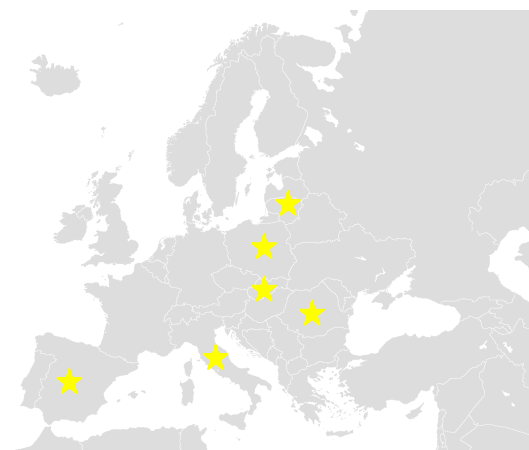


Lietuvos išsėtinės sklerozės sąjunga sveikatos paslaugos namuose ir ligoninėje

Tarptautinis Pranešimas



Project Number: 517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

Project Promoter: Presidio Sanitario Gradenigo

Period of Reference: 1 November 2011 – 30 April 2012



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Turinys

Santrauka_____	2 psl.
1. Įvadas į daugiašalę situaciją_____	3 psl.
2. Pagrindinės nacionalinės tendencijos_____	12 psl.
3. Nacionalinės institucijosi ,atsakingos už sveikatos paslaugas namuose_____	20 psl.
4. Nacionalinė politika įgyvendinanti ir skatinanti sveikatos priežiūros gerinimą _____	28 psl.
5. Strategijos ir iniciatyvos nacionaliniame ir vietiniame lygmenyje ,gerinant sveikatos priežiūros paslaugas _____	35 psl.
6. Mokomųjų kursų aprašymas ir pateikimas svarstymui profesionaliems slaugytojams_____	43 psl.
7. Gerosios praktikos identifikavimas_____	55 psl.
8. Išvados_____	68 psl.
9. Bibliografija ir rekomendacija_____	69 psl.

Sveikatos paslaugos namuose ir ligoninėje Tarptautinis Pranešimas

Sabrina Grigolo

Presidio Sanitario Gradenigo

Turin, Italy

sabrina.grigolo@gradenigo.it,

Įvadas

Kiekvienas partneris turi savo istoriją, savo kultūrą, būdą suorganizuoti ir valdyti gyventojų sveikatos paslaugas.

Heppy projektas yra bandomasis projektas, jis dalyvauja partnerių NSS veiksmuose, su perspektyva sveikatos paslaugų sistemos integracijos ir rezultatų pagerinimo link.

Pasakojamoji medicina, "tėvų pedagogikos" metodologija ir ICF yra naujovių elementai, kurie, jei įvesti adekvačiai keliuose bandomuosiuose kontekstuose, tampa strategijomis kaip pagerinti pacientų priežiūrą

Šis tarptautinis pranešimas yra darbo grupių rezultatas, kurį visi partneriai bendru įnašu suskirstė į sekančius skirsnius:

1. institucijų, profesionalų, pacientų ir paslaugų teikėjų dalyvavimas
2. dalyvių pasakojimų/istorijų surinkimas
3. nacionalinių ir regioninių sveikatos sistemų aprašymas
4. nacionalinės slaugos namuose priežiūros aprašymas
5. tarptautinio pranešimo ratifikavimas

Kiekvienas partneris prisidėjo rašant tarptautinį pranešimą.

Aš norėčiau padėkoti visiems partneriams, darbo grupėms ir, ypač, Asociacijai "Pixel" už veiklą tikrinimą ir redagavimą.

1. Įvadas apie tarptautinę situaciją.

Italijos respublika saugo asmens sveikatą kaip pagrindinę teisę ir garantuoja nemokamą medicininį aptarnavimą. Niekas negali apeiti ir nevykdyti įstatymų rėmuose nusmatytos sveikatos paslaugų teikimo tvarkos, išskyrus kai kuriuos atvejus numatytus įstatymo rėmuose.

Įstatymas jokiomis aplinkybėmis negali pažeisti ribų, žeminančių pagarbos žmogaus asmeniui.

Pagrindiniai principai yra:

- Vieša atsakomybė už sveikatos priežiūrą
- Žmogaus Orumas
- Vienodas visiems gyventojams sveikatos priežiūros prieinamumas
- Kainos efektyvumo rodiklis išteklių panaudojime
- Viešas sveikatos priežiūros finansavimas per bendrus mokesčius.

Pagal įstatymo Nr.833 paragrafą 1978, pavadinto "Legge di riforma sanitaria" (Sveikatos priežiūros reformos įstatymas), Šalies sveikatos apsaugos tarnyba yra įkurta, kad apsaugotų fizinę ir psichinę žmonių sveikatą, ir yra pagrindinė asmens ir kolektyvinės atsakomybės teisė į sveikatos priežiūrą. (1 straipsnis).

Italijos NSS yra valdoma tiek nacionaliniu tiek ir vietiniu lygmeniu.

Fundamentalūs sveikatos priežiūros principai Nacionaliniame lygmenyje, per Centrinę vyriausybę ir Sveikatos ministeriją, numatyti įstatymuose ir nurodymuose, apibrėžiančiuose sveikatos priežiūros principus, iš pradžių buvo priimti 2001, ir pagal šiuos principus, paslaugos, kurias NSS, kaip laukiama, tiek visiems gyventojams, nemokamai visose priegose be užmokesčio arba sumokėjus mokestį (bilietas) ir kuriam Sveikatos ministerija yra laiduotojas nacionaliniame lygmenyje. Regioniniame lygmenyje, per 19 Sričių ir 2 autonomines sritis, kaip bendri įstatyminiai ir administraciniai valdžios organai, sveikatos struktūros ir paslaugų įkūrimui ir organizacijai. Sritis yra taip pat tiesiogiai atsakingos už vietinį sveikatos priežiūros pasiūlymą, kuris turi būti specifinis taip pat teritoriniams reikalavimams. Konferencijos Valstybinės sritys suvienija nacionalinę instituciją ir regiono savivaldą, kad garantuotų lygias teises sveikatos priežiūroje visiems gyventojams.

Šalies sveikatos apsaugos Planas, paruoštas Sveikatos ministerijos, Sričių, sindikatų ir kitų tarpininkų, identifikuoja nurodymus Italijos sveikatos politikai, kuriai turi pritari Konferencijos Valstybinės sritys.

Veiksmų sfera ir sveikatos priežiūros profesijų atsakomybė yra nustatyta pagal Ministerijų Potvarkius nustatančius jų profesinius profilius ir Švietimo sistemas, kurios organizuoja kursus, įvertindamos diplomais, taip pat kaip ir specifinius elgesio kodeksus.

Slaugymo, akušerijos, reabilitacijos, techninio ir sveikatos priežiūros profesijos ir prevencijos sritys turi jurisdikciją dėl identifikavimo ir sudarymo profilių sveikatos apsaugos operatorių, kurie negali būti siunčiami atgal į aukščiau minėtas sveikatos priežiūros profesijas; tačiau, naujų sveikatos priežiūros profesijų identifikavimas, kuris būtų įtrauktas į vieną iš rajonų, paminėtų Straipsniuose 1, 2, 3 ir 4 Įstatymo 2000 m. rugpjūčio 10-oji, ne. 251 (slaugymas, akušerija, reabilitacija, techninės ir sveikatos priežiūros profesijos ir prevencija), kurio patirtis turi būti pripažinta visur šalies teritorijoje, vyksta per Europos Sąjungos direktyvų sukeitimą, kuris yra ant iniciatyvos valstybės ar Sričių, atsižvelgiant į reikalavimus, susietus su sveikatos priežiūros tikslais, numatytais Nacionaliniame Namų Sveikatos priežiūros plane ar Regioniniuose Sveikatos priežiūros planuose, kurie neranda populiarumo jau pripažintose profesijose. Apibrėžimas funkcijų, charakterizuojančių naujas profesijas, vyksta, vengdamas procedūrų ir persipynimo su profesijomis, jau pripažintomis ar tos pačios specializacijos.

Sveikatos ministerija yra įtraukta programuojant kokybinius ir kiekybinius poreikius Nacionalinės Sveikatos priežiūros Paslaugos medicinos personalui su diplomu ir specializacija per mokymo programas bendroje medicinos sferoje.

Keletas sveikatos priežiūros profesijų yra įsteigtos Asociacijose ir Kolegijose, įkurtose kiekvienoje šalies teritorijos srityje. Kartu su profesijomis, jau sudarytomis Asociacijose (doctors 517927 - LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP chirurgai ir odontologai, medicinos gydytojų-veterinarijos chirurgai, farmacininkai) ir Kolegijos (akušerės, TSRM rentgenologai, profesinės slaugytojos, sveikatos priežiūros padėjėjai ir IPASVI vaikų priežiūros prižiūrėtojai), naujausios sąlygos sveikatos priežiūros profesijų lauke numato transformaciją į Asociacijas profesinių Kolegijų, kurios jau egzistuoja, taip pat kaip sukūrimui Asociacijų toms profesijoms, kurios šiuo metu nepriklauso jokiai Asociacijai. Šiuo metu, 22 pripažintos sveikatos profesijos yra atliktos maždaug 500 000 profesionalų, dirbančių slaugyme, akušerijoje, reabilitacijoje, techniniame ir sveikatos priežiūros srityje bei prevencijos įstatymo

ribose. Įstatymas priimtas 2006 m. rugpjūčio 4-oji, pagal 248 numerį, ir naujos taisyklės apie reklamavimą yra dabar patikėtos Asociacijoms, kurios turi garantuoti sutikimą taisyklėmis dėl profesinio teisingumo, kad reklamavimas būtų padarytas pagal kriterijus aiškumo ir teisingumą profesinių kvalifikacijų ir bet kokios dviprasmybės nebuvimo, kad apsaugotų sveikatos gavėjų interesus.

Svarbiausia asociacija ir kolegija yra:

- Gydytojas, Atsakingas už sveikatos priežiūrą namuose,
- Higiena ir Profilaktinė medicina (ar Sveikatos apsauga) praktikuojantis gydytojas
- Šeimos gydytojai ir Šeimos Pediatrai
- Slaugytojas
- Psichologas
- Profesinis pedagogas - Socialinis padėjėjas - socialinės rupybos darbuotojas.

Sveikata ir socialinės priežiūros integracija yra reguliuotos kaip metodas koordinacijos socialinio atlikimo, įvertinto kaip visas veiksmas, kuris yra nutaikytas, kad susitiktų, per integruotus priežiūros kelius, žmonių sveikatos palaikymo ir teikimo poreikius, reikalingus sveikatos priežiūros ir veiksmų socialinės apsaugos, kuri gali garantuoti sveikatos priežiūrą ir sveikatos atkūrimo palaikymą net ateityje.

Sveikatos ir socialinės priežiūros veiksmo kontekste, verta minėti: a) sveikatos priežiūros veiksmas socialinės reikšmės, t.y. tas veiksmas nusitaikė į sveikatos kokybę, prevenciją, diagnozavimą, ligų gydymą ir išsėtinės sklerozės ar pripažįstančių negaliojančių įgimtų ir įsigytų patologijų rezultatų pasiekimą; b) socialinis veiksmas sveikatos priežiūros reikšmės, t.y. visų veiksmų, kurie atitinka socialinės lygybės sistemą, kuri turi tikslą išlaikyti sveikus, darbingus žmones spręsti su nedarbingumu ar socialine atskirtimi susijusias problemas, kurios paveikia jų sveikatą; c) sveikata ir socialinės priežiūros veiksmas, duodantis suprasti aukštą sveikatos priežiūros integraciją, charakterizuotą tam tikro terapinio svarbumo ir buvimo sveikatos priežiūros komponentų, kurie yra susiję daugiausia su motinos ir vaiko, pagyvenusiųjų, negebėjimo, psichiatrinio sutrikimo ir vaistų polinkio, alkoholio ir vaistų, patologijos dėl ŽIV infekcijų ir ligų galutinėje fazėje, nesugebėjimo ar nedarbingume, kylančiame iš chroniškų išsėtinės sklerozės.

Toks padalijimas bando suteikti aiškumo vienam iš disciplinos centrų slaugymo sferoje, kompetencijos vadyboje, planavimo lygmenyje ir finansinės naštos atžvilgiu, kadangi tokios funkcijos yra bendrų interesų ir Regioninei Sveikatos priežiūros Paslaugai.

O dėl aspektų, tiesiogiai sujungtų su sveikatos priežiūra per Savivaldybes, tai tiesiogiai veikia per profilius, kurie yra artimiausieji susieti su socialine pagalba.

Dėl įsigaliojimo naujo Konstitucijos pavadinimo V, tolimesnė svarstoma problema, yra susijusi su kitomis temomis kiekvienos veiklos į lygiagrečių lauką "sveikatos apsaugos" srityse, t.y. "socialinės pagalbos" sritis, nuo to laiko, kaip paskutiniai nukrypimai nuo likusios Sričių kompetencijos viduje, tai leidžia atskirtą discipliną regioniniu pagrindu. Nesant pateikiamam "pagrindinių principų" filtrui, bet koku atveju, kad ir kas atstatomasis sprendimas socialinio veiksmo lauke yra valstybė, kuri saugo išskirtinę įstatymine kompetenciją ir turi nustačiusi būtinų lygmenų atlikimo dėl pilietinės teisės ir socialinių teisių visumą, kurios turi būti garantuotos per visą šalies teritoriją, įvertintos kaip kompetencija, atitinkanti visą apimančią sveikatos sritį ir todėl gali atskirti nuo regioninės įstatymų leidžiamosios galios.

Užduotis garantuoti sveikatos priežiūrą ir socialinę integraciją yra priskirta Rajonui, organizacinei šakai Vietinio Sveikatos Vieneto, per organizaciją ir pristatymą pirminių rūpinimosi paslaugų, susietų su sveikatos priežiūra ir socialiniu veiksmu, taip pat kaip per sąlygą sveikatos priežiūros paslaugų socialinio tinkamumo, charakterizuoto specifinės ir aukštos integracijos, ir socialinio veiksmo sveikatos priežiūros reikšmės tokiais atvejais, kuriais jie yra deleguoti Savivaldybių.

Tarp skirtingų būdų skatinti sveikatą ir socialinę rūpinimosi integraciją, yra abu atsitiktinumo geriausių bendruomenės rajonų, socialiniu požiūriu, su sanitariniais rajonais ir integruotu planavimu, skatintu per skirtingus instrumentus: sutartis dėl socialinis ir sveikatos priežiūros veiksmas Bendruomenės Veiksimo Programos (TINKAMOS), kuris nustato išteklius sveikatai ir socialinei rūpinimosi integracijai, taip pat kaip vietai patogumų kompetencijos teritorijoje; dalyvavimas Konferencijos merų tikrinime pasiekimo tikslų sveikatos sektoriuje; programos sutartys tarp Vietinių Sveikatos Vienetų/Savivaldybių ir/Ar sutartys, kurios įtraukia TINKAMO ir Dalijimo į zonas Žemėlapiu sveikatos turinius.

Ypač, 328/2000 Įstatymas ėmėsi spręsti problemą tarp sveikatos rajono ir socialinio rajono paskirstymo, o dėl organizacinės dalies, sukūrimo tinkamų forumų, per koordinaciją ar dviejų bendruomenės šakų atsitiktinumą, kad palengvintų tikrą sveikatą ir socialinės priežiūros integraciją; o

dėl planavimo dalies, koordinacijos tarp zonišs ir apygardos planavimas, kadangi Savivaldybės dėl sveikatos rajono turi aprūpinti Dalijimo į zonas Žemėlapyje pagal Vietinį Sveikatos Vienetą.

Apžvelgiant visą sveikatos ir socialinės priežiūros planavimo turinį, yra sąlyga kad sveikata ir socialinė priežiūra sujungtų kelius, sugebančius garantuoti tęstinumą sveikatos priežiūros struktūros viduje kapiliarinio tinklo paslaugų, charakterizuojančių sveikatos priežiūros "vadybą" pacientų labui.

Ispanijos nacionalinės sveikatos sistema yra labai sudėtinga ir turi savo šaknis 1978 m. Ispanijos Konstitucijoje, kurioje teigiama, kad visi ispanai turi teisę į sveikatos apsaugą.

Be to, konstitucijos 43 straipsnis nurodo, kad visi turi kompetencija tvarkyti valstybinius įgaliojimus ir nemokamai imtis prevencinių priemonių ir paslaugų.

1986 m. Bendrosios sveikatos sistemos įstatymas, pasireiškė decentralizacijos principu, šioje šalyje veikia 17 sveikatos posistemų, kurios dirba kartu, aprūpina sistemos posistemius, kordinuoja viena kita ir bendradarbiauja kartu. 2002 sveikatos kompetencijų perkėlimo procese, Ispanijoje atsirado 17 sveikatos posistemų ir bendroji sveikatos sistema

Nacionalinė sveikatos tarnyba dabar yra grindžiama tuo, kad kiekvienas gyventojas turi lygias teises į sveikatos apsaugą, nepriklausomai nuo savo socialinės padėties. Todėl šis valstybės tarnybos tikslas yra išlaikyti lygybę sveikatos sektoriuje.

Šios sistemos principai yra:

Universalus dėmesys: Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas apima visus gyventojus, nepriklausomai nuo jų socialinės padėties. Sveikatos priežiūra taip pat gali naudotis užsieniečiai, kurie yra užsiregistravę vietinėse savivaldybėse. Dėmesys yra universalus dėl mišraus finansavimo, tai yra, socialinio draudimo įmokų ir mokesčių.

Dekoncentracija: Būtinybės pagrindu atvykti arčiau gyventojų ir išvengti koncentracijos arti miesto branduolio.

Decentralizacija: Tai reiškia, kad reiškia Autonominės Vyriausybės atsakingos už sveikatos apsaugą

Sistema yra organizuota skirtinguose organizacijos dėmesio lygmenyse

Sveikatos priežiūros skyrius: Šis skyrius yra nutaikytas, kad nustatytų bendrą struktūrą ir politiką ispanų Šalies sveikatos apsaugos Sistemai

Autonominės Bendruomenės: Jie turi taip pat teisėtą kompetenciją į Sveikatos apsaugos Organizaciją, ir iš viso jie gali priimti sprendimą dėl išlaidų lygmens, naudodami savo valdymo sistemą. Bet ši sistema neatmeta teisės padėti bet kokiam asmeniui, kuriam reikia pagalbos. Pagal Bendrą Sveikatos Sistemos įstatymą ir nustatytą dekoncentracijos principą. Sveikatos apsauga turi būti organizuota Sveikatos Rajonuose, kur būtų nuodugnai apibrėžtos jų autonominės teisės. Šios teisės turi būti apibrėžtos atsižvelgiant į geografinius, kultūrinius, socialinius, infrastruktūrinius ir kitus artimumo kriterijus (Sveikatos Rajonai apima tarp 200.000 ir 250.000 žmonių tuo metu, kai Sveikatos Pagrindinės Zonos apima tarp 5.000 ir 25.000).

Dėl Paslaugų Organizavimo, Ispanų Sveikatos Sistema turi skirtingus Pagalbos Lygmenis.

- **Pirminė Pagalba:** Tai yra pirmas sveikatos patikrinimo lygmuo, ir jo tikslas pamatyti bendrus gyventojų sveikatos sutrikimus, tam, kad nustačius rimtesnius sveikatos sutrikimus galima būtų duoti siuntimą į kitą sveikatos lygmenį. Šis lygmuo yra artimiausias ir prieinamiausias gyventojams, todėl, kad daktaras atvyksta į namus, pagal gyvenamąją vietą.
- **Specializuota Pagalba:** Tai yra antras sistemos lygmuo, ir šis lygmuo yra prieinamas, tik gavus siuntimą iš pirmo lygmens. Į šį sveikatos lygmenį įeina pilnas sveikatos patikrinimo kompleksas. Šis sveikatos patikrinimas vyksta artimiausiose ligoninėse. Abu lygmenys yra koordinuoti tam tikslui, kad aprūpintų geriausią Sveikatos Pagalbą ir efektyviau naudotų Sveikatos Sistemos Išteklius.
- **Pirminė Pagalbos taip pat vadinama "Gyvenamosios vietos Pagalba".** Ši pagalbos rūšis yra išvystyta bendradarbiaujant Šeimos gydytojui ir slaugytojui kartu. Šeimos gydytojai, ir Slaugytojos yra atsakingi už šios rūšies sveikatos priežiūrą.

1986 metais buvo priimtas įstatymas, kuris įvedė sveikatos sistemoje vizitus į namus. Šis aktas ne tik padeda rūpintis pacientais bet taip pat ir profilaktinių veiksmų požiūriu

Labai svarbus bendradarbiavimo veiksnys tarp socialinių tarnybų ir namų slaugos, tik bendradarbiaujant kartu ir koordinuojant viena kitos veikla galima suteikti ligoniui geriausias slaugymo ir gyvenimo sąlygas

Socialines tarnybos pagrindinis tikslas yra suteikti ligonui pagrindines ir būtinausias socialines garantijas, kurios palengvintų pacientų gyvenimą

Ir visa tai turi būti padaroma pagal šiuos principus, kuriuos nurodo 1978 metais priimtas Sveikatos įstatymas

Universalumo; Viešųjų išlaidų racionalizavimą, atsižvelgiant į išlaidų-pelno planavimą ; Pritaikant neįgaliesiems, ta prasme, kad gyventojai turi turėti prieigą prie šio tipo paslaugų: decentralizuotos veiklos

Šis įstatymas padėjo pagrindą nedarbingiems ir lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, sujungdami socialinių tarnybų veiklą ir namų slaugos veiklą į vieną bendrą .

Iš tikrųjų Ispanijoje yra tik dvi Nacionalinės Sveikatos priežiūros Dėmesio Programos. Tai yra dėl pasirinkto kelio, ant kurio sistema yra pastatyta. Kiekviena Autonominė Bendruomenė organizuoja savo savą sveikatos apsaugą. Tai reiškia, kad labai sudėtinga kalbėti apie vienuose programose ar tendencijas ar skaičius. Yra dvi programos: Pirmą Programą, skirtą imobilizuotiems žmonėms, duoda tiems, kas negali nueiti į gydytojo kabinetą , jie gauna pagalbą savo namuose. Antra programa skirta sergantiems nepagydoma liga žmonėms, kuri aprūpina sergančius nepagydoma liga pacientus ir jų šeimos narius paskutiniomis paciento gyvenimo metais. Tos dvi programos yra dalis pirminės dėmesio paslaugų diagramos paslaugų ir yra taikomos visoje Ispanijoje. Kitos pirminio dėmesio paslaugos gali būti nustatytos pačių Sričių. Tos kitos paslaugos, kaip švelninantis akcentas, ar dėmesys, palengvinant tokia ligą kaip AIDS ar EPOC.

Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimu Nr. 1654 (Žin., 2009, Nr. 150-6713), sudaro 2 dalys: sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimas ir sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas. Stacionarias gydymo įstaigas siūloma suskirstyti į labai aiškiai apibrėžtas paslaugas teikiančius ir vienas kito nedubliuojančius tris lygmenis – rajono, regiono ir respublikos lygmens ligonines. Rajono lygmens ligoninėse būtų teikiamos minimalios paslaugos, o regiono lygmens ligoninėse – gerokai daugiau paslaugų. Respublikinio lygmens ligoninėse būtų sutelktas visų sudėtingiausių ir komplikuočių ligų gydymas, reikalingas sudėtingų technologijų ir siauros specializacijos gydytojų. Lietuvos Respublikos Vyriausybės potvarkiu Nr. V-1114 16 sveikatos įstaigų buvo perkvalifikuota į didesnio tipo ligonines, o 2010 metais iš 81 liko tik 65. Dėl šio potvarkio iki šiol vyksta diskusijos ar teisingai buvo padaryta pertvarka.

Sveikatos priežiūros paslaugos bus restruktūrizuojamos vadovaujantis šiais pagrindiniais kriterijais: atliekamų didžiųjų operacijų skaičius per kalendorinius metus, gimdymų skaičius per kalendorinius metus, geografinis atstumas iki artimiausios ligoninės. Numatomas sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo ekonominis efektas – iki 137 mln. litų sveikatos sektoriui skiriamų lėšų. Vadovaujantis paslaugų pirkimo kriterijais, numatoma sumažinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis perkamų stacionariųjų 30–40 šalies ligoninių skyrių paslaugų. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimu Nr. 1654 Sveikatos apsaugos ministerija įpareigota 2010 ir 2011 metais atlikti Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos įgyvendinimo rezultatų analizę, juos įvertinti ir vadovaujantis minėtoje programoje nustatytais kriterijais ir analizės rezultatais tikslinti ligoninių suskirstymą pagal lygmenis, teikiamų paslaugų sąrašą, apimtį ir apmokėjimą.

Visuomenės sveikatos priežiūros sistemos reformos eigą galima būtų suskirstyti į tris atskirus etapus: pirmasis etapas – bendros visuomenės sveikatos priežiūros administravimo sistemos šalies ir teritorinių lygmenimis diegimas, kiti du etapai – visuomenės sveikatos priežiūros plėtra savivaldybėse ir trečiojo lygio (specializuotų) visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų optimizavimas.

Pastaruosius du etapus inicijuoja Sveikatos apsaugos ministerija, kurios pavaldumui priklauso 34 sveikatos institucijos ir 8 ligoninės bei klinikos. Taip pat yra 36 specializuotos, trys reabilitacijos ligoninės ir 33 sanatorijos.

Pagrindiniai trečiojo restruktūrizavimo etapo tikslų ir uždavinių įgyvendinimo vertinimo kriterijai yra šie: gyventojų, pacientų ir medicinos personalo pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugų kokybe ir sauga pokytis; pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų plėtra ir finansavimo didėjimas; ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 5 procentais; dienos stacionario paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 8 procentais; hospitalizacijos rodiklio 100 gyventojų mažėjimas iki 18. Pertvarkant sveikatos apsaugos sistemą, numatoma įvesti papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą, laiduojantį pacientams pasirinkimo teisę.

Ministerija dabar turi atsakomybę už tai, kad valdyti dvi pagrindines Lietuvos mokomąsias ligonines su valstybiniu Vilniaus universitetu ir Kaunu Medicinos 517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP universitetas.

Sveikatos sistemos įstatymas reglamentuoja Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, jos struktūrą, sveikatos saugos, sveikatos stiprinimo ir sveikatos atgavimo santykių teisinio reguliavimo ribas, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo, valstybės ir savivaldybių laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros užtikrinimo, valdymo, sveikatos rėmimo, sveikatinimo veiklos sutarčių sudarymo pagrindus, atsakomybės už sveikatinimo veiklos teisės normų pažeidimus pagrindus, gyventojų, sveikatinimo veiklos sub Visuomenės sveikatos stiprinimas - valstybės institucijų, savivaldos vykdomųjų institucijų, kitų juridinių ir fizinių asmenų įgyvendinamos organizacinės, teisinės, socialinės ir ekonominės priemonės, kurios padeda gausinti bei racionaliau naudoti sveikatos priežiūros išteklius, formuoti visuomenės sveikatos problemų sprendimo socialinės kontrolės sistemą, skatina visuomenės dalyvavimą formuojant valstybės ir savivaldybių sveikatos politiką, padeda kurti sveiką aplinką, skatina žmones gyventi sveikai ir didina sveikos gyvensenos motyvacijos efektyvumą, skatina sveikatos draudimo organizacijas ir asmens sveikatos priežiūros įstaigas orientuoti į ekonomiškai efektyvesnes sveikatinimo priemones, grindžiamas ligų profilaktika. jektų teises ir pareigas.

Sveikatos reforma niekada nesibaigs – ji yra tęstinis procesas. Sveikatos sistema tobulinama atsižvelgiant į pragyvenimo lygį, gerėjantį susisiekimą, gyventojų pajamas, suvokimo lygį. Sistema reorganizuojama tiek, kiek visuomenė yra subrendusi. Esame maža valstybė, pasirinkusi Skandinavijos šalių sveikatos apsaugos modelį, kai daugiausia paslaugų siekiama suteikti pirminiame sveikatos lygyje, per šeimos gydytoją, esantį arčiausiai žmogaus. Ekstra tvarka pas tokį gydytoją pacientai turi patekti tą pačią dieną, o negaluojuojantieji ne vėliau, kaip per tris dienas. Kitas reformos tikslas – pasiekti, kad sveikata turi rūpintis pats žmogus, o valstybė tik sudaro sąlygas gydytis. Kol kas to nepavyko pasiekti. Paskutiniai apklausos duomenys, atlikti SAM, rodo, jog tik 15 proc. mūsų žmonių mano, kad sveikata yra pirmiausia jų pačių rūpestis. 40 proc. pasakė, jog jų sveikata yra valstybės ir medikų rūpestis, o 30 proc. pareiškė, kad jų sveikata turi rūpintis valstybė. Čia ir yra pati blogiausia reformos vieta – kol kas nepavyko įtikinti visuomenės, kad žmogus pats pirmiausia yra atsakingas už savo sveikatą ir turi saugoti ją.

Nacionalinė pacientų ir sveikatos priežiūros tiekėjų Apžvalga 2010 parodė, kad prieiga pirminės sveikatos priežiūros miesto zonoje išreiškiant laukimo laikais šeimos gydytojui yra blogesnė negu kaimo rajonuose. Jei dideliuose miestuose vidutinis laukimo laikas dėl šeimos gydytojo yra 4.2 dienos, kaimo rajonuose tai yra 2 dienos.

Gali būti sakoma, kad sveikatos draudimo sistema **Rumunijoje** buvo iki 1989 ir dar po to keli metai, kuomet buvo charakterizuota centralizmo ir pasirinkimo apribojimo laisvės.

Išvadoje reformos tikslai nuo 1998 buvo:

- kad padidintų efektyvumą išteklių naudojime;
- kad pagerintų pacientų-gydytojų santykį;
- kad pagerintų gyventojų sveikatą;
- kad padidintų pacientų ir sveikatos priežiūros teikėjų abipusį patenkinimo lygmenį.

Principai socialinės sveikatos draudimo sistemos Rumunijoje apima: - socialinio sveikatos draudimo pasirinkimo laisvė: apdraustasis nėra pririštas prie gyvenamosios vietos ir pinigų, ir informaciją yra nukreipiama į paciento pasirinkimą, kurį jie padaro;

- solidarumas ir susitarimas pasirenkant fondus;
- dalyvavimas apdraustų asmenų, valstybės ir darbdavių Socialinio Draudimo Unikalaus Nacionalinio Sveikatos Fondo vadybai;
- lenktyniavimas, kylantis iš pasirinkimo laisvės, gydytojų, kurie rodo profesionalizmą, suteiktą pranašumą, didinantys priskirtų pacientų skaičių;
- aprūpinimas pagrindinio sveikatos apsaugos paketo, dorai ir be diskriminacijos bet kokiam draudimui;
- medicinos dokumentacijos Konfidencialumas.

Socialinės sveikatos draudimo sistemos funkcijos atlieka lėšų rinkimo, jų vadybos ir naudojimo veiksmą.

Kiekvieno aktyvaus asmens įnašas - tiesiogiai ir per darbdavį - kad suformuotų socialinį sveikatos draudimo fondą yra privalomas.

Socialinis draudimas Unikalus Nacionalinis Sveikatos Fondas susideda iš: tarnautojo įnašų (5.5 %) ir darbdavio (5.2 %), dotacijos nuo valstybinio biudžeto ir vietinio biudžeto, bei kitų pajamų.

Fondų kryptys yra: administracinės išlaidos, ir kapitalo (max 3 %) rezervinis fondas (1 % akcija), farm Nesubalansuotas pajamų ir išlaidų fondas rodo, kad rumunų valdžios organai neturėjo nuoseklios sveikatos strategijos ant sveikatos ekologinių ir medicinos paslaugų užmokestis (iki 100 %).

Svarbiausias fondo tikslas užmokėti už vaistus ir medicinos paslaugas, kurios Sveikatos draudimo Namuose pasirašo kontraktą su medicinos paslaugų teikėjais, akredituotais Rumunijos Kolegijos Gydytojais.

Rumuniška sveikatos sistema neefektyviai veikia į pagrindinius Rumunų sveikatos sutrikimus, einamasis modelis, susitelkiantis ties rūpinimusi gydymu, ir didžiausias rūpestis skiriamas per ligonines ir mažiau į ambulatorinį gydymą ir pirminę sveikatos priežiūrą.

Tam tikra kritika Rumunijoje nusitaiko į sveikatos draudimo reformas:

nefinansuojama sveikatos sistema;

- sutartinis išteklių naudojimas;
- sveikatos apsaugos integracijos trūkumas;
- bloga vadyba informacijos apie sveikatą srityje;
- gyvybės sveikatos apsaugos kokybės garantijos trūkumas.

Pasiūlytos kryptys reformai ir sprendimams, kurie galėjo atkreipti į dėmesį turi turėti omeny svarbiausią tikslą sveikatos sistemos, kuri gerina Rumunijos gyventojų sveikatą ir teisingos prieigos prie sveikatos apsaugos, kuri turi būti: saugi, efektyvi, greita ir efektyvi. Šiuo metu, kuriamas naujas įstatymas organizacijoms funkcionuoti Rumunijos sveikatos sistemoje įstatymas, kuris kelia daug debatų.

Radikalūs politiniai, socialiniai ir ekonominiai pakeitimai, sukelti visur Čekoslovakijoje 1989 m. lapkritį taip pat, sukėlė reformas sveikatos sektoriuje. Po 1989, buvo lėtų bet tikrų skirtumų išsivystymo sveikatos sistemų Čekijoje ir **Slovakijoje**.

