

SLAUGOS PASLAUGŲ TEIKIMO MODERNIZAVIMO PROBLEMAS – VILNIAUS MIESTO CENTRO POLIKLINIKOS PATIRTIS

SANDRA ŠILEIKAITĖ, RENATA KUDUKYTĖ-GASPERĖ

VšĮ Centro poliklinika

Raktažodžiai: *pirminė asmens sveikatos priežiūra, ambulatorinė sveikatos priežiūra, slaugos paslaugos, slaugos paslaugos pacientų namuose, paliatyviosios pagalbos paslaugos, slaugos paslaugų modernizavimas.*

Santrauka

Šiuo metu Lietuvoje stokojama teorinių sprendimų, kaip įvairių viešojo administravimo teorijų modelius efektyviai pritaikyti slaugos paslaugų sektoriui modernizuoti ir paslaugoms plėtoti, todėl šio straipsnio tikslas – išnagrinėti slaugos raidos tendencijas ir pasiūlyti strateginius sprendimus, skirtus slaugos paslaugų teikimo modernizavimui, taikant viešojo administravimo principus.

Atliekant tyrimą buvo siekiama įvertinti slaugos paslaugų modernizavimo galimybę tobulinant viešąjį administravimą. Siekiant išsiaiškinti galimybes atlikta teorinių šaltinių, susijusių su viešuoju administravimu, sveikatos apsaugos sistema ir slaugos paslaugomis, analizė bei apibendrinimas. Išnagrinėtos ir apibendrintos Europos Sąjungos ir kitų tarptautinių organizacijų, Lietuvos Respublikos bei kitų šalių teisės aktų nuostatos. Atlikta analizė skirta viešajam administravimui tobulinti teikiant slaugos paslaugas Lietuvoje.

ĮVADAS

Slauga – asmens sveikatos priežiūros dalis, kuri apima sveikatos ugdymą, stiprinimą, išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą. Slaugos paslaugos asmenims yra teikiamos sveikatos priežiūros, socialinės globos bei kitose įstaigose (įmonėse), taip pat namuose. Šias paslaugas teikia bendrosios praktikos ar bendruomenės slaugytojos,

kurios vadovaujasi Lietuvos medicinos normomis (MN 28:2011; MN 57:1998) [1, 2]. Šiose normose nustatytos slaugytojų veiklos sritys, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė. Viena iš Lietuvoje naujų, tik pradedančių plėtotis sričių – paliatyviosios pagalbos paslaugos, kurias gali teikti ambulatorinės ir stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, organizuodamos šių paslaugų teikimą stacionare, dienos stacionare arba ambulatorinėmis sąlygomis (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymas Nr. V-14) [3]. Straipsnyje analizuojamas šių paslaugų lygis, jų būtinumas ir reikalingumas, nes slauga bei paliatyvioji pagalba yra unikalūs paciento gydymo ir slaugos būdas.

Pirminė sveikatos priežiūra laikoma prioritetine sritimi, kadangi jai tenka spręsti daugelį asmens sveikatos problemų [4]. Šiandieniniame pasaulyje daug pagyvenusių žmonių gyvena vieni ir negali tikėtis šeimos paramos, nes tradicinė šeimos struktūra daugelyje šalių pakito, taip pat 50 proc. sunkiai sergančių žmonių norėtų pasilikti namuose. Šioms paslaugoms užtikrinti dažnai pagrindinė kliūtis yra finansinių išteklių trūkumas (Europos Sąjungos Ministrų taryba) [5]. Pasaulio sveikatos organizacijos programoje „Sveikata visiems XXI amžiuje“ teigiama, kad pirminės sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistemos turi skatinti siekti geresnių sveikatos priežiūros rezultatų, geresnės paslaugų kokybės ir kaštų efektyvumo [6]. Kartu siekiama organizuoti šios sveikatos priežiūros grandies darbą taip, kad būtų gerinamas prieinamumas ir realizuojama šeimos gydytojo, kaip „sveikatos sistemos vartininko“ („Gate – keeper“) [7], dirbančio komandoje kartu su slaugytoja, funkcija.

Praktikoje išryškėjusios pagrindinės problemos – neadekvatus finansavimas, tarpinstitucinio bendradarbiavimo nebuvimas, nevisiškai integruotos vadybos ir administravimo technologijos, trūksta kokybės vadybos principų bei kontrolės ir vertinimo. Pirminėje sveikatos

priežiūros grandyje norima pakeisti apmokėjimo sistemą, kad lėšos šeimos gydytojus pasiektų ne tik už prisiregistravusius asmenis, bet ir už suteiktas paslaugas, realiai ir kokybiškai atliktą darbą [8]. Numatoma mokėti už suteiktas paslaugas, taigi svarbu iširti, kaip pacientai vertina teikiamas paslaugas, ar jų pakanka, kokie yra pacientų lūkesčiai. Išanalizuoti specialistų nuomonę, kokias jie mato galimybes modernizuojant slaugos paslaugų teikimo sistemą. Negalima sustoti, reikia siekti daugiau, skiriant pakankamai dėmesio visoms grandims ir visų lygių įstaigoms [9].

Straipsnio tikslas – išnagrinėti slaugos raidos tendencijas ir pasiūlyti strateginius sprendimus, skirtus slaugos paslaugų teikimo modernizavimui, taikant viešojo administravimo principus.

METODAI

Taikant aprašomąjį-analitinį metodą atlikta teorinių šaltinių, susijusių su viešuoju administravimu, sveikatos apsaugos sistema ir slaugos paslaugomis, analizė ir apibendrinimas. Išnagrinėtos ir apibendrintos Europos Sąjungos, kitų tarptautinių organizacijų, Lietuvos Respublikos bei kitų šalių teisės aktų nuostatos, reikšmingos plėtojant slaugos paslaugų sritį. Aprašoma Vilniaus miesto VŠĮ Centro poliklinikos patirtis, organizuojant ir teikiant slaugos, paliatyviosios pagalbos paslaugas sunkiai sergantiems pacientams jų namuose. Atlikta slaugos paslaugų teikimo SSGG (Stiprybių, Silpnybių, Galimybių, Grėsmių) analizė.

REZULTATAI

Šiuolaikinės slaugos paslaugų teikimo Lietuvoje bei kitose Europos Sąjungos šalyse problemos ir aktualijos. Šiame amžiuje gyventojų sveikatos apsaugai, tuo pačiu ir slaugai, tiek Lietuvoje, tiek kitose Europos Sąjungos šalyse naujus iššūkius kelia gyventojų socialinė ir ekonominė padėtis. Europos Sąjungos šalių gyventojų socialiniai ir ekonominiai padėčiai didelę įtaką daro demografinis gyventojų senėjimas, mokslo technologijų pažanga, stiprėjanti Europos valstybių integracija ir kt. procesai, todėl sveikatos apsaugos sektoriui visame pasaulyje keliami uždaviniai, susiję su gyventojų sveikatos gerinimu, apsaugant nuo ligų ir jų pasekmių, įgyvendinant teisinius lūkesčius bei gerinant teikiamų paslaugų kokybę [10].

Pagrindinėmis problemomis Lietuvoje, su kuriais susiduriama teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, įvardijama nepakankamai nuosekli sveikatos politika ir jos įgyvendinimas, nepakankamai efektyvi sveikatos priežiūros organizavimo sistema, maža

gyventojų atsakomybė už savo sveikatą, tobulinti sveikatos sistemos reguliavimo principai ir metodai [11]. Lietuvoje nėra ilgalaikės sveikatos sistemos plėtos politikos tęstinumo, aiškaus funkcijų apribojimo tarp sveikatos politiką formuojančių ir ją įgyvendinančių institucijų, į valstybės nustatytą sveikatos prioritetą nepakankamai atsižvelgiama skirstant lėšas, silpnas tarpžinybinis bendradarbiavimas, stokojama darnios plėtos supratimo derinant ekonomikos, socialinės gerovės, aplinkosaugos ir visuomenės sveikatos klausimus.

Dažniausiomis sveikatos priežiūros problemomis Lietuvoje yra įvardijama: neviseškai efektyvus sveikatos priežiūros įstaigų valdymas (dominuojančios stacionarinės paslaugos, nepakankama pirminės asmens sveikatos priežiūros sistemos plėtra, sveikatos priežiūros netolygumai (tiek mieste, tiek rajone), didelę sveikatos priežiūros specialistų darbo dalį užima veikla, tiesiogiai nesusijusi su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu), neuztikrintas tolygus biudžetinių ir viešųjų įstaigų finansavimas, veiklos sąlygos, nepakankamai efektyviai veikiančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo valstybiniai bei savivaldybių lygmenų kontrolės ir stebėsenos mechanizmai. Šios problemos kelia didelę paslaugų teikėjų ir gavėjų konkurenciją sveikatos sektoriuje. Todėl Lietuvoje silpnai plėtojamose alternatyvios paslaugų organizavimo formos.

Kol kas Lietuvoje neįgyvendinamas pirminės sveikatos priežiūros prioritetas, apmokėjimo už pirmines sveikatos priežiūros paslaugas sistema mažai skatina sveikatos priežiūros įstaigas teikti daugiau šių paslaugų. Todėl Lietuvos gyventojai vis dar stokoja motyvacijos rūpintis savo sveikata ir sąmoningai dalyvauti gydymo procese, nes sveikatos priežiūra suprantama kaip „nemokama“ paslauga. Sveikatos priežiūros specialistai stokoja visuminio (holistinio) požiūrio į sergantį žmogų, pacientas nepripažįstamas kaip lygiavertis partneris sprendžiant sveikatos klausimus, vyrauja dėmesys ligų gydymui, o ne jų prevencijai.

