EUR/ICP/NURS 94 03/MT04
00676
ORIGINAL: ENGLISCH

VIERTE TAGUNG LEITENDER MINISTERIALBEAMTER FÜR DAS PFLEGEWESEN UND VON VERTRETERN DER KOOPERATIONSZENTREN FÜR PFLEGE- UND HEBAMMENWESEN

Bericht über eine WHO-Tagung

Glasgow, Schottland
18. – 20. Oktober 1994

1996

EUR/GFA-Ziel 27

ZUSAMMENFASSUNG

Die Entwicklung des Pflege- und Hebammenwesens wirkt sich darauf aus, wie ein Land seinen gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen gerecht werden kann, und spielt zudem eine Rolle für die qualitative Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Region insgesamt. Mit der Vierten WHO-Tagung leitender europäischer Ministerialbeamter für das Pflegewesen und von Vertretern der Kooperationszentren für Pflege- und Hebammenwesen wurde die 1989 in Linköping, Schweden, begonnene Reihe fortgesetzt, mit der die Implikationen der Pflege für die regionalen Ziele zur „Gesundheit für alle" ausgelotet wurden. Hauptthemen der Tagung waren Pflegepolitik und ihr Zusammenhang mit Gesundheitspolitik und Reform der Gesundheitsversorgung sowie die führende Rolle und das fachliche Können der auf nationaler Ebene arbeitenden Pflegefachkräfte. Das Ziel war es, Strategien zu entwickeln, mit denen man den Aufgaben begegnen kann, die sich für die Pflege durch die jüngsten Veränderungen der Gesundheitsversorgung stellen, und zugleich die Führungsfähigkeiten und den Führungsstil der Teilnehmer in allen Zusammenhängen und auf allen Ebenen zu verbessern. Die Tagung bot zudem eine Plattform für die Überprüfung der vom Referat Pflege- und Hebammenwesen des WHO-Regionalbüros für Europa und der einschlägigen Kooperationszentren geleisteten Arbeit. Die Teilnehmer erarbeiteten eine Erklärung, mit der die Wiener Erklärung von 1988 und die Pflegeempfehlungen für die Unterstützung der europäischen Ziele zur „Gesundheit für alle" bestätigt und ausgebaut wurde. Sie waren sich darin einig, daß diese Erklärungen eine Orientierungshilfe für die Weiterentwicklung der Pflege böten und praktische Vorschläge dafür enthielten, wie die Regionen einen verstärkten Beitrag dazu leisten können, daß die fünf Millionen Pflegenden und Hebammen der Region das Ziel der „Gesundheit für alle" erreichen.

Schlüsselwörter

NURSING
MIDWIFERY
NURSE ADMINISTRATORS
INTERNATIONAL COOPERATION
HEALTH POLICY
HEALTH CARE REFORM
HFA STRATEGY COORDINATION
EUROPE

INHALT

Seite

EINLEITUNG

Führungskräfte im Pflege- und Hebammenwesen sollten nach Ansicht der globalen WHO-Beratunggruppe für Pflege- und Hebammenwesen verstärkt in die Planung der Gesundheitsversorgung und die Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik auf allen Ebenen einbezogen werden. Andere Expertengruppen teilen diese Ansicht, was auch in den Empfehlungen neuerer WHO-Tagungen, beispielsweise der Weltgesundheitsversammlung von 1992 sowie der Dritten WHO-Tagung leitender europäischer Ministerialbeamter für das Pflegewesen (Bukarest, 1992), aber auch in der 1993 in Alma-Ata verfaßten Erklärung über das Pflegewesen in den GUS-Republiken widerklingt.

Die Führungsaufgabe der Pflege und die entscheidende Rolle, die sie spielt, wenn es darum geht, die Pflegenden dazu zu befähigen, als Partner von Kollegen anderer Disziplinen auf staatlicher und internationaler Ebene einen Beitrag zur Gesundheitspolitik ihres Landes zu leisten und für die Verwirklichung der regionalen Ziele zur „Gesundheit für alle" (GFA) einzutreten, wurde auf der Ersten WHO-Tagung leitender europäischer Ministerialbeamter für das Pflegewesen (Linköping, 1989) hervorgehoben. Diese Thematik stand auch auf allen folgenden Tagungen von Pflegeführungskräften im Zentrum und bleibt auch künftig außerordentlich wichtig. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat sich deshalb in den letzten Jahren stark mit der Weiterentwicklung von Konzeptionen und Führungsfunktionen der Pflege auf nationaler Ebene befaßt und diese Thematik zum Schwerpunkt des vom Referat Pflege- und Hebammenwesen koordinierten Projekts „Pflege im Wandel" gemacht.

Im Mittelpunkt dieser Initiative stehen die einzigartigen WHO-Netzwerke leitender europäischer Ministerialbeamter für die Pflege und anderer Pflegeführungskräfte in den einzelnen Ländern. Die Teilnehmer des englischsprachigen Netzwerks tagen regelmäßig, parallel dazu wurde für Pflegeführungskräfte aus Ländern, in denen Russisch als erste oder zweite Sprache üblicher ist, ein neuerer russischsprachiger Verbund gebildet. Bei dieser vierten Tagung des

englischsprachigen Netzwerks ging die Debatte über Schlüsselfragen weiter, wobei die Teilnehmer jedoch auch darauf reagierten, daß sich das Umfeld der Gesundheitsversorgung wandelt, und die Problematik deshalb unter neuem Blickwinkel betrachteten und angingen.

Eine die verschiedenen Teile der Europäischen Region vertretende Beratergruppe ermittelte im April 1994 die auf der Tagung vorrangig zu behandelnden Themen: Umstellung und Trends der Gesundheitsversorgung, wozu auch die sich wandelnde Rolle der Pflegenden und die Auswirkungen gehören, die dieser Funktionswandel auf die Arbeitsteilung und die kollegialen Zusammenhänge hat, Information, Führungsfunktionen sowie nationale Pflegeaktionspläne. Man hielt es zwar für notwendig und auch für legitim, daß Pflegeführungskräfte diese Fragen in ihren eigenen Fachkreisen erörtern, die Gruppe erkannte jedoch auch, daß ein Austausch mit anderen Berufsgruppen, mit Managern und Politikern notwendig ist und daß Gesundheit mehr als je zuvor ein multidisziplinäres und multisektorales Anliegen ist. Die Debatte über Reformen der Gesundheitsversorgung sollte diese unterschiedlichen Perspektiven berücksichtigen. Die Beteiligung von Pflegefachkräften an einschlägigen WHO-Reforminitiativen hielt die Gruppe für eine wichtige Möglichkeit, diese Probleme hervorzuheben und sie in breiterem Kreis zu erörtern. Diese und andere Vorschläge der Beratergruppe wurden in die Programmplanung aufgenommen, was mit gewährleisten sollte, daß sich die Tagung wirklich partizipativ gestaltete.

Die Teilnehmer wurden nach bestimmten Kriterien ausgewählt. Bei den meisten handelte es sich um Pflegende oder Hebammen, die auf nationaler Ebene in Führungspositionen arbeiten, vor allem um leitende Ministerialbeamte für das Pflegewesen oder andere Bedienstete der Gesundheitsministerien, sowie die Leiter derzeitiger oder in Vorschlag gebrachter WHO-Kooperationszentren für Pflege- und Hebammenwesen in der Europäischen Region. Alle Teilnehmer sprachen Englisch. Sie setzten sich zusammen aus Vertretern von 32 europäischen Mitgliedstaaten und WHO-Mitarbeitern. Bei dieser Tagung waren 13 Länder mehr vertreten als bei der vorherigen

Tagung 1992 in Bukarest, u. a. verschiedene neue WHO-Mitgliedstaaten, Estland, die Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, die Slowakei und die Tschechische Republik. Vertreter des neu ernannten Kooperationszentrums für Pflege- und Hebammenwesen in Glasgow und der in Vorschlag gebrachten Kooperationszentren in der Russischen Föderation und in Ungarn waren ebenfalls zum ersten Mal anwesend. Aus dem Gastland kamen vier Beobachter. Schweden, das 1995 Gastgeber der dritten WHO-Tagung russischsprachiger leitender Ministerialbeamter für das Pflegewesen ist, hatte drei Beobachter geschickt.

