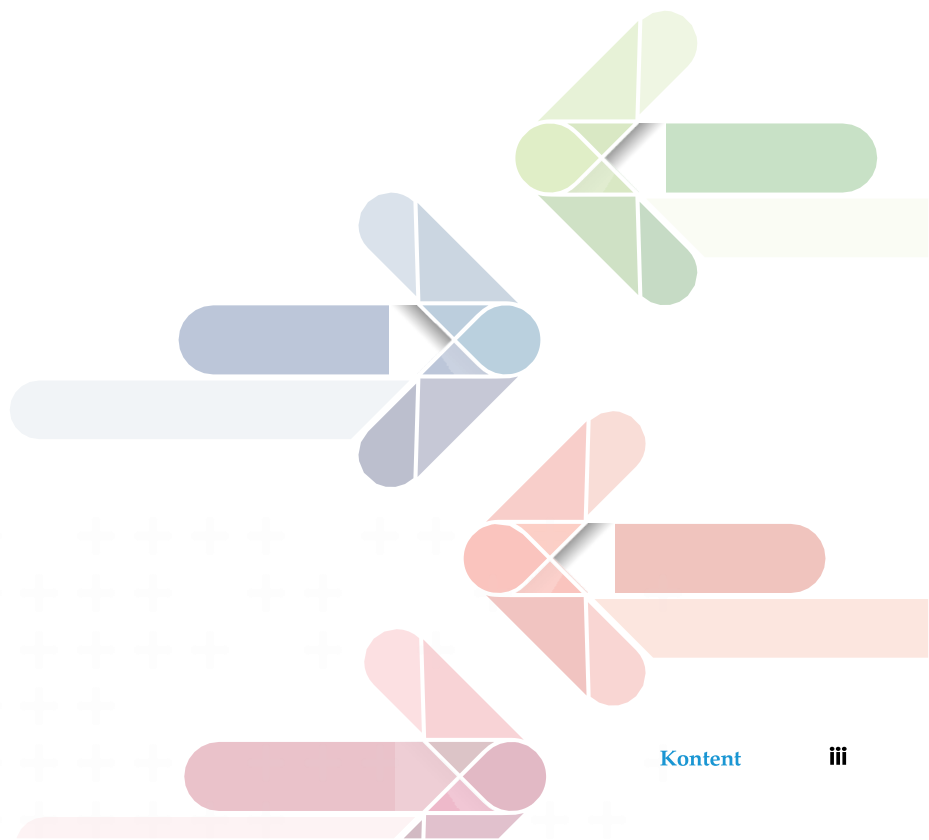
WHO podjęła wszelkie uzasadnione środki ostrożności w celu zweryfikowania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Jednakże opublikowany materiał jest rozpowszechniany bez jakiegokolwiek gwarancji, wyraźnej lub dorozumianej. Odpowiedzialność za interpretację i wykorzystanie materiału spoczywa na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

ZAWARTOŚĆ

Podziękowania	iv
Raport podsumowujący	v

ROZDZIAŁ 1	Tło	1
------------	-----------	---

ROZDZIAŁ 2	Priorytety polityczne kierunków strategicznych 2021-2025..	3
2.1	Kierunek polityki: <i>Edukacja</i>	7
2.2	Kierunek polityki: <i>Miejsca pracy</i>	11
2.3	Kierunek polityki: <i>Przywództwo</i>	15
2.4	Kierunek polityki: <i>Dostarczanie usług</i>	17
	Konkluzje	20
	Referencje	21
	Aneks Ramy monitorowania i rozliczalności	25



Podziękowania

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

WHO dziękuje również Centrom Współpracy WHO (*Collaborating Centres*)¹ 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 Ochrony Zdrowia, przy wsparciu Biur Regionalnych WHO, Departamentu Zdrowia Matek, Noworodków, Dzieci i Młodzieży oraz Starzenia się (*the Department of Maternal, Newborn, Child & Adolescent Health & Ageing*) oraz Biura Naczelnej Pielęgniarki WHO. Nadzór techniczny i kierownictwo zapewнили Giorgio Cometto, kierownik działu, oraz James Campbell, dyrektor Departamentu Pracowników Ochrony Zdrowia.

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

¹ Centra współpracujące WHO to instytucje takie jak instytuty badawcze, części uniwersytetów lub akademii, które są wyznaczone przez Dyrektora Generalnego do prowadzenia działań wspierających programy Organizacji. Obecnie istnieje ponad 800 ośrodków współpracujących z WHO w ponad 80 państwach członkowskich, które współpracują z WHO w takich obszarach, jak pielęgniarstwo, zdrowie zawodowe, choroby zakaźne, żywienie, zdrowie psychiczne, choroby przewlekłe i technologie medyczne (przyp. DK).

Raport podsumowujący

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


SDNM obejmuje cztery obszary zainteresowania polityki: edukację, miejsca pracy, przywództwo i dostarczanie usług. Każdy kierunek polityki 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 pielęgniarek i położnych w systemach opieki zdrowotnej i społeczności akademickiej; oraz 4) zapewnienie położnym i pielęgniarkom wsparcia, szacunku, ochrony, motywacji i sprzętu, aby mogły bezpiecznie i optymalnie przyczynić się do dostarczenia 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 ochrony zdrowia oraz poprawić dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych.