Šiuolaikinėje Lietuvoje asmens sveikatos priežiūroje labai daug lėšų skiriama įvairiems tyrimams, technologijoms tobulinti ir pamirštama labiausiai pažeidžiama pacientų grandis, kuriems tyrimai nereikalingi, bet reikia visokeriopos integruotos socialinės, visuomeninės bei asmens sveikatos priežiūros, padedančios žmogui su savo negalia ar liga integruotis į visuomenę ir kokybiškai nugyventi likusį laiką. Būtina ugdyti aiškią humanistinę sveikatos priežiūros sampratą, pagal kurią būtų siekiama visaverčio sunkiai sergančio žmogaus poreikių patenkinimo, žmogaus, kuris iki pat mirties

būtų traktuojamas kaip jaučiantis, maštantis ir veikiantis individas.

Visos šios išvardintos sveikatos sistemos problemos daro įtaką slaugos paslaugų teikimui, pasireiškia slaugos studijų, mokslo ir praktikos srityse. Universitetinės ir neuniversitetinės slaugos studijos nesudaro integruotos visumos, neišspręsti įvairių pakopų slaugytojų rengimo bei tolesnio kvalifikacijos tobulinimo klausimai. Silpnas universitetų ir kolegijų bendradarbiavimas. Slaugos mokslo – mokslinių darbų vykdymą sunkina neigiamas požiūris į slaugą kaip mokslo objektą, nepabrėžtos prioritetinės slaugos mokslo sritys bei kryptys, nepakanka patyrusių slaugos srities mokslininkų, per mažas finansavimas ir ryšiai su užsienio universitetų mokslininkais. Iškeliama slaugos praktikos problemos: nesukurta bendros slaugymo kokybės sistemos, nesilaikoma vienodos dokumentacijos, slaugymo standartų, nėra aiškaus valdymo, tikslingo finansavimo ir racionalaus išteklių naudojimo, neišplėta slauga namuose, neužtikrintas slaugos paslaugų tęstinumas, neaiškus slaugos specialistų poreikis, dideli darbo krūviai ir neadekvatus darbo užmokestis, nepakankamas slaugytojų profesinių organizacijų bendradarbiavimas.

Gašteinė 2010 m. spalio 6–9 d. vykusiam 13-ajame Europos sveikatos politikos forume Europos sveikatos politikų dėmesys buvo atkreiptas į nerimą keliančius sveikatos sistemų ateities iššūkius, kaip demografinės ir epidemiologinės situacijos kitimas, medicinos technologijų plėtra, asmens sveikatos paslaugų solidarumo, kokybės ir prieinamumo užtikrinimas, pokyčių įtaka besikeičiantiems sveikatos priežiūros specialistų vaidmenims. Klausimams spręsti turi būti keliamos viešojo administravimo bei naujosios viešosios vadybos prielaidos. Viešasis administravimas sveikatos priežiūros sistemoje ir jos smulkesniuose padaliniuose – asmens sveikatos priežiūros įstaigose – tai procesų struktūra ir kryptingas veikimas, jungiantis organizacijas, individus, veikiančius pagal tam tikrus, iš anksto parengtus ir numatytus įstatymus bei taisykles. Teisės aktais turėtų būti tikslingai siekiama tikslo, t. y. vadybos ir naujosios viešosios vadybos principų įgyvendinimo asmens sveikatos priežiūros organizavime. Reglamentuojant sveikatos priežiūrą europiniu lygmeniu, įvairiose šių paslaugų teikimo srityse, būtina tiksliai apibrėžti veiklos tikslus ir biudžetą paremti vykdomomis programomis. Norint pasiekti užsibrėžtus tikslus reikėtų motyvuoti darbuotojus ir vadovauti sveikatos priežiūros įstaigai remiantis vadybos metodais. Įgyvendinant viešosios vadybos principus tikslinga vykdyti asmens sveikatos priežiūros decentralizaciją.

Diegiant strateginius principus būtina daugiau dėmesio skirti rezultatams, t. y. kokių konkrečių rezultatų bus pasiekta įgyvendinus vienus ar kitus sprendimus Europos Sąjungos, valstybiniu bei asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos lygmeniu. Būtina skatinti asmeninę atsakomybę tiek priimant strateginius sprendimus, tiek juos įgyvendinant. Tai ypač aktualu asmens bei visuomenės sveikatos srityse, kadangi nuo to prasidea ir paciento asmeninė atsakomybė už savo sveikatą. Kuriant ir įgyvendinant įvairius politinius sprendimus būtina atsižvelgti į organizacijos lankstumą. Priimdamos sveikatos priežiūrai aktualius sprendimus visos organizacijos – tiek Europos Sąjungos, tiek valstybiniu lygmeniu (valstybinės bei savivaldos organizacijos) – turėtų būti lanksčios, jautriai reaguoti į aplinkos pokyčius bei taikytis prie pacientų, kaip labiausiai suinteresuotų asmenų, poreikių ir norų. Sveikatos priežiūros sistemos veiklos, jos reformų ekonomijos, efektyvumo vertinimas turėtų būti pagrindiniai veiklos kriterijai, siekiant priimti bei įgyvendinti svarbius strateginius sprendimus.

Įvertinę esamą situaciją Europos Sąjungos ir valstybiniu lygmeniu galime daryti išvadą, kad visų šių sprendimų reikia tobulinti viešojo administravimo principus asmens sveikatos priežiūros srityse, pritaikant viešojo administravimo ypatybes bei uždavinius, įgyvendinant naujas viešojo administravimo teorijas. Viešasis administravimas sveikatos priežiūros srityje, kaip demokratinė institucija, turi remtis sveikatos priežiūros struktūromis ir procesais, kurie padėtų įgyvendinti pagrindinius sveikatos sistemos principus: holistinis požiūris į pacientą, kaip į esminį sveikatos priežiūros dalyvį, asmens sveikatos paslaugų kokybė bei prieinamumas, paslaugų solidarumas ir naujų technologijų plėtra, pritaikymas ir tinkamas jų valdymas. Siekiant tobulinti asmens sveikatos priežiūrą labai svarbi viešojo administravimo veiklos sritis yra pilietinės visuomenės, kuri prisiimtų atsakomybę už savo sveikatą, piliečių sveikatos išsaugojimą, kūrimas. Svarbu stiprinti viešojo ir privataus sektoriaus bendradarbiavimą, didinti valdžios įtaką asmens sveikatos priežiūros viešajame administravime, skatinti naujų informacinių technologijų taikymą.

Slaugos paslaugų teikimo modernizavimui skirtų mokslinių tyrimų prioritetai. Lietuvoje slaugos mokslinių tyrimų sritis yra nauja ir svarbi ne tik akademinė prasme, bet ir šalies kultūrai bei ekonomikai, kadangi didėjant pacientų nepriklausomybei ir jiems integruojantis į visuomenę daugiau reikia ir išteklių, skirtų jų slaugai ir rūpybai. Adekvačios ir mokslu pagrįstos priemonės iš pagrindų keičia savirūpos galimybes

nejgaliems ir sunkiai sergantiems pacientams, gerina gyvenimo kokybę bei psichologinį klimatą šeimoje ir visuomenėje. Slauga yra ypač svarbi sveikatos priežiūros dalis, nes neįmanoma spręsti svarbių sveikatos problemų modernioje visuomenėje remiantis vien tik medicinine pagalba. Esminį vaidmenį čia atlieka slaugos srities nagrinėjamos problemos, orientuotos į sveikatos ugdymą, aplinkos apsaugą, ligų profilaktiką, pacientų ir jų artimųjų bei pačių slaugytojų patirtį bei išgyvenimus, leidžiančius tobulinti ir plėtoti slaugos veiklą. Slaugos tyrimų aktualumą lemia sveikatos priežiūros pasiekimai ir ilgesnės gyvenimo trukmės tikimybė bei augantis įvairaus amžiaus žmonių, susiduriančių su slaugos problemomis, skaičius. Į šias problemas mūsų šalyje iki šiol kreipiamas menkas dėmesys. Slaugos raidos tempai susiję su praktine veikla, todėl tarp įvairių slaugos šakų ir įvairiose šalyse ji labai skiriasi.

Viešojo administravimo pagrindinių funkcijų (reguliavimas, paskirstymas, perskirstymas, paslaugų teikimas, institucijų kūrimas) taikymas galėtų labai pagelbėti plėtojant ir tobulinant slaugos paslaugų teikimą, kuriant ir nustatant paslaugų teikimo taisykles. Viešasis sektorius, kaip ir slaugos paslaugų teikimas, turi siekti užtikrinti žmonių gerovę.