Die Teilnehmer vereinbarten für die Tagung folgende Zielvorgaben:

- Stärkung der bestehenden Netzwerke leitender europäischer Ministerialbeamter für das Pflegewesen;
- Erleichterung engerer Beziehungen zwischen Pflegeführungskräften und WHO-Kooperationszentren für Pflege- und Hebammenwesen;
- Befähigung der Teilnehmer zur Weitergabe ihrer Erfahrungen und Erfolge, die sie als Reaktion auf die Veränderungen der europäischen Gesundheitssysteme gemacht haben;
- Befähigung der Teilnehmer, sich die erforderlichen Informationen zu beschaffen, um Strategien entwickeln zu können, mit denen sie den Herausforderungen begegnen können, die sich durch die Veränderungen der Gesundheitssysteme für die Pflege ergeben;
- Stärkung und Weiterentwicklung der Führungskompetenzen leitender Ministerialbeamter für das Pflegewesen, insbesonders im Hinblick auf eine partizipative Teamführung, Mitarbeit in allen Kontexten und auf allen Ebenen.

Von der Tagung wurden folgende Resultate erwartet:

- Eine verbesserte Führungskompetenz der Teilnehmer durch partizipatives Lernen;

- gestärkte und erweiterte Netzwerke leitender Ministerialbeamter für das Pflegewesen und anderer, auf nationaler Ebene in Führungspositionen arbeitenden Pflegenden;
- ein vertieftes Wissen über die Veränderungsprozesse in den Gesundheitssystemen überall in Europa sowie über die Frage, welche Konsequenzen das für den Beitrag der Pflege zur öffentlichen Gesundheit und zur Verwirklichung der Ziele zur „Gesundheit für alle" hat;
- ein verstärktes Bewußtsein für die Beteiligung anderer internationaler Organisationen an der Ausarbeitung von gesundheitspolitischen und Entwicklungsstrategien, um zu diesen Organisationen wirksamere Beziehungen aufbauen zu können.

Die Vierte WHO-Tagung leitender europäischer Ministerialbeamter für das Pflegewesen wurde von Jane Salvage, der Regionalbeauftragten für Pflege- und Hebammenwesen am WHO-Regionalbüro für Europa, eröffnet. Die Teilnehmer nahmen das Programm an und ernannten Jane Salvage zur Vorsitzenden, Anne Jarvie zur stellvertretenden Vorsitzenden sowie Felicity Leenders und Jeannette Davidson zu Co-Berichterstatterinnen und erklärten sich bereit, bis Ende der Tagung eine Erklärung auszuarbeiten.

PFLEGE IM WELTWEITEN KONTEXT

Die leitende Pflegewissenschaftlerin des WHO-Hauptbüros erörterte den Stellenwert der Pflege im Kontext globaler Trends.

- *Rascher Wandel:* Damit einher gehen die Infragestellung akzeptierter Werte, Unsicherheit und die Schwierigkeiten, sich nicht mehr ohne weiteres auf Erfahrungen verlassen zu können.
- *Politische Veränderungen:* Die Verschiebung der globalen Macht.

- *Wirtschaftlicher und sozialer Wandel*: Umschuldung, zunehmende Armut, Inflation und Arbeitslosigkeit, Wanderungsbewegungen in den Ländern und zwischen den Ländern, Verfall der Umwelt, nachlassende soziale Unterstützung, abnehmende Fähigkeit der Familie, ihre Mitglieder zu ernähren, ihnen Wohnunterkünfte zu verschaffen und sie zu schützen, zunehmende Gewalttätigkeit sowie die sich vertiefende Kluft zwischen Arm und Reich.

- *Demographische Veränderungen*: Zunahme der älteren Bevölkerung, chronische Krankheiten, schlechte psychische Gesundheit, durch Lebensweisen bedingte Probleme (Alkoholmißbrauch, Drogenmißbrauch und Rauchen) sowie durch Unfälle und Selbstmord verursachte Todesfälle.

Die Referentin wies der Pflege auch in der Debatte der Frage, ob Gesundheitsversorgung ein Grundrecht ist, eine Stelle zu. Sie verwies auf den intersektoralen und multidisziplinären Charakter der Gesundheitsversorgung und auf die Notwendigkeit, sich der Kosten der Gesundheitsversorgung (private oder staatliche Leistungserbringung, Versicherungen) sowie der Spannung bewußt zu sein, die dadurch entstehe, daß man zu entscheiden habe, ob man die Ressourcen in die spitzentechnologische Versorgung oder die primäre Gesundheitsversorgung stecken wolle. Zu erkennen sei auch, daß die Leistungen der Gesundheitsversorgung zunehmend dezentralisiert und in wachsendem Maße Informationssysteme genutzt würden. Änderungen von Gesetzen und Bestimmungen führten in einigen Fällen zur Spezialisierung, in anderen zur Entregulierung.

Die Pflegeausbildung sollte Teil des höheren Ausbildungssystems sein, wobei die Bedürfnisse der einzelnen Länder anzuerkennen seien. Sie schnitt außerdem die Konsequenzen der Professionalisierung und ihres Gegenteils (der zu starken fachlichen Vereinfachung oder Proletarisierung) an sowie die sich auf die Pflegepraxis auswirkende Gefahr des Kulturimperialismus, die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung, die Erbringung qualitativ hochwertiger Leistungen und die Erhaltung der Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung. Unterstrichen wurde, daß

es notwendig sei, nachzudenken und einen Dialog zu führen. Die Pflegenden müßten ein politisches Bewußtsein entwickeln und alle Möglichkeiten nutzen, um mit Regierungen, anderen Sektoren, Pflege- und Hebammenverbänden, Ausbildungseinrichtungen, Ärzten und Kollegen anderer Gesundheitsberufe, der Öffentlichkeit und den Medien in einen Dialog einzutreten. Hervorgehoben wurde die Bedeutung der Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung, insbesondere von Resolution WHA45.5 (Anhang 2).

LÄNDERBERICHTE

Aus jedem Mitgliedstaat wurde eine Pflegeführungskraft gebeten, eine kurze mündliche, sich auf vier Schlüsselbereiche konzentrierende Darstellung zu geben: die wichtigsten Stärken der Pflege/des Hebammenwesens/der Gesundheitsversorgung in dem jeweiligen Land, die drei Hauptprobleme der Pflege, die bei der Entwicklung eines nationalen Pflegeaktionsplans gemachten Fortschritte sowie was bei der leitenden Arbeit in der pflegerischen Entwicklung gut gemacht werde und was man in den Ländern bei dieser Arbeit als Führungskraft als schwierig empfinde. Diese Berichte wurden in kleinen Gruppen vorgelegt und lösten fruchtbare und umfassende Diskussionen aus. Trotz der Unterschiedlichkeit der dargestellten Pflegesysteme zeigte sich, daß sich im Hinblick auf die angeschnittenen Probleme innerhalb der Gruppen und auch im Verhältnis zu den anderen Gruppen viele Gemeinsamkeiten ergaben. Die Pflege sieht sich zwar im unterschiedlichen Ausmaß vor neue Herausforderungen gestellt; diese sind jedoch im allgemeinen in den mittel- und osteuropäischen Ländern (MOE) und in den GUS-Republiken größer. Die folgenden Schlüsselfragen kristallisierten sich als für die meisten Länder zutreffend heraus:

- *Visibilität der Pflege:* Die Pflege genießt in vielen Ländern noch immer nur geringes Prestige; die Pflegenden als Berufsgemeinschaft sind außerstande, die Politik zu beeinflussen; es fehlen weiterhin Aufstiegsmöglichkeiten; die Pflegenden sind

den Ärzten unterstellt; andere erkennen die Pflege nicht als eigenständige Disziplin mit eigener Theorie und Praxis an.

