MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

INESA TUPIKOVSKIENĖ

PALIATYVIOS PAGALBOS STACIONARE POLITIKOS FORMAVIMAS IR ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE: VILNIAUS MIESTO SAVIVALDYBĖS ATVEJO ANALIZĖ

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

dr. ***Barbara Stankevič***

VILNIUS 2019

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

PALIATYVIOS PAGALBOS STACIONARE POLITIKOS FORMAVIMAS IR ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE: VILNIAUS MIESTO SAVIVALDYBĖS ATVEJO ANALIZĖ

Sveikatos politikos ir vadybos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 6211JX074

Vadovas

_____ dr. *Barbara Stankevič*

2019 -

Recenzentas

_____

2019 -

Atliko

_____ stud. Inesa Tupikovskienė

2019 -

VILNIUS 2019

TURINYS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS ... 4
LENTELIŲ SĄRAŠAS ... 5
PAGRINDINIŲ SĄVOKŲ ŽODYNĖLIS ... 6
SANTRUPŲ SĄRAŠAS ... 7
PRIEDŲ SĄRAŠAS ... 8
ĮVADAS ... 9
1 PALIATYVIOS PAGALBOS KONCEPCIJA IR ĮGYVENDINIMAS ... 12
1.1 Paliatyvios pagalbos samprata ir ypatumai ... 12
1.2 Paliatyvios pagalbos politikos įgyvendinimo aspektai Europos Sąjungoje ... 16
2 LIETUVOS PALIATYVIOS PAGALBOS POLITIKOS ANALIZĖ ... 24
2.1 Bendrieji demografiniai rodikliai ... 24
2.2 Sveikatos priežiūros organizavimas nacionaliniu mastu ... 27
2.3 Lietuvos paliatyvios pagalbos stacionare politikos reglamentavimas ir teikimas ... 31
3 PALIATYVIOS PAGALPOS STACIONARE POLITIKOS FORMAVIMO IR ĮGYVENDINIMO PROBLEMŲ IDENTIFIKAVIMAS VILNIAUS MIESTO SAVIVALDYBĖJE ... 43
3.1 Empirinio tyrimo metodologija ir organizavimas ... 43
3.2 Empirinio tyrimo rezultatai ... 46
3.2.1 Paliatyvios pagalbos stacionare kokybės kriterijai ... 46
3.2.2 Paliatyvios pagalbos stacionare teikimo trukdžiai Lietuvoje ... 50
3.2.3 Paliatyvios pagalbos stacionare kvalifikacijos užtikrinimo sistema ... 62
3.2.4 Paliatyvios bendruomenės\visuomenės formavimas ir įtraukimas ... 63
3.2.5 Ekspertų pasiūlymai paliatyvios pagalbos teikimo Lietuvoje gerinimui ... 66
IŠVADOS ... 68
REKOMENDACIJOS ... 71
LITERATŪROS ŠALTINIAI ... 73
ANOTACIJA ... 81
ABSTRACT ... 82
SANTRAUKA ... 83
SUMMARY ... 84
PRIEDAI ... 85

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Pasaulio sveikatos organizacijos sveikatos modelis (Downie‘as & Tannahilla, 1997m.)

2 pav. Pasaulio sveikatos organizacijos aktyvaus gydymo ir paliatyvios pagalbos pasiskirstymo modelis

3 pav. Sergamumas ir mirtingumas nuo piktybinių navikų Lietuvoje 100 000 gyv.

4 pav. Lietuvos nacionalinė sveikatos sistemos struktūra

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Paliatyvios, integralios ir palaikomosios pagalbos panašumai ir skirtumai

2 lentelė. Sveikatos vartotojų indekso palyginimas tarp Europos šalių

3 lentelė. Bendras kokybės mirties indeksas

4 lentelė. Demografiniai pokyčiai ES 1999 – 2014 m.

5 lentelė. Paliatyvių pacientų sveikatos stiprinimas remiantis Otavos chartija

6 lentelė. Demografiniai pokyčiai Lietuvoje 1995-2017 m.

7 lentelė. Onkologinių ir kraujotakos sistemos sergamumas, ligotumas ir mirtingumas

8 lentelė. Paliatyvios pagalbos vieno lovadienio kaina

9 lentelė. Paliatyvios pagalbos lovų skaičius pagal apskritis

10 lentelė. Paliatyvią pagalbą teikiančios įstaigos ir jų funkcionavimas

11 lentelė. Gydytojo, slaugytojos ir slaugytojos padėjėjo pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė

12 lentelė. Gydytojų skaičiaus kaita Lietuvoje 2014-2017 m.

13 lentelė. Slaugytojų skaičius tenkantis 10 000 gyv.

14 lentelė. Slaugytojų padėjėjų skaičius tenkantis 10 000 gyv.

15 lentelė. Paliatyvios pagalbos teikimo Lietuvoje vertinimas pagal mirties kokybės indeksą.

16 lentelė. Paliatyvios pagalbos kokybės kriterijai.

17 lentelė. Paliatyvios pagalbos teikimo trukdžiai Lietuvoje.

18 lentelė. Kliūtys sukeltos personalo veiklos.

19 lentelė. Paliatyvios pagalbos stacionare kaštai.

20 lentelė. Paliatyvios pagalbos prieinamumo kliūtys.

21 lentelė. Specialistai teikiantys paliatyvią pagalbą stacionare.

22 lentelė. Specialistų trūkumo stacionare priežastys.

23 lentelė. Visuomenės informavimo ir įtraukimo priemonės.

24 lentelė. Ekspertų pasiūlymai pagerinti paliatyvios pagalbos kokybę Lietuvoje.

PAGRINDINIŲ SĄVOKŲ ŽODYNĖLIS

BARTHEL indeksas – tai žmogaus galimybių matas, įvertinantis jo sugebėjimą savarankiškai veikti bei apsitarnauti. Jis dar vadinamas Merilendo bejėgiškumo indeksu, kurio skalė buvo panaudota Merilendo trijose lėtinių susirgimų ligoninėse, kad standartizuotai būtų įvertintos ligonių, sergančių nervų-raumenų, kaulų-raumenų susirgimais, galimybės. Indeksas pirmiausia padeda įvertinti savarankiškumą ir judrumą.[1]

Hospisas – ASPĮ, teikianti kompleksinę paliatyviąją pagalbą, apimančią stacionarines ir ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas.[2]

Opioidiniai analgetikai - skausmą malšinantys vaistai naudojami gydyti stiprų ir vidutinį skausmą. Šie medikamentai panašūs į mūsų organizmo gaminamas medžiagas, kurios dalyvauja skausmo malšinime.[3]

Pacientas – asmuo, kuris naudojasi įstaigų teikiamomis paslaugomis, nesvarbu, ar jis sveikas, ar ligonis.

Paliatyvioji pagalba – paciento, sergančio pavojinga gyvybei, nepagydoma, progresuojančia liga, ir jo artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo priemonės, lengvinančios kančias, padedančios spręsti kitas fizines, psichosocialines ir dvasines problemas[4]

Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė – įstaiga, akredituota teikti pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis ir turintiems ribotas apsitarnavimo galimybes, nustatytas palaikomojo gydymo, slaugos ir socialines paslaugas.[5]

Sveikatos priežiūros įstaiga – a)įstaiga ar įmonė, šio ir kitų įstatymų bei teisės aktų nustatyta tvarka akredituota sveikatos priežiūros paslaugoms ir patarnavimams teikti; b)įstaigos ar įmonės, užsiimančios kita (ne sveikatos priežiūros) veikla, filialas ar padalinys, akredituotas sveikatos priežiūros paslaugoms teikti.[6]

Savanoriška veikla – savanorio neatlyginamai atliekama visuomenei naudinga veikla, kurios sąlygos nustatomos savanorio ir šios veiklos organizatoriaus susitarimu.[7]

---

[1] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ministro įsakymas „Dėl funkcinių būklių, dėl kurių pripažįstama visiška invalido negalia, sąrašo patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 39,1240 (1999).

[2] Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo. TAR 1001 (2019).

[3] http://www.kaiskauda.lt/gydymas/#medikamentinis-opioidiniai

[4] „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 7, 290 (2007).

[5] „Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.“ *Valstybės žinios* 66, 1572 (1996).

[6] *Ibid*

[7] „Lietuvos Respublikos savanoriškos veiklos įstatymas.“ *Valstybės žinios* 86, 4142 (2011).

SANTRUPŲ SĄRAŠAS

ASP - asmens sveikatos priežiūra

ASPĮ - asmens sveikatos priežiūros įstaiga

BVP - bendras vidaus produktas

BPG - Bendrosios praktikos gydytojas

EPPA - Europos pliatyvios pagalbos asociacija

LNSS - Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

MN - medicinos norma

PSDF - privalomojo socialinio draudimo fondas

PSPC - Pirminės sveikatos priežiūros centras

PSO - Pasaulio sveikatos organizacija (anglų k. World Health Organisation (WHO))

SP - specialus poreikis

SAM - Sveikatos apsaugos ministerija

VLK - Valstybinė ligonių kasa

TLK - Teritorinė ligonių kasa

PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 PRIEDAS. Ekspertų kokybinio pusiau struktūrizuoto tyrimo klausimai.

2 PRIEDAS. Europos šalių mirties kokybės indeksas (anglų kalba).

3 PRIEDAS. Lietuvos nacionalinė sveikatos sistemos struktūra (anglų kalba).

ĮVADAS

Temos aktualumas ir naujumas. Sveikata - biologinis, socialinis ir psichologinis suderinamumas bei tarpusavio sąveikos rezultatas. „Sveikatos politika - tai suderintas visų visuomenės, politinių, socialinių bei ekonominių sektorių veiklos planas. „Ekonominis svyravimas, demografiniai ir socialiniai pokyčiai šalyje įtakoja sveikatos priežiūros kokybę ir strateginių sveikatos tikslų įgyvendinimą. Lietuvoje ir kitose Europos Sąjungos narių šalyse pastebimos visuomenės senėjimo, gimstamumo mažėjimo, aukšto mirtingumo nuo onkologinių ir kraujotakos sistemos ligų tendencijos. Tai įtakoja didėjantį sveikatos priežiūros poreikį ir lemia paliatyvios pagalbos poreikio augimą.

Paliatyvi ir palaikomoji pagalba yra panašios savo reikšme, tačiau skirtumas yra tame, kad palaikomoji slauga apima dažniausiai neįgalius ar senyvo amžiaus pacientus, kurie dėl neįgalumo ar ribotos galimybės pasirūpinti savimi dėl senatvės ar pažeidimų reikalauja kitų asmenų pagalbos. Paliatyviai slaugai labiau tiktų priešmirtinės priežiūros apibūdinimas.

Paliatyvi pagalba yra sudėtinga tarpdisciplininio požiūrio reikalaujanti medicinos sritis. Tai visapusiškas fizinis, emocinis ir dvasinis individualių poreikių tenkinimas nepriklausomai nuo paciento buvimo vietos, kuri gali būti teikiama namuose, dienos stacionare arba stacionare. Kitose užsienio šalyse sveikatos priežiūros įstaigos teikiančios paliatyvią pagalbą yra vadinami hospisais. Lietuvoje šis žodis buvo laikomas svetimybe ir verčiamas, kaip slaugos namai. Tačiau nuo 2019 m. gegužės 1d. į paliatyvios pagalbos įstatymą yra įtraukta ir „hospiso“ sąvoka. Paliatyvios pagalbos teikimas apima ne tik paciento poreikius, bet ir jo šeimos narius, kuomet į paslaugos teikimą yra įtraukiama visa šią sritį aptarnaujanti specialistų komanda. Medicinos personalas siekia visapusiško gyvenimo kokybės gerinimo pacientui ir jo šeimos nariams. Tačiau atskirų komandų ar specialistų pastangos yra nepakankamos, todėl valstybei keliami yra reikalavimai užtikrinti kokybiškos paliatyvios pagalbos įgyvendinimą nacionaliniu mastu.

Pasaulinė Sveikatos organizacija (toliau - PSO) atkreipia dėmesį, nors paliatyvi priežiūra yra aiškiai pripažįstama kaip žmogaus teisė į sveikatą, ne visi Europos regionai įgyvendina pakankamą paliatyvios pagalbos teikimą nacionaliniu mastu. Pagrindinės priežastys yra ribotos valstybės lėšos, mažas dėmesys specialistų profesinei kvalifikacijai, netinkamas paliatyvios pagalbos prieinamumas.

Lietuvoje paliatyvi pagalba yra vieša paslauga. Nuo sveikatos sistemos formavimo priklauso jos prieinamumo ir teikimo kokybė, todėl šiame darbe yra siekiama išanalizuoti paliatyvios pagalbos stacionare politikos formavimą ir įgyvendinimą, esamas spragas bei gerinimo galimybes.

Pliatyvios pagalbos teikimas Lietuvoje buvo formuojamas nuo nepriklausomybės atkūrimo dienos, tačiau teisiniuose aktuose paliatyvios pagalbos teikimas buvo priskirtas palaikomajam gydymui. Nuo 2007 m. įteisintas oficialus teisės aktas, kuris reglamentuotų paliatyvios pagalbos teikimą ir nuo

2008 m. patvirtintas atskiras paliatyvios pagalbos paslaugų teikimo kompensavimo reglamentas. Pastarąjį dešimtmetį paliatyvios pagalbos įgyvendinimas vis dar vyksta labai lėtai. Nors Sveikatos sistemos formuotojai didino stacionarinių lovų skaičių ir finansavimą ligoninėms, gerino paslaugų teikimo prieinamumą, tačiau vis dar lieka nemažai įgyvendinimo spragų.

Temos ištirtumas. Paliatyvios pagalbos teikimas Lietuvoje yra ganėtinai nauja tema politikos formulavimo ir įgyvendinimo kontekste. Pastaraisiais metais augantis paliatyvios pagalbos poreikis lėmė šios temos aktualumą ir diskusijas politikos formuotojų tarpe. Siekiant pagerinti paliatyvios pagalbos kokybę nemažai dėmesio šiai sričiai skiria Pasaulinė Sveikatos organizacija (toliau - PSO), ragindama užsienio šalis atkreipti dėmesį į senėjančios visuomenės ir mažėjančio gimstamumo bei didėjančio sergamumo onkologinėmis ligomis demografinius pokyčius. PSO rekomendacijos skirtos ne tik medicinos darbuotojams, bet ir sveikatos politikos formuotojams, kurie yra atsakingi už žmonių sveikatos priežiūros kokybės gerinimą. Lietuvoje informacijos apie paliatyvios pagalbos teikimo principus yra nedaug, tačiau kitose užsienio šalyse, kurių praktikomis vadovaujasi ir Lietuva yra pateikiama konkreti informacija ir pagalbos teikimo gairės tiek medicinos specialistams, tiek sveikatos politikos formuotojams.

Tyrimo problema. Paliatyvi pagalba nėra atskiro sergančio individo ar jo šeimos narių problema, kurią turi spręsti tik sveikatos priežiūros specialistai. Lietuvoje vis dar yra galiojanti nuostata, kad tai yra šeimos narių problema. Vertinant paliatyvios pagalbos teikimo formavimą Lietuvoje yra stebimas per mažai išplėtotas mirštančiajam teikiamų paslaugų prieinamumas. Didelė dalis pacientų jų nesulaukia dėl ilgų eilių, stacionarios pagalbos ir miršta namuose. Iki šiol vis dar galioja prieš dešimtmetį sukurta paliatyvios pagalbos teikimo tvarka. Yra sutelkiamas dėmesys tik į aktyvų paciento gydymą, bet ne į sergančiojo sveikatos priežiūros kokybės gerinimą. Sveikatos priežiūros specialistų profesinei kvalifikacijai, teikti paliatyvią pagalbą, skiriama nepakankamai dėmesio. Apie paliatyvios pagalbos teikimo svarbą visuomenėje yra teikiama nepakankamai informacijos.

Hipotezė. Sėkmingam paliatyvios politikos formavimui ir įgyvendinimui, turi įtakos specialistų trūkumas ir jų parengimo šiai paslaugai teikti problemos. Nepakankamai teisingai paskirstytas finansavimas, dėl nepakankamo lovų skaičiaus stacionare, dalis pacientų šios pasaugos nesulaukia, emigracija ir mažėjantis gimstamumas retina kaimo vietoves, todėl ši paslauga tampa ne visiems prieinama.

Objektas. Lietuvos paliatyvios pagalbos stacionare politikos formavimas ir įgyvendinimas Vilniaus miesto savivaldybėje.

