

Globalne strateške  
usmeritve za

# ZDRAVSTVENO NEGO IN BABIŠTVO

2021-2025

izobraževanja

delovna mesta

vodenje

zagotavljanje storitev



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -  
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER,  
BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE



World Health  
Organization

# GLOBALNE STRATEŠKE USMERITVE ZA ZDRAVSTVENO NEGO IN BABIŠTVO 2021-2025

ISBN 978-92-4-003386-3 (elektronska verzija)

ISBN 978-92-4-003385-6 (tiskana verzija)

© Svetovna zdravstvena organizacija 2021

Nekatere pravice so pridržane. To delo je dostopno pod licenco Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Pod pogoji, ki so določeni s to licenco, je dovoljeno kopiranje, redistribucija in prilagoditev dela za nekomercialne namene pod pogojem, da je delo ustrezno citirano, kot je to določeno spodaj. Pri kakršnikoli uporabi tega dela ne sme biti nakazano, da Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) podpira katerokoli posebno organizacijo, izdelke ali storitve. Uporaba logotipa SZO ni dovoljena. Če delo prilagodite in spremenite, morate svoje delo licencirati pod enako ali ekvivalentno licenco Creative Commons. Če delo prevedete, morate navesti naslednje pravno obvestilo: »Tega prevoda ni opravila Svetovna zdravstvena organizacija (SZO). SZO ni odgovorna za vsebino in pravilnost tega prevoda. Originalna angleška izdaja je obvezujoča in avtentična izdaja.«

Vsakršna mediacija v povezavi z nesporazumi glede licence se bo odvijala v skladu s pravili mediacije, kot jih postavlja Svetovna organizacija za intelektualno lastnino (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Priporočljivo citiranje. Globalne strateške usmeritve za zdravstveno nego in babištvo 2021–2025  
Ženeva: World Health Organization, 2021. Licenca: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Kataložni zapis o publikaciji (CIP). Podatki CIP so dosegljivi na <http://apps.who.int/iris>.

Prodaja, pravice in licenciranje. Publikacije WHO lahko naročite in kupite na <http://apps.who.int/bookorders>.  
Prošnje za komercialno uporabo in vprašanja o pravicah in licencah lahko oddate na <http://www.who.int/about/licensing>.

Gradiva tretjih oseb. Če želite uporabiti gradiva iz tega dela, ki jih pripisujejo tretji osebi, kot so tabele, številke ali slike, je vaša odgovornost, da se odločite, ali potrebujete dovoljenje za uporabo in pridobite dovoljenje lastnika avtorskih pravic. Tveganje za zahtevke zaradi kršitev glede katerihkoli delov v tem delu, ki so v lasti tretje osebe, je v celoti na strani uporabnika.

Splošna pravna obvestila. Oznake, ki so uporabljene v predstavitvi gradiva v tej publikaciji, ne pomenijo izražanja kakršnegakoli mnenja SZO, ki se tiče pravnega statusa katerekoli države, teritorija, mesta ali območja njegovih avtoritet ali glede razmejitev njihovih meja. Pikčaste in črčkane črte na zemljevidu predstavljajo približne mejne črte, ki še niso nujno popolnoma določene.

Omemba določenih podjetij ali določenih izdelkov proizvajalca ne pomeni, da jih je SZO potrdil ali priporočil pred drugimi podobnimi proizvajalci, ki pa niso navedeni. Razen napak in opustitev se imena lastniških izdelkov razlikujejo po začetnih tiskanih črkah.

SZO je izkoristil vse razumne previdnostne ukrepe, da bi preveril informacije, ki jih vsebuje ta publikacija. Vendar pa je objavljen material distribuiran brez kakršnekoli garancije, ki je izražena ali nakazana. Odgovornost za interpretacijo in uporabo gradiv ima bralec. SZO v nobenem primeru ni odgovoren za škodo, ki nastane iz uporabe.

**Prevod v slovenski jezik: Nina Bishop**

**Terminološki in kulturni pregled prevoda: prof. dr. Brigita Skela Savič, znanstvena svetnica**

**Lektorirala: Jelica Žalig Grce**

# KAZALO

Zahvala ..... iv

Povzetek ..... v

POGLAVJE **1** Ozadje ..... 1

POGLAVJE **2** Strateške usmeritve in prioritete politik od 2021–2025 ... 3

2.1 Politika v središču: **Izobraževanje** ..... 7

2.2 Politika v središču: **Delovna mesta** ..... 10

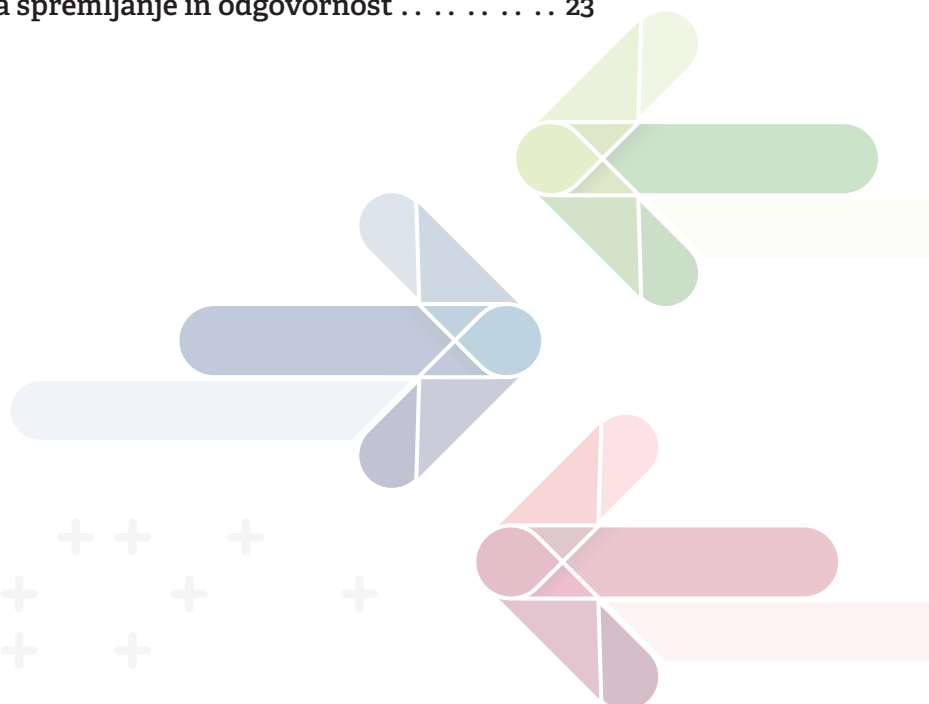
2.3 Politika v središču: **Vodenje** ..... 13

2.4 Politika v središču: **Zagotavljanje storitev** ..... 15

Zaključek ..... 17

Viri ..... 18

Aneks: Okvir za spremljanje in odgovornost ..... 23



# Zahvala

Oddelek za delovno silo v zdravstvu (Health Workforce Department) pri SZO se zahvaljuje številnim posameznikom in organizacijam, ki so sodelovali v spletnih globalnih in regionalnih konzultacijah, za njihove komentarje po e-pošti in državam članicam za njihov prispevek popravljenemu osnutku.

SZO se zahvaljuje tudi sodelujočim centrom za zdravstveno nego in babištvo, globalni kampanji Nursing Now, Mednarodnemu svetu medicinskih sester (International Council of Nurses), Mednarodni konfederaciji bobic (International Confederation of Midwives) in drugim strokovnim organizacijam za njihove prispevke k osnutku Globalnih strateških usmeritev za zdravstveno nego in babištvo 2021–2025.

Konceptualizacijo, tehnični razvoj in celotno koordinacijo dela so opravili Carey McCarthy, Oddelek za delovno silo v zdravstvu (Health Workforce Department), s podporo regionalnih oddelkov SZO (WHO Regional Offices), Oddelek za materinstvo, novorojenčke, zdravje otrok in najstnikov ter staranje in pisarna predstavnika zdravstvene nege pri SZO (WHO Chief Nursing Officer), za tehnični nadzor in usmeritev sta poskrbela Giorgio Cornetto, vodja enote ter James Cambell, direktor Oddelka za delovno silo v zdravstvu (Health Workforce Department).

Nastanek tega dokumenta je bil omogočen s finančno podporo Nemčije, Norveške in Partnerstva za univerzalno zdravstveno pokritost (Universal Health Coverage Partnership) (SZO, Evropska unija, Belgija, Kanada, Francija, Irska, Japonska, Luksemburg in Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske).

---

## SEZNAM KRATIC

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija

OZN – Organizacija združenih narodov

WHA – World Health Assembly

NHWA – National Health Workforce Accounts

# Povzetek

*Globalne strateške usmeritve za zdravstveno nego in babištvo 2021–2025* (v nadaljevanju *Globalne strateške usmeritve 2021–2025*) predstavljajo prakse, temelječe na dokazih in med sabo povezano skupino prednostnih politik, ki lahko državam pomagajo zagotoviti, da babice in medicinske sestre prispevajo k temu, da bi dosegli univerzalno zdravstveno pokritost in doseganje drugih ciljev pri zdravju prebivalstva.

Globalne strateške usmeritve 2021–2025 vključujejo štiri glavna področja: izobraževanje, delovna mesta, vodenje in zagotavljanje storitev. Vsako področje ima »strateško usmeritev«, ki opisuje cilj za obdobje naslednjih pet let, in vključuje dve do štiri prednostne politike. Ko so te prednostne politike vpeljane, lahko vplivajo na napredek pri štirih strateških usmeritvah: 1) izobraziti dovolj babic in medicinskih sester s kompetencami za zadostitev zdravstvenih potreb prebivalstva; 2) ustvarjanje delovnih mest, upravljanje z migracijami in zaposlovanje babic in medicinskih sester in kako jih obdržati tam, kjer jih najbolj potrebujejo; 3) okrepitev vodenja zdravstvene nege in babištva z zdravstvenimi in akademskimi sistemi in 4) babicam in medicinskim sestram zagotoviti podporo, spoštovanje, zaščito, motivacijo in opremo, da lahko tako varno in optimalno prispevajo k izvedbi storitev v delovnih okoljih.

Prednostne politike so vezane na trg dela v zdravstvu. Ta perspektiva omogoča celostno razumevanje sil, ki vplivajo na pomanjkanje in presežke, geografsko neuravnoteženost in manj uspešno izvajanje storitev babic in medicinskih sester. Predlagani način izvedbe za *Globalne strateške usmeritve 2021–2025* so inkluzivni proces, osnovan na zanesljivih podatkih in analizi, na dialogu med politikami različnih sektorjev in sprejemanju odločitev o primernem ukrepanju in vlaganju, ki temelji na dokazih. Okvir za spremljanje in odgovornost vključuje neprestano sprejemanje odločitev o posredovanju podatkov ter spodbude za ustanavljanje mehanizmov poročanja za države članice SZO.

Primarne ciljne skupine *Globalnih strateških usmeritev 2021–2025* so načrtovalci delovne sile v zdravstvu in snovalci politik, pa tudi izobraževalne ustanove, delodajalci v javnem in zasebnem sektorju, strokovna združenja, sindikati delavcev, bilateralni in multilateralne partnerji za razvoj, mednarodne organizacije in civilna družba.

Načrtovani učinek *Globalnih strateških usmeritev 2021–2025* je, da bodo države babicam in medicinskim sestram v celoti omogočile, da prispevajo k naslednjim skupnim ciljem: univerzalna zdravstvena pokritost za primarno zdravstveno varstvo in upravljanje z epidemijo koronavirusa (COVID-19); omilitev učinkov podnebnih sprememb na zdravje; upravljanje z mednarodnimi migracijami in zagotavljanje dostopa na podeželju, v oddaljenih krajih ter otoških državah v razvoju.

Globalne strateške usmeritve 2021–2025 uporabljajo termina »babica« in »medicinska sestra« za točno določene poklicne skupine, kot so opisane v Mednarodni standardni klasifikaciji poklicev iz leta 2008. SZO ceni poklicno razlikovanje med babico in medicinsko sestro. *Globalne strateške usmeritve 2021–2025* poudarjajo prednostna vprašanja in deljene odzive na politike, ki imajo učinek na oba poklica. Dejanja bi morala biti specifična tako glede na kontekst kot tudi glede na skupino, samo tako bi bil prispevek babic in medicinskih sester kar se da velik, kar bi prispevalo k večji učinkovitosti delovne sile v zdravstvu in izboljšalo dostop do kakovostnih zdravstvenih storitev.

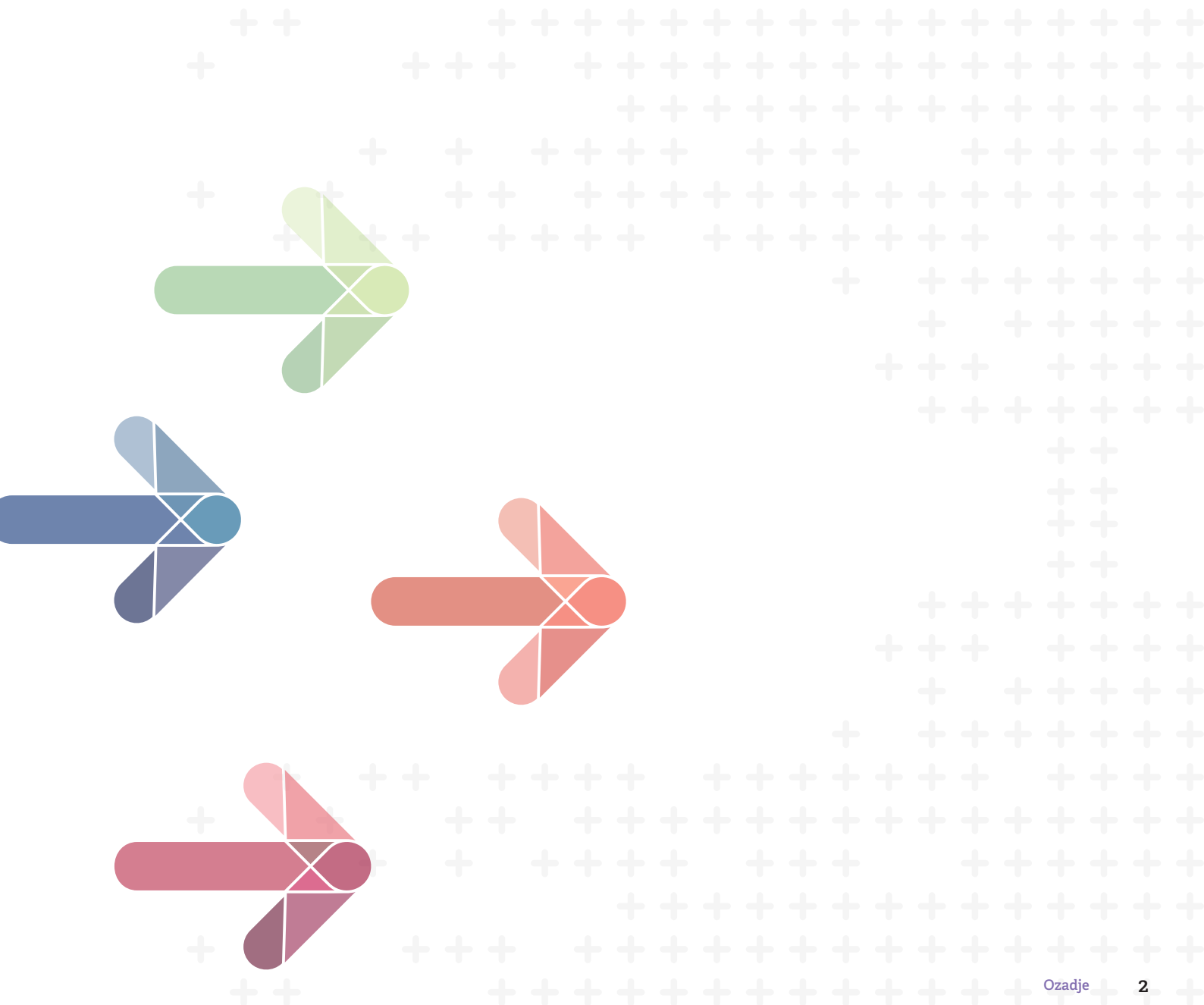
Epidemija koronavirusne bolezni (COVID-19) je okrepila osnovno potrebo po zaščiti in vlaganju v vse poklice, ki so povezani s kapacitetami pripravljenosti in odzivnosti v javnem zdravstvu in najpomembnejših zdravstvenih storitvah.

