Kvietimo „Šeimų lankymo, teikiant ankstyvosios intervencijos paslaugas, modelio įdiegimas“ pagal 2014–2021 m. Europos ekonominės erdvės finansinio mechanizmo programą „Sveikata“ gairių pareiškėjams
1 priedas

ŠEIMŲ LANKYMO, TEIKIANT ANKSTYVOSIOS INTERVENCIJOS PASLAUGAS, MODELIO APRAŠAS

Daugeliui tėvų noras mylėti ir rūpintis savo vaiku yra natūralus, savaime suprantamas. Tačiau, dalis šeimų susiduria su įvairiais sunkumais, neretai išorinės aplinkybės sąlygoja šeimos narių santykio silpnėjimą. Tėvams yra sudėtinga susitvarkyti su kylančiais sunkumais be išorinės kitų pagalbos, tačiau neretai jie nėra linkę ieškoti ar kreiptis pagalbos, priešingai - slepia ir vengia kreiptis į specialistus. O vaikas visapusiškai ir harmoningai vystytis gali tik augdamas savo šeimoje, jausdamas laimę, meilę, supratimą, tėvų globą ir atsakomybę.

Netinkamas elgesys su vaikais yra viena iš visuomenės sveikatos problemų. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, trys iš keturių vaikų, kurių amžius nuo 2 iki 4 metų, reguliariai patiria fizines bausmes ar psichologinį smurtą iš tėvų ar globėjų[1]. Viena iš penkių moterų ir vienas vyras iš trylikos teigia, kad buvo seksualiai išnaudojamas kūdikystėje ir vaikystėje. Vaikai, patyrę smurtą ir nepriežiūrą šeimoje, suaugę patys taip pat yra labiau linkę smurtauti[1].

Netinkamas elgesys su vaikais susijęs su fiziniu sužalojimu, augimo sulėtėjimu, nutukimu, nerimu, depresija, potrauminio streso sindromu bei ilgalaikėmis pasekmėmis – sulėtėjusia raida ir nepakankamais socialiniais ir edukaciniais įgūdžiais.

Vaikai, kurie patyrė netinkamą elgesį kūdikystėje ir vaikystėje, paauglystėje būna dažniau linkę į alkoholio ir narkotikų vartojimą, nusikalstamą veiką, rizikingą seksualinę elgseną bei smurtą. O suaugę dažniau kenčia nuo psichosocialinių problemų ir lėtinių ligų. Netinkamas elgesys su vaikais sukelia plataus spektro pasekmes vaiko kasdieniam funkcionavimui ir raidai, kurios pasireiškia ir jau suaugusio žmogaus gyvenime bei turi socialines pasekmes bendruomenei tokias kaip pablogėjęs šeimų funkcionavimas, pasyvumas darbo rinkoje, socialinių įgūdžių stoka.

Sukūrimas palankios ir saugios aplinkos kūdikiams ir vaikams yra viena geriausių investicijų. Daugybė tyrimų rodo, kad kuo anksčiau mes atliksime šią investiciją, tuo didesnę grąžą gausime ateityje.[2,3] JAV ekonomistai paskaičiavo, kad investavus 1 dolerį į „Slaugytojo - šeimos partnerystės“ programą grąža ateityje yra 5 kartus didesnė.

Prenatalinis laikotarpis yra geriausias laikas pradėti kurti palankią aplinką kūdikiui bei šeimai. Teikdami prenatalines paslaugas mes žinome, kad moterys susiduria su daugybe iššūkių,

[1] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment
[2] - Harriet L. MacMillan and others, “Interventions to Prevent Child Maltreatment and Associated Impairment,” The Lancet 373 no. 9659 (2009): 250-266.
[3] - David L. Olds and others, “Home Visiting by Paraprofessionals and by Nurses: A Randomized, Controlled Trial,” Pediatrics 110, no. 3 (2002): 486-496.

tiek nėštumo metu, tiek po vaiko gimimo. Norint sėkmingai pereiti šį lemiamą gyvenimo periodą, jaunoms motinoms reikalinga rūpestinga pagalba ir patarimai.

