



International Council of Nurses
The global voice of nursing

OKREVANJE IN OBNOVA



VLAGANJA V MEDICINSKE SESTRE ZA VEČJO UČINKOVITOST ZDRAVSTVENIH SISTEMOV

Marec 2023

Avtorja:

James Buchan, izredni prof., Univerza za tehnologijo v Sydneyju
Howard Catton, izvršni direktor Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN)

OKREVANJE IN OBNOVA

VLAGANJA V MEDICINSKE SESTRE ZA VEČJO UČINKOVITOST ZDRAVSTVENIH SISTEMOV

Založnik: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Ob železnici 30a, 1000 Ljubljana

Prevod v slovenski jezik: Julija Potrč Šavli

Lektorica: Jelica Žalig Grce

Ljubljana, 2023

Naslov originala: Recover to Rebuild: Investing in the Nursing Workforce for Health System Effectiveness

Kataložni zapis o publikaciji (CIP)

Naslovna fotografija: Johnson & Johnson/Mark Tushman

Vse pravice pridržane, vključno s prevodi v druge jezike.

Brez izrecnega pisnega dovoljenja Mednarodnega sveta medicinskih sester se nobenega dela te publikacije ne sme tiskati, fotografirati ali kako drugače reproducirati, shranjevati na sistemu za priklic podatkov, posredovati v kakršnikoli obliki ali prodajati. Krajši odlomki (v obsegu manj kot 300 besed) se lahko reproducirajo brez izrecnega dovoljenja, če je vir pravilno naveden.

Copyright © 2023 ICN - International Council of Nurses, 3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva (Švica)

ISBN: 978-92-95124-17-2

AVTORJA:

James Buchan, PhD, DPM, MA(hons); docent na Univerzi za tehnologijo v Sydneyju, Avstralija, ki sodeluje s SZO; gostujoči profesor na Univerzi v Edinburghu, Škotska

Howard Catton, MA, BSc, RN; izvršni direktor Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN)

ZAHVALA

To poročilo je nastalo na podlagi hitrega pregleda, ki smo ga razvili s pomočjo informacij različnih ključnih virov. Nacionalna združenja medicinskih sester in drugi ključni deležniki so igrali pomembno vlogo pri posredovanju podatkov. Čeprav nismo mogli uporabiti vsega primernega gradiva, ki so ga posredovala nacionalna združenja medicinskih sester in drugi deležniki, se zanj iskreno zahvaljujemo.

Avtorja se zahvalujeta tudi Lisi Little, prvi podpredsednici Mednarodnega sveta medicinskih sester, za podrobne pripombe in predloge.

Avtorja odgovarjata za vsebino tega poročila in njegovo interpretacijo.

KAZALO

Avtorja	3
Zahvala	3
Povzetek	6
Namen poročila	6
Covid-19, obnova zdravstvenih sistemov in njen vpliv na medicinske sestre	6
Tveganja za izgorelost medicinskih sester lahko zamajejo prizadevanja za okrevanje in obnovo zdravstvenih sistemov	7
Izgorelost medicinskih sester: Rešitev ni v tem, naj medicinske sestre 'stisnejo zobe'	7
Pomanjkanje medicinskih sester: posledica nezadostnih ukrepov	7
Akcijski program za 2023 in naprej: Kako zaščititi in podpreti medicinske sestre za obnovo zdravstvenih sistemov	8
• Na nacionalni ravni	9
• Na mednarodni ravni	10
1. UVOD.	12
1.1 Uvod	12
1.2 Obnova zdravstvenih sistemov. Pomanjkanje medicinskih sester in izgorelost: potrebni so ukrepi in vlaganja na svetovni ravni	13
1.3 Pomanjkanje medicinskih sester ogroža obnovo zdravstvenih sistemov in gospodarsko rast	14
1.4 Namen in sktuktura poročila	15
2. COVID-19, OBNOVA ZDRAVSTVENIH SISTEMOV IN NJEN VPLIV NA MEDICINSKE SESTRE	16
2.1 Profil svetovne delovne sile v zdravstveni negi	16
2.2 Povečanje obsega, ohranjanje obsega in vlaganje/obnova	19
• 2.2.1 Povečanje obsega kadra – posledice za medicinske sestre	21
• 2.2.2 Ohranjanje obsega kadra – posledice za medicinske sestre	21
• 2.2.3 Vlaganja in obnova zdr. sistemov – posledice za medicinske sestre	22
2.3 Tveganja za izgorelost medicinskih sester lahko zamajejo prizadevanja za okrevanje in obnovo zdravstvenih sistemov	23
2.4 Izgorelost medicinskih sester: Rešitev ni v tem, naj medicinske sestre 'stisnejo zobe'	32
2.5 Če ni medicinskih sester, zdravstvena nega ni izvedena: strošek neukrepanja v zvezi z izgorelostjo medicinskih sester	34
2.6 Protesti in stavke medicinskih sester: zadnji izhod	35
2.7 Podpora za medicinske sestre: treba je izvesti oceno vpliva na delovno silo v zdravstveni negi	36

3. RAZLIKE MED POTREBNIMI IN RAZPOLOŽLJIVIMI KADRI SO VSE VEČJE: POMANJKANJE MEDICINSKIH SESTER V 2022	38
3.1 Pomanjkanje medicinskih sester: posledica nezadostnih ukrepov	38
3.2 Razpoložljivost medicinskih sester, izšolanih doma, se razlikuje, a je pogosto nezadostna	40
3.3 Brezposelnost in pomanjkanje medicinskih sester: paradoks in posledica neuspešnih politik	41
3.4 Za obnovo zdravstvenega sistema je potrebnih več medicinskih sester	42
3.5 Potrebe po obnovi zdravstvenih sistemov vodijo do hitre začasne rešitve – zaposlovanja medicinskih sester iz tujine	43
3.6 Samozadostnost delovne sile v zdravstveni negi in učinkovitejša raba kodeksa SZO	48
3.7 Vpliv na medicinske sestre: preglednica kazalnikov	50
4. ZAŠČITITI IN NUDITI PODORO ZA OBNOVO ZDRAVSTVENIH SISTEMOV	52
4.1 Zaščita medicinskih sester in vlaganja v zagotavljanje podpore zanje so ključnega pomena za okrevanje in obnovo zdravstvenih sistemov	52
4.2 Politike za zagotavljanje podpore medicinskim sestram v službi	53
4.3 Akcijski program za 2022 in naprej: Kako zaščititi in podpreti medicinske sestre za obnovo zdravstvenih sistemov	55
PRILOGA 1: PREGLEDNICA VPLIVOV NA MEDICINSKE SESTRE	59
VIRI	62

POVZETEK

NAMEN POROČILA

To poročilo se osredotoča na medicinske sestre v času, ko skušajo države po svetu okrevati in obnoviti svoje zdravstvene sisteme, ki jih je močno prizadela pandemija covid-19. Medicinske sestre so bile ključne za učinkovit odziv na pandemijo, saj so pri spopadanju s pandemijo opravljale nujno potrebno, tvegano in pogosto tudi nevarno delo. Od te iste delovne sile v zdravstveni negi, pogosto pa celo od istih posameznih medicinskih sester, se zdaj zahteva, naj svoja prizadevanja podvojijo, saj so ključna poklicna skupina v zdravstvu, potrebna za obnovo zmogljivosti zdravstvenih sistemov.

To poročilo je nastalo po naročilu Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN). Cilj poročila je prispevati k razpravi o tem, kako naj se zdravstveni sistemi, države in mednarodne organizacije odzovejo na bistveno vprašanje ščitenja in ponovne vzpostavitve trajnostne delovne sile v zdravstveni negi v času svetovne pandemije in na vprašanje okrevanja in obnove zdravstvenih sistemov po vsem svetu.

V poročilu je opredeljen nujen akcijski program za leto 2023 in naprej, poleg tega v njem opozorimo na vse več dokazov o stresu, izgorelosti in povečanju odsotnosti pri medicinskih sestrah ter na stavke medicinskih sester po svetu. Nekatere težave, na primer slabe delovne razmere in kadrovske normativi v zdravstveni negi, ki ne omogočajo zagotavljanja varnosti, so bile prisotne že prej, zdaj pa so še bolj očitne in je glede njih treba nekaj ukreniti. Glavno sporočilo tega poročila je, da **brez zadostnih vlaganj v medicinske sestre, ki jih mora biti dovolj in morajo imeti vso potrebno podporo, ne more biti učinkovitega okrevanja in obnove zdravstvenih sistemov.**

V našem poročilu iz leta 2022 z naslovom *Kako ohraniti in zadržati medicinske sestre v 2022 in naprej* (Buchan, Catton & Shaffer, 2022) smo poročali o naraščajočem številu raziskav, ki so pokazale, da so zaradi pandemije covid-19 medicinske sestre pospešeno zapuščale poklic. Prav tako smo za poročilo iz leta 2022 pripravili nekaj projekcij o obsegu pomanjkanja medicinskih sester, ki so razkrile, da bi v naslednjih nekaj letih po svetu morali nadomestiti do 13 milijonov medicinskih sester. Dokazi, ki smo jih zbrali v zadnjih 12 mesecih, kažejo, da se ti trendi nadaljujejo in celo krepijo. To za številne zdravstvene sisteme po svetu pomeni, da le s težavo zagotavljajo sprotne storitve svojim uporabnikom, poleg tega pomanjkanje medicinskih sester resno ogroža zmožnost zdravstvenih sistemov za obnovo zdravstvenih storitev, zagotavljanje univerzalnega zdravstvenega varstva ter doseganje ciljev trajnostnega razvoja (CTR). Znanstveni dokazi kažejo, da bi trenutno stanje delovne sile v zdravstveni negi po svetu morali obravnavati kot izredne razmere v zdravstvu na svetovni ravni.

COVID-19, OBNOVA ZDRAVSTVENIH SISTEMOV IN NJEN VPLIV NA MEDICINSKE SESTRE

Analiza svetovnih razmer kaže na pomanjkanje več milijonov medicinskih sester, po nekaterih izračunih naj bi jih že leta 2019 primanjkovalo 30,6 milijona. Položaj še poslabšuje dejstvo, da se na mnogih območjih, v mnogih državah in na različnih področjih soočajo z neenakomerno razporeditvijo medicinskih sester. Zaradi pandemije, ki se je začela na začetku leta 2020, pa se je od medicinskih sester zahtevalo samo še več.

Po treh pandemskih letih nujno potrebujemo nekaj ključnih sistemskih odzivov, s katerimi bomo medicinskim sestram zagotavljali nujno potrebno podporo in omogočili obnovo zdravstvenih sistemov. Med drugim je treba nameniti sredstva za premeščanje kadra na druge dele zdravstvenega sistema, da bi zmanjšali zaoznanke v zdravstvenem varstvu, ki niso povezani s covidom-19. Bistvena težava, ki je osrednjega pomena za učinkovit odziv politike in usmerjena vlaganja, je dejstvo, da za številne delovno aktivne medicinske sestre pandemija ni samo kratkotrajna, izjemna 'akutna' epizoda ali neki nejasen, oddaljen pojav, temveč je vseprisotna in osebna. Postala je nenehna, izčrpavajoča bitka, ki jim pobira ogromno energije, jim jemlje moralno ter negativno vpliva na njihovo fizično in psihično zdravje.

TVEGANJA ZA IZGORELOST MEDICINSKIH SESTER LAHKO ZAMAJEJO PRIZADEVANJA ZA OKREVANJE IN OBNOVO ZDRAVSTVENIH SISTEMOV

V fazi okrevanja in obnove zdravstvenih sistemov je treba upoštevati vsako delovno aktivno medicinsko sestro. Pri posameznih medicinskih sestrah lahko preprečimo zlom le tako, da dobro razmislimo o vplivih odločitev, povezanih z obnovo zdravstvenega sistema, na posamezne medicinske sestre in delovno silo v zdravstveni negi kot celoto. Če se bodo oblikovalci politik osredotočali le na sistemsko raven in ne bodo upoštevali posledic za medicinske sestre, se bosta stopnja zadržanja in razpoložljivost medicinskih sester v prihodnje poslabšala.

Pandemija je izbruhnila pred tremi leti, pa imamo že zdaj več kot dovolj dokazov o njenih posledicah na medicinske sestre. V poročilu povzemamo vse večje število izsledkov raziskav, izvedenih med medicinskimi sestrami, ki kažejo na tveganja za visoke delovne obremenitve, stres in izgorelost pri medicinskih sestrah, vse to pa ogroža trajnostnost delovne sile v zdravstveni negi.

IZGORELOST MEDICINSKIH SESTER: REŠITEV NI V TEM, NAJ MEDICINSKE SESTRE 'STISNEJO ZOBE'

Bistveno sporočilo vseh raziskav in preglednih člankov je velikanski obseg dejanske in potencialne škode ter izgorelosti med medicinskimi sestrami. Izgorele medicinske sestre so odsotne, delajo za krajši delovni čas ali zapuščajo zaposlitev. Nekatere med njimi, ki so 'stisnile zobe' v prvih letih pandemije, so izčrpane in si bodo morale poiskati manj zahtevne zadolžitve, si vzeti dopust, se zaposliti na drugih področjih ali pa se upokojiti.

Tiste, ki vztrajajo v isti službi, poročajo o vse višjih stopnjah stresa ter vse bolj razmišljajo o tem, da bi si našle drugo delo ali da bi zapustile poklic. Izredno skrb vzbujajoče je dejstvo, da čeprav številne študije poročajo o velikem deležu izgorelosti med medicinskimi sestrami, pogosto glede tega na ravni organizacije ali delodajalca ni sistematičnega odziva. Namesto tega medicinske sestre zdaj, na začetku četrtega leta pandemije in okrevanja po njej, dodatno obremenjujejo z zahtevami, naj 'zdržijo'.

Na velik obseg težave med drugim jasno kaže dejstvo, da je v zadnjih 12 mesecih v številnih državah prišlo do izredno povečanega obsega stavk in protestov medicinskih sester. Preostala jim je namreč le še ta možnost, saj se njihove vlade ali delodajalci niso ustrezno odzvali na opozorila o nezadostni varnosti na delovnem mestu, o neustreznih delovnih razmerah in o pomanjkanju varnih kadrovskega normativov.

POMANJKANJE MEDICINSKIH SESTER: POSLEDICA NEZADOSTNIH UKREPOV

V prvi fazi epidemije so številne države več medicinskih sester iz svoje države zagotovile na podlagi ukrepov, ki so jih sprejeli zdravstveni sistemi in vlade, da bi hitro povečali obseg delovne sile v zdravstveni negi.

Tako so medicinskim sestram naložili nadure, skušali prepričati delovno neaktivne medicinske sestre, da bi se vrnile na delo, premeščali študente zdravstvene nege v klinična okolja in zaposlovali medicinske sestre iz drugih držav po skrajšanih postopkih. To so bili ukrepi v izrednih razmerah, ki pa so dolgoročno nevzdržni. Poleg tega lahko zakrijejo zmanjšano razpoložljivost dolgoročnega oz. stalnega kadra v zdravstveni negi, saj bodo prizadevanja za obnovo zdravstvenih sistemov prinesla dodatne delovne obremenitve in povečala stopnjo izgorelosti med medicinskimi sestrami.

Številni jasni znaki že zdaj kažejo na to, da je zaradi pomanjkanja ukrepov ali sprejemanja pomanjkljivih ukrepov pomanjkanje medicinskih sester vse večje. V določenih državah niso dovolj vlagali v izobraževanje zadostnega števila medicinskih sester, da bi zadostili svojim potrebam po kadru iz zdravstvene nege. V drugih državah se soočajo z brezposelnostjo medicinskih sester ter hkrati z njihovim velikim pomanjkanjem, kar kaže na težave z zagotavljanjem zadostnih sredstev ter na neučinkovito načrtovanje in sprejemanje ukrepov.

Zaradi vpliva pandemije, nujnosti obnove zdravstvenih sistemov po pandemiji in v številnih državah tudi zaradi povečane pojavnosti kroničnih bolezni in staranja prebivalstva, se potrebe po medicinskih sestrah povečujejo. Dovolj kadra je težko zagotoviti, saj številne medicinske sestre zaradi izgorelosti po pandemskih letih zapuščajo poklic, pa tudi zaradi demografskih sprememb – delovna sila v nekaterih državah se stara in posledično se medicinske sestre upokojujejo.

V nekaterih državah z visokimi dohodki se znova in v še večjem obsegu zatekajo k zaposlovanju medicinskih sester iz tujine in to vidijo kot hitro rešitev, nekatere države skušajo pospešiti in olajšati priseljevanje medicinskih sester. Nujno je treba spremljati in beležiti skupno število medicinskih sester, ki se odselijo v tujino, da bi lahko določili ogrožene izvirne države.

Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) si prizadeva za sistematski pristop k beleženju preseljevanja medicinskih sester in ocenjevanju njegovega vpliva na delovno silo v zdravstveni negi, da bi razumeli izvirne vzroke za trenutne težave ter lahko sprejemali ustrezne politike na nacionalni in svetovni ravni. To pa terja doslednost pri uporabi podatkov in jasnost pri interpretaciji standardnih kazalnikov. Najbolje bi bilo uporabljati standardizirano tabelo, ki bi se redno posodabljala.

AKCIJSKI PROGRAM ZA 2023 IN NAPREJ: KAKO ZAŠČITITI IN PODPRETI MEDICINSKE SESTRE ZA OBNOVO ZDRAVSTVENIH SISTEMOV

Delovna sila v zdravstveni negi je bila v vseh državah ključna pri učinkovitosti odziva na covid-19. Prav tako bo igrala ključno vlogo pri okrevanju in obnovi zdravstvenih sistemov po svetu.

V tem poročilu poudarjamo, da zaradi posledic pandemije covid-19 ter okrevanja in obnove zdravstvenih sistemov po pandemiji potrebe po medicinskih sestrah naraščajo, kar ima negativne neposredne in posredne posledice za posamezne medicinske sestre ter za zagotavljanje zadostnega števila medicinskih sester, ki jih že tako primanjkuje in so že zdaj preobremenjene.

Vse bolj realno postaja tveganje, da bodo s pandemijo in obnovo zdravstvenih sistemov povezane zahteve, zaradi katerih se je poglobilo pomanjkanje medicinskih sester po svetu, zdaj pa bi se lahko povečala njihova neenakovredna razporeditev in preseljevanje iz držav z nizkimi in srednjimi dohodki v države z visokimi dohodki. Ti trendi bodo ovirali okrevanje in obnovo v zdravstvu na nacionalni ravni, lahko pa bi tudi privedli do poslabšanja zdravstvenega stanja v populaciji, preprečili uvedbo univerzalnega zdravstvenega varstva v nekaterih državah ter ogrozili sposobnost nekaterih držav za spopadanje z naslednjo zdravstveno krizo.

Tematika je tesno povezana z motom letošnjega mednarodnega dneva medicinskih sester **Naše medicinske sestre, naša prihodnost**, katerega namen bo izpostaviti, kaj se moramo naučiti iz pandemije ter hkrati določiti konkretne ukrepe, potrebne za to, da bodo medicinske sestre zaščitene, spoštovane in cenjene ter da bodo zdravstveni sistemi trajnostno naravnani, varni, cenovno dostopni, na voljo vsem in odzivni.

Da bi zaščitili in podprli medicinske sestre po svetu ter izboljšali dolgoročno trajnostno naravnost delovne sile v zdravstveni negi, je nujno treba sprejeti učinkovite in usklajene ukrepe na ravni posameznih držav in na mednarodni ravni. Ukrepi morajo zajemati takojšnje **odločitve**, s katerimi je treba odgovoriti na nujne izzive, opisane v tem poročilu, vsebovati pa morajo tudi razvoj skupne dolgoročne vizije in **načrta** za medicinske sestre po vsem svetu, saj bo tako svet v prihodnje bolj pripravljen na soočenje z velikimi zdravstvenimi izzivi. Ukrepi in načrtovanje morajo potekati na dveh ravneh:

Na nacionalni ravni

Na ravni držav mora biti nudenje zaščite medicinskim sestram in vlaganje v medicinske sestre za doseg dolgoročne trajnostne naravnosti najpomembnejši cilj, ki naj bo celovito določen v strategiji ali strateškem načrtu države. Za doseg tega cilja se je treba osredotočiti na dve medsebojno povezani prednostni nalogi: izboljšanje stopnje zadržanja medicinskih sester v poklicu in zagotavljanje dovolj možnosti za izobraževanje medicinskih sester doma. Za to je potrebno:

- **UKREP: Ocene vpliva na delovno silo v zdravstveni negi** naj se izvajajo redno, saj se tako poglobi razumevanje vpliva na posamezne medicinske sestre in na celotno delovno silo v zdravstveni negi, na podlagi teh ocen pa se lahko tudi bolj učinkovito določijo podpora in vlaganja ter omogoči obnova zdravstvenega sistema.
- **UKREP: Prizadevanje za vlaganja v varne kadrovske normative v zdravstveni negi ter nudenje podpore zanje.** Nevarno nizko število medicinskih sester je med pandemijo in okrevanjem po pandemiji predstavljalo veliko težavo v številnih zdravstvenih sistemih, saj je bistveno povečalo tveganje za izgorelost med medicinskimi sestrami, ki so vztrajale v službi, negativno vplivalo na kakovost zdravstvene oskrbe in prispevalo k pogostejšim odhodom zaposlenih. Pomanjkanje medicinskih sester pa bo tudi ogrozilo prizadevanja za obnovo zdravstvenih sistemov.
- **UKREP: Prizadevanje za zgodnji dostop do cepiv za vse medicinske sestre.** Brez te zaščite za medicinske sestre so lahko ogroženi vsi drugi s pandemijo povezani ukrepi ter intervencije, namenjene večji trajnostni naravnosti delovne sile. V nekaterih državah vse medicinske sestre še vedno niso precepljene.
- **NAČRT: Pregledati in po potrebi razširiti obseg izobraževanja iz zdravstvene nege za vsako državo,** da bi zadostili potrebam po medicinskih sestrah in dolgoročno zagotovili dovolj razpoložljivega kadra. Posodobitve morajo temeljiti na podatkih iz ocene vpliva in iz rednih, sistematskih analiz trga dela za zdravstveno nego za vsako državo, ki med drugim vsebujejo predviden obseg, nabor veščin in razporeditev prihodnje delovne sile v zdravstveni negi ter dogovorjene pristope za zapolnjevanje morebitnih vrzeli s prilagoditvami v obsegu novega kadra in v učnih načrtih ter vlaganjih na tem področju.
- **NAČRT: Prizadevati si za zadržanje medicinskih sester in za povečanje privlačnosti poklica medicinske sestre** z zagotavljanjem poštenega plačila in poštenih pogojev zaposlitve, strukturiranih priložnosti za poklicni razvoj, dostopa do vseživljenjskega izobraževanja ter s skrbjo za dobro počutje medicinskih sester, da bi se zoperstavili negativnim posledicam izgorelosti med medicinskimi sestrami, naslovili brezposelnost med medicinskimi sestrami in se lotili odpravljanja vzrokov za stavke medicinskih sester.
- **NAČRT: Sprejeti ukrepe za uvedbo novih oblik dela in optimizirati delovno silo z uveljavljanjem naprednih oblik dela ter zagotavljanjem potrebne tehnološke podpore.** Z zagotavljanjem podpore medicinskim sestram, da bodo dosegale svoje kompetence, povečanjem vloge medicinskih sester z naprednimi znanji in diplomiranih medicinskih sester specialistk, zagotavljanjem pravih veščin na delovnem mestu in prave razporeditve dela, več timskega dela, zagotavljanjem potrebne administrativne pomoči, tehnologije in opreme ter usposabljanja iz njihove uporabe bo lahko prispevek medicinskih sester k obnovi zdravstvenih sistemov optimiziran. To bo prispevalo k višji stopnji zadržanja, povečalo privlačnost poklica medicinske sestre in pospešilo obnovo zdravstvenih sistemov: cilj mora med drugim biti, da se omogoči regulacijski in zakonodajni okvir.
- **NAČRT: Nadzirati in spremljati samozadostnost kadra v zdravstveni negi.** Kazalnik samozadostnosti bi oblikovalcem politik v določeni državi omogočil vpogled v to, kako odvisni so od medicinskih sester iz tujine (in kakšno tveganje to zanje lahko predstavlja).

Na mednarodni ravni

Na mednarodni ravni morajo ukrepi temeljiti na zavedanju, da je na medicinske sestre v državah z nizkimi dohodki, kjer jim je kadra že prej pogosto močno primanjkovalo, nadalje negativno vplivala pandemija.

To lahko negativno vpliva na okrevanje in prizadevanja za obnovo zdravstvenih sistemov ter možnosti za izboljšanje zdravja prebivalstva, pa tudi za doseganje ciljev trajnostnega razvoja in zagotavljanje univerzalnega zdravstvenega varstva. Nekatere države bodo tudi v prihodnje izpostavljene visokim tveganjem za izseljevanje medicinskih sester, tudi če jim bo doma uspelo uvesti ukrepe za zagotavljanje dovolj kadra v zdravstveni negi ter si prizadevati za okrevanje in obnovo zdravstvenega sistema.

Te države s povečanim tveganjem mora podpreti mednarodna skupnost. Ključni mednarodni deležniki, na primer SZO, OECD, Svetovna banka in Mednarodni svet medicinskih sester, morajo ukrepati takoj, hkrati pa morajo najti konsenz za dolgoročni, desetletni načrt za ohranjanje delovne sile v zdravstveni negi po svetu.

V zdravstveni negi je kadrovski izziv prevelik, preveč pomemben in preveč 'drugačen' od situacije izpred le treh let, da bi ga lahko prezrli. **Mednarodni deležniki in države se morajo združiti pri razvoju dolgoročnega, desetletnega načrta, katerega cilj naj bo trajnostna svetovna delovna sila v zdravstveni negi.** Ne moremo dovoliti, da bo že tako prizadeta delovna sila podvržena še večji škodi, prav tako pa se ne moremo vrniti v stanje pred pandemijo, ko smo lahko nekako 'shajali' z velikimi primanjkljaji delovne sile v zdravstveni negi. Takojšnji in dolgoročni potrebni ukrepi, ki bodo omogočili izvajanje desetletnega načrta, in o katerih naj se dogovorijo države in mednarodni deležniki ter jih koordinirajo, so:

- **UKREP: Čim prej je treba posodobiti poročilo Stanje zdravstvene nege po svetu (SOWN).** Poročilo SOWN 1 je bilo objavljeno na začetku leta 2020 in opisuje profil svetovne delovne sile v zdravstveni negi pred pandemijo. Sicer služi kot koristno izhodišče, toda pandemija je za vedno spremenila svet. Vstopamo v četrto leto pandemije, zato nujno potrebujemo SOWN 2 – posodobljene podatke o profilu svetovne delovne sile v zdravstveni negi med pandemijo, ki so osredotočeni na okrevanje, da bi lahko ocenili nastalo škodo in določili področja za usmerjene ukrepe na področju trajnostnosti ter posodobitve.
- **NAČRT: Prizadevanje za zgodnji dostop do programov cepljenja za vse medicinske sestre, v vseh državah.** Za zaščito delovne sile v zdravstveni negi v vseh državah je potrebno mednarodno sodelovanje.
- **NAČRT: Uveljaviti in ovrednotiti učinkovite etične pristope za nadzor nad preseljevanjem medicinskih sester v druge države** na podlagi kolektivnega pristopa, osnovanega na doslednejšem in učinkovitejšem uveljavljanju Globalnega kodeksa praks SZO za mednarodno zaposlovanje zdravstvenega osebja in njegovega seznama držav, ki so potrebna zaščite. Pri tem se je treba osredotočiti na izboljšanje nadzora nad mednarodnim preseljevanjem medicinskih sester ter na neodvisni nadzor nad bilateralnimi sporazumi med dvema državama ter agencijami za zaposlovanje, da bi zagotovili skladnost s sporazumi ter spoštovanje opredelitve 'aktivnega' zaposlovanja in poštenih ter transparentnih postopkov zaposlovanja. Trenutno ni dovolj dokazov o izvajanju teh ukrepov ali nadzora nad njihovim izvajanjem, zato je težko sprejemati učinkovite politike ali ugotoviti etično sporne prakse. Stanje na tem področju je nujno treba izboljšati. Medtem Mednarodni svet medicinskih sester glede na trenutno živahno dogajanje na področju mednarodnega zaposlovanja medicinskih sester poziva k sprejetju časovno omejenega moratorija na aktivno zaposlovanje medicinskih sester iz izpostavljenih držav na seznamu.
- **NAČRT: Podpreti izvajanje rednih, sistematskih ocen vpliva na delovno silo v zdravstveni negi, zlasti v državah, kjer so omejeni z viri,** in sicer z nudenjem tehničnih nasvetov, izboljšanjem podatkov, neodvisnimi analizami ter pogovori o ukrepih z več deležniki, da bi določili prednostne naloge glede zagotavljanja in zadržanja medicinskih sester v določeni državi.
- **NAČRT: Prizadevati si za vzpostavitev trajnostne delovne sile v zdravstveni negi v manjših državah, državah z nizkimi dohodki in državah, ki so še posebej izpostavljene zaradi izseljevanja medicinskih sester ter pandemije.** Vse to je mogoče doseči ob upoštevanju izsledkov Visoke komisije ZN za zaposlovanje v zdravstvu in gospodarsko rast ter Strateških usmeritev za zdravstveno nego in babištvo SZO, ki dokazujejo dolgoročne gospodarske in družbene koristi ter zdravstvene koristi za prebivalce zaradi vlaganja v medicinske sestre.

Okrevanje in obnova. Potrebni so takojšnji ukrepi ter skupna dolgoročna vizija in načrt za delovno silo v zdravstveni negi po svetu. Pandemija covid-19 je svetovni delovni sili v zdravstveni negi povzročila nepredstavljivo škodo, potrebe po okrevanju in obnovi zdravstvenih sistemov pa predstavljajo še dodatno breme. Zdravstvenih sistemov ni mogoče obnoviti brez zadostnega števila motiviranih medicinskih sester, ki imajo vso potrebno podporo. Potreben je koordiniran odziv za sprejetje ukrepov na državni in mednarodni ravni, saj lahko le tako uresničimo Akcijski program za 2023 in razvijemo dolgoročni načrt, katerega cilj je zaščititi medicinske sestre in jim nuditi podporo ter tako prispevati k obnovi zdravstvenih sistemov.

01

PRVO POGlavJE

1. UVOD

1.1 UVOD

To poročilo se osredotoča na medicinske sestre v času, ko skušajo države po svetu okrevati in obnoviti svoje zdravstvene sisteme, ki jih je močno prizadela pandemija covid-19. Pandemija covid-19 je svet prvič zatresla na začetku leta 2020. Še zmeraj je ni konec, njene posledice za zdravje prebivalstva pa so zdravstvenim sistemom predstavljale velik, ponekod izjemen izziv, prav tako so zatresle svetovna gospodarstva. Tako se mnogi zdravstveni sistemi še zdaj začenjajo soočati z velikimi zaostanki, ki so nastali zaradi odloženega ali odpovedanega dela med vrhom pandemije, poleg tega morajo odgovoriti tudi na povečano pojavnost kroničnih bolezni, ki je prav tako posledica pandemije. Januarja 2023 so s Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) sporočili, da covid-19 »še vedno povzroča izredne razmere mednarodnih razsežnosti na področju javnega zdravja« ter da je »najverjetneje v fazi prehoda«, pri čemer je še vedno treba blažiti njegove morebitne negativne posledice (WHO, 2023a).

Med pandemijo je umrlo več milijonov ljudi, še veliko več se je okužilo. Oslabila je svetovno gospodarstvo in postavila zdravstvene sisteme po svetu na preizkušnjo. Po svetu se je s covidom-19 okužilo več kot 677 milijonov oseb, število smrti zaradi pandemije ocenjujejo na 6,7 milijona (Worldometer, 2023). Davek pandemije covid-19 na svetovno gospodarstvo je bil velikanski, po podatkih Mednarodnega denarnega sklada (IMF) se je povprečni bruto domači proizvod med letoma 2019 in 2020 zmanjšal za 3,9 %, kar predstavlja največjo gospodarsko recesijo od tridesetih let 20. stoletja. Okrevanje po svetu je bilo neenakomerno, razlike v dostopu do programov cepljenja in precepljenosti bi lahko ogrozile napredek v velikem delu sveta (Oum, Kates & Wexler, 2022). Na Svetovni banki so leta 2022 v Napovedih za razvoj poudarili, da je pandemija povzročila občutno

povečanje neenakosti znotraj držav in med njimi ter da bo okrevanje po pandemiji »enako neenakomerno kot njen prvotni vpliv na gospodarstva – gospodarstva v vzponu in finančno prikrajšane skupine bodo za okrevanje potrebovali veliko več časa« (Svetovna banka, 2022).

Medicinske sestre so bile ključne za učinkovit odziv na pandemijo, saj so opravljale nujno potrebno, tvegano in pogosto tudi nevarno delo pri spopadanju z epidemijo. Številne so dolge mesece delale nadure v nevarnih razmerah in z malo podpore. Nekatere so se soočale s stigmatizacijo, ustrahovanjem in nasiljem na delovnem mestu. Od te iste delovne sile v zdravstveni negi, pogosto pa celo od istih posameznih medicinskih sester, se zdaj zahteva, da svoja prizadevanja podvojijo, saj so ključna poklicna skupina v zdravstvu, potrebna za obnovo zmogljivosti zdravstvenih sistemov. **Medicinske sestre so bile pod izrednimi pritiski že pred začetkom pandemije. Med vrhovi epidemije so bile ogrožene, pogosto tudi življenjsko, saj jih je veliko umrlo. Zdaj se potrebe po medicinskih sestrah povečujejo, čeprav jih na svetovni ravni primanjkuje.**

V tem poročilu opozorimo na vse več znanstvenih dokazov o stresu, izgorelosti in povečanju odsotnosti pri medicinskih sestrah ter na stavke medicinskih sester po svetu; vse to je posledica sprejemanja nezadostnih ukrepov v večini držav. Nekatere težave, na primer slabe delovne razmere in kadrovski normativi v zdravstveni negi, ki ne omogočajo zagotavljanja varnosti, so bile prisotne že prej, zdaj pa so še bolj očitne. Glavno sporočilo tega poročila je, da **brez zadostnih vlaganj v medicinske sestre, ki jih mora biti dovolj in morajo imeti vso potrebno podporo, ne more biti učinkovitega okrevanja in obnove zdravstvenih sistemov.**

Vstopamo v četrto leto pandemije covid-19, ki še vedno predstavlja stalno grožnjo, medicinske sestre pa so pod še večjim pritiskom. Zato se v tem poročilu osredotočamo na vprašanje, kako v letu 2023 in v naslednjih letih najti pot naprej. Predlagamo akcijski program in program investicij ter opozarjamo na nujnost načrta za svetovno delovno silo v zdravstveni negi, ki bi medicinske sestre ščitil in jim zagotavljal potrebno podporo, da bi lahko zagotovile obnovo zdravstvenih sistemov in izboljšale zdravje prebivalcev. V letošnjem poročilu smo posodobili in utrdili ključna sporočila glede ukrepov, ki smo jih predstavili v poročilu na začetku lanskega leta (Buchan, Catton & Shaffer, 2022).

Poročilo je tesno povezano z motom letošnjega mednarodnega dneva medicinskih sester **Naše medicinske sestre, naša prihodnost**, katerega namen bo izpostaviti, kaj se moramo naučiti iz pandemije ter hkrati določiti konkretne ukrepe, potrebne za to, da bodo medicinske sestre zaščitene, spoštovane in cenjene ter da bodo zdravstveni sistemi trajnostno naravnani, varni, cenovno dostopni, na voljo vsem in odzivni (ICN, 2023).

1.2 OBNOVA ZDRAVSTVENIH SISTEMOV. POMANJKANJE MEDICINSKIH SESTER IN IZGORELOST: POTREBNI SO UKREPI IN VLAGANJA NA SVETOVNI RAVNI

Med pandemijo je veliko medicinskih sester umrlo, še več jih je zbolelo. Med pogostimi razlogi za to sta bila pomanjkanje osebne zaščitne opreme in omejen dostop do cepljenja (ICN, 2021a). Številne medicinske sestre se spopadajo s hudim, dolgotrajnim stresom na delovnem mestu in izgorelostjo, kot bo prikazano v nadaljevanju, pa je za to pogosto kriva nezadostna podpora organizacije, kjer so zaposlene. Poleg tega so bile nekatere izpostavljene stigmatizaciji, ustrahovanju in nasilju na delovnem mestu (glej npr. Chowdury, *et al.* 2023; Özdemir, 2023; Kim *et al.*, 2023; Wang, Abrantes & Liu, 2023).

Nujno potrebni so usklajeni ukrepi na nacionalni in svetovni ravni, da se lahko medicinske sestre zaščitijo, se jim zagotovi potrebna podpora in se vlaga vanje. Le tako bodo namreč lahko prispevale k obnovi zdravstvenih sistemov, pri čemer bodo imele prav one ključno vlogo. Brez teh ukrepov bo še več medicinskih sester izgorelo in zapustilo poklic, slabo stanje pa bi znalo nove morebitne medicinske sestre odvrniti od zdravstvene nege. Obstoječe pomanjkanje medicinskih sester po svetu [po nedavni oceni (Haakenstad *et al.*, 2022) naj bi leta 2019 na svetu primanjkovalo 30,6 milijona medicinskih sester in bobic] se bo bistveno povečalo, kar bo ogrozilo okrevanje in obnovo zdravstvenih sistemov. Potrebni so tako kratkoročni kot dolgoročni ukrepi in zaveze.

V zadnjih 12 mesecih se je število znanstvenih dokazov o vzrokih za pomanjkanje medicinskih sester in posledicah tega pomanjkanja povečalo. Iz Svetovne zdravstvene organizacije so sporočili, da so bile omejitve v zdravstvenem kadru najpogostejša ovira za uvedbo povečanega odziva na pandemijo, pogosto pa so ogrozile tudi nemoteno zagotavljanje storitev (WHO, 2022a, str. 6). V poročilu Svetovnega vrha inovacij za zdravje (WISH) katarske fundacije in Svetovne zdravstvene organizacije poudarjajo, da svetu »ne uspeva naloga, da bi zaščitil duševno zdravje in dobro počutje zdravstvenih in negovalnih delavcev«, saj naj bi stopnja izgorelosti v tej poklicni skupini med pandemijo znašala med 41 % in 52 % glede na skupne ocene. Ženske, mladi in starši mladoletnih otrok so bili izpostavljeni večjemu tveganju za duševno stisko (WHO, 2022b). V poročilu poudarjajo »obveznosti in vloge držav in delodajalcev za varnost in zdravje pri delu« (WHO, 2022b). Še en kazalnik, da niso bili sprejeti zadostni ukrepi, je velik porast stavk in protestov med zdravstvenimi delavci (Brophy *et al.*, 2022).

