

PŘEKLENUTÍ
ROZDÍLŮ:

Rozvojové cíle tisíciletí 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1



MEZINÁRODNÍ DEN SESTER 2013

Všechna práva vyhrazena, a to včetně překladů do jiných jazyků. Žádná část této publikace nesmí být rozmnožována tiskem, fotokopii ani žádným jiným způsobem, uložena v systému umožňujícím přístup k informacím, ani v žádné formě přenesena či prodána bez výslovného písemného souhlasu Mezinárodní rady sester (International Council of Nurses) nebo Mezinárodního centra pro lidské zdroje v ošetrovatelství (International Centre for Human Resources in Nursing). Krátké výňatky (do 300 slov) mohou být reprodukovány bez autorizace za předpokladu, že je uveden zdroj.

Copyright © 2013 International Council of Nurses
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95099-04-3

Obsah

Shrnutí.....	7
Kapitola 1: Porozumění RCT.....	11
Kapitola 2: RCT týkající se zdraví	15
Kapitola 3: Překlenutí rozdílů.....	29
Kapitola 4: Po roce 2015	35
Kapitola 5: Role národních sesterských organizací a sester v dosažení RCT a udržitelného rozvoje po roce 2015.....	44
Přílohy	48
Literatura	56

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

Je pro nás velkým potěšením popřát všem zdravotním sestřím a ošetřovatelům na celém světě šťastný Mezinárodní den sester 2013. Tématem, které si Mezinárodní rada sester (ICN) letos zvolila, je Překlenutí rozdílů: rozvojové cíle tisíciletí: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. Toto heslo má vyjadřovat odpočítávání do roku 2015, a to s důrazem na cíle, které se vztahují ke zdraví.

Jako zdravotnická profese s nejvyšším počtem pracovníků na světě hrají sestry v dosažení rozvojových cílů tisíciletí nepochybně zásadní roli. Všeobecné sestry jsou často jedinými profesionálními pracovníky, k nimž mají mnozí lidé za celý život přístup. Z tohoto hlediska mají sestry velmi dobré postavení a často jsou také nejvíce inovativní při hledání cest ke znevýhodněným skupinám obyvatel, kteří nemají dostatečný přístup ke zdravotním službám. Sestrám se dostává vzdělání, které jim umožňuje porozumět složité povaze udržení dobrého zdraví a dopadu psychosociálních a socioekonomických faktorů, jako jsou bída, nezaměstnanost a etnicita. Vidí zdraví člověka v souvislostech, a proto jednájí tak, aby postihly nejen potíže, na něž si pacienti stěžují, ale i hlubší příčiny.

Sestry toho pro dosažení cílů RCT i pro formulaci a vytvoření udržitelných cílů a výsledků po roce 2015 udělaly opravdu mnoho. Můžeme být hrdí na to, čeho jsme dosáhli. Stále však ještě zbývá mnoho věcí, které můžeme – a musíme – udělat.

Sestry se musí zapojit do propagace a lobbování. Musíme být součástí vývoje všech programů, které mají zlepšit zdravotnické služby, protože právě sestry mají v oblasti poskytování zdravotnických služeb praktické znalosti ohledně toho, jak je navrhnout, zkoordinovat a efektivně uvést do praxe.

Národní sesterské organizace mají důležitou úlohu: poskytují sestřím rady a informace a také je povzbuzují a podporují v jejich práci. Tyto organizace musí i nadále spolupracovat s vládami a dalšími organizacemi na posilování zdravotnických systémů a vytváření podmínek nutných k co největšímu přínosu sester.

Tento informační dokument k mezinárodnímu dni sester 2013 představuje pro národní sesterské organizace bohatý zdroj informací o tom, jak mohou naplnit svou důležitou roli a pomoci v plnění RCT. Odpočítávání začalo. Hodiny běží a nám dochází čas. Každý z nás může něco změnit. Řečeno slovy generálního tajemníka OSN Ban Ki-Moona, „Neexistuje žádný celosvětový projekt, který by za to úsilí stál víc. ... Dodržme daný slib.“

S upřímným pozdravem

Rosemary Bryantová
Prezidentka

David C. Benton
Výkonný ředitel

Shrnutí

Poté, co Valné shromáždění OSN přijalo v roce 2000 Deklaraci tisíciletí, byl vytvořen systém rozvojových cílů tisíciletí (RCT, anglicky Millennium Development Goals – MDG), který byl využit k podnícení snahy o rozvoj, stanovení celosvětových i národních priorit a zaměření pozornosti, činnosti a zdrojů na dané cíle. Bylo vyvinuto a schváleno 8 RCT s řadou dílčích cílů a indikátorů. Ty společně představují ucelený plán udržitelného rozvoje a snižování chudoby. Tři cíle – konkrétně čísla 4, 5 a 6 – se přímo týkají zdraví a jejich splnění je těsně spjato s jinými cíli, včetně těch zaměřených na chudobu, hlad, rovnost pohlaví a posílení postavení žen.

RCT 4 – snížení dětské úmrtnosti – přinesl některé významné úspěchy ve snížení celosvětové úmrtnosti dětí mladších pěti let. Přesto by ale bylo možné zabránit účinnými a finančně dostupnými zásahy většině ze 7,6 milionů dětských úmrtí, k nimž každoročně dochází. (WHO/UNICEF 2012, s. 8). Novorozenecká úmrtnost zůstává i nadále značným problémem, stejně jako infekční nemoci a podvýživa.

RCT 5 – zlepšení zdraví matek – vedl k téměř 50% snížení počtu žen, které zemřou v průběhu těhotenství nebo při porodu. Jsou zde nicméně značné rozdíly mezi jednotlivými oblastmi: nejhroženější jsou ženy v subsaharské Africe, kde se odehraje 56 % úmrtí matek, což představuje mateřskou úmrtnost 500. Pro zlepšení zdraví matek jsou zásadní následující faktory: oddálení těhotenství, zvýšený přístup ke kvalifikované péči během těhotenství a po něm spolu s bezpečnými, dostupnými a efektivními metodami antikoncepce a v případě potřeby i komplexní péče po potratu.

RCT 6 – boj s HIV/AIDS, malárií a dalšími chorobami – vykazuje značné rozdíly mezi jednotlivými oblastmi a také dílčí úspěchy: ve většině oblastí se virem HIV nakazilo méně lidí, a také se značně rozšířil přístup k léčbě antiretrovirotiky, která může pacientům zachránit život. Přestože počet hlášených případů malárie a tuberkulózy klesá, nelze v tomto úsilí polevit – stále častěji se u léčby malárie objevují hlášení o rezistenci vůči artemisinovým preparátům a insekticidům, a stále častěji jsou také hlášeny případy multirezistentní tuberkulózy.

Pokrok v plnění RCT hlásí jednotlivé země každý rok OSN a výsledky jsou shromažďovány v každoroční zprávě o rozvojových cílech tisíciletí OSN (UN Millenium Development Goals Report). Mezi zásadní úspěchy patří snížení míry extrémní chudoby, pokles počtu lidí bez přístupu k pitné vodě na polovinu a zvýšení počtu dívek navštěvujících základní školu.

I přes nepopiratelný pokrok před námi stále ještě stojí mnoho úkolů. Napříč jednotlivými zeměmi a oblastmi i v jejich rámci je vývoj nevyrovnaný a ty nejchudší a nejvíce marginalizované regiony zůstávají i nadále nejvíce znevýhodněné. Nedostatečné zaměření na rovnost bylo ve výsledku jedním z hlavních cílů kritiky na adresu RCT. Někteří kritici byli také znepokojeni nízkou úrovní, na niž byly některé z cílů nastaveny, a vynecháním demografických změn, jako je například stárnutí populace a přesun obyvatel z venkova do měst, i změn v zátěži způsobené nemocemi (zejména nárůst podílu nepřenositelných nemocí).

Všeobecné sestry na celém světě se aktivně zapojují do místního, národního i oblastního úsilí o boj s problémy v rámci RCT. Mezinárodní rada sester (International Council of Nurses – ICN) spolupracuje s národními sesterskými organizacemi po celém světě ve snaze podpořit a prosadit splnění širších RCT a zvýšit přínos sester k dosažení RCT týkajících se zdraví. Mezi úspěšné iniciativy patří

založení fondu pro vzdělávání dívek The Girl Child Education Fund, jehož cílem je umožnit školní docházku osiřelým dcerám všeobecných sester v Keni, Svazijsku, Ugandě a Zambii. ICN ve spolupráci se soukromým sektorem, vládami, národními sesterskými organizacemi a dalšími partnery založila pět zdravotních center pro zdravotnické pracovníky (v Lesothu, Malawi, Svazijsku, Ugandě a Zambii) a momentálně pracuje na založení šestého. Projekt zaměřený na tuberkulózu a multirezistentní tuberkulózu ICN TB/MDR TB již poskytl informace, vzdělání a podporu desítkám tisíc sester, zdravotnických pracovníků a dalších osob ve 13 zemích. Práce a přispění sester napříč Afrikou i dalšími zeměmi byla ještě umocněna přístupem k informacím poskytovaným mobilními sesterskými knihovny, které provozuje ICN ve spolupráci s farmaceutickou společností Merck Sharp & Dohme (MSD), a také díky přehledům základních informací a vyjádřením, které jsou dostupné na webových stránkách ICN a jsou součástí zpráv zasílaných národním sesterským organizacím.

Všeobecné sestry se také zapojily do spolupráce a vytvořily skupiny a organizace napříč hranicemi zemí, aby tak co nejlépe využily své zdroje a zvýšily svůj vliv na konkrétní zdravotní problémy jako například HIV/AIDS: příkladem může být jihoafrická síť sester a porodních asistentek Southern African Network of Nurses and Midwives (SANNAM). Podávat zprávy o přínosu sester k plnění RCT na nižší než národní úrovni není zcela jednoduché, především vzhledem ke zdánlivé zdráhavosti sester publikovat a propagovat svoji práci. Všeobecné sestry na celém světě vyvíjejí služby a poskytují inovativní péči dětem, ženám a nemocným, čímž přispívají k úspěchům RCT. K tomu, aby své úspěchy zveřejnily, potřebují povzbuzení a podporu.

Rámec pro urychlení realizace RCT (MDG Acceleration Framework – MAF) (UNDP 2011), určený k podnícení pokroku na úrovni jednotlivých zemí, obsahuje doporučená řešení a zásahy. Mnoho z nich je možné včlenit do činnosti sester a lze je použít jako obecný rámec, kolem něhož se sestry mohou spojit a dát tak jasnější podobu a cíl svým snahám o přispění k RCT.

Existují obavy, že se v nadcházejících několika letech možná obrátí pozornost k nástupcům RCT, místo aby se znásobila snaha o splnění aktuálních cílů. Byl ustanoven panel OSN na vysoké úrovni složený z 26 ‚významných‘ osob, který bude ve věci nástupců RCT poradním orgánem generálního tajemníka OSN. Pracovní skupina OSN také vytvořila rámcový plán pro rozvoj (Framework for Development), který současné a budoucí cíle propojuje. Očekává se, že ať už budou mít cíle, které vystřídají RCT, jakoukoli formu, musí být měřitelné, obsahovat relativní a absolutní měřítka a podléhat pravidelným hlášením. Nový přístup musí odrážet ponaučení získaná při plnění RCT ohledně problémů se spravedlností a rovností na úrovni jednotlivých států, komunit a rodin, a také důležitost konzultace s řadou zainteresovaných osob včetně těch nejchudších členů celosvětového společenství. Jedním z návrhů je také to, aby nové cíle zahrnovaly vhodný přístup založený na lidských právech, bez ohledu na některé problémy, které jsou s tím spojené.

Zasedání OSN na vysoké úrovni v roce 2011, na němž se jednalo o prevenci a kontrole nepřenositelných nemocí (C3 Collaborating for Health 2011), vzalo na vědomí změnu v celosvětové zátěži způsobené nemocemi a očekává se, že jakákoli iniciativa zaměřená na zdraví bude zároveň zaměřena na rostoucí zátěž spojenou s nepřenositelnými nemocemi. Jednou z hlavních obtíží, jíž budou nové RCT čelit, je skutečnost, že jsou vytvářeny v průběhu závažné celosvětové ekonomické krize, která pravděpodobně sníží objem dostupné zahraniční rozvojové pomoci.

Rozvojovou agendu po roce 2015 stále obklopuje mnoho nejistot a o zařazení do ní spolu soupeří mnoho různých zájmů. Sestry jsou podporovány v tom, aby vyjádřily svůj názor na budoucí priority, a aby našly způsob, jak se zapojit do národních i mezinárodních hovorů.

Národní sesterské organizace mají výhodnou pozici pro to, aby udržely věci v pohybu, poskytovaly sestřím informace, rady, povzbuzení a podporu a fungovaly jako kanál pro přenos informací z místní úrovně až k vládě. Nyní mají tyto organizace vhodnou příležitost zaktivizovat své členy, zaměřit své úsilí na dosažení RCT a zároveň se snažit ovlivnit program pro období po roce 2015.

Zároveň bychom chtěli tyto organizace povzbudit k tomu, aby sladily své priority s existujícími plány a strategiemi a aby na všech úrovních vytvářely partnerství, sítě a aliance s těmi, kdo usilují o společný cíl. Sestry bychom chtěli povzbudit k rozšíření jejich znalostí a schopností, tak aby dokázaly efektivně přispívat na všech úrovních: od zapojení komunity až po utváření mezinárodní politiky, včetně oblastí poskytování služeb, vzdělávání, výzkumu a řízení i vývoje a realizace strategií.

Sestry se mohou zapojit do propagace a lobbování jak na osobní či profesní úrovni, tak na úrovni formování strategií a systémů. Mezinárodní zaměření RCT napomáhá tomu, aby sestry i další jednotlivci posílili propojení s vhodnými mezinárodními zájmovými skupinami.

RCT poskytly v celosvětovém měřítku jasné zaměření aktivit a rozdělení zdrojů. Při snaze o jejich naplnění sestry zároveň získaly politické schopnosti, které jim umožňují vyjednávat na všech úrovních a s nejrůznějšími partnery o formování a poskytování vhodných služeb, a to včetně služeb pro ty nejvíce marginalizované komunity s nejméně dostupnou zdravotní péčí. Sestry také při formování a vývoji nových rolí a služeb prokázaly značnou flexibilitu, inovativnost a odvalu.

Pro období, které zbývá do roku 2015, bychom chtěli sestry povzbudit k tomu, aby prolomily bariéry a obtíže, které brání v dosažení RCT, a plnily zdravotní potřeby těch nejchudších a nejvíce opomíjených komunit s nedostatečným přístupem ke zdravotní péči. Po zapojení do nového programu bude důležité i nadále pracovat na dosažení RCT v každé zemi a zajistit, že pokrok, kterého jsme dosáhli, nezmizí, až se pozornost a zdroje přesunou jinam. Bez ohledu na to, kolik prostoru bude v novém programu přímo věnováno zdraví, je důležité mít na paměti, že zdraví je základním stavebním prvkem budoucího světového rozvoje. Měnící se zátěž způsobená nemocemi a dopady změn klimatu na zdraví, rozvoj a ekologickou udržitelnost vyžadují, aby se sestry na celém světě této výzvě postavily a zapojily se do formování a plnění nového programu pro zdraví a prosperitu světového společenství.

Úvod do problematiky RCT

V roce 2000 přijalo OSN Deklaraci tisíciletí (UN 2000) jako potvrzení závazku vůči základním principům Organizace spojených národů a pokračujícího úsilí o mír, rovnost a ekologickou udržitelnost ve světě. Část III této deklarace nese název „Rozvoj a vymýcení chudoby“ („Development and poverty eradication“) a právě na jejím základě byly rozvojové cíle tisíciletí formulovány a posléze v září 2001 představeny Valnému shromáždění OSN (UN 2001).

Osm RCT představuje nebývalou míru shody – dokonce jsou považovány za „morální imperativ“ (Hulme and Fukuda-Parr 2009, s. 3). Také znamenaly bod obratu v přístupu mezinárodního společenství ke snižování chudoby. Na rozdíl od mnoha předchozích mezinárodních rozvojových aktivit zaujímají RCT ke snížení chudoby velmi komplexní přístup. Cíle zahrnují nejen samotné snížení chudoby, ale také vzdělání, rovnost pohlaví, zdraví, ekologickou udržitelnost a potřebu „celosvětového partnerství pro rozvoj“, které naplnění těchto cílů usnadní. Bez souběžného řešení všech těchto aspektů nelze výrazného snížení chudoby dosáhnout. RCT jsou známkou posunu v přístupu k rozvoji od čistě ekonomicky zaměřeného přístupu k většímu zaměření na obyvatele. Rozvoji tohoto přístupu napomohl konec studené války, během níž bylo mnoho mezinárodní pomoci motivováno geopolitickými důvody.

Rozvojových cílů tisíciletí je osm: jsou podpořeny 18 dílčími úkoly a dále také řadou ukazatelů umožňujících měření těchto úkolů. Úkoly jsou kvantitativní, celosvětové a jsou časově omezené: záměrem bylo dosáhnout všech RCT do roku 2015, přičemž jako startovní čára pro měření pokroku byla brána úroveň z roku 1990. Tři z cílů – čísla 4, 5 a 6 – se přímo týkají zdraví:

Cíl 1: Vymýtit extrémní chudobu a hlad

Cíl 2: Zpřístupnit základní vzdělání pro všechny

Cíl 3: Prosazovat rovnost pohlaví a posílit postavení žen

Cíl 4: Snižit dětskou úmrtnost

Cíl 5: Zlepšit zdraví matek

Cíl 6: Bojovat proti HIV/AIDS, malárii a dalším chorobám

Cíl 7: Zajistit udržitelnost životního prostředí

Cíl 8: Rozvíjet celosvětové partnerství pro rozvoj

V roce 2005 odhadoval Rozvojový projekt OSN, že náklady na dosažení RCT ve všech zemích jsou „v roce 2006 v řádu 121 miliard dolarů a v roce 2015 vzrostou na 189 miliard dolarů“. (UN 2005, s. 56).

