

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

RITA URBANAVIČĖ

SLAUGOS POLITIKOS ĮGYVENDINIMAS LIGONINĖJE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

prof. dr. *Danguolė Jankauskienė*

VILNIUS

2016

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

SLAUGOS POLITIKOS ĮGYVENDINIMAS LIGONINĖJE

Sveikatos politikos ir vadybos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 621L22004

Vadovas
_____ prof. dr. *Danguolė Jankauskienė*
2016 -

Recenzentas

2016-

Atliko
_____ stud. R. Urbanavičė
2016 -

VILNIUS
2016

TURINYS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	5
LENTELIŲ SĄRAŠAS	6
PRIEDŲ SĄRAŠAS	7
SANTRUMPŲ SĄRAŠAS	8
ĮVADAS	9
1. SLAUGOS POLITIKOS ANALIZĖ	15
1.1. Slaugos apibrėžtis ir slaugytojų veiklos ypatumai	16
1.2. Slaugos politikai keliami uždaviniai ir problemos Europos Sąjungoje	25
1.3. Slaugos politikos problemų identifikavimas Lietuvoje	32
1.3.1. Slaugytojų poreikį sąlygojantys veiksniai	33
1.3.2. Slaugos specialistų planavimas ir jų rengimas.....	37
1.3.3. Slaugytojų praktinės veiklos ir darbo užmokesčio politika	42
1.3.4. Slaugytojų dalyvavimas slaugos politikoje.....	46
2. EMPIRINIO TYRIMO METODOLOGIJA	50
2.1. Tyrimo metodai	50
2.2. Tyrimo organizavimas ir etiniai principai	51
2.3. Ekspertų apklausos charakterizavimas	54
3. EMPIRINIO TYRIMO REZULTATAI	56
3.1. Slaugos politikos vystymasis Lietuvoje	56
3.2. Slaugytojų planavimas.....	59
3.3. Slaugytojų kompetencijų panaudojimas praktikoje	63
3.4. Slaugytojų darbo sąlygos	67
3.5. Slaugos dokumentavimas.....	70
3.6. Slaugytojų darbo užmokesčio politika.....	74
3.7. Diskusija	76
IŠVADOS	79
PASIŪLYMAI	80
BIBLIOGRAFIJOS ŠALTINIŲ SĄRAŠAS	82
ANOTACIJA	88
ANNOTATION	89
SANTRAUKA	90

SUMMARY	91
PRIEDAI	92

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Lietuvos gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 1995 – 2025 metais	34
2 pav. Ligonų skaičiaus stacionaruose kaitos dinamika 2001 - 2014 metais ..	35
3 pav. Gyventojų sergamumas piktybiniais navikais ir psichologinio elgesio sutrikimais 2005 - 2014 metais	36
4 pav. Slaugytojų skaičiaus kaitos dinamika 1999 - 2015 metais Lietuvoje ..	37
5 pav. Slaugytojų priėmimas ir baigimas medicinos mokyklose ir kolegijose 1995 – 2014 metais ..	39
6 pav. Slaugos studijų baigimas 1994 – 2015 metais ..	40
7 pav. Slaugytojų darbo užmokesčio netolygumai 2015 metais Lietuvoje skirtingo lygio sveikatos priežiūros įstaigose	43

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Slaugytojų veiklos vertybės, kompetencijos, pareigos ir atsakomybės, funkcijos	20
2 lentelė. Slaugytojo veiklos vertybės ..	21
3 lentelė. Teisės aktai, reglamentuojantys slaugos politiką Europos Sąjungoje	27
4 lentelė. Informantų grupės, jų statusai ir institucijos.....	55
5 lentelė. Slaugos politikos vystymosi trukdžiai.....	57
6 lentelė. Slaugytojų trūkumo sveikatos sektoriui priežastys.....	60
7 lentelė. Slaugytojų kompetencijų panaudojimo praktikoje trukdžiai..	64
8 lentelė. Slaugytojų atliekamų darbo funkcijų ir darbo krūvių reglamentavimo trūkumai.....	68
9 lentelė. Slaugos dokumentavimo siūlymai.....	71
10 lentelė. Slaugos dokumentavimo svarba.....	73
11 lentelė. Slaugytojų darbo užmokestį įtakojantys veiksniai.....	75

PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 priedas. Europos Sąjungos sveikatos politikos tikslai	92
2 priedas. Slaugos paslaugų dokumentavimas.....	93
3 priedas. Slaugytojų ir gydytojų, užimančias vadovų ir vadovų pavaduotojų pareigas, pasiskirstymas	94
4 priedas. Pusiau struktūruoto ekspertų interviu klausimai	95

SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

ASP – asmens sveikatos priežiūra

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

BVP – bendras vidaus produktas

DK – darbo kodeksas

ES – Europos Sąjunga

ICN - Tarptautinė slaugytojų taryba

KU – Klaipėdos universitetas

LR – Lietuvos Respublika

LSMU – Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

MN – medicinos norma

proc. – procentas

PSDF – privalomojo socialinio draudimo fondas

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

SAM – Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija

VLK – Valstybinė ligonių kasa

VU – Vilniaus universitetas

IVADAS

Temos aktualumas. Slaugos paslaugų teikimas yra svarbi sudedamoji sveikatos priežiūros sistemos dalis, kuria gerinama visuomenės narių gyvenimo kokybė, tenkinami būtini sveikatos priežiūros poreikiai. Besivystant socialinei ir ekonominei aplinkai, atsirandant vis didesnei visuomenės daliai, turinčiai kompleksinių sveikatos problemų, kyla didesni reikalavimai ne tik sveikatos sistemai, bet ir slaugytojams. Slaugos paslaugas reglamentuoja valstybės teisinė sistema ir joje galiojantys teisės aktai. Tačiau augantys reikalavimai slaugytojams kertasi su slaugą reglamentuojančiais dokumentais, stokojama kryptingo slaugos politikos formavimo, jos įgyvendinimo ir tęstinumo. Tai sukuria sąlygas ribotų ir ne visada kokybiškų slaugos paslaugų prieinamumui.

Pasaulio sveikatos organizacija nustačiusi sveikatos priežiūros principus: stiprinti visų visuomenės narių sveikatą, skatinti visuomenės sektorių bendradarbiavimą orientuojantis į sveikatos determinantus, sveikatos stiprinimas turi apimti įvairias veiklos sritis – informaciją, mokymą, teisę, finansus, organizacines priemones, bendruomenės iniciatyvas; sveikatos problemų sprendimas socialiniame ir politiniame kontekste¹. Šiais principais visos valstybės įsipareigoja rūpintis žmonių sveikata ir gerove. Slaugos politika yra sveikatos politikos dalis. Slaugos politika yra valstybės vykdoma sveikatos politika, kurios paskirtis teisiškai reguliuoti slaugos sistemą, ją reglamentuoti taip, kad visi slaugos sistemos dalyviai būtų motyvuoti tikslingai veikti ir teikti paslaugas, atitinkančias vis augančius pacientų poreikius. Formuojant ir įgyvendinant slaugos politiką svarbus pačių slaugytojų indėlis slaugos politikai - bendradarbiavimas su politikos formuotojais aktyviu dalyvavimu sprendžiant jų profesijos klausimus ir problemas, formuojant svarbias slaugos politikos kryptis, kuriant slaugos politikos gaires ir jas įgyvendinant.

Šiuolaikinė slauga apibrėžiama kaip mokslo, praktinių gebėjimų ir priemonių sistema, skirta paciento sveikatos priežiūrai, kurią sudaro paciento gyvybinių funkcijų įvertinimas ir slaugytojo pagalba jos sutrikus; taip pat gyvybinėms funkcijoms įtakos turinčių biologinių, psichologinių, socialinių, kultūrinių, politinių, ekonominių ir aplinkos veiksnių įvertinimas ir pagalba pacientui prisitaikant prie stresorių poveikio, slaugos proceso planavimas ir plano įgyvendinimas, slaugos individualizavimas atsižvelgiant į paciento asmeninius poreikius, lytį, amžių ir į su tuo susijusias psichologines ir socialines problemas, paciento konsultavimas ir mokymas sveikatos klausimais, paciento ir jo artimųjų savirūpos skatinimas ir mokymas, bendravimo su ligoniu ir jo artimaisiais menas, praktinė ligonių slauga ir sveikųjų profesionali priežiūra, sveikatos ugdymas ir jos

¹World Health Statistics (2014), http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1

išsaugojimas, ligų ir žalingų įpročių prevencija². Besikeičiantis visuomenės požiūris į slaugą ir šiuolaikinės visuomenės augantys reikalavimai slaugytojams verčia už slaugos politikos formavimą ir įgyvendinimą atsakingas institucijas skirti daugiau dėmesio šiai sričiai. Slaugos politikos vertinimas turi būti nuolatinis siekiant kryptingo jos formavimo ir įgyvendinimo. Todėl yra svarbus tinkamas slaugos politikos suformavimas ir slaugos politikos strateginių kryptų vykdymas, nes slaugos politikos įgyvendinimo kontekste atsirandantys trikdžiai sąlygoja neigiamų pasekmių atsiradimą ne tik slaugos specialistams, tačiau ir kitiems visuomenės nariams, kadangi slaugos paslaugos yra susietos su visuomenės narių sveikatos gerinimu, apsauga nuo ligų, jų sukeltamų neigiamų pasekmių ir gyventojų mirtingumo skaičiaus mažinimu.

Pastaruoju metu gyventojų sveikatai pasauliniu mastu skiriama daug dėmesio dėl nuolatos kylančių sveikatos iššūkių ir grėsmių, kintančios demografinės situacijos. Todėl slaugos specialistai, šiuo metu funkcionuodami kaip atskira sveikatos priežiūros specialistų grupė ir kompleksinės sveikatos priežiūros komandos nariai, turi ne tik atlikti slaugymo, asistavimo gydytojams funkcijas, tačiau gebėti mokyti ir konsultuoti pacientus, vadovauti slaugos procesui, jį analizuoti, kritikuoti bei tobulinti. Slaugytojai turi būti išsilavinę, turėti praktinės patirties, kad galėtų vienodai su kitais sveikatos priežiūros atstovais įnešti svarbų indėlį į sveikatos priežiūrą ir gebėtų dirbti kaip lygiaverčiai partneriai sveikatos priežiūros komandoje. Tačiau analizuojant slaugos politikos formavimą ir įgyvendinimą Lietuvoje išryškėja neigiamos šio reiškinio tendencijos. Tai yra slaugytojų rengimo, jų kompetencijų tobulinimo, planavimo problemos, nepakankamas teisinis reglamentavimas, slaugos praktikos problemos, netinkama darbo užmokesčio politika, migracijos tendencijos, maža slaugytojų veiklos motyvacija ir pasyvus slaugytojų įsitraukimas į slaugos politikos formavimą ir įgyvendinimą, šios profesijos nuvertinimas ir kitos problemos, darančios neigiamą įtaką slaugos profesijos vertinimui ir šios veiklos reikšmei. Visas šias problemas sąlygoja prastas slaugos politikos formavimas ir nepakankamai nuosekliai įgyvendinama slaugos politika. Tai ir lemia šios temos aktualumą ir poreikį skirti šiai temai vis daugiau dėmesio, siekiant tobulinti slaugos sampratą visuomenėje ir įgyvendinti tikslingą slaugos politiką.

Temos naujumas. Slaugos politikos formavimas ir jos įgyvendinimas analizuojamas Lietuvos ir užsienio mokslininkų darbuose. Tiek slaugos specialistai, tiek kiti asmenys, prisidedantys prie slaugos politikos formavimo, pripažįsta, kad iki šiol slaugos teisinė bazė netvirta, kad būtina ją tobulinti. Vis dar stokojama tyrimų, kuriuose vertinamas Lietuvos slaugos politikos formavimas ir įgyvendinimas, įvardijamos jos problemos. Magistro darbe atskleidžiama Lietuvos slaugos situacija, identifikuojamos slaugos politikos problemos, pateikiami ekspertiniai vertinimai apie slaugos politikos formavimą ir jos įgyvendinimą Lietuvoje. Atlikto tyrimo naujumą pagrindžia kokybinis tyrimas – pusiau struktūruotas ekspertų interviu, kuriame dalyvavę informantai yra tiesiogiai susiję su slaugos politikos formavimu

² Danutė Kalibatienė et al., *Klinikinė slauga*. (Vilnius: UAB „Greita spauda“, 2008), 7.

bei įgyvendinimu ir išsamiai atskleidė slaugos politikos formavimo ir jos įgyvendinimo liginėje ir Lietuvoje trukdžius.

Temos iširtumas. Slaugos politikos įgyvendinimas yra nuolatos analizuojama tema. Šią temą tyrinėja Lietuvos ir užsienio mokslininkai, tyrimus atlieka nacionalinės ir tarptautinės organizacijos siekdamos pagerinti slaugos politikos formavimą ir įgyvendinimą tiek nacionaliniu, tiek pasauliniu mastu.

Slaugos profesiją ir jos veiklos aspektus tyrinėjo R. H. Abdalker, R. Bružienė (2014), R. Butėnas, V. Žydžiūnaitė (2013), R. Eičninaitė - Lingienė ir kt. (2012), R. Ellis et al. (2015), S. R. Gulliver et al. (2013), F. A. Hayajneh (2008), M. Hughes (1999), Yasar A. Ozcan (2009), S. Paulikienė (2014), N. Ralph et al. (2013), M. Shahriari et al. (2013), R. Singh, D. Shikha (2010), L. Spirgienė ir kt. (2012). Slaugytojų problemas tyrinėjo P. A. Bercz, F. Jaffe (2012), R. J. Burke et al. (2012), V. Gerikienė, D. Bartkutė (2014), E. Glumbakaitė (2014), A. Jurgutis ir kt. (2013), J. Kaliatkaitė ir kt. (2011), J. Kartunavičiūtė ir kt. (2014), A. Kosinskienė, J. Ruževičius (2010), V. A. Lambert et al. (2007), B. Pajarskienė ir kt. (2014), R. Prokuratė ir kt. (2010), C. Queiros et al. (2013), A. Razbadauskas ir kt. (2011), S. Riahi (2011), J. Roszkowski, F. Jaffe (2012), A. Stolygaitė ir kt. (2014), Tarptautinio Picker instituto mokslininkai (1993), R. Zakarienė (2015), I. Žydžiūnaitė (2014). Pacientų slaugos aspektus tyrinėjo B. Bartkevičiūtė ir kt. (2015), P. Gornatkevič, L. Šakienė (2015), D. Jankauskienė (2011, 2012), R. Juodvalkienė ir kt. (2014), A. Kalasauskienė, J. Gulbinienė (2014), D. Kalibatienė ir kt. (2008), A. Kikiličienė, K. Dapšys (2015), A. Pačekaitė, G. Petronytė (2014), D. Šakalytė (2014), S. Šileikaitė, R. Kudukytė – Gasperė (2011), N. Šiupšinskienė ir kt. (2013), Ž. Valiulienė, A. Šeškevičius (2012). Slaugytojų dalyvavimą sveikatos politikoje analizavo S. Greičienė, G. Petronytė (2013), R. Kudukytė – Gasperė, D. Jankauskienė (2014), W. Kunaviktikul et al. (2010), L. Neal-Boylan (2013), G. Petronytė, V. Kanapeckienė (2014), D. Margelienė (2015) ir kiti autoriai. Magistro darbo temos atskleidimui analizuoti ne tik išvardinti, bet ir kiti Lietuvos ir užsienio autorių darbai, kurių sąrašas pateikiamas „Bibliografijos šaltinių sąrašė“.

Darbo problema. Slaugos politika yra svarbi kiekvienos valstybės tikslingo funkcionavimo dalis, tačiau jos formavimas ir įgyvendinimas Lietuvoje nėra nuoseklus. Stebima demografinės situacijos kaita skatina reformuoti slaugos politiką dėl kylančių problemų: slaugytojų skaičiaus mažėjimo, didelių darbo krūvių ir jiems neadekvataus darbo užmokesčio, ribotų karjeros galimybių, nesudaromų sąlygų slaugytojams dalyvauti slaugos politikos formavime ir įgyvendinime. *Darbo problema:* slaugytojų emigracija, slaugos specialistų su aukštuoju išsilavinimu nepanaudojimas jų darbo vietose nesukuriant tinkamų pareigybių, dideli darbo krūviai ir jiems neproporcingas darbo užmokestis, finansavimo trūkumas, slaugos profesijos nevertinimas.

Hipotetinis teiginys:

Slaugos politikos formavimo ir jos įgyvendinimo pagrindiniai trukdžiai yra fragmentiškas slaugos politikos formavimas, teisinio reglamentavimo trūkumas dėl slaugytojų didesnio savarankiškumo, autonomiškumo suteikimo, diferenciacijos pagal slaugytojų išsilavinimą ir darbo pobūdį neįvedimas, menkas sveikatos sektoriaus finansavimas, ASPI teikiamų rekomendacijų dėl darbo krūvių ir darbo užmokesčio nustatymo tvarkos nesilaikymas, specialistų rengimo problemos, slaugytojų su aukštauoju universitetiniu išsilavinimu poreikio nebuvimas ASPI, menkas slaugos profesijos vertinimas, slaugytojų emigracija.

Darbo objektas – slaugos politikos vertinimas.

Darbo dalykas – slaugos politika ir jos įgyvendinimas.

Darbo tikslas – iširti ir įvertinti slaugos politikos formavimą ir įgyvendinimą Lietuvoje.

Darbo uždaviniai:

1. Išnagrinėti slaugos politiką reglamentuojančius dokumentus.
2. Identifikuoti slaugos politikos Europos Sąjungoje ir Lietuvoje problemas.
3. Nustatyti slaugos politikos formavimo ir įgyvendinimo trukdžius Lietuvoje.
4. Pateikti rekomendacijas slaugos politikos gerinimui Lietuvoje.

Darbo metodai:

- Mokslinės literatūros šaltinių analizė. Taikant šį metodą surinkta, susisteminta ir išanalizuota Lietuvos ir užsienio mokslininkų pateikiama informacija, ataskaitos, atlikti tyrimai bei kita informacija, įgalinanti atskleisti tiriamą reiškinį.

- Teisinių dokumentų sisteminė analizė. Taikant šį metodą renkama, sisteminama ir analizuojama slaugą reglamentuojantys dokumentai, reikalingi slaugos politikos įgyvendinimo atskleidimui. Tai svarbus teorinės ir praktinės dalies tyrimo metodas, kurio pagalba tiriamas slaugos politikos teisinis reguliavimas.

- Aprašomasis - analitinis metodas. Taikant šį metodą surinkta ir išanalizuota teorinė informacija, kurioje analizuojama slaugos apibrėžtis ir funkcijos, slaugos politikos įgyvendinimo Lietuvoje teoriniai aspektai. Išnagrinėti ir apibendrinti Europos Sąjungos, tarptautinių organizacijų ir Lietuvos slaugą reglamentuojantys dokumentai, kurie yra svarbūs atskleidžiant slaugos politikos formavimą ir įgyvendinimą.

- Statistinių duomenų analizė. Taikant šį metodą analizuojami statistiniai duomenys: slaugytojų rodikliai ir jų kaita, gyventojų senėjimo pokyčiai ir jų sergamumas, slaugos specialistų rengimo kaita, darbo užmokesčio netolygumai ir kita svarbi informacija.

- Kokybinis tyrimas – pusiau struktūruotas ekspertų interviu. Taikant šį metodą atliktas interviu tyrimas su ekspertais, galinčiais tikslingai analizuoti ir įvertinti tiriamą reiškinį - slaugos politikos formavimą ir įgyvendinimą Lietuvoje. Taikant pusiau struktūruoto interviu metodą tyrime dalyvaujantiems ekspertams pateikiami klausimai pagal iš anksto parengtą planą, kuriame numatyti

konkretūs klausimai, jų pateikimo seka. Esant poreikiui, tyrėja pasilieka galimybę užduoti papildomus, interviu neįrašytus klausimus, kai pastebima, jog tyrimo metu negaunama visa reikalinga informacija. Atliekamo interviu, apklausiant ekspertus metu, visi tyrimo duomenys fiksuojami diktofonu, po atlikto tyrimo juos transkribuojant ir perkeliant į atskiras dokumentų bylas. Šis tyrimo metodas yra labai svarbus, nes jo metu gaunama informacija iš pirminių šaltinių. Naudojantis šiuo metodu yra net tik apklausiami ekspertai, bet ir su jais diskutuojama tyrimui aktualiais klausimais.

- Stebėjimo metodas – stebėjimas dalyvaujant. Taikant šį metodą renkama informacija apie slaugytojus, jų atliekamus kasdienesius slaugos veiksmus, diskutuojama su jais apie slaugos politikos problemas. Šio metodo pagalba gaunama informacija apie tyrimo dalyvių elgesį, tiriamus socialinius procesus bei reiškinius. Tyrėja įsitraukia į stebimų tiriamųjų grupę, dalyvauja jų veikloje tobulinant slaugos procesą ligoninėje.

Darbo praktinė reikšmė. Slaugos politikos formavimas ir jos įgyvendinimas Lietuvoje yra itin aktuali tema, kurią būtina nuolatos analizuoti. Tokias prielaidas nulėmė faktas, kad slaugos politika Lietuvoje formuojama ir įgyvendinama fragmentiškai. Slaugos formavimosi analizės plotmėje išryškėja tokios problemos kaip nepakankamas slaugos teisinis reguliavimas, slaugos dokumentavimo nebuvimas, slaugytojų trūkumas, ribotos karjeros galimybės, netolygūs darbo krūviai, neadekvatus darbo užmokestis už slaugytojo veiklą, slaugytojų savarankiškumo stoka, nepakankamas slaugytojų dalyvavimas slaugos politikos formavime ir įgyvendinime, per menkas slaugytojo profesijos vertinimas ir kitos problemos. Magistro darbe identifikuojamos slaugos politikos formavimo ir įgyvendinimo Lietuvoje problemos ir jų trukdžiai, kurie neužtikrina kokybiškų teikiamų slaugos paslaugų.

Magistro darbas yra aktualus sveikatos politiką reguliuojančioms institucijoms, slaugos politikos formuotojams ir jos įgyvendintojams: švietimo ir mokslo institucijoms, atsakingoms už slaugytojų rengimą ir mokymo programas, slaugytojams, sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojams, kuratoriams ir koordinatoriams, nepriklausomų organizacijų atstovams, slaugos paslaugų vartotojams. Darbe susisteminti Lietuvos ir užsienio autorių atlikti tyrimai, teisės aktai, reglamentuojantys slaugos politiką Europos Sąjungoje ir Lietuvoje, atliktas ekspertų interviu, įgalinęs identifikuoti Lietuvos slaugos politikos problemas ir jų priežastis.

Darbo struktūra. Magistro baigiamąjį darbą sudaro lentelių, paveikslų, priedų ir santrumpų sąrašai, įvadas, trys dėstomosios dalys, išvados, bibliografijos šaltinių sąrašas, anotacija ir santrauka lietuvių ir anglų kalbomis, priedai.

Teorinėje magistro darbo dalyje pristatoma slaugos apibrėžtis, funkcijos ir slaugytojų veiklos ypatumai, slaugos politikos reglamentavimas Europos Sąjungoje ir Lietuvoje, jai keliami uždaviniai. Analizuojami slaugos situacijos statistiniai rodikliai: slaugytojų rodikliai ir jų kaita, gyventojų senėjimo pokyčiai, gyventojų sergamumas, slaugos specialistų rengimo kaita, darbo užmokesčio

netolygumai ir kita tyrimui svarbi informacija. Apibrėžus slaugos politikos įgyvendinimo teisės aktus ir statistinius rodiklius, identifikuojamos slaugos politikos problemos. Teorinėje darbo dalyje atskleidžiama slaugos politikos formavimo strategija, slaugos praktika, slaugytojų darbo užmokesčio politika, slaugytojų dalyvavimas slaugos politikoje.

Antrojoje darbo dalyje pristatoma atliekamo tyrimo metodika, tyrimo organizavimas, tiriamosios imties charakteristikos.

Empirinėje - trečiojoje darbo dalyje pristatomi pusiau struktūruoto ekspertų interviu tyrimo rezultatai ir atliekama jų analizė. Atliktu tyrimu identifikuojamos slaugos politikos formavimo ir jos įgyvendinimo trukdžiai Lietuvoje.

Darbo apimtis. Baigiamąjį magistro darbą sudaro 91 puslapis (be priedų), jame yra 11 lentelių ir 7 paveikslai. Panaudota 80 literatūros šaltinių: 20 teisės ir kitų normatyvinių aktų, 27 moksliniai šaltiniai, 33 kiti šaltiniai. Darbe pateikiami 4 priedai.

1. SLAUGOS POLITIKOS ANALIZĖ

Slaugos politiką galima apibrėžti kaip sveikatos politikos dalį, priemonių ir veiksmų visumą, užtikrinančią savalaikį, kokybišką slaugos paslaugų prieinamumą ir tinkamumą³. Slauga apima visapusišką skirtingus poreikius turinčių asmenų patenkinimą – psichologinį, socialinį, fizinį. Kiekvienas slaugos profesiją turintis žmogus turi gebėti ne tik kvalifikuotai atlikti jam priskirtas pareigas, bet ir gebėti mokyti, apsvarstyti ir užtikrinti efektyvų slaugos procesą, užtikrinti gydytojo nurodymų vykdymą, padėti pacientui ir jo šeimos nariams⁴, gebėti dirbti kartu su gydytoju vienoje komandoje. Dabartiniu metu gyventojai sveikatos apsaugai, tuo pačiu ir slaugai ES valstybėse, tame tarpe ir Lietuvoje, kelia naujus iššūkius. Taip yra dėl kintančios gyventojų socialinės ir ekonominės padėties, kintančių demografinių rodiklių, kai fiksuojamas gyventojų senėjimas, didesnis įvairių ligų paplitimas, didinantis įvairiapusės slaugos poreikius. ES šalių gyventojų socialinei ir ekonominei padėčiai didelę įtaką daro demografinis gyventojų senėjimas, mokslo technologijų pažanga, stiprėjanti Europos valstybių integracija ir kiti procesai, todėl sveikatos apsaugos sektoriui visame pasaulyje keliami uždaviniai susiję su gyventojų sveikatos gerinimu, tikslingų reikiamos priežiūros ir slaugos teikimu apsaugant nuo ligų ir jų pasekmių, įgyvendinant teisinius lūkesčius bei gerinant teikiamų paslaugų kokybę⁵. Nenuspėjamas, nesuvaldomas slaugos sektorius, nuolatinė globalinių pokyčių kaita - klimato kaita, maisto, vandens stoka, kintantys demografiniai rodikliai - keičia ir visuomenės sveikatos sistemą. Tai yra visuotinė problema, kurią PSO įvardijo kaip vieną svarbiausių XXI amžiaus rizikos faktorių⁶.

Dėl kintančios socialinės, ekonominės ir demografinės padėties yra svarbus nuoseklus slaugos politikos formavimas ir kryptingas jos įgyvendinimas. Tačiau Lietuvoje skiriamas per mažas dėmesys slaugos politikos formavimui ir jos įgyvendinimui. Slaugos politika yra nepakankamai reglamentuojama, fiksuojamas nepakankamas slaugytojų profesijos vertinimas ir skatinimas, dideli darbo krūviai ir jiems neadekvatus darbo užmokestis, karjeros ribotumas ir neužtikrinamas teigiamas mikroklimatas sukuria neigiamą poveikį šiai profesinei veiklai. Paminėtina ir tai, kad sveikatos priežiūros sistemoje dirbantiems slaugytojams skiriamas nepakankamas finansavimas, sąlygojantis tinkamų ir saugių darbo sąlygų užtikrinimą. Visos šios problemos yra susietos su nepakankamu

³ Viduta Bačkerienė ir Daiva Zagurskienė, „Lietuvos slaugytojų vadovų sąjungos vaidmuo slaugos politikos įgyvendinime.“ *Pranešimas konferencijoje V Nacionalinė sveikatos politikos konferencija*, Vilnius, 2006 lapkričio 24 d.

⁴ Neal - Boylan Leslie, *End the Disability Debate in Nursing: Quality Care is Fact.* (Insight into Diversity, April/May, 2013), 11.

⁵ Sandra Šileikaitė ir Renata Kudukytė - Gasperė, Slaugos paslaugų teikimo modernizavimo problemos – Vilniaus miesto centro poliklinikos patirtis. *Sveikatos mokslai* 21, 6 (2011): 132.

⁶ Ralph Nicholas et al., „Future - Proofing Nursing education: An Australian Perspective,“ *Reserach Gate* (2013):34, žiūrėta 2015-12-06, https://www.researchgate.net/profile/Nicholas_Ralph/publication/266618288_The_McDonaldization_of_Nursing_Education_in_Australia/links/5435ffa90cf2643ab986a23d.pdf

slaugos politikos reglamentavimu, nekryptingu slaugos politikos vystymu. Remiantis aukščiau išdėstyta informacija, teorinėje darbo dalyje pristatoma slaugos apibrėžtis, funkcijos, slaugytojų veiklos ypatumai, slaugos teisinis reglamentavimas ES ir Lietuvoje, slaugos politikai keliami uždaviniai, atliekama slaugos situacijos statistinių rodiklių analizė, identifikuojamos slaugos politikoje kylančios problemos.

1.1. Slaugos apibrėžtis ir slaugytojų veiklos ypatumai

Kintantys visuomenės demografiniai rodikliai, augančios senėjimo tendencijos, nauji iššūkiai keičia visuomenės sveikatos rodiklius, sveikatos priežiūros poreikius. Visame pasaulyje augantys įvairių ligų mąstai, jaunėjantis ligų amžius reikalauja išskirtinio požiūrio į sveikatos apsaugos sistemą, kitokio požiūrio į slaugą ir jos vertinimo. Slauga yra vienas iš veiksnių, sukuriančių sąlygas efektyvesniam gydymo procesui, tikslingai pacientų priežiūrai ir sveikimui.

Slaugos profesijos pradininkė yra Florence Nightingale (1820-1910), kuri slaugė sužeistuosius Kryme ir, įgijusi patirties, visą savo gyvenimą plėtojo slaugą, sukūrė šiuolaikinės slaugos modelį ir pelnė išskirtinę vietą pasaulinėje slaugoje. Slaugos pradininkė slaugą apibrėžė ne tik kaip medicinos dalį, bet kaip atskirą ir svarbią sveikatos priežiūros sritį. Tai yra sritis, apimanti dviejų žmonių – mokytojo ir mokinio – ryšį, kai žmogus, turintis daugiau patirties profesinėje srityje (mokytojas – slaugytojas) gali patarti, mokyti, vadovauti ir padėti kitam augti bei tobulėti profesionaliai savo mokinį - slaugomąjį⁷.

Slauga yra asmens sveikatos priežiūros dalis, apimanti sveikatos ugdymą, stiprinimą, išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą⁸. Pagrindinė slaugos funkcija yra visapusiškas sveikatos ugdymas⁹. Slaugos kontekste reikalinga pasiekti rezultatų, kuriais išaiškinama ir pagal pasirinktus kriterijus įvertinama paciento sveikatos būklė¹⁰. Slaugos procesas apima sistemingą kiekvieno asmens sveikatos priežiūrą. Vykdamas slaugos procesus turi būti įvertinta pacientų sveikatos būklė, suplanuota ir įgyvendinta slauga bei pateiktas slaugos rezultatų vertinimas¹¹. Visa tai rodo, kad slauga sveikatos priežiūros sistemoje

⁷ Lina Spirgienė et al., „Slaugytojų profesinis rengimas: praktinio mokymo(si) aspektai,“ *Profesinis rengimas: tyrimai ir realijos* 23 (2012): 89.

⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, *Valstybės žinios* 63, 1231 (1994).

⁹ Ronald John Burke et al., (2012). „Job Demands, Social Support, Work Satisfaction and Psychological Well-Being Among Nurses in Spain,“ *Esade working Paper*, 233 (2012):32, http://proxymy.esade.edu/gd/facultybio/publicos/1351517321046Job_demands_social_support_work_satisfaction_and_psychological_well_being_among_nurses_in_Spain.pdf

¹⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“, *Valstybės žinios* 72, 3490 (2011).

¹¹ *Ibid.*

yra svarbi, įgalinanti sukurti visapusiškai teigiamas sąlygas pacientams sveikti, gauti visą reikiamą priežiūrą.

Daugelyje užsienio ir lietuvių mokslinių tyrimų darbuose slauga apibrėžiama kaip profesija, susidurianti su nuolatiniu stresu, aukštu profesinio perdegimo lygiu¹². Slauga yra sudėtingas darbas, kuris dažnai yra per mažai vertinamas¹³. Tai sukelia neigiamas nuostatas į šią profesiją, nepatenkina asmeninių lūkesčių¹⁴. Slauga dažnai yra suvokiama kaip apolitiškas procesas, kuris pirmiausiai orientuojasi į paciento poreikius ir jo prioritetus¹⁵. Tai yra menas ir mokslas, reikalaujantis specifinių slaugos žinių, gebėjimų taikymo praktinėje veikloje. Tai veikla, kuriai atlikti slaugytojai turi turėti pakankamas kompetencijas, įgalinančias slaugytojus suteikti visapusišką pagalbą, atlikti ne tik tiesioginį darbą, bet ir būti mentoriais, slaugos tyrėjais, administratoriais¹⁶.

Slaugos samprata nėra vienareikšmis fenomenas – kiekvienoje kultūroje, priklausomai nuo tautos kultūros, jos puoselėjamų tradicijų, ekonominės, socialinės padėties, istorinių veiksnių slauga yra apibrėžiama skirtingai¹⁷. Labiau išsivysčiusios valstybės slaugą vertina kaip išskirtinės svarbos profesiją, įgalinančią tikslingai padėti žmonėms. Tuo tarpu besivystančiose valstybėse šiai profesijai skiriamas per mažas dėmesys, ji nepakankamai vertinama, nesukuriama ir neįgyvendinama kryptinga politika.

Bendroji slaugos praktika – teisės aktų reglamentuotos bendrosios praktikos slaugytojo, turinčio galiojančią bendrosios slaugos praktikos licenciją, teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos¹⁸. Pažangi slaugos praktika yra apibrėžiama kaip slaugytojo profesinė veikla, kuri yra grindžiama autonomija, maksimaliomis žiniomis ir kompetencijomis, vertybėmis¹⁹, įgalinančiomis teikti kryptingą pagalbą pacientams.

Slauga yra viena didžiausių sveikatos priežiūros sistemos profesijų. Tačiau slaugytojų stokojama daugelyje pasaulio šalių. Taip yra dėl netikslingo slaugos išsilavinimo suteikimo, nepakankamo pačios slaugytojų profesijos vertinimo, kai šiai profesijai priskiriama daug veiklos funkcijų, tačiau jos yra apribojamos²⁰. Visa tai rodo, kad, siekiant toliau plėtoti, tobulinti slaugos procesą ir tikslingai vystyti

¹² Ronald John Burke et al., *supra* note 9, p. 32.

¹³ Cristina Queiros et al., „Predictors of burnout among nurses: An interactionist approach.“ *Psicothema*, 25, 3 (2013):331.

¹⁴ Sanaz Riahi, „Role stress amongst nurses at the workplace: concept analysis“. *Journal of Nursing Management*, 19 (2011): 721.

¹⁵ Svetlana Greičienė ir Gintarė, Petronytė „Lietuvos slaugytojų dalyvavimas sveikatos politikoje“, Lietuvos slaugos specialistų organizacija (2013), žiūrėta 2015-12-18, <http://www.lso.lt/straipsniai/straipsnis-lietuvos-slaugytoju-dalyvavimas-sveikatos-politikoje>

¹⁶ Simona Paulikienė, „Veiksminga mentorystė: slaugos studijų atvejis“, *Tiltai*, 1 (2014): 29.

¹⁷ Danguolė Šakalytė, „Pagrindiniai pažangios slaugos klinikinės kompetencijos požymiai“, *Socialinė sveikata*, 2 (2014):18.

¹⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“, *supra* note 10.

¹⁹ Danguolė Šakalytė, *op.cit.*, 17, p.18.

²⁰ 2013 Survey of registered nurses Generation Gap Grows as Health care transforms (2013): 3, žiūrėta 2015-12-08, http://www.amnhealthcare.com/uploadedFiles/MainSite/Content/Healthcare_Industry_Insights/Industry_Research/2013_RNSurvey.pdf

slaugos politiką reikalingas išskirtinis dėmesys ir reformos, keičiančios slaugos svarbą ir siekiant tikslingo slaugos politikos įgyvendinimo.

Bendrosios praktikos slaugytojas yra asmuo, teisės aktų nustatyta tvarka įgijęs bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją²¹. Slaugytojai – asmenys, įgiję slaugos studijų baigimo diplomą, taip pat bendrosios praktikos ir (ar) atitinkamą specialiosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją²², įstatymo nustatyta tvarka turintys teisę verstis slaugos praktika ir dirbantys sveikatos priežiūros srityje. Praktikuojantys slaugytojai – su pacientais dirbantys slaugytojai²³. Slaugos paslaugos – teisės aktų reglamentuota slaugytojo atliekama asmens sveikatos priežiūra²⁴ - asmenims yra teikiamos sveikatos priežiūros, socialinės globos, kitose įtaigose (įmonėse) bei namuose, kur jie gyvena²⁵. Taigi, slaugytojai dirba visų lygių asmens sveikatos priežiūros įtaigose²⁶. Bendrosios praktikos slaugytojas, atlikdamas jam priskirtas funkcijas, turi išsamiai įvertinti paciento poreikius, kurių visi yra labai svarbūs²⁷. Slaugytoja yra pagrindinė veikėja slaugos vystymosi procese. Slaugytojos vaidmuo ir veiklos pagrįstumas yra formuojamas studijų metu. Todėl kuriant mokymo programas slaugytojams privaloma atsižvelgti į būsimus slaugos politikai keliamus uždavinius ir reikalavimus²⁸.