V tem poročilu bomo v nadaljevanju natančneje razčlenili, kakšne ukrepe morajo vlade in delodajalci sprejeti ter kakšne so posledice teh ukrepov. Posledice nesprejemanja ukrepov so namreč hude. Konec leta 2022 je Svetovna zdravstvena organizacija vlade opozorila, da do leta 2030 ne bo mogoče zagotoviti univerzalnega zdravstvenega varstva, če takoj ne sprejmejo odločnih ukrepov za zaposlovanje in zadržanje več milijonov medicinskih sester (ICN, 2022a).

1.3 POMANJKANJE MEDICINSKIH SESTER OGROŽA OBNOVO ZDRAVSTVENIH SISTEMOV IN GOSPODARSKO RAST

Glede na očitno pomanjkanje medicinskih sester po svetu, ki se še stopnjuje, je postalo splošno sprejeto dejstvo, da je treba takoj sprejeti učinkovite ukrepe za zaščito in zagotavljanje podpore medicinskim sestram. To dejstvo je posledica vse večjega zavedanja, da sta gospodarska rast ter okrevanje in obnova zdravstvenih sistemov odvisna od učinkovite delovne sile v zdravstvu. Odvisnost gospodarske rasti od delujočih zdravstvenih sistemov in trajnostno naravnane delovne sile v zdravstvu je lepo izrazila visoka komisija Združenih narodov (ZN) za gospodarsko rast (WHO, 2016a). Ključna povezava med trajnostno naravnostjo delovne sile v zdravstvu, učinkovitimi zdravstvenimi sistemi, zdravjem prebivalcev in gospodarsko rastjo je še dodatno prišla do izraza zaradi posledic pandemije in potrebe po okrevanju ter obnovi zdravstvenih sistemov. Pri tem mora biti eden od poudarkov na vlaganjih v medicinske sestre, ki naj imajo vso potrebno podporo, vlade pa morajo sodelovati pri uvedbi ustreznih politik.

Časopis *Financial Times* je opozoril, da »usposobljene medicinske sestre odhajajo, najbolj izpostavljene in obremenjene medicinske sestre pa so pogosto na bolniškem dopustu, kar predstavlja izredno obremenitev za že tako pomanjkljiv kader v zdravstveni negi in izničuje napredek, ki je bil v zadnjih letih storjen za povečanje števila medicinskih sester ... Staranje prebivalstva v ZDA in Evropi medtem še povečuje povpraševanje po zdravstveni oskrbi, toda zaradi omejenih možnosti izobraževanja v nekaterih zahodnih državah in proračunskih omejitev za zdravstvo na svetovni ravni je vse težje zagotavljati nov kader v zdravstveni negi« (Smyth & Neville, 2022). Pri Organizaciji za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) so poudarili, da sta bila v azijsko-pacifiški regiji najpogostejše »ugotovljena dejavnika na strani zagotavljanja kadra ukinitvev izbirnih storitev in prerazporeditev kadra na kovidne oddelke ...« (OECD/WHO, 2022).

Pri OECD so se podrobno posvetili nujnosti okrevanja in obnove zdravstvenih sistemov za gospodarsko rast. Konec leta 2022 so v poročilu o prednostnih vlaganjih v zdravstvenem sistemu zapisali, da mora biti eden od treh 'stebrov' vlaganj »okrepitev in podpora najbolj izpostavljenim in obremenjenim zdravstvenim delavcem«, ponovno so tudi poudarili, da »okrepljena delovna sila omogoča boljše zagotavljanje storitev.« Poudarili so dva nujna cilja, pri katerih so potrebna vlaganja: 1) dovolj veliko število zdravstvenih delavcev in izvajalcev dolgotrajne oskrbe ter 2) izboljšanje konkurenčnosti plač ključnih kadrov v zdravstvu in tistih, ki zagotavljajo dolgotrajno oskrbo.

Pri prvi točki so predstavili oceno, da bi v državah z visokimi dohodki, vključenimi v OECD, v **povprečju potrebovali dodatnih 0,33 % bruto domačega proizvoda** vlaganj za dovolj veliko povečanje števila medicinskih sester, da bi dosegli priporočeno gostoto 11,45 medicinske sestre/babice na 1.000 prebivalcev, kot jo priporoča študija Svetovno breme bolezni/Inštitut za zdravstvene meritve in vrednotenje (OECD, 2022). Pri drugi točki so izračunali, da bi se za dosego konkurenčnosti plač medicinskih sester in tistih, ki zagotavljajo dolgotrajno oskrbo, **moral v državah OECD bruto domači proizvod povečati še za 0,14 %**, da bi se zagotovila sredstva za višje plače, pri čemer so za osnovo vzeli povprečno plačo medicinske sestre v državah OECD (OECD, 2022).

Na splošno pri OECD ugotavljajo, da bi v državah OECD in v Evropi morali »vsaj pol novih vlaganj za okrevanje zdravstvenih sistemov in povečanje njihove vzdržljivosti usmeriti v zdravstvene delavce, saj bi s tem izboljšali delovne pogoje in posledično povečali njihovo zaposlovanje in stopnjo zadržanja« (OECD/EU, 2022, str. 76). Do podobnega zaključka so prišli tudi v poročilu evropske sekcije SZO o zdravstvenih delavcih, kjer so zaključili, da »morajo evropske države svoje zdravstvene delavce obravnavati kot prioriteto, vanje morajo vlagati več in pametneje. Svoje zdravstvene delavce morajo zaščititi z načrtovanjem in uvedbo politik, ki bodo interese in dobro počutje zdravstvenih delavcev postavljale na prvo mesto« (WHO Europe, 2022, str. 68).

Tudi rezultati nedavne ekonometrične analize govorijo v korist nujnim vlaganjem v medicinske sestre. V njej so raziskovalci ugotavljali moč in pomembnost povezav med zdravstvenimi delavci in različnimi zdravstvenimi izidi ter presežnimi smrtmi zaradi covid-19 v različnih državah. Ugotovili so »pomembno povezavo med višjim številom zdravstvenih delavcev na 1.000 prebivalcev, zlasti skupnim številom usposobljenih zdravstvenih delavcev ter medicinskih sester in babic, ter boljšimi zdravstvenimi izidi na številnih področjih, med drugim pri stopnji umrljivosti nosečnic, stopnji umrljivosti otrok do petega leta, stopnji umrljivosti dojenčkov in stopnji umrljivosti novorojenčkov, poleg tega je bilo večje število zdravstvenih delavcev na 1.000 prebivalcev pomembno povezano z nižjim številom presežnih smrti zaradi covid-19 na 100.000 prebivalcev, čeprav pri ponderiranju na število prebivalcev rezultat ni bil zanesljiv.« Zaključili so še, da »bi morala biti vlaganja v zdravstvene delavce osrednji del strategij za doseganje ciljev trajnostnega razvoja na področju zdravja, doseganje drugih ciljev trajnostnega

razvoja, ki so povezani z zmanjšanjem revščine in povečanjem izobraževanja deklet in žensk, pa je odvisno od doseganja obeh skupin ciljev, še posebej v državah z nizkimi in srednjimi dohodki. Glede na izredne obremenitve zdravstvenih delavcev med trenutno pandemijo covid-19 bi se bilo treba bolj osredotočiti nanje za povečanje vzdržljivosti zdravstvenih sistemov in dolgoročno izboljšanje zdravstvenih izidov« (Liu & Eggleston, 2022).

Za konec so januarja 2023 rezultati analize ozadja za Svetovni gospodarski forum (WEF) v Davosu pokazali, da »so potrebni nujni, koreniti ukrepi za povečanje zaposlovanja zdravstvenih delavcev po svetu in njihovo zadržanje v poklicu« (Rivin & Lumley, 2023). To je še en zgovoren dokaz dejstva, kako splošno prevladujoče je postalo vprašanje pomanjkanja zdravstvenih delavcev od začetka pandemije ter da to vprašanje zdaj po splošnem mnenju zavira obnovo zdravstvenih sistemov in gospodarsko okrevanje.

1.4 NAMEN IN STRUKTURA POROČILA

To poročilo je nastalo po naročilu Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN). Cilj poročila je prispevati k razpravi o tem, kako naj se zdravstveni sistemi, države in mednarodne organizacije odzovejo na bistveno vprašanje ščitenja in ponovne vzpostavitve trajnostne naravnosti delovne sile v zdravstveni negi v času svetovne pandemije in potrebe po okrevanju in obnovi zdravstvenih sistemov po vsem svetu. V poročilu je opredeljen nujen akcijski program za leto 2023 in naprej.

V poročilu smo zavzeli celostni pristop do delovne sile v zdravstveni negi. Medicinske sestre delajo na vseh ravneh zdravstvenega in socialnega sistema, na primer v bolnišnicah, v primarnem zdravstvenem varstvu, v domovih za ostarele, v dolgotrajni oskrbi, na področju zdravja pri delu in na drugih področjih. So povsod, kjer obstaja potreba po oskrbi. Poleg tega je covid-19 prodril v vse pore zdravstva. Tako so na primer na Mednarodnem svetu medicinskih sester objavili pregled študij o medicinskih sestrah, ki delujejo na področju duševnega zdravja, in ugotovili, da so bile storitve na področju duševnega zdravja zaradi pandemije v 93 % državah ustavljene ali prekinjene, poleg tega je SZO poročala o 25-% povečanju depresije in tesnobe med pandemijo (ICN, 2022b).

Namen poročila je ponuditi uvid v stanje po svetu ter izpostaviti glavne ukrepe, ki so potrebni za zagotavljanje podpore medicinskim sestram glede na še vedno trajajočo pandemijo covid-19 in vse večjega izziva, ki ga predstavljata okrevanje in obnova zdravstvenih sistemov. Pri tem se naslanja na podatkovne analize, hitre preglede raziskav in dokumentov, preglede medijskih poročanj, osnovne informacije, ki so jih posredovala združenja medicinskih sester v različnih državah ter druge vire. Priprava na pisanje poročila je potekala decembra 2022 in januarja 2023.

Sledijo še tri poglavja:

- V drugem poglavju povzamemo ključne podatke in povemo, da je nujno obnoviti zdravstvene sisteme ter da imajo pri tem medicinske sestre v letu 2023 ključno vlogo.
- V tretjem poglavju se osredotočimo na preskrbljenost z medicinskimi sestrami in njihovo izgorelostjo v času obnove zdravstvenih sistemov.
- V četrtem poglavju naštevamo priporočila za ukrepe in vlaganja za leto 2023 in prihodnja leta, ki so nujno potrebna za zaščito in zagotavljanje podpore medicinskim sestram ter za okrevanje in obnovo zdravstvenih sistemov.

02

DRUGO POGlavJE

2. COVID-19, OBNOVA ZDRAVSTVENIH SISTEMOV IN NJEN VPLIV NA MEDICINSKE SESTRE

2.1 PROFIL SVETOVNE DELOVNE SILE V ZDRAVSTVENI NEGI

To poročilo temelji na lanskem poročilu z naslovom *Kako ohraniti in zadržati medicinske sestre v 2022 in naprej* (Buchan, Catton & Shaffer, 2022) in na drugih nedavnih ocenah profila medicinskih sester po svetu in ocenah pritiskov, ki so jim izpostavljene. Okvir zanj predstavljajo globalne iniciative, na primer poročilo Stanje zdravstvene nege po svetu (SOWN) (WHO, 2020a), svetovna pobuda Nursing Now (Nursing Now/Burdett Trust for Nursing, 2021) ter svetovne Strateške usmeritve za zdravstveno in babiško nego SZO (SDNM) (WHO, 2021a).

Iz vseh naštetih pobud se je izluščilo jasno sporočilo: **brez učinkovitih in usklajenih ukrepov za zaščito, nudenje podpore in obnovo delovne sile v zdravstveni negi** bo trenutni svetovni primanjkljaj medicinskih sester številne države oviral pri uvedbi univerzalnega zdravstvenega varstva in pri zagotavljanju učinkovitega odziva na pandemijo covid-19.

Leta 2020 je bilo objavljeno poročilo Stanje zdravstvene nege po svetu, v katerem je opisana svetovna delovna sila v zdravstveni negi pred pandemijo. Lahko služi kot primerno izhodišče ter referenčno merilo za ocenjevanje, kako je pandemija vplivala na medicinske sestre in na katere ukrepe se je treba osredotočiti, da bi delovno silo v zdravstveni negi obnovili. **Da bi se sprejemali čim bolj učinkoviti**

ukrepi, je nujno treba posodobiti ključno analizo, podano v poročilu Stanje zdravstvene nege po svetu (SOWN). V poročilu piše, da je na svetu že pred pandemijo primanjkovalo skoraj šest milijonov medicinskih sester (v nekaterih državah in regijah so bili primanjkljaji še posebej izraziti), da je bilo zaradi težav z zadržanjem v poklicu, staranjem ter upokojevanjem delovne sile primanjkljaje medicinskih sester vse težje nadomestiti ter da se je povečevalo preseljevanje medicinskih sester v druge države. V nekaterih državah so se poleg pomanjkanja medicinskih sester soočali tudi z njihovo brezposelnostjo – v takšnih državah in zdravstvenih sistemih je sicer medicinskih sester primanjkovalo, vendar obstoječih niso mogli zaposliti zaradi pomanjkanja virov ali sorazmerno slabega plačila in slabih kariernih priložnosti v zdravstveni negi. (Glavne točke so prikazane v tabeli 1).

Pri vseh analizah in iskanjih 'rešitev' v obliki ukrepov ali politik pa se je treba zavedati **ključnega dejstva, da je devet desetih delavcev v zdravstveni negi po svetu ženskega spola.** Politike, ki ne upoštevajo v celoti analiz glede na spol (Bourgeault *et al.*, 2021), ne morejo biti uspešne pri naslavljanju težav, povezanih s pomanjkanjem medicinskih sester. Še vedno nismo uspešno naslovili povsem očitnih primerov diskriminacije, na primer razlike v plačah med moškimi in ženskami v zdravstvu (WHO, 2022c).

Tabela 1. Izsledki poročila Stanje zdravstvene nege po svetu (SOWN)

Delavcev v zdravstveni negi na svetu je bilo po ocenah tega poročila 27,9 milijona, od tega devet desetih žensk.
Na svetu naj bi takrat primanjkovalo 5,9 milijona medicinskih sester.
Skoraj vsi ti primanjkljaji (89 %) so bili v državah z nizkimi in srednjimi dohodki.
V državah z visokimi dohodki je študij dokončalo več kot trikrat več diplomiranih medicinskih sester (v povprečju 38,7 diplomirane medicinske sestre na 100.000 prebivalcev) kot v državah z nizkimi dohodki (10,4).
Šestina medicinskih sester po svetu se je v naslednjih desetih letih nameravala upokojiti, kar pomeni, da bi bilo treba usposobiti in zaposliti 4,7 milijona medicinskih sester samo zato, da bi jih nadomestile; v nekaterih državah z visokimi dohodki so stopnje še višje.
Nekatere medicinske sestre so bile brezposelne, tudi v državah, kjer jih je sicer 'primanjkovalo'.
Osmina medicinskih sester je opravljala delo v državi, v kateri se niso rodile oziroma pridobile izobrazbe.

Vir: WHO, 2020a

Pandemija covid-19 je izbruhnila na začetku leta 2020, poročilo Stanje zdravstvene nege po svetu je bilo objavljeno v istem času. Lani smo v poročilu *Kako ohraniti in zadržati medicinske sestre* poudarili, da je **pandemija še okrepila dejavnike, ki so že pred njo botrovali pomanjkanju kadra v zdravstveni negi na svetovni ravni** ter dodatno pritiskala na posamezne medicinske sestre in zdravstvene sisteme. Približno tri leta kasneje je nujno treba posodobiti poročilo Stanje zdravstvene nege po svetu, da bi si ustvarili jasnejšo sliko o tem, kakšno škodo je v sektorju zdravstvene nege povzročila pandemija ter da bi lažje ugotovili, koliko ciljanih, učinkovitih ukrepov je treba sprejeti na ravni držav in na mednarodni ravni.

Dokler ne dobimo novega poročila SOWN, si bomo pri določitvi primanjkljaja medicinskih sester po svetu pomagali z dvema poročiloma. Prvič: pri SZO so posodobili projekcije glede obsega novega kadra v zdravstvu do leta 2030. Projekcije SZO za delavce v zdravstveni negi zdaj temeljijo na posodobljeni oceni, da je **leta 2020 primanjkovalo 7,07 milijona medicinskih sester**. Na podlagi teh podatkov so

pri SZO revidirali svojo oceno glede primanjkljaja medicinskih sester leta 2030 in jo zmanjšali na **4,5 milijona zaposlenih** (Boniol, *et al.*, 2022a).

Toda leta 2022 je bila objavljena še ena analiza o obsegu zdravstvenih delavcev po svetu, po kateri naj bi trenutno primanjkovalo veliko več medicinskih sester (glej tabelo 2). Ta analiza je bila narejena v okviru raziskave Svetovno breme bolezni (Haakenstad *et al.*, 2022), temeljila pa je na revidirani, razširjeni opredelitvi za doseganje univerzalnega zdravstvenega varstva. Po ocenah, glede na kate-re bi lahko dosegli 80 od 100 točk za zagotavljanje učinkovitega univerzalnega zdravstvenega varstva (višji prag, kot so si ga za cilj zastavili pri SZO), v raziskavi Svetovno breme bolezni ocenjujejo, da je trenutno na svetu 29,8 milijona medicinskih sester in babic (95-% interval zaupanja od 23,3 do 37,7) ter da je **leta 2019 po svetu primanjkovalo 30,6 milijona medicinskih sester in babic**, kar je štirikrat več od ocene 7,5 milijona, ki jo je podala SZO, vendar na osnovi različnih opredelitev (Boniol *et al.*, 2022b).

Tabela 2. Različne ocene primanjkljaja medicinskih sester: SZO in raziskava Svetovno breme bolezni

	TRENTNI OBSEG	OCENA TRENTNEGA PRIMANJKLJAJA	PROJEKCIJA OBSEGA/ PRIMANJKLJAJA V 2030
SZO	29,10 milijona (medicinskih sester) (2020)	7,07 milijona (2020)	36,27 milijona zdravstvenih delavcev trenutno; 4,5 milijona primanjkljaja (medicinskih sester)
SVET. BREME BOLEZNI	29,8 milijona (medicinskih sester in babic) (2019)	30,6 milijona (2019) skupni primanjkljaj	Ni na voljo

OPOMBA: Razlike v definicijah in izvajanju analiz. Viri: WHO: Boniol *et al.*, 2022a; GBD: Haakenstad *et al.*, 2022

Ne glede na to, ali upoštevamo ocene SZO ali raziskave Svetovno breme bolezni, je jasno, da po svetu primanjkuje na milijone medicinskih sester (glej tabelo 1 zgoraj). V raziskavi Svetovno breme bolezni je način izračunavanja bolj ambiciozen, a ta raziskava bolj celostno opredeli, kaj bi lahko in kaj bi morali zagotoviti za doseganje univerzalnega zdravstvenega varstva. Na Mednarodnem svetu medicinskih sester smo izpostavili, da analiza v raziskavi Svetovno breme bolezni zvišuje kriterije z uporabo praga za dostop do celovitejšega nabora zdravstvenih storitev, med drugim za več nege in zdravljenja nenalezljivih bolezni, preprečevanje in nadzor okužb ter za večji obseg storitev v primarnem zdravstvenem varstvu, kar skoraj vse spada pod pristojnost zdravstvene nege (ICN, 2022c) ter bo ključnega pomena za okrevanje in obnovo zdravstvenih sistemov.

Rezultati svetovne analize nam kažejo obseg pomanjkanja medicinskih sester po svetu in s tem povezane izzive, hkrati pa se moramo tudi zavedati razlik v razporeditvi medicinskih sester med različnimi panogami, regijami in specialnimi področji. Analiza, objavljena leta 2022, nam ponuja nekaj kazalnikov.

V dodatni analizi SZO so se osredotočili na razlike v razmerju med številom medicinskih sester na prebivalca znotraj 58 držav ter na razmerje med temi razlikami znotraj držav in drugimi kazalniki enakosti na področju zdravja (Boniol *et al.*, 2022c). Raziskovalci so uporabili standardno merilo razporeditve – Ginijev koeficient. Ugotovili so, da v grobem obstaja delitev držav na tri skupine: (1) visoka stopnja neenakosti znotraj države v številu medicinskih sester na prebivalca, kar je značilno predvsem za afriške države; (2) zmerna stopnja neenakosti znotraj države v številu medicinskih sester na prebivalca, kar je značilno predvsem za Jugovzhodno Azijo ter države Srednje in Južne Amerike; (3) nizka stopnja neenakosti znotraj države v številu medicinskih sester na prebivalca, kar je značilno predvsem za

zahodne države, Japonsko in Južno Korejo. V poročilu SZO so zaključili, da je bila »stopnja neenakosti v razporeditvi medicinskih sester povezana z drugimi kazalniki na področju zdravja in neenakosti, na primer z indeksom človekovega razvoja, stopnjo umrljivosti mater in pričakovano življenjsko dobo«. Ti rezultati kažejo, kako pomembne so politike za doseg učinkovite razporeditve delovne sile, pa tudi za večji obseg kadra v zdravstveni negi na splošno.

Mednarodni svet medicinskih sester je leta 2022 objavil pregledni članek o medicinskih sestrah, ki delajo na področju duševnega zdravja. V njem je navedena ocena, da po svetu na področju duševnega zdravja dela približno 300.000 medicinskih sester, a hkrati avtorji opozarjajo na težavo neenakomerne razporeditve, ki je bila prikazana že v poročilu Stanje zdravstvene nege po svetu. Na Mednarodnem svetu medicinskih sester opozarjajo, da se razporeditev medicinskih sester, ki delajo na področju duševnega zdravja, močno razlikuje med območji sveta, in sicer znaša od 0,9 na 100.000 prebivalcev v Afriki do 25,2 na 100.000 prebivalcev v Evropi. V poročilu se jasno pokaže očitna razlika v razpoložljivih medicinskih sestrah glede na raven dohodka določene države: države z nizkimi dohodki imajo 0,4 medicinske sestre na 100.000 prebivalcev, države z visokimi dohodki pa 29 medicinskih sester na 100.000 prebivalcev (ICN, 2022b).

Analiza svetovnih razmer kaže na pomanjkanje več milijonov medicinskih sester, po nekaterih izračunih naj bi jih že leta 2019 primanjkovalo 30,6 milijona. Položaj še poslabšuje dejstvo, da se na mnogih območjih sveta, v mnogih državah in na različnih področjih soočajo z neenakomerno razporeditvijo medicinskih sester. Treba se je zavedati, da je že pred pandemijo covid-19 po svetu močno primanjkovalo medicinskih sester in da so obstajale velike težave z razporeditvijo medicinskih sester po državah. Zaradi pandemije so se začele medicinskim sestram postavljati še večje zahteve.

2.2 POVEČANJE OBSEGA, OHRANJANJE OBSEGA IN VLAGANJE/OBNOVA

Po treh letih pandemije se njen učinek na delovno silo v zdravstveni negi razlikuje glede na državo in glede na čas, ko so se pojavile težave. Toda skoraj v vseh državah sveta se je pojavil osnovni nabor težav.

Glavne težave za delovno silo v zdravstveni negi so strnjene glede na tri faze posledic pandemije in politik, ki so bile uveljavljene za njihovo blaženje: prvič povečevanje obsega, drugič ohranjanje obsega in tretjič vlaganje/obnova (glej tabelo 3). Opisani postopek deluje, kot bi bil linearen, toda v resnici se je pandemija pojavljala v več valovih, ki so države prizadeli v različnih obdobjih.

Treba se je zavedati, da so ukrepi na področju delovne sile v zdravstveni negi povezani med sabo. Bistvena težava, ki je osrednjega pomena za učinkovit odziv politike in usmerjena vlaganja, je dejstvo, da za številne delovno aktivne medicinske sestre pandemija ni samo kratkotrajna, izjemna 'akutna' epizoda ali neki nejasen, oddaljen pojav, temveč je vseprisotna in osebna. Postala je nenehna, izčrpavajoča bitka, ki jim pobira ogromno energije, jim jemlje moralo ter negativno vpliva na njihovo fizično in psihično zdravje.

Tabela 3. Povečevanje obsega, ohranjanje obsega in vlaganje/obnova zdravstvenih sistemov – posledice za medicinske sestre

	Največji izzivi za zdravstveni sistem	Sistemski ukrepi za zagotavljanje kadra v zdravstveni negi
POVEČANJE OBSEGA KADRA	<p>Povečanje zmogljivosti</p> <p>Osredotočenost na oddelke za intenzivno nego</p> <p>Ohranjanje dejavnosti v primarnem zdravstvu/ zdravstveni negi in v domovih za starejše občane</p>	<p>Nadure (pogosto neplačane)/ spremenjene izmene</p> <p>Premeščanje zaposlenih</p> <p>Vračanje medicinskih sester nazaj na delo</p> <p>Vključevanje študentov zdravstvene nege v delo</p> <p>Zaposlovanje medicinskih sester iz drugih držav po skrajšanih postopkih</p> <p>Integracija beguncev z znanjem iz zdr. nege</p> <p>[Preprečevanje izseljevanja medicinskih sester v druge države]</p>

<p>OHRANJANJE OBSEGA KADRA</p>	<p>Pripravljenost zdravstvenega sistema na nove valove</p> <p>Visoke/vse večje odsotnosti medicinskih sester zaradi pandemije</p> <p>Uvedba programa/programov cepljenja</p> <p>Usklajevanje storitev na dveh področjih: covid-19/ne covid-19</p> <p>Odpovedi kirurških posegov in pregledov na primarni zdravstveni ravni</p> <p>Premik k virtualnim storitvam zagotavljanja zdravstvene oskrbe</p>	<p>Premeščanje medicinskih sester za izvajanje cepljenja</p> <p>Več prožnosti v premeščanju medicinskih sester</p> <p>Nadomeščanje in nudenje podpore izgorelim ali bolnim medicinskim sestram</p> <p>Prekvalificiranje/dodatno usposabljanje medicinskih sester</p> <p>Povečana uporaba digitalnih ali tehnoloških rešitev</p>
<p>VLAGANJE IN OBNOVA ZDRAVSTVENIH SISTEMOV</p>	<p>Preusmerjanje storitev za zmanjšanje zaostankov v zdravstvenem varstvu, ki niso povezani s covidom-19</p> <p>Načrtovanje in uvedba storitev, namenjenih zagotavljanju kronične nege za 'dolgi covid' – predvsem so potrebne izboljšave v primarnem zdravstvenem varstvu/javnem zdravju</p> <p>Ohranjanje pripravljenosti delovne sile, da se spopade z novimi valovi pandemije</p> <p>Ohranjanje pripravljenosti delovne sile za izvajanje nadaljnjih epidemioloških ukrepov na področju sledenja stikov in za izvajanje cepljenja</p>	<p>Zmanjšanje ali odprava vračanja medicinskih sester nazaj na delo v vlogi začasnih ali prostovoljnih delavk oziroma njihova priključitev stalni delovni sili ter prizadevanja za vračanje študentov zdravstvene nege, ki so delali na najbolj obremenjenih deloviščih, nazaj v izobraževalne ustanove</p> <p>Podpora za medicinske sestre v službi, ki je urejena sistemsko ali na ravni delodajalca: varni kadrovski normativi, pošteno plačilo in delovni pogoji, prožni delovni čas, skrb za zdravje in dobro počutje</p> <p>Vlaganja v razvoj ali razširitev naprednih oblik dela (npr. diplomirane medicinske sestre z naprednimi znanji); večja učinkovitost pri prispevku delovne sile na zdravje prebivalstva, boljše karierne priložnosti in višja stopnja zadržanja</p> <p>Vlaganja v izobraževanje in usposabljanje za večji obseg delavcev v zdravstveni negi, predvsem na področjih intenzivne nege, javnega zdravja in primarnega zdravstvenega varstva ter za več medicinskih sester s specializacijo ali z naprednimi znanji (ponekod to vključuje priseljevanje delavcev v zdravstveni negi iz drugih držav)</p> <p>Vlaganja v tehnologijo, ki bi omogočila, da bi medicinske sestre lahko več zdravstvene oskrbe nudile virtualno</p>

Viri: Glavne podatke so posredovala nacionalna združenja medicinskih sester.

Dodatni viri: Maier, Scarpetti & Williams, 2020; Batalova & Fix, 2020; McLaughlin, 2020; San Juan *et al.*, 2021; Tangcharoensathien, Wisawatpanimit & Chanprasobpol 2021; Llop-Gironés *et al.*, 2021; Lee, Cho & Shin, 2021; WHO, 2021b; Ball & Ejebu, 2021; Pressley & Garside, 2023.

2.2.1 Povečanje obsega kadra – posledice za medicinske sestre

Države in njihovi zdravstveni sistemi so morali hitro najti dodaten kader, da bi lahko odgovorili na povečano in nepredvidljivo potrebo po zdravstvenih storitvah, ki je bila posledica hitrega širjenja koronavirusa. Potrebe so se povečale tako v primarnem zdravstvenem varstvu kot tudi na intenzivnih oddelkih, kar je marsikje pomenilo, da je bilo treba zagotavljanje akutne oskrbe na drugih področjih zmanjšati ali ustaviti ter tako zagotoviti dovolj kadra za odpravo posledic pandemije. Pogosto je prišlo tudi do preusmeritve zdravstvenih storitev na primarni ravni, in sicer se je kader premeščal na urgentne oddelke. Žal se odločevalci pogosto niso dovolj zavedali vpliva covid-19 na domove starejših občanov in na socialnovarstvene zavode, kjer pogosto ni bilo toliko kadra kot v bolnišnicah.

V fazi povečevanja obsega kadra so se ukrepi za povečanje obsega medicinskih sester osredotočali predvsem na hitro povečanje ('krepitev') kadra v zdravstveni negi na splošno ter preusmeritev zaposlenih na oddelke za intenzivno nego in druge oddelke, ki so bili zaradi pandemije najbolj na udaru.

Posamezni ukrepi so zajemali:

- zahteve, da medicinske sestre delajo nadure in/ali v spremenjenih izmenah;
- premestitev zaposlenih v zdravstveni negi na druga klinična področja, pogosto brez dodatnega usposabljanja;
- vračanje medicinskih sester na delo v vlogi začasnih ali prostovoljnih delavk;
- premeščanje študentov zdravstvene nege na najbolj obremenjena delovišča (ali prekinjanje klinične prakse);
- pridobivanje začasnega kadra ali kadra prek agencij za zaposlovanje;
- zaposlovanje medicinskih sester iz drugih držav po skrajšanih postopkih (pogosto tistih, ki so že imele vlogo v reševanju) ter integracija beguncev z znanjem iz zdravstvene nege (Maier, Scarpetti & Williams, 2020; Gupta *et al.*, 2021; WHO, 2021b, str. 22).

2.2.2 Ohranjanje obsega kadra – posledice za medicinske sestre

Eden od ključnih ukrepov, sprejetih v okviru odziva na pandemijo, je bila uvedba programa cepljenja. Na Mednarodnem svetu medicinskih sester so poudarili nezadostne in nepravilne zaloge cepiv v številnih državah (ICN, 2021b) ter se z drugimi skupinami zavzeli za to, da bi imele medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci prednostni dostop do cepiv, saj bi le tako lahko še naprej vodili odziv zdravstvenih sistemov na pandemijo. Septembra 2021 je Mednarodni svet medicinskih sester sporočil, da je bila le desetina zdravstvenih delavcev v Afriki polno cepljenih (ICN, 2021c).

Na Mednarodnem svetu medicinskih sester poudarjajo, da pogosto obstaja povezava med učinkovitostjo programov cepljenja ter medicinskimi sestrami z naprednimi znanji in pristojnostjo za predpisovanje zdravil in medicinskih pripomočkov (ICN, 2020a). V številnih državah so medicinske sestre vodile prizadevanja za čim večjo precepljenost (Burden, Henshall & Oshikanlu, 2021; Evans, 2021; Goldberg & Lavon, 2021; WHO, 2021b, str. 22).

V državah, ki imajo za ta namen dovolj sredstev, se je med pandemijo povečala uporaba telemedicine in drugih oblik digitalne podpore za zdravstvene storitve na daljavo, s čimer se je povečala njihova dostopnost in učinkovitost. Ob tem se povečujejo potrebe po usposabljanju na tem področju in po medicinskih sestrah z digitalnimi veščinami ('digitalna pismenost') (Lee, Cho & Shin, 2021).

V državah z nizkimi dohodki podsaharske Afrike so bile posledice za medicinske sestre še posebej velike. V poročilu Svetovne banke je zapisano, da bodo zaradi pandemije delavci v zdravstveni negi v tej regiji, od katerih 7 % predstavljajo ženske, večina mlajših od 45 let, morda »težko usklajevali stresne, nevarne delovne zahteve in hkrati skrbeli za družine in otroke, ki ne bodo več v šoli. To lahko pripelje do povečanega osipa med delavci v zdravstveni negi« (World Bank Group, 2021, str. 52). Nadalje ugotavljajo, da se bosta »osip in absentizem najverjetneje še povečala zaradi dolgih delovnikov, nevarnih delovnih pogojev, pomanjkanja osebne zaščitne opreme ter psihološkega bremena« (World Bank Group, 2021, str. 52).

Za fazo ohranjanja obsega kadra so bili značilni tudi povečan absentizem v večini zdravstvenih sistemov, kar je neposredna posledica okužb delavcev ali njihovih družinskih članov, povečanih delovnih obremenitev in izgorelosti. Vse to je predstavljalo velik izziv, saj so na zagotavljanje kadra v zdravstveni negi vplivale krajše bolniške odsotnosti in dolgoročen, z boleznimi povezan absentizem, veliko medicinskih sester pa je tudi umrlo. Kot smo poudarili že v lanskem poročilu, obstaja tveganje, da če delodajalci ne naslovijo dejavnikov za odsotnost iz zdravstvenih razlogov, postanejočasne odsotnosti stalni izhod.

2.2.3 Vlaganja in obnova zdravstvenih sistemov – posledice za medicinske sestre

Zdaj morajo zdravstveni sistemi okrevati in znova vzpostaviti prejšnji obseg zdravstvenih storitev, ki niso povezane s covidom-19, da bi nadomestili zaostanke zaradi odpovedanih kirurških posegov in poslabšanja na področju kroničnih bolezni, na primer duševnega zdravja. Poleg tega morajo biti pripravljeni na dodatne, nove valove epidemije ter se odzvati na povečan obseg dela zaradi prebolevalnikov z dolgotrajnimi kroničnimi posledicami, ki se imenujejo tudi 'dolgi covid' (Sudre, *et al.*, 2021). Za vse to so potrebna usmerjena vlaganja za zagotavljanje podpore trenutnim medicinskim sestram ter dolgoročna vlaganja za zagotavljanje in trajnostnost kadra v zdravstveni negi v prihodnje.

V okviru te kompleksne obnove **zdravstvenih sistemov je treba nameniti sredstva za premeščanje kadra na druge dele zdravstvenega sistema, da bi zmanjšali zaostanke v zdravstvenih storitvah, ki niso povezani s covidom-19.** Kar se tiče zagotavljanja kadra v zdravstveni negi, so med prvimi potrebnimi ukrepi za okrevanje in obnovo zdravstvenih sistemov:

- premestitev medicinskih sester z začasnih delovišč, povezanih s covidom-19, nazaj na njihova 'običajna' klinična področja (v nekaterih primerih bo pri tem potreben prožen pristop, da bi se v primeru nadaljnjih valov pandemije lahko premestile nazaj);
- zmanjševanje števila ali ukinitvev prostovoljnih medicinskih sester, ki so se vrstile nazaj na delo (v nekaterih primerih pa tudi njihova priključitev stalni delovni sili);
- vodenje 'rezervnega' seznama medicinskih sester prostovoljk, ki bi jih lahko v primeru novih pandemičnih valov spet vključili v delovne procese;
- vračanje študentov zdravstvene nege v izobraževalne ustanove, da lahko končajo prekinjeni študij
- ter načrtovanje in zagotavljanje nadomeščanja, da si lahko medicinske sestre na najbolj obremenjenih mestih, ki so zaradi izjemnih delovnih obremenitev v prvi fazi epidemije covid-19 izgorele ali zbolele, vzamejo prosto ali so premeščene v manj stresna delovna okolja.

Drugo področje, kjer so nujno potrebna vlaganja in politike za obnovo zdravstvenih sistemov, je **izboljšanje razpoložljivosti in stopnje zadržanja medicinskih sester, saj je na oboje močno negativno vplivala visoka stopnja izgorelosti med medicinskimi sestrami zaradi covid-19.** Za to je potreben sistemski odziv ali odziv na ravni delodajalca, s katerim naj se medicinske sestre zadrži na delu ob upoštevanju varnih kadrovskega normativov, ki preprečujejo čezmerne delovne obremenitve; ob zagotavljanju poštenega plačila in poštenih delovnih pogojev ('pošteno delo'), prožnega dela ter skrbi za zdravje in dobrega počutja medicinskih sester in drugega osebja.

Tretje področje, kjer so potrebna vlaganja, pa je **izobraževanje, saj se tako poveča obseg novega kadra v zdravstveni negi, pri tem pa se morajo v številnih državah osredotočiti tako na večje število vseh medicinskih sester kot na prednostna znanja, ki naj jih medicinske sestre imajo,** na primer medicinske sestre z znanjem iz intenzivne nege, duševnega zdravja, javnega zdravja in primarnega zdravstvenega varstva.

Četrto ključno področje, na katerem so potrebna vlaganja za obnovo delovne sile v zdravstveni negi za njeno dolgoročno trajnostno naravnost, je **uvajanje in razširitev naprednih oblik dela za medicinske sestre, ki lahko predpisujejo zdravila** (npr. diplomirane medicinske sestre z naprednimi znanji, diplomirane medicinske sestre klinične specialiste). Pandemija covid-19 je jasno pokazala potrebo po hitrejšem uvajanju naprednih oblik dela v zdravstveni negi in hkrati nakazala priložnosti za povečanje obsega teh oblik dela (Stucky, Brown & Stucky, 2021). S tem se bo povečala splošna stroškovna učinkovitost pri prispevku delovne sile k zdravju prebivalstva, hkrati se bodo pokazale nove karijerne priložnosti za medicinske sestre, kar lahko pozitivno vpliva na njihovo zadržanje. Medicinske sestre z naprednimi znanji nujno potrebujemo, da bi se spopadle z vse večjim izzivom obvladovanja kroničnih bolezni.

2.3 TVEGANJA ZA IZGORELOST MEDICINSKIH SESTER LAHKO ZAMAJEJO PRIZADEVANJA ZA OKREVANJE IN OBNOVO ZDRAVSTVENIH SISTEMOV

Kot je bilo že omenjeno, je med pandemijo prišlo do hitrih sprememb politik, da bi na sistemski ravni v vseh državah začasno zagotovili več kadra v zdravstveni negi. Zaradi nekaterih ukrepov so se zahteve na medicinske sestre samo še povečale, nekateri so bili sprva mišljeni kot 'začasni', a so ponekod postali stalni, nekateri pa so imeli nenamerne negativne posledice na zdravje in počutje posameznih medicinskih sester.