Příklad cíle, úkolů a ukazatelů

Cíl 4:

Snížit dětskou úmrtnost

Úkol 4a:

Snížit dětskou úmrtnost u dětí mladších pěti let o dvě třetiny

Ukazatele:

4.1 Úmrtnost dětí mladších pěti let

4.2 Kojenecká úmrtnost

4.3 Procento jednoletých dětí očkovaných proti spalničkám

Propojení cílů

Důležitým předpokladem RCT je to, že snížení chudoby závisí na vyřešení široké škály společenských problémů, jako je například vzdělání, postavení žen a ekologická udržitelnost. Součinnost mezi jednotlivými cíli je obzvláště důležitá v oblasti zdraví. Zaměřit se jednoduše na cíle 4, 5 a 6 není dostatečné: i všechny ostatní cíle totiž hrají pro zlepšení zdraví obyvatelstva klíčovou roli. Například zdraví matek a dětí souvisí se vzděláním dívek (UN 2012a, s. 28); dobrého zdraví nelze dosáhnout tam, kde je omezený přístup k čisté vodě nebo kde je ničivým způsobem znečištěno životní prostředí; u dětí narozených v chudých rodinách je dvakrát větší pravděpodobnost, že zemřou před pátým rokem života, než u těch z bohatších rodin (UN 2012a, s. 28).

Pokrok v naplňování RCT

RCT byly v mnoha ohledech neobyčejně úspěšné. Předčily řadu dřívějších pokusů o stanovení mezinárodních rozvojových cílů (vedených například organizací OECD) a jejich jednoduchost, průhlednost, měřitelnost a jasný časový horizont vedly k tomu, že je přijaly mezinárodní organizace, vlády i nevládní organizace na celém světě. Roční zpráva o pokroku tvoří každý rok titulky novin, což může také působit jako motivace k další činnosti: jak řekla doktorka Margaret Chanová, generální ředitelka Světové zdravotnické organizace (WHO), ve svém inauguračním projevu v roce 2007: „Co se změří, to se i udělá.“ (Chan 2007). RCT také zapůsobily jako výzva pro mezinárodní sponzory a podnítily značný přísun rozvojové pomoci a investic. OSN i nadále zdůrazňuje důležitost RCT: všechny členské státy se v roce 2010 znovu pevně zavázaly k jejich dosažení a momentálně se začíná diskutovat o plánech pro období po roce 2015 (viz kapitola 4).

Pokrok v plnění RCT hlásí jednotlivé země každý rok OSN a výsledky jsou shromažďovány v každoroční Zprávě o rozvojových cílech tisíciletí OSN (UN Millennium Development Goals Report). Byla zaznamenána řada úspěchů:

Odhady naznačují, že v roce 2010 se podíl světové populace žijící pod hranicí příjmu 1,25 dolaru na den snížil oproti hodnotám z roku 1990 na méně než polovinu – v roce 2015 by to mělo být 883 milionů, oproti 1,4 miliardám v roce 2005 a 1,8 miliardám v roce 1990 (ačkoli 17 zemí je splnění toho cíle značně vzdáleno) (UN 2012a; World Bank 2011).

Podle plánu se také podařilo snížit počet lidí bez přístupu k pitné vodě na polovinu: z 24 % v roce 1990 poklesl na 11 % v roce 2012 (UN 2012a, s. 52).

Na celém světě je nyní ve školách 97 dívek na každých 100 chlapců, což představuje nárůst oproti 91 na 100 v roce 1999, a výrazně vzrost počet dětí v subsaharské Africe, které chodí do školy: z 58 % na 76 % mezi roky 1999 a 2012 (UN 2012a, s. 17).

Pokrok je nicméně nerovnoměrný: v rámci jednotlivých oblastí a zemí i mezi nimi existují značné rozdíly a na některých místech, kde pokrok stagnuje či se situace dokonce zhoršuje, stále zůstává mnoho RCT nesplněno. V subsaharské Africe například procento lidí žijících pod hranicí příjmu 1,25 dolaru na den zůstává na 47 %, 27 % je stále podvyživených a dětská úmrtnost zůstává i nadále velmi vysoká – klesla o méně než jednu třetinu, což je značně méně než plánovaný dvoutřetinový pokles (UN 2012a). Kapitola 2 této zprávy zdůrazňuje nerovnoměrnost pokroku dosaženého při plnění RCT týkajících se zdraví.

Známkou pozitivního vývoje je to, že některé země započaly „proces přeměny RCT z cílové na startovní čáru lidského rozvoje“ (UNDP 2005, s. 3), a výslovně staví budoucí rozvoj na existujících RCT. Například Thajsko, které dosáhlo mnoha úkolů stanovených RCT už v roce 2004, stanovilo nové úkoly – například rozšíření cíle všeobecného vzdělání ze základního na středoškolské a snížení příjmové chudoby na méně než 4 % (Office of the High Commissioner on Human Rights OHCHR 2010, s. 8). To dokládá, že zde existuje prostor pro rozšíření, přizpůsobení a posílení již pokrytých oblastí a stanovených úkolů. To je důležité zejména tam, kde byla pomoc natolik zaměřená na dosažení RCT, že se jiným oblastem (mezi něž patří například nepřenositelné nemoci) mohlo dostat jen malé pozornosti (viz část 1.4).

Kritika a problémy

RCT vnesly do mezinárodního rozvojového úsilí soudržnosti a sjednocení, mnoho jejich aspektů bylo ale také kritizováno.

Jedním z nejvíce kritizovaných bodů je nedostatečné zaměření RCT na rovnost.

Mezi jednotlivými oblastmi a zeměmi jsou obrovské rozdíly, RCT jsou ale celosvětové a proto neberou tyto rozdíly v potaz. Vnímat RCT jako „univerzální řešení pro všechny“ znamená ignorovat konkrétní ekonomické, geografické a politické problémy, kterým jednotlivé země čelí; také se tím snižuje význam pokroku, který přitom mohl být v daných souvislostech značný.

Jestliže země přijme plán dosáhnout úrovně rozvoje stanoveného RCT, je motivována k tomu, aby se zabývala tou částí populace, u níž je pomoc nejsnazší, a dosáhla tak požadované úrovně. To může znamenat, že právě ti nejchudší zůstanou bez tolik potřebné pomoci, a jsou tak porušována lidská práva této nejzranitelnější skupiny obyvatel na přiměřenou životní úroveň (OHCHR 2010, s. 10).

Existuje zde riziko odklonu nových zdrojů od problémů, které v RCT nejsou zmíněny (a které často postihují ty nejchudší) a zaměření pozornosti pouze na výslovně uvedené oblasti. Opomíjeným tropickým nemocem se například dostalo jen velmi malé pozornosti: pouze 0,6 % zahraniční zdravotnické rozvojové pomoci bylo zaměřeno na tyto nemoci, které přitom postihují miliardu lidí (The Lancet 2010).

Další kritika je namířena na fakt, že u některých úkolů možná nebyla stanovena správná úroveň; konkrétně se jedná o úkol snížit procento populace žijící pod hranicí příjmu ve výši 1 dolaru na den. Tato částka byla upravena na 1,25 dolarů – a cíl je možné celosvětově splnit. Jeden a čtvrt dolaru je ovšem stále extrémně málo, zejména vzhledem k růstu cen ropy a potravin v posledních letech (OHCHR 2010).

Cíle také mohou být ovlivněny demografickými změnami. Úkol zlepšit život alespoň 100 milionů obyvatel slumů byl například splněn: situace více než 200 milionů těchto lidí se z hlediska,

hygieny, bydlení či přístupu k vodě zlepšila (UN 2012a, s. 56). Zároveň ale ve slumech žije víc lidí, než kdy předtím: odhad činí 863 milionů, oproti 650 milionům v roce 1990 (UN 2012a, s. 56). Demografické změny, jako je například stárnutí populace, a také přesun obyvatel z venkova do měst zároveň ovlivňují společnost způsobem, který má dopad na snižování chudoby a na zdraví.

Stručnost cílů RCT má za následek, že řada problémů nebyla zohledněna. Zejména RCT 6 výslovně uvádí boj pouze s malým počtem (přenosných) nemocí: HIV/AIDS, malárie a tuberkulóza. Většina zátěže způsobené nemocemi se přitom v mnoha nízko a středně příjmových zemích dramatickým způsobem přesunula z přenosných nemocí na nemoci nepřenosné, jako jsou například kardiovaskulární onemocnění, rakovina, cukrovka a chronická onemocnění plic. Tyto změny jsou způsobeny změnami v životním stylu a také stárnutím populace. Protože ale nejvýznamnější nepřenosné nemoci nejsou výslovně zmíněny, sponzoři je často opomíjí – přestože značné části případů takových onemocnění, jako je například cukrovka 2. typu a srdeční choroby, by bylo možné předejít či je oddálit. Včasné rozpoznání a účinná léčba nepřenosných nemocí mohou navíc výrazně omezit komplikace (UN 2011, s. 5). RCT zaměřené na zdraví se také nezabývají duševním zdravím. Přitom se odhaduje, že duševní onemocnění budou mezi roky 2010 a 2030 globální ekonomiku stát 16 bilionů dolarů (WEF/Harvard 2011, tabulka 14, s. 29) – nemluvě o utrpení, které tato onemocnění jednotlivcům i rodinám přináší.

„Vynechání nepřenosných nemocí z RCT má zásadní dopad, protože RCT vytváří plán a cíle investic do mezinárodního rozvoje.“

Dr. Fiona Adsheadová, bývalá ředitelka pro chronická onemocnění a propagaci zdraví, WHO

Dále také v RCT chybí jakékoli zaměření na správu jednotlivých zemí, jejíž fungování je základem pro mezinárodní rozvoj (například zákony zajišťující vymahatelnost smluv nebo zamezující korupci). V cíli 8 (partnerství) nejsou žádné kvantitativní, časově omezené úkoly, což snižuje jeho účinnost (Hulme and Fukuda-Parr 2009, s. 23): například nebyla stanovena žádná konkrétní úroveň pro rozvojovou pomoc. Podobně explicitní úkoly pro partnerství by mohly znamenat příležitost pro mezinárodní sesterské organizace, aby lépe zaměřily své úsilí a ovlivnily další skupiny a organizace.

Nedávno se vynořila nová překážka dosažení RCT, a to ekonomická krize a recese, jež postihla většinu rozvinutého světa a měla – a bude mít – dopad na schopnost některých bohatších národů poskytovat pomoc rozvojovým zemím. Nizozemská vláda například snížila svou zahraniční pomoc z 0,8 % hrubého národního příjmu na 0,7 %. V minulosti přitom vliv ekonomických krizí na míru pomoci přetrvával léta (World Bank 2011, s. 128; World Bank 2009, s. 9). Generální tajemník OSN se ve Zprávě o rozvojových cílech tisíciletí 2012 zaměřil především na dopad krize na RCT 8 (vybudování a udržení partnerství): „Nesmíme dovolit, aby současná ekonomická krize sužující velkou část rozvinutého světa zpomalila nebo zvrátila pokrok, jehož jsme dosáhli.“ (UN 2012a, s. 3)

2015: Odpočítávání

RCT jsou časově omezeny: mají být splněny do roku 2015. Za pouhých několik let bude třeba RCT buď prodloužit, nebo nahradit novou řadou cílů, úkolů a ukazatelů. Ať už stávající RCT nahradí cokoli, měli by jejich nástupci najít rovnováhu mezi obsažností a srozumitelností a také vzít v potaz kritiku současných RCT. V současné době se na nich již pracuje a je pravděpodobné, že budou spojeny se snahou o vyvinutí celosvětové řady „cílů udržitelného rozvoje“ (viz kapitola 4).

Úvod

Přestože všech osm RCT má vliv na zdraví, cíle 4, 5 a 6 se zabývají přímo zdravotními problémy. Tato kapitola se bude zabývat pokrokem, kterého bylo zatím při plnění těchto cílů dosaženo, i souvisejícími úkoly a ukazateli. Dále zdůrazní některé strategie a pojmenuje některé zásadní problémy, s nimiž se musí snažit o dosažení každého z cílů potýkat.

RCT 4: Snížit dětskou úmrtnost

Úkol: Snížit mezi roky 1990 a 2015 úmrtnost dětí mladších pěti let o dvě třetiny.

Ukazatele:

Úmrtnost dětí mladších pěti let

Kojenecká úmrtnost

Procento jednoletých dětí očkovaných proti spalničkám

Jakého pokroku bylo dosaženo?

Naprostou většinu všech dětských úmrtí lze přičíst jednomu z relativně malého počtu zdravotních problémů: příčiny související s novorozeneckým obdobím (40 %); zápal plic (18 %); průjem (10 %); malárie (10 %); HIV/AIDS (2 %); a spalničky (1 %). K nim je třeba přidat ještě podvýživu, což je faktor, který celosvětově přispívá k více než 30 % dětských úmrtí. Hlavními příčinami novorozeneckých úmrtí jsou potom komplikace související s předčasným porodem, události, k nimž došlo v průběhu porodu, sepse a meningitida, a mrtvě narozené děti (WHO/UNICEF 2012, s. 16).

V této oblasti byly zaznamenány výrazné úspěchy. Navzdory nárůstu počtu obyvatel došlo celosvětově k zásadnímu snížení úmrtnost dětí mladších pěti let z 12 milionů v roce 1990 na 7,6 milionů v roce 2010. Pokrok v rozvojovém světě jako celku se zrychlil a úmrtnost klesla o 35 %, z 97 úmrtí na 1000 živě narozených dětí v roce 1990 na 63 v roce 2010 (UN 2012a, s. 26).

Níže uvedená tabulka představuje zhodnocení pokroku jednotlivých oblastí při dosahování čtvrtého cíle, tedy snížení dětské úmrtnosti o dvě třetiny (UN 2012c). Tabulka pracuje se dvěma úrovněmi:

stínování polí označuje, jestli bude úkol do roku 2015 při pokračování současného vývoje splněn či překročen (šedá), nebo jestli je pokrok na splnění úkolu nedostatečný (bílá); a

slovní popis v každém poli označuje aktuální úmrtnost. *

	Afrika		Asie				Oceánie	Latinská Amerika a Karibik	Kavkaz a střední Asie
	Severní	Subsah.	Východní	Jihových.	Jižní	Západní			
Snížit úmrtnost dětí mladších pěti let o dvě třetiny	Nízká úmrtnost	Vysoká úmrtnost	Nízká úmrtnost	Nízká úmrtnost	Nepříliš vysoká úmrtnost	Nízká úmrtnost	Nepříliš vysoká úmrtnost	Nízká úmrtnost	Nepříliš vysoká úmrtnost

* Nízká úmrtnost označuje méně než 40 úmrtí na 1000 živě narozených dětí; nepříliš vysoká úmrtnost 40–80; vysoká úmrtnost 80–150; velmi vysoká úmrtnost více než 150.

Severní Afrika již například úkol splnila a východní Asie také dosáhla výrazného snížení. V subsaharské Africe se ale podařilo dosáhnout pouze snížení o přibližně 30 %, což je méně než polovina poklesu nutného pro splnění úkolu. K 82 % úmrtí dětí mladších pěti let (6,2 milionů) dojde v subsaharské Africe a jižní Asii (UN 2012a, s. 26).

Jsou tu také jednotlivé země, které mezi roky 1990 a 2010 dosáhly značného pokroku: například (UN 2012a, s. 27)

země jako Bangladéš, Nepál a Madagaskar zaznamenaly pokles v úmrtích dětí mladších pěti let o nejméně 60 %; a

další země včetně Nigeru, Malawi a Sierra Leone snížily počet úmrtí na 1000 živě narozených dětí o více než 100.

Tyto úspěchy mohou sloužit jako důkaz toho, že je skutečně možné dosáhnout značného pokroku.

Kde je ještě nutné dosáhnout dalšího pokroku?

Stále zůstává řada problémových oblastí.

Pro zajištění pokroku ve snížení celkové dětské úmrtnosti je třeba věnovat zvláštní pozornost zvyšujícímu se procentu úmrtí v průběhu neonatálního období.

Chudoba i nadále hraje v přežití dětí mladších pěti let velmi významnou roli.

Vzdělávání žen, posilování jejich postavení a zajištění přístupu k základním službám i služeb intenzivní péče pro chudé je základem pro podporu rovnosti a snížení dětské úmrtnosti.

Vylepšená a kvalifikovaná péče při porodu je základním požadavkem pro snížení počtu mrtvě narozených dětí při předčasných i ostatních porodech, a zásahy řešící tyto problémy mají také pozitivní účinky na další oblasti týkající se matek a novorozenců (WHO/UNICEF 2012, s. 17).

Jaké strategie byly použity?

Vzhledem k tomu, že většině ze 7,6 milionů dětských úmrtí, k nimž každoročně dochází, by bylo možné pomocí efektivních a finančně dostupných zásahů zabránit, hrají zde všeobecné sestry a dobrá zdravotní péče klíčovou roli. Mezi tyto zásahy patří: péče o novorozence a jejich matky; optimální postupy při kojení a adekvátní výživa a imunizace; umývání rukou mýdlem a přístup k lepším hygienickým zařízením a vodě; potlačení malárie; a prevence a péče o nemocné HIV/AIDS. Mezi

možnosti léčby, které mohou nemocnému dítěti zachránit život, patří koordinovaná péče o nemocné se zápallem plic (včetně podávání antibiotik u bakteriálního zápalu plic) a orální rehydratační soli a zinek k léčbě průjmu. V zemích s vysokou úmrtností by tyto zákroky mohly snížit počet úmrtí o více než polovinu a role sester při propagaci, realizaci a poskytování těchto zákroků je zcela zásadní (WHO/UNICEF 2012, s. 18).