Tikslas - teoriškai ir empiriškai išanalizuoti paliatyvios pagalbos stacionare politikos formavimą ir jos įgyvendinimą Lietuvoje.

Uždaviniai:

1. Išanalizuoti paliatyvios pagalbos koncepciją ir įgyvendinimą Europos Sąjungoje.
2. Išnagrinėti paliatyvios pagalbos reglamentavimo bei teikimo tvarką Lietuvoje atsižvelgiant į Lietuvos sveikatos sistemos politikos formavimo kontekstą.
3. Identifikuoti paliatyvios pagalbos stacionare politikos formavimo ir įgyvendinimo problemas Vilniaus miesto savivaldybėje.

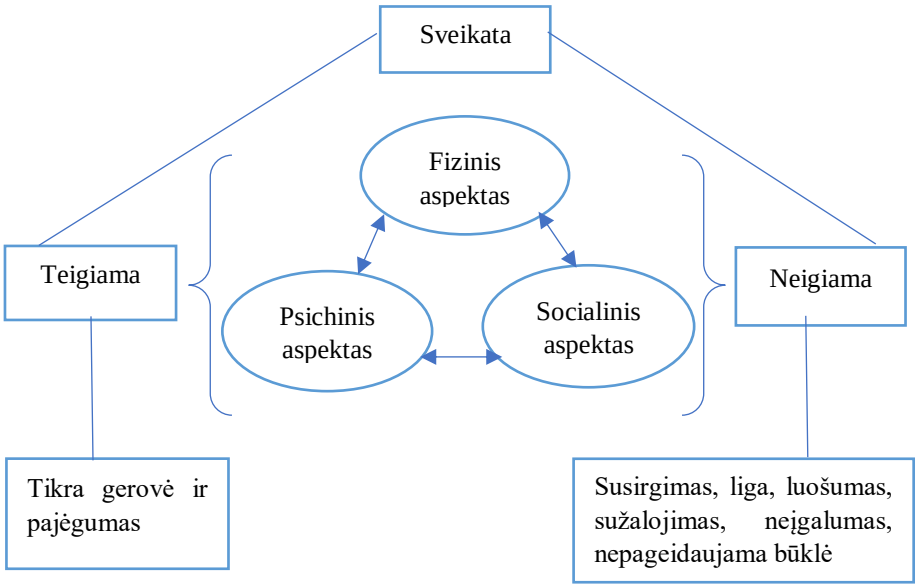
Darbo metodai. Teorinėje darbo dalyje buvo siekiama išanalizuoti mokslinės literatūros šaltinius. Taikant sisteminį metodą buvo surinkta ir išanalizuota užsienio literatūros autorių pateikta informacija bei atlikti tyrimai. Taikant šį metodą atlikta priimtų ir galiojančių teisės aktų Lietuvoje sisteminė analizė. Aprašomasis metodas buvo taikomas siekiant išnagrinėti paliatyvios pagalbos teikimo ypatumus ir svarbą Europos Sąjungoje. Taip pat analizuojami statistiniai duomenys, demografiniai pokyčiai, medicinos specialistų skaičiaus kaita, kurie atskleidė esamą situacija tiek Lietuvoje tiek visoje Europoje. Praktikinė darbo tyrimo dalis atlikta taikant kokybinį tyrimą - pusiau struktūrizuotą interviu. Tyrime dalyvavo 6 ekspertai, kurie atsakė į šešis pateiktus pagrindinius klausimus. Apklausiant ekspertus pokalbis buvo įrašomas ir vėliau perkeliamas transkribuojant į iš anksto pasiruoštus aplankus kompiuteryje. Tyrimui atlikti buvo pasirinkta Vilniaus miesto savivaldybė, nes šioje savivaldybėje yra daugiausia paliatyvią pagalbą teikiančių lovų bei didžiausias jų funkcionavimas.

Darbo struktūra ir apimtis. Magistrinio darbo struktūrą sudaro, paveikslų, lentelių, sąvokų ir priedų sąrašai, įvadas, trys pagrindinės dėstomosios dalys, išvados, rekomendacijos, literatūros šaltinių sąrašas, darbo santrauka ir anotacija lietuvių ir anglų kalba bei priedai. Darbo apimtis yra 87 puslapiai (su priedais), kuriame yra 4 paveikslai, 24 lentelės, 3 priedai.

1 PALIATYVIOS PAGALBOS KONCEPCIJA IR ĮGYVENDINIMAS

1.1 Paliatyvios pagalbos samprata ir ypatumai

Nuolat besikeičiantis pasaulis dėl jį formuojančių jėgų daro įtaką žmonių sveikatai. „Sveikata yra svarbiausia žmogaus gyvenime ir turi būti palaikoma veiksminga politika ir efektyviais veiksmais valstybėse narėse, Europos bendrijos lygiu ir pasauliniu mastu.“[8] „*Individo požiūriu sveikata yra būklė, atsirandanti, kaip trijų sandų – biologinio, socialinio ir psichologinio – sąveikos rezultatas*“[9] Visos šios sąvokos yra svarbios, nes įtakoja mokslinių tyrimų kryptingumą ir praktikinės veiklos tikslingumą. PSO patektame modelyje (žr. 1 pav.) yra sveikata yra apibrėžiama kaip neigiama ir teigiama būsena, kuri įtakoja fizinę, socialinę ir psichologinę būseną.



1 pav. PSO sveikatos modelis (Downie‘as & Tannahilla, 1997 m.)

Šaltinis: Cit. pagal Jakušovaitė, I.; Luneckaitė, Ž. „*MEDICINOS FILOSOFIJOS probleminio mokymosi knyga. LSMU Leidybos namai*“ Kaunas: 2011 p. 442

Neigiama sveikata apibrėžiama kaip diskomfortas ir negalavimas. Tačiau šį pojūtį gali jausti ir jokių rimtų susirgimų neturintis asmuo. Sunkiai sergantis nepagydoma liga, dėl tinkamo gydymo gali jaustis gerai ir laikyti save nesergančiu. Jei pacientas jaučiasi gerai fiziniu, psichologiniu ir socialiniu

[8] Europos Komisijos (EK). BALTOJI KNYGA Kartu sveikatos labui, 2008 – 2013 m. ES strateginis požiūris. Briuselis. KOM (2007) 630 galutinis. Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_lt.pdf
[9] Jakušovaitė, I., Luneckaitė, Ž. „*MEDICINOS FILOSOFIJOS probleminio mokymosi knyga*“ LSMU Leidybos namai. Kaunas: 2011 p. 442

aspektu galima sakyti jo gyvenimo kokybė yra maksimaliai patenkinta nors ir yra neigiama sveikata.[10] Sveikatos sampratos apibrėžimas yra gana platus ir nėra jokio bendro susitarimo kas yra sveikata, todėl tai gali apsunkinti praktinius sveikatos palaikymo ir skatinimo veiksmų prioritetų nustatymą. Siekiant apimti daugybę skirtingų gyvenimo aspektų sveikatos samprata yra naudojama įvairiuose kontekstuose. Atsižvelgiant į šį sudėtingumą, mažai tikėtina, kad bus suformuluota vieninga sveikatos samprata, apimanti visas jos reikšmes.[11]

Siekiant gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir stiprinti sveikatą asmenims negalintiems pasirūpinti savimi dėl ligos, senatvės ar neįgalumo yra teikiama paliatyvi, palaikomoji ir integrali pagalba, kuri turi panašumų ir skirtumų.

1 lentelė. Paliatyvios, integralios ir palaikomosios pagalbos panašumai ir skirtumai

Pagalbos rūšis	**Paliatyvi**	**Palaikomoji**	**Integralioji**
Gavėjas	Mirštantis, nepagydoma liga sergantis asmuo.	Asmuo turintis negalią, ir asmenys sulaukę pensijinio amžiaus.	Asmuo turintis negalią, ir asmenys sulaukę pensijinio amžiaus.
Teikimo vieta	Stacionare, hospise, (neribotas būvimo laikas), namuose.	Stacionare (iki 120 d.)[12] ir namuose	Namuose
Teikimo pobūdis	Kai netaikomas aktyvus gydymas.	Aktyvaus gydymo metu	Aktyvaus gydymo metu
Orientuota į	Simptomų kontrolę ir mirštančiojo gyvenimo kokybės gerinimą	Sveikatos lygio atstatymą	Sveikatos lygio atstatymą
Komanda	Daugiadisciplinė	Daugiadisciplinė	Daugiadisciplinė
Finansavimas	Valstybės finansuojamos	Valstybės finansuojamos	Valstybės finansuojamos

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal galiojančius „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“, „Dėl Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“, „Dėl Integralios pagalbos plėtros veiksmų plano patvirtinimo“ teisės aktus.

Paliatyvi ir palaikomoji pagalba yra panašios savo reikšme, tačiau skirtumas yra tas, kad palaikomoji slauga apima dažniausiai neįgalius ar senyvo amžiaus pacientus, kurie dėl neįgalumo ar

[10] Jakušovaitė, I., Luneckaitė, Ž., *supra* note 9, p. 442-443

[11] Naidoo, J., Wills, J. „*Foundations for Health Promotion*“ University, UK: 2016. Prieiga per internetą: https://www.amazon.co.uk/dp/0702054429/ref=sspa_dk_detail_5?psc=1

[12] LR Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymas Nr. V-1145 „Dėl Aktyviojo gydymo stacionarinėms paslaugoms nepriskiriamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašų ir slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo.“ TAR 14004 (2014).

ribotos galimybės negali pasirūpinti savimi, dėl senatvės ar pažeidimų, reikalauja kitų asmenų pagalbos. O paliatyvi pagalba teikiama sunkiai sergantiems diagnozuota ir nepagydoma liga su išreikšta pavyzdžiui skausmo ar nerimo simptomatika. Paliatyviai slaugai labiausiai tiktų priešmirtinės priežiūros apibūdinimas. Žodžio „priešmirtinis“ terminas gali būti suprantamas dvejopai, tai pagalba prieš mirtį arba pagalba mirštančiajam, kuri gali užtrukti ir iki metų.[13] Palaikomoji pagalba yra panaši į integraliąją pagalbą, tačiau ši paslauga yra teikiama tik namuose.

Literatūroje galima rasti įvairius paliatyvios priežiūros apibūdinimus, kaip paliatyvi slauga, globa ar pagalba. Tačiau iš esmės tai turi tą pačią reikšmę, kuri apima visą asmenį - jo kūną, sielą, protą ir dvasią. „Paliatyvi pagalba yra juridinė prievolė, pripažinta Jungtinių Tautų konvencijomis ir įvairių tarptautinių asociacijų ginama kaip žmogaus teisė, paremta teise į aukščiausius įmanomus fizinės ir psichinės sveikatos standartus.“ [14] Žodžio paliatyvus reikšmė (lot. pallium) apibūdinamas, kaip apsiaustas, apdangalas ir yra siejamas su nepageidaujamu požymių likvidavimu, nes alternatyvi medicina išgydyti jau nebegali.[15]

PSO paliatyvią pagalbą apibrėžia kaip visapusišką pagalbą žmogui, kuris susiduria ne tik su nepagydoma liga, bet ir psichologinėmis bei dvasinėmis problemomis. Tai yra tarpdisciplininio pobūdžio veikla, kuri apima pacientą ir jo šeimos narių gyvenimo kokybės gerinimą nepriklausomai ar pacientas yra prižiūrimas namuose ar ligoninėje. Nors ir vaikų paliatyvi pagalba iš esmės apima tuos pačius aspektus, kaip ir suaugusiojo, tačiau PSO pabrėžia, kad būtent vaikų globa yra ypatinga ir reikalauja išskirtinio dėmesio tiek pacientams, tiek jų šeimos nariams.[16]

Europos paliatyvios pagalbos asociacija (toliau - EPPA) paliatyvią pagalbą apibūdina panašiai kaip ir PSO. Kai aktyvus gydymas jau yra nebeveiksmingas, reikalaujantis holistinio požiūrio ir tenkinantis pacientą ir jos šeimos narius. Holistinis požiūris apima psichologinę, psichosocialinę ir dvasinę pagalbą įskaitant skausmo malšinimą ir kitus simptomus. EPPA pabrėžia, kad paliatyvios pagalbos teikimas nei pagreitina, nei prailgina žmogaus gyvenimo trukmę, tačiau siekia aukščiausios kokybės priežiūros iki paciento mirties. Mirtis paliatyvioje pagalboje yra natūralus procesas.[17]

Didžiąja dalimi paliatyvią pagalbą apima paciento slauga, kuri vykdoma pagal gydytojo paskyrimus (vaistų skyrimas, būklės vertinimas), todėl neretai galima sutikti terminą – paliatyvi slauga.

---

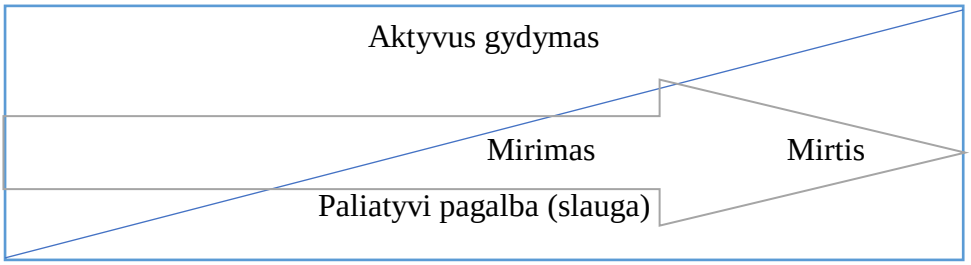
[13] Europos paliatyviosios pagalbos asociacijos rekomendacijos „Baltoji knyga: paliatyviosios pagalbos ligoninių (angl. hospice) ir paliatyviosios pagalbos standartai bei normos Europoje“ Kaunas: 2012 p. 20. Prieiga per internetą: http://www.pola.lt/wp-content/uploads/2013/01/ES-standartai-ir-normos.pdf

[14] Palliative Care - A Human right „*Prahos chartija: vyriausybė privalo užtikrinti kančios palengvinimą ir pripažinti, kad gauti paliatyviąją pagalbą – žmogaus teisė*“ Europos paliatyviosios pagalbos asociacija, Tarptautinė paliatyviosios pagalbos ligoninių (angl. hospice) ir paliatyviosios pagalbos asociacija, Pasaulio paliatyviosios pagalbos aljansas ir Tarptautinė Žmogaus teisių stebėjimo organizacija, 2013. Prieiga per internetą: https://www.eapcnet.eu/publications/eapc-publications/ArtMID/843/ArticleID/356/lithuanian-prahos-chartija“

[15] „HOSPICE” paramos fondas: http://www.hospice.lt/LT/paliatyvioji-pagalba/

[16] World Health Organisation: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

[17] European Association of Palliative Care: https://www.eapcnet.eu/about-us/what-we-do



2 pav. PSO aktyvaus gydymo ir paliatyvios pagalbos pasiskirstymo modelis

Šaltinis: T. Blum, N. Schönfeld „*The lung cancer patient, the pneumologist and palliative care: a developing alliance*“ Eur Respir J 2015; 45: 211–226. Prieiga per internetą: http://erj.ersjournals.com/content/erj/45/1/211.full.pdf

Paliatyvi pagalba (slauga) pagal paciento poreikius yra teikiama tada, kai žmogui yra diagnozuota nepagydoma liga ir aktyvus gydymas neteikia rezultatų. Paliatyvios pagalbos paslaugos gali būti teikiamos ambulatoriškai namuose, palaikomojo gydymo stacionare ar specialiame centre. Specialūs paliatyvios pagalbos centrai yra dar vadinami hospisais. Žodis „hospice“ yra žinomas jau nuo senų laikų ir yra plačiai naudojamas, kaip organizuota mirštančio paciento priežiūra. Šią priežiūrą apima medicininės, dvasinės (terminaliniams pacientams), socialinės, psichologines paslaugas. Hospisų kūrimasis yra požymis nepakankamo valstybės paliatyvios pagalbos užtikrinimo.[18]

Apibendrinat galima teigti, kad svarbiausią ką žmogus turi savo gyvenime - jo sveikata. Deja ligos, neįgalumas yra žmogaus geros sveikatos trikdžiai. Pagarba žmogui ir maksimalus jo sveikatos išlaikymas yra pagrindinis medicinos specialistų darbo tikslas. Palaikomoji, integralioji ir paliatyvioji pagalba yra teikiama siekiant visapusiško ir optimalaus sveikatos organizmo sistemos palaikymo.