*Choroba koronawirusowa (COVID-19)
pandemia wzmocniła powszechną potrzebę*

***ochrony i
inwestowania we
wszystkie zawody
zaangażowane w
przygotowanie i
odpowiedź,***

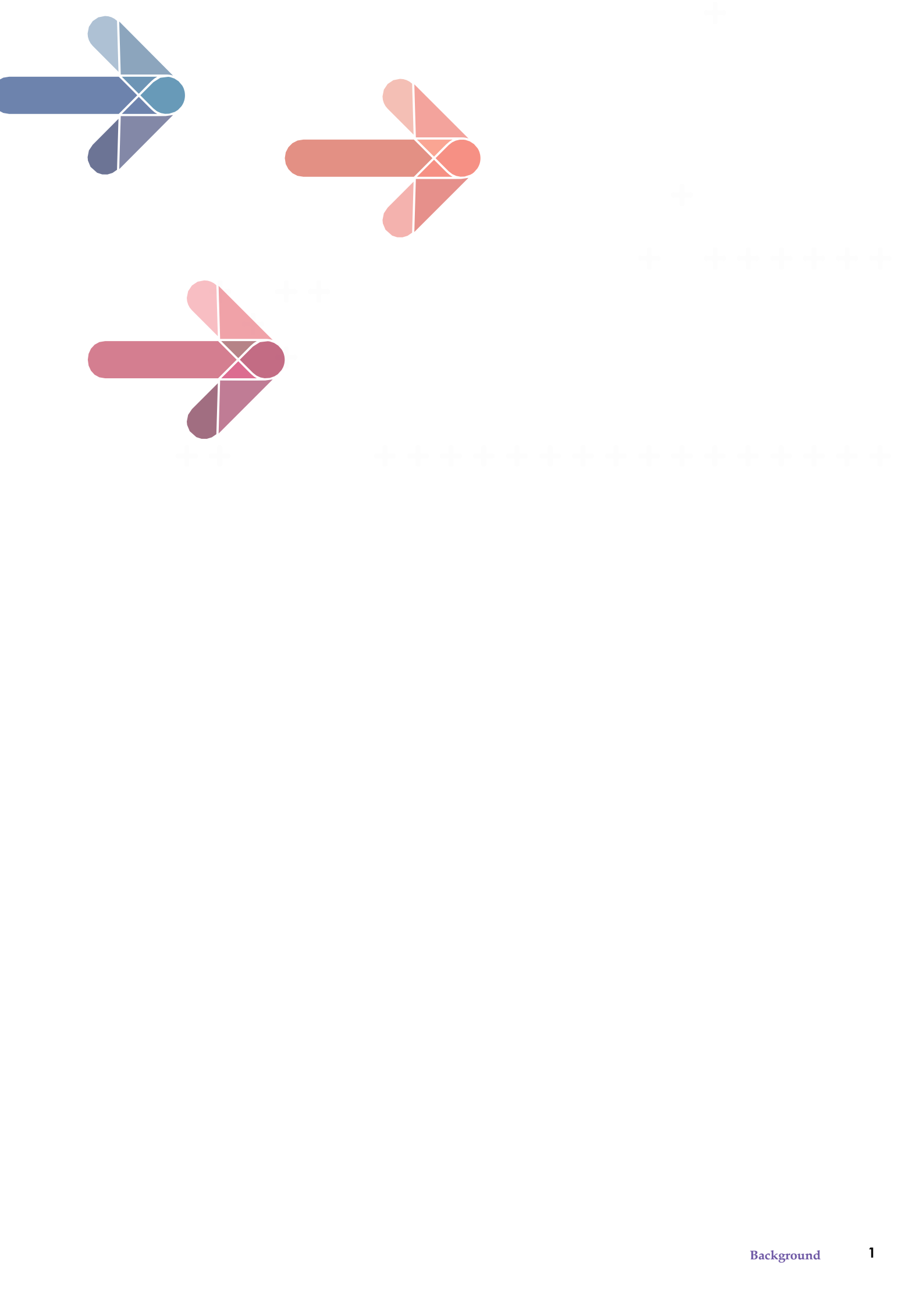
*w funkcjonowaniu zdrowia
publicznego, i w dostarczenie
niezbędnych usług zdrowotnych.*



Tło

1. *Agenda Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030 i jej 17 celów zrównoważonego rozwoju (Sustainable Development Goals - 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 ochrony 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 ochrony 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 ochrony zdrowia w celu osiągnięcia UHC. Jednak w wielu krajach zapotrzebowanie ludności na pracowników ochrony zdrowia nie idzie w parze z popytem społecznym i gospodarczym ani z zasobami technicznymi i finansowymi niezbędnymi do stworzenia niezbędnej siły kadrowej w ochronie 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.
4. Ogłoszenie roku 2020 *Międzynarodowym Rokiem Pielęgniarek i Położnych* (6) było wyjątkową okazją do przyspieszenia wdrażania wcześniejszych rezolucji i decyzji *Światowego Zgromadzenia Zdrowia (World Health Assembly - WHA)* z szacunku 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 „profilu 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 dostarczanie podstawowych usług zdrowotnych. Znaczenie pracowników ochrony 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





Kierunki strategiczne i priorytety polityki 2021-2025

6. Wznowione *Siedemdziesiąte Trzecie Światowe Zgromadzenie Zdrowia (WHA)* 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)². 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 dostarczanie 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 położnictwa 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*”³ 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 (Ryc. 1).

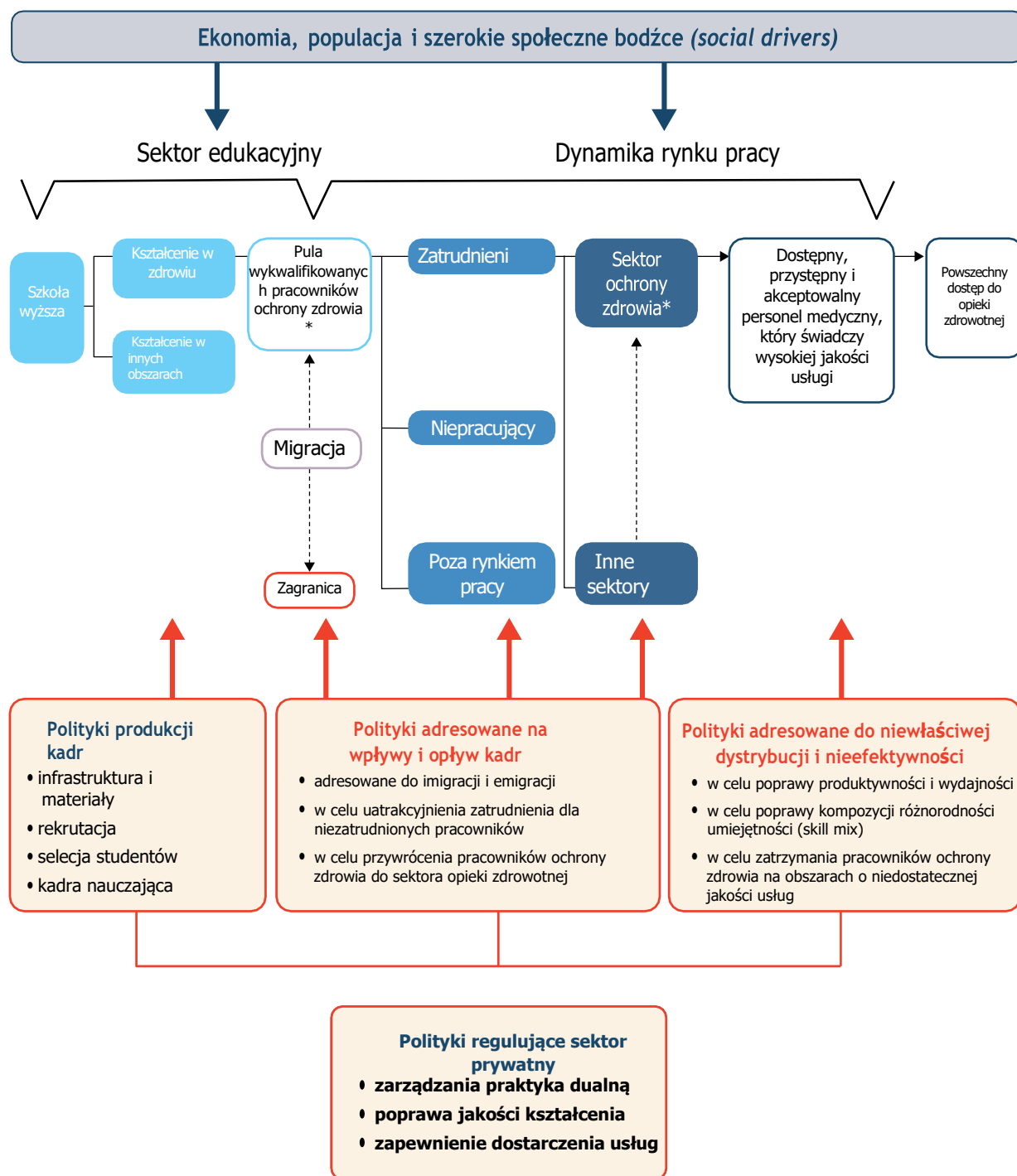
9. Ramy rynku pracy w sektorze ochrony zdrowia umożliwiają zrozumienie głównych czynników, które wpływają na dostępność, dystrybucję, zdolność, środowisko świadczenia usług i wydajność personelu pielęgniarskiego