Slaugytojo veiklos tikslas yra racionaliai padėti pacientui atsižvelgiant į ligos ypatumus, palaikyti priimtina gyvenimo kokybę, suteikti jam ir jo artimiesiems fizinę, psichologinę, socialinę ir dvasinę pagalbą²⁹, pakeisti pacientų fizinę ir psichinę būseną, suteikti jiems ramybės, aiškumo, optimizmo, pasiryžimo pasveikti³⁰. Slaugytojų darbas ir bendravimas su pacientais yra labai svarbus³¹, įgalinantis efektyvesnį sveikimo procesą ir dažnai turintis svarbią reikšmę paciento sveikimo procese³². Sveikatos priežiūros sistemoje dirbantis slaugytojas turi išmanyti savo profesinės veiklos vertybes ir būti pasirengęs visapusiškai padėti savo pacientams, juos mokyti, jiems atstovauti³³.

²¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“, *supra* note 10.

²² „Lietuvos Respublikos slaugos praktikos įstatymas“, *Valstybės žinios*, 62, 413 (2001).

²³ Lietuvos statistikos metraštis 2014 (2015). LR Statistikos departamentas, žiūrėta 2015-05-10, osp.stat.gov.lt/services-portlet/pub-edition-file?id=2910

²⁴ Lietuvos Respublikos slaugos praktikos įstatymas, op.cit., 22.

²⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, *Valstybės žinios*, 63, 1231 (1994).

²⁶ Danutė Margelienė, „Slaugytojų praktikos patirtis sveikatos sistemoje“, *Lietuvos slaugos specialistų organizacija*. (2015), žiūrėta 2015-12-13, [http://www.lso.lt/files/pranesimas%20sam%20%20\(1\).ppt](http://www.lso.lt/files/pranesimas%20sam%20%20(1).ppt)

²⁷ Žaneta Valiulienė ir Arvydas Šeškevičius, „Paliatyviųjų onkologinėmis ligomis ir lėtiniu širdies nepakankamumu IV st. sergančių pacientų fizinės problemos“, *Sveikatos mokslai*, 22, 5 (2012): 164.

²⁸ Nicholas Ralph et al., *supra* note 6, p. 36.

²⁹ Nora Šiupšinskienė et al., „Pacientų, sergančių galvos ir kaklo piktybiniais navikais slaugos problemos: bandomasis tyrimas“, *Sveikatos mokslai* 23, 1 (2013): 144.

³⁰ Olga Gornatkevič ir Lina Šakienė, „Pacientų, sergančiųjų lėtine obstrukcine plaučių liga, slauga“, *Sveikatos mokslai* 25, 4 (2015): 85.

³¹ Arnoldas Jurgutis ir kt., „Slaugytojų vaidmuo teikiant motyvacinio konsultavimo paslaugas lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergantiems pacientams“, *Visuomenės sveikata* 1 (2013): 48.

³² Raghad Abdalkader ir Ferial Ahmed Hayajneh, „Effect of Night Shift on Nurses Working in Intensive Care Units“, *European Journal of Scientific Research*, 1 (2008): 71.

³³ Ričardas ir Vilma Žydzūnaitė, „Vertybių refleksija slaugytojo veiklą reglamentuojančiuose dokumentuose“, *Sveikatos mokslai*, 23, 1 (2013):166.

Slaugytojos turi turėti žinių ir patirties apie kompleksinę priežiūrą, komandinį darbą, vadovavimo, administravimo, koordinavimo įgūdžių. Atsižvelgiant į šiuos reikalavimus turi būti peržiūrėtos mokymo programos. Slaugos politikos uždavinys – užtikrinti tinkamos pakraipos slaugos išsilavinimą šalyje³⁴. Visa tai rodo, kad slaugytojos veikla yra itin atsakinga ir kruopštaus pasirengimo reikalaujanti veikla, kuriai pasirengti reikalinga užtikrinti kokybiškas studijas, kryptingą profesinį formavimą, įgalinantį slaugytoją ne tik atlikti tiesiogines funkcijas, bet ir gebėti veikti skirtingose situacijose.

Slaugytojui svarbu ne tik gilios profesinės žinios, gebėjimas gerai atlikti įvairias procedūras, bet ir tinkamas psichologinis kontaktas su pacientu. Slaugytojas yra gerbiamas pacientų, kai bendraudamas laikosi etinių reikalavimų³⁵. Todėl kiekviena slaugytoja, atlikdama savo veiklą, turi prisitaikyti prie nuolatos kintančių aplinkybių, darbo krūvio, gebėti dirbti individualiai ir komandoje, mokyti pacientus ir jų šeimos narius³⁶. „Slaugytojo kompetencija priklauso nuo asmeninių slaugytojo gebėjimų veikti nuolat besikeičiančiose situacijose, vadovaujantis žiniomis, įgūdžiais ir įsitikinimais, siekiant optimalių paciento slaugos rezultatų pažangios slaugos praktikos kontekste“³⁷. Visų šių veiksmų įgyvendinimas slaugytojos veikloje yra tiesiogiai susietas su slaugos politika ir kryptingu jos įgyvendinimu bei užtikrinimu. Tokias tendencijas diktuoja nuolatos kintantys demografiniai veiksniai ir slaugos poreikio augimas. Slaugytojas turi būti ne tik tiesioginis savo atliekamos veiklos vykdytojas, bet ir daugiafunkcinis specialistas.

Slaugytojų veikla apima ne tik medicininę paciento priežiūrą, bet ir pacientų mokymą – terapinį, tarpasmeninį procesą, nukreiptą į visapusišką žmogaus asmenybės vystymąsi ir ligų išvengimą (H. Peplau modelis). Šiame procese slaugytojas turi atlikti patarėjo, vadovo, pavaduotojo, nepažįstamojo, išmanančiojo, mokytojo vaidmenis³⁸. Slaugytojas turi pastebėti ir apčiuopti tokius reiškinius, kurie liko nepastebėti (B. S. Bloom tikslų taksonomijos teorija). Atlikdamas jam priskirtas funkcijas, slaugytojas turi turėti pakankamai žinių, supratimo, gebėti pritaikyti turimas žinias, gebėti analizuoti, atlikti informacijos sintezę ir vertinimą³⁹, kas jį įgalintų mokyti pacientus. Pagal transteoretinį elgesio pokyčių modelį (Prochaska J. O., DiClemente, G. C., Norcross, J. C.) slaugytojas turi pasiekti teigiamų savo veiklos rezultatų per mokomąjį procesą, kurio metu keičiasi pacientų elgesys. Šiuo tikslu slaugytojai turi gebėti atpažinti paciento elgesį, parinkti tinkamą jo keitimo strategiją, tinkamai paskirstyti laiką, teikti informaciją, paramą ir numatyti galutinius tikslus⁴⁰. Visa tai leidžia teigti, kad

³⁴ Nicholas Ralph et al., *supra* note 6, p. 36.

³⁵ Edita Glumbakaitė, „Bendruomenės slaugytojų psichologiniai darbo aspektai ir santykiai darbe,“ *Sveikatos mokslai*, 24, 3 (2014): 139.

³⁶ Ričardas Butėnas ir Vilma Žydžiūnaitė, *supra* note 33, p. 166.

³⁷ Danguolė Šakalytė, *supra* note 17, p. 19.

³⁸ Aušra Kalasauskienė ir Jurgita Gulbinienė, „Slaugytojų vaidmuo, skatinant padidėjusį cholesterolio kiekį kraujyje turinčius pacientus keisti gyvenimo būdą,“ *Socialinė sveikata*, 2 (2014): 38.

³⁹ Rasuolė Juodvalkienė et al., „Slaugytojų vaidmuo moksleivių burnos ertmės ligų profilaktikoje,“ *Socialinė sveikata*, 2, (2014): 29.

⁴⁰ Aušra Kalasauskienė ir Jurgita Gulbinienė, *op.cit.*, p. 34.

slaugytojo profesija yra sudėtinga, jai priskiriama aibės funkcijų, kurias reikalinga tikslingai įgyvendinti siekiant visapusiškai padėti pacientams.

Kintanti visuomenės sveikatos situacija įgalina slaugytojus atlikti įvairias funkcijas¹. Slaugytojų veiklai priskiriamos vertybės, kompetencijos, pareigos ir atsakomybės, funkcijos pristatomos 1 lentelėje.

1 lentelė. Slaugytojų veiklos vertybės, kompetencijos, pareigos ir atsakomybės, funkcijos

Vertybės	Savarankiškumas, parama, atsakomybė, rūpestingumas, gailestingumas, jautrumas, korektiškumas, profesionalumas, išprusimas, aukštos aspiracijos, bendravimas, profesinis pareigingumas, sąžiningumas, dorumas, pasitikėjimas, pakantumas, pažiūrų platumas, nesitaikstymas su trūkumais, drąsa, savikontrolė.
Slaugytojo kompetencijos	Bendrosios ir specializuotos profesinės žinios, bendrieji ir specialieji gebėjimai, požiūriai.
Slaugytojo pareigos ir atsakomybė	Slaugos bendradarbiaujant su sveikatos priežiūros specialistais, pacientais ir (ar) šeima organizavimas ir įgyvendinimas; bendradarbiavimas su sveikatos priežiūros ir kitais specialistais; slaugos profesinės etikos principų laikymasis, pagarba pacientų teisėms ir jų nepažeidimas; profesinės kvalifikacijos tobulinimas pagal LR teisės aktų nustatytą tvarką; reikiamos būtinos medicininės pagalbos pagal kompetenciją teikimas; informacijos apie paciento sveikatą teikimas pagal LR teisės aktuose nustatytą tvarką.
Funkcijos	Slaugos bendradarbiaujant su pacientu organizavimas ir įgyvendinimas; pacientų ir asmens sveikatos priežiūros personalo mokymas; bendradarbiavimas su kitais asmens sveikatos priežiūros komandos nariais, institucijomis, nuo kurių gali priklausyti visuomenės narių sveikata; slaugos praktikos plėtojimas.

Šaltinis: cit. pagal Rimantas Butėnas ir Vilma Žydžiūnaitė, Vertybių refleksija slaugytojo veiklą reglamentuojančiuose dokumentuose. *Sveikatos mokslai*, Nr. 23, 1, (2013): 167.

Iš 1 lentelėje pateiktos informacijos galima teigti, kad slaugytojai, atlikdami savo veiklą, turi daug jiems priskirtų būtinų vertybių ir kompetencijų, teisių ir atsakomybių, funkcijų, kurias turi tikslingai įgyvendinti. Tačiau slaugytojo veiklos įgyvendinimas gali būti problematiškas dėl nepakankamo slaugos politikos įgyvendinimo valstybėse, kai reikalavimai slaugytojams yra aukšti, tačiau pati jų profesija yra nuvertinama, nesukuriamos pakankamos darbo sąlygos, įgalinančios slaugytojus kryptingai vykdyti savo funkcijas.

Slaugytojo veiklos efektyvumas priklauso nuo įgytos kvalifikacijos, turimų kompetencijų, apimančių žinias, bendruosius gebėjimus, asmenybės savybes ir vertybes. Slaugytojai koordinuoja ir teikia slaugos priežiūros paslaugas asmeniui, šeimai, bendruomenei, imasi konkrečių veiksmų, pavyzdžiui, padėti pacientui gauti reikalingą sveikatos priežiūrą, užtikrinti sveikatos priežiūros kokybę, ginti paciento teises⁴¹. Slaugytojas, vykdydamas savo profesinę veiklą, turi vadovautis pagrindinėmis šios veiklos srities vertybėmis (2 lentelė).

2 lentelė. Slaugytojo veiklos vertybės

Slaugytojo veiklos vertybės			
R. Butėnas. V. Žydžiūnaitė (2013)	M. Shahriari et al. (2013)	R. Ellis et al. (2015)	Tarptautinio Picker instituto (Picker Institute Europe, 1993) mokslininkai
Savarankiškumas, parama, atsakomybė, rūpestingumas, gailestingumas, jautrumas, korektiškumas, profesionalumas, išprusimas, aukštos aspiracijos, bendravimas, profesinis pareigingumas, sąžiningumas, dorumas, pasitikėjimas, pakantumas, pažiūrų platumas, nesitaikstymas su trūkumais, drąsa, savikontrolė.	Žmogaus orumas, privatumas, teisingumas, savarankiškumas priimant sprendimus, tikslumas ir patikimumas rūpintis, įsipareigojimas žmogiškiems santykiams, sąžiningumas, individualumas, profesinės kompetencijos.	Rūpestingumas, atjauta ir simpatijos gydymo metu, iššūkių priėmimas ir jų įgyvendinimas, paciento interesų tenkinimas, profesinių žinių tobulinimas, visapusiškas bendravimas, paciento išklausymas, saugumo užtikrinimas, visapusiškos pagalbos teikimas.	Pagarba paciento poreikiams ir vertybėms, emocinė parama, fizinis komfortas, informacija, komunikacija ir švietimas (mokymas), tęstinumas, priežiūros koordinavimas, šeimos, draugų ir artimųjų įtraukimas.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal: Ričardas Butėnas ir Vilma Žydžiūnaitė, „Vertybių refleksija slaugytojo veiklą reglamentuojančiuose dokumentuose“, *Sveikatos mokslai*, 23, 1 (2013): 167;

Mohsen Shahriari, Eesa Mohammadi, Abbas Abbaszadeh, Masoud Bahrami, Nursing ethical values and definitions: A literature review. *Iran J Nurs Midwifery Res*, Nr. 18, 1 (2013): 6, žiūrėta 2016-01-24, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748548/>;

Roger Ellis, Lauren Griffiths, Elaine Hogard, Constructing the Nurse Match Instrument to Measure Professional Identity and Values in Nursing. *J Nurs Care*, Nr. 4, 2 (2015): 6-8, žiūrėta 2016-01-24, <http://www.omicsgroup.org/journals/constructing-the-nurse-match-instrument-to-measure-professional-identity-and-values-in-nursing-2167-1168-1000245.php?aid=49757>;

Picker institut Europe, žiūrėta 2016-01-24, <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/>

⁴¹ Ričardas Butėnas ir Vilma Žydžiūnaitė, supra note 33, p. 167.

Remiantis 2 lentelėje pateikta informacija, Lietuvos ir užsienio autoriai išskiria skirtingas nuo slaugytojo veiklos neatskiriamas vertybes, įgalinančias kryptingą slaugos įgyvendinimo procesą, kuriame slaugytojas, vadovaudamasis savo veiklos profesinėmis vertybėmis, tikslingai teikia reikiamas slaugos paslaugas pacientams ir jų šeimos nariams. Vadinasi, vertybių puoselėjimas priklauso tiek nuo paties slaugytojo, tiek ir nuo susiformavusio požiūrio į slaugą skirtingose valstybėse.

Visuomenės raidoje slaugytojo samprata ir jo veiklos modelis kito nuo techninio paskyrimų vykdytojo iki savarankiško specialisto, gebančio vertinti, analizuoti, mokyti, keisti asmenų turimą klaidingą požiūrį bei požiūrį į sveikatą, mokyti ją saugoti⁴². Slaugos poreikio kaita ir nuolatos reformuojama sveikatos priežiūros sistema keičia slaugytojų veiklos pobūdį bei slaugos poreikį visame pasaulyje. Slaugytojų mokymo sistemos, jų darbo krūvis, darbo vietos ir pačios profesijos vertinimas skirtingose valstybėse skiriasi⁴³.

Remiantis moksliniais šaltiniais, slaugytojai yra nepakankamai vertinami politiniame kontekste, jiems nesudaromos pakankamos sąlygos dalyvauti sveikatos politikoje, kurioje jie galėtų išreikšti savo nuostatas, plėtoti turimas žinias, teikti pasiūlymus⁴⁴. Visuomenės požiūris į slaugytojus dar yra ganėtinai skeptiškas. Visuomenės, politikų, gydytojų požiūris į slaugytojus yra nuvertinantis šią profesiją: slaugytojai nesugeba priimti savarankiškų sprendimų, negali būti apolitiški sveikatos priežiūros dalyviai. Tačiau slaugytojai, baigę savo studijas, turi aukštą kvalifikaciją, todėl savo žinias gali pritaikyti ne tik atlikdami tiesiogines savo pareigas, bet ir dalyvaudami sveikatos politikos formavimo procesuose⁴⁵. Slaugos paslaugos turi būti teikiamos taip, kad užtikrintų pacientų lūkesčius ir viršytų juos. Tačiau šių tikslų įgyvendinimui skiriamas per mažas dėmesys politiniame lygmenyje⁴⁶. Slaugos paslaugų kokybės užtikrinimas yra vertinamas kaip tai formali ir sisteminga veikla, kurios metu identifikuojamos slaugos problemos, suplanuojami veiksmai joms pašalinti, vykdoma tų veiksmų stebėseną bei atliekamas vertinimas⁴⁷. Slaugos metu turi būti patenkinti pacientų sveikatos bei užtikrinta saugi ir kokybiška sveikatos priežiūra. Slaugytojų kasdienė veikla apima pasiruošimą darbui, slaugos procesą, diagnostinių bei gydymo procedūrų atlikimą, slaugos paslaugų dokumentavimą, bendravimą su pacientu ir jo šeimos nariais; bendradarbiavimą su kitais sveikatos priežiūros specialistais⁴⁸. Visgi šiuo metu slaugytojų darbas yra siauro profilio, apimantis tik slaugytojų darbo funkcijų atlikimą pagal konkrečias slaugos pakraipas. Todėl būtina kurti naują valdymo mechanizmą

⁴² Lina Spirgienė et al., *supra* note 7, p. 89.

⁴³ 2013 Survey of registered nurses Generation Gap Grows as Health care transforms (2013): 2, žiūrėta 2015-12-08, http://www.amnhealthcare.com/uploadedFiles/MainSite/Content/Healthcare_Industry_Insights/Industry_Research/2013_RNSurvey.pdf

⁴⁴ Ellis Roger et al., „Constructing the Nurse Match Instrument to Measure Professional Identity and Values in Nursing,“ *J Nurs Care* 4, 2 (2015): 2.

⁴⁵ Svetlana Greičienė ir Gintarė Petronytė, *supra* note 15.

⁴⁶ Rasa Zakarienė, „Slaugytojų komandos pasitikėjimo įtaka veiklos sutelktumui,“ *Sveikatos mokslai* 25, 4 (2015): 83.

⁴⁷ Robertas Prokurotas et al., „Slaugos kokybės vertinimo modelis EQ-5D-SL ir jo taikymas ilgalaikio gydymo ligoninėje,“ *Visuomenės sveikata* 3, 50 (2010):46.

⁴⁸ Danutė Margelienė, *supra* note 26.

išplečiant slaugytojų funkcijas, pareigas. Kitose užsienio šalyse siekiama, kad slaugytojos galėtų esant reikalui keisti savo darbo pobūdį pagal besikeičiančius sergamumo rodiklius. Šių siekių įgyvendinimui būtina pakeisti įstatyminę bazę, kuri suteiktų galimybę slaugytojas adaptuoti pagal besikeičiančius aplinkos poreikius, sergamumo rodiklius⁴⁹. Dabartinėje sveikatos priežiūros sistemoje slaugytojai, gydytojai, pacientai bei kiti sveikatos specialistai turi bendradarbiauti. Tik esant glaudžiam įvairių grupių tarpusavio bendradarbiavimui įmanoma efektyvi sveikatos priežiūra. Sveikatos priežiūros sektoriuje slaugytojų dalyvavimas sprendimų priėmimo procesuose tampa aktualus slaugos tarybose, įsteigtose sveikatos priežiūros įstaigose (vietos lygiu) ir įsitraukiant į politines partijas, slaugos nevyriausybinės organizacijas (šalies lygiu). Dalyvavimas tiek vietos, tiek valstybės lygiu sudaro galimybes bendradarbiauti su institucijomis, formuojančias sveikatos politiką šalyje⁵⁰.

Slaugos veikla yra labai sudėtinga, reikalaujanti kruopštaus pasiruošimo iš slaugytojų, nes už padarytas klaidas, aplaidumą, netinkamą jam priskirtų funkcijų vykdymą ar bioetikos reikalavimų pažeidimą, taip pat už pareigų viršijimą atsako LR teisės aktų nustatyta tvarka⁵¹. Slaugytojai darbe susiduria su itin sudėtingomis situacijomis, reikalaujančiomis iš slaugytojų ne tik žinių ir kvalifikacijos, bet ir psichologinės stiprybės⁵². Slaugos paslaugų teikimas vykdomas sveikatos priežiūros, socialinės globos, bei kitose įstaigose (įmonėse), namuose. Šių paslaugų teikimas yra deleguotas bendrosios praktikos ar bendruomenės slaugytojams⁵³, kurios atlikdamos joms priskirtas veiklas turi vadovautis Lietuvos medicinos norma MN 28:2011⁵⁴, kuri nustato bendrosios praktikos slaugytojo profesinės veiklos sritis, teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybę. Šios normos vykdymas yra privalomas visiems LR bendrosios praktikos slaugytojams, jų darbdaviams, taip pat institucijoms, rengiančioms ir tobulinančioms šiuos specialistus bei kontroliuojančioms jų veiklą. Teikdami slaugos paslaugas, savo veiklą derina prie besikeičiančios aplinkos, nes slaugytojai dirba ne izoliuotai, o sąveikoje su visais sveikatos priežiūros sistemoje dirbančiais specialistais⁵⁵. Slaugytojai turi gebėti perduoti žinias pacientams, visada turėti parengtus atsakymus į įvairius klausimus, supratimą ir sugebėjimą suprasti kas yra sakoma, kas yra daroma ir turi būti padaroma. Slaugytojai turi suteikti tokias žinias, kurios būtų vertingos paciento sveikatos išsaugojimui⁵⁶. Atsižvelgiant į slaugytojų veiklos poreikį ir keliamus reikalavimus slaugytojų veiklai, slaugytojams turėtų būti užtikrinamos tinkamos jų veiklos sąlygos, galimybės tobulėti.

⁴⁹ Nicholas Ralph et al., *supra* note 6, p. 44.

⁵⁰ Svetlana Greičienė ir Gintarė Petronytė, *supra* note 15.

⁵¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo, *supra* note 10.

⁵² Nora Šiupšinskienė et al., *supra* note 29, p. 146.

⁵³ Sandra Šileikaitė ir Renata Kudukytė – Gasperė, *supra* note 5, p. 131.

⁵⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“, *op.cit.*

⁵⁵ Danutė Margelienė, *supra* note 26.

⁵⁶ Rasuolė Juodvalkienė et al., *supra* note 39, p. 30.

Lietuvoje slaugytojai sudaro didžiausią dalį asmens sveikatos priežiūros specialistų ir jų dalyvavimas slaugos politikoje yra svarbus formuojant slaugos politiką ir ją sėkmingai ir kryptingai įgyvendinant. Remiantis atliktu tyrimu⁵⁷, daugiausiai slaugytojai slaugos politikoje dalyvauja netiesioginio dalyvavimo formomis – naryste slaugose organizacijose, darbu patariamose grupėse. Sveikatos priežiūros sektoriuje slaugytojams sudarytos visos dalyvavimo slaugos politikoje galimybės: dalyvavimas nevyriausybinėse slaugos organizacijose, suformuotose slaugos tarybose sveikatos priežiūros įstaigose ir politinių partijų veikloje. Tačiau slaugytojų dalyvavimą slaugos politikoje riboja pagrindinės kliūtys: slaugytojų lyderystės stoka (maža motyvacija, aktyvumas ir pasitikėjimas savimi); susiformavęs visuomenės ir gydytojų požiūris į slaugytojus, kaip nesugebančius priimti savarankiškus sprendimus sveikatos priežiūros dalyvius, hierarchiniai santykiai tarp pačių slaugytojų grupių, tarp gydytojų ir slaugytojų. Slaugytojų veiklos tyrimai rodo, kad priklausomai nuo slaugytojų vertinimo visuomenėje ir jų dalyvavimo politikoje, susiformuoja ir pačios profesijos įvaizdis, kuris atskirose valstybėse (pvz. Lietuvoje) yra nuvertinamas, jam suteikiama per maža reikšmė, kas apsunkina slaugytojų išraiškos galimybes⁵⁸. Tuo tarpu patys slaugytojai efektyvias paslaugas gali teikti tik tuomet, kai jie yra tikslingai motyvuojami, jiems sudaromos tinkamos darbo sąlygos, kokybiškos sąlygos⁵⁹. Tai leidžia teigti, kad susiduriama su problemomis, kurios sukuria neigiamą terpę slaugytojo veiklos vystymui ir plėtrai.

Reziumuojant darbo skyrių galima teigti, kad slauga yra procesas, reikalaujantis išskirtinio šios srities specialistų atsidavimo savo veiklai. Slauga – tai sveikatos priežiūros sistemos dalis, kurioje turi būti vykdomas sveikatos ugdyimas, stiprinimas, išsaugojimas, įvairių ligų profilaktika, sergančių ir sveikų visuomenės narių fizinė, psichinė ir socialinė priežiūra. Slauga apima kryptingą paciento būklės įvertinimą ir reikiamų medicininių slaugos paslaugų jam suteikimą. Slauga sveikatos priežiūros sistemoje yra išskirtinės svarbos veiksnys, įgalinantis sukurti visapusiškai teigiamas sąlygas pacientams sveikti, gauti visą reikiamą priežiūrą. Slaugytojas turi būti visapusiškas specialistas, vykdamas jam priskirtas funkcijas ir prisiimantis atsakomybę už savo veiklą. Slaugytojo profesija reikalauja atsakingumo ir kruopštaus pasirengimo, dėl to svarbu užtikrinti kokybiškas studijas, kryptingą profesinį formavimą, įgalinantį slaugytoją ne tik atlikti tiesiogines funkcijas, bet ir gebėti veikti skirtingose situacijose. Pasauliniu mastu stebimas augantis slaugos specialistų poreikis, kai slaugos specialistai turi atlikti įvairiapuses funkcijas, darančias teigiamą įtaką tiek sergantiems, tiek ir sveikiems visuomenės nariams. Savo veiklos kontekste slaugytojas turi organizuoti ir įgyvendinti bendradarbiavimo su visuomenės nariais procesus, apmokyti juos, suteikti jiems reikiamą informaciją, bendrauti su pacientais ir jų artimaisiais, gebėti dirbti su kitais specialistais, institucijomis, plėtoti

⁵⁷ Svetlana Greičienė ir Gintarė Petronytė, *supra* note 15.

⁵⁸ Wipada Kunaviktikul et al., „Knowledge and involvement of nurses regarding health policy development in Thailand,“ *Nursing and Health Sciences*, 2 (2010):221.

⁵⁹ Artūras Razbadauskas et.al., „Stacionaro slaugytojų profesinę motyvaciją sąlygojančių darbo aplinkos veiksnių analizė.“ *Sveikatos mokslai*, 21,7 (2011): 164.

slaugos praktiką. Slaugytojui priskirtas veiklos funkcijas jis turi įgyvendinti vadovaudamasis savo vertybine sistema, kuri yra suformuota politiniame slaugos veiklos kontekste.

1.2. Slaugos politikai keliami uždaviniai ir problemos Europos Sąjungoje

PSO dar 1946 metais savo konstitucijos preambuleje pripažino, kad gyventojų sveikata yra didžiausia visuomeninė, socialinė ir ekonominė vertybė. Sveikatą apibrėžia ne tik ligų ir fizinių negalavimų nebuvimą, bet ir fizinę, dvasinę bei socialinę žmonių gerovę⁶⁰. ES yra apibrėžta sveikatos politika, kuri yra privaloma visoms valstybėms narėms. Šia politika siekiama užtikrinti visų ES gyventojų galimybes naudotis kokybiškais sveikatos priežiūros paslaugomis⁶¹. ES sveikatos politikos tikslai pristatomi 1 priede. Slaugos politika, būdama sudėtine sveikatos politikos dalimi, taip pat turi vadovautis pagrindiniais sveikatos politikai keliamais tikslais ir uždaviniais.

ES intensyviai kinta tiek žmonių socialiniai, tiek ekonominiai rodikliai, kuriuos įtakoja senėjanti visuomenė dėl vidutinės gyvenimo trukmės ilgėjimo ir gimstamumo mažėjimo, sparčiai besivystančios mokslo technologijos, didėjantys tarpvalstybiniai migraciniai srautai, kylantis gyvenimo lygis dėl augančios ekonomikos, intensyvus socialinių ir ekonominių netolygumų mažinimas. Šie rodikliai verčia tarptautines institucijas kelti slaugos sektoriui visame pasaulyje uždavinius, kurie padėtų didinti žmonių savirūpos galimybes, gerintų ligų profilaktikos - diagnostikos - gydymo - slaugos kokybę, palengvintų sergančiųjų, neįgaliųjų ar mirštančiųjų žmonių socialinius, fizinius ir emocinius poreikius bei gerintų jų gyvenimo kokybę.

Pasauliui pripažinus, kad slaugos politikos vystymasis sulėtėjęs ir kad nėra bendros slaugos politikos vystymosi vizijos, Vokietijoje dar 2000 metais vykusiame ES šalių narių sveikatos ministrų suvažiavime buvo sutarta tęsti slaugos politikos vystymą pateikiant pagrindinius strateginius tikslus. Praėjus penkiolikai metų po šio nutarimo siekiant pagerinti slaugos politiką, slaugos problemų spektras nepakito. Todėl PSO rekomenduoja šiuos veiksmus slaugos politikos tobulinimui: didinti slaugytojų skaičių, turinčių aukštąjį universitetinį išsilavinimo lygį, plėsti praktikos taikymo sritis, rengti slaugytojus, gebančius užimti lyderio pozicijas sveikatos apsaugos sistemoje, sudaryti galimybes kilti karjeros laiptais, gerinti darbo sąlygas, didinti darbo užmokestį, įtraukti į aktyvų sveikatos/slaugos

⁶⁰Constitution of the world health organization (2006), žiūrėta 2014-10-02, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Nors teisininkai Pasaulinės sveikatos apibrėžimą kritikuoja teigdami, kad apibrėžimas yra nepraktiškas, pasiduodantis subjektyvioms interpretacijoms, nes atspindi idealią būklę, praktiškai neįgyvendinamą realybėje. Anot. E. Gefeno, ši samprata praktiškai kiekvieną iš mūsų paverčia ligoniu, nes tik nedaugelis galėtų pasigirti visiška fizine, psichine ir socialine gerove.

⁶¹ Visuomenės sveikata (2014): 4, žiūrėta 2015-12-10, http://europa.eu/pol/health/index_lt.htm

politikos formavimą ir įgyvendinimą, kurti efektyvias darbo jėgos panaudojimo strategijas, gerinti teikiamų paslaugų kokybę bei kelti profesijos įvaizdį valdžios ir visuomenės lygmenyse⁶².

Pagal Europos Parlamento ir Tarybos reglamento (ES, Euromatas) Nr. 966/2012⁶³ 54 straipsnį išleistas naujas Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (ES) Nr. 282/2014⁶⁴, kuris nustatytas kaip trečiosios sveikatos programos 2014 - 2020 metų veiksmų ir įgyvendinimo teisinis pagrindas ir kuriuo siekiama sveikatos srityje remti nacionalinę sveikatos politiką, skatinti valstybių narių bendradarbiavimą ir jų programų koordinavimą pagrindinę politikos priemonę įvardijus keitimąsi gerosios praktikos pavyzdžiais. Manoma, kad keitimasis gerosios praktikos pavyzdžiais sudarytų galimybes pasinaudoti kitose valstybėse narėse parengtais veiksmingais sprendimais, mažinti pastangų dubliavimą ir didinti investicijų grąžą skatinant novatoriškus sprendimus sveikatos srityje. Taip pat atsižvelgiama į visuomenės senėjimą ir siūloma investuoti į sveikatingumo skatinimą ir ligų prevenciją per įrodymais grindžiamą gerosios praktikos įsisavinimą taikant ekonomiškai efektyvias sveikatingumo skatinimo ir ligų prevencijos priemones. Visi šie veiksmai naudingi slaugos sektoriui kaip pavyzdiniai ir rekomendaciniai siūlymai įgyvendinant slaugos politiką bei įgyvendinant užsibrėžtus tikslus.

PSO akcentuoja slaugytojų svarbą sprendžiant asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemas ir teisę į kokybiškas asmens sveikatos priežiūros paslaugas⁶⁵. Siekiant pagerinti slaugytojų darbą, įtraukti jas aktyviau dalyvauti politiniame gyvenime ir bendromis jėgomis įgyvendinti Europos politines ir strategines „Sveikata 2020“ kryptis 2015 metais patvirtintas vadovas Europos regiono šalims⁶⁶, kuriuo vadovaujantis tikimasi, kad slaugytojai įneš didelį indėlį sveikatos priežiūros sistemai didindami gyventojų sveikatos rašingumą švietimu ir konsultavimu, atlikdami skringus, suteikdami ankstyvą pagalbą nėščiosioms moterims, kad padės užkirsti kelią infekcinėms ligoms teikdami slaugos paslaugas namuose, informuodami apie skiepų svarbą, teikdami konsultacijas bendruomenėse apie infekcinių ligų protrūkius bei padės pasiruošti nenumatytiems įvykiams.

Tačiau šie aukščiau įvardinti strateginiai tikslai ir uždaviniai, kuriais bandoma vystyti slaugos politiką, yra tik rekomendacinio - teorinio pobūdžio ir nėra aktyviai įgyvendinami praktiniame lygmenyje. Kiekviena ES šalis narė turi remtis nurodytais strateginiais tikslais ir siekti juos įgyvendinti, tačiau net ir po penkiolikos šalių vystymosi metų lieka neįgyvendinti siekiai. Slaugytojų profesijos įvaizdis, kurį sąlygoja darbo užmokesčio dydis, visuomenės ir valdžios požiūris į

⁶² World Health Organization, žiūrėta 2015-02-28, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/policy>

⁶³ Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (ES Euromatas) Dėl Sąjungos bendrajam biudžetui taikomų finansinių taisyklių ir kuriuo panaikinamas Tarybos reglamentas (EB Euromatas) Nr. 1605/2002 (OL L 298, 2012 10 26, p. 1). Nr. 966/2012, 2012 m. spalio 25 d.

⁶⁴ Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (ES), kuriuo nustatoma trečioji daugiametė Sąjungos veiksmų sveikatos srityje programa (2014-2020 m.) ir panaikinimas sprendimas Nr. 1350/2007/EB. Nr. 282/2014, 2014 m. kovo 11 d.

⁶⁵ World Health Organization, op.cit.

⁶⁶ *Ibid.*

slaugytojus, vis dar menkas. Taip pat, nors ir auga universitetinį išsilavinimą turinčių slaugytojų skaičius, šie dar nenoriai įsitraukia į slaugos politikos formavimą ir įgyvendinimą arba iškyla dar didesnė problema – slaugytojai su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu nėra išnaudojami praktikoje.

Sveikatos politikos įgyvendinimas ES valstybėse narėse yra siejamas su efektyvumu ir veiksmingumu, tokiu būdu užtikrinant tinkamą ir tvarią visuomenės narių socialinę apsaugą⁶⁷. Slaugos politika – tai sveikatos politikos dalis, kurią vystant užtikrinama tinkama, kokybiška sveikatos priežiūra. ES teisės aktais yra reglamentuojama slaugos politika ES (3 lentelė).

3 lentelė. Teisės aktai, reglamentuojantys slaugos politiką Europos Sąjungoje

Teisės aktas	Apibrėžiamos slaugos sritys
ES sveikatos strategija 2008 - 2013 metai (2007)	<p>Svarbiausi principai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - europiečiai turi bendrų sveikatos vertybių; - sveikata – didžiausias turtas; - sveikatos klausimai turi būti įtraukti į visų sričių politiką; - ES nuomonė sveikatos visame pasaulyje klausimais turi būti išklausoma. <p>Strategijos tikslai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sveikatos puoselėjimas senėjančioje Europoje; - piliečių apsauga nuo pavojų sveikatai; - dinamiškų sveikatos sistemų ir naujų technologijų rėmimas.
Strategija „Europa 2020“ (2010)	Strategija siekiama tikslinių investicijų į sveikatą, skatinamas našumas, naujovės, naujų įgūdžių ugdymas, kad būtų sumažinti nelygybė ir sukurtos tvaresnės sveikatos priežiūros sistemos.
ES sveikatos strategija 2014 – 2020 metai (2013)	<p>Strategijos tikslai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - skatinti sveikatingumą, užkirsti kelią ligoms ir propaguoti sveiką gyvenseną skatinančią aplinką, atsižvelgiant į sveikatos aspektų integravimo į visų sričių politiką principą; - apsaugoti ES piliečius nuo rimtų tarpvalstybinių grėsmių sveikatai; - prisidėti prie novatoriškų, veiksmingų ir tvarių sveikatos priežiūros sistemų kūrimo; - sudaryti palankesnes sąlygas ES piliečiams naudotis geresne ir saugesne sveikatos priežiūra.