Jungtinių Tautų Konvencijos dėl vaiko teisių 19 straipsnis teigia, kad „valstybės privalo visomis išgalėmis įsitikinti, kad vaikai yra apsaugoti nuo visų formų smurto, prievartos, nepriežiūros ir elgesio, kuriuos jis gali patirti iš tėvų, teisėtų globėjų ar kurio nors kito jį globojančio asmens, imasi visų reikiamų teisinių, administracinių, socialinių ir švietimo priemonių“.

Nepaisant netinkamo elgesio su vaikais plitimo, dauguma programų užsiima tik antrine prevencija, o ne pirmine netinkamo elgesio su vaikais prevencija. „Slaugytojo – šeimos partnerystės“ programa yra mokslo įrodymais pagrįsta programa, skirta pirminei prevencijai.

„Slaugytojo ir šeimos partnerystės“ programa ir jos teorinis pagrindimas

„Slaugytojo ir šeimos partnerystės“ programa buvo sukurta profesoriaus David Olds (JAV) bandant pagerinti pasekmes pirmą kartą gimdančioms jaunoms mamoms, esančiomis socialiai jautriose grupėse ir jų vaikams. Programos tikslas yra sumažinti žinomus rizikos veiksnius, kurie sąlygoja nepageidaujamas gimdymo pasekmes, socialinę atskirtį, vaikų nepriežiūrą ir išnaudojimą. Siekiama skatinti jautrią ir atsakingą vaikų priežiūrą, mažinant nepageidaujamų atvejų skaičių, suteikiant mokymus tėvams apie vaikų vystymąsi, tėvų – vaikų santykius ir jų formavimą bei pateikiant tinkamas rekomendacijas.

„Slaugytojo ir šeimos partnerystės“ struktūrizuota, intensyvi namų lankymo programa, kurios veiklas vykdo specialius mokymus baigęs šeimos slaugytojas. Programą sudaro 64 vizitai (14 vizitų prenataliniu laikotarpiu; 28 vizitai nuo kūdikio gimimo iki 12 mėn.; ir 22 vizitai iki vaiko 2 metų) į šeimų namus. Vizitų metu yra aptariamos temos: asmeninė ir aplinkos sveikata, ateities gyvenimo perspektyva, motinos vaidmuo kūdikio gyvenime, šeima ir draugai, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų prieinamumas.

Programa buvo sukurta remiantis trimis teorinėmis perspektyvomis. Pirmoji, Žmogaus Ekologijos teorija, kuri teigia, kad vaiko vystymuisi reikšmingą poveikį turi priežiūra, kurią suteikia tėvai ir aiškina vaiko raidą per ryšius tarp žmonių ir jį supančią aplinką[2]. Antroji teorinė perspektyva – Banduros saviefektyvumo teorija, kuri teigia, kad žmonės daug ko gali išmokti, stebėdami kitų elgesį bei jį modeliuodami. Bandura teigimu, vaikų bendravimo modeliai formuojasi stebint kitų žmonių elgesį. Vaikas daugiausia mokosi stebėdamas tos pačios lyties vieno iš tėvų elgesį, o mokymasis stebint yra trumpesnis, – tai yra labai svarbus išlikimo ir vystymosi faktorius[2]. Trečioji teorinė perspektyva – prieraišumo teorija, kuri teigia, kad kiekvienam vaikui būdingas įgimtas poreikis prisirišti prie vieno pagrindinio globėjo, kuris nuolat rūpintųsi juo[3].

Konceptualusis „Slaugytojo ir šeimos partnerystės“ programos modelis paaiškina, kaip visi elementai veikia vienas kitą ir daro įtaką motinų ir vaikų sveikatos vystymuisi. Programos tikslas –

[2] Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215.

[3] Bowlby J. Attachment and Loss.Basic Books, New York, 1969.

suvaldyti rizikos veiksnius ir numatyti apsauginius veiksnius visose trijose srityse: prenatalinė sveikata susijusi su elgsena; saugi ir atsakinga vaikų priežiūra; atsakinga tėvystė. Ši prevencinė programa sąlygoja geresnius nėštumo rezultatus, geresnę vaiko sveikatą ir vystymąsi, ekonominį šeimų savarankiškumą.