² „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 (*WHA*).

³ (Triada (*Triad meeting*)) to spotkania przedstawicieli organizacji pielęgniarskich profesjonalnych, związków zawodowych i pielęgniarek na poziomie ministerstwa celem wypracowania wspólnego dialogu i polityki postępowania (przyp. DK)

- i położniczego w świadczeniu usług skoncentrowanych na osobie w celu osiągnięcia *UHC* (12). *SDNM* są celowo związane; 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 potwierdzających dowodów. 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 *Government Chief Nursing and Midwifery Officers – 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.

Rycina 1 Ramy rynku pracy w sektorze ochrony zdrowia



* Dostarczenie wykwalifikowanych pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej, chętnych do pracy

** Zapotrzebowanie na pracowników ochrony zdrowia i opieki społecznej w sektorach zdrowia i opieki społecznej związanych ze zdrowiem

źródło: zaadaptowano od 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.

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

<p>EDUKACJA →</p> <p>Kierunek strategiczny: Absolwenci położnictwa i pielęgniarstwa odpowiadają lub przewyższają zapotrzebowanie systemu opieki zdrowotnej oraz posiadają niezbędną wiedzę, kompetencje i postawy, aby sprostać krajowym wymaganiom w zakresie priorytetów zdrowotnych.</p> <p>Priorytet polityki: Dostosowanie poziomów kształcenia pielęgniarek i położnych do zoptymalizowanych ról w systemie opieki zdrowotnej i systemie akademickim.</p> <p>Priorytet polityki: Optymalizacja krajowego kształcenia położnych i pielęgniarek w celu zaspokojenia lub przewyższenia zapotrzebowania systemu opieki zdrowotnej.</p> <p>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.</p> <p>Priorytet polityki: Zapewnienie, że wykładowcy są odpowiednio przeszkoleni w zakresie najlepszych metod pedagogicznych i technologii oraz dysponują wiedzą kliniczną w obszarach treści merytorycznych.</p>	<p>PRACA →</p> <p>Kierunek strategiczny: Zwiększać dostępność pracowników ochrony zdrowia poprzez trwałe tworzenie stanowisk pracy dla pielęgniarek i położnych, efektywną rekrutację i zatrzymywanie położnych i pielęgniarek, oraz etyczne zarządzanie międzynarodową mobilnością.</p> <p>Priorytet polityki: Planowanie i prognozowanie zatrudnienia pielęgniarek i położnych z uwzględnieniem rynku pracy w sektorze opieki zdrowotnej.</p> <p>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.</p> <p>Priorytet polityki: Wzmocnienie wdrażania <i>Globalnego Kodeksu Praktyk WHO</i> w zakresie międzynarodowej rekrutacji personelu medycznego.</p> <p>Priorytet polityki: Uatrakcyjnienie, rekrutacja i zatrzymanie położnych i pielęgniarek tam, gdzie są najbardziej potrzebne.</p>
<p>PRZYWÓDZTWO →</p> <p>Kierunek strategiczny: Zwiększanie proporcji udziału i autorytetu położnych oraz pielęgniarek na wyższych stanowiskach w ochronie zdrowia i na stanowiskach akademickich oraz ciągły rozwój kolejnego pokolenia liderów pielęgniarek i położnych.</p> <p>Priorytet polityki: Ustanowienie i wzmocnienie stanowisk kierowniczych wyższego szczebla w zakresie rządzenia i zarządzania pracownikami pielęgniarstwa i położnictwa oraz ich wkładu w politykę zdrowotną.</p> <p>Priorytet polityki: Inwestowanie w rozwój umiejętności przywódcze położnych i pielęgniarek.</p>	<p>DOSTARCZANIE USŁUG →</p> <p>Kierunek strategiczny: Położne i pielęgniarki pracują w pełnym poszerzonym zakresie swojego kształcenia i szkolenia, w bezpiecznych i wspierających środowiskach dostarczania usług.</p> <p>Priorytet polityki: Przegląd i wzmocnienie systemów regulacyjnych w odniesieniu do zawodu oraz, w razie potrzeby, wspieranie budowania potencjału organów regulacyjnych.</p> <p>Priorytet polityki: Adaptowanie miejsc pracy, aby umożliwić położnym i pielęgniarkom maksymalny wkład w dostarczanie usług w interdyscyplinarnych zespołach opieki zdrowotnej.</p>



Wyniki badań

13. **Zarówno w poszczególnych krajach, jak i pomiędzy nimi, istnieje wiele różnych programów edukacyjnych „na poziomie podstawowym”, umożliwiających wejście do zawodu położnej lub pielęgniarzki.** Różne poziomy mają różne wymagania wstępne i czas trwania programu, a także punkty 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 pielęgniarzki. Ścieżką do zawodu położnej może być albo wstępne wykształcenie pielęgniarzkie, albo „bezpośrednie wejście” do programu kształcenia położnych. Coraz częściej wzywa się do ujednolicenia minimalnego wykształcenia położnych i pielęgniarzek na poziomie licencjatu (18-23). *Położne i Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki* mogą przyjąć szersze obowiązki w systemie opieki zdrowotnej, w tym przywództwo, badania i nauczanie (17, 24).
14. **Zapewnienie jakości programów kształcenia pielęgniarzek i położnych oraz przygotowanie wykwalifikowanej kadry pozostaje krytycznym 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 pielęgniarzek jest powszechnym problemem, szczególnie na poziomie licencyjnym 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 wytwarza wystarczającej liczby absolwentów położnictwa i pielęgniarstwa, aby zaspokoić zapotrzebowanie systemu opieki zdrowotnej lub potrzeby zdrowotne populacji.** Niewystarczająca liczba położnych i pielęgniarzek 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.