Vienas iš strateginių Sveikatos apsaugos ministerijos tikslų – siekti, kad pacientams laiku būtų suteikiama kokybiška, saugi ir prieinama sveikatos priežiūra. Dokumente „Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2007–2015 metų metmenys“ pabrėžiama, kad Lietuvoje stokojama paskatų plėtoti alternatyvias ambulatorines paslaugas [10]. Iš jų svarbią vietą užima slauga namuose. Nors slauga namuose Lietuvoje jau pradeda įsitvirtinti, finansavimas šiai darbo sričiai, deja, dar vis per mažas. Vykdamas sveikatos apsaugos reformą kaip vienas iš uždavinių nurodytas siekis įgyvendinti sveikatos santykių socialinio teisingumo ir solidarumo principus – užtikrinti mokesčių padalijimą visiems visuomenės nariams pagal jų pajamų dydį ir nesieti paslaugų prieinamumo su asmens socialine kategorija.

Vykstantys dinamiški pokyčiai visose gyvenimo srityse yra lydimi sveikatos priežiūros sistemos reformos, kurioje ypač akcentuojama slaugytojų veiklos kaita. Tradicinė slaugytojų veikla nebeįstengia patenkinti sparčiai kintančių visuomenės sveikatos priežiūros poreikių. Palaipsniui didėja prieštaravimas tarp išsilavinimo, kurio slaugytojams reikėtų, kad jie galėtų prisitaikyti prie vis sudėtingėjančios veiklos, ir išsilavinimo, kurį jie gauna profesinio rengimo įstaigose. Tyrimais nustatyta, kad daugiau nei 50 proc. sveikatos priežiūros paslaugų teikia slaugytojai, todėl be šių specialistų

paslaugų sutriktų visa sveikatos priežiūros sistema. Pasauliniu mastu slaugos praktika koncentruojasi į žmogų ir į jo sveikatą, remiasi sisteminiu problemų sprendimo metodu. Slaugytojai turi būti įvaldę keletą multidisciplininių kompetencijų. Slaugos paslaugos koncentruojasi į sveikatą, o ne į ligą, o slaugos praktika orientuota ne į užduočių vykdymą, bet į pacientą. Paminėtos slaugos praktikos kaitos kryptys rodo, jog slaugytojai turi įgyti daugybę kompetencijų ir gebėti dirbti tiek savarankiškai, tiek bendradarbiaudami su kitų profesijų atstovais. Tai reiškia tradicinio slaugytojo vaidmens transformaciją iki autonomiško specialisto, gebančio įnešti unikalų, išskirtinį indėlį į sveikatos priežiūrą bei lygiaverčiai dirbti sveikatos priežiūros komandoje su įvairių profesinių sričių specialistais.

Slaugos paslaugų teikimui bei jos plėtojimui skirtų teorijų lyginamoji analizė. Slauga – tai procesas, susidedantis iš dviejų skirtingų dalių: intelektualios, pagrįstos išmanymu, technika, problemų sprendimu, ir proceso, pagrįsto jausmais, vertybėmis. Pasaulinė slaugos kaita formuoja naują sampratą, t. y. slauga suprantama kaip tarpdisciplininė veikla, pagrįsta komandiniu darbu. Tai sąlygoja slaugos veiklos kryptingumą ir leidžia pasiekti norimų rezultatų.

P. Cannell 2005 m. atliko tyrimą, kurio metu klinikos auditas vertino pirminės sveikatos priežiūros valdymo būdą ir stebėjo, kokios pasiekta pažangos. Šio tyrimo esmė – paskatinti pirminės sveikatos priežiūros komandos narius tobulinti darbo metodikas pagal nustatytus poreikius iš tų sričių, kurios jau buvo patikrintos, siekiant teikti aukštos kokybės paslaugas, išlaikyti ankstesnį lygį arba jį dar pagerinti [12].

R. Gross ir N. Nirel atliko įdomų tyrimą Izraelyje (1997). Tirta, ar yra ilgalaikių padarinių personalo ir pacientų išlaidoms, atitinkamai valdant biudžetą. Ši programa buvo vykdoma kartu su tiriamuoju darbu, kurio metu vertinti kriterijai: programos įtaka pirminės sveikatos priežiūros klinikos personalui, išlaidų lygiui, paslaugų kokybei, pacientų pasitenkinimui. Tyrimo metu naudoti du metodai. Vertinta viena kontrolinė ir viena eksperimentinė klinika. Kitas metodas – devynios biudžetą valdančios klinikos lygintos su kitomis toje pačioje aplinkoje esančiomis klinikomis. Daugialypiame tyrime naudoti šie įrankiai: darbuotojų ir pacientų apklausa, detalūs interviu ir duomenų analizės. Rezultatai parodė, kad biudžetą valdanti programa turi potencialo kontroliuoti kainas ir išlaidas nedarant įtakos darbuotojams, teikiamoms paslaugoms bei pacientų pasitenkinimui. Tačiau ši programa nepasiekė planuoto pagerėjimo darbuotojų motyvacijos, požiūrio, paslaugų

teikimo ir klinikos atsakomojo ryšio į paciento poreikius atžvilgiu. Taigi ši programa turėtų būti tobulinama ir atliekami išsamesni tyrimai [13].

Teigiama, kad pirminė sveikatos priežiūra ir paslaugų teikimas turi atsižvelgti į pacientų poreikius [7], taigi pacientų noras pakeisti pirminės sveikatos priežiūros įstaigą yra vienas iš būdų, įrodančių teikiamų paslaugų kokybę. Pacientams svarbu slaugos darbuotojų priėmimas, ilgesnis priėmimo laikas ir kitos paslaugos. Taigi pacientų pasirinkimui didžiausios įtakos turėjo teikiamos aukštos kokybės paslaugos. Tačiau paslaugų kokybės negalima tapatinti tik su geru darbuotoju pirminės sveikatos priežiūros grandyje. Kaip rodo D. Lupton atlikto tyrimo rezultatai, pacientai linkę pasitikėti savo pasirinktu gydytoju bei slaugos personalu ir blogai nevertina jų teikiamų paslaugų kokybės [8].

Vertinant suteiktų paslaugų kokybę išskiriamas faktorius, turintis įtakos pacientų nuomonei. Tai – sveikatos darbuotojų elgesys, t. y. ar poliklinikoje su pacientais elgiama pagarbiai, ar atidžiai juos išklauso, ar sveikatos darbuotojai suprantamai suteikia informaciją ir t. t. Dauguma žmonių manė, kad sveikatos darbuotojai su jais bendravo labai gerai ir gerai. Vykdamas sveikatos priežiūros reformą būtina atsižvelgti į gyventojų nuomonę apie teikiamų paslaugų kokybę [14]. D. Jankauskienė teigia, kad žmogus pats turi rūpintis savo sveikata ir pats už tai atsako. Pacientas turėtų reikšti savo nuomonę. Žinant, kokie yra pacientų norai ir lūkesčiai, būtų galima siekti geresnės paslaugų kokybės [15].

Didžiojoje Britanijoje vienas iš būdų paslaugų kokybei užtikrinti yra visuomenės sveikatos tarnybos, kurios teikia pagalbą pirminės sveikatos priežiūros grupėms, besirūpinančioms sveikatos paslaugų teikimu. Toks procesas suteikia galimybę akivaizdžiai įsitikinti vykdomos veiklos efektyvumu. Paslaugų įvertinimas, standartų nustatymas ir auditas, atliekami remiantis šiais standartais, suteikia galimybę gerinti visuomenės sveikatos įgūdžius, kurie leistų ir toliau tobulinti teikiamas paslaugas. Didžiojoje Britanijoje sveikatos apsaugos audito ir revizijos komisija organizuoja stebėseną ir tikrina visas nacionalinės sveikatos apsaugos sistemos struktūras bei vertina jų veiklą [16].

Išanalizavę slaugos paslaugų teikimui, plėtojimui ir kokybei nustatyti skirtas teorijas, atlikę apklausomus grįžtus tyrimus, kurių metu buvo įvertinta visų slaugos paslaugas teikiančių ir jas gaunančių grandžių paslaugų kokybė bei poreikis, galime daryti išvadas, kad analogiški tyrimai turėtų būti atliekami visose asmens sveikatos priežiūros įstaigose įvairiais lygmenimis. Atlikty

tyrimų duomenys leidžia mums spręsti ne tik apie teikiamų paslaugų kokybę, bet ir apie administravimo problemas pačioje įstaigoje bei valstybiniu mastu. Tik analizuodami ir lygindami gautus rezultatus šalies, miesto, įstaigų mastu galime daryti išvadas apie viešojo administravimo problemas bei prioritetines veiklos kryptis asmens sveikatos priežiūros ir slaugos srityse.

Šiuolaikinės viešojo administravimo teorijos ir jų taikymo galimybės tobulinant slaugos paslaugas. Įvertinus tai, kad viešajame sektoriuje diegiami naujosios viešosios vadybos, viešosios politikos principai, pagrindinės sveikatos sistemos valdymo tobulinimo kryptys turėtų būti privačios sveikatos, slaugos priežiūros praktikos taikymas ir racionalios sveikatos apsaugos, slaugos paslaugų valdymo struktūros suformavimas [17]. Šiuo metu pastebimas tendencingas pokytis privataus sektoriaus srityje, nes vis daugiau įstaigų sudaro sutartis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo su ligonių kasomis.