WHO propaguje čtyři základní strategie doplněné zásahy pro zlepšení zdraví matek – což je zejména kvalifikovaná péče během těhotenství a porodu, kterou může poskytnout například rodinná sestra. Tyto strategie mohou sloužit jako příklad integrované povahy požadované péče:

- vhodná domácí péče a včasná léčba komplikací u novorozenců;
- integrovaná léčba dětských nemocí pro všechny děti mladší pěti let;
- rozšířený program imunizace (viz rámeček);
- výživa kojenců a malých dětí.

Pokrok: spalničky

Zlepšení imunizace přineslo 74% snížení celosvětové úmrtnosti na spalničky – z odhadovaných 535 300 úmrtí v roce 2000 na 139 300 v roce 2010. Největší pokrok nastal v subsaharské Africe, kde v tomto období klesl počet úmrtí na spalničky o 85 % (UN 2012a, s. 29). Vyššího počtu jednoletých dětí očkovaných proti spalničkám bylo dosaženo zlepšením rutinního očkování proti spalničkám, rozsáhlými očkovacími kampaněmi a doplňkovými imunizačními aktivitami zaměřenými na děti, které nemají přístup ke stávajícím zdravotnickým službám.

Další strategie zahrnují rozvoj celosvětového akčního plánu pro větší rozšíření ověřených zásahů a zvýšení úsilí v boji s průjmem a zápallem plic (WHO/UNICEF 2012, s. 18).

Základní výzvy

Novorozenecká úmrtnost

Úmrtnost se nesnižuje rovnoměrně. Pokles v novorozenecké úmrtnosti (první měsíc po narození) zaostává za zvyšujícími se šancemi na přežití starších dětí. Přestože celosvětově novorozenecká úmrtnost klesla z 32 úmrtí na 1000 živě narozených dětí v roce 1990 na 23 úmrtí v roce 2010, subsaharská Afrika zaznamenala za poslední dvě dekády nejmenší zlepšení a stále je zde vyšší novorozenecká úmrtnost (35 úmrtí na 1000 živě narozených dětí v roce 2010) než v jakékoli jiné oblasti (UN 2012a, s. 27). Rychlejší snižování novorozenecké úmrtnosti je zásadní pro splnění RCT 4 (WHO/UNICEF 2012, s. 13).

Nerovnost

Jak bylo zmíněno v první kapitole, jednou z kritických výtek vůči RCT je to, že nejsou zaměřeny na rovnost, takže kupříkladu země jako celek může cíle RCT 4 dosáhnout, přestože mnoho nejpotřebnějších vrstev obyvatel i nadále trpí vysokou dětskou úmrtností. Jsou zde velké rozdíly mezi městy a venkovem: u dětí z rozvojových oblastí, které pocházejí z venkova, je nižší pravděpodobnost, že se dožijí více než pěti let, a u dětí z 20 nejchudších procent domácností je dvojnásobná pravděpodobnost, že zemřou před pátým rokem života, než u dětí z 20 nejbohatších procent domácností.

Navíc je důležitým určujícím prvkem nerovnosti také vzdělání matky: děti vzdělaných matek (dokonce

i matek se základním vzděláním) mají větší pravděpodobnost na přežití než děti matek, které žádné vzdělání nemají (UN 2012a, s. 28). Zde se také ukazuje důležitost komplexního přístupu k dosahování RCT – lepší vzdělání a posílení postavení žen má vliv na zdraví budoucí generace.

Infekční nemoci

Zápal plic a průjem jsou napříč celým rozvojovým světem jedněmi z největších zabijáků malých dětí. Přibližně k 90 % dětských úmrtí na jedno z těchto dvou onemocnění došlo v subsaharské Africe a jižní Asii a mezi pět zemí s největším počtem úmrtí patří Indie, Pákistán, Nigérie, Demokratická republika Kongo a Etiopie (WHO/UNICEF 2012, s. 18).

Navzdory určitému pokroku (viz rámeček výše) se odhaduje, že 19,1 milionu dětí – přičemž mnoho z nich patří mezi ty nejchudší a nejvíce marginalizované skupiny, které žijí v těžko dostupných oblastech – nebylo očkováno proti spalničkám. Míra pokrytí imunizace v subsaharské Africe a jižní Asii zatím nedosáhla 90 %. Je zneklidňující, že poté, co počet hlášených případů spalniček mezi léty 2000 a 2008 klesal a v roce 2009 zůstával stabilní, v roce 2010 opět vzrostl a v Africe, východním Středomoří, Evropě východní a jihovýchodní Asii a Oceánii byly zaznamenány případy rozsáhlého výskytu této nemoci (UN 2012a, s. 29).

Podvýživa

Podvýživa – nedostatečný příjem energie nebo stopových prvků – zvyšuje riziko smrti a nemoci v prenatálním období a v raném i pozdějším dětství. Chátrání („wasting“, nízká váha v poměru k výšce) u dětí mladších pěti let je spolehlivým ukazatelem akutního nedostatku potravin a dítěti, které chátrá, hrozí větší bezprostřední riziko smrti, než dítěti trpícímu zpomaleným růstem. Rozšíření zpomaleného růstu (nízká výška vzhledem k věku) je také kritickým ukazatelem pokroku v přežití dětí, protože odráží dlouhodobé vystavení zdravotním problémům a špatné výživě, zejména v prvních dvou letech života. V mnoha rozvojových zemích trpí zpomaleným růstem více než třetina dětí, zejména těch z nejchudších vrstev. To může mít vážné důsledky i později v životě: pokud jsou děti podvyživené v prvních letech života (zejména před druhým rokem), může to mít vliv na dosažené vzdělání, což často dále vede k nižšímu příjmu v dospělosti. Chudoba se tak přenáší z generace na generaci.

RCT 5 Zlepšit zdraví matek

Úkol: Snížit mezi roky 1990 a 2015 úmrtnost matek o tři čtvrtiny

Ukazatele:

Úmrtnost matek

Procento porodů, u nichž je přítomen kvalifikovaný zdravotnický personál

Jakého pokroku bylo dosaženo?

Počet žen, které zemřou v průběhu těhotenství, nebo porodu, se od roku 1990 celosvětově snížil téměř o 50 % – z 543 000 na přibližně 287 000. Mateřská úmrtnost (počet úmrtí matek na 100 000 živě narozených dětí) v rozvojových oblastech klesla ze 440 v roce 1990 na 240 v roce 2010: východní Asie má ze všech rozvojových oblastí nejnižší mateřskou úmrtnost (37). Na každou ženu, která zemře, ale připadá 20 dalších, které jsou stíženy poraněním, infekcí či handicapy (WHO/UNICEF 2012, s. 13).

Níže uvedená tabulka poskytuje přehled pokroku, kterého jednotlivé oblasti dosáhly při plnění pátého cíle: zaměřuje se přitom na úkoly snížení mateřské úmrtnosti o tři čtvrtiny a zvýšení přístupu ke zdravotní péči v oblasti reprodukčního zdraví (UN 2012c). Tabulka pracuje se dvěma úrovněmi:

stínování polí označuje, jestli bude úkol do roku 2015 při pokračování současného vývoje splněn či překročen (šedá), jestli je pokrok na splnění úkolu nedostatečný (bílá) nebo jestli není k dispozici dostatek dat (černá); a

slovní popis v každém poli označuje aktuální úroveň mateřské úmrtnosti* a přístupu k péči v oblasti reprodukčního zdraví. **

	Afrika		Asie				Oceánie	Latinská Amerika a Karibik	Kavkaz a střední Asie
	Severní	Subsah.	Východní	Jihových.	Jižní	Západní			
Snížení mateřské úmrtnosti o tři čtvrtiny	Nízká úmrt.	Velmi vysoká úmrtnost	Nízká úmrtnost	Nepříliš vysoká úmrtnost	Vysoká úmrtnost	Nízká úmrt.	Nepříliš vysoká úmrtnost	Nízká úmrt.	Nízká úmrtnost
Přístup ke zdravotní péči v oblasti reprodukčního zdraví	Nepříliš vysoký přístup	Nízký příst.	Vysoký přístup	Nepříliš vysoký přístup	Nepříliš vysoký přístup	Nepříliš vysoký přístup	Nízký přístup	Vysoký přístup	Nepříliš vysoký přístup

* Nízká mateřská úmrtnost značí <100 úmrtí matek na 100 000 živě narozených dětí; nepříliš vysoká úmrtnost 100–200; vysoká úmrtnost 200–500; velmi vysoká úmrtnost >500.

** Nízký přístup k péči v oblasti reprodukčního zdraví (míra používání antikoncepce – procento žen ve věku 15–49 let, vdaných nebo žijících ve svazku, které užívají antikoncepci) značí <40 %; nepříliš vysoký přístup 40–65 %; vysoký přístup >65%.

Kde je ještě nutné dosáhnout dalšího pokroku?

V boji s mateřskou úmrtností stále ještě zbývá mnoho výzev, s nimiž se musíme utkat.

Nerovnost mezi oblastmi: Mateřská úmrtnost v rozvojových oblastech je i nadále 15krát vyšší než v rozvinutých oblastech. U ženy v Čadu je pravděpodobnost 1 ku 15, že zemře z příčin spojených s mateřstvím a u ženy v Afghánistánu je to 1 ku 32, v porovnání s pravděpodobností 1 ku 3800 u ženy z rozvinuté země (WHO/UNICEF 2012, s. 13).

Subsaharská Afrika: k 85 % úmrtí matek v roce 2010 došlo v pouhých dvou oblastech: v subsaharské Africe (56 % úmrtí matek, mateřská úmrtnost 500) a jižní Asii (29 %), celkem 245 000 úmrtí. Subsaharská Afrika navíc měla největší podíl (10 %) úmrtí matek přisuzovaných HIV: k více než 90 % z 19 000 úmrtí ve skupině nepřímé mateřské úmrtnosti související s AIDS dojde v subsaharské Africe (UN 2012a, s. 31).

Jaké strategie byly použity?

Prenatální a postnatální období, stejně jako porod, jsou důležitá období, během nichž je potřeba nabídnout ženám zákroky a informace podporující zdraví, celkový stav a přežití matek i jejich dětí. Kvalifikovaný zdravotnický personál (lékaři, sestry a porodní asistentky) mohou předejít situacím ohrožujícím život (jako je například silné krvácení) či je vyřešit, nebo pacienta v případě potřeby

předat do vyšší úrovně péče.

Pokrytí předporodního období (tj. alespoň jedna návštěva lékaře, sestry nebo porodní asistentky) v rozvojových oblastech postupně narůstá: ze 63 % v roce 1990 na 71 % v roce 2000 a následně na 80 % v roce 2010 (UN 2012a, s. 32).

Celkově v rozvojových oblastech stoupl procento porodů, u nichž byl přítomen kvalifikovaný zdravotnický personál, z 55 % v roce 1990 na 65 % v roce 2010. Přesto je však kvalifikovaný zdravotnický personál přítomen u méně než poloviny porodů v subsaharské Africe a jižní Asii.

Zvýšený přístup k bezpečným, dostupným a účinným antikoncepčním metodám přispěl ke zlepšení zdraví matek a kojenců; předchází se tak nechtěným těhotenstvím nebo těhotenstvím následujícím v těsném sledu za sebou. Používání antikoncepce v mnoha oblastech mezi roky 1990 až 2010 prudce stoupl, ale poté se tempo pokroku začalo spíše zpomalovat.

Ve všech oblastech kromě subsaharské Afriky a Oceánie používala antikoncepci více než polovina všech žen mezi 15 a 49 lety, které byly vdané nebo žily ve svazku. U žen v subsaharské Africe byla míra rozšíření antikoncepce nejnižší, pouhých 25 %, což je pod úrovní roku 1990 jiných oblastí (UN 2012a, s. 35).

Pokud dochází k rizikovým potratům (viz níže), je důležité poskytnout ženám komplexní péči po potratu, aby bylo možné zajistit léčbu komplikací a přístup k antikoncepci. Nezbytnou součástí jsou kvalifikované sestry a zdravotničtí pracovníci, vhodné tlumení bolesti, následná péče včetně rozpoznání a léčby krvácení nebo infekce, odstranění stigmatu zdravotnických pracovníků souvisejícího s péčí o ženy po potratu, a zvyšování a zlepšování poradenství a služeb v oblasti plánovaného rodičovství (WHO & UNICEF 2012, s. 20).

WHO odhaduje, že 75 % rizikových potratů by se dalo předejít, kdyby byla potřeba plánování rodičovství zcela naplněna (WHO & UNICEF 2012, s. 20).

Základní výzvy

Mnoho zásadních překážek ve zlepšování zdraví matek je ještě umocněno nedostatkem služeb v oblasti plánovaného rodičovství a problémy v oblasti porodní, předporodní a poporodní péče. Sestry mají výhodou pozici pro to, aby pomohly tyto problémy vyřešit.

Porody v raném věku

Porody v raném věku jsou spojeny s mnoha dalšími zdravotními riziky pro matky i jejich děti. V zemích, kde jsou sňatky v nízkém věku poměrně časté, by dalším snížením počtu porodů u dospívajících mohl pomoci vývoj a realizace kulturně citlivých programů zaměřených na oddalování vstupu do manželství a schválení a prosazování zákonů upravujících minimální věk pro uzavření manželství (UN 2012a, s. 34).

Celkově se v rozvojových oblastech mezi roky 1990–2000 počet porodů na 1000 žen mezi 15 a 19 lety snížil. Od té doby se ve většině regionů míra poklesu zpomalila nebo dokonce obrátila. Subsaharská Afrika má nicméně nadále nejvyšší porodnost dospívajících žen (120 porodů na 1000 dospívajících žen), přičemž od roku 1990 nedošlo téměř k žádnému pokroku; porodnost dospívajících žen také zůstává vysoká v Latinské Americe a Karibiku.

Předporodní péče

Tam, kde jsou sňatky v nízkém věku poměrně časté, by dalším snížením počtu porodů u dospívajících mohl pomoci vývoj a realizace kulturně citlivých programů zaměřených na oddalování vstupu do manželství a schválení a vynucování zákonů upravujících minimální věk pro uzavření manželství.

Ve většině oblastí došlo k pokroku při plnění doporučení WHO, které vyžaduje alespoň čtyři návštěvy zdravotníků před porodem (včetně, a to přinejmenším, vyšetření a léčby infekcí a rozpoznání varovných příznaků během těhotenství). Téměř polovině žen z rozvojových oblastí se nicméně přesto nedostalo doporučeného počtu návštěv a také je potřeba zaměřit se na kvalitu péče během těchto návštěv (UN 2012a, s. 33). Navíc existují značné rozdíly mezi jednotlivými oblastmi: jižní Afrika nahlásila v roce 2010 téměř stoprocentní pokrytí, ale v západní Africe se přibližně třetině těhotných žen návštěv v souvislosti s předporodní péčí nedostalo.

Konkrétní zdravotní potíže

Krvácení a hypertenze jsou společně příčinou více než poloviny úmrtí matek, a sepse a rizikové potraty společně způsobí 17 % úmrtí. Nepostupující porod a anémii WHO hodnotí jako přispívající faktory spíše než jako přímou příčinu smrti. Nepřímé příčiny, včetně úmrtí zaviněných nemocemi jako například malárie, HIV/AIDS a srdeční onemocnění, způsobují asi 20 % úmrtí, což opět zdůrazňuje nutnost komplexního, nikoli vertikálního přístupu k RCT týkajících se zdraví (WHO/UNICEF 2012, s. 16).

Rizikové potraty

Rizikové potraty (tj. potraty prováděné osobou, která nemá dostatečnou kvalifikaci nebo v prostředí, které nespĺňuje minimální požadavky) způsobují závažné infekce, krvácení a poškození orgánů. Rizikové potraty každoročně přivodí smrt 47 000 tisícům žen a dočasné nebo trvalé postižení dalším 5 milionům žen, z nichž téměř všechny žijí v rozvojových oblastech.

Podle Meziagenturní skupiny pro bezpečné mateřství (Inter-Agency Group for Safe Motherhood), je „rizikový porod tou nejvíce opomíjenou příčinou úmrtí matek – a zároveň tou, které lze nejlépe předcházet.“ (WHO/UNICEF 2012, s. 20).

RCT 6: Bojovat proti HIV/AIDS, malárii a dalším chorobám

Úkol: Zastavit šíření HIV/AIDS a zvrátit postup jeho šíření do roku 2015. Ukazatele:

Rozšíření HIV u těhotných žen ve věku 15–24 let

Míra užívání kondomu v rámci míry rozšíření antikoncepce Použití kondomu při posledním vysoce rizikové pohlavním styku

Procento populace mezi 15–24 roky s obsáhlými a správnými znalostmi o HIV/AIDS

Míra rozšíření antikoncepce

Poměr sirotků ve věku 10–14 let docházejícím do školy oproti dětem, které sirotky nejsou

Úkol: Dosáhnout do roku 2010 všeobecného přístupu k léčbě HIV/AIDS pro všechny potřebné

Úkol: Zastavit výskyt malárie a dalších závažných nemocí a nastavit opačný vývoj

Ukazatele:

Rozšíření malárie a úmrtnost spojená s malárií

Procento obyvatel v oblastech s rizikem výskytu malárie, které proti malárii používá účinná preventivní a léčebná opatření

Rozšíření tuberkulózy a úmrtnost spojená s tuberkulózou

Procento případů tuberkulózy zachycených a léčených pomocí plně kontrolovaných krátkodobých režimů DOTS (mezinárodně doporučená strategie pro boj s tuberkulózou).

Jakého pokroku bylo dosaženo?

Přestože jsou mezi jednotlivými oblastmi značné rozdíly, byl boj proti nemocem v šestém cíli do jisté míry úspěšný.