Aby zrekomensować 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 pielęgniarstwa i położnictwa. 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 interprofesjonalnej, 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 umożliwiające: 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 uzyskiwania punktów edukacyjnych studentów oraz tego, w jaki sposób zaawansowana edukacja (APN) koresponduje się z szerszą odpowiedzialnością w miejscu pracy i proporcjonalnym wynagrodzeniem. Eksploracja geograficznej harmonizacji wymagań wstępnych i końcowych, w tym możliwości edukacji interprofesjonalnej, w celu przygotowania studentów do multidyscyplinarnej pracy zespołowej w środowisku świadczenia usług.

19. Priorytet polityki: optymalizacja krajowego wytwarzania położnych i pielęgniarek dla spotkania lub przewyższenia zapotrzebowania systemu opieki zdrowotnej zarówno 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 umożliwiające: 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: we współpracy 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 w placówkach ochrony 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 interesariuszy (51).

- 23. Priorytet polityki: zapewnienie, że nauczyciele są odpowiednio przeszkoleni w zakresie najlepszych metod i technologii edukacyjnych i wykazują wiedzę specjalistyczną w obszarach treści merytorycznych.** Zwiększenie tej liczby przy jednoczesnym zapewnieniu jakości kadry będzie wymagało zaawansowanego szkolenia lub zajęć w zakresie procesów i metod edukacyjnych, a także współpracy ze środowiskami klinicznymi w celu zidentyfikowania doświadczonych klinicystów, którzy będą mentorami lub będą nadzorować studentów, w tych placówkach. Będzie to również wymagać zwiększonych inwestycji w technologie i infrastrukturę cyfrową oraz szkolenia kadry nauczycielskiej w zakresie korzystania z technologii cyfrowej w nauczaniu na odległość, symulacjach klinicznych oraz współpracy z mentorami klinicznymi i studentami z obszarów odległych lub wiejskich. Nauczyciele muszą być w stanie utrzymać kompetencje kliniczne, a także rozwijać i wzmacniać umiejętności kliniczne i dydaktyczne w zakresie nauczania i badań.
- 24. Działania umożliwiające: 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. Rozwijanie procesów nagradzania lub promowania wysoko wykwalifikowanych dydaktyków. Zachęcanie do korzystania z programów pomostowych (na przykład prowadzących do ukończenia studiów licencjackich) lub programów mających na celu zwiększenie liczby ekspertów klinicznych kwalifikujących się do zapisania kwalifikują się do zapisania się na programy dla absolwentów przygotowujące wydziały w zakresie przywództwa, zarządzania systemami i prowadzenia badań klinicznych, w tym zajęcia podyplomowe. . Sieci pracowników akademickich i badaczy oraz międzynarodowe programy wymiany wykładowców okazały się skuteczne w budowaniu potencjału badawczego wśród nauczycieli.



Wyniki badań

- 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 pielęgniarstwa wzrośnie do 36 mln, ale 70% prognozowanego wzrostu ma nastąpić w krajach o średnim i wysokim dochodzie. Kadre 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 pielęgniarstwa 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).

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 obsadzone 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). Wyniki badań 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 dostarczanie usług zdrowotnych (66-69).

Kierunki strategiczne: Zwiększenie dostępności pracowników ochrony zdrowia poprzez zrównoważone tworzenie miejsc pracy dla pielęgniarek i położnych, etyczną rekrutację i zatrzymywanie położnych i pielęgniarek oraz etyczne zarządzanie międzynarodową mobilnością i migracją.

28. Priorytet polityki: prowadzenie planowania i prognozowania 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 esencjonalne do opracowania efektywnych polityk dotyczących pracowników ochrony 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 ochrony zdrowia.

29. Działania umożliwiające: wielosektorowe podejście prowadzone przez ministerstwo zdrowia i dyrektorów ds. pielęgniarstwa i położnych na poziomie rządu w koordynacji i współpracy z ministerstwami edukacji, finansów, pracy, rozwoju społecznego oraz sektorami prywatnym, pozarządowym i non-profit ma krytyczne 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 dostarczanie usług pielęgniarstwa w podstawowej opiece zdrowotnej, w tym zarządzanie chorobami zakaźnymi. 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.

30. Priorytet polityki: zapewnienie odpowiedniego popytu (miejsc pracy) w odniesieniu do świadczenia usług zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej i innych priorytetów 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 umożliwiające: 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 alokacje 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 ochrony 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, 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 ochrony zdrowia i wzmocnianie 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 umożliwiające: Interesy interesariuszy systemu opieki zdrowotnej, w tym ministerstw zdrowia, muszą być brane pod uwagę w ramach dyskusji związanych z międzynarodową migracją i mobilnością pracowników ochrony zdrowia. O ile to możliwe, umowy 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).

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 umożliwiające: „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. Implementacja legislacyjnych i administracyjnych zabezpieczeń socjalnych, w tym odszkodowań z tytułu infekcji, niepełnosprawności lub śmierci, płatnych zwolnień chorobowych i ubezpieczeń od ryzyka zawodowego. Analiza krajowych siatek płac w odniesieniu do płacy wystarczającej na utrzymanie i zobowiązanie się do sprawiedliwego i neutralnego pod względem płci systemu wynagrodzeń wśród pracowników ochrony zdrowia, w tym w sektorze prywatnym. Rozpoznawanie zaawansowanej edukacji położnych i pielęgniarek wraz z odpowiadającymi im obowiązkami i związanym z nimi wynagrodzeniem. Egzekwowanie polityki „Zero tolerancji” dla dyskryminacji ze względu na płeć oraz molestowania werbalnego, fizycznego i seksualnego.

Wyniki badań

36. Kobiety stanowią prawie 70% pracowników ochrony zdrowia na świecie, 89% pracowników w pielęgniarstwie i 93% pracowników w zawodzie położnej, 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 dostarczanie 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. **Okolo 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” naczelników 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 regulacji dotyczących miejsca pracy i edukacji.

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

38. Priorytet polityki: Ustanowienie i wzmocnienie przywódczych stanowisk kierowniczych wyższego szczebla w zakresie rządzenia i zarządzania pracownikami pielęgniarstwa i położnictwa oraz wkładu w politykę zdrowotną. Rządowi urzędnicy ds. pielęgniarstwa i ds. położnictwa w rządach powinni na równi z innymi pracownikami ochrony podejmować strategiczne decyzje, które mają wpływ na planowanie usług zdrowotnych w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych populacji. Na poziomie krajowym stanowisko to powinno odpowiadać mandat polityczny do rządzenia i zarządzania pielęgniarstwem i położnictwem, a także kierowania udostępnianiem i analizą danych dotyczących pielęgniarstwa i położnictwa, zwoływania interesariuszy w celu prowadzenia dialogu politycznego i podejmowania decyzji opartych na danych.

