

# Νοσηλεύτες και Μαίες: Ζωτικοί Πόροι στην Υγεία



## 21<sup>ο</sup> Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Ξενοδοχείο ADAMS, Αγία Νάπα 14 – 15 Νοεμβρίου 2014

Λεοντίου Ιωάννης

Phd (c), MA, BSc (Hons), RN, CCN

Πρόεδρος Παγκυπρίου Συνδέσμου Νοσηλευτών και Μαιών

Μέλος ΔΣ Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Εισαγωγή .....	3
2. Ισότητα / Ανισότητα στην υγεία .....	3
3. Επιπτώσεις από την Οικονομική Κρίση .....	4
4. Εργασιακό Περιβάλλον .....	5
5. Μετανάστευση.....	6
6. Σχεδιασμός εργατικού δυναμικού .....	7
7. Νοσηλευτικός Φόρτος Εργασίας.....	7
8. Ηγεσία .....	8
9. Συμπεράσματα / Επίλογος.....	9
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	10

## 1. Εισαγωγή

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, παρατηρούνται δημογραφικές διαφοροποιήσεις, αλλαγές στη σοβαρότητα των ασθενειών και αυξανόμενη επιβάρυνση των μη μεταδοτικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών διαταραχών. Ένεκα της οικονομικής κρίσης οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών αυξάνονται και τίθεται σε αυξημένο κίνδυνο η υγεία ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού.

Οι αναδυόμενοι κίνδυνοι από τις λοιμώξεις, τις περιβαλλοντικές αλλαγές και του τρόπου ζωής, σε μια εποχή ραγδαίων δημογραφικών αλλαγών, απειλούν την ασφάλεια υγείας για όλους. Συνυπολογίζοντας στα πιο πάνω τη γηράσκουσα κοινωνία, οι επαγγελματίες υγείας επικεντρώνονται στην πρόληψη των ασθενειών και στην προαγωγή της υγείας. Με άλλα λόγια μετατοπίζουν την προσοχή τους στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Frenk et al., 2010).

Αναφορικά με τις προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της Υγείας, έχουμε τονίσει προς το Υπουργείο Υγείας ότι στις εκτιμήσεις για τις μελλοντικές ανάγκες θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται, η σημασία των κοινωνικών προσδιοριστών της Υγείας (Social Determinants of Health) και όχι αποκλειστικά οποιεσδήποτε οικονομικές παράμετροι. Θα πρέπει επίσης να επικεντρωθούμε εκ νέου στην ολιστική φροντίδα η οποία θα πρέπει να αποτελεί προϊόν τοπικού σχεδιασμού πάρα υπόδειξη οργανισμών όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO EUROPE Meeting, 3-4 NOV 2014, Barcelona).

## 2. Ισότητα / Ανισότητα στην υγεία

Η «ισότητα στην φροντίδα υγείας», ορίζεται ως:

- Ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα για ίδιες ανάγκες
- Ίση χρήση για ίσες ανάγκες
- Ίση ποιότητα στη φροντίδα για όλους (Whitehead, 1990).

Η άρση των αδικιών και η διαθεσιμότητα ισότιμων και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας μεταξύ και εντός των χωρών αποτελεί ζήτημα κοινωνικής δικαιοσύνης (WHO, 2008). Η δική μας φιλοσοφία είναι ότι η Υγεία αποτελεί ΔΗΜΟΣΙΟ και  
Ιωάννης Λεοντίου, 11/2014

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ αγαθό το οποίο έχει ευθύνη να παρέχει η πολιτεία στους πολίτες.

Η επένδυση στη νοσηλευτική και μαιευτική μπορεί να κάνει τη διαφορά με ενεργότερη εμπλοκή των νοσηλευτών και των μαιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα για αντιμετώπιση της επιβάρυνσης από τις χρόνιες ασθένειες. Οι νοσηλευτές και οι μαιές διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς τις ευάλωτες και περιθωριοποιημένες ομάδες της κοινωνίας (Browne et al., 2012. Maben et al, 2012).

### **3. Επιπτώσεις από την Οικονομική Κρίση**

Η παγκόσμια οικονομική κρίση έχει αρκετές επιπτώσεις στις υπηρεσίες υγείας, λόγω του περιορισμού των πόρων. Περιορισμός που συχνά προκαλείται από την άποψη ότι οι δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας αποτελούν κόστος και όχι επένδυση.