HIV/AIDS

Počet lidí, kteří se nakazí HIV, se snižuje, přičemž tempo poklesu je v některých zemích rychlejší než v jiných. Nové infekce za rok 2010 – 2,7 milionů lidí, z toho 390 000 dětí – byly o 21 % nižší než v roce 1997, který představuje nejvyšší bod vývoje, a o 15 % nižší než v roce 2001.

Na konci roku 2010 žilo s HIV odhadem 34 milionů lidí, což je o 17 % více než v roce 2001 (UN 2012a, s. 39). Tento trvalý nárůst odráží velký počet nových infekcí společně s výrazně lepší dostupností antiretrovirální léčby (ARV), která může pacientům zachránit život. Tato léčba změnila HIV z rozsudku smrti na zvládnutelné chronické onemocnění a umožňuje lidem vést plnohodnotný a aktivní život.

Počet lidí, kteří zemřou na příčiny spojené s AIDS, klesl v roce 2010 na 1,8 milionu, což představuje pokles oproti dosud nejvyššímu počtu 2,2 milionu úmrtí okolo roku 2005. Díky zavedení ARV bylo v nízké a středně příjmových zemích zabráněno od roku 1995 celkem 2,5 milionům úmrtí (UN 2012a, s. 39). V roce 2010 se pomocí ARV léčilo

6,5 milionu lidí a v roce 2011 se jejich počet zvýšil o téměř 20 % na 8 milionů (UNAIDS 2012, s. 9); jak je ale uvedeno níže, ještě stále je před námi velký kus cesty.

Malárie

Počet hlášených případů malárie se výrazně snížil, přičemž mnoho zemí dosáhlo mezi roky 2000 a 2010 většího než 50% poklesu (UN 2012a, s. 42).

Tuberkulóza

Celosvětově dosáhla míra výskytu tuberkulózy vrcholu v roce 2002 a od té doby klesá. Celkový počet nových případů také začal klesat, i když jen velmi pomalu. Při pokračování současného vývoje se podaří na celém světě dosáhnout stanoveného cíle (zastavit šíření a nastavit opačný vývoj ve výskytu této nemoci) (UN 2012a, s. 44).

Níže uvedená tabulka hodnotí pokrok jednotlivých oblastí ve dvou aspektech plnění šestého cíle: zastavit šíření HIV/AIDS a tuberkulózy a nastavit opačný vývoj (UN 2012c). Tabulka pracuje se dvěma úrovněmi:

barva polí označuje, jestli bude úkol do roku 2015 při pokračování současného vývoje splněn či překročen (šedá), jestli je pokrok pro splnění úkolu nedostatečný (bílá) nebo jestli nedošlo k žádnému pokroku či došlo ke zhoršení situace (černá); a

slovní popis v každém poli označuje výskyt HIV* a úmrtnost na tuberkulózu.**

	Afrika		Asie				Oceánie	Latinská Amerika a Karibik	Kavkaz a střední Asie
	Severní	Subsah.	Východní	Jihových.	Jižní	Západní			
Zastavit šíření HIV/AIDS a postupně nastavit opačný vývoj	Nízký výskyt	Vysoký výskyt	Nízký výskyt	Nízký výskyt	Nízký výskyt	Nízký výskyt	Nízký výskyt	Nízký výskyt	Nízký výskyt
Zastavit a zvrátit šíření tuberkulózy	Nízká úmrtnost	Vysoká úmrt.	Nízká úmrtnost	Nepříliš vysoká úmrtnost	Nepříliš vysoká úmrt.	Nepříliš vysoká úmrtnost	Vysoká úmrtnost	Nízká úmrtnost	Nepříliš vysoká úmrtnost

* Nízký výskyt HIV značí <0,05 nových infekcí HIV za rok na 100 osob ve věku 15–49; střední výskyt 0,05–0,25; vysoký výskyt >0,25.

** Nízká úmrtnost na tuberkulózu značí <8 úmrtí za rok na 100 000 obyvatel; nepříliš vysoká úmrtnost 8–29; vysoká úmrtnost >29.

HIV/AIDS

Kde je ještě nutné dosáhnout dalšího pokroku?

Mezi jednotlivými oblastmi jsou značné rozdíly (UN 2012a, s. 39).

Na subsaharskou Afriku připadalo v roce 2010 plných 70 % nových infekcí HIV, přestože v této oblasti žije pouze 12 % světové populace. Míra výskytu se tu ale v různých oblastech značně liší a epidemie je i nadále nejhroší v jižní Africe.

Karibik je oblastí s druhým největším výskytem HIV, přestože růst epidemie se od poloviny 90. let výrazně zpomalil.

V Asii je výskyt a rozšíření HIV podstatně nižší než v některých jiných regionech. Vzhledem k celkovému počtu obyvatel Asie je zde ale ve skutečnosti druhý nejvyšší počet osob žijících s HIV.

Na rozdíl od některých jiných oblastí počet nových infekcí HIV nadále stoupá na Kavkaze a ve střední Asii.

Podíl žen žijících s HIV zůstává celosvětově stabilní na 50 %, přestože ženy jsou neúměrně postiženy v subsaharské Africe (59 % všech lidí žijících s HIV) a v Karibiku (53 %) (UN 2012a, s. 39).

Úkol zpřístupnit všem potřebným antiretrovirální léčbu do roku 2010 nebyl splněn. V subsaharské Africe stále nedostává antiretrovirální léčbu více než 50 % osob, pro které je vhodná (UN 2012a, s. 42), přestože Botswana, Namibie a Rwandy už dosáhly všeobecné přístupnosti této léčby a pokrývají alespoň 80 % potřebných osob (UN 2012a, s. 42).

Jaké strategie byly použity?

Mezi hlavní strategie pro splnění cílů a úkolů patřilo vzdělávání a zvyšování obecného povědomí, změna chování, poradenství a testování, zlepšení péče a lepší přístup k léčbě. Sestry se na provádění těchto strategií aktivně podílely ve spolupráci s širokou škálou národních i mezinárodních partnerů. V mnoha zemích způsobilo zavedení služeb pro boj s epidemií HIV/AIDS revoluci v dostupnosti a poskytování zdravotnických služeb, větší zapojení jednotlivých komunit a přerozdělení úkolů napříč zdravotnickým personálem.

Programy mateřského zdraví jsou důležitým bodem, který zajišťuje ženám přístup k testování a službám a také hraje významnou roli v prevenci přenosu z matky na dítě. Pro muže žádné srovnatelné vstupní body neexistují. Bez léčby se přibližně jedna třetina dětí narozených ženám s HIV nakazí v děloze, při porodu nebo při kojení: toto riziko lze významně snížit, jestliže jsou těhotné ženy podávány antiretrovirotika.

Mediální kampaně a nové komunikační technologie také zaznamenaly úspěch ve zvyšování znalostí a změně chování (a to i mezi dospívajícími), zejména pokud byly doplněny sexuální výchovou nebo předávány prostřednictvím nových komunikačních technik, jako jsou například informace obsažené v televizních seriálech.

Základní výzvy

Přístupnost a dostupnost: Přístupnost a finanční dostupnost diagnózy a celoživotní léčby zůstávají i nadále pro řadu rozvojových zemí velkou výzvou. Se stoupajícím počtem lidí, kteří využívají antiretrovirální léčbu, zároveň také stoupají obavy z možného zvýšení rezistence HIV vůči lékům. HIV

rychle mutuje, a vzhledem k tomu, že léčba má být doživotní, se zdá být pravděpodobné, že se bude objevovat více rezistentních kmenů tohoto viru.

Překážky bránící změně chování: Na úrovni jednotlivce jsou znalosti a porozumění klíčem ke změně chování a k tomu, aby dotyčný začal využívat služby zaměřené na HIV včetně testování. Kulturní a náboženské faktory nicméně mohou určovat, do jaké míry jsou jednotlivci, skupiny i celé populace ochotni řídit se lékařskými radami a změnit své chování, například co se týče používání kondomů nebo monogamních vztahů. Zajištění politické podpory pro boj s epidemií HIV/AIDS je v některých zemích náročnější než v jiných. Také tam, kde ženy nemají dostatečně silné postavení na to, aby mohly převzít kontrolu nad vlastním zdravím, může být boj s šířením HIV/AIDS obzvláště obtížný – například pokud ženy nemají přístup ke kondomům nebo nemohou trvat na jejich používání.

Diskriminace: Stigma a diskriminace jsou i nadále značně rozšířené a mohou se projevovat nejrůznějšími způsoby: nevhodné poznámky, porušování důvěrnosti informací o pacientovi, odkládání a odmítání testů a léčby a společenská izolace. To může snížit využívání pomoci (například poradenství a testování, a to i u těhotných žen, což v důsledku ohrožuje zdraví jejich dětí. Sestry mohou hrát významnou roli při boji se stigmatem a diskriminací, a to s využitím nástrojů a technik popsanych v informačním dokumentu ICN k Mezinárodnímu dni sester 2003 – Zdravotní sestry: boj se stigmatem AIDS, péče pro všechny (Nurses: Fighting AIDS Stigma, Caring for All) (ICN 2003).

Malárie

Kde je ještě nutné dosáhnout dalšího pokroku?

Navzdory tomu, že v mnoha oblastech došlo ke snížení výskytu malárie, není tento pokles pro splnění úkolu stanoveného v RCT 6 dostatečný. I nadále je nejpostiženější oblastí Afrika, kde dochází k 81 % případů malárie a 91 % úmrtí na malárii. 86 % z těchto úmrtí bylo u dětí mladších pěti let (UN 2012a, s. 42).

Jaké strategie byly použity?

Mezi hlavní strategie boje proti malárii patří používání moskytiér ošetřených insekticidy, vnitřní postřiky insekticidy (Indoor Residual Spraying – IRS), rychlá diagnóza a zvýšení přístupu k léčbě založené na artemisininu. Úspěšné použití těchto strategií vyžaduje vzdělávání a značné změny v chování rodin i zdravotnických pracovníků (například v oblasti propagace používání moskytiér, zejména u dětí a těhotných žen) a přizpůsobení služeb tak, aby bylo možné urychlit diagnózu a přístup k vhodné léčbě.

Základní výzvy

Navzdory dosaženému pokroku a příležitostem k dalším pozitivním výsledkům jsou prostředky věnované na boj s malárií, jak domácí, tak zahraniční, pro prevenci a kontrolu nedostatečné.

Navíc stoupají obavy z rostoucí rezistence vůči artemisininovým přípravkům a insekticidům. Bez náležité pozornosti a řešení představují tyto problémy závažnou hrozbu pro budoucí pokrok.

Další nemoci

Tuberkulóza

RCT 6 poskytl příležitost zaměřit se vedle HIV/AIDS a malárie i na jiné nemoci, z nichž byla zvláštní pozornost věnována právě tuberkulóze, a to v neposlední řadě také vzhledem k jejímu spojení s HIV/AIDS.

Odhaduje se, že v roce 2010 žilo na světě 12 milionů lidí s tuberkulózou, 8,8 milionům byla tuberkulóza nově diagnostikována (včetně 1,1 milionu případů u osob s HIV) a došlo k 1,4 milionům úmrtí (včetně 350 000 osob s HIV) (UN 2012a, s. 44).

Přestože se zvyšování míry výskytu zpomaluje, jak bylo uvedeno výše, není možné v úsilí polevit. Odhaduje se, že více než jedna třetina nových případů stále není hlášena a více než 84 % z odhadovaných 290 000 případů multirezistentní tuberkulózy v roce 2010 nebylo diagnostikováno a léčeno v souladu s mezinárodními doporučeními. Mnoho pacientů trpících tuberkulózou navíc neví, zda jsou či nejsou infikováni virem HIV, přestože infikováni být mohou, a proto také nevyužívají antiretrovirální léčbu. (UN 2012a, s. 45)

Zátěž způsobená opomíjenými nemocemi

Existují obavy, že cílené zaměření RCT 6 na HIV/AIDS, malárii a tuberkulózu mohlo vést k tomu, že zátěži způsobená jinými podobně závažnými nemocemi nebylo věnováno tolik pozornosti a zdrojů. Mezi ně patří opomíjené tropické nemoci – skupina parazitických a bakteriálních infekcí, které ročně postihují více než 1,4 miliardy převážně chudých lidí, způsobují fyzické strádání a poškození tělesných funkcí a pro mnoho lidí je kvůli nim nemožné uniknout ze začarovaného kruhu chudoby (The Lancet 2010).

Další skupinou nemocí, kterým se nedostalo potřebné pozornosti a zdrojů, jsou nepřenositelné nemoci, především kardiovaskulární onemocnění, chronická onemocnění plic, cukrovka 2. typu a rakovina. Nárůst případů těchto nemocí, z nichž mnoha lze předejít, akutně vyžaduje pozornost, protože dvojité břemeno přenosných a nepřenosných nemocí vyvine na zdravotnické systémy napříč rozvojovým i rozvinutým světem nevládnutelný a neudržitelný tlak. Proto se v září 2011 konalo v New Yorku zasedání OSN na vysoké úrovni o prevenci a kontrole nepřenosných nemocí. Bylo to teprve druhé zasedání v historii OSN, které se konalo kvůli nemocem (prvním bylo v roce 2001 zasedání o HIV/AIDS) (C3 Collaborating for Health 2011). Také duševní zdraví způsobuje velkou část celosvětové zdravotní zátěže, které se dostává relativně málo pozornosti a financí v porovnání s jejím odhadovaným budoucím dopadem na jednotlivé rodiny, komunity a ekonomiky (WEF/Harvard 2011).

Shrnutí

RCT týkající se zdraví pomohly zaměřit pozornost na některé potřeby systémů zdravotní péče: podpora kvalitními finančními mechanismy, dobře vyškolená a adekvátně placená pracovní síla, spolehlivé informace, na nichž mohou být založeny rozhodnutí a strategie, dobře udržovaná zařízení a konečně logistika nutná pro poskytování kvalitních léků a technologií. Toto jsou nezbytné předpoklady pro to, aby jednotlivé země dokázaly plnit potřeby svých obyvatel a poskytovat přiměřené služby v čase a místě, kde jsou potřeba. Národní sesterské organizace mají možná výhodnou pozici k podpoře a monitorování pokroku ve svých systémech zdravotní péče a k tomu, aby v případě potřeby podpořily návrhy na zlepšení, lobbovaly za ně a vedly své vlády k odpovědnosti.

Při hledání způsobů, jak naplnit cíle, ukazatele a úkoly, indikátorů a úkolů dosáhnout, byl kladen důraz na integraci služeb a na komplexní přístup: například poskytování kvalitní a vhodné péče HIV pozitivní těhotné ženě se vztahuje ke všem třem RCT týkajícími se zdraví a zároveň je spjato s mnoha dalšími RCT. Zároveň je možné zrychlit pokles v úmrtnosti dětí mladších pěti let rozšířením činností zaměřených na její hlavní příčiny, a také zajištěním vzdělávání, posílením postavení žen, odstraněním finančních a společenských bariér v dostupnosti základních služeb a většímu zpřístupnění služeb intenzivní péče chudým.

Společná práce na dosažení RCT také poskytla lidem ze všech sektorů, včetně sester, příležitost rozvíjet znalosti a schopnosti potřebné ke spolupráci mezi více sektory a partnery.

Přispění všeobecných sester

Během posledního desetiletí došlo k velkým úspěchům v oblasti zlepšování znalostí a schopností sester, které tak mohou výrazně přispět ke splnění RCT týkajících se zdraví. Sestry jsou často jediní kvalifikovaní zdravotničtí pracovníci, k nimž mají lidé za celý svůj život přístup, ať už potřebují jakoukoli péči. Proto mají sestry velmi dobrou pozici a jsou velice inovativní při práci se znevýhodněnými skupinami obyvatel, kteří nemají dostatečný přístup ke zdravotní péči. Tato kapitola zdůrazní některé z přínosů, kterými sestry na celém světě přispěly k plnění RCT, a bude se zabývat tím, jak by sestry mohly využít rámec pro urychlení realizace RCT (MAF) (UNDP 2011) k zaměření své činnosti a ke stimulaci a vedení dalšího pokroku.

Mezinárodní rada sester

Mezinárodní rada sester (ICN) významným způsobem přispívá k plnění všech RCT, nejen těch přímo souvisejících se zdravím. To je hmatatelným důkazem toho, jak důležitý je ucelený a komplexní přístup k celosvětovému zdraví, prosperitě a rozvoji. ICN aktivně ovlivňuje strategie a programy po celém světě a účastní se fór, na nichž se přijímají rozhodnutí, i mezinárodních zasedání a dalších událostí. ICN iniciovala následující programy, jejichž popis lze najít na webových stránkách ICN.

Ve spolupráci s nadací Florence Nightingale International Foundation založila ICN v roce 2005 fond pro vzdělávání dívek The Girl Child Education Fund, jehož cílem je umožnit školní docházku osiřelým dcerám všeobecných sester v subsaharské Africe. K dnešnímu dni těžilo či těží z této iniciativy 316 dívek v Keňi, Svazijsku, Ugandě a Zambii. Výsledkem jsou nejen zdravotními přínosy pro tyto dívky a jejich rodiny, ale také přispění k RCT 2 (dosáhnout základního vzdělání pro všechny) a RCT 3 (podporovat rovnost pohlaví a posílit postavení žen). Mezi přínosy vzdělávání dívek patří:

- větší zapojení do pracovního procesu a zvýšení rodinného příjmu: za každý rok, který dívka stráví ve škole, se její plat v dospělosti zvýší asi o 15 %;

- větší šance, že se dětem těchto dívek dostane vzdělání: u dětí, jejichž matky nemají žádné vzdělání, je dvakrát větší pravděpodobnost, že nebudou chodit do školy, než u dětí, jejichž matky nějaké vzdělání mají;

- zlepšení plánovaného rodičovství;

- nižší úmrtnost malých dětí: každý den zbytečně zemře více než 2700 dětí mladších pěti let, protože jejich matkám bylo předtím odepřeno vzdělání;

- nižší počet úmrtí matek při porodech; a

- nižší počet infekcí HIV/AIDS: podíl infikovaných je mezi mladými lidmi, kteří nedokončí základní školu, dvojnásobně vysoký.