39. Działania umożliwiające: upewnienie się, że rola ta jest odpowiednio finansowana, a zakres obowiązków obejmuje odpowiednie uprawnienia do podejmowania decyzji i wkład w rozwój polityki zdrowotnej. Prowadzenie szkoleń i rozwoju umiejętności dla pielęgniarek i położnych w strukturach rządów 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 ochrony 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. Rozwój programów zwiększających zdolności techniczne, administracyjne i zarządcze i mogą wyposażać 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 używaniem badań do informowania o praktyce i polityce zdrowotnej.

41. Działania umożliwiające: Zapewnienie alokacji 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 młodszy położnym i pielęgniarkom wzorów do naśladowania.

Wyniki badań

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 populacji zamieszkujących odległe lokalizacje, 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, że Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki mogą bezpiecznie i skutecznie świadczyć szeroki zakres usług, zarówno ogólnych (na przykład pielęgniarka rodzinna), jak i specjalistycznych (na przykład w zakresie anestezjologii, zdrowia dzieci, noworodków lub geriatric) (93-95). Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki mogą skutecznie świadczyć szeroki zakres usług podstawowej opieki zdrowotnej i w chorobach niezakaźnych, w tym przepisywać leki i niektóre badania diagnostyczne (96-98). Poza badaniami naukowymi, przepisy i regulacje mogą celowo ograniczać położnym i pielęgniarkom możliwość praktykowania pewnych kompetencji nabytych w trakcie edukacji, czasami ze względu na kwestie konkurowania z innymi (*turf issues*) grupami zawodowymi (99-102). Polityka krajowa, strategie dotyczące konkretnych chorób (na przykład ludzkiego wirusa niedoboru odporności) oraz polityka lub protokoły postępowania klinicznego mogą również wpływać na zakres usług, które mogą świadczyć położne i pielęgniarki (103).
43. **Regulacja profesji i systemy regulacyjne często nie odzwierciedlają rosnącej roli położnych i pielęgniarek w usługach, ich międzynarodowej mobilności i potrzeb w zakresie wymiany danych.** Przepisy 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 do oceny początkowych kompetencji, a niektóre nie wymagają udowodnienia bieżących 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 miejscu praktyki. 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.

44. **Odpowiedź na COVID-19 wzmocniła potrzebę stworzenia środowiska pracy, które wspiera zoptymalizowane dostarczanie usług przez położne i pielęgniarki.** Pracownicy ochrony 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 dostarczonych 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 pracy w celu zwiększenia dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Harmonizacja regulacji w różnych krajach i ustanowienie umów o wzajemnym uznawaniu może ułatwić mobilność między partycypującymi jurysdykcjami. Przegląd legislacji i regulacji powinien być podejmowany z uwzględnieniem wyników edukacji położnych i pielęgniarek oraz zoptymalizowanych ról w miejscach dostarczania usług. W przypadku położnych posiadających również uprawnienia pielęgniarek, odpowiedni czas dostarczania usług położniczych jest esencją utrzymania 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 umożliwiające:** ustawodawstwo i regulacje powinny zostać aktualizowane 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 „dopasowania do praktyki” 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 w praktyce zawodowej lub dodatkowych kursów. Należy rozważyć harmonizację przepisów w różnych krajach i umowy o wzajemnym uznawaniu. Ustalenia te powinny być wspierane przez działający w czasie rzeczywistym 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 ulepszenia technologii informacyjnych i zasobów.

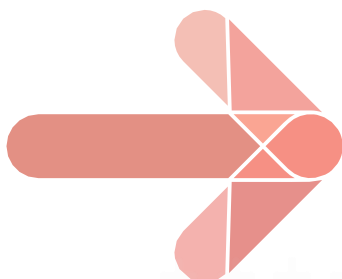
47. Priorytet polityki: Adaptowanie polityki miejsca pracy, aby umożliwić położnym i pielęgniarcom maksymalny wkład w dostarczanie usług w interprofesjonalnych zespołach opieki zdrowotnej.

Polityka miejsca 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 ochrony zdrowia i opieki, godnej pracy i środowiska pracy (111).

48. Działania umożliwiające: 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.

Konkluzje

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



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-programme-of-work-2019---2023>, accessed 16 June 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 Hoop-Bender P, Homer C, Matthews Z, Nove A, Sochas L, Campbell J, et al. McManus J, editor. 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 Hoop-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, Mårtensson 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, Atuhaire I, 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, Schönhardt 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 Bachelor-level 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. Lendahls 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. Int J Med Educ. 2018;9:64-71.
30. Lakhani 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-P.R.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-García JE, Ruzafa-Martínez 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, Trinko 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, Bashir S. 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 meta-ethnography 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, et al. 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, Chizuni 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>, accessed 16 June 2021).
87. Hafsteinsdóttir 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. Dlamini 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.

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 meta-synthesis 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, Bytyci 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. Aksoy YE, Koçak 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, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé 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, Torgeisen K, Qvindenland 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. Dubé 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, González-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. Joarder T, 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.

Aneks:

Ramy monitorowania i rozliczalności

51. Implementacja *Globalnych kierunków strategicznych dla pielęgniarstwa i położnictwa na lata 2021-2025* opiera się na następującej teorii zmian: zaangażowanie szerokiego grona interesariuszy 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 (SDGs) (rysunek A1).
52. **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.
53. **Raportowanie:** 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.
54. Raportowanie postępów w zakresie dialogu politycznego, podejmowania decyzji i działań politycznych będzie odbywać się na odbywającym się co dwa lata *Globalnym Forum WHO dla naczelników 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.