- *Ausbildung*: Der Übergang von der im Krankenhaus angesiedelten pflegerischen Ausbildung zur Pflegeausbildung im Hochschulrahmen; Vor- und Nachteile einer Pflegeausbildung auf Diplomniveau und einer voll ausgebauten Hochschulausbildung; das Fehlen qualifizierter Lehrkräfte für die Pflege – in vielen Ländern werden Pflegende von Ärzten unterrichtet, in anderen sind die Lehrenden nicht ausreichend für die Weiterbildung qualifiziert.

- *Forschung und Qualitätssicherung*: Die Notwendigkeit der Datenerhebung und der Pflegeforschung als Ausgangspunkt sinnvoller klinischer Praxis; die fortgesetzte Kluft zwischen Theorie und Praxis; Qualitätssicherung als Managementinstrument, doch auch als Möglichkeit für die Pflege, sich in einem multiprofessionellen Gesundheitssystem zu emanzipieren.

- *Politisches Bewußtsein*: Wichtig ist es, die besten Aspekte der bestehenden Gesundheitssysteme vor den Auswirkungen einer marktorientierten Gesundheitsversorgung zu schützen. Wie können Pflegende durch politische Überzeugungsarbeit dafür sorgen, daß das Gesundheitssystem im Sinne der Patienten funktioniert; „wir schwimmen in politischen Gewässern".

- *Gesetzgebung*: Kann eine Stärke, jedoch auch eine Schwäche sein. In vielen Ländern fehlen Gesetze und Bestimmungen zur Pflege; die Spannung zwischen Regulierung und Entregulierung; Schutz der Öffentlichkeit, indem dafür gesorgt wird, daß die Bezeichnung „Schwester/Pfleger" nur die zur Ausübung der Pflege qualifizierten Personen umfaßt; Einfluß der Gesetzgebung auf die Weiterentwicklung der Pflegepraxis.

- *Resultate*: Beweisen den Wert, die Effizienz und Effektivität der Beiträge, die die Pflege zur Gesundheitsversorgung leisten kann.

- *Führungsfunktionen*: Die Bedeutung der Rolle von Pflegeführungskräften im Gesundheitsteam auf allen Ebenen.
- *Klinische Effektivität*: Konkrete Aufgaben haben Vorrang vor dem Wesen der Pflege; Auswirkungen der Prioritätenverlagerung von akuter, krankenhausbasierter Versorgung auf gemeindebezogene primäre Gesundheitsversorgung.

EIN ZUKUNFTSBILD DER PFLEGE

Die Regionalbeauftragte für Pflege- und Hebammenwesen unterstrich, wie wichtig es sei, der Pflege ein Zukunftsbild geben zu können – ein Ziel, ein Ideal, ein Bild, eine Erklärung oder eine Beschreibung ihrer Aufgaben – und erläuterte den Sinn der Erneuerung und der Teilhabe an einem solchen Zukunftsbild. Auf der WHO-Europakonferenz Pflegewesen im Jahre 1988 sei mit der Wiener Pflegeerklärung zur Unterstützung der europäischen Ziele zur „Gesundheit für alle" ein solches gemeinsames Zukunftsbild entworfen worden. In der Erklärung würden die ideale künftige Rolle der Pflegenden sowie ihre Konsequenzen für Praxis, Ausbildung, Führungspositionen, Management und Forschung festgelegt. Die gesellschaftliche Aufgabe der Pflege sei es, dem einzelnen, der Familie und ganzen Gruppen zu helfen, ihr physisches, psychisches und gesellschaftliches Potential zu bestimmen und auszuschöpfen, und das in ihrem anspruchsvollen Lebens- und Arbeitsrahmen zu tun. Das verlange den Pflegenden ab, daß sie Funktionen entwickeln und ausfüllen, die Gesundheit fördern und erhalten und Krankheit verhindern. Zur Pflege gehöre auch die Planung und Betreuung bei Krankheit und Rehabilitation, und sie umfasse die physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Lebens in ihrer Auswirkung auf Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Sterben. Die vier wichtigsten Funktionen der Pflege wurden folgendermaßen zusammengefaßt:

- Erbringung und Leitung der Pflege;
- Unterweisung von Patienten oder Klienten und Personal der Gesundheitsversorgung;
- Wirksame Tätigkeit als Teammitglied in der Gesundheitsversorgung und
- Weiterentwicklung der Pflegepraxis durch kritisches Denken und durch Forschung.

Diese Leitlinien seien jedoch vor den großen sozialen und politischen Veränderungen in der europäischen Region entworfen worden. Die Pflegenden müßten jetzt angesichts der jüngsten Ereignisse zwei Fragen erörtern: „Teile ich dieses Zukunftsbild?", und: „Ist es heute noch relevant?".

Die Teilnehmer meinten, die Erklärung von Wien müsse bestätigt werden, da sie weiterhin relevant sei. Ein von dieser Tagung ausgehendes Statement müsse darauf aufbauen und die sich wandelnden Bedürfnisse und Umstände widerspiegeln. Dazu gehöre eine verstärkte Betonung der Effektivität und der gesundheitlichen Resultate, der engeren Beziehungen zwischen Leistungsnutzern und der Notwendigkeit, die Pflege als Teil eines breiten Leistungsangebots zu sehen, das dazu diene, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern. Die Regionallbeauftragte betonte, daß die Pflege auch weiterhin soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit stützen müsse und Menschen in Not in einem freien Marktsystem nicht schutzlos sich selbst überlassen werden dürften. Die WHO erkläre sich bereit, diese neue Erklärung möglichst schnell weiterzugeben und alle ihr offenstehenden Kanäle zu nutzen, um sie bekannt zu machen. Die Teilnehmer ihrerseits erklärten ihre Bereitschaft, die Angelegenheit durch Übersetzung und Veröffentlichung der Erklärung in ihren eigenen Ländern weiterzuverfolgen (Anhang 1).

WHO-Regionalbüro für Europa – Programm für Pflege- und Hebammenwesen

Die große Aufgabe der WHO ist es, verstärkt dafür zu sorgen, daß die fünf Millionen Pflegenden und Hebammen von Europa besser zur Verwirklichung der „Gesundheit für alle" beitragen können. Das WHO-Projekt „Pflege im Wandel" ist ein Anstoß zur Verwirklichung dieses Ziels und soll die Vision und ausgewählte Empfehlungen der Wiener Erklärung umsetzen helfen. Das Projekt besteht aus zwei Hauptelementen: Führungskompetenzen und Konzeption sowie Weiterentwicklung der Pflegepraxis. Beide Teile werden auf Mehrländer- und Länderebene umgesetzt.

Da es wesentlich zur Entwicklung wirksamer Strategien gehört, daß man die gegenwärtige Situation versteht, hat das Regionalbüro für jedes Land ein Profil des Pflege- und Hebammenwesens ausgearbeitet, das Orientierungshilfe für die Planung und eine Grundlage für eine die gesamte Region umfassende Trendanalyse bietet. Diese Profile sind mittlerweile fast vollständig; die Teilnehmer wurden daran erinnert, daß sie durch Übersendung von Material bei dieser Arbeit eine außerordentlich wichtige Rolle spielen. In einem nächsten Schritt werden die Informationen analysiert, was zu einer Veröffentlichung führen soll, in der der Stand der Pflege in Europa dargestellt und die wichtigsten Trends hervorgehoben werden. Damit hätte man eine umfangreiche Grundlage für Vergleiche, Forschung und Evaluierung der künftigen Entwicklung.