# Ozadje

1. Agenda Organizacije združenih narodov (OZN) (Agenda for Sustainable Development) za trajnostni razvoj do leta 2030 in 17 ciljev trajnostnega razvoja, med drugim, postavljajo jasne cilje glede zdravja, izobraževanja, enakosti med spoli, dostojnega dela in inkluzivne rasti (1). Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) globalno vodi k tretjemu cilju trajnostnega razvoja, katerega koncept je univerzalna zdravstvena pokritost in podpira države članice SZO, da optimizirajo zdravstveno delovno silo za doseganje univerzalne zdravstvene pokritosti in drugih ciljev v zdravstvu (2).
2. SZO je pomagala pri razvoju Globalne strategije Združenih narodov za zdravje žensk, otrok in najstnikov (2016–2030) (UN Global strategy for women's, children's and adolescents' health) (3). Leta 2016 so države članice sprejele Globalno strategijo za človeške vire za zdravstvo: delovna sila 2030 (Global strategy for human resources for health: workforce 2030) (4), ki je identificirala potencialni primanjkljaj v višini približno 18 milijonov zdravstvenih delavcev do leta 2030 v primerjavi z zahtevami delovne sile v zdravstvu, da bi dosegli cilje trajnostnega razvoja, ki so povezani z zdravjem. Politike v globalni strategiji so povezane s ciljem trajnostnega razvoja 3c z namenom močno povečati financiranje zdravstva ter zaposlovanje, razvoj, usposabljanje in zadržanje zaposlenih v zdravstvu, da bi tako dosegli univerzalno zdravstveno pokritost. Vendar pa se v mnogih državah potrebe prebivalstva po delavcih v zdravstvu ne ujemajo z družbenimi in ekonomskimi potrebami ali s tehničnimi in finančnimi viri, ki bi omogočali, da se potrebna delovna sila v zdravstvu tudi zagotovi.
3. Zaradi prepoznavanja neskladja med trgi dela v zdravstvu na nacionalnih in globalnih ravneh in potrebe po medsektorskem odzivu je generalni sekretar OZN ustanovil Visoko komisijo za zaposlovanje v zdravstvu in ekonomsko rast (High-level Commission on Health Employment and Economic Growth) (5). Komisija je ugotovila, da vlaganje v izobraževanje in razvoj delovnih mest v zdravstvenem in javnem sektorju lahko poganjata inkluzivno ekonomsko rast, vključno z ekonomsko opolnomočenostjo žensk in mladih: skoraj 70 % delovnih mest v zdravstvu zasedajo ženske. Poleg tega je komisija pripravila predloge, kako dodatno zagotoviti najmanj 40 milijonov delovnih mest v zdravstvenem in socialnem sektorju ter zmanjšati pričakovano pomanjkanje 18 milijonov zdravstvenih delavcev.
4. Določitev leta 2020 kot mednarodnega leta medicinskih sester in babic (6) je bila izjemna priložnost za izboljšanje implementacije prejšnjih resolucij in odločitev Svetovne

zdravstvene skupščine (World Health Assembly) glede delovne sile v zdravstveni in babiški negi. V tem letu omogočeno zagovorništvo in poročanje o podatkih (kot še nikoli pred tem) je prispevalo k nastanku prvega Poročila o stanju zdravstvene nege v svetu (*State of the world's nursing report*) (7) in tretjega Poročila o stanju babištva v svetu (*State of the world's midwifery report*) (8). SZO je spodbujala države, da so izkoristile zagon in uporabile ugotovitve iz poročil in »profile držav« za izvedbo medsektorskega dialoga o tem, kako in kdaj investirati v delovno silo v zdravstveni in babiški negi, da bi kar najbolje naslovili nacionalne zdravstvene prednosti.

5. Leto 2020 je bilo tudi čas izzivov v zdravstvu, ki jim doslej še nismo bili priča, ter globalnih družbenoekonomskih pretresov. Epidemija koronavirusne bolezni (COVID-19) je okrepila univerzalno potrebo po zaščiti in vlaganju v vse poklice v funkciji javnega zdravstva ter za zagotavljanje najpomembnejših storitev v zdravstvu. Pomembnost delovne sile v zdravstvu v odzivu na to in na prihodnje epidemije zahteva, da so prispevki babic in medicinskih sester pri univerzalni zdravstveni pokritosti in ciljih trajnostnega razvoja optimizirani s kohezivnim pristopom, ki deluje skupaj s trenutnimi strategijami in jih podpirajo SZO ter ključni partnerji.



# Strateške usmeritve in prednostne politike 2021–2025

6. Ponovno izpeljana 73. Svetovna zdravstvena skupščina (Seventy-third World Health Assembly (WHA)) je prosila SZO, »da bi se posvetila vsem območjem SZO in posodobila Globalne strateške usmeritve dejavnosti zdravstvene nege in babištva 2016–2020 (Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery 2016-2020) ter sledila konzultacijam z državami članicami ter to posodobitev posredovala v presojo 74. Svetovni zdravstveni skupščini« (9)<sup>1</sup>. Maja 2021 je 74. Svetovna zdravstvena skupščina sprejela Globalne strateške usmeritve 2021–2025 z resolucijo WHA (74.15).
7. Globalne strateške usmeritve 2021–2025 združujejo štiri področja – izobraževanje, delovna mesta, vodenje in zagotovitev storitev. Vsaka »strateška usmeritev« vključuje dve ali štiri prednostne politike, ki so potrebne za njeno uresničitev. Prednostne politike izhajajo iz objavljenih dokazov v Poročilu o stanju zdravstvene nege v svetu 2020 (State of the world's nursing report 2020) (7) in Poročila o stanju babištva v svetu (State of the world's midwifery report) (10). Da bi prepoznali najpomembnejše politike, je bilo izvedeno določanje prioritet potrebnih nalog, v kateri je sodelovalo 600 vodij zdravstvene nege in babištva iz ministrstev za zdravje, nacionalnih združenj za zdravstveno in babiško nego, regulatorjev, sodelujočih centrov SZO za zdravstveno in babiško nego, Nursing Now akcije na bienalnem Globalnem forumu vladnih vodij zdravstvene in babiške nege (WHO Global Forum of Government Chief Nursing and Midwifery Officers) in na sestanku triade, ki ga je gostila SZO, Mednarodna konfederacija

---

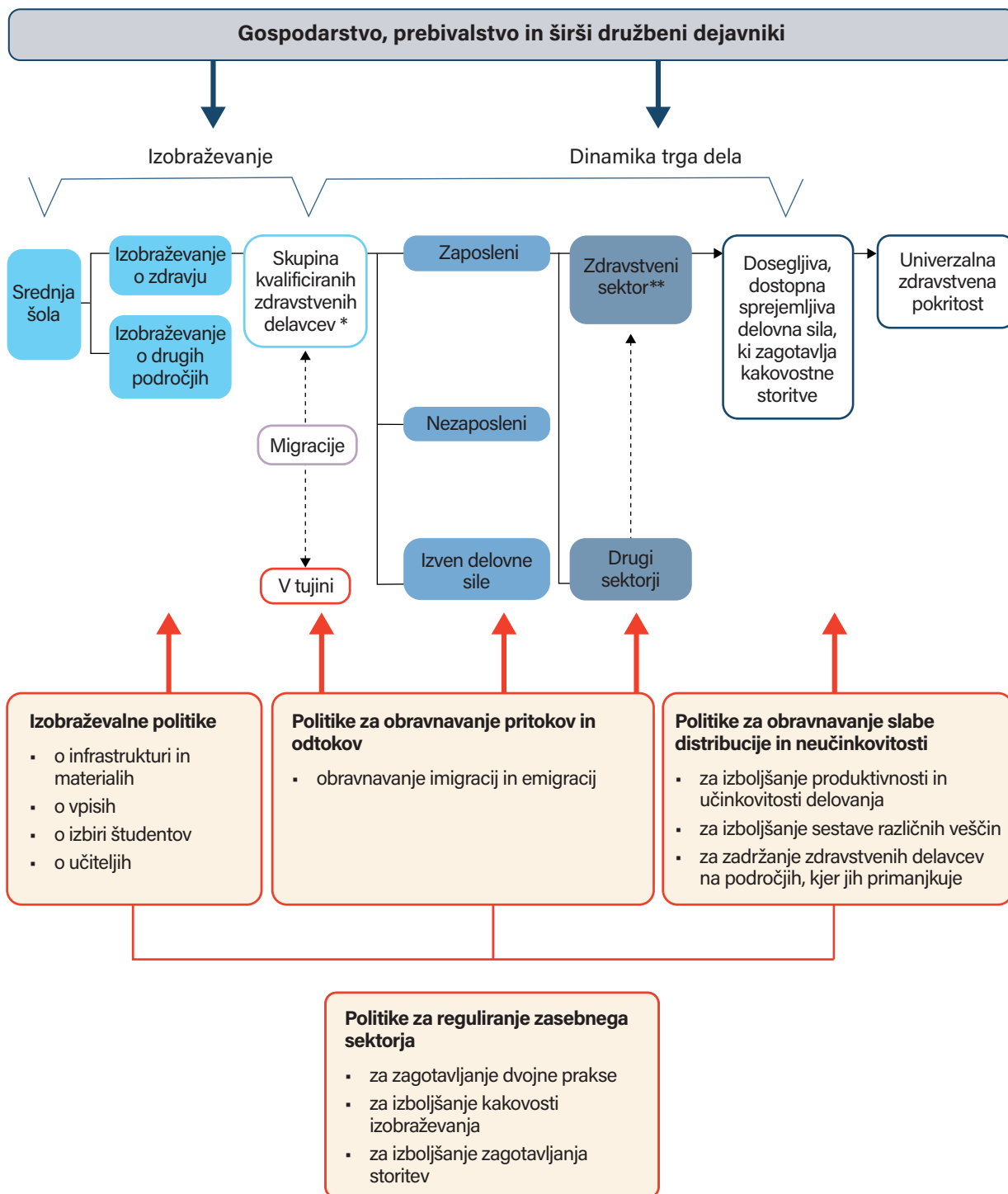
<sup>1</sup> »Osnutek za konzultacijo« je bil razširjen po vsem svetu v vseh uradnih jezikih SZO in v portugalsščini. Povratna informacija je bila dana v pisni obliki in preko desetih regionalnih in svetovnih konzultacij vladnih vodij za zdravstveno in babiško nego (Government Chief Nursing and Midwifery Officer) in ustreznimi deležniki; uradni postopek konzultacije je bil marca 2021 z državami članicami, ki so pregledale in podprle dokument, preden je bil predstavljen na 74. Svetovni zdravstveni skupščini.



- babice (International Confederation of Midwives) in Mednarodni svet medicinskih sester (International Council of Nurses) (11). Regionalni in globalni procesi konzultacij so potrdili in pomagali izboljšati prednostne politike.
8. Prednostne politike so med sabo povezane: problemi in odzivi na politike v enem so povezani s problemi in odzivi na politike pri drugih. Odnos med prednostnimi politikami je mogoče razumeti s pomočjo spodnje ilustracije, ki prikazuje shemo trga dela v zdravstvu (Slika 1).
  9. Okvir za trg dela v zdravstvu omogoča razumevanje glavnih dejavnikov, ki vplivajo na dostopnost, distribucijo, zmogljivost, okolje, v katerem se opravljajo storitve in učinkovitost delovanja delovne sile v zdravstveni in babiški negi pri zagotavljanju storitev, ki so osredotočene na posameznika, da bi dosegli univerzalno zdravstveno pokritost (12). Globalne strateške usmeritve 2021–2025 so namerno zgoščene in bralce spodbujajo, da za več podrobnosti in dokaznih informacij preberejo Poročilo o stanju zdravstvene nege v svetu 2020 (*State of the world's nursing report 2020*) in Poročilo o stanju babištva v svetu 2021 (*State of the world's midwifery report 2021*). Reference so dodane zato, da lahko vključimo relevantne dokaze, ki so bili objavljeni med ali po nastanku obeh poročil.
  10. Predlagana strategija implementacije odraža inkluzivni proces širokega sodelovanja za zagotavljanje zanesljivih nacionalnih podatkov, medsektorskega dialoga na področju politik, ki je podprt s podatki in analizo ter sprejemanjem odločitev na osnovi dokazov glede primernih politik in naložb. Čeprav ta dokument poudarja delovanje nacionalnega ministrstva za zdravje, je vloga ključnih deležnikov pri deljenju podatkov ključnega pomena za smiselno pomikanje proti vsaki strateški smernici, kot tudi sodelovanje pri dialogu na področju politik in razvoj implementacije politik skozi koordinirano delo ter usklajene naložbe.
  11. Okvir za spremljanje in odgovornost je strukturiran okoli stalnega sprejemanja odločitev o posredovanju podatkov (glej Aneks 1). Prihodnje poročanje o napredku namerno poteka skozi dva mehanizma za izmenjavo podatkov in informacij, ki obstajata že od prej: platforma za Poročila o nacionalni zdravstveni delovni sili (National Health Workforce Accounts (NHWA) (13) in bienalni Globalni forum za Globalne strateške usmeritve 2021–2025, ki se je odvijal hkrati s sestankom triade.
  12. Skozi ves dokument se termina »babica« in »medicinska sestra« navezujeta na točno določeni poklicni skupini, kot sta opisani v Mednarodni standardni klasifikaciji poklicev iz leta 2008 (14). SZO prepoznava in ceni strokovne razlike in način dela med babico in medicinsko sestro, pa tudi dejstvo, da se veliko držav odloči, da babice in medicinske sestre izobražuje in regulira skupaj, zato da zadosti potrebam zagotavljanja zdravstvenih storitev. Globalne strateške usmeritve 2021–2025 poudarjajo prednostna vprašanja, ki so najpomembnejša za oba poklica. Kjer so izzivi in odzivi na ravni politik drugačni, so navedeni posebej.