Paliatyvi pagalba yra jautriausia ir daugiausia dėmesio reikalaujanti medicinos sritis. Beveik 80 % ligonių patiria skausmą dėl onkologinių ligų ir beveik 67% skausmą patiria sergančių lėtinėmis širdies ir kraujagyslių bei kvėpavimo takų ligomis. Pagrindiniai aspektai paciento kokybei užtikrinti, tai skausmo kontrolė, parama, palaikymas, maksimalus geriausios būsenos išlaikymas, paslaugos tiekėjų etinė pareiga palengvinti kančias ir išlaikyti žmogaus orumą. Sveikatos priežiūros specialistai yra nepajėgūs vieni užtikrinti visa apimančios pagalbos, todėl svarbų vaidmenį kuriant paliatyvios pagalbos pagrindus turi įgyvendinti sveikatos sistemos formuotojai.[19] „Vyriausybės nesugebėjimas užtikrinti paliatyviąją pagalbą gali būti traktuojamas kaip žiaurus, nežmoniškas ar žeminantis elgesys su pacientais.“ [20]

[18] „HOSPICE” paramos fondas: http://www.hospice.lt/LT/hospice/
[19] Worldwide Palliative Care Alliance „*Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*“ WHO: 2014 p. 30. Prieiga per internetą: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
[20] Palliative Care - A Human right, Prahos chartija, *supra* note 14, p. 1.

1.2 Paliatyvios pagalbos politikos įgyvendinimo aspektai Europos Sąjungoje

Žmogaus sveikata yra didžiausia vertybė. Kiekviena valstybė yra atsakinga už savo piliečių sveikatos politikos formavimą. Sveikatos sistemos prioritetai ir gairės yra nustatomos pagal šalyje esančią politinę sistemą, interesų grupių poveikį, įrodymais pagrįstomis teorijomis. Europos Sąjungoje (toliau - ES) yra siekiama remtis veiksminga politika įtraukiant gyventojus į sprendimų priėmimą. Siekiant sukurti tvarią vidaus ir išorės sveikatos sistemos politiką, ji turi būti grindžiama pagrindinėmis visuotinumo, sveikatos skirtumo mažinimo, teisingumo, solidarumo vertybėmis. Valstybės turi užtikrinti galimybę visiems vienodai gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Ekonominė šalies padėtis yra glaudžiai susijusi su politinėmis galimybėmis mažinti sveikatos priežiūros netolygumus. Nustatyta, kad valstybės investavimas į profilaktiką ir problemines sveikatos sritis įtakoja demografinius pokyčius ir didina ekonominį produktyvumą. [21]

Ekonominės priežastys lemia skirtingą lėšų paskirstymą sveikatos sistemai, todėl šalies finansavimo galimybės įtakoja sveikatos priežiūros kokybę.[22] Bendro vidaus produkto (toliau - BVP) skiriamų lėšų vidurkis ES valstybėse 2017m. buvo 9,9 %. Vienos daugiausiai skiriančių bendro vidaus produkto procentai sveikatos sistemai yra Jungtinė Karalystė (9,9), Nyderlandai (10,7), Šveicarija (11,7), Vokietija (11,4), Belgija (10,5) Vienos mažiausiai skiriančių lėšų sveikatos sistemai yra Lietuva (6,5), Estija (6,5), Latvija (5,8), Lenkija (6,3), Rumunija (5,6).[23] Lyginant skiriamas valstybių lėšas su Europos sveikatos vartotojų indeksu (anglų k. Euro Health Consumer Index) galima įžvelgti, kad kuo geresnė ekonominė padėtis ir didesnis lėšų paskirstymas sveikatos sistemai, tuo geresnis yra bendras sveikatos sistemos indeksas.

Europos sveikatos vartotojų indeksas yra skaičiuojamas nuo 0 iki 1000, vertina bendrą šalių sveikatos sistemą ir atskiras jos sritis (sveikatos priežiūros prieinamumą, patekimo pas specialistą laiką ir t.t.) bei lygina tarp kitų valstybių.

2 lentelė. Sveikatos vartotojų indekso palyginimas tarp Europos šalių

Šalys\metai	**2008**	**2012**	**2015**	**2017**
Jungtinė Karalystė	650	721	736	735
Lietuva	520	585	628	574
Latvija	449	491	567	587
Estija	669	653	706	691

[21] Europos Komisijos (EK). BALTOJI KNYGA Kartu sveikatos labui, 2008 – 2013 m. ES strateginis požiūris. Briuselis. KOM (2007) 630 galutinis. Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_lt.pdf

[22] Janušonis, V., Popovienė, J. „*Kokybės sistemos*“ Klaipėda: 2004 p. 9

[23] Country Health Profiles 2017. Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_en

Lenkija	511	577	523	584
Nyderlandai	839	827	916	924
Šveicarija	712	769	894	898
Belgija	661	783	836	832
Vokietija	740	704	828	836
Rumunija	488	489	527	439

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis Health Consumer Powerhous duomenimis. Prieiga per internetą: https://old.healthpowerhouse.com/en/category/euro-health-consumer-index/?post_type=publications

Remiantis lentelėje pateiktais duomenimis matoma Skandinavijos šalių pirmumo tendencija. Nyderlandai tvirtai laikosi pirmoje pozicijoje ir tai yra aukščiausias Europoje indeksas. Kitos valstybės tarp pirmaujančių yra Jungtinė Karalystė, Šveicarija, Vokietija, Belgija.[24] Mažiausias vartotojų sveikatos indeksas skirtingais lentelėje pateiktais metais yra stebimas Latvijoje, Rumunijoje, Lenkijoje. Baltijos šalyse matomas indekso gerėjimas iki 2015 m. Latvijoje išlieka gerėjimo tendencija iki 2017 m., o Lietuvoje ir Estijos indeksas krenta žemyn. Bendrame Baltijos šalių kontekste Estijos indeksas yra aukščiausias.

Paliatyvios pagalbos organizavimo efektyvumą atspindi kokybės mirties indeksas (anglų k. quality of death). Šis indeksas buvo sukurtas mokslinių tyrimų grupės (Economist Intelligence Unit), vadovaujant Trisha Suresh siekiant įvertinti paliatyvios pagalbos įgyvendinimo lygį atskirose šalyse. Vertinama šalių paliatyvios pagalbos kokybė (30%), prieinamumas (20%), žmogiškieji ištekliai (20%), bendruomenės įsitraukimas (10%) ir paslaugų įperkamumas (20%). Visi šie komponentai sudaro 100 % efektyvumą. Kokybė teikiant paliatyvią pagalbą sudaro didžiausią procentą. Pagrindiniai aukštos paliatyvios pagalbos kokybės teikimo komponentai yra:

1. tinkama skausmo kontrolė,
2. psichologinė pagalba,
3. sveikatos priežiūros specialistų gebėjimas įtraukti pacientą į jo pačio priežiūrą,
4. sveikatos priežiūros specialistų gebėjimas pritaikyti individualias priežiūros paslaugas,
5. sveikatos priežiūros specialistų gebėjimas padėti šeimos nariams.

Stacionarinių, dienos centrų ir namuose paslaugų teikimo infrastruktūra, informacijos sklaida nulemia galimybę gauti prieinamą paslaugą komunikaciniu ir organizaciniu aspektu (bendras Lietuvos ir kitų valstybių kokybės mirties indeksas pateiktas 3 lentelėje).[25]

[24] Health Consumer Powerhouse "*Euro Health Consumer Index 2017 Report*" p. 6. Prieiga per internetą: https://old.healthpowerhouse.com/wp-content/uploads/2018/01/EHCI-2017-report.pdf

[25] A report by The Economist Intelligence „*The 2015 Quality of Death Index*" Ranking palliative care across the world p. 15. Prieiga per internetą:https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf

3 lentelė. Bendras kokybės mirties indeksas

ES šalys	Lietuva	Rumunija	Vokietija	JK	Belgija	Nyderlandai	Lenkija
***BKMI**	54,0	28,3	82,0	93,9	84,5	80,9	58,7

*BKMI -Bendras kokybės mirties indeksas

Šaltinis: sudarytas darbo autorės remiantis „The 2015 Quality of Death Index"

Kokybės mirties indeksas yra aukščiausias JK, Belgijoje, Nyderlanduose ir Vokietijoje. JK yra laikoma viena iš lyderių teikiant kokybišką, prieinamą paliatyvią pagalbą asmenims. Lietuvos, Rumunijos ir Lenkijos indeksas stebimas per pus mažesnis. Šalių, kurios BVP procentas sveikatos priežiūros kokybei buvo vienas didžiausių stebima koreliacija, sveikatos vartotojų ir kokybės mirties indeksas buvo didžiausi.

2 ir 3 lentelėje yra pasirinktos valstybės pagal daugiausiai ir mažiausiai skiriančias BVP sveikatos sistemai. 3 lentelėje nėra paminėtos Latvija ir Estija, nes šių šalių atstovai nepateikė duomenų, todėl jos nebuvo įtrauktos į tyrimą.

Ekonominiai svyravimai, demografinės tendencijos, kaip mažėjantis gimstamumas, ilgėjanti gyvenimo trukmė ir senėjanti visuomenė lemia prioritetų perskirstymą šalyse. Pokyčiai kelia nemažą iššūkį valstybių nacionaliniam tvarumui ir gali sąlygoti didėjantį sveikatos priežiūros poreikį. [26]

4 lentelė. Demografiniai pokyčiai ES 1999 – 2014 m.

Metai		1999[27]	2010	2011	2012	2013	2014
Bendras mirtingumo vidurkis 1000 gyv.			9,7	9,7	9,9	9,9	9,8
Gimstamumo vidurkis 1000 gyvų gimusių naujagimių.		10,95	10,7	10,4	10,2	10	10
Sergamumas piktybiniais navikais 100 000 gyv.			541	550	551	556	
65 m. amžiaus ir vyresnių gyventojų dalis (proc.)			17,4	17,6	17,8	18,2	18,6
Tikėtina vidutinė gyvenimo trukmė	**Moterų**		21,0	21,3	21,1	21,3	21,6
	Vyrų		17,5	17,8	17,7	17,9	18,2

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis Higienos instituto „Lietuvos gyventojų sveikatos būklė ES šalių kontekste" Vilnius: 2016 leidiniu. Duomenų šaltiniai leidinyje yra rinkti iš Eurostat, PSO ir Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros

[26] Mcllfatric, S.J., Murphy, T. „*Palliative care research on the island of Ireland over the last decade: a systematic review and thematic analisys of peer reviewed publications*" BMC Palliative Care 2013, 12:3. Prieiga per internetą: https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-684X-12-33

[27] Higienos instituto informacinis centras „*Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veika 1999 m*." Vilnius : 2000. Prieiga per internetą: http://hi.lt/lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-ir-sveikatos-prieziuros-istaigu-veikla-2013-m.html

organizacijos OECD. Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/Lietuva%20ES%20kontekste.pdf

ES valstybėse yra stebimas tikėtinos gyvenimo trukmės nežymus ilgėjimas ir bendras gyventojų mirtingumo stabilus rodiklis. Tai rodo gerėjančios sveikatos politikos veiklos rezultatus. Tačiau stebima ir neigiama demografinių pokyčių tendencija, kaip gimstamumo mažėjimas ir didėjantis demografinės senatvės koeficientas.[28] Gyventojų prognozės rodo, kad nuo 1996 iki 2031 m. 65 m. amžiaus gyventojų skaičius turėtų būti daugiau nei dvigubai didesnis.[29] Eurostat, PSO[30] ir OECD (anglų k. Organisation for Economic Co-operation and Development) duomenimis dažniausias gyventojų mirtingumas yra nuo onkologinių ir kraujotakos sistemos ligų.[31] Eurostato duomenimis Onkologinių ir kraujotakos sistemos ligų mirtingumas 2001 m. ir 2011 m. laikotarpyje išlieka stabilus, bet gan aukštas. Matomas nežymus kraujotakos sistemos ligų mažėjimas ir onkologinių ligų didėjimas.[32] „Annals of Oncology“ publikuotame straipsnyje yra teigiama, kad onkologinių ligų sergamumas kai kuriomis vėžio formomis mažėja ir tai patvirtina palankias vėžio mirtingumo tendencijas įregistruotas Europoje, tačiau skaičiuojant bendrą mirtingumą nuo 2012 m. iki 2017 m. kilo 3%. Tikėtina, kad kils ir toliau. Šis kilimas siejamas su senėjančia visuomene.[33]

Industrinė Europos farmacijos federacija ir asociacija (anglų k. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA)) pastebi, kad pažangi medicina prailgina sergančių gyventojų skaičių. To pasėkoje didėja ir sergančiųjų skaičius, nes kasmet prisideda naujų atvejų. Mažėjantis gimstamumas, senėjanti visuomenė ir didėjantis sergančiųjų skaičius kelia iššūkį sveikatos sistemos tvarumui visoje Europoje.[34] Tai lemia didesnį slaugos poreikį. Atsižvelgdama į demografinius pokyčius PSO skatina valstybes nares įgyvendinti kokybišką ir prieinamą paliatyvios pagalbos politiką. Daugelyje šalių šis įgyvendinimo procesas vyksta lėtai, dažnai yra neapimami sveikatos priežiūros specialistai, mokymai yra riboti arba jų visai nėra. Opioidinių vaistų prieinamumo pacientams ribojimas ir netinkama skausmo kontrolė blogina sergančiojo gyvenimo kokybę. Sveikatos priežiūros formuotojų, medicinos specialistų ir visuomenės supratingumo stoka, lemia klaidingą požiūrį į sveikatos sampratą ir paliatyvios pagalbos naudą bei reikalingumą.[35]

[28] Higienos instituto informacinis centras *„Lietuvos gyventojų sveikatos būklė ES šalių kontekste“* Vilnius : 2016. Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/Lietuva%20ES%20kontekste.pdf

[29] Department of health and children “Report of the National Advisory Committee on PALLIATIVE CARE“ Publication 2001 p. 12. Prieiga per internetą: https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/nacpc.pdf

[30] World Health Organization: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer

[31] OECD (2017) Health at a Glance 2017: OECD indicators, OECD Publishing, Paris. p. 54. Prieiga per internetą : https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en

[32] Eurostat „Eurostat regional yearbook 2015“ ISSN 2363-1716, p. 66-71, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015. Prieiga per internetą: https://www.dcu.ie/sites/default/files/edc/pdf/eurostat_2015.pdf

[33] Malvezzi, M., Carioli, G., Bertuccio, P., Boffetta, P. and other „*European cancer mortality predictions for the year 2017, with focus on lung cancer*“ Annals of Oncology 28: 1117–1123, 2017. Prieiga per internetą: https://academic.oup.com/annonc/article/28/5/1117/3044179

[34] European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations: https://www.efpia.eu/news-events/the-efpia-view/blog-articles/the-future-of-patient-centered-oncology-care-in-europe#

[35] World Health Organization: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

Susiduriant su vis naujais iššūkiais sveikatos sistemai, reformos yra neišvengiamos. Didžiausią įtaką žmogaus sveikatai darantys demografiniai, ekonominiai ir socialiniai veiksniai valstybėms nacionaliniu mastu pastangų įveikti jau nebeužtenka, todėl palaipsniui problemos perkeliamos į viršnacionalinį lygį.[36]

Siekiant formuoti ir įgyvendinti optimalios paliatyvios pagalbos teikimą yra tikslinga naudoti PSO pateiktais pagrindiniais sveikatos priežiūros teisumo, prieinamumo, lygybės, saugumo, visapusiškumo, laisvo pasirinkimo, solidarumo, principais. Vienas pagrindinių principų yra laikomas teisumas.[37] Teisumas pabrėžia aukščiausios sveikatos priežiūros lygių galimybių sudarymą kiekvienam asmeniui. Lygybė - tai teisė gauti visiems vienodas paslaugas valstybėje nepaisant materialinės padėties, rasės ar įsitikinimų.[38]

Pirminė sveikatos priežiūra yra laikoma pagrindu. Almatos deklaracija ir „Sveikata 2020“ strateginiuose dokumentuose yra nurodoma, kad ligų prevencija ir sveikatos stiprinimas turi būti prioritetinė visos sveikatos sistemos sudedamoji dalis. PSO pabrėžia, kad veiksmingiausia paliatyvi pagalba yra laikoma ligos progreso pradžioje. Būtent ankstyva paliatyvi pagalba ne tik pagerina pacientų gyvenimo kokybę, bet ir sumažina nereikalingą hospitalizavimą.[39]

2014 m. pirmoje paliatyvios pagalbos Pasaulio sveikatos asamblėjos rezoliucijoje PSO ir valstybės nares paragino pagerinti prieigą prie pirminės sveikatos priežiūros/slaugos namuose ir integruoti į sveikatos sistemos sudedamąją dalį. [40] Sveikata yra vertinama kaip pagrindinė žmogaus teisė ir patikima socialinė investicija. Ši nuomonė buvo patvirtinta PSO pateiktoje Džakartos deklaracijoje, kurioje sveikata turi glaudų ryšį su socialine ir ekonomine plėtra. Sveikatos stiprinimą nacionaliniu lygmeniu kaip prioritetą išreiškia Otavos ir Bankoko chartijos. PSO pateiktose chartijose yra siekiama bendro sveikatos sistemos stiprinimo, akcentuojant politikų vaidmenį žmonių sveikatinime ir visuomenės ugdyme visuma. Otavos chartijoje yra siekiama likviduoti neigiamus padarinius sveikatai, o Bankoko chartijoje akcentuojamas stipresnis politinis dalyvavimas. Norima didinti sektorių bendradarbiavimą tiek nacionaliniu, tiek tarpvalstybiniu lygmeniu.[41] Otavos chartija yra skirta bendram sveikatos sistemos kūrimui, tačiau jos pritaikomumas yra svarbus visose medicinos srityse.