Ve spolupráci s vládami, partnery z veřejného i soukromého sektoru a národními sesterskými organizacemi v cílových zemích a také ve Švédsku, Norsku a Irsku založila ICN šest zdravotních center pro zdravotnické pracovníky (Wellness Centres for Health Care Workers), které poskytují prevenci HIV a tuberkulózy, léčbu a péči v diskrétním prostředí, psychologické poradenství a management stresu, prevenci a léčbu nepřenositelných nemocí, školení bezpečnosti při práci a další profesní

růst. Tato iniciativa přispěla nejen ke splnění RCT 6, ale také k udržení pracovníků v ošetrovatelství a jejich podpoře v Lesothu, Svazijsku, Zambii, Ugandě, Malawi a Etiopii.

Projekt ICN zaměřený na tuberkulózu a multirezistentní tuberkulózu (ICN TB/MDR TB) výrazným způsobem přispěl k RCT 6 tím, že připravil více než 1000 sester ve 13 zemích na roli školitelek. Ty následně v této oblasti vyškolily 30 000 dalších sester a zdravotnických pracovníků, což mělo celosvětový dopad na prevenci, péči a léčbu této nemoci. Jako doplněk tohoto školení nabízí ICN online program „Péče, prevence a léčba tuberkulózy“, který poskytuje praktické nástroje sestřím a dalším osobám zapojeným do péče o pacienty, rodiny a komunity postižené tuberkulózou včetně multirezistentní tuberkulózy. Kurz lze uplatnit v jakémkoli prostředí: zabývá se problémy souvisejícími s poskytováním péče při omezených zdrojích a vysokém pracovním vytížení. Kurz klade zvláštní důraz na poskytování kvalitní péče se zaměřením na pacienta v praxi a má význam pro všechny, kteří si chtějí zlepšit své znalosti, i pro zkušené sestry, které běžně pracují s lidmi trpícími tuberkulózou.

Mobilní knihovny ICN/MSD poskytují aktuální informace z oblasti ošetrovatelství sestřím působícím v odlehlých a venkovských oblastech, včetně těch, které pracují mezi uprchlíky s těmi nejchudšími a nejzranitelnějšími skupinami obyvatel. Knihovny tak umožňují tisícům sester a zdravotnických pracovníků v subsaharské Africe a dalších zemích, včetně Haiti a Východního Timoru, poskytovat dětem, matkám, rodinám i celým komunitám vhodnou péči, čímž přispívají k plnění RCT 4, 5 a 6. Pro co nejširší uplatnění knihoven byly založeny anglické, portugalské a francouzské verze.

ICN také vyvíjí a distribuuje přehledy základních informací, vyjádření a další publikace, které slouží sestřím jako rady a informace ohledně souvisejících témat. Jsou dostupné na webových stránkách ICN: www.icn.ch.

Ve snaze přispět k RCT, které nejsou přímo zaměřeny na zdraví, se ICN spojila se soukromým sektorem a národními sesterskými organizacemi v Keňi, Malawi a Ugandě, aby podpořila přístup k nezávadné vodě: ta je klíčovým aspektem pro zlepšení zdraví dětí a dosažení RCT 4.

ICN aktivně lobbovala za podporu RCT 3 (prosazovat rovnost pohlaví a posílit postavení žen) v rámci širší kampaně pro vytvoření specializované agentury OSN s dostatečnou finanční podporou, která by podporovala lidská práva žen a posílila celosvětové úsilí o rovnost pohlaví: tato kampaň v roce 2010 vyústila v založení UN Women, organizace OSN pro rovnost pohlaví a posílení postavení žen.

Sestry a porodní asistentky nejenže spolupracují na mezinárodní úrovni, ale ve snaze maximalizovat své zdroje a vstupy zakládají také regionální skupiny. Příkladem může být 15 zemí tvořících jihoafrickou síť sester a ošetrovatelek – Southern African Network of Nurses and Midwives (SANNAM) – které pomáhaly formovat, ovlivňovat a podporovat úlohu sester v prevenci, péči a léčbě HIV/AIDS (viz www.sannam.org.za).

V severní Ghaně byly sestry rozmístěny do jednotlivých komunit a za tři roky pomohly snížit dětskou úmrtnost o více než polovinu. Sestry spolupracovaly s náčelníky a staršími tom, aby se – při zachování zvyků tradičních léčitelů – zlepšilo přijetí modernějších zdravotnických technologií. Díky tomu se snížil počet rodičů, kteří odkládali vyhledání pomoci, a zvýšila se pravděpodobnost přežití dětí. (Binka et al. 2007).

Sestry a komunitní zdravotničtí pracovníci v Malindi v Keni reorganizovali služby ambulantních klinik tak, aby lépe vyhovovaly potřebám HIV pozitivních pacientů, jimž byla zároveň diagnostikována tuberkulóza. Soukromě působící sestra zároveň založila kliniku v nairobském slumu Kibera, kde vytvořila bezpečné a čisté prostředí pro porody i pro poskytování předporodní, poporodní a další péče místním matkám a dětem (ICN 2010).

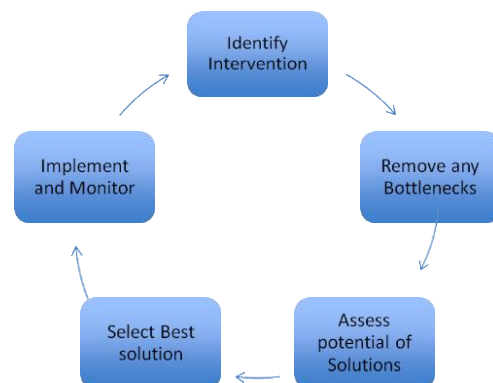
Na Papui-Nové Guinei poskytuje sestrami vedené zdravotní středisko primární péče služby v odlehlejších oblastech s vysokou mírou výskytu HIV/AIDS. Sestry také vyhledaly nejdůležitější místní zainteresované strany (skupiny mládeže a žen a vůdce komunit) ve 14 vesnicích, aby zvýšily povědomí o HIV/AIDS. Používají krátkovlnné rádiové vysílání, místní rozhlas a lokální noviny pro poskytování zdravotních informací a upozorňování na dostupné služby. Také nabízejí své služby v jednotlivých vesnicích, kde poskytují péči ve stanovených dnech a hodinách. Zároveň pořádají workshopy o HIV/AIDS a pracují s obyvateli na prevenci a dalších zdravotních tématech, jako je například cukrovka, hypertenze, prenatální péče a imunizace (ICN 2008a).

Navzdory výše naznačenému širokému přispění sester z mnoha zemí a množství známých příběhů o činnosti sester, jejich službách a inovacích zaměřených na RCT je stav literatury popisující přínos sester k plnění RCT neuspokojivý. Je tedy třeba znovu zdůraznit význam toho, aby zdravotní sestry propagovaly a publikovaly svou práci. Nejedná se přitom pouze o práci související s RCT nebo o zdravotní sestry z nízkopříjmových zemí. Nedávno sestavený kanadský výbor (Canadian Commission) zjistil, že hodnotu práce sester je někdy těžké vyčíslit a zaznamenal, že dokonce i systematické přehledy a důkladné analýzy se příliš úzce zaměřují na otázku „funguje to?“, namísto aby se ptaly: „pro koho má péče sester největší přínos a za jakých okolností...jaký přínos to je a za jakou cenu?“ Předpojatý přístup typu „funguje to?“ je třeba rozšířit a hodnotit ošetrovatelskou činnost způsobem, který bere v potaz všechny faktory, jež stojí za přetrvávajícími problémy nebo mají vliv na zdraví (National Expert Commission 2012, s. 31).

Maximalizace budoucího dopadu

Rámec pro urychlení realizace RCT (MAF) byl vytvořen v roce 2010 s cílem poskytnout systematický plán, který mohou nejrůznější zainteresované skupiny společně využít pro podporu pokroku na úrovni jednotlivých zemí u těch RCT, u nichž nebyly dobré vyhlídky na jejich splnění do roku 2015 nebo kde byl pokrok pomalý či nerovnoměrný (UNDP 2011, s. 5). Rámec je založen na předpokladu, že při vynaložení dostatečného úsilí, zaměření na správné aktivity a se správným typem a úrovní podpory jsou RCT dosažitelné. Rámec se skládá ze čtyř systematických kroků:

- 1) určit, jaké zásahy jsou zapotřebí;
- 2) zaměřit se na překážky, které brání v realizaci těchto zásahů;
- 3) rozhodnout o řešení; a
- 4) realizovat je a monitorovat.



Rámec také obsahuje podrobný seznam ověřených zásahů a řešení, které si země mohou přizpůsobit a využít je v rámci výše popsaného čtyřbodového plánu. Přestože byl rámec MAF vytvořen jako doplněk a inspirace pro plány jednotlivých zemí, mohou jej k určování priorit a ohnisek zájmu, monitorování a hodnocení svých aktivit a přínosu k dosažení RCT týkajících se zdraví využít také sestry.

Níže uvedená tabulka uvádí některá doporučená řešení a zásahy, které lze s úspěchem využít při činnosti sester. Jednotlivá řešení jsou rozdělena do několika kategorií: posílení systému zdravotní péče, ošetrovatelská praxe, podpora zdraví a prevence onemocnění a konečně sdílení informací. Tato řešení mohou využít národní sesterské organizace, školitelé sester, manažeři služeb a další pracovníci ke koncentraci pozornosti a energie a k propojení existujících iniciativ a zdrojů. Využití mezinárodně uznávaného rámce může sestřím pomoci jasně vyjádřit a popsat svůj přínos k národnímu i celosvětovému zdraví a rozvojovým prioritám.

	RCT	Navrhované zásahy
Posílení systémů zdravotní péče	4, 5, 6	Nábor, odměňování a udržení zdravotnických pracovníků a ochrana jejich zdraví
	4, 5, 6	Vzdělávání, školení a rozšiřování kapacit pro praxi, léčbu, výzkum a rozvoj
	4, 5, 6	Monitorování a hodnocení
Ošetrovatelská praxe	4	Integrovaná léčba dětských nemocí
	4	Léčba podvýživy a vážné akutní podvýživy
	4, 6	Prevence, péče a léčba nemocí a chorob včetně průjmu, zápalu plic, tuberkulózy a malárie
	4, 5	Předporodní, porodní, poporodní a novorozenecká péče
	4	Propagace a podpora kojení a vzdělání a podpora pro bezpečnější krmení kojenců pro HIV pozitivní matky
	4, 5	Podpora a poradenství ve výživě kojenců, těhotných žen a kojících matek ze zvláštním zaměřením na místní produkty
	4, 5, 6	Zdravotnické služby v oblasti reprodukčního a sexuálního zdraví pro muže a ženy, včetně plánovaného rodičovství
	4, 6	Kontrola zdraví dětí a poskytování imunizačních programů včetně očkování proti spalničkám
	5	Poskytování naléhavé porodnické péče a následné předání pacientky příslušným zdravotnickým pracovníkům
	5	Poradenství týkající se potratů v rozsahu povoleném zákonem
	5	Kvalifikovaná péče, porod v čistotě, poporodní péče
	5, 6	Poradenství – plánované rodičovství, antikoncepce, období po potratu, HIV
	5	Vyšetření a léčba pohlavně přenosných chorob
	4, 5, 6	Prevence přenosu HIV z matky na dítě
	4, 5, 6	Bezpečnost krve a injekcí, předcházení infekcím a všeobecná bezpečnostní opatření
	6	Péče o nemocné HIV/AIDS a léčba včetně paliativní
	6	Prevence, léčba, péče a kontrola tuberkulózy
6	Integrované služby pro nemocné s HIV a tuberkulózou	
Propagace zdraví a prevence nemocí	4, 5, 6	Změna chování
	4, 5, 6	Poradenství a testování HIV
	4, 5, 6	Rozšíření propagace zdraví a informačních programů i na znevýhodněné skupiny obyvatel (vzhledem k příjmu, zeměpisné poloze, pohlaví, věku, atd.)
	6	Informace a vzdělání vedoucí k potlačování stigma a diskriminace
	4, 5, 6	Vzdělávání a služby týkající se sexuálního a reprodukčního zdraví přiměřené věku
	6	Prevence a management stigma a diskriminace
	6	Podpora využívání postelových moskytiér
Sdílení informací	4, 5, 6	Monitorování strategií a postupů
	4, 5, 6	Navazování kontaktů v rámci zdravotnického sektoru i mimo něj
	4, 5, 6	Výměna znalostí
	4, 5, 6	Úprava obsahu tak, aby byl vhodný a přístupný pro místní obyvatelstvo
	4, 5, 6	Vhodné využívání nových technologií

Problematika

Vzhledem k tomu, že do uplynutí lhůty pro dosažení RCT zbývají pouhé dva roky, jsou debaty o jejich nástupcích v plném proudu – ať už o prodloužení této lhůty, nové skupině podobných cílů nebo zcela novém systému. Již nyní hrozí, že tyto debaty budou velice spleťté a jejich výsledek není ani zdaleka jasný. Jsou tu různá potenciální nebezpečí, například že budou nové cíle příliš přehlcené (nelze jako nový cíl stanovit „všechno všem“), že budou příliš zaměřené na sponzory (tedy určeny prioritami subjektů z rozvinutých zemí, nikoli prioritami těch, kterých se řešené problémy týkají), nebo že budou příliš normativní (UN System Task Team 2012, s. 33). Přesto se jedná o zásadní příležitost k nápravě nedostatků ve stávajících RCT a ke zdůraznění priorit světa 21. století. Chceme-li nalézt přijatelné a komplexní řešení, musíme k tomu mít dostatek času; je třeba vyhnout se uspěchaným rozhodnutím.

„Jak?\": proces stanovení budoucích cílů

OSN je organizace, která je dostatečně „nestranná, neutrální a celosvětově uznávaná“, aby mohla jednat jako iniciátor a koordinátor nástupců RCT (Vandemoortele 2012, s. 14). V roce 2011 tedy generální tajemník OSN zahájil hodnocení existujícího systému RCT a hledání dalšího postupu.

V rámci OSN byla k vytvoření rozvojového programu po roce 2015 ustanovena pracovní skupina UN System Task Team on the Post-2015 Development Agenda, která sdružuje zástupce více než 50 organizací OSN a dalších mezinárodních institucí (viz příloha 3). Mezi povinnosti této pracovní skupiny patří vytvoření takzvané „cestovní mapy“ rozvojového programu po roce 2015 a především zajištění plné účasti zainteresovaných stran, včetně obyvatel rozvojových zemí nejvíce postižených chudobou a zdravotními problémy, na něž se zaměřují RCT. Tento krok je zásadní pro legitimnost nových cílů: původní RCT byly kritizovány za to, že byly z velké části navrženy odborníky za zavřenými dveřmi. Často se stává, že výzkumní pracovníci a odborníci „přehlédnou to, co je pro chudé nejdůležitější“ (Sumner 2009), pokud názory dotčených skupin obyvatelstva nejsou součástí diskuze. Pro rozvoj nového rámce budou mít zásadní význam konzultace na národní úrovni i tematické diskuze (včetně těch o nerovnosti a zdraví), které již byly zahájeny.

Dále byl zřízen panel na vysoké úrovni sestávající z 26 „význačných osob“: předsedá mu britský premiér společně s prezidenty Indonésie a Libérie, dalšími členy jsou potom zástupci vlád rozvinutých i rozvojových zemí a občanské společnosti (UN 2012b). Panel bude sloužit jako poradní orgán generálního tajemníka, a to zejména ve věcech vývoje udržitelných rozvojových cílů (viz níže). (Seznam členů je k dispozici v dodatku 3).

Další komplikací je skutečnost, že se debaty odehrávají v kontextu světa, který prošel značnými změnami: rozvinuté země zasáhla ekonomická krize a jsou tu také celosvětové hrozby týkající se změn klimatu a bezpečnosti lidstva. Je zde tedy možné nebezpečí, že nový rámec bude „utvářen šokem“ (Green 2012). Jedním z návrhů je začlenění „mechanismu pro kontrolu a přizpůsobení cílů a úkolů během jejich plnění, aby bylo možné vzít v potaz nepředvídatelné okolnosti a zajistit, že úkoly budou i nadále relevantní a účelné“ (Overseas Development Institute 2012, s. 9). Jan Vandemoortele, jeden z tvůrců původních cílů v roce 2001, nabádá ke sloučení urgentnosti řešených otázek s opatrností při vytváření nástupců RCT, čemuž sám říká „spěchat pomalu“ (Vandemoortele 2009). Pokud se nepodaří nastavit proces správně, bude obsah irelevantní, protože cíle budou postrádat legitimnost potřebnou k podnícení rozvoje na příštích několika desetiletí. 35

„Co?": stavění na zkušenostech získaných při realizaci RCT

Od samého vzniku RCT se vedly debaty o tom, jaké otázky by měly či mohly být součástí rozvojového rámce – a navzdory kritice RCT se zdá, že pro nastavení cílů pro období po roce 2015 je zásadní stavět na jimi vytvořených základech. Podle nedávného průzkumu Hospodářské komise OSN pro Afriku (ECA) provedeného v 32 afrických zemích souhlasila naprostá většina zainteresovaných stran s tím, že RCT jsou pro jejich země „důležitou rozvojovou prioritou“ a „měly by se objevit v programu pro období po roce 2015“ (Vandemoortele 2012, s. 7). Silné stránky RCT, jako jasnost, stručnost a měřitelnost, by měly být pro udržení návaznosti zachovány, objevují se ale i silné hlasy volající po začlenění zásadních otázek, které byly vynechány.