Pandemija in obnova zdravstvenih sistemov nista kratkotrajna, izjemen izziv za medicinske sestre in delovno silo v zdravstveni negi, temveč sta postala dolgotrajna, nenehna in ciklična nujnost, ki lahko zdaj ali v prihodnje povzroči še več škode pri medicinskih sestrah in torej tudi v zdravstvenih sistemih.

Če ne bo nobenih znakov umiritve razmer ali pozitivnih sprememb, bi lahko medicinske sestre postale razočarane in obupane, mnoge bi se lahko zlomile (Gee *et al.*, 2022). V fazi okrevanja in obnove zdravstvenih sistemov je treba upoštevati vsako aktivno medicinsko sestro. Da ne bi pri velikem številu medicinskih sester prišlo do zloma, je treba celostno upoštevati potrebo po trajnostni naravnosti in 'poštenem delu'. Če bodo oblikovalci politik upoštevali vse posledice odločitev za obnovo zdravstvenih sistemov na posamezne medicinske sestre in na delovno silo v zdravstveni negi, se bosta izboljšala zadržanje in zagotavljanje dovolj velikega števila medicinskih sester v prihodnje, če pa se bodo, nasprotno, osredotočali le na sistemsko raven in zanemarili vpliv na posamezne medicinske sestre, se bosta zadržanje in dolgoročno zagotavljanje medicinskih sester poslabšala.

Približno tri leta so minila, odkar je izbruhnila pandemija covid-19, a že zdaj obstaja zajetno število dokazov o njenem vplivu na delovno silo v zdravstveni negi, število dokazov pa se neprestano povečuje. Če v bazo Google Scholar vpišemo iskalni niz 'zadržanje medicinskih sester covid', dobimo več kot 34.000 zadetkov le za obdobje od 2020 do 2022. Raziskave se osredotočajo tako na osebno raven, na primer na stres, delovne obremenitve, tveganje za okužbo in neizvedeno zdravstveno nego (Chaboyer *et al.*, 2021), na zahteve po tem, da morajo medicinske sestre 'stisniti zobe' in 'držati', na pomisleke o 'moralni škodi', ko morajo sprejemati etično sporne odločitve o oskrbi pacientov ali biti priča takšnim odločitvam (Rowlands, 2021), pa

tudi na ravni posledic sistemskih odzivov, opisanih v prejšnjem poglavju (prerazporeditve, zagotavljanje varnih normativov v zdravstveni negi, nove zadolžitve, dostop do osebne zaščitne opreme, dostop do cepiv itd.)

Večina objavljenih raziskav se sicer osredotoča na medicinske sestre, zaposlene v bolnišnicah v mestih, vendar, kot poudarjamo v tem poročilu, je covid-19 vplival na zdravstveni sistem kot celoto. Nekatero spodaj omenjene študije se osredotočajo tudi na domove starejših občanov in na primarno zdravstvo. Prav tako ne gre pozabiti, da je pandemija vplivala tudi na študente zdravstvene nege – posebna skupina, ki so jo v številnih državah pozvali k delu na najbolj izpostavljenih delovišč in/ali pa je morala zaradi pandemije prekiniti študij. Tudi oni so bili podvrženi stresu, pomanjkanju kadra, velikim delovnim obremenitvam in tudi izgorelosti (glej npr. Dempsey *et al.*, 2022; Michel *et al.*, 2021; Gómez-Ibáñez *et al.*, 2020).

Velik del znanstvenih dokazov, ki se neprestano povečujejo, so prispevala državna združenja medicinskih sester, ki so izvajala oziroma podprla raziskave med medicinskimi sestrami na državni ali lokalni ravni. Te raziskave so razkrile negativne posledice za posamezne medicinske sestre, saj se jih je veliko zlomilo, ter pokazale, da je vprašanje zagotavljanja trajnostne delovne sile v zdravstveni negi zelo negotovo. Oblikovalci politik morajo rezultate teh raziskav upoštevati in sprejeti ukrepe na njihovi podlagi.

V našem poročilu *Kako ohraniti in zadržati medicinske sestre* iz leta 2022 smo predstavili rezultate študij, izvedenih v Avstraliji, Belgiji, Braziliji, Kanadi, na Kitajskem, v Egiptu, Nemčiji, Indiji, Iranu, na Irskem, v Gospodarski skupnosti zahodnoafriških držav (ECOWAS), na Japonskem, v Libanonu, na Nizozemskem, v Omanu, na Filipinih, v Katarju, Južni Koreji, Južni Afriki, Španiji, Tajvanu, Ugandi, Združenem kraljestvu in ZDA. Letos dodajamo rezultate novih študij, ki so bile objavljene, odkar je izšlo naše zadnje poročilo. Spet smo zajeli široko paleto držav. To kaže na svetovno razsežnost posledic pandemije in na potrebe obnove zdravstvenih sistemov po vsem svetu. Tabela 4 prikazuje rezultate študij iz različnih držav, objavljenih v letih 2022 in 2023, ki se ukvarjajo s posledicami za delovno silo v zdravstveni negi.

Tabela 4. Ključne ugotovitve raziskav med medicinskimi sestrami, izvedene v letih 2022–2023

<p>Avstralija (Halcomb et al., 2022; Peters & Marnie, 2022; Sharplin et al., 2023)</p>	<p>Raziskava, izvedena med 359 medicinskimi sestrami, ki delujejo v primarnem zdravstvenem varstvu. Večina sodelujočih (80,5 %) je razkrila, da je imel covid-19 negativne posledice za odkrivanje in zdravljenje težav, ki niso povezane s covidom-19. Veliko medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu je izrazilo mnenje, da je na splošno kakovost zdravstvene oskrbe zaradi covida-19 upadla, poleg tega so občutile pomanjkanje nadzora in podpore na delovnem mestu.</p> <p>Nacionalna raziskava med člani Federacije sindikatov na področju zdravstvene in babiške nege Avstralije, 761 odgovorov: 13 % sodelujočih je povedalo, da nameravajo zapustiti poklic; namera, da bi v naslednjih 1 do 5 letih pustili trenutno delovno mesto, je bila od 32-% v starostnih skupinah 40–49 in 50–59 pa vse do 53-% pri starejših od šestdeset let. »... sodelujoči so kot glavni izziv poudarili predvsem veliko potrebo po dodatnem kadru ... Poleg tega sodelujoči menijo, da niso deležni dovolj usposabljanja in da čutijo tesnobo, kadar so razporejeni na druge oddelke v svoji ustanovi, da bi lahko oskrbeli povečano število pacientov« (Peters & Marnie, 2022, str. iii).</p> <p>Raziskava, ki jo je naročilo Združenje medicinskih sester in babic New South Walesa in v kateri je sodelovalo več kot 2.300 medicinskih sester in babic, je pokazala, da kar 15 % delavcev v zdravstveni in babiški negi trpi za simptomi posttraumatske stresne motnje na klinični ravni.</p> <p>K temu so največ prispevale prevelike delovne obremenitve, izčrpanost in izgorelost. Na splošno je 22 % sodelujočih napisalo, da bi radi zapustili zdravstvo. Glavni ukrepi za zadržanje so bili višja plača, več podpore na delovnem mestu in manjša delovna obremenitev.</p>
<p>Belgija (Khan, Bruyneel & Smith, 2022; Van den Heede, et al., 2022)</p>	<p>Raziskava, ki je bila v Belgiji izvedena na vzorcu 4.552 medicinskih sester: 70 % je imelo med prvim valom epidemije covida-19 visoko tveganje za izgorelost; glavna dejavnika tveganja za izgorelost sta bila pomanjkanje osebne zaščitne opreme za covid-19 in spremembe delovnih obremenitev, kot so jih dojemale same medicinske sestre. Glede delovnih pogojev med pandemijo so rezultati raziskave pokazali na naslednje dejavnike tveganja za izgorelost: opravljanje nadur v zadnjih tednih, več kot 75 % pacientov s covidom-19 na oddelku, soočanje s smrtjo pacientov s covidom-19 in več kot polovica sodelavcev na bolniškem dopustu.</p> <p>Raziskava, opravljena na vseh enotah intenzivne terapije v Belgiji: veliko medicinskih sester na enotah intenzivne terapije je po dveh letih pandemije covida-19 fizično in predvsem psihično izčrpanih. Ker se je zdelo, kot da se epidemija ne bo nikoli končala, so se občutki izčrpanosti le še krepili.</p> <p>Po dveh letih so posledice epidemije na zdravje in počutje medicinskih sester v enotah intenzivne terapije velikanske, prav tako se je po mnenju medicinskih sester spremenila kakovost oskrbe, ki jo zagotavljajo. Kar 43,9 % medicinskih sester je izrazilo namero, da bi pustile delovno mesto ali poklic, 26,5 % jih je razmišljalo o drugem poklicu, 5,8 % o delovnem mestu v zdravstveni negi zunaj bolnišnice in 11,7 % o drugem delovnem mestu v zdravstveni negi znotraj bolnišnice, pomembno število nalog je med zadnjo izmeno ostalo neopravljenih, in sicer v povprečju 1,6 od petih dejavnosti, povezanih z načrtovanjem in komunikacijo ter 1,8 od devetih kliničnih dejavnosti. Pandemija covida-19 je povečala obstoječe težave in prinesla nove. Bolnišnice z boljšim delovnim okoljem za medicinske sestre so imele boljše izide zdravstvene nege in višjo kakovost zdravstvene nege po oceni medicinskih sester. Belgijske medicinske sestre, ki delajo na enotah intenzivne terapije, so visoko usposobljene, a jih je malo in jih je zato težko nadomestiti.</p>

<p>Kanada (Crowe, Howard & Vanderspank, 2022; Lavoie-Tremblay et al., 2022; Ben Hamed & Bourgeault, 2022)</p>	<p>Raziskava med 425 medicinskimi sestrami na oddelkih za intenzivno nego: velika večina je poročala o simptomih posttravmatske stresne motnje (74 %), depresije (70 %), tesnobe (57 %) in stresa (61 %). Vse (100 %) so izkazale znake zmerno visoke do visoke izgorelosti, 87 % je imelo znake sekundarnega travmatskega stresa, 22 % pa jih je nameravalo pustiti svoje trenutno delovno mesto.</p> <p>Raziskava med 1.705 delavci v neposredni akutni zdravstveni negi v Kanadi: visok odstotek kronične utrujenosti, slabša kakovost zagotavljanja oskrbe, nižje zadovoljstvo z delom ter večja pripravljenost, da pustijo službo, so bili značilni za medicinske sestre, ki so skrbele za paciente s covidom-19. Medicinske sestre, ki niso točno vedele, kaj jih čaka in so bile preobremenjene, so izkazale višjo namero, da zapustijo delovno mesto ali poklic v primerjavi s tistimi, ki so vedele, kaj jih čaka in so imeli občutek, da imajo nadzor.</p> <p>Nacionalna raziskava med 4.467 medicinskimi sestrami: 94 % jih je trpelo za simptomi izgorelosti in 45 % jih je trpelo za hudo obliko izgorelosti (pred pandemijo jih je imelo hudo obliko izgorelosti 29 %). Ker so bile nezadovoljne, preobremenjene, ker niso mogle usklajevati službe in zasebnega življenja ter se jim je zdelo, da nimajo nadzora nad tem, kako opravljati svoje delo, je veliko medicinskih sester dalo odpoved in še veliko več jih razmišlja, da bi svojo službo za polni delovni čas pustile. Več kot pol medicinskih sester razmišlja o tem, da bi pustile svoje trenutno delovno mesto v naslednjem letu in 19 % razmišlja o tem, da bi si našle nov poklic.</p>
<p>Češka (Gurková, Mikšová & Šáteková, 2022)</p>	<p>Vzorec 371 medicinskih sester iz štirih bolnišnic za akutno obravnavo, ki so delale med pandemijo: Medicinske sestre, ki so svoje delovno okolje ocenile kot neugodno, so pomembno večkrat izpuščale dejavnosti zdravstvene nege. Napovedni dejavniki za ocenjeno razširjenost neizvedene zdravstvene nege med pandemijo covid-19 v bolnišnicah za akutno obravnavo na Češkem so bili nadure, dojemanje medicinskih sester glede 'Temeljev zdravstvene nege za kakovost zdravstvene obravnave' ter zadovoljstvo s trenutnim delovnim mestom. Neizvedeno zdravstveno nego bi bilo mogoče omejiti, če bi izboljšali delovno okolje medicinskih sester.</p>
<p>Nemčija (Schug et al., 2022)</p>	<p>Spletna raziskava med 757 medicinskimi sestrami v nemških bolnišnicah: 18,9 % jih je nameravalo pustiti službo. Tretjina (32,5 %) je bila bolniško odsotna ≥ 10–12,3 % več kot 25 dni v 12 mesecih. Statistično pomembni napovedni dejavniki za namero o iskanju nove zaposlitve so bili nižje nagrade, sprememba oddelka med pandemijo, delo za krajši delovni čas in povišana stopnja depresije. Zagotavljanje večje zaščite pred covidom-19 in zmanjšanje delovne obremenitve bi prav tako lahko preprečila bolniške odsotnosti. Preprečevanje depresije, boljše upravljanje s spremembami in podpora za tiste, ki so zaposleni za krajši delovni čas, bi lahko prispevali k manjši fluktuaciji medicinskih sester.</p>
<p>Gana (Boateng et al., 2022)</p>	<p>Raziskava med 226 naključno izbranimi medicinskimi sestrami in babcami, ki delajo na zdravstveni ustanovi terciarne ravni v Gani: razširjenost namere, da zamenjajo organizacijo ali poklic, je bila 87,2%. Približno dve tretjini (61,5 %) sodelujočih sta bili izpostavljeni visoki stopnji tveganj na delovnem mestu. Pomanjkanje podpore vodilnih kadrov, nizka plača in nezadostno število zaposlenih na izmeno so bili statistično pomembno povezani z namero, da zapustijo organizacijo ali poklic.</p>
<p>Indija (Kavitha, Sikander & Joseph, 2022)</p>	<p>Raziskava med 267 študenti zdravstvene nege iz šestih visokih šol: 113 (30,79 %) jih je izkazovalo visoko stopnjo posttravmatske stresne motnje, 44 (11,98 %) pa srednje visoko stopnjo posttravmatske stresne motnje.</p>

<p>Iran (Lofti, et al. 2022)</p>	<p>Raziskava med 190 medicinskimi sestrami, ki delajo v operacijskih dvoranah javnih bolnišnic v Iranu: rezultati so pokazali statistično pomembno obratno sorazmerje med tem, da so medicinske sestre med pandemijo covid-19 stopnjo varnosti dojemale kot nizko in namero, da zapustijo organizacijo ali poklic.</p>
<p>Irska (Brady et al., 2022)</p>	<p>Presečna raziskava med 390 zaposlenimi v domovih starejših občanov med tretjim valom pandemije covid-19: zaposleni so med pandemijo izkazovali visoko stopnjo posttravmatskega stresa, motnje razpoloženja in 'moralne škode'. Med različnimi skupinami zaposlenih so se pokazale različne stopnje moralne škode, vpliva na počutje in različne strategije za spoprijemanje z obremenitvami, kar je treba upoštevati pri načrtovanju podpore za to zapostavljeno delovno silo.</p>
<p>Jordanija (Fawaris et al., 2022; Khrais et al., 2022)</p>	<p>Raziskava med 312 zdravstvenimi delavci v Jordaniji: skoraj 38 % jih je imelo zmerno stopnjo anksioznosti in depresije, skoraj 36 % pa visoko stopnjo anksioznosti in depresije. Medicinske sestre so imele v primerjavi z drugimi zdravstvenimi delavci bolj izrazite simptome.</p> <p>Namen raziskave med 536 diplomiranimi medicinskimi sestrami iz osmih bolnišnic v Jordaniji je bil preveriti učinek podpore s strani organizacije, kot jo dojemajo medicinske sestre, odgovornosti in značilnosti medicinskih sester na neizvedeno zdravstveno nego med pandemijo covid-19: Težave pri komuniciranju so imele največji vpliv na neizvedeno zdravstveno nego, s človeškimi in materialnimi viri povezani razlogi pa manjši vpliv. Dejavniki, povezani z obsegom neizvedene zdravstvene nege, so bili: višje število pacientov na medicinsko sestro, kar je še poslabšala pandemija, delovna doba, zadovoljstvo s plačo, občutek odgovornosti in podpora organizacije.</p>
<p>Malezija (Jarrar et al., 2023)</p>	<p>Raziskava na vzorcu 400 medicinskih sester v splošni bolnišnici med pandemijo covid-19: Pokazala se je statistično pomembna povezava med številom opravljenih delovnih ur in tesnobo, depresijo, utrujenostjo, zaspanostjo medicinskih sester, kakovostjo zdravstvene nege in namero, da bi zapustile službo ali poklic. Pokazala se je negativna povezava med delovnikom, daljšim od 14 ur, in kakovostjo zdravstvene nege, kot so jo dojemale medicinske sestre, ter pozitivna povezava s slabim počutjem, o katerem so same poročale, in namero, da bi pustile službo ali poklic.</p>
<p>Mehika (Cortés-Álvarez & Vuelvas-Olmos, 2022)</p>	<p>Raziskava med 462 medicinskimi sestrami: 46,72 % medicinskih sester je poročalo o srednje visoki ali visoki stopnji travmatskega stresa, 42,40 % medicinskih sester je trpelo za visoko stopnjo čustvene izčrpanosti, nadaljnjih 41,78 % pa je izkazovalo srednje visoko ali visoko stopnjo duševne stiske. Dejavnika, povezana z večjim travmatskim odzivom na izbruh epidemije, sta bila povišanje opravljenih delovnih ur na teden zaradi covid-19 in stik z domnevno ali potrjeno okužbo s covidom-19 v službi.</p>
<p>Nizozemska (Heesakkers et al., 2023)</p>	<p>Raziskava med 589 medicinskimi sestrami na oddelkih za intenzivno nego v letu 2021 po drugem valu (164 jih je vprašalnik izpolnilo tudi leta 2020): 38,2 % jih je poročalo o enem ali več simptomih, povezanih z duševnim zdravjem, 49,9 % jih je trpelo za utrujenostjo zaradi dela. V primerjavi z rezultati raziskave iz leta 2020 je bila pojavnost simptomov, povezanih z duševnim zdravjem, enako velika, utrujenost zaradi dela pa je bila pomembno višja. Manj simptomov je bilo statistično pomembno povezanih z odobrenim dopustom glede na želje, večjo stopnjo samozavesti glede prihodnosti in boljše zmožnostjo usklajevanja poklicnega življenja z zasebnim. Za konec raziskave so zapisali: »Drugi val pandemije covid-19 je še dodatno psihično izčrpal medicinske sestre na oddelkih za intenzivno nego, rezultat pa je višja stopnja utrujenosti zaradi dela.«</p>

<p>Norveška (Djupedal, et al., 2022)</p>	<p>Raziskava med 694 medicinskimi sestrami: spremembe delovnega urnika zaradi pandemije so bile povezane z nižjo kakovostjo spanca, manj spanca in višjo namero za zapustitev organizacije ali poklica.</p>
<p>Filipini (Labrague, de los Santos & Fronda, 2022)</p>	<p>Spletna raziskava med 295 medicinskimi sestrami v neposredni akutni zdravstveni negi: Napovedni dejavniki neizvedene zdravstvene nege so bili velikost bolnišnice, število medicinskih sester in kultura zagotavljanja varnosti pacientov. Napovedni dejavniki kakovosti zdravstvene oskrbe pa so bili zadostna količina osebne zaščitne opreme, število medicinskih sester in kultura zagotavljanja varnosti pacientov.</p>
<p>Poljska (Piotrowsk et al., 2022; Dziedzic et al., 2022)</p>	<p>Raziskava med 390 medicinskimi sestrami in babicami na Poljskem: skoraj 25 % sodelujočih je nameravalo zapustiti organizacijo ali poklic, približno enak delež je izrazil nezadovoljstvo s službo. Vzdržljivost je bila povezana s stopnjo zadovoljstva medicinskih sester.</p> <p>Med četrtem valom pandemije covid-19 je v raziskavi sodelovalo 333 delovno aktivnih medicinskih sester: 23,1 % medicinskih sester je izkazovalo simptome hude ali zelo hude depresije, simptome zmerne depresije pa 30,3 % medicinskih sester. Nadalje je 46,5 % sodelujočih trpelo za visoko ali zelo visoko stopnjo tesnobe, 25,8 % pa za zmerno visoko stopnjo tesnobe. 35,4 % sodelujočih je trpelo za zmerno visoko stopnjo stresa, 14,1 % pa za visoko stopnjo stresa. »Visok odstotek simptomov depresije, tesnobe in stresa med medicinskimi sestrami na Poljskem med četrtem valom pandemije covid-19 predstavlja neposredno grožnjo duševnemu zdravju medicinskih sester. Treba je razviti in udejanjiti usmerjene strategije za zagotavljanje podpore, da bi preprečili poslabšanje duševnega zdravja v tej skupini.«</p>
<p>Španija (Molina-Mula et al., 2022)</p>	<p>Raziskava med 892 medicinskimi sestrami na Balearskih otokih: Približno 75,6 % medicinskih sester je imelo izkušnje z delom na kovidnih oddelkih, 49,1 % jih je več kot 10 mesecev delalo na kovidnih oddelkih. Medicinske sestre na kovidnih oddelkih so pogosteje poročale o čustveni izčrpanosti (OR 1,9, $p < 0,001$) in tesnobi (OR 1,5, $p = 0,021$). Na splošno so splošne medicinske sestre trpele za zmerno stopnjo posttravmatske stresne motnje ($p = 0,027$), medicinske sestre z oddelkov za intenzivno nego pa za visoko stopnjo posttravmatske stresne motnje ($p = 0,027$). Napovedni dejavnik za manj čustvene izčrpanosti, manj občutka depersonalizacije in nižjo stopnjo posttravmatskega stresa je bil manjši obseg zagotavljanja nege pacientom s covidom-19.</p>
<p>Švedska (Nymark et al., 2022)</p>	<p>Raziskava, katere namen je bil oceniti neizvedeno zdravstveno nego in varnost pacientov: 43 diplomiranih in srednjih medicinskih sester v vzorcu s kovidnimi pacienti in 59 v referenčnem vzorcu. Medicinske sestre v vzorcu s kovidnimi pacienti so imele statistično pomembno višje število nadur in so bile večkrat odsotne z dela zaradi bolezni v primerjavi z medicinskimi sestrami v referenčnem vzorcu. Poleg tega so medicinske sestre iz druge skupine nižje ocenile varnost pacientov in kakovost zdravstvene nege ter poročale o večjem odstotku neizvedene zdravstvene nege na področju oskrbe ran in osnovnih aktivnosti zdravstvene nege.</p>
<p>Združeni arabski emirati (Sam et al., 2023)</p>	<p>Raziskava med 525 medicinskimi sestrami, zaposlenimi v bolnišnicah, ki delujejo v okviru vladne organizacije Dubai Health Authority (DHA): 67,6 % sodelujočih je trpelo za zmerno hudo obliko izgorelosti, 54,7 % pa je »kot kaže trpelo za sekundarnim travmatskim stresom.«</p>

<p>Združeno kraljestvo (Ball et al., 2022)</p>	<p>Nacionalna raziskava med 2.205 sodelujočimi v prvem valu epidemije je na vprašanje o tem, katere tri stvari bi vlada ali delodajalec morala najprej narediti, da bi izboljšala njihove delovne pogoje, najpogosteje odgovorilo: dostop do osebne zaščitne opreme/varnost zaposlenih (60,0 %), podpora zaposlenim (28,6 %) in boljše komuniciranje (21,9 %). Avtorji so poudarili, da je nujno treba izboljšati dostopnost in kakovost osebne zaščitne opreme za zagotavljanje varnosti tako zaposlenih kot pacientov in da »je zanemarjanje potrebe medicinskih sester po varnosti na delovnem mestu, kot kaže, negativno vplivalo na moralo te nujno potrebne skupine zaposlenih.«</p>
<p>ZDA (Guttormson et al., 2022; Kim, Rankin & Ferguson, 2022; Sheppard et al., 2022; NSI Nursing Solutions Inc., 2022; Berlin, Lapointe & Murphy, 2021; Squires et al., 2022; Aiken et al., 2022)</p>	<p>Raziskava med 488 medicinskimi sestrami na oddelkih za intenzivno nego: Več kot dve tretjini sodelujočih se je soočilo s pomanjkanjem osebne zaščitne opreme. Medicinske sestre so izkazovale zmerne in visoke moralne stiske ter zmerno do visoko stopnjo izgorelosti. Simptome zmerne depresije in tesnobe je izkazovalo 44,6 % sodelujočih, hude pa 31,1 % sodelujočih. 47 % sodelujočih je imelo povečano tveganje za pojav posttravmatske stresne motnje. Medicinskimi sestram se je zdelo, da jim vodstveni delavci ne nudijo dovolj podpore, kar je bilo poleg pomanjkanja osebne zaščitne opreme povezano z višjo stopnjo izgorelosti, moralne stiske in simptomov posttravmatske stresne motnje.</p> <p>Tri presečne raziskave med medicinskimi sestrami v ZDA: Zgodnja faza pandemije (n = 320), pred cepljenjem (n = 228) in začetno obdobje cepljenja (n = 292). Pri skupini iz začetnega obdobja cepljenja je prišlo do pomembnega zmanjšanja zmerno hude in hude tesnobe ter zmerno hude in hude depresije v primerjavi z drugima dvema skupinama. Napovedna dejavnika za slabše duševno zdravje in izgorelost pri medicinskih sestrah sta pomanjkanje mehanizmov za spopadanje z obremenitvami in pomanjkanje podpore s strani organizacije.</p> <p>Raziskava med 129 diplomiranimi medicinskimi sestrami, zaposlenimi v sistemu ameriških bolnišnic: Moralne stiske, povezane z delovnim okoljem ali kakovostjo zdravstvene oskrbe in varnostjo pacientov, so bile statistično pomemben dejavnik pri nameri diplomiranih medicinskih sester, da pustijo službo. Za diplomirane medicinske sestre, ki so v delovnem okolju po svojem mnenju doživljale moralno stisko, je bilo devetkrat bolj verjetno, da so razmišljale o novi službi v primerjavi z ostalimi. Za diplomirane medicinske sestre, ki se jim je zdelo bolnišnična politika glede kakovosti in varnosti moralno sporna, je bilo skoraj trikrat bolj verjetno, da so razmišljale o novi službi.</p> <p>Rezultati raziskave iz leta 2021, v kateri je sodelovalo 272 bolnišnic iz 32 ameriških zveznih držav in je zajela skupno 166.087 diplomiranih medicinskih sester, so pokazali, da so »diplomirane medicinske sestre s skrb vzbujajočo hitrostjo zapuščale službe v bolnišnicah, ki so zajemale skrb za paciente.« Stopnja fluktuacije se je za zaposlene diplomirane medicinske sestre zvišala z 8,4 % na 27,1 %. Najvišje stopnje fluktuacije so zabeležili med diplomiranimi medicinskimi sestrami, ki so delale s pacienti po odpustu z oddelkov za intenzivno nego, na področju telemetrije in v urgentni službi.</p> <p>»32 % diplomiranih medicinskih sester, ki so novembra 2021 sodelovale v raziskavi ustanove McKinsey, je razmišljalo o tem, da bi pustile svojo službo, ki je vključevala neposredno delo s pacienti«, kar predstavlja zvišanje za več kot 10 % v manj kot desetih mesecih. Tako je novembra 2021 32 % diplomiranih medicinskih sester razmišljalo o tem, da bi pustile službo, ki je vključevala neposredno delo s pacienti, februarja 2021 pa jih je o tem razmišljalo 22 %. »Najpomembnejši dejavniki za namero, da bi pustile službo, so bili kadrovska podhranjenost, želja po višji plači, občutek, da jih v službi nihče ne posluša ali podpira in čustvena zahtevnost službe.«</p>

	<p>Po drugi strani pa so bili »najpomembnejši dejavniki, da ostanejo na istem delovnem mestu med drugim varnost, prožnost (možnost uravnoteženja poklicnega in zasebnega življenja, delovni urnik) in okolje (npr. zaupanja vreden ali skrben tim, občutek, da jih organizacija ceni, opravljanje dela, ki se jim zdi smiselno.)« Raziskava med 242 medicinskimi sestrami v ZDA, katere namen je bil oceniti vpliv pandemije na vloge medicinskih sester, njihove poklicne odnose in organizacijsko kulturo njihovih delodajalcev: »Organizacijska kultura ter način, kako je vplivala na odziv na pandemijo, sta bila pri njihovem doživljanju bistvena ... Rezultati nakazujejo, da bi se kakovost delovanja organizacije med pandemijo lahko odražala v stopnji zadržanja medicinskih sester, saj je bilo v tem obdobju povečano tveganje za osip medicinskih sester.«</p> <p>Ponovljena raziskava pred epidemijo in po njej na vzorcu 151.335 diplomiranih medicinskih sester iz zveznih držav držav New York in Illinois ter podskupina 40.674 medicinskih sester, zaposlenih v 357 bolnišnicah: glavni rezultati so bili, da je bila stopnja izgorelosti med medicinskimi sestrami v bolnišnicah visoka že pred pandemijo covid-19 in tudi med njo; bolnišnice, ki so imele pred pandemijo dovolj kadra, so imele med pandemijo boljše izide; nujno so potrebni ukrepi za preprečevanje kroničnega pomanjkanja medicinskih sester v bolnišnicah.</p>
<p>Južna Koreja (Joo, Yeon & Hwa, 2022)</p>	<p>Raziskava med 176 medicinskimi sestrami, zaposlenimi v treh bolnišnicah za dolgotrajno oskrbo: namera za iskanje nove službe je bila sorazmerno povezana s stresom zaradi covid-19, spodbudno delovno okolje za medicinske sestre pa bi lahko pripomoglo k manjšemu stresu zaradi covid-19 in znižalo namero medicinskih sester, da iščejo novo službo.</p>
<p>Romunija (Gherman et al., 2022)</p>	<p>Raziskava med 463 medicinskimi sestrami iz Romunije, katere namen je bil ugotoviti prisotnost dogodkov, ki bi lahko povzročali moralno škodo: ti dogodki so bili povezani z izgorelostjo in namero o iskanju nove zaposlitve. »Rezultati naše raziskave kažejo na potrebo po uvedbi ukrepov za pomoč pri moralni škodi na organizacijski ravni, kar zajema tudi povečano avtonomnost medicinskih sester, večjo povezavo z delom in razširitev kompetenc.«</p>
<p>Južna Afrika (Moyo et al., 2022)</p>	<p>Raziskava med glavnimi medicinskimi sestrami v eni izmed okrožnih bolnišnic: Med pandemijo covid-19 so se spopadali z izzivi na področju človeških virov, »kar je še poslabšalo dejstvo, da so bila razpisana delovna mesta zamrznjena.« Prišlo je do pomanjkanja materialnih virov, kar je vplivalo na kakovost oskrbe pacientov. Glavne medicinske sestre, ki so obbolele za covidom-19, so bile tudi po preboleli okužbi podvržene stigmati in diskriminaciji.</p>
<p>Tajska (Gaesawahong et al., 2022)</p>	<p>Raziskava med 1.073 diplomiranimi medicinskimi sestrami, ki so nudile oskrbo pacientom s covidom-19: Štiri posledice pandemije covid-19 so bile: 1) nezmožnost usklajevanja službe z zasebnim življenjem zaradi povečanega obsega dela; 2) strah pred okužbo in prenašanjem bolezni; 3) nezadostna podpora organizacije, npr. nezadostne količine osebne zaščitne opreme in kakovostnih cepiv, pomanjkljive informacije ter nepošteno nadomestilo v nekaterih bolnišnicah in 4) pozitivne in negativne ekološke spremembe. »Vodilne medicinske sestre bi si morale prizadevati za potrebne količine opreme in skrbeti, da so medicinske sestre informirane, saj bi tako pripomogle k zmanjševanju stresa, povezanega z izpostavljenostjo nevarni situaciji. Treba bi bilo razmisliti o primernem nadomestilu zanje.«</p>

Tabela 4 nam kaže stanje v različnih časovnih obdobjih, z uporabo različnih metod, meritev in definicij ter v samo nekaj državah. A kljub temu nam jasno kaže na daljnosežno škodo na svetovni ravni, ki jo je utrpela delovna sila v zdravstveni negi. **To so 'enkratne' posamične raziskave, vendar trenutna situacija nikakor ni izjemna. Celostno gledano je bil vpliv pandemije stalen in vseobsegajoč.** Za izgorelost medicinskih sester povsod po svetu lahko krivimo samo bolezen covid-19 ter pomanjkanje učinkovitih odzivov na pandemijo v številnih državah.

Rezultati državnih raziskav nam kažejo skrb vzbujajočo sliko, vse več pa je tudi preglednih člankov,

ki preučujejo delovno silo v zdravstveni negi in covid-19 v različnih državah, rezultati pa so podobno skrb vzbujajoči. Ti članki nudijo poglobljen in podrobnejši vpogled v posledice pandemije za medicinske sestre, vključno z izgorelostjo, namero o iskanju nove zaposlitve in fluktuacijo. V našem poročilu *Kako ohraniti in zadržati medicinske sestre* smo navedli nekatere pregledne članke, ki so izšli do tedaj (Williams *et al.*, 2020; Joo & Liu, 2021; Jo *et al.*, 2021; Llop-Gironés *et al.*, 2021; ECSACON, 2021). Leto kasneje jih navajamo še več (glej tabelo 5 spodaj). Ti sistematični pregledi raziskav in metaanalize vzamejo več časa za pripravo, a zasedajo ključno mesto med raziskavami, ki preučujejo vpliv pandemije na medicinske sestre.

Tabela 5. Pregledni članki in metaanalize o vplivih na medicinske sestre in druge zdravstvene delavce v letih 2022-23

PODROČJE	METODE	REZULTATI
Razširjenost depresije in anksioznosti med medicinskimi sestrami v prvih enajstih mesecih pandemije covid-19. (Šlusarska <i>et al.</i> , 2022)	Sistematični pregled raziskav in metaanaliza	23 raziskav (n = 44.165), izvedenih v devetih državah (Kitajska, Filipini, ZDA, Turčija, Savdska Arabija, Iran, Združeno kraljestvo, Brazilija in Kanada). Rezultati so pokazali, da je bila skupna razširjenost depresije med medicinskimi sestrami 22-%, za simptomi tesnobe pa je trpelo 29 % medicinskih sester. »Ta metaanaliza je pokazala, da med covidom-19 več kot petina delovno aktivnih medicinskih sester trpi zaradi depresije, skoraj tretjina pa se spopada s simptomi tesnobe.« Rezultati po besedah avtorjev kažejo na to, kako pomembno je med pandemijo medicinskim sestram nuditi celovito psihološko podporo.
Dejavniki, ki določajo psihično dobro počutje zdravstvenih delavcev, vključenih v odziv na svetovne pandemije (Schneider <i>et al.</i> , 2022)	Sistematični pregledni članek	V ta pregled je bilo zajetih 39 raziskav: v enaindvajsetih so se posvečali pandemiji SARS-a, v dvanajstih izbruhu covid-19, v štirih MERS-u in v eni gripi, in sicer na Kitjaskem, v Kanadi, na Tajvanu, v Južni Koreji, v Singapurju, Indiji, Izraelu, Italiji, na Japonskem in v Savdski Arabiji. Rezultati večine raziskav so pokazali, da je bilo psihično dobro počutje bolj ogroženo pri medicinskih sestrah kot pri drugih zdr. delavcih. »Veliko rezultatov raziskav kaže, da igra podpora družbe, organizacije in vlade ključno vlogo pri tem, kako zdravstveni delavci doživljajo svetovne izbruhe pandemij, poleg tega rezultati kažejo tudi, da primerna podpora lahko bistveno pripomore k njihovemu splošnemu dobremu počutju. Rezultati te pregledne študije kažejo, da je bila prav zagotovljena podpora najpogostejši dejavnik za ohranjanje dobrega počutja zdravstvenih delavcev.«

<p>Strategije za zmanjševanje obsega premeščenih delavcev in prostorov s spremenjeno namembnostjo na kovidnih oddelkih za intenzivno nego med pandemijo (Clark, Chisnall & Vindrola-Padros, 2022)</p>	<p>Sistematični pregledni članek</p>	<p>Petnajst člankov iz šestih držav (Združenega kraljestva, ZDA, Singapurja, Kitajske, Irana in Avstralije), ki so se ukvarjali s področji dobrega počutja in izobraževanja. Glavni operativni pristop za zagotavljanje prožnosti pri prihodnjih povečanih potrebah je bil uporaba semaforja oziroma sistema vračanja po fazah tako za zaposlene kot za prostore, saj po potrebi omogočata hitro izvedbo ponovnega premeščanja. Glavne podporne strategije se se osredotočale na dobro počutje in potrebe po izobraževanju in usposabljanju premeščenih delavcev, ki so se vrnili v delovno okolje, vključno z zagotavljanjem dovolj prostega časa za zaposlene, da so se lahko odpočili in si opomogli. Ostale strategije so bile med drugim nadziranje in zagotavljanje dolgoročnega duševnega zdravja zaposlenih, skrb za to, da so zaposleni deležni priznanja in zahvale za svoje delo, določanje potreb po izobraževanju in usposabljanju pripravnikov ter zagotavljanje, da so zaposleni lahko nadomestili zamujeno izobraževanje. Najpomembnejša strategija glede pripravljenosti za prihodnje valove covida-19 na področju izobraževanja je bila nadaljnje izobraževanje in usposabljanje iz intenzivne nege in za pripravljenost v primeru nesreč.</p>
<p>Določiti vzorec osebnostnih motenj ter njihovih dejavnikov tveganja med zdravstvenimi delavci v Afriki med pandemijo (Olashore et al., 2021)</p>	<p>Sistematični pregledni članek</p>	<p>Dvanajst raziskav. Najpogosteje prisotni osebnostni motnji sta bili anksiozna motnja (9,5 % do 73,3 %) in depresija (12,5 % do 71,9 %). Razpoložljivost zaščitne opreme in informacij o preventivnih ukrepih sta zmanjšali tveganje za pojav osebnostnih motenj, po drugi strani pa so uporaba psihoaktivnih snovi, obstoječe kronične bolezni, nizek prag vzdržljivosti in nizka stopnja podpore iz okolja ta tveganja povečala. »Veliko zdravstvenih delavcev ima najrazličnejše psihološke težave, podobno kot njihovi kolegi drugod po svetu.«</p>
<p>Svetovni pregled namere zdravstvenih delavcev o menjavi zaposlitve zaposlitve med pandemijo covida-19 (Poon et al., 2022)</p>	<p>Sistematični pregledni članek</p>	<p>43 raziskav, od tega 18 z Bližnjega vzhoda, 10 iz Južne in Severne Amerike, 9 iz azijsko-pacifiške regije in 6 iz Evrope. Pri večini raziskav glede namere o menjavi zaposlitve so bile vključene tudi medicinske sestre. Visoka stopnja psih. stresa in tesnobe sta bili povezani z višjo namero o menjavi zaposlitve med zdravstvenimi delavci; pogosto je bila dokazana sorazmerna povezava med povečanimi delovnimi obremenitvami in pogostejšo namero o menjavi zaposlitve.</p> <p>Poleg tega so bili zdravstveni delavci, ki so delali nadure ali so morali zaradi pandemije delati več, bolj nagnjeni k temu, da so razmišljali o menjavi zaposlitve. Glavna dejavnika, ki sta zmanjševala namero medicinskih sester o menjavi zaposlitve, sta bila zaupanje v organizacijo, kjer so bile zaposlene, in podpora delodajalca.</p>

<p>Učinek covid-19 na stopnjo izgorelosti, sočutne utrujenosti in zadovoljstva ob sočutju med zdravstvenimi delavci (Lluch et al., 2022)</p>	<p>Sistematični pregled literature, objavljene v prvem letu pandemije.</p>	<p>Upoštevanih je bilo 76 od skupno 2.858 člankov. Rezultati kažejo predvsem na povečano stopnjo izgorelosti, več čustvene izčrpanosti, povečan občutek depersonalizacije in sočutne utrujenosti, manjši občutek zadovoljstva z lastnimi dosežki, stopnja zadovoljstva ob sočutju pa je bila približno enaka kot pred pandemijo. »Glavni dejavniki tveganja za izgorelost so bili tesnoba, depresija in nespečnost, pa tudi nekatere sociodemografske spremenljivke, na primer ženski spol ali delo neposredno s kovidnimi pacienti.«</p> <p>Pandemija covid-19 je bistveno vplivala na kakovost življenja zdravstvenih delavcev. Tako se je npr. stopnja izgorelosti spremenila iz srednje visoke na visoko, stopnja sočutne utrujenosti pa se je zvišala iz srednje visoke na visoko. »Ne moremo več odlašati z uvedbo preventivnih strategij za preprečevanje izgorelosti in sočutne utrujenosti med zdravstvenimi delavci.«</p>
<p>Napovedni dejavniki za namero o iskanju nove zaposlitve med delavci v zdravstveni negi v času pandemije covid-19 (Tolksdorf, Tischler & Heinrichs. 2022)</p>	<p>Sistematični pregledni članek</p>	<p>Dejavniki na strani delodajalca, ki so vplivali na namero o iskanju nove zaposlitve, so bili npr. delo s kovidnimi pacienti, nizka stopnja nadzora nad svojim delom ali visoke delovne obremenitve ter spopadanje z občutki slabe vesti.</p>
<p>Svetovna raziskava, v kateri so »najbolj izpostavljene medicinske sestre iz različnih držav spraševali, ali bi rade ostale na svojem trenutnem delovnem mestu« (Berlin et al., 2022)</p>	<p>Mednarodna raziskava</p>	<p>Odstotek medicinskih sester iz ZDA, Združenega kraljestva, Singapurja, Japonske, Francije, Brazilije in Avstralije, ki so nameravale v naslednjem letu zapustiti svoje delovno mesto neposredne oskrbe pacientov, se je gibal med 20 in 38 %. »Rezultati raziskave kažejo, da imajo medicinske sestre po svetu glede svoje službe trenutno izredno poenoteno mnenje, ne glede na različne zdravstvene sisteme in načine zagotavljanja oskrbe v sedmih vključenih državah.«</p>

2.4 IZGORELOST MEDICINSKIH SESTER: REŠITEV NI V TEM, NAJ MEDICINSKE SESTRE 'STISNEJO ZOBE'

Bistveno sporočilo vseh raziskav in preglednih člankov je velikanski obseg dejanske in potencialne škode ter izgorelosti med medicinskimi sestrami. To je izredno skrb vzbujajoče, saj je izgorelost medicinskih sester zdravstvena težava, predstavlja pa tudi tveganje za ohranjanje kakovosti storitev ter ogroža prizadevanja za okrevanje in obnovo zdravstvenih sistemov. Oblikovalci politik se morajo zavedati, da so medicinske sestre ljudje, ki imajo svoje obveznosti zunaj delovnega časa,

med pandemijo pa so morale skrbeti tudi za člane svojih družin (Chandler-Jeanville *et al.*, 2021; Broilan *et al.*, 2022).