⁶⁷ EK dokumentų rinkinys „Socialinių investicijų teisės aktų rinkinys siekiant ekonomikos augimo ir sanglaudos“ (2013), žiūrėta 2015-12-12, ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=9755&langId=lt

<p>EK dokumentų rinkinys „Socialinių investicijų teisės aktų rinkinys siekiant ekonomikos augimo ir sanglaudos“ (2013)</p>	<p>Šiame dokumente sveikatos politikai skirta viena rinkinio dalis, kurioje skatinamos investicijos į tvarias sveikatos sistemas, į žmonių sveikatą kaip į žmogiškąjį kapitalą, nelygybės sveikatos srityje mažinimą, kuris reikšmingai prisidėtų prie ekonominio augimo. ES remia ir skiria finansines priemones struktūriniais fondams ir sveikatos programų įgyvendinimui.</p>
<p>Strategija „Sveikata 2020“ (2015)</p>	<p>Įgyvendinant Europos sveikatos politiką ir strategiją siekiama pagerinti žmonių sveikatą ir gerovę, sumažinti nelygybę ir užtikrinti žmonėms tinkamą sveikatos priežiūros sistemą.</p> <p>Remiantis „Sveikata 2020“ nustatytais tikslais PSO Europos regiono biuro sukurtas ir patvirtintas techninis vadovas valstybėms narėms, kuriuo siekiama gerinti slaugytojų ir akušerių darbą Europoje, didinti jų dalyvavimą politiniame gyvenime. Išskiriamos šios prioritetinės kryptys:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sveikatos raštingumo didinimas ir investavimas į sveikatą; - kova su neužkrečiamomis ir užkrečiamomis ligomis; - sveikatos sistemos potencialo ir pasiruošimo nenumatytiems įvykiams (epidemijoms) stiprinimas; - visuomenės sveikatinimas, saugių ir sveikų gyvenimo sąlygų kūrimas.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal ES galiojančius teisės aktus, kurių išsamus sąrašas pateikiamas „Bibliografijos šaltinių sąrašė“.

Kiekviena ES valstybė narė yra atsakinga už savo sveikatos paslaugų teikimą, priežiūrą, jų organizavimą. Visos valstybės narės turi siekti bendrą ES sveikatos politikos, įskaitant ir slaugos politiką, tikslų. Sutelktumas valstybes įgalina pasinaudoti ES teikiamomis lėšomis bei spręsti bendras sveikatos problemas⁶⁸, kurių plitimo tendencijų augimas stebimas visame pasaulyje.

Už sveikatos priežiūros politiką visų pirma atsako šalių vyriausybės. Tačiau ekonominė krizė parodė, kad ES šalių ekonomika su sveikatos politika tarpusavyje labai susijusi. ES teikia finansinę paramą ES šalims, kad jos atliktų būtinas reformas, kad būtų naudojamos Europos socialinio fondo lėšos⁶⁹. ES 2014 - 2020 metams planuojamos itin didelės išlaidos medicinos ir slaugos politikos

⁶⁸ Visuomenės sveikata, *supra* note 61.

⁶⁹ EK dokumentų rinkinys „Socialinių investicijų teisės aktų rinkinys siekiant ekonomikos augimo ir sanglaudos“ (2013), žiūrėta 2015-12-12, ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=9755&langId=lt

įgyvendinimui, t.y. išlaidos medicininiais tyrimams iki 2020 metų sudaro 6 bln. eurų, Europos sveikatos struktūriniais ir investiciniams fondams skiriama 5,3 bln. eurų, sveikatos programų vykdymui ES šalyse 2014 - 2020 m. skiriama 449 mln. eurų⁷⁰. Kiekvienai šaliai, tame tarpe ir Lietuvai, būtina tinkamai suformuoti slaugos politiką ir įsisavinti skiriamas lėšas.

Slaugos politikai įtaką daro sudėtingi politiniai, ekonominiai, socialiniai, technologiniai, aplinkosaugos ir teisiniai veiksniai. Politiniai veiksniai glaudžiai susiję su ekonominiais veiksniais dėl Vyriausybės atliekamos funkcijos – lėšų paskirstymo sveikatos sektoriui. Be politinių ir ekonominių veiksnių svarbi socialinė sritis, kadangi visuomenė turi didelę įtaką sveikatos priežiūros sistemai ir sveikatos kokybei dėl gyventojų amžiaus ilgėjimo/senėjimo, populiacijos didėjimo, sergamumo didėjimo⁷¹.

Remiantis PSO, išlieka šios pagrindinės slaugos politikos formavimui trukdančios problemos: intensyviai didėjantis slaugytojų trūkumas, mokymo programų nesuderinamumas ir slaugytojų kompetencijų nepanaudojimas praktikoje, dideli darbo krūviai ir jiems neadekvatus darbo užmokestis bei pasyvus slaugytojų dalyvavimas slaugos politikos formavime ir įgyvendinime⁷². Kai kurios šalys iki šiol Sveikatos apsaugos ministerijose neturi skyrių, atsakingų ir kuruojančių slaugos politikos formavimą, įgyvendinimą ir vertinimą⁷³. Intensyviai įtraukiant slaugos atstovus į slaugos vystymo procesą ir suteikiant daugiau teisių galima sumažinti esamų problemų spektrą.

Atsižvelgus į vis didėjantį slaugos specialistų trūkumą, tiek visuomenės, tiek slaugytojų senėjimą ir siekiant užtikrinti tinkamą slaugos paslaugų kokybę ir teisingą darbo krūvių paskirstymą yra būtinas slaugytojų planavimas. Kiekviena valstybė privalo užtikrinti tinkamą darbo jėgos pasidalijimą įvairiuose sveikatos sektoriuose. Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimo tyrinėjimus atlieka viena didžiausių pasaulyje slaugytojų atstovė - Tarptautinė slaugytojų taryba (The International Council of Nurses – ICN), kuri savo pastebėjimus ir siūlymus skelbia oficialiame ICN leidžiamame žurnale. ICN Tarptautinis žmogiškųjų išteklių centras slaugai palaikyti akcentuoja šias pagrindines žmogiškųjų išteklių planavimo priežastis ir pasėkmes, su kuriomis susiduria kiekviena šalis: neaiški ir prasta žmogiškųjų išteklių planavimo politika, nėra nacionalinės planavimo strategijos, nėra įsteigta nacionalinių institucijų, koordinuojančių slaugos specialistų planavimą, nepakankami ištekliai ir/ar pajėgumai įgyvendinant planavimo planą, nėra ilgalaikio planavimo, akcentuojamas vienkartinis žmogiškųjų išteklių planavimas, ribotas dėmesys socialiniams, politiniams, geografinio poveikio, technologiniams ir ekonominiams veiksniams, tikslios informacijos apie darbuotojus trūkumas, nėra aiškiai apibrėžtos darbo funkcijos ir darbo apimtys, prasta komunikacija ir koordinacija

⁷⁰ Investing in health. Health: a condition for economic prosperity and social cohesion (2013), žiūrėta 2015-12-12, http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/investing_in_health_infograph_en.pdf

⁷¹ Nicholas Ralph et.al, *supra* note 6, p. 36.

⁷² World Health Organization, *supra* note 62.

⁷³ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija tik 2015 m. liepos 8 d. įsteigė Asmes sveikatos priežiūros departamento Slaugos koordinavimo skyrių.

su paslaugų teikėjais, planuotojais, politikos formuotojais, darbdaviais, švietimo ir finansų institucijų atstovais, sveikatos priežiūros darbuotojų migracija, nepakankamos investicijos žmogiškųjų išteklių planavimui. Netinkamai vykdoma žmogiškųjų išteklių planavimo sistema įtakoja darbuotojų trūkumą, nepasitenkinimą darbuotojų paklausos priežiūra, darbo jėgos pasiskirstymo disbalansą, didelius darbo krūvius, nepanaudojamos darbuotojų kompetencijos⁷⁴.

Apskaičiuojant slaugytojų skaičių, naudojami skirtingi skaičiavimo metodai nacionaliniams tikslams ir tarptautiniam palyginimui teikti. Tikslaus skaičiaus nustatymui sunkumus kelia slaugytojų, turinčių licencijas ir dirbančių slaugos sektoriuje bei slaugytojų, turinčių licencijas, tačiau nedirbančių slaugos sektoriuje, problema, arba taip vadinama aktyvių ir pasyvių slaugytojų problema. Slaugytojų trūkumo problema išvelgta dar 2000 metais, kai po daugiadalykinės pasaulinės patariamiosios grupės (multidisciplinary Global Advisory Group - GAG) slaugos ir akušerijos klausimais suvažiavimo spaudoje buvo paskelbta, kad pasaulyje vis daugiau slaugytojų palieka sveikatos apsaugos sistemą dėl sudėtingų ir sunkių darbo sąlygų, nesudarytų galimybių kilti karjeros laiptais, savarankiškumo stygiaus ir profesinio statuso nepripažinimo. Daugelio šalių atstovai pripažįsta, kad netinkama darbo aplinka ar pastovus patiriamas psichologinis stresas, nepasitenkinimas darbu bei nedidelis darbo užmokestis atbaido slaugos profesijos atstovus rinktis šią specialybę. Didžiausią įtaką dėl slaugytojų trūkumo sudaro visuomenės senėjimas dėl mažėjančio gimstamumo ir ilgėjančios gyvenimo trukmės, kuris, planuojama, kad iki 2025 metų padidės dar 20 proc. Slaugos specialistų senėjimas taip pat įtakoja slaugytojų trūkumą. 2013 metais vidutinis licencijuotų slaugytojų amžius buvo 51,5 metai⁷⁵. O naujai ruošiamų slaugos profesijos atstovų skaičiaus nepakanka specialistų trūkumo išlyginimui. Nustatyta, kad slaugos profesijos atstovų poreikis auga greičiausiai palyginus su kitomis profesijomis ir planuojama, kad slaugytojų poreikis iki 2020 metų išaugs dar 26 proc.⁷⁶. Kadangi net 60 proc. teikiamų paslaugų kokybės priklauso nuo slaugytojų ir slaugos proceso, o mažėjant slaugytojų skaičiui prastės teikiamų paslaugų kokybė.

Prie įvardintų trūkumų taip pat prisideda intensyvi slaugytojų migracija (daugiausiai iš Rytų į Vakarų Europos šalis), kurią sukėlė išsivysčiusios ir turtingos valstybės įdarbindamos slaugytojas iš kitų valstybių narių šioms pasiūlant patrauklesnes darbo sąlygas ir daug didesnę darbo užmokestį nei kad gimtojoje šalyje. PSO pripažįsta, kad daugelyje Europos valstybių narių slaugytojų atlyginimai vis dar mažesni už šalies vidutinį darbo užmokestį⁷⁷. Galima teigti, kad slaugytojų žemas darbo

⁷⁴Tarptautinė slaugytojų taryba, žiūrėta 2015-02-04, http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9a_FS-Health_Human_Resources_Planning.pdf

⁷⁵ 2013 Survey of registered nurses Generation Gap Grows as Health care transforms (2013):3. žiūrėta 2015-03-02, http://www.amnhealthcare.com/uploadedFiles/MainSite/Content/Healthcare_Industry_Insights/Industry_Research/2013_RNSurvey.pdf

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ World Health Organization, *supra* note 62.

užmokestis, nulemiantis jų socialinę padėtį, menkina šios profesijos įvaizdį ir padidina slaugytojų trūkumą.

Dėl pasaulinės slaugytojų trūkumo problemos ES šalys narės parengusios slaugos specialistų rengimo standartų rinkinį, leidžiantį slaugytojams laisvai migruoti tarp valstybių. Vadovaujantis direktyva 77/452/EEC, 77/453/EEC ir jos pakeitimais, laisvai judėti tarp kitų valstybių gali slaugytojai, turintys trijų metų praktinę patirtį⁷⁸.

Atsižvelgiant į tarptautinės migracijos realijas, tobulėjančias technologijas ir jų panaudojimą, slaugytojų poreikio augimą visame pasaulyje tinkamas mokymo programų parengimas tampa vienu pagrindiniu mokymo įstaigų, rengiančių slaugos specialistus, prioritetu. ICN, kuri vienija daugiau nei 130 Nacionalinių slaugos organizacijų (įskaitant ir Lietuvą) ir atstovauja daugiau nei 16 milijonų slaugytojų iš viso pasaulio, siekdama spręsti slaugos švietimo problemas visame pasaulyje, dar 2009 metais Pietų Afrikos Respublikoje (PAR) įkūrė slaugos mokymo tinklą (The International Council of Nurses Education Network – ICNEN), kuris apima slaugytojų dėstytojų kvalifikacijos lygio, mokymo programų kokybės, teorinio ir praktinio mokymo naujovių diegimo mokymo procesuose, tarptautinių mokymo įstaigų, ruošiančių slaugos specialistus, trūkumą bei kitas slaugos politikos problemas ES šalyse⁷⁹. Šio slaugos mokymo tinklo indėlis yra svarbus ir šių dienų realijoms gerinant slaugos mokymo programų kokybę, vienodinant su kitomis užsienio šalių mokymo programomis.

Pastaruoju metu nemažai diskusijų kyla dėl slaugytojų praktinių įgūdžių trūkumo. Minimalūs praktinių įgūdžių reikalavimai įvairiose valstybėse skirtingi ir gali skirtis net tos pačios šalies teritorijose, pvz., Jungtinėse Amerikos valstijose (JAV) slaugos bakalauro studentams nustatyti minimalūs praktinio mokymo valandos, kurios yra nuo 160 valandų per semestrą ir gali siekti 50 proc. visos mokymo programos valandų skaičiaus. Australijoje privalomas minimalus praktinio užsiėmimo valandų skaičius - 800 per visą mokymo programą. ES šalyse, norint gauti slaugytojo licenciją, privaloma bent 2 300 iš 4 600 valandų skirti praktiniam mokymui. Aptariant slaugos specialistų akreditavimą ir licencijavimą būtina atsižvelgti į skirtingus reikalavimus dėl minimalių praktinio mokymo valandų⁸⁰.

Visuomenės senėjimo, įskaitant ir slaugos profesijos atstovų, naujų procedūrų atlikimo poreikio augimas skatina slaugytojų paklausą bei verčia slaugos mokymo įstaigas tobulinti mokymo programas, daugiau dėmesio skirti slaugytojų praktinių įgūdžių formavimui. Išsivysčiusios šalys, turėdamos galimybes suteikti geresnes darbo sąlygas ir didesnę darbo užmokestį slaugos atstovams iš kitų užsienio šalių suformuoja vis intensyvesnę slaugytojų migraciją.

⁷⁸ Europos komisija, žiūrėta 2015-02-28, http://ec.europa.eu/health/healthcare/health_systems_organisation/human_resources/index_en.htm#fragment0

⁷⁹ Tarptautinė slaugytojų taryba, *supra* note 74.

⁸⁰ Tarptautinės slaugytojų tarybos slaugos mokymo tinklo biuletenis, 4, 12 (2014), žiūrėta 2015-02-28, <http://www.icn.ch/publications/publications/>

Apibendrinant galima teigti, kad tarptautiniai strateginiai dokumentai, kuriais turi remtis visos užsienio šalys, neįgyvendinami arba įgyvendinami per lėtai sukuriant uždarą problemų ratą dėl slaugos politikos formavimo ir įgyvendinimo. Susipažinus su pagrindiniais tarptautiniais dokumentais⁸¹ galima daryti prielaidą, kad slaugos sektorius dar nėra pripažįstamas tarptautinių organizacijų ir slaugos politikos vystymui skiriamas per mažas dėmesys ir kalbama tik bendrais tikslais ir uždaviniais visai sveikatos apsaugos sistemai neišskiriant slaugos sektoriaus. ES, nustačiusi sveikatos politikos įgyvendinimo tikslus, teikia finansinę paramą ES šalims, kurią kiekviena valstybė narė turi gebėti išnaudoti ir užtikrinti efektyvų sveikatos politikos vystymą savo šalyje. Tačiau slaugos politika, kaip atskira šaka viso sveikatos sektoriaus, nėra išskiriama ir jai tenka tik nedidelis dėmesys įskaitant ir finansinių lėšų paskirstymą tokiu būdu stabdant slaugos politikos vystymą. Todėl būtina koreguoti slaugos sistemą panaudojant naujus vadybinius instrumentus slaugytojų senėjimo, migracijos, kas sąlygoja jų trūkumą, ir tobulinimosi problemų sprendimus bei imtis priemonių, kurios padėtų spręsti susiformavusias problemas: didinti finansavimą ir skatinti gyventojus profilaktiškai tikrintis sveikatą užkertant kelią lėtinėms ligoms ir ūmiems susirgimams, skatinti sveiką gyvenseną, sukurti tinkamas darbo, karjeros galimybių sąlygas slaugytojams, padidinti jų darbo užmokestį, kuris atitiktų atliekamų funkcijų ir darbo krūvio santykį bei aktyviau traukti slaugytojus į slaugos politikos formavimą ir įgyvendinimą, suteikti galimybes vertinti slaugos politikos įgyvendinimą. Darbo užmokesčio padidinimas bei darbo sąlygų pagerinimas kilstelėtų slaugos profesiją į aukštesnį lygmenį bei sumažintų slaugytojų trūkumą.

1.3. Slaugos politikos problemų identifikavimas Lietuvoje

Išanalizavus slaugos politikos vystymąsi ES identifikuotos pagrindinės slaugos politikos problemos: didelis slaugytojų trūkumas, kurį sąlygoja senėjanti visuomenė, nemažėjantis sergamumas ir intensyvi slaugytojų migracija, dideli darbo krūviai ir jiems neadekvatus darbo užmokestis, pasyvus slaugytojų dalyvavimas formuojant ir įgyvendinant slaugos politiką. Tai – tarptautinio masto problemos, neprarandančios aktualumo ir Lietuvoje.

Slaugos situacijos Lietuvoje analizės būtinumą lemia nuolatos kintantys demografiniai gyventojų rodikliai. LR demografiniai pokyčiai yra akivaizdūs, kai dėl emigracijos fiksuojamas gyventojų skaičiaus mažėjimas, natūrali gyventojų kaita įgijusi neigiamą tendenciją. Gyventojų Lietuvoje mažėja, ypač jaunų žmonių dėl migracijos srautų, likusi visuomenės dalis sensta, o tokios tendencijos leidžia daryti prielaidą, kad slaugos paslaugų poreikis įvairaus amžiaus, ypač vyresnio, asmenims Lietuvoje nuolatos auga. Tuo tarpu vertinant slaugos profesijos vertinimą Lietuvoje stebima

⁸¹ Europos Sąjungos regionų komitetas, žiūrėta 2015-02-28, <http://www.cor.europa.eu>; World Health Organization, *supra* note 62; Europos komisija, žiūrėta 2015-02-28, http://ec.europa.eu/index_en.htm

kontraversija, kad slauga vis dar nėra pakankamai vertinama, teisinis slaugos reglamentavimas nėra sistemingai ir tikslingai formuojamas ir įgyvendinamas, dėl ko stokojama motyvacijos šiam darbui, darbuotojai susiduria su dideliais darbo krūviais, mažais atlyginimais, ribotomis karjeros galimybėmis, minimaliomis galimybėmis dalyvauti slaugos politikos valdyme ir kitomis problemomis.

1.3.1. Slaugytojų poreikį sąlygojantys veiksniai

Gimstamumas ES, tame tarpe ir Lietuvoje, mažėja, o vyresnio amžiaus žmonių dalis didėja. ES vyriausybės ieško būdų, kaip užtikrinti, kad socialinės apsaugos sistemos būtų tvarios ir tinkamos⁸². Pasaulinio masto tendencijos rodo, kad žmonių, kurių amžius daugiau nei 85 metai, skaičius didės 151 proc. iki 2 030 metų. Tai patvirtina teiginį, kad visuomenė senėja. Dėl šios priežasties slaugos poreikis nuolatos auga⁸³. Gyventojų senėjimas yra pasaulinė problema, verčianti šalis atkreipti didesnę dėmesį į sveikatos politiką, jai skiriamas išlaidas, paslaugų spektro pokyčius. Didelį susirūpinimą kelia šios nacionalinėmis sveikatos prioritetinėms sritims priskirtos ligos: artritas, osteoporozė, astma, vėžys, širdies ir kraujagyslių ligos, cukrinis diabetas, sužalojimai, psichikos sveikatos sutrikimai, nutukimas ir silpnaprotystė⁸⁴. Auga slaugos poreikis namuose, nes mažėja gimstamumas, fiksuojamas didesnis ištuokų skaičius, dėl to senatvėje daugėja vienišų žmonių⁸⁵. Padidėjusi slaugos paslaugų paklausa lems paslaugų kompleksumą, išaugs slaugytojų poreikis, prognozuojamas lovdienių augimas, tačiau daugumą dalį pacientų sudarys senyvo amžiaus žmonės⁸⁶. Dėl šių priežasčių ir ilgėjančios gyvenimo trukmės ateinančiais dešimtmečiais augs visapusiškų slaugos paslaugų poreikis, ypač slaugos namuose. Vidutinė tikėtina Lietuvos gyventojų gyvenimo trukmė ir jos kaitos dinamika 1995 - 2025 metais pristatoma 1 paveiksle.

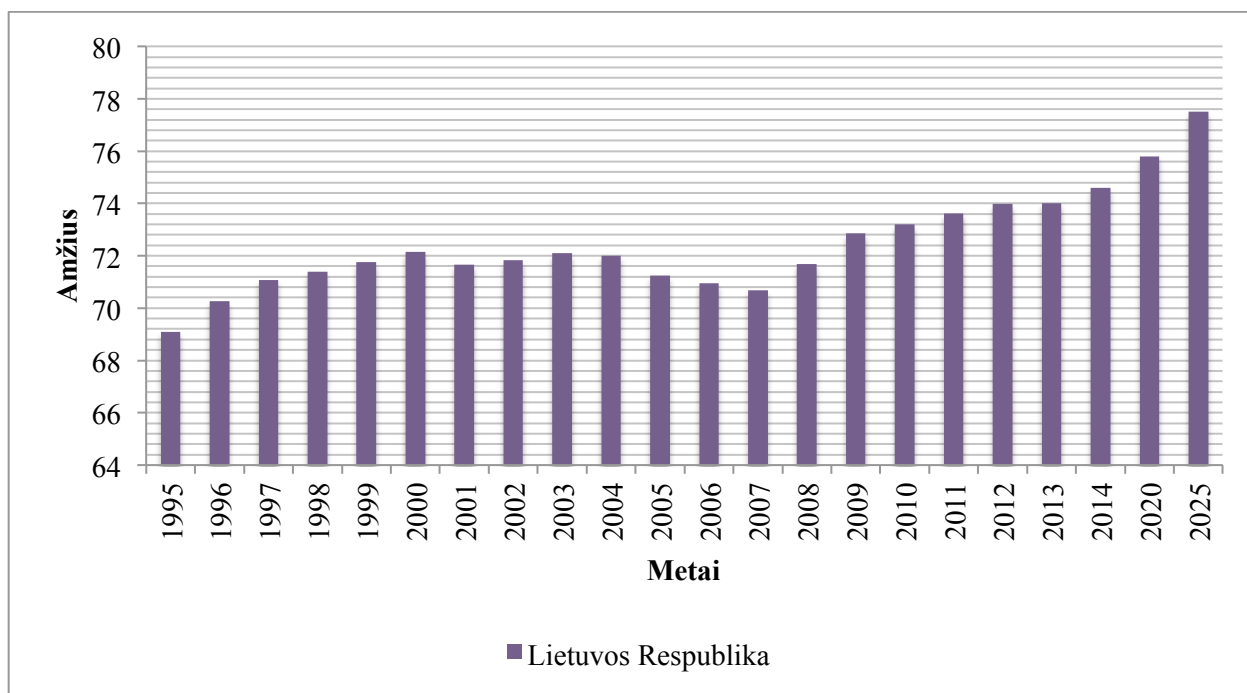
⁸² EK dokumentų rinkinys „Socialinių investicijų teisės aktų rinkinys siekiant ekonomikos augimo ir sanglaudos“ (2013), žiūrėta 2015-12-12, ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=9755&langId=lt

⁸³ Stephen Gulliver et. al., „Adapted customer relationship management implementation framework: facilitating value creation in nursing homes,“ *Total Quality Management* 24, 9 (2013): 991.

⁸⁴ Nicholas Ralph et al., *supra* note 6, p. 41.

⁸⁵ Gulliver Stephen et al., *op. cit.*, p. 991.

⁸⁶ Nicholas Ralph, *op. cit.*, p. 41.



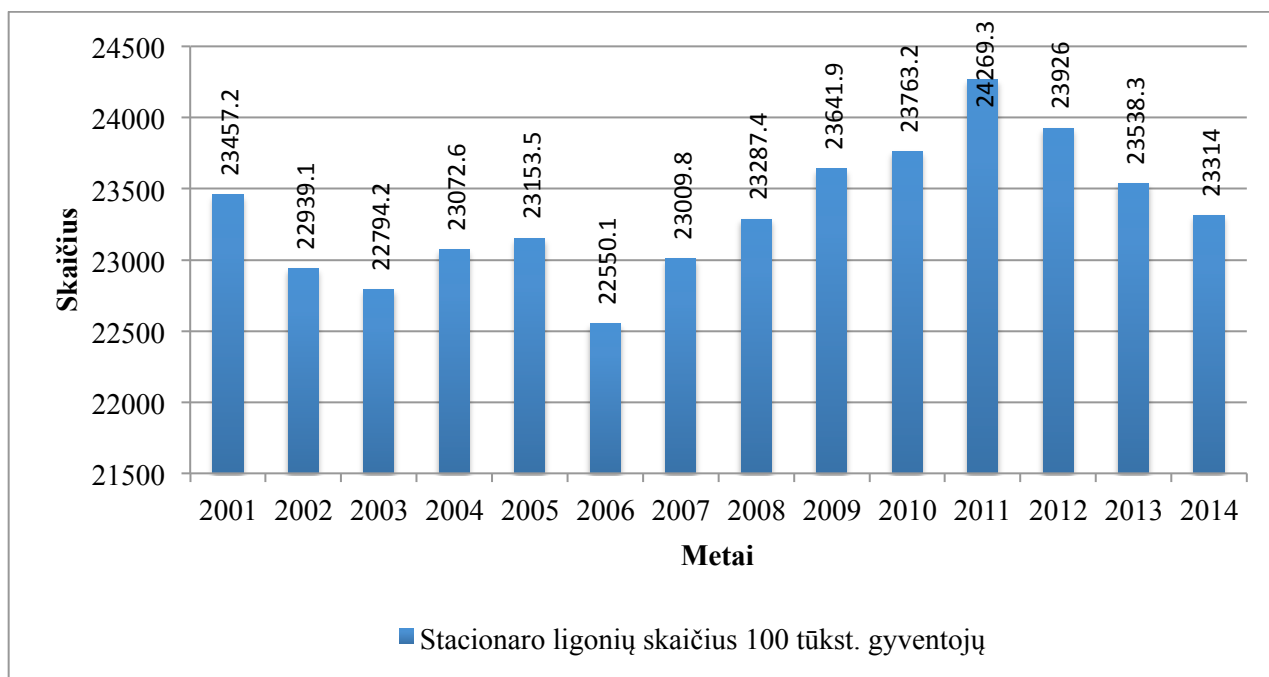
I pav. Lietuvos gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 1995 - 2025 metais

Šaltinis: Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (2014). LR Statistikos departamentas, žiūrėta 2016-01-28, <http://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?portletFormName=visualization&hash=e6729112-922a-475f-b90c-716dab8a2f26>;

Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2015 – 2023 metų programos”, 2015 m., II sk. 14.1 p., žiūrėta 2016-01-28, <http://www.hi.lt/uploads/news/id129/VSP.2014.12.10.pdf>

Remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis (1 paveikslas), 1995 metais gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė buvo 69,08 metai ir per per pastaruosius dvidešimt metų gerokai prailgėjo – 1,08 karto ir 2014 metais buvo 74,59 metai. 2015 metų pradžioje 18,7 proc. visų gyventojų buvo 65 metų ir vyresni, kai 2005 metais šis skaičius siekė 15,8 proc. Šie duomenys iliustruoja, kad visuomenė senėja, ligos jaunėja, o gyventojų senėjimo pokyčiai yra tiesiogiai susieti su slauga. Atsižvelgiant į Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programoje nustatytus pagrindinio (strateginio) tikslo vertinimo rodiklius ir reikšmes siekiama, kad 2020 metais Lietuvos gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė padidėtų vidutiniškai iki 75,8 metų, o 2025 metais – iki 77,5 metų. Susidariusi situacija didina slaugos poreikį ne tik sveikatos priežiūros įstaigose, bet ir bendruomenėje, namuose.

Vidutinei gyvenimo trukmei ilgėjant svarbus rodiklis yra gyventojų sveikata. Sveikų gyvenimo metų rodiklio sumažėjimas įtakoja augantį slaugos poreikį. Dėl ilgėjančios vidutinės gyvenimo trukmės ir senėjančios visuomenės daugėja sergančiųjų ligomis, būdingomis senyvo amžiaus gyventojams, tai dorsalgija, antropatija, glaukoma, katarakta. Ligonių skaičiaus stacionaruose kaitos dinamika 2001 – 2014 metais pristatoma 2 paveiksle.



2 pav. Ligonių skaičiaus stacionaruose kaitos dinamika 2001 - 2014 metais

Šaltinis: Stacionaro ligonių skaičiaus dinamika (2014). LR Statistikos departamentas, žiūrėta 2016-01-28, <http://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?id=1471&status=A>

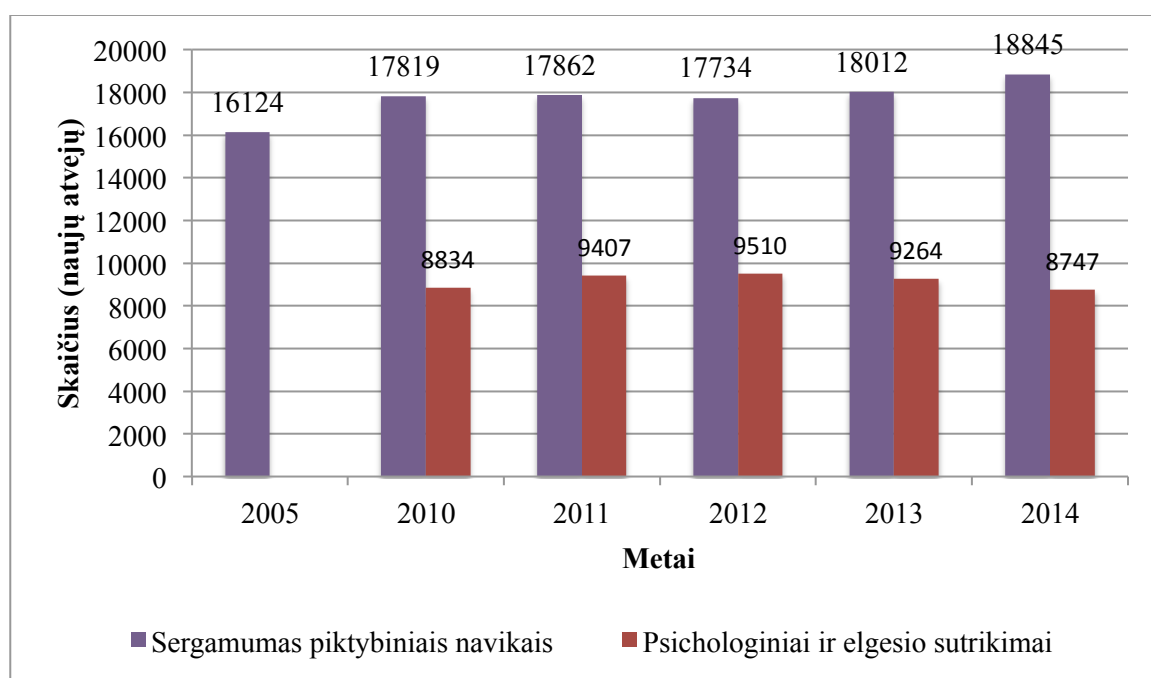
Pagal 2 paveiksle pateiktą informaciją ligonių skaičius stacionaruose be dienos atvejų, palaikomojo gydymo ir slaugos skyriuose gydomų ligonių ir be sanatorių stacionarinės reabilitacijos ligonių nuo 2006 metų iki 2011 metų išaugo 1,08 karto, tačiau nuo 2011 metų stacionaro ligonių skaičius 100 tūkst. gyventojų nežymiai mažėjo ir nuo 2006 metų iki 2014 metų ligonių skaičius išaugo 1,03 karto. Sveikatos sektorius, įvertindamas šią tendenciją ir, žinoma, ekonominę naudą, skatina visas ASPĮ daugiau teikti ambulatorines paslaugas, o ne stacionarines. Tačiau net ir didesnis ambulatorinių paslaugų teikimas negali išspręsti didėjančios gyventojų sergamumo problemos. Siekiant mažinti ligotumą ir ilginti sveikus gyvenimo metus būtinas tarpinstitucinis bendradarbiavimas su kitomis įstaigomis bei didesnis dėmesio skyrimas profilaktinėms asmens sveikatos priežiūros programoms. Valstybė viena ar bendradarbiaudama su kitomis institucijomis turi siekti, kad gyventojai turėtų sveikatingumo pagrindus, juos tobulintų. Atkreiptinas dėmesys ne tik į negalavimų, ligų diagnostiką, gydymą, tačiau ir į ligų prevenciją, visuomenės teisingo požiūrio į sveikatą formavimą bei sveikos gyvensenos skatinimą. O sveiki ir darbingi žmonės – šalies ekonomikos augimo ir tvaraus vystymosi garantas⁸⁷.

2014 metais iš viso Lietuvoje funkcionavo 26 296 lovos (90,0/10 tūkst. gyventojų). Nuo 2009 metų stacionaro lovų skaičius sumažėjo 3,26 proc., daugiausiai sumažėjo onkologijos, infekcinių ligų, otolaringologijos, akušerijos ginekologijos lovos, padidėjo slaugos ir reabilitacijos lovų skaičius. Kadangi daugelyje šalių slaugos lovų nėra, tarptautiniam palyginimui yra naudojamas stacionaro lovų

⁸⁷ Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014 - 2025 metų programos patvirtinimo“, TAR, 9403 (2014).

(be slaugos), taip pat aktyvaus gydymo stacionaro lovų skaičius. Remiantis Higienos instituto duomenimis, 2014 metais Lietuvoje buvo 21 176 stacionaro lovos (be slaugos) arba 72,5/10 tūkst. gyventojų. Lietuvoje aktyvaus gydymo lovos skaičiuojamos atmetus slaugos, reabilitacijos, tuberkuliozės ir psichiatrijos lovas. 2014 metais buvo 15 352 aktyvaus gydymo stacionaro lovų arba 52,6 lovos 10 tūkst. gyventojų. Jos sudarė 58,38 proc. visų stacionaro lovų⁸⁸.

Gyventojų sergamumas lėtinėmis ligomis (piktybiniais navikais) ir psichinėmis ligomis Lietuvoje pastarąjį dešimtmetį išaugo (3 pav.). Tai yra lėtinės ir progresuojančios ligos, kai sergantiesiems reikalinga įvairiapusė pagalba ir slauga ne tik sveikatos priežiūros įstaigose, bet ir namuose.



3 pav. Gyventojų sergamumas piktybiniais navikais ir psichologinio elgesio sutrikimais 2005 - 2014 metais

Šaltinis: Lietuvos statistikos metraštis 2014 (2015). LR Statistikos departamentas, žiūrėta 2016-01-04, osp.stat.gov.lt/services-portlet/pub-edition-file?id=2910/; Sergamumas ir ligotumas psichikos sutrikimais (2015). Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, žiūrėta 2015-12-20, <http://sic.hi.lt/>

Pagal 3 paveiksle pateiktą informaciją akivaizdu, kad vyrų ir moterų bendras sergamumas lėtinėmis ir progresuojančiomis ligomis tendencingai auga – sergamumas piktybiniais navikais išaugo 1,17 karto, sergamumas psichologiniais ir elgesio sutrikimais faktiškai išliko toks pats 2014 metais, tačiau nuo 2010 metų iki 2012 metų išaugo 1,08 karto. Sergamumo pastarosiomis ligomis rodikliai pasirinkti dėl to, kad šios ligos yra lėtinės ir sergant jomis dažniausiai yra reikalinga ilgalaikė ne tik stacionari slauga, bet ir slauga namuose.

⁸⁸ Sveikatos priežiūros išteklių (2014). Lietuvos sveikatos informacijos centras, žiūrėta 2016-01-04, <http://sic.hi.lt/html/spr.htm>

1.3.2. Slaugos specialistų planavimas ir jų rengimas

Remiantis ES statistikos tarnybos (Eurostat) 2013 metų duomenimis, ES buvo beveik 505 mln. (2015 metais ES gyventojų skaičius 508,2 mln.) gyventojų, o aktyvių slaugytojų tik 3,3 mln. Paskaičiuota, kad viena slaugytoja turi aptarnauti 153 gyventojus. Palyginus su bendru gyventojų skaičiumi ir įvertinus visuomenės senėjimą, sergamumo didėjimą, naujų procedūrų ir terapijų, įtraukiant pažangių technologijų naudojimą, epideminių ligų plitimą, slaugytojų skaičius yra nepakankamas, kad aptarnautų slaugos poreikių turinčius gyventojus bei užtikrintų teikiamų paslaugų kokybę. Tinkamas slaugytojų skaičius, jų vertinimas, motyvavimas sumažina pacientų mirtingumo skaičių, sutrumpina hospitalizacijos laiką, sumažina išlaidas medikamentams⁸⁹. Norint pasiekti geresnius aukščiau išvardintus rodiklius Lietuvos slaugos politikai reikalingi pokyčiai, galintys pakeisti ne tik pačių slaugytojų situaciją Lietuvoje, bet tuo pačiu pagerinti visuomenės narių gyvenimo kokybę, sumažinti sveikatos sistemai skiriamas išlaidas. Užfiksavus faktą, kad slaugytojų poreikis Lietuvoje yra nuolatos augantis, toliau darbe pristatoma slaugytojų skaičiaus kaitos dinamika 1999 - 2015 metais (4 pav.).



4 pav. Slaugytojų skaičiaus kaitos dinamika 1999 - 2015 metais Lietuvoje

Šaltinis: LR Statistikos departamentas, žiūrėta 2016-01-26, <http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniu-rodikliu-analize?portletFormName=visualization&hash=0a1ea39c-4de3-4453-a16a-e3b1a9a320f1>

⁸⁹ Danutė Margelienė, *supra* note 26.