Die Pflegeführungskräfte in den Ländern müssen sich aktiv als Vordenker betätigen und ihre Führungskompetenz verbessern. Die WHO unterstützt den Austausch von Gedanken und Informationen, was den Ländern helfen soll, nationale Aktionspläne für die Pflege zu entwickeln, in denen die Prioritäten der Pflege deutlich dargelegt werden und die eng mit den übergeordneten nationalen Konzeptionen von Gesundheit und Gesundheitsversorgung verzahnt sind. Mittlerweile wurden Leitlinien für die Erstellung von nationalen Aktionsplänen ausgearbeitet und von vielen Ländern übersetzt, wobei das Regionalbüro den Prozeß in bestimmten Ländern soweit

möglich, oftmals im Rahmen des mittelfristigen Programms zur Zusammenarbeit mit der WHO, unterstützt hat.

Die Weiterentwicklung der Pflegepraxis ist ein weiterer Schwerpunkt des Projekts „Pflege im Wandel", bei dem den MOE-Ländern und GUS-Republiken besondere Aufmerksamkeit zuteil wird. Da durch das fast völlige Fehlen geeigneter Lehr- und Lernmaterialien Fortschritte verhindert wurden, rief das Regionalbüro das Projekt LEarning Materials On Nursing (LEMON) ins Leben, das den Sofortbedarf an Grundmaterialien in den offiziellen Sprachen decken soll, bis die Länder zur Herstellung ihrer eigenen Materialien imstande sind. Das Projekt soll die Länder auch besser dazu befähigen, sich selbst mit relevanten Materialien zu versorgen. Das LEMON-Paket in englischer Sprache ist nahezu vollständig. Inzwischen arbeiten LEMON-Ländergruppen an der Beschaffung von Mitteln und suchen nach Übersetzern, Redakteuren und Druckern, die sie auf die Arbeit vorbereiten.

Außerdem besteht ein zunehmender Informationsbedarf für die Abstützung der Pflegestrategie. Die Sachzwänge der Effizienz und Effektivität machen eine begleitende Überwachung der pflegerischen Tätigkeiten unabdingbar. Erreicht werden könnte das durch Beobachtung, durch die Weitergabe bestehender Informationen, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie durch die aktive Suche nach einschlägigen Daten, beispielsweise durch die Auswertung innovativer Projekte wie LEMON. Das Regionalbüro arbeitet daran, den Ländern zu einem Evaluierungsinstrument zu verhelfen, mit dem sie das LEMON-Projekt vor Ort beurteilen können.

GRUPPENSITZUNGEN

Die Teilnehmer teilten sich in drei parallele Gruppe, die sich schwerpunktmäßig mit Kooperationszentren, MOE-Ländern und GUS-Republiken sowie dem übrigen Europa befaßten. Jede Gruppe stellte ihre eigene Tagesordnung auf und berichtete kurz im Plenum.

Kooperationszentren

Alle derzeitigen und vorgeschlagenen Kooperationszentren lieferten einen kurzen, nach fünf Überschriften gegliederten Bericht ab: Zweck und wichtigste Tätigkeiten des Zentrums, Zusammenhang zwischen seiner Arbeit und der Gesundheitsversorgung und Pflegesituation im Lande, Zusammenhang zwischen der Arbeit des Zentrums und den Tätigkeiten der leitenden ministeriellen Beamten für das Pflegewesen und anderer Pflegeführungskräfte sowie Möglichkeiten einer Stärkung dieser Beziehungen. Außerdem sollten sie angeben, worauf das Zentrum in seiner Rolle als Vorreiter der Pflegeentwicklung im Lande stolz ist und auf welche Schwierigkeiten es bei seiner Arbeit stößt.

Nach einem Austausch über die wichtigsten Punkte dieser Berichte konzentrierte sich das Gespräch auf die Beziehungen zu Pflegeführungskräften und die Kommunikation mit den leitenden ministeriellen Beamten für Pflegewesen sowie die Kommunikation unter den Pflegekräften selbst. In vielen Fällen wurde mit diesen Themen ähnlich umgegangen. Die meisten meinten, die Kommunikation innerhalb und außerhalb ihres Landes könne durchaus noch verbessert werden. Die Teilnehmer beschlossen, den Zentren ein deutlicheres Profil zu verleihen und aktiver miteinander zusammenzuarbeiten. Es wurden weitere Gespräche zur Auslotung möglicher gemeinsamer Projekte vereinbart, in erster Linie eine Initiative des Kooperationszentrums in Dänemark, das seine derzeitige Arbeit an Pflegeinformationssystemen ausweiten möchte.

MOE-Länder und GUS-Republiken

Diese Gruppe, die aus leitenden Ministerialbeamten für Pflegewesen aus den MOE-Ländern und GUS-Republiken bestand, beschäftigte sich u. a. mit der Notwendigkeit, das Selbstvertrauen des Berufsstands zu wahren, während man sich zugleich mit komplizierten Fragen der Weiterentwicklung von Pflegepolitik und -praxis in einem sich wandelnden Gesundheitssystem befassen müsse. In vielen Fällen wandele sich das Gesundheitssystem so, daß aus einem

auf die akute Krankenhausversorgung konzentrierten Dienst eine von der primären Gesundheitsversorgung gelenkte Leistung werde und man von einem staatlich finanzierten, zentralen System auf ein dezentralisiertes Versicherungssystem umsteige. Es sei anerkannt, daß man eine Pflegestrategie brauche, aufgrund fehlender Ressourcen komme man jedoch nicht so recht weiter. Die benötigte Hilfe könne als Austauschbesuche, Partnerschaften zwischen Krankenhäusern und Ausbildungsinstitutionen, durch die Ausbildung von Pflegelehrkräften im Ausland, durch Stipendien und Beistand im Zusammenhang mit dem LEMON-Projekt geleistet werden.

Das übrige Europa

In dieser Gruppe arbeiteten die Pflegeführungskräfte, die nicht aus den MOE-Ländern und GUS-Republiken kamen. Sie konzentrierten sich auf die Notwendigkeit, eine effiziente und effektive Pflegepraxis zu gewährleisten, die von einem gemeinsamen Zukunftsbild ausgeht und imstande ist zu zeigen, daß der Input der Pflegenden die Resultate der Gesundheitsversorgung beeinflußt. Damit verbunden sei die Notwendigkeit, der Machtlosigkeit dieser Berufsgruppe durch die Zusammenarbeit mit Schlüsselgruppen und einzelnen Akteuren des Wandels entgegenzuwirken. Der Wandel müsse als Chance begriffen werden, die es ermögliche zu wachsen, die Umstellung der Pflege auf einen offenen, vollgültig in die Arbeit multiprofessioneller Gesundheitsdienste und die Entscheidungsfindung einbezogenen Berufsstand zu beschleunigen und partnerschaftlich mit Patienten/Klienten zusammenzuarbeiten.

FÜHREN

Die Teilnehmer wurden dringend aufgefordert zu erkennen, daß Führungskräfte unbedingt einen persönlichen Führungsstil haben müssen, sie müssen „sie selbst" sein und sich trotz des auf dem einzelnen Entscheidungsträger lastenden institutionellen Drucks auf ihr eigenes Urteilsvermögen verlassen. Typisch für Pflegende sei es,

daß sie ihren eigenen Führungskompetenzen nicht trauten. Diese geringe Selbstachtung und die dadurch bewirkte Defensivhaltung führten oft zu einer von drei möglichen Reaktionshaltungen. Statt auf die Situation wie ein vernünftiger Erwachsener zu reagieren, gründe man sein Verhalten auf Gewohnheiten aus der Vergangenheit – auf reaktive Rollen als Opfer, Verfolger oder Retter. Jede Person habe zwar ihre bevorzugte Position, diese seien jedoch austauschbar und es sei durchaus möglich, im Verlauf eines Gesprächs alle drei Positionen zu beziehen. Reaktive Haltungen seien zwar fast unmöglich zu überwinden, man könne sich aber bewußter machen, wann man entsprechend reagiere und welche Wirkung das auf andere Menschen habe. Man könne es auch lernen, Abwehrhaltungen bei anderen zu erkennen und zu sehen, wie man sich selbst dazu gezwungen fühle, darauf zu reagieren.