Slika 1 Shema trga dela v zdravstvu



\* Oskrba kvalificirane delovne sile v zdravstvu in socialnem varstvu, ki je pripravljena delati

\*\* Povpraševanje o delovni sili v zdravstvu in socialnem varstvu in v sektorjih, ki so povezani z zdravstvom in socialnim varstvom

Vir: Prilagojeno iz Sousa A, Scheffler RM, Nyomi J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. Bulletin of the World Health Organization 2013; 91:892-4.

Tabela 1 Povzetek globalnih strateških usmeritev in prednostnih politik 2021–2025

## IZOBRAŽEVANJE →

**Strateška usmeritev:** Diplomanti in diplomantke babištva in zdravstvene nege ustrezajo ali presegajo potrebe zdravstvenega sistema in imajo potrebno znanje, kompetence in odnos do izpolnjevanja nacionalnih prednostnih nalog na področju zdravja.

**Prednostna politika:** Uskladiti stopnje v izobraževanju zdravstvene nege in babištva z optimiziranimi vlogami znotraj zdravstvenih in akademskih sistemov.

**Prednostna politika:** Optimizirati nacionalno izobraževanje babic in medicinskih sester, da bi zadostili ali presegli potrebe zdravstvenega sistema.

**Prednostna politika:** Oblikovanje izobraževalnih programov, ki bodo osnovani na kompetencah, uporabljali učinkovite oblike učenja, zadostili standardom kakovosti in bili usklajeni s potrebami zdravja prebivalstva.

**Prednostna politika:** Zagotoviti, da so fakultete primerno usposobljene v najboljših pedagoških metodah in tehnologijah, z izkazano klinično ekspertizo na določenih vsebinskih področjih.

## DELOVNA MESTA →

**Strateška usmeritev:** Povečati število zdravstvenih delavcev s trajnostnim oblikovanjem delovnih mest v zdravstveni in babiški negi, učinkovitim zaposlovanjem in zadržanjem babic in medicinskih sester v poklicih ter z etičnim upravljanjem z mednarodno mobilnostjo in migracijami.

**Prednostna politika:** Načrtovati delovno silo v zdravstveni in babiški negi in predvidevati trg dela v zdravstvu.

**Prednostna politika:** Zagotoviti ustrezno povpraševanje (delovna mesta) z upoštevanjem zagotavljanja zdravstvenih storitev v primarnem zdravstvenem varstvu ter drugih zdravstvenih prioritet prebivalstva.

**Prednostna politika:** Vpeljati Globalni kodeks praks SZO za mednarodno zaposlovanje zdravstvenega osebja (WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel).

**Prednostna politika:** Privabljeni, zaposlovati in zadržati babice in medicinske sestre, kjer jih najbolj potrebujejo.

## VODENJE →

**Strateška usmeritev:** Povečati razmerje in avtoriteto babic in medicinskih sester na vodilnih delovnih mestih v zdravstvu in akademskem področju ter neprestano razvijati naslednjo generacijo vodij v zdravstveni in babiški negi.

**Prednostna politika:** Ustvariti in okrepiti upravljavska vodstvena delovna mesta v zdravstveni in babiški negi ter povečati njihov prispevek k zdravstvenim politikam.

**Prednostna politika:** Vlagati v razvoj vodstvenih veščin za babice in medicinske sestre.

## ZAGOTAVLJANJE STORITEV →

**Strateška usmeritev:** Babice in medicinske sestre delajo v največji možni meri v skladu s svojo izobrazbo in usposobljenostjo v okoljih, kjer je zagotavljanje storitev varno in podprto.

**Prednostna politika:** Pregledati in okrepiti strokovne regulacijske sisteme in podpirati krepitev zmogljivosti regulatorjev, kjer je to potrebno.

**Prednostna politika:** Prilagoditi politike glede delovnih mest tako, da se babicam in medicinskim sestram omogoči, da maksimalno prispevajo k zagotavljanju storitev zdravstvene nege v interdisciplinarnih zdravstvenih timih.



### Dokazi

13. **Med državami in znotraj držav obstaja veliko različnih »vstopnih« izobraževalnih programov za babice in medicinske sestre.** Različne stopnje imajo različne vpisne pogoje in različno dolge programe kot tudi potrdila o izobraževanju – od certifikatov do diplom na dodiplomskih in magistrskih programih (15–17). Ko se babice in medicinske sestre enkrat zaposlijo v zdravstvenem sistemu, se nazivi ne razlikujejo po tem, na kateri stopnji so pridobile kvalifikacijo. Pot do poklica babice je možna preko prvotnega izobraževanja za medicinsko sestro ali preko »direktnega vpisa« v izobraževalni program babištva. Vedno več je pozivov, naj se minimalno izobraževanje za babice in medicinske sestre standardizira na stopnji dodiplomskega študija (Bachelor degree level) (18–23). Babice in medicinske sestre s podiplomsko izobrazbo (advance education) lahko računajo na širšo odgovornost v zdravstvenem sistemu, vključno z vodenjem, raziskavami in poučevanjem (17, 24).
14. **Zagotavljanje kakovosti izobraževalnih programov zdravstvene in babiške nege in usposobljenost fakultet za visokošolski študij ostajajo ključni izzivi.** V Poročilu o stanju zdravstvene nege v svetu 2020 (*State of the world's nursing 2020*) in v Poročilu o stanju babištva v svetu 2021 (*State of the world's midwifery report 2021*) večina držav poroča o izobraževalnih standardih in o akreditacijskih mehanizmi. Vendar pa v mnogih državah, kjer obstajajo akreditacijski mehanizmi, postopek ne prepozna vprašanj, povezanih s kakovostjo in ne zagotavlja, da je izobraževanje učinkovito in relevantno za doseganje lokalnih prioritet v zdravstvu (25–27). Na primer v izobraževanju babištva ovire za kakovostno izobraževanje vključujejo zagotavljanje zadostnega praktičnega dela za študente v ustreznih kliničnih okoljih in okoljih za poporodno zdravstveno varstvo (28–30). Pomanjkanje ustrezno usposobljenih fakultet za izobraževanje babic in medicinskih sester je pogosta težava, še posebej na univerzitetni ravni in podiplomskih programih (31–33). Med 70 državami, ki so sodelovale v raziskavi Mednarodne konfederacije babic (International Confederation of Midwives) od leta 2019–2020, jih je manj kot polovica (46 %) poročalo o tem, da študente babištva izobražujejo »usposobljene babice« (8).
15. **Mnogo držav ne izobrazijo dovolj babic in medicinskih sester, da bi zadovoljili potrebam zdravstvenega sistema ali zdravstvenim potrebam prebivalstva.** Na nezadostno število babic in medicinskih sester glede na potrebe zdravstvenega sistema lahko vplivajo različni dejavniki, vključno z omejenimi kapacitetami visokošolskih zavodov za vpis ali ustrezno število diplomantov, nezadostni javnofinančni izdatki, pravila za omejevanje vpisa ali težave, povezane z infrastrukturo, lokacijo fakultete ali klinične prakse. Kjer kapacitete so, pa je lahko vpis nezadosten zaradi kulturnih in družbenih prepričanj o teh poklicih ali pa zato, ker delovni pogoji, plače ali karijerne poti niso privlačni (34–36). Končno ima lahko država premalo delovne sile, če diplomanti nimajo ustreznih kompetenc, da bi zadovoljili zdravstvenim potrebam prebivalstva.  
Za kompenzacijo nezadostnega števila domačih diplomantov se nekatere države, predvsem tiste z visokim dohodkom, po navadi bolj zanašajo na mednarodno mobilnost in migracije medicinskih sester (7, 37). V Poročilu o stanju zdravstvene nege v svetu 2020 (*State of the world's nursing report 2020*) in Poročilu o stanju babištva v svetu 2021 (*State of the world's midwifery report 2021*) so države poročale o izrazitih težavah pri zbiranju podatkov v povezavi s kapacitetami izobraževanja, diplomanti, stroški in financiranjem.

16. **Odziv na COVID-19 je še poudaril nove in obstoječe prioritete v izobraževanju medicinskih sester in bobic.** Odzivi na globalno epidemijo so opozorili na potrebo po inovativnih, odpornih in učinkovitih metodah izobraževanja bobic in medicinskih sester. Epidemija je opozorila na potrebo, da babice in medicinske sestre med izobraževanjem pridobijo kompetence, osnovane na timskem delu in vključujejo tudi uporabo digitalnih tehnologij (38–44). Medtem ko sta digitalno izobraževanje in ure simulacij za študente na nekaterih področjih že razširjena praksa (45–49), so velika vlaganja potrebna za zagotovitev učinkovitih oblik učenja, digitalne dostopnosti, ustreznih ocenjevanj in prilagojenega učenja ter za podporo fakulteti, da oblikuje in zagotovi digitalno učenje.

**Strateška usmeritev:** Diplomanti in diplomantke babištva in zdravstvene nege ustrezajo ali presegajo potrebe zdravstvenega sistema, imajo potrebno znanje in ustrezne kompetence za uresničevanje nacionalnih prioritet v zdravstvu.

17. **Prednostna politika: Poenotiti stopnje izobraževanja z optimiziranimi vlogami znotraj zdravstvenih in akademskih sistemov.** Pregled ustreznosti programskih stopenj glede na optimizirano mešanico veščin zdravstvenih strokovnjakov lahko kaže na potrebo po prilagoditvi in posodobitvi pogojev za vpis ali zaključek izobraževalnih programov zdravstvene nege in babištva. Največja pozornost je namenjena temu, kako obdržati čim več vstopnih točk v izobraževalne programe in zaposlenim v zdravstveni in babiški negi izboljšati status, tudi s pridobljeno diplomato visokošolskih izobraževalnih ustanov, ki bi zaposlenim prinesle več odgovornosti na zdravstvenem področju in priložnosti za napredovanje. Vendar pa se morajo le-te ujemati z zmožnostmi visokošolskih zavodov za razvoj novih programov in sposobnostjo vključevati diplomante v zdravstveni sistem in akademsko sfero.
18. **Ukrepi:** Oceniti, ali vstopni izobraževalni programi zdravstveno nego in babištvo pripravijo diplomante, da prevzamejo vloge v zdravstvenem sistemu in akademskem okolju ter svojo izobrazbo in usposobljenost lahko dobro uporabijo. Upoštevati »premostitvene« programe in druge mehanizme za nadgraditev izobraževalnih kvalifikacij študentov ter premisliti o tem, kako izobraževanje po zaključenem dodiplomskem študiju ustreza večji odgovornosti pri delu in se odraža tudi v plačilu. Raziskati geografsko usklajevanje pogojev za vpis in dokončanje študija, vključno s priložnostmi medpoklicnega izobraževanja in priprave študentov na multidisciplinarno timsko delo, ko so enkrat v delovnem okolju.
19. **Prednostna politika:** Optimizirati nacionalno izobraževanje bobic in medicinskih sester, da bi zadostili ali preseglili potrebam zdravstvenega sistema. V mnogih državah bodo za povečanje števila domačih diplomantov potrebne investicije, da bi tako pripomogli k razvoju fakultet in naslovili omejitve v infrastrukturi in tehnologiji. Različni vzvodi financiranja in nefinanciranja lahko pripomorejo k izobraževalnim potem v primarni zdravstveni oskrbi, raznolikosti študentov in fakultet, zagotovijo minimalno obdobje dela v javnem sektorju ali k razvoju in zadržanju diplomantov na delu v podeželskih in oddaljenih skupnostih.
20. **Ukrepi:** Medsektorski dialog s podatki s trga dela v zdravstvu iz javnih in zasebnih ustanov lahko pomaga identificirati možnosti glede politik, da bi uskladili število diplomantov zdravstvene nege in babištva s potrebami prebivalstva in zdravstva, na primer obravnava nezadostnega števila diplomantov, nizko število vpisanih ali neujemanje med doseženimi veščinami diplomantov in zdravstvenimi potrebami prebivalstva. Podatki in dialog lahko dajejo tudi informacije o tem, ali vzvodi financiranja in nefinanciranja (subvencije, posojila, izobraževanje na podeželju, usmerjene politike vpisov s podpornimi mehanizmi) lahko pomagajo izobraževanje uskladiti s prednostmi politike.

21. **Prednostna politika:** Oblikovanje izobraževalnih programov tako, da bodo temeljili na kompetencah in uporabljali učinkovite oblike učenja ter zadostili standardom kakovosti in bili usklajeni s potrebami zdravja prebivalstva. Na kompetencah temelječe izobraževanje, ki naj generira načrtovanje predmetnika in njegovo implementacijo na osnovi učnih izidov diplomanta, kar bo prispevalo zdravju skupnosti, tudi kadar gre za kompleksne zdravstvene probleme in bo uporaba ustreznih kompetenc zaželeno (50). Medtem ko je akreditacija izobraževanja v prvi vrsti mehanizem za odgovornost, ki zagotavlja, da ustanove dosegajo standarde kakovosti, služi tudi identifikaciji in ukvarjanju s področji, kjer bi morali izboljšati kompetence, število fakultet, vpisne pogoje ter kompetence študentov s posodobljenimi in kontekstualno relevantnimi predmetniki (26). Akreditacijski standardi bi morali biti vezani na nove trende v zdravstvenih storitvah, ki bodo vplivali na prihodnje zdravstvene prakse, vključno s spreminjajočimi se bremenimi boleznimi, na novo oblikovanimi zdravstvenimi sistemi, zdravstveno obravnavo, ki temelji na medpoklicnem timskem delu, pripravljenosti na katastrofe, varnosti pacientov in uporabi tehnologij.