Iš 4 lentelėje pateiktos informacijos matyti, kad slaugytojų skaičius nuo 1999 metų Lietuvoje tendencingai mažėjo. Nuo 1999 metų iki 2015 metų slaugytojų skaičius sumažėjo 1,26 karto nuo 28 100 iki 22 254 slaugytojų. Statistiniai rodikliai⁹⁰ rodo, kad per pastarąjį dešimtmetį (2005 – 2015 metai) gydytojų skaičius beveik nekito, tačiau 8,2 proc. sumažėjo slaugytojų skaičius. Tikėtina tokia situacija susiklostė dėl tam tikrų problemų sveikatos politikos srityje – dėl per didelių darbo krūvių, per mažų darbo užmokesčių, menko slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo procesuose, dėl mokymo programų stokos, kvalifikacijos kėlimo galimybių neužtikrinimo bei nepakankamo slaugytojų veiklos teisinio reglamentavimo.

J. Buchan ir L. Aiken (2008) išskiria šiuos aštuonis pagrindinius principus efektyviam žmogiškųjų išteklių planavimui: įpareigoti ir užtikrinti visų suinteresuotųjų šalių (finansų, paslaugų planuotojų, švietimo institucijų, viešojo/privataus sektoriaus darbdavių) dalyvavimą planavimo procese apibrėžiant aiškias atsakomybės ir atskaitomybės ribas; susisteminti turimą darbuotojų skaičiaus, jų atliekamų veiklų ir finansinių išteklių informaciją organizacijos, regiono ir visos šalies mastu; įvertinti darbo jėgos dinamiką ir srautus tarp sektorių ir organizacijų, t.y. suplanuoti galimą paklausą ir poreikį; parengti ir plėtoti apžvalginę analizę nustatant pokyčiams reikalingą darbuotojų poreikį pagal jų atliekamas veiklas ir kieki; parengti ir suderinti planavimo kriterijų rinkinį, kuriais nustatoma darbo jėga pagal tam tikras atliekamas veiklas; naudoti „o kas, jeigu?“ analizę modeliuojant įvairius scenarijus skatinant paslaugų paklausą ir su ja susijusį darbo jėgos poreikį; patvirtinti nacionalinį darbo jėgos planavimo modelį; sukurti darbuotojų skaičiaus pokyčių monitoravimo sistemą bei ją plėtoti kaskart atnaujinant⁹¹. Remiantis šiais išskirtais principais galima sėkmingai planuoti slaugos specialistų poreikį užtikrinant ekonominį personalo veiksmingumą ir kokybiškesnių slaugos paslaugų teikimą. Tačiau Lietuvoje iki šiol nėra sukurta slaugytojų poreikio prognozavimo sistema, dėl šios priežasties pakankamai sudėtinga racionaliai paskirstyti slaugos specialistus siekiant užtikrinti slaugos paslaugų kokybę ir tinkamą, saugią darbo aplinką darbuotojams.

Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimas yra svarbus šalies sveikatos sistemai siekiant užtikrinti darbo jėgą, gebančią tinkamai patenkinti visuomenės poreikius. Vadovaujantis LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu SAM prognozuoja sveikatos priežiūros specialistų poreikį ir formuoja valstybės užsakymą rengti šiuos specialistus⁹². SAM tikslas – užtikrinti reikiamą sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų skaičių tinkamai planuojant jų pasiūlą ir poreikį bei numatant ateities viziją. Mokymo įstaigų tikslas – tinkamai parengti numatytą kvalifikuotų, mokslui ir

⁹⁰ „Medicinos darbuotojų dieną minint“, Vilnius, 2015 balandžio 27 d., žiūrėta 2015-12-18, <https://osp.stat.gov.lt/informaciniai-pranesimai?articleId=3337123>;

Higienos institutas, žiūrėta 2016-01-26, <http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniu-rodikliu-analize?portletFormName=visualization&hash=0a1ea39c-4de3-4453-a16a-e3b1a9a320f1>;

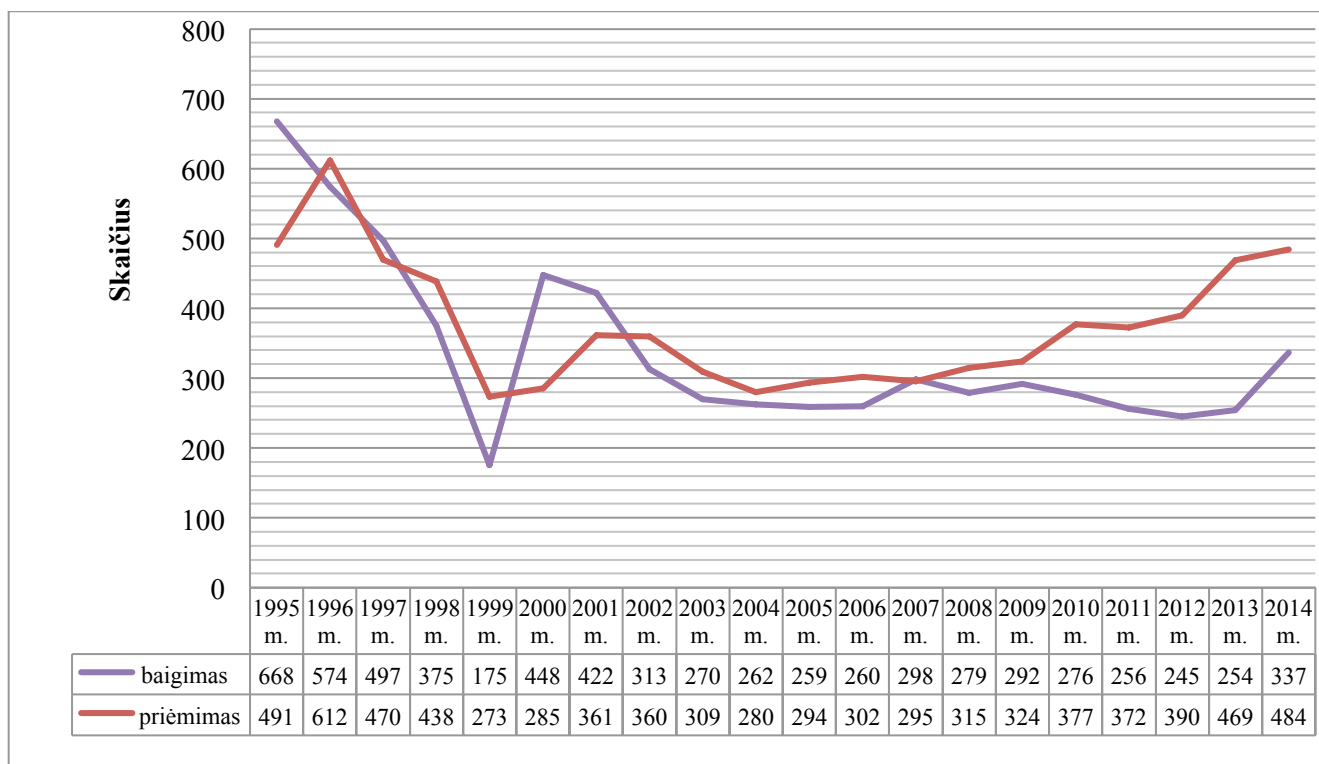
⁹¹ James Buchan ir Linda Aiken, „Solving nursing shortage: a common priority,” *Journal of Clinical Nursing* 17, 24 (2008): 3262, žiūrėta 2015-12-12, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02636.x/abstract>

⁹² Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, *Valstybės žinios* 66, 1572 (1996).

naujausioms technologijoms imlų specialistų skaičių, kurie, dirbdami sveikatos priežiūros sistemoje, gebėtų praktiškai pritaikyti naujausias slaugos mokslo žinias ir technologijas bei gerintų pacientams teikiamų paslaugų kokybę.

Pirmos ir antros pakopos universitetines studijas teikia didieji Lietuvos universitetai – Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Klaipėdos universitetas. Trečios pakopos, slaugos krypties doktorantūros, studijas suteikta teisė vykdyti LSMU. Studentai, baigę ketverių metų trukmės pirmos pakopos studijas ir įgiję bendrosios praktikos kvalifikaciją turi gebėti atlikti ne tik pagrindinius slaugos veiksmus, tačiau turi gebėti vykdyti mokslinius tyrimus bei atlikti šviečiamąją veiklą. Įgytas kompetencijas gali pritaikyti dirbant mokyklose, namuose, sveikatos centruose, ligoninėse, pirminės sveikatos priežiūros įstaigose ir kitose sveikatos priežiūros įstaigose. Antros pakopos studijų programos suteikia teorinių žinių slaugos kokybei vertinti, planuoti mokslinius darbus ir sudaro galimybes mokslinių darbų rezultatus patikrinti praktikoje. Asmenys, įgiję slaugos magistro profesinę kvalifikaciją gali dirbti slaugos dėstytojais ir mokslininkais, slaugos administratoriais, slaugos koordinatoriais, slaugos konsultantais.

2015 metų spalio mėnesį vykusiame sveikatos priežiūros įstaigų organizavimo aktualijų aptarimo seminare SAM pristatė slaugytojų rengimo pokyčius medicinos mokyklose ir kolegijose per pastaruosius dvidešimt metų (5 pav., 6 pav.).

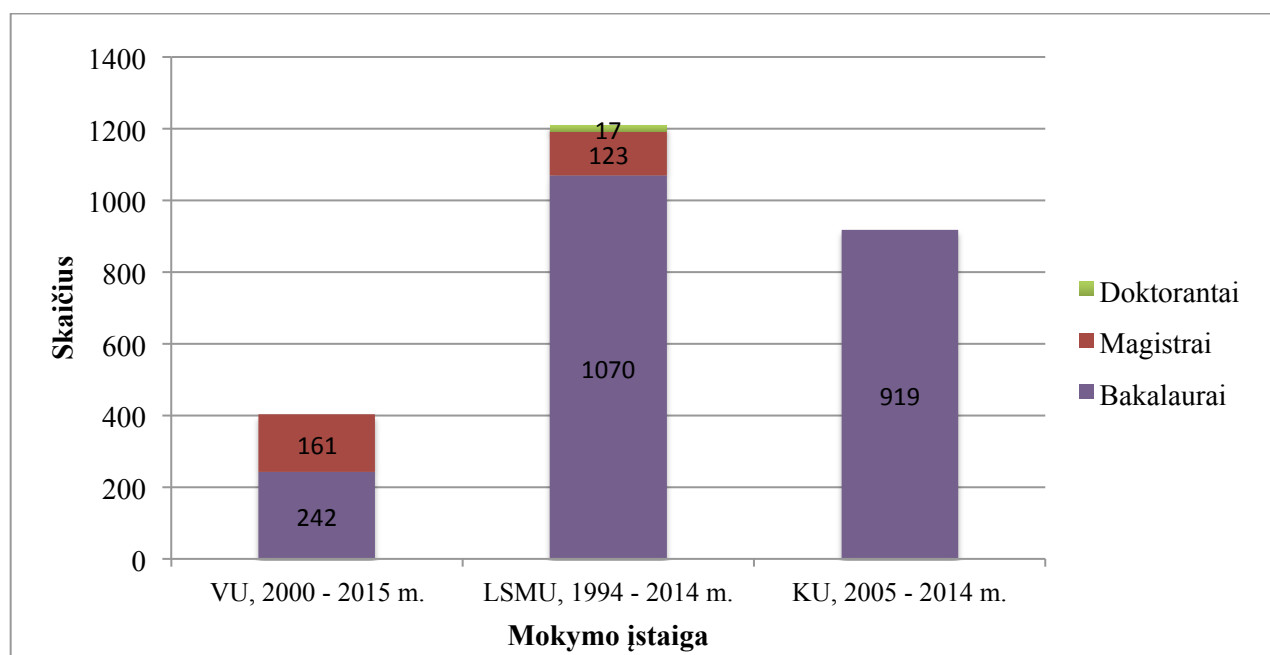


5 pav. Slaugytojų priėmimas ir baigimas medicinos mokyklose ir kolegijose 1995 – 2014 metais

Šaltinis. cit. pagal Nijolė Bielinienė, „Slaugytojų profesinė veiklą reglamentuojantys teisės aktai, jų taikymo aktualijos.“

Pranešimas seminare Sveikatos priežiūros įstaigų administravimo aktualijos, Panevėžys, 2015 spalio 27 d.

5 paveikslas vaizduoja, kad nuo 2004 metų į slaugos studijas įstoja vis daugiau studentų. Nors baigusiųjų slaugos studijas skaičius nėra paralelus įstojusiųjų skaičiui, tačiau pastaraisiais metais parengiama vis daugiau slaugos specialistų.



6 pav. Slaugos studijų baigimas 1994 – 2015 metais

Šaltinis. cit. pagal Nijolė Bielinienė, „Slaugytojų profesinė veiklą reglamentuojantys teisės aktai, jų taikymo aktualijos.“ Pranešimas seminare Sveikatos priežiūros įstaigų administravimo aktualijos, Panevėžys, 2015 spalio 27 d.

1994 – 2014 metų laikotarpiu VU, LSMU, KU parengė 2 231 slaugos bakalaurus, 284 slaugos magistrus ir 17 slaugos mokslo daktarų. Daugiausiai slaugos specialistų paruošia LSMU: 2014 metais - 239 slaugos bakalaurus, 75 klinikinės slaugos magistrantus; 2013 metais – 189 slaugos bakalaurus, 81 klinikinės slaugos magistrantus; 2012 metais – 187 slaugos bakalaurus, 68 klinikinės slaugos magistrantus; 2011 metais – 213 slaugos bakalaurus, 34 klinikinės slaugos magistrantus⁹³.

Remiantis 5 ir 6 pav. pateiktais duomenimis, kasmet slaugos specialistų į universitetus ir kolegijas priimama vis daugiau, pastaraisiais metais jų paruošiama vis daugiau, tačiau šie skaičiai neišsprendžia slaugos specialistų trūkumo Lietuvoje problemos, o priešingai, patenkina kitų užsienio šalių slaugos specialistų poreikį.

Pagrindiniuose teisės aktuose, reglamentuojančiais slaugos praktiką, nurodoma, kad bendrosios praktikos slaugytojo profesinė kvalifikacija įgyjama aukštojoje mokykloje baigus mokslus pagal slaugos studijų programą⁹⁴, slaugos specializaciją aukštojoje mokykloje įgyja bendrosios praktikos slaugytojai arba akušeriai, baigę pasirinktos specializuotos slaugos srities neformaliojo švietimo

⁹³ Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, žiūrėta 2016-01-30, <http://www.lsmuni.lt/lt/apie-universiteta/svarbus-dokumentai/>

⁹⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo, *supra* note 10.

programą⁹⁵. Specializuotų slaugos sričių sąrašą ir specializuotų slaugos sričių neformaliojo švietimo programų reikalavimus nustato sveikatos apsaugos ministras. Lietuvoje patvirtintos penkios slaugos specializacijos: psichikos sveikatos slaugos, anestezijos ir intensyviosios terapijos, bendruomenės slaugos, operacinės slaugos ir skubiosios medicinos pagalbos, tačiau, įvertinus didėjančių slaugos specialistų trūkumą, senėjančią visuomenę, didėjančių gyventojų sergamumą bei augančius pacientų poreikius ir sparčiai diegiamas elektronines technologijas, šių specializacijų nepakanka aptarnauti esamo pacientų poreikio bei užtikrinti kokybiškai teikiamas slaugos paslaugas. SAM, siekdama išspręsti šias susiklosčiusias problemas bei sumažinti pacientų laukimo eiles ir kaštus dėl brangaus gydytojų specialistų paruošimo, dar 2014 metais patvirtino išplėstinės slaugos praktikos gaires atitinkamai pakeitus kitus teisės aktus, susijusius su šiomis gairėmis. Gairėmis siekiama pagerinti pirminės sveikatos paslaugų prieinamumą, sumažinti eiles pas gydytojus, hospitalizacijų skaičių, efektyviau naudoti lėšas, racionaliau paskirstyti sveikatos priežiūros specialistus⁹⁶. Tačiau tik praėjus metams laiko pakeistas vienas kertinių slaugos praktiką reglamentuojančių dokumentų – LR Slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas, kuris apibrėžia, kad bendrosios praktikos slaugytojo ar akušerio profesinė kvalifikacija įgyjama aukštojoje mokykloje baigus slaugos ar akušerijos studijų programas, o išplėstinės praktikos slaugytojo profesinė kvalifikacija įgyjama baigus medicinos gydytojus rengiančiame universitete slaugos magistrantūros studijų programą ir išlaikius kvalifikacinį egzaminą⁹⁷. Nuo 2015 metų Lietuvos sveikatos mokslų universitetas vykdo išplėstinės slaugos praktikos magistrantūros studijų programą, į kurią įstojo keturiolika slaugytojų. Tačiau išplėstinės slaugos praktikos programos aprašas neskelbiamas viešai, todėl visuomenei ir sveikatos priežiūros specialistams nėra žinomas programos turinys, teorinio ir praktinio paruošimo santykis. Taip pat iki šiol neparengta nauja medicinos norma dėl išplėstinės praktikos slaugytojo teisių, pareigų, kompetencijų ir atsakomybės nustatymo, nepakeisti įsakymai dėl receptų rašymo ir kiti. Atkreiptinas dėmesys, kad išplėstinės slaugos praktikos slaugytojai ruošiami ketverius metus, vadinasi, „išmaniųjų“ slaugytojų panaudojimo rezultatus bus galima įvertinti tik po mažiausiai penkerių metų. Būtina įvertinti riziką, kad ne visi keturiolika įstojusiųjų baigs studijas – paruoštų „išmaniųjų“ slaugytojų skaičius gali žymiai sumažėti ir apsunkintų naujos programos rezultatų vertinimą.

Slaugos specialistai, turintys aukštą kvalifikaciją, įgiję žinių, praktinių įgūdžių ir gebantys tinkamai ir kokybiškai atlikti jiems priklausančius veiksmus įtakoja ne tik slaugos, bet ir visos sveikatos sistemos užsibrėžtų tikslų įgyvendinimą. Tačiau turi būti atitinkamas darbo užmokestis.

⁹⁵ Lietuvos Respublikos slaugos praktikos įstatymo pakeitimo įstatymas „Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas“, *Valstybės žinios* 62, 2224 (2009).

⁹⁶ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl išplėstinės slaugos praktikos gairių patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 9961, *TAR* (2014).

⁹⁷ Lietuvos Respublikos Slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymo Nr. IX-413 2, 3, 4, 8, 11, 12, 13 straipsnių, trečiojo skirsnio pavadinimo pakeitimo ir įstatymo papildymo 11¹ straipsniu įstatymas, *TAR*, 11091 (2015).

1.3.3. Slaugytojų praktinės veiklos ir darbo užmokesčio politika

Slaugytojų atlyginimas priklauso nuo sveikatos priežiūros įstaigos - rajono, regiono, respublikinės ir vieningos slaugytojų darbo užmokesčio metodikos nėra nustatyta. SAM, įgyvendindama Šešioliktosios Vyriausybės 2012 – 2016 metų programą patvirtino Valstybės ir savivaldybių viešųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų sveikatos priežiūros ir farmacijos paslaugas teikiančių darbuotojų (išskyrus vadovų ir jų pavaduotojų) darbo užmokesčio nustatymo kriterijus⁹⁸. Vadovaujantis šiais kriterijais, įstaigos darbuotojų darbo užmokestį turi sudaryti pagrindinis darbo užmokestis, susidedantis iš pastoviosios ir kintamosios dalies, priedai, priemokos bei vienkartinės pinigines išmokos. Darbo užmokesčio bazinis dydis, kaip ir priedų, priemokų ir vienkartinių piniginių išmokų dydžiai, tvirtinami įstaigos vadovo įsakymu, suderinus su įstaigos Stebėtojų taryba ir įstaigoje veikiančiomis profesinėmis sąjungomis bei atsižvelgiant į šiuo įstatymu rekomenduojamus kriterijus, kolektyvinę sutartį ir kitus teisės aktus. Taigi, darbuotojų darbo užmokestis priklauso nuo ASPĮ finansinių galimybių, kurias įtakoja pacientų srautai, valstybės skiriamos lėšos, apmokėjimo subtilybės už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, gebėjimas įsisavinti skiriamas lėšas, ES skiriamos paramos lėšos, tačiau darbo užmokesčio didinimui neskiriamas papildomas finansavimas. Kadangi minimalus darbo užmokestis šalyje didėja, ASPĮ yra priverstos ieškoti papildomų lėšų iš savo vidinių rezervų. Vyriausybė ir ministerijos turi siekti, kad valstybės investicijos sveikatos sektoriui padidėtų – tai pabrėžiama ir Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programoje, kurioje pripažįstama, kad per 2004 – 2012 metus valstybės finansavimo dalis tarp bendrųjų išlaidų sveikatos priežiūrai nekito ir sudarė 65 – 72 proc. bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų⁹⁹. 2012 metų duomenimis tarp ES ir Laisvosios prekybos asociacijos (ELPA) šalių Lietuva sveikatos sektoriui skyrė bene mažiausią dalį nuo BVP – 6,59 proc. Už Lietuvą mažiau sveikatos sektoriui skyrė tik Latvija, Estija ir Rumunija, o daugiausiai sveikatai išleido Nyderlandai – 12,1 proc. nuo BVP¹⁰⁰.

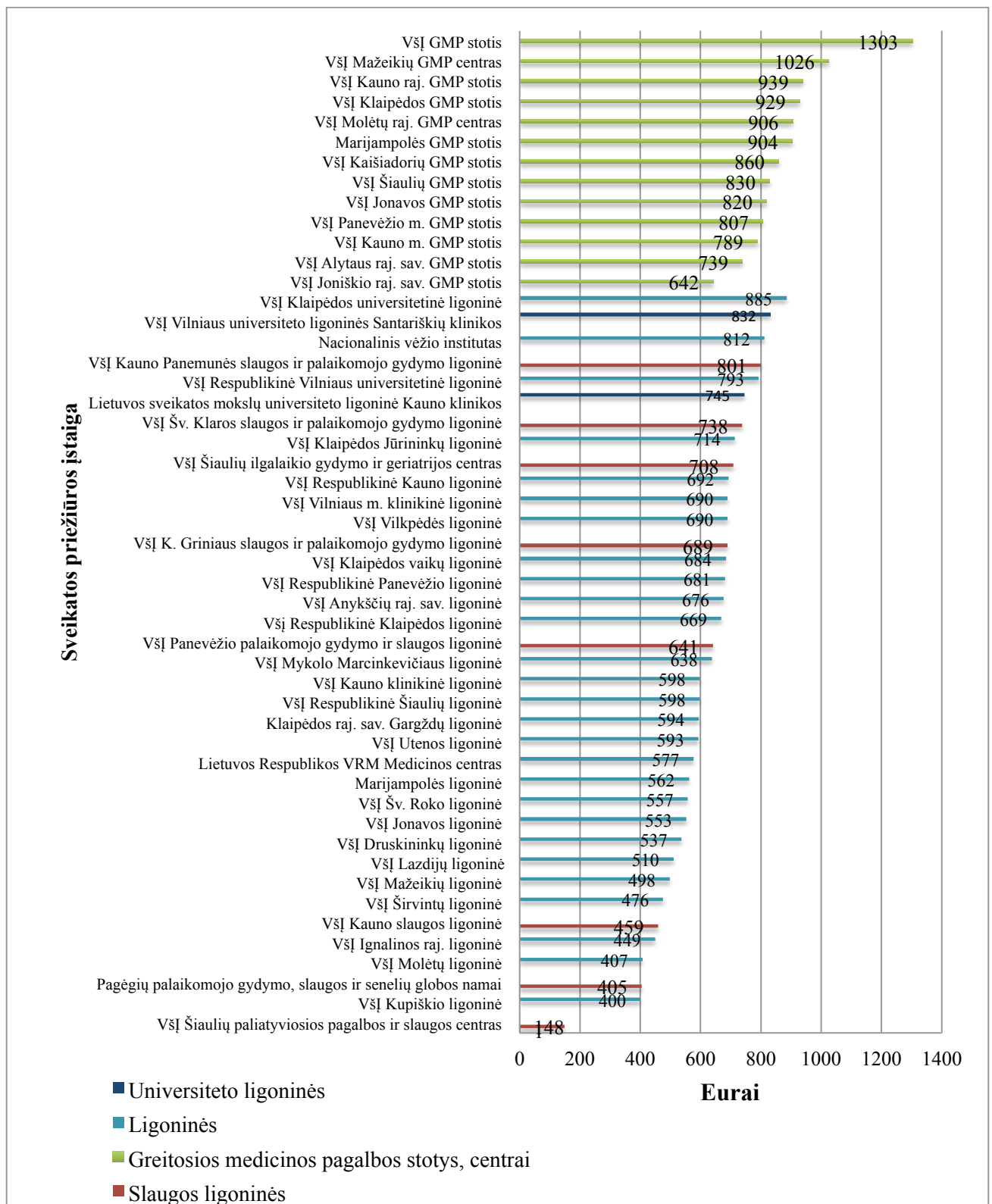
PSO pripažįsta, kad daugelyje Europos šalių (įskaitant Lietuvą) slaugytojų darbo užmokestis vis dar žemesnis už vidutinį šalies darbo užmokestį¹⁰¹. Pastebėta, kad Lietuvoje slaugytojų darbo užmokestis ne tik kad nėra aukštas, tačiau ir netolygus geografinėje plotmėje (7 pav.), kai tuo tarpu jų atliekamas darbas yra sudėtingas ir reikalauja visapusiško išsilavinimo bei nuolatos tobulinamos kvalifikacijos.

⁹⁸ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl valstybės ir savivaldybių viešųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų sveikatos priežiūros ir farmacijos paslaugas teikiančių darbuotojų (išskyrus vadovų ir jų pavaduotojų) darbo užmokesčio nustatymo kriterijų patvirtinimo, *TAR*, 1228 (2014). Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Sveikatos apsaugos ministro 2014 m. lapkričio 25 d. įsakymo Nr. V-1228 „Dėl valstybės ir savivaldybių viešųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų sveikatos priežiūros ir farmacijos paslaugas teikiančių darbuotojų (išskyrus vadovų ir jų pavaduotojų) darbo užmokesčio nustatymo kriterijų patvirtinimo“ pakeitimo, *TAR*, 2365 (2015).

⁹⁹ Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014 - 2025 metų programos patvirtinimo“, *TAR*, 9403 (2014).

¹⁰⁰ Lietuvos sveikatos statistika 2014 (2015). Sveikatos informacijos centras, žiūrėta 2016-01-26, <http://sic.hi.lt>

¹⁰¹ World Health Organization, *supra* note 62.



7 pav. Slaugytojų darbo užmokesčio netolygumai 2015 metais Lietuvoje skirtingo lygio sveikatos priežiūros įstaigose

Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa prie SAM, (2015), žiūrėta 2016-01-27, <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/gydytojiurslaugytojudarbuuzmokestis/Documents/0303%202014%20m.%20ir%202015%20m.%20ASPI%20slaugytoju%20VDU.pdf>

Pagal VLK pateiktus slaugytojų 2015 metų III ketvirčio vieno mėnesio vidutinio darbo užmokesčio (bruto) duomenis yra susidaręs nemažas slaugytojų darbo užmokesčio skirtumas skirtingose sveikatos priežiūros įstaigose. Vidutinis mėnesinis darbo užmokestis Lietuvoje 2015 m. III ketvirtyje buvo 735,1 eurais, 2015 metų IV ketvirtį vidutinis mėnesinis darbo užmokestis padidėjo iki 756,9 eurų, tačiau daugumos slaugytojų darbo užmokestis nesiekia vidutinio vieno mėnesio darbo užmokesčio. Didžiausią vidutinį darbo užmokestį gauna greitosios medicinos pagalbos stotyse ir universitetinėse ligoninėse dirbantys slaugytojai – nuo 745 iki 1 303 eurų. Mažiausiai uždirba rajonų ir regionų ligoninėse dirbantys slaugytojai, kurių vidutinis darbo užmokestis yra nuo 400 eurų. Lietuvoje slaugos paslaugas teikiančių įstaigų nėra daug, tačiau pastebėta, kad slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse dirbančių slaugytojų atlyginimai labai skirtingi: VšĮ Šiaulių paliatyvosios pagalbos ir slaugos centre dirbantys slaugytojai neatskaičius mokesčių uždirba 148 eurus, VšĮ Kauno slaugos ligoninėje – 459 eurus, o VšĮ Šv. Klaros slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė ar VšĮ Kauno Panemunės slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje dirbantys slaugytojai gauna atitinkamai 738 eurus ir 801 eurus neatskaičius mokesčių.

Lietuvoje slaugytojo darbas nėra pakankamai vertinamas finansiškai. Slaugytojų vidutinis darbo užmokestis yra žemesnis lyginant jį su visų šalies gydymo įstaigų darbuotojų vidutiniu uždarbiu, todėl Lietuvos slaugytojai neretai emigruoja į kitas užsienio valstybes, kuriose slaugytojo darbas yra labiau vertinamas ir geriau apmokamas.

Dar viena problema, daranti neigiamą įtaką slaugytojo profesijos pasirinkimui ir slaugytojo veiklai yra didelis darbo krūvis¹⁰². Darbo krūvis, kuriam priskiriamas darbuotojo darbo ir poilsio laikas, darbo funkcijų atlikimas ir už tai gaunamas užmokestis, paskirstomas vadovaujantis Darbo kodeksu bei kitais įstatais ar poįstatyminiais teisės aktais. DK įpareigoja darbdavį užtikrinti darbuotojui normalias darbo sąlygas tinkamam darbo normų atlikimui. DK XIII skyrius nustato darbo laiko struktūrą, jo trukmę: standartinė darbo laiko trukmė pagal DK yra ne ilgesnė kaip keturiasdešimt valandų per savaitę, kasdienė darbo laiko trukmė neturi viršyti aštuonių darbo valandų, o mažiausias darbo laikas, įskaitant ir viršvalandžius, per septynias dienas neturi viršyti keturiasdešimt aštuonių valandų¹⁰³.

Dar 2011 metais įvertinus pagrindines sveikatos sistemos problemas ir jų priežastis tvirtinant Lietuvos sveikatos sistemos 2011 – 2020 metų plėtros metmenis buvo užsibrėžta tobulinti sveikatos priežiūros vadybą ir finansavimą, persvarstyti slaugytojų ir gydytojų atliekamas darbo funkcijas,

¹⁰² Didelį indėlį analizuojant darbuotojų darbo krūvius skyrė Virdžinijos sandraugos universiteto (Virginia Commonwealth University, VCU) profesorius Yasar A. Ozcan, parašęs mokslinę knygą *Quantitative Methods in Health Care Management: Techniques and Applications* (2009), bei Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos užsakyta Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „Dienos fotografijos“ analizė (2011), tačiau darbuotojų darbo krūvių aptarimui būtina atskira nuodugni analizė.

¹⁰³ Lietuvos Respublikos darbo kodeksas, *Valstybės žinios* 64, 2569 (2002).

sveikatos specialistų rengimą ir kvalifikacijos tobulinimą derinti su sveikatos sistemos prioritetais¹⁰⁴. Tačiau šie užsibrėžti tikslai įgyvendinami per lėtai ir fragmentuoti. LR Seimo Sveikatos reikalų komitetas, išklausęs SAM, VLK, LSSO, Lietuvos akušerių sąjungos, Lietuvos slaugytojų vadovų sąjungos atstovų įvardijamas pastabas, kad daugumoje sveikatos priežiūros įstaigų nėra patvirtintų slaugos specialistų darbo krūvių, o sveikatos priežiūros įstaigų nustatytose darbo apmokėjimo tvarkose neskiriama pakankamai dėmesio į slaugos specialistų darbo apmokėjimą diferencijuojant jų atlyginimą pagal atliekamo darbo intensyvumą, sudėtingumą ir išsilavinimą, kad slaugytojos verčiamos dirbti slaugytojų padėjėjų ar valytojų darbą, o pirminės sveikatos priežiūros centrų slaugytojų darbas nukreiptas į pagalbą gydytojui, o ne bendruomenės slaugos paslaugų teikimui priėmė sprendimą dėl slaugytojų darbo krūvio ir apmokėjimo tvarkos ir pateikė SAM ir ASPĮ steigėjams bei vadovams galimus šių problemų sprendimo būdus¹⁰⁵. Atsižvelgdama į pateiktus siūlymus SAM patvirtino darbo krūvių nustatymo tvarkos aprašą¹⁰⁶. Remiantis šiuo aprašu slaugytojų darbo krūviai nustatomi atsižvelgiant į jų teikimo vietą, profilį ir sritis, taip pat pateikta darbo krūvio apskaičiavimo formulė ambulatorinės slaugos srityje dirbantiems slaugytojams bei pateiktos slaugytojų, slaugytojų padėjėjų ir pacientų rekomenduojamas maksimalus santykis stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

M. Hughes (1999) pateikia šešis darbo krūvių skaičiavimo metodus, kuriais matuojamas darbuotojų darbo intensyvumas: registravimas (angl. *logging*), kuomet darbuotojai fiksuoja savo atliekamų veiklų spektrą ir laiką, skirtą jų atlikimui; vertinimas (angl. *estimating*), kai yra spėjamas, numanomas darbuotojo darbo krūvis, retrospektyvinis vidurkis (angl. *historical averaging*), kai darbo krūvis nustatomas remiantis ankstesnio, t.y. praėjusio, laikotarpio duomenimis; standartizuotas (angl. *predetermined standarts*), kai per tam tikrą laiko tarpą privalo būti suteikta kokybiška tam tikra asmens sveikatos priežiūros paslauga (gali būti skaičiuojama lovadieniais arba atskira procedūra); darbo epizodo analizė (angl. *work sapling*), kai stebėjimo būdu nustatoma darbuotojo veikla per tam tikrą laiko tarpą (per valandą, pamainą, dieną); laiko ir judėjimo analizė (angl. *time-and-motion studies*), kuomet yra sekama darbuotojo veikla registruojant laiką, sugaištą tam tikro veiksmo atlikimui¹⁰⁷. Vieni tiksliausių darbo krūvio apskaičiavimo metodai yra darbo epizodo bei laiko ir judėjimo analizės metodai. Tačiau šie metodai turi nemažai trūkumų. Visų pirma vertinant darbuotojo veiklą per tam tikrą apibrėžtą laiko tarpą sunkumų sukelia pastoviai kintantis pacientų skaičius, jų sunkumo laipsnis bei kiti nenumatyti veiksmi. Laiko ir judėjimo analizės metodo didžiausias trūkumas – laikas, skirtas darbuotojų veiklų registravimui. Tai – intensyvus ir ilgas tyrimas,

¹⁰⁴ Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011 - 2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“, *Valstybės Žinios* 73, 3498 (2011).

¹⁰⁵ Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komiteto sprendimas „Dėl slaugytojų darbo krūvio ir apmokėjimo tvarkos“, 2010 m. spalio 27 d.

¹⁰⁶ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl slaugytojų darbo krūvio nustatymo tvarkos aprašo tvirtinimo“, *Valstybės žinios* 55, 2751 (2012).

¹⁰⁷ Mark Hughes, „Nursing workload: an unquantifiable entity“, *Journal of Nursing Management*, 7, 6 (1999): 317, žiūrėta 2016-02-04), <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2834.1999.00148.x/abstract>

reikalaujantis išsamios analizės. Šį metodą tikslingiausia būtų taikyti nustatant laiką, per kurį turi būti atliekamos tam tikros asmens sveikatos priežiūros paslaugos. Taip pat darbuotojų veiklą iškreipia tiesioginis jų stebėjimas.

Slaugos dokumentavimas – vienas iš pigesnių darbo krūvių apskaičiavimo metodų užtikrinantis ne tik tolygų darbo krūvio paskirstymą, tačiau ir slaugos teikiamų paslaugų kokybę bei įteisinantis slaugytojų savarankiškumą. Lietuvos medicinos normoje MN 28:2011 nurodoma, kad slaugytojas privalo tvarkyti slaugos dokumentaciją ir teikti statistikos ir kitus privalomosios atskaitomybės duomenis Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka¹⁰⁸. Slaugos dokumentavimo prievolę tinkamai tvarkyti slaugos (medicinos) dokumentaciją apibrėžia ir Slaugos praktikos įstatymas¹⁰⁹, tačiau bendri slaugos dokumentavimo principai nėra sukurti. Slaugos dokumentavimas – tai įrankis, leidžiantis planuoti, vertinti ir siekti geresnių sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybės rezultatų parodant slaugos veiksmingumą ir gydymo rezultatų priklausomybę nuo slaugos¹¹⁰. Anot L. Gudelių – Gudelevičienės, slaugos darbo kokybę priklauso nuo individualaus slaugos darbuotojo darbo bei slaugos proceso apskaitos, taip pat nuo slaugos rezultatų¹¹¹. Slaugos dokumentavimas nepagerina teikiamų slaugos paslaugų, tačiau puikiai atspindi slaugos paslaugų kokybę. Kadangi slaugos paslaugas tam pačiam pacientui teikia daugiau nei vienas slaugos specialistas, slaugos dokumentavimas leidžia pagerinti komandinio darbo rezultatus, tačiau tam būtina dokumentuoti kiekvieną atliekamą slaugos veiksmą. Slaugos proceso dokumentavimas yra svarbi priemonė užtikrinant priežiūros tęstinumą ir perimamumą, atskleidžiant slaugos veiksmų efektyvumą ir užtikrinant paciento priežiūros atsakomybę. L. Gudelių – Gudelevičienė teigdama, kad slaugos procesas apima ir veiklą, ir jos dokumentavimą¹¹², rekomenduoja slaugos dokumentavimo schemą, pateiktą 2 priede.