Izgorele medicinske sestre so odsotne z dela, imajo krajši delovnik ali pa dajejo odpoved. Nekatere med njimi, ki so 'stisnile zobe' v prvih letih pandemije, so izčrpane in si bodo morale poiskati manj zahtevne zadolžitve, si vzeti dopust, se zaposliti na drugih področjih ali pa se upokojiti. Tiste, ki vztrajajo

v isti službi, poročajo o vse višjih stopnjah stresa ter vse bolj razmišljajo o tem, da bi si našle drugo delo ali da bi zapustile poklic. Izredno skrb vzbujajoče je dejstvo, da čeprav številne raziskave poročajo o velikem deležu izgorelosti med medicinskimi sestrami, **pogosto umanjka sistematičen odziv na ravni organizacije ali delodajalca. Namesto tega se posamezne medicinske sestre zdaj, na začetku četrtega leta pandemije in okrevanja po njej, dodatno obremenjujejo z zahtevami, naj 'zdržijo'.**

V enega od ključnih preglednih člankov glede izgorelosti v zdravstveni negi je bilo zajetih 91 (predpandemskih) raziskav, zaključek pa se glasi: »Raziskave so razkrile vzorce, ki dosledno kažejo, da so neugodne značilnosti delovnega mesta, kot na primer visoke delovne obremenitve, pomanjkanje zaposlenih, dolge izmene in nizka stopnja nadzora nad svojim delom, povezane z izgorelostjo v zdravstveni negi. Potencialne posledice tako za zaposlene kot za paciente so zelo hude« (Dall'Ora *et al.*, 2020). Ti avtorji so poudarili tudi, da je izgorelost med medicinskimi sestrami »povezana z nižjo stopnjo varnosti pacientov in neželenimi dogodki, na primer pomotami pri odmerjanju zdravil, okužbami in padci. Kadar so bili zaposleni izgoreli, sta se povečala nezadovoljstvo pacientov in pritožbe sorodnikov« (Dall'Ora & Saville, 2021). Zaključili so, da »rezultati raziskav zelo jasno kažejo, da za zmanjšanje izgorelosti ne pomagajo **ukrepi na ravni dejanj posameznikov, na primer trening čuječnosti ali vzdržljivosti**, temveč ukrepi, ki so usmerjeni k odpravljanju **nesorazmerij v delovnem okolju**.« (Dall'Ora & Saville, 2021)

Sistematični pregledni članek o izgorelosti med medicinskimi sestrami, ki je zajel obdobje vključno z začetki pandemije (oktober 2020) (Jun *et al.*, 2021) je ponovno opozoril, da je na izgorelost medicinskih sester treba gledati kot na simptom, ki zahteva ukrepe na ravni organizacije: »Izgorelost medicinskih sester je povezana z nižjo stopnjo varnosti in kakovosti zdravstvene obravnave, nižjim zadovoljstvom pacientov, nižjo pripadnostjo medicinskih sester zavodu, kjer so zaposlene, in nižjo produktivnostjo. Običajno se na izgorelost gleda kot na težavo posameznika. **Toda šele ko na izgorelost gledamo kot na težavo na ravni organizacije in na kolektivni pojav, dobimo širšo perspektivo, da lahko to težavo sploh naslovimo**«. Nadalje je nedavno poročilo strokovnega odbora za duševno zdravje zdravstvenih delavcev med pandemijo, ki deluje pod okriljem Evropske komisije, razkrilo, da je treba »takoj zaščititi duševno zdravje in omiliti posledice stresa, strahu in moralne škode« ter da je »**organizacija tista, ki mora javno odgovarjati za dobro počutje zaposlenih, ne pa zaposleni sami**« (Evropska komisija, Generalni direktorat za zdravje in varnost hrane, 2021).

V drugem poročilu so avtorji poudarili, da »**COVID-19 razkriva tudi omejitve skrbi medicinskih sester zase,**

ene od najbolj opevanih strategij za zmanjšanje skupnega stresa in izgorelosti ... Čeprav je lahko skrb medicinskih sester zase uporabna v specifičnih primerih, **pa je glavno odgovornost za zmanjšanje tako izgorelosti kot skupinske travme treba premakniti s posameznih zaposlenih na organizacijo**« (Cohen-Serrins, 2021, str. 259–268).

Komentar k 'letu rekordnih odpovedi v zdravstveni negi' v ZDA se je glasilo, da so bili ukrepi organizacij, ki so se osredotočali predvsem na povečanje vzdržljivosti medicinskih sester in pri tem zanemarjali vzroke, povezane z delovnim mestom, »še posebej kratkovidni« ter da se je pojavilo tveganje **o razširjenosti napačne predstave, da je treba nekaj ukreniti pri medicinskih sestrah in ne pri sistemu**« (Laskowski-Jones & Castner, 2022).

V preglednem članku iz leta 2023 pa se avtorji ukvarjajo s pomenom treh pogojev na delovnem mestu, ki so potrebni za izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave: 1) dovolj veliko število zaposlenih za zagotavljanje kakovosti, 2) psihološka varnost, timsko delo in možnost, da vsak pove svoje mnenje ter 3) zdravje in dobro počutje zaposlenih na delovnem mestu. Avtorji zapišejo: »Vsi trije pogoji za izboljšanje zdravstvene oskrbe, ki smo jih ugotovili /.../ so odvisni od vodstva, podpore vodilnih zaposlenih in dajanja zgleda.« Rezultati raziskav naj bi kazali na možnost vzročne povezave med številom diplomiranih medicinskih sester, kakovostjo oskrbe in zdravstvenimi izidi: »Število medicinskih sester nam pove več kot to, koliko ljudi je zaposlenih; izjemno pomembno je tudi delovno okolje«; glede dobrega počutja medicinskih sester na delovnem mestu pa so avtorji zapisali: »**Pri intervencijah, namenjenih posameznim medicinskim sestram, se zanemarljiva širši strukturni kontekst in omejitve/kontekst na strani organizacije**« (Maben, Ball & Edmondson, 2023).

Glavno sporočilo je, da ukrepi ne smejo biti usmerjeni zgolj ali večinoma na 'vzdržljivost' posameznih medicinskih sester. **Varni kadrovske normativi, pošteni delovni pogoji, prožen delovnik ter možnost počitka in zmanjšanja delovnih ur morajo biti zajeti v ciljana vlaganja ter v paket ukrepov.**

2.5 ČE NI MEDICINSKIH SESTER, ZDRAVSTVENA NEGA NI IZVEDENA: STROŠEK NEUKREPANJA V ZVEZI Z IZGORELOSTJO MEDICINSKIH SESTER

Glavni razlog, zakaj morajo organizacije in delodajalci dati pobudo za izboljšanje zdravja in dobrega počutja medicinskih sester, je, da je to njihova dolžnost, kot delodajalci so to dolžni storiti. Več kot očitno je, kam lahko pripelje zanemarjanje te dolžnosti: k nastanku škode za medicinske sestre in za kakovost oskrbe. Poleg tega se morajo odzvati, ker je to tudi v njihovem interesu.

Stroški, povezani z absentizmom in fluktuacijo medicinskih sester, predstavljajo organizacijam precejšnje izdatke (Alves *et al.*, 2022; Arir *et al.*, 2022). Raziskovalci so preučili različne vplive začasnih odsotnosti ali odhoda medicinskih sester iz organizacije. To so stroški začasne nadomestne delavce ter stroški zaposlitve nadomestnega delavca in izgubljene produktivnosti; vsakemu elementu so pripisali finančno vrednost. V različnih raziskavah so sicer uporabljene različne metode in enote merjenja, a kljub temu ponujajo vpogled v obseg potencialnih stroškov in s tem dajejo organizacijam dodaten razlog, da »glede tega nekaj ukrenejo.« Skrb vzbujajoče je tudi, da se včasih medicinskim sestram zdi, da morajo priti v službo, tudi če se ne počutijo dobro. Med pandemijo se je pritisk za takšno ravnanje najbrž še povečal. Gre za tako imenovani 'prezentizem' na delovnem mestu, ki lahko v primeru zdravstvene nege ogroža paciente, saj medicinske sestre ne morejo zagotavljati enake kakovosti zdravstvene nege, če se ne počutijo dobro. Stopnje prezentizma so še posebej visoke med delavci v zdravstveni negi (Freeling, Rainbow & Chamberlain, 2020).

Na ravni posamezne medicinske sestre je strošek fluktuacije ocenjen na 1,3-kratnik plače medicinske sestre, ki odhaja (Jones & Gates, 2007).

V nedavnem poročilu iz ZDA o fluktuaciji medicinskih sester so opozorili, da je povprečni strošek fluktuacije za diplomirano medicinsko sestro, ki dela neposredno s pacienti, 46.100 dolarjev, kar pomeni, da »bolnišnice v povprečju izgubijo med 5,2 in 9 milijoni dolarjev« ter da lahko »vsak spremenjen odstotek pri fluktuaciji diplomiranih medicinskih sester bolnišnico stane ali ji prihrani še dodatnih 262.300 dolarjev na leto« (NSI Nursing Solutions Inc., 2022). Rezultati nedavne ameriške raziskave pa so pokazali, da bolnišnica porabi približno 16.736 dolarjev na medicinsko sestro za vsako leto zaposlitve zaradi stroškov, povezanih s fluktuacijo zaradi izgorelosti (Muir *et al.*, 2021). V poročilu o javnem zdravstvenem sistemu v Angliji (NHS) je zapisano, da predstavlja skupni finančni vpliv ob 10-odstotni fluktuaciji medicinskih sester za večjo bolnišnico, ki zaposluje več kot 3.000 medicinskih sester, »strošek

v višini najmanj 3,6 milijona funtov« (NHS Shared Business Solution, n. d.).

V še eni raziskavi so avtorji uporabili računalniški model za oceno stroškov, ki nastanejo zaradi fluktuacije medicinskih sester, ki je posledica izgorelosti, na podlagi dveh scenarijev: 1) bolnišnica, v kateri ne sprejmejo ukrepov za zmanjšanje izgorelosti med medicinskimi sestrami in 2) bolnišnica z 'ukrepi za zmanjšanje stopnje izgorelosti' in nižjo razširjenostjo izgorelosti med medicinskimi sestrami. V prvi bolnišnici bi po izračunih porabili 16.736 dolarjev na medicinsko sestro na leto zaradi fluktuacije, ki je posledica izgorelosti, v drugi bolnišnici pa bi se ti stroški zmanjšali na 11.592 dolarjev na medicinsko sestro na leto. Obdobje zaposlenosti je bilo v prvi bolnišnici krajše kot v drugi (2,9 leta v prvi in 3,5 leta v drugi). Raziskovalci so zaključili, da bi si morale »bolnišnice same prizadevati za uvedbo programov za zmanjšanje stopnje izgorelosti med medicinskimi sestrami ter s tem povezanih stroškov« (Muir *et al.*, 2021).

Če vse skupaj seštejemo, so lahko stroški zaradi odsotnosti in fluktuacije za zdravstveno organizacijo precejšnji (Duffield *et al.*, 2014; Kiel, 2020; Zhao *et al.*, 2019). V nedavnem poročilu iz ZDA so opozorili, da vsak spremenjeni odstotek v fluktuaciji medicinskih sester povprečno bolnišnico stane (ali ji prihrani) dodatnih 328.400 dolarjev (Shaffer & Curtin, 2020). V Angliji so bili stroški za zdravstveni sistem zaradi odsotnosti zaposlenih iz sistema javnega zdravstva (NHS) ocenjeni na 1,1 milijarde funtov na leto za leto 2019 (tik pred izbruhom pandemije) (Health Education England, 2019).

Analiza stroškov za prvi val pandemije covid-19 pri zaposlenih v portugalski bolnišnici – raziskovalci so določili trimesečno obdobje od 1. 3. do 31. 5. 2020 in analizirali stroške absentizma, zaposlovanja novih delavcev in nadur zdravstvenih delavcev (medicinskih sester, zdravnikov, instrumentarjev ter tehnikov v diagnostičnih in terapevtskih postopkih) ter ga primerjali z enakim obdobjem v letu pred pandemijo (2019), da bi izračunali razlike v stroških. Rezultati so pokazali, da so bili stroški povečanja obsega delovne sile in zaposlovanja pri 7.000 zaposlenih dodatnih 8.817.199,84 evra za trimesečno obdobje (absentizem: 6.842.284,64 evra; zaposlovanje: 363.540,03 evra; nadure: 1.611.375,17 evra) (Santos *et al.*, 2021).

Še en morebitni vir dodatnih stroškov za organizacijo je **najemanje medicinskih sester na kratek rok ali medicinskih sester, ki delajo za določen**

čas na pogodbo (npr. preko agencije za zaposlovanje ali potujočih medicinskih sester). Rezultati raziskav iz obdobja pred pandemijo o kratkoročnem najemanju medicinskih sester prek agencij za zaposlovanje kažejo, da domnevne pozitivne učinke njihovega angažiranja izničijo negativni učinki na kakovost oskrbe in vsesplošno produktivnost (Birmingham *et al.*, 2019).

A kljub temu je v fazi pandemije v nekaterih državah prišlo do občutnih povečanj pri najemu medicinskih sester preko agencij za zaposlovanje ali pri najemu potujočih medicinskih sester, da bi s tem zasedli prosta delovna mesta in hitreje

povečali obseg kadra (glej npr. Yang & Mason, 2022; Odom-Forren, 2022). Poročila iz **ZDA** kažejo, da so potrebe po potujočih medicinskih sestrah »eksponentno narasle«, in sicer za 35 % v letu 2020, v letu 2021 pa naj bi še za 40 % (Adegbesan, 2022). Raziskava, ki so jo leta 2022 naročili na Royal College of Nursing v **Angliji**, da bi podkrepili svoje pozive za pravično plačilo in varne kadrovske normative, je pokazala, da najmanjše medicinskih sester preko agencij organizacije v javnem zdravstvu na leto stane približno 21.300 funtov več kot trenutni stroški stalno zaposlene medicinske sestre (London Economics/RCN, 2022).

Še en kazalnik pomanjkanja delovne sile v zdravstveni negi, ki je povezan s precejšnjimi stroški, je

neizvedena zdravstvena nega. Ta nastane, kadar so nekatere naloge medicinskih sester izpuščene ali prestavljene, pogosto zaradi premajhnega števila zaposlenih ali prevelikih delovnih obremenitev. Za neizvedeno zdravstveno nego se včasih uporabljajo tudi izrazi, kot so 'nedokončane naloge', 'neizpolnjene potrebe' ali 'implicitna racionalizacija' (Griffiths, 2018). Predstavljala naj bi **zgodnji opozorilni znak za neugodne zdravstvene izide ter za zmanjševanje kakovosti zdravstvene oskrbe** (Imam *et al.*, 2021). Sicer se je neizvedena zdravstvena nega pojavljala že pred pandemijo, zdaj pa o njej poročajo iz vse več držav (glej Shubert *et al.*, 2021; Nilasai & Hariyet, 2021; Hama, Guirgas & Mosallam, 2021; Labrague, de los Santos & Fron-da, 2022; Taskiran-Eskici & Baykal, 2022; Zárate -Grajales, *et al.*, 2022). Posledice neizvedene zdravstvene nege za organizacijo v smislu zagotavljanja storitev in varnosti pacientov so več kot očitne. Poleg tega predstavlja neizvedena zdravstvena nega dodaten stres za medicinske sestre, saj povzroča **moralno škodo, nezadovoljstvo z delom in včasih tudi izgorelost.** Medicinske sestre se zavedajo, da ne zagotavljajo potrebne stopnje kakovosti zdravstvene oskrbe zaradi nezadostnega števila zaposlenih ali zaradi pomanjkanja virov. Organizacije, ki se ne odzovejo učinkovito na signal, da prihaja do neizvedene zdravstvene nege, s tem še poslabšujejo zdravstvene izide in prispevajo k višji stopnji izgorelosti med medicinskimi sestrami.

2.6 PROTESTI IN STAVKE MEDICINSKIH SESTER: ZADNJI IZHOD

Kadar medicinske sestre v službi niso deležne podpore ali so prisiljene delati v neznosnih pogojih, jim preostane le še en izhod – protesti in stavke za dosego izboljšanja pogojev, če se organizacija, kjer so zaposlene, ni želela odzvati. V zadnjih 12 mesecih se je število protestov in stavk medicinskih sester povečalo kot še nikoli prej. **S stavko želijo opozoriti na nezadovoljiv odziv države in delodajalcev na njihova opozorila glede varnosti na delovnem mestu, delovnih pogojev in pomanjkanja varnih kadrovskega normativov.**

Mednarodni svet medicinskih sester spremlja, v katerih državah prihaja do protestov in stavk medicinskih sester ter beleži s tem povezane aktivnosti. Zaznal je »zaskrbljujoče povečanje števila sindikalnih akcij med medicinskimi sestrami, kar je simptom krize zdravstvenih sistemov svetovnih razsežnosti« (ICN, 2022d). Podatkovna baza ICN ter analiza protestov v zdravstvenem sektorju (Essex & Weldon, 2021) kaže, da do stavk prihaja v številnih državah, med drugim v **Angoli, Avstraliji, Argentini, Bosni, na Danskem, na Finskem, Franciji, Nemčiji, Italiji, Keniji, Mehiki, Maroku, na Novi Zelan-**

diji, Peruju, Španiji, Ugandi, ZDA, v Združenem kraljestvu in v Zimbabveju.

Rezultati nedavne analize trendov na področju stavk in drugih protestov zdravstvenih delavcev iz 85 držav kažejo, **da je med letoma 2019 in 2021 prišlo do kar 62-% povečanja v številu protestov zdravstvenih delavcev (z 2.416 protestov na 3.913).** »Pri skoraj vseh« sodelujočih državah je prišlo do občutnega povečanja v skupnem številu protestov, »v nekaterih državah, na primer v Mehiki, Argentini, Peruju, Alžiriji in Kazahstanu, pa je bilo povišanje še posebej izrazito ... Od skupno 6.589 zabeleženih protestov med letoma 2020 in 2021 **je bilo približno pol (3.213) neposredno povezanih z opozorili zdravstvenih delavcev glede nezadostne podpore pri spopadanju s covidom-19** (Brophy *et al.*, 2022).

V nekaterih državah, na primer v Združenem kraljestvu (Crerar & Stacey, 2023) in v Zimbabveju (Ndlovu, 2023), je to privedlo **do poskusov vlade za uveljavitev novih, omejujočih 'protistavkovnih' zakonov,** saj so na primer skušali omejiti dr-

žavna združenja medicinskih sester in sindikate pri možnosti organiziranja stavke ali pa so uzakonjali sankcije za stavke.

Stavka je zelo jasen izraz nezadovoljstva medicinskih sester in posledica neodzivanja na njihove potrebe. **Skokovita rast v številu stavk, odkar je pandemija prvič izbruhnila, je še en opozorilni znak, da so številni zdravstveni sistemi še vedno v krizi ter da prizadevanja za obnovo zdravstvenih sistemov še ne stojijo na trdnih teme-**

ljih. Vlade in delodajalci ne priznajo vedno v celoti opozoril medicinskih sester glede varnosti, števila zaposlenih in delovnih pogojev. Nizke plače niso edini razlog za stavke. Vlade igrajo ključno vlogo, saj morajo odpraviti temeljne vzroke za stavke. Rezultati pregledne raziskave SZO o stvkih zdravstvenih delavcev so pokazali, da »je bil dogovor pogostejše dosežen, če so bili v pogajanja vključeni predstavniki partnerjev za kolektivna pogajanja in visoki vladni predstavniki« (Russo *et al.*, 2019).

2.7 PODPORA ZA MEDICINSKE SESTRE: TREBA JE IZVESTI OCENO VPLIVA NA DELOVNO SILO V ZDRAVSTVENI NEGI

Raziskave in poročila, navedeni v prejšnjem razdelku tega poročila, nudijo vpogled v trenutno stanje, ki je skrb vzbujajoče: izgorele medicinske sestre in zdravstveni sistemi v krizi, možnosti za njihovo okrevanje in obnovo pa so močno omejene. Prišlo je do začaranega kroga, ko večja potreba po medicinskih sestrah vodi do manj razpoložljivih kadrov v zdravstveni negi, več je odsotnosti in nižje je zadržanje kadrov, kar spet vodi do manj razpoložljivega kadra, zaradi česar še več medicinskih sester pusti službo ali to namerava storiti.

Primanjkuje nam standardiziranih, zanesljivih in primerljivih podatkov o izgorelosti, odsotnosti, fluktuaciji in zgodnjem upokojevanju medicinskih sester zaradi covid-19. Obstajajo velike vrzeli v podatkih, kot se je pokazalo v nedavnem sistematičnem preglednem članku o pandemiji in delovni sili v zdravstvu: »Bistvene vrzeli v podatkih obstajajo na primer na področjih poklicnih in psihosocialnih dejavnikov, ki vplivajo na absentizem in tveganje za izgorelost, s spolom povezanih pomislekov glede človeških virov v zdravstvu, ocenah držav z nizkimi in srednjimi dohodki ter ocenah stanja s konkretnimi ukrepi, ki bi lahko služile kot temelj za okrevanje po pandemiji ter trajnostno naravnost storitev za zdravljenje nenalezljivih bolezni« (Gupta *et al.*, 2021).

Nobena država ne bo varna pred tem, da večje število medicinskih sester ne bi zapustilo njenega zdravstvenega sistema; tako je na primer v številnih državah OECD z visokimi dohodki delež medicinskih sester pred upokojitvijo že zdaj relativno visok in v teh državah je višje tveganje, da se bodo odhodi medicinskih sester povečali. **Nujno moramo čim prej zagotoviti, da bodo države in zdravstveni sistemi lahko bolj natančno in hitreje ocenili trenutne in prihodnje izgube medicinskih sester,** saj se lahko na podlagi teh informacij sprejmejo

ukrepi za zaščito delavcev v zdravstveni negi, načrtujejo prihodnje potrebe po delavcih v zdravstveni negi in sprejmejo ukrepi, da bi se zmanjšal primanjkljaj medicinskih sester.

Vsak zdravstveni sistem in vsaka država mora zato raziskati in pridobiti znanstvene podatke o temeljnih vzrokih za težave, s katerimi se srečuje delovna sila v zdravstveni negi, to pa lahko storita z rednim **ocenjevanjem vpliva na delovno silo v zdravstveni negi.** Svetovna zdravstvena organizacija se je v Globalni strategiji o človeških virih v zdravstvu iz leta 2016 (WHO, 2016b, odst. 71) zavzela za ocenjevanje in vrednotenje vpliva na delovno silo, tam so navedene tudi možnosti in modeli izvajanja tega (Nove, Cometto & Campbell 2017). Nujno je treba razviti in uporabljati specifično, standardizirano orodje za oceno vpliva na delovno silo v zdravstveni negi med odzivom na pandemijo (Chan *et al.*, 2021), in sicer iz dveh ključnih razlogov.

Prvič je treba hitro opozoriti na škodo, ki je bila povzročena zdravju in dobremu počutju medicinskih sester kot posameznicam. Kot smo že poudarili, postaja vse bolj očitno, da številne medicinske sestre trpijo zaradi izgorelosti ter drugih fizičnih in psihičnih stanj, tudi posttravmatske stresne motnje, ali pa so visoko rizične za vsa ta stanja zaradi nadur in dela v izjemno zahtevnem okolju, pogosto z nezadostno podporo in osebno zaščitno opremo. Takoj je torej treba zagotoviti učinkovitejšo podporo glede kadrovskih normativov in delovnega okolja, pa tudi primerno, dolgoročno svetovanje in podporo za zaposlene, ki so pod velikimi pritiski (Williams *et al.*, 2020).

Kot smo poudarili že v prejšnjem razdelku, je ključni element okrevanja in obnove zdravstvenih sistemov v tem, da se ukrepi ter prizadevanja stroke in vodstvenih delavcev ne osredotočajo na večjo

‘vzdržljivost’ medicinskih sester, ki naj ‘stisnejo zobe’ in prenašajo neznanske obremenitve, temveč morajo delodajalci in organizacije prevzeti odgovornost za ustvarjanje in ohranjanje spodbudnih delovnih pogojev ter za zagotavljanje zadostnega števila zaposlenih. To je edini način, da lahko zdravstveni sistemi okrevaljo in da jih lahko obnovimo.

Poleg tega je treba pridobiti natančnejše, bolj popolne in primerljive podatke o celokupnem vplivu pandemije na okužbe, dolgi covid in stopnjo umrljivosti med medicinskimi sestrami, na število medicinskih sester, odsotnosti (ter razloge zanje), fluktuaciji zaposlenih v zdravstveni negi in trende upokojevanja. Tudi te podatke potrebujemo čim prej, kolikor je mogoče »v realnem času«, da bi služili kot osnova za sprejemanje ukre-

pov na ravni zdravstvene politike (Buchan, Williams & Zapata, 2021) in zagotovili natančnejše ocene, potrebne za prihodnje načrtovanje delovne sile v zdravstveni negi.

Ti podatki predstavljajo osnovo za sprejemanje vseh poučenih ukrepov, namenjenih zaščiti in nudenju podpore medicinskim sestram v obdobju okrevanja ter obnove zdravstvenih sistemov. Lahko nam pomagajo določiti prave razloge za pomanjkanje medicinskih sester, nakažejo, kje je pomanjkanje v danem trenutku največje, uporabni pa so tudi za izdelavo scenarijev na podlagi potreb in scenarijev za obnovo zdravstvenih sistemov, ki upoštevajo potrebo po učinkovitem odzivanju na trenutne in prihodnje težave z zagotavljanjem kadra v zdravstveni negi.

03

TRETJE POGlavJE

3. RAZLIKE MED POTREBNIMI IN RAZPOLOŽLJIVIMI KADRI SO VSE VEČJE: POMANJKANJE MEDICINSKIH SESTER V 2022

3.1 POMANJKANJE MEDICINSKIH SESTER: POSLEDICA NEZADOSTNIH UKREPOV

Pandemija covid-19 je medicinske sestre v vseh državah sveta izjemno obremenila. Kot smo omenili v prejšnjem poglavju, morajo sistemski ukrepi upoštevati in se odzvati na osebne stiske medicinskih sester med pandemijo, po drugi strani pa so nujno potrebni tudi ukrepi glede vse večje vrzeli v razpoložljivem kadru v zdravstveni negi, ki jo je še poglobila pandemija covid-19. Brez finančno podprtih, usmerjenih sistemskih ukrepov se bo ta vrzel najverjetneje še povečevala.

Da bi razumeli dinamiko zagotavljanja dovolj velikega števila medicinskih sester, je treba najprej ovrednotiti dejavnike, ki vplivajo na zagotavljanje medicinskih sester iz lastne države, seveda ob upoštevanju vpliva pandemije. Do pomanjkanja delovne sile v zdravstveni negi pride, kadar so potrebe večje od razpoložljivega kadra. Kot že rečeno, se je ta primanjkljaj med pandemijo v številnih državah povečal, ob potrebah po obnovi zdravstvenih sistemov pa ponovno prihaja do izraza. Države morajo nadomestiti medicinske sestre, ki so odšle (ali pa bodo to še storile zaradi izgorelosti ali staranja delovne sile), zadržati tiste, ki so ostale in zaposliti dodatni kader v zdravstveni negi, da bi zadostili povečanim in spremenljivim potrebam po tem kadru.

Kot smo že pojasnili, so v prvi fazi pandemije številne države zagotovile več delavcev v zdravstveni

negi iz svoje države na podlagi ukrepov, ki so jih sprejeli zdravstveni sistemi in vlade, da bi hitro povečali obseg delovne sile v zdravstveni negi. Tako so medicinskim sestram naložili nadure, skušali prepričati delovno neaktivne medicinske sestre, da bi se vrnile na delo, premeščali študente zdravstvene nege v klinična okolja in zaposlovali medicinske sestre iz drugih držav po skrajšanih postopkih. **To so bili ukrepi v izrednih razmerah, ki pa so dolgoročno nevzdržni. Poleg tega lahko zakrijejo zmanjšano razpoložljivost dolgoročnega oz. stalnega kadra v zdravstveni negi, saj bodo prizadevanja za obnovo zdravstvenih sistemov prinesla dodatne delovne obremenitve in povečala stopnjo izgorelosti med medicinskimi sestrami.**

Številni jasni znaki že zdaj kažejo na to, da je pomanjkanje medicinskih sester vse večje. V Organizaciji za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) so v poročilu o zdravstvenih sistemih v Evropi iz leta 2022 opozorili na pomanjkanje medicinskih sester in omejitve pri ukrepih: »Potreba po medicinskih sestrah naj bi se v prihodnjih letih še povečevala zaradi staranja prebivalstva, s tem, da se tudi številne medicinske sestre bližajo starosti za upokožitev. Treba je povečati stopnjo zadržanja v poklicu, da se ne bi trenutno in prihodnje pomanjkanje medicinskih sester še povečalo. V številnih državah so v želji, da bi naslovili vse večje pomanjkanje

medicinskih sester, povečali število vpisnih mest na študijskih programih zdravstvene nege, toda trajalo bo nekaj let, preden bo učinek tega ukrepa opazen. V nekaterih državah pa na pomanjkanje medicinskih sester še vedno odgovarjajo z zaposlovanjem medicinskih sester iz tujine, čeprav lahko to še poveča pomanjkanje te delovne sile v državah, od koder medicinske sestre prihajajo.« (OECD/Evropska unija, 2022)

V analizi delovne sile v zdravstveni negi in drugih zdravstvenih delavcev iz 53 držav evropske regije SZO so avtorji izrazili zaskrbljenost zaradi staranja dela zdravstvenih delavcev: »Staranje zdravstvenih delavcev na območju celotne regije je nekaj, kar nas mora skrbeti, saj ogroža trajnostno naravnost delovne sile – delavce, ki se upokojijo, je namreč težko nadomestiti.« V poročilu poudarjajo tudi, da je treba izvesti dodatne raziskave o razlikah med spoloma in poklicni segregaciji, da bi lahko izkoristili vse kompetence žensk in priznali njihov prispevek. V sklepu pišejo, da morajo države v evropski regiji »ohraniti in razviti delovno silo v zdravstvu ter zagotoviti njihovo zdravje in dobro počutje« ter dodajajo deset ukrepov za izboljšanje položaja zdravstvenih delavcev (WHO Europe, 2022).

V poročilu OECD iz leta 2022 o zdravstvenih sistemih v azijsko-pacifiški regiji (OECD/WHO, 2022) opozarjajo na velike razlike v številu medicinskih sester v različnih državah in območjih te regije. Nekatere države z visokimi dohodki, na primer **Avstralija, Japonska in Nova Zelandija**, imajo več kot 10 medicinskih sester na 1.000 prebivalcev, države in območja z nizkimi dohodki, na primer **Papua Nova Gvineja, Pakistan in Bangladeš** pa jih imajo bistveno manj: eno medicinsko sestro ali manj na 2.000 prebivalcev. V povprečju imajo v državah s srednjimi dohodki (revnejše države iz te skupine) in nizkimi dohodki iz azijsko-pacifiške regije manj kot dve medicinski sestri na 1.000 prebivalcev.

Kot je povzeto v nedavnih poročilih OECD, SZO in drugih ključnih deležnikov, se vse več držav začenja zavedati, **da morajo vlagati v ukrepe za povečan obseg delovne sile v zdravstveni negi**, saj bodo s tem zadostili vse večjim potrebam po medicinskih sestrah zaradi pandemije in obnove zdravstvenih sistemov ter ukrenili kaj za zadržanje trenutne delovne sile v zdravstveni negi zaradi izgorelosti.

Če je medicinskih sester premalo, to negativno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe in na zdravstvene **izide, poleg tega je to ena od ključnih omejitev za obnovo zdravstvenih sistemov**. V nedavnem sistematičnem preglednem članku so avtorji zbrali podatke o številu medicinskih sester in o zdravstvenih izidih v državah z nizkimi in srednjimi dohodki (Assaye *et al.*, 2021). Na podlagi pregleda 27 raziskav v teh državah so zaključili, da so »[v]ečje število pacientov na medicinsko sestro in večje delovne obremenitve povezani z bolnišnično

umrljivostjo, bolnišničnimi okužbami in pomotami pri odmerjanju zdravil pri pacientih, pri medicinskih sestrah pa z višjo stopnjo izgorelosti, poškodbami z injekcijsko iglo in drugimi ostrimi predmeti, absenzizmom ter namero, da pustijo službo.« Do podobnih rezultatov so prišli tudi raziskovalci v nedavnem sistematičnem preglednem članku, ki so preučevali število medicinskih sester in zdravstvene izide v akutni zdravstveni negi, pri čemer so se osredotočali na longitudinalne študije. Na podlagi pregleda 27 raziskav so zaključili, da »ni skoraj nobenega dvoma«, da »je večje število diplomiranih medicinskih sester na bolnišničnih oddelkih vzročno povezano z nižjo umrljivostjo« (Dall'Ora *et al.*, 2022).

Primanjkljaji se razlikujejo v različnih državah in na različnih področjih, predvsem pa so se povečale potrebe po medicinskih sestrah z znanji iz intenzivne nege, javnega zdravja, duševnega zdravja in primarnega zdravstva/znanjem za oskrbo kroničnih bolezni; prav tako je treba razviti ali povečati število medicinskih sester specialistk in tistih z naprednimi znanji, torej diplomiranih medicinskih sester na naprednejših oblikah dela. Le tako bo zdravstveni kader bolj učinkovit. Kot so na OECD zapisali v poročilu leta 2022: »Ocene dela diplomiranih medicinskih sester z naprednimi znanji iz Finske, Irske in Združenega kraljestva so pokazale, da lahko te medicinske sestre pripomorejo k izboljšanemu dostopu do storitev in h krajšanju čakalnih dob, ob tem pa precejšnjemu deležu pacientov zagotavljajo enako kakovost oskrbe kot zdravniki – recimo pacientom z lažjimi bolezenskimi stanji in tistimi, ki potrebujejo rutinske kontrolne preglede« (OECD/ Evropska unija, 2022).

Pri pridobivanju novih medicinskih sester bi se morali v državah osredotočiti predvsem na izobraževanje medicinskih sester doma, pri čemer bi se še zlasti morali osredotočati na izobraževanje medicinskih sester z naprednimi znanji ali specializacijami; kot drugotni ukrep bi se lahko v državah z zadostnimi viri zatekli k aktivnemu zaposlovanju medicinskih sester iz tujine. V tem poglavju poročamo o omenjenih trendih in dejavnikih, zaključujemo pa z jasnim sporočilom oblikovalcem politik: osredotočati se je treba na **samozadostnost delovne sile v zdravstveni negi**.