22. **Ukrepi:** V sodelovanju z deležniki iz zdravstva in izobraževanja se definirajo učni cilji, usklajeni z zdravstvenimi potrebami in vlogami medicinskih sester in babic in delujočih v okoljih, ki so integrirana in v ospredje postavljajo ljudi, delo v zdravstvu in zdravstvena obravnava pa je osnovano na timskem delu. Zagotoviti je treba ustrezne temelje znanja, da bi omogočili najboljše prakse v nujenju zdravstvene obravnave in ustrezne priložnosti za klinično učenje v obdobju pred službo. Potrebna je akreditacija vseh izobraževalnih programov zdravstvene nege in babištva, vključno z zasebnimi profitnimi programi, da bi tako podprli visokokakovostno izobraževanje. Nujno je sodelovanje z akreditacijskimi organizacijami, da bi identificirali in ponovno naslovili vprašanje kakovosti. Okvir za dejavnosti, s katerimi bi okrepili izobraževanje babic (The Framework for action to strengthen midwifery education), je vodnik za razvoj visokokakovostnega, trajnostnega izobraževanja babic pred in med službovanjem s sedemstopenjskim načrtom delovanja za deležnike (51).

23. **Prednostna politika: Zagotoviti primerno usposobljenost fakultet z najboljšimi pedagoškimi metodami in tehnologijami z izkazano klinično ekspertizo na določenih vsebinskih področjih.** Za povečanje števila in kakovosti fakultet bo treba zagotoviti napredno usposabljanje ali izobraževanja o procesih in metodah izobraževanja, prav tako je treba identificirati strokovnjake na kliničnem področju za mentoriranje in spremljanje dela študentov v teh okoljih. Več bo treba vlagati v digitalne tehnologije in infrastrukturo ter fakultete usposabljati na študij na daljavo, klinične simulacije in delo s kliničnimi mentorji in študenti v oddaljenih okoljih in na podežlju. Učitelji morajo znati obdržati klinične kompetence in razvijati ter krepiti klinične, didaktične in raziskovalne veščine.

24. **Ukrepi:** Uporabijo se ugotovitve iz akreditacij, s katerimi se določijo področja, v katera je treba vlagati pri zaposlovanju na fakultetah, zadržanju zaposlenih in razvoju. Možne potrebne investicije so na področju informacijske tehnologije ali opreme ter v izboljšanju dostopa do digitalnih tehnologij za študente in fakultete na podežlju in v oddaljenih okoljih. Razviti je treba procese nagrajevanja in napredovanja zelo uspešnih fakultet. Spodbujati je treba premostitvene programe (na primer dokončanje dodiplomskih programov) ali programe, da bi z njimi povečali število kliničnih strokovnjakov, ki se lahko vpišejo v dodiplomske programe po določenih shemah, na katerih jih pripravijo tudi za področje vodenja, managementa in opravljanje kliničnih raziskav, vključno z možnostmi za podiplomska izobraževanja. Mreže akademikov in raziskovalcev in programi mednarodnih fakultetnih izmenjav so učinkoviti pri zagotavljanju raziskovalnih zmožnosti učiteljev.



### Dokazi

25. **Število in porazdelitev babic in medicinskih sester po svetu nista sorazmerna z univerzalno zdravstveno pokritostjo in s cilji trajnostnega razvoja.** Na svetu dela 27,9 milijona medicinskih sester, kar je 5,9 milijona medicinskih sester premalo glede na potrebe. To pomanjkanje je v državah z nizkimi in srednje visokimi dohodki izredno (89 %). Medtem ko so napovedi, da se bo do leta 2030 število medicinskih sester povečalo na 36 milijonov, je 70-% porast pričakovan v državah z višjim srednjim dohodkom in visokim dohodkom. Število medicinskih sester je ocenjeno na 1,9 milijona s podobno neenakomerno porazdelitvijo med državami z nizkim in nizkim do srednje visokim dohodkom. Z dostopom do ustreznega izobraževanja, ureditvami in drugo podporo bi lahko babice zadostile okoli 90 % svetovnih potreb za zdravstvene intervencije na področju spolnosti, reprodukcije, materinstva, novorojencev in najstnikov (8). Vendar pa babice predstavljajo manj kot 10 % vse globalne delovne sile, ki zagotavlja takšne storitve, kar kaže na potrebo po razširitvi ekonomske potrebe po oblikovanju služb v babištvu. Medtem ko se podatki glede medicinskih sester in babic v Poročilu o stanju zdravstvene nege v svetu 2020 (*State of the world's nursing report 2020*) in Poročilu o stanju babištva v svetu 2021 (*State of the world's midwifery report 2021*) osredotočajo predvsem na število oziroma »zalogo«, so veliki izzivi še vedno, kako razlikovati med babicami, medicinskimi sestrami in medicinskimi sestrami-babicami ter poročanje o dodatnih podatkih, ki so potrebni za načrtovanje delovne sile in analize trga dela v zdravstvu.
26. **Mednarodna mobilnost delovne sile in migracije so vedno bolj pomembne za veliko število področij in za mnoge deležnike.** Približno ena od osmih medicinskih sester dela v državi, v kateri ni bila rojena oziroma se tu ni izobraževala. Zanašanje na delovno silo, ki jo sestavljajo medicinske sestre, rojene v tujini ali so se izobraževale v tujini, je petnajstkrat višja v državah z visokim dohodkom kot v državah, ki so v drugih kategorijah držav glede višine dohodka. Podobno velja za babice, saj je bilo zanašanje na babice, rojene v tujini ali so se izobražile v tujini, manjše v državah z nizkim in nizkim do srednje visokim dohodkom. Manjše države v razvoju imajo lahko velike težave pri zadržanju zdravstvenih delavcev, ki lahko več zaslužijo v bolj stoječih sosednjih državah (52–54). Medtem ko je naraslo število meddržavnih sporazumov o mednarodni mobilnosti zdravstvenih delavcev, ministrstva za zdravje in drugi deležniki v zdravstvu niso sistematično vključeni v pogajanja in implementacijo teh sporazumov (55). Mednarodna mobilnost delavcev in migracije so se morda med epidemijo COVIDA-19 povečale, ker je tudi potreba po delovni sili medicinskih sester večja, ovire za vstop v delo pa so se sprostile (56).
27. **Zaposlovanje in zadržanje je skorajda univerzalna težava, predvsem za podeželje, oddaljene kraje in manjše (otoške) države v razvoju (52, 57, 58).** V nekaterih primerih lahko manjša razpoložljivost sovpada z nezaposlenostjo in omejitvami v fiskalnem ali finančnem sektorju ali ker so se izvajalci zdravstvene nege odločili za delo v drugih sektorjih (59, 60). Ko se enkrat zaposlijo, babice in medicinske sestre izkusijo dejavnike »potiska in potega« (push and pull factors), kot je dobro dokumentirano, vključno s spolno neenakostjo in neenako porazdelitvijo moči, ki lahko prevladujejo v politikah in dokumentih o delovnih mestih (34, 61, 62). Raznolikost finančnih in nefinančnih spodbud lahko vpliva na zadržanje babic in medicinskih sester na podeželju, v oddaljenih in drugih krajih, kjer

te delovne sile primanjkuje, vključno s strokovno avtonomijo in možnostjo dela v polnem obsegu (53, 57, 58, 63-65). Za oba poklica je COVID-19 pokazal na luknje v politikah, ki vplivajo na zadržanje babic in medicinskih sester v zdravstvenem sistemu in za zagotavljanje poklicnega zdravja in varnosti, ki vplivajo na okužbe, bolezen in smrt, skupaj z izgorelostjo, odsotnostjo in s tem povezanim vplivom na zagotavljanje zdravstvenih storitev (66–69).

**Strateška usmeritev:** Povečati število zdravstvenih delavcev s trajnostnim oblikovanjem delovnih mest v zdravstveni negi in babištvo, učinkovitim zaposlovanjem in zadržanjem babic in medicinskih sester v poklicu ter z etičnim upravljanjem z mednarodno mobilnostjo in migracijami.

28. **Prednostna politika: Načrtovanje delovne sile v zdravstveni negi in babištvo in predvidevanja glede na trg dela v zdravstvu.** Upoštevanje trga dela v zdravstvu omogoča celostno razumevanje tega, kaj vpliva na pomanjkanje in presežke zdravstvenih delavcev, mešanico različnih veščin in geografskih neravnotežij ter slabšo učinkovitost. Podatki o zalogah in distribuciji, pa tudi o izobraževanju (kandidati, fakultete, diplomanti) in o zaposlitvi (prosta delovna mesta, fluktuacija, migracije) so ključnega pomena za razvoj učinkovitih politik delovne sile in za napovedovanje in načrtovanje prihodnjih potreb. Države tipično uporabljajo tržne analize o delovni sili v zdravstvu v procesu razvoja in nadgradnje strateških in investicijskih načrtov o zdravstvenih delavcih.

29. **Ukrepi:** Za prepoznavanje glavnih problematik politik in podatkov, ki so potrebni za analizo, je ključnega pomena večsektorski pristop, ki ga vodijo ministrstvo za zdravje in vladni vodilni delavci v zdravstveni negi in babištvo v koordinaciji in sodelovanju z ministrstvi za izobraževanje, finance in delo, družbeni razvoj ter zasebnimi, nevladnimi in neprofitnimi sektorji. Države bi morale okrepiti uporabo Poročila o nacionalni zdravstveni delovni sili za zbiranje podatkov, ki so potrebni za analizo trga dela v zdravstvu in upravljanje z delovno silo. Načrtovanje in napovedovanje bi moralo upoštevati najboljša možna področja uporabe, kot je na primer avtonomna praksa babic v skupnostih in avtonomno delo medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu. Dialog ob upoštevanju trga dela v zdravstvu pokaže tudi, kako modeli za zagotavljanje storitev, na primer kontinuirana babiška obravnava, lahko vplivajo na dostopnost, kakovost obravnave, zadovoljstvo na delovnem mestu ter zaposlovanje in zadržanje delavcev.

30. **Prednostna politika: Zagotoviti ustrezno povpraševanje (delovna mesta) z upoštevanjem zagotavljanja zdravstvenih storitev v primarnem zdravstvenem varstvu ter drugih zdravstvenih prednosti prebivalstva.** Treba bo zagotoviti 5,9 milijona novih delovnih mest za medicinske sestre in babice z obstoječim nacionalnim financiranjem z večjim poudarkom na domačih virih mobilizacije (70). Nekatere države z nizkim ali nizkim do srednje visokim dohodkom se bodo srečale z izzivi nezadostnega ustvarjanja delovnih mest za babice in medicinske sestre, ki so potrebne za doseg univerzalne zdravstvene pokritosti (71). Usklajenost obveznosti z donatorji, razvojnimi partnerji in ustanovami za mednarodno financiranje lahko omogoči trajnostno optimizirano podporo, ki usklajuje finančne tokove in politike z ekonomskimi, družbenimi in okoljskimi prednostmi Agende za trajnostni razvoj do leta 2030 (72). To bo omogočilo krepitev delovne sile medicinskih sester in babic ter hkrati zagotavljalo, da bo masa plač lahko večja, tako da bo lažje doseči univerzalno zdravstveno pokritost in druge cilje v zdravstvu.

31. **Ukrepi:** Analiza trga dela v zdravstvu skupaj z analizo ekonomske izvedljivosti lahko pomaga pri uveljavljanju optimiziranih investicij v zaposlovanje medicinskih sester in babic. Domača mobilizacija virov lahko vključuje dodatno porazdelitev sredstev iz proračuna za zaposlitev medicinskih sester



in babic in vključitvijo zasebnega sektorja v različne in trajnostne finančne modele za dolgoročno zagotovitev razpoložljivosti babic in medicinskih sester. Države, ki prejemajo pomoč za razvoj, bodo morda morale identificirati priložnosti za spodbujanje medsektorskega financiranja za podporo strategijam v povezavi z delovno silo v zdravstvu in uvedbo inovativnih finančnih mehanizmov, kot je institucionalno združevanje skladov, medtem ko se trajnostno povečujejo kapacitete mase plač. Nova delovna mesta in zaposlitvene priložnosti bi morali biti med prebivalstvom enako dosegljivi in prispevati k večjemu številu medicinskih sester in babic.

32. **Prioritetna politika: Vpeljati Globalni kodeks praks SZO za mednarodno zaposlovanje zdravstvenega osebja (kodeks) (WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel) (the Code).** Kodeks je priznan kot univerzalni etični okvir, ki povezuje mednarodno zaposlovanje zdravstvenih delavcev in krepitev zdravstvenih sistemov. Uporaba kodeksa lahko pomaga zagotavljati univerzalno zdravstveno pokritost ter odzivnost in upravljanje z nujnimi zdravstvenimi primeri v državah članicah. Kodeks služi temu, da podpira države pri premagovanju težav in manj k sklepanju kompromisov, spodbuja učenje iz izkušenj in dosežkov v drugih državah članicah.

33. **Ukrepi:** Interesi deležnikov v zdravstvenem sistemu, vključno z ministrstvi za zdravje, morajo biti del razprav, ki so povezane z mednarodnimi migracijami zdravstvenih delavcev in mobilnostjo. Sporazumi med državami na tem področju bi v največji možni meri morali biti osnovani izrecno na analizah trga dela v zdravstvu (da nimajo negativnih učinkov na zdravstveni sistem države izvora) in o njih bi morali poročati s pomočjo mehanizmov poročanja iz kodeksa. V današnjem globaliziranem gospodarstvu obstajajo upravljalni in regulativni okvirji za zaposlitvene standarde, ki spodbujajo enake možnosti za dostojno in produktivno delo za vse spole (73).

34. **Prednostna politika: Privabljati, zaposlovati in zadržati babice in medicinske sestre, kjer jih najbolj potrebujejo.** Medsektorska vključenost deležnikov je ključnega pomena za identificiranje težav in rešitev za izboljšanje zaposlovanja in zadržanja babic in medicinskih sester v poklicu na področjih, kjer jih najbolj potrebujejo, in da se nobeno področje ne zapostavlja. Politike, ki so vezane na delovna mesta, se lahko uporabijo za izboljšanje enakovrednega dostopa do zdravstvenih storitev, za bolj intenzivno ukvarjanje s spolno diskriminacijo ter za zagotavljanje varnosti babic in medicinskih sester. Ti vidiki so še posebej pomembni v nujnih zdravstvenih situacijah, kjer odsotnost takšnih politik pomeni, da so babice in medicinske sestre lahko izpostavljene neprimernemu tveganju in kršenju njihovih osnovnih pravic, ki jih imajo kot zdravstvene delavke, vključno z razseljenostjo in tveganji kot posledico humanitarne krize.