Η ορολογία αυτή χρησιμοποιεί βιομηχανικούς όρους της καπιταλιστικής αγοράς όπως π.χ. η απόδοση των επενδύσεων, η αποδοτικότητα και η σχέση κόστους αποτελεσματικότητας ευνοώντας την ανάπτυξη μεθοδολογιών βασισμένων στο επιχειρηματικό μοντέλο πάρα στη δομική σύσταση και φιλοσοφία του δημόσιου και κοινωνικού αγαθού της υγείας.

Οι κυβερνήσεις και οι εργοδότες επιχειρούν να κρατήσουν χαμηλά το κόστος των υπηρεσιών υγείας. Συνεπακόλουθο αυτής της προσέγγισης είναι η αναθώρηση της στελέχωσης, η περικοπή νοσηλευτικών και μαιευτικών θέσεων, η συνεχής μείωση και η καταπόνηση των απολαβών των λειτουργών της υγείας. Αυτή η χωρίς όραμα, καθόλα επιφανειακή και ατεκμηρίωτη λήψη αποφάσεων έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες στην εμπιστοσύνη των ασθενών, στο ηθικό του νοσηλευτικού προσωπικού, στην ποιότητα και στην ασφάλεια των ασθενών.

Σε εθνικό αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο, η νοσηλευτική και η μαιευτική θα πρέπει να δικαιωθούν τόσο οικονομικά όσο και επαγγελματικά. Η κοινωνικοοικονομική αξία της νοσηλευτικής και μαιευτικής έχει γίνει πρόσφατα αντικείμενο μιας συστηματικής ερευνητικής ανασκόπησης μεταξύ

32 χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.) (Caird et al., 2010).

Η ανασκόπηση στόχευε σε τρεις τομείς στρατηγικής σημασίας: τη νοσηλευτική ψυχικής υγείας, τις μακροχρόνιες καταστάσεις και την υποκατάσταση ρόλων. Παρά τις μεθοδολογικές δυσκολίες, η μελέτη διαπίστωσε τεράστια οφέλη όπως οι κατ' οίκον φροντίδα, η εξειδικευμένη πρακτική και η γενική νοσηλευτική φροντίδα, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και της θεραπείας (Browne et al., 2012. Maben et al., 2012).

Η αγορά εργασίας χαρακτηρίζεται από πολλές ανισορροπίες, οι κυριότερες από τις οποίες συνδέονται με την ανεργία και την υποαπασχόληση των επαγγελματιών υγείας. Οι κυβερνήσεις πολύ συχνά προσδιορίζουν τον αριθμό των θέσεων εργασίας στον τομέα της Υγείας με πολιτικό-οικονομικά κριτήρια, παρά στη βάση των πραγματικών αναγκών της κοινωνίας.

Κατά συνέπεια, οι έντονες ελλείψεις, η ανισοκατανομή των πόρων και του ανθρώπινου δυναμικού καθώς και το ανεπαρκές εργασιακό περιβάλλον παραμένουν θέματα μείζονος σημασίας.

#### **4. Εργασιακό Περιβάλλον**

Το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί σημαντικό παράγοντα αναφορικά με την ανάπτυξη του νοσηλευτικού δυναμικού (Aiken et al 2011a, Brown et al 2010).

*«Η σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη νοσηλευτική στελέχωση και το εργασιακό περιβάλλον οδηγεί στην υπόθεση ότι η επίδραση της νοσηλευτικής στελέχωσης είναι καθοριστική για το εργασιακό περιβάλλον και αντίστροφα: η επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος είναι καθοριστική για την νοσηλευτική στελέχωση».* Τα ευρήματα στην ίδια μελέτη δείχνουν ότι στα νοσοκομεία με εγγεγραμμένους και επαρκείς νοσηλευτές είναι χαμηλότερες είναι οι πιθανότητες θανάτων και επιπλοκών (Aiken et al, 2011b p6).

Σημειώνεται επίσης ότι η ομάδα Penn βρήκε ότι κάθε επιπρόσθετος ασθενής ανά νοσηλευτή σχετιζόταν με 6-9% αύξηση της πιθανότητας επανεισαγωγής

μέσα σε 30 ημέρες αναλόγως της κατάστασης. Ένα καλό νοσηλευτικό εργασιακό περιβάλλον σχετίζεται με 7%, 6%, και 10% χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας, οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου και πνευμονίας αντίστοιχα (Wood, 2013).

Επιπρόσθετα, βλέπουμε νοσηλευτικά διαχειριζόμενες κλινικές, εξωτερικές υπηρεσίες και προηγμένους νοσηλευτικούς ρόλους, τάσεις που δημιουργούν ένα νέο περιβάλλον φροντίδας και ανάλογη κουλτούρα.