3.2 RAZPOLOŽLJIVOST MEDICINSKIH SESTER, IZŠOLANIH DOMA, SE RAZLIKUJE, A JE POGOSTO NEZADOSTNA

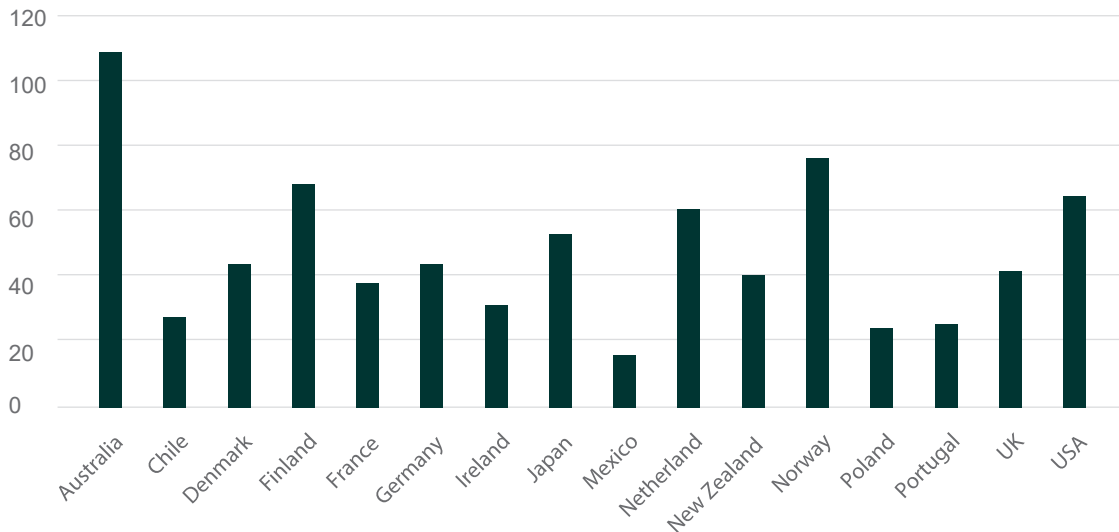
Vse države z zadostnimi viri bi morale načrtovati, da izobrazbo iz zdravstvene nege pri njih pridobi dovolj oseb (stopnja dokončanja študija je dovolj visoka), da lahko zagotovijo dolgoročno vzdržnost zdravstvenega sistema – potrebujejo dovolj novega kadra, da lahko nadomesti tiste, ki odhajajo, ter še dodatne medicinske sestre z zahtevanimi znanji zaradi povečanih potreb, ki so nastale zaradi potrebe po prenovi zdravstvenega sistema.

Dejansko pa v nekaterih državah ne vlagajo dovolj v izobraževanje zadostnega števila medicinskih sester, da bi zadostili svojim potrebam po kadru iz zdravstvene nege. To je bilo izpostavljeno v poročilu Stanje zdravstvene nege po svetu (SOWN) leta 2020, kjer so bile dodatne investicije za povečanje delovne sile v zdravstveni negi eden od glavnih ukrepov. Kot smo zapisali zgoraj, so do podobnega zaključka prišli tudi na OECD ter na SZO v okviru svetovnih Strateških usmeritev za zdravstveno in babiško nego.

Avtorji poročila Stanje zdravstvene nege po svetu so pokazali, da je v državah z visokimi dohodki študij dokončalo več kot trikrat več diplomiranih medicinskih sester (v povprečju 38,7 diplomirane medicinske sestre na 100.000 prebivalcev) kot v državah z nizkimi dohodki (10,4) (WHO, 2020a, str. 47). A tudi med državami z visokimi dohodki so v stopnjah dokončanja študija velike razlike, kar je posledica zelo različnih odločitev o vlaganju v domačo delovno silo v zdravstveni negi ter pomemben dejavnik, ki povzroča večje aktivno zaposlovanje medicinskih sester iz tujine. V analizi, izvedeni leta 2022, so v pisarni SZO za evropsko regijo podali oceno, da je število diplomiranih medicinskih sester kot odstotek delovne sile v 53 državah iz te regije bil zelo različen: od manj kot 1 % pa do 25 % (WHO Europe, 2022).

Te razlike so prikazane na sliki 1, ki kaže število medicinskih sester, ki končajo študij, na 100.000 prebivalcev v nekaterih državah OECD.

Slika 1. Izbrane države OECD, število medicinskih sester, ki končajo študij, na 100.000 prebivalcev za leto 2021 ali zadnje leto, ki je na voljo



■ št. medicinskih sester, ki končajo študij, na 100.000 prebivalcev

Vir: OECD, n. d.

Med prikazanimi srednje velikimi OECD državami na sliki 1 je bila stopnja dokončanja študija več kot štirikrat višja v **Avstraliji** (več kot 100 na 100.000) v primerjavi s **Poljsko**; stopnja dokončanja študija je bila nizka tudi na **Portugalskem** (26), v **Čilu** (28) in na **Irskem** (31). Visoka pa je bila še na **Norveškem** (76) in na **Finskem** (68). Kot je prikazano na sliki 1, obstajajo med državami, vključenimi v Organizacijo za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD), precejšnje razlike v dotoku novega kadra v zdravstveni negi na podlagi zaključenega šolanja doma. Te države, ki so torej na podlagi zaključenega šolanja doma zagotovile zelo različno število 'novih' medicinskih sester, so se morale spoprijeti z istim izzivom: pandemijo, zaradi katere so se potrebe po medicinskih sestrah čez noč močno povečale.

Število novih medicinskih sester in njihove primanjkljaje je sistematično težje oceniti v številnih državah z nizkimi in srednjimi dohodki zaradi obstoječih podatkovnih omejitev, toda v poročilu Stanje zdravstvene nege po svetu (SOWN) je poudarjeno, da so države z najnižjo gostoto medicinskih sester predvsem v regijah SZO Afrika, jugovzhodna Azija in vzhodno Sredozemlje ter v delih Južne Amerike. Leta 2018 so v tem poročilu zapisali, da »so neenakosti v dostopnosti kadra v zdravstveni negi predvsem posledica plač, tako da imajo v državah z nizkimi dohodki v povprečju 9,1 medicinske sestre na 10.000 prebivalcev, v državah z visokimi dohodki pa 107,7«, (WHO, 2020a, str. 43), kar je desetkrat več.

Prav tako ugotavljajo, da je stopnja dohodka v državah tesno povezana s pomanjkanjem delovne sile v zdravstveni negi. Kar 89 % vseh primerov pomanjkanja medicinskih sester iz leta 2018 je bilo ugotovljenih v državah z nizkimi in srednjimi dohodki. Po oceni poročila SOWN bi moralo število medicinskih sester, ki vsako leto končajo šolanje, od 2018 do 2030 v povprečju narasti za 8,8 %, če bi hoteli odpraviti pomanjkanje delavcev v zdravstveni negi v državah, kjer jih najbolj primanjkuje

(razpon: 0,2–13,4 %), poleg tega bi bilo treba povečati absorpcijsko sposobnost. Številčno je medicinskih sester leta 2018 najbolj primanjkovalo med drugim v **Bangladešu, Indiji, Indoneziji, Nigeriji in Pakistanu**. Zaradi rasti prebivalstva v številnih državah z nizkimi dohodki se bodo potrebe po medicinskih sestrah še povečale, ne glede na to, kakšen je trenutni profil delovne sile. Tako na primer projekcije na osnovi rasti prebivalstva za **Nigerijo** kažejo, da se bo od leta 2016 do 2030 primanjkljaj povečal na do 140.000 medicinskih sester in babic, kar je 29 % več kot leta 2016 (Adebayo *et al.*, 2016).

Pri Svetovni banki so v leta 2021 objavljenem poročilu preučili trg dela za medicinske sestre v 14 državah vzhodne, osrednje in južne Afrike (**Bocvana, Svazi, Kenija, Lesoto, Malavi, Mavricija, Mozambik, Namibija, Ruanda, Sejšeli, Južna Afrika, Južni Sudan, Tanzanija, Uganda, Zambija in Zimbabve**) (World Bank Group *et al.*, 2021) ter ugotovili, da so potrebe po medicinskih sestrah narasčale, a v javnem sektorju je bilo še vedno veliko prostih delovnih mest (med 30 % in 55 %) ter zaključili, da medicinske sestre ne zapolnijo prostih delovnih mest zaradi »nizkih plač, oddaljenosti kraja zaposlitve, pomanjkanja dodatnih storitev in slabih delovnih pogojev« (World Bank Group *et al.*, 2021, str. 26).

Pri SZO so nedavno objavili oceno vpliva pandemije in izzivov, povezanih z obnovo zdravstvenih sistemov, na zdravstvene delavce v petih državah Južne Amerike (**Bolivija, Čile, Kolumbija, Ekvador in Peru**) ter poudarili, kako pomembna je trajnostna naravnost: »Največji izziv je, kako razviti mehanizme za absorpcijo novih zdravstvenih kadrov ter tako zmanjšati primanjkljaje iz obdobja pred pandemijo in kadrom zagotoviti boljše pogoje zaposlitve, vključno z višjo plačo, kar pa je predvsem odvisno od zagotovitve zadostnih sredstev financiranja.« (WHO, 2021b, str. viii)

3.3 BREZPOSELNOST IN POMANJKANJE MEDICINSKIH SESTER: PARADOKS IN POSLEDICA NEUSPEŠNIH POLITIK

Kot smo zapisali že v uvodu tega poročila, je za trg delovne sile v zdravstveni negi v nekaterih državah značilen svojevrsten paradoks: medicinskih sester primanjkuje, hkrati pa ostajajo brezposelne (ali podzaposlene, kot poročajo iz Mehike) (Aristizabal, Nigenda & Serván-Mori, 2019).

SZO v **Afriki** temu pravi »paradoks brezposelnosti zdravstvenih delavcev v državah, kjer jih močno primanjkuje« (WHO regionalna pisarna za Afriko,

2021). Do tega lahko pride iz treh razlogov: število v domovini izšolanih medicinskih sester in/ali skupno število razpoložljivih medicinskih sester je manjše od potreb; prenizke plače in slabi delovni pogoji, zaradi česar se osebe z izobrazbo iz zdravstvene nege ne odločajo za zaposlitev na tem področju; ali pa so sredstva, namenjena zaposlovanju medicinskih sester v javnem sektorju, premajhna, da bi zadostila povpraševanju (temu se reče tudi 'fiskalna kapica').

Trenutno so najbolj zaskrbljujoči strukturni vzroki, zaradi katerih v nekaterih državah omejujejo javnofinančne izdatke in proračune, s čimer onemogočajo uveljavitev učinkovitih ukrepov za zmanjševanje primanjkljaja medicinskih sester. Tak primer je **Gana**, kjer so brez zakonskega nadzora povečali število vpisnih mest v študijske programe zdravstvene nege, tako da se je število medicinskih sester zelo povečalo in preseгло projekcije ministrstva za zdravje, kar se je končalo z »desetletjem napak v izvedbi, ki jih ni nihče odpravil, ter stalnim pomanjkanjem medicinskih sester in babic na točkah za zagotavljanje storitev, medtem ko je na tisoče izšolanih medicinskih sester in babic bilo brezposelnih celo štiri leta in so s protesti opozarjale, da potrebujejo službo« (Asamani *et al.*, 2020).

S podobnimi težavami se soočajo tudi v drugih državah. V **Lesotu** je bila kljub primanjkljaju medicinskih sester skoraj tretjina medicinskih sester in babic (28,43 %, n=1349) brezposelnih, kar je približno 4 % več od splošne stopnje brezposelnosti v državi (ki znaša 24 %) – vse to zaradi pomanjkanja sredstev (Asamani *et al.*, 2022).

V indijski zvezni državi Čatisgarh je analiza trga delovne sile pokazala, da je izšolanih precej medicinskih sester, zlasti na zasebnih šolah, a zaradi »pomanjkanja verodostojnega sistema akreditacije« se

soočajo s prostimi delovnimi mesti za medicinske sestre v javnem zdravstvu ter hkrati z brezposelnostjo med medicinskimi sestrami. Leta 2018, ko je bila analiza opravljena, naj bi v zvezni državi Čatisgarh bivalo približno 25.000 kvalificiranih medicinskih sester, od tega jih je bilo približno 8.000 brezposelnih. In to ne glede na to, da so bila v javnih ustanovah razpisana prosta delovna mesta (kar je deloma posledica dolgotrajnih postopkov zaposlovanja) (Garg *et al.*, 2022).

Brezposelne medicinske sestre v državi, ki se hkrati spopada s pomanjkanjem te delovne sile, so opozorilno znamenje, da je nekaj narobe na področju financiranja, učinkovitosti ukrepov in načrtovanja. So znak škode, ki si jo država povzroča sama. To lahko postane še bolj skrb vzbujajoče, če se zaradi tega medicinske sestre izseljujejo iz države, saj na svojem strokovnem področju ne morejo najti zaposlitve za plačo, ki bi se jim zdelo dovolj visoka. Ukrepi, povezani s prerazporejanjem sredstev, zmanjševanjem brezposelnosti in večjega zaposlovanja naj bodo osredotočeni na učinkovite postopke zaposlovanja ter na dvig fiskalne kapice, da se lahko razpoložljive medicinske sestre zaposli ter s tem zadosti potrebam po njih. V nekaterih državah z nizkimi dohodki bo za doseg tega cilja morda treba pozvati k donacijam za tehnično opremo in zagotovitev financiranja.

3.4 ZA OBNOVO ZDRAVSTVENEGA SISTEMA JE POTREBNIH VEČ MEDICINSKIH SESTER

Za zdaj imamo na voljo omejeno število standardiziranih analiz na državni ravni, ki bi upoštevale vpliv pandemije na projekcije glede potreb po medicinskih sestrah in glede na dejansko razpoložljivo število medicinskih sester. A rezultati raziskav, ki so na voljo, nikakor niso spodbudni. Spodaj navajamo primere različnih držav, ki vsi kažejo na občutno pomanjkanje medicinskih sester, analize iz nekaterih držav pa kažejo, da se bo primanjkljaj še povečeval.

V **Kanadi** so poročila za tretjo četrtino leta 2022 pokazala, da se je število prostih delovnih mest v zdravstvu in socialnem varstvu povzpelo za 9,5 % (+13.000) na kar 150.100 prostih delovnih mest, kar je nov rekord. Na četrtletni ravni se je število prostih delovnih mest povečalo za diplomirane medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre v psihiatriji (+17,0 % na 27.600); za negovalce, bolničarje in zdravstvene administratorje (+37,5 % na 26.200) ter za tehnike zdravstvene nege (+20,7 % na 13.100) (Statistični urad Kanade, 2022).

Iz **Anglije** poročajo, da je bilo v okviru javnega zdravstvenega sistema (NHS) 30. 9. 2022 11,9 % prostih mest za diplomirane medicinske sestre (47.496 mest). Gre za povečanje v primerjavi z letom prej,

ko je bila stopnja prostih delovnih mest 10,5-% (NHS Digital, 2022); nedavne projekcije pa kažejo, da bi lahko do 2024 do 2025 potrebovali 69.000 dodatnih medicinskih sester, da bi zadostili povečanim potrebam zaradi obnove zdravstvenega sistema po pandemiji (The Health Foundation, 2021).

Iz **Nemčije** poročajo, da »pandemija pospešuje širši trend, ki se je nakazoval že nekaj časa.« Na nemškem zavodu za zaposlovanje (Bundesagentur für Arbeit) so ugotovili, da je bilo leta 2019 v povprečju 15.000 prostih delovnih mest za diplomirane medicinske sestre v dolgotrajni oskrbi in 12.400 v akutni negi, poleg tega so prosto delovno mesto v dolgotrajni oskrbi zapolnili v povprečju v 205 dneh, prosto delovno mesto v bolnišnici pa v 174 dneh (Bundesagentur für Arbeit, 2021, str. 14–16). V nedavnem poročilu iz Nemčije ugotavljajo, da »je na trgu dela več prostih delovnih mest kot kvalificiranih iskalcev zaposlitve. Strokovnjaki ocenjujejo, da bodo v zdravstveni negi do leta 2025 potrebovali 150.000 novih delavcev. Demografske spremembe v državi pa bodo ta položaj na srednji in dolgi rok le še poslabšale« (GIZ, 2021).

V nedavni analizi iz **Indije** glede pomanjkanja zdravstvenih delavcev do leta 2047 (Sethi, 2022; KPMG, 2022) ugotavljajo, da imajo v tej državi trenutno 24,5 medicinske sestre in babice na 10.000 prebivalcev, kar pomeni 1,37 milijona medicinskih sester in babic premalo, da bi dosegli priporočilni prag SZO, ki je 34,5 medicinske sestre in babice na 10.000 prebivalcev. Avtorji v zaključku med drugim izpostavijo, da »bo moralo v Indiji priti do velikega napredka na področju povečanja izobraževalne infrastrukture, usposabljanja obstoječe delovne sile, ustvarjanja pogojev, da bodo mladi hoteli delati v zdravstvu ter zagotavljanja drugih socialnih prednosti, da bi zdravstvo naredili zanimivo za zaposlitve v naslednjih desetletjih.«

Iz **Južne Afrike** (Makgatho, 2022) poročajo, da se je število usposobljenih delavcev iz vseh poklicev zdravstvene nege od leta 2013 zmanjšalo za skoraj 40 %, z Ministrstva za zdravje in Združenja bolnišnic Južne Afrike pa poročajo, da trenutno v državi primanjkuje »nekje med 26.000 in 62.000 medicinskih sester, predvsem diplomiranih medicinskih sester.«

V **Singapurju** so si za cilj zadali do konca leta 2023 delovno silo v zdravstveni negi povečati za 4.000 medicinskih sester. Od 4.000 medicinskih sester jih bo več kot polovica takšnih, ki so izobrazbo pridobile v tujini (približno 60 %). V Singapurju so v letu 2021 zabeležili povečan osip med domačimi in tujimi medicinskimi sestrami v javnem zdravstvu v primerjavi z letom 2020. Med medicinskimi sestrami, ki so izobrazbo pridobile doma, je bil osip leta 2021 7,4 %, kar je več kot leto prej, ko je bil 5,4 %. Za medicinske sestre, ki so izobrazbo pridobile v tujini, se je osip leta 2021 več kot podvojil v primerjavi z letom prej in je znašal 14,8 % (Lim, 2022).

V **Švici** so imeli novembra 2021 državni referendum o pomanjkanju medicinskih sester, ki so ga sprejeli. Pod vodstvom švicarskega Stokovnega združenja medicinskih sester bi radi izboljšali izobraževanje, povečali zagotavljanje kakovosti z več kadra, zagotovili poštene delovne pogoje in povečali ugled

poklica. Ugotovili so, da bi »do leta 2030 primanjkovalo 65.000 medicinskih sester na vseh ravneh izobraževanja, če ne bi sprejeli nobenih ukrepov. To je deloma posledica dejstva, da se trenutno v Švici v zdravstveni negi izobražuje le približno polovica oseb, ki jih bodo potrebovali v prihodnosti«, zato se močno zanašajo na zaposlovanje iz drugih držav (Wenger, 2021).

V **ZDA** so na Uradu za statistiko dela v napovedih za zaposlovanje v obdobju 2021–2031 zapisali, da naj bi zaposlovanje medicinskih sester med letoma 2021 in 2031 zraslo za 6 %; v tem desetletju naj bi se v povprečju za diplomirane medicinske sestre na leto sprostito 203.000 delovnih mest. »Precej teh prostih delovnih mest bo nastalo zaradi potrebe po nadomestitvi zaposlenih, ki so zapustili poklic ali odšli s trga delovne sile, na primer ker so se upokojili« (Urad za statistiko dela ZDA, 2022). Toda novi podatki za delovno silo v zdravstveni negi v ZDA kažejo, da se je leta 2021 skupni obseg diplomiranih medicinskih sester zmanjšal za več kot 100.000 v enem letu – gre za »daleč največji padec v zadnjih štirih desetletjih.« Med drugim so k temu največ prispevali naslednji dejavniki: »zgodnje upokojevanje, izgorelost in občutek nemoči zaradi pandemije, pomanjkanja časa za družino (zlasti skrb za otroke ali ostarele) zaradi povečanih delovnih obremenitev, okužba s covidom-19 ter posledično pomanjkanje zaposlenih ter druge motnje v delovanju zdravstvenih organizacij« (Auerbach *et al.*, 2022).

Zgornji primeri iz različnih držav kažejo, da se razlika med potrebnim in razpoložljivim kadrom v zdravstveni negi povečuje. Zaradi vpliva pandemije, nujnosti obnove zdravstvenih sistemov po pandemiji in v številnih državah tudi zaradi povečane pojavnosti kroničnih bolezni in staranja prebivalstva se potrebe po medicinskih sestrah povečujejo. Dovolj kadra je težko zagotoviti, ker so številni delavci v zdravstveni negi zaradi pandemije in izgorelosti pustili službo in ker demografske spremembe pomenijo tudi, da se delovna sila stara in se vsako leto upokoji več medicinskih sester.

3.5 POTREBE PO OBNOVI ZDRAVSTVENIH SISTEMOV VODIJO DO HITRE ZAČASNE REŠITVE – ZAPOSLOVANJA MEDICINSKIH SESTER IZ TUJINE

Med pandemijo so se potrebe po medicinskih sestrah povečale, kar je razgalilo vse večje pomanjkanje kadra v zdravstveni negi na svetovni ravni. V nekaterih državah so posledično začeli izobraževati več medicinskih sester, a kot smo že opozorili, obstajajo ogromne razlike v stopnjah dokončanja študija zdravstvene nege med državami, tudi v državah z visokimi dohodki.

Tudi kjer je volja in nameravajo povečati vlaganja v dodatno izobraževanje medicinskih sester doma, bodo minila vsaj tri ali štiri leta, preden bodo kadri z zaključeno izobrazbo vstopili na trg delovne sile. Toda za pomanjkanje delovne sile je treba najti rešitev prej, zato se v nekaterih državah z visokimi dohodki znova in v še večjem obsegu zatekajo k zaposlovanju medicinskih sester iz tujine in to vidijo kot

hitro rešitev; pojav so v reviji *Financial Times* imenovali »kdo da več za medicinske sestre« (Smyth & Neville, 2022).

Že pred pandemijo je bil obseg preseljevanja medicinskih sester zelo velik in se je povečeval. Analiza OECD je pokazala, da je leta 2019 v 36 državah članicah OECD delalo več kot 550.000 medicinskih sester, ki so izobrazbo pridobile v tujini, kar je precej več kot 460.000 leta 2011 (OECD, 2019). Po njihovih podatkih se je število in/ali delež medicinskih sester, ki so izobrazbo pridobile v tujini, še posebej hitro povečal v **Belgiji, Franciji, Nemčiji in Švici**, postopno rast so zabeležili tudi v **Avstraliji, na Novi Zelandiji, v Kanadi** in v **ZDA** (Socha-Dietrich and Dumont, 2021).

V **ZDA** je bilo ocenjeno število delavcev v zdravstveni negi iz tujine najvišje, skoraj 197.000, sledijo **Združeno kraljestvo** z več kot 100.000 takšnimi delavci, **Nemčija** z 71.000 ter **Avstralija** s 53.000 (OECD, 2020a, str. 3). Pri OECD so sklenili, da je »pandemija covid-19 znova pokazala, da so medicinske sestre iz tujine ključne za delovanje zdravstvenih sistemov v številnih državah OECD. Poleg tega se je med pandemijo okrepilo zavedanje o pomembni vlogi in predanosti najbolj izpostavljenih zdravstvenih delavcev, razgalil se je obstoječi izziv pomanjkanja delovne sile in pokazal bistveni prispevek medicinskih sester migrantk k delovni sili v zdravstvu« (Socha-Dietrich and Dumont, 2021).

Tudi v poročilu Stanje zdravstvene nege po svetu (SOWN) so ugotovili, da se preseljevanje delavcev v zdravstveni negi povečuje in dodali: »[v] številnih državah z visokimi dohodki v različnih regijah sveta se preveč zanašajo na zaposlovanje medicinskih sester iz tujine zaradi majhnega števila tistih, ki končajo študij zdravstvene nege ali zaradi obstoječega pomanjkanja«. Tako v poročilu predlagajo, da bi si morale »države, ki se preveč zanašajo na medicinske sestre iz tujine, prizadevati za večjo samozadostnost na podlagi povečanih vlaganj v izobraževanje iz zdravstvene nege doma« (WHO, 2020a, str. XIX).

Preseljevanje medicinskih sester v tujino se spet povečuje po krajšem obdobju v prvi fazi epidemije, ko so bila potovanja otežena. V številnih državah z visokimi dohodki se trudijo vse večje razlike med potrebnimi in razpoložljivimi kadri premostiti s pospešenim zaposlovanjem iz tujine. Med drugim to lahko pomeni, da medicinske sestre prednostno dobijo status priseljence ali da se skrajšajo postopki za priseljevanje za to delovno silo. V poročilu za OECD so strokovnjaki ugotovili, da je od začetka pandemije »veliko držav OECD, ki so se že prej zanašale na zdravstvene delavce iz tujine, uvedlo dodatne ukrepe za lažji vstop teh delavcev v državo in za priznanje poklicnih kvalifikacij, pridobljenih v tujini« (OECD, 2020b).

V nekaterih državah z visokimi dohodki, kot so **Avstralija, Anglija in Nemčija**, se že dlje časa zanašajo na medicinske sestre iz tujine, zdaj pa bi radi priseljevanje medicinskih sester iz drugih držav še pospešili.

V Avstraliji, kjer so zaradi pandemije potovalne omejitve veljale dlje kot v drugih državah, so govorili o letalskem 'uvozu' medicinskih sester, predvsem iz Velike Britanije, Irske in drugih držav, kjer avstralski regulacijski organ pridobljene kvalifikacije šteje za enakovredne tistim, pridobljenim v Avstraliji (LeGrand, 2021). Urad ministrstva za zdravje v **Zahodni Avstraliji** je ponujal kritje stroškov letalskega prevoza, selitve in štirinajstdnevnega obveznega bivanja v karantenskem hotelu, njihov cilj je bil do leta 2023 zaposliti 2.800 medicinskih sester iz drugih delov države in iz tujine. Ponudba velja tako za avstralske medicinske sestre, ki so zaposlene v tujini, kot za tuje medicinske sestre (Ely, 2021). V zvezni državi **Novi Južni Wales** so začeli izvajati »postopek zaposlovanja kadra iz tujine« (Visontay, 2021), v zvezni državi **Victoria** pa ponujajo pomoč ob selitvi vsem tujim in avstralskim zdravstvenim delavcem, ki se vračajo v domovino, še posebej medicinskim sestram, ter pomoč pri ureditvi priseljenkega statusa (Ministrstvo za zdravje, Victoria, 2022).

Kanadski provinci Nova Funlandija in Labrador naj bi odprli urad za zaposlovanje medicinskih sester v Indiji; provinca Saskatchewan je organizirala zaposlitveni sejem na Filipinih; v New Brunswicku, Quebecu in Manitobi pa obljublajo »na tisoče dolarjev« za zagotovitev licence in kritje drugih stroškov, vključno z življenjskimi stroški, za medicinske sestre iz tujine (McQuillan, 2022). V provinci Ontario je vlada zaupala nalogo povečanja števila medicinskih sester vladni Agenciji za zdravstveno nego; med drugim lahko medicinske sestre iz tujine opravljajo delo že, ko čakajo na pridobitev licence (Jones, 2022). V provinci Britanska Kolumbija pomagajo medicinskim sestram, ki so izobrazbo pridobile v tujini, da začnejo hitreje delati v zdravstvenem sistemu s poenostavljanjem postopkov za ugotavljanje usposobljenosti kandidatov, pri tem imajo na voljo 9 milijonov dolarjev za štipendije, namenjene kritju z akreditacijo povezanih stroškov (do katerih naj bi bilo v prvem letu upravičenih 1.500 medicinskih sester iz tujine) ter z uvedbo novega profila: usmerjevalne medicinske sestre kolegicam iz tujine pomagajo pri akreditacijskih postopkih in postopkih pridobivanja licence (Ministrstvo za zdravje, vlada province Britanske Kolumbije, 2022).

Prav tako naj bi v provinci Quebec namenili 65 milijonov dolarjev za aktivno pridobivanje medicinskih sester iz frankofonih držav: **Alžirije, Kameruna, Maroka, Tunizije in Mavricija** (CBC News, 2022).

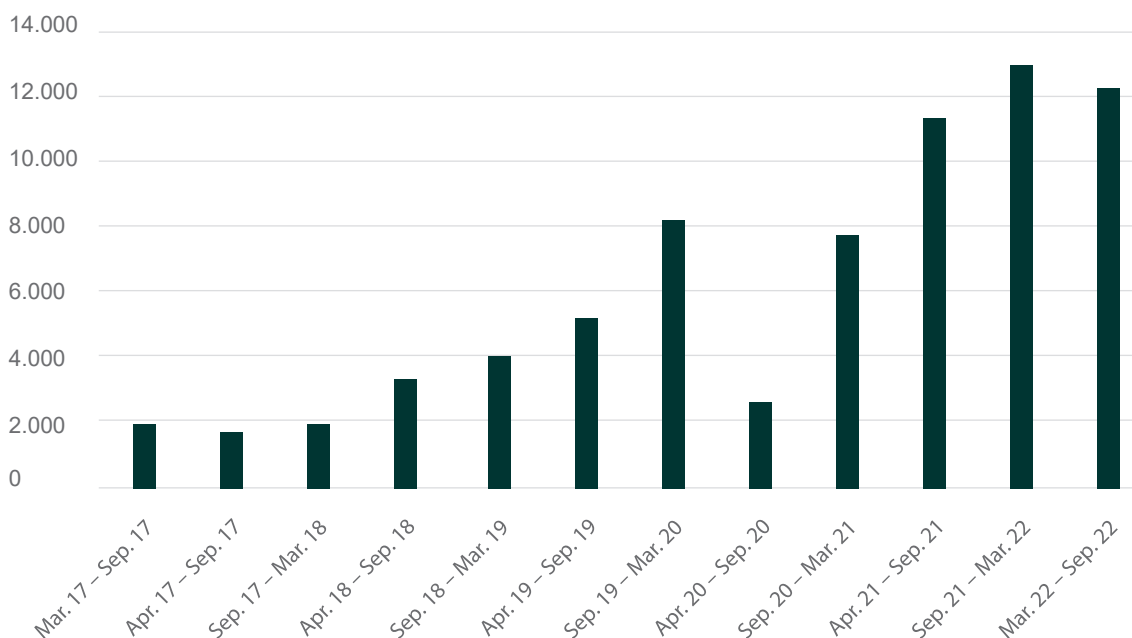
V **Angliji** v zdravstveni politiki poudarjajo pomen hitrega povečanja priseljevanja medicinskih sester, delodajalcem v sistemu javnega zdravstva

(NHS Employers, 2022) bodo v ta namen zagotovili denarna nadomestila, dodajajo še, da bodo postopke kmalu poenostavili, med drugim bodo znižali zahteve za znanje jezika in sklenili nove bilateralne sporazume z drugimi državami. Decembra 2021 so delodajalce v sistemu javnega zdravstva pozvali, »naj izkoristijo veliko priložnost in si spet zagotovijo čim več pomoči medicinskih sester iz tujine« s pospešenim zaposlovanjem iz tujine (Collins, 2021).

Na sliki 2 so prikazani podatki o novih zaposlitvah, ki jasno kažejo povečano priseljevanje medicinskih sester v Združeno kraljestvo v zadnjih letih. Od leta

2017 je očitno povečanje v zaposlovanju medicinskih sester iz tujine, ki se je v izbranem obdobju povečalo šestkrat, vse to zaradi pomanjkanja kadra v zdravstveni negi doma. V prvem obdobju leta 2020 je razvidna začasna prekinitvev zaradi pandemije covid-19, a ta učinek je bil do zdaj že skoraj izničen zaradi ukrepov, usmerjenih v pospešeno zaposlovanje iz tujine, zaradi katerih se je v Združenem kraljestvu lahko po hitrem postopku zaposlilo veliko število medicinskih sester iz drugih držav. V enoletnem obdobju od septembra 2021 do septembra 2022 se je v Združenem kraljestvu zaposlilo več kot 24.000 novih medicinskih sester iz drugih držav, kar je največje povečanje v zgodovini (Buchan, 2023).

Slika 2. Zaposlovanje 'novih' medicinskih sester iz tujine v Združenem kraljestvu v obdobju 2017–22, števila za polletna obdobja



Globalni kodeks praks SZO za mednarodno zaposlovanje zdravstvenega osebja (WHO 2021c) postavlja temelje za etični pristop k zaposlovanju medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev iz tujine. V naslednjem razdelku tega poročila si ga bomo podrobneje ogledali. V kodeksu je poudarjen pomen obojestranske koristi ter medvladnih bilateralnih sporazumov o zaposlovanju, vsebuje tudi tako imenovani 'rdeči seznam' prepovedanih držav, iz katerih naj druge države ne bi aktivno zaposlovali. V šestih mesecih od aprila do septembra 2022 je več kot 2.200 (20 %) novih medicinskih sester iz tujine prišlo v Združeno kraljestvo iz dveh 'prepovedanih držav': Nigerije in Gane.

Način, kako britanska vlada uporablja bilateralne sporazume, je bil deležen nekaterih kritik, na primer glede **Kenije** (Kay, 2022) (ki so bile pozneje opuščene) in **Nepala**. Obstaja sum, da naj nekateri bilateralni sporazumi ne bi bili sklenjeni popolnoma v smislu obojestranske koristi ter naj bi služili le kot način, kako obiti omejitve ter britanskim in drugim delodajalcem omogočili aktivno zaposlovanje medicinskih sester iz držav na rdečem seznamu. K tej temi se bomo v poročilu še vrnili.

V Nemčiji razvijajo pristop 'trojne koristi' pri zaposlovanju medicinskih sester iz tujine (GIZ, 2021), delovno silo naj bi pridobivali med drugim iz **Bosne in Hercegovine, s Filipinov in iz Tunizije**.

Ta politika naj bi na osnovi bilateralnega sporazuma prinašala trojno korist: »Manj pritiska na trgih dela izvornih držav, ki se srečujejo z brezposelnostjo medicinskih sester; nakazila za medicinske sestre migrantke predstavljajo razvojno spodbudo v izvornih državah; zmanjšano pomanjkanje medicinskih sester v Nemčiji«.

Decembra 2022 so z **Nove Zelandije** sporočili, da bodo skrajšali postopke in »takoj izdali dovoljenje za bivanje« medicinskim sestram na podlagi sprememb v politiki priseljevanja (RNZ, 2022a).

V Švici je tretjina vseh medicinskih sester, ki so zaposlene v bolnišnicah, izobrazbo pridobila v tujini, toda med pandemijo se je odvisnost od kadra iz tujine izkazala kot problematična: »Ko so se meje zaprle, da bi se omejilo širjenje virusa, so se morali v Švici pogajati s sosednjimi državami, da bi zdravstveni delavci iz tujine lahko še vedno prihajali k njim delat« (Romy, 2021).

V **ZDA** so na Komisiji za diplomante tujih zdravstvenih šol (CGFNS) v letnem poročilu navedli, da so v fiskalnem letu 2022 prejeli več kot 17.000 prijav *VisaScreen*® iz 116 držav, kar je 44 % več kot leta 2021 in 109 % več kot leta 2018. Kar 60 % vseh prijav *VisaScreen*® so vložili delavci s Filipinov, pa tudi stopnja zaposlovanja iz tujine na splošno se je povečala (CGFNS, 2022).

Medtem ko želijo zaposlovanje kadra iz tujine pospešiti v nekaterih državah, kjer se že dolgo zanašajo na zdravstvene delavce iz tujine, se jim pridružujejo še nekatere nove 'ciljne' države z visokimi dohodki, ki doslej niso bile tako aktivne pri zaposlovanju medicinskih sester iz tujine. Med njimi sta na primer **Finska**, kjer naj bi jim do konca desetletja primanjkovalo 30.000 medicinskih sester in zato razmišljajo o privabljanju kadra iz tujine (Yle, 2021) in **Škotska**, kjer je vlada sporočila, da nameravajo nameniti 4,5 milijona funtov za spodbujanje aktivnega zaposlovanja medicinskih sester iz tujine, kar je en element načrta za okrevanje in obnovo po pandemiji (Škotska vlada, 2021).

Eno od tveganj pri teh načrtih je, da bo aktivno zaposlovanje medicinskih sester iz tujine povzročilo njihovo izseljevanje iz držav z nizkimi dohodki, zato se bodo 'izvirne' države manj sposobne učinkovito odzvati na izzive, povezane z obnovo zdravstvenih sistemov in s prihodnjimi valovi pandemije.

Analize izseljevanja iz tako imenovanih 'izvornih' držav v obdobju pred pandemijo so pokazale, da že dolgo obstaja trend preseljevanja medicinskih sester iz nekaterih držav z nizkimi in srednjimi dohodki in da se je ta trend povečeval, kar ogroža sposobnost teh držav, da bi izpolnile cilje trajnostnega razvoja ZN ter zagotovile univerzalno zdravstveno varstvo. Kot smo že omenili, je analiza OECD pokazala, da je leta 2019 v 36 državah članicah OECD

delalo več kot 550.000 medicinskih sester, ki so izobrazbo pridobile v tujini, kar je precej več kot 460.000 leta 2011 (OECD, 2019). Prav tako OECD poroča (OECD, 2020a, str. 9), da imajo manjše **karibske** in **pacifiške** države ter afriške države eno od najvišjih stopenj izseljevanja medicinskih sester – več kot pol naj bi jih delalo v državah OECD z visokimi dohodki.

Raziskava ECSA Svetovne banke v 14 državah (**Bocvana, Svazi, Kenija, Lesoto, Malavi, Mavricij, Mozambik, Namibija, Ruanda, Sejšeli, Južna Afrika, Južni Sudan, Tanzanija, Uganda, Zambija in Zimbabwe**) je pokazala, da se je zaradi izseljevanja medicinskih sester zmanjšalo število razpoložljivega kadra v zdravstveni negi v 'izvornih' državah, kar pomeni, da bi se lahko »spopadale s pomanjkanjem medicinskih sester zaradi visokih potreb po tem kadru in bi posledično težko dosegle cilje trajnostnega razvoja«, prav tako izseljevanje predstavlja »neposredni in posredni strošek za vlade izvornih držav, med drugim zaradi stroška izobraževanja ter izgubljenih prihodkov na podlagi plač in davkov« (World Bank Group *et al.*, 2021).