3 paveikslas. Apytiksliai gyvenimo trukmė ir vidutinis nukrypimas per dešimtmetį

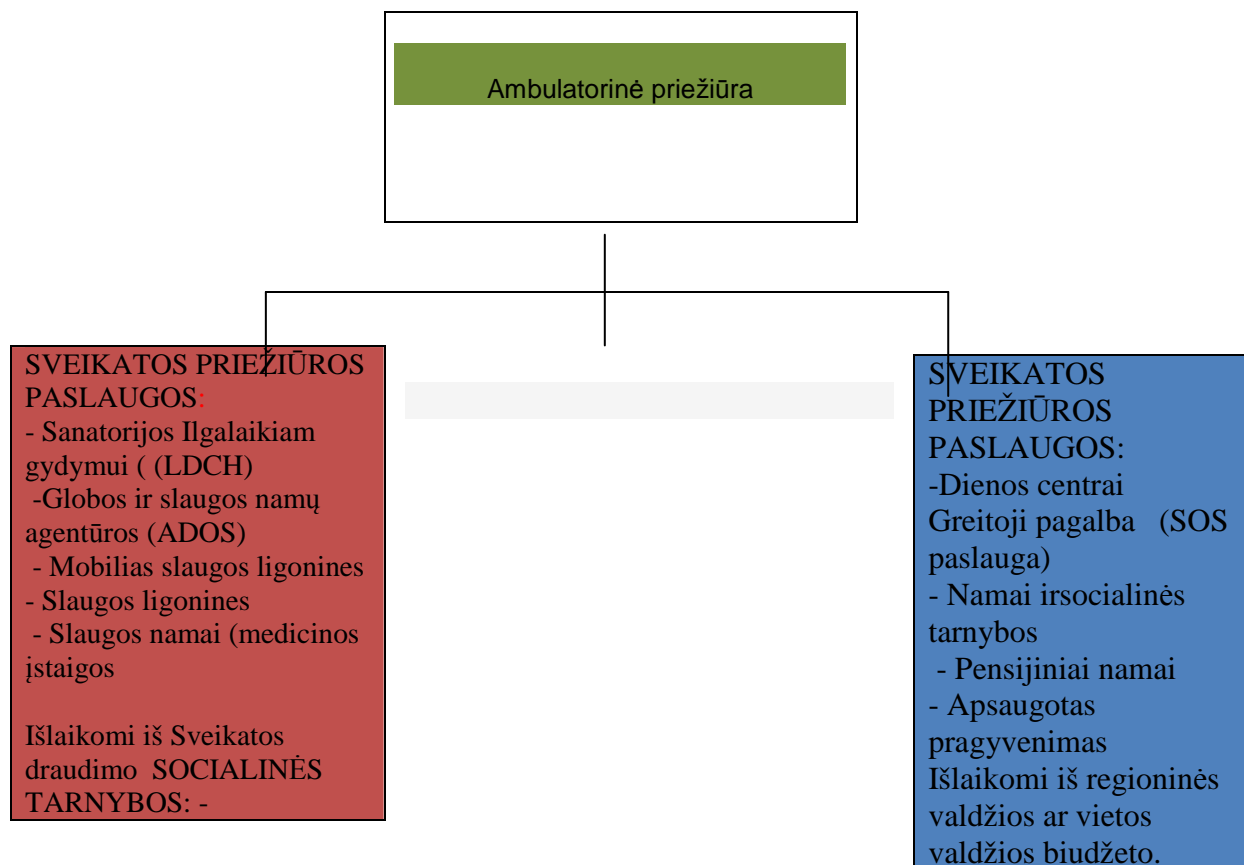
		1960	1970	1980	1990	2001	2002
Vidutiniška gyvenimo trukmė	Vyrai	67,70	66,73	66,75	66,64	69,51	69,86
	Moterys	72,47	72,92	74,25	75,44	77,54	77,63
Vidutiniškas nukrypimas nuo pra gyvenimo lygio per dešimtmetį	Vyrai	--	-10	0,00	-0,01	0,29	0,03
	Moterys	-	0,05	0,13	0,12	0,21	0,01

Statistikos duomenys 2003 m.

Cia egzistuoja nenaudinga Sveikatos ir socialinio rūpybos segregacija: kai kurie iš tiekėjų yra valdomi Sveikatos ministerijos (pavyzdžiui. Agentūros namų priežiūros slaugymo – ADOS, ir taip toliau) ir Darbo, Socialinių reikalų ir Šeimos Ministerija valdo kitas įstaigas. Taip vienoje priemonėje kiekvienas gali surasti sumaišytas paslaugas ir sumaišytą išlaidų apmokėjimą. Gydytojų ir specialistų paslaugos su slaugymo paslaugomis yra kontroliuojamos Sveikatos ministerijos, tuo metu, kai socialinė tarnyba kaip savipagalbos pagalba, viešasis maitinimas, transportavimas yra valdomas Socialinių reikalų ir Šeimos Ministerijos.

Tokiu būdu tai gali įvykti, kad sveikatos priežiūros įstaigose ar namų priežiūros sferoje, socialinė tarnyba nėra apmokama iš sveikatos priežiūros draudimo bendrovių. Antra, ten egzistuoja socialinės įstaigos, kur sveikatos priežiūros slaugymas yra pateiktas, kurie turi būti apmokėti iš sveikatos draudimo, ir tai yra daugiausia iki kliento – jei klientui sveikatos priežiūros įstaigoje ar namų priežiūros agentūroje reikia socialinės tarnybos, tai yra iki paciento ar šeimos, kad paprašytų tokio rūpinimosi dėl papildomo užmokesčio. Integruotas pacientas orientavo metodą ambulatorinio rūpinimosi dėl to, kas yra ilgalaikio rūpinimosi reikalingume, nepataiko. Ambulatorinis rūpinimasis gali būti ar nustatytu, ar namų priežiūros formatu.

Lentelė 5 Ambulatorinės paslaugos



2004 metais pirmą kartą istorijoje Slovakijos teisės aktų leidėjas Įstatymu Nr. 576/2004 Sb. priėmė įstatymą

apie sveikatos priežiūrą. Ambulatorinė gydymo 5 straipsnyje apibrėžiamos namų slauga, namų priežiūra, kurią teikia slaugytojų ar akušerių su specialiujų kompetencijų sutarimu su slaugos procedūras. Namų priežiūra yra forma ambulatorinio gydymo įstaigų, teikiamos asmeniui, kurio sveikatos būklė nereikalauja nenutrūkstamą sveikatos priežiūrą ilgiau kaip 24 ar 16 valandų. Agentūrų tinklas

reglamentuojamas pakeitimo teisiniu potvarkiu Nr. 751/2004 apie minimaliomis viešųjų telekomunikacijų tinklų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir minimalus namų priežiūros agentūros reikalavimai turi 1 slaugytoja už 1 000 gyventojų.

Paslaugų išlaidos 2008 m buvo 1,90 milijardai €, kas yra 0,5% visų sveikatos priežiūros draudimas ir atsižvelgiant į agentūros esate čia beveik 10 metų, kurių suma išlaidos yra gana žemas. Sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimas yra ribotas ir agentūrų darbo sutarčių pagrindu sveikatos draudimo kompanijos, tas paslaugas, kurios yra ne sutartyje kompensuoja pacientui arba šeimoms.

Sveikatos priežiūros įstaigose galima gauti taip pat socialinę priežiūrą, šiuo atveju tai yra iki paciento ar

šeimoms grąžinti tokias paslaugas.

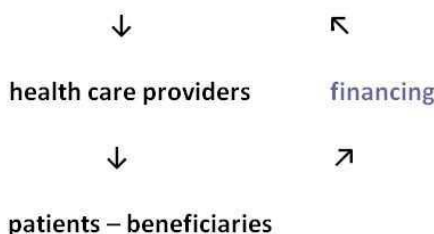
Lenkijos Konstitucija ir vienas iš jos straipsnių 68 straipsnis reglamentuoja, kad kiekvienas gyventojas turi teisę gauti sveikatos apsaugą. Nepriklausomai nuo gyventojų finansinės padėties, valstybinės institucijos turi garantuoti lygią prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų, finansuotų iš valstybės lėšų. Sąlygos ir pašalpos apimtis yra apibrėžtos statuto. Lenkų sveikatos priežiūros sistema yra pagrįsta draudimo modeliu (privalomas visuotinis draudimas), ir modelis susideda iš įstaigų, įkurtų, kad aprūpintų gyventojų sveikatos priežiūrą.

Sveikatos priežiūros sistema Lenkijoje yra sutelkta ties medicinos paslaugų gyventojams aprūpinimu. Tai buvo pasiekta kad sveikatos priežiūros paslaugas gaunantys pacientai sveikatos priežiūros paslaugas gautų per Šalies sveikatos apsaugos Fondą (NFZ). NFZ turi dvejopą viešo mokėtojo ir reguliuotojo vaidmenį, nuspręsdamas kontraktus su sveikatos priežiūros tiekėjais ir kompensuodamas vaistus. Šalies sveikatos apsaugos Fondas yra finansuojamas iš valstybės lėšų, specialūs fondai iš privalomojo sveikatos draudimo lėšų.

Šalies sveikatos apsaugos Fondo biudžetas 2008 buvo beveik 49 milijardai zlotų (apytiksliai 10 milijardų eurų). Vaidmuo tiekėjų sistemoje vaidina pirmiausiai nepriklausomas sveikatos apsaugos rūpinimosi įstaigas (SPZOZ), t.y. ligoninės, klinikos, ambulatorinės klinikos, bet taip pat ir mokslinio tyrimo institutai, fondai ir asociacijos, farmacija, fondai gydytojams, odontologams ir slaugytojoms. Supaprastintą sveikatos priežiūros diagramą Lenkijoje parodo 1 iliustracijoje.

Sveikatos priežiūros sistemos Lenkijoje pagrindas yra vadinamasis 'šeimoms gydytojas', funkcionuojantis struktūroje, žinomoje kaip Pirminė Sveikatos priežiūra (POZ) ir dirbantis su slaugytoja ir akušere. Jis yra atsakingas už aprūpinimą gydymo ir prevencijos 'jo' pacientams. Jei paciento sąlyga reikalingas specialisto gydymo, šeimos gydytojas duoda siuntimą pas specialistą į kliniką ar ligoninę. Pirminis PHC tikslas išlaiko pacientus geros būklės, ir aprūpina tinkamą bendrų ligų gydymą.

National Health Fund (NFZ) – payer



Paveikslas 1. Sveikatos paslaugų sistema Lenkijoje

Šeimos medicina reikalinga ,kad apsaugotų nusitaikant į paciento daugiafunkcinį drausmės metodą, bet praktiškai jis susitelkia daugiausia ties vidaus medicina ir pediatrija, tokiu būdu dažnai PRG gydytojo vaidmuo nepriklauso ekspertui šeimos medicinoje, bet komandai, susidedančiai iš terapeuto ir pediatro. Pirminė sveikatos priežiūros komanda, susidedanti iš šeimos gydytojo, slaugytojos ir akušerės, jos vaidmens atlikime, yra artimai prijungta su socialiniais darbuotojais ir poliatyvos slaugos darbuotojais formatu.

2. Pagrindinės Nacionalinės Tendencijos

Per pastarąjį dešimtmetį tarp paslaugų ir paklausos santykis sveikatos priežiūros ir nuostata pasikeitė Italijoje tinkamu būdu, dėl įvairių veiksnių, kaip antai: laipsniškai senėja gyventojų (apie 20% Italijos gyventojų yra daugiau nei 65 metai); struktūros pokyčiai; šeimos lėtinis-degeneracinių sąlygų, i medicinos ir technologijų plėtra.

Prognozės rodo padidėjimą laukiamos gyvenimo trukmės, kuri yra gyvenimo metų žmonių kokybės problemos priežastis. Nedarbingumo lygmuo apsigyvena ir pradeda paveikti klases, sudarytas iš vyresnių žmonių, bet svarstomos problemos „ne Savipakankamumas kyla kaip tikras nenumatytas blogiausias atvejis ateičiai.

Sveikatos ir socialinių rūpinimosi paslaugų sąlyga pasikeitė, su pagrindiniu mažėjimu ligoninės lovų ir, tuo pačiu metu, lėtas ir nelygus vietinių paslaugų išsivystymo vystymasis, kur yra vis dar daug abejonės apie užuominas.

Užuominos modeliai įsitraukė į krizės periodą (krizė ligoninės sektoriuje: ligos gydymas nėra daugiau vienintelis medicinos kišimosi indikatorius; krizė socialiniame modelyje: ligos gydymas yra "gebėjimo neatimama dalis gyventi" asmeniui reikalingume, tai apima affective matmenį taip pat kaip socialinį ryšį), su reikalingumu iš naujo apibrėžti Nacionalinės Namų Sveikatos apsaugos prioritetus.

Ypatybės teisingos, efektyvios ir efektyvios sistemos „neSavipakankamumas“ yra įrašytos į sąrašą apačioje:

- tai yra sistema, kuri pripažįsta pacientą ir jo šeimą kaip svarbiausi ištekliai ir skatina subjektyvumą
- tai yra unitarinė sistema, charakterizuota stiprios sveikatos ir socialinės rūpinimosi integracijos, kad padarytų neatskiriamas vartotojui skirtingi kišimosi tipai (sveikata ar socialinis kišimasis), gebantis sujungti daug ašinių ir daug sekcinių kišimąsi, toli už to kišimosi, tikrai sujungto su sveikata, sveikatos priežiūra, socialiniu rūpinimusi, apimant, pavyzdžiui, tais dėl namo ir transportinių sektorių;
- tai yra sistema, kuri investuoja kapitalą labai išreiškiant pritaikymu neįgaliesiems ir veikia intensyviai, kad garantuotų žemą prieigos slenkstį ir šiltą ir draugišką pasveikinimą;
- tai yra sistema, šelpta stipriu gebėjimu orientuoti ir padėti tiems reikalingume, su techniniu tarpininkavimu vertinime reikalingumo, ir tai gebantis kontroliuoti kokybę ir kišimosi rezultatus;
- tai yra sunkiai pasidalinta sistema, su dideliu buvimu neoficialių tinklų, pirmiausiai centruotų ties šeima, ties savanorišku darbu, ant trečio sektoriaus.
- tai yra sistema kuri labai dėmesinga, kad pripažintų, sutrukdyti ir kovoti su izoliacija ir vienatve žmonių ir šeimų, kurios gyvena ir turi reikalo su labai sudėtingomis problemomis.

Trečias sektorius bus apimtas protingesniame būde. Užuoat buvę netinkamu būdu prašoma pildyti tarpą, kurį palieka vieša gerovė, pirmiausia, tai turi svarstyti kaip stimulus naujovei ir lankstumui paslaugų, horizontalaus solidarumo, ir net daugiau kaip varomoji jėga abipusiškumo principo išsisklaidymui (kuris postuluoja proporcingumą, tuo metu, kai keičiamo postulatų ekvivalentiškumo principas).

Jei tikslas sistemos apsaugos žmonių su stipria nenauda, kaip Ne Savipakankamumo atveju, "nepalieka ar marinti nieką", turime paklausti mes savęs ne tiktai klausimas dėl to, kiek iš reikalingumo/reikalavimo turi būti apimtas viešo kišimosi (galų gale, tai bus apimama tiktai iš dalies bet koku būdu), bet taip pat ir kaip ir koku mastu socialinės gerovės valstybės įstaigos (ir sveikatos priežiūroje, ir socialiniame lauke) gali iš tikrųjų būti patikimais aktoariais išsisklaidymo ir sustiprinimu šio principo abipusiškumo, kuris riša prie išsivystymo vietos bendruomenės, į solidarumą ir horizontalų solidarumą jo teisingoje interpretacijoje.

Centras yra vis dar tas supratimo, jei ir kaip vieša sistema sugebės ne tiktai padrąsinti vystymąsi ekonominio ir finansinio kapitalo, bet taip pat ir socialinio. Net jei šis tikslas (ekonominio kapitalo padidėjimas) yra protingas ir vertas skleisti, tai iš prigimties apribojama, jei mes svarstome ilgą laiką (reikalavimo progresavimui) ir jei mes įvertiname jo gyvybingumą (pavyzdžiui, atgavimas per aukštesnę mokesčio našta atrodo neįtikimas), ar jos savalaikiškumas (valdymo pristatymo organizacijų efektyvumo padidėjimas yra sudėtingas pasiekti).

Yra reikalingumas papildomų išteklių, kurie, visų pirma, turi iškilti iš jų savo pakeitimo iš naujo (pavyzdžiui, iš ligoninės ar gyvenamųjų išteklių gyvenamosios vietos išteklių kryptimi), bet mes negalime išvengti centrinės temos: kaip sujungti tiltu tarpą tarp reikalavimo atrodo, kuris auga negailėstingai, ir jo kiekybiniuose, ir kokybiniuose aspektuose, dėl išteklių - visuomenės, bet dažnai taip pat privačių išteklių - kurie neketina padidėti atitinkamai, net ateityje.

Mes nežiūrime prabėgomis į skirtingą sprendimą nuo to sąmoningo ir nuoseklaus dalyvavimo bendruomenės visumoje, su prielaida pareigų kaip gyventojai, su stipresniu bendradarbiavimu tarp visuomeninių ir privačių sektorių ir vietos bendruomenės.

Šiuo atveju, sveikatos priežiūros valdžios organai ir socialinė tarnyba sudaro fundamentalias viešos sistemos kolonas; su jos aukštu integracijos, sveikatos ir socialinio rūpinimosi rajono laipsniu atrodo sugeba atstovauti nustatytam atstovui, kuris labiau tikėtina atliks integracijos procesą.

Kontekste ilgalaikio gydymo, su didesniu nustatymu, vieša sistema turi sekančius tikslus:

- efektyvumo didėjimas
- atnaujinant techninį tarpininkavimą ir įvertinimo poreikį(praktika, kuri yra brangi, bet būtina atnaujinimo pritaikymui)
- įveikimas atlikimo logikos paslaugose ir stiprindamas kultūrą ir integruotos paciento "vadybos" praktiką
- sujungimas su kitais Socialiniais rajonais, kad "veiktų kaip sistema", tokiu būdu pasiekdamas tarpsekinę intervenciją.
- kūrimas organizacijų "laisvas" nuo biurokratizmo ir perspecializacijos, skleisdamas įgūdžius ir žinias iki žemiausių organizacijų lygmenų, susitelkdamas ties atgavimu saugumo ir tikėjimu gyventojų ir operatorių, tokiu būdu darydamas abu sąmoningesnius jų sprendimų svarbumo. Gyventojai/vartotojai, kurie yra daugiau informuoti, kompetentingi, panaudojo brandesniam reikalavimui, gabus panaudoti paslaugas tinkamesniame būde gali prisidėti labai, kad sujungtų trūkstamą tarpą tarp pasiūlos ir paklausos ir sukurtų sudėtingas organizacijas, kurios sugebės į iš tikrųjų, "duoti daugiau tiems, kas turi mažiau".

Iš tikrųjų **Ispanijoje** yra keli namų slaugos sektoriai ,vieši ir privatus. Dažniausiai naudojamas bendras, visuomeninis sektorius, kuriame Bendras Sveikatos įstatymas užleido vietą Karališkajam Potvarkiui, kuris nustato bendrą Šalies sveikatos apsaugos Sistemos paslaugų portfelį (R.D. 1030/2006 rugsėjo 15-oji). Ši paslaugų grupė yra paplitusi visose Autonominėse Bendruomenėse. Kiekvienas pacientas gali gauti pirminę pagalbą, rajonuose pirminės priežiūros centruose, tai vadina pirminiu pagalbos suteikimu pagal poreikius, įstaigoje ar paciento namuose. Ispanų Sveikatos sistema taiko Namų Hospitalizavimą, tik tais atvejais, kai tai yra būtina. Sistema yra vieša, tokiu būdu kiekvienas turi prieigą prie šios sistemos .

Viena iš svarbiausių problemų, su kuria susiduria sveikatos apsaugos Sistema, yra Socio Sanitarinio dėmesio problema. Ši problema yra susieta su bendru Ispanijos gyventojų senėjimu. Daug specialistų kalba apie būtinybę, sujungti abi sistemas į vieną,tam kad pagerintų paslaugas, skiriamas pacientams (visapusio ir socio-sanitarinio metodo pagrindu)

Manoma, kad Ispanijoje yra 20.000.000 chroniškų pacientų. Tie pacientai kelia pagrindinius poreikius Sveikatos Sistemai Ispanijoje. Iš tikrųjų šios ligos užima 80% chirurginių valandų pirminėje apžiūros stadijoje ir 60 % valandų specializuotame gydyme. Ekonominiuose terminuose, manoma, kad jie sudaro 70 % visų Sveikatos Išlaidų Ispanijoje ir 6.7 %bendro vidaus produktao. Namų slauga apima apytiksliai 40 % visų paslaugų, pateiktų pirminės pagalbos gydytojų.

Didelė dalis iš šių 20.000.000 yra neįgalus (apytiksliai 4.000.000 žmonės). Tai reiškia, kad jie nesugeba atlikti taip vadinamo kasdieninių gyvenimo darbų (Negali pasirūpinti asmenine higiena, pasigaminti maisto,apsitvarkyti namuose,ar net savarankiškai judėti), šiems žmonėms reikia kito asmens pagalbos. Iš jų 3.874.900, kurie gyvena su giminaičiais nuosavuose namuose ,bet tikrai 269.139 yra oficialiai nustyti

2.088.200 gavo išorinę pagalbą, ,pagal pateikta šeimos ir giminaičių informaciją (1.413.000, turėjo neoficialius slaugytojus) tuo metu, kai kiti buvo oficialūs ir profesionalus slaugytojai. Tokiu būdu Ispanija yra Viduržemio jūros Socialinės gerovės valstybės Modelio vyduje, kuriame rūpinimasis yra iš esmės pateiktas pažįstamu pagrindu ir sistema. Neoficialus rūpinimasis yra toks,kai paslaugos yra suteikiamos nemokamai iš altruistinių paskatų. Oficialus rūpinimasis yra toks,kai paslaugas apmoka šeimos nariai,ar kokios nors kitos organizacijos.Manoma, kad 88 % sveikatos priežiūros paslaugų yra teikiamos neoficialių slaugytojų.

Iš tikrųjų viena iš svarbiausių tendencijų yra nurodytą 2006 įstatymo , kuris nustato paslaugas priklausantiems žmonėms. Šis aktas padalina priklausančius žmones į skirtingas kategorijas ir taip juos aprūpina skirtingomis paslaugų rūšimis. Šis įstatymas nustato vienaarūšę socialinės tarnybos sistemą Ispanijos teritorijai, bandančiai įveikti skirtumus, egzistuojančius dėl to, kad Socialinė tarnyba yra viena iš Autonominių Bendruomenių kompetencijų. Dabar, šio akto dėka, yra bendra struktūra

socialinei pagalbai . Bet vis dar yra skirtumų tarp 17 Socialinės tarnybos Sistemų, , kurios suteikia minimalias paslaugas Autonominėse Bendruomenėse.

Taip, iš tikrųjų, Ispanijoje viena iš svarbiausių problemų yra namų slauga ir tai turi būti išvystyta socio-sanitarinėje struktūroje. Turi būti ryšys tarp sveikatos apsaugos ir socialinių tarnybų. Tiktai taip bus galima išvystyti visapusišką dėmesį žmogui su negalia, , kurie gauna namų slaugą. Šios tarnybos turi atsižvelgti į socialinę aplinką ir sąlygas, kuriuose gyvena žmogus su negalia.

Pagrindiniai šių paslaugų vartotojai yra skirtingi, bet pagrindinė grupė yra suformuota iš senų žmonių, kurie kenčia nuo nepagydomų ligų, bei įvairių pataloginių sutrikimų, kuriems būtina slauga namuose. Namų slauga reikalinga apytiksliai 14% vyresnių nei 65 metai žmonių . Šiais atvejais slaugos tarnybos turi tiesti paslaugas, tam kad patenkintų pagrindinius šių žmonių kasdieninius poreikius.

Pagrindinės nacionalinės tendencijos 1991 metais **Lietuvoje** sukurtos kartu su Nacionaline sveikatos priežiūros koncepcija. Šiuo metu sveikatos priežiūros įstaigų tinklas neužtikrina racionalaus išteklių panaudojimo, esama netolygaus įstaigų ir specialistų išsidėstymo – per didelę įstaigų koncentracija didžiuosiuose miestuose, trūksta specialistų periferijoje. Taip pat nepakankamas paslaugų prieinamumas kaimo vietovėse, nepagrįstai didelė stacionariųjų paslaugų apimtis.

Strategijoje numatytos trys restruktūrizavimo kryptys: 1. ambulatorinių paslaugų plėtra 2. stacionariųjų paslaugų optimizavimas, 3. medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo plėtra.

Strategijoje numatyta, kad stacionariųjų paslaugos bus optimizuojamos pertvarkant stacionarines sveikatos priežiūros įstaigas, didinant teikiamų paslaugų saugumą ir kokybę, plėtojant dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugas, spartinant ligoinių ištyrimą bei įgyvendinant Vienu didžiausių 20-o amžiaus pradžios ir vidurio sveikatos paslaugų skirtumų buvo išplėtotas ligoinių sektorius. Ligoinių skaičiaus ir jų potencialo augimas daugelį metų buvo suvokiamas kaip akivaizdaus sveikatos priežiūros progreso rodiklis. Ligoinių potencialas yra stacionarinio sektoriaus darbo, materialinių, finansinių ir organizacinių išteklių sąveikos rezultatas. Jis apima tris pagrindines kryptis: ambulatorinių paslaugų plėtrą, stacionariųjų paslaugų optimizavimą ir medicinos bei ilgalaikio palaikomojo gydymo plėtrą. Pagrindiniai šiuo metu veikiančios sistemos trūkumai: per didelė stacionariųjų paslaugų dalis bendroje sveikatos priežiūros paslaugų dalyje, per didelė sveikatos priežiūros įstaigų koncentracija didžiuosiuose miestuose, kai kurių ligoinių teikiamų paslaugų apimtys per mažos, kad užtikrintų reikiamą paslaugų kokybę, nepakankamai išvystyta neįgalųjų žmonių sveikatos priežiūra. status. Siekdama užsibrėžto strateginio tikslo VVSPT, kaip ūkio subjektų priežiūrą atliekanti institucija, 2011 m. gerino verslo sąlygas, inicijuodama pagal kompetenciją jai priskirtų valstybinės visuomenės sveikatos saugos kontrolės sričių teisės aktų pakeitimus, kuriais buvo mažinama administracinė našta verslui, kas buvo numatyta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. spalio 14 d. nutarimu Nr. 1448 (Žin., 2010, Nr. 123-6285) patvirtintų.

2010 m. lyginant su 2009 m. slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičius padidėjo 178 lovomis, daugiau kaip 41 proc. slaugos ir palaikomojo gydymo lovų buvo integruota į bendrojo pobūdžio ligoines. Globos lovų skaičius padidėjo 614 lovų, t. y. daugiau kaip 2 kartus, 20 proc. visų globos lovų buvo integruota į bendrojo pobūdžio ligoines.

Slaugos rodiklis	2008		2009		2010	
	Ilgalaikės lovos	Ligoinės lovos	Ilgalaikės lovos	Ligoinės lovos	Ilgalaikės lovos	Ligoinės lovos
Ilgalaikis slaugymas	4,400	30,765	4,436	31,020	4,614	32,141
Poliatyvi priežiūra	26	67	43	247	96	600
Reabilitacija	1,290	16,175	1,320	15,647	1,378	17,333
TB	1,267	5,720	1,231	5,510	1,150	4,966

Psichinė negalia	3,453	39,530	3,409	37,436	3,303	37,618
------------------	-------	--------	-------	--------	-------	--------

Šaltinis: Sveikatos informacijos centro Higienos institutas, 2011.

Lietuvoje slaugos ir socialinių paslaugų poreikis gyventojų namuose iki šiol nebuvo tirtas. Tik žinant šių paslaugų poreikį, galima planuoti struktūras ir išteklius joms teikti. Siekiant išaiškinti sveikatos politikos Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos duomenimis, šalyje 2006 metais buvo nustatyti 23 tūkst. naujų neįgalumo atvejų, iš jų apie 66 proc. sudaro vidutinio sunkumo ir sunkios negalios asmenys.

Kaip rodo tyrimai, dažniausiai sunkiai sergančiuosius slaugo artimieji. Senstant visuomenei, mažės galinčiųjų slaugyti skaičius, daugės slaugomųjų. riežiūros ir socialinių paslaugų poreikį senyvo amžiaus žmonėms,

Didėjant ilgalaikės negalios atvejų skaičiui ir keičiantis visuomenės sugebėjimams neformaliai rūpintis artimaisiais, didėja ilgalaikės priežiūros poreikis. Vienas iš efektyvios ilgalaikės priežiūros kriterijų yra integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos. Kartu su demografiniais ir epidemiologiniais pokyčiais, keičiasi ir paslaugų gavėjų lūkesčiai. Informacinių technologijų dėka pacientai tampa geriau informuoti apie savo teises, bei galimybes ir reikalauja geresnių paslaugų. Kad būtų patenkinti pacientų lūkesčiai, turi būti pagerintas paslaugų prieinamumas, tęstinumas didinant paslaugų įvairovę ir gerinant paslaugų organizavimą, daugiau dėmesio skiriant prevencijai, reabilitacijai, slaugai.

Lietuvoje yra parengti dokumentai, kuriais vadovaujantis galima teigti, jog integruotai priežiūrai skiriama dėmesio ir sudaromos politinės prielaidos. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006-2008 metų programos įgyvendinimo priemonėse yra skiriama dėmesio integruotai priežiūrai.

Sėkmingai buvo įgyvendinama pirmojo etapo metų sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija, kurios siektini tikslai: gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą; optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius.

Vienas iš Antrojo restruktūrizavimo etapo uždavinių yra plėtojant slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą siekti, kad iki 2015 metų ne mažiau kaip 80 proc. šių paslaugų būtų teikiama bendrojo pobūdžio ligoninėse ir ne mažiau kaip 50 proc. slaugos paslaugų būtų teikiama kartu su socialinėmis (globos) paslaugomis. Šis procesas skatinamas Parlamento nuo 1998 metų kad pasiekti rezultatus 2010m-kuriant ir diegiant diferencijuotą slaugos paslaugų ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą; plėtojant slaugos paslaugas Lietuvos Respublikos valstybės ilgalaikės raidos strategijoje akcentuojama šalies žmonių sveikata, kuri priklauso nuo socialinių ir ekonominių sąlygų. Šia strategija siekiama sukurti šiuolaikinę ir modernią sveikatos priežiūros sistemą, užtikrinančią sveikatos priežiūros prieinamumą, veiksmingumą, racionalų lėšų naudojimą, sveikos gyvensenos formavimą. Siekiama mažinti gyventojų mirtingumą ir ilginti vidutinę gyvenimo trukmę sudarant vienodas sąlygas visiems šalies piliečiams gauti reikiamas sveikatos paslaugas, stebėti ir vertinti gyventojų mirtingumo priežastis. Visiems gyventojams užtikrinti prieinamą kokybišką stacionarią ir ambulatorinę pagalbą. Programos įgyvendinimo rezultatų sintezė priimta Vyriausybės potvarkiu 2011 m. sausio 26 dieną.

Valstybinės ligonių kasos duomenimis 2010 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) išlaidos išliko beveik tokios pačios kaip 2009 m. ir sudarė 6931,5 mln. litų (2009 m. - 4117,8 mln. litų). Išlaidos asmens sveikatos priežiūrai padidėjo ir siekė 7395,9 mln. litų arba 7,6 proc. visų PSDF išlaidų, išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti sumažėjo ir sudarė 642,8 mln. litų arba 6,6 proc.

Rumunijoje, 2003 m. balandžio 7 buvo priimtas įstatymas(318), kuris įgalioja organizacijas ,teikiančias namų slaugymą, teikti šias paslaugas. Namų slauga reiškia bet kokią veiklą, įvykdytą medicinos personalo, paciento namuose, kuri prisideda prie paciento fizinės ir psichinės būklės

gerinimo. Namų slauga yra suteikiama gydytojo nurodymu. Mokestis už namų slaugą yra nustatomas sutartinėmis normomis.

Namų slaugos gavėjai yra žmonės su chroniškais ligomis, kurie patys nebegali pasirūpinti savimi, bei savo buitimi. Namų slaugą paskiria gydytojas.

Privatūs ir visuomeniniai namų slaugos tiekėjai yra įgaloti Sveikatos ministerijos, kad aprūpintų šitas paslaugas.

Medicinos pagalbos paslaugos ir naminės sveikatos priežiūros paslaugos yra atliktos pagal šitų paslaugų tiekėjų profesionalaus rengimo lygmenį.

Namų slaugos tiekėjai privalo pranešti apie paciento sveikatos pagerėjimus gydytojams, kurie rekomendavo pacientui namų slaugą.

Sąrašas namų priežiūros paslaugų, kurios gali būti teikiamos:

1. Pradinis sveikatos įvertinimas: per 48 valandas nuo pradžios, numatyti visapusiškai namų slaugos sveikatos priežiūros planą, pasitariant su gydytoju ir šeimos nariais.
2. Vertinimo fazė iki 3 mėnesių sunkiems atvejams, iki 6 mėnesių chroniškiems atvejams, nustatant kas ir kada yra būtina.
3. Fiziologinių parametrų kontroliavimas: temperatūra, kvėpavimas, pulsas, kraujospūdis, diuresis, taburetė
4. Higienos rūpinimasis
5. Terapiniai manevrai
6. Chirurginio rūpinimosi technika
7. Kontroliavimas peritonealinės dializės
8. Paliativi slauga, paskirta specializuotų gydytojų
9. Atskira ginekologija
10. Atskira logopedija
11. Patikrinimas ir psichologinis įvertinimas.

Trukmė, kuriai apdraustas gali gauti sveikatos priežiūros paslaugas namie yra nustatoma gydytojo, kuris davė rekomendaciją, kad apibrėžtų periodiškų paslaugų reguliarumą, bet ne daugiau kaip 90 dienų

Tarp pagrindinių strateginių tikslų sveikatos priežiūros reformoje **Slovakijoje** buvo valstybinės monopolijos sumažėjimas ir sveikatos priežiūros pristatymo decentralizacija. Tuo metu, kai valstybės monopolija buvo sumažinta masinių sveikatos priežiūros tiekėjų, ypač pirminių sveikatos priežiūros gydytojų ir farmacijos privatizavimo 1990-ųjų viduryje, decentralizacijos procesas nuėjo niekur iki naujo tūkstantmečio pradžios. Per reformos procesą, tapo akivaizdu, kad šalies sveikatos apsaugos institutų panaikinimas buvo nepageidaujamos centralizacijos veiksnys sveikatos priežiūros patogumų vadybos funkcijų ministrų lygmenyje. Nors buvo svarstyta, kad būtų perėjimo stadija, įgaliojanti vėlesnį privatizavimą, vis dėlto centralizuotas stacionariųjų ligoninių valdymas dominavo iki netolimos praeities. Priežastys buvo kelios. Pirmą, pradžioje savivaldybės atsikratė atsakomybės už ligonines, bijodamos, kad jos neišgalės valdyti, finansuoti ir išlaikyti jų. Antra, Vyriausybė nenorėjo leisti stacionariųjų sveikatos priežiūros privatizavimo.

161 sveikatos priežiūros institucijos (beveik visos ligoninės, poliklinikos ir apibrėžti terapiniai institutai) ir dar 69 įstaigos (tokios kaip valstybinis Vaistų Kontrolės Institutas, Šalies sveikatos apsaugos Pakėlimo Centras ir Statistikos Institutas) pasiliko tiesiogiai pavaldūs Sveikatos Ministerijai iki 2000 metų. Neišvengiamai ligoninės turėjo labai mažai valdžios; ministras skyrė ligoninės vadovus, tam, kad galėtų juos visiškai kontroliuoti. Niekas nesvarstė isticigti valdančiąją ligoninės valdybą, apimančią sveikatos draudimo kompanijų atstovus, valstybinės administracijos pareigūnus, savivaldybių, pacientų, privataus sektoriaus atstovus. Tai buvo neefektyvi valdymo sistema kadangi Sveikatos ministerija negalėjo prižiūrėti daugiau kaip 90 ligoninių.

Tačiau, buvo ir progreso ženklų poliklinikoms ir vietiniams sveikatos priežiūros centrams, atliekantiems ambulatorinį gydymą. Šių centrų priežiūrą buvo perduota regioninėms įstaigoms, valstybinėms administracijoms ir savivaldybėms. Tai buvo decentralizacija. Regioniniai gydytojai buvo įgalinti tiekti licencijas namų slaugos praktikai. Jie buvo atsakingi už namų slaugos organizavimą savo rajonuose 2001 m. birželį buvo priimtas įstatymas nr. 577, kuris pritarė antrai sveikatos socialinės globos įstaigų privatizavimo fazei. Į šį procesą buvo itraukti 36 vietinės sveikatos priežiūros centrai, 13 sanatorijų, 2 vaikų planavimo institutai, 1 ilgalaikės slaugos ligoninė, 27 farmacines ligoninės, 49 poliklinikos, 1 vandens procedūrų gydymo centras ir 7 specializuoti terapiniai institutai. Vyriausybinis Sprendimas 101 Nr., kuris buvo priimtas 2002 m. vasarį pridėjo dar 3 poliklinikas ir 1 ilgalaikės slaugos ligoninę.