Alle drei Rollen beschränken und bestimmen die Reaktionsmöglichkeiten anderer Menschen. Das Handlungsdreieck ist eine Sackgasse, niemand kann es ändern. Alle Rollen ermöglichen es dem einzelnen, echten Kontakt zu vermeiden und Wünsche, Gefühle oder Forderungen nicht offen anzumelden und die Verantwortung dafür übernehmen zu müssen. Sie alle bieten die Möglichkeit, mit anderen gemeinsame Sache zu machen, um so den einzelnen in dem ungesunden „Mengengefühl" in Sicherheit zu wiegen, denn die reaktive Haltung mag zwar unangenehm sein, zumindest aber ist sie bekannt. Man kann diesem Muster jedoch entkommen, wenn man erkennt, welche Verhaltensformen diese Reaktionen weiterführen oder einen Ausweg aus dem Handlungsdreieck weisen:

Verstärkt das Handlungsdreieck	Auswege aus dem Handlungsdreieck
Leugnen	Verantwortung übernehmen
Jeglicher Substanzenmißbrauch	Ein sauberes und vernünftiges Leben führen
Vermeiden	Geradlinigkeit
Schuldzuweisung	Verantwortung annehmen
„Ihr"-Statements	„Ich"-Statements

Verlassen des inneren Kindes	Belohnung des inneren Kindes
Zurückhalten von Gefühlen	Gefühle zum Ausdruck bringen
Verwirrung	Bewußtsein
Isolation	Gemeinschaft
Co-Abhängigkeit	Selbstvertrauen
Unnachgiebigkeit	Flexibilität
Vortäuschen/Verstellen	Echtheit
„Ja" sagen, wenn man „Nein" meint	„Ja" sagen, wenn man „Ja" meint
„Nein" sagen, wenn man „Ja" meint	„Nein" sagen, wenn man „Nein" meint
Reine Verliererinteraktionen	Interaktionen, die alle Beteiligten gewinnen lassen
An Bedingungen geknüpfte Liebe	Bedingungslose Liebe
Fehlende Disziplin	Feste und dauerhafte Disziplin
Täuschung	Ehrlichkeit
Nicht zeigen, was man denkt	Offenheit

Nach der Plenarsitzung befaßten sich die Teilnehmer in kleinen Gruppen mit diesen Gedanken. Dabei gingen sie von dem Satz aus:„Wenn ich gut führe, lege ich folgende Qualitäten und Verhaltensweisen an den Tag...". Viele Teilnehmer kannten dieses Konzept der Entwicklung von Führungskompetenzen noch nicht, meinten aber, es stelle einen interessanten und anregenden, wenngleich nicht immer bequemen Weg dar, dieser Problematik auf den Grund zu gehen.

VERNETZEN

Als weiterer wichtiger Aspekt der Führung wurde das Vernetzen hervorgehoben. Beschrieben wurde es als das formelle oder informelle Zusammengehen von einzelnen oder Gruppen, die über Angelegenheiten von gemeinsamem Interesse Gedanken und Informationen austauschen. Verschiedene Teilnehmer erläuterten kurz, in welchen Netzwerken sie mitarbeiten und wie sie diese Form der

Zusammenarbeit nutzbar machen. Es handelte sich dabei nicht um einen umfassenden Überblick, sondern um den Versuch, anhand von Beispielen die riesige Palette von Möglichkeiten und Wegen der Einflußnahme zu untersuchen. Die Teilnehmer wurden dringend aufgefordert, sich über alle Optionen zu informieren und ihre Stellung für eine Mitarbeit zu nutzen.

Der leitende ministerielle Beamte für das Pflegewesen aus den Niederlanden betonte, daß es wichtig sei, die Pflege mit allen verfügbaren Mitteln bekanntzumachen, und zu wissen, welche Institutionen dieses Bemühen unterstützen könnten. Er konzentrierte sich auf die Europäische Union (EU) und auf die dort gegebenen Möglichkeiten, gemeinsame, auch die Pflege einbeziehende Gesundheitsprojekte zu finanzieren. Pflegeführungskräfte sollten sich die Tagesordnung von Tagungen besorgen, auf denen für die Pflege interessante Fragen zur Diskussion stünden, und sie sollten gegebenenfalls durch schriftliche Hinwendung an das Sekretariat oder durch die Beeinflussung von Ausschußmitgliedern einen Weg finden, zu dieser Diskussion beizutragen. Andere Teilnehmer unterstrichen die Bedeutung des Ständigen Ausschusses von Pflegenden der Europäischen Gemeinschaft (PCN) und wiederholten zustimmend, daß die Pflegenden ihren Einfluß geltend machen müßten.

Einige Teilnehmer beschrieben ihre Beziehungen zum Europarat und meinten, er sei besonders für die Länder wichtig, die nicht Mitglied der EU seien. Hingewiesen wurde auch auf das European Quality Assurance Network (EUROQUAN), und wiederholt betont wurde, daß es wichtig sei, sich auf dem laufenden zu halten. Als weiteres Beispiel eines einflußreichen Netzwerks wurde der Internationale Hebammenverband beschrieben. Man stellte abschließend fest, daß ein Verzeichnis wichtiger europäischer und globaler Netzwerke mit Kontaktadressen und kurzer Organisationsbeschreibung für die Pflegeführungskräfte in den Ländern ein nützliches Werkzeug wäre.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Teilnehmer verabschiedeten einstimmig ein die Wiener Erklärung bestätigendes Statement sowie andere WHO-Empfehlungen zur Pflege (Anhang 1).

Anhang 1

STATEMENT LEITENDER EUROPÄISCHER MINISTERIALBEAMTER FÜR DAS PFLEGEWESEN UND VON WHO-KOOPERATIONSZENTREN FÜR PFLEGE- UND HEBAMMENWESEN

Dieses Statement von Teilnehmern und Beobachtern aus 32 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO wurde am Ende der Vierten WHO-Tagung leitender europäischer Ministerialbeamter für das Pflegewesen und Vertretern der WHO-Kooperationszentren für Pflege- und Hebammenwesen am 18. – 20. Oktober 1994 einstimmig verabschiedet.

Wir bestätigen hiermit die Relevanz der 1988 verabschiedeten Wiener Erklärung über das Pflegewesen und seine Unterstützung der europäischen Ziele zur „Gesundheit für alle" sowie der Empfehlungen der WHO-Europakonferenz Pflegewesen im Jahre 1988. Wir meinen, daß diese Statements auch weiterhin eine zukunftsweisende Orientierungshilfe für die Entwicklung der Pflege bieten[1] und praktische Vorschläge dafür enthalten, wie die fünf Millionen Pflegenden und Hebammen der Region zur „Gesundheit für alle" beitragen können.

Wir glauben, daß die Rolle der für die „Gesundheit für alle" arbeitenden Pflegenden[2] – wie in der Erklärung dargelegt – darin

---

[1] Pflegewesen wird hier als beschreibender Allgemeinbegriff verwendet. Terminologie und Definitionen unterscheiden sich von Land zu Land. Unter dem Begriff Pflegende sind alle im Gesundheitsbereich Beschäftige zu verstehen, die pflegebezogene Arbeit leisten, d. h. Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen und Feldscher. Der Kürze halber wird überall von Pflegenden und Pflege gesprochen.