[36]McKee, M., Gilmore, A.B., Schwalbe N.“International cooperation and health. Part I: issues and concepts“ J Epidemiol Community Health 2005;59:628–631. doi: 10.1136/jech.2003.013532. prieiga per internetą: https://jech.bmj.com/content/jech/59/8/628.full.pdf
[37] Doc. dr. Jankauskienė, D.; Pečiūra, R. „*Sveikatos politika ir valdymas*“ Vilnius: 2007p. 18

[38] World Health Organization: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
[39] *Ibid*.
[40] Sixty-seventh World Health Assembly „Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course“ WHA67.19, 24 May 2014. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454en/s21454en.pdf
[41] Doc. dr. Jankauskienė, D.; Pečiūra, R., *supra* note 37, p. 90-94

5 lentelė. Paliatyvių pacientų sveikatos stiprinimas remiantis Otavos chartija

Otavos chartija	Sveikatos stiprinimas paliatyvioje priežiūroje
Sukurti visuomenės politiką, padedančia stiprinti sveikatą.	Švietimas ir informacijos skleidimas apie sveikatą, mirimą ir mirtį.
Sukurti aplinką, padedančią gerinti sveikatą.	Suteikti paliatyvios pagalbos prieinamumą visiems asmenims.
Įtraukti į sveikatos stiprinimą bendruomenę.	Sukurti politiką, kurioje nėra atskirtas mirimas ir gyvenimas.
Tobulinti individualias sveikatos stiprinimo žinias bei įgūdžius.	Skatinti individualių asmens savybių perorientavimą
Perorientuoti sveikatos priežiūros tarnybas.	Skatinti paliatyvios pagalbos paslaugų teikimo perorientavimą

Šaltinis: sudaryta remiantis B. Rumbold "*Public Health Approaches to Advance Care Planning:*" Palliative Care Unit, School of Public Health, La Trobe University, Victoria, 2017. Prieiga per internetą: https://slideplayer.com/slide/4341578/

Visuomenės sąmoningas švietimas apie mirtį turėtų būti ugdomas ir skatinamas kalbėti bendruomenėje. JK įkurta Nacionalinė paliatyvios pagalbos taryba, kuri kviečia bendruomenę i neoficialius susitikimus aptarti mirties sampratą, priešmirtinius norus. Kitose šalyse Nevyriausybinės organizacijos dėka medijos, siekia kuo daugiau informuoti apie paliatyvios pagalbos svarbą.

Kuriant aplinką padedančia gerinti paliatyvios pagalbos kokybę svarbų vaidmenį atlieka sveikatos priežiūros formuotojai. Tinkamas aplinkos sukūrimas pagerina paslaugų kokybę 20%. Siekiant perorientuoti ir pagerinti paliatyvios pagalbos priežiūros kokybę, šalys su aukštu kokybės mirties indeksu pateikia pagrindines savybes: [42]

- Tvarus ir veiksmingas paliatyvios pagalbos politikos įgyvendinimo pagrindas,
- Pakankamas finansavimas,
- Pliatyvios pagalbos specialistų aukšta profesinė kvalifikacija,
- Pastangos kuo daugiau nuimti finansinę naštą nuo paciento,
- Opioidinių preparatų prieinamumas,
- Visuomenės supratingumas apie paliatyvią pagalbą.

PSO pabrėžia optimalios palityvios pagalbos kūrimą sudaro trys svarbūs komponentai:

1. Žmogiškieji ištekiai (specialistų įtraukimas ir esamų specialistų mokymas),

[42]A report by The Economist Intelligence „*The 2015 Quality of Death Index*" Ranking palliative care across the world p. 15. Prieiga per internetą:https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf

2. Visapusiškas paliatyvios sveikatos priežiūros sukūrimas ir finansavimas,
3. Pritaikyta paliatyviai slaugai vaistų politika (tinkamas vaistų skyrimo ir prieinamumo valdymas).[43]

Formuojant sveikatos sistemos kokybės politiką yra remiamasi bendrais principais, kaip orientacija į pacientą, nuolatiniu tobulėjimu ir komandiniu darbu.[44] Komandinio darbo svarba yra matoma tiek paciento, tiek personalo atžvilgiu. Tai padeda užtikrinti geresnę paslaugų kokybę ir išvengti nepageidaujamų įvykių darbe. Personalui tenka mažesnis krūvis, gerėja informacinis srautas. Paciento atžvilgiu komandinis darbas gali užtikrinti saugumą ir pasiekti geresnių rezultatų.[45] Remiantis PSO skirtingą profesinį išsilavinimą sudaranti komanda, kuri neturi hierarchinės struktūros lengviau pasiekia bendrą tikslą.[46] Paliatyvios pagalbos teikimas yra specifinė į pacientą ir jo poreikius orientuota priežiūra, kuri reikalauja holistinio požiūrio. Teikiant paliatyvią pagalbą holistinis požiūris apima visapusišką, sergančio nepagydoma liga paciento priežiūrą, padeda lengviau prisitaikyti prie ligos, stiprina psichologinę būseną, mažina ligos keliamą diskomfortą. Tai pagrindžia tarpdisciplininį poreikį pacientui ir jo šeimai.[47]

Sveikatos priežiūros finansavimas yra būtinas siekiant sukurti tinkamą paliatyvios pagalbos teikimą. Didžioji dalis sergančiųjų nėra pasiruošę finansiškai susidoroti su liga. Nors ir tyrimai parodė, kad paliatyvi pagalba stacionare ar hospise yra ekonomiškai efektyvi, stacionarų ir hospisų daugiausia yra išsivysčiusiose šalyse. Kiekviena šalis privalo įgyvendinti išsamų veiksmų planą, paskirstyti biudžetą, kuris yra nukreiptas į prieinamumo gerinimą. Įtraukti paliatyvią pagalbą į nacionalinę sveikatos politiką, kuris apimtų lėšų paskirstymą, rekomendacijų parengimą ir pagrindinius paliatyvios pagalbos teikimo standartus. Siekiant išanalizuoti aktualias problemas ir vystymąsi šalyse yra būtinas monitoringas. Šalys turėtų remtis PSO pateiktomis rekomendacijomis.[48]

JK, kuri yra laikoma viena iš geriausiai teikiančių paliatyvią pagalbą savo šalyje bendradarbiaudama su kitomis organizacijomis siekia įgyvendinti paliatyvios pagalbos gerinimo strategiją (2015 - 2020 m.). Šią strategiją sudaro šeši pagrindiniai komponentai: kiekvienas asmuo yra individualus, turi teisę gauti sveikatos priežiūrą, maksimalų komfortą ir gerovę, koordinuotą pagalbą, specialistų ir visuomenės visapusišką pagalbą.[49]

[43] World Health Organization: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
[44] „*Kokybės sistemos*“, *supra note* 22, p.16.
[45] N. Žemaitienė, L. Bulotaitė, R. Jusienė, A. Veryga. Sveikatos psichologija. Vilnius:2011 (278 psl.)
[46] file:///C:/Users/Inesiukas/Desktop/paliatyvi%20slauga/VS%202015%202(69)%20ORIG%20Komandinis%20darbas.pdf
[47] Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centro leidinys. SLAUGA. Mokslas ir praktika. 2014 Nr. 1 (205) http://www.sskc.lt/uploads/2014slauga%20mokslas%20zurnalas/2014-1.pdf
[48] Worldwide Palliative Care Alliance „*Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*“ WHO: 2014 p. 27. Prieiga per internetą: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
[49] National Palliative and End of Life Care Partnership „*Ambitions for Palliative and End of Life Care: A national framework for local action 2015-2020*“ p. 11. Prieiga per internetą: http://tvscn.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/09/Ambitions-for-Palliative-and-End-of-Life-Care.pdf

Apibendrinat galima teigti, kad paliatyvios pagalbos įgyvendinimas priklauso nuo šalyje esamos ekonominės padėties, kultūrinių skirtumų, esamų vertybių, socialinės atskirties bei demografinės padėties. Ekonominės galimybės leidžia valstybėms daugiau lėšų skirti žmonių sveikatos gerinimui. Vertybės ir kultūriniai įsitikinimai lemia priimamus sprendimus ir gyventojų požiūrį. Demografiniai pokyčiai įtakoja ir rodo gerėjančią arba blogėjančią ekonominę bei socialinę padėtį šalyje. Tačiau pagrindinis paliatyvios pagalbos įgyvendinimo vaidmuo visgi tenka sveikatos priežiūros formuotojams. Gebėjimas teisingai paskirstyti lėšas ir numatyti tinkamus tikslus bei priemones jiems įgyvendinti, sudaro sąlygas tikėtis geresnių rezultatų. PSO ir kitų šalių patirtis leidžia sukurti gaires ir rekomendacijas, kuriomis šalys gali remtis siekiant geresnės kokybės. Pagrindiniai aspektai įgyvendinat paliatyvią pagalbą yra palankios aplinkos sukūrimas, kuris yra paremtas informaciniu, ekonominiu, infrastruktūriniu, žmogiškųjų ištekliu pagrindu.

2 LIETUVOS PALIATYVIOS PAGALBOS POLITIKOS ANALIZĖ

2.1 Bendrieji demografiniai rodikliai

Lietuvos ekonominė padėtis lyginant su kitomis ES šalimis pagal BVP nesiekia daugiau vieno procento (0,3%). Kai tuo tarpu Vokietijos (21%), Jungtinės Karalystės (16%) ir Prancūzijos (15%) trijų aukščiausiai užimančių šalių trejetukas yra daugiau nei 15 %.[50] Lietuva yra viena mažiausiai skiriančiu BVP sveikatos priežiūrai (6,5%). Ekonominė padėtis yra glaudžiai susijusi su galimybe formuoti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Todėl Lietuva yra viena iš tų šalių, kuriai yra aktualus tarpvalstybinis bendravimas, nes ES leidžia greičiau ir efektyviau gerinti sveikatos priežiūros paslaugas visose srityse.[51]

Demografinė situacija Lietuvoje yra panaši, kaip ir kitose Europos šalyse. Lietuva yra viena iš tų šalių, kurioje žmonių populiacija pastaraisiais dešimtmečiais ženkliai sumažėjo. Priežastys įtakojančios gyventojų mažėjimą yra kasmet mažėjantis gimstamumas ir emigracija.

6 lentelė. Demografiniai pokyčiai Lietuvoje 1995-2017 m.

Metai	**1995**	**2000**	**2010**	**2015**	**2016**	**2017**
Gimstamumas	41195	34149	30676	31475	30623	28696
Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė	69,08	72,14	73,19	74,47	74,83	75,69
Demografinės senatvės koeficientas metų pradžioje	-	-	-	138	140	142
Mirtingumas 1000 gyv.	12,5	11,5	13,6	14,4	14,3	14,2

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis Higienos instituto leidiniu „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veika 2017“ Vilnius: 2017. Prieiga per internetą: http://hi.lt/lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-ir-sveikatos-prieziuros-istaigu-veikla-2013-m.html ir Oficialaus statistikos departamento duomenimis: https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?theme=all#/

Gimstamumo mažėjimo tendencijos yra siejamos su vidine ir tarptautine emigracija, ekonominiais ir socialiniais pokyčiais Lietuvoje. Yra išskiriamos pagrindinės gimstamumo mažėjimo priežastys: bendras gyventojų skaičiau mažėjimas ir pirmą kartą gimdančių moterų ilgėjantis amžius. Iki 2021 m. ir toliau yra prognozuojamas bendras gimstamumo mažėjimas ypač atokiau nuo didmiesčių esančiuose

[50] Eurostat European statistics: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170410-1
[51] Europos Sąjunga: https://europa.eu/european-union/topics/health_lt

rajonuose.[52] Atsižvelgdamas į esamą demografinę situaciją Lietuvoje LR Seimas patvirtino nutarimą „ Dėl demografijos, migracijos ir integracijos politikos 2018-2030 m. strategijos“. Šios strategijos pagrindiniai tikslai didinti gimstamumą, gerinant šeimų ekonominę padėti, bei mažinti emigraciją ir skatinti reemigraciją.[53].

Ilgėjanti tikėtino gyvenimo trukmė ir mažėjantys mirtingumo rodikliai atspindi sveikatos priežiūros kokybės gerėjimą. Lietuvoje yra pastebimas ilgėjantis vyrų ir moterų bendras gyvenimo trukmės rodiklis. Mirtingumo rodiklis nuo 2015 iki 2017 m. išlieka stabilus. Demografinio senatvės koeficiento, kuris yra skaičiuojamas pagyvenusių (65 metų ir vyresnio amžiaus) žmonių skaičius, tenkantis šimtui vaikų iki 15 metų amžiaus didėja. Šio rodiklio augimas lemia senėjančią visuomenę ir didėjančius kaštus sveikatos sistemai.