Pagalčiau, dar 6 vietinės sveikatos priežiūros centrai, 9 sanatorijos, 1 vaikų planavimo institutas, 3 socialinės globos įstaigos ir dar 20 poliklinikų buvo įtraukti Vyriausybės nutarimu 274 Nr 2002 m. kovą, 2003 m. sausį Sveikatos ministerija perdavė įgaliojimus vietinėms savivaldybėms. Nauji įstatymai dėl aukštesnių teritorinių vienetų ir savivaldybių nuosavybės buvo priimti 2003 pabaigoje. Tai davė jiems daugiau kompetencijos valdyti jų sveikatos rūpinimosi įstaigas, ir 2004 pradžioje kai kurių įstaigų vadovavimas, buvo perleistas privačioms organizacijoms sutartiniu pagrindu.

Priklausomai nuo pacientų reikalavimų, namų slauga **Lenkijoje** siūlo platų paslaugų diapazoną. Kaip jau minėta anksčiau yra bendra yra pirminė sveikatos priežiūra, kurioje pagrindinius vaidmenys atlieka slaugytoja, dažnai lankanti sergantį, ir gydytojas. Jei reikalingas transportas ar siuntimas į klinikas ar į ligoninę, ji duoda gydytojas. Antra labiausiai paplitusi sveikatos priežiūros paslaugų yra standartinė forma ir ji yra suteikiama namų slaugos ligoninėse. Jie dažniausiai slaugo tuos pacientus kurie serga chroniškomis ligomis, dažniausiai paskutinėse ligos stadijose. Dauguma pacientų gulintys slaugos ligoninėse yra žmonės sergantys vėžiu. Skirtingai nuo slaugos ligoninių, naminėje slaugoje, pacientai slaugomi jų namuose. Turi būti pabrėžta, kad Lenkijoje, slaugos ligoninės specializuojasi dviejose grupėse: pagyvenusiesiems ir vaikams. Slaugos ligoninės vaikams yra labiausiai išvystytos sveikatos priežiūros paslaugų formos Lenkijoje. Be to, pirminės priežiūros centruose ir slaugos ligoninėse yra savivaldybės Socialinių Pagalbos Centrai. Yra taip pat keli fondai ar kelios organizacijos, kurios siūlo savanorių (neturinčių medicininio išsilavinimo) pagalbą. Turi būti pabrėžta, kad visos sveikatos priežiūros paslaugų formos Lenkijoje, ypač pirminėje apžiūroje ir slaugos ligoninėse veikia valstybinėje apimtyje, finansuojamoje iš valstybės lėšų (NFZ) ir privačioje sistemoje, finansuojamoje privačių fondų (privatus sveikatos draudimas ar tiesioginiai užmokesčiai). Kainos privačiame sektoriuje yra labai skirtingos ir keičiasi plačiu diapazonu priklausomai nuo pasiūlytų paslaugų tipo.

Pirminio sveikatos gydymo funkcijų raktą turi šeimos gydytoją ir slaugytoją. Gydytojas, dirbantis pirminėje sveikatos priežiūroje, tam kad taptų šeimos gydytoju, turi mokytis 5 metus, tam kad gautų licenziją. Lenkijoje apytiksliai 150 000 besipraktikuojančių gydytojų, daugiau kaip 8 000 specialistų, tai yra viena iš populiariausių specialybių.

Kiekvienas pacientas pagal gyvenamąją vietą turi savo gydytoją. Toks gydytojas, suteikia pirminę pagalbą, bei skiria namų slaugą. Tinkamų šeimos gydytojų Lenkijoje yra pakankamai, bet turi būti pažymėta, kad tai keičiasi platesniu diapazonu priklausomai nuo srities. Pavyzdžiui srities - Zachodniopomorskie (3 iliustracija) rodo, kad 10 000 pacientų gali turėti nuo 3 iki 8 pirminių rūpinimosi gydytojų (vidurkis 5.6) ir tame nuo tikrai 0.3 į 4 (vidurkis 2.1) šeimos medicinos specialistų.

Priežastys tokio didelio svyravimo prieigoje prie šeimos gydytojų turi būti ieškomos atskiruose regionuose, didžioji dauguma gydytojų nusprendžia dirbti miesto sveikatos klinikoje tuo metu, kai tik nedaugelis nusprendžia dirbti kaimo rajonuose. Specializacija šeimos medicinos srityje trunka apytiksliai 5 metus. Pagal NFZ įsakymą vienas gydytojas gali rūpintis ne daugiau kaip 2750 žmonių. Vidutinės pajamos šeimos gydytojo yra 5600 zlotų (apytiksliai 1 300 eurų), turi būti pažymėta, kad šie gydytojai dažnai dirba keliose darbovietėse ir jų mėnesinės pajamos yra apytiksliai 8000 zlotų (apytiksliai 1 800 eurų), maždaug 20 % gydytojų skelbiasi, kad jie uždirba daugiau. Palyginimui, vidutinis atlyginimas Lenkijoje siekia 3719 zł, kuris yra apytiksliai 830 eurų (2012 m. balandžio).

Šalia šeimos gydytojo visada yra šeimos slaugytoja, taip pat dar vadinama aplinkos slaugytoja. Lyginant su gydytoju, slaugytoja gali dirbti savo darbą ir be medicininio diplomo. Slaugytojos dažnai lanko vadinamuosius kvalifikacijos kėlimo kursus. Skirtumas tarp specialybės įgavimo ir kvalifikacijos kėlimo kursų yra pagrįstas praleistų valandų skaičiumi: vienas kvalifikacijos kursas trunka nuo 3 iki 6 mėnesių, specializacijos įgijimas apytiksliai 1.5 į 2 metus. Skirtingai nuo gydytojų, slaugytojų magistrantūros išsimokslinimas nėra labai populiarus, ši nepopuliarumą atspindi skaičiai – iš 215000 slaugytojų, tikrai truputį daugiau, nei 2000 turi tokią specializaciją.

Jaučiamas labai didelis šių slaugytojų trūkumas, ne tik namuose, bet ir ligoninėse, bei klinikose. Dėl mažo darbo užmokesčio, vis mažiau žmonių renkasi slaugytojo profesiją. Ši tendencija auga ir dėl to, kad dauguma slaugytojų yra pensijinio amžiaus, ir joms pasitraukus nebus kas užimtų jų vietą ir tai gali būti labai rimta problema POL

Šitie duomenys mums kelia labai didelį susirūpinimą, nes mes manome, kad namų priežiūros sistemoje slaugytoja atlieka pagrindinį vaidmenį. Slaugytoja lanko ligonį daug dažniau negu gydytojas, atlikdama įvairias gydymo paslaugas per ilgą laiko periodą. Ilgalaike slauga pirminėje sveikatos priežiūroje didžia dalimi yra atliekama slaugytojų, taigi jų mažėjimas labai pakenktu teikiamų paslaugų kokybei. Nacionalinė komisija gerai įvertino slaugytojų darbą slaugos namuose, taigi ir dėmesys slaugytojoms turėtų būti peržiūrėtas. Lenkija turi mažiausiai slaugytojų (5) per 1000 gyventojų ir tai

yra mažiausias rodiklis visoje Europos Sąjungoje - Palyginimui, Vokietijoje yra 9.6 slaugytojų 1000 gyventojų.

Didėjant senstančių gyventojų skaičiui, kurie tikisi gauti atitinkamas paslaugas ir geras paslaugas namų slaugos sistemoje, mes turime kažką daryti kad slaugytojų skaičius augtų, o ne mažėtų .

Namų slaugytojų sveikatos priežiūra yra priklausoma nuo gydytojo rekomendacijų pacientui dar gulint ligoninėje. Lėtinėmis ligomis sergančių pacientų slaugymas yra skirstomas į:

- Ilgalaikis rūpinimasis paciento namuose
- Ilgalaikis rūpinimasis stacionare
- Gali būti pasiūlyta prižiūrėti pirminės sveikatos priežiūros slaugytojai

Socialinio aprūpinimo įstaigose būtina įsteigti komitetus, į kuriuos būtų įtraukti pacientų šeimos nariai .

Jei bent viena iš žemiau surašytų paslaugų, yra būtina pacientui, tai gydytojas duoda rekomendacijas slaugytojai, kuri toliau rūpinasi ir atsako už šį pacientą

- lašalinių statymas
- Žaizdų gydymas
- maitinimo vamždžio naudojimas
- maitinimas su fistula
- fistulos priežiūra
- kateterio naudojimas
- puslės priežiūra
- tracheostominio vamzdžio priežiūra

Namų slaugos peržiūrą pacientui yra atnaujinama kartą per mėnesį. Gydytojas, darantis šį vertinimą, turi atsižvelgti ką ligonis gali atlikti savarankiškai, kur jam reikalinga nedidelė pagalba ir ko jisai negali atlikti apskritai. Pagrindiniai kriterijai yra šie: gebėjimas maitintis, pakeisti padėtis, pajudėti, palaikyti asmeninę higieną. Taigi verta pabrėžti, kad slaugytojos neapsiriboja tiktai gydymu. Pagrindinis slaugytojos tikslas pastatyti ligonį ant kojų, tam kad jis pats galėtų atlikti kasdieninius darbus savo buityje. Pagal Šalies sveikatos apsaugos Fondo įstatymus, slaugytoja, kuri slaugo ligoni namuose, turi dirbti šiokiadieniais nuo 8.00 į 20.00 o šeštadieniais, sekmadieniai ir per išėigines dienas tiktai spec atvejais. Tiesioginis rūpinimasis vienu pacientu turi būti ne trumpesnis kaip 1.5 valandos per dieną, vidutiniškai keturis kartus į savaitę. Ilgalaikio rūpinimosi trukmė priklauso nuo paciento savyjautos, bet negali viršyti 6 mėnesių

Šeimos akušerė yra svarbi namų slaugoja taip pat . Ji yra nusamdoma atlikus prminį sveikatos patikrinimą, jei tam yra poreikis:

- sveikatos pakėlimas
- profilaktinis gydymas
- rūpinimosi paslaugos
- medicinos paslaugos
- diagnostikos paslaugos
- reabilitacija

Į akušerės pareigas taip pat įeina:

- rūpintis per nėštumą (moterimi, kūdikiu ir šeima)
- besirūpinantis moterimi kiekvienoje gyvenimo stadijoje

Akušerių Lenkijoje yra taip pat mažai ir vis dėl tos pačio priežasties-mažo atliginimo

Lenkijoje teisė dirbti kaip akušerė turi 33841 žmones, iš kurių profesionaliai aktyvios yra 24844, tai yra 73 %. Profesijos normos išvykimas yra tokiu būdu net didesnis negu ta slaugytojų - 27 % (23 % slaugytojoms).

3. Nacionalinės institucijos, atsakingos už sveikatos paslaugas namuose

Turint galvoje, kas buvo jau padaryta skirtingų Italijos sričių, vietinis gerovės tinklas gali panaudoti kitus instrumentus: aktyvacija lovų vietiniame lygmenyje, valdytame GPs ir prie viduriniojo medicinos personalo; vadyba aštrios fazės namie per integruotą namų teikimo pagalbą, pateiktą multidrausminių komandų, kurios gali pasiūlyti neatidėliotiną konsultaciją, sutvarkytą suformuotą "vadybą" paciento atskiro terapinio plano pagrindu ir papildyti paslaugas, pasiūlytas ant teritorijos; tinkamumas lovų tarpiniuose patogumuose ligoninėse, kurių koordinacija yra rankose kompleksinių komandų, su gydytoju, įvykdančiu funkcijas patarimo specifinio pagalbos ir kontroliavimo poreikio veide; programos padėto ar suplanuoto paleidimo nuo ligoninės identifikavimo, kad sektų po paleidimo; programos apsaugoto paleidimo paciento, kuris yra vis dar silpnas nuo ligoninės ant būdo identifikavimo atlikti paciento "vadybą"; sveikatos įstaigos paslauga, visiškai valdyta slaugytojų tinkamų ambulatorinių vienetų viduje žemos gerovės intensyvume, nutaikytame į pacientus, pareigas nuo ligoninės ir pacientų, kurie laukia suplanuoto guldymo į ligonines; namų hospitalizavimo programos; tarpiniai patogumai atkūrimui po aštrios fazės; bendruomenės klubai / specialios klinikos, kuriose yra medicinos specialistų, GPs ir slaugytojų; bendruomenės komandos, kurios eina į namus pacientų, kurie yra dažnai chroniški, sergantys nepagydoma liga ar Sveikatos pataisymo fazėje, siūlydami skirtingas sveikatos priežiūros paslaugas.

Dėl paslaugų namuose teikimo, toks gerovės lygmuo yra garantuotas DPCM 2001-11-29 Būtinis Gerovės Lygmenys", kuri įveda namų paslaugų teikime, įvykdytą GPs ir prie vidaus ligų apygardos lygmenyje, su palaikymu slaugymo ir rehabilitacijos paslaugų ir slaugos pagalbos (namų paslaugos), kad būtų įvykdyta integruotame būde su Savivaldybėmis, turėdama net socialinės sąnaudas (50 %) dalytis kartu su jais. Namų-rūpinimosi paslauga vystėsi į integruotą namų priežiūros pagalbą (ADI). Beveik visose Srityse Italijoje, namų priežiūros paslaugas laiko dalimi pirminio rūpinimosi ir renkamo bendruomenės sfera, kurioje yra esantys Rajonas, kuris atstovauja taip pat geriausiai vietai atlikti integruotą veiksmą socialiniame lauke dėl jo bendruomenės matmens.

Sudėtingais atvejais, siekiant parengti individualizuoto pagalbos planą, mes pradėdame "Daugiamacių vertinimą", atvejį vadybininko nustatyme, kuris yra vadybininkas/vadovas pagalbos projekte ir užbaigti procesą, patikrinti rezultatus, įvertinti parengiant pagalbos programą ir priimti tą profilį, kuris atitinka pagal kokybę ir tinkamumą profilį.

Priežiūra namuose patyrė laipsniško artikuliacijos procesą, siekiant patenkinti didėjančio sudėtingumą poreikius ir patologijas gavėjams: nuo lėtinių ligų, sudėtingų negalia (ALS, ir tt), onkologinių ir terminalų patologijų.

Dabartinės technologijos ir prietaisai, namų priežiūros paslaugų padėti žmonėms, net tiems, kurie turi sunkią negalią ir / ar nėra savarankiški, spręsti palaipsniui keisti jų kokybės procesą gyvenimo per "Pradžia" priežiūros sistemų.

Šioje perspektyvoje, ypač atveju chroniškų ligų, atrodo, namų priežiūra yra alternatyva neatitinkančiam ligoninės priėmimui ir geresnei formai rūpinimosi dėl pašalpos, kurią tai duoda suprasti terminuose paciento gyvenimo kokybės, prie kurios mes turime pridėti ekonominius efektus be to dėl kitų formų priėmimo, kitokio negu hospitalizavimas.

Klinikinio valdymo lygmenyje, teisingas namų paslaugų nustatymas patenkina kitas sąlygas: "vadyba" paciento, pagrįsto tinkamumo kriterijais pacientams, kurių rūpestis dėl; paslaugų tęstinumo su koordinuota skirtingų paslaugų priežiūros planų vadyba apėmė į pirminį, specialistas ir ligoninės paslaugos (suplanuotas paleidimas, slaugymas, reabilitacija, medikamentai turi naudoti ir tinkamas protezavimas); vadyba, sujungta su namų priežiūros paslaugomis, pasiūlyta vietinių valdžios organų; profesinis bendradarbiavimas tarp skirtingų profesinių vienetų; atliktų paslaugų įvertinimas ir reliatyvios išlaidos.

Taip pat būtina aprūpinti deramą funkcionavimą informacijos sistemos namų priežiūroje, pacientų vadyboje ir sisteminei analizei intensyvumo ir analizuoti trūkumus, taip pat tikrinti kitus veiksmus, rezultatus ir kainas.

GP ir kiti galimi medicinos specialistai: profesionali slaugytoja, reabilitacijos specialistas, terapeutas ir socialinių tarnybų darbuotojai, įskaitant paskirtą šeimos namų priežiūros specialistą, nustato paciento charakteristiką ir sukuria slaugymo komponentus.

Be to, į bendruomenės lovas, kurias valdo GP ir vidurinis medicinos personalas, integruotas tinklas tarp bendruomenės ir ligoninės, susidedantis iš daugialypių paslaugų ir patogumų, nutaikytų į rūpinimosi tęstinumo laidavimą, apima įvairius tipus gyvenamųjų patogumų, nutaikytų į atsakymą į skirtingą sveikatos priežiūros poreikį pagal atskirto rūpinimosi intensyvumo sudėtingumą.

Paslaugos, pateiktos šitos struktūros, yra labai charakterizuotos ir sąlygotos bendros organizacijos ir išteklių, priskirtų tiekimo struktūros, ir yra sujungtos su:

- techninės, organizacinės ir profesinės "komandos" savybės (arba bendrai) gyvenamosios struktūros, kurios viduje tai yra), savybės, kurios apibrėžia atliktą veiklą;

- paciento savybės, kurios identifikuoja "atvejį, su kuriuo turi reikalo su" per identifikavimo duomenis vartotojo paslaugos ir kai kurių paslaugų reikalingumo indikatorių, kuris leidžia apibrėžti, kaip tinkamas tiekiamos gydymo paslaugos;

- neįgalumo nustatyme, mes galime identifiкуoti struktūrą, kuri skiriasi priklausomai nuo paslaugos pristatymo rūšies,

- struktūra/komanda, kuri rūpinasi diagnostiniu, terapiniu, reabilitacijos ir socio-atstatymo paslaugomis gyvenamojoje struktūroje žmonėms su negalia, kuriems reikia intensyvaus ar didelio sveikatos atkūrimo, taip pat kaip reabilitacinio gydymo dėl atstatymo žmonėms su problemomis, kuriems reikalinga labai intensyvosios terapijos, silpnos sveikatos žmonėms.

- struktūra / komanda, kuri rūpinasi diagnostiniu, terapiniu, reabilitaciniu ir socio-atstatymo paslaugomis pagal gyvenamąją vietą vaikams, kenčiantiems nuo elgesio sutrikimo ar neuropsichinių ligų.

- struktūra / komanda, kuri rūpinasi diagnostiniu, terapiniu, reabilitaciniu ir socio-atstatymo paslaugomis pagal gyvenamąją vietą visškos negalios žmonėms;

- struktūra / komanda, kuri rūpinasi diagnostiniu, terapiniu, reabilitaciniu ir socio-atstatymo paslaugomis pagal gyvenamąją vietą visiškos negalios žmonėmis, kurie negauna šeimos pagalbos.

Bendruomenės lovų paskyrimas taip pat apima gyvenamuosius psichiatrinius patogumus, paminėtus į protines sveikatos ligonines ir slaugos ligonines.

Teritoriniame lygmenyje, specifinis vaidmuo tenka maždaug aštuoniolikai tūkstančių farmacijos, kuri atlieka nepaskutinį vaidmenį Italijoje, (tiek viešos, tiek privačios), kurios padeda padidinti pagalbą ir užbaigti neįgaliesiems galimų sveikatos teikimo punktų pritaikymą, taip pat palaikyti veiksmą kontroliavimo fiziologinių parametru ar tebevykstančios terapijos, su paskutiniu tikslu jungti ligoninės ir bendruomenės struktūrą. Iš tikrųjų, reforma ant farmacijos, pradėtos nuo Įstatyminio 153/09 Potvarkio, bus svarbus žingsnis reformoje sveikatos apsaugos, kad darytų įtaką jos funkcionavimui apskritai, po to kai yra priimti ministrų potvarkiai.

Ispanijoje, Sveikatos apsauga yra suteikiama, kaip pagrindinė Socialinio Saugumo dalis, ir yra finansuojama iš surinktų mokesčių. Tokiu būdu kiekvienas tautietis, prisiregistravęs savivaldybėje, įgauna teisę į sveikatos apžiūrą.

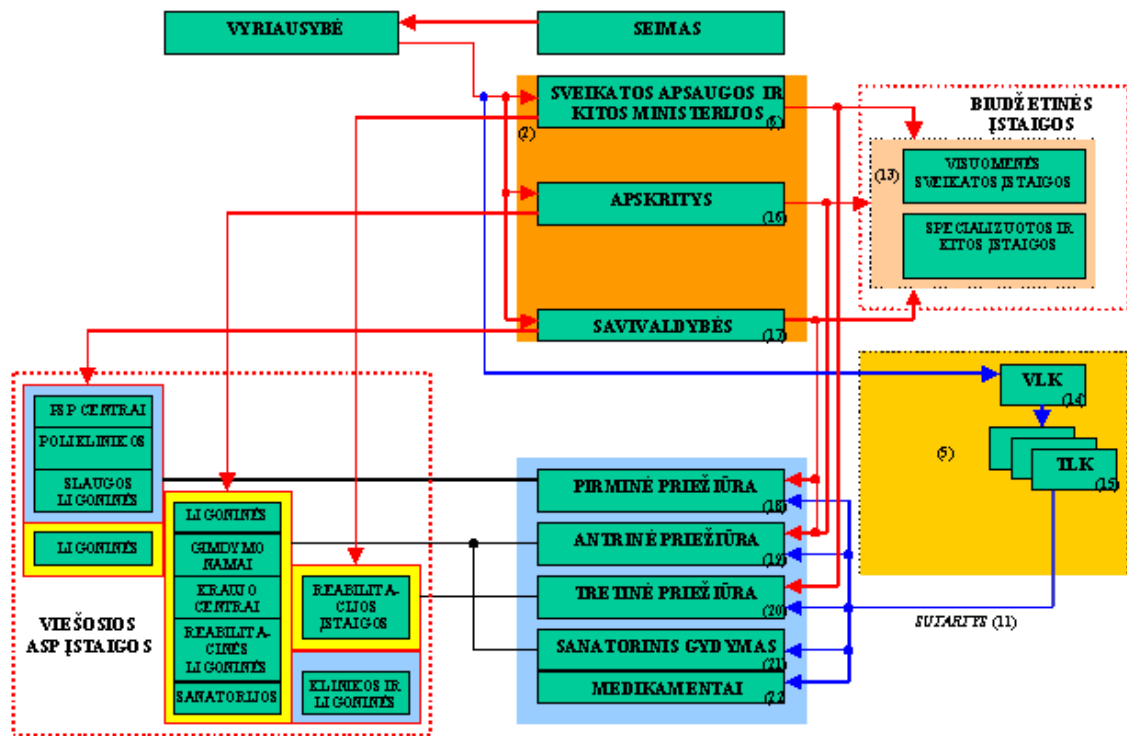
Įvairios institucijos teikia šias paslaugų rūšis nacionaliniame lygmenyje:

- Pirminė Namų slaugos priežiūra: yra skiriama apylinkės gydytojų ir slaugytojų. Ši pagalba gali būti skiriama kritiniais atvejais (prieš guldant į ligoninę), ji yra vadinama pirminę pagalbą.
- Namų slaugos Komandos: kai kuriose Autonominėse regionuose yra Namų slaugos Komandos, kurios pasirūpina žmonėmis, nesugebančiais nuvykti į pirmines sveikatos priežiūros centrus. Šiais atvejais komanda sudaryta iš(gydytojų, slaugytojų ir socialinių padėjėjų)pati nuvyksta į ligonio namus ir suteikia jam reikiamą pagalbą.
- Slaugymas žmonių, sergančių nepagydomomis ligomis: ši slauga yra paskiriama žmonėms, kurie dėl nepagydomų ligų, gyvena paskutines gyvenimo dienas. Tai padeda pacientui ir jo šeimai palengvinti paskutines ligonio kančias
- Pagaliau mes galime susipažinti su Naminiu Hospitalizavimu: tai yra grupė Sveikatos gerinimo veiksmų ir protokolų, kurie yra suteikiami paciento namuose, šios paslaugos yra panašios į ligoninėse atliekamas procedūras. Šias paslaugas suteikia speciali komanda, sudaryta iš gydytojų, slaugytojų, fizioterapeutų ir socialinių darbuotojų, kurie bendradarbiauja tarpusavyje. Šitos komandos priklauso Ligoninėms. Šios programos tikslas sumažinti vidutinį buvimo laiką ligoninėse, bei skirti būtiną dėmesį gerinant paciento gyvenimo kokybę

- Viena iš socialinės tarnybos teikiamų paslaugų yra namų slauga . Šias paslaugas teikia socialiniai darbuotojai, jie palengvina paciento kasdienybę, pasirūpina jo higiena, nueina į parduotuvę, pagamina valgį, sutvarko namus , ir taip toliau. Už šią pagalbą atsakingos savivaldybės.

Sveikatos apsaugos sistemos struktūrą Lietuvoje sudaro Sveikatos apsaugos ministerija, jai pavaldžios institucijos, apskričių ir savivaldybių gydytojų tarnybos, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos. Sveikatos sistemos valdymas yra decentralizuotas. Ministerija atlieka bendras priežiūros, sveikatos sistemos planavimo bei kontrolės funkcijas, numatytas Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatuose, patvirtintuose Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. balandžio 9 d. nutarimu Nr. 378. Sveikatos apsaugos ministerijai vadovauja sveikatos apsaugos ministras, kurį vadovaudamasis Lietuvos Respublikos Konstitucija skiria Respublikos Prezidentas Ministro Pirmininko teikimu. Sveikatos apsaugos ministerija yra 34 institucijų steigėja. (pv.2)

SVEIKATOS SISTEMOS ORGANIZACINĖ STRUKTŪRA



© SVEIKATOS EKONOMIKOS CENTRAS

Socialinė pagalbos sistema apima ministerijas, skyrius ir kitą vyriausybinių struktūrą. Svarbiausia funkciją **Rumunijoje** atlieka Darbo ministerija, Socialinis Solidarumas ir Šeima, kurios ir koordinuoja visą nacionalinę socialinę pagalbos sistemą, pagrindinės funkcijos yra tokios:

- socialinės pagalbos politikos išsivystymas;
- socialinės pagalbos plėtros strategijos nustatymas;
- žmonių teisių pakėlimas;
- bendradarbiavimas su pagrindiniais pilietinės visuomenės atstovais;
- nacionalinių socialinių pagalbos programų finansavimas;
- mokymo programų ir socialinių darbuotojų kvalifikacijos kėlimo įgyvendinimas;

- vieša socialinė rūpyba, taikoma grafystės lygmenyje, įgyvendina socialinės politikos ir strategijas ir įvykdo šias funkcijas: strategija, koordinacija, vadyba, bendradarbiavimas ir pavaizdavimas.
- socialinės rūpybos funkcijos yra:
 - profesinis palaikymo per Tarybą planavimas, terapija;
 - centro ir socialinio palaikymo efektyvumas;
 - palengvinkite socialinę palaikymo absorbciją;
 - gynyba palūkanų ir teisių žmonių reikalingume.

Socialiniame darbe atsižvelgiama į visus matmenis, kurie apibrėžia žmogų: psichologinį, socialinį, dvasinį ir ekonominį, žmogaus integraciją į visuomenę.

Sveikatos ministerija ir Šeima įgalioja tiekėjus, rūpintis namų slauga. Jie turi atitikti šiuos reikalavimus:

- tikslai, kurie turi būti pasiekti namų slaugoje tiekėjų, turi atitikti bendruomenės poreikius ir prioritetus.
- tiekėjai turi būti teisinga užregistravę savo veiklą (namų slauga)
- Turi būti komandos, sudarytos iš profesionalų, galinčių atlikti įvairių veiksmų paketą, kurie turi turėti diplomus (baigimo pažymėjimas) ir šios praktikos leidimus, gautus įstatymiškai;
- egzistuojantis darbo apibūdinimas kiekvienam asmeniui
- egzistavimas įgalios įstaigos prie Teritorinės Sveikatos apsaugos
- tinkama registracija ir prieigai prie medicinos įrašų (duomenų bazė, medicinos įrašai, archyvas);
- patogumai, kad pasiektu tikslus - baldai, komunikacijos įrangos, medicinos komplektai, medikamentai ir tt.

Sveikatos apsaugos Draudimo kompanijos išleidžia standartinius nurodymus, kaip turi būti planuojama namų slauga. Šitie standartai yra nustatomi, dalyvaujant Nacionalinio Sveikatos draudimo kompanijų valdyboms, Sveikatos draudimo Kompanijų valdyboms, namų slaugos tiekėjams.

Pasibaigus komunistei ėrai Organizacinė **Slovakų** respublikos sveikatos priežiūros sistemos struktūra pasikeitė radikalai. Per 1990-uosius metus integruota sveikatos priežiūros sistema keitėsi pažingsniui. Senos struktūros buvo panaikintos, dauguma pirminės sveikatos apžiūros tiekėjų ir daugelis specialistų, aprūpinančių namų slaugymą, pradėjo privačią praktiką. Visos ligoninės, išskyrus tris liko pavaldžios Sveikatos ministerijai, o jų tarnautojai liko valstybės tarnautojais. Buvo keli stiprūs administraciniai vienetai, kurie valdė šias paslaugas efektyviai. Iš tikrųjų, jokios ligoninės nebuvo uždarytos ar likviduotos dėl įsiskolinimų ir jokie vadovai nebuvo atleisti iš darbo dėl blogo valdymo. Kitaip tariant, Slovakijos sveikatos sektorius vis dar buvo suformuotas daugelio tų pačių jėgų kaip prieš 1990, o perdavimas tam tikrų sveikatos apsaugos pareigų naujai nustatytoms savivaldybių sritims 2001 nebuvo jokia panacėja

Tokiu būdu, nors Slovakija ir pasiekė palyginti beskausmį perėjimą nuo socialistinio centralizuoto planavimo į pliuralistinį (sveikatos draudimu pagrįstą) sveikatos priežiūros sistemos planavimą, tikrovė buvo kitokia, finansiniai ir organizaciniai sunkumai pasiliko. Po 2002 rinkimų, vyriausybė pažadėjo didinti sveikatos priežiūros sistemos finansavimą, atsižvelgiant į gaunamas lėšas. Vyriausybė ketina efektyviai panaudoti finansus, skirtus sveikatos apsaugai gerinti, gautus iš privalomojo sveikatos draudimo, tuo garantuodami nemokamas, brangias sveikatos priežiūros paslaugas žmonėms, kurie negalės už jas susimokėti patys. Einamoji sveikatos priežiūros sistemos organizacija yra pastatyta ant decentralizuotos ir centralizuotos struktūros susiliejimo.

4 lentelė: Sveikatos priežiūros struktūra

Dauguma medicinos paslaugų Slovakijoje yra nemokamos, bet kai kurios paslaugos yra tikrai subsidijuotos, ir gyventojai turi užmokėti kainos dalį. Kai kurie užmokesčiai egzistuoja kai kuriems receptiniams vaistams, dantų gydymui ir medicinos prietaisams, plastinei chirurgijai, gydymui užsienyje ir akupunktūrai.

Nemokama medicina skiriama tiems, kas kenčia nuo chroniškų ligų ar tiems, kas priklauso mediciniškai pažeidžiamoms grupėms pavyzdžiui nėščios moterys, karo veteranai, diabetikai ir tuberkuloze sergantys pacientai. Vaistai yra padalyti į tris grupes, pirmai kategorijai priskiriami būtini vaistai, kurie yra visiškai apmokami draudimo bendrovių. Antroji vaistų kategorija yra iš dalies apmokoma, o trečioji grupė negauna jokių subsidijų apskritai. gydytojo konsultacija yra nemokama.

Kai kurie žmonės išsiima papildomą sveikatos draudimą, kuris yra išduodamas penkių draudimo kompanijų.

Gydytojai ir Sveikatos priežiūros centrai: Slovakijoje yra trys gydytojų rūšys; suaugusiųjų šeimos gydytojai, vaikų gydytojai, ginekologai-akušeriai. Sveikatos apsaugos sistema aprūpina pradinį sveikatos patikrinimą, diagnozuoja ligas, atlieka profilaktinį gydymą, lanko namuose, bei suteikia namų slaugą.

GPs yra linkusi dirbti su vienu žmogumi, tai yra daugiausia privačios paslaugos. Tačiau, privatūs gydytojai nuomuoja savo kabinetus ir įrangą iš valstybinių institucijų ir sudaro kontraktus su sveikatos draudimo kompanijomis. Dauguma gydytojų samdo bent jau vieną slaugytoją. Gyventojai gali užsiregistruoti pas gydytojus, pasirinkti juos ir jei nepatinka pakeisti juos, kas šėšis mėnesius. Dauguma žmonių renkasi savo GP pagal jų artumą darbovietai. Žmonės, siekiantys valstybinės sveikatos priežiūros, turi įsitikinti, kad jų gydytojas sudaręs valstybinį planą per vieną iš draudimo bendrovių. Gydytojai Slovakijoje vis dar ima kišius, kurie nėra įgaliojti pagal įstatymą. Gydytojai privalo informuoti savo pacientus apie galimybę gauti vaistus nemokamai.

Daug gydytojų nomuojasi savo kabinetus iš poliklinikų ir sveikatos priežiūros centrų. Šitie patogumai yra atsakingi už ambulatorinę sveikatos priežiūrą. Į medicinos paslaugas įeina, bendra praktika, motinystės rūpinimasis, vaiko sveikatos priežiūra ir dantų rūpinimasis. Jie taip pat suteikia greitosios medicininės pagalbos pagalbą, taip pat laboratorijos paslaugas, radiologiją, ir kitas diagnostines paslaugas

Kompetentingi gydytojai ir slaugytojai, sveikatos priežiūros centrai. Kai kurios poliklinikos yra privačios Vizito laikas pas gydytojus keičiasi ir rekomenduojama, susitarti iš anksto. Jei jums reikia skubios pagalbos, jūs galite nueiti be susitarimo, bet tada jums reikės ilgai laukti.

Daugeli pacientų ignoruoja savo apylinkės gydytoja ir patys kreipiasi tiesiogiai į specialistus. Specialistai yra labiau kvalifikuoti gydytojai, kurie užbaigė aukštesnį specializuoto mokymo lygmenį. Gydytojas siunčia pacientus pas specialistus, jei jis mano, kad pacientui, galbūt, reikia specialisto pagalbos ir diagnozės. Yra daug medicinos sričių Slovakijoje, tokių kaip ginekologija, onkologija, pediatrija ir dermatologija.

Ligoninės. Yra 44 ligoninės Slovakijoje, kurios yra valdomos regioninių sričių. Ligoninės buvo nepakankamai finansuojamos pastaraisiais metais todėl joms reikalingas įrangos ir technologijų atnaujinimas. Nors situacija gerėja kartais ligoninės nesugeba nupirkti tam tikrų vaistų ar medicinos prietaisų. Ligoninės ir klinikos egzistuoja visuose pagrindiniuose miestuose ir miesteliuose. Į jas patenkama, gavus gydytojo siuntimą. Kai tik pacientą hospitalizuojamas, jo gydymą kontroliuoja vienas iš ligoninės gydytojų. Reikia laukti eilėje, jei reikalingas sudėtingas gydymas.