[2] Pflegende, die für die „Gesundheit für alle" eintreten, tragen dazu bei, die Ziele der „Gesundheit für alle" zu verwirklichen. Aufgabe, Rolle und Funktionen finden sich umfassend in der Wiener Erklärung und danach in anderen WHO-Veröffentlichungen beschrieben, vor allem in *Pflege im Aufbruch und Wandel: Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens zur Unterstützung der „Gesundheit für alle"*. Quintessenz München, 1995 (Englisch 1993 als WHO Regional Publications European Series, Nr. 48).

besteht, den Menschen während ihres gesamten Lebens als einzelne, Familien und Gruppen zu helfen, ihr physisches, psychisches und soziales Potential zu bestimmen und auszuschöpfen, und zwar im Rahmen ihrer Lebens- und Arbeitswelt. Das setzt voraus, daß die Pflegenden Funktionen entwickeln und wahrnehmen, die Gesundheit erhalten und Krankheit verhindern. Zur Pflege gehört auch die Planung und Durchführung der Betreuung bei Krankheit und während der Rehabilitation, außerdem umfaßt sie die physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Lebens in ihrer Auswirkung auf Gesundheit, Krankheit und Sterben.

Doch in der Region und in der Tat weltweit vollziehen sich große politische, wirtschaftliche und soziale Umwälzungen. Als Vorreiter des Wandels erkennen wir, daß sich daraus die Notwendigkeit ergibt, diese Veränderungen zu berücksichtigen, jedoch in der Erkenntnis, daß jedes unserer Länder in einer einzigartigen Lage ist und seine eigenen Stärken und Bedürfnisse besitzt. In dieser sich wandelnden Umwelt muß man alten und neuen Bedürfnissen in der Gesundheitsversorgung auf neue Weise begegnen, und das Gesundheitssystem muß aufgeschlossener auf diese Bedürfnisse reagieren. Deshalb sind für die Pflege eine Reihe besonderer Aufgaben anzugehen – und zwar auf allen Ebenen, von der individuellen bis zur internationalen.

Die großen Aufgaben der Pflege

- Die Pflege muß die Gesundheitsreform beeinflussen, um zu gewährleisten, daß man sich auch weiterhin für Chancengleichheit und soziale Gerechtigkeit, insbesondere für schwache Gruppen und die bedürftigsten Mitbürger einsetzt.

- Pflege muß die positiven Trends unterstützen, die dazu führen, daß Pflegende partnerschaftlich mit einzelnen Menschen, Familien und Gruppierungen zusammenarbeiten und dabei als Fürsprecher der Patienten/Klienten auftreten sowie Anregungen dafür liefern, daß sich die Bevölkerung ihrer Gesundheitsversorgung eigenständiger annimmt.

- Die Pflege muß im Rahmen von Gesundheitsplänen nationale Aktionspläne für die Pflege aufstellen, sich vollgültig an der Ausarbeitung einer nationalen Gesundheitspolitik beteiligen und somit das erforderliche Engagement und die Ressourcen für eine Weiterentwicklung der Pflege im Sinne einer besseren Gesundheit sicherstellen.
- Die Pflege muß die Zusammenhänge zwischen pflegerischer Leistung und gesundheitlichen Resultaten stärken, indem sie Effektivität und Effizienz der Pflegepraxis durch kritisches Denken und Forschung sowie durch eine bessere Erhebung und Ausnutzung relevanter Daten für Verlaufsbeobachtung und Evaluation erhöht.
- Die Pflege muß den Dialog mit der Öffentlichkeit, mit Politikern und anderen in der Gesundheitsversorgung Beschäftigten fördern, um abzuklären, wie die Pflege im multiprofessionellen Rahmen bestmöglich ihren Beitrag zur Gesundheit leisten kann.
- Die Pflege muß für eigenständige Kompetenzen in ihrem Bereich sorgen und dabei der Weiterentwicklung weiblicher Führungskräfte besondere Aufmerksamkeit widmen.
- Die Pflege muß alle verfügbaren Einflußquellen, vor allem die Netzwerke und Bündnisse unter den Pflegenden, aber auch die darüber hinausreichenden Möglichkeiten, besser nutzen.

Die folgenden Empfehlungen an die Länder und die WHO zeigen mögliche Wege zur Bewältigung dieser Aufgaben.

Empfehlungen an die Länder

1. Die Länder sollten den Dialog über die Pflege mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln, unter Einbeziehung der Medien, fördern und den Kollegen aus der Pflege und aus den Gesundheitsministerien, den Etatverwalter, andere im Gesundheitsbereich Beschäftigte und der Öffentlichkeit über die Ergebnisse dieser Tagung sowie über das Zukunftsbild und die Aufgabe der für die „Gesundheit für alle" arbeitenden Pflegenden berichten.

2. Sie sollten in der Erkenntnis, daß die WHO-Konzeptionen und -Leitlinien weiterhin relevant bleiben und das Referat Pflege- und Hebammenwesen auf diesem Gebiet internationale Führung anbietet, Führungskräfte der Gesundheitsversorgung, Politiker und Geberorganisationen dazu anregen, die von der WHO angebotene Orientierungshilfe zu nutzen und sich darum zu bemühen, daß die WHO zu Entwicklungsprogrammen für die Pflege beiträgt.

3. Sie sollten gewährleisten, daß der professionelle und berufsständische Beitrag von Pflegeführungskräften in den Gesundheitsministerien und anderen einschlägigen Einrichtungen der Länder anerkannt und gefördert wird.

4. Sie sollten gewährleisten, daß die Pflegenden und Hebammen die erforderliche Grundausbildung, Weiter- und Fortbildung erhalten, die es ihnen ermöglicht, effektive Praktiker, Lehrende, Manager, Forscher und Führungskräfte zu werden, und daß sie Gelegenheit haben, ihr Können und Wissen sachgerecht einzusetzen.

5. Sie sollten die Zusammenarbeit zwischen leitenden Ministerialbeamten für die Pflege, den Pflege- und Hebammenverbänden in den Ländern, den Zulassungsbehörden, den WHO-Kooperationszentren für Pflege- und Hebammenwesen und anderen Führungskräften der Gesundheitsversorgung stärken und konzertiertes Handeln fördern.

6. Sie sollten aktive Schritte unternehmen, die es möglich machen, die WHO-Kooperationszentren für Pflege- und Hebammenwesen als Quelle der Sachkenntnis und Kreativität für die gesundheitliche Entwicklung und Weiterentwicklung der Pflege sowie als Berater von Regierungen und anderen Führungskräften und Institutionen der Gesundheitsversorgung nutzbar zu machen.

7. Sie sollten dafür sorgen, daß qualitativ gute Pflegematerialien in der Landessprache vorliegen, beispielsweise durch Übersetzung

und Weiterverbreitung von WHO-Veröffentlichungen, wie ***Pflege im Aufbruch und Wandel*** und **LEMON**, **LE**arning Materials **O**n **N**ursing.

8. Sie sollten regelmäßigen Kontakt zum WHO-Referat Pflege- und Hebammenwesen unterhalten und zu den Länderprofilen für das Pflege- und Hebammenwesen sowie zu den Analysen des Pflege- und Hebammenwesens in Europa beitragen.

9. Sie sollten an der Fünften WHO-Tagung leitender europäischer Ministerialbeamter für das Pflegewesen teilnehmen.

Empfehlungen an die WHO

1. Die WHO sollte die Ergebnisse dieser Tagung in möglichst breiten Kreisen bekanntmachen.

2. Sie sollte ein Statement über die Aufgabe der Pflege ausarbeiten und an die Länder sowie an zwischenstaatliche und nichtstaatliche Organisationen verschicken, um damit die fortgesetzte Bedeutung der Wiener Erklärung zu bestätigen und die Reaktionsfähigkeit der Pflege auf neuentstehende Schlüsselfragen im Gesundheitsbereich zu stärken.

3. Sie sollte die enge und aktive Zusammenarbeit zwischen dem Referat Pflege- und Hebammenwesen und anderen einschlägigen Programmen des WHO-Hauptbüros, des Regionalbüros und der Länder weiterhin fördern und dabei gewährleisten, daß die Entwicklung des Pflege- und Hebammenwesens von der Organisation bedarfsgerecht mit Ressourcen versorgt wird.