Rycina A1 Kierunki strategiczne dla pielęgniarstwa i położnictwa 2021-2025: teoria i zmiana

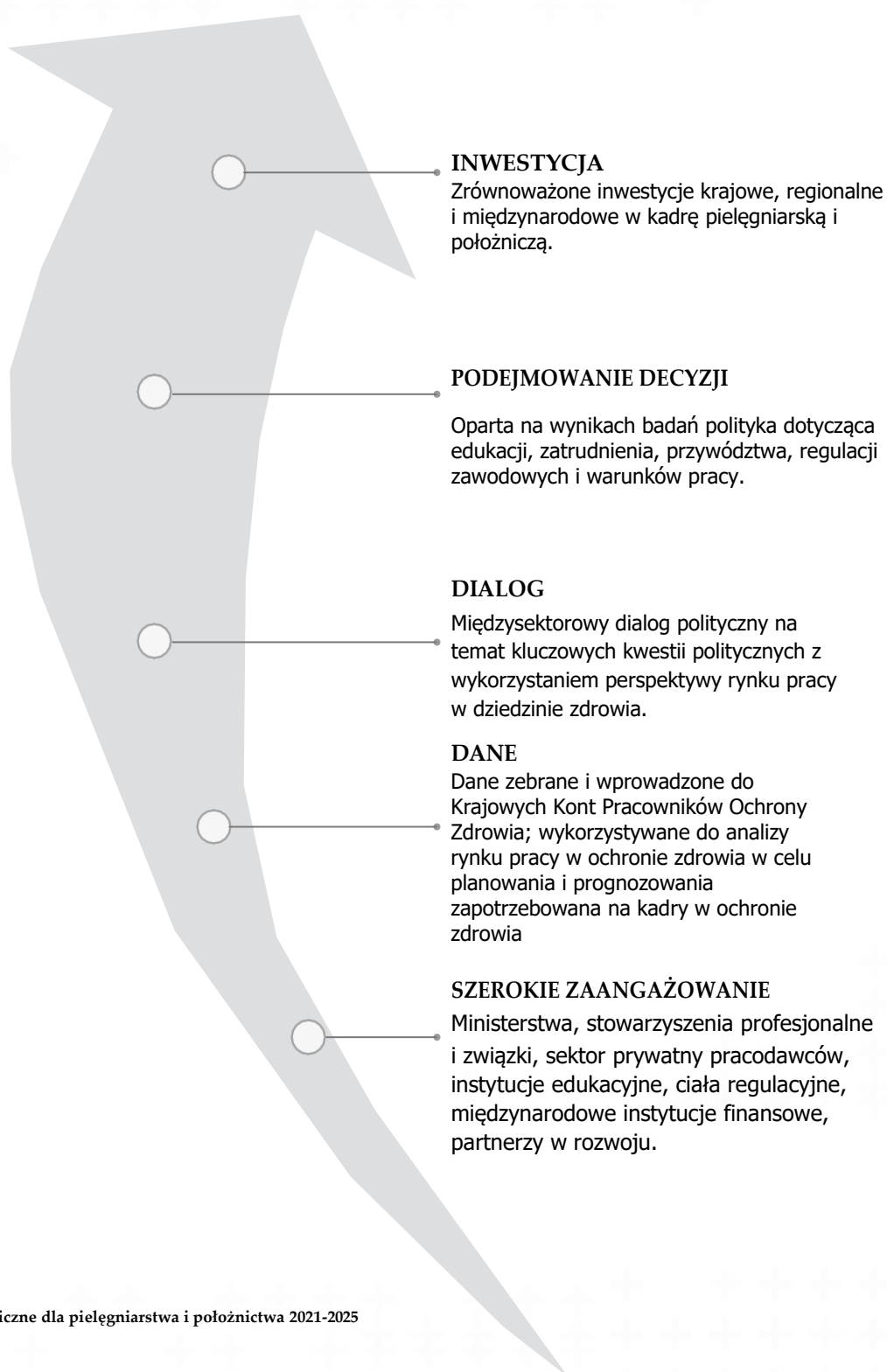


Tabela A1

KONCENTRACJA POLITYKI: **EDUKACJA**Częstość
monitorowa
niaMechanizm
monitorowa**STRATEGIC DIRECTION**

Absolwenci położnictwa i pielęgniarstwa odpowiadają lub przewyższają zapotrzebowanie systemu opieki zdrowotnej oraz posiadają niezbędną wiedzę, kompetencje i postawy, aby sprostać krajowym wymaganiom w zakresie priorytetów zdrowotnych..

Raz, 2025

Analiza przez *WHO* danych *NHWA* i raportów krajowych delegacji na Forum *GCNMO*, podczas spotkania „Triad”

PRIORYTETY POLITYKI

Dostosowanie poziomów kształcenia pielęgniarzek i położnych do zoptymalizowanych ról w systemie opieki zdrowotnej i systemie akademickim.

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.

Optymalizacja krajowego kształcenia położnych i pielęgniarzek w celu zaspokojenia lub przewyższenia zapotrzebowania systemu opieki zdrowotnej.

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

Raz, 2025

Analiza przeprowadzona przez *WHO* danych *NHWA* i raportów delegacji krajowych na Forum *GCNMO*, które odbyło się podczas spotkania „Triady”

PODEJMOWANIE DECYZJI (PRZYKŁADY)

Usprawnienie lub unowocześnienie programów edukacyjnych na poziomie podstawowym dostępnych dla pielęgniarzek i położnych; dążyć do harmonizacji z sąsiednimi jurysdykcjami.

Aktualizacja standardów edukacyjnych i wzmocnienie mechanizmów akredytacji w zakresie kształcenia pielęgniarzek i położnych na poziomie podstawowym.

Tam, gdzie wskazuje to analiza rynku pracy w sektorze zdrowia, należy zwiększyć produkcję krajową, aby zaspokoić popyt.

Zaangażuj się w zapewnienie wykładowcom odpowiednich zasobów i możliwości aktualizacji umiejętności dydaktycznych i klinicznych.

2022
2024

GCNMO Forum/„Triada” sprawozdanie delegacji krajowej ze spotkania

DIALOG (PRZYKŁADY)

Przejrzyj różne programy dla początkujących położnych i pielęgniarzek: wymagania dotyczące przystąpienia do programu, czas trwania programu, stosowane standardy i przyznane uprawnienia.

Zdefiniowanie wyników/kompetencji programów pielęgniarstwa i położnictwa na poziomie podstawowym w odniesieniu do zoptymalizowanych ról w środowisku zdrowotnym i akademickim.

Partnerstwa międzysektorowe i mechanizmy koordynacji wzmocnienie sprawozdawczości w zakresie danych dotyczących sektora edukacji na poziomie krajowym.

Sprawdź referencje wydziału, aby upewnić się, że stopnie edukacyjne i uprawnienia są współmierne do stopnia/certyfikatu przyznanego absolwentom programu.

2022
2024

GCNMO Forum/„Triada” sprawozdanie delegacji krajowej ze spotkania

DANE (PRZYKŁADY) SKONSULTOWAĆ Z [NHWA HANDBOOK](#) DLA DEFINICJI I WSKAŹNIKÓW*NHWA* 2-02*NHWA* 3-02*NHWA* 2-03*NHWA* 2-05Rocznie
2021-2025*NHWA* platforma*NHWA* 3-01*NHWA* 3-03*NHWA* 2-04, 2-05

SoWN NN-3

NHWA 9-04*NHWA* 3-04*NHWA* 2-07*NHWA* 3-06*NHWA* 4-02*NHWA* 3-07*NHWA* 9-04*NHWA* 9-04*NHWA* 10-04**ZAANGAŻOWANIE**

Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji, instytucje edukacyjne i szkoleniowe, pracodawcy publiczni i prywatni, organy regulacyjne zawodów, krajowe stowarzyszenia pielęgniarzek i położnych, organizacje akredytacyjne,

NARZĘDZIA I ZASOBY

WHO Global competency framework for universal health coverage education; Framework for action: strengthening quality midwifery education for UHC; WHO Digital health strategy; International Confederation of Midwives global standards for midwifery education; WHO Nurse educator core competencies; WHO Midwifery educator core competencies: building capacities of midwifery educators.