V poročilu ECSA so zapisali še, da se je delež v tujini izšolanih medicinskih sester med 14 državami razlikoval in bil obratno sorazmeren s številom v domovini izšolanih medicinskih sester, ki se meri s stopnjo dokončanja študija (število oseb, ki v domovini pridobijo izobrazbo iz zdravstvene nege glede na ves razpoložljivi kader) (World Bank Group *et al.*, 2021, str. 24).

V nedavnem poročilu o zdravstveni politiki, ki ga je pripravil **oddelek SZO za Afriko** in se osredotoča na zaposlovanje in zadržanje zdravstvenih delavcev med pandemijo (Regionalna pisarna za Afriko pri SZO, 2021) opozarjajo: »Zaradi pandemije so bili zdravstveni sistemi številnih držav z visokimi dohodki preobremenjeni, povečale so se potrebe po zdravstvenih delavcih na severni polobli. Zato obstaja bojazen, da se bo morda še pospešilo izseljevanje zdravstvenih delavcev iz Afrike in držav z nizkimi in srednjimi dohodki.« V poročilu so še zapisali, da se »iz Afrike zdravstveni delavci izseljujejo zaradi pomanjkanja motivacije (nizke plače, premalo ugodnosti kot npr. zdravstveno zavarovanje in dodatki za delo v tveganih razmerah itd.), premalo podpore v okolju, da bi lahko uporabljali svoje veščine – to velja za večino afriških držav, premalo proračunskih sredstev za javni zdravstveni sistem ...« ter poudarili potrebo po raziskavah o nezaposlenosti in podzaposlenosti zdravstvenih delavcev v Afriki, »da bi lahko osvetlili paradoks nezaposlenosti zdravstvenih delavcev v državah, kjer le-teh močno primanjkuje.«

Dodatna poročila iz **Zimbabveja** (Reuters, 2022) opozarjajo, da je leta 2021 odpoved dalo več kot 1.700 diplomiranih medicinskih sester, do priprave poročila pa jih je leta 2022 že odšlo več kot 900.

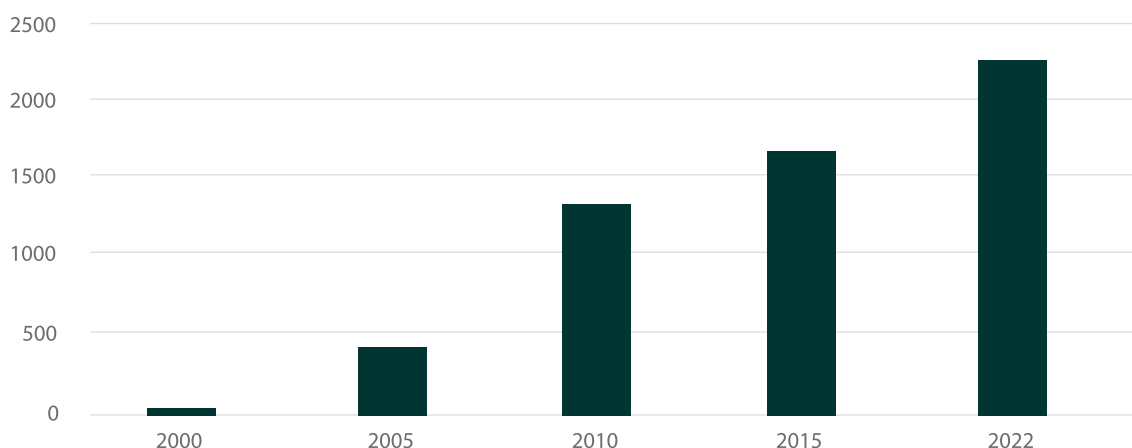
Junija 2022 so zdravstveni delavci v Zimbabveju s stavko zahtevali, da bi bili plačani v ameriških dolarjih, saj je bila lokalna valuta zaradi inflacije še dodatno oslABLJENA. Številni naj bi našli delo »predvsem v Veliki Britaniji, pri čemer so pustili zdravstveni sektor v domovini v velikih težavah, lokalne bolnišnice pa so se soočale z velikim pomanjkanjem delovne sile.« Sredi leta 2022 so v Zimbabveju ob pomoči SZO napovedali analizo trga delovne sile v zdravstvu z več deležniki, da bi ugotovili, kako se najbolje odzvati na »pomanjkanje števila zdravstvenih delavcev, njihovo nezadostno usposobljenost ter neenakomerno razporeditev v državi« (Mugarisi, 2022).

Sicer vedno obstajajo dejavniki, zaradi katerih posamezne medicinske sestre razmišljajo o izseljevanju, na primer nizki prihodki, velike delovne obremenitve in slabe karijerne priložnosti, toda v večini držav z nizkimi in srednjimi dohodki svojih medicinskih

sester ne spodbujajo aktivno k temu, da bi si našle zaposlitev v drugih državah. Izjemi sta na primer **Indija in Filipini**, kjer obstaja model, ki se imenuje 'izvozni vlak'. V **Indiji** se je sektor izobraževanja močno povečal, kar je privedlo tudi do precejšnjega povečanja medicinskih sester, ki v domovini pridobijo izobrazbo.

Obseg se je še posebej povečal na šolah za zdravstveno nego, kjer je mogoče pridobiti diplomu, ta stopnja izobrazbe pa je najbolj uporabna za zaposlitev v tujini. Tako je leta 2000 le 30 šol ponujalo študijski program za diplomirane medicinske sestre, leta 2010 jih je bilo že 1.326, leta 2022 pa 2.241 (glej sliko 3). V študijskem letu je bilo skupno število vpisnih mest v študijskih programih zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre več kot 100.000 (116.075). Skoraj vse te visoke šole (2.065 oz. 92 %) so v zasebnem zdravstvu.

Slika 3. Indija: Rast števila šol s študijskim programom za diplomirane medicinske sestre v letih 2000, 2005, 2010, 2015, 2022



■ Šole s študijskim programom za diplomirane medicinske sestre

Vir: Letno poročilo Sveta za zdravstveno nego Indije, 2021-22 (Svet za zdravstveno nego Indije, 2022).

Na **Filipinih** imajo za iskanje službe v tujini poseben vladni urad, Upravo za zaposlovanje v tujini (POEA). Večina šol za zdravstveno nego na Filipinih je v zasebnem sektorju, študenti si plačajo šolnino, pogosto z izrecno namero, da si bodo po pridobitvi diplome službo poiskali v tujini. Zaradi tega modela se je skokovito povečalo število zasebnih šol za zdravstveno nego, da bi zadostili povpraševanju po filipinskih medicinskih sestrah v drugih državah – predvsem v ZDA, v zadnjih desetletjih pa tudi v številnih bližnjevzhodnih in zalivskih državah (npr. Savdska Arabija), v Evropi (npr. Združeno kraljestvo in Irska) in v Avstralaziji (npr. Singapur, Nova

Zelandska, Avstralija). Le v ZDA naj bi si delo našlo skoraj 150.000 medicinskih sester s Filipinov (Batalova, 2020).

Nedavna poročila kažejo, da »naj bi svojo državo zapustilo še več filipinskih medicinskih sester, ki se selijo predvsem zaradi višjih plač v tujini, saj ne bo več omejitev zaradi covid-19 pri potovanjih in bo preseljevanje lažje, poleg tega bodo druge države bolj agresivno novačile kader iz Filipinov, zato pa se bo njihov zdravstveni sistem le s težavo spopadal s pomanjkanjem zdravstvenih delavcev« (Cinco, 2022). Poročilo se navezuje na namero vlade za

povečanje zgornje meje medicinskih sester, ki se letno lahko izselijo iz države. Trenutna meja je 7.500, uvedli pa so jo leta 2020, da bi imeli doma dovolj kadra za soočanje s pandemijo. V drugem sporočilu je vlada julija 2022 objavila, da namerava odpraviti moratorij na ustanavljanje novih študijskih programov zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre ter s tem »pomagati zadostiti potrebam po medicinskih sestrah v državi«; po izračunih naj bi v državi potrebovali dodatnih 201.265 medicinskih sester, da bi dosegli zahtevo 27,4 medicinske sestre na 10.000 prebivalcev, kolikor je potrebno za doseganje ciljev trajnostnega razvoja (Cruz, 2022).

Splošni trend se sicer povečuje, dejanski vzorci preseljevanja medicinskih sester iz držav z nizkimi in srednjimi dohodki v različne ciljne države OECD pa so zelo različni. V nedavni analizi OECD ugotavljajo, da imajo med vsemi državami z večjimi deleži medicinskih sester iz tujine v državah, kjer govorijo angleščino, relativno višji odstotek medicinskih sester iz držav z nizkimi in srednjimi dohodki. Tako na primer na **Novi Zelandiji**, v **Avstraliji** in **Kanadi** od 40 do več kot 50 % vseh v tujini izšolanih medicinskih sester prihaja iz držav z nizkimi in srednjimi dohodki, v Švici in na **Norveškem** pa je večina iz drugih držav OECD (Socha-Dietrich & Dumont, 2021).

3.6 SAMOZADOSTNOST DELOVNE SILE V ZDRAVSTVENI NEGI IN UČINKOVITEJŠA RABA KODEKSA SZO

Zaradi vpliva potrebe po obnovi zdravstvenih sistemov po pandemiji na svetovno delovno silo v zdravstveni negi se bodo najverjetneje povečali trenutni primanjkljaji medicinskih sester v večini držav, hkrati pa se povečuje tveganje za povečane neenakosti med potrebnim in razpoložljivim kadrom po svetu. Aktivno zaposlovanje medicinskih sester iz tujine se bo še povečevalo, zato bodo nekatere države ostale z zelo omejenim številom delavcev v zdravstveni negi. Podatki o stanju v državah iz prejšnjega razdelka kažejo, da skušajo v nekaterih državah pospešiti in olajšati priseljevanje medicinskih sester ter tako čim prej zapolniti svoje primanjkljaje delavcev v zdravstveni negi, ki so se zaradi potrebe po obnovi zdravstvenih sistemov še povečali.

Nujno je treba spremljati in beležiti skupno število medicinskih sester, ki se odselijo v tujino, da bi lahko določili ogrožene izvorne države in ugotovili, katere ciljne države aktivno pospešujejo zaposlovanje medicinskih sester iz tujine. Na Mednarodnem svetu medicinskih sester poudarjajo, da morajo imeti vse medicinske sestre možnost prostega gibanja, če nimajo pogodbenih obveznosti, zaradi katerih so vezane na opravljanje dela v določeni državi ali na določenem območju, toda države se morajo osredotočiti na zagotavljanje samozadostnosti delovne sile v zdravstveni negi – to naj bo bistveni del načrtovanja delovne sile v zdravstveni negi (Little & Buchan, 2007; ICN, 2019).

Poleg tega na ICN pozivajo k uvedbi kazalnika 'samozadostnosti'. Skozi daljše obdobje bi ta kazalnik lahko pokazal, kako močno so države odvisne od medicinskih sester iz tujine v primerjavi z medicinskimi sestrami, izšolanimi doma. Novembra 2020 je Mednarodni sveti medicinskih sester (ICN) podal izjavo na generalni skupščini SZO in se zavzel za uvedbo kazalnika samozadostnosti (ICN, 2020b).

Okvir 1. Merjenje samozadostnosti

Kazalnik samozadostnosti:

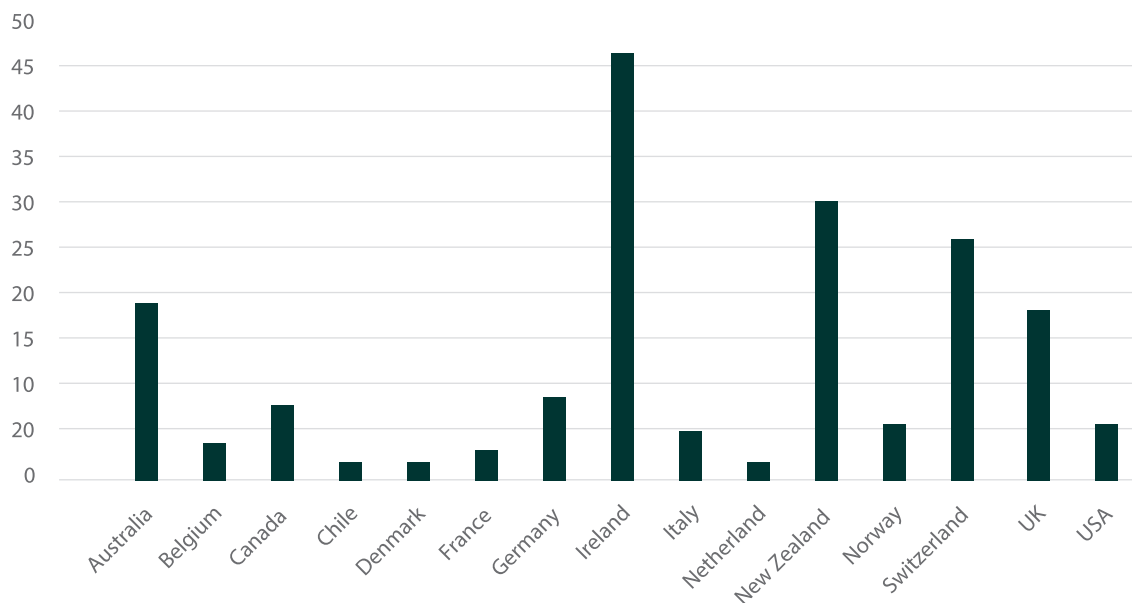
Odstotek delovne sile v zdravstveni negi za določeno državo, ki je izobrazbo pridobila v tujini.

Stopnja izseljevanja: Odstotek medicinskih sester, ki so bile v določeni državi rojene ali izšolane in delajo v tujini glede na tiste, ki ostanejo in delajo v domovini.

Kazalnik samozadostnosti dobimo tako, da izračunamo odstotek delovne sile v zdravstveni negi v neki državi, ki je izobrazbo pridobila v tujini, glede na celotno število delavcev v zdravstveni negi; višji kot je odstotek, manj samozadostna je država. Druga možnost, zlasti v ranljivih izvornih državah, je določitev stopnje izseljevanja (Socha-Dietrich & Dumont, 2021). To dobimo tako, da ocenimo odstotek medicinskih sester, ki so bile v neki državi rojene ali izšolane in delajo v tujini, glede na vse, ki ostanejo in delajo v tisti državi. Višja kot je stopnja izseljevanja, bolj izčrpana je delovna sila v zdravstveni negi neke države zaradi izseljevanja v tujino.

Kazalnik samozadostnosti se med državami OECD zelo razlikuje (glej sliko 4 spodaj). V nekaterih državah, na primer v Čilu, na **Danskem** in na **Nizozemskem**, je samozadostnost visoka, tam niso močno odvisni od medicinskih sester iz tujine, v nekaterih drugih državah pa se je kar 46 % (**Irska**) ali 30 % (**Nova Zelandija**) medicinskih sester izšolalo v tujini.

Slika 4. Izbrane države OECD, % medicinskih sester iz tujine, zadnje leto, za katero so na voljo podatki



■ % v tujini izobraženih medicinskih sester

Vir: OECD, 2023

Opomba: Glej OECD za opredelitve in opozorila

Države z nizko stopnjo samozadostnosti so predvsem iz dveh skupin: držav OECD (npr. **Irska** in **Nova Zelandija**, kot je bilo omenjeno zgoraj) in zalivskih držav (glede na podatke iz poročila Stanje zdravstvene nege po svetu je v **Savdski Arabiji** 77 % vseh medicinskih sester iz tujine, v **Katarju** pa kar 97 %) (WHO 2020b).

Dolgoročno relativno visoka odvisnost od medicinskih sester iz tujine je značilna za države, kjer privabljajo kader iz tujine na račun spodbujevalnih dejavnikov, kot so relativno visoka plača in/ali boljše karijerne priložnosti in boljše možnosti izobraževanja. Status 'ciljne' države je v nekaterih primerih povzročil, da so začele države omejevati vlaganja v izobraževanje svojih medicinskih sester, saj stroške izobraževanja prevajajo na 'izvirno' državo oziroma na medicinske sestre v teh državah, če so morale same plačati šolnino.

V nekaterih državah sprejemajo usklajene ukrepe, ki so naravnani k doseganju samozadostnosti. Tak primer je **Oman**, kjer izrecno sledijo cilju 'omani-zacije' svoje delovne sile v zdravstveni negi – to pomeni, da postopoma nadomeščajo medicinske sestre iz drugih držav s svojimi medicinskimi sestrami, ki imajo podobne kvalifikacije in skušajo tako »razviti trajnostno delovno silo in doseči samozadostnost« (Al-Riyami, Fischer & Lopez, 2015); drugi primer so **Združeni arabski emirati**, kjer so leta 2021 izrazili namero, da bodo »razvili svoj kader

na področju zdravstvene nege, cilj je 10.000 prebivalcev Združenih arabskih emiratov v naslednjih petih letih« (Nasrallah *et al.*, 2021). Tretji primer je **Irska**, kjer je vlada leta 2022 najavila, da je razvila irski model zagotavljanja delovne sile v zdravstveni negi, ki izrecno temelji na zmanjševanju odvisnosti od zaposlovanja medicinskih sester, ki so izobrazbo pridobile v tujini ter je osredotočen na pokrivanje potreb po medicinskih sestrah v prihodnosti in naslavljanje izzivov z delovno silo, vključuje pa tudi predloge za načrtovanje delovne sile, ki bi omogočili premik k samozadostnosti (Ministrstvo za zdravje Irske, 2022).

Cilj samozadostnosti delovne sile v zdravstveni negi na ravni držav se lepo sklada tudi z Globalno strategijo o človeških virih SZO in s Strateškimi usmeritvami za zdravstveno in babiško nego SZO. Strategijo so leta 2016 potrdile vse države članice SZO, mejnik 2.1 te strategije je, da bi »do 2030 v vseh državah prišlo do napredka v smeri, da se prepolovi njihova odvisnost od zdravstvenih delavcev iz tujine, kar bi pomenilo uvedbo določil Globalnega kodeksa praks SZO za mednarodno zaposlovanje zdravstvenega osebja« (WHO 2016b, str. 23). **Da bi dosegle ta cilj, morajo države znati spremljati svojo stopnjo samozadostnosti, sporočiti, kadar stopnja izseljevanja zdravstvenih delavcev postane skrb vzbujajoča in javno objavljati trende aktivnega zaposlovanja zdravstvenih delavcev iz tujine.**

Globalni kodeks praks SZO za mednarodno zaposlovanje zdravstvenega osebja (WHO 2020c) so leta 2010 potrdile vse države članice SZO. Kodeks postavlja temelje za obvladan in etičen pristop k zaposlovanju iz tujine, ki se umešča v širši kontekst učinkovitega načrtovanja in sprejemanja politik za zdravstvene delavce doma, cilj pa je doseči trajnostno delovno silo, poudariti vlogo bilateralnih sporazumov pri 'upravljanju' zaposlovanja iz tujine ter doseči zavezo k izboljšanju podatkov in za nadzor nad vzorci preseljevanja.

Kodeks je leta 2020 pregledala neodvisna strokovna svetovalna skupina (EAG) in pripravila predloge za obravnavo na generalni skupščini SZO (WHO, 2020d), kjer je bila soglasno sprejeta nadaljnja in poglobljena vloga kodeksa. Med drugim je bil narejen seznam držav, ki potrebujejo podporo in zaščitne ukrepe za delovno silo v zdravstvu (WHO, 2021d). Iz teh držav se ne sme načrtno pridobivati kadra, razen če ne obstaja medvladni dogovor o obvladanem pridobivanju kadrov, ki poteka »povsem v skladu z določili dogovora«. Temu se neformalno reče 'rdeči seznam'. Konec leta 2020 se je neodvisna strokovna svetovalna skupina (EAG) znova sestala in ocenila metodo, na podlagi katere se določene države umestijo na seznam. Po pregledu strokovne svetovalne skupine je SZO prilagodila kriterije, ki se uporabljajo pri uvrščanju držav na seznam. S tem se je število držav na seznamu nekoliko povečalo na 55 (WHO, 2023b).

Prav tako obstaja potreba po nadzoru agencij za zaposlovanje, katerih dejavnost se mora prav tako skladati z določili Kodeksa SZO. Obstajajo poročila

o tem, da so mednarodni zaposlitveni agenti neposredno oglaševali, da bi privabili zdravstveno osebje iz držav z nizkimi in srednjimi dohodki v Afriki, Aziji in na Karibih, čeprav ga tam primanjkuje, kar predstavlja kršitev kodeksa (Omaswa, 2020). Nedavno so rezultati raziskave o poljskih medicinskih sestrah, ki delajo na Norveškem, pokazali, da je njihova negotova oblika dela (prekarnost) posledica politik, ki njihovo zaposlovanje prepuščajo »zasebnim agencijam, katerih delovanje ni podvrženo nadzoru Direktorata za zdravje Norveške. Norveška je sicer podpisala določila SZO o etičnem zaposlovanju zdravstvenih delavcev, vendar pa ne opravlja nadzora zasebnih agencij za zaposlovanje« (Goždiak & Main, 2022).

Nadzor je ključni del postopka, saj lahko le ob učinkovitem nadzoru preprečimo posledice čezmerne pridobivanja kadra iz držav, kjer je razpoložljivost zdravstvenih delavcev omejena. Mednarodni svet medicinskih sester poziva k poostrenemu nadzoru izvajanja kodeksa (ICN, 2022e).

Kodeks in seznam naj služita kot temelj pri vsakem zaposlovanju medicinskih sester iz tujine. Toda kot smo v poročilu že omenili, se pojavljajo določeni dvomi o doslednem upoštevanju kodeksa v nekaterih državah, ki zaposlujejo zdravstvene delavce iz tujine. Pojavlja se torej potreba po bolj jasni opredelitvi tega, kaj sploh pomeni 'aktivno' zaposlovanje in po večjem razumevanju bilateralnih sporazumov, za katere se zavzema SZO, **a je za njihovo izvajanje potreben neodvisen nadzor, saj se le tako lahko zagotovi spoštovanje njihovih določil in poda predloge za izboljšanje tega pristopa.**

3.7 VPLIV NA MEDICINSKE SESTRE: PREGLEDNICA KAZALNIKOV

V tem dokumentu se močno zavzemamo za sistematični pristop k ocenjevanju vpliva na medicinske sestre, če želimo razumeti osnovni izvor trenutnih težav in oblikovati kar najboljše ukrepe za spopadanje s temi težavami. To pa terja doslednost pri uporabi podatkov in jasnost pri tolmačenju standardnih kazalnikov. Državna združenja in mednarodne agencije se zavzemajo za uporabo različnih kazalnikov za medicinske sestre in zdravstvene delavce (glej npr. WHO, 2023c; WHO, 2022d), pri tem pa vedno obstaja tveganje pristranskega pogleda ali

zastarelih podatkov. Prav tako bi bilo treba popolnoma posodobiti poročilo Stanje zdravstvene nege po svetu (SOWN) z uporabo izboljšanih, standardiziranih podatkov.

Prizadevanja bi morala biti usmerjena predvsem v oblikovanje osnovnih kazalnikov na ravni zdravstvenega sistema ali države – neke vrste standardizirana preglednica, ki se redno posodablja. V spodnji tabeli so naštetih nekateri kazalniki, ki bi se lahko uporabili pri oblikovanju takšne preglednice.

Tabela 6. Morebitni osrednji kazalniki za preglednico vplivov na medicinske sestre

KAZALNIK	PRIMER NAČINA MERJENJA
Fluktuacija	Število in odstotek delavcev v zdravstvu, ki so zapustili organizacijo, deljeno s povprečnim številom zaposlenih v določenem letu.
Stabilnost delovne sile/ stopnja zadržanja	Odstotek zaposlenih, ki so imeli na začetku leta 1 določeno delovno mesto in so bili čez eno leto še vedno na istem delovnem mestu v isti organizaciji.
Odsotnost	Izgubljeni čas zaradi odsotnosti, izražen kot odstotek pogodbenega delovnega časa v določenem obdobju.
Prazna delovna mesta	Število razpisanih delovnih mest, ki ostanejo nezapolnjena, izraženo kot odstotek vseh delovnih mest – npr. odstotek stopnje praznih delovnih mest.
Brezposelnost	Število nezaposlenih medicinskih sester, ki iščejo delo, kot odstotek skupnega števila medicinskih sester, ki opravljajo delo.
Samozadostnost delovne sile	Odstotek vseh medicinskih sester v določeni državi, ki so izobrazbo pridobile v tisti državi.
Stopnja izseljevanja	Odstotek medicinskih sester, ki so bile v določeni državi rojene ali izšolane in delajo v tujini, glede na tiste, ki ostanejo in delajo v domovini.

Če se ti kazalniki uporabljajo skupaj ali se kombinirajo, lahko oblikovalcem politik in načrtovalcem pomagajo ustvariti jasnejšo sliko temeljnih razlogov za težave in jim služijo pri snovanju učinkovitih ukrepov. Za nekatere od naštetih kazalnikov se uporabljajo različne opredelitve, zato obstaja velika potreba po doslednosti pri njihovi uporabi. V prilogi 1 so opisane dodatne podrobnosti.

04

TRETJE POGLAVJE

4. ZAŠČITITI IN NUDITI PODPORO ZA OBNOVO ZDRAVSTVENIH SISTEMOV

4.1. ZAŠČITA MEDICINSKIH SESTER IN VLAGANJA V ZAGOTAVLJANJE PODPORE ZANJE SO KLJUČNEGA POMENA ZA OKREVANJE IN OBNOVO ZDRAVSTVENIH SISTEMOV

Kot smo v tem poročilu že opozorili, so bile zaradi pandemije medicinske sestre prisiljene delati več, prevzeti več odgovornosti in osvojiti nove veščine, začeti delati na drugih področjih, spopadale so se z velikimi pritiski, in sicer včasih v delovnem okolju, ki ni bilo varno, poleg tega so morale biti zanesljiva stalnica med kadrom, ki je bil izpostavljen največjim tveganjem in obremenitvam. Do teh dodatnih obremenitev je prišlo tako rekoč čez noč, zdaj pa se vlečejo že leta.

Pandemija ter potrebe po obnovi zdravstvenih sistemov sta morebitne že obstoječe primanjkljaje delovne sile in virov razgalila in še povečala. To je privedlo do še povečanih pritiskov na medicinske sestre in do večjih delovnih obremenitev, ki so jim podvržene. Od njih ne moremo pričakovati, da še naprej osebno prenašajo breme zahtev po obnovi zdravstvenih sistemov.

Kadarkoli pri medicinski sestri pride do izgorelosti ali se pojavijo drugi dejavniki, povezani z zdravjem, dobrim počutjem ali delom, zaradi katerih mora začasno zmanjšati obseg delovnih ur ali za vedno zapustiti zdravstveno ustanovo, kjer je opravljala delo, nastopijo negativne posledice. To namreč vpliva tako na medicinsko sestro kot na zdravstveno

ustanovo in populacijo, ki ji zdravstvena ustanova zagotavlja storitve. Kot je bilo poudarjeno v tem poročilu, so posledica stroški za ustanovo ter negativni učinki na zdravstveno oskrbo pacientov ter na delovno obremenitev medicinskih sester, ki ostanejo. Dejstvo je, da medicinske sestre ne morejo več kriti ali nadomeščati pomanjkanja zaščite in podpore, ki bi ju moral zagotoviti delodajalec.

Okrevanje in obnova zdravstvenega sistema sta povsem odvisna od zadostnega števila primerne usposobljenih medicinskih sester, zato do njih ne bo prišlo, če se ne bomo osredotočili na razpoložljivost medicinskih sester in na njihov pomen. Z drugimi besedami: če medicinske sestre ne bodo zaščitene in jim ne bo zagotovljena podpora, tudi zdravstveni sistemi ne bodo mogli biti učinkovito obnovljeni.

Zaščita medicinskih sester in zagotavljanje podpore zanje morata biti ena od ključnih ciljev zdravstvene politike kateregakoli zdravstvenega sistema, katerega cilj je okrevati po pandemiji in se obnoviti, toda nujno v kombinaciji s širšim pristopom za zagotavljanje trajnostne delovne sile.

4.2 POLITIKE ZA ZAGOTAVLJANJE PODPORE MEDICINSKIM SESTRAM V SLUŽBI

Zaščita medicinskih sester in zagotavljanje podpore zanje morata biti osnova katerekoli učinkovite strategije za delovno silo v zdravstveni negi. Če organizacija čim dlje obdrži deficitaren kader s ključnimi veščinami, je to veliko bolj učinkovito in ceneje, kot če ga mora nadomestiti. Kot smo že opozorili, se je zaradi pandemije začaran krog nizke stopnje zadržanja in posledično pomanjkanja kadra in posledično še nižje stopnje zadržanja sklenil.

Mednarodni svet medicinskih sester je bil na čelu prizadevanj za uveljavitev učinkovitih politik, ki temeljijo na dokazih, namenjenih zaščiti in nudenju podpore medicinskim sestram na delovnem mestu (Buchan, Shaffer & Catton, 2018 & 2022) na podlagi rezultatov raziskav, ki vključujejo številne države, in na podlagi nacionalnih analiz (Chmanga *et al.*, 2020; Marugu *et al.*, 2021; Adams, Ryan & Wood, 2021; MacKay *et al.*, 2021; Dall'Ora & Saville, 2021; Cohen-Serrins, 2021) iz npr. **Indonezije** (Putra, Kusnanto & Yuwono, 2020), **Južne Koreje** (Yun & Yu, 2021), **Malezije** (Al Zamel *et al.*, 2020) in **Namibije** (Washeya & Fürst, 2021). Ključni poudarki iz teh poročil so strnjeni v spodnji tabeli, ki vključuje tako 'predpandemske' dejavnike, ki vplivajo na obseg kadra v zdravstveni negi, kot 'nove' dejavnike, ki so zaradi pandemije in potrebe po obnovi zdravstvenih sistemov prišli bolj do izraza.

Okvir 2. Zagotavljanje podpore za medicinske sestre – 'obstoječi' in 'novi' dejavniki

Obstoječi dejavniki

- Delovno okolje, odnosi v delovnem okolju ter varni delovni pogoji in ugodne delovne razmere
- Plača ter druge finančne in nefinančne spodbude
- Prožnost in družini prijazne politike
- Priložnosti za karierni razvoj in možnost izobraževanja
- Obvladljive delovne obremenitve,
- varni kadrovske normativi
- Produktivni odnosi z drugimi zaposlenimi in timi
- Strokovna avtonomija ter sodelovanje v postopkih odločanja
- Odzivni vodilni kadri, učinkovito vodenje in usmerjeno mentoriranje
- Zaposlitvena mobilnost in priložnosti za delo v različnih zavodih, sektorjih, regijah in državah

Novi dejavniki in dejavniki, povezani s pandemijo

- Dostop do cepiv
- Dostop do učinkovite osebne zaščitne opreme
- Primerno usposabljanje v primeru premetitve
- Razumevanje potrebe po počitku/premoru
- Podpora pri ohranjanju ali izboljšanju zdravja
- Podpora za študente zdravstvene nege, da lahko dokončajo študij
- Uvedba/razširitev naprednih oblik dela
- Polna vključenost v načrtovanje
- in izvajanje strategij za obnovo zdravstvenega sistema

V okviru 2 je začetni seznam za ugotavljanje ukrepov in intervencij, potrebnih za spopadanje z izzivom zadržanja delovne sile v zdravstveni negi. Sicer je vedno treba razumeti vpliv dejavnikov in upoštevati stanje v različnih državah, **a kljub temu obstajajo štiri nujni, univerzalni ukrepi**, ki morajo biti v središču zagotavljanja zaščite in podpore medicinskim sestram, če naj se uspešno obnovijo zdravstveni sistemi. To so:

- zagotavljanje zadostnega števila zaposlenih;
- zagotavljanje dobrih delovnih pogojev, ustreznega plačila in možnosti za napredovanje;
- razumevanje potrebe po počitku, ohranjanju ali izboljšanju zdravja ter dobrem počutju
- in **polna vključenost v načrtovanje in izvajanje strategij za obnovo zdravstvenega sistema.**

Pomanjkanje učinkovitega odziva na te štiri potrebe je glavni razlog, da je v nekaterih državah prišlo do stavk med medicinskimi sestrami. To je prav tako razlog za brezposelnost medicinskih sester v državah, kjer se spopadajo tudi s pomanjkanjem delovne sile v zdravstveni negi.

Ti ukrepi so na splošno prepoznani tudi v Strateških usmeritvah za zdravstveno nego in babištvo SZO, v katerih med prednostnimi nalogami naštevajo optimizacijo doma izobraženega kadra v zdravstveni negi za naslavljanje ali preseganje zahtev, ki se pojavljajo v zdravstvenem sistemu, za načrtovanje

kadrovskih potreb v zdravstveni negi ter za napovedovanje iz stališča trga dela za področje zdravstva (WHO, 2021a).

Oblikovalci politik in nacionalna združenja naj se pri sprejemanju ukrepov zanašajo na rezultate raziskav, zbrane v okvirju 2. Tako bodo lažje določili, kaj deluje v smislu nudenja zaščite in podpore medicinskim sestram ter s sistematičnim pristopom določili intervencije, namenjene ugotavljanju težav in prednostnih nalog na njihovem strokovnem področju.

Na daljši rok se bodo zagotavljanje zadostnega števila medicinskih sester, razporeditev medicinskih sester in stopnja zadržanja medicinskih sester najverjetneje izboljšali kot posledica načrtovanih, večkratnih ukrepov, ki bodo zajemali številne politike – tako imenovanih 'svežnjevi' povezanih ukrepov, in ne le kot posledica posameznega ukrepa.

Najbolj učinkovito kombinacijo ukrepov za izboljšanje stopnje zadržanja in povečanje obsega razpoložljivih medicinskih sester je vsaj deloma mogoče določiti ob upoštevanju posledic pandemije ter izkušenj in motivacije medicinskih sester. Poleg tega bo treba tudi, kot sta nedavno izpostavila OECD in Mednarodna organizacija dela (ILO), »opremiti zdravstvene delavce s pravimi veščinami, da se bodo lahko odzvali na prihodnje zdravstvene krize, poleg tega se bo treba pripraviti na vse večjo vlogo digitalnih tehnologij in načrtovati za demografske spremembe« (OECD/ILO, 2022). Zato so – kot smo že poudarili – **ocena vpliva na delovno silo v zdravstveni negi**, določitev izvora težav, s katerimi se sooča delovna sila, uvedba preglednice dejavnikov in izvedba učinkovitih analiz trga delovne sile lahko pomembni osnovni ukrepi za zadržanje medicinskih sester, zagotavljanje trajnostne naravnosti delovne sile v zdravstveni negi in za prihodnje načrtovanje.

Poleg ocene vpliva na delovno silo v zdravstveni negi je ključnega pomena še, da lahko medicinske sestre in njihova nacionalna združenja **polnopravno sodelujejo pri razvoju in uvedbi strategij za obnovo zdravstvenega sistema**. Medicinske sestre so najštevilčnejša skupina zdravstvenih delavcev v skoraj vseh okoljih, kjer se zagotavlja zdravstvena oskrba, in to v skoraj vseh državah, delajo neposredno s pacienti in imajo dovolj strateškega znanja in izkušenj, prav tako gre tudi za enega najbolj spoštovanih poklicev. Poleg tega bodo ključne za uspešno obnovo zdravstvenih sistemov – njihovo sodelovanje pri sprejemanju odločitev bi moralo biti samoumevno. Toda še vedno obstajajo zaskrbljujoči primeri, ko medicinske sestre niso vključene v sprejemanje odločitev o kliničnih in strateških zadevah, ki so bistvene za njihovo delo (Rasmussen *et al.*, 2022), kar lahko vodi k porušenemu zaupanju in posledično k moralni škodi in nižji stopnji zadržanja medicinskih sester (Nelson *et al.*, 2022).

Po drugi strani pa obstaja tudi vse več pozitivnih primerov: odzivov, ki so jih vodile ali v katere so bile vključene medicinske sestre, ki so podprti z dokazi in vključujejo več ukrepov ter so namenjeni podpori medicinskim sestram ter posledično tudi okrevanju in obnovi zdravstvenega sistema. Tu ne moremo naštetih vseh iniciativ, ki se pojavljajo v različnih državah in jih pogosto vodijo nacionalna združenja medicinskih sester, zato v nadaljevanju podajamo le nekaj primerov.

V **ZDA** so leta 2022 ustanovili možganski trust z več deležniki, imenovan Partnerji za varno kadrovanje (Ameriško združenje medicinskih sester v intenzivni negi, Združenje medicinskih sester Amerike, Ameriška organizacija za vodje v zdravstveni negi, Združenje za finančno upravljanje v zdravstvu in Inštitut za izboljšave v zdravstvu), da bi poiskali rešitve za krizo zaradi pomanjkanja medicinskih sester (Možganski trust Partnerji za zaposlovanje medicinskih sester, 2022) in poudarili, da je »zadostno vlaganje v primerno število medicinskih sester tudi nujno za dobro poslovanje zdravstvenih ustanov, za njihov ugled in finančno sposobnost.«

V **Kanadi** je svet Royal Society of Canada naročil pregledno raziskavo, v kateri so avtorji preučevali vpliv pandemije na delovno silo v zdravstveni negi za boljše načrtovanje in uvedbo trajnostno naravnanih strategij za to delovno silo ter podali glavne zaključke in priporočila glede trajnega poudarka na zadržanju in zaposlovanju medicinskih sester na državni ravni (Murphy *et al.*, 2022). V neki drugi raziskavi, ki sta jo izvedli Kanadska federacija sindikatov v zdravstveni negi in Kanadska zveza delovne sile v zdravstvu, so se avtorji posvečali trajnostnemu vidiku delovne sile v zdravstveni negi (Ben Ahmed & Bourgeault, 2022).

Na **Novi Zelandiji** so na Ministrstvu za zdravje ustanovili sklad v višini enega milijona dolarjev, ki je namenjen vrnitvi medicinskih sester, ki trenutno ne opravljajo dela na področju zdravstvene nege, nazaj v zdravstveno nego, saj bi »tako zadostili povečanim potrebam, zagotovili dovolj veliko število zaposlenih za varno zdravstveno oskrbo ter izboljšali dostop do zdravstvene oskrbe.« To je na Novi Zelandiji trenutno le ena od kampanj, druge so še kampanja za zaposlovanje medicinskih sester z Nove Zelandije in kampanja, katere cilj je spodbuditi novozelandske medicinske sestre, ki delajo drugod po svetu, da se vrnejo domov (RNZ, 2022b).