Viešajame administravime taikomos trys pagrindinės veiklos vertinimo sampratos: ekonomiškumas, efektyvumas ir veiksmingumas. Ekonomiškumas – panaudotų išteklių, reikalingų rezultatui gauti, mažinimas išlaikant tam tikrą rezultato kokybę. Efektyvumas – tai santykis tarp pageidautinų veiklos rezultatų ir panaudotų tiems rezultatams pasiekti kompleksinių išteklių, indėlių, sąnaudų bei kitų išteklių. Veiksmingumas – tai nustatytų tikslų įgyvendinimo laipsnis, panaudojus tam tikrą išlaidų kiekį. Šie kriterijai yra išsidėstę hierarchiškai tvarka. Paprasčiausias yra ekonomiškumo kriterijus, nes jis priklauso nuo mažesnio skaičiaus veiksnių, kurie tiesiogiai susiję su lėšomis. Šis kriterijus lengvai gali būti įvertintas kiekybiškai. Veiksmingumo kriterijus yra aukščiausio lygio. Jis aprėpia efektyvumo kriterijų visumą, nustato kiekvieno jų įtaką veiklos rezultatams ir įvertina, koku laipsniu pasiekti nustatyti tikslai.

Šiuos kriterijus galima pritaikyti tobulinant slaugos paslaugas, jų teikimą. Ekonomiškas, efektyvus ir veiksmingas paslaugų teikimas galėtų būti įgyvendintas taikant informacines technologijas. Jomis naudojantis galima suteikti daugiau paslaugų per trumpesnę laiką su mažesnėmis sąnaudomis ir pagerinti teikiamų paslaugų kokybę. Slaugos paslaugas teikiant el. sistema atsiranda šios galimybės: efektyvus administravimas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos sistemoje naudojami dokumentai, įvairios popierinės formos perkeltos į elektroninius dokumentus, sukuriant įvairaus tipo paciento ligos istorijos elektroninius įrašus; įvairūs siuntimai, žurnalai bei statistinės ataskaitos yra elektroninio pavidalo; pacientų elektroniniai medicininiai

įrašai (EMI) saugomi centralizuotai); nepertraukiamas bendradarbiavimas tarp sveikatos priežiūros specialistų (realiu laiku įrašyti paciento medicininius duomenis į elektroninę ligos istoriją; pagrindiniai atliekamų namų slaugos, paliatyviosios pagalbos paslaugų įstaigos elektroniniai medicininiai įrašai (EMI); optimaliai panaudoti gydytojų ir slaugos namų darbuotojų darbo laiko išteklių, sureguliuotas sveikatos priežiūros specialistų apsilankymo pas pacientus laikas); slaugos paslaugų teikimo efektyvumas [10].

Įdiegus šiuos sprendimus bus užtikrintas didesnis efektyvumas teikiant paslaugas, pagerės ir pagreitės bendradarbiavimas su kitomis institucijomis, organizacijomis, taip pat viešajame sektoriuje bus taikomos inovacijų ir modernizavimo tendencijos. Naudojantis informacinių technologijų galimybėmis lengviau planuoti, kontroliuoti, koordinuoti paslaugas, sutelkti išteklius. D. Osborne ir T. Geabler efektyvesnės viešųjų institucijų veiklos galimybes įžvelgia sistemingai pertvarkant viešojo sektoriaus valdymą. Tačiau kartais neskiriama pakankamai lėšų valdymo procesams pertvarkyti ir dėmesio viešosioms programoms koordinuoti bei ignoruojama procedūrinių elementų ir viešumo svarba. Galėtų būti didesnis valdžios institucijų dėmesys finansuojant pažangius projektus, pritaikant šiuolaikines viešojo administravimo teorijas [18].

Lietuvos, Europos Sąjungos ir kitų tarptautinių organizacijų politinių dokumentų bei teisės aktų, skirtų slaugos paslaugų teikimo plėtrai, nuostatų apibendrinimas. Viena iš svarbiausių sveikatos apsaugos reformos kryptių daugelyje Europos šalių tampa pirminės sveikatos priežiūros pertvarka. Pirminės sveikatos priežiūros (PSP) koncepcija (1978 m.) teigia, kad PSP yra esminė sveikatos priežiūra, paremta praktiniu moksliniu patyrimu, socialiai priimtinais metodais, technologijomis, kurios padaro ją prieinamą individams, šeimoms bendruomenėje, ir teikiama bendruomenei bei šaliai priimtinais kaštais. Pagal šią koncepciją daugelyje Europos šalių pradėta PSP pertvarka. PSP organizuojama trimis lygiais: greitoji medicinos pagalba (GMP), slaugos institucijų veikla ir PSP tarnybų pagrindas – bendrosios praktikos gydytojo (BPG) institucija. PSP turi pasirūpinti kompleksine asmenų, šeimos, bendruomenės sveikatos priežiūra. Antrinio ir tretinio lygio sveikatos tarnybos turėtų vaidinti pagalbinį vaidmenį, atlikdamos tik tas diagnostines ir terapines procedūras, kurios yra specializuotos arba labai brangios ir neprieinamos PSP grandžiai. PSP turėtų išspręsti 80 proc. sveikatos problemų.

PSP grandies reorganizavimas yra pirmenybinė sveikatos apsaugos reformos sritis, reglamentuota sveikatos

politikos dokumentuose: Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje, Lietuvos sveikatos programoje, Vyriausybės programoje, Vyriausybės nutarimu patvirtintose sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje, PSO leidinyje „Sveikata visiems XXI amžiuje“, Liublianios chartijoje ir kituose dokumentuose.

1996 m. Liublianios chartija dėl sveikatos apsaugos reformos Europoje siekiama suformuluoti principus, kurie būtų neatskiriama sveikatos priežiūros sistemos dalis. Organizuojant ir teikiant sveikatos priežiūrą, dėmesys turėtų būti kreipiamas į pacientus ir jiems teikiamas paslaugas [19].

Daugelyje Europos Sąjungos šalių slaugos paslaugos namuose yra tarp sveikatos apsaugos ir socialinės srities, labai susipynusios ir sunkiai atskiriamos. Šis atskyrimas dažniausiai priklauso nuo paslaugų teikėjo. Pavyzdžiui, jei slaugos paslaugas namuose teikia sveikatos apsaugos srities teikėjas, dažnai į paslaugas patenka reabilitacija, sveikatos stiprinimas, ligų prevencija, fizioterapija ir t. t., o šių paslaugų gavėjai daugiausiai yra pagyvenusio amžiaus asmenys, pacientai, sergantys lėtinėmis ligomis. Socialinio sektoriaus teikėjų paslaugų namuose gavėjai dažniausiai yra pagyvenę ir vieniši asmenys. Kai kuriose Europos šalyse, pvz., Belgijoje, Prancūzijoje, Italijoje, Portugalijoje, Ispanijoje, sudarytas šių paslaugų organizavimo modelis, pagal kurį sveikatos paslaugas teikia sveikatos apsaugos sistemos teikėjai, o socialinės ar kitos teikiamos paslaugos namuose yra socialinės sistemos dalis. Kitose šalyse, pvz., Danijoje, Suomijoje, Švedijoje, už paslaugų namuose teikimą atsakinga viena institucija, t. y. savivaldybės [20].

Pastaruosius kelis dešimtmečius Europos Sąjungos šalių sveikatos sistemos buvo veikiamos tų pačių iššūkių, todėl ir bendradarbiaudamos jos mokėsi vienos iš kitų. Tai atsispindi pagrindiniuose Europos Sąjungos politikos aspektuose, susijusiuose su sveikatos apsauga (PSO, 1993). Pagrindiniai minimi aspektai – tai universalus draudimas, progresinis finansavimas, teisingas paslaugų prieinamumas, tolygus informacijos pasiskirstymas ir pasiekiamumas šalyje ir už jos ribų. Šalių bendradarbiavimas svarbus ne tik pacientams, bet ir siekiant užtikrinti veiklos nuoseklumą. Europos Komisija veiksmų plane numatė sukurti Europos el. sveikatos erdvę, skatinti kiekvieną valdžią, atsakingą už sveikatos apsaugą, mokytis iš kitų šalių patirties.

Europos bendrijos vaidmuo vykdamas sveikatos politiką pakartotinai apibrėžtas valstybių vadovų pasirašytoje Lisabonos sutartyje, kurioje siūloma sustiprinti sveikatos politinį vaidmenį, skatinti bendradarbiavimą ir gerinti paslaugų teikimą piliečiams.

Sveikatos priežiūros ir ligoninių vadyba besikeičiančioje aplinkoje buvo viena iš 2006 m. Dubline vykusio kongreso temų. Nagrinėti patys aktualiausi sveikatos priežiūros organizavimo, gydymo įstaigų vadybos, slaugos integravimo į gydymo procesą ir kiti klausimai. Airijos vaikų ir sveikatos apsaugos ministras S. Poweris akcentavo, kad vykstant svarbiems pokyčiams sveikatos apsaugos sistemose svarbu kreipti didelį dėmesį į paslaugų kokybę, aukštas technologijas, socialinės ir sveikatos apsaugos sektorių integravimą. Pabrėžta, kad visuomenės lūkesčiai, susiję su sveikatos apsaugos sistema, yra dideli ir kasmet dar labiau auga, tad vyriausybė turi stengtis patenkinti šiuos pacientų lūkesčius [21].