(Globalne ramy nauczania kompetencji WHO dla powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (UHC); Ramy działania: wzmocnienie wysokiej jakości kształcenia położnych w UHC; Cyfrowa strategia zdrowia WHO; Międzynarodowe standardy Międzynarodowej Konfederacji Położnych w zakresie kształcenia położnych; Podstawowe kompetencje nauczycieli pielęgniarstwa WHO; Podstawowe kompetencje nauczycieli położnych WHO: budowanie potencjału nauczycieli położnictwa. Tłum: DK)

Skróty: GCNMO, główny urzędnik/urzędnicz ds. pielęgniarstwa i położnictwa rządu; NHWA, krajowe konta pracowników służby zdrowia; SoWN NN: Stan pielęgniarstwa na świecie 2020 (raport) Wskaźnik spoza NHWA.

Tabela A2

KONCENTRACJA POLITYKI: **MIEJSCA PRACY**

				Częstotliwość monitorowania	Mechanizm monitorowania
KIERUNEK STRATEGICZNY					
Zwiększać dostępność pracowników ochrony zdrowia poprzez trwałe tworzenie stanowisk pracy dla pielęgniarek i położnych, efektywną rekrutację i zatrzymywanie położnych i pielęgniarek, oraz etyczne zarządzanie międzynarodową mobilnością..				Raz, 2025	Analiza przeprowadzona przez WHO danych NHWA i raportów delegacji krajowych na Forum GCNMO, które odbyło się podczas spotkania „Triady”
PRIORYTETY POLITYKI					
Planowanie i prognozowanie zatrudnienia pielęgniarek i położnych z uwzględnieniem rynku pracy w sektorze opieki zdrowotnej.	Zapewnienie odpowiedniego popytu (miejsc pracy) w odniesieniu do świadczenia usług zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i innych priorytetów w zakresie zdrowia populacji.	Wzmocnienie wdrażania Globalnego Kodeksu Praktyk WHO w zakresie międzynarodowej rekrutacji personelu medycznego „Kodeks”.	Uatrakcyjnienie, rekrutacja i zatrzymanie położnych i pielęgniarek tam, gdzie są najbardziej potrzebne.	2022 2024	GCNMO Forum/„Triad” meeting country delegation report
PODEJMOWANIE DECYZJI (PRZYKŁADY)					
Przeprowadzić analizę rynku pracy w ochronie zdrowia, aby uzyskać informacje na temat planów strategicznych i inwestycyjnych dla personelu pielęgniarskiego i położniczego.	Zwiększenie zapotrzebowania ekonomicznego na tworzenie stanowisk pracy dla pielęgniarek i położnych.	Ukończenie Krajowego Instrumentu Sprawozdawczości	Opracuj i zaoferuj odpowiedni kontekstowo pakiet interwencji mających na celu przyciągnięcie, rekrutację i zatrzymanie położnych i pielęgniarek w określonych obszarach.	2022 2024	GCNMO Forum/„Triada” sprawozdanie delegacji krajowej ze spotkania
DIALOG (PRZYKŁADY)					
Wyznacz wielosektorową grupę doradcą w celu określenia klucza zainteresowanymi stronami, kwestiami politycznymi i źródłami danych do analizy rynku pracy w dziedzinie zdrowia.	Przejrzyj analizę wpływu na wysokość wynagrodzeń lub analizę wykonalności ekonomicznej w zakresie tworzenia stanowisk pracy w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa.	Dwustronne dyskusje dotyczące międzynarodowej migracji i mobilności pracowników ochrony zdrowia prowadzone z Ministerstwem Zdrowia i innymi zainteresowanymi stronami zajmującymi się zdrowiem.	Ustal obszary i miejsca, w których położne i pielęgniarki są najbardziej potrzebne.	2022 2024	GCNMO Forum/„Triada” sprawozdanie delegacji krajowej ze spotkania
DANE (PRZYKŁADY) SKONSULTOWAĆ Z NHWA HANDBOOK DLA DEFINICJI I WSKAŹNIKÓW					
NHWA 9-01 NHWA 9-03	NHWA 1-01 NHWA 1-05 NHWA 7-01 NHWA 10-05	NHWA 1-07 NHWA 1-08 NHWA 10-02	NHWA 1-02 NHWA 6-06 NHWA 5-07 NHWA 6-01 NHWA 6-02 NHWA 8-03	Annually 2021-2025	NHWA platforma
ZAANGAŻOWANIE					

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

NARZĘDZIA I ZASOBY

WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel; *WHO* Guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas; *WHO* Health labour market analysis toolkit (forthcoming). National Health Workforce Accounts: a handbook; United Nations Inter-Agency Task Force on Financing for Development. Financing for Sustainable Development Report 2020

(Globalny Kodeks Postępowania WHO dotyczący międzynarodowej rekrutacji personelu medycznego; Wytyczne WHO dotyczące rozwoju, przyciągania, rekrutacji i zatrzymywania pracowników ochrony zdrowia na obszarach wiejskich i odległych; Zestaw narzędzi do analizy rynku pracy WHO Health (w przygotowaniu). Krajowe konta pracowników ochrony zdrowia: podręcznik; Międzyagencyjna Grupa Zadaniowa Narodów Zjednoczonych ds. Finansowania Rozwoju. Raport Finansowanie Zrównoważonego Rozwoju 2020, tłum: DK)

skrót: GCNMO, główni urzędnicy pielęgniarstwa i położnictwa rządu; NHWA, *National Health Workforce Accounts* (Krajowe konta pracowników służby zdrowia).