Pirmoji pagalba yra nemokama kiekvienam, finansuojama iš valstybinio sveikatos draudimo. Tačiau, kai tik jūsų būklė stabilizuojasi, jus turite pateikti savo sveikatos draudimą. Pirminė pagalba yra suteikiama visų ligoninių skubiosios pagalbos skyriuose. Pirminės pagalbos skyriai dirba dirba ištisą parą, visus metus. Pasinaudoti jų paslaugomis galite, jei jums reikia neatidėliotinos pagalbos, ar jei jūsų gydytojas siunčia jus pas juos.

Dauguma gydytojų ir specialistų yra privatūs specialistai Slovakijoje. Šie gydytojai yra finansuojami savarankiškai iš papildomų savanoriškų privačių draudimo įnašų. Privačių klinikų paslaugomis naudojasi mažas procentas žmonių, nes tai yra per brangu.

Odontologinis Dantų gydymas Slovakijoje yra daugiausia privatus ir odontologai ima pinigų už savo paslaugas. Smulkus dantų gydymas yra apmokomas iš valstybinės sveikatos priežiūros sistemos biudžeto, bet tai dengia tik rutiniškus vizitus ir patikrinimus. Gyventojai turi susimokėti už išsamesnį dantų gydymą, tokį kaip karūnėlių ar tiltų statymas.

Farmacija, Paskirstanti chemikus, parduoda vaistus, ir tiktai gydytojai ir specialistai gali nurodyti mediciną Slovakijoje. Nurodymo medicina yra pasiekama nuo kompetentingo ir registruoto chemiko ar nuo ligoninės farmacijos. Ne receptiniai vaistai yra įvertinti aukščiau negu receptiniai vaistai. Po šia sistema, jūs galite užmokėti mažiau už aspirino paketą, jei jūsų gydytojas nurodė tai. Kainos nurodymo vaistams yra apmokėtos per šalies sveikatos apsaugos sistemą.

Didelių ligoninių yra dvi rūšis: universitetinės ligoninės ir reguliarios ligoninės. Šiuo metu yra 8 didelės universitetinės ligoninės, kitos 14 ligoninių priklauso vertybinių popierių biržos kompanijoms (kaip pavyzdžiui. Poprad ligoninė). Pastangos pertvarkyti ligoninių struktūrą pastaraisiais metais buvo sutiktos su dalies gydytojų stipriu pasipriešinimu, opozicija ir streiku. Transformacija ligoninių vertybinių

popierių biržos kompanijoms buvo sustabdyta, nors visi dokumentai transformacijai buvo jau paruošti, prarastos išlaidos šiam nesėkmingam procesui skaičiuojamos 30 M €.

Reformuojant sveikatos priežiūros sistemą Slovakijoje, buvo įkurtos 5 sveikatos draudimo įmonės, jų pagrindinis tikslas, suteikti gyventojams didesnę pasirinkimą. Bendra Sveikatos Draudimo kompanija apdraudė daugumą Slovakijos gyventojų. Sekanti Sveikatos draudimo Kompanija yra antra pagal dydį, ir abi yra garantuojamos valstybės. Gyventojai gali pakeisti draudimo kompaniją bet kuriuo metu, bet suteikiamų paslaugų skirtumas yra labai nežymus. Šių kompanijų konkurencija yra labai maža. Pinigai, rinkti iš kiekvieno draudiko, yra sumokami Bendrai valstybės Sveikatos draudimo Kompanijai, kuri vadovauja, racionalizacijai.

Sveikatos draudimas yra privalomas visiems dirbantiems asmenims. Vyriausybė moka įnašus už bedarbius, pensininkus, invalidus, besilaukiančias mamas. Kai tik naujas tarnautojas pradeda darbą, darbdavys turi jį užregistruoti vienoje iš sveikatos draudimo kompanijų. Tarnautojai moka 4 procentus savo pagrindinių pajamų į draudimo fondą, darbdaviai moka 10 procentų. Samdyti nedarbingi žmonės turi aukoti 2.6 procentus įvertintų pajamų, valstybė dengia likusią dalį. Savarankiškai, patys save įdarbinę gyventojai turi užmokėti pilną 14 procentų įnašą, kuris yra apskaičiuotas iš 50 procentų pajamų, kurias jie užmokėjo praėjusiais metais. Minimalus įnašas į sveikatos priežiūros fondą yra maždaug 91 EUR ir tai yra aukščiausios ribos.

Sveikatos priežiūros draudimo bendrovių sąrašas:

- Pagrindinė Sveikatos draudimo Kompanija
- Dôvera Sveikatos draudimo Kompanija
- Apollo Sveikatos draudimo Kompanija
- Sąjungos Sveikatos draudimo Kompanija
- Bendra Sveikatos draudimo Kompanija

Kaip jau minėta anksčiau **Lenkų** sveikatos priežiūros sistemoje lemiamas vaidmuo atitenka Šalies sveikatos apsaugos Fondui, kuris yra ir mokėtojas ir tarpininkas tarp pacientų ir sveikatos priežiūros įstaigų. Įstaigų valdyme ir sveikatos priežiūros sistemos kontrolėje nacionaliniame lygmenyje, mes galime prisidėti taip:

- Valstybinė Sanitarinė Inspekcija,
- Valstybinė Farmacinė Inspekcija
- Sveikatos apsaugos Ombudsmenas.

Įstaigos, valdančios sveikatos priežiūros sistemą regioniniame lygmenyje, tokiu būdu vietos valdžia tenka vietinėms savivaldybėms, rajonams ir srityms. Jie turi labai svarbią ir atsakingą užduotį, įkurti sveikatos apsaugos rūpinimosi centrą (SPZOZ). Todėl, kaip įkūrėjas, vietos valdžia turi teisę dalyvauti priimančioms sprendimams, sukuriant, keičiant ir pašalinant SPZOZ. Vietos valdžia taip turi teisę paskirti SPZOZ vadovą.

Be to, vietos valdžia kontroliuoja joms priklausomas įstaigas. Turėdamos tokius didelius įgaliojimus, regioninės vyriausybės formuoja sveikatos priežiūros sistemą Lenkijoje. Nors jos ir įgyvendina Sveikatos ministerijos nacionalinę politiką, bet turi būti pažymėta, kad jos turi labai didelę autonomiją. Užduotys sveikatos priežiūros sistemoje yra įrašytos 3 lentelėje.

<p>srities savivaldybė</p>	<ul style="list-style-type: none"> • įkurti ir palaikyti provincialų profesinės sveikatos centrą • nustatyti ir palaikyti psichinės sveikatos socialinės globos įstaigas • įvykdyti užduotis, sprendžiančias alkoholio problemas • pakelti sveikatos lygį
<p>grafystės savivaldybė</p>	<ul style="list-style-type: none"> • suformuoti medicinos saugumo palnavymą • suteikti nėščioms moterims socialinį ir teisėtą rūpinimąsi • leisti dirbti kitoms įstaigoms, t.y. namų slauga • nustatyti darbo laiką farmacijai • finansuoti invalidų dalyvavimą slaugos atkūrimo stovyklose • įvykdyti sanitarinės apžiūros užduotis • pakelti bendrą sveikatos lygį
<p>municipalinės savivaldybės</p>	<ul style="list-style-type: none"> • įvykdyti užduotis, sprendžiančias alkoholio problemas • pasirūpinti žmonėmis, turinčiais protinius negalavimus

4. Nacionalinė politika įgyvendinanti ir skatinanti sveikatos priežiūros gerinimą

Vienas iš svarbiausių **Italijos** NHS tikslų garantuoja tęstinumą rūpinimosi tarp skirtingo intra - ir ekstra ligoninės profesionalo, kad skilimas, sukurto perspecializuotų įgūdžių išsivystyme, sujungtų vienoje struktūroje (komandos darbas, išsivystymas ir pasidalijimas terapinių kelių, ir taip toliau); tarp skirtingų lygmenų pagalbos, ypač terapijoje tarp ligoninės ir bendruomenės, periodas po paleidimo, kad pacientas vis dar paliekamas vienas, kai apie jį niekas nesidomi, nesirūpina dėl jam reikalingo tęstinio terapinio gydymo.

Gerovės modelis, orientuotas į rūpinimosi tęstinumą, numato projektą tinkamų kelių ir "vadybą" paciento, įvykdyto nuolatiniame būde komandos, charakterizuotos prie socialinio ir sveikatos įgūdžiai, taip pat kaip kontroliavimas fazių perėjimo tarp įvairios gerovės struktūros su tinkamų įrankių pagalba tinkamumo vertinimui, atsižvelgdamas, kas padaroma prieinamu per Sveikatos Kortelės Sistemą.

Organizacinis metodas, nutaikytas į palengvinimą suvienytos prieigos prie sveikatos, sveikatos apsaugos ir socialinių paslaugų, yra "Vieno Punkto Prieigos" (PUA), kuris veikia per kolekciją signalizavimo, orientacijos ir vadybos reikalavimo, aktyvacijos paslaugų paprastam poreikiui, taip pat kaip paleidimo multimatuojamojo vertinimo sudėtingam poreikiui, tokiu būdu gerindamas bendradarbiavimą ir koordinaciją tarp skirtingos visuomenės ir ne visuomenės, sveikatos priežiūros ir socialinių komponentų, užsiėmusių klinikiniais keliais, kad garantuotų jo unitarumą.

Pacientai, kuriems labiausiai reikalingas tęstinumas gydyme, nes yra buvę aštrūs atvejai, kai pacientai buvo išrašomi iš ligoninės ir didėjo pavojus vėl sugrįžti į ligoninę, kadangi jiems nebuvo suteikta tinkama pagalba namuose. Jiems reikia klinikinį ir slaugos priežiūros vadybininko, specialioje struktūroje ar namie; chroniški pacientai, stabilizuoti teritorijoje, kas yra dideliame reikalingume rūpinimosi ir rizikuoja neatitinkančio hospitalizavimo, jei jie nėra tinkamai slaugyti. Klinikinis kelias reikalingas stiprios integracijos tarp multidrausminių sveikatos priežiūros komandų (gydytojas, slaugytoja ir socialinis darbuotojas), su paslaugos vieta kur yra paciento namai ar apsaugos struktūra; chroniški pacientai, kuriais turi pasirūpinti jų priežiūra ir sveikatos kontroliavimu jų gyvenimu namuose ir sąlygas, būtinas, kad būtų pacientai apmokyti į savidiagnozę ir savo sveikatos įvertinimą (diabetas, astma).

Pacientams, kurie yra išleisti iš ligoninės ir yra gydomi vietiniame rajone, priežiūros tęstinumas turi būti garantuotas, jau būnant ligoninėje paciento priežiūra turi būti multimatuojamojo vertinimo, kuris atsižvelgia ir į klinikinę sąlygą ir į sveikatos priežiūrą ir socialinę paciento situaciją, kad apibrėžtų priežiūros kelią, kuris yra labiau tinkamas ir suderinamas su egzistuojančiu tinklu socialinių ir apygardos paslaugų, pagal GP ir per ligo Taip pat integruotoje chroniškoje vadyboje, GP yra pirminis informacijos šaltinis ir atsakingas už "vadybą" ir diagnostinį terapinį kelią, kuris yra tinkamesnis pacientui. Chroniška vadyba reikalinga vietinėse organizacijose, apimdama galimybę turėti bendruomenės lovų paslaugas / gyvenamąsias paslaugas, valdytas GP ir viduriniojo medicinos personalo, viduje deramos struktūros tarpinio sveikatos priežiūros institucijų, ir tuo pačiu metu numatytų kelių hospitalizavimuolinių išsidėstymo tinklą.

Chroniška vadyba ir sveikatos priežiūros tęstinumas sunkiai remiasi įnašu novatoriškų technologijų, apimdami telemedicinos, tolimo palaikymo, ir, plačiau, informacijos ir komunikacijos technologijų (ICT) ypač, kad garantuotų įsisauganimą veikiančio tinklo metodo, kuris jungia įvairius nustatytus ir nenustatytus aktorius, kurių užduotis yra chroniškų atvejų "vadyba" (LHAs, Ligoninės, rajonai, pirminis rūpinimasis, sveikatos gyvenamosios vietos, savivaldybės, bet taip pat ir šeimos, asociacijos, nauda ir nekomercinės įstaigos; kitaip tariant, turtingas socialinis kapitalas, kuris charakterizuoja daug vietinės realybės Italijoje.

Per trejų metų periodą, tikslas įgyvendina pagalbos tinklą, apibrėždamas svarbiausius punktus ir funkcinius tarpusavio ryšius valdymo ir santykinėje sistemoje tarp profesionalų, kurie, net nors tai pagrįsta komandos darbu, gali aiškiai identifikuoti pareigas ir procedūras apibrėžimui ir sukūrimui iš priežiūros kelio ir perėjimui, jeigu būtina, tarp skirtingos struktūros ir sveikatos priežiūros rajonų. Ši sudėtinga integracijos/tęstinumo sistema turi būti charakterizuota lankstumo, leisto susimaišymo heterogeninių paslaugų dėl lygmens integracijos tarp sveikatos priežiūros ir socialinių komponentų profesinių apimtų įgūdžių, prie lengvos prieigos ir prie tinkamų paslaugų, kad patenkintų pacientus. Koordinacija ir integracija visos sveikatos priežiūros ir socialinio veiksmo vietiniame lygmenyje yra garantuotos Rajono, kuris yra taip pat atsakingas už tyrinėjimą, skatindamas ir įgyvendindamas tinkamą bendrą veiklą tarp visų sistemų vietinio pasiūlymo ir tam, kad tarnautų kaip instrumentas

koordinacijos pirminio rūpinimosi sistemai (GP ir kiti profesionalai, veikiantys Nacionalinės Sveikatos apsaugos viduje).

In addition, the District represents the interlocutor of Local Authorities and exercises this function in a coordinated way with corporate policies

Vienas iš pagrindinių faktorių **Ispanų** sveikatos sistemoje, yra gyventojų senėjimas ir šis faktorius įtakoja skaičių žmonių, kuriems reikalinga slauga ligoninėse ar namuose. Viena iš svarbiausių užduočių yra gerinti slaugymo sąlygas vyresniems nei 65 metų žmonėms.

Šie faktoriai turi labai stiprią įtaką namų slaugai, nes vyresni žmonės yra labiau linkę sirgti ir jiems slauga namuose yra būtinesnė dėl kelių priežasčių. Reikia paklausti: Ar namų slauga gerina jų socialinį gyvenimą ir aplinką (ar tai palengvina gyvenimą jų šeimoms), ar tai įtakoja jų sveikatos gerėjimą; Ar namų slauga sutaupo ligoninių pinigų, nes hospitalizavimas yra nebebūtinasis. Dėl augančio gyventojų senėjimo yra būtina peržiūrėti visą sveikatos sistemą

Iš tikrųjų yra politinės tendencijos, kurios yra pavadintos "2007-2012 Pirminės pagalbos struktūros gerinimas Ispanijoje" tai yra dalis strateginės vizijos, išvystytos Valstybės departamento, kurios turi būti plėtojamos visoje šalyje. Šios vizijos strateginė linija, skaičius 26, nurodo: skatinti namų slaugą žmonėms, sergantiems įvairiomis patologinėmis ligomis spręsti jų problemas. Pagrindinis tikslas: pagerinti namų slaugos priežiūrą.

Pagal šią struktūrą, su šiuo tikslu, yra nustatytos veiksmo linijos, kurios yra išdėstytos žemiau

- Skatinti namų slaugos gerinimo planus, pagrindinį dėmesį skiriant paslaugų gerinimui žmonėms sergantiems žmonėms, bei jų slaugytojams.
- Skatinti ir padidinti šių planų koordinavimą su kitais sanitariniais skyriais (tokiais kaip naminis hospitalizavimas), bei socialinę tarnybą
- Įtraukti į namų slaugos pagalbą, būtinybę rūpintis žmonėmis su rimtais proto sutrikimais ir sergančiais nepagydomomis ligomis
- Kad skleistų veiksmą sveikatos pakėlimo, prevencijos priklausomybės situacijų ir, bet kas kitas susitelkė ties palaikymu ar atgavimu gebėjimo ir autonomijos de atlikimui kasdienio gyvenimo veiksmo, nuo Pirminio Dėmesio
- Įtraukti į namų slaugos programą, psichologo konsultacijas pacientams, bei jų slaugytojams
- Įtraukti į namų slaugos programą, būtinas terapijas žmonėms: mitybos reguliavimas, kvėpavimo terapija, fizioterapija, bei kitas reikalingas terapijas

Lietuvos Nacionalinio visuomenės sveikatos instituto iniciatyva ir Kongrese priimta Baltijos valstybėse pradėti tyrimai, kurie išsiplėtė į tarptautinę programą Suomijos ir Baltijos šalių gyventojų sveikatos monitoringą. Bendro tyrimo tikslas – palyginti gyvensenos ypatumus šalyse, besiskiriančiose ekonominėmis ir socialinėmis sąlygomis, stebėti gyvensenos pokyčius ir nustatyti jų ryšį su gyventojų sveikata. Į šią tyrimų programą įsijungė ir Lietuva. Pagal PSO rekomendacijas buvo parengta Lietuvos gyvenimo kokybės vertinimo ir gerinimo programa.

Plėtojant paslaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą, siekti, kad iki 2008 metų ne mažiau kaip 80 procentų šių paslaugų būtų teikiama bendrojo pobūdžio ligoninėse ir ne mažiau kaip 50 procentų slaugos paslaugų būtų teikiama kartu su socialinėmis (globos) paslaugomis.

Šis procesas buvo skatinamas tokiomis priemonėmis: kuriant ir diegiant diferencijuotą slaugos paslaugų ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą, plėtojant slaugos paslaugas, teikiamas pacientų namuose, didinant ambulatorinės slaugos apimtį, plėtojant jos formas, kuriant slaugos paslaugų dienos stacionarus.

Sveikatos priežiūros mastą pagal LNSS veiklos organizavimo ir sveikatos priežiūros lygius nustato Sveikatos apsaugos ministerija. Žmonių globos ir slaugos sistemas siekiama organizuoti laikantis pagrindinio principo – sudaryti galimybę žmogui kuo ilgiau gyventi savo namuose.

Pagalbos ir socialinės globos paslaugas asmens namuose teikė 1708 socialiniai darbuotojai, jų padėjėjai ir lankomosios priežiūros darbuotojai, kurie suteikė pagalbos ir socialinės globos namuose paslaugas 13,6 tūkst. asmenų. (zr.lentele) Daugumą pagalbos ir socialinės globos namuose paslaugų gavėjų sudarė senyvo amžiaus asmenys, apie penktadalį šių paslaugų gavėjų sudarė darbingo amžiaus asmenys su negalia ir 2 proc. – vaikai su negalia. Plečiant socialinių paslaugų tinklą ir siekiant patenkinti augantį socialinių paslaugų poreikį, vis didesnis vaidmuo bus skiriamas nevyriausybinėms

organizacijoms, bendruomenėms. 15-osios vyriausybės programoje numatyta plėtoti nestacionarias socialines paslaugas, kurias teikiant kuo aktyviau galėtų dalyvauti bendruomenės ir neigaliųjų organizacijos. Visuomenės sveikatos saugos užtikrinimo programos vykdymas ir strateginio tikslo įgyvendinimas siejamas su Lietuvos Respublikos Seimo 2008 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr. XI-52 pritarta penkioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos programa.

Rumunijoje, 2001 metai buvo padarytas paskutinis žingsnis kuriant įstatyminią sąsają. Nacionalinės socialinės pagalbos sistemoje buvo priimtas nr. 705/2001 įstatymas, reguliuojantys reforma, kuri nutiesė kelią nacionalinės socialinės pagalbos sistemos išsivystymui. 2006 metais buvo išleistas naujas Struktūros įstatymas nr. 47, kuris nurodė nacionalinei socialinei pagalbos sistemai skatinti kelis veiksmus, kad sustiprintų socialinę sanglaudą, skatinčia solidarumą bendruomenių viduje, pažeidžiamiausiems žmonėms.

Pažymėtos įstaigos skatina šeimos, vaikų, pagyvenusiu, nedarbingų ir kitų asmenų, kuriems reikia pagalbos finansiškai ir techniškai, teisiškai todėl, kad socialinės programos remia šias žmonių kategorijas.

Nacionalinė socialinė pagalbos sistema Rumunijoje turi būti sutelkta ties tikslais garantuojančiais nuoseklią ir efektyvią pagalbą, tokią kaip: kova su diskriminacija ir socialiniu lygių sumenkinimu, aprūpinančių įstaigų kontrolę

Yra pateikiami du socialinės pagalbos tipai: nuspėjamoji socialinė pagalba ir esamoji socialinė pagalba. Nuspėjamosios socialinės pagalbos tikslas, kuriai atstovauja Darbo ministerija yra: aprūpinimas lygiomis teisėmis, nustatyti mechanizmų palaikymą socialiai nuskriaustiems - daugiavaikėms šeimoms, pagyvenusiems ir sergantiems žmonėms.

Einamoji socialinė pagalba, kuri yra sudaryta iš specializuotų skyrių Valdybos viduje bendradarbiauja su savivaldybėmis ir jos tikslas yra: identifikuoti šeimas, kurios yra socialinio pavojaus situacijoje, aprūpinti pinigine pagalba ar kita pagalba rūšimi priklausomai nuo situacijos

Sveikatos ministeriją yra pagrindinė institucija sveikatos klausimams **Slovakijoje**. Ši ministerija yra svarbiausias valstybinis vykdomasis kūnas, atsakingas už sveikatos priežiūrą ir sveikatos apsaugą. Sveikatos ministerija siūlo pagrindines kryptis, nustato prioritetus valstybinės sveikatos politikos prioritetus, ruošia ir pateikia tinkamus projekto įstatymus Vyriausybei. Sveikatos ministerija yra atsakinga už sveikatos priežiūros tiekėjų reguliavimą, tuo garantuodama, kad kiekvienas žmogus turi vienodą prieigą prie sveikatos priežiūros.

Buvo išduotos licencijos visiems nevalstybinėms sveikatos priežiūros tiekėjams, o 1996 metais licencijos buvo perduotos regioniniams valstybinėms gydytojams. Nuo 2002 m. sausio (įstatymu 416/2001 valstybinės administracijos kompetencinės teisės buvo perduotos regioninių sričių savivaldybėms) pagrindinė Sveikatos ministerijos užduotis suteikti licencijas decentralizuotai vietinei teritorinei administracijai – savivadovaujančioms sritims (aukščiau teritoriniai vienetai).

2003 metais 44 ligoninių valdymas buvo perleistas regioninėms sritims. Iš jų, 16 ligoninių su tipu I poliklinikų buvo perleistos savivaldybėms ir 28 ligoninėms su tipu, II poliklinikų buvo perleistos aukštesniems teritoriniams vienetais. Kitas priimtas "Transformacijos" įstatymas 13/2002 Numeris, nurodė, kad dar 14 ligoninių tapo nekomercinėmis organizacijomis. Iki 2004 Sveikatos ministerija taip pat neprisiiminėjo atsakomybės už gaunamas lėšas sveikatos sistemos gerinimui. Ši veikla beveik sustojo, ir dabar sveikatos priežiūros tiekėjai turi pasirūpinti savo lėšomis patys.

Sveikatos ministerija taip pat turi teisę pripažinti sveikatos personalo išsimokslinimo diplomus, profesines kvalifikacijas, gautas užsienyje. Sveikatos ministerija valdė ir regionines medicinos mokyklas, tačiau dabar šias mokyklas valdo regioninės sritys. 2002 m. Slovakijos Medicinos Akademija buvo pervadinta į Slovakijos Sveikatos priežiūros universitetą (Slovenska zdravotnícka univerzita).

Sveikatos ministerija garantuoja užkrečiamų ligų sekimą ir jų kontrolę; kokybiško maisto apsauga; saugų ir sveiką darbą; sveikatos apsaugos ministerijos funkcijos yra reguliuoti ir teikti įstatymus Sveikatos Apsaugos sektoriuje. 36 regioninės įstaigos 2004 atlieka didžiąją dalį sekimo ir kontroliavimo veiksmų.

Socialinės rūpybos įstaigos apima ilgalaikį stacionarinį rūpinimąsi sergančiais žmonėmis, prižiūri vaikų darželius, suteikia socialinę pagalbą pagyvenusiesiems, bei pacientams su chroniškais, ar psichiškais ligomis. Įstatymai Slovakijoje apibrėžia kaip bendruomenės turi rūpintis šiais žmonėmis. Sveikatos draudimo kompanijos finansuoja privačią slaugą, tuo metu kai bendruomenės yra

finansuojamos iš valstybinio biudžeto per tiesioginius mokesčius. Einantis po rūpinimasis seka aštrų rūpinimąsi ir apima slaugymą, atkūrimą, psichologinį ir vandens procedūrų salono gydymas.

1994 Slovakijoje buvo įregistruotos 6 ilgalaikės slaugos ligoninės su 665 lovomis, skirtos pagyvenusiems žmonėms. Iki 1997 šis skaičius padidėjo iki 14 slaugos ligoninių su 1122 lovomis. 2002 buvo tikrai 10 ilgalaikės slaugos ligoninių su 685 lovomis, bet dar buvo 49 ilgalaikės slaugos skyriai su 1958 lovomis. Nepaisant šių skaičių, vietų slaugos ligoninėse vis dar trūksta, ir kartais ligoniams savo vietas reikia laukti mėnesius.

1997 metais Slovakijoje buvo 6 reabilitacinės ligoninės su 511 lovų, bet 2002 metais jų skaičius buvo sumažintas iki 3 su 294 lovomis. Reabilitacijos (sveikatos atgavimo) įstaigų sumažėjo nuo 13 su 820 lovų 1994 metais iki 12 su 702 lovomis 1997 metais ir 49 dienų ir nakčių sanatorijų su 1462 lovomis 1994 metais buvo sumažintas į iki 38 su 1095 lovomis 1997 metais. 2002 buvo 41 įkūrimas, apimantis 10 atkūrimo sanatorijų, su 1137 lovomis taip pat kaip 6 sanatorijomis vaikams su 403 lovomis. Daugelis jų buvo privatizuotos. Gydančių vandens procedūrų salonų skaičius padidėjo nuo 46 su beveik 11000 lovų 1994 iki 55 su 12326 lovomis 1997 metais, bet sumažėjo iki 30 vandens procedūrų ligoninių su 12666 lovomis 2002. Visi vandens procedūrų salonai buvo privatizuoti. Šiuo metu, Slovakijos vandens procedūrų salono gydymas teikiamas užmokant iš sveikatos draudimo fondų. Sveikatos priežiūra apima rūpinimąsi žmonėmis, turinčiais psichologinius negalavimus, bei turinčiais priklausomybę alkoholiui ir narkotikams. 1994 metais Slovakijoje buvo 11 psichiatrinė ligoninių su 3215 lovų, 1997 metais jų skaičius išaugo iki 12 psichiatrinė ligoninių su 3310 lovų. 2002 buvo įregistruotos 6 psichiatrinės ligoninės su 2300 lovų ir 5 psichiatriniai institutai su 900 lovų ir vienas vaikų psichiatrijos institutas su 90 lovų. Psichiatrinė skyrių ligoninėse viduje buvo 29 su 1384 lovomis. Psichiatrinėse ligoninėse buvo įsteigti 5 specializuoti stacionarai, gydyti nuo alkoholio ir narkotikų. Buvo įgyvendintas Adatų ir švirkštų Keitimo projektas, tam kad apsaugotų narkomanus nuo hepatito B, bei kitų pavojingų ligų.

Bendruomenės rūpinimasis buvo pagerintas namų slaugos rūpinimosi agentūrų, kurios padidėjo nuo 2 1997 metais iki 173 artėjant 2003 metais ir į daugiau kaip 200 2009 metais. Namų slauga besirūpinanti pagyvenusiais, ir invalidais yra apsaugota įstatymų, kuris nustato socialines pašalpas šiems žmonėms. Namų slauga labai populiarėja. 1994 metais Sveikatos ministerija valdė 8 įstaigas kūdikiams, 12 vaikų namų ir 20 namų kūdikiams. Dauguma jų buvo perduota regioniniams valstybiniams administracijos valdžios organams.

Socialinės sistemos struktūros viduje yra namų slaugos ligoninės skirtos suaugusiems žmonėms turintiems psichinių negalavimų;. 2002 buvo užregistruota 98 tokios įstaigos su 8330 vietomis. Taip pat yra ligoninių skirtų jauniems pacientams su psichiniais negalavimais; šios įstaigos skirtos jaunimui, kurie turi problemų su mokslais. 2002 metais buvo užregistruota 65 įstaigos su 3749 lovomis. Taip pat yra 252 socialinės rūpinimosi įstaigos su 16202 vietomis. Režiumė, socialinis rūpinimasis išaugo nuo 1999 iki 2002 metų. Apytiksliai 1500 vietų išaugo namų slaugos sektoriuje ir 1000 vietų ilgalaikėje stacionarinėje slaugoje.

Namų slaugos priežiūrą pradėjo gerėti nuo 1990-ųjų galo. Buvo įgyvendinta daug projektų skirtų, narkomanijos žalos sumažėjimui. Tačiau, namų slauga Slovakijoje vis dar susiduria su finansinėmis ir įstatinėmis kliūtimis.

Nepaisant ketinimo paversti Slovakijos Sveikatos ministeriją susitelkiančią daugiausia ties sveikatos. Kaip svarbiausias valstybinis vykdomasis institutas atsakingas už sveikatos priežiūrą ir sveikatos apsaugą, Sveikatos ministerija siūlo pagrindines kryptis ir prioritetus valstybinės sveikatos politikoje ir pateikia tinkamus projekto įstatymus Vyriausybei. Sveikatos ministerija yra atsakinga už sveikatos priežiūros teikėjų reguliavimą, kad garantuotų, kad kiekvienas turi teisingą prieigą prie sveikatos priežiūros pa Buvo išduotos licencijos visiems nevalstybiniams sveikatos priežiūros tiekėjams, kol tai nebuvo deleguota regioniniams valstybiniams gydytojams 1996. Nuo 2002 m. sausio (pagrįstas įstatymu 416/2001 numatantis Valstybinės administracijos kompetencijas į savivadovaujančias sritis ir savivaldybių sritis) pagrindinė Sveikatos ministerijos įgaliojimų dalis išleisti licencijas sveikatos priežiūros tiekėjams buvo decentralizuota vietei teritorinei administracijai – savivadovaujančios sritys (aukščiau teritoriniai vienetai). slaugų reguliavimo funkcijomis, jos padėtis pasikeitė greičiau lėtai negu greitai per praėjusį dešimtmetį. 2003 metais 44 ligoninių vadyba buvo perleista sritims. Iš jų, 16 ligoninių su I poliklinikos tipu buvo perleistos savivaldybėms ir 28 ligoninėms su II poliklinikų tipu buvo perleistos aukštesniems teritoriniams vienetais. Tęsiant įstatymo " Iki 2004 Sveikatos ministerija taip

pat paėmė atsakomybę už kapitalo įdėjimus sveikatos priežiūros sistemoje valdomus valstybės. Ši veikla beveik sustojo, ir sveikatos priežiūros tiekėjai turi dengti savo investicijas iš savų šaltinių "Transformacijos" priėmimą (13/2002 Numeris), dar 14 ligoninių tapo nekomercinėmis organizacijomis. Sveikatos ministerija taip pat turi atsakomybę magistrantui, tęsdama pagrindinį išsimokslinimą sveikatos personalo, taip pat kaip pripažinimui diplomų ir pažymėjimų profesinėms kvalifikacijoms, gautoms užsienyje. Tačiau, tuo metu, kai ankstesnis Slovakijos Hit pažymėjo, kad Sveikatos ministerija valdė ir valdo šalutines globos ir slaugos mokyklas, šitos mokyklos yra dabar po savivadovaujančių sričių vadyba. 2002 m. rugsėjo 1-ąją ankstesnė Slovakijos Medicinos Akademija buvo paversta į Slovakijos Sveikatos priežiūros universitetą (Slovenska zdravotnicka univerzita). Socialinės rūpinimosi paslaugos apima ilgalaikį stacionarinį rūpinimąsi, vaikų darželius ir socialinę tarnybą pagyvenusiesiems, pacientams su chroniška liga ar kitoms grupėms su ypatingu poreikiu tokiu kaip tie su studijavimu negebėjimo, psichikos ligos ar fizinio negebėjimo. Įstatymai Slovakijoje apibrėžia sveikatos priežiūrą kaip ypatingą ir atitinkamą bendruomenės rūpinimąsi. Sveikatos draudimo kompanijos finansuoja paskesnes sveikatos priežiūros paslaugas, kai tuo tarpu bendruomenės rūpinimasis yra finansuotas arba iš valstybinio biudžeto arba per tiesioginius užmokesčius. Paskesnės priežiūros paslaugos apima slaugymą, atkūrimą, psichologinį ir vandens procedūrų gydymą.

1994 buvo 6 institutai su 665 lovomis ilgalaikiam gydymui, daugiausia pagyvenusiems žmonėms. Iki 1997 jų padidėjo iki 14 su 1122 lovomis. 2002 buvo tik 10 ilgalaikių rūpinimosi institutų su 685 lovomis, bet 49 ilgalaikiais rūpinimosi skyriais su 1958 lovomis. Nepaisant dar papildomų 1978 ilgalaikių slaugos lovų sąlygos nuo 1994 vis dar yra nepakankamos ir pacientai kartais turi laukti mėnesius kad patektų. Taip pat, reikalavimai yra didesni, kadangi socialinės rūpybos institutai išieško mokesčius ir tokiu būdu šeimos išnaudoja ilgalaikio slaugymo lėšas, kad gautų įperkamesnį priemonių paketą (tikrai ribinius užmokesčius paima) pagyvenusiems ir nedarbingiems giminaičiams.

1997 metais buvo 6 reabilitacijos institucijos su 511 lovų, bet jos buvo sumažintos sulig 3 tikrai su 294 lovomis 2002m. Sveikatą atstatančių namų skaičius sumažėjo nuo 13 su 820 lovų 1994m iki 12 su 702 lovomis ir 1997 metais nuo 49 dienų sanatorinio gydymo su 1462 lovomis 1994 metais buvo sumažintos iki 38 su 1095 lovomis 1997 metais. 2002m buvo 41 įstaiga, įskaitant 10 reabilitacijos sanatorijų, su 1137 lovomis taip pat kaip 6 sanatorijomis vaikams su 403 lovomis. Daugelis jų buvo privatizuotos.

Gydančių vandens procedūrų salonų skaičius 1994 m. padidėjo nuo 46 su beveik 11000 lovų iki 55 su 12326 lovomis 1997m, bet sumažėjo iki 30 vandens procedūrų su 12666 lovomis 2002m. Visos vandens procedūrų įstaigos buvo privatizuotos. Šiuo metu, Slovakijos vandens procedūrų gydymas įmanomas tik iš sveikatos draudimo fondo sumokant pačiam pacientui.

Ypatinga sveikatos priežiūra skiriama žmonėms su psichikos negalia, bei turintiems priklausomybę alkoholiui ir narkotikams. 1994 metais buvo 11 psichiatrinų institucijų, turintys 3215 lovų, palyginti su 12 psichiatrinų ligoninių su 3310 lovų 1997m. 2002 metais buvo 6 psichiatrinės ligoninės su 2300 lovų ir 5 psichiatrinėmis institucijomis su 900 lovų, apimant vieną vaikų psichiatrinį institutą su 90 lovų. Skaičius psichiatrinų skyrių ligoninių viduje buvo 29 su 1384 lovomis. Sveikatos priežiūra asmenims priklausomiems nuo alkoholio ir narkotikų tiekė 5 specializuoti stacionariniai skyriai prie psichiatrinų ligoninių su 420 lovų ir 9 centrais teikiantys gydymą nuo alkoholio ir narkomanijos su 146 lovomis 2002m. Vienkartinių adatų ir švirkštų Keitimo projektas, Programa Skiepavimo prieš Hepatitą B išvengiant užkrato keičiant Metadono Gydymu, įvesti Nacionalinės Programos struktūros viduje, kovai prieš narkotikus.