Iššūkį kelia ir didėjantis bendras sergamumas ir mirtingumas onkologinėmis, širdies ir kraujagyslių ligomis. Lietuvoje širdies ir kraujagyslių ligos yra dažniausia gyventojų mirties priežastis, kuri 2017 m. duomenimis sudarė 56 % visų mirčių. Onkologinės ligos yra antroje vietoje pagal mirtingumą ir sudaro 19% visų mirčių.[54]

7 lentelė. Onkologinių ir kraujotakos sistemos sergamumas, ligotumas ir mirtingumas

Ligos	Metai	Sergamumas	Ligotumas	Mirtingumas
Kraujotakos sistemos ligos	2005	113043	544294	23823
	2010	111440	638279	23627
	2015	184511	706352	23587
	2016	197073	706363	23103
	2017	227757	700667	22511
Onkologinės ligos (įskaitant gerybinius navikus)	2005	59820	112635	8048
	2010	69393	150486	8106
	2015	101511	197154	8348
	2016	103617	195298	8197
	2017	107778	198269	7996

Šaltinis: sudarytas darbo autorės remiantis Higienos instituto duomenimis: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=168

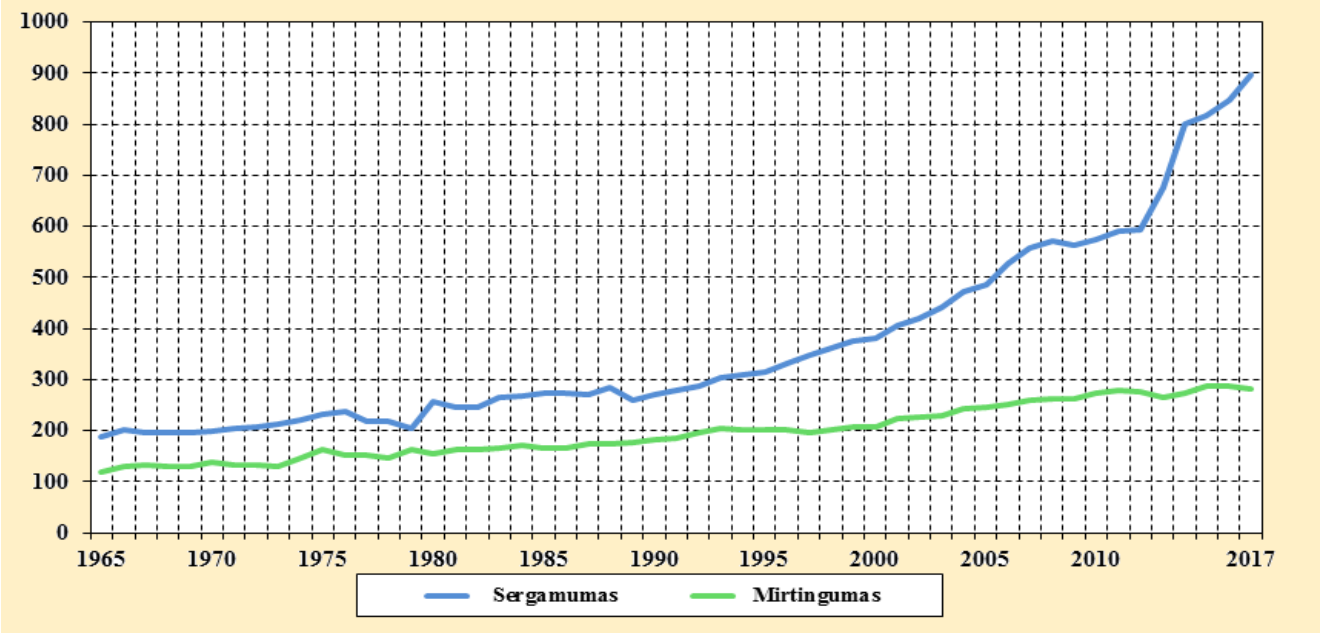
[52] Tučas, T.„*Lietuvos gyventojų amžiaus demografinės struktūros kaitos prognozė 2017 – 2021 m.“* Lietuvos švietimo ir mokslo ministerija, Vilnius: 2018. Prieiga per internetą: https://www.smm.lt/uploads/documents/naujienos/kalbos_pranesimai/Tucas_R_Demografines_prognozes_SMM_2018_01_18.pdf

[53] LR Seimo 2018 m. rugsėjo 20 d. nutarimas Nr. XIII-1484 „Dėl Demografijos, migracijos ir integracijos politikos 2018–2030 metų strategijos patvirtinimo“ Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/fbb35e02c21811e883c7a8f929bfc500?jfwid=-rwipzde7s

[54] Higienos instituto informacinis centras „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veika 2017“ Vilnius: 2017. Prieiga per internetą: http://hi.lt/lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-ir-sveikatos-prieziuros-istaigu-veikla-2013-m.html

Navikinių susirgimų ir kraujotakos sistemos ligų sergamumo, ligotumo bei mirtingumo rodikliai yra stebimi Lietuvos Privalomojo sveikatos draudimo fondo informacinės sistemos (toliau - PSDF IS). Duomenys į PSDF IS įvedami iš visų sveikatos priežiūros įstaigų, kurios yra pasirašiusios sutartis su Teritorine ligonių kasa (toliau - TLK). Vertinant šiuos rodiklius yra tikslinga aprašyti jų sąvokas, kas leidžia aiškiau suprasti kiekvieno naudojamo rodiklio svarba ir išskirtinumą.

Sergamumas – tai pirmą kartą per metus užregistruotų asmens sveikatos priežiūros įstaigose ligų, traumų ar ligų grupių skaičius. Ligotumas – tai sergančių asmenų skaičius, kuris yra užregistruoti bent vieną kartą ambulatorinėje arba stacionarinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.[55] Pateiktais lentelės duomenimis yra matomas kraujotakos sistemos ir onkologinių ligų didėjantis kiekvienais metais naujai užregistruotų susirgimų skaičius (sergamumas). Nuo 2005 m. iki 2017 m. sergančiųjų skaičius (ligotumas) onkologinėmis ligomis padidėjo 43 %. Kraujotakos sistemos ligomis sergančiųjų skaičius nuo 2005 m. iki 2015 m. didėjo 23%, 2016 m. išlieka skaičius panašus ir 2017 m. matomas 1,2 % sumažėjimas. Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų palaipsniui mažėja. Onkologinių ligų mirtingumas yra atspindimas tik nuo piktybinių navikų, kuris iki 2015 m. didėjo ir nuo 2016 m. pastebimas mažėjimas. Žemiau pateiktoje diagramoje matomas sergamumo ir mirtingumo piktybiniais navikais dinamika 100 000 gyv. nuo 1965 m. iki 2017 m.



3 pav. Sergamumas ir mirtingumas nuo piktybinių navikų Lietuvoje 100 000 gyv.

Šaltinis. Higienos instituto informacinis centras, Vilniaus Universiteto Onkologijos instituto duomenys: http://hi.lt/html/sergamumas6.htm

Sergamumas piktybiniais navikais pradėjo sparčiai didėti nuo 1995 m., kuomet buvo 300 susirgusiųjų 100 000 gyv., o 2017 m. jau siekia beveik 900 susirgusiųjų 100 000 gyv. Mirtingumas nuo

[55] Higienos instituto informacinis centras: https://stat.hi.lt/user-report-view.aspx?group_id=11

piktybinių navikų, nors ir kilo, tačiau galima teigti, kad pastaraisiais metais išlieka gana stabilus, nuo 2015 m. iki 2017 m. matoma mažėjimo tendencija. Eurostato duomenimis Lietuvoje mirtingumas nuo onkologinių ligų 2014 m. siekė 20 % visų mirčių, kai tuo tarpu, ES vidurkis (27 %). Lietuva yra 3 vietoje pagal mažiausiai procentą turinčių šalių.[56] Lyginant su 2017 m. mirtingumas nuo piktybinių navikų sumažėjo 1%.

Apibendrinant galima teigti, kad Lietuva susiduria su panašiomis problemomis, kaip ir kitos ES šalys. Mažėjantis gimstamumas, vidinė ir išorinė emigracija mažina gyventojų populiaciją ir retina gyventojų tankumą. Augantis sergamumas onkologinėmis, kraujotakos sistemos ligomis, kylantis demografinis senatvės koeficientas įtakoja didesnį poreikį sveikatos priežiūrai. Sveikatos politikos formuotojai susidurdami su neigiamais ekonomikai iššūkiais privalo perskirstyti prioritetus atsižvelgiant į sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą ir prieinamumą.

2.2 Sveikatos priežiūros organizavimas nacionaliniu mastu

Sveikatos sistemos teisėkūros funkciją atlieka trys pagrindinės institucijos: Lietuvos Respublikos Seimas, Vyriausybė, Sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM). Savivaldybės, kurias reguliuoja SAM yra atsakingos už sveikatos stiprinimą savo bendruomenėje, atkreipia dėmesį į vyraujančias problemas ir atlieka nuolatinį visuomenės sveikatos monitoringą. Jos taip pat dalyvauja įgyvendinant visuomenės sveikatos strategijas bei tikslines savivaldybių sveikatos programas.[57]

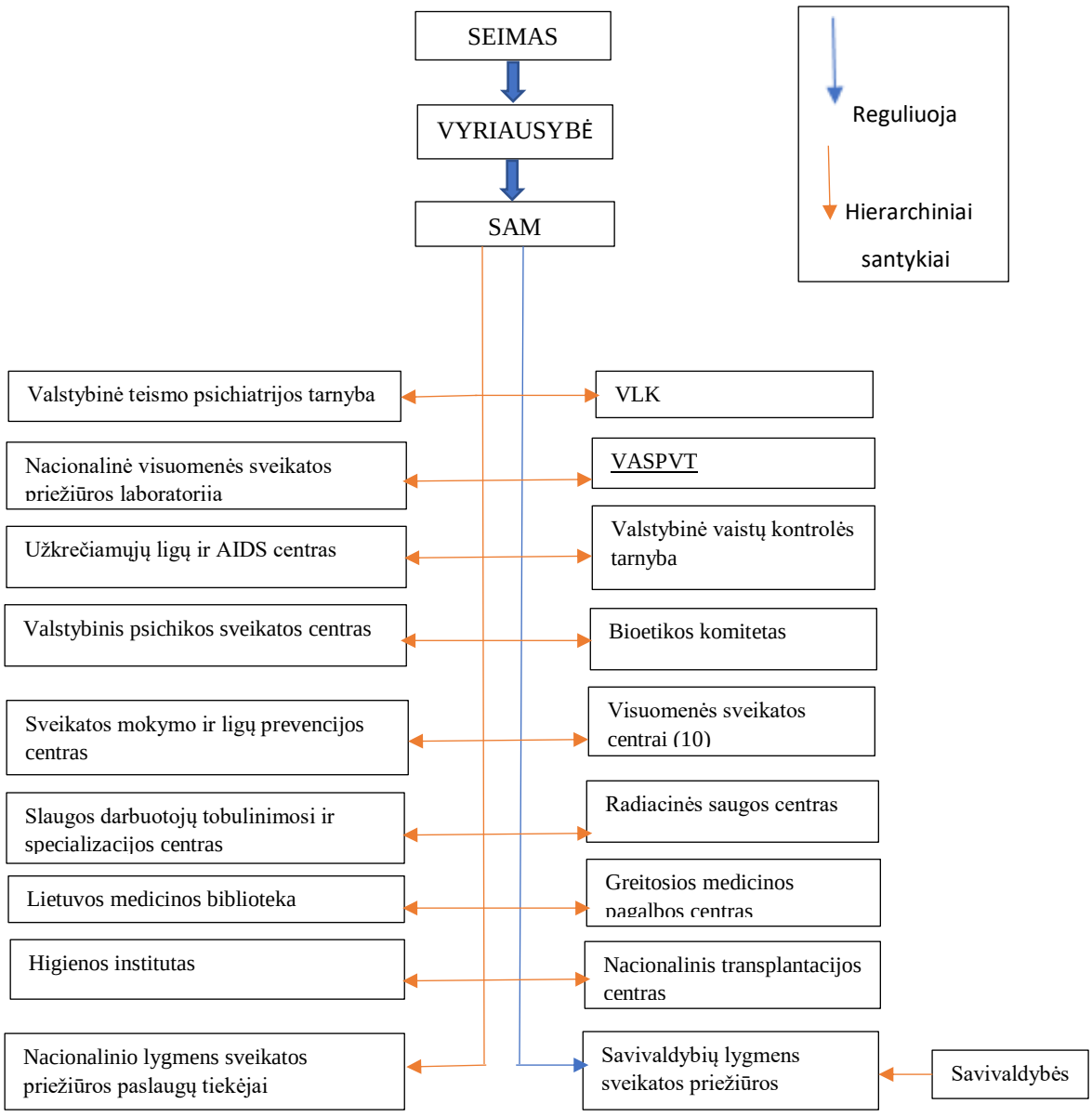
SAM pagrindinė funkcija formuoti valstybės sveikatos politiką. Ji taip pat kontroliuoja jos įgyvendinimą, rengia projektus, strateginius planus ir programas, kuriuose nurodomi prioritetai ir programos įgyvendinimo būdai.[58] Prioritetai ir strateginiai tikslai atitinka kokybės ir sveikatinimo gerinimo standartus.[59] Parlamentas formuoja politinę darbotvarkę, įregistruoja siūlomus projektus, sprendžia jų tinkamumą.[60] Jei seimo dauguma pritaria projektui, jis toliau yra perduodama vykdyti vyriausybei. Vyriausybė koordinuoja ministerijų veiklą.[61]

Prie sveikatos sistemos formavimo prisideda ir kitos institucijos, kaip Valstybinė medicininio audito inspekcija, Valstybinė ligonių kasa (toliau - VLK), visuomenės sveikatos centrai ir kitos

[56] Eurostat European statistics: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20170203-1?inheritRedirect=true
[57] LR seimo 2007 m. gegužės 24 d. įsakymas Nr. X-1150 „LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 2, 5, 6, 7, 9, 15, 16, 19, 21, 22, 24, 27, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44 straipsnių pakeitimo ir papildymo bei 8, 11, 14 straipsnių pripažinimo netekusiais galios įstatymas“, Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.298689
[58] LR vyriausybės 1998 m. liepos 24 d. Nr. 926 nutarimas“ Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo„ Prieiga per internetą: https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C9F500A0ED72/TAIS_384000

[59] LR sveikatos apsaugos ministerija: http://sam.lrv.lt/lt/apie-ministerija/misija
[60] LR Seimas: http://www.lrs.lt/sip/dba_intra.portal_portlets.padalinio_funkcijos?p_pad_id=33
[61] LR Vyriausybė: https://lrv.lt/lt/apie-vyriausybe/vyriausybe

institucijos. Pavyzdžiui VLK yra savotiška sveikatos apsaugos sistemos buhalterija, kartu su SAM daro įtaką sveikatos priežiūros įtaigoms stebėdamos jų veiklą paciento naudai.[62] Valstybinė medicininio audito inspekcija nagrinėja skundus susijusius su asmens sveikatos priežiūra. Vertina ar suteiktos paslaugos ir medicininė įranga atitiko kokybės standartus, sprendžia klausimus dėl žalos atlyginimo pacientui. Kontroliuoja sveikatos priežiūros efektyvumą ir veiklą bei stengiasi mažinti nepageidaujamus įvykius, susijusius su pacientais.[63]



4 pav. Lietuvos nacionalinė sveikatos sistemos struktūra

[62] Valstybinė ligonių kasa: http://www.vlk.lt/
[63] Valstybinė medicininio audito inspekcija: http://www.vaspvt.gov.lt/

Šaltinis: Murauskiene L, Janoniene R, Veniute M, van Ginneken E, Karanikolos M. Lithuania: health system review „*Health Systems in Transition*“ 2013; 15(2): p. 19. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/192130/HiT-Lithuania.pdf

Pagrindiniai Lietuvoje teisės aktai atspindintys sveikatos sistemos organizavimą yra Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (Nr. I-552), LR Viešųjų įstaigų įstatymas (I-1428)[64] Nuo 2019 m. įsigalioja nauji įstatymo pakeitimai,[65] LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (Nr. I-1367)[66], kurie apibūdina Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemos struktūrą, įstaigų tipus, finansavimo aspektus, santykių teisinio reguliavimo ribas bei kitus pagrindinius principus.[67]

Sveikatos priežiūros paslaugos yra skirstomos į asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigas. Asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra tiesiogiai sutelktos į atskiro individo išgydymą, apsaugą nuo susirgimo ir diagnostika.[68] Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos apima visą bendruomenės sveikatinimą, ugdymą, sergamumo mažinimą.[69] Sveikatos priežiūros paslaugos yra teikiamo stacionare arba ambulatoriškai, privačiai arba valstybinėje įstaigoje. Pacientas turi teisę pats pasirinkti gydymo įstaigą ir specialistą pirminiame, antriniame arba tretiniame lygyje. Pirminiam lygiui yra priskiriamos savivaldybės asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros biudžetinės įstaigos poliklinikos, ambulatorijos ir dienos centrai. Ambulatorinės paslaugos įstatymu nustatyta tvarka gali būti teikiama ir paciento namuose. Pirminiam lygiui nepriskiriamos stacionarinės sveikatos priežiūros įstaigos. Antriniam lygiui priskiriamos apskrities asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros biudžetinės įstaigos. Tretiniam lygiui priskiriamos valstybės visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros biudžetinės įstaigos. Tretinio lygio paslaugos yra teikiamos Kauno ir Vilniaus medicinos akademijos ligoninės, įrašytos į SAM patvirtintą sąrašą specializuotos, medicininės reabilitacijos ligoninės, sanatorinės kurortinės įstaigos bei kraujo donorystės įstaigos.[70] Įstatymų numatyta tvarka valstybinėse ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigose paslaugos teikiamos nemokamai. Paslaugos yra apmokamos iš PSDF lėšų apdraustiems asmenims.[71] LR Konstitucijoje yra teigiama, kad įstatymas privalo numatyti nemokamą medicinos pagalbą (53 str.).[72] Nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos yra apibrėžtos LR sveikatos sistemos įstatyme (18, 19 str.) ir LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme (1,2 ir 3 str.). Privačios paslaugos nėra apmokamos, todėl pacientas pasirinkęs gydytis privačiai apmoka iš savo privačių lėšų. LR sveikatos draudimo įstatymas apibūdina privalomojo sveikatos draudimo sistemą. Šis privalomojo sveikatos

[64] „Lietuvos Respublikos Viešųjų įstaigų įstatymas.“ *Valstybės žinios* 68, 1633 (1996)

[66] „Lietuvos Respublikos Viešųjų įstaigų įstatymo Nr. I-1428 1, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ir 18 straipsnių pakeitimo įstatymas.“ TAR 9068 (2018).