Lietuvos sveikatos sistemos plėtros iki 2015 m. gairėse nurodyti efektyvesnės ir konkurencingesnės sveikatos sistemos principai: motyvuoti žmones sveikai gyventi, skatinti ligų prevenciją, o susirgus teikti reikiamas bei kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas; racionaliau naudoti turimus išteklius; skatinti tarpžinybinį bendradarbiavimą; mažinti netolygumus. Šios idėjos yra naujos, šiuo metu kuriamos, Lietuvos sveikatos programos pagrindas. Iškeliami PSO ir Lietuvos bendradarbiavimą prioritetai: sveikatos sistemos stiprinimas užtikrinant pakankamą finansavimą, neužkrečiamųjų ir užkrečiamųjų ligų profilaktiką ir kontrolę, aplinkos sveikata.

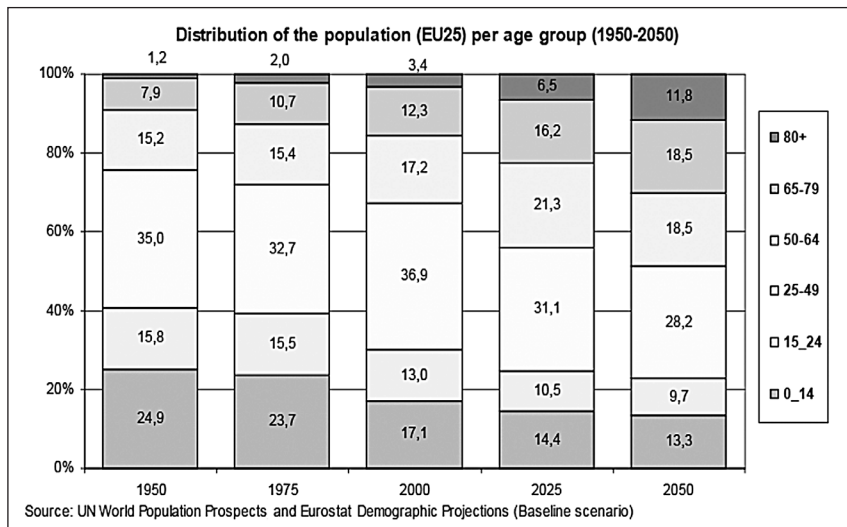
Lietuvos Nacionalinė sveikatos taryba 2004 m. (nutarimas Nr. N-5) atkreipė dėmesį į tai, kad yra nepakankamai reglamentuota pirminė sveikatos priežiūra nacionaliniu lygiu ir tai apsunkina reguliavimą bei sudaro prielaidas pacientams gauti skirtingos kokybės pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. Per mažas dėmesys skiriamas slaugytojo veiklai, jos reglamentavimui, teikiamų paslaugų apmokėjimui, ambulatorinės slaugos plėtrai, o nepakankamas finansavimas sąlygoja slaugos paslaugų stoką. Trūksta mokslinių darbų pirminės sveikatos priežiūros srityje. Nacionalinė sveikatos taryba rekomenduoja: nacionaliniu lygiu nustatyti pirminės sveikatos priežiūros veiklos kokybės rodiklius; reglamentuoti bendruomenės slaugytojo veiklą, finansavimą, spartinti ambulatorinės slaugos plėtrą, slaugos ir globos integravimą; didinti pirminės sveikatos priežiūros finansavimą, skatinti prevencinį darbą, gerinti diagnostikos ir slaugos galimybes, tobulinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarką; skatinti mokslinius darbus, susijusius su pirminės sveikatos priežiūros organizavimu ir ateities modelių rengimu. Turi būti didesnis ryšys tarp mokslinių tyrimų sveikatos srityje ir žmonių poreikių, susijusių su svarbių

sprendimų priėmimu bei planavimo problemomis, taip pat prioritetinių sričių, kurias nustato mokslo bendruomenė; platesnis visuomenės informavimas apie paslaugų restructūrizavimo pokyčius.

Lietuvos sveikatos programoje keliamus tikslus tikimasi pasiekti įgyvendinant „Sveikata visiems XXI amžiuje“ politiką (Sveikatos ekonomikos centras, 2003). Organizuojant tinkamą, prieinamą ir priimtina sveikatos priežiūrą, t. y. teikiant pirminės sveikatos priežiūros grandies prioritetą, darniai plėtojant visą sveikatos sistemą, gerinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir jose teikiamų paslaugų kokybę bei efektyvumą, didinti teikiamų paslaugų asortimentą (sukurti nacionalinius standartus), periodiškai akredituoti šias įstaigas bei mokyti ir kelti sveikatos priežiūros darbuotojų kvalifikaciją. Esant kvalifikuotiems specialistams, galima tikėtis geresnės paslaugų kokybės. 2008 m. Lietuvoje įteisintas savarankiškas slaugytojų, turinčių galiojančią slaugos praktikos licenciją, darbas pacientų namuose. Bendruomenės ar bendrosios praktikos slaugytojos teikia slaugos paslaugas pacientams namuose vadovaudamosi slaugytojo medicinos normoje nustatyta kompetencija, atsižvelgdamos į šeimos gydytojo rekomendacijas, bendradarbiaudamos ir dirbdamos kartu su socialiniais darbuotojais bei kitais sveikatos priežiūros specialistais.

Apibendrinant išanalizuotas Lietuvos Respublikos teisės aktų nuostatas galima daryti išvadą, kad dar neišnaudojamos visos viešojo administravimo galimybės. Trūksta griežtos slaugos paslaugų teikimo, vertinimo, kontrolės kriterijų, padedančių didinti atsakomybę už viešojo biudžeto naudojimą, įtvirtinti administracinių struktūrų darbuotojų lūkesčius, modernizuojant viešąjį sektorių. Teisės aktai reglamentuoja slaugos paslaugų teikimą, tačiau juose trūksta konkretumo, paslaugų apibrėžtumo.

Slaugos paslaugų sektorius ir jo raidos, struktūros ir dinamikos analizė Lietuvoje. Vykstant socialiniams ir ekonominiams pokyčiams kinta ir demografiniai procesai, gyventojų sveikatos problemos. Nuo 1992 m. sumažėjo Lietuvos gyventojų skaičius, pagrindinės priežastys – emigracija, neigiamas natūralus prieaugis ir senėjimas. 2008 m. Lietuvoje senėjimo rodiklis, kuris parodo, kiek procentų bendroje populiacijoje yra 65 metų ir vyresnių gyventojų, buvo 15,9 proc. Sparčiausiai vyresnio amžiaus žmonių skaičius Lietuvoje augo pastarąjį dešimtmetį ir šiuo metu kas penktas gyventojas yra vyresnis nei 60 metų. Numatoma, kad tokia tendencija išliks ir ateinančiais dešimtmečiais Lietuvoje bei kitose Europos šalyse (1 pav.).



1 pav. Gyventojų skaičiaus pagal amžiaus grupes kitimo tendencija Europos Sąjungos šalyse 1950–2050 m. (Šaltinis: Eurostato duomenų bazė)

Gyventojų demografinis senėjimas glaudžiai susijęs su gimstamumu mažėjimu. Pastaraisiais dešimtmečiais gimstamumo rodiklis mažėjo, vėliau pradėjo nežymiai didėti ir 2008 m. pasiekė 10,5/1 000 gyventojų. Tikėtina, kad gimstamumo mažėjimui didžiausios įtakos turėjo ekonominis nestabilumas, nedarbo augimas, gyvenimo lygio smukimas.

Lietuvoje gyventojų mirtingumo pokyčiai susiję su šalies politine, ekonomine ir socialine raida. 1994 m. šis rodiklis pasiekė aukščiausią lygį, vėliau pradėjo mažėti, tačiau nuo 2001 m. mirtingumas vėl didėjo ir 2007 m. pasiekė aukščiausią lygį. Mirtingumą ir jo pokyčius atspindi vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė: 2009 m. vyrų šis rodiklis buvo 67,5 metų, moterų – 78,5 metų (1 lentelė). Lietuvoje šis vyrų rodiklis išlieka trumpiausias lyginant su kitomis Europos Sąjungos šalimis.

Iš PSDF finansuojamos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidos per 2000–2009 m. išaugo apie 3,4 karto ir 2009 m. viršijo 121 mln. litų. 1997–2011 m. PSDF biudžetas (planas ir faktas, mlrd. Lt). Pasaulio sveikatos organizacija nepateikia informacijos apie slaugos paslaugų namuose išlaidų apimtį Europos šalyse, o Eurostatas

pateikia nedaugelio šalių duomenis. Pastebime, kad turtingesnės Europos šalys slaugai skiria daug daugiau sveikatos išlaidų nei Vidurio ir Rytų Europos šalys. Lietuvoje išlaidos ilgalaikiai slaugai (pagal visus finansavimo šaltinius), kaip procentas nuo visų einamųjų išlaidų sveikatai, siekė 5,8 proc., t. y. du kartus mažiau nei daugelyje senųjų ES šalių.