4. Sie sollte die Entwicklung von Pflegeführungskräften in den GUS-Republiken durch Zusammenarbeit mit schwedischen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung fördern, damit diese 1995 die Dritte WHO-Tagung leitender Ministerialbeamter für das Pflegewesen aus den GUS-Republiken ausrichten können.

5. Sie sollte die Verbindungen zu leitenden Ministerialbeamten für das Pflegewesen, WHO-Kooperationszentren für das Pflege- und Hebammenwesen und anderen Netzwerken pflegen und stärken und bei der Ausarbeitung nationaler Aktionspläne für die Pflege Hilfestellung leisten.

6. Sie sollte eine vergleichende Analyse des Pflege- und Hebammenwesens in Europa ausarbeiten und Indikatoren für die Entwicklung der Pflege auf einzelstaatlicher Ebene entwickeln und dabei ähnliche globale Initiativen berücksichtigen, um Fortschritte anzuregen und zur Umsetzung von Resolution WHA45.5 über die Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens zur Unterstützung von Strategien zur „Gesundheit für alle" beizutragen.

7. Sie sollte den Ländern helfen, durch Beratung darüber, wie einschlägige WHO-Veröffentlichungen, z. B. ***Pflege im Aufbruch und Wandel*** und das **LEMON**-Paket, zu übersetzen und zu verbreiten wären, qualitativ gute Pflegematerialien bereitstellen zu können.

8. Sie sollte die Fünfte WHO-Tagung leitender europäischer Ministerialbeamter für das Pflegewesen planen und in diese Planung die WHO-Kooperationszentren für Pflege- und Hebammenwesen einbeziehen, wobei den Beziehungen zu anderen Disziplinen der Gesundheitsversorgung besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist.

Anhang 2

RESOLUTION WHA45.5 DER FÜNFUNDVIERZIGSTEN WELTGESUNDHEITSVERSAMMLUNG ÜBER DIE STÄRKUNG DES PFLEGE- UND HEBAMMENWESENS ZUR UNTERSTÜTZUNG VON STRATEGIEN ZUR „GESUNDHEIT FÜR ALLE", MAI 1992

Die Weltgesundheitsversammlung –

nach Behandlung des Berichts des Generaldirektors über die Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens zur Unterstützung von Strategien zur „Gesundheit für alle" und nach Prüfung der Aussprache auf der 89. Tagung des Exekutivrats,

unter Hinweis auf Resolution WHA42.27,

eingedenk der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsversorgungsleistungen und der wachsenden Kosten dieser Versorgung in den Ländern überall auf der Welt,

besorgt über den fortgesetzten Arbeitskräftemangel im Pflege- und Hebammenwesen und über die dringliche Notwendigkeit, für die gegenwärtigen und künftigen gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung eine ausreichende Zahl von Berufsangehörigen zu rekrutieren, im Beruf zu halten, auszubilden und zu motivieren,

in der Erkenntnis, daß die Organisation ihre Tätigkeiten im Pflege- und Hebammenbereich auf allen Ebenen verstärken muß,

verpflichtet auf die Förderung des Pflege- und Hebammenwesens als grundlegende Gesundheitsdienste in allen Ländern für die Entwicklung und Verbesserung von Strategien zur „Gesundheit für alle" –

1. DANKT dem Generaldirektor für seinen Bericht,

2. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH:

1. ihren Bedarf an Pflege- und Hebammendiensten zu ermitteln und in diesem Zusammenhang die Rolle und den Einsatz von Arbeitskräften im Pflege- und Hebammenwesen zu beurteilen,

2. die Management- und Führungskompetenzen zu stärken und die Stellung von Pflege- und Hebammenpersonal in allen Kontexten der Gesundheitsversorgung und auf allen Dienstleistungsebenen, darunter in den zentralen und örtlichen Dienststellen der Gesundheitsministerien und bei den für die betreffenden Programmen zuständigen Ortsbehörden, zu festigen,

3. soweit notwendig, Gesetze zu erlassen und andere zweckdienliche Maßnahmen zu ergreifen, die gute Pflege- und Hebammendienste gewährleisten,

4. die Ausbildung im Pflege- und Hebammenwesen zu stärken, die Ausbildungsgänge der Strategie „Gesundheit für alle" anzupassen und sie ggf. zu überarbeiten, so daß sie den sich wandelnden gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht werden,

5. die Gesundheitssystemforschung zu fördern und zu unterstützen, die den optimalen Beitrag des Pflege- und Hebammenwesens zur Praxis der Gesundheitsversorgung gewährleistet, und zwar mit besonderem Schwergewicht auf der primären Gesundheitsversorgung,

6. für angemessene Arbeitsbedingungen zu sorgen, damit die Motivation des Personals erhalten bleibt und die Qualität der Dienstleistungen verbessert wird,

7. die Zuweisung bedarfsgerechter (finanzieller, personeller und logistischer) Ressourcen für Tätigkeiten im Pflege- und Hebammenwesen zu sichern,

8. sicherzustellen, daß sich der Beitrag des Pflege- und Hebammenwesens in der Gesundheitspolitik widerspiegelt,

3. ERSUCHT die WHO-Regionalkomitees, die regionalen Maßnahmen zu verstärken, damit die Mitgliedstaaten imstande sind, die oben angeführten Vorkehrungen effektiv umzusetzen, und Finanzierungsquellen für diese Maßnahmen in den Staaten zu ermitteln, die eine wirtschaftliche Strukturreform durchlaufen oder andere besondere Bedürfnisse haben,

4. ERSUCHT den Generaldirektor:

1. eine globale, multidisziplinäre Beratergruppe für Pflege- und Hebammenwesen einzurichten, die das ausdrückliche Mandat hat, den Generaldirektor zu allen Pflege- und Hebammendiensten zu beraten, insbesondere über:

a) die Entwicklung von Mechanismen für die Beurteilung des Bedarfs an nationalen Pflege- und Hebammendiensten,

b) den Beistand an die Länder bei der Entwicklung nationaler Aktionspläne für die Pflege- und Hebammendienste, darunter für Forschung und Ressourcenplanung,

c) die begleitende Überwachung der Fortschritte bei der Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens zur Unterstützung von Strategien für die „Gesundheit für alle",

2. die erforderliche verstärkte technische und finanzielle Unterstützung zur Umsetzung der in dieser Resolution niedergelegten Bestimmungen zu mobilisieren,

3. dafür zu sorgen, daß die Interessen des Pflege- und Hebammenwesens bei der Umsetzung von Handlungskonzepten und bei der Programmentwicklung berücksichtigt werden und

Pflege- und Hebammenexperten ggf. an der Arbeit der WHO-Ausschüsse teilnehmen,

4. bei der Umsetzung der „Gesundheit für alle" das globale Netz der WHO-Kooperationszentren für Pflege- und Hebammenwesen auszubauen,

5. über die bei der Umsetzung dieser Resolution gemachten Fortschritte auf der 49. Weltgesundheitsversammlung Bericht zu erstatten.

Anhang 3

ARBEITSPAPIERE UND HINTERGRUNDMATERIALIEN[3]

Arbeitspapiere

ICP/HRH 306/7 BD/6	Guidelines on participating in international meetings
ICP/HRH 306/7 BD/7	Guidelines on country reports
ICP/HRH 306/7 BD/8	Guidelines on collaborating centre reports

Hintergrundmaterialien

Nursing in the Newly Independent States – Second Declaration of Alma-Ata, 1993

WHO collaborating centres for nursing and midwifery: report of the First Meeting of the European Network. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993 (document EUR/ICP/HRH 302).

European Government Chief Nurses Advisory Group meeting: report of a WHO meeting, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (document EUR/ICP/HRH 306).