[67] „Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.“ *supra* note 5.

[68] Žodynas: http://zodynas.vz.lt/asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugos

[69] Žodynas: http://zodynas.vz.lt/visuomenes-sveikatos-prieziuros-paslaugos

[70] „Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.“ *op. cit.* 67

[71] Valstybinė ligonių kasa: http://www.vlk.lt/veikla/veiklossritys/ApiePrivalomajiSveikatosDraudimaLietuvoje/Puslapiai/Apie-privalomąjį-sveikatos-draudimą.aspx

[72] Lietuvos Respublikos Konstitucija. *Valstybės žinios*. 1992, Nr. 33-1014.

draudimo modelis yra paremtas solidarumo ir visuotinumo principais.[73] Tai reiškia dirbantieji asmenys apmoka sergančiųjų paslaugas.

Formuojant sveikatos sistemą Lietuvoje, vieną iš svarbiausių vaidmenų atliko gydytojų suvažiavime 1991 m. parengta nacionalinė sveikatos koncepcija. Koncepcija parengta vadovaujantis PSO ir „Sveikata visiems 2020“ principais, vertybėmis ir rekomendacijomis. Pagrindinė LR nacionalinės sveikatos sistemos (LNSS) plėtojimo strateginė kryptis yra sveikatos išsaugojimo, jos stiprinimo bei ligų profilaktikos prioritetas. Siekimas užtikrinti optimalią sveikatos būklę atspindi visos sistemos harmoningą plėtojimą.[74] Remiantis „Sveikata visiems XXI amžiuje“, Nacionaline sveikatos koncepcija ir Sveikatos sistemos įstatyme įteisinta aktyvios sveikatos politikos strategija 1998 m. buvo patvirtinta „Lietuvos sveikatos programa“, kurios pagrindiniai tikslai yra:

1. gyventojų mirtingumo mažinimas,
2. vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas,
3. sveikatos santykių teisumas,
4. gyvenimo kokybės pagerinimas.[75]

Šių tikslų siekimas yra pakartojamas atnaujintoje Lietuvos sveikatos programoje (Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa).[76]

Siekiant sukurti modernią, veržlią, atvirą pasauliui, savo nacionalinį tapatumą puoselėjančią stiprią valstybę, buvo įgyvendinta Lietuvos pažangos strategija "Lietuva 2030". Šis dokumentas yra pagrindinis planavimo dokumentas ir juo turi būti vadovaujamasi priimant strateginius sprendimus rengiant valstybės planus ir programas.[77] Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa yra parengta siekiant įgyvendinti „Lietuva 2030“ strategiją. Joje yra teigiama, kad „sveikata yra žmogaus vertybė ir gyvenimo pagrindas.“ Vienas iš šio programos tikslų yra užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą orientuotą į gyventojų poreikius.[78]

[73] „Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas.“ *Valstybės žinios* 55, 1287 (1996).
[74] „Lietuvos Respublikos aukščiausiosios Tarybos nutarimas Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo.“ *Valstybės žinios* 33, 893 (1991).
[75] „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 64, 1842 (1998).
[76] „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“ TAR 9403 (2014).
[77] „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Dėl valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030” patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 61, 3050 (2012).
[78] „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“ *op. cit.* 76

2.3 Lietuvos paliatyvios pagalbos stacionare politikos reglamentavimas ir teikimas

Nuo Nepriklausomybės atkūrimo iki 2007 m. Lietuvoje paliatyvios pagalbos apibrėžimas sveikatos politikos teisinėje bazėje neegzistavo. Kaune Carito iniciatyva 1993 m., buvo įsteigta asmens sveikatos priežiūros pirminio lygio stacionarinė nepelno siekianti įstaiga. Tai buvo pirmoji Lietuvoje ir Baltijos šalyse paliatyvios pagalbos principais besivadovaujanti įstaiga. Pagrindinius paliatyvios pagalbos principus ir peroralinio morfino naudojimą padėjo įgyvendinti paliatyvios pagalbos pradininkė Europoje bei pasaulyje, britė Siseli Sounders.[79] Žvelgiant teisiniu aspektu, Lietuvos reglamentuose paliatyvios pagalbos terminas buvo naudojamas, kaip palaikomoji pagalba. Pirmasis 1996 m. įteisintas įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 10-1:1996“ Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo specialieji reikalavimai. I dalis. Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės“, kuris apibrėžė pagrindines palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės darbo normas.[80] 2000 m. šis įstatymas pripažintas negaliojančiu ir pakeistas į „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 80:2000“ Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė“ teisės aktą. Nuo pakeistojo teisės akto esminių pokyčių nėra, buvo atnaujintas remiantis naujai įteisintais įstatymais, kurių nebuvo iki 1996 m.[81]

2007 m. įteisinus paliatyvios pagalbos įstatymą, kaip atskirą objektą ir atskyrus jį nuo palaikomosios pagalbos, šiuo metu yra galiojantys du atskyri įstatymai: „Dėl Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“[82] ir „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“[83] Nuo 2007 iki 2016 m. antrame įstatyme yra įgyvendinti penki esminiai pakeitimai, vienas iš jų šiuo metu negalioja (įstatyme buvo numatyta, kad paliatyvios pagalbos teikimas stacionare yra neribojamas, tačiau apmokėjimas iš privalomojo sveikatos draudimo fondo yra ne daugiau, kaip už 180 stacionarinės paliatyviosios pagalbos lovadienių per metus.)[84] Įstatymo atšaukimas buvo paremtas tuo, kad nelogiška išrašyti pacientą iš stacionaro, kai pacientas yra sunkios būklės. Šiuo metu paliatyvios pagalbos stacionare teikimas įstatymu numatyta tvarka yra neribojamas ir apmokamas iš PSD lėšų visą gulėjimo laikotarpį.

---

[79] Kauno slaugos ligoninė: http://kaunoslauga.lt/lt/content/apie-mus-0

[80] „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Dėl Lietuvos medicinos normos MN 10-1:1996. Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo specialieji reikalavimai. I dalis. Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės.“ *Valstybės žinios* 31, 783 (1996).

[81] „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Dėl Lietuvos medicinos normos MN 80:2000. Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė.“ *Valstybės žinios* 18, 444 (2000).

[82] „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Dėl Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 54, 2690 (2012).

[83] „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo.“, *supra* note 2.

[84] „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų saugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo.“ TAR 5491 (2014).

Nuo 2008 m. paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams paslaugų bazinės kainos tvirtinamos atskiru Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu.[85] Remiantis šiuo įstatymu paliatyvios pagalbos paslaugos yra finansuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto už vieną lovadienį.[86] Gulėjimo stacionare laikas (lovadieniai) apima kalendorinių dienų skaičių nuo paciento atvykimo ir išvykimo dienos. Atvykimo ir išvykimo dienos skaičiuojamos kaip viena diena.[87] Vieno lovadienio kaina yra skaičiuojama balais, bazinė vieno balo vertė lygi 1 eurui. [88]

8 lentelė. Paliatyvios pagalbos vieno lovadienio kaina

Paslauga \ Metai		**2016**	**2017**	**2018**
Stacionare (vieno lovadienio kaina eurais).	Suaugusių	44,70	46,53	52,11
	Vaikų	78,62	81,84	91,66

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų, teikiamų suaugusiesiems ir vaikams privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ įstatymu ir jo pakeitimais, kurie išvardinti literatūros šaltiniuose 26, 27, 28 numeriais.

Pagal lentelėje pateiktus duomenis yra matomas finansavimo kasmetinis didėjimas. 2016 m. ir 2018 m. laikotarpyje vienio lovadienio stacionare bazinė kaina kilo 7,41 eurai suaugusiam ir 13,04 eurų vaikui.

Paliatyvios pagalbos paslaugos yra skiriamos esant:

1. navikiniams susirgimams (*Karnovskio* indeksas <50 %),
2. lėtinėms kraujotakos ligoms,
3. kvėpavimo funkcijoms nepakankamumui, nepasiduodančiam optimaliam gydymui (bartelio indeksas >40 balų),
4. inkstų nepakankamumui, kai jau nebetaikomos hemodializės,
5. greitai progresuojančiam kepenų nepakankamumui (bartelio indeksas >40 balų),
6. greitai progresuojančioms nervų sistemos ligų stadijoms, gyvybei pavojingoms komplikacijoms,
7. terminalinei žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) ligos stadijai (*Karnovskio* indeksas <50 %),
8. vegetacinėms būklėms (*Glasgow* komų skalę iki 10 balų).[89]

[85] „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo.“ *Valstybės žinios* 59, 2246 (2008).

[86] „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Paliatyviosios pagalbos suaugusiesiems ir vaikams paslaugų bazinių kainų sąrašo tvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 59, 2247 (2008).

[87] Higienos instituto informacinis centras „*Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas*“ Sudarė: Cicėnienė, V., Gaidelytė, R., Garbuvienė, M. Vilnius: 2010 p. 31. Prieiga per internetą: http://hi.lt/data/stat_leid.pdf

[88] Valstybinė ligonių kasa: http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugu-baziniu-kainu-balo-verte-litais

[89] „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo.“ *Valstybės žinios* 107, 4485 (2009).

Nuo 2009 m. paslaugas galėjo gauti ir turintys nugaros smegenų sužalojimus, kai yra tetraplegija ar tracheostoma[90].

2015 m. atlikta teisės akto redakcija ir įstatymo vykdymo kontrolė perduota Sveikatos ministerijos viceministrui pagal veiklos sritį. Iki įstatymo pakeitimo kontrolė buvo pavesta sekretoriui pagal administruojama sritį.[91] „Nuo 2016 m. asmenims, kuriems taikoma dirbtinė plaučių ventiliacija, Bartelio indeksas netaikomas“[92]

Remiantis „paliatyviosios pagalbos teikimo 2016 m. redakcijos suvestine, pagrindinis paliatyvios pagalbos tikslas yra „sergančiojo nepagydoma liga, fizinių kančių, pagrindinių simptomų kontroliavimas ir mažinimas, visapusiškos pagalbos teikimas pacientui ir jo šeimai nepaisant jo buvimo vietos stacionare, dienos centre ar namuose“[93] Paliatyvios pagalbos paslaugas stacionare teikia speciali sudaryta komanda: gydytojas, slaugytojas, slaugytojo padėjėjas, psichologas, socialinis darbuotojas ir kiti specialistai pagal poreikį (pvz.: dietologas, kineziterapeutas). Pageidaujant pacientui ir šeimos nariams gali būti teikiama ir dvasinė pagalba.[94] Nuo 2019 m. gegužės 1d. įstatymu nustatyta tvarka į paliatyvios pagalbos teikimą įtraukti ir savanoriai jie galės teikti paslaugas nesusijusias su asmens sveikatos priežiūra.[95]

Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas numato, stacionarinės paliatyvios pagalbos paslaugos yra teikiamo antriniame arba tretiniame asmens sveikatos priežiūros lygyje. Paslaugos yra skirstomos į stacionarines ir mišrias (Pirminės sveikatos priežiūros centras (PSPC) su slaugos ligonine). Didžioji dalis paliatyvios pagalbos paslaugų yra teikiamos antriniame lygyje, kurios apima visoje Lietuvos apskrityse teikiamas stacionarines paslaugas.

Lietuvoje žodis „hospisas“ yra laikomas svetimybe ir naudojamas jo reikšmės keitinys slaugos namai (nedidelė ligoninė nepagydomai sergantiems žmonėms).[96] Nuo 2019 m. gegužės 1d. įsigalioja naujas paliatyvios pagalbos teikimo įstatymo pakeitimai. Įstatymo pakeitimuose yra įtrauktas žodžio „hospisas“ sąvoka.[97] Vilniuje yra vienas veikiantis Pal. Kun. Mykolo Sapočkos hospisas, jo veikla

[90] Plačiau apie diagnozes galima rasti įstatymo 1 priede

[91] „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo.“ TAR 12342 (2015).

[92] „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo.“ TAR 1435 (2016).

[93] „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo.“, *supra* note 2.

[94] *Ibid*.

[95] Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo, TAR 1001 (2019).

[96] Nevartotinos naujausios svetimybės: http://www.vlkk.lt/aktualiausios-temos/didziosios-klaidos/zodyno/nevartotinos-naujosios-svetimybes

[97] Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo, *op.cit.* 95

apibrėžta labai plačiai ir nukreipta ne tik į mirštančiuosius bet visus, kuriems reikalinga palaikomoji pagalba.[98]

Nuo 2019 m. įsigaliojus naujam paliatyvios pagalbos teikimo įstatymui yra numatomi ir kiti pakeitimai, kaip medicinos darbuotojų teikiančių paliatyvią pagalbą darbo krūvio nustatymas. Numatomas, kad lovų užimtumas nemažesnis nei 300 dienų per metus ir įstaigoje turi būti ne mažiau kaip 8 paliatyvios pagalbos lovos. [99]

Higienos instituto duomenimis 2017 m. Lietuvoje buvo registruotos 235 stacionarinės paliatyvios pagalbos lovos (dienos centrų lovos nėra įskaičiuotos).[100] Šis lovų skaičius skiriasi nuo SAM pateikto lovų skaičiaus. Todėl yra sunku įvertinti tikrąjį paliatyvios pagalbos lovų skaičių, nes SAM nenurodo duomenų šaltinių ir nėra galimybių įvertinti dinamikos. [101]

9 lentelė. Paliatyvios pagalbos lovų skaičius pagal apskritis

Apskritys / Metai	**2008**	**2010**	**2013**	**2017**
Bendras skaičius Lietuvoje	***26***	***96***	***164***	***235***
Vilniaus apskr.	0	25	49	72
Kauno apskr.	3	18	36	47
Klaipėdos apskr.	3	16	21	33
Šiaulių apskr.	20	26	26	28
Panevėžio apskr.	0	2	2	10
Alytaus apskr.	0	2	5	7
Marijampolės apskr.	0	0	7	7
Tauragės apskr.	0	2	7	7
Telšių apskr.	0	3	6	16
Utenos apskr.	0	2	5	8

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis Higienos instituto informacinio centro duomenimis. Prieiga per internetą: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=253

Vertinant Higienos instituto pateiktus duomenis galima teigti, kad paliatyvi pagalba stacionare yra teikiama visose Lietuvos apskrityse bei stebimas kasmetinis lovų skaičiaus augimas. Politikos formuotojai vertina lovų kasmetinį funkcionavimą, nes tai atspindi lovų skaičiaus poreikį, kuris yra didinamas arba mažinamas. Lovos funkcionavimas yra dienų skaičius per metus, kuomet lova buvo

[98] Pal. kun. Mykolo Sopočkos hospisas: https://www.hospisas.lt/hospisas/

[99] Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo, *supra note* 95

[100] Higienos instituto informacinis centras „*Stacionaro lovų veikla pagal lovų profilius ir ligonines 2000–2017m.*“ Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/lt/fondas.html

[101] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija: http://sam.lrv.lt/lt/naujienos/a-veryga-butina-paliatyvios-pagalbos-pertvarka

užimta.[102] Efektyvus siektinas lovos užimtumas yra 330 dienos per metus (21.1punktas). [103] Lietuvoje augant poreikiui augo ir paliatyvios pagalbos lovų skaičius 100 000 gyventojų. Įstatymu numatyta tvarka 2014 m. stacionarinės paliatyviosios pagalbos paslaugos turėjo apimti ne daugiau kaip 6 lovas 100 tūkst. gyventojų.[104] Nuo 2015 m. nuostatos buvo pakeistos iki 9 lovų 100 tūkst. gyventojų[105], 2018 m. lovų skaičius numatytas nedaugiau 12 lovų 100 tūkst. gyventojų.[106] Nagrinėjant 2017 m. lovų funkcionavimą matoma, kad didžioji dalis paliatyvios pagalbas teikiančių įstaigų naudojo pridėtines lovas. „Esant dideliam pristatomų lovų skaičiui stacionare (skyriuje), lovos funkcionavimo rodiklis yra didesnis negu dienų skaičius metuose, nes jį nustatant pristatomos lovos į vidutinį metinį lovų skaičių neįskaičiuojamos, o lovadieniai, praleisti pristatomose lovose, įskaičiuojami.“[107] Lentelėje išdėstytos paliatyvią pagalbą teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos pagal lovų skaičių didėjimo tvarka.