Tabela A3

KONCENTRACJA POLITYKI: **PRZYWÓDZTWO**

		Częstotliwość monitorowania	Mechanizm monitorowania
KIERUNKI STRATEGICZNE			
Zwiększanie proporcji udziału i autorytetu położnych oraz pielęgniarek na wyższych stanowiskach w ochronie zdrowia i na stanowiskach akademickich oraz ciągły rozwój kolejnego pokolenia liderów pielęgniarek i położnych.		Raz, 2025	Analiza przeprowadzona przez WHO danych NHWA i raportów delegacji krajowych na Forum GCNMO, które odbyło się podczas spotkania „Triady”
PRIORYTETY POLITYKI			
Ustanowienie i wzmocnienie stanowisk kierowniczych wyższego szczebla w zakresie rządzenia i zarządzania pracownikami pielęgniarstwa i położnictwa oraz ich wkładu w politykę zdrowotną.	Inwestowanie w rozwój umiejętności przywódcze położnych i pielęgniarek.	2022 2024	GCNMO Forum/„Triada” sprawozdanie delegacji krajowej ze spotkania
PODEJMOWANIE DECYZJI (PRZYKŁADY)			
Ustanowienie stanowiska GCNMO, GCNO lub GCMO oraz możliwości wzmocnienia potencjału.	Ustanawianie i trwale wspieranie formalnych programów szkoleń w zakresie przywództwa i rozwoju kariery dla położnych i pielęgniarek.	2022 2024	GCNMO Forum/„Triada” sprawozdanie delegacji krajowej ze spotkania
DIALOG (PRZYKŁADY)			
Identyfikacja ról i obowiązków w zakresie planowania i zarządzania personelem medycznym, raportowania i wykorzystania danych, analizy rynku pracy i przestrzeni fiskalnej.	Dyskusje ze stowarzyszeniami zawodowymi i organizacjami opieki zdrowotnej w celu ustalenia możliwości rozwoju przywództwa i mentoringu.	2022 2024	GCNMO Forum/„Triada” sprawozdanie delegacji krajowej ze spotkania
DANE (PRZYKŁADY) SKONSULTOWAĆ Z NHWA HANDBOOK DLA DEFINICJI I WSKAŹNIKÓW			
NHWA 1-04	SoWN NN-5	Annually 2021-2025	NHWA platforma
NHWA 9-01	SoWN NN-6		
NHWA 9-02			
SoWN NN-4			
ZAANGAŻOWANIE			
Ministerstwa zdrowia, główni urzędnicy ds. pielęgniarstwa i położnictwa, krajowe stowarzyszenia pielęgniarek i położnych, pracodawcy publiczni i prywatni, organizacje opieki zdrowotnej.			
NARZĘDZIA I ZASOBY			

WHO Roles and responsibilities of government chief nursing and midwifery officers: capacity-building manual.

(Role i obowiązki głównych urzędników pielęgniarstwa i położnych w rządzie: podręcznik budowania potencjału. Tłum: DK)

Abbreviations: GCNMO, government chief nursing and midwifery officer; GCNO, government chief nursing officer; GCMO, government chief midwifery officer; NHWA, National Health Workforce Accounts; SoWN NN: State of the world's nursing 2020 (report) non-NHWA indicator. (GCNMO, główny urzędnik rządu ds. pielęgniarstwa i położnictwa; GCNO, główny urzędnik ds. pielęgniarstwa rządu; GCMO, dyrektor rządowy ds. położnych; NHWA, krajowe konta pracowników służby zdrowia; SoWN NN: Stan pielęgniarstwa na świecie 2020 (raport) Wskaźnik spoza NHWA⁴, tłum: DK)

⁴ <https://apps.who.int/nhwportal/> (DK)

Tabela A4

KONCENTRACJA POLITYKI: **DOSTARCZANIE USŁUG**

KIERUNKI STRATEGICZNE		Częstość monitorowania	Mechanizm monitorowania
Położne i pielęgniarki pracują w pełnym poszerzonym zakresie swojego kształcenia i szkolenia, w bezpiecznych i wspierających środowiskach dostarczania usług.		Raz, 2025	Analiza przeprowadzona przez WHO danych NHWA i raportów delegacji krajowych na Forum GCNMO, które odbyło się podczas spotkania „Triady”
PRIORYTETY POLITYKI			
Przegląd i wzmocnienie systemów regulacyjnych w odniesieniu do zawodu oraz, w razie potrzeby, wspieranie budowania potencjału organów regulacyjnych.	Adaptowanie miejsc pracy, aby umożliwić położnym i pielęgniarkom maksymalny wkład w dostarczanie usług w interdyscyplinarnych zespołach opieki zdrowotnej.	2022 2024	GCNMO Forum/„Triada” sprawozdanie delegacji krajowej ze spotkania
PODEJMOWANIE DECYZJI (PRZYKŁADY)			
Aktualizacja i harmonizacja ustawodawstwa i przepisów, aby umożliwić położnym i pielęgniarkom wykonywanie zawodu w pełnym zakresie kształcenia i szkolenia.	Utworzenie grupy roboczej ds. planowania analizy wskaźników obciążenia pracą w zakresie potrzeb kadrowych (WISN) w celu zapewnienia bezpiecznego zatrudnienia.	2022 2024	GCNMO Forum/„Triada” sprawozdanie delegacji krajowej ze spotkania
DIALOG (PRZYKŁADY)			
Dokonuj przeglądu okresowego i procesu odnawiania kwalifikacji zawodowych, w tym wymogów dotyczących wykazania aktualnych kompetencji.	Omów, w jaki sposób projekt systemu opieki zdrowotnej, personel placówki zdrowotnej i zasady dotyczące miejsca pracy mogą pomóc w umożliwieniu optymalnej praktyki położnych i pielęgniarek.	2022 2024	GCNMO Forum/„Triada” sprawozdanie delegacji krajowej ze spotkania
DANE (PRZYKŁADY) skonsultuj w NHWA HANDBOOK W ZAKRESIE DEFINICJI I WSKAŹNIKÓW			
NHWA 3-08	NHWA 6-03	Annually 2021-2025	NHWA platform
NHWA 3-09	NHWA 6-04		
NHWA 8-06	NHWA 6-05		
SoWN NN-1	NHWA 6-07		
SoWN NN-2	NHWA 6-08		
	NHWA 6-09		
	NHWA 6-10		
	NHWA 9-05		
ZAANGAŻOWANIE			
Ministerstwa zdrowia, główni urzędnicy ds. pielęgniarstwa i położnictwa, krajowe stowarzyszenia pielęgniarek i położnych, pracodawcy publiczni i prywatni, organizacje opieki zdrowotnej.			
NARZĘDZIA I ZASOBY			
WHO Karta Bezpieczeństwa Pacjenta 2020; Program Międzynarodowej Organizacji Pracy na rzecz godnej pracy, Polityka i zarządzanie pracownikami służby zdrowia w kontekście reakcji na pandemię Covid-19: Wytoczne tymczasowe. Globalny Plan Działań na rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów na lata 2021–2030: w kierunku wyeliminowania możliwych do uniknięcia szkód w opiece zdrowotnej. Projekt roboczy do konsultacji. WHO Cyfrowa strategia zdrowia. (tłum: DK)			

Abbreviations: GCNMO, główni urzędnicy pielęgniarstwa i położnictwa rządu; NHWA, Krajowe konta pracowników ochrony zdrowia. SoWN NN: State of the world's nursing 2020 (report) wskaźnik non-NHWA.