Ši programa – mokslo įrodymais grįstas slaugos modelis, kuriame slaugytojai lanko mažas pajamas gaunančias šeimas, kurios pirmą kartą taps tėvais, ir jų kūdikius. Kiekviena slaugytoja turi 25–30 klientų. „Slaugytojo ir šeimos partnerystės“ slaugytojai dirba su pažeidžiamomis šeimomis jų namuose, kuriuose jie yra gerbiami ir jais pasitikima. Patikimų, ilgalaikių terapinių santykių plėtra yra svarbiausia norint pasiekti programos tikslus. „Slaugytojo ir šeimos partnerystės“ slaugytojai dirba su kiekvienu klientu, daugiausia dėmesio skirdami motinos fizinės ir psichinės sveikatos, vaiko sveikatos vystymosi, aplinkos sveikatos, gyvenimo būdo tobulinimui, įskaitant šeimos planavimą, dalyvavimą darbe ir mokykloje, naudodamiesi bendruomenės ištekliais ir siekdami ekonominio savarankiškumo. Ilgalaikis šios programos įgyvendinimas leidžia įvertinti šios programos trumpalaikį ir ilgalaikį poveikį visuomenei ir individui. Remiantis *Lancet* žurnalo (2008) duomenimis, galime teigti, kad šiai dienai yra dvi programos (viena iš jų „Slaugytojo ir šeimos partnerystės“ programa), kurių efektyvumas mažinant vaikų nepriežiūrą, didinant jaunų motinų iš rizikos grupių socialinę atsakomybę bei statistiškai patikimai gerinant šių šeimų ir jų vaikų gyvenimo kokybę ir socialinę gerovę yra pagrįstas mokslo įrodymais.

Šiuo metu „Slaugytojo ir šeimos partnerystės“ programa yra taikoma JAV, Jungtinėje Karalystėje, Australijoje, Kanadoje, Škotijoje, Š. Airijoje, Norvegijoje ir Bulgarijoje. Priklausomai nuo programos taikymo trukmės šalys pateikia skirtingus programos efektyvumo rodiklius.

Modelio metodika

Nors slaugytojai ir akušeriai yra išmokyti teikti priežiūrą moterims ir vaikams, laikantis konkrečių klinikinių rekomendacijų, tačiau jie nėra apmokyti teikti pirminę pagalbą, kurios tikslas yra kuo anksčiau identifikuoti galimus rizikos veiksnius ir imtis priemonių juos suvaldyti sumažinant galimas pasekmes fizinei ir psichinei motinos ir vaiko sveikatai, šeimoms.

Šeimų lankymo, teikiant ankstyvosios intervencijos paslaugas, modelyje pateikiama teorinėmis žiniomis, mokslinių tyrimų rezultatais, gerosios praktikos ir ekspertine patirtimi paremta ir apibendrinta įgyvendinimo metodika. Šeimų lankymo, teikiant ankstyvosios intervencijos paslaugas, modelyje siūlomi 5 komponentai, skirti ankstyvai pagalbai šeimoms. Komponentai suskirstyti į tris sritis: Priežiūros teikimas (Mano sveikata; Mano vaikas); Sprendimų priėmimas ir palaikymas (Rūpinimasis vaiku); Socialiniai ir bendruomenės ištekliai (Mano šeima ir draugai; Mano namai).

Paslaugų teikimo testavimas savivaldybėse

Šeimų lankymo, teikiant ankstyvosios intervencijos paslaugas, modelis bus testuojamas konkurso būdu atrinktose įstaigose įvairiose Lietuvos savivaldybėse, kuriose vykdant projektus bus diegiamas šeimų lankymo, teikiant ankstyvosios intervencijos paslaugas, modelis.

1 etapas – paslaugų teikėjų atranka

Šeimų lankymo, teikiant ankstyvosios intervencijos paslaugas, modelio paslaugas atrinktose įstaigose įvairiose savivaldybėse gali teikti slaugytojai/akušeriai, atitinkantys šiuos atrankos kriterijus:

- Ne žemesnis, nei sveikatos mokslų bakalauro kvalifikacinis laipsnis (arba jam prilygstantis) ir profesinė bendrosios praktikos slaugytojo/išplėstinės praktikos slaugytojo/akušerio kvalifikacija
- Galiojanti bendrosios praktikos slaugytojo/išplėstinės praktikos slaugytojo/akušerio licencija
- Darbo stažas > 1 m.
- Gebėjimas bendrauti su pacientais
- B kategorijos vairuotojo pažymėjimas

Specialistai atrenkami motyvacinio pokalbio metu, vertinant jų gebėjimą bendrauti; motyvaciją dirbti su tikslinės grupės atstovais; empatiškumo jausmą. Iš konkurso būdu atrinktų projektų vykdytojų planuojama atrinkti ne mažiau kaip 30 bendruomenės/bendrosios praktikos slaugytojų/ išplėstinės praktikos slaugytojų/akušerių.