10 lentelė. Paliatyvią pagalbą teikiančios įstaigos ir jų funkcionavimas

Įstaiga	**Lovų skaičius metų gale**	**Lovadienių skaičius**	**Lovos funkcionavimas**
Ariogalos PSPC	1	593	593
Naujosios Akmenės ligoninė	1	365	365
Širvintų ligoninė	2	1363	681,5
Vilniaus raj. CP Šumsko slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė	2	824	366,22
Kaišiadorių ligoninė	2	1661	830,5
Prienų ligoninė	2	1741	870,5
Klaipėdos vaikų ligoninė	2	237	118,5
Klaipėdos Jūrininkų ligoninės Palangos departamentas	2	763	381,5
Joniškio ligoninė	2	1318	659
Kelmės ligoninė	2	1313	375,14

[102] „*Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas*“, *supra* note 87 p. 31.

[103] „Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 28, 1147 (2003).

[104] „Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Dėl Apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašo patvirtinimo.“ TAR 4811 (2014).

[105] „Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014m. balandžio 23 d. nutarimo Nr. 370 „Dėl Apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo.“ TAR 2995 (2015).

[106] „Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014m. balandžio 23 d. nutarimo Nr. 370 „Dėl Apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo.“ TAR 14768 (2018).

[107] „*Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas*“, *supra* note 87, p. 31.

Biržų ligoninė	2	873	436,5
Kupiškio ligoninė	2	232	116
Druskininkų PSPC	2	507	253,5
Šakių ligoninė	2	928	464
Jurbarko ligoninė	2	440	220
Šilalės ligoninė	2	2206	1103
Ignalinos ligoninė	2	469	234,5
Zarasų ligoninė	2	878	439
VUL SK filialas vaikų ligoninė	3	618	154,5
Vilniaus raj. CP Juodšilių slaugos ir palaikomojo gydimo ligoninė	3	1021	364,64
LSMUL Kauno klinikų filialas vaiku reabilitacija „lopšelis“	3	391	130
Jonavos PSPC Bukonio slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė	3	340	113,33
Raseinių ligoninė	3	1382	460,67
Kretingos ligoninė	3	1216	604.98
Salantų PSPC	3	988	329,33
Radviliškio ligoninė	3	1227	409
Tauragės ligoninė	3	1415	471,67
Plungės raj. ligoninė	3	1453	484,33
Ukmergės ligoninė	4	1377	344,25
Jonavos ligoninė	4	1078	269,5
Rokiškio ligoninė	4	980	245
VĮ Mažeikių ligoninė	4	1501	375,25
Varnių PSPC	4	1459	364,75
Šv. Klaros palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė	4	1487	365,36
Švenčionių ligoninė	5	747	149,4

Vilkijos PSPC	5	2078	415,6
Gargždų ligoninė	5	2420	484
Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė	5	2036	407,2
Marijampolės ligoninė	5	2598	519,6
Regioninė Telšių ligoninė	5	1117	223,4
Respublikinė Kauno ligoninė	6	2710	451,67
M. Marcinkevičiaus ligoninė	8	420	602,5
Vilkpėdės ligoninė	10	5495	549,5
Kauno slaugos ligoninė	18	8958	365,63
Klaipėdos medicinos slaugos ligoninė	18	6000	333,33
Šiaulių ilgalaikio gydymo ir geriatrijos centras	20	7142	357, 1
Šv. Roko ligoninė	35	11497	328,49

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis Higienos instituto informacinio centro duomenimis. Stacionaro lavų veikla pagal lovų profilius ir ligonines (literatūros šaltinis 18).

Lentelėje pateiktais duomenimis galima teigti, kad 21 ligoninėje iš 47, lovos funkcionavimas yra didesnis nei 400 dienos per metus, asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kurios teikia paliatyvią pagalbą stacionare. Iš jų Šilalės, Prienų ir Kaišiadorių ligoninėse buvo viršyta daugiau nei dvigubai. Iki 300 lovos funkcionavimas yra stebimas 11-oje įstaigų, tarp kurių yra vaikų paliatyvios pagalbą teikiančios įstaigos. Viso kitos įstaigos atitiko visiškai arba beveik kalendorinius metus. Apibendrinat yra matoma, kad daugiau nei pusė paliatyvias paslaugas teikiančių įstaigų naudojo pridėtines lovas, nes poreikis buvo didesnis nei galėjo pasiūlyti įstaiga. Ekonominiu atžvilgiu finansavimas už paliatyvias paslaugas yra didesnis nei už palaikomąją slaugą, todėl įstaigos suinteresuotos kuo daugiau teikti paliatyvių paslaugų. Taip pat pabrėžtina, kad paliatyvi pagalba yra laikoma prioritetine sritis, todėl VLK apmoka paslaugas ir už pridėtines lovas. ES struktūrinio paramos fondo dėka 2007- 2013 m. Lietuvoje buvo atnaujintos 78 palaikomojo gydymo ir slaugos bei paliatyvios pagalbos įstaigos. [108] Paliatyvios pagalbos paslaugos gali teikti didesnė dalis savivaldybių.[109] Šiuo metu paliatyvi pagalbą nėra teikiama Alytaus apskr. (Lazdijų

[108] Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų bei paliatyviosios pagalbos plėtra: file:///C:/Users/Inesiukas/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Palaikomojogydymoirslaugospaslaugupagalbospletra%20(1).pdf

[109] ES struktūrinė parama 2007 – 2013m.: http://www.esparama.lt/pasirasytos-sutartys?pgsz=50&order=&page=&priem_id=000bdd5380003dc7&proCode=&applicantName=&proName=&amountSupportFrom=&amountSupportTo=&amountPaidFrom=&amountPaidTo=&contractDateFrom=&contractDateTo=&kvietimoNr=&proStatusName=&contractFinishedDateFrom=&contractFinishedDateTo=&apskritis=&igyv_saviv=

r., Varėnos r., Alytaus r. savivaldybėse), Kauno apskr. (Birštono ir Kėdainių r. savivaldybėse), Klaipėdos apskr. (Neringos r., Skuodo r., Šilutės r. savivaldybėse), Vilniaus apskr. (Elektrėnų, Šalčininkų r., Trakų r. savivaldybėse), Šliaulių apskr. (Pakruojo r. ir Šiaulių r. savivaldybėse), Panevėžio apskr. (Panevėžio m., Panevėžio r., Pasvalio r. savivaldybėse), Marijampolės apskr. (Kalvarijos, Kazlų r., Marijampolės m., Vilkaviškio r. savivaldybėse), Tauragės apskr. (Pagėgių r. savivaldybėje), Telšių apskr.(Rietavo savivaldybėje), Utenos apskr. (Anykščių r., Molėtų r., Visagino savivaldybėse).[110] Iš 60[111] esamų Lietuvoje savivaldybių paliatyvi pagalba nėra teikiama 25-iose savivaldybėse, tai sudaro mažiau nei pusę.

Siekiant užtikrinti prieinamą sveikatos priežiūrą specialistų poreikio ir pasiūlos planavimas yra viena iš svarbiausių sveikatos sistemos dalių. Specialistų trūkumas gali riboti sveikatos priežiūros optimalią veiklą ir kokybę. Remiantis paliatyvios pagalbos teikimo galiojančiu teisės aktu, Lietuvoje komanda turi sudaryti ne mažiau kaip trys specialistai. Tarpdisciplininę paliatyvios pagalbos komandą stacionare dažniausiai sudaro gydytojas, slaugytoja, slaugytojos padėjėja, psichologas, socialinis darbuotojas ir kiti specialistai pagal poreikį (dietologas, kineziterapeutas). Pageidaujant pacientui gali būti teikiama ir dvasinė pagalba.

Sveikatos priežiūros paslaugas specialistai teikia remiantis galiojančiais teisės aktais. „Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ įstatyme yra nurodyta, kad specialistai gali teikti paliatyvią pagalbą tik baigę nemažiau 36 val. paliatyvios pagalbos kursą. Siekiant užtikrinti kokybišką ir visapusišką pagalbą pacientui ir jo šeimos nariams darbo krūvis teikiant paliatyvią pagalbą negali būti daugiau nei numatyta įstatyme. Gydytojui, socialiniui darbuotojui ir psichologui darbo krūvis numato nedaugiau kaip 10 pacientų, slaugytojui ne daugiau kaip 2 pacientai ir slaugytojo padėjėjui ne daugiau kaip 3 pacientai.[112] Nuo 2019 m. gegužės 1d. yra numatoma, kad prie 36 val. kursų kas 5 metus specialistai papildomai turės išklausyti dar 8 val. paliatyvios pagalbos teikimo kursų. Taip pat keisis ir specialistų darbo krūvio rekomendacijos slaugytojoms ne daugiau kaip 4 pacientai, o slaugytojų padėjėjams 5 pacientai budėjimo metu. Kitiems sveikatos priežiūros specialistams darbo krūvis nesikeičia. Tais atvejais kai yra pacientas su dirbtine plaučių ventiliacija gydytojui numatoma ne daugiau kaip 5, o slaugytojai ne daugiau kaip 2 pacientai budėjimo metu.[113]

[110] „*Stacionaro lovų veikla pagal lovų profilius ir ligonines 2000–2017m.*“, *supra* note 100.
[111] Oficialiosios statistikos portalas: https://osp.stat.gov.lt/regionine-statistika-pagal-statistikos-sritis
[112] „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo.“, *supra* note 2.
[113] Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo, *supra* note 95

11 lentelė. Gydytojo, slaugytojos ir slaugytojos padėjėjo pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė

Specialistas	**Gydytojas**	**Bendros praktikos slaugytoja**	**Slaugytojos padėjėja**
Teisės	Ministro ir teisės aktų nustatyta tvarka išrašyti receptus, nustatyti vaiko gimimo momentą ir asmens mirties faktus, atsisakyti teikti sveikatas priežiūros paslaugas jei tai prieštarauja etikos principams.	Teisės aktų nustatyta tvarka verstis bendrąją ar specialiąja slaugos praktika, atsisakyti teikti sveikatos priežiūros paslaugas jei tai prieštarauja etikos principais ir kt.	Gauti darbui reikalingas priemones, dalyvauti su pacientu susijusiuose bendruosiuose pasitarimuose.
Pareigos	Bendros pareigos tobulinti profesinę kvalifikaciją, nediskriminuoti, gerbti pacientų teisęs, vykdyti dokumentaciją, laikytis etikos principų ir kt. Ir pareigos pagal įgyta kvalifikaciją.	Teikti kokybiškas slaugos paslaugas, vykdyti dokumentaciją, laikytis slaugos etikos principų, bendradarbiauti su kitais sveikatos priežiūros specialistais.	Pagalba atliekant slaugos veiksmus, duomenų rinkimas (svoris, ūgis), higieninių paciento reikmių užtikrinimas ir kt.
Kompetencija	Nustatoma pagal gydytojo įgyta kvalifikaciją.	Turi žinoti sveikatos politikos nuostatas, sveikatos priežiūrą reglamentuojančius teisės aktus, higienos normų reikalavimus, žmogaus organizmo sandarą, dažniausiai pasitaikančių ligų simptomus, žinoti patologinius žmogaus organizme procesus, atlikti medicinines slaugos procedūras, paruošti pacientą diagnostiniams tyrimams ir kt.	Mokėti techniškai atlikti slaugos veiksmus, žinoti žmogaus organizmo fiziologinius ir patologinius pagrindus it kt.
Atsakomybė	Pažeidus įstatymo reikalavimus, atsako	Pažeidus įstatymo reikalavimus, atsako įstatymu numatyta tvarka.	Pažeidus įstatymo reikalavimus,

	įstatymu numatyta tvarka.		atsako įstatymu numatyta tvarka.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis „Medicinos praktikos (Nr. I-1555)“; „MN 28:2011, Bendrosios praktikos slaugytojas“; „MN 21:2000,Slaugytojo padėjėjas“ įstatymais (normatyviniai ir kiti teisės aktai, literatūros šaltiniai: 36,38,39)

„Medicinos praktikos įstatyme“ gydytojas apibrėžiamas kaip „asmuo, turintis aukštąjį medicinos išsilavinimą ir šio įstatymo nustatyta tvarka turintis teisę užsiimti asmens sveikatos priežiūra, kuri apima asmens sveikatos būklės nustatymą (ekspertizę), ligų profilaktiką, ligų diagnozavimą, ligonių gydymą ir medicininę reabilitaciją.“ [114] Tai yra pagrindinis gydytojo teises, pareigas ir atsakomybę numatantis įstatymas. Gydytojai yra skirstomi pagal profesines kvalifikacijas (šeimos, kardiologai, neurologai, onkologai), kiekviena kvalifikacija yra aprašoma atskirose medicinos normose.[115] Paliatyvios pagalbos teikimą apibrėžiantis įstatymas nenurodo kokios kvalifikacijos turi būti gydytojas teikiantis paliatyvią pagalbą, tai galima teigti, kad specialistas turintis medicininį gydytojo išsilavinimą ir išklausęs 36 val. paliatyvios pagalbos kursą gali teikti šias paslaugas stacionare.

Lietuvoje yra registruojamas bendras gydytojų ir pagal turimą kvalifikaciją skaičius. 2017 m. duomenimis bendras gydytojų skaičius siekė 13731, iš kurių 12887 yra praktikuojantys.

12 lentelė. Gydytojų skaičiaus kaita Lietuvoje 2014-2017 m.

Metai	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Praktikuojančių gydytojų sk.	12 631	12 605	12 812	12 887
Praktikuojančių gydytojų sk. 10 tūkst. gyv.	43,2	43,6	45,0	45,9

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis Lietuvos statistikos departamentu: https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?theme=all#/

Lentelėje yra pateiktas bendras visų kvalifikacijų gydytojų skaičius, kurie šiuo metų yra dirbantys visoje Lietuvoje. Remiantis pateiktais duomenimis gydytojų skaičius Lietuvoje didėja. 2015 m. ES vidurkis 3,6 (1000 gyv.), Lietuvoje skaičius yra virš 4,3 (1000 gyv.). Taigi Lietuvos gydytojų skaičius yra didelis palyginus su ES vidurkiu, tačiau yra stebima tendencija, kad yra sunku išsaugoti darbo jėgą. Gydytojai yra netolygiai pasiskirstę visoje šalyje, kaimo vietovėse stebimas gydytojų trūkumas.[116] Dėl valandų neapibrėžtumo ir senėjančios visuomenės yra sunku prognozuoti gydytojų poreikį ir pasiūlą ateityje.[117]

Slaugytojai yra kita labai svarbi sveikatos priežiūros sistemos grandis. Slaugos praktikos teisinius pagrindus, slaugytojų pareigas ir teises apibrėžia „slaugos praktikos“ įstatymas. „Slaugytojas – asmuo,

[114] „Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas.“ *Valstybės žinios* 102, 2313 (1996).

[115] Sveikatos apsaugos ministerija. Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „Dienos fotografijos“ analizė. Galutinė ataskaita. Kaunas: 2011. p. 7. Prieiga per internetą: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2011_medicinos_personalo_skaiciaus_poreikio_ir_darbo_kruvio_pilotines_dienos_fotografijos_analize.pdf

[116] Sveikatos būklės šalyse apžvalgos: https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_en

[117] *„Lietuvos gyventojų sveikatos būklė ES šalių kontekste“* “, *supra* note 28, p. 10.

įgijęs slaugos studijų baigimo diplomą, taip pat bendrosios praktikos ir (ar) atitinkamą specialiosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją.“ [118] Remiantis PSO slauga apima savarankišką bendradarbiavimu grįsta visų amžiaus grupių, šeimų, bendruomenių sveikatos priežiūrą: sveikatos skatinimą, ligų prevenciją bei ligonių, neįgaliųjų, mirusiųjų žmonių priežiūrą.[119] Bendros praktikos slaugytojo kvalifikacija įgyjama baigus pagrindines slaugos studijas toliau renkamasi specializacija (anestezijos ir intensyvios terapijos, operacinės, bendruomenės, psichikos sveikatos slaugytojas). Bendruomenės slaugytojai pagal kompetenciją yra priskiriama paliatyvi pagalba pirminėje, antrinėje ir tretinėje sveikatos priežiūros lygyje. Tačiau įstatyme yra nurodyta, kad bendruomenės slaugytoja teikia paslaugas ambulatoriškai arba namuose. Teikiant paliatyvią pagalbą stacionare teikia bendros praktikos slaugytoja baigusi ne mažiau 36 val. paliatyvios pagalbos kursą.[120]

13 lentelė. Slaugytojų skaičius tenkantis 10 000 gyv.