Mokslininkų nuomone, gaunama per mažai lėšų už vieną pacientą, todėl neįmanoma užtikrinti kokybiško pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pagal sveikatos priežiūros darbuotojų kompetenciją ir numatytas metodikas. Turėdami tokį finansavimą negalime išlaikyti pilnos komandos, kurią sudarytų vienas bendrosios

praktikos gydytojas ir 2–3 slaugytojos. Norėdami gauti pakankamai lėšų, esame priversti prirašyti daugiau pacientų, tačiau nuo to nukentčia paslaugų prieinamumas, kokybė ir svarbiausia – pacientas. Šias problemas būtų galima išspręsti, jei sveikatos apsaugos sistemoje būtų realiai ir aiškiai apibūdinta, kiek valstybė skiria lėšų gydytojų specialistų konsultacijoms, kompensuojamųjų vaistų išrašymui, pirminei asmens sveikatos priežiūrai. Užtikrinant pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, kokybišką darbą, kaip teigia V. Žvirblienė, turėtų būti bendrosios praktikos gydytojų, slaugytojų darbo stebėseną pagal tam tikrus kriterijus. Pagal tai turėtų būti papildomai skiriama skatinamųjų priedų gerai dirbančioms pirminės sveikatos priežiūros komandoms nariams. Svarbu mokėti ne už esamų preregistruotų pacientų skaičių, bet už atliktą kokybišką darbą. Sveikatos sistemai pertvarkyti būtini ne tik mentaliteto pokyčiai, vadybos mokslo pagrindai, bet ir tam skiriamos lėšos [22].

2010 m. spalio mėn. Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komitete buvo įvardintos svarbiausios slaugytojų darbo organizavimo problemos, t. y. daugelyje sveikatos priežiūros įstaigų nėra patvirtintų slaugos

1 lentelė. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Lietuvoje (Šaltinis: Statistikos departamento prie LR Vyriausybės duomenys)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Vidutinė būsimo gyvenimo trukmė	71,39	71,76	72,19	71,78	71,91	72,19	72,06	71,32	71,12	70,92	71,94	73,10
Vyrų	66,00	66,36	66,77	65,95	66,21	66,48	66,36	65,36	65,31	64,87	66,30	67,51
Moterų	76,66	77,01	77,45	77,58	77,58	77,85	77,75	77,42	77,06	77,20	77,57	78,56

specialistų darbo krūvių, įstaigų nustatytose darbo apmokėjimo tvarkose neskiriama pakankamai dėmesio slaugos specialistų darbo apmokėjimui, diferencijuojant jų atlyginimą pagal atliekamo darbo intensyvumą, sudėtingumą, pirminėje asmens sveikatos priežiūros srityje slaugytojų darbas yra padėti gydytojui, o ne teikti bendruomenės paslaugas.

Lietuvoje nustatyti realių sąnaudų neatitinkantys slaugos paslaugų įkainiai, trūksta aiškumo reglamentuojant paslaugas. Keturiuose teisės aktuose kalbama apie slaugos paslaugų namuose teikimą, taip pat yra ir kitų aktų, apimančių socialines paslaugas, teikiamas tai pačiai pacientų grupei. Paslaugos dubliuojamos, persipina, skiriamas skirtingas finansavimas.

2 lentelė. Paslaugų išlaidos (Lietuvos ir tipinės įstaigos mastu) (Šaltinis: VŠĮ Centro poliklinikos duomenys)

	Sveikatos priežiūros specialistas	Slaugos paslaugos namuose įkainis	Ilgalaikės priežiūros (socialinės pagalbos namuose) įkainis
Lietuvos mastu	Slaugytojas	Vidurkis 61,41 Lt per mėn. už 1 pacientą nepriklausomai nuo vizitų skaičiaus	936 Lt per mėn.
	Suma (Lt) (vienam pacientui)	736 per metus	11 232 per metus
Tipinės įstaigos mastu	Pacientų skaičius VŠĮ Centro poliklinikoje	521	521
	Suma (Lt) per metus	381 372	5 851 872

2 lentelėje nurodyta, kad asmenims, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis, nepriklausomai nuo jiems suteikiamų paslaugų per metus vienam pacientui skiriama apie 700 Lt, o pacientams, kurių priežiūra reglamentuojama kitu teisės aktu, per metus vienam pacientui skiriama apie 11 232 Lt. Slaugos darbuotojų, kurie teikia paliatyviosios pagalbos paslaugas pacientų namuose, 1 darbo valandos įkainis yra 34,4 Lt. Taigi skirtingi teisės aktai, skirtingas finansavimas, skirtingos įstaigos teikia šias paslaugas, o pacientas dažniausiai būna tas pats. Šioje srityje galima daug pasiekti įdiegus elektroninės registracijos pas gydytojus, elektroninės asmens sveikatos istorijos ir kitus el. sveikatos sprendimus. Labai svarbus yra skirtingų sveikatos ir kitų sričių registrų sutvarkymas ir duomenų monitoringas.

Įvertinę visas sąnaudas, išlaidas teikiant slaugos paslaugas pacientams namuose ir gaunamas pajamas iš PSDF biudžeto, matome didelius nesutapimus. Išlaidos visiškai nepadengiamos, dėl to įstaigos šiuo metu nesuinteresuotos teikti šias paslaugas. Valstybės mastu reikėtų įvertinti tai, kad ambulatorinės paslaugos yra gerokai pigesnės nei stacionarinės ir mažiau išleidiama nei hospitalizuojant tokius ligonius. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. nutarimu patvirtinta sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa, pagal kurią nutarta plėsti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, ne mažiau kaip 5 proc. padidinti jų apimtį ir didinti finansavimą.

Šiuo metu vertinant administravimo būklę Lietuvoje taip pat matyti daug problemų, kurių niekas nesiima spręsti arba jos sprendžiamos tik iš dalies, pacientams nesudaromos sąlygos gauti visapusiškas, tolygias ir kokybiškas paslaugas. Sveikatos priežiūros įstaigos yra nelinkusios plėtoti slaugos, paliatyviosios pagalbos paslaugas, nes sąnaudos neatitinka nustatytų įkainių. Daugelis mokslininkų teigia, kad pagrindinis sveikatos priežiūros administravimo dėmesys yra sutelktas į kaštų ir grupių valdymą [23]. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad viešojo administravimo tyrimai sveikatos priežiūros srityje iškelia ateities asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų valdymo viziją: vadovai pagal naujosios vadybos principus turės būti novatoriški, numatyti ateityje susidarysiančias situacijas ir sąlygas bei prisiimti mokytojo ir konsultanto vaidmenį, diegiant efektyvesnius sprendimų priėmimo būdus.

Slaugos paslaugų teikimo tobulinimo galimybių analizė Vilniaus miesto VŠĮ Centro poliklinikos patirties pavyzdžiu. VŠĮ Centro poliklinikos steigėjas – Vilniaus miesto savivaldybė. Ji turi teisę spręsti klausimus dėl ilgalaikio turto nuomos, panaudos, mainų, laidavimo ir užtikrinimo bei nurašymo, nagrinėti prašymus dėl paskolų ir kreditų gavimo, laiduojant įstaigos turtu.

2002 m. balandžio 2 d., vykdant poliklinikų restruktūrizavimą, sukurta VŠĮ Centro poliklinika, sujungusi Vilniaus miesto centre esančias Vytenio, Lukiškių, Pylimo, Senamiesčio, Žygimantų ir Naujamiesčio poliklinikas. Vilniaus miesto tarybos sprendimu, siekiant pagerinti ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą Vilniaus mieste, nutarta reorganizuoti minėtas įstaigas sujungimo būdu. Jos, kaip juridiniai asmenys, baigė veiklą ir buvo sukurta nauja viešoji įstaiga Centro poliklinika su filialais: Lukiškių, Naujamiesčio, Senamiesčio, Vytenio pirminės sveikatos priežiūros centrais. Šios reorganizacijos tikslas buvo darbo

organizavimo, administravimo, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo gyventojams gerinimas ir išlaidų mažinimas.

Poliklinikos veiklos tikslas – teikti pirmines, antrines ambulatorines ir antrines stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas visų amžiaus grupių pacientams. Pagrindinės poliklinikos funkcijos: teikti kvalifikuotą asmens sveikatos priežiūrą Vilniaus miesto gyventojams; vykdyti sveikatos mokymą, siekiant sumažinti gyventojų sergamumą ir pagerinti gyvenimo kokybę; atlikti diagnostinį darbą; hospitalizuoti ligonius, kuriems reikia stacionarinio gydymo.

Pagrindinės vykdomos veiklos pagal VšĮ Centro poliklinikos įstatus ir ekonominės veiklos rūšių klasifikatorių: medicininės praktikos veikla; bendrosios praktikos gydytojų veikla; gydytojų specialistų veikla; gydytojų konsultantų veikla; kita su žmonių sveikata susijusi veikla: paslaugų teikimas pacientams namuose, medicinos laboratorijų veikla.