2 etapas – paslaugų teikėjų parengimas

Prieš pradėdami teikti paslaugas bendruomenės/bendrosios praktikos slaugytojai/išplėstinės praktikos slaugytojai/akušeriai turi būti baigę podiplominių studijų programą, kurios trukmė 63 val. (dalyvavimas mokymų programose (išskyrus komandiruočių išlaidas) apmokamas mokymus organizuojančio Lietuvos sveikatos mokslų universiteto). Programos tikslas – šeimų lankymo specialistams padėti įgyti „minkštųjų“ kompetencijų, kurios leistų suteikti pirminę prevencinę intervenciją šeimoms, turinčioms rizikos veiksnių. Podiplominių studijų programa parengta vadovaujantis Žmogaus ekologijos teorija, Prieraišumo teorija ir Saviveiksmingumo teorija bei užsienio šalių gerąja patirtimi įgyvendinant „Slaugytojo ir šeimos partnerystės“ programą.

3 etapas – paslaugų teikimas savivaldybėse

Podiplominių studijų programą baigę šeimų lankymo specialistai turi būti įdarbinami savivaldybių Pirminės sveikatos priežiūros centruose (PSPC). Remdamiesi pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų (PASPĮ) informacija apie prisirašiusius asmenis šeimų lankymo specialistas atrenka šeimas, atitinkančias įtraukimo į modelio paslaugų teikimą kriterijus.

Paslaugos teikiamos moterims ir šeimoms, kurios atitinka įtraukimo kriterijus ir sutinka savanoriškai dalyvauti projekte. Moterų įtraukimo kriterijai:

- Besilaukiančios (iki 22 nėštumo savaitės) moterys (prioritetas: pirmą kartą gimdančios, jauno amžiaus < 21 m. ir vyresnio amžiaus > 40 m. moterys).
- Besilaukiančios (iki 22 nėštumo savaitės) moterys, gyvenančios socialinės rizikos aplinkoje ir/ar turinčios bent vieną iš žemiau išvardintų rizikos veiksnių:
- rūkymas;
- alkoholio vartojimas;
- žemi socialiniai įgūdžiai;
- socialiai nepriimtinas elgesys;
- nesaugi socialinė aplinka;
- nusikalstama ir kriminalinė patirtis;
- psichinės sveikatos sutrikimai ir ligos;
- nepakankami tėvystės įgūdžiai;
- prasti santykiai poroje/šeimoje;
- smurtas artimoje aplinkoje;
- prieraišumo stoka su jau turimu vaiku;
- prastos gyvenimo sąlygos;
- žema savivertė;
- žemas psichologinis atsparumas;
- turimo vaiko nepriežiūra;
- buvę nepageidaujami nėštumai.

Vienas šeimų lankymo specialistas kuruoja ne mažiau kaip 25 šeimas (rekomenduojamas darbo krūvis vienam specialistui – 1 etatas). Šeimų lankymo specialistas viso projekto laikotarpiu turi atlikti 14 vizitų į namus moters nėštumo laikotarpiu; 28 vizitus nuo kūdikio gimimo iki 12 mėn. ir 22 vizitus nuo 13 mėn. iki 24 mėn. Kiekvieno vizito metu šeimų lankymo specialistas pagal tam vizitui parengtą specialią formą surenka informaciją, įvertina pokyčius šeimos elgesyje, namų aplinkoje – priklausomai kuri sritis šeimoje yra silpniausia. Įvertinamos trys sritys: Priežiūros teikimas (Mano sveikata; Mano vaikas); Sprendimų priėmimas ir palaikymas (Rūpinimasis vaiku); Socialiniai ir bendruomenės ištekliai (Mano šeima ir draugai; Mano namai)).