35. **Ukrepi:** Politike zadržanja v »svežnjih« (»bundle« retention policies), ki pokrivajo področja izobraževanja, regulative, spodbude ter osebno in strokovno podporo (74). Razmisliti treba o študentih z ruralnih okoljih, ki so vključeni v izobraževanje v zdravstveni negi ali babištvu in da se bodo vrnil v svojo domačo skupnost, da tam opravljajo zdravstveno dejavnost. Vpeljava zakonske in administrativne socialne zaščite, vključno z nadomestili za okužbo, invalidnost ali smrt, plačano bolniško odsotnostjo in zavarovanje za poškodbe pri delu. Analizirati državne plačne lestvice z upoštevanjem plač in zaveza k pravičnemu sistemu nagrajevanja, ki je za zdravstvene delavce spolno nevtralen, vključno z zasebnim sektorjem. Prepoznavanje napredka v izobraževanju babic in medicinskih sester z ustreznimi odgovornimi vlogami in plačilom. Vpeljava politik ničelne tolerance za spolno diskriminacijo ter verbalnega, fizičnega in spolnega nadlegovanja.



### Dokazi

36. Ženske predstavljajo v svetu skoraj 70 % zaposlenih v zdravstvu, 89 % zaposlenih med medicinskimi sestrami in 93 % med babicami, vendar zasedajo le 25 % vodilnih delovnih mest v zdravstvenih organizacijah (61). Razlike med spoloma pri vodenju nastanejo zaradi stereotipov, diskriminacije, neenakomerno porazdeljene moči in privilegiranosti (57, 75, 76). Prispevek žensk na vodilnih položajih v zdravstvu (na primer babice in medicinske sestre) širi zdravstveno agendo in rezultate v zdravstvenih politikah, ki bolj podpirajo ženske in otroke (34, 77–80). Učinkovite vodstvene sposobnosti vodstvenih delavcev v babištvu in zdravstveni negi pozitivno vplivajo na zadržanje babic in medicinskih sester v poklicu in na zagotavljanje storitev ter lahko zmanjšajo psihološki stres med epidemijo (64, 80–84). Zaradi odsotnosti žensk pri odločanju ali prispevka babic in medicinskih sester v zdravstveni politiki je napredovanje k univerzalni zdravstveni pokritosti in ciljem trajnostnega razvoja na splošno oslABLJENO (85).
37. Približno 70 % držav in 50 % držav v tem poročilu izkazuje vodilno mesto predstavnika zdravstvene nege in babištva v vladi. 9 % držav je za Poročilo o stanju babištva v svetu 2021 (State of the world's midwifery report 2021) poročalo o tem, da nobena babica ne zaseda tovrstnega vodstvenega delovnega mesta. Krajša raziskava Mednarodnega sveta medicinskih sester (International Council of Nurses) kaže, da imajo vladni predstavniki za zdravstveno nego majhno avtoriteto pri svetovanju in vplivu na strateški ravni (86). Le 50 % držav poročevalk je omenilo, da razvijajo na državni ravni podprte programe razvoja vodij v zdravstveni negi. To je pomembno, saj vse stopnje izobraževanj v zdravstveni in babiški negi ne vsebujejo voditeljskih veščin (79, 82, 87). Države, ki so poročale o prisotnosti vladne vodje za zdravstveno nego in nacionalnem programu za vodje v zdravstveni negi, so imele urejeno mrežo predpisov in regulacijo izobraževanja in zaposlovanja.

**Strateška usmeritev:** Povečati delež babic in medicinskih sester na visokih položajih v zdravstvu in v akademskem svetu ter s tem njihovo avtoriteto. Med medicinskimi sestrami in babcami ves čas razvijati in krepiti prihodnjo generacijo vodij.

38. **Prednostna politika: Ustvariti in okrepiti visoka vodstvena vladna delovna mesta zaposlenih v zdravstveni in babiški negi ter njihov vpliv na zdravstveno politiko.** Vladni predstavniki v zdravstveni in babiški negi bi morali delovati v sodelovanju s stroko in skupaj z drugimi vodstvenimi delavci v zdravstvu sodelovati pri sprejemanju odločitev, ki vplivajo na zagotavljanje zdravstvenih uslug za prebivalstvo. Na državni ravni bi moralo biti to delovno mesto odgovorno. Zagotavljati bi moralo vire za vodenje in upravljanje z delovno silo v zdravstveni negi in babištvu ter biti gonilo pri analiziranju in deljenju podatkov v povezavi z zdravstveno in babiško nego, sklicevati deležnike, da sodelujejo v dialogu s politiko in pri odločanju na osnovi posredovanih podatkov.
39. **Ukrepi:** Zagotoviti, da je vloga ustrezna in da odgovornost vključuje potrebno avtoriteto za odločanje in prispevek k razvoju politik. Nuditi izobraževanje in razvoj veščin za vladne vodje zdravstvene nege in babištva, kot je to nujno na področju financ in administracije, upravljanja in načrtovanja delovne sile za zdravje prebivalstva z uporabo analiz delovnega trga in fiskalnega prostora. Pristojnosti ali mehanizmi za poročanje o podatkih glede delovne sile in deležnikov za deljenje podatkov in dialog o politikah bo morda ustvarjen ali okrepljen. V državah z decentralizirano administracijo delovne sile v zdravstvu morajo biti kompetenčni in institucionalni mehanizmi grajeni na regionalni ravni.
40. **Vlagati v razvoj vodstvenih veščin za babice in medicinske sestre.** Razvojni programi za izboljšanje tehničnih, administrativnih in vodstvenih kapacitet lahko babice in medicinske sestre opremijo z vodstvenimi kompetencami, ki niso vedno vključene v njihove učne programe. Programi, ki vključujejo pripravništvo in mentorstvo z drugačnimi tipi organizacije voditeljev, lahko mlade babice in medicinske sestre izpostavijo velikemu številu problemov v zdravstveni obravnavi in uporabi raziskav, ki bi prispevale k boljši praksi in zdravstvenim politikam.
41. **Ukrepi:** Zagotoviti porazdelitev finančnih sredstev za nacionalne in regionalne programe. Zahtevati enake priložnosti za vse spole, rase, jezikovne in etnične skupine in posebne možnosti za mlade babice in medicinske sestre, pa tudi skupine, ki so premalo zastopane na vodstvenih položajih. Povezovanje z izobraževalnimi, raziskovalnimi in zdravstvenimi organizacijami za ustanovitev programov za razvoj vodstvenega kadra in priložnosti za mentorstvo. Razviti mehanizme nagrajevanja in priznavanja, da bi opozorili na prispevek medicinskih sester in babic pri zagotavljanju prednosti v zdravstvu in zagotoviti vzornike mladim babcam in medicinskim sestram.



### Dokazi

42. **Babice in medicinske sestre lahko varno in učinkovito zagotavljajo velik del primarne zdravstvene obravnave, vendar so pogosto onemogočene, da bi izkoristile vse znanje in veščine, pridobljene med izobraževanjem.** Polna izkoriščenost kompetenc babic in medicinskih sester lahko pomaga pri zmanjšanju neskladij in dostopu prebivalstva do zdravstvenih storitev, predvsem ranljivih skupin, živečih na podeželju ali v oddaljenih krajih, predvsem v času nujnih zdravstvenih situacij in kriz (88–91). Univerzalna dostopnost zdravstva za intervencije, ki jih izvajajo babice, bi lahko preprečila 67 % vseh smrti mater, 64 % smrti novorojenčkov in 65 % mrtvorojenih (92). Izkušnje kažejo, da podiplomsko izobražene medicinske sestre tako na ravni družinske zdravstvene nege na primarni ravni (Advanced practice family nurse), kot kliničnih specializacij (Clinical nurse specialist) na različnih področjih (na primer v anesteziji, pri zdravju otrok, obravnavi novorojenčkov ali starostnikov) na sekundarni in terciarni ravni, varno in učinkovito opravljajo širok nabor storitev, ki so lahko splošne (na primer napredna družinska zdravstvena nega) ali specialistične (93–95). Podiplomsko izobražene medicinske sestre (Professional nurse) so lahko zelo učinkovite na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, obravnavi kroničnih nenalezljivih boleznih, vključno s pisanjem receptov za zdravila in opravljanje določenih diagnostičnih testiranj (96–98). Kljub dokazom, zakonom in pravilom, lahko babice in medicinske sestre ponekod namerno omejujejo pri izvajanju določenih kompetenc, pridobljenih med izobraževanjem, zaradi dela drugih poklicnih skupin (99–102). Nacionalne politike, strategije, ki so specifične za določeno bolezen (na primer virus HIV) in politik, vezanih na zdravstveno ustanovo ali protokole, prav tako lahko vplivajo na vrsto storitev, ki jih lahko zagotavljajo babice in medicinske sestre (103).
43. **Strokovni pravilniki in regulativni sistemi ne odražajo vedno večje vloge babic in medicinskih sester v teh storitvah, njihove mednarodne mobilnosti in potrebe po deljenju podatkov.** Strokovni pravilniki vključujejo zahtevo po diplomiranih in licenciranih babciah in medicinskih sestrah, nabor aktivnosti za vsak poklic in zahteve, če so, zato da registracijo oziroma licenco obdržijo. Poročilo o stanju zdravstvene nege v svetu 2020 (*State of the world's nursing report 2020*) in Poročilo o stanju babištva v svetu 2021 (*State of the world's midwifery 2021*) sta pokazali, da v nekaterih državah izpit za licenco po končanem izobraževanju ni potreben. Nekatere države pa ne zahtevajo dokazil o nepretrganem strokovnem usposabljanju za obnovo veljavnosti licence. V mnogih državah razpon aktivnosti ne odraža vseh vsebin, ki so jih medicinske sestre ali babice pridobile v času izobraževanja, ali dokazov o varnosti in učinkovitosti pridobljenega znanja v praksi. Povečana mednarodna mobilnost babic in medicinskih sester je opozorila na velike zamude in ovire pri pridobivanju polnega strokovnega priznanja, kadar bi želele poklic opravljati v drugi državi; oviro predstavljata lahko tudi komunikacija in jezikovne veščine (104–108). Zamude so pogosto povezane s pomanjkljivimi informacijami, ki so potrebne, da bi preverili legitimnost in ocenili kompetence za delovanje v praksi.
44. **Odziv na COVID-19 je povečal potrebo po delovnih okoljih, ki bi podpirala optimalno zagotavljanje storitev za babice in medicinske sestre.** Zaposleni v zdravstvu se srečujejo s težkimi izzivi pri odzivanju na epidemijo COVIDA-19, vključno s preobremenjenostjo, neustrezno osebno zaščitno opremo in drugo ključno opremo, tveganjem za okužbe in smrt, karanteno, družbeno

diskriminacijo in napadi ter dvojno odgovornostjo, skrb za prijatelje in družinske člane (67, 109–111). Škodljivi vplivi na duševno zdravje so bili zelo hudi (112–114). Ti izzivi vplivajo na varnost in kakovost zagotavljanja storitev (115, 116). Večina držav se je srečala z motnjami v zagotavljanju zdravstvenih storitev, čeprav je veliko inovativnih in integriranih pristopov pri zagotavljanju novih storitev (117, 118). Vendar je naraščala zaskrbljenost, saj če babice skrbijo za paciente s COVIDOM-19, se je še zmanjšal dostop do oskrbe mater in novorojenčkov (119). Epidemija COVIDA-19 je pokazala tudi, da so mogoča učinkovita popolnoma virtualna izobraževanja, s katerimi se krepijo zmožnosti in veščine babic in medicinskih sester na delovnem mestu (120–122). Okolja, ki omogočajo bobicam in medicinskim sestram, da so opolnomočene, vključujejo varno zaposlovanje, spoštovanje in sodelovanje z drugimi strokovnjaki v zdravstvu, ustrezne vire, učinkovit sistem napotitev, izkušene vodje in podporne upravljalvske službe. (34, 57, 64, 123).

**Strateška usmeritev:** Babice in medicinske sestre delajo v največji možni meri v skladu s svojo izobrazbo in usposobljenostjo v okoljih, kjer je zagotavljanje storitev varno in podprto.

45. **Prednostna politika: Pregledati in okrepiti strokovne regulacijske sisteme in podpirati krepitev zmogljivosti regulatorjev, kjer je to potrebno.** Regulacija lahko, poleg zaščite javnosti, pomaga pri učinkovitem zaposlovanju ustrezno izobraženih babic in medicinskih sester kot aktivne delovne sile, da bi tako izboljšali kakovost zdravstvenih storitev. Uskladitev pravilnikov v različnih državah in uvedba obojestranskega priznavanja sporazumov lahko pripomoreta k mobilnosti preko pristojnih služb, ki med sabo sodelujejo. Pregled zakonodaje in pravilnikov bi moral biti opravljen glede na izobraževalne cilje babic in medicinskih sester in optimiziranimi vlogami v zagotavljanju storitev. Za babice, ki so tudi medicinske sestre, je ključnega pomena tudi ustrezen čas, namenjen zdravstveni obravnavi žensk, saj le tako vzdržujejo tudi babiške kompetence. Mehanizmi za zagotavljanje kakovosti lahko pomagajo pri ocenjevanju in nadziranju dela regulatorjev in uspešnosti in učinkovitosti regulacije (124).

46. **Ukrepi:** Zakonodaja in pravilniki bi morali biti posodobljeni glede na izobrazbo in optimizirane vloge v praksi. Med širokim spektrom delovanja babic in medicinskih sester bi morali primerno razlikovati, da bi se tako izognili potencialnemu napačnemu upravljanju oziroma neustreznemu razporejanju. Aktivni registri »primerno za uporabo« se lahko vzpostavijo z zahtevo, da babice in medicinske sestre periodično obnavljajo registracijo ali licenco in da izkažejo kompetentnost ali stalno strokovno izobraževanje. Regulatorji lahko pomagajo pri vzdrževanju sedanjih kompetenc in pridobivanju novih z zagotavljanjem ustreznega usposabljanja ali dodatnih delavnic, kar bi se štelo kot zadostitev tej zahtevi. Premisliti je treba o uskladitvi regulacij po državah in obojestranskih dogovorov o priznavanju. Ti sporazumi bi morali podpirati »živ« register, ki deluje povezovalno v zdravstvenem sistemu in med drugimi regulatorji. V nekaterih državah lahko regulatorji potrebujejo okrepljene kapacitete, administrativno podporo ali izboljšane sisteme informacijskih tehnologij in virov.

47. **Prednostna politika: Prilagoditi politiko delovnih mest, tako da se bobicam in medicinskim sestram v interdisciplinarnih zdravstvenih timih omogoči maksimalni prispevek pri zagotavljanju storitev.** Politike glede delovnih mest morajo vključevati dostojno delo in okolja, ki opolnomočajo, kar vključuje preprečevanje spolne diskriminacije, moči, hierarhije in zahteva po spoštovanju (125). Pri zagotavljanju storitev med različnimi krizami, konflikti in nesrečami babice in medicinske sestre potrebujejo ustrezne vire, usposabljanja in opremo. Morda je treba okrepiti kapacitete

na področjih ocene tveganja, preprečevanja, pripravljenosti, odziva in okrevanja. SZO je spodbujal države, da se ukvarjajo s pomembnimi deležniki za sprejemanje odločitev glede relevantnih politik in upravljanjem za zaščito zdravja in pravic delavcev v zdravstvu in socialnem varstvu, dostojnega dela in primernih okolij (111).