Slaugos paslaugos VšĮ Centro poliklinikoje ir jų teikimo praktikos analizė. VšĮ Centro poliklinikoje slaugos paslaugas teikia slaugytojos, dirbančios kartu su šeimos, vidaus ir vaikų ligų gydytojais. Bendrosios praktikos ir bendruomenės slaugytojos teikia paslaugas vaikams nuo gimimo iki 18 metų amžiaus ir suaugusiems pacientams sveikatos priežiūros įstaigoje ir namuose. VšĮ Centro poliklinikos Naujamiesčio filiale beveik prieš 11 metų buvo įkurta Slaugos, paliatyviosios medicinos ir socialinių paslaugų klinika (toliau – Slaugos klinika), siekiant efektyvinti veiklą, teikti kokybiškas slaugos paslaugas sunkią negalią turintiems pacientams jų namuose, taip pat sumažinti gydytojų ir jų slaugytojų didelį darbo krūvį lankant pacientus jų namuose. Slaugos klinikoje buvo suburtos kvalifikuotos bendruomenės slaugytojos, kurios lankė sunkiai sergančius pacientus jų namuose, vykdė gydytojų paskyrimus (imdavo kraujo, šlapimo tyrimus, leisdavo paskirtus vaistus ir atlikdavo daug kitų slaugos veiksmų). Nuo 2009 m. Slaugos klinikos specialistai pradėjo teikti paliatyviosios pagalbos paslaugas. Paliatyvioji pagalba – tai ligonio, sergančio pavojinga gyvybei, nepagydoma, progresuojančia liga, ir jo artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo priemonės, užkertančios kelią kančioms ar jas lengvinančios, padedančios spręsti kitas fizines, psichosocialines ir dvasines problemas. Paliatyviosios pagalbos tikslas: mažinti fizines kančias ir (ar) jų išvengti; tiksliai nustatyti ligonius varginančius simptomus, siekti juos kontroliuoti ir mažinti; nustatyti psichologines ir socialines ligonio bei jo artimųjų problemas, padėti jas spręsti stiprinant norą gyventi, o mirtį laikant natūraliu

procesu; pagerinti ligonio ir jo artimųjų gyvenimo kokybę; padėti ligonio šeimai ar jo artimiesiems netekties laikotarpiu.

Šiuo metu Slaugos klinikos tikslas – pagerinti pacientų ir jų šeimos narių gyvenimo kokybę, išsaugoti pacientų savarankiškumą gyvenamojoje aplinkoje, skatinti jų savirūpą, užtikrinant teikiamų paliatyviosios pagalbos, slaugos bei socialinių paslaugų kokybę paciento namuose. Šiuo metu Slaugos klinikoje dirba 12 slaugytojų, slaugytojo padėjėjas, socialinis darbuotojas bei paliatyviosios pagalbos gydytojas. Slaugos klinikos veiklą koordinuoja klinikos vyresnioji slaugytoja. Slaugos klinikos specialistų teikiamas paslaugas galimas suskirstyti į 2 dideles grupes: slaugos paslaugas sunkiai sergantiems pacientams jų namuose bei paliatyviosios pagalbos paslaugas. Šiuo metu Slaugos klinikos specialistai namuose nuolat slaugo ir prižiūri apie 300 slaugos ar priežiūros poreikį turinčių pacientų, apie 100 pacientų per metus yra teikiamos paliatyviosios pagalbos paslaugos.

VšĮ Centro poliklinikos administravimo patirtis plėtojant slaugos paslaugas. Įstaigos valdymo ir veiklos organizavimo organas yra administracija. Administracijai vadovauja direktorius, į darbą priimamas viešo konkurso būdu. Buhalterinę apskaitą įstaigoje tvarko vyriausiasis finansininkas (buhalteris). Įstaigoje veikia stebėtojų, gydymo bei slaugos tarybos. Įstaigos stebėtojų taryba – patariamasis organas, sudaromas penkeriems metams įstaigos veiklos viešumui užtikrinti. Stebėtojų tarybos teisės ir pareigos: analizuoti įstaigos administracijos veiklą; išklausti įstaigos administracijos parengtą metinės veiklos ataskaitą; stebėtojo teisėmis dalyvauti įstaigos administracijos organizuotame konkurse padalinių bei filialų vadovų pereinoms ir pareikšti savo nuomonę steigėjui; turėti kitų teisių ir pareigų, numatytų stebėtojų tarybos darbo nuostatuose ir neprieštaraujančių Lietuvos Respublikos įstatymams bei kitiems teisės aktams. Stebėtojų tarybos narių teises ir pareigas, paskyrimo ir atšaukimo tvarką bei darbo apmokėjimo sąlygas nustato stebėtojų tarybos darbo nuostatai, kuriuos tvirtina įstaigos vadovas. Įstaigos gydymo taryba sudaroma iš įstaigos padalinių ir filialų gydytojų.

Įstaigos gydymo tarybos veikla: svarsto asmens sveikatos priežiūros organizavimo ir tobulinimo klausimus; periodiškai rengia klinikines konferencijas; svarsto naujų asmens sveikatos priežiūros technologijų įsigijimo klausimus; siūlo įstaigos vadovui sudaryti įstaigoje gydytų pacientų mirčių, epidemiologijos klausimų nagrinėjimo ir kitas su asmens sveikatos priežiūra susijusias komisijas.

Įstaigos slaugos taryba sudaroma iš įstaigos padalinių ir filialų slaugos specialistų. Įstaigos slaugos tarybos veikla: svarsto pacientų slaugos organizavimo ir tobulinimo klausimus; teikia rekomenduojamojo pobūdžio pasiūlymus įstaigos administracijai. Įstaiga yra sudariusi kolektyvinę sutartį su įstaigos darbuotojų kolektyvu, atstovaujama profesinių sąjungų: Lietuvos gydytojų sąjunga, Lietuvos slaugos specialistų organizacija ir Lietuvos profesinė sąjunga „Solidarumas“.

Įstaigoje slaugos paslaugų teikimą administruoja vyresniosios slaugytojos skyriuose ir jų darbą kontroliuoja vyriausiosios slaugytojos filialuose. Pirminėje asmens sveikatos priežiūroje už slaugos paslaugų teikimą atsakinga pirminės asmens sveikatos slaugos administratorė.

2010 m. apklausus VŠĮ Centro poliklinikos pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistus nustatyta, kad pacientai, kuriuos prižiūri Slaugos klinikos specialistai, yra lankomi gerokai dažniau (apie 60 proc. apklausoje dalyvavusių specialistų teigia, kad šie pacientai yra lankomi kasdien) nei tie pacientai, kuriuos namuose prižiūri su šeimos gydytoju kartu dirbančios slaugytojos (pacientų lankymo dažnis – 1 kartą per savaitę). Taip pat nustatyta, kad Slaugos klinikos teikiamų slaugos paslaugų kokybę poliklinikos pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistai vertina daug geriau nei slaugos paslaugas, kurias pacientų namuose teikia slaugytojos, dirbančios kartu su šeimos gydytoju. Daugiau nei pusė apklaustų asmens sveikatos priežiūros specialistų nurodė, kad slaugos paslaugas pacientams jų namuose turėtų teikti kvalifikuotos Slaugos klinikos slaugytojos.

Slaugos paslaugų plėtros SSGG analizė. Išnagrinėjus nacionalinį kontekstą ir nacionalinę įstatyminę aplinką, tarptautinę patirtį bei geriausią praktiką galima apibendrinti šias stiprybes, silpnybes, galimybes ir grėsmes.

Stiprybės: centralizuotai teikiamos paslaugos; optimali organizacinė struktūra, sistemingas veiklos planavimas; geros darbo sąlygos; daug darbuotojų turi aukštąjį išsilavinimą; specialistai turi didelę darbo patirtį; suteikta galimybė specialistams kelti kvalifikaciją tobulinimo kursuose bei seminaruose; informacinės sistemos naudojimas; įstaiga turi pakankamas telekomunikacijų priemones; stabilus finansavimas.

Silpnybės: išteklių ribotumas; profesionalų trūkumas; žemas kompiuterinio raštingumo lygis; geros strateginio planavimo ir administravimo praktikos trūkumas sveikatos priežiūros srityje; vietinė iniciatyva sukurtos informacinės sistemos ir duomenų bazės yra nesuderinamos,

nėra privalomų standartų; nėra ministerijos lygio specialistų, kurie galėtų vadovauti nacionalinei el. sveikatos plėtrai; per žemas kompiuterinio raštingumo lygis bei nepakankama interneto prieiga regioninėse sveikatos priežiūros įstaigose; per mažas finansavimas; netobula teisinė bazė; santykinai mažas darbo užmokestis skatina jaunos specialistus ieškoti geriau mokamo darbo; darbuotojų motyvacijos trūkumas; didėjanti dokumentacija; netolygus darbo krūvis per metus.

Galimybės: paslaugų spektro ir sudėtingumo išplėtimas; rezervinės brigados ir funkcijų persiskirstymas: gydytojų, slaugytojų; senų ir neefektyvių technologijų keitimas ar tobulinimas; darbuotojų skatinimas, motyvacijos našiai dirbti didinimas; naujų technologijų taikymas gerinant sveikatos priežiūrą, informavimą aktualiais sveikatos priežiūros klausimais, sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimą; gerėjant visuomenės informavimui, auga gyventojų sąmoningumas paslaugų kokybės bei kitose sveikatos priežiūros srityse; efektyvus ES struktūrinių fondų lėšų panaudojimas; nedidelis apsunkinantis daugiamečių IT infrastruktūros paveldas, kuris trukdytų įdiegti naujai atsirandančias technologijas ir pasiekimus.

Grėsmės: nepakankama išteklių naudojimo kontrolė; tobulėjimo motyvacijos stoka; asmens duomenų saugumas; neužtikrinamas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tęstinumas, nesiekiami ilgalaikės strategijos, kuri teiktų svarbius privalumus; linkstama į el. sveikatos sistemą, orientuotą ne į pacientą, bet į administracijos poreikius ir žinybinius sprendimus; trūksta skaidrumo politikoje, programose ir investicijose; perkamos brangiai kainuojančios sistemos, kurios greitai sensta, užuot pasirinkus lanksčias, nesunkiai pritaikomas mokymosi platformas ir paslaugas; ignoruojama nacionalinių tyrimų patirtis ir plėtros potencialas; nesusiformavęs teigiamas visuomenės požiūris į sveiką gyvenseną, sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą; ekonominės ir socialinės problemos turi neigiamos įtakos gyventojų sergamumui, priklausomybės ligų plitimui.