Πρόσφατα σε συνέδριο στην Αθήνα ένας καταξιωμένος γιατρός φίλος και ερευνητής ο καθηγητής Ξάνθος μου εκμυστηρεύτηκε το όραμα του για δημιουργία Nurse Led Clinics. Ενώ αρχικά είχα κάποιους ενδοιασμούς, οι επεξηγήσεις που μου έδωσε αναφορικά με την αλλαγή της νοοτροπίας των επαγγελματιών μέσω εκπαίδευσης και τεκμηρίωσης με έπεισε ότι αυτό μπορεί να αποτελεί δύσκολο εγχείρημα όχι όμως ακατόρθωτο. Δεν είναι εύκολο λοιπόν να αγνοηθεί ο ζωτικός ρόλος που πρέπει να παίξουν οι νοσηλευτές, οι οποίοι πρέπει να θεωρηθούν ολοκληρωμένοι συνεργάτες σε αυτή τη διαδικασία.

## **5. Μετανάστευση**

Οι επιπτώσεις της μετανάστευσης σε εθνικό επίπεδο μπορεί να είναι είτε θετικές (π.χ. οι δυνατότητες που δίνονται στο μετανάστη και τα χρήματα που διακινούνται προς τη χώρα του), είτε αρνητικές (π.χ. αναφορικά με την απώλεια δεξιοτήτων σε ευάλωτα συστήματα υγείας). Για το λόγο αυτό βρίσκονται σε εξέλιξη αρκετές προσπάθειες για την ελαχιστοποίηση των αρνητικών πτυχών της μετανάστευσης, με δράσεις και συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ), αν και αυτό το ζήτημα εξακολουθεί να αποτελεί πεδίο ισχυρής αντιπαράθεσης (Buchan, 2008. Deleon & Malvarez, 2008).

Όπως καταλήγει ο Kingma (2007) σε μια λεπτομερή μελέτη για την παγκόσμια μετανάστευση των νοσηλευτών: *«Στις μέρες μας η αναζήτηση εργασίας είναι ένα καλά οργανωμένο κυνήγι ταλέντων, το οποίο περιλαμβάνει και νοσηλευτές. Η διεθνής μετανάστευση είναι σύμπτωμα των*

*μεγαλύτερων συστημικών προβλημάτων, που οδηγεί τους νοσηλευτές να εγκαταλείπουν θέσεις εργασίας».*

## **6. Σχεδιασμός εργατικού δυναμικού**

Ο σχεδιασμός του εργατικού δυναμικού είναι μια συνεχής διαδικασία που χρησιμοποιείται για την εναρμόνιση των αναγκών και προτεραιοτήτων του οργανισμού με εκείνες του ανθρώπινου δυναμικού ώστε να διασφαλίσει ότι μπορεί να ανταποκριθεί στις νομοθετικές, κανονιστικές, υπηρεσιακές και παραγωγικές απαιτήσεις των οργανωσιακών στόχων. Ο σχεδιασμός της στελέχωσης επιτρέπει την εφαρμογή τεκμηριωμένων στρατηγικών ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού (Sloan, 2010).

Ο στόχος που αναφέρεται συχνότερα, σε κάθε προσπάθεια αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού, είναι η *τοποθέτηση των σωστών εργαζομένων με τις σωστές δεξιότητες και συμπεριφορές στο σωστό χώρο κάνοντας τα σωστά πράγματα τη σωστή στιγμή.*

Η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ μικρότερου φόρτου εργασίας και καλύτερων αποτελεσμάτων στην έκβαση της υγείας των ασθενών υποστηρίζεται από ερευνητικά δεδομένα (Mitchell & Mount, 2010). Για να υποστηρίξουμε και να βελτιώσουμε περαιτέρω αυτή την κατάσταση, χρειαζόμαστε καλή τεκμηρίωση από ποιοτικά δεδομένα και αναλύσεις, που θα προκύψουν από συστηματική χρήση εργαλείων σχεδιασμού στελέχωσης και προγραμματισμού εργασίας.

## **7. Νοσηλευτικός Φόρτος Εργασίας**

Παρόλο που η έννοια του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας ερευνήθηκε αρκετά στα πλαίσια της νοσηλευτικής βιβλιογραφίας, δεν υπάρχει σχετικός ενιαίος ορισμός.