Nors pagyvenusio rūpinimosi infrastruktūra gerėjo nuo 195 lovų 1998 į 263 lovas trejuose geriatrinuose institutuose ir dar 856 lovas 21 geriatrinuose skyriuose ligoninių viduje 2002, tai vis dar ne pakankama.

Bendruomenės rūpinimasis buvo pagerintas namų priežiūros agentūromis, kurios padidėjo nuo 2 1997m. iki 173 artėjant 2003 m. pabaigai ir į daugiau kaip 200- 2009 metais. Bendruomenės ir namų priežiūra pagyvenusiems ir invalidas yra remiamas įstatymu, kuris apibrėžia socialines pašalpas neįgaliesiems slaugytojams. Šitos bendruomenės rūpinimosi formos didėja. 1994 Sveikatos ministerija valdė 8 įstaigas kūdikiams, 12 vaikų namų ir 20 namų kūdikiams. Nors perleistas Darbo ministerijos, Socialinių reikalų ir Šeimos atsakomybei, dauguma jų buvo perduota regioniniams valstybiniais administracijos valdžios organams. Daug bendruomenės rūpinimosi institutų perdavė savivaldybėms ir dabar yra mišrios nuosavybės.

Socialinės sistemos struktūros viduje yra namų suaugusiems su fiziniu negebėjimu; suaugę ir su fiziniu negebėjimu, ir su sunkumų studijavimu; asmenys su susilpnintais pojūčiais; ir suaugę su sunkumų studijavimu. 2002 buvo 98 su 8330 vietų. Yra taip pat namų jaunimui su fiziniu negebėjimu; jaunimas ir su fiziniiais, ir su besimokančiais sunkumais; jaunimas su sunkumų studijavimu; ir jaunimas su susilpnintais pojūčiais. 65 įstaigose galėjo priimti 3749- 2002.m Yra taip pat 252 socialinės rūpinimosi įstaigos su 16202 vietomis. Reziumė, socialines paslaugas teikiančių institucijų padidėjo tarp 1999 ir 2002. Apytiksliai 1500 lovų buvo paverstos į socialinį rūpinimąsi, ir dar 1000 ligoninės lovų buvo paverstos į ilgalaikį stacionarinį rūpinimąsi.

Bendruomene pagrįsti projektai, tokie kaip tie vaistų vartotojų žalos sumažėjimui, buvo įvesti pastaraisiais metais. Tačiau, namų paslaugų rūpinimasis ir bendruomene pagrįstos paslaugos vis dar stovi su finansinėmis ir įstatyminėmis kliūtimis į išvystymą kelią, kuris yra tinkamas besikeičiantiems soc.rūpinimosi prioritetams ir gyventojų poreikiui. Kad palaikytų bendruomenės soc.rūpinimosi išsivystymo pastangas, nesenas taisyklas įstatymo Sveikatos priežiūros Pristatymo laiku apibrėžė sveikatos priežiūros sąvoką.

Pagrindinė sveikatos politikos reforma sveikatos priežiūrai **Lenkijoje**, apimanti sveikatos priežiūros paslaugas, turi būti įgyvendinta Sveikatos ministerijos nuo 2007 - 2015 metų. Ministrų tarybos buvo priimtas Sprendimas 90/2007 Nr , nurodantis sveikatos apsaugos programas nuo 2007 - 2015. Šalies sveikatos apsaugos Programa nurodo, kad pagrindinis tikslas yra suvienyti visuomenės ir viešos administracijos pastangas gerinant gyventojų sveikatos kontrolę, bei paslaugas. Ši programa leidžia sveikatos ministru daryti įtaką kitų sveikatos sektorių veiksmams bei aprūpina jungtinius tikslus visoje sveikatos sistemoje. Ši programa apima lemiamus veiksnius, gerinančius sveikatos sektorių, demografinę situaciją . Tikslai, kurie tiesiogiai įtakoja sveikatos paslaugų pagerinimą, yra šie:

- Sergamumo nuo vėžio ir pirmalaikio mirtingumo sumažėjimas
- Padidinti infekcinių ligų ir infekcijų prevencijos efektyvumą
- Socialinių ir teritorinių skirtumų sumažėjimas sveikatos sektoriuje
- Pagerinti dietą ir maisto kokybę; sumažinti nutukimą
- Sumažinti nesisaugojimą žalingų faktorių aplinkoje ir jos padariniuose ir pagerinti sanitarinę šalies sąlygą.

Priemonės pasiekti tikslus:

- Aktyvacija vietos valdžios vienetų ir nevyriausybinių organizacijų sveikatos apsaugai
- Sveikatos apsaugos kokybės gerinimas pasireiškiantys efektyvumu, saugumu ir socialiniu priimtumu, atsižvelgiant į paciento teises
- Gerinimas ankstyvos diagnozės ir siūlymas aktyviau rūpintis pacientais sergančiais širdies ir kraujagyslių ligoms, galvos smegenų sutrenkimais, vėžiu, diabetu, respiracinėmis ligomis ir reumatinėmis ligomis
- Naudojant vietinę infrastruktūrą padėti sveikatos pakėlimui ir sveikos gyvensenos mokymui.

5. Strategijos ir iniciatyvos nacionaliniame ir vietiniame lygmenyje, gerinant sveikatos priežiūrą.

Pagal Italijos Darbo ministerijos Pranešimą apie nesavipakankamumą šiuolaikinėse šeimose (vienas tėvas, šeimos atskyrimas, ir taip toliau.) yra charakterizuotas multimatuojamosios moteriško vaidmens buvimas (darbas, rūpinimasis, sumuštinio karta), gimstamumo koeficiento sumažėjimas, vėliau išvykimas vaikų nuo šeimos, senyvo amžiaus ir neįgalumo.

Šeima dažnai negali susitvarkyti su neįgalumo problema ir suteikti paslaugas silpniems žmonėms pagal jų poreikius. Tai sukūrė sąlygas dideliame skaičiuje slaugytojų padidėjimui, nemokantiems jokių oficialių mokesčių (Apie 400.000 tarp 2001 ir 2008 metų). Šitie užsienio darbuotojai, daugiausia atvykstantys iš Rytų Europos šalių bet taip pat ir iš Pietų Amerikos ir Azijos, yra dažnai "nereguliarūs". Šiandien, "jokių oficialių slaugytojų reiškinys" yra įvertintas maždaug 770 000 kurių darbo dalį sudaro nereguliarūs darbo kontraktai. Šeima yra suprantama kas paprastai rūpinasi nesugebančiais savęs apsitarnauti arba neįgaliam asmeniui, turėdamas galvoje asmeniui su fundamentaliais išteklių, kylančiais iš nedarbingumo.

Naujame namų priežiūros modelyje, šeimos slaugytojas atlieka svarbų vaidmenį (apytiksliai 9 milijonai Italijoje) ir bus tema kitam nuodugniam svarstymui, taip pat ir dėmesys kaip pripažinimo ir einamosios LEA pasikeitimo prielaidai kilti (standartinė sveikatos priežiūros sąlyga). Sveikatos tiekejas yra reliatyvus ar panašus, kas rūpinasi jo/jo savu šeimos nariu, ne savarankišku silpnu asmeniu, bet kokio amžiaus, pastoviam būde net jei skirtinguose lygmenyse intensyvumo, namie ar ypatingoms apibrėžtoms situacijoms, tinklo struktūros viduje. Jis ar ji numato visas kasdienes pagrindinių poreikių funkcijas (asmeninė higiena, maistas, ir taip toliau.) ir asmeninis rūpinimasis, padėdamas ir jungdamas sveikatos priežiūros atlikimą.

Šiandien Italijoje, socialiniai ir sveikatos priežiūros tinklų paslaugos yra užbaigtos labai garbingame procentiniame dydyje šeimos ar privataus slaugytojo vaidmenyje, kuris yra sistemos ramstis. Dabar, kad išlaikytų gerovės sistemą ir kontrolės kainas būtina pagerinti ir formalizuoti slaugytojų vaidmenį ir funkciją. Be to, jo/jos rūpinimosi dalyvavimas yra nustatytas Individualizuoto rūpinimosi Plano viduje. Pripažinimas teisių ir pareigos yra svarbiausias elementas be to, kad paliktų jį/jos ne vienišą ir palaikantį jį/jos naminiame veiksmė. Turi taip pat būti pažymima, kad tikras tinkamumas priėmimo vaidmens ir naštos rūpinimosi, laikas, būdai ir duoto rūpinimosi intensyvumas nėra privalomas.

Šis skaičius yra iš tikrųjų priklausantis psichologiniams ir emocionaliems pavojams ir susirgti todėl, tapdamas savo ruožtu asmeniu reikalingume rūpinimosi, kuris kuria sunkumus viduje šeimos sistemos, į kurią jis ar ji yra įdėtas. Vadinasi tai būtina-derybų tarpininkavimo sutartis tarp šeimos slaugytojų ir nustatytų paslaugų tin **Ispanijoje**, kaip jau minėta anksčiau, sistema yra sudaryta iš 17 posistemų, tiek, kiek yra sričių, tai leidžia vietiniams regionams atlikti visas funkcijas savarankiškai.

Vienas iš dažniausiai naudojamų metodų yra vadinamas Gyvenamosios vietos Priežiūros Programa, kuri yra planuojama ir atliekama Pirminės apžiūros įstaigose, rajono viduje. Šiuose rajonuose, kaip ir ligoninėse, yra paplitęs metodas, kviečiantys, dirbti slaugytojus ir "case" vadybininkus kartu. Tai priežiūros modelis, kuris atkreipia dėmesį į tai, kad kiekvienas atvejis yra individualus ir taip gerindamas jo slaugymą.

Sios slaugytojos registruoja savo pacientus, bei surašo jiems reikalingas sveikatos paslaugas (pavyzdžiui pirminė priežiūra, apibrėžtas dėmesys...). "Case" vadybininkas, žinodamas situaciją ir gavęs visus medicinos paciento įrašus, sumažina dubliavimą sveikatos apsaugos sistemoje, pateiktoje kiekvienam skirtingam pacientui. "Case" vadybininkas ruošia pirminės sveikatos priežiūros planą, pritaikytą kiekvienai situacijai individualiai. Išvada yra tokia, kad metodas padeda pagerinti sveikatos paslaugų kokybės ir kainų efektyvumo santykį.

"Case" vadybininkai turi pareigą prie duomenų, suteikia namų slaugą pacientams, kai jiems to reikia, įvertina pacientų poreikius ir skiria jiems slaugytojus.

"Case" vadybininkai atsirado Ispanijoje Autonominės Andalucija Bendruomenės Sveikatos apsaugos sistemoje 2002 metais, likusi Autonominių Bendruomenių dalis susipažino su šiais profesionalais vėliau. Šie profesionalai turi labai svarbų socialinį dirbantį matmenį, kuris gali būti svarbus, jei rajonuose socialinės įstaigos ir sveikatos priežiūros įstaigos nekoordinuoja viena su kita. Jų darbas yra pateisinamas dėl skirtingų metodų, taikomų Socialinių tarnybų ir Sveikatos apsaugos. Tie darbo skurtumai sudarė sąlygas "case" vadybininkų atsiradimui.

Kita pagrindinė užduotis yra Namų slaugos pagerinimas. Kaip jau buvo minėta namų slauga atsirado dėl vietų trūkumo ligoninėse ir buvo nutarta kai kuriems konkrečioms pacientams, slaugą teikti jų namuose(ją kontroliuojant). Kartais tai net geriau, nes pacientas jaučiasi daug geriau būdamas savoje aplinkoje su savo šeima ir draugais.

Ši priežiūros rūšis, kuri Ispanijoje pateikta specializuotose priežiūros rėmuose, yra skirta tam, kad būtų sudarytos multidrausminės komandos, kurios apims gydytojus, slaugytojas, psichologus, socialinius padėjėjus, ligoninės pagalbinės priemonės, fizioterapeutus, ir kitus specialistus. Išteklių, technika ir pateikta priežiūra yra suteikiama, jei visi šie veiksniai įtelpa į specializuotos sveikatos priežiūros rėmus. Slauga būtų tokia pat, kokia ir yra suteikiama ligoninėje, tik kad jis yra atliekama paciento namuose, tol kol pacientas nebus išgydytas.

Ši hospitalizavimo rūšis yra labai naudingas, bet svarbu pažymėti, tam, kad gauti šias namų slaugos paslaugas, (jungtinės medikų komandos, technikos ir t.t.) turėsite pakloti didelę sumą pinigų. Andalucija, Ispanijos pietuose, taip pat yra "Case vadybininkų". Tokiu būdu šios paslaugos yra visada siejamos su sveikatos apsaugos paslaugomis ir yra palyginti šiuolaikinės. Bendro plano trūkumo ir decentralizacijos sveikatos apsaugoje pasekmė yra ta, kad šių paslaugų rūšis nebuvo vienareikšmiškai išvystyta visoje Ispanijos teritorijoje. Iki 2011 buvo tik 100 vienetų (3 iš jų buvo privatūs), kurie aprūpino šią priežiūros rūšimi 15 iš 17 Autonominių Bendruomenių.

Svarbu paminėti, kad namų slauga ne visada yra pigesnė už tradicinį hospitalizavimą, kartais tai net brangiau. Bet pacientų požiūriu (kurie jaučia, kad ši hospitalizavimo rūšis įvykdo jų norus, tęstinumą, prisitaikymą ir sveikatos priežiūros pritaikymo asmeniui reikalavimus) ir sveikatos apsaugos specialistų ir vadybininkų (kurie valdo resursus, mažindami laiką, kurį reguliarius hospitalizavimas atima) mano, kad ši priežiūros rūšis yra tinkamesnė daugeliui atvejų. Tai yra išvados situacijos Ispanijoje po daugiau kaip 25 metų nuo namų slaugos atsiradimo, kuris įvyko 1981 Madride.

Kitas didelis veikimo kursas, kuris yra atliekamas, daugelyje autonominių bendruomenių, bendradarbiaujant su socialinėm tarnybom, yra pagalba neoficialiems slaugytojams. Yra žinoma, kad daugelis šių slaugytojų, beslaugančių savo giminaičius susiduria su rimtomis problemomis. Manoma, kad 80% savo laiko per dieną, šie slaugytojai skiria savo giminaičių priežiūrai. 50% susiduria su "slaugytojų sindromu"

Specialioje studijoje yra nustatytos namų slaugos pasekmės slaugytojams: slaugytojai slaugantys savo giminaičius yra apsirovę darbais, jų gyvenimo kokybė suprastėja ir tada jie išsenka emociškai ir psichologiškai. Šita perkrovą labai priklauso nuo subjektyvios darbo patirties ir socialinio palaikymo. Vienas iš svarbiausių pavojų yra psichologinis išsekimas, ir viena iš namų slaugos programos dalių yra nutaikyti, tam kad sumažintų šį pavojų.

Tam, kad apsaugotų slaugytojų sveikatą, šios studijos ėmėsi multidrausminių namų slaugos veiksmų. Buvo sudarytos 39 kontrolinės grupės, kurios 15 mėnesių kontroliavo 79 slaugytojų veiksmus, bei jų sveikatą. Išvada buvo tokia, kad šie veiksmai sumažino slaugytojų persidirbimą ir psichologinį sergamumą. Pasiūlymas, kuris atsirado iš šių studijų išvadų yra toks, kad ši veiksmų rūšis yra būtina namų slaugoje, ir tai turi tapti gydytojų ir slaugytojų kasdienybe jų reguliariuose vizituose pas pacientus.

Bet kalbėdami apie šiuos, atliekamus veiksmus mes neturime užmiršti, kad mes esame tarp sveikatos ir socialinio rūpinimosi, ir tai gali atnešti dideles problemas, jei abiejų sistemų veiksmo apimtys nėra gerai apibrėžtos.

Tuo pačiu mes turime pakalbėti apie dabartinės diskusijos teisią Ispanijoje, kurios buvo priimtos 2006 metais. Tai yra sergančiųjų integracija į visuomenę. Atsižvelgiant į kriterijus apibrėžtus įstatyme, labai svarbu atsižvelgti į pacientų aplinką. Šie pacientai turi dvigubą matmenį, jie turi patologiją, kuri mažina jų nepriklausomybę, ir tai yra socialinės tikrovės dalis. Tokiu būdu pacientai yra įvertinami, kiek jie yra savarankiški savo namuose. Įvertinus jų būklę, jiems suteikiamas neįgalumo lygis.

Bet tikrovė yra tokia, kad po nepriklausomo įvertinimo, padaryto namie, įstatymus vis tiek nustato paslaugų chartiją, kurioje nėra sąlygų socio-sanitarinei integracijai. Pasekmė yra ta, kad žmonės, kuriems reikalingos abi paslaugų rūšys, kopijuoja jų pastangas, tam kad gautų jas abi. Ši koordinacija yra atsakomybė atitinkamų Autonominių Bendruomenių jų teritorijose. Priklausomybės įstatymas n^o 11 nustato veiksmą, kuris yra vykdomųjų to objekto kūnų atsakomybėje, kad sukurtų būtinus vienetus koordinacijai. Labai mažai Autonominių Bendruomenių sureguliuojo socio-sanitarinę koordinaciją iki šiol.

2011 m. gruodžio mėnesį Nacionalinio ir Socialinės tarnybos Instituto buvo publikuota "balta" knyga socio-sanitarinei koordinacijai nustatyti. Šis dokumentas analizuoja situaciją dėl jungtinių veiksmų

rūšies. Baltoje knygoje nustatoma, kad yra bendros ir teigiamos tendencijos, išvystančios būdus skatintinančius neatskiriama dėmesį ir koordinuojančios sveikatos ir socialinių sektorių darbą.

Įstatymai, protokolai, organizaciniai modeliai, ir finansiniai įsipareigojimai... buvo naudojami daugelyje Autonominių Bendruomenių, ryšyje su būtina koordinacija. Bet net nepaisant to, kad yra protokolai, kurie nurodo perleisti pacientus į kitas ligonines, pakeisti pirmines paslaugas, gyvenamąsias vietas ar programas..., jie vis dar yra mažai pritaikyti socialinės namų slaugos srityje. Tikrai 3 autonominės bendruomenės turi šią rūšį protokolų modelyje, kuris, turi duoti ypatingą svarbumą šiai koordinacijos rūšiai.

Ši knyga yra raktas tam, kad nustatytų jungtinę socio-sanitarinių paslaugų diagramą, atitinkančią socialinių tarnybų ir sveikatos apsaugos žemėlapius jų teritorijose ir protokoluose, tam, kad socialines tarnybos bendradarbiautų su sveikatos sektoriumi ir dirbtų išvien.

Pagaliau svarbu atsižvelgti į tai, kad kai kurios paslaugos, jau pateiktos socialinės dėmesio sistemos, turi sveikatos matmenį. Tai labai svarbu Ispanijoje, matais išreiškiama tele-pagalbą. Ši pagalba atlieka kritiškos padėties paslaugą. Kiekvienas neįgalus, ar senas žmogus gali prašyti soc tarnybų, kad jam įrengtų šią paslaugą. Jei pacientas griūna ar turi kokias nors kitas rimtas problemas, kurios priverčia jį/ją kviestis išorinės pagalbos, jis tai gali padaryti panaudodamas šį prietaisą (vėrinys su migtuku), jo ryšys yra greitas ir efektyvus. Labai svarbu pastebėti, kad technologijos skirtingais būdais daro lengvesnę namų slaugos priežiūrą: Naudojant skirtingus prietaisus, galima labiau kontroliuoti pacientus ir tai labai padeda "Case" vadybininkų veikloje.

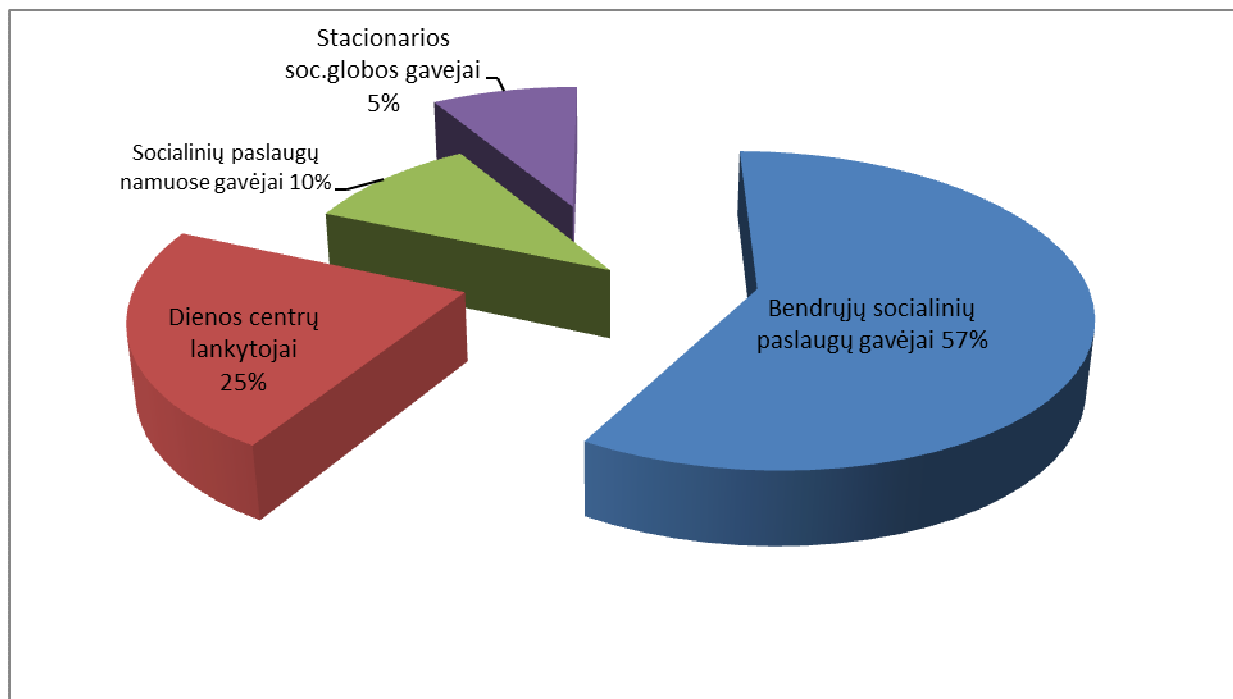
Lietuvoje ypatingas dėmesys antrojo restruktūrizacijos etapo metu 2010 m. buvo skiriamas slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų plėtrai bei sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemų bendradarbiavimo stiprinimui, toliau skatinamas slaugos paslaugų integravimas į bendrojo pobūdžio ligonines ir teikimas kartu su globos paslaugomis. Tuo tikslu asmens sveikatos priežiūros įstaigose buvo kuriami palaikomojo gydymo ir slaugos padaliniai, gerinama jų infrastruktūra aprūpinant būtina medicinos ir slaugos įrangą bei atliekamas šių padalinių patalpų remontas / rekonstrukcija.

Dalis slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių buvo prijungta prie stacionariųjų bendrojo pobūdžio paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų.

2008 m. buvo įgyvendintas vienas svarbiausių uždavinių – įteisintas savarankiškas slaugytojų darbas pacientų namuose. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-1026 „Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ (Žin., 2007, Nr. 137-5626) nustatyti slaugos paslaugų teikimo reikalavimai, kuriais siekiama plėtoti slaugos paslaugų teikimą pacientų namuose, pagerinant jų gyvenimo kokybę, išsaugant jų savarankiškumą gyvenamojoje aplinkoje, bei užtikrinti minėtų paslaugų kokybę. Už slaugos paslaugų namuose teikimą atsakingos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos įstaigos. Slaugos paslaugas namuose gauna asmenys, kuriems teisės aktu nustatyta tvarka patvirtintas specialusis nuolatinės slaugos poreikis.

2008 m. buvo įteisintas ir papildomas mokėjimas už slaugos paslaugų teikimą pacientų namuose. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 20 d. įsakymu Nr. V-476 (Žin., 2008, Nr. 59-2266) buvo patvirtintas Slaugos paslaugų namuose apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašas, kuriame detalizuota, kaip teritorinės ligonių kasos atsiskaito su įstaigomis, teikiančiomis pacientams slaugos paslaugas namuose. Šiuo teisės aktu taip pat buvo siekiama išspręsti problemą dėl slaugos paslaugų teikimo bei apmokėjimo pacientams, gyvenantiems socialinės globos paslaugas teikiančiose įstaigose ir prisirašiusiems prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos paslaugas teikiančios įstaigos.

Socialinių paslaugų gavėjai 2010 m.



Didžioji dalis (57 proc.) socialinių paslaugų gavėjų naudojami bendrosiomis socialinėmis paslaugomis, ketvirtadalis socialinių paslaugų gavėjų lankė dienos centrus, kas dešimtas – gavo pagalbą namuose. Stacionari socialinė globa buvo teikiama 5 procentams socialinių paslaugų gavėjų, laikino gyvenimo namų, krizių centrų ar savarankiško gyvenimo namų teikiamomis paslaugomis naudojami apie 3 procentus socialinių paslaugų gavėjų.

Per 2010 m. keitėsi socialinių paslaugų infrastruktūra. Pagrindiniai socialinių paslaugų infrastruktūros pokyčiai yra susiję su apskričių reforma ir kai kurių apskritims priklausiusių socialinės globos įstaigų savininko teisių ir pareigų perdavimu savivaldybėms bei Socialinės apsaugos ir darbo ministerijai.

2010 m. įvykdžius apskričių reformą, savivaldybėms buvo perduoti 25 buvę apskričių vaikų globos namai ir 4 senų žmonių globos namai. 28-ių suaugusių neįgalių asmenų globos namų savininko teises ir pareigas įgyvendinančia institucija tapo Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. (10)

Vadovaujantis Socialinių paslaugų įstatymu (Žin., 2006, Nr. 17-589), socialinė globa sunkiųjų negalių turintiems asmenims ir socialinė priežiūra socialinės rizikos šeimoms finansuojamos iš valstybės biudžeto specialiųjų tikslinių dotacijų savivaldybių biudžetams (toliau – valstybės dotacijos).

Lėšų poreikis socialinės globos teikimui sunkiųjų negalių turintiems asmenims užtikrinti nustatomas, atsižvelgiant į savivaldybių pateiktą informaciją apie prognozuojamą jų teritorijos gyventojų, turinčių sunkiųjų negalių, gausiančių socialinę globą, skaičių ir apskaičiuotą lėšų poreikį. Lėšų poreikiui apskaičiuoti naudojamas Socialinių paslaugų finansavimo ir lėšų apskaičiavimo metodikoje nustatytas 7,2 bazinės socialinės išmokos (BSI) dydis per mėnesį socialinei globai teikti vienam sunkiųjų negalių turinčiam asmeniui. Skaičiuojant lėšų poreikį, atsižvelgiama į sunkiųjų negalių turinčių asmenų skaičiaus kitimo tendencijas per praėjusius 3 metus, atliekant suteiktų, planuojamų suteikti ar nesuteiktų, bet būtinų suteikti socialinės globos paslaugų sunkiųjų negalių turintiems asmenims skaičiaus lyginamąją

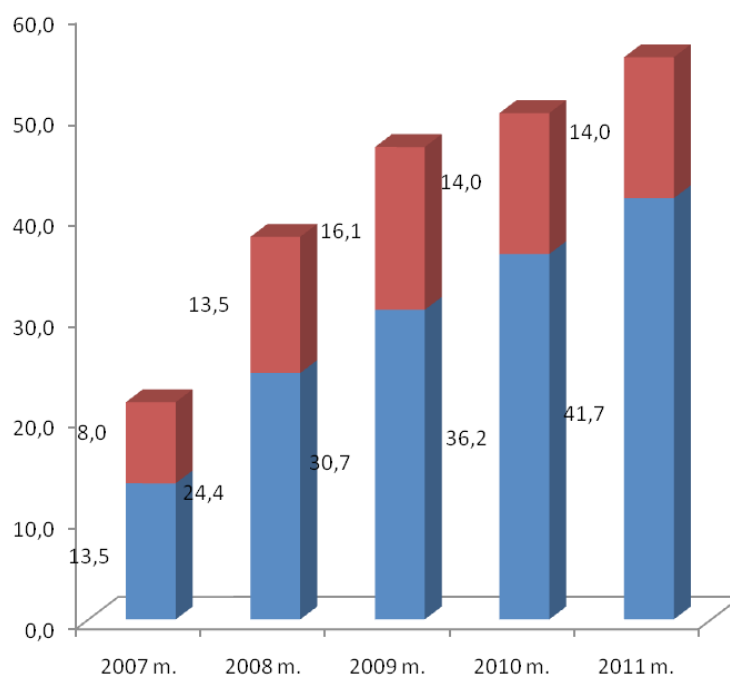
analizę, įvertinant lėšų, skirtų sunkią negalią turinčių asmenų socialinei globai, panaudojimo efektyvumą.

Atsižvelgiant į tai, kad savivaldybės plečia socialinių paslaugų infrastruktūrą, organizuodamos naujų, kokybiškai efektyvesnių socialinės globos paslaugų teikimą, valstybės dotacijų sunkią negalią turinčių asmenų socialinei globai teikti poreikis kiekvienais metais augo (2008–2010 m. vidutiniškai apie 20 proc. kasmet).(11)

2010 metais savivaldybėms buvo skirta 36199,3 tūkst. Lt sunkią negalią turinčių asmenų socialinei globai užtikrinti (iš jų – 1054 tūkst. Lt šios funkcijos administravimo išlaidoms), 2011 m. – 41729,3 tūkst. Lt (iš jų 1215 tūkst. Lt administravimo išlaidoms). 2011 metais valstybės dotacijų šiai funkcijai vykdyti buvo skirta 15 proc. daugiau nei 2010 metais.

Lėšų poreikis socialinei priežiūrai socialinės rizikos šeimoms teikti skaičiuojamas pagal socialinių darbuotojų, teikiančių socialinę priežiūrą socialinės rizikos šeimoms, pareigybių skaičių. Lėšos skiriamos darbo užmokesčiui ir socialinio draudimo įmokoms finansuoti.

Valstybės biudžeto specialios tikslinės dotacijos socialinėms paslaugoms, mln. Lt



Rumunijoje Strategijos ir iniciatyvos išvystė Nacionaliniuose ir vietiniuose lygmenyse:

Nacionalinė programa “Namų slaugos paslaugos”

Projektas siekia pagerinti gyvenimo sąlygas priklausomiems asmenims, prikaustytiems lovoje ar namie, tiems kurie negali patys pasirūpinti kasdienine buitimi.

Tikslai yra:

- Laisva prieiga prie socialinės ir sveikatos priežiūros, kompleksinės pagalbos suteikimas, kuris pagerintų situacija, kuri vis blogėja
- Šeimos narių aprūpinimas informaciją ir palaikymas jų dalivavimo pagalbos procese;
- Skatinti suteikti pagalba, dalyvaujant vietos bendruomenėse. Paslaugų modelio integracija įgyvendinta viešojoje sistemoje socialinės ir medicinos pagalbos Rumunijoje;
- Empathic kultūros fondas, duodantys naudą kitų sveikatos rūpinimosi paslaugų viduje;
- Empathic kultūros sustiprinimas .

Paslaugos yra:

- Pagrindinės paslaugos: pagalba asmeniniam rūpinimuisi, aprenkiant ir nurengiant, higienos palaikymas, maisto ruošimas ir mobilizacija, padėjimas judėti, komunikaciniai ryšiai;
-
- Serviso tarnybos: Pagalba ruošiant ir pristatant maistą, apsipirkimas parduotuvėje, pagalba namuose, asmens transportavimas, lydėjimas į kelionę užsienyje, kompaniją, administraciją ir vadybą veiksmo, laisvalaikio praleidimas;
- Sveikatos priežiūros paslaugos: fiziologiniai parametrai, terapiniai manevrai tokie kaip injekcijos, aprangos, ir fistulinis gydymas, pragulų gydymas, veninių komplikacijų prevencija, plaučių imobilizacija ir taip toliau.
- - Atgavimas ir atkūrimo paslaugos: medicinos ir socialinis sujungimas: fizinė terapija, fizioterapija, darbo terapija, psichoterapija, pedagogika, logopedija, kojų priežiūra ir taip toliau.
- reabilitacijos paslaugos: reabilitacija, sveikatos pakelimas ir taip toliau.
- Administracija, koordinacija ir paslaugų kontrolė
- Veiksmai išplėčiant ir gerinant paslaugas

Visos šitos paslaugos yra suteikiamos multidrausminių komandų, kurios siekia apimti platų poreikio diapazoną. Komandos susideda iš gydytojų, slaugytojų, socialinių darbuotojų ir savanorių kurie slaugo vyresnius žmones, jų namuose

Nacionalinė Namų slaugos Programa yra Carito namų sveikatos priežiūros paslaugų tinklo dalis, kuris turi savo narius visose Europos šalyse. Pagrindinis šios programos steigėjas yra Namų slaugos priežiūros Tiekėjų Federacija Rumunijoje (FFIDR)

Slaugos ligoninė Kluže - Napokoje, Rumunijoje suteikia paliatyvinės slaugos paslaugas. Jie suteikia medicininį, psychosocialinį ir dvasinį palaikymą. Dar yra nevyriausybinė organizacija (NGO), tai nekomercinė organizacija, kuri aprūpina medicininę ir socialinę pagalbą žmonėms sergantiems chroniškais ligomis (pagal KAS švelninančio rūpinimosi apibrėžimas). Taip pat jie suteikia dvasinį palaikymą pacientams ir jų slaugytojams. Dauguma pacientu diagnozuotą pažangi vėžio stadija.

Poliatyvos Slaugos ligoninėse gydomi pacientai su nepagydomomis ligomis, tie kurie negali pasirūpinti savimi ir tie kuriems reikalinga kasdieninė pagalba, lyga yra neišgydoma, tačiau jų gyvenimas palengvėja.

Medikų komanda palaiko kontrolę, pagrįstą visapusių rūpinimusi, nuimant skausmą ligos eigoje. Medicinos paslaugos yra teikiamos ir pacientų namuose. Šios medikų komandos palengvina ligonių, bei jų šeimų kasdieninį gyvenimą, suteikdamos jiems ne tik medicininį gydymą, bet ir psichologinę pagalbą.

Centras organizavo palaikymo grupes pacientams ir siūlo jiems galimybę išreikšti savo jausmus, nuogąstavimą ir problemas, tokiu būdu palaikyti vieni kitus

Centras aprūpina pacientus terapiją, kuri suteikia jiems džiaugsmą. Komanda taip pat organizuoja piknikus ir keliones į kalnus pacientams ir jų šeimos nariams

Slaugos ligoninės organizuoja paliatyvią slaugą, kuri tenkina ir pacientus ir jų šeimos narius.

“Diakonia” krikščionių Fondas

1992 Klužeje, namų slaugos paslaugas pradėjo teikti Diakonia krikščionių fondas, o 2006 m. vasarį, jis buvo akredituotas Sveikatos ministerijos.