Įdiegiant Šeimų lankymo, teikiant ankstyvosios intervencijos paslaugas, modelį Lietuvos savivaldybės naudojamos intervencijos, kurios keis moters/šeimos elgseną iš rizikingos į mažiau rizikingą ir iš mažiau rizikingos į rizikos neturinčią, dėl ko turėtų pagerėti projekte numatyti rodikliai (skyr. Modelio rezultatai).

Intervencijos, kurios bus taikomos:

- Intensyvi šeimų lankymo specialisto priežiūra.
- Šeimų konsultavimas ir mokymas šiose srityse: Priežiūros teikimas; Sprendimų priėmimas ir palaikymas; Socialiniai ir bendruomenės ištekliai.
- Elgsenos keitimas per konsultavimą ir motyvavimą.

Šeimų lankymo specialisto funkcijos, atsakomybė ir atskaitomybė

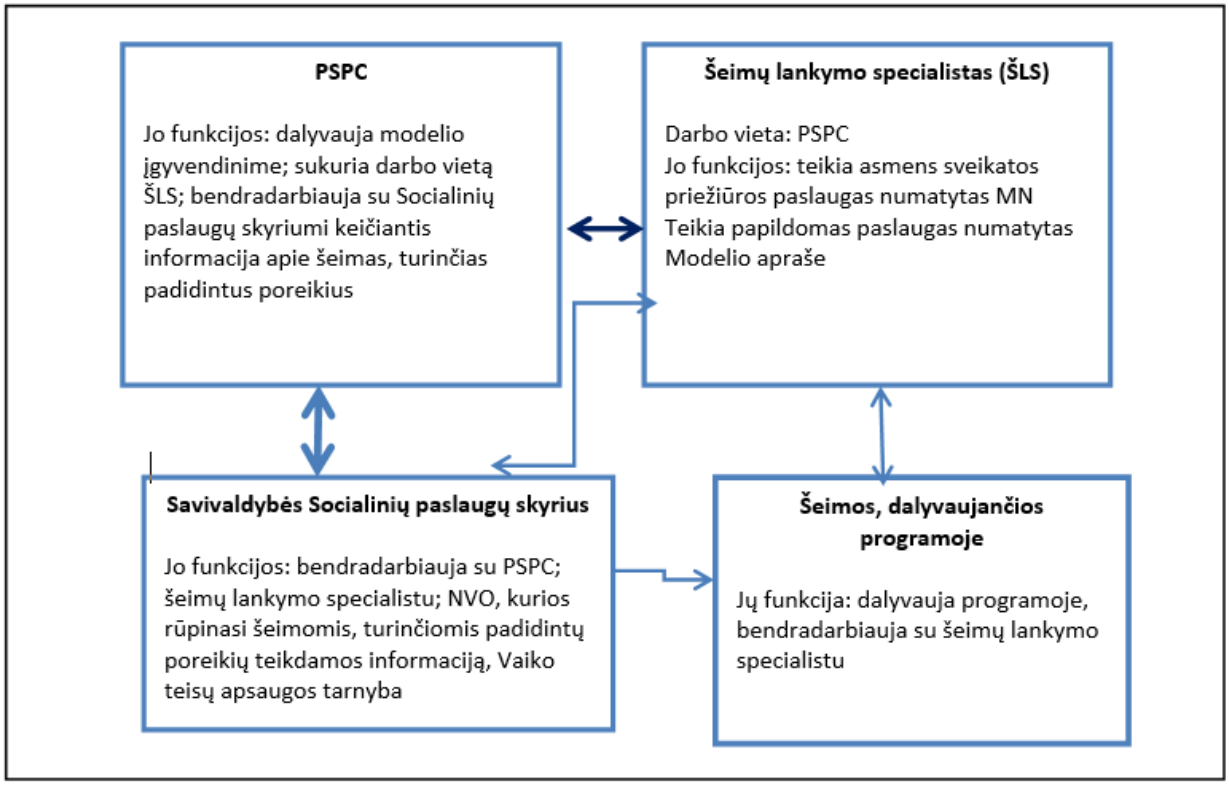
Šeimų lankymo specialistas lankydamas šeimas teiks asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios yra numatytos MN 57:2011 „Bendruomenės slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“/ MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“/MN 40:2014 „Akušeris. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“.