Μια ομάδα νοσηλευτών στη Νέα Ζηλανδία καθόρισε αριθμό παραγόντων που επίσης επηρεάζουν το νοσηλευτικό φόρτο εργασίας. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν κυρίως, τις ιδιαιτερότητες των ασθενών, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα, το συνδυασμό των δεξιοτήτων, τη στελέχωση της

διεπιστημονικής ομάδας, την κλινική υποστήριξη, την τεκμηρίωση, τις συνθήκες παροχής υπηρεσιών κ.α. (Walker & Hendry 2009, σ. 12).

Η κατανόηση και η χρήση δεικτών φόρτου εργασίας μπορεί να προσφέρει αξιόπιστα δεδομένα και να βοηθήσει τις νοσηλευτικές διοικήσεις. Τα δεδομένα για το φόρτο εργασίας παρέχουν πληροφόρηση αναφορικά με:

- τα διάφορα επίπεδα ανθρώπινων και οικονομικών πόρων,
- τη χρήση και κατανομή των πόρων,
- την ανάλυση των τάσεων,
- την υποστήριξη διοικητικών αποφάσεων
- τη στελέχωση και τον προϋπολογισμό του οργανισμού (NHS Education Scotland, 2013).

Ωστόσο, ένας αποδοτικός χώρος εργασίας είναι εκείνος που λειτουργεί με υπεύθυνους, δίκαιους και επαρκείς τρόπους με σκοπό την επίτευξη των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων, λαμβάνοντας υπόψη τους διαθέσιμους πόρους (WHO, 2006 p67).

## **8. Ηγεσία**

Η καλή ηγεσία, στο σύνολο της οργάνωσης, απαιτεί τέτοια κατανομή πόρων, έτσι ώστε να παρέχεται στους διοικούντες η εκπαίδευση, ο χρόνος, τα κίνητρα και οι λοιπές διευκολύνσεις που είναι απαραίτητες για την έναρξη και την υποστήριξη των βελτιώσεων σε όλους τους τομείς.

Οι μάνατζερ σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού απαιτείται να επιδεικνύουν ενδιαφέρον για τους υπαλλήλους τους ως άτομα και να εργαστούν από κοινού για την επίτευξη των στόχων που αφορούν την ευημερία των ασθενών και των οικογενειών τους.

Έχουν υπάρξει πολλές αναφορές για τον κρίσιμο ρόλο των μάνατζερ σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας στο να οικοδομήσουν ένα ποιοτικό περιβάλλον εργασίας και να εντάξουν νέες μορφές παροχής φροντίδας. Λιγότερο κατανοητό όμως είναι το είδος της ηγεσίας και ο τύπος του ηγέτη που θα το πετύχει.



## 9. Συμπεράσματα / Επίλογος

Το υγειονομικό δυναμικό θα πρέπει να αναπτύσσεται συνεχώς ώστε να μπορεί να ικανοποιεί τα μεταβαλλόμενα πρότυπα της φροντίδας υγείας. Αυτή η προσπάθεια πρέπει να υποστηριχθεί από την έρευνα και την τεκμηριωμένη πρακτική που οδηγούν σε οφέλη για τους ασθενείς (WHO, 2014)

Ο ρόλος των νοσηλευτών και μαιών στην υποστήριξη της εφαρμογής της Υγείας 2020, όπως εξάλλου απορρέει και από τη διακήρυξη του Μονάχου (17 Ιουνίου 2000) είναι ότι έχουν αυξανόμενα σημαντικούς ρόλους κλειδιά στις προσπάθειες της κοινωνίας για χειρισμό των προκλήσεων της εποχής μας στη δημόσια υγεία, καθώς επίσης και στη διασφάλιση παροχής υψηλής ποιότητας, ευπρόσιτων, αμερόληπτων, ικανών και ευαίσθητων υπηρεσιών υγείας που θα διασφαλίζουν το θεραπευτικό συνεχές τονίζοντας τα δικαιώματα των ανθρώπων και των μεταβαλλόμενων αναγκών (WHO, 2013)