Nuo 2006 m. gegužės Namų slaugos Fondas, yra pasirašęs sutartį su Šalies sveikatos apsaugos Draudimu, kuri yra atnaujinama kasmet. Pagal šią sutartį pacientai gauna namų slaugą 90 dienų per metus, paskyrus gydytojui. Kainas nustato Sveikatos draudimas.

Nuo 2007, Škotijos Asociacijos "KAŽKAS RUMUNIJAI" palaikymo dėka, Diakonia krikščionių fondas pradėjo teikti poliatyvos slaugos paslaugas nepagydomiems ligoniams. Sveikatos draudimas dar nefinansuoja poliatyvos slaugos pilnai

Poliatyvios slaugos paslaugas suteikia multidrausminė komanda, sudaryta iš 2 gydytojų, 5 slaugytojų, 1 socialines darbuotojos. Profesinis supratimas ir įsipareigojimas yra sustiprinti jų rimtumo. Ši Komanda yra Poliatyvios slaugos Nacionalinės asociacijos narė.

Įgyvendinant projektą "Bandomasis Centras, koordinuojantys namų slaugos paslaugas" su Buharešto Savivaldybės Tarybos palaikymu buvo įsteigtas **Baltai Geltonas Fondas**, šis fondas slaugo gyventojus namie.

Prieš 15 metų, šiam fondui atsirasti padėjo baltai geltono kryžiaus fondas iš Belgijos. Tokiu būdu buvo sukurta profesionalų komanda, kurie įsteigė naminę slaugą rumuniškos sveikatos sistemos viduje.

31 tarnautojai, 22 transporto priemonės, gali rūpintis 700 pacientų per mėnesį. Jie turi gebėjimą atsakyti į visus prašymus asmenų, kuriems reikalinga namų slauga.

"**Slaugos ligoninė Emanuel**" yra poliatyvios slaugos ligoninė besirūpinanti savo pacientais galutinėse nepagydomų ligų stadijose. Slaugos ligoninė siūlo pacientams pažįstamą aplinką, draugiškus santykius su darbuotojais. Su šiais nepagydomais pacientais elgiamasi su pagarba ir orumu iki pat jų gyvenimo pabaigos.

"Slaugos ligoninė, Emanuel" fondo veikla yra švelninantis rūpinimasis pacientais, suaugusiais ir vaikais, diagnozuotais su nepagydomomis ligomis. Misija garantuoja optimalią šitų pacientų ir jų šeimų gyvenimo kokybę.

Slaugos ligoninės paslaugos yra prieinamos visiems pacientams, suaugusiems ar vaikams, nepriklausomai nuo jų kultūros ar religijos. Slaugos ligoninės komanda susideda iš gydytojų, slaugytojų, socialinių darbuotojų (su specializuotu mokymu) ir siūlo šias paslaugas paciento namuose:

- medicinos ir slaugymo paslaugos
- socialinių paslaugų rūšys
- psichologinis palaikymas
- savanoriška paslauga

Šios ligoninės paslaugų gavėjai yra:

- Suaugę žmonės gyvenantys Oradioje ar jos apylinkėse (iki 15 km atstumas), kuriems diagnozuotas vėžys ir jo stadija yra labai pažengusi
- vaikai su onkologinėmis ligomis, įgimtomis ydomis, AIDS ir kitomis ligomis, gyvenantys Oradioje ar jos apylinkėmis (iki 50 km atstumu).

Fondas pasiūlė pastatyti komplektą pastatų, kuriuose veikia: ambulatorijos specialistai, suaugusių ir vaikų poliatyvios slaugos centras, su 15 lovų suaugusiam ir 5 lovomis vaikams su nepagydomomis pažangiomis ligomis;

Šalies sveikatos apsaugos Programoje, įgyvendintoje **Lenkijos** Sveikatos ministerijos buvo išvystyti daug programų, kurios gerina neįgaliųjų slaugymą Lenkijoje. Nacionalinių programų skaičius yra įgyvendintas įvairiose sveikatos priežiūros sistemos centruose.

Šios programos yra:

- Nacionalinė Programa, Astmos Diagnostikė ir jos Gydymas
- Nacionalinė Programa, Psichinės sveikatos Pakėlimas
- Nacionalinė Programa, Antibiotikų Apsaugai

Yra ir kitos programos, siejamos su namų slauga, bet yra ne tiesiogiai susietos su šeimos medicina, pavyzdžiui, Nacionalinė Programa vėžio skausmo gydymui. Įgyvendinimas anksčiau jau minėtų programų kelia medicinos darbuotojų kvalifikacijų gerinimą.

6. Mokomųjų kursų aprašymas ir pateikimas svarstymui profesionaliems slaugytojams

Italijoje pirmas mokomasis sveikatos tobulinimo kursas buvo aktyvintas Perudžos universiteto 1990. DoRS (Regioninis Sveikatos Pakėlimo Dokumentacijos Centras) yra organizacija, finansuota Piemonte regioniniame lygmenyje, ir buvo įsteigta 1998. [...] Tai yra apimtas profesionalų ir aukštųjų pareigūnų mokymo, kad išvystytų įgūdžius ir žinias, būtinas sveikatos pakėlimo praktikai. Jie taip pat aprūpina pagalbą planavimui, įvertinimui ir projektų ir politikos sveikatai.

Bendradarbiavime su DORSETU, Sveikatos apsaugos Torino universiteto skyrius dirbo ties studentų įgūdžiais, vystydamas Magistro laipsnį sveikatos pakėlime, prevencijoje, ir maisto išsimokslinime (Piemonte Sritis, 2005) [...].

Pastaraisiais metais, medicinos gebėjimo kursai patyrė reorganizacijos procesą visur Italijoje, kad patenkintų einamuosius ir būsimus sveikatos priežiūros pramonės norus. Sveikatos pakėlimą svarsto kaip pagrindinis komponentas naujos mokymo programos viduje, ir tai rodo, kad ten augina supratimą, kad sveikatos pakėlimas yra būtinas ruošimuisi ir gydytojų mokymui.

Tarp kitų kursų, pasiūlytų Italijoje, yra Magistro laipsnis projekte, koordinacijoje ir įvertinime integruoto sveikos gyvensenos mokymo ir pakėlimo Perudžos universitete. Kiti kursai sveikatos pakėlime yra pasiūlyti Sienoje, Torino, Kaljaryje, Milano e Roma."

Tęsiant tai, kas parašyta ankstesniame paragrafe, mes pabandėme mokyti, koks mokymas sveikatos pakėlime egzistuoja Italijoje, kas siūlo tai ir į ką tai nutaikoma.

1990, Modolo ir Briziarelli parašė, kad sveikos gyvensenos mokymas Italijoje tapo dalimi universiteto išimtinai sveikatos sektoriuje ir tikrai neseniai. Prieš kelis metus, išsimokslinimas buvo įtrauktas į Turinčią diplomą Mokyklą Higienoje ir Profilaktinėje medicinoje Perudžos, bet tik 1988, tai tapo svarbia mokymo programos dalimi. Tada, tai buvo įtraukta į mokymo programą Gebėjimo Medicinos, kaip integruoto Higienos ir Sveikatos apsaugos kurso disciplina. Dėl kitų laipsnio kursų, iki tol nebuvo jokio teigiamo metodo, ne net mokytojų mokyme. Pastarajam, paprastas drausminis mokymas neturėjo reikalo daug su svarstomomis problemomis dėl kūdikystės ir paauglystės ir daug mažiau su svarstomomis problemomis, siejančiomis sveikatą. Kursuose profesinėms slaugytojoms, ar akademinis ar ne, ganėtinais didelis dėmesys buvo paskirtas sveikatai ir sveikos gyvensenos mokymui. Po dvidešimt metų, atrodo, situacija nėra labai pasikeitusi; iš tikrųjų, pagal Briziarelli, nepaisant bendro pripažinimo ir pritarimo sveikatos pakėlimui, nedaug buvo padarytas, kad įvestų tai pagrindiniame mokyme operatorių, kurie turi įgyvendinti tai.

Jis pabrėžia, kad, ir pagrindiniame, ir specializuotame lygmenyje, specifinio mokymo rajonai liko labai migloti ir, kaip, kas įvyko prevencijai ir sveikatos priežiūros išsimokslinimui, sveikatos pakėlimo turiniai beveik neįėjo į Medicinos Gebėjimą. Tai ne tikrai įvyko Italijoje, bet visur pasaulyje, išskyrus kelias realybę, kurioje jie padarė pažeidimą, toks kaip kai kuriose vietose Didžiojoje Britanijoje ir Olandijoje. Įvairios pastangos buvo padarytos Italijoje drausminiame MED/42 sektoriuje (bendra ir taikomoji higiena), bet, bet koku atveju, jie nebuvo padaryti visose vietose. Mirgėjimas turėjo būti surastas specializacijos kursuose mokytojams, įžangos dėka sveikos gyvensenos mokymo, kuri, tačiau, atsiskaito tikrai už mažą sveikatos pakėlimo dalį.

Taip daug kitų bendrų paradoksų Italijoje, MED/42 sektorius patyrė įdomų išsivystymą, dėl sveikatos pakėlimo ir sveikos gyvensenos mokymo, Laipsnio Kursuose sveikatos profesijoms, ypač pirmosios klasės Laipsnio Kursai (slaugymas ir akušerija) ir ketvirtos klasės Laipsnio Kursai (sveikatos priežiūra ir prevencijos technikai) ir, svarbiausia, tai buvo galima dėka higienistų, kurie turėjo galimybę pirmininkauti Valdyboms šitų Kursų per visą Italiją.

Nors į mažesnę kiekį, tas pats reiškiny charakterizavo kitus Kursus, tokius kaip pietistinė ? disciplina, profesinis išsimokslinimas, logopedija. Visuose Laipsnio Kursuose sveikatos profesijoms, visa humanistinė disciplina (antropologija, psichologija, pedagogika ...) taip pat vystėsi žymiai. O dėl šitos disciplinos, kai kurios pastangos buvo padarytos taip pat Laipsnio Kursuose Medicinoje, apimdamos Laipsnio Kursą Perudžoje, kuri buvo tarp pirmųjų kursų Italijoje, kurie turėtų reikalo su Medicinos Antropologijos disciplina. Specializacijos mokyklose, šitie aspektai iš esmės sudomino tikrai Mokyklą Perudžoje. Sveikatos pakėlimas ir disciplina, jungta su tuo, buvo dėstyti ir užsiimti stipriau kai kuriose vietose negu kitų. Tačiau, kadangi Briziarelli nusprendžia, mes galime dabar pasakyti, kad labai stiprus impulsas atvyko iš jaunųjų mokytojų skirtinguose universitetuose, kurie pasimokė iš patirties Perudžoje ir seka juo.

Dėl psichologų mokymo, sveikatos pakėlimo/bendruomenės psichologija yra tarp rajonų mokymo specializacijos mokyklos sveikatos psichologijoje, kuri turi mokomųjų specialistų tikslą atlikti kitą intervenciją organizacijose, bendruomenėse, grupėse ir žmonių namuose:

- skatinimas ir sveikatos palaikymas;
- prevencija ir ligos gydymas;
- analizė ir sistemų pagerinimas sveikatos apsaugai ir darbui iš sveikatos politikos;
- naudojimas kompetencijos ir technikos, kuri charakterizuoja psichologo profesiją.

Pagal apskritai priimtą apibrėžimą, "sveikatos Psichologija atitinka visus specifinius įnašus - mokslinius, profesinius, ir mokomuosius – psichologinės disciplinos į pakėlimą ir palaikymą sveikatos, prevenciją ir gydymą ligos, identifikavimą etiologijos ir diagnostinius koreliatyvius dalykus sveikatos, ligos ir jungto sutrikimo, ir į analizę ir pagerinimą sistemos sveikatos priežiūros ir dirbantis - iš sveikatos politikos".

Italijoje, yra 3 specializacijos sveikatos psichologijos mokyklos: Torino, Romoje ir Bolonijoje.

Slaugymo struktūros viduje, sveikatos pakėlimas ir sveikatos gyvenamosios mokymas yra daugiausia sujungti su slaugymu šeimoje ir bendruomenėje sveikatos apsaugos slaugymo struktūros viduje. Daugelyje dokumentų, Ką primygtinai siūlo valstybės narės, kad įgyvendintų sveikatos priežiūros reformas, nutaikytas į prioritetinę pirminę sveikatos priežiūrą, susitelkę ties šeima ir bendruomenė (bendruomenės rūpinimasis), svarbiausia, su paskutiniu tikslu atlikti veiksmą pats rūpinimasis, prevencija, sveikatos pakėlimas perspektyvoje stiprinti atskirus išteklius taip pat kaip bendruomenės išteklius (empowerment). Šiame kontekste, dėka slaugytojos specifinio profilio ir mokymo, jis yra profesionalas, atsakingas už visaapimančią pagalbą todėl, kad jis gali suprasti poreikį bendruomenės ir padėti "vadybai" paciento geriau negu kiti profesiniai skaičiai.

Mokymo kurai Ispanijoje

Remiantis Priklausomybės įstatymo ir didėjančio sveikatos rūpinimosi, sutelkto ties paciento slauga namuose, yra svarbios tendencijos didinti skaičių kursų, išvystytų Ispanijoje. Daugelį jų tiekia privačios organizacijos (socialinių rūpinimosi paslaugų rajone), kad mokytų būsimus darbuotojus. Tų kursų turinys yra ir socialinis ir sveikatos priežiūra.

Namų Sveikatos Pagalbą". Šis kursas yra įgaliojamas Tarptautinės UNESCO Mokymo Komisijos. Tai nutaikoma, kad nustatytų principus ir pagrindus specializuoto rūpinimosi žmonėmis. Tai stimuliuoja, kad perduos būtinas žinias, įgūdžius ir kompetenciją, kuri leidžia žmonėms išvystyti veiksmą dėmesio ir pakėlimą autonomijos vyresniojo, nedarbingų ir sveikstančių žmonių jų namuose. Kitas yra išvystytas žmonėms, kurie neturi kompetencijos šiame rajone, ir bandymas duoda atsakymą socio-sanitariniam modeliui, kuris yra vis labiau reiklus.

Mokymo programa apima sekančius modulius:

- Identifikavimas savybių ir pirmo būtinumo dalykų nesavarankiškiems žmonėms
- Namų dėmesio apimties Specifikacija.
- Higienos technika nesavarankiškiems žmonėms
- Meniu planavimas.
- Besimaitinančios technikos naudojimas.
- Taburečių Atsikratymas.
- Kaip vaistai turi būti išgerti namie.
- Nesavarankiškų žmonių Judrumas.
- Kaip tikrinti gyvybinius ženklus.
- Pirmosios pagalbos Technika.

Kursai Gyvenamajame rajone turi idėją kaip Ilgalaikio Mokymosi. Yra apibrėžtų kursų profesionalams, susietiems su skirtingais galimais rajonais gyvenamosios vietos dėmesyje. Bet dabar tai yra kursų rūšis, kuri yra vystoma rajone. Tie kursai turi labai gerą įprastinę reikšmę dėl plataus personalinių žmonių diapazono egzistavimo, kuris aprūpina namų sveikatos priežiūrą ryšyje su socialine tarnyba. Privačios sveikatos kompanijos aprūpina smulkų namų sveikatos priežiūros kiekį.

7.2. Kompetencija.

Dėl būtinų kompetencijų, socio-sanitariniame (atsižvelgiant, kad namų sveikatos dėmesys turi visada socialinę dimensiją) profesionalai, buvo plačiai išvystytas šis studijavimas. Profesionalas šiame rajone turi būti, pagal Bienvenida Iškilmingą Fernández, Sergio Romeo López Alonso ir Rosa María Pérez Hernández:

- Tikras profesionalas: dėl buvimo teritorijoje ir dėl jo/jos identifikavimo kaip dalis sveikatos priežiūros sistemos, kuri aprūpina paslaugą.

- Kompetentingas: gebėjimas sujungti žinias, įgūdžius ir požiūrius, sujungtus profesines ir praktines galias.
- Bendra Vizija: atskirti skirtingo pirmo būtinumo dalykais pacientams.
- Gebėjimas vietose: atsižvelgiant į gyventojų gyvenamąjį artimumą.
- Gebėjimas valdyti stygių dėl išteklių trūkumo.

Lietuvoje socialiniai darbuotojai yra rengiami daugumos universitetų ir kolegijų. Apytiksliai 900 socialinių darbuotojų yra paruošiami kasmet

Sveikatos apsaugos ministerijos įsteigtas Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras – įstaiga, kurioje asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų slaugos bei kiti specialistai tobulina savo kvalifikaciją. Centre rengiami anestezijos ir intensyvios terapijos, bendruomenės, psichikos sveikatos ir vaikų slaugytojai. Sėkmingai baigusiems mokymą išduodami valstybės pripažįstami išsilavinimo pažymėjimai, suteikiama profesinė kvalifikacija.

Pagal keturias darbo rinkos mokymo programas, suteikiančias pirmo lygio profesinę kvalifikaciją, mokomi neturintys profesinio pasirengimo ar norintys pakeisti profesinę kvalifikaciją asmenys. Baigusiems mokymą suteikiama teisė naudoti ir prižiūrėti medicininius autoklavus, dirbti dezinfekuojais, sveikatos statistikais, slaugytojų padėjėjais. Sėkmingai baigusiems mokymą kursų klausytojams išduodami valstybės pripažįstami išsilavinimo pažymėjimai ir suteikiama teisė dirbti atitinkamos profesinės kvalifikacijos darbuotojais.

Slaugos ir kiti specialistai šiame centre gali tobulinti savo profesinę kvalifikaciją pagal 172 Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintas tobulinimosi programas. Šiais metais 15 centro parengtų kvalifikacijos programų įtraukta į Darbo rinkos Neformaliojo profesinio mokymo programų sąvadą. Pagal šias programas mokomi bedarbiai bei slaugos darbuotojai, įspėti apie atleidimą.

Teorinius ir praktinius užsiėmimus veda apie 2300 dėstytojų. Nemaža jų dalis dirba vyriausiais ar vyresniais slaugytojais. Organizuojami dieniniai ir vakariniai kursai. Mokymo programos nuolat peržiūrimos, tobulinamos, kad slaugos ir kitų specialistų žinios ir praktiniai gebėjimai atitiktų Europos Sąjungos reikalavimus.

2003 m. pradėtas slaugos bei kitų specialistų nuotolinis mokymas, padedantis slaugytojams papildomai mokytis namuose. Pagal „Tuberkuliozės profilaktikos“ mokymo programą tokius kursus baigė 3294 slaugos specialistai, pagal „Pirmoji medicinos pagalba šilumos ir saulės smūgių atvejais“ – 544 slaugytojai. 2004 m. sausį prasidėjo 17 mėnesių trukmės nuotolinis mokymas pagal mokymo programą „Pirmoji medicinos pagalba“. Centre veikia slaugos specialistų kvalifikacijos duomenų bankas, organizuojamos slaugytojų stažuotės užsienyje. Nuo 1997 m. Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras 3-4 tūkst. egzempliorių tiražu leidžia leidinį slaugos specialistams „Sauga. Mokslas ir praktika“. Čia pateikiami nauji įstatymai, Vyriausybės nutarimai, Sveikatos apsaugos ministro įsakymai, specialistų komentarai, paaiškinimai, atsakymai į klausimus.

Socialinis slaugytojas teikia žmonėms buitines, sanitarines ir higienos paslaugas: padeda namų ruošoje, parenka ir patiekia maistą, tvarko patalynę, padeda apsirengti, atlieka paskirtas gydymo procedūras. Nustato ir įvertina kliento poreikius, kartu su juo sudaro ir koreguoja slaugos planą, organizuoja kliento darbą ir laisvalaikį. Konsultuoja higienos, dietinės mitybos ir kitų profilaktinių medicinos metodų ir priemonių klausimais. Skatina slaugomojo asmens savitarną, pasitikėjimą savo jėgomis. Jis dirba su klientais slaugos ligoninėse, socialinės paramos centro pagalbos tarnybose, senelių namuose, pensionuose, reabilitacijos įstaigose. Gali įsidarbinti samdomu darbuotoju: slaugyti vienišus pensininkus ar neįgaluosius, globoti juos namuose. Bendradarbiauja su kitais specialistais: gydytojais, psichologais, reabilitacijos darbuotojais, derina slaugos programas. Taiko medicinos priemones, buitines ir higienos reikmenis, rūpinasi maisto produktais. Darbas judrus, darbo diena dažnai nenormuota, gali tekti dirbti savaitgaliais ir švenčių dienomis. Sėkmingą socialinio slaugytojo darbą lemia mokėjimas bendrauti ir suprasti kitus žmones, paslaugumas, organizaciniai gebėjimai ir kt. Sunkių ligonių globa reikalauja ypatingo darbštumo bei mokėjimo valdyti emocijas. Šio darbo nepatariama imtis nestabilios psichikos, silpnos sveikatos žmonėms. Negali dirbti asmenys, sergantys tuber Baigęs socialinio slaugytojo mokymo programą asmuo gali dirbti lankomosios priežiūros darbuotoju, o patobulinęs savo kvalifikaciją specialiuose kursuose, aukštojoje mokykloje ir įgijęs patirties - socialinio darbo organizatoriumi. Daugėjant pagyvenusių žmonių, plečiantis pagalbos namuose tarnybų tinklui, socialinių slaugytojų poreikis auga kulioze ir kt. užkrečiamosiomis ligomis.

Socialinis darbas yra nauja daugialypė profesija. Jis reikalauja nuolatinio socialinių darbuotojų tobulėjimo: plėsti ir gilinti žinias, ugdyti įgūdžius ir remtis socialinio darbo vertybėmis. Todėl labai

svarbu, kad socialiniai darbuotojai būtų įsitraukti į nuolatinio mokymosi procesą ir aktyviai jame dalyvautų. Tai skatina ne tik kintanti visuomenė, bet ir Lietuvos politinis kontekstas, kuris rodo, kad socialiniams darbuotojams būtina dirbti su skirtingų rasių, tautybės, amžiaus, lyties ar orientacijos žmonėmis.

Nuo 1997 metų organizuojami socialinių darbuotojų kvalifikaciniai mokymai, o nuo 2002 metų vyksta socialinių darbuotojų atestacija. Tai pirmieji bandymai suteikti socialiniams darbuotojams galimybę tobulėti profesinėje srityje.

Šių mokymų tikslas – atskleisti socialinių darbuotojų kompetencijos ypatumus ir išanalizuoti jų galimybę tobulinti profesijos žinias kvalifikacinius mokymus organizuojamus, dalyvaujant Vytauto Didžiojo universiteto, Socialinio darbo instituto ir Socialinės rūpybos studijų centro.

Tyrimo metu naudoti šie metodai: literatūros analizė bei anketinė apklausa. Duomenys apdoroti SPSS statistiniu paketu. Tyrime, kuris buvo atliktas 2002 metais, dalyvavo 56 socialiniai darbuotojai. Anketoje buvo pateikti 4 uždari klausimai su atsakymų variantais ir 3 atviri klausimai. Dauguma respondentų teigė, kad kursai labai padėjo arba padėjo jiems tobulėti profesinėje srityje. Tokie atsakymai rodo, kad kursų klausytojai vertina šiuos socialinių darbuotojų kursus dėl galimybės ne tik gauti pažymėjimą, bet ir suteikiamų tam tikrų žinių, kurias vėliau galima naudingai pritaikyti atliekant praktinį darbą.

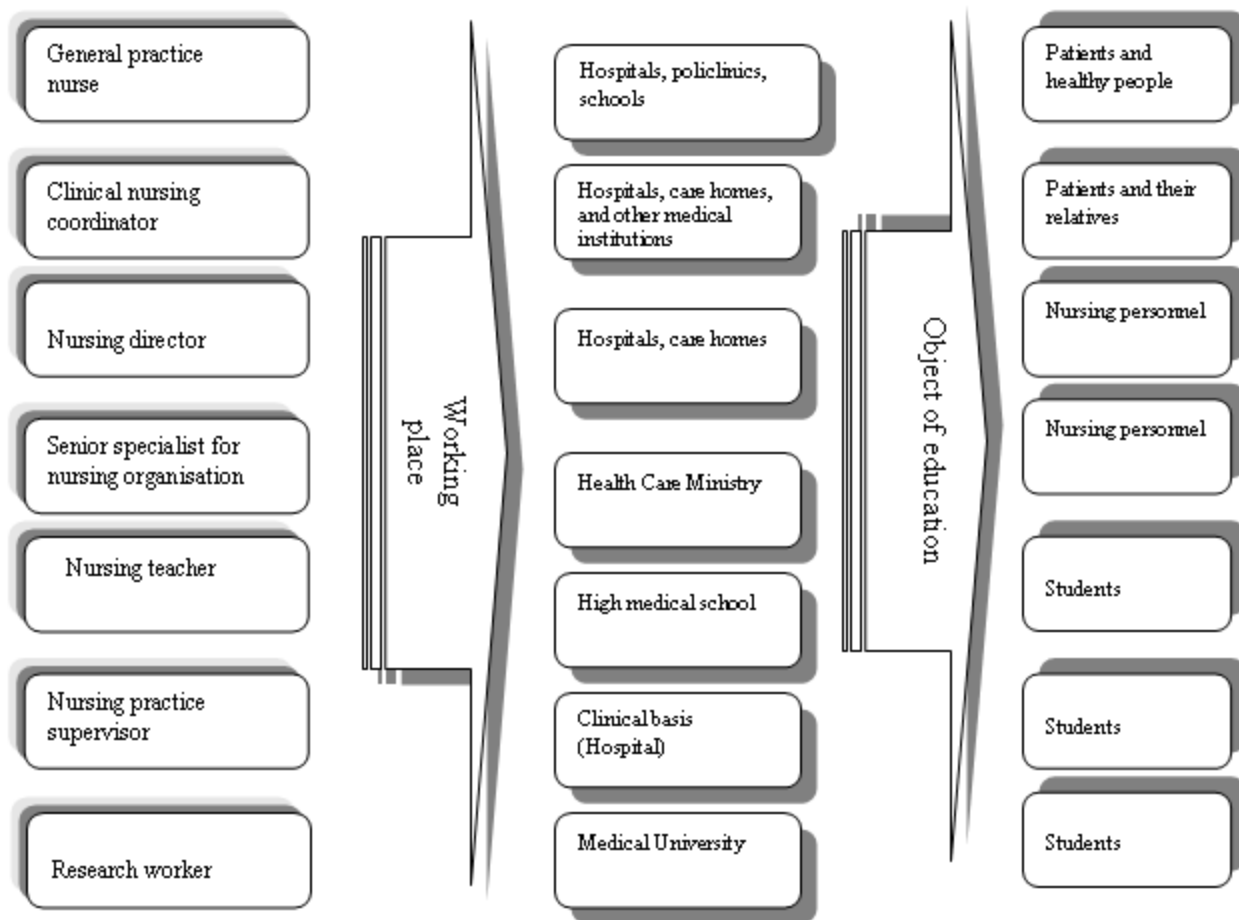
Galvojant apie kvalifikavimo kursų tobulinimą, svarbi kursų klausytojų nuomonė apie kursų naudingumą. Tam buvo pateikti klausimai apie kursų kokybę. Kai kurie respondentai pateikė kelis skirtingus atsakymus į tą patį klausimą, todėl atsakymų pasiskirstymas pateikiamas ne skaitine išraiška.

Respondentų nuomone, naudingiausios buvo žinios arba naujos žinios. Kiti respondentai sukonkretino savo atsakymus. Jie teigė, kad naudingiausios jiems buvo praktinės žinios, taip pat teorinės žinios apie socialinių darbuotojų veiklą apskritai, socialinio darbo metodus, psichologines žinias. Keletas respondentų savo atsakymuose įvardijo jiems atrodžiusį naudingiausią modulį. Kursų klausytojai išskyrė socialinio bendravimo įgūdžių ir etikos modulį ir žinių apie kilusių konfliktų sprendimą modulį, taip pat socialinės politikos modulį ir socialinio darbo pagrindų respondentai nurodė konkrečias kursų metu įgytas žinias apie socialinių darbuotojų etikos kodeksą, „naujoviškus paslaugų teikimo būdus“. Prie šios atsakymų grupės būtų galima priskirti ir atsakymą, kad naudingiausia buvo situacijų analizė ir patirties su kolegomis pasidalijimas.

Kai kurie respondentai, atsakydami į šį klausimą, įvardijo ir pačią kursų atmosferą: draugiška aplinka, dėstytojų socialinės vertybės, etika ir bendravimo menas. Dalis respondentų atsakė, kad kursai buvo naudingi visais aspektais, o 5 respondentai į šį klausimą neatsakė.

Didelė atsakymų įvairovė ir nedidelis neatsakiusių į klausimą skaičius rodo, kad klausytojai laiko kursus ir jų metu įgytas žinias naudingomis ir vertina gerą kursų atmosferą. Šiuo požiūriu abejingų šiems kursams buvo mažai. Iš atsakymų matyti, kad respondentai labiausiai vertina praktinio pobūdžio žinias, kurias galima tiesiogiai panaudoti socialinio darbo praktikoje.

Į klausimą, kas kursų metu buvo mažiausiai naudinga dažniausiai atsakyta, kad naudinga buvo viskas. Kiti respondentai išskyrė keletą sričių, kurios jiems šiuose kursuose pasirodė mažiausiai naudingos. Tai politika, „administravimo dalykai, kurie buvo pateikti epizodiškai“, testai. Keletas respondentų teigė, kad nežino, kurie dalykai jiems buvo naudingi. 35 respondentai į šį klausimą neatsakė. Atsakymai į šį klausimą parodė, kad aiškiai išskirtų, praktiškai nenaudingų sričių respondentams buvo nedaug. Kursų klausytojai prasčiau vertina atsiskaitymo formas. Didelis neatsakiusių skaičius rodo, kad respondentams sunkoka kritiškai vertinti šiuos kursus. Sunkoka dėl keleto priežasčių. Jie gali būti įdėję pernelyg daug pastangų, kad kursus užbaigtų, todėl nepajėgia jų kritiškai vertinti. Taip pat gali nedrįsti rašyti neigiamus dalykus tiems žmonėms, kurie tuos kursus organizuoja.



3 pav. Pagrindiniai slaugos struktūros rengimo parametrai

1996 metais. LSB darbo grupė parengė socialinių slaugytojų mokymo programą ir metodiką (zr.lentelė). Ši programa patvirtinta Švietimo ir mokslo ministerijos ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, po trejų metų bandomajam laikotarpiui. Keturios kolegijos dabar pagal šią programą parengti profesionalūs medicinos sesuo. LSB, siekiant užtikrinti darbo vietas šių žmonių valdžios institucijas, kurios teikia slaugos paslaugas žmonėms, kurie serga ir likti namie. Samarietis savanoriai, kurie buvo mokomi pagrindinių slaugos įgūdžių LSB mokytojų dirbti kartu su dirbančių specialistų.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių slaugos specialistų skaičius mažėja. Jei 1993 metais jose dirbo 3,196 slaugos specialistai, tai sudarė 84%, 2011 m. dirbo jau tik 1,786 slaugos specialistų, tai yra per dešimt metų jų skaičius sumažėjo 14,5 proc

Remiantis Lietuvos sveikatos informacinio centro duomenimis 47 proc. slaugos specialistų sudaro bendrosios praktikos slaugytojos, dirbančios antro – trečio lygio paslaugas teikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose. Tačiau mažėja vaikų slaugytojų skaičius 1999m. – 9,5, 2002m. sumažėjo iki 6,5 / 10 000 gyventojų. Psichikos sveikatos slaugytojų rodiklis 10 000 gyventojų paskutinius kelis metus išlieka nepakitę.

Visuomenės pokyčiai, milžiniška technologijų plėtra ir įvairovė verčia naujai žvelgti į mokymą kaip visuotinį procesą. Kompiuterinės technologijos, apimančios informacines technologijas ir inovatyvias edukacines metodikas, vis labiau įsilieja į mokymo ir mokymosi procesą, tampa neatsiejama jo dalimi.

Rumunijos situacija yra sekanti:

Didinimas Europos namų sveikatos priežiūros specialistų kompetencijos.Kursas apima penkiasdešimt modulių, padalytų į keturis svarbiausius rajonus sekančiai:

A. Medicinos problemos.

A1 Pagalbos individai prieinantis ir dalyvaujantis atstatymo veiksmė

- Aplinkos įvertinimas
- Įvertinimas ko asmuo nori ir ko jam reikia
- Veiklos perkėlimas

A2 Pagalbos individai kasdieniniame pragyvenime

- Išklausančias asmeninius ir vietinius norus
- Maistas ir gėrimas asmenims
- Asmeninė higiena

B3 Komunikacija su pagyvenusiais žmonėmis

- Vėlyva pilnametystė
- Faktoriai, paveikiantys pagyvenusių žmonių bendravimą
- Komunikacijos įgūdžiai – kaip pagerinti

B. Psichologinės problemos

B4 Komunikacija su mirštančiais pacientais ir jų šeima

- Komunikacija su sergančiais nepagydoma liga ir mirštančiais pacientais
- Komunikacija su mirštančių pacientų šeimomis
- Kaip kalbėti apie nepagydomą ligą

B5 Komunikacija su pacientais kurie turi klausos problemą

- Kas yra tai?
- Praradimas girdėti
- Kaip susisiekti sėkmingai su neprigirdinčiais?

B6 Komunikacija su silpnaregiais ir aklaisiais

- Vizija, matymas aklumo problemą
- Kaip aklieji ir silpnaregiai gali matyti pasaulį
- Principai komunikacijos su aklaisiais ir silpnaregiais

B7 santykis su pacientų šeima

- Klausymas ir komunikavimas
- Šeimos negebėjimas (ir profesionalizmas)

B8, Užmegstantas pagalbos santykis

- Tarpininkavimas ir tarpininkai
- Pagalbos santykis

C. Nacionaliniai sveikatos įstatymai / Europos Sąjungos sveikatos įstatymai

C9 Įžanga į svarbiausią namų sveikatos priežiūros darbuotoją Europos Sąjungos įstatymų rėmuose

- Europos Sąjungos Susitarimai
- Pagrindinės teisės
- Europos sveikatos strategija

C10 Namų sveikatos priežiūros darbuotojas JK įstatymai

- Teisėti Rūpinimosi Standartai
- Minimalus paslaugos standartų lygmuo
- Buvimas už standartų

C11 Namų sveikatos priežiūros darbuotojai SI įstatymai

- Bendra teisės aplinka
- Įstatymai sveikatos priežiūros sektoriuje

D. Socialiniai/etiniai aspektai

D12 Slaugytoja: profesinis kodas ir etiniai aspektai

- Slaugytoja ir pacientas
- Slaugytoja ir etiniai jos darbo aspektai
- Slaugytoja ir etiniai sprendimai

D13 Kultūriniai pacientų skirtumai

- Kultūra ir Kultūros
- Slaugymo teorijos universalumas ir įvairovės
- Pasažo ceremonijos

D14 Socialinis rūpybos darbuotojų profesionalo kodas ir etiniai aspektai

- Socialinis Kodas
- Rūpybos Standartai
- Politika ir Procedūros

D15 Savęs instruktavimas ir tęstinis studijavimą

- Saviinstrukcija
- Atspindinčios praktikos kryptis

Aukšta kompetencija privaloma namų sveikatos priežiūrą atliekantiems slaugytojams, kad galėtų pasiūlytų aukšto lygio kokybišką paslaugą

Profesinės kvalifikacijos pavadinimas: Bendruomenės slaugytojos

Lygmuo: cNC3/EQF 4.