1.3.4. Slaugytojų dalyvavimas slaugos politikoje

Slaugytojų dalyvavimas slaugos politikoje yra svarbus veiksnys prisidedant prie slaugos politikos formavimo ir jos įgyvendinimo. Slaugytojų dalyvavimą slaugos politikoje įtakoja dalyvavimo sąlygų suteikimas ir saugus mikroklimatas sveikatos priežiūros įstaigose. Pastebėta, kad respublikinio, regioninio ir rajoninio lygmens ligoninėse dirbančių slaugytojų psichosocialinė darbo aplinka reikšmingai skiriasi. Rajoninėse ligoninėse dirbančios slaugytojos blogiau vertina psichosocialinę

¹⁰⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo, *supra* note 10.

¹⁰⁹ Lietuvos Respublikos slaugos praktikos įstatymas, *supra* note 22.

¹¹⁰ Luciani C. Et.al., „Quality improvement: evolution and use of nursing records in a complex organization: the experience of Policlinico Umberto I of Rome – Italy”, *Professioni Infermieristiche* 57, 1 (2004): 15.

¹¹¹ Loreta Gudelių – Gudelevičienė, „Kaip užtikrinti slaugymo kokybę“, *Slauga: mokslas ir praktika*, 2004, p. 6.

¹¹² *Ibid.*

darbo aplinką dėl didesnio darbo krūvio, nesaugumo ir mažesnio restruktūrizavimo numatytų pokyčių įgyvendinimo teisingumo, dažniau patiria grąsinimus, jų pasitenkinimas gyvenimu mažesnis. Respublikinėse ligoninėse dirbančios slaugytojos geriau vertina socialinę vadovų paramą. Rajoninėse ligoninėse dirbančių slaugytojų subjektyviai su restruktūrizavimu siejamo situacinio nerimo lygis aukštesnis, lyginant su respublikinėse ir regioninėse ligoninėse dirbančiosiomis respondentėmis¹¹³. Manoma, kad dėl tokios situacijos nukenčia slaugytojų gyvenimo kokybė – dažnėja žalingų įpročių paplitimas, raminamųjų vaistų vartojimas, kyla įvairios psichologinės problemos¹¹⁴. Visos šios tendencijos daro neigiamą įtaką tiek pačioms slaugytojoms, tiek ir jų profesijos vertinimui visuomenėje, todėl labai svarbu, kad slaugos atstovai patys aktyviai dalyvautų sprenddami savo profesijos problemas.

S. P. Huntington ir J. M. Nelson (1976) pagrindinį politinio dalyvavimo tikslą įvardija piliečių veiklą, nukreiptą įtakoti vyriausybės sprendimų priėmimo procesą¹¹⁵. Slaugytojai turi visas galimybes burtis į profesines organizacijas ir kartu spręsti slaugos problemas. Lietuvoje veikia nemažai slaugos organizacijų: tai ir Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto įkurta Lietuvos universitetinio išsilavinimo slaugytojų draugija (LUSD), vienijanti universitetinio išsilavinimo slaugytojus, Lietuvos operacinės slaugytojų draugija (LOSD), anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų draugija (AITSD), Lietuvos slaugytojų vadovų sąjunga, vienijanti slaugytojų vadovus bendrai veiklai reorganizuojant ir tobulinant slaugos paslaugas. Taip pat slaugytojų interesus gina viena didžiausių slaugos organizacijų – Lietuvos slaugos specialistų organizacija (LSSO). Tai – nevyriausybėnė organizacija, siekianti suvienyti ir atstovauti lietuvoje dirbančius slaugytojus ir asmenis, kurie tiesiogiai ar netiesiogiai yra susiję su slaugos mokslu ir praktika¹¹⁶. Aktyviai bendradarbiaudama su sam ir būdama Tarptautinės slaugytojų tarybos (TST), Europos slaugytojų asociacijų federacijos (ESAF), Europos nacionalinių slaugytojų ir akušerių asociacijų forumo prie Pasaulinės sveikatos organizacijos pilnateise nare, taip pat turėdama savo atstovą Europos slaugos mokslinių tyrėjų grupėje (WENR), LSSO atstovauja ir gina slaugytojų profesinius darbo, ekonominius, socialinius teisės ir teisėtus interesus, teikia siūlymus valstybės ir kitoms institucijoms, skatina slaugytojus aktyviau dalyvauti politiniame gyvenime. Taikant stebėjimo dalyvaujant metodą galima teigti, kad slaugytojai patys nenoriai įsitraukia į politinį gyvenimą, nesiekia geresnių darbo sąlygų, neteikia siūlymų motyvuodami darbo vietos ir gerų darbinių santykių išlaikymu. Pastebėta, kad jauni specialistai pasyviau įsitraukia į slaugos politikos formavimo ir jos įgyvendinimo procesus. Dauguma piliečių dar

¹¹³ Birutė Pajarskienė et al., *Slaugytojų sveikatai žalingas elgesys kintančioje restruktūrizuojamos ligoninės psichosocialinėje aplinkoje*. (Vilnius: Higienos institutas, 2014), 22.

¹¹⁴ Rajbala Singh ir Dixit Shikha, „Health-Related Quality of life and Health Management,“ *Journal of Health Management* 12, 2 (2010):154.

¹¹⁵ Samuel Huntington ir Joan Nelson, „No easy choice: Political participation in developing countries.“ Harvard University Press, 1976, 3.

¹¹⁶ Lietuvos slaugos specialistų organizacija, žiūrėta 2015-05-25, <http://www.lssso.lt/apie-mus>

įpratę, kad valdžia už juos priims svarbius sprendimus ir išspręs daugelį problemų, tačiau aplinka sparčiai keičiasi ir visuomenė pati turi nuspręsti, kokiais būdais geriausiai galėtų įveikti iškilusius sunkumus ir kas padėtų siekti savo keliamų tikslų.

Lietuvos pažangos strategijoje viena iš nepakankamo visuomenės aktyvaus dalyvavimo viešajame valdyme problemų įvardijama vis dar neįveikta korupcija, neskaidrių sprendimų ar ne visada efektyvaus teisingumo vykdymas¹¹⁷. Tai mažina gyventojų pasitikėjimą šalies institucijomis ir pačia teisine sistema. Aktyvų politinį dalyvavimą viešajame valdyme įtakoja ne tik skaidrumas ar individo pilietinės saviugdos įgūdžiai, tačiau ir finansiniai dalyvių ištekliai. Politinėje veikloje aktyviau dalyvauja aukštesnes pareigas užimantys ir daugiau uždirbantys asmenys. LR Statistikos įstatymas, nustatydamas oficialiosios statistikos organizavimo bendruosius principus, fizinių ir juridinių asmenų teises, pareigas ir atskaitomybę, įpareigoja valstybės ir savivaldybių institucijas ir įstaigas bei kitas statistiką tvarkančias institucijas ir įstaigas teikti duomenis statistikos reikmėms oficialiąją statistiką tvarkančioms įstaigoms¹¹⁸. Remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro pateiktomis metinio periodiškumo ataskaitomis apie žmogiškuosius išteklius¹¹⁹, kurias privalo pildyti visos sveikatos priežiūros, sveikatos mokslo, mokymo ir valdymo įstaigos bei teritoriškai nutolę jų padaliniai/filialai ir pateikti Higienos instituto Sveikatos informacijos centrui, galima teigti, kad slaugytojai sudaro labai mažą dalį darbuotojų, užimančių sveikatos įstaigų, įmonių ar organizacijų vyriausiųjų vadovų ar jų pavaduotojų pareigas. 2014 metais slaugytojai, užimantys vadovo pareigas, tesudaro tik 2,2 proc. visų fizinių asmenų skaičiaus, kai tuo tarpu gydytojų, užimančių vadovaujančias pareigas skaičius siekia 74,5 proc. Šiek tiek didesnis slaugytojų skaičius užimančių vadovų pavaduotojų pareigas. 2014 metais slaugytojai, užimantys sveikatos įstaigų, įmonių, organizacijų vadovų pavaduotojų pareigas sudarė 20,4 proc. visų fizinių asmenų skaičiaus, gydytojai – 51,2 proc. Lyginant su ankstesniais metais slaugytojų, užimančių vadovaujančias pareigas, skaičiai išlieka panašūs. Tačiau šį rodiklį įtakoja sveikatos įstaigų įsteigtos direktorių pavaduotojų slaugai pareigybės. Tikslesni duomenys¹²⁰ apie įstaigų, įmonių, organizacijų vyriausiųjų vadovų ir jų pavaduotojų pasiskirstymą pagal gydytojų ir slaugytojų profesijas pateikiami 3 priede.

Statistinių rodiklių analizė įrodo, kad Lietuvai būdingos tos pačios problemos kaip ir daugeliui kitų ES šalių. Dėl senėjančios visuomenės, didėjančio gyventojų sergamumo, ypač lėtinėmis ligomis, auga slaugos paslaugų ir jos teikėjų paklausa. Siekiant užtikrinti paslaugų kokybę būtinas tinkamas specialistų skaičius. Tačiau palyginus aktyvių slaugytojų skaičių su bendru gyventojų skaičiumi ir

¹¹⁷ Lietuvos Respublikos nutarimas Dėl valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo,“ *Valstybės žinios* 144, 6763 (2012).

¹¹⁸ Lietuvos Respublikos Statistikos įstatymas, *Valstybės žinios* 54, 1048 (1993).

¹¹⁹ Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, žiūrėta 2016-01-30, http://sic.hi.lt/spec_info/met_ata.php?Form=3&Reg=00&Year=2014

¹²⁰ Analizuojant pateikiamus duomenis būtina įvertinti prielaidą, kad ne visos valstybės ir savivaldybių institucijos ir įstaigos bei kitos statistiką tvarkančios institucijos ir įstaigos vadovaujasi Lietuvos Respublikos Statistikos įstatymu ir teikia duomenis statistikos reikmėms.

įvertinus gyventojų senėjimo, sergamumo, infekcinių ligų augimą, slaugytojų skaičius yra nepakankamas. Tinkamas slaugos specialistų planavimas padeda pasiekti ekonominio personalo veiksmingumo, aukštesnės paslaugų kokybės, todėl slaugytojų skaičius turi būti planuojamas įvertinant visuomenės senėjimo, sergamumo ir kitus rodiklius. Slaugos specialistų, siekiančių aukštojo mokslo, skaičius vis auga. Tačiau slaugytojų, įgijusių aukštąjį universitetinį išsilavinimą, kompetencijos nepanaudojamos praktikoje, nesukuriamos naujos darbo vietos. Nors profesionalių slaugos specialistų yra paruošiama pakankamai, tai neišsprendžia jų trūkumo klausimo ir daugelis šios profesijos atstovų emigruoja į kitas šalis. Emigraciją įtakoja slaugytojų netenkinančios darbo sąlygos Lietuvoje: dideli darbo krūviai, darbo krūviui neadekvatus darbo užmokestis, karjeros, praktinių gebėjimų panaudojimo ribotumas. Pasigendama reglamentuoto slaugos dokumentavimo, kuris atspindėtų slaugos paslaugų kokybę ir įteisintų slaugytojų savarankiškumą. Taip pat vis dar menkas slaugytojų dalyvavimas formuojant slaugos politiką ir prisidedant prie jos įgyvendinimo.

Įvardijus pagrindines slaugos politikos problemas Lietuvoje būtina nustatyti, kokios priežastys trukdo kryptingam slaugos politikos formavimui ir įgyvendinimui. Kituose darbo skyriuose pristatoma praktinė darbo dalis, kuria siekiama įvertinti slaugos politikos formavimo ir jos įgyvendinimo trukdžius Lietuvoje.

2. EMPIRINIO TYRIMO METODOLOGIJA

Atlikus sisteminę norminių dokumentų ir mokslinės literatūros šaltinių analizę, išsiaiškinus slaugos apibrėžtį, slaugytojų funkcijas, jų darbo ypatumus, slaugos politikos reglamentavimą ES ir Lietuvoje, identifikavus pagrindines slaugos politikos problemas ir atlikus statistinių rodiklių analizę tolesniam darbo vystymui svarbu nustatyti slaugos politikos formavimo ir įgyvendinimo trukdžius Lietuvoje. Siekiant gilesnės ir išsamesnės analizės svarbi praktinė darbo dalis, leidžianti patikrinti duomenų validumą.

Šioje dalyje aptariamas pasirinktas tyrimo metodas, pristatomas tyrimo objektas, tyrimo tikslas ir tikslui pasiekti pasirinkti uždaviniai, nuosekliai aprašomas tyrimo organizavimas, etinių principų laikymasis, tyrimo metu iškilusios problemos ir pristatoma tiriamosios imties charakteristika.

2.1. Tyrimo metodai

Siekiant įvertinti slaugos politikos formavimo ir jos įgyvendinimo trukdžius pasirinktas kokybinis tyrimas - pusiau struktūruotas ekspertų interviu.

Tyrimo objektas – slaugos politika ekspertų požiūriu.

Tyrimo tikslas – ištirti ir įvertinti slaugos politikos formavimo ir jos įgyvendinimo trukdžius.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti slaugos politikos vystymąsi Lietuvoje.
2. Ištirti slaugytojų trūkumo problemas.
3. Išsiaiškinti slaugytojų kompetencijų panaudojimo praktikoje problemas.
4. Ištirti slaugytojų darbo specifikos problemas.
5. Išsiaiškinti slaugos dokumentavimo įteisinimo svarbą.
6. Ištirti darbo užmokesčio politiką.

Taikant pusiau struktūruotą ekspertų interviu metodą atliktas interviu tyrimas su ekspertais, galinčiais tikslingai analizuoti ir įvertinti tiriamą reiškinį - slaugos politikos formavimą ir jos įgyvendinimą Lietuvoje. Taikant šį metodą tyrime dalyvaujantiems ekspertams pateikti iš anksto parengti interviu klausimai, kuriame numatyti konkretūs klausimai ir jų pateikimo seka. Jeigu interviu metu pastebima, kad informantai neatsako tikslingai į užduodamus klausimus arba bando išvengti atsakymo, užduodami papildomi ir/arba tikslinamieji klausimai. Interviu su slaugos politikos ekspertais metu gaunami duomenys fiksuojami diktofonu, kurie vėliau transkribuojami juos perkeliant į atskiras dokumentų bylas. Naudojant pusiau struktūruotą ekspertų interviu metodą yra net tik

apklausiami ekspertai, bet ir su jais diskutuojama tyrimui aktualiais klausimais. Šis tyrimo metodas yra labai svarbus, nes jo metu gaunama informacija iš pirminių šaltinių, yra galimybė išsamiau ir giliau pažvelgti į problemos esmę ir perspektyvas.

2.2. Tyrimo organizavimas ir etiniai principai

Slaugos politikos ekspertų požiūriu tyrimą galima suskirstyti į šiuos etapus:

- interviu klausimų sudarymas;
- respondentų pasirinkimas;
- bandomojo tyrimo atlikimas;
- pasiruošimas pusiau struktūruotam ekspertų interviu ir jo atlikimas;
- gautų duomenų apdorojimas ir analizė.

Interviu klausimų sudarymas. Prieš interviu klausimų formulavimą buvo svarbu identifikuoti pagrindines slaugos politikos formavimo ir jos įgyvendinimo problemas. Tiek teorinės dalies analizės būdu, tiek stebėjimo dalyvaujant metodu buvo identifikuotos pagrindinės problemos, trukdančios sėkmingai formuoti ir įgyvendinti slaugos politiką Lietuvoje.

Formuluojant klausimus (Priedas Nr. 4) buvo atkreiptas dėmesys į klausimų svarbumą ir tikslumą – klausimai buvo pasirinkti patys svarbiausi siekiant pagrįstai identifikuoti tyrimo problemas. Pasirinkti konkretūs atviro tipo klausimai be atsakymų formuluočių siekiant gilesnio ir išsamesnio atsakymo į klausimą. Uždari klausimai buvo pavartoti tik patikslinant gautą neaiškų atsakymą į pagrindinį klausimą. Sudarant interviu klausimus vengta galimų atsakymų tokių kaip „nežinau“, „galbūt“, „sunku pasakyti“, taip pat įvertinta klaidingo atsakymo tikimybė. Taip pat buvo numatyta klausimų loginė seka naudojant „piltuvėlio“ principą, t. y. pirmas – įvadinis klausimas – bendresnio pobūdžio, o delikatus klausimai buvo pateikiami tyrimo pabaigoje. Visi interviu metu pateikti klausimai suskirstyti į kelias grupes. Pirmu klausimu siekta sužinoti informantų nuomonę apie slaugos politiką, jos vystymosi prioritetines kryptis, stipriąsias ir silpnąsias slaugos politikos vystymo sritis, slaugos politikos viziją. Antru interviu klausimu buvo stengiamasi išsiaiškinti slaugytojų trūkumą: kokių slaugytojų pagal jų specializacijas trūksta Lietuvoje – ar jų tikrai trūksta - ir kokios priežastys įtakoja slaugytojų trūkumą. Trečiu klausimu buvo prašoma informantų pateikti savo nuomonę ir siūlymus dėl slaugytojų su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu kompetencijų ir gebėjimų panaudojimo praktikoje – ar išnaudojamos slaugytojos su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu praktikoje, kokios priežastys trukdo bei kaip būtų galima efektyviau panaudoti slaugytojų įgytas žinias. Kitu klausimu bandyta išsiaiškinti slaugytojų atliekamų darbo funkcijų ir darbo reglamentavimo trūkumus ir galimas priežastis dėl netinkamai sureguliuotų slaugytojų darbo krūvių, prašyta pateikti siūlymus dėl galimo atliekamų darbo funkcijų, darbo krūvio optimizavimo. Penktu

klausimu siekta sužinoti apie slaugos dokumentavimo būtinumą, nustatyti slaugos dokumentavimo galimus tipus ir išsiaiškinti galimą reikšmę slaugytojai, gydytojui ir slaugos politikai. Paskutinis klausimas skirtas išsiaiškinti slaugytojų darbo užmokesčio politiką – kaip slaugytojų darbo užmokestį įtakoja jų išsilavinimas, darbo krūvis, darbo sudėtingumas, darbo stažas, geografinė darbo vieta ir kokią siūlytų taikyti darbo užmokesčio metodiką.

Kiekvienas klausimas atitinka teorinėje darbo dalyje įvardijamas pagrindines slaugos politikos formavimo ir įgyvendinimo problemas.

Informantų pasirinkimas. Tyrimo imtis buvo numatyta iš anksto siekiant teorinio prisotinimo. Siekiant kuo išsamesnio ir tikslesnio tyrimo buvo kviečiami dalyvauti informantai iš tokių institucijų, kurių darbuotojai tiesiogiai prisideda prie slaugos politikos formavimo ir jos įgyvendinimo. Pasirenkant informantus taip pat buvo atkreiptas dėmesys ar informantas, būdamas slaugos politikos formuotoju ar jos įgyvendintoju, gebės atvirai ir nevaržomai įvardinti konkrečias slaugos politikos problemas ir suteikti reikiamą informaciją bei atsakyti į delikačius klausimus.

Bandomojo tyrimo atlikimas. Prieš atliekant pusiau struktūruotą ekspertų interviu tyrimą buvo atliktas bandomasis tyrimas, kuris vyko 2015 m. lapkričio mėnesį. Bandomojo tyrimo tikslas – interviu klausimų patikimumo nustatymas. Klausimų formuluotės buvo testuojamos bendraujant ir diskutuojant su atsitiktine tvarka pasirinktais slaugos ekspertais. Laisvos formos bendravimo metu buvo analizuojama, ar parinkti svarbiausi klausimai, kuriais galima atskleisti pagrindines slaugos politikos problemas, ar klausimai aiškiai ir suprantamai suformuluoti, ar nėra dviprasmiškų klausimų. Buvo tikrinama, ar nusistatytos skirtingos informantų grupės – slaugos politikos formuotojai ir slaugos politikos įgyvendintojai – gebės atsakyti į tuos pačius klausimus pagal savo kompetencijas, ar yra tikimybė, kad informantas sąmoningai ar nesąmoningai pateiks klaidingą atsakymą ar bandys išvengti klausimo. Bandomojo tyrimo metu išryškėjo klausimų formulavimo trūkumai ir netikslumai, galintys turėti neigiamos įtakos tyrimo sėkmei. Dėl šios priežasties interviu klausimai buvo koreguoti skiriant didesnę dėmesį skirtingai slaugos politikos formuotojų ir slaugos politikos įgyvendintojų grupių specifikai.

Pasiruošimas pusiau struktūruotam ekspertų interviu ir jo atlikimas. Pusiau struktūruotas ekspertų interviu vyko 2016 metų sausio mėnesį. Tyrimas truko tris savaites. Interviu trukmė įvairi: trumpiausias interviu truko 18 minučių, ilgiausias interviu tęsėsi 51 minutę. Pastebėta, kad interviu su slaugos politikos formuotojais trukdavo trumpesnę laiko tarpą nei interviu su slaugos politikos įgyvendintojais.

Interviu laikai buvo derinami tiesiogiai su pačiais dalyviais telefonu pagal jiems patogų laiką. Elektroniniu paštu dviejų respondentų prašymu buvo pateiktos klausimų temos, apie ką bus šnekama ir diskutuojama. Siekiant gauti lakoniškus atsakymus į užduodamus klausimus stengtasi sukurti tinkamą aplinką, todėl interviu vyko informantų darbo kabinetuose ar jų namuose, kur nebuvo trukdomi

aplinkinių žmonių ir blaškomi pašalinių aplinkos garsų. Kadangi interviuotoja nebuvo pažįstama su tyrimo dalyviais (išskyrus du dalyvius), prieš kiekvieną interviu trumpai prisistatydavo pati. Prieš interviu įrašymą visi informantai pakartotinai buvo supažindinti su darbo tema ir vykdomu kokybiniu tyrimu, pristatyti tikslai ir uždaviniai, tyrimo reikšmė slaugos politikai. Gautas kiekvieno dalyvio leidimas dėl interviu metu gaunamų duomenų įrašymo diktofonu. Kiekvienas informantas, atsakęs į pagrindinius iš anksto suformuluotus klausimus, turėjo galimybę papildomai išsakyti savo nuomonę apie slaugos politikos formavimą ir įgyvendinimą, o interviuotoja turėjo galimybę padiskutuoti su slaugos ekspertais apie slaugos politiką.

Gautų duomenų apdorojimas ir analizė. Visi tyrimo duomenys gauti interviu metu atlikus tyrimą su slaugos politikos formuotojais ir slaugos politikos įgyvendintojais. Gavus tyrimo dalyvių leidimus, interviu metu gauti duomenys buvo įrašomi diktofonu, kurie vėliau transkribuojami juos perkeliant į atskiras dokumentų bylas. Tyrimo metu gauti duomenys buvo apdoroti tradiciniu interviu apdorojimo būdu – pritaikytas kokybinės – kontentinės analizės metodas: daugkartinis teksto skaitymas, duomenų sisteminimas pagal esminius ir neesminius požymius, kategorijų išskyrimas pagal reikšminius žodžius į subkategorijas, kategorijų ir subkategorijų analizė, priežastinių ryšių nustatymas, interpretavimo pagrindimas remiantis įrodymais. Tyrimas taip pat suteikia galimybę ne tik analizuoti interviu metu gautų duomenų turinį, tačiau tirti neverbalinį ar ekstra - lingvistinį respondentų elgesį.

Tyrimo rezultatai plačiau aptariami trečioje darbo dalyje „Slaugos politikos formavimo trukdžių Lietuvoje tyrimas“.

Tyrimo etiniai principai. Vykdamas pusiau struktūruotą ekspertų interviu buvo laikomasi pagrindinių socialiniams tyrimams taikomų etinių principų ir siekiama išlaikyti nuostolių – naudos santykį. Dalyvių dalyvavimas tyrime buvo grindžiamas savanoriškumu - tyrimas buvo atliekamas gavus dalyvių sutikimus dėl dalyvavimo tyrime ir dėl pokalbio įrašymo diktofonu.

Tyrimo metu informantai buvo supažindinti su tyrimo tikslu ir uždaviniais, atliekamo tyrimo detalėmis ir tyrimo eiga. Garantuotas dalyvių konfidencialumas ir anonimiškumas dalyvių asmeninius duomenis (vardas, pavardė) užkoduojant. Analizuojant interviu metu gautus duomenis pateikiama ne pilna informacija, t. y. nenurodoma dalyvio tiksli darbovietė, pareigos, specialybė, kitų, tyrimui nesvarbių, interviu minimų asmenų vardai ir pavardės. Atliekant interviu metu gautų duomenų analizę buvo laikomasi vieno iš pagrindinių etinių principų – sąžiningumo. Kadangi interviu buvo įrašomas diktofonu ir vėliau transkripcijos būdu perkeltas į atskiras duomenų bylas, visi tyrimo metu gauti duomenys pateikiami tiksliai stengiantis jų neiškraipyti. Su tyrimo dalyviais sutartas „grįžtamasis ryšys“ ir tolesnio bendradarbiavimo slaugos politikos klausimais galimybės.

Tyrimo metu iškilusios problemos. Viena didžiausia tyrimo metu iškilusi problema – informantų įtraukimas į tyrimą. Dalis tyrimui svarbių slaugos ekspertų atsisakė dalyvauti

organizuojamame tyrime dėl asmeninių ir/ar politinių priežasčių. Pastebėta, kad slaugos ekspertai, prisidedantys prie slaugos politikos įgyvendinimo, pasyviau sutiko dalyvauti tyrime.

Atliekant tyrimą buvo svarbu įvertinti interviu klausimų patikimumą. Planuojant tyrimą buvo nusistatytos dvi informantų grupės – slaugos politikos formuotojai ir slaugos politikos įgyvendintojai, kuriems pateikiami vienodi klausimai. Tačiau bandomojo tyrimo metu paaiškėjo, kad ne visi pasirinkti informantai gebės tikslingai atsakyti į tuos pačius tyrimo klausimus, dėl šios priežasties buvo suformuluoti nauji, bendresnio pobūdžio klausimai.

Kadangi pasirinkto pusiau struktūruoto ekspertų interviu metodo dalyviai slaugos ekspertai, aktyviai dalyvaujantys slaugos politikos formavime ir įgyvendinime, sunkumų sukėlė susitikimų derinimas dėl intensyvios jų darbotvarkės, dalis ekspertų pageidavo elektroniniu paštu atsakyti į iš anksto parengtus interviu klausimus.

2.3. Ekspertų apklausos charakterizavimas

Tyrimo dalyviai buvo atrinkami vadovaujantis tiksline imties vienetų atranka. Siekiant išsamiau tyrimo duomenų tyrimo dalyviai buvo suskirstyti į dvi grupes: slaugos politikos formuotojai ir slaugos politikos įgyvendintojai. Dalyvius skirstant į atskiras grupes išlaikytas pasirinktos populiacijos proporcingas santykis. Renkantis tyrimo dalyvius buvo vadovujamasi šiais pagrindiniais atrankos kriterijais:

- aktyvus dalyvavimas slaugos politikos formavime;
- aktyvus dalyvavimas slaugos politikos įgyvendinime;
- priklausymas sveikatos politikos darbo grupėms;
- dalyvavimas priimant svarbius sprendimus susijusius su slaugos politika;
- slaugos mokslinė ir praktinė veikla;
- užimamos pareigos.

Tyrimo dalyvavo aštuoni informantai: keturi slaugos politikos formuotojai ir keturi slaugos politikos įgyvendintojai. Tyrimo dalyvių išsilavinimas aukštasis universitetinis – dalyviai baigę bakalauro, magistrantūros ar doktorantūros studijas, turintys docento, profesoriaus mokslinius laipsnius ir/ar dėstyimo universitete praktikos. Šeši iš aštuonių dalyvių (po tris iš kiekvienos grupės) užima aukštas vadovujančias pareigas tam tikroje institucijoje ar tos institucijos struktūriniuose padaliniuose. Bendras dalyvių amžiaus vidurkis – 53,6 metai. Jauniausias tyrimo dalyvis 40 metų, vyriausias – 65 metų. Tiriamųjų amžiaus vidurkis skirtingose grupėse pasiskirsto tolygiai. Dalyvių amžius, jų išsilavinimas, įgyti moksliniai laipsniai ir užimamos pareigos pagrindžia jų, kaip slaugos ekspertų, turinčių didelę neįkainojamą patirtį, supratimą, statusą. Informantų grupės, jų statusai ir institucijos yra pateikiami 4 lentelėje.

4 lentelė. Informantų grupės, jų statusai ir institucijos

Eil. Nr.	Informantų grupė	Informantų identifikatorius	Statusas	Institucija
1.	Slaugos politikos formuotojas	F1	Vykdytojas	Švietimo įstaiga
2.		F2	Vadovas	Valstybės institucija
3.		F3	Vadovas	Valstybės institucija
4.		F4	Vadovas	Švietimo įstaiga, sveikatos priežiūros įstaiga
5.	Slaugos politikos įgyvendintojas	V1	Vadovas	Nepriklausoma organizacija
6.		V2	Vykdytojas	Švietimo įstaiga, sveikatos priežiūros įstaiga
7.		V3	Vadovas	Sveikatos priežiūros įstaiga
8.		V4	Vadovas	Sveikatos priežiūros įstaiga

3. EMPIRINIO TYRIMO REZULTATAI

Atliekant pusiau struktūruoto ekspertų interviu tyrimo analizę siekiama iširti ir įvertinti slaugos politikos formavimo ir įgyvendinimo trukdžius Lietuvoje remiantis slaugos ekspertų nuomone. Šioje empirinėje dalyje vertinamas slaugos politikos vystymasis sveikatos politikos kontekste, nustatomos slaugytojų trūkumo priežastys, slaugytojų su aukščiau universitetiniu išsilavinimu kompetencijų panaudojimo praktikoje problemos, tiriami slaugytojų atliekamų darbo funkcijų, darbo krūvio trūkumai, aptariama slaugos dokumentavimo įteisinimo svarba bei darbo užmokesčio politika.

3.1. Slaugos politikos vystymasis Lietuvoje

Siekiant nustatyti slaugos politikos formavimo ir įgyvendinimo trukdžius Lietuvoje svarbu išsiaiškinti slaugos ekspertų – slaugos politikos formuotojų ir slaugos politikos vykdytojų - nuomonę apie slaugos politiką, todėl ekspertų buvo klausama, kaip jie patys vertina slaugos politikos vystymąsi Lietuvoje. Du iš keturių slaugos politikos formuotojų ir visi tyrime dalyvavę slaugos politikos vykdytojai pripažįsta, kad slaugos politikai skiriama per mažai dėmesio, o visi politiniai sprendimai, reglamentuojantys slaugą, priimami fragmentiškai, nesistemiškai, kad nėra slaugos politikos kryptis nustatančio dokumento. Nors „*slaugos sistemos raida, žinoma, vyksta*“, ir „*per daug metų ta politika keitėsi, tikrai pasiekėm nemažai*“ – pripažįsta informantas V3. Galbūt, informanto V4 nuomone, „*norėtume greičiau tų visų pokyčių nei kame dabar viskas vyksta, bet yra dalykų, kurių, turbūt, nepaskubinsi – viskas turi eiti žingsnelis po žingsnelio*“. O „*jeigu žiūrint iš vykdytojų pozicijų, tai visada atrodo, kad nepadaryta ne viskas ir ta politika ne taip nubrėžta kaip norėtusi*“ ir, anot slaugos politikos formuotojo F4, „*tie pokyčiai yra kosmetiniai, ne esminiai*“. Informantas F1, kuris priskirtas slaugos politikos formuotojų grupei, taip pat pripažįsta, kad „*slaugos politika yra nesuformuota, nors ir bandyta ją formuoti, tačiau nebuvo nuoseklumo*“, nes „*daug kartų keitėsi tie reikalavimai*“. Informantas V3 teigia, kad „*dabartinė slaugos politika nėra tokia, kokios norėtusi*“, o kad „*nuleido kokią vieną įsakymą ar tai kitą, bet tai nėra ta politika*“. O šiai dienai, anot informanto V4, „*slaugos politika yra liūdnoje padėtyje, nes vistiek dominuoja daugiau gydomieji dalykai*“. Informanto V1 nuomone, „*slauga, yra sudėtinė sveikatos politikos dalis kartu su gydymu, su paciento priežiūra, kuri ištirpsta joje*“. Informantas V2 pritaria, kad slaugos vystymui yra neskiriama dėmesio: „*neskiriama dėmesio ne tik galvojant apie lėšas, kurios yra labai svarbios, bet ir apie darbo krūvius, apie plano rengimą, apie kokybę slaugos, slaugos infrastruktūros išvystymą*“. O tai yra, kaip teigia slaugos politikos vykdytojas, „*slaugos politikos nebuvimas*“.

Informantų teiginiai apie slaugos politikos vystymąsi Lietuvoje įrodo, kad slaugos politika vystoma fragmeniškai, kad nėra sukurtų slaugos politikos kryptis nustatančių gairių, o vykdomos sveikatos priežiūros ir slaugos reformos nesuderinamos ir vykdomos atskirai. Kitus slaugos politikos vystymosi trukdžius slaugos ekspertai įvardija atsakingų institucijų už slaugos politikos formavimą nebuvimą, finansavimo problemą bei slaugos nepripažinimą: „nes nebuvo ministerijoje tiesiogiai už slaugą, už jos vystymą paskirtų atsakingų asmenų“, „juk kokia kaita ministerijoje!“. „Ir finansų stoka buvo...“ „O tie žmonės, kurie priima didžiuosius politinius sprendimus, reikia pripažinti, kad vis dar mąsto senoviškai“. Su tokiu „politiniu mąstymu mums ir kyla trukdžiai, nes labai sunkiai keičia tą politinę išvalgą į priekį“. Slaugos kaip slaugos politikos nepripažinimas tik menkina slaugos paslaugų kokybę, o tokiu atveju „slaugos paslauga žmonės yra nepasiekiamo“.

5 lentelė. Slaugos politikos vystymosi trukdžiai

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Slaugos politikos vystymosi trukdžiai	Raidos kryptingumas	<p>„Neskiriama dėmesio apie plano rengimą.“</p> <p>„Viskas priklausys nuo įgyvendinimo – kaip viskas bus įgyvendinama.“</p> <p>„Ta politika ne taip nubrėžta kaip norėtusi.“</p> <p>„O norėtusi, kad būtų aiškios arba politinės kryptys, arba strategijos.“</p> <p>„Kad būtų aišku, kur link mes einame.“</p> <p>„Pasakyti tiksliai, kur link mes einame, aš negaliu.“</p> <p>„Pasigendama tų gairių.“</p> <p>„Nėra tų dokumentų.“</p>
	Vystymosi fragmentiškumas	<p>„Ją bandyta formuoti, tačiau nebuvo nuoseklumo.“</p> <p>„Daug kartų keitėsi tie reikalavimai.“</p> <p>„Tie pokyčiai yra kosmetiniai, ne esminiai.“</p> <p>„Per daug metų ta politika keitėsi.“</p> <p>„Padaryta ne viskas.“</p> <p>„Lyg ir nieko nevyksta...“</p> <p>„... jei vyksta, na, tai nuleido kokį vieną įsakymą ar tai kitą.“</p> <p>„Slauga nėra dar tokiame lygyje, kokio mes norėtume.“</p> <p>„Tas politikos įgyvendinimas... negalime sakyti, kad jis nevyksta.“</p>
	Reformų nesuderinamumas	<p>„Slauga yra sudėtinė sveikatos politikos dalis kartu su gydymu, su paciento priežiūra, kuri ištirpsta joje.“</p> <p>„Neįmanoma padaryti šeimos medicinos reformos arba iš viso sveikatos priežiūros reformos nebekreipiant dėmesio į slaugą.“</p> <p>„Tai turi būti vykdoma kartu.“</p> <p>„Jeigu tie pokyčiai atsiranda pirminėje sveikatos grandyje, tai jie... matomi.“</p> <p>„... dominuoja daugiau gydomieji dalykai.“</p>
	Atsakingų institucijų nebuvimas	<p>„Nebuvo ministerijoj tiesiogiai už slaugą, už jos vystymą paskirtų atsakingų asmenų.“</p> <p>„Nebuvo tų žmonių atsakingų už slaugą.“</p> <p>„... kokia kaita ministerijoje.“</p> <p>„Todėl, kad nebuvo ministerijoje atsakingo žmogaus.“</p> <p>„... ir neturėti jokio departamento, jokio koordinatoriaus...“</p>

	Finansavimas	<p>„Finansų stoka buvo.” „Juk reikia ir etatų daugiau, ir priemonių...” „... galvojant apie lėšas.” „Slaugos paslaugos yra atskirai neįkainuotos ligonių kasų.” „Slaugos procedūros yra neįkainuotos.” „... lobuojama.”</p>
	Požiūris į slaugą	<p>„Neskiriama dėmesio...” „Pats požiūris į slaugą.” „Lietuvoje dar yra sovietinių laikų palikimas.” „Žmonės, kurie priima politinius sprendimus, reikia pripažinti, kad vis dar mąsto senoviškai.” „Su tokiu politiniu požiūriu mums ir kyla trukdžiai.” „... labai sunkiai keičia tą politinę išvalgą į priekį.” „Slauga juk yra labia atsakinga.” „... galvoja, kad kaip gydytojas paskyrė, taip ir...” „Niekas rimtai nežiūri į šituos dalykus.” „Slaugytojos nefiguruoja arba figuruoja minimaliai.”</p>

Šeši iš aštuonių slaugos ekspertų pripažįsta, kad slaugos politikos nėra, o jeigu ir vystoma slaugos politika, tai nekryptingai, lėtai ir fragmentiškai – slauga dar nepasiekusi ES slaugos vertinimo lygio. Nors, kaip teigia informantas V4, jau „po truputėlį einame į ES slaugytojų šeimą, tik gal ne tokiais spėriais žingsniais”. Slaugos politikos ekspertai, priskirti slaugos politikos vykdytojų grupei, pasigenda slaugos politikos gairių, „kad būtų aiškios arba politinės kryptys, arba strategijos”, „kad būtų aišku, kur link mes einame”.