Měření pokroku

Ať už budou mít nástupci RCT jakoukoli podobu, pokrok musí být měřitelný – „dokud nebudou rozdíly v prosperitě jednotlivců dostatečně monitorovány a hlášeny, společnosti se je zřejmě nepodaří vyřešit“ (Vandemoortele 2012, s. 35) – a vlády musí být za nedostatečný pokrok hnány k odpovědnosti. Časová osa (pravděpodobně s počátkem v roce 2010) musí být dostatečně dlouhá na to, aby bylo možné dosáhnout skutečných změn: možný je rok 2030 nebo i 2050. Čím bude období delší, tím spíše se cíle podaří splnit. Zároveň ale delší časové období v krátkodobém a střednědobém horizontu oslabuje politickou vůli, protože cíl je příliš vzdálený konci mandátů současných politických vůdců (UN System Task Team 2012, s. 37). Vyhlášení střednědobých úkolů by mohlo pomoci tento „nedostatek odpovědnosti“ vyřešit. Tyto úkoly by mohly fungovat jako „kvantitativní milníky“, o nichž by světoví vůdci každých pět let podávali na setkání zprávu (Vandemoortele 2012, s. 28). Střednědobé úkoly by také mohly sloužit jako nástroj pro přizpůsobení nebo dotažení dlouhodobých cílů, aby bylo možné reagovat na měnící se okolnosti celosvětového vývoje (například na změnu klimatu nebo nové technologie).

RCT byly mimo jiné kritizovány proto, že vystavily země s nižší úrovní rozvoje vyššímu rozvojovému břemenu: snížení dětské úmrtnosti o dvě třetiny například vyžadovalo od méně rozvinutých zemí mnohem větší celkový pokrok, protože úmrtnost byla na počátku velmi vysoká. Nedávná zpráva pracovní skupiny UN System Task Team uvádí, že k odstranění této diskriminace bude pravděpodobně potřeba jak relativních, tak a absolutních měřítek, díky nimž budou země moci prokázat pokrok, aniž by nutně musely dosáhnout stanoveného cíle (UN System Task Team 2012, s. 37). To by vyžadovalo metodologii, která umožňuje měření tempa pokroku a ne jen úrovně, která byla vzhledem k cíli dosažena (Fukuda-Parr 2012, s. 13).

K tomu budou třeba pravidelná hlášení a přesné údaje; v mnoha částech světa bude tedy nutné zvýšit objem sbíraných dat. Informace je také potřeba lépe provázat, například proto, že „rozhodnutí ohledně rozvoje jsou často přijímána bez ohledu na zdravotní dopady“ (Haines 2012, s. 2193). Kvalitnější sběr a hodnocení dat umožní lepší měření pokroku v oblasti zdraví, udržitelnosti a dalších cílů a efektivnější rozdělení pomoci. Přestože se dostupnost dat zlepšila, v mnoha chudých zemích je i nadále nedostatečná, a zvýšení objemu sbíraných dat v těchto zemích bude vyžadovat dobře koordinovanou podporu ze strany rozvojových partnerů i úsilí ze strany místní vlády (UN 2012a, s. 66).

Rovnost

Jedním z nejostřeji kritizovaných nedostatků RCT bylo, že ani na makroúrovni (národní nebo lokální), ani na mikroúrovni (rodinné) nebraly v úvahu nerovnost. Nerovnost – a „sociální determinanty zdraví“ – jsou v posledních letech stále více zdůrazňovány, například komisí WHO o sociálních determinantech zdraví (Commission on the Social Determinants of Health), jejíž závěrečná zpráva (Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health) důrazně vyzývá k potlačení nerovnosti: „Dosažení rovnosti v otázce zdraví v průběhu jediné generace je možné; je to správná věc a právě teď je pro ni ten správný čas.“ (WHO 2008, s. iii).

Nerovnost může mít mnoho podob.

Z národního hlediska začíná každá země z jiného počátečního bodu, ale RCT jsou celosvětové, nikoli lokální. Proto se může stát, že přestože země dosáhla výrazného pokroku, bude možná více zdůrazňováno „nesplnění“ cíle než relativní (ale významný) pokrok, kterého bylo dosaženo.

Na úrovni jednotlivých komunit chybí jakákoli motivace k upřednostňování těch, kteří jsou nejvíce znevýhodněni: patří k nim nejchudší vrstvy obyvatelstva, obyvatelé slumů, nezaměstnaní, původní obyvatelé a další národnostní menšiny a negramotné ženy (Vandemoortele 2012, s. 11). Zprávy jednotlivých zemí o pokroku v plnění RCT se často nezmiňují o národnostních menšinách: v roce 2007 „ani jedna země neuvedla ve zprávě o RCT u žádného z osmi cílů situaci národnostních menšin“ (Human Rights Council 2007, s. 2). Existují dokonce tvrzení, že RCT sloužily jako záminka pro ospravedlnění porušování lidských práv, mezi něž patří například nucená vystěhovávání při vyklízení slumů v Jižní Africe. (Regionální zákon, který to umožnil, už byl mezitím jihoafrickým ústavním soudem zrušen) (OHCHR 2010, s. 9).

Také v rámci rodin může existovat výrazná nerovnost: chlapci a muži například mohou být upřednostňováni před dívkami a ženami při rozdělování jídla a způsob, jakým rodina utrácí peníze ze svého rozpočtu, může poukazovat na značné strádání některých jejích členů. Na Filipínách například nejchudší domácnosti utratily v roce 2003 víc peněz za tabák než za zdravotní péči, vzdělání a oblečení dohromady (WHO 2009, s. 6).

Je zde mnoho návrhů, které usilují o nápravu současného nerovného stavu. Větší účast znevýhodněných skupin na jednáních o budoucích prioritách by byla neocenitelná. Příkladem může být studie Hlasy chudých (Voices of the Poor) (World Bank 1999), která shromáždila reakce od více než 60 000 lidí z 60 zemí a změnila náš náhled na chudobu a její dopad na život lidí. Podobné zapojení obyvatel také může hrát svou roli v adaptaci rozvojových cílů na národní a místní poměry. Pro přizpůsobování (celosvětových) RCT národním poměrům existuje řada precedentů. Thajsko například RCT výrazně rozšířilo („RCT-Plus“), zahrnuje do nich nové úkoly a ukazatele (například ohledně srdečních chorob) a výslovně se v nich zaměřilo na nerovnost. OSN nyní tento nový plán používá při své rozvojové práci v Thajsku (UNDP 2005). Jsou tu i další příklady: Srí Lanka si stanovila za cíl umožnit všem do roku 2025 přístup k nezávadné vodě a Keňa a Malawi zavádějí strategii bezplatného základního vzdělávání (OHCHR 2010, s. 11).

Na celém světě rostou obavy z nerovností v rámci jednotlivých zemí: Světové ekonomické fórum nyní uvádí „značnou nerovnost v příjmech“ vysoko na svém seznamu celosvětových rizikových faktorů (jako vysoké riziko pro ekonomiky co do pravděpodobnosti i závažnosti) (WEF 2012). Také desagregované (oddělené) monitorování dat může upozornit na rozdíly ve vývoji v rámci jednotlivých zemí: techniky sběru dat se zlepšují a mohly by tuto formu monitorování umožnit.

Je zde i možnost stanovit odstranění nerovnosti jako samostatný cíl, neexistuje ale žádná jednotná strategie, která může nerovnost snížit, takže její začlenění do celkového plánu rozvoje má větší šanci na úspěch (Vandemoortele 2012, s. 31). Další možností je, že by se mohly celosvětové cíle výslovně zaměřit na nejvíce marginalizované skupiny obyvatel a stanovit jako úkol například snížení mateřské úmrtnosti v nejchudší pětině obyvatel.

Co ještě chybí – a záleží na tom?

Jeden z návrhů, jak do cílů začlenit rovnost, počítá se zapracování lidských práv do celého systému. „Lidskoprávní přístup“ (viz např. Hamm 2001) k rozvoji by vyžadoval, aby vlády a sponzoři brali v úvahu všechny a zejména ty, u nichž je vysoké riziko, že jejich lidská práva budou porušována. Určitá práva (jako například právo na život) se musí vztahovat na všechny obyvatele, ale jiná mohou být „realizována postupně“, podle možností jednotlivých vlád – jinými slovy, budou posunována směrem vzhůru a následně už nesmí sklouznout zpět. Momentálně panují obavy, že „pokud je závažné porušování lidských práv používáno jako metoda, nikdo o tom neví: čísla ukazují ‚pokrok‘.“ (Langford 2010, s. 88).

Lidská práva jsou předmětem zvláštních mezinárodních úmluv, v nichž je nediskriminace ústředním bodem a které zahrnují „občanská a politická“ práva (jako například právo na život a právo na spravedlivý proces) i „ekonomická, společenská a kulturní“ práva (včetně práva na „požívání nejvyšší dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví“). Další úmluvy se zaměřují na menšiny a obzvláště ohrožené skupiny, jako jsou například děti a ženy. Vede se rozsáhlá debata o tom, která (pokud vůbec nějaká) lidská práva by měla být do nového celosvětového plánu rozvoje výslovně začleněna. Deklarace tisíciletí zahrnuje i problematiku občanských a politických práv, například „prosazování demokracie a posílení vlády zákona“ (UN 2000, odstavec 24), ta ale byla z RCT vypuštěna. Ve skutečnosti sahají některá lidská práva i za hranice RCT: příkladem může být právo na bezplatné základní vzdělání (OHCHR 2010, s. 3). Mnoho lidských práv je také přímo či nepřímo spojeno se zdravím.

Pokud by nicméně měla být do nových cílů výslovně zahrnuta všechna lidská práva, existuje nebezpečí, že by se jejich plnění vymklo z rukou a stalo se kvůli snaze vzít v potaz všechno zcela nemožným. Vzhledem k tomu, že lidská práva jsou již předmětem zvláštních úmluv, bylo by možná lepší dívat se na situaci ohledně cílů a lidských práv tak, že se „doplňují, ale nenahrazují“: „Všeobecné cíle programu pro období po roce 2015 by mohly být formulovány jazykem lidských práv... Stanovené číselné úkoly by potom mohly reprezentovat jednotlivé kroky k postupné realizaci těchto práv.“ (Vandemoortele 2012, s. 27-8).

Lidská práva nejsou jedinou problematikou, která nebyla do plánu RCT začleněna a nyní se hlasitě dožaduje pozornosti. Od roku 1990 se například většina zátěže způsobené nemocemi v mnoha nízké- a středněpříjmových zemích dramaticky přesunula z infekčních nemocí na nemoci nepřenosné. Odhaduje se, že mezi roky 2005 a 2015 vzroste v Africe počet úmrtí na nepřenosné nemoci o 27 % a v jihovýchodní Asii klesne počet úmrtí na přenosné nemoci o 16 %, zatímco počet úmrtí na nepřenosné nemoci o 21 % vzroste (WHO 2012). Nárůst počtu těchto nemocí souvisí se změnami v životním stylu: nezdravá strava s vysokým obsahem tuku, soli a cukru, škodlivý příjem alkoholu, nízká úroveň fyzické aktivity a kouření (WHO 2011, s. 16). Velké části zátěže způsobené nemocemi lze předejít odstraněním těchto rizikových faktorů, a pokud již nemoc propukne, je k dispozici mnoho možností léčby, které pomáhají snížit riziko komplikací. Dobré zdraví dospělých je základem ekonomického rozvoje a lze pochybovat o tom, zda by bylo vůbec možné RCT zcela splnit bez boje s tímto novým břemenem nepřenosných nemocí, když jsou ekonomické, společenské a emocionální následky této nové epidemie tak závažné a stále se zhoršují. Největší rizikový faktor ze všech, užívání tabáku – odhaduje se, že v roce 2010 zabil tabák 6 milionů lidí, z toho téměř 80 % v nízké- a středněpříjmových zemích (American Cancer Society 2012, s. 16) – je potom jasným kandidátem na jeden z úkolů. Některé národní sesterské organizace, včetně těch na Maltě, v Panamě, na Slovinsku a v Jihoafrické republice už informují a vzdělávají své členy tak, aby mohli čelit výzvě spojené s nepřenosnými nemocemi (C3 Collaborating for Health 2010).

Mezi další oblasti nezahrnuté do RCT patří: bezplatné základní vzdělání, přístup k nezávadné, finančně dostupné vodě, výslovná pomoc dětem osiřelým v důsledku HIV/AIDS, boj proti násilí na ženách, spravedlivý obchod, sociální zabezpečení a dětská práce (viz například Langford 2010, s. 84). Některé

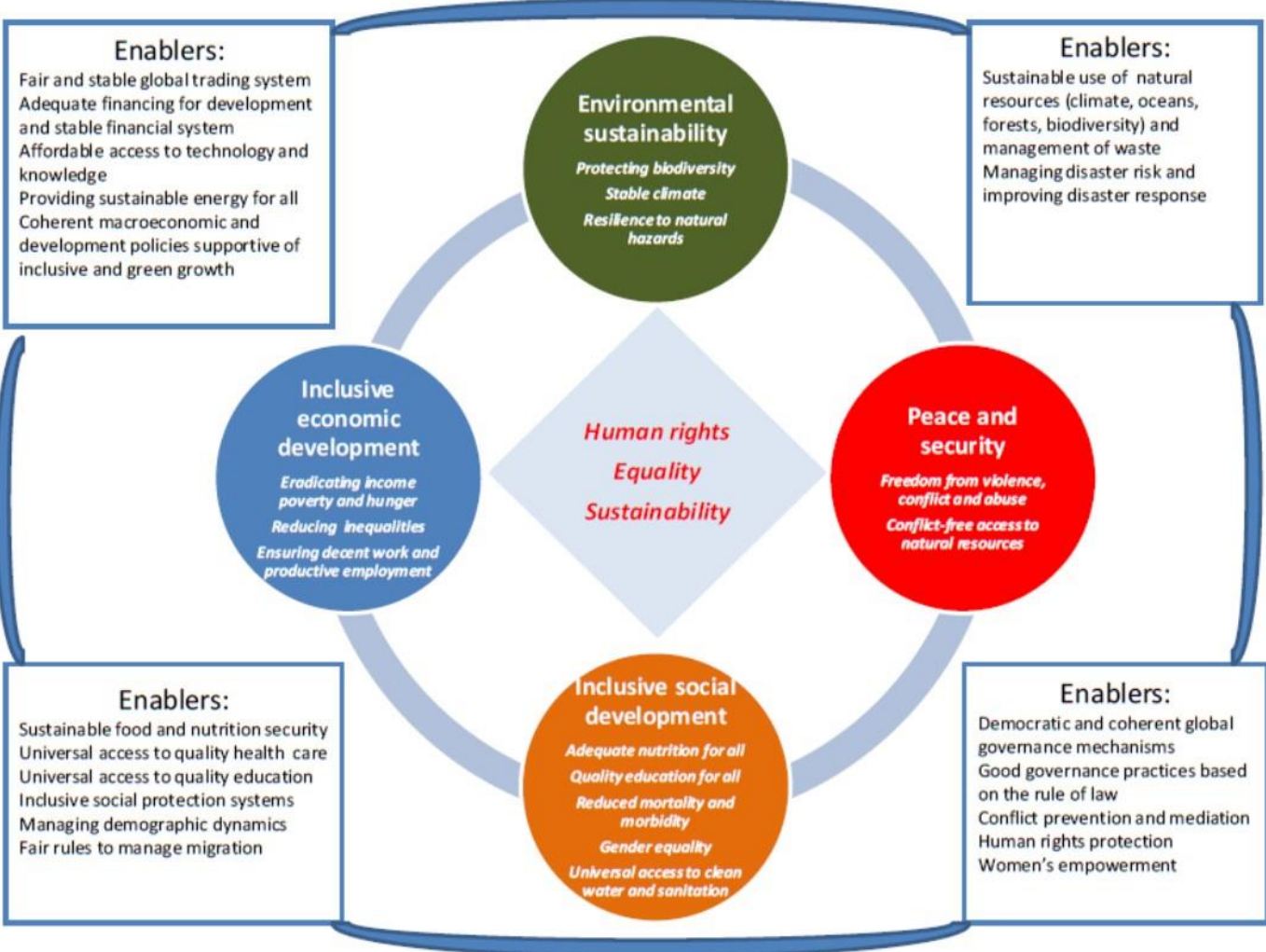
země již přidaly nové úkoly do svých plánů na plnění RCT: Thajsko si jako dílčí úkol stanovilo dosáhnout do roku 2015 všeobecného středoškolského vzdělání, zavedlo ukazatel chudoby ve zvláště chudých oblastech a měří rozšíření srdečních onemocnění a s nimi spojenou úmrtnost (UNDP 2005, s. 8–9). Seznam problémů je ale zdánlivě nekonečný a hrozí, že se vymkne kontrole. Právě sestry mohou mít v rámci jednotlivých zemí jasný názor na nedostatky aktuálních RCT a na to, které priority je třeba do cílů pro období po roce 2015 zahrnout. Národní sesterské organizace pomocí lobbování a propagace na národní i nadnárodní úrovni a rozvoje partnerství s dalšími skupinami a organizacemi zajistit, že budou jejich hlasy vyslyšeny.

Závěrem je třeba také dodat, že jakákoli nová skupina cílů bude muset být odolná vůči budoucím změnám. Demografie obyvatelstva se překotně mění: v mnoha částech světa populace rychle stárne a celkový počet obyvatel Země zřejmě do roku 2015 vzroste na 9 miliard. Stále větším problémem je nedostatek potravin. Velkou část světa pronásleduje nestabilita a konflikty, často vyvolané chudobou a klimatickými změnami, a neustále také roste hrozba terorismu. Nové technologie, jako například internet, vedou k novým příležitostem a problémům (chybějící přístup k internetu je potenciálním novým zdrojem nerovnosti). Mění se rozložení nemocí, zejména pak přibývá nepřenositelných nemocí a duševních onemocnění. A konečně hrozí, že klimatické změny od základů změní způsob života všech lidí na této planetě. Všechny tyto problémy je nutné v nových cílech zvážit.