48. **Ukrepi:** Babice in medicinske sestre, ki delajo v kriznih situacijah, kot je odziv na COVID-19, morajo biti plačane za nadure in izpostavljenost nevarnostim na delu, kjer je to potrebno, zagotovljena jim mora biti primerna osebna zaščitna oprema, usposabljanje za preprečevanje in obvladovanje okužb, diagnostika in upravljanja s kliničnimi primeri ter podpora in storitve, povezane z duševnim zdravjem. Delodajalci bi morali zagotoviti varno zaposlovanje in zbirati standardizirane aktualne podatke o zdravstvenih delavcih, vključno z okužbami s COVIDOM-19, smrtjo in telesnimi napadi. Podatki se lahko uporabijo za izdelavo profilov tveganja za zaposlene in za prerazporejanje, da bi jih zaščitili pred poklicnimi nevarnostmi, kot je uporaba storitev telezdravstva. Orodja za oceno optimalnega števila, razporeditve in vloge babic in medicinskih sester znotraj zdravstvenih timov lahko pomagajo zagotavljati varno zaposlovanje (126–128). Omogočanje celovite prakse naj vključuje tehnologije, ki so podpora pri odločanju in učinkovite mehanizme napotitve pacienta pri delu babic in medicinskih sester na oddaljenih območjih, ali za tiste, ki delajo same v ruralnih okoljih. Pomembna je učinkovita integracija s sekundarno in terciarno ravno za babice, ki delajo v skupnosti samostojno. Vzpostavitev delovnih okolij, vključno z ničelno toleranco do nasilja in spolnega nadlegovanja, pa tudi politike, ki se ukvarjajo z nevarnostmi, s katerimi se srečajo ženske v družinah in v gospodinjstvih ter neplačanimi odgovornostmi, povezanimi z zagotavljanjem zdravstvene obravnave.

## Zaključek

49. Učinek epidemije COVIDA-19 je še poudaril globalno potrebo po usposobljenih babicah in medicinskih sestrah ter potrebo po vlaganju v njihovo izobraževanje, delovna mesta, vodenje in zagotavljanje storitev. Strateške usmeritve poudarjajo prioriteta področja politik, ki bi

opolnomočila babice in medicinske sestre po vsem svetu. Izvajanje je osnovano na procesih v lastni državi in širše, vključno z medsektorskim povezovanjem in poročanjem o podatkih, političnim dialogom in odločanjem o političnih ukrepih.

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

28. Lendahls L, Oscarsson MG. Midwifery students' experiences of simulation- and skills training. *Nurse Educ Today*. 2017; 50:12-16.
29. Ahmadi G, Shahriari M, Keyvanara M, Kohan S. Midwifery students' experiences of learning clinical skills in Iran: a qualitative study. *Int J Med Educ*. 2018;9:64-71.
30. Lakhani A, Jan R, Baig M, Mubeen K, Ali SA, Shahid S, et al. Experiences of the graduates of the first baccalaureate midwifery programme in Pakistan: A descriptive exploratory study. *Midwifery*. 2018;59:94-9.
31. West F, Homer C, Dawson A. Building midwifery educator capacity in teaching in low and lower-middle income countries. A review of the literature. *Midwifery*. 2016;33:12-23.
32. Erlandsson K, Doraiswamy S, Wallin L, Bogren M. Capacity building of midwifery faculty to implement a 3-years midwifery diploma curriculum in Bangladesh: A process evaluation of a mentorship programme. *Nurse Educ Pract*. 2018;29:212-8.
33. Bvumbwe T, Mtshali N. Nursing education challenges and solutions in Sub Saharan Africa: an integrative review. *BMC Nurs*. 2018;17:3.
34. 34. Midwives voices, midwives realities: findings from a global consultation on providing quality midwifery care. Geneva: World Health Organization; 2016.
35. Celebi E, Kargin M. Social gender and nursing in Turkey: a qualitative research. *J Pak Med Assoc*. 2019;69:1184-6.
36. Tawash E, Cowman S. The NURSING-Positive recruitment Arabic model (NURS-P.R.A.M.): A mixed methods study. *J Adv Nurs*. 2018;74:2630-9.
37. Williams GA, Jacob G, Rakovac I, Scotter C, Wismar M. Health professional mobility in the WHO European Region and the WHO Global Code of Practice: data from the joint OECD/EUROSTAT/WHO-Europe questionnaire. *Eur J Public Health*. 2020;30(Suppl\_4):iv5-iv11.
38. Donnelly C, Ashcroft R, Bobbette N, Mills C, Mofina A, Tran T, et al. Interprofessional primary care during COVID-19: a survey of the provider perspective. *BMC Fam Pract*. 2021;22:31.
39. Lomiguen CM, Rosete I, Chin J. Providing culturally competent care for COVID-19 intensive care unit delirium: a case report and review. *Cureus*. 2020;12:e10867-e.
40. National Council of State Boards of Nursing. NCSBN's environmental scan COVID-19 and Its impact on nursing and regulation. *J Nurs Reg*. 2021;11:S1-S36.
41. Scott J, Johnson R, Ibemere S. Addressing health inequities re-illuminated by the COVID-19 pandemic: how can nursing respond? *Nurs Forum*. 2021;56:217-21.
42. Waya JLL, Ameh D, Mogga JLK, Wamala JF, Olu OO. COVID-19 case management strategies: what are the options for Africa? *Infect Dis Poverty*. 2021;10:30.
43. Wittenberg E, Goldsmith JV, Chen C, Prince-Paul M, Johnson RR. Opportunities to improve COVID-19 provider communication resources: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2021;104:438-51.
44. Yan C, Zhang X, Gao C, Wilfong E, Casey J, France D, et al. Collaboration structures in COVID-19 critical care: retrospective network analysis study. *JMIR Hum Factors*. 2021;8:e25724-e.
45. Chen T, Peng L, Yin X, Rong J, Yang J, Cong G. Analysis of user satisfaction with online education platforms in China during the COVID-19 pandemic. *Healthcare (Basel)*. 2020;8:200.
46. Ramos-Morcillo AJ, Leal-Costa C, Moral-García JE, Ruzafa-Martínez M. Experiences of nursing students during the abrupt change from face-to-face to e-learning education during the first month of confinement due to COVID-19 in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:5519.
47. Tawalbeh LI. Effect of simulation modules on Jordanian nursing student knowledge and confidence in performing critical care skills: a randomized controlled trial. *Int J Afr Nurs Sci*. 2020;13:100242.
48. Fogg N, Wilson C, Trinka M, Campbell R, Thomson A, Merritt L, et al. Transitioning from direct care to virtual clinical experiences during the COVID-19 pandemic. *J Prof Nurs*. 2020;36:685-91.
49. Knobel R, Menezes MO, Santos DS, Takemoto MLS. Planning, construction and use of handmade simulators to enhance the teaching and learning in Obstetrics. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3302.
50. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376:1923-58.
51. Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: framework for action. Geneva: World Health Organization; 2019.
52. Homer CS, Turkmani S, Rumsey M. The state of midwifery in small island Pacific nations. *Women Birth*. 2017;30:193-9.
53. Retention of the health workforce in rural and remote areas: a systematic review. Geneva: World Health Organization; 2020 (Human Resources for Health Observer Series No 25).
54. Rolle Sands S, Ingraham K, Salami BO. Caribbean nurse migration-a scoping review. *Hum Resour Health*. 2020;18:19.
55. Report of the WHO Expert Advisory Group on the Relevance and Effectiveness of the WHO Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Report by the Director-General to the Seventy-third World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2020.
56. Dempster H, Smith R. Migrant health workers are on the COVID-19 frontline. We need more of them. Washington, DC: Center for Global Development. 2020.



57. Filby A, McConville F, Portela A. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. *PLoS One*. 2016;11:e0153391.
58. Homer CSE, Castro Lopes S, Nove A, Michel-Schuldt M, McConville F, Moyo NT, et al. Barriers to and strategies for addressing the availability, accessibility, acceptability and quality of the sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health workforce: addressing the post-2015 agenda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18:55.
59. Siankam Tankwanchi A, N'Simbo A, Hagopian A. Health worker unemployment in low- and middle-income countries with shortage. Draft evidence brief no. 9. Geneva: World Health Organization; 2019.
60. Asamani JA, Amertil NP, Ismaila H, Akugri FA, Nabyonga-Orem J. The imperative of evidence-based health workforce planning and implementation: lessons from nurses and midwives unemployment crisis in Ghana. *Hum Resour Health*. 2020;18:16.
61. Delivered By women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: World Health Organization; 2019.
62. Renfrew MJ, Ateva E, Dennis-Antwi JA, Davis D, Dixon L, Johnson P, et al. Midwifery is a vital solution-what is holding back global progress? *Birth*. 2019;46:396-9.
63. Buchan J, Schaffer FA, Catton H. Policy brief: nurse retention. Philadelphia, PA: International Center on Nurse Migration; 2018.
64. Ngabonzima A, Asingizwe D, Kouveliotis K. Influence of nurse and midwife managerial leadership styles on job satisfaction, intention to stay, and services provision in selected hospitals of Rwanda. *BMC Nurs*. 2020;19:35.
65. Mburu G, George G. Determining the efficacy of national strategies aimed at addressing the challenges facing health personnel working in rural areas in KwaZulu-Natal, South Africa. *Afr J Primary Health Care Fam Med*. 2017;9:e1-e8.
66. Irshad M, Khattak SA, Hassan MM, Majeed M, Bashir S. How perceived threat of Covid-19 causes turnover intention among Pakistani nurses: A moderation and mediation analysis. *Int J Ment Health Nurs*. 2020;10:1111/inm.12775.
67. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *JAMA*. 2020;323:1439-40.
68. Armstrong D, Moore J, Fraher EP, Frogner BK, Pittman P, Spetz J. COVID-19 and the health workforce. *Med Care Res Rev*. 2020:1077558720969318.
69. Nagesh S, Chakraborty S. Saving the frontline health workforce amidst the COVID-19 crisis: challenges and recommendations. *J Glob Health*. 2020;10:010345.
70. Stenberg K, Hanssen O, Edejer TT-T, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, et al. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health*. 2017;5:e875-e87.
71. Stenberg K, Hanssen O, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Barkley S, et al. Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2019;7:e1500-e10.
72. United Nations Inter-Agency Task Force on Financing for Development. Financing for Sustainable Development Report 2020. New York, NY: United Nations; 2020.
73. Rules of the game: an introduction to the standards-related work of the International Labour Organization. Geneva: International Labour Office; 2019.
74. Guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Geneva: World Health Organization; 2021.
75. Varghese J, Blankenhorn A, Saligram P, Porter J, Sheikh K. Setting the agenda for nurse leadership in India: what is missing. *Int J Equity Health*. 2018;17:98.
76. Newman CJ, Stilwell B, Rick S, Peterson KM. Investing in the power of nurse leadership: what will it take? *Nursing Now*; 2019.
77. Downs JA, Reif LK, Hokororo A, Fitzgerald DW. Increasing women in leadership in global health. *Acad Med*. 2014;89:1103-7.
78. Solbakken R, Bergdahl E, Rudolfsson G, Bondas T. International nursing: caring in nursing leadership-a meta- ethnography from the nurse leader's perspective. *Nurs Adm Q*. 2018;42:E1-E19.
79. Ferguson SL, Al Rifai F, Maay'a M, Nguyen LB, Qureshi K, Tse AM, et al. The ICN Leadership For Change™ Programme--20 years of growing influence. *Int Nurs Rev*. 2016;63:15-25.
80. Rosa WE, Kurth AE, Sullivan-Marx E, Shamian J, Shaw HK, Wilson LL, et al. Nursing and midwifery advocacy to lead the United Nations Sustainable Development Agenda. *Nurs Outlook*. 2019.
81. Pfeiffer E, Owen M, Pettitt-Schieber C, Van Zeijl R, Srofenyoh E, Olufolabi A, et al. Building health system capacity to improve maternal and newborn care: a pilot leadership program for frontline staff at a tertiary hospital in Ghana. *BMC Med Educ*. 2019;19:52.
82. Foster AA, Makukula MK, Moore C, Chizuni NL, Goma F, Myles A, et al. Strengthening and institutionalizing the leadership and management role of frontline nurses to advance universal health coverage in Zambia. *Glob Health Sci Pract*. 2018;6:736-46.
83. Ahmed F, Zhao F, Faraz NA. How and when does inclusive leadership curb psychological distress during a crisis? Evidence from the COVID-19 outbreak. *Front Psychol*. 2020;11:1898.