Η προώθηση και εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας (Γε.Σ.Υ) θα εμφυσήσει στον Κύπριο πολίτη αίσθημα εμπιστοσύνης νοουμένου ότι οικοδομείται κοινωνική πολιτική με επίκεντρο τον άνθρωπο η οποία θα θεμελιώνει την κοινωνική συνοχή και θα αποδεικνύει την ύπαρξη κοινωνικής ευαισθησίας, κοινωνικής αλληλεγγύης και σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Στη δική μας αντίληψη κυριαρχεί ότι η λιτότητα διευρύνει την ύφεση. Με τη λειτουργία του Γε.Σ.Υ, όπως εντάσσεται σε ένα αμιγώς οικονομικά ανταγωνιστικό πλαίσιο, ο προγραμματισμός για αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων θα πρέπει να χαρακτηρίζεται ναί μεν από το επιχειρησιακό μοντέλο, με σκοπό όμως όχι τη μεγιστοποίηση του οικονομικού κέρδους, αλλά την ελαχιστοποίηση του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Καταληκτικά, υποστηρίζεται ότι η υιοθέτηση αρχών και αξιών, όπως της αλληλεγγύης, της ίσης πρόσβασης και της δικαιοσύνης που εστιάζονται στον καταναλωτή (ασθενή) προδιαγράφει προοπτικές επιτυχίας για την αποδοτικότερη λειτουργία του Γε.Σ.Υ.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aiken L, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L & Neff DF (2011b). 'The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments', *Medical Care*, Vol. 49 No. 12 (December): pp 1047-1053.
2. Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, Finlayson M, Kanai-Pak M & Aunguroch Y (2011a). 'Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries,' *International Journal for Quality in Health Care* Vol. 23, no. 4: pp 357-364.
3. Brown DS, Donaldson N, Burnes Bolton L, Aydin CE (2010). Nursing-sensitive benchmarks for hospitals to gauge high-reliability performance. *Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality*. 32 (6) (pp 9-17).
4. Browne G, Birch S & Thabane L (2012). 'Better care: An analysis of nursing and healthcare system outcomes', *Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation & Canadian Nurses Association*.
5. Buchan J (2008). How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply WHO
6. Caird J, Rees R, Kavanagh J, Sutcliffe K, Oliver K, Dickson K, Woodman J, Barnett-Page E & Thomas J (2010). The socioeconomic value of nursing and midwifery: a rapid systematic review of reviews Social Science research Unit, Institute of Education, University of London.
7. De Leon Siantz ML, Malvarez S (2008). 'Migration of Nurses: A Latin American Perspective', *Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 13 Issue 2(May): p7
8. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D & Zurayk H (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, The Lancet Commission, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
9. Kingma M (2007). Nurses on the Move: A Global Overview *Health Services Research* Volume 42, Issue 3p2, pages 1281–1298, June 2007
10. Maben J, Morrow E, Ball J, Robert G & Griffiths P (2012). High Quality Care Metrics for Nursing. National Nursing Research Unit, King's College London.
11. NHS Education Scotland (2013). 'Nursing and Midwifery Workload and Workforce Planning Learning Toolkit', NHS Education for Scotland.
12. Sloan J (2010). *The Workforce Planning Imperative* JSMISBN 978192103375 Mitchell PH and Mount JK (2010). Nurse staffing a summary of current research, opinion and policy The William D, Ruckelshaus Center, University of Washington, Washington, USA

13. Walker J & Hendry C (2009). 'A review of literature on the measurement of patient dependency, workload and workload planning and allocation within the context of nursing in the community', Wellington: NZNO (District Nurses Section)/Christchurch: New Zealand Institute of Community Health Care, November.
14. Wood D (2013). "Health care Briefings: Creating a Great Nurse Work Environment to Improve the Bottom Line", Press release, PI Worldwide, posted 18 January 2013. Available at: [www.piworldwide.com/healthcare-briefings-creating-a-great-nurse-work-environment-toimprove-the-bottom-line/](http://www.piworldwide.com/healthcare-briefings-creating-a-great-nurse-work-environment-toimprove-the-bottom-line/)
15. World Health Organization (2006). The World Health report working together for Health, Geneva-
16. World Health Organization (2008). Closing the gap in a generation, Geneva
17. World Health Organization (2013) Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>).
18. World Health Organization (2014) Regional Committee for Europe, 64th session Copenhagen, Denmark, 15–18 September 2014 EUR/RC64/TD/2.

#### **Role of nurses and midwives in supporting Health 2020 implementation**

*"Nurses and midwives have key and increasingly important roles to play in society's efforts to tackle the public health challenges of our time and in ensuring the continuity of care and addressing people's rights and changing needs. Nurses and midwives together form the largest group of health professionals in the Region. Because they have close contact with many people, they should be competent in the principles and practice of public health, so that they can use every opportunity to influence health outcomes, their social determinants, and the policies necessary to achieve change. This applies in particular to those who work in community settings, as well as in schools, industry, prisons and facilities for displaced people. Skills in exerting political influence, negotiating and making decisions, as well as financial, business and cultural competencies, will be an important part of the new repertoire of all nurses and midwives, thereby equipping them to work effectively and enabling them to work at all levels across all relevant sectors." [p. 115] (WHO 2013)*