Remiantis SSGG analize galima daryti išvadą, kad sistemingas veiklos planavimas, sureguliuota vidinė teisinė bazė, gera organizacinė struktūra ir darbuotojų darbo patirtis sudaro sąlygas sėkmingai veiklai. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, gyventojams teikiamų paslaugų kontrolė, teisės aktų reikalavimus atitinkančių asmens sveikatos paslaugų užtikrinimas leidžia kurti sveikesnę aplinką, saugoti gyventojų sveikatą. Naujausių technologijų ir telekomunikacijų priemonių taikymas sudaro palankias sąlygas dirbti, bendradarbiauti su kitomis institucijomis, visuomenės informavimo priemonėmis.

Lietuva turi puikią galimybę plėtoti el. sveikatos priežiūros sprendimus, kurie yra varomoji sveikatos priežiūros raidos jėga, yra nuoseklūs, ekonomiškai ir neatsilieka nuo viso pasaulio tempų. Ryškūs du svarbūs privalumai: nedidelis sistemų paveldas bei galimybė pasinaudoti nacionalinių ir kitų šalių tiek gera, tiek ir bloga patirtimi. Be to, yra nemažai puikių žinių ir gebėjimų pačioje sveikatos priežiūros sistemoje ir su ja susijusiose struktūrose. IT įmonių potencialas yra pakankamai išplėtotas norint įgyvendinti nacionalinio lygio el. sveikatos strategijoje numatytus uždavinius. Šių galimybių išnaudojimas reiškia, jog bus galima valdyti šalies žinias, pasiryžimą ir kitus išteklius, koordinuoti nukreipiant juos į bendros koncepcijos įgyvendinimą. El. sveikatai reikalinga bendra strategija su lanksčiu ilgalaikiu veiksmų planu, kurio įgyvendinimui vadovautų viena įgaliota institucija. Jos pagalba ir nurodymai turi būti sprendimų ir veiksmų visuose lygmenyse pagrindas. Strategija ir jos įgyvendinimas turi būti aiškiai ir stabiliai organizuoti, įskaitant valdymą, koordinavimą, projektų derinimą ir bendradarbiavimo sprendimus.

IŠVADOS

Apibendrinus šiame straipsnyje išdėstyta mintis, galima daryti tokias išvadas:

1. Slaugos paslaugos koncentruojasi į sveikatą, ne į ligą, o slaugos praktika orientuota ne į užduočių vykdymą, bet į pacientą. Slaugos kaita pasauliniame kontekste formuoja naują sampratą, t. y. slauga suprantama kaip tarpdisciplininė veikla, pagrįsta komandiniu darbu, o tradicinis slaugytojo vaidmuo transformuojasi iki autonomiško specialisto, gebančio įnešti unikalų, išskirtinį indėlį į sveikatos priežiūrą bei lygiaverčiai dirbti sveikatos priežiūros komandoje su įvairių profesinių sričių specialistais. Todėl Lietuvoje, siekiant įgyvendinti „Sveikata visiems“ principus, būtina užtikrinti įvairių sveikatos priežiūros grandžių efektyvią veiklą bei bendradarbiavimą;

2. Įvertinę esamą situaciją Europos Sąjungos ir valstybiniu lygmeniu galime daryti išvadą, kad įgyvendinant pagrindinius sveikatos sistemos principus būtina tobulinti viešojo administravimo principus asmens sveikatos priežiūros srityse, pritaikant viešojo administravimo ypatybes bei uždavinius, įgyvendinant naujas viešojo administravimo teorijas;

3. Apibendrinant išanalizuotas Lietuvos Respublikos teisės aktų nuostatas galima daryti išvadą, kad nustatyti slaugos paslaugų įkainiai neatitinka realių sąnaudų bei organizuojant slaugos paslaugų teikimą

dar nepilnai taikomos visos viešojo administravimo galimybės. Trūksta griežtos slaugos paslaugų teikimo, vertinimo, kontrolės kriterijų, padedančių didinti atsakomybę už teikiamų paslaugų kokybę bei viešojo biudžeto naudojimą;

4. Išanalizavus VšĮ Centro poliklinikos atvejį organizuojant slaugos ir paliatyviosios pagalbos paslaugas pacientams namuose pastebėta, kad poliklinikoje įkūrus atskirą slaugos paslaugų teikimo padalinį, kurio specialistai teikia kvalifikuotas paslaugas pacientams namuose, pacientams, kuriems šios paslaugos yra būtinos, pagerėja slaugos paslaugų prieinamumas ir, paciento bei sveikatos priežiūros specialistų nuomone, išauga paslaugų kokybės įvertinimas;

5. Atlikus SSGG analizę, nustatyta, kad Lietuva turi puikią galimybę plėtoti el. sveikatos priežiūros sprendimus, kurie yra varomoji sveikatos priežiūros raidos jėga, yra nuoseklūs, ekonomiškai ir neatsilieka nuo likusio pasaulio tempų bei gali būti puikiu instrumentu modernizuojant slaugos paslaugų teikimą, užtikrinant šių paslaugų prieinamumą ir tęstinumą.

Literatūra

1. 2011 m. birželio 8 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-591 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 2011, Nr. 72-3490).
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 27 d. įsakymas Nr. 691 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 57:1998 „Bendruomenės slaugytoja (slaugytojas). Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 1998, Nr. 107-2939).
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymas Nr. V-14 „Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2007, Nr. 7-290; 2009, Nr. 107-4485).
4. Nacionalinės sveikatos tarybos 2004 m. kovo 30 d. nutarimas Nr. N-5 „Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros“.
5. Europos Sąjungos Ministrų taryba. Paliatyviosios pagalbos organizavimas, rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms, 2005.
6. Sveikata visiems XXI amžiuje. PSO, 1999.
7. Kluik J. Pirminė ambulatorinė sveikatos priežiūra ir jos perspektyvos. Sveikatos drauda, 2005.
8. Rapolevičiūtė A. 2006 metų PSDF biudžetas leis realizuoti daugiau numatytų darbų. Gydytojas 2006; 2:4.
9. Andrijauskaitė D. Gydytojo darbas – tai mokslas ir menas, atsivimas, talentas bei nuolatinis tobulėjimas. Gydytojas 2004; 13:4.
10. Štaras K. Informacinių technologijų vaidmuo didinant sveikatos paslaugų efektyvumą: viešosios įstaigos Centro poliklinikos patirtimi, 2008.
11. Ribokienė N. Sveikatos sistemos plėtros 2010–2015 metais metmenys.
12. Cannell P. Linking clinical audit in general dental services to primary care trust clinical governance - progress report of an approach used in Southend. Prim Dent Care 2005 Jan; 12(1):23-6.

13. Gross R, Nirel N. Does budget-holding have a long-term effect on expenditure, staff and patients? *Health Policy* 1997 Apr; 40(1):43-67.

14. Misevičienė I, Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. *Medicina* 2002; 1129-35.

15. Jankauskienė D. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje. *Gydymo menas* 2006; 6:6.

16. Jurgaitienė L. Prioritetas bendruomenės sveikatai Didžiojoje Britanijoje. *Gydymo menas* 2004; 5:13.

17. Buivydas R ir kt. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. – Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2010.

18. Osborne D, Gaebler T. Reinventing Government. How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector. Reading Mass.: Addison-Wesley, 1992.

19. Liublianos chartija apie sveikatos apsaugos reformą Europoje. Pasaulio sveikatos organizacija. 1996 06 18.

20. Tarricone R, Tsouros AD. Home Care in Europe, 2008.

21. Gendvilis S. Sveikatos priežiūros ir ligoninių vadyba besikeičiančioje aplinkoje. *Gydymo menas* 2006; 9:14.

22. Žvirblienė V. Pirminės asmens sveikatos priežiūros aktualijos. *Gydymo menas* 2004; 3:14.

23. Contandriopoulos D. A sociological perspective on public participation in health care. *Soc Sci Med* 2004; 58:321-330.

CHALLENGES IN MODERNIZATION OF NURSING SERVICES – EXPERIENCE OF VILNIUS CITY CENTRO OUT-PATIENT CLINIC

Sandra Šileikaitė, Renata Kudukytė-Gasperė

Summary

Key words: primary health care, out-patient health care, home nursing, nursing, palliative care, modernization of nursing services.

Nowadays in Lithuania there is a lack of theoretical solutions for effective public administration theories of various models used for nursing services sector for modernization and development. Aim of this article is to examine the trends in nursing and to offer strategic solutions for the modernization of nursing services with guidelines of public administration. During this study we analyzed policy documents, legislation of EU countries and Lithuania, we made strategic decisions of nursing services. We discussed the concept, issues and problems of modern nursing's role in society. How to improve, to develop nursing services, what are for the research priorities for the theories of comparative analysis of theories and their applicability to improve medical care, research methodology. How we can use public administration to improve the development of nursing service, structure, to analyze dynamics, management and situation in Lithuania.

Correspondence to: sandrasileikaite@yahoo.com

Gauta 2011-08-02