V **avstralski zvezni državi Viktorija** je nacionalno združenje medicinskih sester uspešno zagotovilo izpolnitev predvolilnih obljub iz novembra 2022, da bo vlada vsem diplomiranim medicinskim sestram izplačala dodatek v višini 5.000 dolarjev ob nastopu zaposlitve, če se bodo zaposlile v javnem zdravstvenem sistemu, uvedli so tudi spodbude za vpis bodočih študentov na programe zdravstvene nege ter dodatek v višini 16.500 dolarjev, če po prejemu

diplome vsaj dve leti delajo v javnem zdravstvu zvezne države Viktorija (Dow, 2022), prav tako so v Viktoriji izboljšali in razširili obvezne kadrovske normative v zdravstveni negi, med drugim zdaj veljajo tudi za bolnišnične oddelke za intenzivno nego, enote za intenzivni nadzor, oddelke za srčno-žilne bolezni in oddelke za nujno medicinsko pomoč (Avstralska federacija za zdravstveno in babiško nego, 2022).

Na **Irskem** so razvili pristop za strateško načrtovanje človeških virov z 'modelom sistemske dinamike za zagotavljanje delovne sile v zdravstveni negi', ki ga bodo uporabili pri oblikovanju politik, da »bi lahko odgovorili na pričakovano povečanje povpraševanja po medicinskih sestrah in zmanjšali odvisnost Irske od zaposlovanja medicinskih sester, ki so izobrazbo pridobile v tujini.« (Ministrstvo za zdravje Irske, 2022)

Na Škotskem je vlada februarja 2023 ustanovila delovno skupino za zdravstveno in babiško nego, ki bo vključevala tudi predstavnike glavnega nacionalnega združenja medicinskih sester, Royal College of Nursing. Namen delovne skupine je »pomagati ustvariti zgledne kulture na delovnem mestu, nasloviti operacijske ovire ter izboljšati delovne pogoje, infrastrukturo in možnosti za izobraževanje.« (Škotska vlada, 2023)

Akcijski program na državni in svetovni ravni za zaščito in nudenje podpore medicinskim sestram je opisan v nadaljevanju; hkrati bo ta program omogočil okrevanje in obnovo zdravstvenega sistema. Temelji na točkah, opredeljenih v našem lanskem poročilu *Kako ohraniti in zadržati medicinske sestre v 2022 in naprej* (Buchan, Catton & Shaffer, 2022), a smo jih razširili, da smo lahko v poštev vzeli vse glasnejša opozorila glede visoke stopnje izgorelosti med medicinskimi sestrami in glede pomanjkanja medicinskih sester, dodali pa smo tudi jasna priporočila za oblikovalce politik na državni ravni (pa tudi na ravni zveznih držav ali provinc), za nacionalna združenja medicinskih sester in za mednarodne agencije. Akcijski program je mogoče uspešno uveljaviti le ob polnem sodelovanju nacionalnih združenj medicinskih sester in vodij v zdravstveni negi, ki se morajo poistovetiti s predlaganimi rešitvami, ki bodo odvisne od vsakokratnega konteksta in temeljile na dokazih, ter jih uvesti. Kot smo že poudarili: če se strokovnjaki za zdravstveno nego ne vključijo v oblikovanje politik za prenovo zdravstvenega sistema, obstaja veliko manjša možnost, da bodo te politike vodile k napredku ali da bodo uspešne.

4.3 AKCIJSKI PROGRAM ZA 2022 IN NAPREJ: KAKO ZAŠČITITI IN PODPRETI MEDICINSKE SESTRE ZA OBNOVO ZDRAVSTVENIH SISTEMOV

Delovna sila v zdravstveni negi je bila v vseh državah ključna pri učinkovitosti odziva na covid-19. Prav tako pa bo igrala ključno vlogo pri okrevanju in obnovi zdravstvenih sistemov po svetu. V tem poročilu smo poudarili, da zaradi posledic pandemije covid-19 ter okrevanja in obnove zdravstvenih sistemov po epidemiji potrebe po medicinskih sestrah naraščajo, kar ima negativne neposredne in posredne posledice za posamezne medicinske sestre ter za zagotavljanje zadostnega števila medicinskih sester, ki jih že tako primanjkuje in so že zdaj preobremenjene.

Vse bolj realno postaja tveganje, da bodo s pandemijo in obnovo zdravstvenih sistemov povezane zahteve, zaradi katerih se je poglobilo pomanjkanje medicinskih sester po svetu, povzročile še njihovo bolj neenakovredno razporeditev in preseljevanje iz držav z nizkimi in srednjimi dohodki v države z visokimi dohodki. Ti trendi bodo ovirali okrevanje in obnovo v zdravstvu na nacionalni ravni, lahko pa bi tudi privedli do poslabšanja zdravstvenega stanja v populaciji, preprečili uvedbo univerzalnega zdravstvenega varstva v nekaterih državah ter ogrozili sposobnost nekaterih držav za spopadanje z naslednjo

zdravstveno krizo. Tematika je tesno povezana z motom letošnjega mednarodnega dneva medicinskih sester: 'Naše medicinske sestre, naša prihodnost', katerega namen bo izpostaviti, kaj se moramo naučiti iz pandemije ter hkrati določiti konkretne ukrepe, potrebne za to, da bodo medicinske sestre zaščitene, spoštovane in cenjene ter da bodo zdravstveni sistemi trajnostno naravnani, varni, cenovno dostopni, na voljo vsem in odzivni (ICN, 2023).

Da bi zaščitili in podprli medicinske sestre po svetu ter izboljšali dolgoročno trajnostno naravnost delovne sile v zdravstveni negi, je nujno treba sprejeti učinkovite in usklajene ukrepe na ravni posameznih držav in na mednarodni ravni. Ukrepi morajo zajemati takojšnje **odločitve**, s katerimi je treba odgovoriti na nujne izzive, opisane v tem poročilu, pa tudi razvoj skupne dolgoročne vizije in **načrta** za medicinske sestre po vsem svetu, saj bo tako svet v prihodnje bolj pripravljen na soočenje z velikimi zdravstvenimi izzivi. Prav tako morajo politike v celoti upoštevati razsežnost spola (glej npr. Bourgeault *et al.*, 2021), saj naj bi bile medicinske sestre po svetu v 90 % primerov ženske. Spodaj orisani akcijski program temelji na naših dognanjih

in priporočilih iz leta 2022, smo ga pa posodobili, da zajema tudi nove izzive in težave.

Na ravni držav mora biti nudenje zaščite medicinskim sestram in vlaganje v medicinske sestre za doseg dolgoročne trajnostne naravnosti najpomembnejši cilj, ki naj bo celovito določen v strategiji ali strateškem načrtu države. Za doseg tega cilja se je treba osredotočiti na dve medsebojno povezani prednostni nalogi: izboljšanje stopnje zadržanja medicinskih sester v poklicu in zagotavljanje dovolj možnosti za izobraževanje medicinskih sester doma. Za to je potrebno:

- **UKREP: Ocene vpliva na delovno silo v zdravstveni negi** naj se izvajajo redno, saj se tako poglobi razumevanje vpliva na posamezne medicinske sestre in na celotno delovno silo v zdravstveni negi, na podlagi teh ocen pa se lahko tudi bolj učinkovito določijo podpora in vlaganja ter omogoči obnova zdravstvenega sistema. Podatki, ki bi jih pridobili na podlagi ocen vpliva, bi zagotovili možnost boljšega oblikovanja politik in načrtovanja za poklice v zdravstveni negi, optimizacijo zadržanja in premeščanja medicinskih sester, poln izkoristek njihovih veščin ter boljši nadzor nad preseljevanjem medicinskih sester znotraj držav. Na njihovi podlagi bi lahko določili prioritete ukrepe za prihodnja vlaganja v namen zagotavljanja medicinskih sester, med drugim za vlaganja v primerne delovne pogoje. Prav tako lahko ti rezultati tvorijo prispevek držav k pripravi močno potrebne posodobitve poročila Stanje zdravstvene nege po svetu (glej spodaj).
- **UKREP: Prizadevanje za vlaganje v varne kadrovske normative v zdravstveni negi ter njihova podpora.** Nevarno nizko število medicinskih sester med pandemijo in v času obnove zdravstvenih sistemov predstavlja veliko težavo v številnih zdravstvenih sistemih, saj bistveno povečuje tveganje za izgorelost med medicinskimi sestrami, ki vztrajajo v službi, in prispeva k večjemu številu odhodov zaposlenih. Pomanjkanje medicinskih sester pa bo tudi ogrozilo prizadevanja za obnovo zdravstvenih sistemov. Veliko metodologij obstaja za izračun potrebnega števila delavcev v zdravstveni negi, vendar sta uporaba iste metode za izračun potrebnega kadra in zadostno financiranje ter vlaganje ključna kazalnika dobrega upravljanja z zdravstvenim sistemom.
- **UKREP: Prizadevanje za zgodnji dostop do cepiv za vse medicinske sestre.** Brez te zaščite za delovno silo v zdravstveni negi so lahko ogroženi vsi prihodnji ukrepi v zvezi s pandemijo in intervencije, namenjene večji trajnostni naravnosti delovne sile. V nekaterih državah vse medicinske sestre še vedno niso precepljene.
- **NAČRT: Pregledati in po potrebi razširiti obseg izobraževanja iz zdravstvene nege za vsako državo,** da bi zadostili potrebam po medicinskih sestrah in dolgoročno zagotovili dovolj razpoložljivega kadra. Posodobitve morajo temeljiti na podatkih iz ocene vpliva in iz rednih, sistematskih analiz trga dela za zdravstveno nego za vsako državo, ki med drugim vsebujejo predviden obseg, nabor veščin in razporeditev prihodnje delovne sile v zdravstveni negi ter dogovorjene pristope za zapolnjevanje morebitnih vrzeli s prilagoditvami investicij za zagotavljanje potrebne delovne sile ter s prilagoditvami v učnih načrtih.
- **NAČRT: Prizadevati si za zadržanje medicinskih sester in za povečanje privlačnosti poklica medicinske sestre** z zagotavljanjem poštenega plačila in poštenih pogojev zaposlitve, strukturiranih priložnosti za poklicni razvoj, dostopa do vseživljenjskega izobraževanja ter s skrbjo za dobro počutje medicinskih sester, da bi se zoperstavili negativnim posledicam izgorelosti med medicinskimi sestrami, naslovili brezposelnost med medicinskimi sestrami in naslovili razloge za stavke medicinskih sester.
- **NAČRT: Sprejetje politik za izboljšanje oblik dela, predvsem za optimizacijo delovne sile s povečanjem naprednih oblik dela ter z zagotavljanjem potrebne tehnološke podpore.** Z zagotavljanjem podpore medicinskim sestram, da bodo dosegale svoje kompetence, povečanjem vloge medicinskih sester z naprednimi znanji in diplomiranih medicinskih sester specialistk, zagotavljanjem pravih veščin na delovnem mestu in prave razporeditve dela, več timskega dela, zagotavljanjem potrebne administrativne pomoči, tehnologije in opreme ter usposabljanja iz njihove uporabe bo lahko prispevek medicinskih sester k obnovi zdravstvenih sistemov optimiziran. To bo prispevalo k višji stopnji zadržanja, povečalo privlačnost poklica medicinske sestre in pospešilo obnovo zdravstvenih sistemov, cilj mora med drugim biti, da se omogoči regulativni in zakonodajni okvir.
- **NAČRT: Nadzirati in spremljati samozadostnost kadra v zdravstveni negi.** Kazalnik samozadostnosti v odstotkih odvisnosti od medicinskih sester, ki so bile rojene ali so pridobile izobrazbo v tujini, zagotavlja oblikovalcem politik v določeni državi vpogled v to, kako odvisni so od medicinskih sester iz tujine (in hkrati podvrženi tveganju, če bi se preseljevanje iz nekega razloga ustavilo). V vsaki državi lahko tako spremljajo svoj napredek, dokler ne bodo dosegli bistvene zaveze iz Globalne strategije o človeških virih v zdravstvu do leta 2030 (WHO, 2016b, str. 23) in poročajo o uvedbi Kodeksa SZO (WHO 2020c).

Na mednarodni ravni morajo ukrepi temeljiti na zavedanju, da je na delovno silo v zdravstveni negi v državah z nizkimi dohodki, kjer jim je kadra že prej pogosto močno primanjkovalo, nadalje negativno vplivala pandemija. Zato sta pri njih ogrožena okrevanje in obnova zdravstvenih sistemov, imajo pa tudi manjše možnosti za izboljšanje zdravja populacije ter doseganje ciljev trajnostnega razvoja in univerzalnega zdravstvenega varstva. Nekatere države bodo tudi v prihodnje izpostavljene visokim tveganjem za izseljevanje medicinskih sester, tudi če jim bo doma uspelo uvesti ukrepe za zagotavljanje dovolj kadra v zdravstveni negi ter si prizadevati za okrevanje in obnovo zdravstvenega sistema. Te države s povečanim tveganjem mora podpreti mednarodna skupnost. Ključni mednarodni deležniki, na primer SZO, OECD, Svetovna banka in Mednarodni svet medicinskih sester morajo ukrepati takoj, hkrati pa morajo najti konsenz za dolgoročni, desetletni načrt za ohranjanje delovne sile v zdravstveni negi po svetu.

Ta dolgoročni načrt mora biti usmerjen tako v obnovo kot v investicije za potrebno povečanje delovne sile v zdravstveni negi po svetu. Usklajen mora biti z ukrepi, ki so potrebni takoj in so navedeni v tem poročilu, saj se le tako lahko določijo desetletne zaveze za doseg trajnostnosti svetovne delovne sile v zdravstveni negi.

Med pandemijo se je svet spremenil, pokazala so se velika tveganja, povezana z nezadostnim številom kadra v zdravstveni negi, a hkrati se je ponovno izkazalo reklo 'zdravje je denar', torej da morajo države vlagati v svoj zdravstveni sistem, če naj zagotovijo dinamično gospodarstvo. Obnova zdravstvenih sistemov je temelj za boljše zdravje prebivalstva in za boljše gospodarsko sliko.

Obstoječi globalni instrumenti ter strategije o človeških virih v zdravstvu, na primer Globalna strategija o človeških virih v zdravstvu SZO (WHO 2016b) in Visoka komisija ZN za zaposlovanje v zdravstvu in gospodarsko rast (WHO 2016c) odražata stanje pred pandemijo. Sicer še vedno lahko nudita širši okvir za načrtovanje prihodnje strategije, vendar ju je treba nujno posodobiti in upoštevati tudi spremembe, ki so posledica pandemije, isto pa velja tudi za poročilo Stanje zdravstvene nege po svetu.

Za vlade po svetu je kadrovski izziv v zdravstveni negi prevelik, preveč pomemben in preveč 'drugičen' od situacije izpred le treh let, da bi ga lahko prezrli. **Mednarodni deležniki in države se morajo združiti pri razvoju dolgoročnega, desetletnega načrta, katerega cilj naj bo trajnostna svetovna delovna sila v zdravstveni negi.** Ne moremo dovoliti, da bo že tako prizadeta delovna sila podvržena še večji škodi, prav tako pa se ne moremo vrniti v stanje pred pandemijo, ko smo lahko nekako 'shajali' z velikimi primanjkljaji delovne sile v zdravstveni negi. Če želimo obnoviti zdravstvene sisteme,

potrebujemo načrt. Potrebni ukrepi, tako kratkoročni kot dolgoročni, ki bodo omogočili izvajanje desetletnega načrta, in o katerih naj se dogovorijo države in mednarodni deležniki ter jih koordinirajo, so:

- **UKREP: Čim prej je treba posodobiti poročilo Stanje zdravstvene nege po svetu (SOWN).** Poročilo SOWN1 je bilo objavljeno na začetku leta 2020 in opisuje profil svetovne delovne sile v zdravstveni negi pred začetkom pandemije. Sicer služi kot koristno izhodišče, toda pandemija je za vedno spremenila svet. Vstopamo v četrto leto pandemije, zato nujno potrebujemo poročilo SOWN2 – najnovejše podatke o profilu delavcev v zdravstveni negi po svetu med pandemijo, ki mora biti osredotočeno na obnovo, da bi lahko ocenili nastalo škodo in določili področja za usmerjene ukrepe na področju trajnosti in obnove.
- **NAČRT: Prizadevanje za zgodnji dostop do programov cepljenja za vse medicinske sestre v vseh državah.** Za zaščito delovne sile v zdravstveni negi v vseh državah je potrebno mednarodno sodelovanje.
- **NAČRT: Uveljaviti in ovrednotiti učinkovite etične pristope za nadzor nad preseljevanjem medicinskih sester v druge države** na podlagi kolektivnega pristopa, osnovanega na doslednejšem in učinkovitejšem uveljavljanju Globalnega kodeksa praks SZO za mednarodno zaposlovanje zdravstvenega osebja in njegovega seznama držav, ki so potrebne zaščite (WHO 2020c). Pri tem se je treba osredotočiti na izboljšanje nadzora nad mednarodnim preseljevanjem medicinskih sester ter neodvisni nadzor nad bilateralnimi sporazumi med dvema državama in agencijami za zaposlovanje, da bi zagotovili skladnost s sporazumi, skupaj opredelili, kaj pomeni 'aktivno' zaposlovanje ter zagotovili poštene in transparentne postopke zaposlovanja. Trenutno ni dovolj dokazov o izvajanju teh ukrepov in dovolj nadzora, da bi na njihovi podlagi lahko sprejemali učinkovite politike in izpostavljali etično sporne prakse. Stanje na tem področju je nujno treba izboljšati. Medtem Mednarodni svet medicinskih sester glede na trenutno živahno dogajanje na področju mednarodnega zaposlovanja medicinskih sester poziva k sprejetju časovno omejenega moratorija na aktivno zaposlovanje medicinskih sester iz izpostavljenih držav na seznamu.
- **NAČRT: Podpreti izvajanje rednih, sistematskih ocen vpliva na delovno silo v zdravstveni negi, zlasti v državah, kjer so omejeni z viri,** in sicer s tehničnimi nasveti, izboljšanjem podatkov, neodvisnimi analizami ter pogovori o ukrepih z več deležniki, da bi

določili prednostne naloge glede zagotavljanja in zadržanja medicinskih sester v določeni državi.

- **NAČRT: Prizadevati si za vzpostavitev trajnostne delovne sile v zdravstveni negi v manjših državah, državah z nizkimi dohodki in državah, ki so še posebej izpostavljene zaradi izseljevanja medicinskih sester ter pandemije.** Vse to je mogoče doseči ob upoštevanju izsledkov Visoke komisije ZN za zaposlovanje v zdravstvu in gospodarsko rast (WHO, 2016c) ter Strateških usmeritev za zdravstveno nego in babištvo SZO, ki dokazuje dolgoročne gospodarske in družbene koristi ter zdravstvene koristi za prebivalce zaradi vlaganja v zaposlene v zdravstveni negi.

Zaščititi, nuditi podporo in obnoviti. Potrebni so takojšnji ukrepi ter skupna dolgoročna vizija in načrt za delovno silo v zdravstveni negi po svetu. Pandemija covid-19 je svetovni delovni sili v zdravstveni negi povzročila nepredstavljivo škodo, potrebe po okrevanju in obnovi zdravstvenih sistemov pa predstavljajo še dodatno breme. Zdravstveni sistemi ne morejo biti obnovljeni brez zadostnega števila motiviranih medicinskih sester, ki imajo vso potrebno podporo. Potreben je koordiniran odziv za sprejetje ukrepov na državni in mednarodni ravni, saj lahko le tako uresničimo Akcijski program za 2023 in razvijemo dolgoročni načrt, katerega cilj je zaščititi medicinske sestre in jim nuditi podporo ter tako prispevati k obnovi zdravstvenih sistemov.

PRILOGA 1: PREGLEDNICA VPLIVOV NA MEDICINSKE SESTRE

S kombinacijo kazalnikov delovne sile je mogoče napraviti oceno trendov na področju delovne sile v zdravstveni negi na ravni države ali sistema. Preglednico lahko redno posodabljam in tako zagotovimo aktualnost sprejetih politik, prav tako lahko služi kot pomoč pri pripravi ocen vpliva na medicinske sestre. Razpoložljivost podatkov se bo razlikovala glede na državo ali sistem, a se lahko dopolnjuje s standardiziranimi, obstoječimi instrumenti za zbiranje podatkov, na primer s Poročilom o nacionalni zdravstveni delovni sili (NHWA) in rednim spremljanjem Kodeksa SZO. (Drugi viri: DalPoz *et*

al., 2009; Chisholm, Russell & Humphreys, 2011; Lopes *et al.*, 2017; Buchan, Catton & Shaffer, 2018; WHO, 2022d). Kazalnike iz razpredelnice je mogoče uporabljati skupaj z izsledki raziskav o delu, zdravju in počutju medicinskih sester (glej npr. tabelo 4 zgoraj).

V razpredelnici so navedeni 'osnovni' kazalniki, ki se lahko uporabljajo pri preglednici, v njej pa je navedeno tudi, kako se ti kazalniki izračunajo ter kaj so njihove glavne prednosti in omejitve.

Tabela 7: PREGLEDNICA VPLIVOV NA MEDICINSKE SESTRE

KAZALNIK	NAJPOGOSTEJŠI NAČIN IZRAČUNA	PREDNOSTI/OMEJITVE
Fluktuacija medicinskih sester	<p>Fluktuacijo oziroma 'osip' (Chankova, Muchiri & Kombe, 2009) in 'izgubo' (Dovlo, 2005) se največkrat izrazita kot odstotek delovne sile v zdravstveni negi v določeni organizaciji ali sistemu, ki je zapustil to organizacijo (ali zamenjal službo) v zadnjih 12 mesecih. Temu se včasih reče tudi 'splošna' letna stopnja fluktuacije: Število tistih, ki so odšli, deljeno s povprečnim številom zaposlenih v določenem letu.</p> <p>Lahko se meri tudi kot verjetnost preživetja; (Russell <i>et al.</i>, 2013) mediana preživetja (leta), analiza preživetja ter osip v prvih letih po zaključeni izobrazbi.</p>	<p>Stopnja fluktuacije medicinskih sester, kakorkoli jo izračunamo, je najpogostejša mera 'zadržanja' (ali pomanjkanja zadržanja). Treba je razlikovati med prostovoljno in neprostovoljno fluktuacijo ter med tem, kam odidejo osebe, ki se za to odločijo prostovoljno: na novo mesto v isti organizaciji ali v drugo organizacijo.</p>
Stabilnost delovne sile/stopnja zadržanja	<p>Pri ugotavljanju stabilnosti delovne sile v zdravstveni negi gre v osnovi prav tako za vprašanje zadržanja, le da se tu osredotoča na tiste, ki ostanejo, in ne na tiste, ki odidejo. Visoka stopnja kadrovske stabilnosti oziroma visoka stopnja zadržanja sta nasprotje od visoke fluktuacije in sta najverjetneje pozitivno povezana z visoko stopnjo in kakovostjo zdravstvene oskrbe (Buchan, 2010).</p> <p>Indeks stabilnosti 1 – odstotek zaposlenih, ki so imeli na začetku leta 1 določeno delovno mesto in so bili čez eno leto še vedno na istem delovnem mestu v isti organizaciji.</p>	<p>Če se zaposleni odločijo, da ostanejo, tudi če bi lahko odšli, to nakazuje, da delovno okolje zadosti potrebam delovne sile v zdravstveni negi. Stabilnost lahko kaže na pozitivno zadržanje, toda predpostavlja se, da ima medicinska sestra izbiro: ostati ali oditi.</p>
Odsotnost medicinskih sester	<p>Absentizem delovne sile v zdravstveni negi v državah z nizkimi in srednjimi dohodki predstavlja oviro do zagotavljanja boljših zdravstvenih izidov (Chaudary <i>et al.</i>, 2006; Goldstein <i>et al.</i>, 2013). Razlogi za odsotnost so lahko različni, na primer oddaljenost kraja bivanja in težek dostop do zdravstvenih ustanov, slaba infrastruktura in možnosti prevoza ter slabi ali nevarni delovni pogoji. V nekaterih primerih je odsotnost z glavnega delovnega mesta lahko znak, da mora oseba pridobiti še druge vire zaslужka, da bi lahko preživela in torej opravlja več služb (Fox <i>et al.</i>, 2013; Russo <i>et al.</i>, 2018).</p> <p>'Splošna' stopnja odsotnosti: izgubljen čas zaradi odsotnosti, izražen kot odstotek pogodbenega delovnega časa v določenem obdobju.</p> <p>Lahko se meri tudi kot povprečno trajanje vsake odsotnosti in povprečno trajanje odsotnosti na osebo.</p>	<p>Stopnje odsotnosti ni težko izračunati; če jo analiziramo glede na različne skupine zaposlenih, oddelke ali delovna mesta, lahko določimo problematična področja. Največja omejitev je, da primerjava stopenj odsotnosti v različnih enotah lahko pripelje do napačnih zaključkov, če ne upoštevamo tudi osnovnih mer, npr. število in trajanje odsotnosti.</p>

Prazna delovna mesta	<p>Če se razpisana delovna mesta v zdravstveni negi ne zapolnijo, lahko to nakazuje, da določeno delovno mesto ni privlačno zaradi delovnih pogojev, lokacije ali pa slabega slovesa organizacije, ki zaposluje. Stopnja nezapolnjenih delovnih mest je lahko kazalnik relativne privlačnosti ali neprivlačnosti določenih delovnih mest, krajev ali ustanov, zato se lahko uporablja kot kazalnik.</p> <p>Število razpisanih delovnih mest, ki ostanejo nezapolnjena, izraženo kot odstotek vseh delovnih mest – npr. odstotek stopnje praznih delovnih mest.</p>	V nekaterih organizacijah imajo namerno vedno razpisana delovna mesta v zdravstveni negi, da prihranijo pri stroških zaposlovanja; v tem primeru stopnja nezapolnjenih delovnih mest ne more kazati na pomanjkanje delovne sile; če razpisanih delovnih mest ni mogoče zapolniti, jih ponekod odstranijo in s tem prikrijejo težavo pomanjkanja kadra.
Brezposelnost	<p>V nekaterih državah imajo brezposelne ljudi z izobrazbo iz zdravstvene nege.</p> <p>Število nezaposlenih medicinskih sester, ki iščejo delo, kot odstotek skupnega števila medicinskih sester, ki opravljajo delo.</p>	Ta kazalnik je težko tolmačiti kot kazalnik trga dela, saj lahko nakazuje npr. nestimulativno plačo ali nezmožnost delodajalcev, da bi zagotovili sredstva za delovno mesto.
Samozadostnost delovne sile v zdravstveni negi	<p>Kazalnik samozadostnosti: odstotek delovne sile v zdravstveni negi, ki je izobrazbo pridobila v tujini, glede na celotno število delavcev v zdravstveni negi v določeni državi.</p> <p>Višji kot je odstotek, manj samozadostna je država.</p>	Za kazalnik se lahko uporabljajo oznake 'v tujini rojene medicinske sestre', 'v tujini izobražene medicinske sestre' ali 'iz tujine' – pri interpretaciji podatkov sta pomembni jasnost in doslednost.
Stopnja izseljevanja medicinskih sester	<p>Stopnja izseljevanja: odstotek delavcev v zdravstveni negi, ki so bili v določeni državi rojeni ali izšolani in delajo v tujini glede na tiste, ki ostanejo in delajo v domovini.</p> <p>Višja, kot je stopnja izseljevanja, bolj izčrpana je delovna sila v zdravstveni negi neke države zaradi izseljevanja v tujino.</p>	Za kazalnik se lahko uporabljajo oznake 'v tujini rojene medicinske sestre', 'v tujini izobražene medicinske sestre' ali 'iz tujine' – pri interpretaciji podatkov sta pomembni jasnost in doslednost.

Pri uporabi in interpretaciji teh pogosto rabljenih kazalnikov moramo biti previdni. Pri vseh je treba beležiti pogostost uporabe, če hočemo z njimi meriti trende, kar je veliko bolj uporabno kot meritve v posameznem trenutku. Preglednica naj bo 'živa' instrument, naj se ne uporablja za enkratne analize. Pri številnih kazalnikih se lahko uporabijo različne metode izračuna, kar lahko omeji primerjavo, če se na različnih lokacijah ali ob različnih časih uporabijo drugačne metode.

Obstajajo tudi omejitve pri interpretaciji podatkov kot jasno določenih kazalnikov obnašanja delovne sile v zdravstveni negi. Tako lahko na primer nizka fluktuacija delavcev v zdravstveni negi kaže na pomanjkanje drugih možnosti zaposlitve in ne na visoko stopnjo zadovoljstva z delom, vzdrževanje velikega števila praznih delovnih mest v zdravstveni negi pa lahko odraža poskus namernega varčevanja.

VIRI

Adams, R., Ryan, T. and Wood, E. (2021). Understanding the factors that affect retention within the mental health nursing workforce: a systematic review and thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*

Adebayo, O. *et al.* (2016). Health workforce for 2016–2030: Will Nigeria have enough? *Inter J Inn Heal Res*, 4(1), 9-16

Adegbesan, A. (2022). 'Hospitals to Lean on More Expensive Travel Nurses Even After Covid'. Bloomberg News UK. 15 March. Available at: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2022-03-15/budget-busting-travel-nurses-to-rack-hospital-s-even-after-covid?leadSource=uverify%20wall>

Aiken, L. H. *et al.* (2022). A repeated cross-sectional study of nurses immediately before and during the Covid-19 pandemic: Implications for action. *Nursing Outlook*, 101903

Al Zamel, L. G. *et al.* (2020). Factors influencing nurses' intention to leave and intention to stay: An integrative review. *Home Health Care Management & Practice*, 32(4), 218-228

Al-Riyami, M., Fischer, I. and Lopez, V. (2015). Nurses' perceptions of the challenges related to the Omanization policy. *International Nursing Review*, 62(4), 462-469

Alves, A.B.S.L. *et al.* (2022). Absenteeism in Nursing in the Face of COVID-19: A Comparative Study in a Hospital from Southern Brazil. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 31

Aristizabal, P., Nigenda, G. and Serván-Mori, E. (2019). The precarization of the Mexican nursing labor market: a repeated cross-sectional analysis for the period 2005–2018. *Human Resources for Health*, 17(1), 1-9

Asamani, J. A. *et al.* (2020). The imperative of evidence-based health workforce planning and implementation: lessons from nurses and midwives unemployment crisis in Ghana. *Human resources for health*, 18(1), 1-6

Asamani, J. A. *et al.* (2022). Health workforce supply, needs and financial feasibility in Lesotho: a labour market analysis. *BMJ Global Health*, 7(Suppl 1), e008420

Asrir, I. *et al.* (2022). Study of sickness absenteeism among nursing staff at the Ibn Rochd University Hospital of Casablanca (CHUIR) during the COVID-19 pandemic. *Safety and Health at Work*, 13, S185-S185

Assaye, A. M. *et al.* (2021). Impact of nurse staffing on patient and nurse workforce outcomes in acute care settings in low-and middle-income countries: a systematic review. *JBI evidence synthesis*, 19(4), 751-793

Auerbach D, *et al.* (2022). A Worrysome Drop in The Number of Young Nurses. *Health Affairs Forefront*. 13 April

Australian Nursing and Midwifery Federation (2022). Andrews Government promises more ratio improvements if elected. 9 November. Available at: <https://otr.anmfvic.asn.au/articles/andrews-government-promises-more-ratio-improvements>

Ball, J. and Ejebu, O. Z. (2021). What keeps nurses in nursing? *Evidence Brief*, 1-2. University of Southampton

Ball, J. *et al.* (2022). The impact of COVID-19 on nurses (ICON) survey: Nurses' accounts of what would have helped to improve their working lives. *Journal of Advanced Nursing*. 79(1) January 2023, pp. 343-357

Batalova, J. (2020). Spotlight: Immigrant Health-Care Workers in the United States. Migration Policy Institute, USA. 14 May. Available at: <https://www.migrationpolicy.org/article/immigrant-health-care-workers-united-states>

Batalova, J. and Fix, M. (2020). As U.S. Health-Care System Buckles under Pandemic, Immigrant & Refugee Professionals Could Represent a Critical Resource. Migration Policy Institute commentary. April. Available at: <https://www.migrationpolicy.org/news/us-health-care-system-coronavirus-immigrant-professionals-untapped-resource>

Ben Ahmed, H. and Bourgeault, I. (2022). Sustaining Nursing in Canada. Canadian Federation of Nurses Unions, Ottawa. Available at: https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2022/11/CHWN-CFNU-Report_-Sustaining-Nursing-in-Canada2022_web.pdf

Berlin, G., *et al.* (2022). Around the world, nurses say meaningful work keeps them going. McKinsey consultants. Available at: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/around-the-world-nurses-say-meaningful-work-keeps-them-going>

Berlin, G., Lapointe, M. and Murphy, M. (2021). Surveyed nurses consider leaving direct patient care at elevated rates. McKinsey. Available at: <https://www.emergingrleader.com/wp-content/uploads/2022/02/Mckinsey-Report-2022.pdf>

- Birmingham, C. *et al.* (2019). The experiences of the agency registered nurse: an integrative literature review. *Journal of nursing management*, 27(8), 1580-1587
- Boateng, A. B., *et al.* (2022). Factors Influencing Turnover Intention among Nurses and Midwives in Ghana. *Nursing Research and Practice*, 2022
- Boniol, M. *et al.* (2022c). Inequal distribution of nursing personnel: a subnational analysis of the distribution of nurses across 58 countries. *Human Resources for Health* 20, 22. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00720-5>
- Boniol, M., *et al.* (2022a). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Global Health*, 7(6), e009316. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35760437/>
- Boniol, M., *et al.* (2022b). Urgent need to invest in health and care workers. *The Lancet*. Available at: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00576-1/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00576-1/fulltext#articleInformation)
- Bourgeault, I.L. *et al.* (2021). Hiding in plain sight: the absence of consideration of the gendered dimensions in 'source' country perspectives on health worker migration. *Human Resources for Health* 19, 40. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00571-6>
- Brady, C. *et al.* (2022). Nursing home staff mental health during the Covid-19 pandemic in the Republic of Ireland. *International journal of geriatric psychiatry*, 37(1)
- Brolan, C. E. *et al.* (2022). Lessons from the frontline: The COVID-19 pandemic emergency care experience from a human resource perspective in the Pacific region. *The Lancet Regional Health-Western Pacific*, 25, 100514
- Brophy, S. *et al.* (2022). Heroes on Strike: Trends in Global Health Worker Protests During COVID-19. Accountability Research Center, Accountability Note Number 10, April 2022. ARC, Washington DC, USA
- Buchan, J. (2010). The benefits of health workforce stability. *Human Resources for Health*, 8:29
- Buchan, J. (2023). Brexit, Covid and the UK's reliance on international recruitment. Nuffield Trust, London, 13 January. Available at: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/brexit-covid-and-the-uk-s-reliance-on-international-recruitment>
- Buchan, J., Catton, H. and Shaffer, F. (2022). *Sustain and Retain in 2022 and Beyond*. International Centre for Nurse Migration. Philadelphia, USA. Available at: <https://www.icn.ch/system/files/2022-01/Sustain%20and%20Retain%20in%202022%20and%20Beyond-%20The%20global%20nursing%20workforce%20and%20the%20COVID-19%20pandemic.pdf>
- Buchan, J., Shaffer, F. A. and Catton, H. (2018). *Policy brief: Nurse retention*. International Centre for Nurse Migration. Philadelphia, USA. Available at: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2018_ICNM%20Nurse%20retention.pdf
- Buchan, J., Williams, G. A. and Zapata, T. (2021). Governing health workforce responses during COVID-19. *Eurohealth*, 27(1), 41-48
- Bundesagentur für Arbeit (2021). Berichte: BlickpunktArbeitsmarkt / Mai 2020:Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich (Reports: Spotlight on the labour market / May 2020: Labour market situation in the care sector). Available at: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>
- Burden, S., Henshall, C. and Oshikanlu, R. (2021). Harnessing the nursing contribution to COVID-19 mass vaccination programmes: Addressing hesitancy and promoting confidence. *Journal of Advanced Nursing*, 77: e16-e20. <https://doi.org/10.1111/jan.14854>
- CBC News (2022). "Quebec spending \$65M to recruit, train 1,000 foreign nurses". 16 Feb. Available at: <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/quebec-recruit-foreign-nurses-1.6353552>
- CGFNS (2022). *Nurse Migration Report 2022*. Philadelphia, USA. Available at: <https://www.cgfns.org/2022nursemigrationreport/>
- Chaboyer, W. *et al.* (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 37(2), 82-91
- Chamanga, E., *et al.* (2020). Factors influencing the recruitment and retention of registered nurses in adult community nursing services: an integrative literature review. *Primary Health Care Research & Development*, 21
- Chan, G. K., *et al.* (2021). The impact of COVID-19 on the nursing workforce: a national overview. *Online Journal of Issues in Nursing*, 26(2), 1-17
- Chandler-Jeanville, S. *et al.* (2021). Perceptions and experiences of the COVID-19 pandemic amongst frontline nurses and their relatives in France in six paradoxes: a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6977

- Chankova, S., Muchiri, S. and Kombe, G. (2009). Health workforce attrition in the public sector in Kenya: a look at the reasons. *Human Resources for Health*, 7:58
- Chaudhury, N. *et al.* (2006). Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. *Journal of Economic Perspective* 20(1):91-116
- Chisholm, M., Russell, D. and Humphreys, J. (2011). Measuring rural allied health workforce turn-over and retention: what are the patterns, determinants and costs? *Australian Journal of Rural Health*, 19(2), 81-88
- Chowdhury, S.R. *et al.* (2023). Impact of workplace bullying, and burnout on job satisfaction among Bangladeshi nurses: A cross-sectional study. *Heliyon*, 2023 Feb; 9(2): e13162
- Cinco, M. (2022). FOCUS: "As pandemic eases, more Filipino nurses set to seek work abroad". *Kyodo News*, 6 November. Available at: <https://english.kyodonews.net/news/2022/11/5b-6fee89a1f6-focus-as-pandemic-eases-more-filipino-nurses-set-to-see-work-abroad.html>
- Clark, S. E., Chisnall, G. and Vindrola-Padros, C. (2022). A systematic review of de-escalation strategies for redeployed staff and repurposed facilities in COVID-19 intensive care units (ICUs) during the pandemic. *EClinicalMedicine*, 44, 101286
- Cohen-Serrins, J. (2021). *How COVID-19 Exposed an Inadequate Approach to Burnout: Moving Beyond Self-Care. In Shared Trauma, Shared Resilience During a Pandemic*. Springer, Cham
- Collins, A. (2021). NHS leaders told to accelerate international recruitment as 800 nurses join register in a week. *Health Service Journal*, 16 December
- Cortés-Álvarez, N. Y. and Vuelvas-Olmos, C. R. (2022). COVID 19: Psychological effects and associated factors in Mexican nurses. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 16(4), 1377-1383
- Crerar, P. and Stacey, K. (2023). "Union fury as Rishi Sunak unveils anti-strike laws for 'minimum service levels'" *The Guardian*, 5 January. Available at: <https://www.theguardian.com/uk-news/2023/jan/05/uk-ministers-announce-anti-strike-legislation>
- Crowe, S., Howard, A. F. and Vanderspank, B. (2022). The mental health impact of the COVID-19 pandemic on Canadian critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 103241
- Cruz, K. (2022). "CHED lifts ban on new BS Nursing programs". *Manila Times* 21 July. Available at: <https://www.manilatimes.net/2022/07/21/campus-press/ched-lifts-ban-on-new-bs-nursing-programs/1851719>
- Dall'Ora, C. and Saville, C. (2021). Burnout in nursing: what have we learnt and what is still unknown? *Nursing Times* [online]; 117: 2, 43-44
- Dall'Ora, C. *et al.* (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human resources for health*, 18, 1-17
- Dall'Ora, C. *et al.* (2022). Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Nursing Studies*. 2022 Oct; 134:104311. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104311. Epub 2022 Jun 16. PMID: 35780608
- DalPoz, M. *et al.* (2009). *Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health*. WHO/World Bank/USAID
- Das, S. (2022). "Plan to recruit Nepal nurses for NHS puts them 'at risk of exploitation'" *The Guardian*. 25 September. Available at: <https://www.theguardian.com/politics/2022/sep/25/plan-to-recruit-nepal-nurses-for-nhs-puts-them-at-risk-of-exploitation>
- Dempsey, L. *et al.* (2022). Experiences of undergraduate nursing students who worked clinically during the COVID-19 pandemic. *Nurs Open* 2022
- Department of Health, Ireland (2022). *Minister for Health Stephen Donnelly welcomes the publication of 'A System Dynamics Model of Nursing Workforce Supply'* 14 September. DH, Dublin. Available at: <https://www.gov.ie/en/press-release/1ea46-minister-for-health-stephen-donnelly-welcomes-the-publication-of-a-system-dynamics-model-of-nursing-workforce-supply/>
- Department of Health, Victoria (2022). *Support of international healthcare workers*. Available at: <https://www.health.vic.gov.au/jobs/migrating-to-victoria/support-for-international-healthcare-workers>
- Djupedal, I. L. R., *et al.* (2022). Changes in the work schedule of nurses related to the COVID-19 pandemic and its relationship with sleep and turnover intention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8682
- Dovlo, D. (2005). Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries. *Human Resources for Health*, 3