84. Colwell FJ. Leadership strategies to improve nurse retention. *Int J Nurs*. 2019;6:171-84.
85. Downs JA, Mathad JS, Reif LK, McNairy ML, Celum C, Boutin-Foster C, et al. The ripple effect: why promoting female leadership in global health matters. *Public Health Action*. 2016;6:210-1.
86. ICN snapshot survey: In the Year of the Nurse and the Midwife, approximately only half of the countries of the world have a chief nursing officer. Geneva: International Council of Nurses; 2020 (<https://www.icn.ch/news/icn-snapshot-survey-year-nurse-and-midwife-approximately-only-half-countries-world-have-chief>, accessed 16 June 2021).
87. Hafsteinsdóttir TB, Schoonhoven L, Hamers J, Schuurmans MJ. The leadership mentoring in nursing research program for postdoctoral nurses: a development paper. *J Nurs Scholarsh*. 2020;52:435-45.
88. Rosa WE, Fitzgerald M, Davis S, Farley JE, Khanyola J, Kwong J, et al. Leveraging nurse practitioner capacities to achieve global health for all: COVID-19 and beyond. *Int Nurs Rev*. 2020;10.1111/inr.12632.
89. Homer CS, Friberg IK, Dias MA, Ten Hoope-Bender P, Sandall J, Speciale AM, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet*. 2014;384:1146-57.
90. Kollie ES. Experiences of nurses and midwives during the Ebola outbreak in Liberia, West Africa [thesis]. Loma Linda, CA: Loma Linda University; 2016.
91. Holmgren J, Paillard-Borg S, Saaristo P, von Strauss E. Nurses' experiences of health concerns, teamwork, leadership and knowledge transfer during an Ebola outbreak in West Africa. *Nurs Open*. 2019;6:824-33.
92. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M, et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *Lancet Glob Health*. 2021;9:e24-e32.
93. Hassmiller S, Pulcini J, editors. *Advanced practice nursing leadership: a global perspective*. Cham: Springer Nature Switzerland AG; 2020.
94. Christmals CD, Armstrong SJ. Curriculum framework for advanced practice nursing in sub-Saharan Africa: a multimethod study. *BMJ Open*. 2020;10:e035580-e.
95. Dlamini CP, Khumalo T, Nkwanyana N, Mathunjwa-Dlamini TR, Macera L, Nsibandze BS, et al. Developing and implementing the family nurse practitioner role in Eswatini: implications for education, practice, and policy. *Ann Glob Health*. 2020;86:50.
96. Swanson M, Wong ST, Martin-Misener R, Browne AJ. The role of registered nurses in primary care and public health collaboration: a scoping review. *Nurs Open*. 2020;7:1197-207.
97. Lukewich JA, Tranmer JE, Kirkland MC, Walsh AJ. Exploring the utility of the nursing role effectiveness model in evaluating nursing contributions in primary health care: a scoping review. *Nurs Open*. 2019;6:685-97.
98. Martinez-Gonzalez NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M, et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:214.
99. Miyamoto S, Cook E. The procurement of the UN sustainable development goals and the American national policy agenda of nurses. *Nurs Outlook*. 2019;67:658-63.
100. Scanlon A, Cashin A, Bryce J, Kelly JG, Buckley T. The complexities of defining nurse practitioner scope of practice in the Australian context. *Collegian*. 2016;23:129-42.
101. Markowitz S, Adams EK, Lewitt MJ, Dunlop AL. Competitive effects of scope of practice restrictions: public health or public harm? *J Health Econom*. 2017;55:201-18.
102. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;4: CD010412.
103. Zakumumpa H, Taiwo MO, Muganzi A, Ssenooba F. Human resources for health strategies adopted by providers in resource-limited settings to sustain long-term delivery of ART: a mixed-methods study from Uganda. *Hum Resour Health*. 2016;14:63.
104. Gosic N, Tomak T. Professional and normative standards in midwifery in six Southeast European countries: a policy case study. *Europ J Midwifery*. 2019;3:18.
105. Baker C, Cary AH, da Conceicao Bento M. Global standards for professional nursing education: the time is now. *J Prof Nurs*. 2021;37:86-92.
106. Tuohy D. Effective intercultural communication in nursing. *Nurs Stand*. 2019;34:45-50.
107. Davda LS, Gallagher JE, Radford DR. Migration motives and integration of international human resources of health in the United Kingdom: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies using framework analysis. *Hum Resour Health*. 2018;16:27.
108. Philip S, Manias E, Woodward-Kron R. Nursing educator perspectives of overseas qualified nurses' intercultural clinical communication: barriers, enablers and engagement strategies. *J Clin Nurs*. 2015;24:2628-37.
109. Pereira-Sanchez V, Adiukwu F, El Hayek S, Bytyçi DG, Gonzalez-Diaz JM, Kundadak GK, et al. COVID-19 effect on mental health: patients and workforce. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:e29-e30.
110. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Psychiatry Res*. 2020;288:112936.
111. *Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: Interim guidance*. Geneva: World Health Organization; 2020.

112. Chen R, Sun C, Chen JJ, Jen HJ, Kang XL, Kao CC, et al. A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30:102-16.
113. Aksoy YE, Koçak V. Psychological effects of nurses and midwives due to COVID-19 outbreak: The case of Turkey. *Arch Psychiatr Nurs*. 2020;34:427-33.
114. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale? [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: what are the mental health risks? In French]. *L'Encephale*. 2020;46:S73-S80.
115. Charter on health worker safety; a priority for patient safety. Geneva: World Health Organization; 2020.
116. Sloane DM, Smith HL, McHugh MD, Aiken LH. Effect of changes in hospital nursing resources on improvements in patient safety and quality of care: a panel study. *Med Care*. 2018;56:1001-8.
117. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report. Geneva: World Health Organization; 2020.
118. Walton G. COVID-19. The new normal for midwives, women and families. *Midwifery*. 2020;87:102736.
119. Midwives step up to support pregnant women during pandemic. Brussels: United Nations Department of Global Communications; 2020.
120. Cheung VK, So EH, Ng GW, So SS, Hung JL, Chia NH. Investigating effects of healthcare simulation on personal strengths and organizational impacts for healthcare workers during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Integr Med Research*. 2020;9:100476.
121. Dieckmann P, Torgeisen K, Qvinderland SA, Thomas L, Bushell V, Langli Ersdal H. The use of simulation to prepare and improve responses to infectious disease outbreaks like COVID-19: practical tips and resources from Norway, Denmark, and the UK. *Adv Simul (London)*. 2020;5:3.
122. Dubé M, Kaba A, Cronin T, Barnes S, Fuselli T, Grant V. COVID-19 pandemic preparation: using simulation for systems-based learning to prepare the largest healthcare workforce and system in Canada. *Adv Simul (London)*. 2020;5:22.
123. Brook J, Aiken L, Webb R, MacLaren J, Salmon D. Characteristics of successful interventions to reduce turnover and increase retention of early career nurses: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2019;91:47-59.
124. Benton DC, González-Jurado MA, Beneit-Montesinos JV. Defining nurse regulation and regulatory body performance: a policy Delphi study. *Int Nurs Rev*. 2013;60:303-12.
125. Care work and care jobs for the future of decent work. Geneva: International Labour Organization; 2018.
126. Doosty F, Maleki MR, Yarmohammadian MH. An investigation on workload indicator of staffing need: a scoping review. *J Educ Health Promot*. 2019;8:22.
127. Wundavalli L, Kumar P, Dutta S. Workload indicators of staffing need as a tool to determine nurse staffing for a high volume academic emergency department: an observational study. *Int Emerg Nurs*. 2019;46:100780.
128. Joarder T, Tune S, Nuruzzaman M, Alam S, de Oliveira Cruz V, Zapata T. Assessment of staffing needs for physicians and nurses at Upazila health complexes in Bangladesh using WHO workload indicators of staffing need (WISN) method. *BMJ Open*. 2020;10:e035183.
129. National health workforce accounts: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2017.

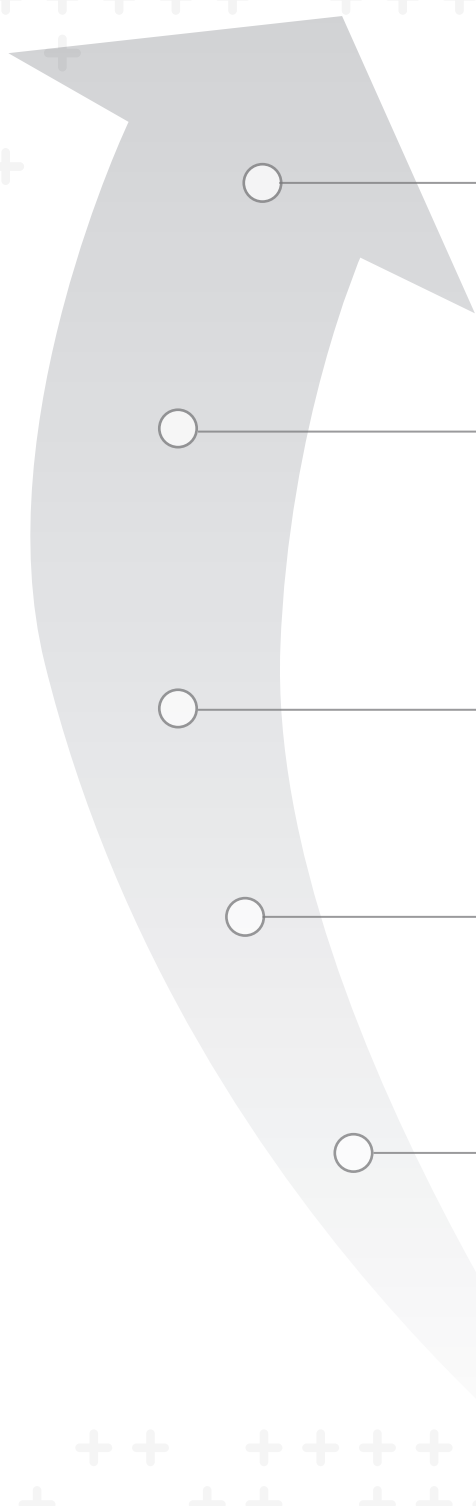


# Aneks:

## Okvir za spremljanje in odgovornost

50. Izvajanje Globalnih strateških usmeritev za zdravstveno nego in babištvo 2021–2025 je osnovano na naslednji teoriji sprememb: vključenost širokega kroga deležnikov je ključnega pomena za zanesljivost podatkov na državni ravni in izvedbo analiz iz perspektive trga dela v zdravstvu; te so potem osnova za medsektorski dialog politik o glavnih zadevah, ki se identificirajo preko podatkov in analiz; dialog o politikah omogoča odločanje na osnovi dokazov in zaveze prednostnim politikam. Dejanja in naložbe v prednostne politike vseh držav bi svet pripeljali bliže strateškim usmeritvam in Ciljem trajnostnega razvoja (Slika A1).
51. **Odgovornost:** Sprejetje prednostnih politik bi potekalo in bi se spremljalo na državni ravni. Države, ki jim je uspelo zbrati podatke o številu medicinskih sester in babic na nacionalni ravni in vodijo dialog o ključnih zadevah, sprejemajo odločitve ali zaveze o ukrepih glede politik, kar prispeva k pomembnemu napredku pri vsaki prednostni politiki. Zato okvir za spremljanje in odgovornost upošteva tudi te korake kot pomembne ukrepe za spremljanje. Države članice SZO lahko poročajo o napredku in implementaciji pri vsakem od teh korakov preko obstoječih mehanizmov.
52. **Poročanje:** Za vsako prednostno zdravstveno politiko obstajajo kazalniki za ustrezna Poročila o nacionalni zdravstveni delovni sili (National Health Workforce Accounts (NHWA)), ki lahko pokažejo napredovanje prednostne zdravstvene politike (129). Države članice uporabljajo platformo NHWA za letno poročanje o podatkih zdravstvene delovne sile, ki jih SZO nato združi za potrebe analize napredka v smeri univerzalne zdravstvene pokritosti in drugih ciljev trajnostnega razvoja. NHWA kazalniki in platforma so bili mehanizmi za deljenje podatkov tudi pri Poročilu o stanju zdravstvene
- nege v svetu 2020 (*State of the world's nursing report 2020*) in pri Poročilu o stanju babištva v svetu 2021 (*State of the world's midwifery report 2021*). Države rutinsko uporabljajo svoje NHWA podatke za analizo trga dela v zdravstvu in uporabo drugih metod napovedovanja in načrtovanja delovne sile v zdravstvu.
53. Predstavitev napredka o političnem dialogu, sprejemanju odločitev in političnih aktivnostih bo na bienalnem globalnem forumu SZO za vladne predstavnike zdravstvene in babiške nege (WHO Global Forum for Government Chief Nursing and Midwifery Officers) in na triadnem sestanku, ki bo organiziran skupaj z Mednarodno konfederacijo babic (International Confederation of Midwives) in Mednarodni svet medicinskih sester (International Council of Nurses). Leta 2020 je več kot 130 držav sodelovalo na teh sestankih; naslednji bodo organizirani leta 2022 in 2024. Doseganje vsake od strateških usmeritev bo ocenjeno leta 2025 z uporabo združenih podatkov NHWA in kombiniranih poročil držav iz leta 2022 in 2024. Tabele A1–A4 povzemajo okvirje za spremljanje in odgovornost za vsako individualno področje politik.

Slika A1 **Strateške usmeritve za zdravstveno nego in babištvo 2021–2025: teorija sprememb**



### VLAGANJE

Trajnostno domače, regionalno in mednarodno vlaganje v delovno silo zdravstvene in babiške nege.

### ODLOČANJE

Politike, osnovane na dokazih za področja izobraževanja, delovnih mest, vodenja, strokovne regulative in delovnih pogojev.

### DIALOG

Medsektorski politični dialog o ključnih politikah z upoštevanjem trga dela v zdravstvu.

### PODATKI

Podatki, ki so zbrani in vpisani v Poročilo o nacionalni zdravstveni delovni sili (National Health Workforce Accounts (NHWA)), ki se uporabljajo za analize za načrtovanje in predvidevanja trga dela v zdravstvu.

### ŠIROKO SODELOVANJE

Nacionalna ministrstva, strokovne organizacije in sindikati, zaposleni v zasebnem sektorju, izobraževalne ustanove, regulacijska telesa, ustanove za mednarodno financiranje, partnerji za razvoj.

**STRATEŠKA USMERITEV**

**Diplomirane babice in medicinske sestre ustrezajo ali presegajo potrebe v zdravstvenem sistemu in imajo potrebno znanje, kompetence in odnos, da izpolnijo nacionalne zdravstvene prioritete.**

Enkrat, 2025

Analiza podatkov NHWA s strani SZO in poročila državnih delegacij forumu vladnih predstavnikov zdravstvene in babiške nege \*\*, ki je organiziran v sklopu triadnega sestanka.

**PRIORITETNE POLITIKE**

**Uskladitev stopenj izobraževanja medicinske in babiške nege z optimiziranimi vlogami znotraj zdravstvenih in akademskih sistemov.**

**Oblikovanje izobraževalnih programov, ki so osnovani na kompetencah, uporabljajo učinkovit učni načrt, ustrezajo standardom kakovosti in so usklajeni z zdravstvenimi potrebami prebivalstva.**

**Optimiziranje števila babic in medicinskih sester doma, da bi zadostili ali presegli potrebam zdravstvenih sistemov.**

**Zagotovitev, da so fakultete primerno usposobljene v najboljših pedagoških metodah in tehnologijah, z izkazano klinično ekspertizo na področjih delovanja.**

Enkrat, 2025

Analiza podatkov NHWA s strani SZO in poročila državnih delegacij forumu vladnih vodij za zdravstveno in babiško nego, ki je organiziran v sklopu sestanka triade.

**SPREJEMANJE ODLOČITEV (PRIMERI)**

Racionalizacija ali posodobitev vstopnih izobraževalnih pogojev za programe, ki so dostopni za zdravstveno in babiško nego; usklajevanja s sorodnimi pristojnostmi.

Posodobitev izobraževalnih standardov in okrepitev akreditacijskih mehanizmov za vstopne pogoje v izobraževanje v zdravstveni in babiški negi.

Kjer je to pokazala analiza trga dela v zdravstvu, se poveča število vpisnih mest v domačem okolju, da se zadosti potrebam.

Zaveza k temu, da se fakultete oskrbijo z ustreznimi viri in priložnostmi za posodobitev pri poučevanju in kliničnih veščinah.