Papildomos Šeimų lankymo specialisto funkcijos:

- Besilaukiančių moterų (iki 22 nėštumo savaitės) prisirašiusių prie PASPĮ identifikavimas.
- Rizikos veiksnių šeimose, kuriose yra besilaukianti moteris (iki 22 nėštumo savaitės) identifikavimas.
- Šeimų įtraukimas į programą.
- Šeimų, gaunančių paslaugą, situacijos įvertinimas pagal numatytą vizitų planą ir dinamikos sekimas bei atitinkamos intervencijos taikymas pagal vertinimų rezultatus.
- Motinos/šeimos nukreipimas (jeigu reikia) pas atitinkamus specialistus (pvz., šeimos gydytojas, psichologas, socialinis darbuotojas ir pan.).
- Reguliarūs grįžtamojo ryšio susitikimai su Projekto koordinatoriais.
- Reguliari situacijos analizės ataskaita kas 6 mėnesius Projekto koordinatoriams.
- Paslaugos viešinimas; naujų klientų paieška, įtraukimas.

Šeimų lankymo specialisto atsakomybė:

- Teikdamas paslaugas, kuria aplinką, užtikrinančią pagarbą individo vertybėms, papročiams bei dvasiniams įsitikinimams.
- Užtikrina asmeninės informacijos konfidencialumą ir vadovaujasi profesine kompetencija bei teise dalintis tokia informacija.
- Bendradarbiauja su kolegomis - slaugytojais, gydytojais, socialiniais darbuotojais, psichologais ir kitų sričių atstovais, kurie rūpinasi žmonių sveikata.



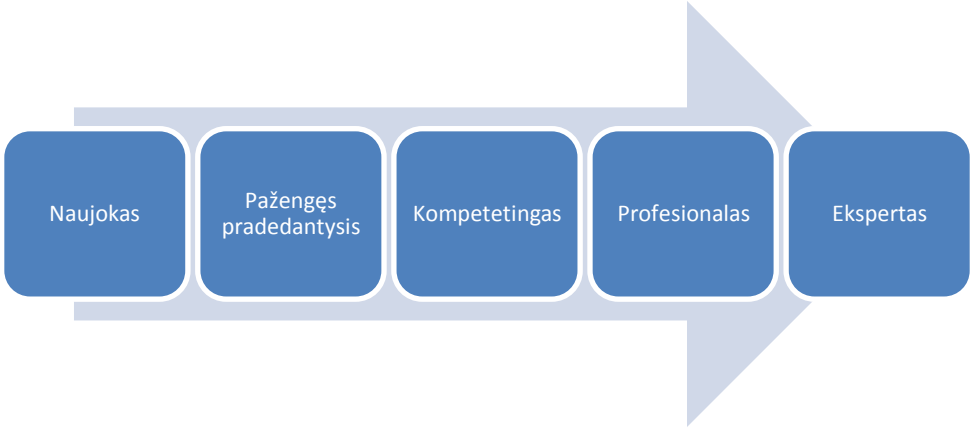
MN - medicinos norma

NVO – nevyriausybinė organizacija

2 pav. Šeimų lankymo specialisto vieta sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sektoriuje

Pasibaigus projektui šeimų lankymo specialistai taps naujų šeimų lankymo specialistų praktikos mokytojais (mentoriais). Praktikos mokytojas (mentorius) – slaugytojas ar akušeris, dirbantis toje pačioje PSPĮ, baigęs Šeimų lankymo specialistų podiplominių mokymų programą ir turintis ne mažesnį kaip 2 metų darbo stažą šeimų lankymo programoje.

Naujų šeimų lankymo specialistus praktikos mokytojai mokys, remiantis Benner modeliu, kur kompetencija ugdoma per patirtį, pereinant penkis mokėjimo ir įgūdžių lygius: nuo naujoko iki eksperto[4] (2 pav.).



[4] Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison Wesley, 1984;13-34

Praktikos mokytojas (mentorius) suteiks naujai parengtiems ir pradedantiems darbą šeimos lankymo specialistams supervizijas/grįžtamojo ryšio susitikimus, kurių metu aptars iškylančius iššūkius ir jų įveiklinimo būdus.