Závazky: financování a partnerství

Jednou z hlavních výzev, jimž musí nástupci RCT čelit, je skutečnost, že jsou vytvářeny v období závažné celosvětové ekonomické krize. Dokonce i v dobách rostoucí ekonomiky zůstaly sliby rozvinutých zemí převážně nesplněny: například závazek zemí G8 z roku 2005, který sliboval zdvojnásobení rozvojové pomoci Africe (Fukuda-Parr 2012, s. 5), dodrželo jen několik málo zemí. Zahraniční rozvojová pomoc zůstala na průměrné úrovni pouhých 0,31 % hrubého domácího příjmu sponzorských zemí, přestože OSN stanovila jako cíl úroveň 0,7 %. Afrika v roce 2010 obdržela pouze 45 miliard dolarů, což je o 16 miliard méně, než bylo plánováno (OHCHR 2010, s. 15). Přestože nadále přetrvávají požadavky na její zvýšení, je pravděpodobné, že naopak dojde k dalším omezením: předchozí bankovní krize měly většinou za následek několikaleté zvyšování sponzorské pomoci, po němž následoval prudký propad a k obnovení původní úrovně došlo až po 15 letech (World Bank 2009, s. 9). Tento vzorec se může opakovat, takže je nereálné očekávat, že nová skupina rozvojových cílů bude doprovázena zásadním navýšením zahraniční rozvojové pomoci.

Možná je místo toho na čase poohlédnout se také po jiných možnostech, jak získat partnerství a podporu: vyšší požadavky na kvalitu podávaných zpráv, lepší mechanismy pro podávání stížností, zlepšení spolupráce se soukromým sektorem (navázání na RCT 8 ohledně partnerství), či nové zdroje příjmů ve formě zvýšení poplatků z přírodních zdrojů nebo daně z finančních transakcí (Green 2012). Jak zdůraznila OSN v souvislosti s nepřenositelnými nemocemi, rozvoj vyžaduje „celospolečenský“ přístup (UN 2011, odstavec 33). Plošná spolupráce je pravděpodobně jedním z nejefektivnějších způsobů, jak dostát novým závazkům.



Cíle udržitelného rozvoje: nový přístup?

Aktuální nejistotu ohledně budoucnosti RCT ještě zvyšuje návrh na vytvoření nové skupiny celosvětových cílů: cíle udržitelného rozvoje (Sustainable Development Goals – SDG) by měly stejně jako RCT mít celosvětovou platnost, ale na rozdíl od RCT by také měly mít možnost stanovit pro rozvinuté země ambiciózní cíle ohledně emisí oxidu uhličitého a dalších záležitostí týkajících se klimatu. Cíle udržitelného rozvoje byly předmětem diskuzí na konferenci OSN o udržitelném rozvoji v Rio de Janeiru (známé jako „Rio+20“) v květnu 2012. Zpráva o výsledcích konference Rio+20 uvádí, že cíle udržitelného rozvoje by měly „být v souladu s rozvojovým programem OSN po roce 2015 a být do něj začleněny“ (Rio 2012, odstavec 249), což naznačuje, že možná dojde ke spojení programu RCT a udržitelného rozvoje. Je to výborná příležitost k propojení programů ekologické udržitelnosti a vymýcení chudoby.

Pracovní skupina OSN pro rozvojový program OSN po roce 2015 (UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda) vytvořila plán pro rozvoj po roce 2015, v němž poskytla základ pro propojení cílů udržitelného rozvoje a RCT (viz schéma) (UN System Task Team 2012: Schéma 1), není ale zřejmé, jestli budou mít tyto cíle přednost před RCT nebo zda je doplní či nahradí. Podobně jako u RCT budou i jakékoli dílčí úkoly v rámci cílů udržitelného rozvoje přesahovat období politických mandátů. Výzvou tedy zůstává nalezení inovativních způsobů motivace k postupnému plnění úkolů.

Přestože ochránci přírody byli výsledkem konference Rio+20 zklamáni (zejména tím, že nedokázala jít příkladem v boji proti změnám klimatu), pozitivním výsledkem bylo, že zpráva o výsledcích výslovně označila zdraví za „nutný předpoklad, výsledek a ukazatel udržitelného rozvoje“ (Rio 2012, odstavec 138). Oboustranné přínosy současného boje za zdraví a ekologickou udržitelnost jsou stále více oceňovány. Snaha o zlepšení nízkouhlíkových technologií v rozvojových zemích by mohla jak zajistit práci, tak snížit znečištění (přičemž obojí znamená přínos pro zdraví) a pokud bude zaveden systém obchodování s emisemi oxidu uhličitého, mohla by vést také k nižším cenám energií (Institute of Development Studies 2009). Další zdravotní přínosy plynou také z usnadnění „aktivního cestování“ (chůze a jízda na kole) ve městech, což snižuje znečištění a zároveň zvyšuje fyzickou aktivitu (pomáhá snížit obezitu a následné nepřenositelné nemoci).

Nevládní organizace Beyond 2015 se snaží svou kampaní ovlivnit plány pro období po roce 2015, včetně způsobu propojení nástupců RCT a navrhovaných cílů udržitelného rozvoje (Beyond 2015 2012). Tato organizace sdružuje více než 300 občanských organizací a její webové stránky budou průběžně aktualizovány a doplňovány o nejnovější informace, včetně těch týkajících se zdravotní problematiky: www.beyond2015.org.

Závěr: nejvážnější překážky

Rozvojový program pro období po roce 2015 je obklopen mnoha nejistotami, v neposlední řadě také tím, jak bude propojen „udržitelný rozvoj“ a „rozvoj“. Jakákoli nová skupina celosvětových cílů musí nalézt rovnováhu mezi obsažností a jasností: nesmí být natolik přeplněná, aby ztratila důvěryhodnost, ale zároveň nesmí nastavit laťku příliš nízko, aby neztratila smysl. Cíle musí být nastaveny po konzultacích s těmi, jichž se nejvíce týkají, takže je potřeba v rámci možností zajistit účast nejchudších obyvatel; jednání musí být transparentní a rozhodnutí odpovědná. Problematika lidských práv může pomoci zasadit cíle do kontextu a je možné, že lidskoprávní koncept postupné realizace bude ústředním bodem celého systému. A konečně musí systém podávání zpráv umožňovat jasné stanovení odpovědnosti, například pomocí střednědobých úkolů pro zajištění politické vůle.

Celý tento proces může působit příliš rozsáhle a složitě, vzhledem k tomu, kolik různých a zdánlivě platných zájmů, jež mezi sebou soutěží o místo v rychle se měnícím a nejistém světě po skončení RCT, je potřeba vybalancovat. To nás ale nesmí v našem úsilí zastavit.

Kapitola 5

Role národních sesterských organizací a sester při plnění RCT a pro udržitelný rozvoj po roce 2015

Nepolevit v úsilí

Všeobecné sestry toho pro splnění RCT a pro formování a realizaci udržitelných cílů a výsledků po roce 2015 udělaly mnoho – a mohou udělat ještě více. Od všeobecné sestry v odlehlém zařízení pro poskytování primární péče až po vedoucí osobnosti na národní a mezinárodní úrovni se sestry podílejí na poskytování vhodné péče a služeb, transformaci systémů, prostředí a strategií a zajišťování zdrojů a podmínek nezbytných pro zlepšení zdraví. Pokud sestry chtějí svůj potenciál využít na maximum, musí být při své činnosti sebevědomé a odvážné a také ochotné sdílet informace, spolupracovat a stavět na již dosaženém pokroku a úspěších. Také je třeba, aby si vzaly ponaučení z iniciativ, projektů a programů, které byly méně úspěšné nebo měly dokonce opačné či nezamýšlené účinky.

Národní sesterské organizace mají velmi výhodnou pozici pro to, aby sestrám poskytovaly rady, informace a podporu a povzbuzovaly je, a také pro to, aby zprostředkovaly informace a komunikaci mezi jednotlivci a vládou. Prostřednictvím národních sesterských organizací se činnost sester zaměřuje určitým směrem v rámci i nad rámec zdravotního sektoru – a to jak na národní, tak i na mezinárodní úrovni. Národní sesterské organizace musí i nadále spolupracovat s vládami a dalšími subjekty na posilování systémů zdravotní péče a na vytváření podmínek nezbytných pro to, aby byl přínos sester co největší, což se týká i otázek nedostatečného počtu pracovníků, nedostatečného proškolení a špatného rozmístění sil.

Pro tyto organizace je právě teď vhodný čas na to, aby znovu motivovaly své členy a napřely své úsilí k dosažení RCT v čase zbývajícím do roku 2015, a také aby se začaly zajímat o program po roce 2015 a zaujaly k němu stanovisko.

Partnerství, sítě kontaktů a spojenectví

Až příliš často mají sestry pocit, že jejich názorům nikdo nenaslouchá a že jsou izolovány a vyloučeny z klíčových struktur, procesů a rozhodování. Celosvětové, národní a místní zaměření na RCT nicméně poskytlo mnoho příležitostí ke spolupráci a k vytváření spojenectví. „Jestliže se sestry chtějí vyhnout zdvojení činností a zajistit udržitelnost současného pokroku, musí uvést své strategie do souladu se stávajícími plány mezinárodních organizací, jako jsou Světová zdravotnická organizace a OSN“ (Amieva and Ferguson 2012).

Národní sesterské organizace mají při zvyšování svého vlivu na utváření strategií, služeb a péče větší naději na úspěšný a udržitelný výsledek, pokud:

- spolupracují s dalšími profesemi, skupinami a organizacemi a vytváří sítě kontaktů a strategická spojenectví;

sladí svoje kroky s ostatními plány a strategiemi na místní, národní i mezinárodní úrovni; budou tak sdílet společné zaměření, vyhnou se zbytečnému zdvojování činností a využijí přínosů spolupráce směřující ke společnému cíli;

využijí strategické směrnice WHO Nursing and Midwifery Services Strategic Directions 2011–2015 (WHO 2010) jako rámec pro širokou spolupráci, pro upřednostnění oblastí, které v jejich zemích nejvíce vyžadují technickou podporu a rozšíření kapacity, aby bylo dosaženo RCT, a pro spolupráci s klíčovými partnery a zainteresovanými stranami na rozvoji, realizaci, monitorování a ohodnocení pracovních strategií a programů;

s pomocí existujících komunikačních kanálů informují své členy o nejnovějším vývoji a problémech a poskytují jim příležitosti k navazování kontaktů, aby mezi sebou mohli sdílet zkušenosti z oblasti zlepšování péče a služeb včetně řešení, úspěchů, případových studií dobré praxe a získaných ponaučení;

fungují jako uzel při navazování mezinárodních kontaktů v celosvětovém společenství sester a propojují jednotlivé členy s národními organizacemi a mezinárodními agenturami;

povzbuzují své členy k tomu, aby se zapojili do mezinárodních sítí umožňujících výměnu informací, nápadů a zkušeností mezi zdravotnickými pracovníky; příkladem mohou být síť Health information for All by 2015 (HIFA www.hifa2015.org) a Global Health Nursing and Midwifery (www.ghdonline.org/nursing/); a

vytvářejí a využívají příležitosti k práci a partnerství s vládami, nevládními organizacemi, výzkumnými a vědeckými institucemi a (pokud je to vhodné) také se soukromým sektorem a sponzory, stejně jako se členy zdravotnických profesí, jako jsou porodní asistentky, lékaři a komunitní zdravotničtí pracovníci; to je zvláště důležité právě nyní, kdy se zvyšuje tlak na dosažení co možná největšího pokroku v plnění RCT do roku 2015.

Znalosti a schopnosti

Aby mohly sestry skutečně přispět, musí vědět, co mají dělat a jak. To vyžaduje širokou škálu znalostí, schopností a kompetencí v mnoha oblastech, jako jsou například klinická praxe a management, vzdělání a výcvik, zavádění strategií, politické schopnosti a uplatňování vlivu, výzkum a vývoj a také rozšiřování a používání ověřených postupů.

Důležitá role národních sesterských organizací spočívá v řešení těchto otázek a zvyšování kapacity a přínosu sester. Mohou:

vysvětlovat a šířit informace o pokrocích v RCT a o prioritních činnostech na místní úrovni, čímž zajistí, že sestry budou vědět o místních a národních pokrocích a strategiích a budou se moci příslušným způsobem zapojit;

podporovat a rozvíjet inovativní přístupy a tím zajistit, aby byly služby navrhovány a poskytovány udržitelným způsobem, který bude nejlépe vyhovovat potřebám místních obyvatel ve všech životních obdobích a napříč spektrem péče, a to včetně potřeb handicapovaných osob, které mohou mít ztížený přístup ke službám zdravotnické péče a také mohou mít více neřešených zdravotních problémů;

co nejlépe využít dostupné zdroje a pracovní sílu a rozšířit dosah a rozmístění sester vhodným přesunováním úkolů a poskytováním služeb v nových a odlišných podmínkách;

spolupracovat s partnery v rámci své země i mimo ni na vývoji a implementaci praktických návodů, které se budou odvíjet od doložených faktů, a prokázat jejich přínos doložením lepších výsledků;

vyvíjet a realizovat vzdělávací a výcvikové programy vyšší úrovně založené na schopnostech studentů a zaměřit se v nich na konkrétní problémy spojené s dosažením RCT; a

spolupracovat s akademickými a dalšími partnery a přispět tak ke sledování a hlášení pokroků; poskytovat poznatky pro zdravotnická a strategická rozhodnutí; a rozvíjet poznatky ohledně nákladové efektivnosti služeb sester a porodních asistentek a jejich dopadu na RCT týkající se zdraví.

Propagace a lobbování

Sestry se mohou zapojit do propagace a lobbování jak na osobní nebo profesní úrovni, tak na úrovni systémových či strategických změn (ICN 2008b). Mezinárodní i národní pozornost upřená k RCT poskytuje sestřím mnoho příležitostí ke strategickým krokům zaměřeným na transformaci systémů, procesů a strategií a ovlivnění rozhodování pacientů, komunit, politiků, vlád i dalších stran. Mezinárodní zaměření na RCT navíc přispívá k tomu, že (dokonce i v zemích, kde je změna strategie založená na doporučení zdravotnických pracovníků nepravděpodobná) mohou sestry a další skupiny posílit své spojení s příslušnými mezinárodními zájmovými skupinami a usilovat tímto způsobem o dosažení změn a zlepšení.

Aby byla propagační činnost nebo lobbování úspěšné, musí být jasné, čeho se národní sesterská organizace snaží dosáhnout, koho se snaží ovlivnit a kde a kdy budou pravděpodobně mít její aktivity a metody největší účinek.

Rámec MAF zmíněný v kapitole 3 uvádí řadu konkrétních klinických i jiných problémů, kolem nichž se mohou sestry a ostatní sdružit a společně implementovat a prosazovat řešení. Propagační kampaně se mohou týkat také obecnějších a hlubších problémů, jako jsou například sociální determinanty zdraví včetně bydlení, vzdělávání, vody a hygienických zařízení, nedostatku pracovní síly a nerovnováhy v rámci jednotlivých zemí i mezi nimi, ať už způsobené ekonomikou, pracovními podmínkami, bezpečnostními problémy, výcvikem, migrací nebo jinými příčinami. Národní sesterské organizace mají jak na místní, tak na národní úrovni velmi dobrou pozici k tomu, aby mohly prosazovat své cíle a lobbovat za zdroje nutné k odvádění potřebné práce.

Desetibodový plán ICN zaměřený na prosazování společných zájmů (ICN 2008b, s. 11), který je v pozměněné podobě uveden níže, mohou národní sesterské organizace, další sesterská uskupení i jednotlivci využít k tomu, aby pomohli zaměřit pozornost správným směrem a zajistit pokrok v plnění konkrétních cílů, úkolů nebo ukazatelů. Lze jej také využít pro ovlivnění programu pro období po roce 2015.

- 1) Jednejte: odstraňte překážky a zapojte se do nejrůznějších činností jako například reprezentace, doprovázení, mediace či vyjednávání; také můžete posilovat vliv ostatních, být jim příkladem a vytvářet sítě kontaktů.
- 2) Zvolte si problematiku: zaměřte se na problém, který je důležitý a řešitelný, a přitáhněte k němu pozornost ostatních.
- 3) Pokuste se porozumět politickému kontextu: najděte důležité osoby, které je třeba ovlivnit; je důležité porozumět tomu, jak a kým jsou přijímána rozhodnutí a jak jsou prosazována, realizována a hodnocena.
- 4) Rozšiřujte své poznatky: snažte se lépe pochopit problematiku a zmapujte možné úlohy relevantních subjektů včetně příznivců i oponentů.
- 5) Zapojte ostatní: získejte podporu důležitých osob či organizací; posilujte vliv pacientů a komunit a podporujte je v tom, aby hájili své zájmy.

- 6) Vytvořte strategické plány: společně najděte cíle a úkoly a nejlepší způsob, jak jich dosáhnout a jak sledovat pokrok; pro dosažení dlouhodobé vize je třeba mnoha malých kroků.
- 7) Komunikujte a realizujte plány: soustřeďte se na jednoduchá, výstižná, individuálně přizpůsobená sdělení a vložte do nich i informaci o tom, co je třeba udělat; aktivně se stavte proti snahám opozičních zájmových skupin.
- 8) Chopte se příležitostí: načasujte zásahy a aktivity tak, aby měly co největší dopad; vytvářejte a využívejte příležitosti.
- 9) Buďte odpovědní: monitorujte a hodnotěte pokrok a účinek na základě jasně definovaných cílů.
- 10) Podněcujte vývoj zdravotnictví: chcete-li zajistit udržitelnost, budujte kapacitu pomocí strategického plánování, navazování kontaktů, komunikace apod.