2022  
2024

Forum za vladne predstavnike zdravstvene in babiške nege / triadni sestanek poročanja državnih delegacij.

### DIALOG (PRIMERI)

Pregled različnih vstopnih pogojev za vpis v izobraževanje za babice in medicinske sestre: vpisne zahteve, trajanje programa, uporabljeni standardi in podeljena pooblastila.	Definicija rezultatov kompetenc za vstopno stopnjo programov za programe zdravstvene in babiške nege glede na optimizirane vloge v zdravstvenem in akademskem okolju.	Medsektorska partnerstva in mehanizmi koordinacije za okrepitev sporočanja podatkov o izobraževalnem sektorju na nacionalni ravni.	Pregled fakultetnih pooblastil za zagotovitev, da so diplome in licence sorazmerne z diplomskimi listinami, ki jih podeljujejo diplomantom programov.	2022 2024	Forum za vladne predstavnike zdravstvene in babiške nege / triadni sestanek poročanja državnih delegacij.
---	---	--	---	--------------	---

### PODATKI (PRIMERI) PREVERITE V PRIROČNIKU ([NHWA HANDBOOK](#))

#### ZA DEFINICIJE IN INDIKATORJE

NHWA 2-02 NHWA 3-01 NHWA 9-04	NHWA 3-02 NHWA 3-03 NHWA 3-04 NHWA 3-06 NHWA 3-07 NHWA 9-04	NHWA 2-03 NHWA 2-04, 2-05 NHWA 2-07 NHWA 4-02 NHWA 9-04 NHWA 10-04	NHWA 2-05 SoWN NN-3	Letno 2021- 2025	Platforma NHWA
-------------------------------------	--	--	------------------------	---------------------	----------------

### SODELOVANJE

Ministrstvo za zdravje, ministrstvo za izobraževanje, ustanove za izobraževanje in usposabljanje, javni in zasebni delodajalci, strokovna regulacijska telesa, nacionalne zveze za zdravstveno in babiško nego, akreditacijske organizacije.

### ORODJA IN VIRI

Okvir SZO za globalne kompetence za izobraževanje o univerzalni zdravstveni pokritosti (WHO Global competency framework for universal health coverage education); Okvir za delovanje: okrepitev kakovostnega babiškega izobraževanja za univerzalno zdravstveno pokritost (Framework for action: strengthening the quality of midwifery education for UHC); Strategija digitalnega zdravja SZO (WHO Digital health strategy); Mednarodna konfederacija babic za globalne standarde za izobraževanje babic (International Confederation of Midwives Global Standards for Midwifery Education); Glavne kompetence za medicinske sestre – učiteljice po SZO (WHO Nurse educator core competencies); Glavne kompetence za babice – učiteljice po SZO: oblikovanje kapacitet babilc-učiteljic (WHO Midwifery educator core competencies: building capacities of midwifery educators);

Okrajšave: NHWA, National Health Workforce Accounts (Poročilo o nacionalni zdravstveni delovni sili); SoWN NN: State of the world's nursing 2020 (report) non NHWA indicator.

**STRATEŠKA USMERITEV**

**Povečati število zdravstvenih delavcev s trajnostnim oblikovanjem delovnih mest v zdravstveni in babiški negi, učinkovitim zaposlovanjem in zadržanjem babc in medicinskih sester v poklicih ter z etičnim upravljanjem z mednarodno mobilnostjo in migracijami.**

Enkrat, 2025

Analiza podatkov NHWA s strani SZO in poročila državnih delegacij na forumu vladne predstavnike v zdravstveni in babiški negi, ki je organiziran v sklopu sestanka triade.

**PRIORITETNE POLITIKE**

**Izvajati načrtovanje delovne sile v zdravstveni in babiški negi in predvidevanje glede na trga dela v zdravstvu.**

**Zagotoviti ustrezno povpraševanje (delovna mesta) z upoštevanjem zagotavljanja zdravstvenih storitev v primarnem zdravstvenem varstvu ter drugih zdravstvenih prioritet prebivalstva.**

**Vpeljati Globalni kodeks praks SZO za mednarodno zaposlovanje zdravstvenega osebja (WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel).**

**Privabljeni, zaposlovati in zadržati babice in medicinske sestre, kjer jih najbolj potrebujejo.**

2022  
2024

Analiza podatkov NHWA s strani SZO in poročila državnih delegacij forumu vladnih predstavnikov zdravstvene in babiške nege, ki je organiziran v sklopu sestanka triade.

**SPREJEMANJE ODLOČITEV (PRIMERI)**

Izvajati analize trga dela v zdravstvu in uporabiti informacije za strateško in investicijsko načrtovanje.

Povečati povpraševanje v gospodarstvu za oblikovanje delovnih mest v zdravstveni in babiški negi.

Dokončati instrument za nacionalno poročanje (National Reporting Instrument)

Razviti in ponuditi pomemben sveženj intervencij za privabljanje, zaposlovanje in zadržanje babc in medicinskih sester na identificiranih področjih.

2022  
2024

Forum za vladne predstavnike zdravstvene in babiške nege / triadni sestanek poročanja državnih delegacij.



## DIALOG (PRIMERI)

Imenovati multisektorsko svetovalno skupino, ki bo identificirala ključne deležnike, politična vprašanja in vire podatkov za analizo trga dela v zdravstvu.	Pregledati analizo mase plač ali analizo gospodarske izvedljivosti za oblikovanje delovnih mest v zdravstveni in babiški negi.	Bilateralne diskusije, ki so povezane z mednarodno migracijo delavcev in mobilnostjo, pod okriljem ministrstva za zdravje in drugih deležnikov v zdravstvu.	Ustanovitev področij in okolij, kjer babice in medicinske sestre najbolj potrebujejo.	2022 2024	Forum za vladne predstavnike zdravstvene in babiške nege / triadni sestanek poročanja državnih delegacij.
---	--	---	---	--------------	---

## PODATKI (PRIMERI) PREVERITE V PRIROČNIKU ([NHWA HANDBOOK](#)) ZA DEFINICIJE IN INDIKATORJE

NHWA 9-01 NHWA 9-03	NHWA 1-01 NHWA 1-05 NHWA 7-01 NHWA 10-05	NHWA 1-07 NHWA 1-08 NHWA 10-02	NHWA 1-02 NHWA 6-06 NHWA 5-07 NHWA 6-01 NHWA 6-02 NHWA 8-03	Letno 2021– 2025	Platforma NHWA
------------------------	---	--------------------------------------	--	---------------------	----------------

## SODELOVANJE

Vladna ministrstva za zdravje, delo, finance, migracije in druga, strokovna regulacijska telesa, javni in zasebni delodajalci (vključno z bolnišnicami), nacionalne zveze za zdravstveno in babiško nego, sindikati, rekruti, izobraževalne institucije, organizacije civilne družbe; državljani, zveze delodajalcev, zdravstvena zavarovanja.

## ORODJA IN VIRI

Globalni kodeks praks SZO za mednarodno zaposlovanje zdravstvenega osebja (WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel), Smernice za razvoj delovne sile v zdravstvu, privabljanje, zaposlovanje in zadržanje delavcev na podeželju in oddaljenih območjih SZO (WHO Guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas); Orodje SZO za analizo trga dela v zdravstvu (prihajajoče) (WHO Health labour market analysis toolkit (forthcoming)). Priročnik za poročilo o nacionalni zdravstveni delovni sili (National Health Workforce Accounts: a handbook); Medagencijska delovna skupina Združenih narodov za financiranje razvoja (United Nations Inter-Agency Task Force on Financing for Development). Poročilo o financiranju trajnostnega razvoja 2020 (Financing for Sustainable Development Report 2020).

Okrajšave: NHWA, National Health Workforce Accounts (Poročilo o nacionalni zdravstveni delovni sili)

**STRATEŠKA USMERITEV**

**Ustvariti in okrepiti vodstvena delovna mesta za upravljanje in vodenje delovne sile v zdravstveni in babiški negi ter njihovega prispevanja k zdravstvenim politikam.**

Enkrat, 2025

Analiza podatkov NHWA s strani SZO in poročila državnih delegacij forumu vladnih predstavnikov zdravstvene in babiške nege, ki je organiziran na sestanku triade.

**PRIORITETNE POLITIKE**

**Ustvariti in okrepiti vodstvena delovna mesta za upravljanje in vodenje delovne sile v zdravstveni in babiški negi ter njihovega prispevanja k zdravstvenim politikam.**

**Vlagati v razvoj vodstvenih veščin za babice in medicinske sestre.**

2022  
2024

Analiza podatkov NHWA s strani SZO in poročila državnih delegacij forumu vladnih predstavnikov zdravstvene in babiške nege, ki je organiziran na sestanku triade.

**SPREJEMANJE ODLOČITEV (PRIMERI)**

Ustanoviti GCNMO, GCNO ali GCMO pozicijo ali priložnosti za krepitev kapacitet.

Ustanoviti in trajnostno podpirati uradna izobraževanja za vodje in programe strokovnega usposabljanje za babice in medicinske sestre.

2022  
2024

Forum za vladnih predstavnikov zdravstvene in babiške nege /»triadni« sestanek poročanja državnih delegacij.

**DIALOG (PRIMERI)**

Prepoznavanje vlog in odgovornosti v načrtovanju in upravljanju z zdravstveno delovno silo, poročanju o podatkih in njihovo uporabo.

Diskusije s strokovnimi združenji in zdravstvenimi organizacijami za razvoj priložnosti vodenja in spremljanja.

2022  
2024

Forum za vladnih predstavnikov zdravstvene in babiške nege /»triadni« sestanek poročanja državnih delegacij.

**PODATKI (PRIMERI) PREVERITE V PRIROČNIKU (NHWA HANDBOOK)  
ZA DEFINICIJE IN INDIKATORJE**

NHWA 1-04	SoWN NN-5	Letno 2021– 2025	Platforma NHWA
NHWA 9-01	SoWN NN-6		
NHWA 9-02			
SoWN NN-4			

**SODELOVANJE**

Ministrstva za zdravje, vladni predstavniki zdravstvene in babiške nege, nacionalne zveze zdravstvene in babiške nege, javni in zasebni delodajalci, zdravstvene organizacije.

**ORODJA IN VIRI**

Vloge in odgovornosti SZO za vladni predstavniki zdravstvene in babiške nege: priročnik za gradnjo kapacitet.

Okrajšave: GCNMO vladni predstavniki zdravstvene in babiške nege (government chief nursing and midwifery officer); GCNO glavna vladna medicinska sestra (government chief nursing officer); GCMO glavna vladna babica (government chief midwifery officer); NHWA, National Health Workforce Accounts (Poročilo o nacionalni zdravstveni delovni sili); SoWN NN: Poročilo poročila o stanju zdravstvene nege v svetu 2020 (poročilo) (*State of the world's nursing 2020*) (report) ni kazalnik NHWA.

Tabela A4

POLITIKA V SREDIŠČU: **ZAGOTAVLJANJE STORITEV**

Pogostost spremljanja

Mehanizem spremljanja

**STRATEŠKA USMERITEV**

**Babice in medicinske sestre delajo v največji možni meri v skladu s svojo izobrazbo in usposobljenostjo v okoljih, kjer je zagotavljanje storitev varno in podprto.**

Enkrat, 2025

Analiza podatkov NHWA s strani SZO in poročila državnih delegacij forumu vladnih predstavnikov zdravstvene in babiške nege, ki je organiziran v sklopu sestanka triade.

**PRIORITETNE POLITIKE**

Pregledati in okrepiti strokovne regulacijske sisteme in podpirati krepitev zmogljivosti regulatorjev, kjer je to potrebno.

Prilagoditi politike glede delovnih mest, tako da se babicam in medicinskim sestram omogoči, da maksimalno prispevajo k zagotavljanju storitev v interdisciplinarnih skupinah za zdravstveno nego.

2022  
2024

Forum za vladne predstavnike zdravstvene in babiške nege / triadni sestanek poročanja državnih delegacij.

**SPREJEMANJE ODLOČITEV (PRIMERI)**

Posodobiti in uskladiti zakonodajo in pravilnike, da bi babicam in medicinskim sestram dovolili, da opravljajo svoje delo v skladu s svojo izobrazbo.

Ustanoviti delovno skupino za načrtovanje analize kazalnikov delovne sile za potrebe varnega zaposlovanja (workload indicators of staffing need-WISN).

2022  
2024

Forum za vladne predstavnike zdravstvene in babiške nege / triadni sestanek poročanja državnih delegacij.

**DIALOG (PRIMERI)**

Pregled časovnih obdobj in procesov za obnovo strokovnih izobraževanj, vključno z zahtevo po dokazovanju kompetenc.

Diskusije o tem, kako oblikovanje zdravstvenega sistema, zaposlovanja v zdravstveni ustanovi in politike delovnih mest lahko pomagajo pri optimalnem praktičnem delovanju babic in medicinskih sester.

2022  
2024

Forum za vladne predstavnike zdravstvene in babiške nege / triadni sestanek poročanja državnih delegacij.

**PODATKI (PRIMERI) PREVERITE V PRIROČNIKU ([NHWA HANDBOOK](#))  
ZA DEFINICIJE IN INDIKATORJE**

NHWA 3-08	NHWA 6-03	Letno 2021– 2025	Platforma NHWA
NHWA 3-09	NHWA 6-04		
NHWA 8-06	NHWA 6-05		
SoWN NN-1	NHWA 6-07		
SoWN NN-2	NHWA 6-08		
	NHWA 6-09		
	NHWA 6-10		
	NHWA 9-05		

**SODELOVANJE**

Ministrstva za zdravje, vladni predstavniki zdravstvene in babiške nege, nacionalne zveze zdravstvene in babiške nege, javni in zasebni delodajalci, zdravstvene organizacije.

**ORODJA IN VIRI**

Listina SZO o varnosti pacientov 2020 (WHO Patient safety charter of 2020); Agenda mednarodne delavske organizacije za dostojno delo (International Labour Organization Agenda for Decent Work); Politike in upravljanje z zdravstveno delovno silo v kontekstu odziva na epidemijo COVIDA-19: Vmesne smernice (Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: Interim guidance.) Načrt ukrepov za globalno varnost pacientov 2021-2030: proti odpravljanju škode, ki se ji lahko izognemo v zdravstvu (Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care). Delovni predlog za konzultacije (Working Draft for Consultation). Digitalna zdravstvena strategija SZO (WHO Digital health Strategy).

Okrajšave: GCNMO, vladni predstavniki zdravstvene in babiške nege (government chief nursing and midwifery officer); NHWA, National Health Workforce Accounts (Poročilo o nacionalni zdravstveni delovni sili); SoWN NN: Dokument Poročila o stanju zdravstvene nege v svetu 2020 (poročilo) (State of the world's nursing 2020 (report) ni kazalnik NHWA.