Dow, A. (2022). "Victoria has been promised billions for health. What can we expect and when?" *The Age*, November 29. Available at: <https://www.theage.com.au/national/victoria/victoria-has-been-promised-billions-for-health-what-can-we-expect-and-when-20221128-p5c1qf.html>

Duffield, C., *et al.* (2014). A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *Journal of Advanced Nursing*. vol:70 iss:12 pg:2703-2712

Dziedzic, B. *et al.* (2022). Mental Health of Nurses during the Fourth Wave of the COVID-19 Pandemic in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1785

ECSSACON (2021). 14th Scientific Conference: *Nurses and Midwives responding to global health challenges of the 21st Century*. The East, Central and Southern Africa College of Nursing. Tanzania: Arusha. <http://ecsacon.org/index.php/ecsacon-14th-scientific-conference/>

Ely, J. (2021). UK-based Australian nurses offered £4,200 relocation costs to tempt them home. *Nursing Standard* 20 August. Available at: <https://rcni.com/nursing-standard/newsroom/news/uk-based-australian-nurses-offered-ps4200-relocation-costs-to-tempt-them-home-177556>

Essex, R. and Weldon, S. M. (2021). Health care worker strikes and the Covid pandemic. *New England Journal of Medicine*, 384(24), e93

European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety (2021), *Supporting mental health of health workforce and other essential workers*, Publications Office of the European Union. Available at: <https://data.europa.eu/doi/10.2875/80970>

Evans, N. (2021). Nurses take the lead in the biggest vaccine roll-out in UK history. *Nursing Standard*, 36(1) (Jan 13, 2021)

Fawaris, F. *et al.* (2022). The psychological impact of the COVID-19 pandemic on Jordanian health-care workers. *International Journal of Reliable and Quality E-Healthcare (IJRQEH)*, 11(3), 1-9

Fox, S., *et al.* (2013). Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo. *Health policy and planning*, czs138

Freeling, M., Rainbow, J. G. and Chamberlain, D. (2020). Painting a picture of nurse presenteeism: A multi-country integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 109, 103659

Gaesawahong, R. *et al.* (2022). A Survey of Stress and Impacts in Registered Nurses During the COVID-19 Pandemic. *BKK Med Journal*. 2022 Sep. 30

Garg, S. *et al.* (2022). Implementing a health labour market analysis to address health workforce gaps in a rural region of India. *Human Resources for Health*, 20(1), 1-13

Gee, P. M. *et al.* (2022). Beyond burnout and resilience: the disillusionment phase of COVID-19. *AACN Advanced Critical Care*, 33(2), 134-142

Gherman, M. A., *et al.* (2022). Injurious Memories from the COVID-19 Frontline: The Impact of Episodic Memories of Self-and Other-Potentially Morally Injurious Events on Romanian Nurses' Burnout, Turnover Intentions and Basic Need Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9604

GIZ Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (2021). Sustainable recruitment of nurses (Triple Win). GIZ, Germany. Available at: <https://www.giz.de/en/worldwide/41533.html>

Goldberg, S. and Lavon, E. (2021). "The Israeli vaccination workforce has been led and managed by the nursing profession". In: Buchan, J., William, G. & Zapata, T. (2021) *Governing health workforce responses during COVID-19*. Eurohealth 27(1) Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344948/Eurohealth-27-1-41-48-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Goldstein, M. *et al.* (2013). The effect of absenteeism and clinic protocol on health outcomes: The case of mother-to-child transmission of HIV in Kenya. *American economic journal. Applied economics*, 5(2), 58

Gómez-Ibáñez, R. *et al.* (2020). Final-year nursing students called to work: Experiences of a rushed labour insertion during the 1232 COVID-19 pandemic. *Nurse Educ Pract* 49:102920

Goździak, E. M. and Main, I. (2022). "I am making good money, but...": The precarious situation of Polish nurses in Norway. *International Migration*, 60(2), 238-251

Griffiths, P. *et al.* (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Studies*; 74(7):1474–87. 10.1111/jan.13564

- Gupta, N. *et al.* (2021). Health workforce surge capacity during the COVID-19 pandemic and other global respiratory disease outbreaks: A systematic review of health system requirements and responses. *Int J Health Plann Manage*; 36:26–41
- Gurková, E., Mikšová, Z. and Šáteková, L. (2022). Missed nursing care in hospital environments during the COVID-19 pandemic. *International nursing review*, 69(2), 175-184
- Guttormson, J. L. *et al.* (2022). Critical care nurse burnout, moral distress, and mental health during the COVID-19 pandemic: a United States Survey. *Heart & Lung*, 55, 127-133
- Haakenstad, A. *et al.* (2022). Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*
- Halcomb, E *et al.* (2022). The impact of COVID-19 on primary health care delivery in Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 78(5), 1327-1336
- Hammad, M., Guirguis, W. and Mosallam, R. (2021). Missed nursing care, non-nursing tasks, staffing adequacy, and job satisfaction among nurses in a teaching hospital in Egypt. *Journal of Egypt Public Health Association*. 96(1):22
- Health Department, Government of British Columbia (2022). Supporting international nurses into B.C.'s health system. Health Department, Vancouver. Available at: <https://news.gov.bc.ca/releases/2022HLTH0120-000589>
- Health Education England (2019). NHS Staff and Learners' Mental Wellbeing Commission. Birmingham: HEE; Available at: www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/NHS%20%28HEE%29%20-%20Mental%20Wellbeing%20Commission%20Report.pdf
- Heesakkers, H., *et al.* (2023). Mental well-being of intensive care unit nurses after the second surge of the COVID-19 pandemic: A cross-sectional and longitudinal study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 74, 103313
- ICN (2019) International career mobility and ethical nurse recruitment: Position statement. ICN. Available at: https://www.icn.ch/system/files/documents/2019-11/PS_C_International%20career%20mobility%20and%20ethical%20nurse%20recruitment_En.pdf
- ICN (2020a). Success of mass COVID-19 vaccination programmes will depend on frontline nurses and nurse leaders at the highest level of government [press release]. 12 November. Available at: <https://www.icn.ch/news/success-mass-covid-19-vaccination-programmes-will-depend-frontline-nurses-and-nurse-leaders>
- ICN (2020b). ICN statement to the World Health Assembly. Seventy-third World Health Assembly Provisional agenda item 12 WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. November. Available at: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WHA73%20ICN%20statement%2012%20_Final.pdf
- ICN (2021a). ICN says 115,000 healthcare worker deaths from COVID-19 exposes collective failure of leaders to protect global workforce [press release]. 21 October. Available at: <https://www.icn.ch/news/icn-says-115000-healthcare-worker-deaths-covid-19-exposes-collective-failure-leaders-protect>
- ICN (2021b). ICN supports WHO's Vaccine Equity Declaration, warning that delay to global roll out of vaccines potentially catastrophic [press release]. 12 February. Available at: <https://www.icn.ch/news/icn-supports-whos-vaccine-equity-declaration-warning-delay-global-roll-out-vaccines>
- ICN (2021c). ICN calls for urgent action to increase efforts to vaccinate healthcare workers in Africa as figures reveal that only one in ten are fully vaccinated [press release]. 30 September. Available at: <https://www.icn.ch/news/icn-calls-urgent-action-increase-efforts-vaccinate-health-care-workers-africa-figures-reveal>
- ICN (2022a). ICN warns that Universal Health Coverage will be a missed goal without immediate investment in nurses [press release]. 12 December. Available at: <https://www.icn.ch/news/icn-warns-universal-health-coverage-will-be-missed-goal-without-immediate-investment-nurses#:~:text=The%20International%20Council%20of%20Nurses,and%20retain%20millions%20more%20nurses>
- ICN (2022b). *The Global Mental Health Nursing Workforce: Time to Prioritize and Invest in Mental Health and Wellbeing*. Available at: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Mental_Health_Workforce_report_EN_web.pdf
- ICN (2022c). ICN says influential research shows that a more ambitious expectation of UHC would require an additional 30 million nurses and midwives [press release]. 30 November. Available at: <https://www.icn.ch/news/icn-says-influential-research-shows-more-ambitious-expectation-uhc-would-require-additional-30>
- ICN (2022d). Alarming increase in industrial action by nurses is a symptom of global crisis in healthcare systems [press release]. 16 June. Available at: <https://www.icn.ch/news/alarming-increase-industrial-action-nurses-symptom-global-crisis-healthcare-systems>

ICN (2022e). ICN calls for stronger codes for ethical recruitment of nurses and investment in nursing education [press release]. 11 August. Available at: <https://www.icn.ch/news/icn-calls-stronger-codes-ethical-recruitment-nurses-and-investment-nursing-education>

ICN (2023). *Our Nurses. Our Future. - International Nurses Day 2023 theme announced*. 12 January. Available at: <https://www.icn.ch/news/our-nurses-our-future-international-nurses-day-2023-theme-announced>

Imam, A. *et al.* (2021). Missed nursing care in acute care hospital settings in low-middle income countries: a systematic review protocol. *Wellcome Open Research*; 6(359):359

Indian Nursing Council (2022). *Annual Report 2021-2022*. Available at: <https://indiannursingcouncil.org/uploads/annual-reports/16727359593275.pdf>

Jarrar, M. T. *et al.* (2023). The Impact of the Working Hours Among Malaysian Nurses on Their Ill-Being, Intention to Leave, and the Perceived Quality of Care: A Cross-Sectional Study During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 119-131

Jo, S. *et al.* (2021). Nurses' resilience in the face of coronavirus (COVID-19): An international view. *Nursing & Health Sciences*

Jones, A. (2022). "Ontario nursing college now allowed to temporarily register international nurses". CTV News. October 27. Available at: <https://toronto.ctvnews.ca/ontario-nursing-college-now-allowed-to-temporarily-register-international-nurses-1.6127420>

Jones, C. B. and Gates, M. (2007). The costs and benefits of nurse turnover: A business case for nurse retention. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3)

Joo, E., Yeon, S. and Hwa, J. (2022). Effect of Nursing Work Environment on Turnover Intention of Nurses in Long-Term Care Hospitals: The Mediating Effect of COVID-19 Stress. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*, 31(1), 22-30

Joo, J. Y. and Liu, M. F. (2021). Nurses' barriers to caring for patients with COVID-19: a qualitative systematic review. *International nursing review*, 68(2), 202-213

Jun, J. *et al.* (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 103933

Kavitha, K., Sikandar, B. J. and Joseph, R. (2022). COVID-19 pandemic and nursing students: Stress, depression, and coping behaviors—An exploratory study. *BLDE University Journal of Health Sciences*, 7(1), 45

Kay, G. (2022). "Nurse exports will derail health". *Nation*, 4 July. <https://nation.africa/kenya/blogs-opinion/opinion/nurse-exports-will-derail-health-3867988?s=09>

Khan, Y., Bruyneel, A. and Smith, P. (2022). Determinants of the risk of burnout among nurses during the first wave of the COVID-19 pandemic in Belgium: A cross-sectional study. *Journal of nursing management*

Khrais, H. *et al.* (2022). Determinants of missed nursing care in Jordanian hospitals during COVID-19 pandemic. *Nursing Open*. <https://doi.org/10.1002/nop2.1407>

Kiel, J. M. (2020). An analysis of restructuring orientation to enhance nurse retention. *The health care manager*, 39(4), 162-167

Kim, S. C., Rankin, L., and Ferguson, J. (2022). Nurses' mental health from early COVID-19 pandemic to vaccination. *Journal of Nursing Scholarship*, 54(4), 485-492

Kim, S., *et al.* (2023). How Does Workplace Violence—Reporting Culture Affect Workplace Violence, Nurse Burnout, and Patient Safety? *Journal of nursing care quality*, 38(1), 11-18

KPMG (2022). Strengthening healthcare workforce in India: the 2047 agenda. October. Available at: <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/in/pdf/2022/10/Strengthening-healthcare-workforce-in-India.pdf>

Labrague, L. J., de Los Santos, J. A. A. and Fronza, D. C. (2022). Factors associated with missed nursing care and nurse-assessed quality of care during the COVID-19 pandemic. *Journal of nursing management*, 30(1), 62-70

Laskowski-Jones, L. and Castner, J. (2022). The Great Resignation, Newly Licensed Nurse Transition Shock, and Emergency Nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 48(3), 236-242

Lavoie-Tremblay, M. *et al.* (2022). Influence of caring for COVID-19 patients on nurse's turnover, work satisfaction and quality of care. *Journal of nursing management*, 30(1), 33-43

- Lee, J., Cho, H. S. and Shin, S. R. (2021). Nursing strategies for the post-COVID-19 era. *International nursing review*, 68(2), 149-152
- LeGrand, C. (2021). "Plan to bring thousands of nurses and doctors into 'Fortress Australia'" *Sydney Morning Herald*. 9 October. Available at: <https://www.smh.com.au/national/plan-to-bring-thousands-of-nurses-and-doctors-into-fortress-australia-20211008-p58yf0.html>
- Lim, V. (2022). "Foreign nurses drawn to Singapore's location and ease of application, but more needed to retain them". CNA Channel News Asia. 30 November. Available at: <https://www.channelnewsasia.com/singapore/foreign-nurses-drawn-singapores-location-and-ease-application-more-needed-retain-them-3103791>
- Little, L. and Buchan, J. (2007). *Nurse Self Sufficiency/Sustainability in the Global Context*. International Centre for Nurse Migration. Available at: <https://www.intlnursemigration.org/wp-content/uploads/2019/08/Nursing-Self-SufficiencySustainability-in-the-Global-Context.pdf>
- Liu, J. and Eggleston, K. (2022). The association between health workforce and health outcomes: A cross-country econometric study. *Social Indicators Research*, 163(2), 609-632
- Llop-Gironés, A., et al. (2021) Employment and working conditions of nurses: where and how health inequalities have increased during the COVID-19 pandemic. *Hum Resour Health* 19, 112
- Lluch, C. et al. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction in healthcare personnel: A systematic review of the literature published during the first year of the pandemic. *Healthcare* (Vol. 10, No. 2, p. 364). MDPI
- London Economics/RCN (2022). A decade of pay erosion: The destructive effect on UK nursing staff earnings and retention [blog]. October 2022. Royal College of Nursing, London. <https://london-economics.co.uk/blog/publication/a-decade-of-pay-erosion-the-destructive-effect-on-uk-nursing-staff-earnings-and-retention-october-2022/>
- Lopes, S. C. et al. (2017). A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Human resources for health*, 15(1), 21
- Lotfi, M. et al. (2022). Turnover intention among operating room nurses during the COVID-19 outbreak and its association with perceived safety climate. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 26, 100233
- Maben, J., Ball, J. and Edmondson, A. (2023). *Workplace Conditions (Elements of Improving Quality and Safety in Healthcare)*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781009363839 Section 5.1
- MacKay, S. C. et al. (2021). What influences nurses' decisions to work in rural and remote settings? A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Rural and Remote Health*, 21(1)
- Maier, C., Scarpetti, G. and Williams, G.A. (2020). What strategies are countries using to expand health workforce capacity to treat Covid-19 patients? WHO European Observatory, Brussels. 23 April. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336296>
- Makgatho, L. (2022). "SA faces critical shortage of nurses, with 1 nurse for every 218 patients". *Sunday Independent*. 26 October. Available at: <https://www.iol.co.za/sundayindependent/news/sa-faces-critical-shortage-of-nurses-with-1-nurse-for-every-218-patients-466e2ede-4dc2-4789-979e-795edd12ae12>
- Marufu, T. C., et al. (2021). Factors influencing retention among hospital nurses: systematic review. *British Journal of Nursing*, 30(5), 302-308
- McLaughlin, T. (2020). The Fragility of the Global Nurse Supply Chain. *The Atlantic Journal*, 30 April. Available at: <https://www.theatlantic.com/international/archive/2020/04/immigrant-nurse-health-care-coronavirus-pandemic/610873/> San Juan et al., 2021
- McQuillan, L. (2022). "Canada's push to 'poach' nurses from abroad fuels fears of shortages in developing countries". CBC News, Nov 20. Available at: <https://www.cbc.ca/news/health/canada-international-nurses-poorer-countries-worried-1.6655231>
- Michel, A. et al. (2021). Undergraduate nursing students' perceptions on nursing education during the 2020 COVID-19 pandemic: A national sample. *Nurs Outlook* 2021, 69:903-1148 912
- Molina-Mula, J., et al. (2022). The emotional impact of covid-19 on Spanish nurses and potential strategies to reduce it. *Collegian*, 29(3), 296-310
- Moyo, I. et al. (2022). Experiences of nurse managers during the COVID-19 outbreak in a selected district hospital in Limpopo province, South Africa. *Healthcare* (Vol. 10, No. 1, p. 76). Multidisciplinary Digital Publishing Institute

Mugarisi, V. (2022). Zimbabwe conducts health labour market analysis. WHO Zimbabwe. 25 August. Available at: <https://www.afro.who.int/countries/zimbabwe/news/zimbabwe-conducts-health-labour-market-analysis>

Muir, K. J. *et al.* (2021). Evaluating the Costs of Nurse Burnout-Attributed Turnover: A Markov Modeling Approach. *Journal of Patient Safety*. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000920

Murphy, G. T. *et al.* (2022). Investing in Canada's nursing workforce post-pandemic: A call to action. *Facets*. 4 August 2022. <https://doi.org/10.1139/facets-2022-0002>

Nasrallah, *et al.* (2021). "UAE Projects of the 50: New schemes announced in Abu Dhabi, plan to get 75,000 Emiratis into private sector". *Gulf News*, 12 September. Available at: <https://gulfnews.com/uae/government/uae-projects-of-the-50-new-schemes-announced-in-abu-dhabi-plan-to-get-75000-emiratis-into-private-sector-1.1631418816885>

Ndlovu, R. (2023). "Zimbabwe Doctors, Nurses Barred from Long Strikes Under New Law". 11 January, *Bloomberg News*. Available at: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2023-01-11/zimbabwe-doctors-nurses-barred-from-long-strikes-under-new-law>

Nelson, K. E. *et al.* (2022). Organizational impact on healthcare workers' moral injury during COVID-19: a mixed-methods analysis. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 52(1), 57-66

NHS Digital (2022). NHS Vacancy Statistics England April 2015-September 2022 Experimental Statistics. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-vacancies-survey/april-2015---september-2022-experimental-statistics>

NHS Employers (2022). *International Recruitment Toolkit*. 20 December. Available at: <https://www.nhsemployers.org/publications/international-recruitment-toolkit>

NHS Shared Business Solution (SBS) (n.d.). New data science solution enables NHS organisations to predict which employees are at risk of leaving. NHS SBS, England. <https://www.sbs.nhs.uk/article/16949/Workforce-Analytics>

Nilasari, P. and Hariyati, R.T.S. (2021). Systematic review of missed nursing care or nursing care left undone. *Enfermeria Clinica*. 31(Supplement 2):S301-6

Nove, A., Cometto, G. and Campbell, J. (2017). Assessing the health workforce implications of health policy and programming: how a review of grey literature informed the development of a new impact assessment tool. *Hum Resour Health* 15, 79. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0252-x>

NSI Nursing Solutions, Inc. (2022). 2022 NSI National Health Care Retention & RN Staffing Report. Available at: https://www.nsinursingsolutions.com/Documents/Library/NSI_National_Health_Care_Retention_Report.pdf

Nursing Now/Burdett Trust for Nursing (2021). *Agents of Change: the story of the Nursing Now Campaign*. Available at: <https://www.nursingnow.org/wp-content/uploads/2021/05/Nursing-Now-Final-Report-Executive-Summary.pdf>

Nymark, C. *et al.* (2022). Patient safety, quality of care and missed nursing care at a cardiology department during the COVID-19 outbreak. *Nursing open*, 9(1), 385-393

Odom-Forren, J. (2022). Travel Nursing: Price Gouging or Supply and Demand? *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, Apr; 37(2):153-154

OECD (2019). *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5571ef48-en>

OECD (2020a). *Contribution of migrant doctors and nurses to tackling COVID-19 crisis in OECD countries*, OECD, Paris. Available at: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=132_132856-kmg-6jh3kvd&title=Contribution-of-migrant-doctors-and-nurses-to-tackling-COVID-19-19-crisis-in-OECD-countries

OECD (2020b). *COVID-19 and key workers: What role do migrants play in your region?* https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/covid-19-and-key-workers-what-role-do-migrants-play-in-your-region_42847cb9-en

OECD (2022). *Investing in health systems to protect society and boost the economy: Priority investments and order-of-magnitude cost estimates* (abridged version). OECD, Paris. 4 October. Available at: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/investing-in-health-systems-to-protect-society-and-boost-the-economy-priority-investments-and-order-of-magnitude-cost-estimates-abridged-version-94ba313a/>

OECD (2023). *Health Workforce Migration*. Available at: https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_WFMI&lang=en

OECD (n.d.). Data. Nursing Graduates Available at: <https://data.oecd.org/healthres/nursing-graduates.htm>

- OECD/European Union (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing Paris. Available at: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>
- OECD/ILO (2022). *Equipping Health Workers with the Right Skills: Skills Anticipation in the Health Workforce, Getting Skills Right*, OECD Publishing, Paris. Available at: <https://doi.org/10.1787/9b83282e-en>
- OECD/WHO (2022). *Health at a Glance: Asia/Pacific 2022: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage*, OECD Publishing Paris. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-asia-pacific-2022_c7467f62-en
- Olashore, A.A. *et al.* (2021). The psychological impact of COVID-19 on health-care workers in African Countries: A systematic review. *Asian J Soc Health Behav* 2021; 4:85-97
- Omaswa, F. (2020). Covid-19 Exposes a global scramble for health workers. African Centre for Global Health and Social Transformation (ACHEST), Kampala, Africa. May 11. Available at: https://www.achest.org/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=279&Itemid=481
- Oum, S., Kates, J. and Wexler, A. (2022). Economic Impact of COVID-19 on PEPFAR Countries. Kaiser Family Foundation, USA. 7 February. Available at: <https://www.kff.org/global-health-policy/issue-brief/economic-impact-of-covid-19-on-pepfar-countries/>
- Özdemir, I. (2023). The Effect of Workplace Incivility on Turnover Intention among Nurses: The Case of Turkey. *International Journal of Humanities and Social Sciences*. 5(1) January
- Partners for Nurse Staffing Think Tank (2022). Nurse Staffing Think Tank: Priority Topics and Recommendations. Available at: <https://www.nursingworld.org/~49940b/globalassets/practiceandpolicy/nurse-staffing/nurse-staffing-think-tank-recommendation.pdf>
- Peters, M.D.J. and Marnie, C.M. for the ANMF Federal Office (2022). Australian Nursing and Midwifery Federation National COVID-19 Survey 2022 – Public and Private Hospitals. Australian Nursing and Midwifery Federation. Available at: https://www.anmf.org.au/media/2v3cbkd/anmf-covid-19survey2022_australianhospitals_finalreport.pdf
- Piotrowski, A. *et al.* (2022). Resilience, Occupational Stress, Job Satisfaction, and Intention to Leave the Organization among Nurses and Midwives during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6826
- Poon, Y. S. R. *et al.* (2022). A global overview of healthcare workers' turnover intention amid COVID-19 pandemic: A systematic review with future directions. *Human Resources for Health*, 20(1), 1-18
- Pressley, C. and Garside, J. (2023). Safeguarding the retention of nurses: A systematic review on determinants of nurse's intentions to stay. *Nursing Open*
- Putra, A. P., Kusnanto, K. and Yuwono, S. R. (2020). Effects of Job Satisfaction and Organizational Commitment on Nurse Retention: A Systematic Review. *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic (INJEC)*, 5(2), 197-205
- Rasmussen, B., *et al.* (2022). We're on mute! Exclusion of nurses' voices in national decisions and responses to COVID-19: An international perspective. *Journal of advanced nursing*, 78(7), e87
- Reuters (2022). "Over 4,000 Zimbabwean doctors and nurses left the country in 2021". 21 November Available at: <https://www.reuters.com/world/africa/over-4000-zimbabwean-doctors-nurses-left-country-2021-2022-11-20/>
- Rivin, A. and Lumley, T. (2023). *Why is there a global medical recruitment and retention crisis?* WEF Annual Meeting, 9 January. Available at: <https://www.weforum.org/agenda/2023/01/medical-recruitment-crisis-davos23/>
- RNZ (2022a). "Nurses eligible for immediate residency under immigration changes". Radio New Zealand. 12 December. Available at: <https://www.rnz.co.nz/news/political/480579/nurses-eligible-for-immediate-residency-under-immigration-changes>
- RNZ (2022b). New fund targets 20,000 nurses who have left profession, Radio New Zealand. 14 February. Available at: <https://www.rnz.co.nz/news/covid-19/461463/new-fund-targets-20-000-nurses-who-have-left-profession>
- Romy, K. (2021). "Swiss voters to decide on how to solve the nursing crisis". *Swissinfo*, 28 October. Available at: <https://www.swissinfo.ch/eng/business/swiss-voters-to-decide-how-to-solve-the-nursing-crisis/47024988>
- Rowlands, S.L. (2021). Understanding and mitigating moral injury in nurses. *Nursing Standard*. doi: 10.7748/ns.2021.e11703
- Russell, D. J. *et al.* (2013). The value of survival analyses for evidence-based rural medical work-force planning. *Human resources for health*, 11(1), 65

- Russo, G. *et al.* (2018). Understanding nurses' dual practice: a scoping review of what we know and what we still need to ask on nurses holding multiple jobs. *Human Resources for Health* 16:14
- Russo, G. *et al.* (2019). Health workers' strikes in low-income countries: the available evidence. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(7), 460
- Sam, S. R. *et al.* (2023). Prevalence of Compassion Fatigue Among Nursing Staffs Working in High Acuity Clinical Settings, within Dubai Health Authority Hospitals, UAE. *Eastern Journal of Healthcare*, 3(1), 1-7
- San Juan, N. V., *et al.* (2021). Redeployment and training of healthcare professionals to Intensive Care during COVID-19: a systematic review. *MedRxiv*
- Santos, E. *et al.* (2021). Cost analysis of the first wave of the COVID-19 pandemic on human resource management in a Portuguese hospital. *Revista de Enfermagem Referência*, (8)
- Schneider, J. *et al.* (2022). Factors mediating the psychological well-being of healthcare workers responding to global pandemics: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 27(8), 1875-1896
- Schubert, M. *et al.* (2021). Interventions to prevent or reduce rationing or missed nursing care: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*. 77(2):550–64
- Schug, C., *et al.* (2022). Sick Leave and Intention to Quit the Job among Nursing Staff in German Hospitals during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 1947
- Scottish Government (2021). Ministerial Statement on Winter Planning for Health and Social Care. 5 October. Available at: <https://www.gov.scot/publications/ministerial-statement-winter-planning-health-social-care-tuesday-5-october-2021/>
- Scottish Government (2023). Nursing and Midwifery Taskforce. 21 February. Available at: <https://www.gov.scot/news/nursing-and-midwifery-taskforce/>
- Sethi, V. (2022). "India is facing the worst shortage of nurse in recent years, says KPMG report" *Business Insider India*. 11 October. Available at: <https://www.businessinsider.in/india/news/india-is-facing-the-worst-shortage-of-nurses-in-recent-years-says-kpmg-report/articleshow/94789539.cms#:~:text=says%20KPMG%20report-,India%20is%20facing%20the%20worst%20short-age%20of,recent%20years%2C%20says%20KPMG%20report&text=India%20has%20an%20annual%20capacity,institutions%20offering%20diploma%20nursing%20courses>
- Shaffer, F. A. and Curtin, L. (2020). Nurse turnover: Understand it, reduce it. *My American Nurse*, 15(8), 57-59
- Sharplin G, Brinn M, Eckert M. (2023) Impacts of COVID-19 and workloads on NSW nurses and midwives' mental health and wellbeing. A report prepared for the New South Wales Nurses and Midwives' Association. 2023. Adelaide, Australia. https://www.nswnma.asn.au/wp-content/uploads/2023/02/Impacts-of-COVID-19-and-workloads-on-NSW-nurses-and-midwives-mental-health-and-wellbeing_final.pdf
- Sheppard, K. N., *et al.* (2022). Nursing moral distress and intent to leave employment during the COVID-19 pandemic. *Journal of nursing care quality*, 37(1), 28
- Ślusarska, B. *et al.* (2022). Prevalence of depression and anxiety in nurses during the first eleven months of the COVID-19 Pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan 20;19(3):1154. doi: 10.3390/ijerph19031154. PMID: 35162183; PMCID: PMC8834441
- Smyth, J. and Neville, S. (2022) "Covid, burnout and low pay: the global crisis in nursing". *The Financial Times*. 2 June. Available at: <https://www.ft.com/content/402df6ca-5098-40ca-9cc8-bae331c39398>
- Socha-Dietrich, K. and Dumont, J. (2021). *International migration and movement of nursing personnel to and within OECD countries – 2000 to 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin*. OECD Health Working Paper No. 125, OECD, Paris
- Squires, A. *et al.* (2022). "Should I stay or should I go?" Nurses' perspectives about working during the Covid-19 pandemic's first wave in the United States: A summative content analysis combined with topic modeling. *International Journal of Nursing Studies*, 131, 104256
- Statista Research Department (2023). Impact of the coronavirus pandemic on the global economy – Statistics & facts. 17 January. Available at: <https://www.statista.com/topics/6139/covid-19-impact-on-the-global-economy/#topicHeader-wrapper>
- Statistics Canada (2022). Job vacancies, third quarter 2022. 19 December. Available at: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/221219/dq221219a-eng.htm>
- Stucky, C. H., Brown, W. J. and Stucky, M. G. (2021). COVID 19: An unprecedented opportunity for nurse practitioners to reform healthcare and advocate for permanent full practice authority. In *Nursing Forum* (Vol. 56, No. 1, pp. 222-227)

- Sudre, C. H. *et al.* (2021). Attributes and predictors of long COVID. *Nature medicine*, 27(4), 626-631
- Tangcharoensathien, V., Wisawatpanimit, P. and Chanprasobpol, B. (2021). Report on August- November 2020 AAAH Conference and Webinar Series: Addressing healthcare workers challenges in response to COVID 19: Sharing experiences and drawing countries lessons. Publishing Office, International Health Policy Program (IHPP), Thailand
- Taskiran Eskici, G. and Baykal, U. (2022). Frequency, reasons, correlates and predictors of missed nursing care in Turkey: A multi-hospital cross-sectional study. *International Journal of Nursing Practice*. e13050
- The Health Foundation (2021). Almost \$17bn needed to clear backlog and treat expected rise in patients needing NHS hospital care. 6 September. Available at: <https://www.health.org.uk/news-and-comment/news/almost-17bn-needed-to-clear-backlog-and-treat-expected-rise-in-patients>
- Tolksdorf, K. H., Tischler, U. and Heinrichs, K. (2022). Correlates of turnover intention among nursing staff in the COVID-19 pandemic: a systematic review. *BMC Nurs* 21, 174 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00949-4>
- U.S. Bureau of Labor Statistics (2022). Occupational Outlook Handbook, Registered Nurses, Available at: <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm>
- Van den Heede, K., *et al.* (2022). Nurse staffing on Belgian intensive care units: the impact of two years of COVID-19 pandemic. *KCE Reports* 353, 500
- Visontay, E. (2021). "NSW hospitals resort to flying nurses in from overseas as staff are begged to take extra shifts amid Covid crisis". *The Guardian* online, 31 December. Available at: <https://www.theguardian.com/australia-news/2022/jan/01/nsw-hospitals-resort-to-flying-nurses-in-from-overseas-as-staff-are-begged-to-take-extra-shifts-amid-covid-crisis>
- Wang, T., Abrantes, A.C.M. and Liu, Y. (2023). Intensive care units nurses' burnout, organizational commitment, turnover intention and hospital workplace violence: A cross-sectional study. *Nursing open*, 10(2), 1102-1115
- Washeya, F. N. and Fürst, L. N. (2021). Work Features that Influence the Retention of Professional Nurses in the Public Health Sector in Windhoek, Namibia. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 23(1), 17-pages
- Wenger, S. (2021). Covid-19 to bring nursing staff more than applause. Swiss Community. 8August. Available at: <https://www.swisscommunity.org/en/news-media/swiss-review/article/covid-19-to-bring-nursing-staff-more-than-applause>
- WHO (2016a). High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. WHO: Geneva. <https://www.who.int/teams/high-level-commission-on-health-employment-and-economic-growth/recommendations>
- WHO (2016b). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. WHO, Geneva. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>
- WHO (2016c). *Working for health and growth: investing in the health workforce*. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1>
- WHO (2020a). *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- WHO (2020b). SOWN country reports. National Health Workforce Accounts Data Portal. Available at: <https://apps.who.int/nhwportal/Sown/Index>
- WHO (2020c). *Managing health workforce migration - The Global Code of Practice*. WHO, Geneva. Available at: <https://www.who.int/teams/health-workforce/migration/practice>
- WHO (2020d). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. Report of the WHO Expert Advisory Group on the Relevance and Effectiveness of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. WHO, Geneva. Available at: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_9-en.pdf
- WHO (2021a). *Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery 2021-2025*. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863>
- WHO (2021b). *Impact of COVID-19 on human resources for health and policy response: the case of Plurinational State of Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador and Peru. Overview of findings from five Latin American countries*. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039001>
- WHO (2021c). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel National reporting Instrument 2021*. Available at: <https://www.who.int/publications/m/item/nri-2021>
- WHO (2021d). *Health Workforce Support and Safeguards List, 2020*. Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/hwf-support-and-safeguards-list8jan.pdf?sfvrsn=1a16bc6f_10

WHO (2022a). *Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic*: November–December 2021 Interim report. February. Available at: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1

WHO (2022b). World failing in 'our duty of care' to protect mental health and well-being of health and care workers, finds report on impact of COVID-19. Available at: <https://www.who.int/news/item/05-10-2022-world-failing-in--our-duty-of-care--to-protect-mental-health-and-wellbeing-of-health-and-care-workers--finds-report-on-impact-of-covid-19> WHO, October

WHO (2022c). "Women in the health and care sector earn 24 percent less than men". Available at: <https://www.who.int/news/item/13-07-2022-women-in-the-health-and-care-sector-earn-24-percent-less-than-men>

WHO (2022d). *Strengthening the collection, analysis and use of health workforce data and information: a handbook*. WHO: Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058712>

WHO (2023a). Statement on the fourteenth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. 30 January. Available at: [https://www.who.int/news/item/30-01-2023-statement-on-the-fourteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/30-01-2023-statement-on-the-fourteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)

WHO (2023b). "WHO renews alert on safeguards for health worker recruitment." 14 March 2023. Available at: <https://www.who.int/news/item/14-03-2023-who-renews-alert-on-safeguards-for-health-worker-recruitment>

WHO (2023c). WHO National Health Workforce Accounts (NHWA). WHO: Geneva. Available at: <https://apps.who.int/nhwaportal/>

WHO Europe (2022). *Health and care workforce in Europe: time to act*. WHO Regional Office for Europe. Available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339>

WHO Regional Office for Africa (2021). Rapid Policy Brief Number: 011-03 - COVID-19 response capacity with the health system: Health workforce recruitment and retention. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa

Williams, G. *et al.* (2020). How are countries supporting the mental health and wellbeing of their health workforce? WHO European Observatory, Brussels. 21 May. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336298/Eurohealth-26-2-58-62-eng.pdf>

World Bank (2022). Chap 1. The economic impacts of the COVID-19 crisis. World Development Report 2022. World Bank, USA. Available at: <https://www.worldbank.org/en/publication/wdr2022/brief/chapter-1-introduction-the-economic-impacts-of-the-covid-19-crisis>

World Bank Group *et al.* (2021). ECSA Eastern, Central and Southern African Region. Education and Labor Markets for Nurses. Challenges and Opportunities July 2020. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WBG_ECSA%5B12%5D.pdf

Worldometer (2023). Accessed 13 February. Available at: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

Yang, Y. T. and Mason, D. J. (2022). COVID-19's impact on nursing shortages, the rise of travel nurses, and price gouging. *Health Affairs Forefront*

Yle (2021). "FM Saarikko: Finland needs to accept more foreign workers". 15 July. Available at: https://yle.fi/uutiset/osasto/news/fm_saarikko_finland_needs_to_accept_more_foreign_workers/12021081

Yun, M. R. and Yu, B. (2021). Strategies for reducing hospital nurse turnover in South Korea: Nurses' perceptions and suggestions. *Journal of Nursing Management*

Zárate-Grajales, R.A., *et al.* (2022) Sociodemographic and work environment correlates of missed nursing care at highly specialized hospitals in Mexico: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 126:104140

Zhao, Y. *et al.* (2019). Costs and effects of higher turnover of nurses and Aboriginal health practitioners and higher use of short-term nurses in remote Australian primary care services: an observational cohort study. *BMJ open*, 9(2), e023906



International Council of Nurses
The global voice of nursing