Závěr

RCT poskytly v celosvětovém měřítku jasné zaměření aktivit a rozdělení zdrojů. Při snaze o jejich naplnění sestry zároveň získaly politické schopnosti, které jim umožňují vyjednávat na všech úrovních a s nejrůznějšími partnery o formování a poskytování vhodných služeb, a to včetně služeb pro ty nejvíce marginalizované komunity s nejméně dostupnou zdravotní péčí. Sestry také při formování a vývoji nových rolí a služeb prokázaly značnou flexibilitu, inovativnost a odvalu. Přestože žádný systém ani přístup není dokonalý (a některé nedostatky RCT byly uvedeny v předchozích kapitolách), lze z jednotného zaměření vytěžit nesmírný přínos.

Pro období, které zbývá do roku 2015, bychom chtěli sestry povzbudit k tomu, aby prolomily bariéry a obtíže, které brání v dosažení RCT, a plnily zdravotní potřeby těch nejchudších a nejvíce opomíjených komunit s nedostatečným přístupem ke zdravotní péči.

Jak bylo řečeno v kapitole 4, není jasné, jakým způsobem se na RCT naváže po roce 2015. Bude důležité se nejen zapojit do nového programu, ale také i nadále pracovat na dosažení RCT ve všech zemích a zajistit, aby doposud dosažený pokrok nebyl při přesunu pozornosti a zdrojů ztracen.

Jedna věc je nicméně jasná: zdraví bude zásadním prvkem budoucího světového rozvoje, ať už to bude v novém programu výslovně zmíněno nebo ne. Mění se zátěž způsobená nemocemi a dopady změn klimatu na zdraví, rozvoj a ekologickou udržitelnost vyžadují, aby se sestry na celém světě této výzvě postavily a zapojily se do formování a plnění nového programu pro zdraví a prosperitu světového společenství.

List of related ICN fact sheets

These can be found at www.icn.ch/publications/fact-sheets/

[Adherence to Long Term Therapy](#)
[Antimicrobial Resistance](#) [Childhood Nutrition](#) [Going, Going, Gone: The Nursing Presence in the World Health Organization](#) [Health and Human Rights](#)
[HIV/AIDS in the European Union](#)
[Immunisation Safety: An Essential Nursing Function](#)
[Immunisation Safety: Safe Waste Disposal Practices Save Lives](#)
[Infection Control](#) [Mainstreaming a Gender Perspective into the Health Services](#) [Male Circumcision](#)
[Maternal and Infant Nutrition](#)
[Medication Errors](#) [Men's Health](#) [Mobilising Nurses for HIV/AIDS Prevention and Care](#) [The Nursing and Social Care Interface](#) [Nursing Sensitive Outcome Indicators](#)
[Occupational Stress and the Threat to Worker Health](#)
[Palliative Care](#)
[The Paris Declaration](#)
[Pneumococcal Pneumonia](#)
[Positive Practice Environments](#)
[Positive Practice Environments: Meeting the Information Needs of Health Professionals](#)
[Poverty and Health: Breaking the Link](#)
[Preventing Needlestick Injuries](#)
[Provider-initiated HIV Testing and Counselling \(PITC\) in Health Care Facilities](#)
[Selecting Safer Needle Devices](#)
[Sexually Transmitted Infections](#)
[Tuberculosis](#)
[Tuberculosis Exposure in the Health Care Setting: Prevention of Occupational Transmissions](#)
[The Vaccine Cold Chain: Maintaining Cool Links](#) [The WHO 'Treat 3 million by 2005' \(3x5\) Initiative](#)
[Women's Health](#)

List of related ICN Position Statements

These can be found at www.icn.ch/publications/position-statements/

A. Nursing roles in health care services

Antimicrobial resistance (2004) Breastfeeding (2004)
Distribution and use of breast milk substitutes (2004)
Elimination of female genital mutilation (2010)
Health services for migrants, refugees and displaced persons (2006)
HIV infection and AIDS (2008) Management of nursing and health care services (2000) Mental health (2008)
Nurses' role in providing care to dying patients and their families (2006)
Women's health (2012)

B. Nursing profession

Assistive or support nursing personnel (2008) Continuing competence as a professional responsibility and public right (2006) Nursing research (2007)

C. Socioeconomic welfare of nurses

Occupational health and safety for nurses (2006) Reducing the impact of HIV infection and AIDS on nursing and midwifery personnel (2008) Socioeconomic welfare of nurses (2010)

D. Health care systems

Health human resources development (HHRD) (2007)
Nurses and primary health care (2007) Nursing and development (2007)
Participation of nurses in health services decision-making and policy development (2008)
Patient safety (2012)
Promoting the value and cost-effectiveness of nursing (2001)
Publicly funded accessible health services (2012)

E. Social issues

Falsified/Counterfeit medicines (2010)
Health care waste: role of nurses and nursing (2010)
Health information: protecting patient rights (2008)
Informed patients (2008) Nurses, climate change and health (2008) Nurses and human rights (2011)
Rights of children (2008)
Universal access to clean water (2008)

The UN System Task Team on the Post-2015 Development Agenda and the High-level Panel of Eminent Persons

UN System Task Team on the Post-2015 Development Agenda

The UN System Task Team on the Post-2015 Development Agenda brings together representatives of over 50 UN organisations and other international bodies.

Its membership is:

- Department of Economic and Social Affairs (DESA), co-chair
- United Nations Development Programme (UNDP), co-chair
- Convention on Biological Diversity (CBD)
- Department of Public Information (DPI)
- Economic Commission for Africa (ECA)
- Economic Commission for Europe (ECE)
- Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP)
- Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA)
- Executive Office of the Secretary-General (EOSG)
- Food and Agricultural Organization of the United Nations (FAO)
- Global Environment Facility (GEF)
- International Atomic Energy Agency (IAEA)
- International Civil Aviation Organization (ICAO)
- International Fund for Agricultural Development (IFAD)
- International Labour Organization (ILO)
- International Maritime Organization (IMO)
- International Monetary Fund (IMF)
- International Organization for Migration (IOM)
- International Telecommunication Union (ITU)
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
- Non-Governmental Liaison Service (NGLS)
- Office of the Deputy Secretary-General (ODSG)
- Office of the High Commission for Human Rights (OHCHR)
- Office of the High Representative for the Least Developed Countries, Landlocked Developing Countries and Small Island Developing States (OHRLLS)
- Office of the Special Advisor on Africa (OSAA)
- Peacebuilding Support Office (PBSO)
- United Nations Children's Fund (UNICEF)
- United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD)
- United Nations Convention to Combat Desertification (UNCCD)
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO)
- United Nations Entity for Gender Equality and Empowerment of Women (UN Women)
- United Nations Environment Programme (UNEP)
- United Nations Framework Convention on Climate Change (UNFCCC)
- United Nations Fund for International Partnerships (UNFIP)
- United Nations Global Compact Office
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)
- United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT)

United Nations Industrial Development Organization (UNIDO)
United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR)
United Nations Institute for Training and Research (UNITAR)
United Nations Millennium Campaign
United Nations Office for Outer Space Affairs (UNOOSA)
United Nations Office for Project Services (UNOPS) United
Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) United Nations
Population Fund (UNFPA)
United Nations Relief and Works Agency for Palestinian Refugees in the Near East (UNRWA)
United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD)
United Nations System Chief Executives Board for Coordination Secretariat (CEB)
United Nations University (UNU)
United Nations Volunteers (UNV)
United Nations World Tourism Organization (UNWTO)
Universal Postal Union (UPU)
World Bank
World Food Programme (WFP) World
Health Organization (WHO)
World Intellectual Property Organization (WIPO)
World Meteorological Organization (WMO)
World Trade Organization (WTO)

Source: www.un.org/millenniumgoals/pdf/Task%20Team%20member%20entities.pdf

High-level Panel of 26 'eminent persons'

The High-level Panel of 26 'eminent persons' consists of:

Co-chairs:

President Susilo Bambang Yudhoyono (Indonesia)
President Ellen Johnson Sirleaf (Liberia)
Prime Minister David Cameron (United Kingdom)

Other members:

Fulbert Gero Amoussouga (Benin)
Vanessa Petrelli Corrêa (Brazil) Yingfan
Wang (China)
Maria Angela Holguin (Colombia)
Gisela Alonso (Cuba)
Jean-Michel Severino (France)
Horst Kohler (Germany)
Abhijit Banerjee (India)
Naoto Kan (Japan)
H.M. Queen Rania of Jordan (Jordan)
Betty Maina (Kenya)
Sung-Hwan Kim (Republic of Korea)
Andris Piebalgs (Latvia)
Patricia Espinosa (Mexico)
Paul Polman (Netherlands) Ngozi
Okonjo-Iweala (Nigeria)
Elvira Nabiullina (Russian Federation)
Graça Machel (South Africa)

Gunilla Carlsson (Sweden)

Emilia Pires (Timor-Leste)

Kadir Topbas (Turkey)

John Podesta (United States of America)

Tawakel Karman (Yemen)

Amina J. Mohammed, the Secretary-General's Special Adviser on Post-2015 Development

Planning (ex-officio)

For biographical information on each, see the UN Secretary-General's Press Release, 31 July 2012:

www.un.org/News/Press/docs/2012/sga1364.doc.htm

Literatura

American Cancer Society and World Lung Federation (2012). The Tobacco Atlas (4th edition). Available at: www.tobaccoatlas.org/uploads/Images/PDFs/Tobacco Atlas 4 entire.pdf

Amieva S and Ferguson S (2012). 'Moving forward: nurses are key to achieving the United Nations Development Program's Millennium Development Goals', *International Nursing Review* 59(1): 55–8. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00944.x/abstract>

Beyond 2015 (2012). 'Sustainable Development Goals and the relationship to a post 2015 global development framework: a Beyond 2015 discussion paper'. Available at: [www.stakeholderforum.org/fileadmin/files/Beyond per cent202015 per cent20MDG-SDG per cent20relationship.pdf](http://www.stakeholderforum.org/fileadmin/files/Beyond_per_cent202015_per_cent20MDG-SDG_per_cent20relationship.pdf)

Binka F, Bawah AA, Phillips JF, Hodgson A, Adjuik M and MacLeod B (2007). 'Rapid achievement of the child survival millennium development goal: evidence from the Navrongo experiment in Northern Ghana', *Tropical Medicine & International Health: TM & IH* [serial online] 12(5): 578–83. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2007.01826.x/abstract>

C3 Collaborating for Health (2010). Global nursing project. Available at: www.c3health.org/c3activities/health-professionals/global-nursing-project/

C3 Collaborating for Health (2011). The UN High-level Meeting on the Prevention and Control of NCDs (New York, 19–20 September 2011) and Associated Side-Events. Available at: www.c3health.org/wp-content/uploads/2009/09/Complete-write-up-of-UN-HLM-and-side-events-v-2-20111108.pdf

Chan M (2007). Address to WHO staff, Geneva. Available at: www.who.int/dg/speeches/2007/address.to.staff/en/index.html

Fukuda-Parr S (2012). 'Should global goal setting continue, and how, in the post-2015 era?' (DESA Working Paper No. 117). Available at: www.un.org/esa/desa/papers/2012/wp117_2012.pdf

Green D (2012). 'Rio+20's sustainable development goals should reflect today's world', *The Guardian* blog, 15 June. Available at: www.guardian.co.uk/global-development/poverty-matters/2012/jun/15/rio20-sustainable-development-goals

Haines A, Alleyne G, Kickbusch I and Dora C (2012). 'From the Earth Summit to Rio+20: integration of health and sustainable development', *The Lancet* 379: 2189–97. Available at: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)29607-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)29607-7/abstract)

Hamm BI (2001). 'A human rights approach to development', *Human Rights Quarterly* 23(4): 1005–31. Available at: http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/human_rights_quarterly/v023/23_4hamm.html

Hulme D and Fukuda-Parr S (2009). 'International norm dynamics and "the end of poverty": understanding the Millennium Development Goals'. Available at: www.bwpi.manchester.ac.uk/resources/Working-Papers/bwpi-wp-9609.pdf

Human Rights Council (2007). 'Achieving the Millennium Development Goals (MDGs) for minorities: a review of MDG country reports and poverty reduction strategies' (A/HRC/4/9/Add.1, March

2007), Available at: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G07/113/05/PDF/G0711305.pdf?OpenElement>

International Council of Nurses (2003). Nurses Fighting AIDS Stigma, Caring for All: International Nurses Day Kit Available at: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2003.pdf>

International Council of Nurses (2008a). Leadership Bulletin No. 15, April 2008. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/news/bulletins/lfc/15_Leadership_Bulletin_April_2008.pdf

International Council of Nurses (2008b). Promoting Health: Advocacy Guide for Health Professionals. Available at: www.ppecampaign.org/sites/ppecampaign.org/files/toolkit/en/Promoting-health-Advocacypercent20Guide.pdf

International Council of Nurses (2010). Unpublished report on the evaluation of the ICN TB/MDR TB Training project.

Institute of Development Studies (2009). 'After 2015: pro-poor low carbon development'. Available at: www.ids.ac.uk/files/dmfile/IF9.4.pdf

The Lancet (2010). Series on neglected tropical diseases (2010). Available at: www.thelancet.com/series/neglected-tropical-diseases

Langford M (2010). 'A poverty of rights: six ways to fix the MDGs', IDS Bulletin 41(1): 83–91. Available at: www.jus.uio.no/smr/english/people/aca/malcolml/Povertypercent20ofpercent20Rights.pdf

National Expert Commission (2012). 'A nursing call to action: The health of our nation, the future of our health system' (Canadian Nurses Association, Ottawa). Available at: www2.cna-aicc.ca/CNA/documents/pdf/publications/nec/NEC_Report_e.pdf

Office of the High Commissioner on Human Rights (OHCHR) (2010). Human Rights and the Millennium Development Goals in Practice: A review of country strategies and reporting. Available at: www.ohchr.org/Documents/Publications/HRAndMDGsInPractice.pdf

Overseas Development Institute (2012). 'Post-2015 health MDGs': www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=6444&title=millennium-development-goals-mdgs-health-post2015

Rio 2012: United Nations, Outcomes Document of the Rio+20 conference, The Future we Want: www.uncsd2012.org/thefuturewewant.html

Sumner A (2009). 'Beyond 2015', The Broker (14 May 2009). Available at: www.thebrokeronline.eu/Articles/Beyond-2015

United Nations (2000). United Nations Millennium Declaration (Resolution A/RES/55/2, 18 September 2000): Available at: www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm/

United Nations (2001). Millennium Development Goals: Available at: <http://www.un.org/millenniumgoals/>

United Nations (2005). UN Millennium Project, Investing in Development: A Practical Plan to

Achieve the Millennium Development Goals (2005): Available at:
www.unmillenniumproject.org/documents/overviewEngLowRes.pdf

United Nations (2011). United Nations, Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (A/66/L.1): Available at: www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/66/L.1

United Nations (2012a). United Nations, The Millennium Development Goals Report 2012: Available at: www.un.org/en/development/desa/publications/mdg-report-2012.html

United Nations (2012b). UN Press Release, 'UN secretary-general appoints High-level Panel on post-2012 development agenda', 31 July: Available at: www.un.org/sg/offthecuff/?nid=2455

United Nations (2012c). Millennium Development Goals: 2012 Progress Chart: Available at: www.un.org/millenniumgoals/pdf/2012_Progress_E.pdf

United Nations System Task Team (2012). UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda, Realising the Future We Want for All: Report to the Secretary-General: Available at: www.un.org/millenniumgoals/pdf/Post_2015_UNTTreport.pdf

UNAIDS (2012). 'Together we will end AIDS': Available at: www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/20120718_together_will_end_aids_en.pdf

United Nations Development Programme (UNDP) (2005). MDG-Plus: A Case Study of Thailand: Available at: http://www.undg.org/archive_docs/6839-MDG_plus_a_case_study_of_Thailand.pdf

United Nations Development Programme (2011). MDG Acceleration Framework 2011 Available at: www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/MDG%20Strategies/MAF%20Report%20Dec%202011.pdf

Vandemoortele J (2009). 'Taking the MDGs beyond 2015: hasten slowly': Available at: www.devstud.org.uk/downloads/4b9ea0272d30b_Vandemoortele_PAPER.pdf

Vandemoortele J (2012). 'Advancing the global development agenda post-2015: some thoughts, ideas and practical suggestions' (background paper prepared for the Experts Group Meeting to support the advancement of the post-2015 UN development agenda, February 2012): Available at: www.un.org/millenniumgoals/pdf/jan_vandemoortele_Aug.pdf

World Bank (1999). Voices of the Poor study: Available at: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/0,,contentMDK:20622514~menuPK:336998~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:336992,00.html>

World Bank (2009). World Bank Development and Research Group, 'International aid and financial crises in donor countries' (Policy Research Working Paper 5162): Available at: www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2009/12/29/000158349_20091229212514/Rendered/PDF/WPS5162.pdf

World Bank (2011). Global Monitoring Report 2011: Improving the Odds of Achieving the MDGs: Available at: <http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821387009>

World Economic Forum (2012). Global Risks 2012. Available at: www.weforum.org/reports/global-risks-2012-seventh-edition

World Economic Forum and Harvard University (2011). The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases: Available at: www.weforum.org/reports/global-economic-burden-non-communicable-diseases

World Health Organization (2008). Commission on Social Determinants of Health, Final Report: Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health: Available at: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

World Health Organization (2009). 'Discussion Paper: Noncommunicable Diseases, Poverty and the Development Agenda': Available at: www.who.int/nmh/publications/discussion_paper_ncd_en.pdf

World Health Organization (2010). Nursing Midwifery Services, Strategic Directions 2011–2015: Available at: <http://www.who.int/hrh/resources/nmsd/en/>

World Health Organization (2011). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010: Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf

World Health Organization (2012). Chronic Disease and Health Promotion: Region and Country Specific Information Sheets: Available at: www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/impact/en/index.html

WHO/UNICEF (2012), Building a Future for Women and Children: The 2012 Report: Available at: www.countdown2015mnch.org/documents/2012Report/2012-complete-no-profiles.pdf