Bendruomenės slaugytoja prisideda prie visaapimančios asmens, šeimos ir bendruomenės sveikatos, prie aprūpindama rūpinimąsi, nutaikytą į sveikatos perkėlimą, trukdydama ligai, rūpindamasi sergančiomis namie, išreiškiant intervencijos naudojimu kuris dažnai reikalingas labai geros technologijos ir praktinio mokymo.

Profesionalas turi sugebėti:

- Įtraukti asmenis, šeimas ir bendruomenes patiems rūpintis savo sveikata ir suformuoti šią atsakomybę už sveikata;
- Atstovauti skirtingiems lygmenims, kur sprendimai yra priimti apie sveikatos priežiūrą, asmenis rūpinimesi, jų poreikyje ir intervencijoje, kad gautų jų teisių pripažinimą;
- Bendradarbiauja kaip narys multidrausminės komandos viduje, ir viduje kitų vyriausybinių organizacijų ir NGOs sveikatos priežiūrai;
- Garantuoja sveikatos priežiūros kokybę, susitikime mokomosios ir klinikinės praktikos ir kokybės gyvenimo asmenų, šeimų ir bendruomenių, kurias jie atstovauja.

Pagrindinės bendruomenės slaugytojos pareigos yra:

- kelti sveikatos priežiūrą, profilaktinės, gydančios, reabilitacinės pagalbos ir asmenims šeimoms ir grupėms;
- perdavimas žinių ir įgūdžių mokymo sveikatoje tarp pacientų ir kitų, kuriems to reikia, darbuotojų sveikatos sistemos ir jų mokyme;
- dalyvavimas kaip narys rūpinimosi komandos, kuri reikalingas žinių komunikacijoje, tarpasmeniniame santykių pasiekime, pagrįstame abipuse pagarba ir supratimu jų vaidmens ir kitų profesionalų, aktyvaus ir atsakingo dalyvavimo sprendimų priėmimo, informavimas valdžios organų, žiniasklaidos, ir taip toliau.;
- gerina klinikinę praktiką per kritišką mąstymą, įvertinimą ir naudojimą egzistuojančio tyrinėjimo lauke nacionaliniame ir tarptautiniame lygmenyje.

Pagrindiniai kompetencijos svertai:

C1. Komunikacija oficialioje kalboje EQF 4	CNC3/
C2. Komunikacija užsienio kalba EQF 4	CNC3/
C3. Pagrindinės žinios matematikos, mokslo ir technologijos srityse EQF 4	CNC3/
C4. ICT kompetencija EQF 4	CNC3/
C5. Kompetencija studijuotui EQF 4	CNC3/
C6. Socialinė ir Cv kompetencija EQF 4	CNC3/
C7. Skatinančios kompetencijos EQF 4	CNC3/
C8. Kultūrinio posakio kompetencija EQF 4	CNC3/
G1. Pirmoji pagalba nenumatytam atvejui EQF 4	CNC3/
G2. Savo veiksmo planavimas EQF 4	CNC3/
G3. Interaktyvi komunikacija su visais tarpininkais bendruomenėje EQF 4	CNC3/
S1. Sveikatos priežiūros poreikių identifikavimas bendruomenėje EQF 4	CNC3/
S2. Nėščios moters priežiūra EQF 4	CNC3/
S3. Naujagimių priežiūra EQF 4	CNC3/
S4. Sveikatos bendruomenėje perkėlimas EQF 4	CNC3/
S5. Laimėjimų dosje paruošimas EQF 4	CNC3/
S6. Ligos nustatymas ir prevencija EQF 4	CNC3/
S7 Savirūpinimosi kontroliavimas EQF 4	CNC3/
S8. Administravimas pacientų gydymo namie EQF 4	CNC3/

Slaugos studijų sistema ir slaugos paslaugos **Slovakijoje** yra apibūdintos kitame skyriuje.

Slaugos studijos apima 5 metų kursą (beveik magistro studijos) ar bakalauras 3 metų kursas ir yra pasiekiamas 2 universitetuose su regioniniais prisijungimais (Univerzita sv. Alžbety, Slovenská zdravotnícka univerzita)

Diplomas, baigus slaugos kursus, apima sekančius gebėjimus ir įgūdžius: Buvusios studentės sugeba dirbti slaugos priežiūros komandoje, sveikatos priežiūros komandoje ar neplaniniame slaugos teikime, koordinuojant ir vertinant slaugos paslaugas pirminėje, šalutinėje ir tretinėje sveikatos priežiūroje, socialinės rūpybos ir namų slaugos. Jis ar ji žino slaugymo procesą, turi žiniasis teorijos, susietų su slaugymu, vykdo slaugos funkcijas ir priima sprendimus ir ima atsakomybę už sprendimus. Jis įvykdo diagnostikos, terapines procedūras, slaugymą ir atkūrimą kaip taip pat mokomoji technika ir procesas, diagnostikos metodais ir procedūromis, kad įvertintų sveikatos sąlygą ir taip pat slaugos vadybą.

Nepriklausomai sprendžia profesines užduotis, veda komandą ir darbus komandoje, sugeba įvykdyti pakeitimus, prisiimti riziką ir būti atsakingi ir taiko ir panaudoja žinias ir įgūdžius praktiškai.

Mokymo programa susideda iš medicinos, humanitarinių ir valdymo žinių, integruotų į vientisą slaugymą, nutaikytą į atskirą asmenį ir bendruomenę geros sveikatos būklės ir ligos

Trukmė: 5 metai (10 semestrų) - magistras

3 metai (6 semestrai) – bakalauras

Socialinis slaugos kursas susideda iš 220 valandų studijavimo turinio. Kurso tikslas paruošia studentą asmeniniam darbui su klientu, kad garantuotų jo asmeninį poreikį, aktyvindamas ir socialinį rūpinimąsi, kad palaikytų savipakankamumą kliento tiek kiek įmanoma su jo/jos sąžiningumo palaikymu.

Socialinės slaugos kursas apima gebėjimą ir įgūdžius: Socialinis rūpinimasis, darbo organizavimas, higienos ir infekcijų dokumentacijos planavimas ir detalizavimas. Pirmoji pagalba, principai rūpinimosi dėl pagyvenusių ir nedarbingų asmenų, ilgalaikio gydymo ir asmenų sergantčių nepagydoma liga. Pagrindai fizioterapijos, ergo terapija, ergonomika, gydymas ir klientų transportavimas. Namų tvarkymas ir namų ūkis, saugumas ir sužalojimų prevencija. Psichologijos pagalba pagyvenusiems ir ilgalaikio gydymo ar sergantiems nepagydoma liga žmonėms. Komunikacija, konflikto apdorojimas, pagrindinis socialinio rūpinimosi atskirose Europos šalyse. Socialinės priežiūros, darbotvarkės ir socialinio kliento dokumentacijos.

Kursų tiekėjai yra mokomoji organizacija su akreditacija socialinių mokslų kursų, kurie patvirtinti Švietimo ministerijos SR. Kursai yra organizuoti taip pat su užsienio agentūromis, ir pažymėjimas yra galiojantis visoje Europoje.

Medicinos darbuotojų mokymas Lenkijoje yra pagrįstas aukštoju išsilavinimu ir diplomuotu išsimokslinimu. Medicinos studijavimas apima 6 metus ir baigiamas su medicinos gydytojo laipsniu, slaugos studijos trunka trejus metus ir pabaigę studijas gauna Slaugos bakalaurą laipsnį (yra galimybės tęsti išsimokslinimą, kad gautų magistro laipsnį). Ir gydytojas, ir slaugytoja gali dirbti po baigimo namų sveikatos priežiūroje, bet tam kad būti ekspertu šiame lauke, kiekvienas iš jų turi užbaigti specializaciją turinčio diplomą išsimokslinimo sistemoje. Namų sveikatos priežiūros, įgyvendintos pirminėje sveikatos priežiūroje (POZ), tai bus specializacija šeimos medicinoje (vardas specializacijos tas pats o dėl gydytojų ir slaugytojų), slaugos ligoninėms, kuriomis bendriausia specializacija yra: onkologija ir pediatrija. Šio studijavimo tikslais mes aptarsime specializaciją šeimos medicinos gydytojams ir slaugytojoms, turi būti manoma, kad sistema specializacijos skirtinguose laukuose yra panaši išreiškiant organizacija ir atidirbto laiko, yra tikrai skirtingų aspektų. Išsilavinimą gydytojams Lenkijoje teikia Medicinos Mokslo Centras (CMKP) ir slaugytojų bei Akušerių Centras. (CPPiP).

Šeimos gydytojas.

Gauti šios srities specializaciją trukmė 48 mėnesių minimumas, bet dažniausiai tai trunka iki 5 metų. Galima sutrumpinti specializacijos trukmę, jei gydytojas buvo specialistas vidaus ligų, pediatrijoje ar chirurgijoje. Specializacijos programa susideda iš [11]:

- Parengiamoji stadija
- įžanga į šeimos mediciną
- Stadiją išsimokslinimo ligoninėje ir specialisto klinikose, apimdamas internatūrą ir poslinkius
- Stadijoje išsimokslinimo apie bendrą praktiką šeimos gydytojo
- Dalyvavimas specializuotuose kursuose

Per specializaciją, progresas yra tikrinamas testuojant ir egzaminuojant, gydytojas yra taip pat atsakingas už programų įgyvendinimą, kad pagerintų kokybę bendrosios praktikos šeimos gydytojo ir mokomųjų medžiagų ruošimuisi. Šeimos gydytojo Specializacija šeimos medicinos yra suteikiama po baigimo visų kursų programos ir išlaikius valstybinius Egzaminus.

Parengiamoji stadija (vadas ir šeimos medicina)	Išsilavinimo laipsnis ligoninėse ir specialistų klinikose								Išsilavinimo stadija apie šeimos gydytojo bendrą praktiką
	Vidaus ligos	Pediatrija	Akušerija ir ginekologija	Bendra chirurgija	Psichiatrija	Dermatologija, laringologija, neurologija, oftalmologija, infekcinės ligos	Fizioterapija	Fakultativinis	
	24 men.	6 men.	6 men.	3 men.	1 men.	1 men.	4 men.	1 sav.	1 men.

Tai pavaizduota 4 lentelėje

2 men.	6 men.	6 men.	3 men.	1 men.	1 men.	4 men.	1 sav.	1 men.
24 men.								

Šeimos slaugytoja

Šios specializacijos trukmė yra paprastai nuo 18 iki 24 mėnesių su galimybe sutrumpinti jos trukmę, jei slaugytoja jau įsigijo tas pačias kvalifikacijas kaip specializacijos programoje (pvz. turint skirtingą specializaciją ar magistro studijas). Mokomųjų valandų bendras skaičius yra 995 iš jų 330 valandų - bendra praktika, ir 665 valandos - apibrėžta praktika. Tikslas specializacijos šeimos slaugyme paruošia profesines slaugytojas, kad paruoštų slaugymo pagrindus teikiant paslaugas sveikiems ir sergantiems žmonėms jų savoje gyvenančioje aplinkoje, ir ypatingai kreipiamas dėmesys į jų parengimą: - teikti sveikatos priežiūros paslaugas asmenims, šeimoms ir žmonėms su rizikos faktoriais, asocialiems asmenims, vietos bendruomenei neįprastose ir sudėtingose situacijose, - veikiantis kaip konsultantas ir patarėjas kai prieita prie sveikatos reikalų, - veikiantis kaip komandos lyderis šeimos slaugytojų komandoje. Specializacijos slaugymas pasibaigia valstybiniu Egzaminu Slaugytojoms ir Akušerėms. Išsami specializacijos programa yra pristatyta 5 lentelėje.

	Modulis	Teorija	Praktika	Valandos
Bendrosios praktikos gydytojo specializacijai	Psichologijos elementai, Medicininis išsilavinimas, Sveikatos ir ligų ociologija, Etika, deontologija ir įstatymas, Organizacija ir vadyba su sveikatos apsaugos elementais, Socialinė politika ir sveikatos apsauga, Sveikatos įvertinimas ir fizinis pasirengimas, Slaugymo teorija, Slaugos tyrinėjimas, Profesinis išsilavinimas, Informatika ir statistika profesionalių slaugytojų ir akušerių praktikoje			330
Šeimos slaugytojo specializacija	Epidemiologijos ir demografijos pagrindai	30		30
	Profesinės praktikos įgūdžiai – pirminės sveikatos priežiūros slaugos kokybė	30		30



LIETUVOS IŠSĖTINĖS SKLEROZĖS SĄJUNGA
LITHUANIAN MULTIPLE SCLEROSIS UNION



·H·E·P·P·Y·

517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

	Forma, apimtis ir vietos bendruomenės aktyvacijos metodai	15	35	50
	Šeimos sociologija su kultūrinės antropologijos elementais	30	-	30
	Sveikatingumo propagavimas, sveikos gyvensenos mokymas šeimoje ir vietinėje bendruomenėje	45	35	80
	Šeimos slaugymas	30	-	30
	Pažangus slaugos pritaikymas esant sveikatos sutrikimams	240	175	415



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

7. Gerosios praktikos identifikavimas

Įgyvendindama visuomenės sveikatos programą, Europos Komisija parėmė daug reikšmingų iniciatyvų šioje srityje, įskaitant kompetencijų, skirtų antrosios pakopos studijoms sveikatinimo srityje, plėtrą pagal EUMAHP projektą (Europos sveikatinimo magistras) ir kitas bendradarbiavimo iniciatyvas, pvz., Europos lygmens kompetencijų plėtros projektai, organizuoti PHETICE (projektas „Švietimas sveikatinimo srityje besiplečiančios Europos kontekste“) ir ASPHER (Europos regiono visuomenės sveikatos mokyklų asociacija).

Europos sveikatinimo magistras (EUMAHP projektas). Tai viena iš Europos Komisijos finansuojamų iniciatyvų, skirta skatinti sveikatingumą Europoje (Meresman, 2004). 1997 m. įvyko visų ES valstybių narių ir Norvegijos ekspertų, dalyvaujančių sveikatinimo specialistų rengimo procese, susitikimas. EUMAHP programą pradėta rengti 1998 m. siekiant patobulinti sveikatinimo kokybę per šios srities Europos specialistų mokymo procesą, pasinaudojant europinės dimensijos teikiamais pranašumais. Be to, projektu siekta „toliau plėtoti ir stiprinti sveikatinimo konceptualizavimą Europoje po Otavos chartijos“ (Colomer et al., 2002).

Pradiniame darbo ties EUMAHP projektu etape kompetencijų plėtra buvo svarbiausias dalykas (Davies et al., 2000). EUMAHP projekto tikslai buvo šie:

- tobulinti sveikatinimo mokymo standartus aukštojo mokslo įstaigose;
- sertifikuoti arba akredituoti sveikatinimo srities specialistus ir praktikuojančius asmenis;
- siekti didesnio sveikatinimo srities profesionalumo ir pripažinimo.

Viena iš pagrindinių darbo grupės veiklos sričių buvo sveikatinimo mokymo programos parengimas, ypač akcentuojant šių programų kokybės kontrolę. Europos lygmens mokymo programos ir pagrindinių kompetencijų rengimas buvo esminė projekto veikla (Davies et al., 2000). EUMAHP profesinių ir akademinų standartų darbo grupė apibrėžė sveikatinimui reikalingus įgūdžius taip: „žinios, įgūdžiai ir požiūriai, būtini įgyvendinti konkrečius sveikatinimo veiksmus konkrečiose praktinėse srityse, remiantis konkrečiais standartais“ (Meresman et al., 2006). Viena iš darbo grupės užduočių buvo parengti klausimyną, apimančį sveikatinimą apskritai ir veiklą tam tikroje aplinkoje, skirtą tam tikroms žmonių grupėms. Klausimyną parengė 33 sveikatinimo ekspertai iš visos Europos. Dalyviai buvo paprašyti nurodyti įgūdžius, kurie, jų nuomone, yra esminiai, pageidautini ir nesvarbūs. Identifikuoti 27 pavadinimų įgūdžiai, suskirstyti į 5 sritis:

1. analitiniai įgūdžiai, pvz., socialinių, kultūrinių ir subjektyvių sveikatos veiksnių supratimas;
2. socialinės vadybos įgūdžiai, pvz., grupės ir institucijų dinamikos supratimas; gebėjimas valdyti šias situacijas;
3. politikos formulavimo įgūdžiai, pvz., sektorių, veiklos krypčių ir viešųjų paslaugų supratimas;
4. komunikacijos įgūdžiai, pvz., kalbėjimo įgūdžiai, gebėjimas atidžiai ir užjaučiančiai klausyti;
5. veiklos įgūdžiai, pvz., vadybos įgūdžiai: vadovavimas, sprendimų priėmimas, išteklių mobilizavimas ir užduočių organizavimas.

Remdamasi EUMAHP įgūdžių sistema, apimančia 5 paminėtas dimensijas, darbo grupė parengė antrosios pakopos mokymo programą (Colomer et al., 2002). Šis pradinis darbas tapo svarbiu išeities tašku bendradarbiavimui kuriant nuoseklią bazinę mokymo programą antrosios pakopos sveikatinimo studijoms Europoje.

„Švietimas sveikatinimo srityje besiplečiančios Europos kontekste“

PHETICE („Švietimas sveikatinimo srityje besiplečiančios Europos kontekste“) – kitas Europos Komisijos finansuotas projektas, besiremiantis specialistų žiniomis rengiant mokymo programą, kurio metu parengta diagrama, skirta vadovautis organizuojant praktinių sveikatinimo darbuotojų daugiadisciplinį mokymą. Projekto valdybą sudarė sveikatinimo specialistai.

PHETICE projektas pradėtas 2005 m., vadovaujantis idėja, kad pokyčiai visuomenės sveikatos srityje Europos Sąjungoje reikalauja vieningo veikimo būdo visuomenės sveikatos srities darbuotojų tobulinimo srityje. Manyta, kad tuo tikslu, ir norint pasinaudoti Europos Komisijos parengta tvarka, reikalinga bendra visai ES visuomenės sveikatos dimensija.

Projektas prasidėjo nuo penkių EK finansuotų Europos magistro programų visuomenės sveikatos (plačiausia prasme), mitybos, gerontologijos, epidemiologijos ir sveikatinimo srityse. Įgyvendinant PHETICE projektą, parengta dabartinės situacijos visuomenės sveikatos specialistų mokymo srityje apžvalga ir surinkta svarbių dokumentų bei informacijos apie tai, kaip bendrai Europos sveikatos stebėsenos sistemai gali padėti specialistų mokymas ir kaip Europoje plėtojami kompetencijų bei kokybės kontrolės sistemos.

PHETICE projektas buvo padalytas į 7 darbų paketus ir paskirstytas penkiems partneriams. Pagal PHETICE programą jie parengė dabartinės situacijos visuomenės sveikatos specialistų mokymo srityje apžvalgą kaip kontekstą projektui įgyvendinti ir surinko svarbių dokumentų bei informacijos apie visuomenės sveikatos specialistų rengimą Europos aukštosiose mokyklose. Be to, buvo surinkta informacijos apie visuomenės sveikatai tinkamas švietimo ir pedagogines strategijas, optimizuojant jas pagal Bolonės proceso reikalavimus. Atlikta ES valstybių narių universitetų ir mokyklų, kuriose rengiami visuomenės sveikatos specialistai ir kuriose taikomi ASPHER (Visuomenės sveikatos mokyklų asociacijos) bei jau įgyvendinamos Europos magistro programos, apklausa. Gauti atsakymai iš 86 universitetų (PHETICE, 2008).

Parengtas visuomenės sveikatos ir sveikatinimo kompetencijų analizės modelis. Šis modelis, parengtas remiantis jau esamais analogiškais tarptautiniais modeliais, pasižymi lankstumu, leidžiančiu jį naudoti kuo plačiau, susiejant su kitomis sritimis ir taikant Europos, nacionaliniu bei vietos lygmenimis. Į modelį galima įtraukti konkrečias disciplinas ir pagrindines kompetencijas. Šis dinamiškas modelis padalytas į tris tarpusavyje susietas sritis. Kalbant apie rezultatus, modelis skirtas tobulinti visuomenės sveikatos plėtrą ir apima nustatytų pagrindinių grupių (nuo populiacijos iki individo) pavyzdžius. Be to, vartotojas gali apibrėžti sveikatos modelį, kuriame vartotojas dirba (nuo ICD iki EUPHID).

Kiekvienos nustatytos grupės sveikatą siekiama gerinti remiantis esmine „sveikatos visiems“ (t. y., socialinio teisingumo ir lygybės) koncepcija, apibūdinančia įgūdžių panaudojimo ir įgyvendinimo sąlygas. Pagrindinės kompetencijos suskirstytos į šias kategorijas:

- vertinimas ir analizė;
- politika ir planavimas;
- įgyvendinimas ir vertinimas;
- komunikacija;
- informacijos apdorojimas;
- darbas grupėje;
- vadovavimas.

Vyksta šio ciklinio proceso sąveika su esama institucijų bei specialistų struktūra ir su pagrindiniais šios struktūros komponentais (pvz., institucijų misijomis, vertybėmis ir kvalifikacijomis, pavienių asmenų vertybėmis, įgūdžiais ir veiklos rezultatyvumu).

PHETICE projektas siejasi su darbu, atliktu pagal ASPHER projektą; rekomenduojama išlaikyti sąryšį su kitais Europos tinklais (Davies et al., 2008).

Europos regiono visuomenės sveikatos mokyklų asociacija (ASPHER)

ASPHER – valstybinių visuomenės sveikatos mokyklų ir kitų antrosios pakopos švietimo įstaigų bei programų asociacija įkurta 1966 metais. Šios mokyklos ir kitos programos rengia studentus dirbti visuomenės sveikatos paslaugų sistemoje arba dirbti akademinį darbą visuomenės sveikatos srityje, suteikiant jiems visų lygmenų (bakalauro, magistro ir daktaro) diplomus. Šiuo metu ASPHER rengia standartus remdamasi įgūdžiais, būtiniais visuomenės sveikatos specialistams, įskaitant sveikatinimo specialistus.

ASPHER asociacijos įgyvendinama Europos pagrindinių visuomenės sveikatos kompetencijų programa (EPHCC), skirta sudaryti sąrašą pagrindinių kompetencijų, kurias visuomenės sveikatos mokyklos laiko būtinomis, kad studentai būtų parengti plėtoti, organizuoti ir valdyti visuomenės sveikatos veiklą bei numatyti jos problemas (ASPHER 1 etapo ataskaita). Šios kompetencijos reikalingos siekiant spręsti gyventojų sveikatos ir sveikatos sistemų problemas, su kuriomis, tikėtina, gali susidurti dalis visuomenės sveikatos specialistų, ir, žinoma, reikšminga šio kompetencijų paketo dalis yra ligų prevencijos ir sveikatinimo sistemos (Birt ir Foldspang, 2009).

Manyta, kad kompetencijos bus laikomos tinkamesnėmis, jei jos bus parengtos taikant metodą „iš apačios į viršų“, glaudžiai bendradarbiaujant su visuomenės sveikatos specialistais, kasdien savo darbe turinčiais įrodyti savo kompetentingumą. Pirmasis projekto etapas buvo rinkimo etapas. Visos visuomenės sveikatos mokyklos buvo paprašytos atsiųsti joms svarbiausių kompetencijų sąrašus (Birt ir Foldspang, 2009). Kompetencijos buvo suskirstytos į šešias temines sritis:

1. Metodai (epidemiologija, biostatistika, kokybiniai metodai)
2. Socialinė aplinka ir sveikata
3. Fizinė, cheminė ir biologinė aplinka ir sveikata
4. Sveikatos politika, organizavimas, vadyba ir ekonomika

5. Sveikatinimas ir profilaktika
6. Tarpdiscipliniai tyrimai, įskaitant strategiją, etiką ir kt. sritis.

Šios sritys iš esmės atitinka ASPH (JAV visuomenės sveikatos mokyklų asociacijos) apibrėžtas sritis. Kiekvienai sričiai sudaryta darbo grupė, kurios vadovas gali skirstyti sritis į smulkesnius komponentus. Grupės nariui pasiūlius papildomą kompetenciją, ji įtraukiama į kompetencijų sąrašą. Tikslas – parengti patikimą taikomųjų kompetencijų, naudojamų Europos visuomenės sveikatos mokymo sistemoje, sąrašą. Didžiausias galimas kompetencijų skaičius nebuvo nustatytas (ASPH, 2007).

Visos minėtų sričių kompetencijos buvo padalytos į praktines (reikalaujančias įgūdžių) ir intelektualines (reikalaujančias žinių ir supratimo) kompetencijas. Kiekviena iš šių dviejų grupių apima toliau nurodytų sričių kompetencijų sąrašą:

- sveikatą lemiantys veiksniai ir rizikos veiksniai;
- sveikatinimo ir profilaktikos teorijos ir principai;
- strategija, plėtra, programų valdymas ir vertinimas;
- komunikacija.

Kai kurios kompetencijos, įtrauktos į sveikatinimui būtinų praktinių kompetencijų sąrašo projektą, reikalauja, kad studentas pademonstruotų gebėjimą apibūdinti ir įvertinti sveikatos veiksnius, apibūdinti ir identifikuoti su profilaktika ir sveikatinimu susijusius biologinius, fizinius, cheminius, socialinius ir psicho-socialinius principus bei elementus, atlikti gyvenimo būdo tyrimus, analizuoti duomenis ir išmanyti kokybinių tyrimų metodus. Kompetencijos intelektualinių kompetencijų sąrašo projekte reikalauja, kad studentas žinotų ir suprastų platų socialinių, psichologinių ir ekonominių sričių spektrą, įskaitant filosofijos pagrindus, socialinius mokslus, socialinės aplinkos įtaką sveikatai, suprastų socialinį, kultūrinį ir ekonominį sveikatą lemiančių veiksnių pagrindą.

Preliminarus 1-ojo etapo svarbiausių visuomenės sveikatos kompetencijų sąrašas paskelbtas 2007 m. spalį. Sąrašas sudarytas iš darbo grupių vadovų pateiktų kompetencijų. Kai kurios kompetencijos buvo šiek tiek pakeistos, kad būtų išvengta pasikartojimo ir dalinio persidengimo, neišvengiamai atsirandančių jungiant pavienius sąrašus į visumą (ASPH, 2007).

2-jame etape užmegzti kontaktai su suinteresuotomis organizacijomis. 2008 m. surengtos dvi konferencijos – Arhause (Danija) ir Paryžiuje (Prancūzija). Po šių pasitarimų kompetencijų sąrašas, parengtas šešių pradinių darbo grupių, buvo pakeistas ir 2008 m. spalį paskelbtas 2-ojo etapo svarbiausių visuomenės sveikatos kompetencijų sąrašas (ASPH, 2008).

Birt ir Foldspang teigimu (2009), gyventojų sveikatos ir sveikatos problemos skiriasi laiko ir vietos (įvairių Europos regionų) prasme. Todėl tikimasi, kad minėtas procesas bus tęsiamas ir stiprinamas 3-ajame etape, galiausiai parengiant bendrus svarbiausių kompetencijų sąrašus bendruoju ir regioniniu lygmeniu, skirtus įvairioms visuomenės sveikatos mokymo pakopoms. Visuomenės sveikatos srities kompetencijos turi būti apibrėžtos taip, kad būtų reikiamai pritaikytos prie įvairių mokymo lygmenų ir įvairių įsidarbinimo šioje srityje galimybių (kad būtų galima geriau palyginti darbo pasiūlymus ir užtikrinti tikrai laisvą specialistų judėjimą Europoje). Kompetencijos gali būti stebimos individualiai, o kompetencijų sąrašai suteikia naują potencialą visuomenės sveikatos diplomų plėtrai Europoje (Birt ir Foldspang, 2009).

Šiuo metu įgyvendinamas 3-asis etapas, apimantis visuomenės sveikatos mokyklų planus ir suinteresuotųjų organizacijų sąveiką per konferencijas, vietas ir regioninius seminarus, kompetencijų klasifikaciją pagal mokymo lygmenis, nuolatinę kompetencijų peržiūrą ir nuolatinį peržiūrėtų kompetencijų skelbimą.

Planuodama veiklą 2015 m., asociacija numato atlikti „Delphi“ apklausų seriją prioritetų sąrašui nustatyti. Abi „Delphi“ apklausos buvo labai naudingos kompetencijų projektui.

2005 m. IUHEP Europos regioninis komitetas įkūrė pakomitetį su tikslu parengti rekomendacijas dėl sveikatinimo mokymo, akreditavimo ir profesinių standartų plėtros Europos Sąjungoje. Pasikeitimų Europos sveikatinimo srityje studiją pakomitečio vardu 2007 m. atliko Santa-Maria Morales ir Barry. Studijos tikslai buvo šie:

- išanalizuoti specializuoto sveikatinimo mokymo lygį Europos regionuose;
- nustatyti esamą situaciją Europos šalių sveikatinimo darbuotojų akreditavimo ir profesinio registravimo srityse;
- apžvelgti dabartinę veiklą, atliekamą nacionaliniu ir regioniniu lygmeniu kompetencijų ir profesinių standartų srityse;

- nustatyti karjeros sveikatinimo srityje galimybes įvairiose šalyse.

Duomenys gauti iš 33 šalių; studijos metu nustatyta, kad Europoje vystomas sveikatinimo mokymas, nors įvairiose šalyse šis procesas skirtingas. Tik nedaugelis šalių pranešė apie aktyvią sveikatinimo kompetencijų plėtrą ir įvairius šios plėtos lygmenis. Studija patvirtino, kad sveikatinimo kompetencijos plėtojamos mažiausiai 7 šalyse ir 4 iš jų plėtoja profesinius standartus. Nepaisant mažo esamų sistemų skaičiaus, studijos išvados rodo, kad yra pavyzdžių, kuriais galima pasinaudoti plėtojant kompetencijas ir profesinius standartus Europos lygmeniu (Santa-Maria Morales ir Barry, 2007).

Remiantis studijos rengimo metu surinkta informacija, IUHPE/EURO pakomitetas inicijavo eksperimentinį projektą, apimantį dalyvius iš septynių šalių, siekiant patikrinti galimybę įdiegti Europos kompetencijų akreditavimo sistemą. Battel-Kirk ir Barry atliktas projektas (2009) padėjo nustatyti šalių dalyvių interesus ir pasiektą pažangą šioje srityje; remiantis kompetencijomis išanalizuotos akreditavimo kliūtys ir paskatos. Apskritai, projektas patvirtino paramą europinei sistemai ir rekomendavo, kad diegiant sistemą reikėtų atsižvelgti į Europos šalių sveikatos sistemų, infrastruktūros ir sveikatinimo plėtos skirtumus. Kartu su kitais aštuoniais partneriais projekto vykdytojai parengė siūlymą dėl finansavimo Europos Komisijos visuomenės sveikatos programos vykdomosios agentūros (dabar – Sveikatos ir vartotojų reikalų vykdomoji agentūra) lėšomis. Pasiūlymas buvo priimtas ir virto „CompHP“ projektu. Projekto partneriai parengė ir „Galway konsensuso pareiškimą“ dėl pagrindinių sveikatinimo kompetencijų (Allegrante et al., 2009), laikomą pagalbinio dokumentu kuriant bendrąją sistemą tolesniam veiklos Europoje plėtojimui.

Remiantis pasiekimais tarptautinėje arenoje, 2008 m. „Galway“ surengta konsensuso konferencija laikyta pirmuoju žingsniu tarptautinio susitarimo dėl pagrindinių kompetencijų link, būtinų profesiniam sveikatinimo ir sveikatos švietimo specialistų rengimui. Šia konferencija siekta skatinti informacijos mainus ir glaudesnį bendradarbiavimą plėtojant pagrindines sveikatinimo kompetencijas ir skatinant bendrus veikimo būdus kompetencijų ir darbuotojų plėtos srityje. Bendradarbiaujant su SOHPE (Visuomenės sveikatos draugija), CDC (JAV ligų profilaktikos ir kontrolės centru) ir kitais partneriais 2008 m. birželio 16 – 18 d. IUHPE surengė konferenciją Airijos nacionaliniame universitete Galvėje („Galway“ konsensuso konferencija), po kurios buvo paskelbtas „Galway“ konsensuso pareiškimas dėl pagrindinių sveikatinimo ir sveikatos švietimo kompetencijų sričių (Allegrante et al., 2009; Barry et al., 2009). Konferencijoje dalyvavo aukštojo mokslo įstaigų ir vyriausybinių organizacijų, NVO, nacionalinių ir pasaulinių profesinių organizacijų atstovai. Buvo siekta, kad konferencijoje dalyvautų vadovai ir suinteresuotieji asmenys iš viso pasaulio, tačiau iš pakviestų 35 ekspertų dalyvavo tik 26, dauguma iš Europos ir Šiaurės Amerikos. Įvairiems pasaulio regionams, įskaitant Subsaharinę Afriką, Azijos – Ramiojo vandenyno regioną ir Lotynų Ameriką, nebuvo atstovaujama arba nepakankamai atstovaujama dėl lėšų trūkumo kelionės išlaidoms finansuoti.

Konferencijos sekretoriato parengtos ataskaitos, skirtos apmąstymui, apėmė naujausios literatūros sveikatinimo ir sveikatos švietimo srityse apžvalgą, įskaitant profesinį rengimą ir vertinimą remiantis įgūdžiais, standartais ir metodais, orientuotais į kokybės kontrolę.

Galvėjaus konferencijos dalyviai pasiekė susitarimą dėl vertybių ir pagrindinių principų bei aštuonių svarbiausių kompetencijų sričių, būtinų veiksmingai sveikatinimo praktikai. Organizatorių parengtame pareiškime neminimos konkrečios kompetencijos, tačiau identifikuojamos pagrindinių kompetencijų sritys, būtinos sveikatai gerinti. Apibrėžtos šios aštuonios sritys:

1. Pokyčių skatinimas – siekti pokyčių, įgalinant pavienius žmones ir bendruomenes gerinti sveikatą.
2. Vadovavimas – suteikti strateginę kryptį ir galimybes dalyvauti valstybinės sveikatos politikos įgyvendinime, mobilizuojant ir valdant sveikatinimo išteklius ir plėtojant kompetencijas.
3. Vertinimas – vertinti bendruomenių poreikius ir turimus išteklius, siekiant identifikuoti ir analizuoti elgsenos, kultūrinius, socialinius, aplinkos ir organizacinius veiksnius, skatinančius sveikatą arba keliančius jai pavojų.
4. Planavimas – formuluoti išmatuojamus tikslus remiantis poreikių bei išteklių įvertinimu, apibrėžti strategijas remiantis teorija, įrodymais ir praktika pagrįstomis žiniomis.
5. Įgyvendinimas – pateikti veiksmingas, produktyvias, kultūrinių skirtumų paisančias, etiškas strategijas sveikatai gerinti, įskaitant žmonių išteklių ir medžiagų valdymą.
6. Vertinimas – nustatyti sveikatinimo programų ir politikos aprėptį, efektyvumą ir poveikį. Tai apima tinkamą vertinimo ir tyrimo metodų taikymą, siekiant patobulinimų ir programos tvarumo bei sklaidos.