Informantai F2 ir F3, priklausantys slaugos politikos formuotojų grupei, vertindami slaugos politikos vystymąsi, teigia, kad „pastarąjį pusmetį yra labai didžiulis pasikeitimas slaugos politikos srityje”. Nuo 2015 metų liepos 8 d. SAM įkurtas Slaugos koordinavimo skyrius, kuris, jų nuomone, „aukščiausiu lygmeniu prisidėtų prie sveikatos politikos tam tikrų krypčių įgyvendinimo slaugos srityje”. Informantų F2 ir F3 nuomone, atskiro padalinio, atsakingo už slaugos politikos vystymą įkūrimas imponuoja, kad „slauga tampa svarbi sveikatos sistemos dalimi”. Formuojant slaugos politiką 2015 metų vasario 10 d. SAM buvo sudaryta darbo grupė, kuri, vadovaujantis PSO rekomendacijomis, parengė nacionalines slaugos politikos 2016 – 2025 metų gaires, kurios 2016 metų vasario 10 d. buvo patvirtintos sveikatos apsaugos ministro įsakymu. Gairių tikslas – užtikrinti kokybiškas, integruotas, į asmenį orientuotas ir mokslo įrodymais pagrįstas slaugos paslaugas, racionaliai naudojant sveikatos išteklius. „Šių gairių pagrindinės kryptys yra trys: pirmą kryptis yra slaugos kokybės ir pacientų saugos gerinimas, antra – slaugytojų planavimas, kompetencijų tobulinimas ir plėtra ir trečioji kryptis - slaugos mokslo įrodymais grįstų sprendimų įgyvendinimas” – referuoja informantai F2 ir F3. Kai kurios prioritetinės kryptys jau dabar pradėtos įgyvendinti. Tai – „išplėstinės slaugos praktikos slaugytojo įvedimas į sveikatos sistemą, pakeistas Slaugos praktikos ir akušerijos įstatymas, naujovė yra dėl receptų išrašymo tvarkos pakeitimo, kuomet slaugytojoms yra

suteikta teisė išrašyti medicinos pagalbos priemones – kompensuojamas ir nekompensuojamas, ir daugiau dalyvauti sveikatos profilaktiniuose tyrimuose”. Kadangi, anot informanto V1 „*jau turime konkretų strateginį planą, kaip toliau ir kuria linkme eis Lietuvos slaugos praktika, mokslas*”, plėtojant slaugos politiką „*viskas priklausys nuo įgyvendinimo – kaip bus visa tai įgyvendinama...* „ Politiniai sprendimai yra labai svarbūs, „*bet ne visuomet visi tai supranta, kiek svarbūs jie yra slaugytojai ir pačiai slaugos politinei sistemai, ar net ir tam pačiam pacientui*”.

3.2. Slaugytojų planavimas

Siekiant nustatyti slaugytojų pagal jų profesines specializacijas trūkumą ir iširti trūkumo trukdžius informantų buvo klausama: „*Kokių slaugytojų pagal jų profesines specializacijas trūksta sveikatos sektoriui? Įvardinkite, prašau, trūkumo priežastis.*”

Slaugos specialistų poreikio planavimas yra svarbus norint pasiekti ekonominį personalo veiksmingumą ir efektyvumo panaudojimą bei kokybiškesnių slaugos paslaugų teikimą patenkinant vis reiklesnius paciento poreikius. Tačiau Lietuvoje slaugytojų poreikio ir prognozavimo stebėsenos sistema, leidžianti įvertinti slaugytojų pagal jų specializacijas poreikį, nefunkcionuoja. Informantas V1 teigia, kad „*slaugytojų planavimą turėtų vykdyti SAM Žmogiškųjų išteklių valdymo skyrius*”. Remiantis LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu SAM prognozuoja sveikatos priežiūros specialistų poreikį ir formuoja valstybės užsakymą rengti šiuos specialistus¹²¹. Tačiau, informanto V1 nuomone, „*Lietuvoje slaugytojų planavimas vyko sunkiai... sunkiai*”, o „*slaugytojų planavimo nebuvimas atvedė prie to, kad per paskutinius dvidešimt metų iš 36 000 praktikuojančių slaugytojų liko tik 16 000 slaugytojų*”. Anot informanto V1, per paskutinius dvidešimt metų slaugos sektorius neteko 20 000 slaugos specialistų. Teorinėje dalyje pristatyti slaugytojų kaitos rodikliai (žr. 4 pav.) pagrindžia teiginį dėl slaugytojų mažėjimo: slaugytojų skaičius nuo 1999 metų iki 2015 metų sumažėjo 1,26 karto. Tačiau informantas nesutinka su Statistikos departamento ir kitų institucijų skaičiavimo metodika, bet, kaip teigia, „*čia yra jų vingrybės*”. Informanto – slaugos politikos formuotojo - F4 teigimu „*slaugytojų netrūksta... Formaliai, politiškai lygtais jų nereikia*”, tačiau tuo pačiu metu, kaip ir visi kiti informantai pripažįsta, kad „*jų reikia*” ir „*kad šiai dienai trūksta visų slaugytojų*”.

Slaugos politikos ekspertų paprašius įvardinti slaugytojų specializacijas, kurių trūksta sveikatos sektoriui, informantai įvardijo šių specializacijų slaugytojus: bendrosios praktikos slaugytojai, operacinės, anestezijos – intensyvios terapijos, psichiatrijos, skubios medicinos pagalbos slaugos specialistai bei bendruomenės slaugytojai. Tačiau informantas F4, kuris priskirtas slaugos politikos formuotojų grupei, teigia, kad „*bendruomenės slaugytojų nelabai reikia, nes nesutvarkyta ta sistema,*

¹²¹ Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, *Valstybės žinios* 66, 1572 (1996).

neteikiama slauga visą parą". Sveikatos apsaugos ministro įsakymu¹²² nustatytos dvi specializacijos rūšys pagal kurias yra suteikiamos licencijos, tai - bendrosios praktikos slaugytojo licencija ir specialiosios praktikos slaugytojo licencija. Specialiąja slaugos praktika gali verstis bendrosios praktikos slaugytojas, turintis atitinkamą slaugos specializaciją: tai anestezija ir intensyvioji slauga, bendruomenės slauga, operacinės slauga, psichikos sveikatos slauga, skubioji medicinos pagalba. Tyrimas atskleidžia, kad šiuo metu Lietuvoje trūksta visų specializacijų slaugytojų.

Slaugos ekspertų taip pat buvo paprašyta įvardinti galimas slaugytojų trūkumo sveikatos sektoriui priežastis, kurios pateiktos 6 lentelėje.

6 lentelė. Slaugytojų trūkumo sveikatos sektoriui priežastys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Slaugytojų trūkumo priežastys	Emigracija	<p>„Daug kas tikrai išvažiavo svetur...“</p> <p>„Visi išvažiuos tuoj į Vokietiją ar dar kažkur.“</p> <p>„Jie išvažiavo ten...“</p> <p>„Emigracija ypatingai skaudus dalykas ir dabar mes turime tai, kad Lietuvoje kokį pašalį pajudinsi, visur trūksta slaugytojų.“</p> <p>„... išsiveža savo vyrus, vaikus ir sėkmingai integruojasi į visuomenę.“</p> <p>„Mūsų specialistais džiaugiasi visa Europa, Skandinavijos šalys ir visos kitos šalys.“</p> <p>„Vertinant tokius faktorius, kaip socialinės ir darbo sąlygos Lietuvoje ir kitose šalyse kaip Skandinavija, Norvegija, Švedija, Danija, ta pati Anglija, kai yra patrauklesnės sąlygos slaugytojai dirbti kitose šalyse.“</p> <p>„Emigracija – vienas iš tų dalykų, kuris labai didelis.“</p> <p>„Nors niekas neskelbia, kiek jų iš tikrųjų išvyksta.“</p> <p>„Bet tai yra.“</p> <p>„Sienų atidarymas ir laisvas judėjimas šitai profesijai irgi davė tokį tai... labai didelį trūkumą.“</p>

¹²² Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl specializuotos slaugos sričių sąrašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios* 152, 6842 (2009).

	Darbo sąlygos	<p>„... nes kur slaugyti du tris pacientus ir kur penkiolika.” „Dabar slaugytojai nėra lengvo darbo.” „Ir žmonės turi geras darbo sąlygas, nepatiria streso...” „Viskas gerai būna iki kol tos slaugytojos nueina į praktiką.” „Tada, kai jos nueina į praktiką, ir nubyra, nubyra...” „Jie pamato visą tą siaubą ir nenori.” „Jai per sunku.” „Jie dabar sėkmingai dirba Vokietijoje, Skandinavijos šalyse, Anglijoje... Ir žmonės turi geras darbo sąlygas...” „Nes tai iš tikrųjų fiziškai sunkus darbas yra.” „Dideli darbo krūviai šiandien dienai yra išsibalansavę.” „Vertinant tokius faktorius, kaip socialinės ir darbo sąlygos Lietuvoje ir kitose šalyse kaip Skandinavija, Norvegija, Švedija, Danija, ta pati Anglija, tai yra patrauklesnės sąlygos slaugytojai dirbti kitose šalyse.” „Profesija, kiek mes žinome, yra viena iš penkių sunkiausių profesijų pasaulyje.” „... už tą sunkų darbą.” „Miestuose tankumas slaugytojų yra didesnis – patraukliau likti mieste ir teikti paslaugas ir daugiau gali darbo vietų susirasti.” „Rajonuose yra mažiau patrauklu.” „Slaugytojų darbo krūviai labai labai dideli. Labai dideli.”</p>
	Darbo užmokestis	<p>„Darbo užmokestis! Vienareikšmiškai.” „... nenormalus.” „... jos finansinė vertinimo raiška turėtų būt kitokia.” „Jaunimas renkasi šiandien dienai užmokestį, o Lietuvoje, kaip žinia, mes negalime pasiūlyti didelio darbo užmokesčio.” „Vertinant tokius faktorius, kaip socialinės ir darbo sąlygos Lietuvoje ir kitose šalyse kaip Skandinavija, Norvegija, Švedija, Danija, ta pati Anglija, tai yra patrauklesnės sąlygos slaugytojai dirbti kitose šalyse.” „Jie dabar sėkmingai dirba Vokietijoje, Skandinavijos šalyse, Anglijoje ir gauna dešimt kartų didesnius darbo užmokesčius.” „O jų darbo užmokestis net nesiekia šalies darbo užmokesčio vidurkio.”</p>
	Specialistų rengimas	<p>„Dabar visos specializacijos persikėlė į kolegijas, jos pailgėjo...” „... ir finansiškai padvigubėjo kiek ten kartų...” „... ir nelabai surenka tos kolegijos grupes.” „Jei būtų prieinamas mokslas, tai atsirastų norinčių persikvalifikuoti, nes specializuotos jos yra geriau apmokamos...” „Jei nori savarankiškai pasirinkti kryptį, automatiškai turi mokėti iš savo kišenės ir aišku, tuos kelis mėnesius negali darbintis kol mokaisi.” „Mes per mažai jų išleidžiam.” „Per mažai parengiam.” „Slaugytojai neplanuojami.”</p>
	Karjeros galimybės	<p>„Karjeros yra mažos galimybės.” „Žmonės baigia aukštąjį ir jiems neparuoštos darbo vietos.” „Jaunas žmogus, įgavęs tiek daug žinių ir pilnas energijos ateina į įstaigą ir stop...” „Ir bakalauro, ir magistro ar net doktoranto žinios yra tikrai puikios. Bet... Karjeros yra mažos galimybės.”</p>

	Slaugos profesijos prestižas	<p>„Profesija labia nepopuliari dėl jos mažo vertinimo.”</p> <p>„O dabar ateina tie jauni žmonės, kurie turi kitokią savo vertę. Jie nori visko čia ir dabar. Ne taip kaip mūsų karta.”</p> <p>„Tas buvęs biomedicininis modelis, kuris gyvavo tikrai ne vieną dešimtmetį, padarė savo darbą. Ir šiandien dienai mūsų kolegos gydytojai ne taip palankiai žiūri į tuos pokyčius slaugoje...”</p> <p>„... galvoja, kad ta slaugytoja kaip buvo jų tas pagalbininkas... Mokėjo atlikti tikrai tam tikras procedūras: pamatuoti kraujospūdį arba temperatūrą. O kad pati suplanuotų slaugą arba būtų pilnai atsakinga už tai, ką ji veikia. Tai iš tikrųjų yra sudėtinga vat tuose santykiuose.”</p>
	Motyvacija	<p>„Nėra pakankamai reglamentuota motyvacija...”</p> <p>„... kad slaugytoja norėtų dirbti vienoje ar tai kitoje srityje.”</p>

Ir slaugos politikos formuotojai, ir slaugos politikos vykdytojai įvardijo tris pagrindines slaugytojų trūkumo priežastis. Tai – emigracija, dideli darbo krūviai ir darbo krūviams neadekvatus darbo užmokestis. Informantų F2 ir F3, atstovaujančius slaugos politikos formuotojus, nuomone, „vertinant tokius faktorius, kaip socialinės ir darbo sąlygos Lietuvoje ir kitose šalyse kaip Skandinavija, Norvegija, Švedija, Danija, ta pati Anglija, tai yra patrauklesnės sąlygos slaugytojai dirbti kitose šalyse.” Kiti informantai pritaria teigdami, kad slaugytojai „dabar sėkmingai dirba Vokietijoje, Skandinavijos šalyse, Anglijoje... Ir žmonės turi geras darbo sąlygas...”, „mūsų specialistais džiaugiasi visa Europa, Skandinavijos šalys ir visos kitos šalys”, kur „žmonės turi geras darbo sąlygas, nepatiria streso”, ir „gauna dešimt kartų didesnius darbo užmokesčius”.

Kiti informantų įvardijami slaugytojų planavimo trukdžiai yra slaugytojų rengimo problema dėl sudėtingų kvalifikacijos kėlimo ir persikvalifikavimo sąlygų, nesudarytos galimybės kilti karjeros laiptais slaugytojams, įgijusiems aukštąjį univeristetintį išsilavinimą, menkas slaugos profesijos prestižas ir motyvacijos stoka.

Gimstamumas Lietuvoje mažėja, o vyresnio amžiaus žmonių, kuriems reikalinga slauga bei gyventojų sergamumas didėja. Dėl šių priežasčių auga slaugos paslaugų poreikis. Siekiant užtikrinti kokybiškas slaugos paslaugas ir išlaikyti darbuotojų pasitenkinimą savo darbu yra būtina slaugos specialistų stebėseną ir prognozavimą bei tolygus jų paskirstymą miestuose ir rajonuose. Švietimo ir mokslo institucijos, ruošiančios slaugos specialistus, „juos paruošia tikrai gerai”, tačiau, informantų teigimu, „žmonės baigia aukštąjį ir jiems neparuoštos darbo vietos”, „karjeros yra mažos galimybės”, „jaunas žmogus, įgavęs tiek daug žinių ir pilnas energijos ateina į įstaigą ir stop...”. Studentų, besirenkančių studijuoti slaugą, mažėja ir dėl menko profesijos vertinimo, lemiančio motyvacijos stoką, bei dėl sunkių darbo sąlygų: „pirmiausia, tai profesija labai nepopuliari dėl jos mažo vertinimo...”, „profesija, kiek mes žinome, yra viena iš penkių sunkiausių profesijų pasaulyje”. Dėl to, informanto V1 teigimu, yra „slaugytojų trūkumas visame pasaulyje”, lemiantis „suprastėjusių pacientų priežiūrą, skundų padidėjimą ypač žmonių, sergančių lėtinėmis ligomis”.

Informantas V1, atstovaudamas slaugos politikos vykdytojus, išskiria dar vieną slaugytojų trūkumo problemą - slaugytojų „nesaugojimo politiką”, kurią įtakoja socialiniai ir psichologiniai faktoriai. Dėl šių priežasčių, anot informanto V1, „mes ir atsiliegame, todėl ir nukenčia mūsų žmonės, todėl ir ilgos pacientų eilės, todėl ir žmonės gydomi poliklinikų koridoriuose laukdami savo eilės...”.

Slaugos specialistams neužtikrinamos kvalifikacijos tobulinimo sąlygos: slaugytojai priversti savo lėšomis padengti mokymosi išlaidas, taip pat slaugytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimo organizavimo tvarka nėra lanksti. Kadangi „daugiausia trūksta specializuotų slaugytojų”, informanto F1 nuomone, „jei būtų prieinamas mokslas” ir supaprastinta kvalifikacijos tobulinimo tvarka, tai „atsirastų norinčių persikvalifikuoti, nes specializuotos yra geriau apmokamos”.

Sunkios darbo sąlygos, dideliu darbu krūviui neadekvatus darbo užmokestis, slaugytojų rengimo problemos, ribotos karjeros galimybės, menkas slaugos profesijos prestižas skatina slaugos specialistų emigraciją į tas šalis, kuriose jų, informantų F2 ir F3, atstovaujančių slaugos politikos formuotojų, nuomone, socialinės ir darbo sąlygos yra patrauklesnės nei Lietuvoje. Dėl šių priežasčių slaugos sektoriui trūksta visų specializacijų slaugytojų.

3.3. Slaugytojų kompetencijų panaudojimas praktikoje

MN 28:2011 norodoma, kad slaugytojo profesinę kompetenciją sudaro žinios, gebėjimai ir įgūdžiai, kuriuos jis įgyja nuolat tobulindamas įgytą profesinę kvalifikaciją, atsižvelgdamas į nuolatinę slaugos mokslo ir praktikos pažangą¹²³. Svarbu, kad būtų išnaudojamos visos turimos slaugytojo kompetencijos. Slaugos ekspertų klausėme, ar išnaudojamos slaugytojų su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu kompetencijos ir gebėjimai praktikoje ir prašyta įvardinti, dėl kokių priežasčių neišnaudojamos slaugytojų įgytos kompetencijos.

Informantų atsakymai atskleidė, kad slaugytojų su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu kompetencijos nepanaudojamos praktikoje: „žinoma, kad ne”, „aišku, kad ne”, „neišnaudojamos”, „jokiais būdais”, „ne, vienareikšmiškai ne!”. Informantai F2 ir F3 į šį klausimą atsakė teigimu, kad „slaugytojų darbą reglamentuoja įstaigų vadovai. Kiekvienas įstaigos vadovas atsakingas už darbuotojų vienokį ar tai kitokį panaudojimą.”

Tyrimo metu taip pat buvo siekiama išsiaiškinti trukdžius, dėl kurių slaugytojų su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu kompetencijos nėra išnaudojamos praktikoje. Dažniausiai informantai minėjo šias priežastis: teisinį neapibrėžtumą, mažą darbo vietų diferenciaciją pagal slaugytojų įgytą išsilavinimą ir kompetencijas, netinkamą darbo užmokestį, slaugytojų su aukštuoju

¹²³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“, *supra* note 10.

išsilavinimu poreikio ASPĮ nebuvimą, slaugos praktikos trūkumą, neigiamą požiūrį į slaugytojus kaip į „lygius“ bei pačių slaugytojų reiklumas (7 lentelė).

7 lentelė. Slaugytojų kompetencijų panaudojimo praktikoje trukdžiai

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Slaugytojų kompetencijų panaudojimo praktikoje trukdžiai	Teisinis reglamentavimas	<p>„Bet niekur ir nėra apibrėžta.“</p> <p>„Nėra vienos politikos.“</p> <p>„... nėra to apibrėžtumo.“</p> <p>„Be abejo, apibrėžtumas turėtų būti teisės aktu.“</p> <p>„Per menkas SAM indėlis į šitą reikalą.“</p> <p>„Nesureglamentuotos slaugytojų apimtys...“</p> <p>„Nėra sureglamentuota...“</p> <p>„Reikia pasidaryti kažkokį sureglamentavimą pagal slaugytojų išsilavinimą.“</p> <p>„Nėra teisiniais aktais apibrėžta, ką tos slaugytojos turėtų daryti daugiau, kuo jos būtų.“</p> <p>„Nėra norminio akto.“</p> <p>„Jeigu atsirastų dokumentas, jis iš tikrųjų labai palengvintų.“</p> <p>„Tam turėtų būti parengtos medicinos normos.“</p> <p>„Mes turim vieną ir tą pačią medicinos normą.“</p>
	Slaugytojų diferenciacija	<p>„Ta slaugytojų gradacija pagal jų išsilavinimą nėra taip išplitusi...“</p> <p>„Nėra taip sugraduotos pareigybės, kad jie galėtų užimti tam tikrą pareigybę.“</p> <p>„Ir tų slaugos administratorių, vadovų yra ribotas skaičius. (...) Tai kaip dažnai jas keisi?“</p> <p>„Būtinai reikia įsivesti į slaugos sistemą slaugytojų gradaciją, lygius kažkokius.“</p> <p>„Nėra funkcijų pasidalijimo.“</p> <p>„Ar reikia keturių metų universitetinio išsilavinimo dėl šių atliekamų darbų (pampersus keisti, nagus karpyti, galvą plauti, visa kita plauti – aut. past.)?“</p> <p>„Dabar slaugos magistras baigia, puikiausius darbus, puikiausius ISIN'ius straipsnius atspausdina ir eina eiline budėtoja naktim į eilinių skyrių dirbti.“</p> <p>„Tos slaugytojos, kuris turi aukštąjį išsilavinimą ar kurios dirba labai intensyviu darbu, mano manymu, turėtų būti diferencijuotos...“</p> <p>„... suskirstytos į lygius.“</p> <p>„... išnaudoti jų žinių, pritaikyti praktikoje mes negalime.“</p> <p>„Tačiau kai jie nueina į ligoninę dirbti, tai jie tų kompetencijų negauna.“</p>

	Slaugytojų poreikis įstaigose	<p>„Dabar jau labai daug slaugytojų su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu.“</p> <p>„Nes realiai tų kompetencijų, ką tu įgyji, nereikia toj darbo vietoj.“</p> <p>„Reikėtų pertvarkyti visą įstaigos struktūrą.“</p> <p>„Realiai tokio poreikio nereikia.“</p> <p>„Dažniausiai tave ligoninė siunčia mokytis magistro tave numatę administratoriumi“.</p> <p>„Įstaigų vadovams nereikalingi slaugytojai su aukštuoju išsilavinimu.“</p> <p>„Slaugytojų darbą reglamentuoja įstaigų vadovai.“</p> <p>„Kiekvienos įstaigos vadovas atsakingas už darbuotojų vienokį ar kitokį panaudojimą.“</p> <p>„Įstaigose nesukuriamos darbo vietos...“</p> <p>„Įstaigos įsivertina savo poreikius.“</p>
	Slaugytojų paruošimas	<p>„Kolegijos eina savo kryptimi, tikrai tendencingai, pagal Bolonijos standartus. Dabar universitetai. (...) Jų išsilavinimo lygis labai panašus.“</p> <p>„Bet jeigu vertintume praktikos lygį, tai kaip diena ir naktis skiriasi.“</p> <p>„Todėl, kad universitetai neturi praktikos.“</p> <p>„Visiškai neturi.“</p> <p>„Tie žmonės, kurie turi praktikos...“</p> <p>„Jeigu ateina iš universiteto – jie nemoka, nes jie neturėję praktikos.“</p> <p>„Paėmus bakalauro mokymo programą, tai ten dėstoma pagal bendrosios praktikos normą, patvirtintą SAM. Ten labai gražiai įvardijamos funkcijos ir mes to išmokiname.“</p> <p>„Jie ruošiami sąmoningai.“</p>
	Požiūris į slaugytojus	<p>„... nekreipiama dėmesio į tai.“</p> <p>„... kam ta slaugytoja su universitetiniu išsilavinimu, kad su slaugos magistrū.“</p> <p>„Nesupratimas, net gi panieka jaučiama, kad slaugytoja su universitetiniu išsilavinimu, kad su slaugos magistrū.“</p> <p>„Yra nesolidarumas, kai slaugytojai vieni kitų neužtaria.“</p> <p>„Toks yra požiūris į slaugytoją kaip į žemiausią grandį, o ne kaip į lygius.“</p> <p>„Mažuma slaugytojų eina į politikos formuotojus.“</p> <p>„Mes esam personos non gratos.“</p> <p>„Mūsų nemėgsta visi.“</p> <p>„Nemėgsta net gi gydytojai...“</p>
	Slaugytojų požiūris	<p>„Slaugytojos su aukštuoju išsilavinimu norėjo tikrai vadovauti.“</p> <p>„Nori visko čia pat ir dabar.“</p> <p>„O jaunimas nori greitai čia ir dabar...“</p> <p>„... yra slaugytojų pasyvumas...“</p> <p>„... užsidarymas...“</p> <p>„... nusivylimas...“</p> <p>„... savotiškas problemų matymas, jų nutylėjimas...“</p> <p>„... noras problemas išspręsti kitų rankomis.“</p> <p>„... nesiaukoja dėl profesijos...“</p>
	Darbo užmokestis	<p>„Bet svarbu, kad būtų tinkamas darbo atlygis.“</p> <p>„Turėtų būti jam didesnis atlyginimas.“</p> <p>„Tai žmonės automatiškai ieško kur geriau.“</p> <p>„Jei kita įstaiga moka šiek tiek daugiau, tai automatiškai jie eis į tą kitą įstaigą.“</p> <p>„Atitinkamai jos turėtų gauti tam tikrą darbo užmokestį.“</p> <p>„Atlygis yra vienodas.“</p>

Slaugos politikos vykdytojai ir du iš keturių slaugos politikos formuotojų pasigenda atitinkamos slaugytojų diferenciacijos pagal jų išsilavinimą: „*būtinai reikia įsivesti į slaugos sistemą slaugytojų gradaciją, lygius kažkokius*“, „*tos slaugytojos, kurios turi aukštąjį išsilavinimą ar kurios dirba labai intensyvią darbą, mano manymu, turėtų būti diferencijuotos...*“, „*suskirstytos į lygius*“, nes šiuo metu „*išnaudoti jų žinių, pritaikyti praktikoje mes negalime*“.

Slaugytojo darbas yra sudėtingas, apimantis daugybę funkcijų, reikalaujantis specifinių žinių ir nuolatinio tobulėjimo. Tačiau praktikoje šie slaugytojų gebėjimai netaikomi. Arba, kaip teigia informantas F4, „*kai jie nueina į ligoninę dirbti, tai jie tų kompetencijų negauna*“. Kaip teigia ekspertai, „*slaugos magistrai baigia, puikiausius darbus, puikiausius ISIN'ius straipsnius atspausdina ir eina eiline budėtoja naktim į eilinį skyrių dirbt*“. Dabar, anot informanto F4, atstovaujančio slaugos politikos formuotojų grupę, „*gaunasi, bendrosios praktikos slaugytojas, baigęs universitetą, turi pampersus keisti, nagus karpyti, galvą plauti, visa kita plauti*“. Kyla klausimas, „*ar reikia keturių metų universitetinio išsilavinimo dėl šių atliekamų darbų?*“.

Informantas V1 vieną iš trukdžių įvardija neigiamą požiūrį į slaugytoją su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu: „*kam ta slaugytoja reikalinga? Nesupratimas, net gi panieka jaučiama, kad slaugytojas su universitetiniu išsilavinimu, kad su slaugos magistru*“.

Informantai taip pat išvelgia ir darbo užmokesčio problemą. Slaugytojų, baigusių aukštąjį universitetinį išsilavinimą, įgijusių magistro laipsnį „*atlygis yra vienodas*“, tai, „*jeigu jis konsultantas, turėtų būti jam ir didesnis atlyginimas*“ – teigia informantas V3.

Nesvarstoma ir kaip paskirstyti funkcijas pagal turimų kompetencijų lygį ir išsilavinimą: „*nėra funkcijų pasidalijimo*“, „*ta slaugytojų gradacija pagal jų išsilavinimą nėra taip išplitusi...*“, „*nėra taip sugraduotos pareigybės, kad jie galėtų užimti tam tikrą pareigybę*“. Šią spragą patvirtina ir teisinio reglamentavimo trūkumas, ką slaugytojas atlieka, kokias konkrečias funkcijas, kokios slaugytojo atsakomybės ribos, atliekami darbai. Kaip teigia tyrimo dalyviai: „*bet niekur ir nėra apibrėžta*“, „*... nėra to apibrėžtumo*“, „*nesureglamentuotos slaugytojų apimtys...*“, nes „*per menkas SAM indėlis į šitą reikalą*“. Slaugytojų kompetencijas, anot informantų, galima išnaudoti praktikoje parengus ir patvirtinus teisinį dokumentą: „*tam turėtų būti parengtos medicinos normos*“, „*reikia pasidaryti kažkokį sureglamentavimą pagal slaugytojų išsilavinimą*“, „*(...) ką tos slaugytojos turėtų daryti daugiau, kuo jos būtų*“. Informantas V4 priduria, kad „*jeigu atsirastų dokumentas, jis iš tikrųjų labai palengvintų*“. Informantai F2 ir F3 teigia, kad „*yra parengtas dokumentas rekomendaciniam pobūdžiui (...)* arba kvalifikaciniai reikalavimai tam tikrose srityse“, kuriomis „*įstaigos galės naudotis – tiesiog įsivesti naujas pareigybes*“.

Informantai – slaugos politikos formuotojai - F2 ir F3 bei informantai – slaugos politikos vykdytojai - V1 ir V3 išvelgia kitą slaugytojų su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu gebėjimų nepanaudojimo priežastį – ASPI vadovų brėžiamą poreikį dėl slaugytojų su aukštuoju universitetiniu

išsilavinimu. Slaugytojos, įgijusios aukštąjį universitetinį išsilavinimą, nėra reikalingos dėl finansinių problemų. Kaip teigia informantas V3, jeigu „mes įsivestume kokį tai, kad ir slaugos konsultantą (...), reikėtų pertvarkyti visą įstaigos etatų struktūrą” ir „tų slaugos administratorių, vadovų yra ribotas skaičius”. Dėl šios priežasties „realiai tokio poreikio nereikia”. Informantas V1 pritaria, kad „įstaigų vadovams nereikalingi slaugytojai su aukštesniu išsilavinimu” ir „įstaigose nesukuriamos darbo vietos”. Informantai F2 ir F3 taip pat priduria, kad įstaigos pačios įsivertina savo poreikius ir už slaugytojų kompetencijų panaudojimą yra atsakingas tiesiogiai įstaigos vadovas.

Kitas slaugytojų su aukštesniu universitetiniu išsilavinimu nepanaudojimo priežastis informantai įvardija slaugos mokymo programų nesuderinamumą su poreikiais, nes „universitetai neturi praktikos” ir jeigu slaugytojai „ateina iš universiteto – jie nemoka, nes neturėję praktikos” ir slaugytojų reiklumą. Kaip teigia informantas V1, „jaunimas nori greitai čia ir dabar ir nesiaukoja dėl profesijos...”.

3.4. Slaugytojų darbo sąlygos

Siekiant iširti slaugytojų darbo specifikos problemas, slaugos ekspertų buvo prašoma įvardinti slaugytojų atliekamų darbo funkcijų, darbo krūvių reglamentavimo trūkumus bei pateikti siūlymus dėl slaugytojų darbo optimizavimo.

Slaugytojai sudaro didžiausią sveikatos priežiūros darbuotojų dalį, kurie rūpinasi gyventojų sveikata, padeda prailginti gyvenimo trukmę teikdami kokybiškas slaugos paslaugas. Augantys visuomenės poreikiai kelia vis didesnius reikalavimus teikiamų paslaugų kokybei. Slaugytojų darbo kokybė didžia dalimi priklauso nuo sudaromų darbo sąlygų. Tačiau, kaip tyrimas parodė, neretai iš slaugytojų reikalaujama prisiimti didesnę atsakomybę bei didesnę darbo krūvį. Keturi slaugos politikos vykdytojai ir du slaugos politikos formuotojai pagrindinę sudėtingų ir sunkių slaugytojų darbo sąlygų priežastį įvardija teisinio reglamentavimo spragas, nes dabar, „nėra tų teisinių aktų”, o „slaugytojų darbo krūvis, tas, kuris yra rekomenduotinas pagal įsakymą, nėra atitinkantis tų reikalavimų, kurie yra keliami ES”, nes „nesureglamentuotos slaugytojų apimtys, ką jos turi padaryti už savo etatą”, „nėra sureglamentuota, kas ką turi daryti”. „Ir tas didelis darbo intensyvumas. Tai kiek tu gali save intensyvinti? Tada ir nukenčia darbo kokybė”. Anot informanto V4, „gavosi, kad mūsų slauga yra vežimas pirma arklio. O juk pirma reikėjo, kad ir arklys būtų savo vietoje”.

Tyrimas atskleidė, kad trūksta ne tik teisinio reglamentavimo, bet ir esamų teisinių aktų įgyvendinimo įstaigose. Kaip teigia slaugos ekspertai, „bet tai kaip būtent pačios įstaigos įgyvendina jas”, „kaip yra jų laikomasi?”. Slaugos vykdytojai pripažįsta, kad „yra įstaigų, kurios nekreipia dėmesio į šį teisinį dokumentą – darbo krūvių reglamentavimą...”, kadangi „yra VŠĮ ir ją įgalioja kita įstatyminė bazė”, dėl to „realiai jų nesilaikoma” arba „... tai tu gali laikytis tik tam, kad žmonės nebūtų pasipiktinę”. O „jeigu trūksta žmonių, o įstaiga vistiek turi dirbti, tai taip ir gaunasi su darbo

krūviais”. Kaip pripažįsta informantai, „*slaugytojų darbo krūviai labai dideli. Labai dideli*”, ir „*slaugytojos plėšosi, jų darbo krūviai dideli...*”.

Informantas F1 dėl ne pagal kompetenciją atliekamas funkcijas išvelgia įsatumų pažeidimą: „*jei slaugytoja atlieka procedūras, kurios jai nepriklauso ir tai neapibrėžta jokiais teisiniais aktais, vadinasi, ji tai atlieka neteisiškai*”. Informantas V2 pritaria, kad „*slaugytoja neturi prisiimti atsakomybės už gydytojui priskirtas darbo funkcijas*”. Teisės aktuose reglamentuojama, kad slaugytojas privalo atsakyti Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka už padarytas klaidas ir už pareigų viršijimą.

Visi slaugos ekspertai vieningai teigia, kad slaugytojų darbo sąlygos „*priklauso nuo įstaigos vadovo požiūrio į slaugą, slaugos praktiką...*”, „*nuo konkrečios įstaigos, nuo jos vadovo matymo priklaus...*”. „*Nes šiaip tiesiogiai yra atsakingas įstaigos vadovas*”, „*... už darbo krūvio nustatymą įstaigoje yra atsakingas įstaigos vadovas...*”.

Informantai taip pat įvardijo ir darbo funkcijų dubliavimosi bei ASPĮ finansavimo problemas. Kaip teigia informantas V1, „*įstaigų reorganizacijos, įvairūs taupymai, optimizacijos, ir visa tai skaudžiai pirmiausia paliečia slaugytijus. Pirmiausia slaugytojus. Kai kuriose rajonų įstaigose net gi panaikinami vyr. slaugos administratoriai ir slaugos koordinavimo funkcijos priskiriamos kokiam pavaduotojui medicinai*”. Nes, „*jei įstaigai trūksta pinigų, tai kam bus mažinami atlyginimai? Ogi slaugytojai*”.