Learning Materials on Nursing (the LEMON project). Brochure. Nursing and Midwifery Unit. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993.

National action plans for nursing: intercountry project proposal. Nursing and Midwifery Unit. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994.

National action plans for nursing: country project proposal. Sample: Kazakhstan. Nursing and Midwifery Unit. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994.

---

[3] Exemplare sind erhältlich beim Referat Pflege- und Hebammenwesen des WHO-Regionalbüros für Europa, Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Anhang 4

TEILNEHMER

Berater auf Zeit

Pilar Alonso
Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten
12 (Pflege), Madrid, Spanien

S. Bally
Ecole supérieure d'enseignement infirmier, Lausanne, Schweiz

Joseph Borgions
Ministerium für Gesundheit, Rijksadministratief Centrum,
Brüssel, Belgien

Marion Bull
Chief Nursing Officer, National Health Service Directorate for
Wales, Cardiff, Vereinigtes Königreich

Darja Cibic
Ministerium für Gesundheit, Ljubljana, Slowenien

Robin Coates
43 Woodstock Road North, St Albans, Herts, Vereinigtes
Königreich

Susan Coates
43 Woodstock Road North, St Albans, Herts, Vereinigtes
Königreich

Branka Duvnjak
c/o Ministerium für Gesundheit, Zagreb, Kroatien

Helin Eelsalu
Unterrichtsschwester, Medizinische Fakultät, Tartu, Estland

Lena Engfeldt
Beigeordnete Stellv. Ministerialdirektorin, Norwegisches Gesundheitsamt, Oslo, Norwegen

Ragnheidur Haraldsdottir
Leiterin, Abteilung Pflegewesen, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit, Reykjavik, Island

Bernhard Harreither
Zentralabteilung für Pflegeangelegenheiten bei den österreichischen Gewerkschaften, Wien, Österreich

Michael Haughey
Chief Nursing Officer, Department of Health and Social Services, Belfast, Vereinigtes Königreich

Luce Hofmann-Henaut
Direction de la Santé, Division de la Médicine Curative, Luxemburg

Anne Jarvie
Chief Nursing Officer, Scottish Home and Health Department, Edinburgh, Vereinigtes Königreich *(Stellv. Vorsitzende)*

Kathleen Keane
Chief Education Officer, An Bord Altranais, Dublin, Irland

Anna Kriskova
Leitende Beamtin, Pflegeausbildung, Ministerium für Gesundheit, Bratislava, Slowakische Republik

Enkelejda Mborja
Abteilung personelle Ressourcen, Ministerium für Gesundheit, Tirana, Albanien

Yvonne Moores
Chief Nursing Officer, Department of Health, London, Vereinigtes Königreich

Velka Lukic
Mazedonischer Hebammenverband, Medizinische Fakultät, Klinik für nervöse psychische Störungen, Skopje, Die Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien

Marika Nordström
Socialstyrelsen, Göteborg, Schweden

Elisabeth Pribernig
Leiterin der Pflegefachschule, Klagenfurt, Österreich

Karenlene Ravn
Leitende Beamtin für Pflegewesen, Sundhedsstyrelsen, Kopenhagen, Dänemark

Shoshana Riba
Leitende Beamtin für Pflegewesen, Ministerium für Gesundheit, Jerusalem, Israel

Barbara Schwochert
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Bundesverband, Eschborn, Deutschland

Liga Sherna
Leitende Beamtin für Pflegewesen, Ministerium für Wohlfahrt, Arbeit und Gesundheit, Riga, Lettland

Daiva Sniukaite
Leitende Beamtin für Pflegewesen, Ministerium für Gesundheit, Wilna, Litauen

Klara Sövényi
Leitende Beamtin für Pflegewesen, Abteilung Gesundheitspolitik, Ministerium für Wohlfahrt, Budapest, Ungarn

Giulia Spinola
Büro Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit, Rom, Italien

Mariana Tone
Gemeindeschwester, Generaldirektorium für Gesundheitsversorgung, Ministerium für Gesundheit, Bukarest, Rumänien

Dr. Saadet Ulker
Leitender Beamter für Pflegewesen, Ministerium für Gesundheit, Ankara, Türkei

Milka Atanassova Vassileva
Michael Bubotinov Straße 36, Sofia, Bulgarien

Eeva-Liisa Vakkilainen
Leitende Beraterin, Ministerium für Soziales und Gesundheit, Helsinki, Finnland

Hilda Vorlickova
Oberschwester, Universitätskrankenhaus Bohunice, Tschechische Republik

Willem A. Zandbergen
Leitender Beamter für Pflegewesen, Ministerium für Wohlfahrt, Gesundheit und Kultur, Rijswijk, Niederlande

Grazyna Wojcik
Leiterin, Abteilung Pflegewesen, Ministerium für Gesundheit und Soziale Wohlfahrt, Warschau, Polen

WHO-Kooperationszentren für Pflege- und Hebammenwesen

Professor Margaret Alexander
Department of Health and Nursing Studies, Glasgow Caledonian University, Vereinigtes Königreich

Donatella Barberis
Centro Studi delle Professioni Infermieristiche (CESPI), Turin, Italien

Gunnar H. Nielsen
Forschungsleiter, Dänisches Institut für Gesundheits- und Pflegeforschung, Kopenhagen, Dänemark

Louise Silverton
Director of Education and Practice Development, Royal College of Midwives, London, Vereinigtes Königreich

Professor Tony Butterworth
School of Nursing Studies, University of Manchester, Vereinigtes Königreich

Anne-Marie Elliautou
Leiterin, WHO-Kooperationszentrum für Pflegewesen, Hospices Civils de Lyon, Frankreich

Katalin Lukovitch
c/o Amt für Pflegewesen, Abteilung Gesundheitspolitik, Ministerium für Wohlfahrt, Budapest, Ungarn

Marjaana Pelkonen
Institut für Pflegeforschung, Helsinki, Finnland

Galina Perfiljeva
Dekanin, Fakultät für Pflegeweiterbildung, Medizinische Akademie I.M. Sechenov Moskau, Moskau, Russische Föderation

Majda Slajmer-Japelj
Internationale Managerin, WHO-Kooperationszentrum für Pflege in der Primären Gesundheitsversorgung, Gesundheitszentrum Maribor, Slowenien

Beobachter

Jeannette Davidson
Nursing Officer, Scottish Home and Health Department, Edinburgh, Vereinigtes Königreich (*Co-Berichterstatterin)*

Denise Dennehy
Nursing Officer, International Relations, Department of Health, London, Vereinigtes Königreich

Anders Engquist
Leiter der Abteilung Internationale Angelegenheiten, Büro des Präsidenten, Stockholm Hochschule für Gesundheitswissenschaften, Schweden

Evelyn A. Hastings
Chief Area Nursing Officer, Lanarkshire Health Board, Hamilton, Vereinigtes Königreich

Kim Lützen
Dozent, Universität Stockholm, Hochschule für Gesundheitswissenschaften, Solna, Schweden

Ester Mogensen
Universität Stockholm, Hochschule für Gesundheitswissenschaften, Solna, Schweden

W.W. Thomson
Director of International Health Studies, Queen Margaret College, Edinburgh, Vereinigtes Königreich

Weltgesundheitsorganisation

Regionalbüro für Europa

Adèle Beerling
Short-term Professional, Pflege- und Hebammenwesen

Yelena Egorenkova
Programmassistentin, Pflege- und Hebammenwesen

Serge Heijnen
Kurzzeitberater, Pflege- und Hebammenwesen

Felicity Leenders
Short-term Professional, Pflege- und Hebammenwesen, (*Co-Berichterstatterin*)

Jane Salvage
Regionalbeauftragte für Pflege- und Hebammenwesen, (*Vorsitzende*)

Hauptbüro

Miriam Hirschfeld
Leitende Pflegewissenschaftlerin