7. Propagavimas – skatinti asmenis ir bendruomenes gerinti savo sveikatą ir gerovę, stiprinti jų kompetencijas, kad jie galėtų imtis veiksmų sveikatai gerinti, tuo pačiu metu stiprinant bendruomenių išteklius.
8. Partnerystė – dirbti bendradarbiaujant su kitų sričių atstovais, sektoriais ir partneriais, siekiant padidinti sveikatinimo programų bei politikos poveikį ir tvarumą.

Geroji Ispanijos praktika

REPOCA®

Universitetinės ligoninės gyd. Peset kartu su „VitalAire“ parengė ligonių, sergančių lėtine obstrukcine plaučių liga (LOPL), priežiūros namuose programą. Tai nuolatinės priežiūros namuose programa, apimanti planingą priežiūrą namuose, kontrolę telefonu, gydytojų ir slaugių išskvietimą prirėikus bei mokomasias sesijas, kurių metu specialistai kartu su pacientais ir juos prižiūrinčiais asmenimis aptaria įvairius klausimus, susijusius su skiepėjimu, tarša, seksualumu, rūkančių detoksifikaciją. Programa apima ir ambulatorinį pulmonologinės įrangos naudojimą.

Pagrindinis programos tikslas – įvertinti priežiūros namuose efektyvumą LOPL paūmėjimo atvejais. Tikslas – sumažinti priežiūros ligoninėje ir hospitalizacijos poreikį. Programa buvo labai sėkminga. Ji buvo įgyvendinama 6 mėnesius Valensijos autonominiame regione, hospitalizacijų skaičius sumažėjo 83 proc. Programoje dalyvavo 25 ligoniai: 8 – lengvi LOPL atvejai, 8 – sunkūs ir 9 – labai sunkūs. Jos įgyvendinimas padėjo sumažinti paūmėjimų atvejus palyginti su ankstesniu laikotarpiu.

Šios veiklos kokybę rodo tai, kad

- buvo įgyvendinta nauja priežiūros namuose programa;
- programos iniciatoriai įgyvendino savo tikslus – sumažinti tikslinės grupės hospitalizacijų skaičių ir paūmėjimo atvejų skaičių;
- įgyvendinta programa rėmėsi profilaktinėmis ir švietimo priemonėmis, pagerinusiomis pacientų ir jų šeimų gyvenimo kokybę. Tai pagrindinis šios programos sėkmės veiksnys, greta to, kad pacientai jautėsi saugiau, žinodami, kad visada gali kreiptis pagalbos į programos atstovus.

Pagalbos telefonu programa

Tai programa, šiuo metu bandoma Andalūzijos autonominio regiono visuomenės sveikatos tarnyboje.

Programa skirta suteikti pagalbą telefonu asmenims, neformaliai prižiūrintiems ligonius, kurie yra priklausomi nuo priežiūros, patys negali judėti, yra ypač silpni ir pan. Tai suteikia slaugytojams galimybę pasitarti su slaugėmis ir koordinatoriais dėl paciento būklės ir susijusių problemų.

Koordinatoriai pateikia slaugytojui reikiamą kontaktinę informaciją, o pirminės medicinos priežiūros sistemoje yra numatytas skambučių nukreipimas reikiamam specialistui (slaugei ar gydytojui).

Konkretūs šios programos tikslai: išvengti komplikacijų nejudamiems pacientams arba jas sušvelninti; atsakyti į neformaliems slaugytojams išskylančius klausimus ar abejones; suteikti slaugytojams informacijos; išvengti skubios pagalbos būtinybės arba sumažinti jos dažnį; valdyti turimus sveikatos priežiūros išteklius išvengiant nebūtinų apsilankymų.

Ši veikla pasirinkta dėl jos novatoriškumo ir labai gero telefoninės pagalbos protokolo. Programa pradėta įgyvendinti 2011 m. rugsėjo 1 d. ir truks iki 2012 m. pabaigos.

1996 m. Lietuvos samariečių bendrijos (LSB) darbo grupė parengė socialinių slaugių mokymo programą ir metodiką. Po trejų metų bandomojo laikotarpio šią programą patvirtino Švietimo ir mokslo ministerija bei Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Dabar keturios kolegijos pagal šią programą rengia profesionalias slauges. Kad garantuotų darbo vietas, LSB įkūrė viešąsias įstaigas, teikiančias slaugos paslaugas iš namų neišeinantiems ligoniams. Samariečiai savanoriai, kuriuos pagrindinių slaugos įgūdžių išmokė LSB instruktoriai, dirba kartu su samdomais profesionalais. Kai kuriuose LSB filialuose jau dvejus metus vyksta kursai šeimoms, kurių metu mokoma prižiūrėti sergančius šeimos narius. Ši iniciatyva susilaukė keleto savivaldybių finansavimo. Tai didelė parama šeimoms, neturinčioms lėšų slaugytojams samdytis.

Geroji Rumunijos praktika

„COACH BOT“ projektas – modulinis e-kursas, naudojantis virtualias priemones

RODIKLIŲ APRAŠYMAS

Aprašomųjų medicinos priemonių naudojimas	Aprašomosios medicinos priemonės – tai filmai, knygos, teatras, naudojamos padėti ligoniams papasakoti savo istorijas.
Tėvų pedagogikos priemonių naudojimas	Tėvų pedagogikos priemonės – tai tėvų pasakojimų naudojimas, sveikatos priežiūros specialistų ir tėvų sutartis dėl švietimo, tėvų asociacijų įtraukimas į sveikatos priežiūros specialistų mokymo procesą.
Tarptautinės funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijos (OMS 2011) priemonių naudojimas	Tarptautinės funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijos (TKF) priemonės yra šios: TFK kontrolinis sąrašas, pagrindinis TFK rinkinys, Pasaulinės sveikatos organizacijos „Neįgalumo vertinimo lentelė“, TFK vadovas, TFK pagrįstas vertinimas.
Aprašomųjų priemonių rinkimo strategijų naudojimas	Aprašymų rinkimo strategijos – tai pilietinis auditas, atviri susirinkimai, piliečių susirinkimai, sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo ir planavimo diskusijų grupė, apimanti piliečius ir pacientus.
Piliečių aprašomųjų priemonių sveikatos priežiūros paslaugoms tobulinti naudojimas	Piliečių aprašomosios priemonės – tai skundai, atsiliepimai apie paslaugas, padėkos laišakai.
Metodikų, skirtų įtraukti piliečius į sveikatos mokymo ir sveikatos švietimo sistemą, naudojimas	Metodikų pavyzdžiai: piliečių, esančių elgesio pavyzdžiu kitiems, įtraukimas; tėvų ir giminių kaip privilegijuotų liudininkų įtraukimas ir pan.

Gerosios praktikos aprašymas

„COACH BOT“ projektu siekta sukurti ir išbandyti novatorišką suaugusiųjų e-mokymosi metodiką, apimančią „pokalbių priemonės“ technologiją (kompiuterinę programą, angl. *Conversational Agent Technology* arba *chatbot*) ir specialiai sukurtą modulinio mokymosi kelią.

Todėl projekto metodika apėmė modulinio e-mokymosi kelią, pritaikytą suaugusiųjų mokymosi poreikiams, ir žmogaus – kompiuterio sąsają (pokalbių priemonę) e-mokymosi efektyvumui didinti.

Buvo sukurta bendradarbiavimu pagrįsta e-mokymosi aplinka, leidžianti vartotojams bendrauti su „virtualiuoju instruktoriumi“ per žmogaus – kompiuterio sąsają.

Buvo parengti eksperimentiniai e-kursai, skirti priežiūros namuose specialistams – medicinos personalui, slaugytojams, priežiūros personalui ir gydytojams. Jie sudarė projekto tikslinę grupę.

Svarbiausia „COACH BOT“ projekto naujovė – virtualusis instruktorius. Modulinio e-kuro metu jis padeda dalyviams, teikdamas jiems įvairias paslaugas. Virtualusis instruktorius atlieka asmeninio mokytojo, instruktoriaus ir asistento funkcijas, besimokantiesiems teikdamas:

- pagalbą orientuojantis ir kuriant asmeninį mokymosi kelią;
- išsamią informaciją;
- įvertinimą ir pasiūlymus dėl pamokos turinio;
- techninę ir kitokią pagalbą;
- atvejo analizę ir pasidalijimo vaidmenimis priemonę.

„COACH BOT“ metodika apima ir e-kurso programą, specialiai sukurtą taikant personalizuotą principą. Tai besimokantiesiems leidžia naudotis programa pagal savo individualius

poreikius. Kadangi kiekvienas besimokantysis turi specialių su jo ar jos darbu susijusių poreikių, reikalavimų žinioms ir įgūdžiams, jis ar ji gali susikurti savo asmeninę mokymosi programą. Pvz., besimokantysis gali pasirinkti tam tikras temas, kitų visai atsisakydamas arba studijuodamas tik esminę informaciją. Virtualusis instruktorius kalbasi su besimokančiais ir remiantis šiais pokalbiais sukuriama studento charakteristika, galinti padėti jam ar jai pasirinkti tinkamus modulius savo asmeniniam mokymosi keliui.

Šis projektas remiasi pokalbių priemonės technologija. Pokalbių priemonės variklis bus pagrįstas XML standarto AIML atvirojo kodo technologija (*Artificial Intelligence Mark-up Language*). Kuriant virtualiojo instruktoriaus sąsają su mokymosi aplinka ir besimokančiais, bus naudojamas atvirojo kodo AIML vertėjas, modifikuotas taip, kad galėtų dirbti su įvairiais duomenimis ir algoritmais.

Rezultatai

E-kursas „Europos priežiūros namuose specialistų kompetencijų stiprinimas“ pagrįstas e-mokymosi metodika, leidžiančia kiekvienam besimokančiajam susikurti **asmeninį mokymosi kelią**.

- Kiekvieno studento asmeninį mokymosi kelią sudaro iš kurso modulių sąrašo pasirinktos temos, atsižvelgiant į kiekvieno studento specifinius poreikius. Visą programą sudaro 15 modulių, suskirstytų į 4 pagrindines sritis:

A) **Medicina:** A1 modulis „Pagalba asmenims gauti prieigą prie rekreacinės veiklos ir joje dalyvauti“; A2 modulis „Pagalba asmenims kasdieniame gyvenime“;

B) **Psichologija:** B3 modulis „Bendravimas su pagyvenusiais žmonėmis“; B4 modulis „Bendravimas su mirštančiais ligoniais ir jų šeimomis“; B5 modulis „Bendravimas su klausos negalią turinčiais ligoniais“; B6 modulis „Bendravimas su regos negalią turinčiais ligoniais“; B7 modulis „Santykiai su ligonių šeimomis“; B8 modulis „Pagalbos santykių sukūrimas“;

C) **Nacionaliniai ir ES sveikatos įstatymai:** C9 modulis „Įvadas į ES teisės aktus, reguliuojančius sveikatos priežiūrą namuose“; C10 modulis „Įvadas į Jungtinės Karalystės teisės aktus, reguliuojančius sveikatos priežiūrą namuose“; C11 modulis „Įvadas į SI teisės aktus, reguliuojančius sveikatos priežiūrą namuose“;

D) **Socialiniai ir etiniai aspektai:** D12 modulis „Slaugytojo profesijos kodeksas ir etiniai aspektai“; D13 modulis „Kultūriniai skirtumai pagalbos teikimo santykiuose“; D14 modulis „Socialinės pagalbos darbuotojo profesijos kodeksas“; D15 modulis „Savarankiškas mokymasis ir tęstinis mokymasis“.

Daugiau informacijos galima rasti interneto svetainėje www.coachbot.eu

GAT4ProVIP projektas. Rekomendacijos, patarimai ir mokymas regos negalią turinčių asmenų tėvams ir kitiems šeimos nariams

RODIKLIŲ APRAŠYMAS

Aprašomųjų medicinos priemonių naudojimas	Aprašomosios medicinos priemonės – tai filmai, knygos, teatras, naudojamos padėti ligoniams papasakoti savo istorijas.
Tėvų pedagogikos priemonių naudojimas	Tėvų pedagogikos priemonės – tai tėvų pasakojimų naudojimas, sveikatos priežiūros specialistų ir tėvų sutartis dėl švietimo, tėvų asociacijų įtraukimas į sveikatos priežiūros specialistų mokymo procesą.
Tarptautinės funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijos (OMS 2011) priemonių naudojimas	Tarptautinės funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijos (TKF) priemonės yra šios: TFK kontrolinis sąrašas, pagrindinis TFK rinkinys, Pasaulinės sveikatos organizacijos „Neįgalumo vertinimo lentelė“, TFK vadovas, TFK pagrįstas vertinimas.
Aprašomųjų priemonių rinkimo strategijų naudojimas	Aprašymų rinkimo strategijos – tai pilietinis auditas, atviri susirinkimai, piliečių susirinkimai, sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo ir planavimo diskusijų grupė, apimanti piliečius ir pacientus.
Piliečių priemonių aprašomųjų naudojimas	Piliečių aprašomosios priemonės – tai skundai, atsiliepimai apie paslaugas, padėkos laišakai.

sveikatos priežiūros paslaugoms tobulinti	
Metodikų, skirtų įtraukti piliečius į sveikatos mokymo ir sveikatos švietimo sistemą, naudojimas	Metodikų pavyzdžiai: piliečių, esančių elgesio pavyzdžiu kitiems, įtraukimas; tėvų ir giminių kaip privilegijuotų liudininkų įtraukimas ir pan.

Gerosios praktikos aprašymas

Siekiami palengvinti žmonėms naštą, patiriamą netikėtai tapus regėjimo netekusio artimo žmogaus slaugytoju.

Projekto tikslas – suteikti „naujiems“ slaugytojams visą įmanomą praktinę pagalbą ir rekomendacijų, kaip susitvarkyti su iškilusiomis problemomis ir suplanuoti ateitį, kad artimas žmogus gautų didžiausią paramą ir gyvenimo būdo galimybes.

Projekto įgyvendinimo metu bandyta spręsti visus praktinius klausimus, susijusius su artimiausio laikotarpio ir perspektyviniais tikslinės grupės poreikiais ir susijusius psichologinius klausimus. Tai buvo atliekama rengiant rezidentinius kursus, kurių metu akivaizdžiai bendrauta su reabilitacijos ekspertais, ir organizuojant ilgalaikę savitarpio pagalbos forumo grupę.

Rezultatai

3 dienų kursas, kurio metu aiškinama akių fiziologija ir būklės; kaip atlikti neregio vadovo pareigas; pagrindiniai dalykai, kuriuos reikia atlikti namie; kaip susitvarkyti su psichologiniu poveikiu; kokią pagalbą galima gauti.

Kursus projekto partneriai rengs mini rezidentinių kursų pavidalu; kursų struktūra ir turinys lengvai perkeliama į kitas ES valstybes nares.

Kursai:

1 mokomoji knyga. Regėjimo negalios fiziniai aspektai.

2 mokomoji knyga. Psichologinės regėjimo negalią turinčių asmenų slaugytojų problemos.

3 mokomoji knyga. Patarimai, rekomendacijos ir mokymas.

4 mokomoji knyga. Pagalbos technika.

5 mokomoji knyga. Gyvenimo įgūdžiai ir motyvacija.

Sukurta interneto svetainė, kurioje pateikta visa pirmiau nurodyta informacija ir nuorodos į papildomus informacijos ir pagalbos šaltinius.

Svetainės adresas <http://www.gat4provip.eu>

Rumunijos baltojo – geltonojo kryžiaus fondo projektas „Priežiūros namuose paslaugos“

RODIKLIŲ APRAŠYMAS

Aprašomųjų medicininių priemonių naudojimas	Aprašomosios medicinos priemonės – tai filmai, knygos, teatras, naudojamos padėti ligoniams papasakoti savo istorijas.
Tėvų pedagogikos priemonių naudojimas	Tėvų pedagogikos priemonės – tai tėvų pasakojimų naudojimas, sveikatos priežiūros specialistų ir tėvų sutartis dėl švietimo, tėvų asociacijų įtraukimas į sveikatos priežiūros specialistų mokymo procesą.
Tarptautinės funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijos (OMS 2011) priemonių naudojimas	Tarptautinės funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijos (TKF) priemonės yra šios: TFK kontrolinis sąrašas, pagrindinis TFK rinkinys, Pasaulinės sveikatos organizacijos „Neįgalumo vertinimo lentelė“, TFK vadovas, TFK pagrįstas vertinimas.
Aprašomųjų priemonių rinkimo strategijų naudojimas	Aprašomųjų priemonių rinkimo strategijos – tai pilietinis auditas, atviri susirinkimai, piliečių susirinkimai, sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo ir planavimo diskusijų grupė, apimanči piliečius ir

	pacientus.
Piliečių aprašomųjų priemonių naudojimas sveikatos priežiūros paslaugoms tobulinti	Piliečių aprašomosios priemonės – tai skundai, atsiliepimai apie paslaugas, padėkos laišakai.
Metodikų, skirtų įtraukti piliečius į sveikatos mokymo ir sveikatos švietimo sistemą, naudojimas	Metodikų pavyzdžiai: piliečių, esančių elgesio pavyzdžiu kitiems, įtraukimas; tėvų ir giminių kaip privilegijuotų liudininkų įtraukimas ir pan.

Gerosios praktikos aprašymas

Priežiūros namuose paslaugų projektas, apimantis 50 naudos gavėjų, pradėtas 2005 m., bendradarbiaujant su organizacija „United Way Romania“. Šiuo metu jau galima registruoti teigiamus projekto rezultatus. 2007 m. projektas pelnė geriausios 2006-2007 m. programos apdovanojimą, įsteigtą organizacijos „Gala pilietinė visuomenė“.

Projekto tikslas – teikti visapuses sveikatos priežiūros paslaugas specialių poreikių turintiems asmenims, daugiausia pagyvenusiems, labai priklausantiems nuo kitų žmonių pagalbos Bukarešto gyventojams.

Siuo metu tikslinę grupę sudaro 60 žmonių per mėnesį; tai labai priklausomi asmenys (negalintys judėti arba patenkinti savo poreikių). Dauguma iš jų (54) vyresnio amžiaus, kiti nepriimami į ligoninę iš viso arba nepriimami ilgesniam laikotarpiui. Yra ligonių, nepagydomai sergančių vėžiu arba ligomis, reikalaujančiomis palaikomosios (paliatyvinės) priežiūros.

Rezultatai

Per 90 proc. ligonių, sergančių diabetu, išmoks tvarkytis patys, vartoti hipoglikeminius vaistus, atsakingai maitintis.

- savipriežiūros žinių ir įgūdžių suteikimas pacientams, turintiems šeimas;
- 100 proc. mažesnis stresas šeimai, slaugančiai ligonį, kai ateina paskutinis neišgydomos ligos etapas; specialistų lankymasis kritiniais momentais;
- savarankiškas fiziologinių parametrų ir gliukozės kiekio kraujyje stebėjimas hipertenzija ir (ar) diabetu sergančių ligonių atveju;
- 20 proc. projekto naudos gavėjų bus skiriami vaistai;
- aktyvumo įgūdžių atkūrimas ir šeimos narių mokymas, kaip ligonį maitinti dirbtiniu būdu.

Kiti rezultatai:

- didesnio saugumo jausmas;
- gyvenimo kokybė;
- hospitalizacijų skaičiaus sumažinimas;
- didesnis savarankiškumas.

Pagyvenusių žmonių priežiūra

RODIKLIŲ APRAŠYMAS

Aprašomųjų medicinos priemonių naudojimas	Aprašomosios medicinos priemonės – tai filmai, knygos, teatras, naudojamos padėti ligoniams papasakoti savo istorijas.
Tėvų pedagogikos priemonių naudojimas	Tėvų pedagogikos priemonės – tai tėvų pasakojimų naudojimas, sveikatos priežiūros specialistų ir tėvų sutartis dėl švietimo, tėvų asociacijų įtraukimas į sveikatos priežiūros specialistų mokymo procesą.
Tarptautinės funkcionavimo,	Tarptautinės funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijos

neįgalumo ir sveikatos klasifikacijos (OMS 2011) priemonių naudojimas	(TKF) priemonės yra šios: TFK kontrolinis sąrašas, pagrindinis TFK rinkinys, Pasaulinės sveikatos organizacijos „Neįgalumo vertinimo lentelė“, TFK vadovas, TFK pagrįstas vertinimas.
Aprašomųjų priemonių rinkimo strategijų naudojimas	Aprašymų rinkimo strategijos – tai pilietinis auditas, atviri susirinkimai, piliečių susirinkimai, sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo ir planavimo diskusijų grupė, apimanti piliečius ir pacientus.
Piliečių aprašomųjų priemonių sveikatos priežiūros paslaugoms tobulinti naudojimas	Piliečių aprašomosios priemonės – tai skundai, atsiliepimai apie paslaugas, padėkos laišakai.
Metodikų, skirtų įtraukti piliečius į sveikatos mokymo ir sveikatos švietimo sistemą, naudojimas	Metodikų pavyzdžiai: piliečių, esančių elgesio pavyzdžiu kitiems, įtraukimas; tėvų ir giminių kaip privilegijuotų liudininkų įtraukimas ir pan.

Gerosios praktikos aprašymas

Šiuo projektu pasiūlyta teikti socialinę ir paliatyvinę priežiūrą pagyvenusiems žmonėms namuose, prisidedant prie:

- paliatyvinės priežiūros paslaugų ir socialinės bei medicininės pagalbos namuose pagyvenusiems žmonėms plėtros, remiantis lygybės principu;
- pažeidžiamų pagyvenusių žmonių grupių prieigos prie socialinių paslaugų didinimo;
- institucijų, galinčių pasiūlyti paramą, naujoves ir lanksčias specializuotas paslaugas bei paliatyvinės paslaugas, partnerystės plėtros.

Naudos gavėjai:

- negalintys judėti pagyvenę žmonės, negaunantys priežiūros;
- pagyvenę žmonės, išgyvenantys paskutinį nepagydomos ligos etapą;
- pagyvenę ligoniai, gyvenantys rajonuose, kuriuose nepasiekiamos socialinės paslaugos bei medicininė pagalba, ir tai blogina jų sveikatą.

Daugiau informacijos interneto svetainėje <http://www.ingrijjevarstnici.ro>.

Rezultatai

Priežiūros namuose paslaugų kokybės standartai

Socialinė ir medicininė priežiūra namuose

Paliatyvinė priežiūra namuose

Paliatyvinė priežiūros paslaugų kokybės standartai

RODIKLIŲ APRAŠYMAS

Aprašomųjų medicinos priemonių naudojimas	Aprašomosios medicinos priemonės – tai filmai, knygos, teatras, naudojamos padėti ligoniams papasakoti savo istorijas.
Tėvų pedagogikos priemonių naudojimas	Tėvų pedagogikos priemonės – tai tėvų pasakojimų naudojimas, sveikatos priežiūros specialistų ir tėvų sutartis dėl švietimo, tėvų asociacijų įtraukimas į sveikatos priežiūros specialistų mokymo procesą.
Tarptautinės funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijos (OMS 2011) priemonių naudojimas	Tarptautinės funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijos (TKF) priemonės yra šios: TFK kontrolinis sąrašas, pagrindinis TFK rinkinys, Pasaulinės sveikatos organizacijos „Neįgalumo vertinimo lentelė“, TFK vadovas, TFK pagrįstas vertinimas.
Aprašomųjų priemonių	Aprašymų rinkimo strategijos – tai pilietinis auditas, atviri

rinkimo naudojimas	strategijų	susirinkimai, piliečių susirinkimai, sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo ir planavimo diskusijų grupė, apimanti piliečius ir pacientus.
Piliečių priemonių sveikatos paslaugoms tobulinti	aprašomųjų naudojimams priežiūros	Piliečių aprašomosios priemonės – tai skundai, atsiliepimai apie paslaugas, padėkos laiškai.
Metodikų, skirtų įtraukti piliečius į sveikatos mokymo ir sveikatos švietimo sistemą, naudojimas		Metodikų pavyzdžiai: piliečių, esančių elgesio pavyzdžiu kitiems, įtraukimas; tėvų ir giminių kaip privilegijuotų liudininkų įtraukimas ir pan.

Gerosios praktikos aprašymas

Tai dokumentas, kuriame pateikti Rumunijos paliatyvinės priežiūros paslaugų standartai. Projekto metu parengti minimalūs kokybės standartai, siekiant pagerinti medicinos paslaugas labai pažeidžiamoms ligonių grupėms, gaunančioms nepakankamai pagalbos, t. y. nepagydomomis ligomis sergantiems žmonėms. Suformuluoti kriterijai, kuriuos turi tenkinti kiekviena kuriama nauja paliatyvinės priežiūros tarnyba; sveikatos priežiūros institucijos ir donorai gali jais naudotis kaip praktine priemone paliatyvinėms paslaugoms Rumunijoje vertinti.

Remiantis minimaliais paliatyvinės priežiūros kokybės standartais, apskaičiuotos šios priežiūros Rumunijoje kainos (2010 m. vasario mėn.).

Be to, pasiūlytos normos paliatyvinės priežiūros paslaugas teikiančiam personalui; paliatyvinės priežiūros paslaugų teikėjams, turintiems teisę apmokyti paliatyvinės priežiūros slaugytojus.

Daugiau informacijos: <http://www.studiipaliative.ro/STANDARDE%20INTERIOR.pdf>

Rezultatai

Suformuluota 14 principų ir per 30 kokybės standartų.

Lenkijoje labiausiai išvystytas sveikatos priežiūros elementas – slaugos ligoninės, ypač vaikų slaugos ligoninės. Čia galima rasti daug gerosios praktikos pavyzdžių. Nepagydoma liga sergančio žmogaus slauga visada labai sudėtinga, ypač, jei serga vaikas. Siekiant užtikrinti geriausią įmanomą mažojo paciento priežiūrą paskutiniiais vaiko gyvenimo mėnesiais, slaugos ligoninėje taikoma individuali tarpdisciplinė priežiūra, visą laiką įtraukiant šeimą. Geras pavyzdys – Opolės vaikų slaugos ligoninė [15]. Ligoninėje dirba:

- anesteziologas;
- du pediatrai;
- vaikų neurologas;
- du slaugytojai anesteziologai;
- slaugytojai;
- du fiziniai terapeutai;
- socialinis darbuotojas;
- psichoterapeutas;
- kunigas.

Platus dirbančių specialistų spektras leidžia užtikrinti visapusę ligonių priežiūrą. Svarbu tai, kad ir tada, kai turi dalyvauti kitas gydytojas, jis yra grupės narys ir vaikas jį pažįsta. Todėl ligonis jaučiasi komfortiškiau, nes jį supa pažįstami žmonės, o ne trumpam pasirodantys gydytojai, kaip paprastai būna ligoninėse. Labai svarbus ir ligonio šeimos pasišventimas.

Greta nuolatinės tarpdisciplinės priežiūros ir tėvų įtraukimo, šioje slaugos ligoninėje matome dar du gerosios praktikos pavyzdžius: stovyklų organizavimą mažiesiems pacientams ir paramos grupes. Stovyklos organizuojamos kasmet; be abejo, vaikais visą laiką rūpinasi medicinos personalas. Tai labai geras būdas vaikui nors trumpam pamiršti apie savo ligą ir pabūti su bendraamžiais.

Slaugos ligoninėje yra paramos grupė, skirta nepagydomų ligonių, esančių paskutinėje ligos stadijoje, šeimos nariams, taip pat teikianti pagalbą ir jau mirusių ligonių šeimoms.

Verta paminėti, kad slaugos ligoninės labai reikšmingos skatinant tarpdisciplinę priežiūrą, todėl ji įgyja vis daugiau šalininkų ir yra taikoma vis daugiau įstaigų, ne tik sveikatos priežiūros įstaigose.

8. Išvados

Lietuvos situacija

Apibendrinant galima pažymėti, kad daug dėmesio skiriama socialinių paslaugų kokybei ir asmenų, gyvenančių socialinės globos įstaigose ir namuose, žmogaus teisių užtikrinimui. Kuriamos darbo grupės ir tariamasi su ekspertais, siekiant rasti tinkamiausią socialinės globos įstaigų infrastruktūros modelį ir išanalizuoti šių įstaigų reorganizavimo bei paslaugų decentralizavimo galimybes. Keliami didesni reikalavimai ne tik socialinės globos įstaigoms ir jų specialistams, bet ir vadovybei. 2015 m. turėtų būti pradėtas socialinės globos įstaigų vadovų vertinimas; vertinimo tvarka turėtų būti parengta 2011 m.

Tais pačiais metais turėtų būti parengtos socialinės globos įstaigų licencijavimo taisyklės.

Vykstant pokyčiams sveikatos priežiūros srityje, didėja prieštaravimas tarp praktinio ir formaliojo slaugytojo kvalifikacijos aspekto. Kintanti slaugytojo profesinės kvalifikacijos struktūra sąlygoja svarbiausių profesinio švietimo ir mokymo dimensijų pasikeitimus. Efektyvios slaugos, tenkinančios visuomenės poreikius, sąlyga – tinkamas profesinis slaugytojų švietimas ir mokymas, užtikrinantis reikiamas kvalifikacijas. Kai kurie slaugytojai tiesiogiai bendrauja su žmonėmis, siekdami skatinti sąmoningą požiūrį į savo sveikatą ir gyvenimo būdą ir paveikti jų mąstyseną, kiti moko būsimojus slaugytojus dirbti su žmonėmis. Taigi, slaugytojus kaip švietimo veiksnius galima santykiškai suskirstyti į dvi grupes: sveikatos priežiūros mokytojus ir profesijos mokytojus. Pastarųjų pedagoginis parengimas yra išskirtinis slaugos politikos tikslas. (19)

Slaugos mokslo vystymasis ir slaugytojų mokymo programų plėtra lemia slaugytojų universitetinį švietimą ir mokymą, daug dėmesio skiriant dalykiniam-pedagoginiam švietimo ir mokymo turiniui, užtikrinančiam, kad studentas įgis keliamus reikalavimus atitinkančią pedagoginę kvalifikaciją, lavins bendruosius gebėjimus, leidžiančius lanksčiau prisitaikyti prie sparčiai kintančių visuomenės poreikių, ir įgis tarpkultūrinį išsilavinimą, kuris reikšmingas slaugytojo pedagoginei veiklai ir profesinei karjerai.

Rumunijos sveikatos priežiūros namuose sistema dar tik pradėta plėtoti ir reikia daug nuveikti, kad ji tinkamai funkcionuotų. Priežiūros namuose sistemos patbulinimas, kai apmokytas personalas ir gydytojai specialistai galės teikti paslaugas namuose, leis labai sumažinti ligoninių sąnaudas.

Be to, yra daug biurokratijos apdraustiems asmenims, kuriems reikalingos tokios paslaugos. Daugelis žmonių nežino apie sveikatos priežiūrą namuose, todėl ligonį slaugo šeimos nariai. Būtų naudinga, jei šeimos gydytojai, specialistai ir Sveikatos apsaugos ministerija aktyviau informuotų apdraustuosius apie tokių paslaugų naudingumą.

Lenkijos sveikatos priežiūros namuose sistema susiduria su panašiomis problemomis, kaip ir visa sveikatos priežiūros sistema. Finansavimas nepakankamas, per didelis biurokratizmas, trūksta specialistų, todėl prieiga prie sveikatos priežiūros dažnai būna ribota. Todėl sparčiai vystosi privatus sektorius, kurio paslaugomis gali naudotis tik maža gyventojų dalis.

Tačiau reikia pabrėžti, kad šios problemos daugiausia aktualios specializuotai medicinai, o sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų daugiausia POZ sistemoje, padėtis geresnė. Be to, antruoju svarbiausiu priežiūros namuose elementu yra slaugos ligoninės, kurios išsiskiria iš visumos; joms skiriamas ypatingas dėmesys dėl jų pacientų ypatumų, o valstybinių įstaigų spragas užpildo privatūs centrai, dažnai nemokami – organizacijos, fondai, „Caritas“. Nors medicinos personalas labai aukštos kvalifikacijos, yra nepakankamo finansavimo problema.

Ši problema veikia ir tolesnį personalo mokymą, todėl trūksta specialistų ir nepakanka išteklių gydymo proceso metu. Šios problemos lėtai, bet sistemingai šalinamos diegiant nacionalinę sveikatos programą.

Nepaisant sveikatos priežiūros sistemos problemų, reikia pabrėžti, kad yra daug gerosios praktikos pavyzdžių – daugiausia dėl didžiulio medicinos personalo pasišventimo.

9. Bibliografija Rekomendacijos

1. Piano sanitario nazionale 2011-2013, Ministero della Salute
2. Libro bianco su principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, Ministero della salute
3. Le indicazioni programmatiche nazionali sul sistema dell'assistenza domiciliare nel Servizio Sanitario Nazionale, AGENAS
4. Patto della salute 2010-2012
5. Modolo M.A., Briziarelli L., Educazione sanitaria e promozione della salute: sviluppo sociale e culturale, in Educazione sanitaria e promozione della salute, Vol. 13, n. 3, settembre 1990
6. Briziarelli L., Necessità formative per la promozione della salute e la salute globale, in Educazione sanitaria e Promozione della salute, vol. 33, n. 2, 2010
7. Briziarelli L., La promozione della salute, indicazioni per la formazione dei medici, in ESPS, volume 33, n.1, 2010
8. Relazione dello stato sanitario del paese, 1999
9. Modolo M.A., Briziarelli L., Educazione sanitaria e promozione della salute: sviluppo sociale e culturale, in Educazione sanitaria e promozione della salute, Vol. 13, n. 3, settembre 1990
10. Resegotti L., Promozione Salute n. 4, CIPES Piemonte, Torino, 2010
11. Polish Constitution of 2 April 1997.
12. http://www.gazetapodatnika.pl/artykuly/budzet_nfz_w_2008_r_489_mld_zl-a_5027.htm
13. Report on the activities of the national consultant in the field of family nursing in 2007.
14. http://www.izbapiei.org.pl/upload/wskaznik_w_UE.pdf
15. Employment of doctors in the Zachodniopomorskie province in the years 2008 - 2009, Report - Office of the Marshal of Zachodniopomorskie Province.
16. http://www.wynagrodzenia.pl/moja_placa.php?s=480&Lekarz%20rodzinny
17. Average employment and salary in enterprise sector in April 2012. Central Statistical Office.
18. <http://www.izbapiei.org.pl/upload/1%20-%20Liczba%20zarejestrowanych%2031.12.2011.pdf>
19. http://www.izbapiei.org.pl/upload/2_Liczba_zatrudnionych_31.12.2011.pdf
20. Statement on the long-term nursing services at patient's home on 01.03.2010. National Health Fund.
21. The range of competences of family midwife. The Superior Council of Nurses and Midwives.
22. Center for Postgraduate Medical Education. Family medicine - program of specialization for physicians.
23. Regulation of the Minister of Health on 29 October 2003. Journal of Laws from 2003 No. 197 item 1922.
24. <http://www.hospicjum.opole.pl/>
25. <http://www.dors.it>
26. www.unipg.it/csesei
27. www.asnas.it
28. www.societaitalianaigiene.org/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=86
29. http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/PinInformatiCompetenti.asp
30. <http://www.unipg.it/csesei/ita/cipes.htm>
31. <http://www.antropologiamedica.it/fondazione.html>
32. http://www.ccm-network.it/prg_area4_centri_doc_Asl3TO
33. http://www.retepromozionesalute.it/allegati/REPORT_progettoAdolescenti.pdf
34. <http://www.guadagnaresalute.it/site/la-banca-dati>
35. http://www.agenas.it/norm_naz_assist_dom_ssn.htm