Remiantis Benner teorijos teiginiais, supratimu apie konkrečią situaciją ir situacijos refleksiją specialistas geba taikyti mokslo žinias, priklausomai nuo paciento/kliento buvimo vietos, laiko ir esamų sąlygų, o tai veda prie klinikinės išminties ir kompetencijos ugdymo. Įgydami vis daugiau patirties, specialistai gali geriau organizuoti priežiūrą, efektyviau spręsti problemas, nustatyti paciento poreikius, integruoti skirtingas problemų valdymo metodikas į savo profesinę veiklą bei veiksmingai bendrauti. Galima teigti, kad specialistas, „keliaudamas šio modelio lygmenimis“, ugdo savo kompetenciją, gerina įgūdžius, tokiu būdu užtikrindamas pacientų saugumą bei paslaugų kokybę.

4 etapas – paslaugų monitoringas

Projekto komanda (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas), su kiekvienu specialistu atlieka 18 supervizijų/grįžtamojo ryšio susitikimų. Supervizijos/grįžtamojo ryšio susitikimai vyksta 4 kartus nėštumo laikotarpiu, 12 kartų nuo vaiko gimimo iki 1,5 metų. Vaikui sulaukus 1,5 metų, supervizijos/grįžtamojo ryšio susitikimai vyksta 2 kartus.

Projekto metu vykdytojai (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas) planuoja aplankyti šeimas, kurios dalyvauja programoje ir su jomis atlikti individualius interviu, kurie leis įvertinti modelio paslaugų priimtinumą, kokybę ir asmeninę naudą moteriai/šeimai. Šeimos kiekvienoje savivaldybėje bus pasirinktos atsitiktine tvarka ir savanoriškai sutikusios dalyvauti individualiame interviu.

V. MODELIO REZULTATAI

Įdiegus Šeimų lankymo, teikiant ankstyvosios intervencijos paslaugas, modelį tikimasi, kad pagerės tiek artimieji[5], tiek atokieji[6] rodikliai susiję su motinos ir vaiko sveikata bei socialine gerove.

Artimieji sveikatos ir socialinės gerovės rodikliai:

[5] pasiekiami per modelio įgyvendinimo laikotarpį
[6] Pasiekiami per 5 metus nuo modelio įgyvendinimo pradžios

- padidės žindomų naujagimių (kūdikių, vaikų) skaičius;
- padidės kūdikių skiepijimo apimtys (< 6 mėn.);
- sumažės nėščiųjų, kurios rūko skaičius;
- sumažės nėščiųjų, kurios turi padidėjusį arterinį kraujo spaudimą skaičius;
- sumažės antrojo karto nėštumų skaičius kol pirmajam vaikui sukaks 2 metai;
- sumažės vizitų skaičius į priėmimo skyrių dėl nelaimingų atsitikimų, springimų, apsinuodijimų kol vaikui sukaks 2 metai;
- pagerės naujagimių, kūdikių, vaikų fizinė raida iki 2 metų amžiaus;
- pagerės tėvų gebėjimas pasirūpinti vaikais saugioje aplinkoje;
- pagerės emocinio ryšio sukūrimas tarp tėvų ir vaikų.

Atokieji sveikatos ir socialinės gerovės rodikliai:

- sumažės socialinės rizikos šeimų skaičius metų pabaigoje dėl tėvų vaiko priežiūros įgūdžių stokos 100000/gyv.;
- sumažės hospitalizacijų dėl traumų (iki 2 metų);
- pagerės moterų įsitraukimas į darbo rinką;
- sumažės motinų nusikalstamumas.

MODELIO TVARUMAS

Norint išvengti paslaugų fragmentiškumo, sulaukti tiek atokiųjų, tiek artimųjų sveikatos ir socialinės gerovės rodiklių pagerėjimo, reikėtų ir pasibaigus projekto įgyvendinimo laikotarpiui savivaldybėse šalia rutininių sveikatos priežiūros paslaugų teikti šeimų lankymo specialisto paslaugas. Taip pat, paslaugų tęstinumui užtikrinti reikalingas ir finansavimo mechanizmas.