8 lentelė. Slaugytojų atliekamų darbo funkcijų ir darbo krūvių reglamentavimo trūkumai

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Slaugytojų atliekamų darbo funkcijų ir darbo krūvių reglamentavimo trūkumai	Teisinis reglamentavimas	<p>„<i>Nėra tų teisinių aktų.</i>”</p> <p>„<i>Gavosi taip, kad mūsų slauga yra vežimas pirma arklio. O juk pirma reikėjo, kad ir tas arklys būtų savo vietoje.</i>”</p> <p>„<i>O kodėl negali būti tai įteisinta?</i>”</p> <p>„<i>Teisiniai dokumentai neblogi. Bet...</i>”</p> <p>„<i>Savivaldos institucijos yra atsakingos.</i>”</p> <p>„<i>Situacija yra nepasikeitusi nuo senų laikų.</i>”</p> <p>„<i>Yra trūkumų dėl darbo krūvių reglamentavimo.</i>”</p> <p>„<i>... bet kai tai tik rekomendacinio pobūdžio...</i>”</p> <p>„<i>Nesureglamentuotos slaugytojų apimtys, ką jos turi padaryti už savo etatą.</i>”</p> <p>„<i>Nėra sureglamentuota, kas ką turi daryti.</i>”</p> <p>„<i>Jeigu slaugytoja atlieka procedūras, kurios jai nepriklauso ir tai neapibrėžta jokiais teisiniais aktais, vadinasi, ji tai atlieka neteisiškai.</i>”</p> <p>„<i>Slaugytoja neturi prisiimti atsakomybės už gydytojui priskirtas darbo funkcijas.</i>”</p> <p>„<i>Šiai dienai nėra paskaičiavimų...</i>”</p> <p>„<i>Slaugytojų darbo krūvis, tas, kuris yra rekomenduotinas pagal įsakymą, nėra atitinkantis tų reikalavimų, kurie yra keliami ES.</i>”</p> <p>„<i>Reikia ir teisinio sveto.</i>”</p> <p>„<i>Nėra to teisinio akto, kuris atskirtų jų funkcijas ir kompetencijas.</i>”</p>

	Teisinių aktų įgyvendinimas įstaigoje	<p>„Bet tai kaip būtent pačios įstaigos įgyvendina jas?“</p> <p>„Yra įstaugų, kurios nekreipia dėmesio į šį teisinį dokumentą – darbo krūvių reglamentavimą...“</p> <p>„Bet kaip yra jų laikomasi?“</p> <p>„Yra VŠĮ ir ją įgalioja kita įstatyminė bazė.“</p> <p>„... tai tu gali laikytis tik tam, kad žmonės nebūtų pasipiktinę.“</p> <p>„Realiai jų neislaikoma.“</p>
	Įstaigos vadovų vaidmuo	<p>„Priklauso nuo įstaigos vadovo požiūrio į slaugą, slaugos praktiką...“</p> <p>„Nuo konkrečios įstaigos, nuo jos vadovo matymo priklauso...“</p> <p>„Bet čia jau kaip įstaigos vadovas...“</p> <p>„Tai įstaigos įsivertina savo poreikius.“</p> <p>„Nes šiaip tiesiogiai yra atsakingas įstaigos vadovas.“</p> <p>„... įstaigos vadovas turi įsivertinti savo veiklą...“</p> <p>„Slaugytojų darbą reglamentuoja įstaigų vadovai.“</p> <p>„... kiekvienoje įstaigoje yra sava specifika...“</p> <p>„... darbas (...) organizuojamas pagal įstaigų pobūdį.“</p> <p>„... už darbo krūvio nustatymą įstaigoje yra atsakingas įstaigos vadovas...“</p> <p>„... krūviai įstaigose yra patvirtinti.“</p> <p>„Čia yra jau gydymo įstaigos direktoriaus nuostatos...“</p>
	Finansinė išraiška	<p>„Kai kuriose rajonų įstaigose net gi panaikinami vyr. slaugos administratoriai...“</p> <p>„... slaugos koordinavimo funkcijos priskiriamos kokiam pavaduotojui medicinai.“</p> <p>„... įstaigos vadovas yra verslininkas.“</p> <p>„Jis juk žiūri savo verslo.“</p> <p>„... trūksta pinigų...“</p> <p>„... tai kam bus mažinami atlyginimai? Ogi slaugytojai.“</p> <p>„... įvairūs taupymai...“</p> <p>„Įstaigų reorganizacija...“</p> <p>„... optimizacija.“</p> <p>„... ir visa tai skaudžiai pirmiausia paliečia slaugytojus.“</p> <p>„Jaučiamas ir lėšų stygius.“</p>
	Darbo funkcijų dubliavimasis	<p>„Turėtų būti atskirtos gydytojų ir slaugytojų darbo funkcijos.“</p> <p>„Slaugytoja neturi prisiimti atsakomybės už gydytojui priskirtas darbo funkcijas.“</p> <p>„Juk tikrai slaugytoja galėtų perimti dalį gydytojų funkcijų.“</p> <p>„... reikia žiūrėti funkcijas. Ypač apie tas, kurios dubliuojasi...“</p> <p>„... ir ką galėtų atlikti slaugytoja, o ką tikrai gydytojas ir atvirkščiai.“</p> <p>„Nėra funkcijų pasidalijimo.“</p> <p>„Pas mus dabar padėjėjų praktiškai nebėra.“</p> <p>„... bendrosios praktikos slaugytojas, baigęs universitetą, turi pampersus keiskti, nagus karpyti, galvą plauti, visa kita plauti.“</p> <p>„Nėra diferencijuotas darbo krūvis...“</p> <p>„... netolygiai paskirstytas.“</p> <p>„... kokius konkrečiai slaugos veiksmus kiekviena slaugytoja atlieka, kiek tai užima laiko ir kiek jiniai gali padaryti.“</p>

Informantų taip pat buvo paprašyta pateikti siūlymus dėl slaugytojų darbo optimizavimo. Informantas V4 pažymėjo, kad būtina optimizuoti slaugytojų darbo krūvius. Jo siūlymu „ateiti pas gydytoją turėtų tik tas pacientas, kuriam reikalinga gydytojo apžiūra.“ Pacientai turėtų praeiti tam

tikrą „filtrą”. Pacientų filtravimas suteiktų galimybę sutrumpinti pacientų eiles, nes „*tada paaiškėtų, kad, va, šitas tikrai eina pas gydytoją, o šitam užtenka mano (slaugytojos – aut. past.) apžiūros, mano recepto, mano paskyrimo*”.

Informantas F4, priklausydamas slaugos politikos formuotojų grupei, siūlo perskirstyti slaugytojų darbo funkcijas ir darbo krūvius remiantis taksonometriniu tyrimu, kurį yra atlikę LSSO nariai. LSSO atliktas tyrimas – tai „*jau yra pagrindas (...). Dabar mes galėtume tikrai peržiūrėti ir pagalvoti, padiskutuoti būtinai su pačiais slaugytojais – būtinai – ir pakoreguoti*”. Nes dabartinis slaugytojų darbo krūvis, anot slaugos politikos formuotojo, „*tas, kuris yra rekomenduotinas pagal įsakymą, nėra atitinkantis tų reikalavimų, kurie yra keliami ES.*”

Kiti informantai siūlo ASPĮ vadovams vadovautis rekomendaciniais dokumentais dėl darbo krūvių nustatymo tvarkos ir diferencijuoti slaugytojus pagal jų išsilavinimą ir atliekamas veiklas.

„*Darbo funkcijų optimizavimas turėtų didelę naudą valstybei*”, nes, kaip teigia informantas V4, „*vieno gydytojo išlaikymas valstybei kainuoja daugiau nei vienos slaugytojos išlaikymas*”. Informantas darbo funkcijų optimizavimo naudą įžvelgia ir gydytojui, kadangi „*mes atlaisvintume gydytoją nuo tam tikrų... mažiau svarbių procedūrų, kurias gali atlikti mažiau kvalifikuotas žmogus. Ir gydytojas daugiau laiko galėtų skirti savo dalykui, kurie reikalingi gydymui*”. Naudą turėtų pajusti ir sveikatos sistemos vartotojas – pacientas, kadangi „*greičiau pakliūtų pas gydytoją*”. Ir, anot slaugos eksperto, „*įvyktų tas natūralus, geras, teisingas darbų pasidalijimas. Ir kiekvienas iš to laimėtų.*”

3.5. Slaugos dokumentavimas

Klausimu „*Kaip turėtų būti dokumentuojama slauga? Kokią reikšmę slaugos dokumentavimas turėtų slaugytojų/gydytojų veiklai, slaugos politikai?*” siekta išsiaiškinti slaugos dokumentavimo svarbą. Informantai vieningai pritaria dėl slaugos dokumentavimo būtinumo teigdami, kad „*slaugytojos turi dokumentuoti*” ir kad tinkamas slaugos dokumentavimas itin svarbus slaugytojų darbe. Informantai F2, F3 pabrėžia, kad „*slauga turėtų būti dokumentuojama pagal teisės aktų nustatytą tvarką*”, kadangi „*MN28 sako, kad slaugytoja privalo planuoti slaugą ir ją dokumentuoti*”. Informantai įvardijo tris galimus slaugos dokumentavimo būdus – tai slaugos istorija, ligonio istorija ir slaugos dokumentacija pagal įstaigoje patvirtintą tvarką (9 lentelė).

Slaugos dokumentavimas, anot informanto V1, yra „*diskusinis klausimas*”. Informantai V2 ir V4 slaugą siūlo dokumentuoti slaugos istorija, informantas F4 prieštarauja slaugos istorijos įteisinimui ir siūlo slaugą dokumentuoti pildant ligonio istoriją: „*kokia dabar nesąmonė gaunasi su ta ligos istorija: vadinasi, yra ne žmogus, o tik viena jo liga. O ligonio, žmogaus istorija (...) taip: vienos spalvos lapas yra gydytojo lapas, gydytojo įrašai, kitos spalvos lapai – slaugytojo įrašai. Gydytojas pavizitavo, įrašė, kad jį reikia stebėti, jam kažką daryti. Čia pat slaugytoja rašo stebėjimus. Gydytojas*

ateina kitą dieną, jis atsverčia ir jis mato situaciją taip kaip mato slaugytoja tą pacientą visą parą”. Šeši informantai iš aštuonių, tarp jų trys slaugos politikos formuotojai ir trys slaugos politikos vykdytojai slaugą siūlo dokumentuoti sutarimo būdu „pagal įstaigos vidaus tvarką”. Informantas V4 akcentuoja, kad turėtų būti „viena slaugos istorija Lietuvoje”, tačiau „turėtų būti pagal profilį kiekvienos gydymo įstaigos”, kadangi „juk nebus tas pats, kas seneliams, nebus tas pats, kas yra darbingo amžiaus žmogui ir nebus tas pats, kas yra vaikui.” O kiekvienai ligoninei „yra suteikta (...) autonomija” ir „gali sau pasitvirtinti savo įstaigos vadovo įsakymu priimtinas normas”. Informanto V3 nuomone, „slaugos dokumentacija turėtų būti vieninga. O vieninga visos Lietuvos mastu”, tačiau tuo pačiu metu teigdamas, kad „skirsis tie įdedami lapai, o principai bus vienodi”, įrodo slaugos dokumentavimo klausimo aktualumą ir akcentuoja problemą, kad nei slaugos formuotojai, nei slaugos vykdytojai nėra sutarę dėl bendrų slaugos dokumentavimo principo, nėra „to aukso viduriuko” ir „slaugos dokumentavimas – tai sutarimo reikalas”. Tačiau taip pat pripažįsta, kad slauga turi būti dokumentuojama „pagal teisės aktų nustatytą tvarką”. Informantas V3 siūlo, kad „nereikia skubėti”, kadangi slaugos dokumentavimas „ateis savaime su e-sveikata”.

9 lentelė. Slaugos dokumentavimo siūlymai

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Slaugos dokumentavimo siūlymai	Slaugos istorija	„Tada bus laikas atsirasti slaugos istorijai.” „Kai kurios įstaigos jau yra įsivedę slaugos istorijas, jas pildo.” „Slaugos istorijos dokumentavimas...” „Dokumentuoti reikėtų slaugos istorija.” „... slaugos istorija Lietuvoje.”
	Ligonio istorija	„Ten yra ne slaugos, ne ligos, o ligonio istorija.” „Kokia nesąmonė gaunasi su ta ligos istorija: vadinasi yra ne žmogus, o tik jo viena liga.” „Ligonio – žmogaus istorija.” „Tu matai visą tą ligonio išklotinę.”
	Skirtingos gydymo profilis pagal įstaigų	„Bet kiekviena įstaiga gali sau pasitvirtinti savo įstaigos vadovo įsakymu priimtinas normas.” „Istorija neturėtų būti viena.” „Turėtų būti pagal profilį kiekvienos gydymo įstaigos.” „Juk nebus tas pats, kas seneliams, nebus tas pats, kas yra darbingo amžiaus žmogui ir nebus tas pats, kas yra vaikui.” „Vieno tokio dokumento tikrai neišeitų...” „Yra suteikta kiekvienai ligoninei autonomija...” „... kiekviena susikuria savo formą...” „... pagal įstaigoje patvirtintą tvarką.” „Pagal įstaigos vidaus tvarką.” „... pasitvirtina savo slaugos dokumentavimą...” „Viena (...) bet tik pasinė dalis.” „Kas tinka tretinio lygio įstaigai, tas netinka pirminei priežiūrai.” „Principai bus vienodi.” „Turi būti susitarimas tarp slaugytojų ir įstaigų.” „Kad nebūtų taip, kad čia vieni pasitvirtino savo, tai čia toks modelis. Čia pasitvirtino kiti, tai čia jų.”

Slaugos ekspertų teirautasi, kaip slaugos dokumentavimas įtakotų slaugytojų/gydytojų darbą ir slaugos politiką. Visi informantai vienareikšmiškai pripažįsta, kad slaugos dokumentacija „*turi didelę reikšmę*“, nes slaugos dokumentacija turi teisinį pagrindimą, patvirtina slaugytojo kaip specialisto padėtį, skatina prisiimti atsakomybę už atliktą darbą, taupo gydytojų laiką teikiant išsamią informaciją, taip pat gali pagelbėti apskaičiuojant slaugos išlaidas ir pasitarnauti kaip mokymo priemonė.

Pacientams tampant vis reiklesniems dėl gaunamos paslaugų kokybės, slaugos dokumentavimas gali būti įrankis dėl teisinių dalykų. Kaip vieningai teigia informantai, „*dokumentacija yra įrodymas...*“, „*tai įrodymas jos teisėto veiksmo*“, „*jos apsigynimas tam tikru periodu*“, „*tai yra mūsų gynybinis dokumentas*“.

Slaugos dokumentavimas, anot slaugos ekspertų, pagrindžia slaugytojo kaip specialisto statusą, padeda užtikrinti atskaitomybę. Informantų teigimu, slaugos dokumentavimas „*parodo jų savarankiškumą*“, „*tai būtų savarankiškos veiklos atskaitomybė*“. Tai padidina ir slaugytojo darbo vertę: „*slaugytojos turi parodyti, ką jos dirba, ką jos daro*“, „*parodo to darbuotojo darbą*“, „*tai prisidėtų prie slaugytojo darbo matomumo, įvertinimo.*“ Tokiu būdu slaugytojas gali būti vertinamas ne kaip žemiausioji sveikatos priežiūros dalis, bet kaip lygiavertis komandos narys.

Ne mažiau svarbu, kad slaugos dokumentavimas gali taupyti gydytojų laiką, negaišinti pacientų pasikartojančiais klausimais bei nedubliuotų pareigybių. Informantų teigimu, gydytojams „*neriektų to paties daryti*“ ir „*gydytojui būtų žymiai paprasčiau*“, kadangi „*jeigu gydytojas bus suinteresuotas, tai jis galėtų pavartyti tą slaugos istoriją ar neatsirado kokia slaugos problema*“.

Informantas V4 taip pat įvardija ekonominį naudingumą, kadangi „*mes galim paskaičiuoti kiek tai svarbu. Nes dabar lovadienis, sakykim, įkainuotas tiek ir tiek. Bet jeigu mes paimsim iš tikrųjų, tai mes pamatysim, kad jis kainuoja dvigubai daugiau negu nustata. Todėl, kad, sakykim, slaugoj naudojamos priemonės nėra labai pigios*“.

Informantai F2, F3, V3 ir V4 slaugos dokumentavimą įvardija kaip „*mokomąją priemonę*“, nes, anot informanto V4, „*kaip mes mokysime studentus arba patys turėsime daug informacijos, jeigu mes neturėsime oficialaus dokumento, kuriame galime fiksuoti?*“ ir kaip vieną iš „*slaugos kokybės gerinimo*“ būdą, nes „*slaugos dokumentavimas parodo to darbuotojo darbą ir atspindi įstaigą, kokį rezultatą pasiekė*“.

10 lentelė. Slaugos dokumentavimo svarba

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Slaugos dokumentavimo reikšmė	Teisinis apsigynimas	„Dokumentacija yra įrodymas...“ „Pacientai dabar labai reiklūs, jie gali apsiginti. O medikams sunku apsiginti.“ „Tai įrodymas jos teisėto veiksmo...“ „... jos apsigynimas tam tikru periodu.“ „Tai toksai jurdinis dokumentas.“ „Tai yra mūsų gynybinis dokumentas.“ „... įvykių atsekamumas.“
	Savarankiškumo įrodymas	„... parodo jų savarankiškumą.“ „Tai būtų savarankiškos veiklos atskaitomybė.“ „Slaugytojas dirba kaip savarankiškas specialistas...“ „... atliktas veiklas pažymi savo lapuose, o ne gydytojų lapuose.“ „Slaugytojos turi parodyti, ką jos dirba, ką jos daro.“ „Parodo to darbuotojo darbą.“ „Tai prisidėtų prie slaugytojo darbo matomumo, įvertinimo.“
	Atsakomybės prisiėmimas	„Vis gi slaugytojų atsakomybės jausmą labai skatina.“ „Slaugytojai yra labai atsakingi.“ „... parodo jų atsakomybę...“ „Atsakomybė už padarytus veiksmus.“
	Pagalba gydytojams	„Vienareikšmiškai gydytojai turės naudą.“ „Juk aprašyta viskas, kaip pacientas jaučiasi.“ „Tai nereiktų jiems to paties daryti.“ „Jie jau po truputėlį pradeda suvokti vertę.“ „Gydytojui būtų žymiai paprasčiau.“ „Jeigu gydytojas bus suinteresuotas, tai jis galėtų pavartyti tą slaugos istoriją ar neatsirado kokia slaugos problema.“ „Jam nereikali pačiam gaišinti laiko.“
	Ekonominis naudingumas	„Mes galim paskaičiuoti ekonomiškai kiek tai svarbu.“ „Jeigu mes paimsim tą lovadienį iš tikrųjų, tai mes pamatysim, kad jis kainuoja dvigubai daugiau negu nustatyta.“ „Tai prisidėtų prie rezultato efektyvumo paskaičiavimo.“
	Mokymo priemonė	„Būtų vienas dokumentas, iš kurio būtų galima mokytis.“ „Mokomoji priemonė.“ „Kaip mes galime išmokyti studentus arba patys turėti daug informacijos, jeigu mes neturime oficialaus dokumento, kuriame galime fiksuoti?“ „Slaugos mokslui didelė reikšmė.“ „Iš slaugos dokumentavimo būtų galima daryti mokslinius tyrinėjimus ir vertinti slaugos rezultatyvumą.“

Svarbu pažymėti, kad slaugos ekspertai, vertindami slaugos dokumentavimo svarbą, akcentavo galimas slaugos dokumentavimo problemas. Dauguma informantų vieną iš pagrindinių slaugos dokumentavimo problemų išvelgia slaugos įkainių neįteisinimą: „turi būti slaugos paslaugos įkainiai“, „nėr ko vesti slaugos istorijos, jei nėra nustatytų paslaugų įkainių taip kaip gydytojų teikiamų paslaugų“, turi būti „įkainuotos slaugos paslaugos“. Kitos slaugos dokumentavimo priežastys, kurias įvardija informantai, tai slaugytojų raštingumas, „nes juk ne kiekvienam lemta rašyti“, laiko stoka, nes „ši dokumentacija yra sudėtinga, kurios pildymui reikia laiko“ ir kad „darbo

laiku slaugytojos turėtų laiko slaugos dokumentacijos tvarkymui” bei darbo krūvių sureguliuavimo problema, kadangi „*turi būti suderinta su darbo krūviu*”.

3.6. Slaugytojų darbo užmokesčio politika

Siekiant iširti darbo užmokesčio politiką slaugos ekspertų buvo klausama, kaip slaugytojų darbo užmokestį įtakoja jų išsilavinimas, darbo krūvis, darbo sudėtingumas, darbo stažas, geografinė darbo vieta šiuo metu ir kokia turėtų būti slaugytojų darbo užmokesčio apmokėjimo metodika?

Slaugytojų darbo užmokestį įtakoja šie penki pagrindiniai veiksniai: slaugytojų išsilavinimas, jų darbo krūvis, darbo sudėtingumas, darbo stažas bei geografinė darbo vieta. Tyrimas atskleidė, kad slaugytojams atlyginimas nepriklauso nuo išsilavinimo ir „*papildomai už išsilavinimą įstaigoje nėra mokama*”, nors anksčiau tokia praktika buvo. Kaip teigia informantai, „*anksčiau buvo mokamas priedas dėl išsilavinimo*”, „*anksčiau buvo, kad už aukštąjį išsilavinimą slaugytojos gaudavo priedą*”. Informantai F2, F3 teigia, kad „*ne už mokslą duoda algą*”. Nors kai kuriose įstaigose atlyginimo dydis atsižvelgiant į įgytą išsilavinimą nustatomas vadovo nuožiūra. Slaugos ekspertų nuomone, „*yra šiek tiek didesnis tų, kurios baigė universitetą*”, „*čia yra jau gydymo įstaigos direktoriaus nuostatos...*”, „*daug kas priklauso nuo gydymo įstaigos*”, „*sveikatos įstaigos vadovui yra pavesta nusistatyti darbo užmokesčio tvarką*”.

Tiriant darbo krūvių ir darbo sudėtingumo veiksnius tiek slaugos politikos formuotojai, tiek slaugos politikos vykdytojai vienareikšmiškai sutinka, kad slaugytojų darbo užmokestis nustatomas įstaigos vadovo iniciatyva arba derybų keliu: „*darbo krūvis, darbo sudėtingumas kai kuriose įstaigose įtakoja darbo užmokestį*”, „*čia yra jau gydymo įstaigos direktoriaus nuostatos...*”, „*daug kas priklauso nuo gydymo įstaigos*”, „*darbo krūvis neįtakoja darbo užmokesčio*”, „*pagal darbo krūvius nesiskiria...*”, „*čia jau susitarimo reikalas*”.

Darbo stažas, anot trijų slaugos politikos vykdytojų – V1, V3, V4 - turi įtakos darbo užmokesčiui. Didesnis darbo užmokestis mokamas tik už darbo stažą įstaigoje, kurioje darbuotojas dirba, o ne už bendrą darbuotojo darbo stažą: „*darbo stažas įtakoja atlygį...*”, tačiau „*mokama tik už darbo stažą mūsų ligoninėje*”, „*darbo stažas šiandien dienai taip pat įtakoja darbo užmokestį*”. Tačiau, anot slaugos ekspertų, algos dydis priklauso nuo vadovo sprendimų: „*daug kas priklauso nuo gydymo įstaigos*”, „*sveikatos įstaigos vadovui yra pavesta nusistatyti darbo užmokesčio tvarką*”.

Tyrimas atskleidė, kad darbo užmokestį įtakoja ir geografinė darbo vieta. Darbo užmokestis mažesnis rajonų vietovėse ir didesnis miestuose. Slaugos ekspertai teigia, kad „*darbo užmokestį įtakoja geografinė slaugytojo darbo vieta*”: „*mieste didesni atlyginimai*”, o „*rajonų įstaigų vadovai nenori mokėti daugiau slaugytojoms*”. Tačiau, kaip kiti darbo užmokestį įtakojantys veiksniai, taip ir darbo užmokestis pagal geografinę vietą priklauso nuo vadovo požiūrio, sprendimų bei derybų tarp

vadovo ir darbuotojo. Informantų teigimu, „čia yra jau gydymo įstaigos direktoriaus nuostatos...“, „sveikatos įstaigos vadovui yra pavesta nusistatyti darbo užmokesčio tvarką“, „čia jau vėl susitarimo reikalas“.

11 lentelė. Slaugytojų darbo užmokesčių įtakojantys veiksniai

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Slaugytojų darbo užmokesčių įtakojantys veiksniai	Slaugytojų išsilavinimas	<p>„Anksčiau buvo mokamas priedas dėl išsilavinimo.“</p> <p>„Anksčiau buvo, kad už aukštąjį išsilavinimą slaugytojos gaudavo priedą.“</p> <p>„Papildomai už išsilavinimą įstaigoje nėra mokama.“</p> <p>„Yra šiek tiek didesnis tu, kurios baigė universitetą.“</p> <p>„Čia yra jau gydymo įstaigos direktoriaus nuostatos...“</p> <p>„Daug kas priklauso nuo gydymo įstaigos.“</p> <p>„Ne už mokslą duoda algą.“</p> <p>„Sveikatos įstaigos vadovui yra pavesta nusistatyti darbo užmokesčio tvarką.“</p>
	Slaugytojų darbo krūvis	<p>„Čia jau susitarimo reikalas.“</p> <p>„Darbo krūvis neįtakoja darbo užmokesčio.“</p> <p>„Kai kurie gauna tik didesnę priedą už didesnę darbo intensyvumą.“</p> <p>„Pagal darbo krūvius nesiskiria...“</p> <p>„Čia yra jau gydymo įstaigos direktoriaus nuostatos...“</p> <p>„Daug kas priklauso nuo gydymo įstaigos.“</p> <p>„Tam tikrose vietose įtakoja darbo užmokesčių.“</p> <p>„Čia priklauso nuo kiekvienos įstaigos.“</p> <p>„Kai kuriose įstaigose įtakoja darbo užmokesčių.“</p> <p>„Sveikatos įstaigos vadovui yra pavesta nusistatyti darbo užmokesčio tvarką.“</p>
	Slaugytojų darbo sudėtingumas	<p>„Čia jau susitarimo reikalas.“</p> <p>„Čia yra jau gydymo įstaigos direktoriaus nuostatos...“</p> <p>„Daug kas priklauso nuo gydymo įstaigos.“</p> <p>„Tam tikrose vietose įtakoja darbo užmokesčių.“</p> <p>„Čia priklauso nuo kiekvienos įstaigos.“</p> <p>„Kai kuriose įstaigose įtakoja darbo užmokesčių.“</p> <p>„Sveikatos įstaigos vadovui yra pavesta nusistatyti darbo užmokesčio tvarką.“</p>
	Slaugytojų darbo stažas	<p>„Darbo stažas įtakoja atlygį...“</p> <p>„Mokama tik už darbo stažą mūsų ligoninėje.“</p> <p>„Čia yra jau gydymo įstaigos direktoriaus nuostatos...“</p> <p>„Darbo stažas šiandien dienai taip pat įtakoja darbo užmokesčių.“</p> <p>„Daug kas priklauso nuo gydymo įstaigos.“</p> <p>„Sveikatos įstaigos vadovui yra pavesta nusistatyti darbo užmokesčio tvarką.“</p>
	Slaugytojų geografinė darbo vieta	<p>„Čia jau vėl susitarimo reikalas.“</p> <p>„Darbo užmokesčių įtakoja geografinė slaugytojo darbo vieta.“</p> <p>„Mieste didesni atlyginimai.“</p> <p>„Rajonų įstaigų vadovai nenori mokėti daugiau slaugytojoms.“</p> <p>„Čia yra jau gydymo įstaigos direktoriaus nuostatos...“</p> <p>„Geografinė darbo vieta – taip.“</p> <p>„Daug kas priklauso nuo gydymo įstaigos.“</p> <p>„Sveikatos įstaigos vadovui yra pavesta nusistatyti darbo užmokesčio tvarką.“</p>

Slaugos ekspertų paprašius pateikti siūlymus dėl galimos darbo užmokesčio metodikos taikymo gauti pasiūlymai darbo užmokesčių diferencijuoti atsižvelgiant į slaugytojo specializacijas, jų atliekamo darbo specifiką bei priimtą atsakomybę dydį: „pagal specializacijas“, „turėtų priklausyti nuo darbo intensyvumo, darbo krūvio, ligos istorijų skaičiaus, atliktų procedūrų skaičiaus“, „pagal atsakomybės lygį“. Informanto F1 nuomone, slaugos paslaugų įkainavimas taip pat įtakotų darbo užmokesčio problemos sprendimą, kadangi „jei būtų įkainuotos slaugos paslaugos, turėtų tada ir atlyginimas pagal tai skaičiuojamas“.

Slaugos politikos formuotojai F1, F4 ir slaugos politikos vykdytojas V4 darbo užmokesčio problemos trukdį įvardija „bendros politikos šiuo klausimu“ nebuvimą ir teigia, kad „respublikiniu mastu tai nėra niekur reglamentuota“, „nėra to teisinio akto“, „turėtų būti oficialiai reglamentuota“, „turėtų būti sureglamentuota: turi būti kažkoks tai slenkstis ir tam tikros lubos“.

Nors, anot informantų F2 ir F3, „yra išleistas ministro įsakymas dėl darbo užmokesčio apmokėjimo tvarkos“, tačiau, informanto F4 teigimu, kai „pati administracija sprendžia, kam reikia, pagal poreikį“, dėl to ir atsiranda darbo užmokesčio netolygumai šalyje, kurie jau pristatyti darbo teorinėje dalyje (7 pav.). Analizuojant darbo užmokesčio politiką, informantas V4 išreiškia nuomonę, kad slaugytojos „už tai, kad gauna šiek tiek didesnę atlygį, jos turėtų atsiskaityti: ką jos nuveikė, kiek jos straipsnių parašė, kiek jos paskaitė paskaitų. Jos turi nešti naudą“.

3.7. Diskusija

Pusiau struktūruoto ekspertų interviu analize siekta iširti ir įvertinti slaugos politikos formavimo ir jos įgyvendinimo trukdžius. Remiantis slaugos ekspertų nuomone, vertinamas slaugos politikos vystymasis Lietuvoje, tiriamos slaugytojų trūkumo priežastys, aiškinamos priežastys, dėl kurių neišnaudojamos slaugytojų su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu kompetencijos praktikoje, tiriamos slaugytojų sudėtingų darbo sąlygų problemos, slaugos dokumentavimo įteisinimo svarba slaugos politikai ir jos veikėjams bei analizuojami darbo užmokesčio dydį įtakojantys veiksniai.

Slaugos ekspertai, vertindami slaugos politikos vystymąsi Lietuvoje pripažįsta, kad slauga iki šiol nėra vertinama, o slaugos politika formuojama fragmentiškai ir nesistemiškai, kad nėra atsakingų institucijų už slaugos politikos formavimą, nėra suformuotų aiškių slaugos politikos strateginių kryptų, nederinamos sveikatos ir slaugos politikų vykdomos reformos. Taip pat įvardija ir menką sveikatos sistemos finansavimo problemą. Slaugos ekspertai teigia, kad slaugytojų darbo sąlygos yra sunkios dėl didelių darbo krūvių ir jiems neadekvataus darbo užmokesčio. Taip pat įvardija slaugytojų su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu kompetencijų nepanaudojimą praktikoje. Šių problemų pagrindinėmis priežastimis vardija dabartinių teisinių dokumentų spragas ir naujų teisės aktų trūkumą, norminių dokumentų įgyvendinimą ASPĮ, ASPĮ vykdomas optimizacijas dėl finansavimo trūkumo,

ASPI vadovų požiūrį į slaugytojus. Atliktu tyrimu nustatyta, kad slaugytojų darbo krūvis ir darbo užmokestis priklauso nuo to, ar ASPI vadovas vadovaujasi darbo krūvių ir darbo užmokesčio tvarkos nustatymo rekomendacijomis. Slaugos ekspertai darbo užmokestį siūlo diferencijuoti pagal slaugytojų atliekamų veiklų sudėtingumą, darbo krūvį ir darbo kokybę.

Tyrimas atskleidė, kad sunkios slaugytojų darbo sąlygos, menkos karjeros galimybės, mažas darbo užmokestis, kvalifikacijos tobulinimo spragos, žemas slaugos profesijos prestižas turi įtakos slaugytojų emigracijai į kitas užsienio šalis.

Analizuojant slaugos dokumentavimo klausimą slaugos ekspertai pabrėžė, kad nėra įdiegta vienodų slaugos standartų, vienodos slaugos dokumentacijos. Akcentavo, kad slaugos dokumentacija yra labai svarbi, nes tai – slaugytojų teisinis dokumentas dėl iškylančių nesklandumų, jų savarankiškumo įrodymas, atsakomybės už savo veiksmus prisiėmimas, pagalba gydytojui, pamatas moksliniams tyrinėjimams. Slaugos ekspertai taip pat pabrėžė slaugos paslaugų įkainavimo būtinumą.

Tyrimas taip pat atskleidė, kad slaugytojų dalyvavimas slaugos politikoje yra nepakankamas dėl slaugytojų pasyvumo, nepasitikėjimo savimi, lyderystės stokos, susiformavusio gydytojų požiūrio į slaugytojus kaip nelygiaverčius sveikatos priežiūros dalyvius.

Slaugos ekspertų įvardintų slaugos politikos formavimo ir įgyvendinimo problemų svarbą ir aktualumą šiai dienai pagrindžia SAM įsteigtas Asmes sveikatos priežiūros departamento Slaugos koordinavimo skyrius (skyriaus vedėja O. Vitkūnienė). Už slaugą atsakingo skyriaus įkūrimas rodo, kad slauga tampa svarbia sveikatos sistemos dalimi. 2016 metų vasario 10 d. Sveikatos apsaugos ministras patvirtino Nacionalines slaugos politikos 2016–2025 metų gaires, kuriomis nustatomos slaugos politikos kryptys: slaugos kokybės ir pacientų saugos gerinimas, slaugytojų poreikio planavimas, kompetencijų tobulinimas ir plėtra bei slaugos mokslo įrodymais grįstų sprendimų įgyvendinimas¹²⁴.

Slaugos ekspertų įvardijamų problemų aktualumą pagrindžia slaugos politikos gairėse pristatyta esamos situacijos analizė. Pripažįstama, kad slaugos politika vykdoma fragmentiškai, kad nėra slaugos politikos kryptis nustatančio dokumento. Įvardijamas slaugytojų trūkumas, kurį įtakoja teorinėje darbo dalyje aptarti demografiniai ir sergamumo rodikliai bei sudėtingos darbo ir socialinės sąlygos, slaugos dokumentavimo nebuvimas, slaugytojų pagal jų išsilavinimo lygį ir įgytas kompetencijas diferenciacijos trūkumas, dideli darbo krūviai, mažas slaugytojų darbo užmokestis, naujų darbo vietų trūkumas, žemas profesijos prestižas, neužtikrinta darbų sauga. Įvardinta, kad iki šiol nėra sukurtos slaugytojų poreikio ir prognozavimo stebėsenos sistemos, kuria remiantis galima tolygiai paskirstyti slaugytojus šalyje ir rengti slaugos specialistus pagal jų esamas pareigybes. Slaugos politikos gairėse

¹²⁴ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Nacionalinės slaugos politikos 2016-2025 metų gairių patvirtinimo“, TAR 2675 (2016).

taip pat įvardijama slaugytojų kvalifikacijos tobulinimo problemos bei tyrimų, susijusių su slaugos mokslu ir pačios mokslinių tyrimų bazės trūkumas.

Patvirtintomis slaugos politikos gairėmis siekiama užtikrinti kokybiškas, integruotas, į asmenį orientuotas ir mokslo įrodymais pagrįstas slaugos paslaugas, racionaliai naudojant sveikatos išteklius¹²⁵. Slaugos politikos ekspertų įvardinti slaugos politikos formavimo ir įgyvendinimo trukdžiai gali prisidėti įgyvendinant slaugos politikos gairių tikslą ir išsikeltus uždavinius siekiant slaugos paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimo. Taip pat būtų aktualu atlikti tęstinį slaugos politikos formavimo ir įgyvendinimo tyrimą ir slaugos politikos situaciją įvertinti iš naujo remiantis šiame tyrime nustatytais slaugos politikos formavimo ir įgyvendinimo trukdžiais.

¹²⁵ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Nacionalinės slaugos politikos 2016-2025 metų gairių patvirtinimo“, *supra* note 124.

IŠVADOS

1. Slaugos politika yra sudėtinė sveikatos politikos dalis, kurios kryptingas įgyvendinimas prisideda prie visuomenės sveikatinimo, ligų prevencijos ir užtikrina tinkamą slaugos paslaugų prieinamumą ir kokybišką sveikų ir sergančių asmenų priežiūrą.

2. Slaugos politikos analizė atskleidė šias pagrindines slaugos politikos Europos Sąjungoje ir Lietuvoje problemas: slaugytojų trūkumas, slaugytojų su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu kompetencijų nepanaudojimas praktikoje, dideli darbo krūviai, atliekamoms darbo veikloms neadekvatus darbo užmokestis, pasyvus slaugytojų dalyvavimas slaugos politikoje.

3. Empirinis tyrimas pagrindė slaugos politikos formavimo ir įgyvendinimo problematiką ir identifikavo pagrindines priežastis. Tai fragmentiškas slaugos politikos formavimas, teisinio reglamentavimo trūkumas, diferencijacijos pagal slaugytojų išsilavinimą ir darbo pobūdį neįvedimas, per mažas sveikatos sektoriaus finansavimas, ASPI teikiamų rekomendacijų dėl darbo krūvių ir darbo užmokesčio nustatymo tvarkos nesilaikymas, specialistų rengimo problemos, slaugytojų su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu poreikio nebuvimas ASPI, menkas slaugos profesijos vertinimas, slaugytojų emigracija.

4. Slaugos dokumentavimo reikalavimai turėtų būti bendri visoms ASPI. Slaugos dokumentacija – tai slaugytojų atliekamo darbo ir jo rezultato įrodymas/vertinimas bei pagrindas moksliniams tyrinėjimams.

PASIŪLYMAI

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Plėsti slaugos paslaugų apimtis ambulatorinėje grandyje (paliatyviosios pagalbos paslaugos namuose, konsultavimo paslaugos, pacientų lankymas namuose). Naujų paslaugų įteisinimas sumažintų pacientų eiles, hospitalizacijų skaičių, atitinkamai sumažėtų slaugytojų darbo krūvis.
2. Įteisinti naujas slaugos specializacijas ir subspecialybes atsižvelgiant į slaugytojų specialybių ir pareigybių trūkumą bei įkurti naujas darbo vietas.
3. Įsteigti slaugos konsultantų kabinetus, apibrėžti slaugos konsultantų teises, pareigas, funkcijas, atsakomybę. Slaugos konsultantų kabinetų įsteigimas sumažintų gydytojų darbo krūvį, pacientų eiles, sudarytų galimybę išnaudoti slaugytojų kompetencijas bei padidintų slaugytojų savarankiškumą.
4. Tobulinti teisės aktus dėl slaugytojų darbo krūvio nustatymo tvarkos persikirstant slaugytojų darbo krūvius, padidinant slaugytojų ir gydytojų skaičiaus santykį (atlikti tikslią darbo krūvių analizę arba remtis jau atliktais toksonometriniais tyrimais).
5. Atskirti slaugytojų ir slaugos padėjėjų darbo funkcijas, jas įteisinti.
6. Sukurti ir patvirtinti elektroninius vieningus slaugos veiklos apskaitos dokumentus, nustatyti dokumentacijos pildymo metodiką, standartus ir įgyvendinti praktikoje. Slaugos dokumentacijos įteisinimas leis kryptingai planuoti, įgyvendinti bei vertinti slaugos veiklos rezultatus, jos kokybę. Siūlytina patvirtinti ne atskirą slaugos istoriją, o ligonio istoriją, kurią pildytų slaugytojas kartu su gydytoju. Ligonio istorijos pildymas palengvintų gydytojo ir slaugytojo darbą, sutaupytų laiko analizuojant gydytojo paskyrimus, paciento būseną, sumažintų galimų neatitikčių skaičių.
7. Skirti papildomą finansavimą slaugytojų darbo užmokesčio didinimui.
8. Analizuoti ir koordinuoti slaugos specialistų rengimo, jų specializacijų pasiskirstymą šalyje. Sukurti ir patvirtinti slaugytojų poreikio prognozavimo stebėsenos sistemą.
9. Supaprastinti slaugytojų kvalifikacijos tobulinimo ir persikvalifikavimo organizavimo tvarką, keisti kvalifikacijos finansavimo tvarką.
10. Sukurti slaugos mokslinių duomenų bazę.
11. Įtraukti slaugos atstovus į slaugos politikos formavimo procesus.

Sveikatos priežiūros įstaigoms:

1. Įvesti slaugytojų rotaciją leidžiančią atitinkamai išnaudoti slaugytojų kompetencijas ir reguliuoti darbo užmokestį.
2. Vykdyti SAM rekomendacijas dėl darbo krūvių nustatymo tvarkos.

3. Vykdyti SAM ir VLK rekomendacijas dėl slaugytojų darbo užmokesčio didinimo. Darbo užmokestį didinti ne skiriamais laikiniais priedais ar priemokom, o didinant pagrindinę darbo užmokesčio dalį atsižvelgiant į slaugytojų atliekamas veiklas, atsakomybę.

4. Užtikrinti tinkamas sąlygas slaugytojų kvalifikacijos tobulinimui (atleidimas nuo darbo mokymosi metu, išlaidų padengimas).

5. Įtraukti slaugytojus į sprendimų priėmimo procesą.

Švietimo ir mokslo institucijoms:

1. Koreguoti slaugos specialistų mokymą mokymo programas suderinant su visuomenės poreikiais: į slaugos mokymo programas įtraukti sveikatos politikos, sveikatos teisės, sveikatos ekonomikos dalykus. Naujų mokymo dalykų įtraukimas į slaugos mokymo programas suteiktų daugiau vadybinių gebėjimų, užtikrintų slaugytojų dalyvavimą sveikatos priežiūros sistemoje, slaugos mokslo programų korektūros sėkmingumą, slaugytojų pasirengimą patenkinti ateities poreikius.

2. Didinti praktinių valandų skaičių.

3. Koreguoti slaugytojų, slaugos padėjėjų, slaugos administratorių mokymo programą atkreipiant dėmesį į jų atliekamus praktinius veiksmus.

4. Taikant skatinamąsias priemones skatinti studentus aktyviai dalyvauti mokslinėje veikloje.

Slaugos organizacijoms:

1. Aktyviai įtraukti slaugytojus į vykdomos veiklos procesus.

2. Atstovauti ir ginti slaugytojų profesines, darbo ekonomines bei socialines teises.

3. Aktyviai dalyvauti slaugos politikos formavime.

4. Plėsti slaugos mokslinę sklaidą.

5. Didinti slaugos profesijos prestižą politinėje ir socialinėje erdvėje.

Slaugytojams:

1. Įsitraukti į slaugos organizacijų vykdomą veiklą.

2. Aktyviai dalyvauti slaugos politikos formavime ir įgyvendinime.

3. Dalyvauti slaugos mokslinėje veikloje ir plėsti slaugos mokslinių tyrimų bazę.

4. Kelti savo kvalifikaciją tobulinant žinias ir jas pritaikyti praktikoje gerinant slaugos paslaugų kokybę.

BIBLIOGRAFIJOS ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

Teisės ir kiti normatyviniai aktai:

1. “EK dokumentų rinkinys *Socialinių investicijų teisės aktų rinkinys siekiant ekonomikos augimo ir sanglaudos.*“ (2013).
2. “Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (ES Euromatas) Dėl Sąjungos bendrajam biudžetui taikomų finansinių taisyklių ir kuriuo panaikinamas Tarybos reglamentas (EB Euromatas) Nr. 1605/2002 (OL L 298, 2012 10 26, p. 1). 966/2012. (2012).
3. “Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (ES), kuriuo nustatoma trečioji daugiametė Sąjungos veiksmų sveikatos srityje programa (2014-2020 m.) ir panaikinimas sprendimas Nr. 1350/2007/EB. 282/2014. (2014).
4. “Lietuvos Respublikos Darbo kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymas.“ *Valstybės žinios* 64, 2569 (2002).
5. “Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Dėl valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 61, 3050 (2012).
6. “Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011 - 2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 73, 3498 (2011).
7. “Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Nr. XII-964 Dėl Lietuvos sveikatos 2014 - 2025 metų programos patvirtinimo.“ *TAR* 9403 (2014).
8. “Lietuvos Respublikos Slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymo Nr. IX-413 2, 3, 4, 8, 11, 12, 13 straipsnių, trečiojo skirsnio pavadinimo pakeitimo ir įstatymo papildymo 11¹ straipsniu įstatymas.” *TAR* 11091 (2015).
9. “Lietuvos Respublikos slaugos praktikos įstatymas.“ *Valstybės žinios* 62, 2224 (2001).
10. “Lietuvos Respublikos Statistikos įstatymas.“ *Valstybės žinios* 54, 1048 (1993).
11. “Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl išplėstinės slaugos praktikos gairių patvirtinimo.” *TAR* 9961 (2014).
12. “Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 72, 3490 (2011).
13. “Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl slaugytojų darbo krūvio nustatymo tvarkos aprašo tvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 55, 2751 (2012).
14. “Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl specializuotos slaugos sričių sąrašo patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 152, 6842 (2009).
15. “Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Sveikatos apsaugos ministro 2014 m. lapkričio 25 d. įsakymo Nr. V-1228 „Dėl valstybės ir savivaldybių viešųjų

asmens sveikatos priežiūros įstaigų sveikatos priežiūros ir farmacijos paslaugas teikiančių darbuotojų (išskyrus vadovų ir jų pavaduotojų) darbo užmokesčio nustatymo kriterijų patvirtinimo” pakeitimo.” *TAR* 2365 (2015).

16. “Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl valstybės ir savivaldybių viešųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų sveikatos priežiūros ir farmacijos paslaugas teikiančių darbuotojų (išskyrus vadovų ir jų pavaduotojų) darbo užmokesčio nustatymo kriterijų patvirtinimo.” *TAR* 18183 (2014).

17. “Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.“ *Valstybės žinios* 66, 1572 (1996).

18. “Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas.“ *Valstybės žinios* 63, 1231 (1994).

19. “Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2015 – 2023 metų programos.” (2015). Žiūrėta 2016-01-28. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/news/id129/VSP.2014.12.10.pdf>

20. “Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Nacionalinės slaugos politikos 2016-2025 metų gairių patvirtinimo.”*TAR* 2675, (2016).

Moksliniai šaltiniai:

21. Abdalkader, Raghad, ir Hayajneh Ahmed. “Effect of Night Shift on Nurses Working in Intensive Care Units. „, *European Journal of Scientific Research* 1 (2008): 71.

22. Buchan, James, ir Linda Aiken. “Solving nursing shortage: a common priority.” *Journal of Clinical Nursing* 17, 24 (2008): 3262-3268. Žiūrėta 2015-12-12. Prieiga per internetą: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02636.x/abstract>

23. Burke, Ronald John et al. „Job Demands, Social Support, Work Satisfaction and Psychological Well-Being Among Nurses in Spain.“ *Esade working Paper* 233. Žiūrėta 2015-12-06. Prieiga per internetą: http://proxymy.esade.edu/gd/facultybio/publicos/1351517321046Job_demands_social_support_work_satisfaction_and_psychological_well_being_among_nurses_in_Spain.pdf

24. Butėnas, Ričardas ir Vilma Žydžiūnaitė. “Vertybių refleksija slaugytojo veiklą reglamentuojančiuose dokumentuose.“ *Sveikatos mokslai* 23, 1 (2013): 166.

25. Ellis, Roger et al. “Constructing the Nurse Match Instrument to Measure Professional Identity and Values in Nursing.“ *J Nurs Care* 4, 2 (2015):2.

26. Glumbakaitė, Edita. “Bendruomenės slaugytojų psichologiniai darbo aspektai ir santykiai darbe.“ *Sveikatos mokslai* 24, 3 (2014):139.

27. Gornatkevič, Olga, ir Lina Šakienė. “Pacientų, sergančiųjų lėtine obstrukcine plaučių liga, slauga.“ *Sveikatos mokslai* 25, 4 (2015): 85.

28. Greičienė, Svetlana, ir Gintarė Petronytė. Lietuvos slaugytojų dalyvavimas sveikatos politikoje. Lietuvos slaugos specialistų organizacija. 2013. Žiūrėta 2015-12-18. Prieiga per internetą: <http://www.lssso.lt/straipsniai/straipsnis-lietuvos-slaugytoju-dalyvavimas-sveikatos-politikoje>
29. Gudeliienė – Gudelevičienė, Loreta. “Kaip užtikrinti slaugymo kokybę.“ *Slauga: mokslas ir praktika* (2004): 6.
30. Gulliver, Stephen et al. “Adapted customer relationship management implementation framework: facilitating value creation in nursing homes.“ *Total Quality Management* 24, 9 (2013): 991–1003.
31. Hughes, Mischele. “Nursing workload: an unquantifiable entity.“ *Journal of Nursing Management* 7, 6 (1999): 317-322. Žiūrėta 2016-02-04. Prieiga per internetą: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2834.1999.00148.x/abstract>
32. Javtokas, Zenonas et al. *Visuomenės sveikatos stiprinimo vadovas savivaldybėms*. Vilnius: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, 2014.
33. Juodvalkienė, Rasuolė, et al. “Slaugytojų vaidmuo moksleivių burnos ertmės ligų profilaktikoje.“ *Socialinė sveikata* 2 (2014): 29.
34. Jurgutis, Arnoldas et al. „Slaugytojų vaidmuo teikiant motyvacinio konsultavimo paslaugas lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergantiems pacientams.“ *Visuomenės sveikata* 1 (2013): 48.
35. Kalibatienė, Danutė, et al. *Klinikinė slauga*. Vilnius: Greita spauda, 2008.
36. Pajarskienė, Birutė, et al. “Slaugytojų sveikatai žalingas elgesys kintančioje restruktūrizuojamos ligoninės psichosocialinėje aplinkoje.“ Vilnius: Higienos institutas, 2014.
37. Paulikienė, Simona. “Veiksminga mentorystė: slaugos studijų atvejis.“ *Tiltai* 1 (2014): 29.
38. Prokuroras, Robertas, et al. “Slaugos kokybės vertinimo modelis EQ-5D-SL ir jo taikymas ilgalaikio gydymo ligoninėje.“ *Visuomenės sveikata* 3, 50 (2010): 46.
39. Queiros, Cristina. “Predictors of burnout among nurses: An interactionist approach.“ *Psicothema* 25, 3 (2013): 331.
40. Razbadauskas, Artūras, et al. “Stacionaro slaugytojų profesinę motyvaciją sąlygojančių darbo aplinkos veiksnių analizė.“ *Sveikatos mokslai* 21, 7 (2011): 164.
41. Šakalytė, Danguolė. “Pagrindiniai pažangios slaugos klinikinės kompetencijos požymiai.“ *Socialinė sveikata* 2 (2014): 18.
42. Shahriari, Mohsen, et al. “Nursing ethical values and definitions: A literature review. *Iran J Nurs Midwifery Res.*” Nr, 18(1), 2013. Žiūrėta 2016-01-24. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748548/>

43. Šileikaitė, Sandra, ir Renata Kudukytė - Gasperė. „Slaugos paslaugų teikimo modernizavimo problemos – Vilniaus miesto centro poliklinikos patirtis.“ *Sveikatos mokslai* 21, 6 (2011): 131.
44. Šiupšinskienė, Nora, et al. „Pacientų, sergančių galvos ir kaklo piktybiniais navikais slaugos problemos: bandomasis tyrimas.“ *Sveikatos mokslai* 23, 1 (2013): 144-147.
45. Spirgienė, Lina, et al., „Slaugytojų profesinis rengimas: praktinio mokymo(si) aspektai.“ *Profesinis rengimas: tyrimai ir realijos* 23 (2012): 89.
46. Valiulienė, Žaneta, ir Arvydas Šuškevičius. „Paliatyviųjų onkologinėmis ligomis ir lėtiniais širdies nepakankamumu IV st. sergančių pacientų fizinės problemos.“ *Sveikatos mokslai* 22, 5 (2012): 159,164.
47. Zakarienė, Rasa. „Slaugytojų komandos pasitikėjimo įtaka veiklos sutelktumui.“ *Sveikatos mokslai* 25, 4 (2015): 83.

Kiti šaltiniai:

48. Bačkerienė, Viduta, ir Daiva Zagurskienė. „Lietuvos slaugytojų vadovų sąjungos vaidmuo slaugos politikos įgyvendinime.“ Pranešimas V Nacionalinėje sveikatos politikos konferencijoje „Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimas: vienykime jėgas“, Vilnius, 2006 lapkričio 24 d.
49. Bielinienė, Nijolė. „Slaugytojų profesinė veikla reglamentuojantys teisės aktai, jų taikymo aktualijos.“ Pranešimas seminare Sveikatos priežiūros įstaigų administravimo aktualijos. Panevėžys, 2015 spalio 27 d.
50. European Union Committee of the Regions. Žiūrėta 2015-02-28. Prieiga per internetą: <http://www.cor.europa.eu>
51. Huntington, Samuel, ir Joan Nelson. *No easy choice: Political participation in developing countries*. Cambridge: Harvard University Press, 1976.
52. Informaciniai pranešimai „Medicinos darbuotojų dieną minint“ (2015). Žiūrėta 2015-12-18. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/informaciniai-pranesimai?articleId=3337123>
53. Investing in health. Health: a condition for economic prosperity and social cohesion (2013). Žiūrėta 2015-12-12. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/investing_in_health_infograph_en.pdf
54. Kunaviktikul, Wipada, et al. „Knowledge and involvement of nurses regarding health policy development in Thailand.“ *Nursing and Health Sciences* 2 (2010): 221–227.
55. Lietuvos slaugos specialistų organizacija. Žiūrėta 2015-05-25. Prieiga per internetą: <http://www.lssso.lt/apie-mus>
56. Lietuvos statistikos metraštis 2014 (2015). LR Statistikos departamentas. Žiūrėta 2016-01-04. Prieiga per internetą: osp.stat.gov.lt/services-portlet/pub-edition-file?id=2910

57. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Žiūrėta 2015-12-20. Prieiga per internetą: <http://www.lsmuni.lt/lt/apie-universiteta/svarbus-dokumentai/>
58. Lietuvos sveikatos statistika 2014 (2015). Sveikatos informacijos centras. Žiūrėta 2016-01-26. Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt>
59. LR Statistikos departamentas. Žiūrėta 2016-01-26. Prieiga per internetą: <http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniu-rodikliu-analize?portletFormName=visualization&hash=0a1ea39c-4de3-4453-a16a-e3b1a9a320f1>
60. Luciani, Cerell et al. "Quality improvement: evolution and use of nursing records in a complex organization: the experience of Policlinico Umberto I of Rome – Italy." *Professioni Infermieristiche* 57, 1 (2004): 15.
61. Margelienė, Danutė. „Slaugytojų praktikos patirtis sveikatos sistemoje.“ Žiūrėta 2015-12-13. [http://www.lssso.lt/files/pranesimas%20sam%202%20\(1\).ppt](http://www.lssso.lt/files/pranesimas%20sam%202%20(1).ppt)
62. Neal – Boylan, Leslie. "End the Disability Debate in Nursing: Quality Care is Fact." *Insight into Diversity*, April/May (2013): 11.
63. Picker institut Europe. Žiūrėta 2015-12-15. Prieiga per internetą: <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/>
64. Ralph, Nicholas, et al., Future- Proofing Nursing education: An Australian Perspective. *Reserach Gate* (2013): 44. Žiūrėta 2015-05-06. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/profile/Nicholas_Ralph/publication/266618288_The_McDonaldization_of_Nursing_Education_in_Australia/links/5435ffa90cf2643ab986a23d.pdf
65. Riahi, Sanaz. "Role stress amongst nurses at the workplace: concept analysis." *Journal of Nursing Management* 19 (2011):721.
66. Singh, Rajbala ir Shikha, Dixit. "Health-Related Quality of life and Health Management." *Journal of Health Management* 12, 2 (2010): 154.
67. Sveikatos priežiūros ištekliai. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2014. Žiūrėta 2016-01-04. Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/html/spr.htm>
68. Valstybinė ligonių kasa prie SAM, 2015 m. Žiūrėta 2015-12-15. <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/gydytojuirslaugytojudarbozmokestis/Documents/0303%202014%20m.%20ir%202015%20m.%20ASPI%20slaugytoju%20VDU.pdf>, (žiūrėta 2016-01-27)
69. Visuomenės sveikata (2014), p. 4. Žiūrėta 2015-12-10. Prieiga per internetą: http://europa.eu/pol/health/index_lt.htm
70. World Health Organizacion. Žiūrėta 2015-02-28. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/policy>

71. World Health Organization. *World Health Statistics* 2014 (2015). Žiūrėta 2015-05-15. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1
72. World Health Organization. *World Health Statistics* 2015 (2015). Žiūrėta 2015-05-15. Prieiga prie interneto: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671>
73. “Apie Europos Sąjungos politiką. *Visuomenės sveikata*.” Europos Sąjunga, 2015. Žiūrėta 2016-01-20. Prieiga per internetą: file:///D:/Documents/Downloads/NA0215719LTN_002.pdf
74. “Constitution of the World Health Organization.” *Basic Documents* (2006). Žiūrėta 2015-02-10. Prieiga per internetą: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
75. “Human resources in health systems.” European Commission, 2016. Žiūrėta 2015-02-28. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/healthcare/health_systems_organisation/human_resources/index_en.htm#fragment0
76. “Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės *Dienos fotografijos analizė*. (2011). Žiūrėta 2014-12-15. Prieiga per internetą: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2011_medicinos_personalo_skaiciaus_poreikio_ir_darbo_kruvio_pilotines_dienos_fotografijos_analize.pdf
77. “Nurses and Health Human Resources Planning.” International Council of Nurses, 2015. Žiūrėta 2015-02-04. Prieiga per internetą: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9a_FS-Health_Human_Resources_Planning.pdf
78. “Nurses and midwives: A Vital Resource for Health European compendium of good practices in nursing and midwifery towards Health 2020 goals.” *World Health Organization*, 2015. Žiūrėta 2016-01-29. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/287356/NURSES-AND-MIDWIVES-A-Vital-Resource-for-Health-Compendium.pdf
79. “Slaugytojų atlyginimai: žada daugiau, ar duos?“. *Lietuvos sveikata*, 2015 m. vasario 12 d. Žiūrėta 2015-12-04. Prieiga per internetą: <http://lsveikata.lt/aktualijos/slaugytoju-atlyginimai-zada-daugiau-ar-duos-2308>
80. 2013 Survey of registered nurses. *AMN Healthcare*, 2013. Žiūrėta 2015-12-08. Prieiga per internetą: http://www.amnhealthcare.com/uploadedFiles/MainSite/Content/Healthcare_Industry_Insights/Industry_Research/2013_RNSurvey.pdf

Urbanavičė R. Slaugos politikos įgyvendinimas ligoninėje / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2016. – 95 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe analizuojamas slaugos politikos formavimas ir jos įgyvendinimas ligoninėje. Nagrinėjami mokslinės literatūros šaltiniai, tarptautiniai ir nacionaliniai slaugos politiką reglamentuojantys dokumentai, pristatoma slaugos apibrėžtis ir funkcijos, slaugos politikai keliami uždaviniai. Analizuojant statistinius duomenis atskleidžiama Lietuvos slaugos situacija ir identifikuojamos pagrindinės slaugos politikos problemos. Atliktas kokybinis pusiau struktūruotas ekspertų interviu tyrimas pagrindžia teorinėje dalyje nustatytą slaugos politikos problematiką ir atskleidžia pagrindinius kryptingo slaugos politikos formavimo ir įgyvendinimo trukdžius.

Raktiniai žodžiai: slaugytojai, slaugos politika, slaugos politikos problemos, slaugos politikos formavimo ir įgyvendinimo trukdžiai.

Urbanavice R. Nursing Policy Implementation in The Hospital / Final Master's Thesis in Health Policy and Management. Academic Supervisor prof. dr. D. Jankauskiene. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2016. - 95 p.

ABSTRACT

Nursing policy and its implementation in the hospital was analyzed in Master's thesis.

Scientific literature, international and national nursing policies governing documents were analysed; nursing definitions and functions for tasks of nursing policies were presented.

The analysis of statistical data reveals Lithuania nursing situation and identify the main nursing policy problems. Qualitative semi-structured interviews study justifying in theoretical part described care policy issues were carried out. Study reveals the main interferences for purposeful nursing policy-making and implementation.

Keywords: nurse, nursing policy, problems of nursing policy, nursing policy-making and implementation of interference.

SANTRAUKA

Slaugos politika yra svarbi kiekvienos valstybės tikslingos sveikatos sistemos funkcionavimo dalis, todėl slaugos politika turi būti formuojama kryptingai, kad visi slaugos sistemos dalyviai būtų motyvuoti tikslingai veikti ir teikti slaugos paslaugas, atitinkančias augančius pacientų poreikius.

Darbo tikslas - iširti ir įvertinti slaugos politikos formavimo ir jos įgyvendinimo trukdžius.

Darbo uždaviniai:

1. Išnagrinėti slaugos politiką reglamentuojančius dokumentus.
2. Identifikuoti slaugos politikos Europos Sąjungoje ir Lietuvoje problemas.
3. Nustatyti slaugos politikos formavimo ir įgyvendinimo trukdžius Lietuvoje.
4. Pateikti rekomendacijas slaugos politikos gerinimui Lietuvoje.

Darbo metodai: teisinių dokumentų, mokslinės literatūros sisteminė analizė, statistinių duomenų analizė, kokybinis tyrimas taikant pusiau struktūruotą ekspertų interviu metodą ir stebėjimo metodas – stebėjimas dalyvaujant formuojant ir įgyvendinant slaugos politiką ligoninėje.

Rezultatai. Sisteminės analizės būdu apibendrinant svarbiausius slaugos politiką reglamentuojančius Europos Sąjungos ir Lietuvos dokumentus nustatytos pagrindinės slaugos politikos teisinio reglamentavimo, slaugytojų migracijos, slaugos specialistų planavimo, jų rengimo bei jų praktinių gebėjimų panaudojimo aspektų, slaugytojų praktinės veiklos ir darbo užmokesčio politikos, slaugytojų dalyvavimo slaugos politikoje problemos. Slaugos ekspertai, dalyvavę kokybiniame tyrime, patvirtina slaugos politikos problematiką ir atskleidžia pagrindinius slaugos politikos formavimo ir įgyvendinimo trukdžius.

Išvados. Empirinio tyrimo rezultatai atskleidė, kad pagrindinės slaugos politikos formavimo ir įgyvendinimo trukdžiai yra raidos kryptingumo nebuvimas, reformų nesuderinamumas, fragmentiškas slaugos politikos formavimas, atsakingų asmenų už slaugos politikos vystymą nebuvimas, finansavimo trūkumas ir menkas slaugos vertinimas. Netinkama socialinė ir darbo aplinka, kurią įtakoja teisinio reglamentavimo spragos, norminių dokumentų įgyvendinimas, sveikatos sektoriaus finansavimas, požiūris į slaugytojus, lemia slaugytojų migraciją į kitas užsienio šalis.

Darbo struktūra. Magistro baigiamąjį darbą sudaro įvadas, trys pagrindinės dėstomosios dalys, išvados bei siūlymai. Darbo pabaigoje pateikiamas naudotos literatūros sąrašas, interviu klausimai, kurio pagrindu atlikta kokybinio tyrimo analizė bei kiti priedai.

Pirmoje magistro darbo dalyje pristatoma slaugos apibrėžtis, funkcijos ir slaugytojų veiklos ypatumai, slaugos politikos reglamentavimas Europos Sąjungoje ir Lietuvoje, jai keliami uždaviniai, analizuojami slaugos situacijos statistiniai rodikliai ir identifikuojamos slaugos politikos problemos. Teorinėje darbo dalyje atskleidžiama slaugos politikos formavimo strategija, slaugytojų planavimo ir jų rengimo aspektai, slaugos praktikos, slaugytojų darbo užmokesčio politika, slaugytojų dalyvavimas slaugos politikoje.

Antroje darbo dalyje pristatoma atliekamo kokybinio tyrimo metodika, tyrimo organizavimas, tiriamosios imties charakteristikos.

Empirinėje - trečiojoje darbo dalyje pristatomi pusiau struktūruoto ekspertų interviu tyrimo rezultatai ir atliekama jų analizė. Atliktu tyrimu identifikuojami slaugos politikos formavimo ir jos įgyvendinimo Lietuvoje trukdžiai.

SUMMARY

Nursing is an important policy of each state targeted health care system functioning part, therefore the care policy should be developed purposefully, so that all the care system participants would be motivated to act purposefully and to provide care services that meet the growing needs of patients.

The aim of research- to investigate and evaluate the nursing policy-making and the interference in implementation.

Tasks of research:

1. To examine the nursing policies governing documents.
2. To identify the problems in nursing policies between the European Union and Lithuania.
3. To analyse the interference in nursing policy-making and implementation in Lithuania.
4. To make recommendations on improving care policy in Lithuania.

Methods of research: legal documents, a systematic analysis of scientific literature, statistical analysis, qualitative survey using semi-structured expert reviews method and observation method- monitoring by participating in the formulation and implementation of care policies in the hospital.

Results. Using systematic analysis to summarize the most important nursing policies governing The European Union and Lithuania documents set out the main nursing policy in the regulation, migration of nurses, planning nursing professionals, the aspect of their preparation and their use of practical skills, the nursing practice and wage policy, the problems of participation of nurses in nursing policy. Nursing experts, who participated in qualitative research confirms issues in nursing policy and reveals the main interferences in nursing policy-making and implementation.

Conclusions. The empirical results of the study showed that the main nursing policy-making and implementation issues is the absence of development direction, reform inconsistency, fragmented care policy-making, the lack of responsible people for nursing policy development, lack of funding and poor nursing assessment. Inappropriate social and working environment, which is influence by the legal regulatory gaps, the implementation of normative documents, health sector funding, the attitude to the nurses, settle the migration of nurses to other foreign countries.

Thesis structure. The Master's thesis consist of an introduction, three main parts of instruction, conclusions and recommendations. The list of references, interview questions on which qualitative analysis was carried out and other accessories presented at the end of the thesis.

The first part of Master's thesis, presents a definition of nursing, functions and peculiarities of nursing, caring policy regulation in the European Union and Lithuania, it confronts work tasks, the analysis of statistic indicators of nursing situation and identifies nursing policy issues. The theoretical part of the work is disclosed with formation strategy of nursing policy, planning nurses and aspects of preparation, nursing practice, nurses' wages, and nurses' participation in care politics.

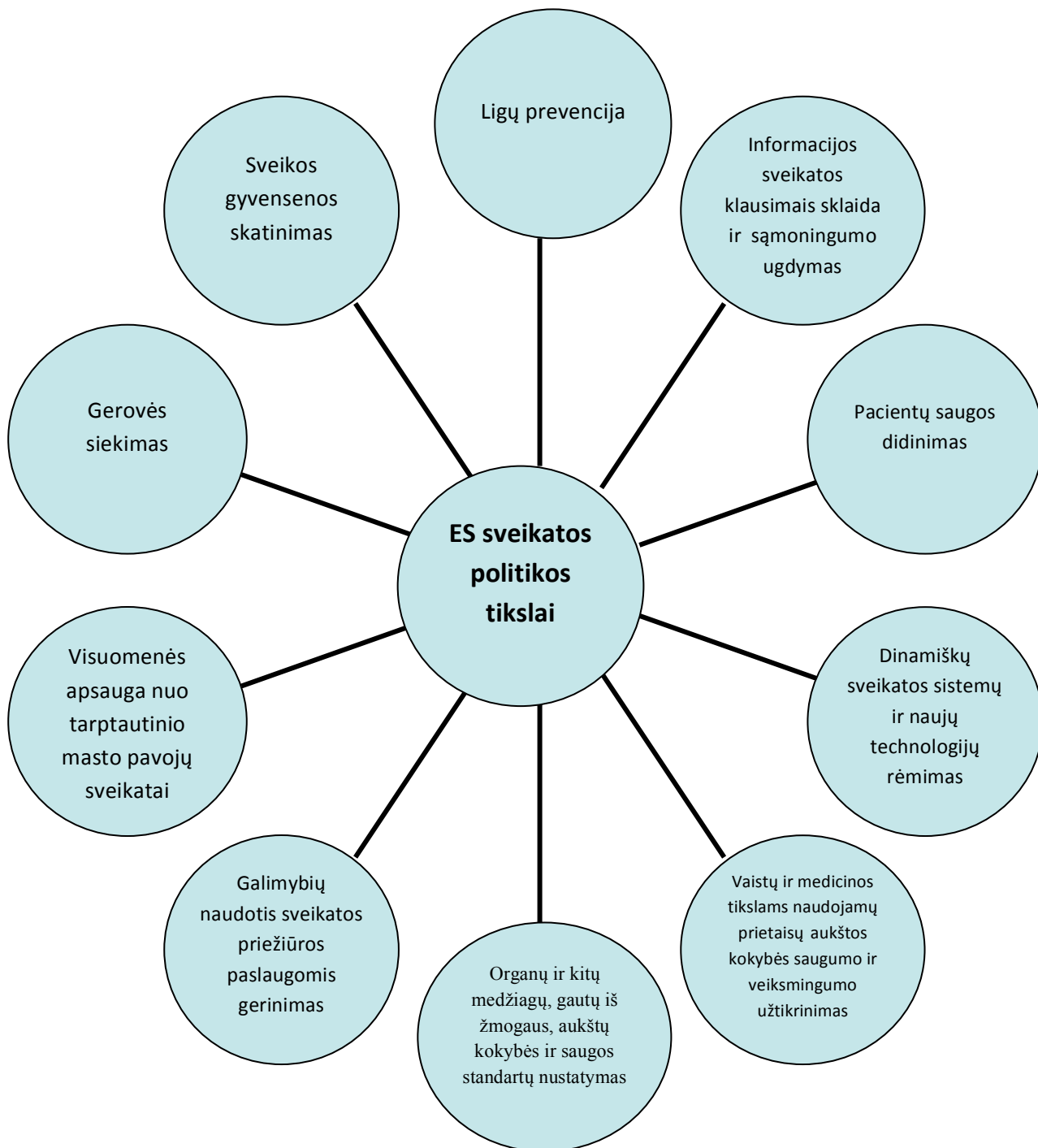
The second part presents results of a qualitative research methodology, research organization, and research sample characteristics.

In the empirical - the third part of the paper presents a semi-structured experts interview survey and analysis. The result of the analysis identifies the interferences in nursing policy-making and implementation in Lithuania.

PRIEDAI

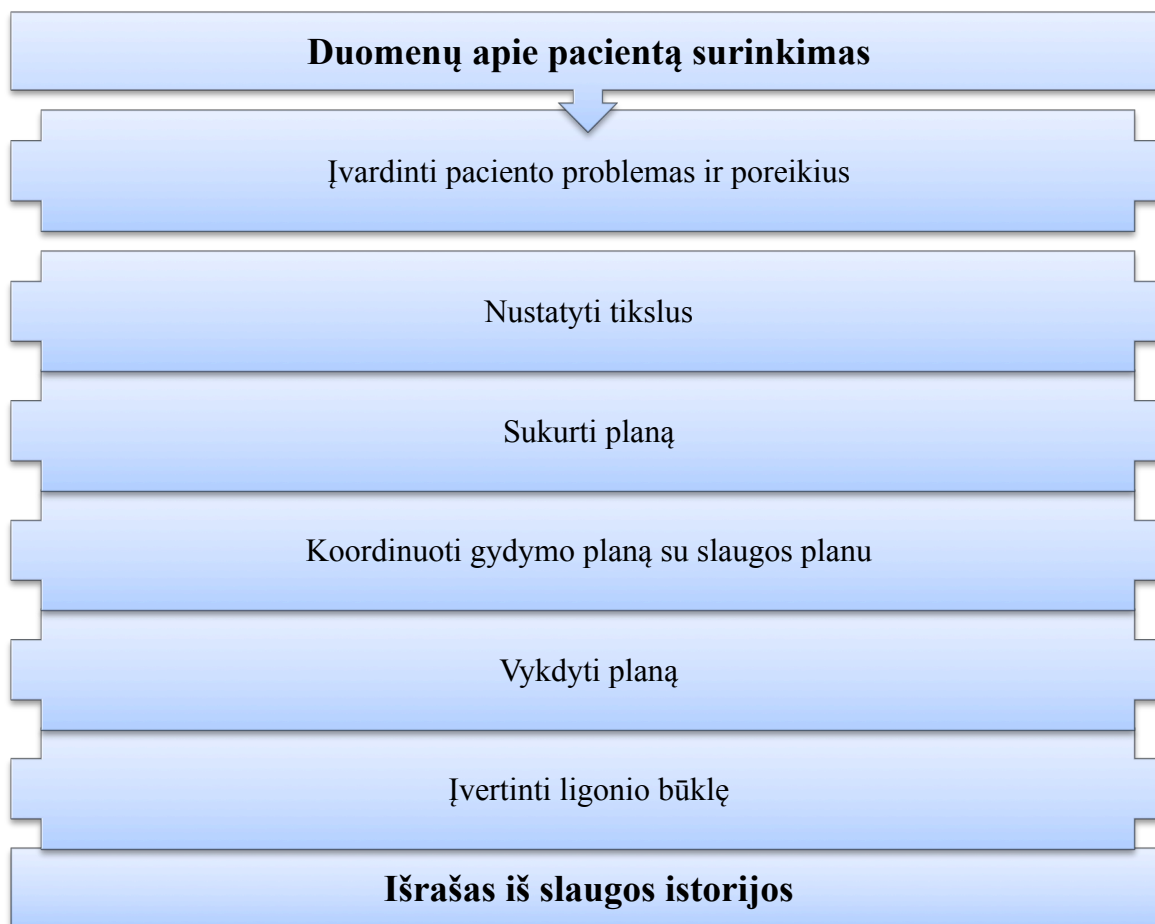
1 PRIEDAS

EUROPOS SĄJUNGOS SVEIKATOS POLITIKOS TIKSLAI



Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Visuomenės sveikata (2014): 4, žiūrėta 2015-12-10, http://europa.eu/pol/health/index_lt.htm

SLAUGOS PASLAUGŲ DOKUMENTAVIMAS



Šaltinis: Loreta Gudalienė – Gudelevičienė, „Kaip užtikrinti slaugymo kokybę.“ *Slauga: mokslas ir praktika*, (2004): 6.

**SLAUGYTOJŲ IR GYDYTOJŲ, UŽIMANČIŲ VADOVŲ IR VADOVŲ PAVADUOTOJŲ
PAREIGAS, PASISKIRSTYMAS**

Metai	Įstaigų, įmonių, organizacijų vyriausieji vadovai (fiziniai asmenys)			Įstaigų, įmonių, organizacijų vadovų pavaduotojai		
	Viso (fizinių asmenų skaičius)	Slaugytojai	Gydytojai	Viso (fizinių asmenų skaičius)	Slaugytojai	Gydytojai
2006	459	0	371	485	112	237
2007	447	3	359	476	102	234
2008	465	10	351	486	102	241
2009	452	8	372	427	89	213
2010	399	7	322	395	85	189
2011	404	13	305	380	80	184
2012	387	10	302	370	85	182
2013	373	9	284	371	76	185
2014	357	8	266	334	68	171

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, žiūrėta 2016-01-30, http://sic.hi.lt/spec_info/met_ata.php?Form=3&Reg=00&Year=2014

PUSIAU STRUKTŪRUOTO EKSPERTŲ INTERVIU KLAUSIMAI

Gerbiami respondentai, esu Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų instituto II kurso iššestinių Sveikatos politikos ir vadybos magistrantūros studijų studentė ir rašau baigiamąjį darbą tema „Slaugos politikos įgyvendinimas ligoninėje“. Jūsų nuomonė labai svarbi siekiant įvertinti slaugos politikos įgyvendinimo Lietuvoje trukdžius ir problemas bei ieškant galimų sprendimo būdų jai pagerinti. Užtikrinu, kad Jūsų asmens duomenys nebus atskleisti, o Jūsų pateikti atsakymai bus panaudoti tik šio mokslinio darbo tyrimui.

1. Kaip Jūs vertinate slaugos politikos vystymąsi Lietuvoje? Pagrįskite, prašau, savo nuomonę.
2. Kokių slaugytojų pagal jų profesines specializacijas trūksta sveikatos sektoriui? Įvardinkite, prašau, trūkumo priežastis.
3. Ar išnaudojamos slaugytojų su aukštesniu universitetiniu išsilavinimu kompetencijos ir gebėjimai praktikoje? Jei ne, įvardinkite trūkumus. Jei taip, įvardinkite priemones.
4. Kokie slaugytojų atliekamų darbo funkcijų, darbo krūvių reglamentavimo trūkumai? Kaip siūlytumėte perskirstyti slaugytojų atliekamas darbo funkcijas, darbo krūvį?
5. Kaip turėtų būti dokumentuojama slauga? Kokią reikšmę slaugos dokumentavimas turėtų slaugytojų/gydytojų veiklai, slaugos politikai?
6. Kaip slaugytojų darbo užmokestį įtakoja jų išsilavinimas, darbo krūvis, darbo sudėtingumas, darbo stažas, geografinė darbo vieta šiuo metu? Kokia turėtų būti slaugytojų darbo užmokesčio apmokėjimo metodika?

Ačiū už Jūsų atsakymus!