Metai	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Slaugytojų skaičius	76,2	76,6	77,4	77,9	78,0
Praktikuojančių slaugytojų skaičius	75,8	76,3	77,1	77,6	77,6

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis Lietuvos statistikos departamentu: https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?theme=all#/

Remiantis lentelėje pateiktais duomenimis yra matomas stabilus praktikuojančių slaugytojų skaičius. 2015 m. slaugytojų skaičius (7,7) 1000 gyv. šiek tiek mažesnis, palyginti su ES vidurkiu (8,4).[121]

Sveikatos ir gerovės PSO Europos regione politikos strateginėje veiksmų programoje „Sveikata 2020“ yra pabrėžiama slaugytojo specialybė, kuri atlieka vis svarbesnį sveikatos priežiūros vaidmenį ir padeda visuomenei susidoroti su dabartiniais iššūkiais. Šios grupės specialistai sudaro didžiausią sveikatos apsaugos darbuotojų dalį .[122] Siekiant pagerinti slaugos kokybę ir prieinamumą, remiantis „Sveikata 2020“strategija, Lietuvoje buvo patvirtintos „Nacionalinės slaugos politikos 2016–2025 metų gairės“.[123]

Slaugytojo padėjėjo funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė apibrėžia Lietuvos medicinos norma (MN 21:2000). „Slaugytojo padėjėjas – sveikatos priežiūros sistemos darbuotojas, padedantis slaugos specialistui suteikti kvalifikuotas slaugos paslaugas.“[124]

[118] „Lietuvos Respublikos slaugos praktikos įstatymas.“ *Valstybės žinios* 62, 2224 (2001).
[119] World Health Organization: http://www.who.int/topics/nursing/en/
[120] „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo.“, *supra* note 2.
[121] Country Health Profiles 2017. *supra* note 23.
[122] Regional office for Europe *„Strateginės slaugytojų ir akušerių vaidmens stiprinimo Europos regione kryptys, siekiant „Sveikata 2020“ tikslų“* Geneva: World Health Organization, 2015. Prieiga per internetą: http://www.lsmuni.lt/media/dynamic/files/12978/finalversionesd03092015_lt_jm_baigtas3_iz_1130.pdf
[123] „Dėl nacionalinės slaugos politikos 2016–2025 metų gairių patvirtinimo.“ TAR 2675 (2016).
[124] „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 21:2000 "Slaugytojo padėjėjas. Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 36,1009 (2000).

14 lentelė. Slaugytojų padėjėjų skaičius tenkantis 10 000 gyv.

Metai	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Slaugytojo padėjėjų skaičius	23,3	24,0	25,1	26,4	27,4

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis Lietuvos statistikos departamentu: https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?theme=all#/

Remiantis duomenimis, matomas slaugytojų padėjėjų skaičiaus didėjimas. Nuo 2013 m. iki 2017 m. slaugytojų padėjėjų skaičius padidėjo 4,1\10 000 gyv.

Apibendrinant galima teigti, kad paliatyvios pagalbos vystymas Lietuvoje yra gana lėtas procesas, tačiau negalima teigti, kad jos formavimas ir įgyvendinimas nevyksta. Priimtas įstatymas reglamentuojantis paliatyvios pagalbos paslaugų teikimo finansavimą, kuris kiekvienais metais augo. Dėka ES struktūrinių fondų buvo pertvarkytos ir sukurtos naujos paliatyvios pagalbos stacionare prieigos pacientams. Bendras paliatyvių lovų skaičius išaugo nuo 26 iki 235 visoje Lietuvoje. Šiuo metu paliatyvi pagalba yra teikiama visose apskrityse, 47 ligoninėse. Kadangi nėra oficialiai pateikta, kiek specialistų šiuo metu teikia paliatyvią pagalbą stacionare, sunkų spręsti ar yra jaučiamas jų trūkumas. Pagal bendrus pateiktus specialistų skaičius yra matoma, kad jų skaičius palaipsniui didėja. Vertinant Lietuvą bendrame Europos kontekste pagal mirties kokybės indeksą Lietuva yra truputėli žemiau vidurio (43.6%).

15 lentelė. Paliatyvios pagalbos teikimo Lietuvoje vertinimas pagal mirties kokybės indeksą.

Komponentai	**Balai (iš100)**	**Procentai**
Prieinamumas	30	6
Žmogiškieji ištekliai	51,3	10,3
Įperkamumas	75	15
Visuomenės įtraukimas	20	2
Paslaugų kokybė	67,5	20,3

Sudaryta darbo autorės remiantis „*The 2015 Quality of Death Index*“ duomenimis (literatūros šaltinis 1).

Remiantis šiais lentelėje pateiktais rodikliais galima teigti, kad paliatyvios pagalbos teikimas yra formavimo stadijoje ir yra įgyvendintas iš dalies.[125]

[125] „*The 2015 Quality of Death Index*“, *supra* note 42.

3 PALIATYVIOS PAGALPOS STACIONARE POLITIKOS FORMAVIMO IR ĮGYVENDINIMO PROBLEMŲ IDENTIFIKAVIMAS VILNIAUS MIESTO SAVIVALDYBĖJE

Pirmoje ir antroje dalyje atlikta teorinė analizė. Pirmoje darbo dalyje buvo nagrinėjama paliatyvios pagalbos samprata ir ypatumai bei jos įgyvendinimas Europoje. Antroje darbo dalyje buvo analizuojama paliatyvios pagalbos formavimas ir įgyvendinimo procesas Lietuvoje. Aprašomi pagrindiniai bendrieji demografiniai pokyčiai ir jų įtaka sveikatos sistemos formavimui. Analizuojami paliatyvią pagalbą reglamentuojantys teisiniai aktai bei kiti svarbūs politikos formavimo ir įgyvendinimo aspektai.

Trečioje darbo dalyje atliktas empirinis tyrimas, iškeltas tikslas ir uždaviniai, aprašyta pasirinkta tyrimo strategija. Aprašyti pagrindiniai etiniai principai, kurių buvo laikomasi atliekant tyrimą. Aptariama ekspertų charakteristika bei jų atranka. Aprašius tyrimo eigą ir jo organizavimą buvo atlikta ekspertų apklausa ir pateikta surinktų duomenų rezultatų analizė.

3.1 Empirinio tyrimo metodologija ir organizavimas

„Viešosios politikos požiūriu, profesionalai akivaizdžiai yra svarbiausi žinių įgijimo bei platinimo viešosios politikos procese veikėjai. Wildingas (1982) teigia, jog socialiniai darbuotojai ir medikai disponuoja penkių formų galia:

1) galia politikos formavimo procese, kur jų nuomonė yra svarbus proceso įeigos komponentas,

2) galia apibrėžiant poreikius bei problemas,

3) galia paskirstant išteklius,

4) galia žmonių atžvilgiu,

5) galia kontroliuojant savo darbą.

Deja ir ekspertų nuomonė gali skirtis, todėl galutinį žodį turi tarti politikai.“[126]

SAM yra atsakinga už politikos formavimą, o formuojant politiką yra labai svarbu surinkti kuo išsamesnę informaciją, todėl buvo kreiptasi į sveikatos priežiūros institucijas, kurios galėtų išdėstyti savo kaip profesionalų nuomonę ir apibrėžti problematiką.

[126] Parsons, W „*Viešoji politika: Politikos analizės ir praktikos įvadas*“ Vilnius: Eugrimas, 2001 p. 151

Tyrimo tikslas – empiriškai ištirti ir įvertinti paliatyvios pagalbos stacionare politikos įgyvendinimo problemas Vilniaus miesto savivaldybėje.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti pagrindinius paliatyvios pagalbos teikimo kokybės kriterijus ir trukdžius.
2. Įvertinti paliatyvios pagalbos prieinamumą ir jo trukdžius.
3. Įvardinti kaip yra finansuojama paliatyvi pagalba iš valstybės lėšų.
4. Išnagrinėti žmogiškuosius išteklius paliatyviai pagalbai teikti.
5. Išanalizuoti bendruomenės įsitraukimo svarbą paliatyviai pagalbai teikti.
6. Įvardinti ekspertų pasiūlymus, padedančius gerinti paliatyvios pagalbos teikimo kokybę.

Empirinis tyrimas buvo atliekamas 2019 m. vasario ir kovo mėnesiais. Tyrimas vyko keturias savaites. Siekiant išsamiau išanalizuoti ir įvertinti paliatyvios pagalbos politikos formavimo ir įgyvendinimo stacionare problemas, buvo atliktas kokybinis pusiau struktūruotas interviu metodas. Tyrimui atlikti pasirinktas individualus interviu. Vienoje sveikatos priežiūros įstaigoje išreiškė norą dalyvauti du atsakingas pareigas užimantys ekspertai, todėl vienas interviu buvo ne individualus, o atliktas dalyvaujant dviem ekspertam.

Empirinio tyrimo eiga vyko trimis etapais:

1. Apibrėžtas tyrimo laukas. Šiame etape buvo planuojama tyrimo eiga, iškeltas tikslas ir uždaviniai, apgalvota ekspertų charakteristika ir imtis.
2. Atlikti lauko darbai - informacijos rinkimo etapas. Šiame etape buvo pasirinktas tyrimo metodas, parengti tiksliniai klausimai ekspertams ir laikantis visų etinių principų atlikta apklausa.
3. Atlikta surinktos informacijos duomenų analizė ir pateiktas bendras susisistemintas surinktų rezultatų aprašymas.

Prieš atliekant tyrimą su ekspertais buvo susisiekiama telefonu ir sutariama dėl susitikimo atlikti interviu. Ekspertų apklausa atlikta sveikatos priežiūros įstaigose kuriuose dirba ekspertai. Gavus ekspertų sutikimą, pokalbis buvo įrašytas diktofonu.

Tyrimo etikos principai. Tyrimo metu etikos principų laikymasis yra neatsiejama kokybiško darbo dalis. Etiška elgsena tyrimo metu prasideda jau nuo tyrimo planavimo, dalyvių įtraukimo, pokalbio ir rezultatų analizavimo.[127] Pagrindiniai etiniai aspektai, kurių buvo laikomasi tyrime tai, kad visi ekspertai buvo informuoti apie tyrimą ir jame dalyvavo savanoriškai. Visa surinkta informacija buvo anonimiška ir prieš atliekant apklausą buvo pabrėžta, kad gauta informacija bus konfidenciali.

[127] Gaižauskaitė, I; Valavičienė, N. „*Socialinių tyrimų metodai: Kokybinis interviu*“ Vilnius, 2016 p. 55

Prieš atliekant interviu ekspertai buvo supažindinti su magistrinio darbo tema, tikslu ir uždaviniais. Taip pat buvo paaiškinta jų, kaip ekspertų pasirinkimo priežastys. Pagrindinė priemonė užtikrinti konfidencialumą, tai gautuose rezultatuose nebuvo išskiriama, nei eksperto tapatybė, nei jo darbo vieta. Tyrime dalyvavusiems ekspertams buvo suteikiamas skaitmeninis kodavimas (1X, 2X, 3X, 4X, 5X, 6X). Analizuojant ir pateikiant gautus rezultatus darbo autorius laikėsi sąžiningumo principo.

Ekspertai ir jų atranka. Tyrimui atlikti buvo pasirinkti ekspertai. „Ekspertas - tai asmuo, kuris turi specifinių įžvalgų ir žinių dės savo profesinės padėties ir patirties.“[128] Tyrime dalyvavo ekspertai, kurie galėtų geriausiai atskleisti tiriamąjį reiškinį ir turintys atitinkamų charakteristikų bei glaudžiai susiję su paliatyvia pagalba kasdieniniame darbe. Sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios paliatyvios pagalbos paslaugas, atsakingi specialistai gali geriausiai įvardinti ir apibūdinti paliatyvios pagalbos teikimo koncepciją Lietuvoje. Renkantis ekspertus buvo taikoma atvejo atrankos būdas. Numatomas tyrimo dalyvių skaičius yra šeši ekspertai, kurie vadovauja ar yra atsakingi paliatyvias paslaugas teikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose ar skyriuose Vilniaus miesto savivaldybėje.

Pagrindiniai kriterijai kuriais buvo vadovaujamasi renkantis ekspertus:

1. Užima atsakingas pareigas,
2. Susiduriama su paliatyvios pagalbos teikimu kasdieniniame darbe.

Interviu eiga ir ekspertų charakteristika. Įprastai individualus interviu truko apie 30 min., tik grupinis interviu užtruko daugiau nei valanda. Visame tyrime dalyvavo du vyrai ir keturios moterys. Visi interviu prasidėjo nuo trumpo tyrėjo prisistatymo, kuriame buvo įvardinta mokymosi įstaiga, darbo tema ir tikslas. Tuomet buvo patikslinta ar pokalbį galima įrašyti ir įjungus diktofoną tyrėjas pateikė pirmą klausimą. Ekspertai noriai ir išsamiai stengėsi atsakyti į klausimus. Pokalbio pabaigoje buvo padėkota už pokalbį ir išjungiamas diktofonas.

Duomenų analizės metodas. Interviu duomenys buvo apdoroti pritaikius kokybinę turinio (*content*) analizę. Šis metodas yra apibūdinamas kaip sistemingas, koncentruotas rezultatų aprašymas.[129] Kokybinė turinio analizė leidžia ne tik aprašyti ir apibūdinti tyrimo reiškinį, bet ir patikrinti egzistuojančias teorines nuostatas bei kritiškai jį vertinti.[130]

[128] *Ibid* p. 212
[129] *Ibid* p. 316
[130] Žydžiūnaitė V.; Sabaliauskas S. „*KOKYBINIAI TYRIMAI principai ir metodai*“ Vilnius, 2017 p. 57

3.2 Empirinio tyrimo rezultatai

Vilniaus miesto savivaldybėje yra šešios sveikatos priežiūros įstaigos teikiančios paliatyvios pagalbos paslaugas, kuriuose iš viso yra 72 lovos. Viena iš šešių sveikatos priežiūros įstaigų teikia paliatyvią pagalbą vaikams. Lyginant didžiuosius Lietuvos miestus Vilniuje yra daugiausia paliatyvios pagalbos paslaugas teikiančių lovų bei didžiausias jų funkcionavimas (žr. 10 lentelę). Sveikatos priežiūros įstaigos paliatyvią pagalbą pradėjo teikti skirtingu laiku. Dauguma teikia nuo 2008 m., kai buvo įteisintas paliatyvią pagalbą reglamentuojantis įstatymas. Kitos tyrime dalyvavusios sveikatos priežiūros įstaigos paslaugas teikia neilgiau kaip tris metus.

Pagrindiniai paliatyvios pagalbos teikimo aspektai kuriais buvo vadovaujamasi atliekant empirinį tyrimą yra:

- Paslaugų kokybė
- Prieinamumas
- Įperkamumas
- Žmogiškieji ištekliai
- Bendruomenės įtraukimas

Šie pagrindiniai kriterijai atspindi paliatyvios pagalbos stacionare efektyvumą ir poreikį. Vadovaujantis šiomis dimensijomis sveikatos politikos formuotojai gali įvertinti silpnąsias sveikatos sistemos grandis, kurios neigiamai įtakoją paliatyvios pagalbos teikimą, siekiant kuo efektyviau formuoti tolimesnį paliatyvios pagalbos paslaugų teikimą.

3.2.1 Paliatyvios pagalbos stacionare kokybės kriterijai

Vienas iš didžiausiu prioritetu sveikatos sistemoje yra laikoma paslaugų kokybė, jos valdymas ir nuolatinis tobulinimas. Remiantis PSO paliatyvios pagalbos kokybė susideda iš trijų svarbių komponentų:

- Fizinės pagalbos
- Dvasinės pagalbos
- Psichologinės pagalbos

Siekiant nustatyti pagrindinius kokybės standartus teikiant paliatyvios pagalbos paslaugas Lietuvoje ekspertų buvo paprašyta įvardinti pagrindinius paliatyvios pagalbos teikimo kokybės kriterijus. Ekspertas (4X) teigia, kad kokybės kriterijus priklauso tiek nuo politinės, tiek nuo visuomenės

supratingumo bei esamų vertybių „*na politika daug lemia kokybę ir vertybės, suvokimas*“. Ekspertas (3X) teigia, kad tai yra labai platus dalykas „*iki tos tobulos kokybės galima eiti ir eiti*“.

Pasak ekspertų kokybiška paliatyvi pagalba turi būti teikiama visapusiškai: „*be bendro įdirbio mažai ką galime pasiekti*“ (2X), „*... svarbi apimtis, pilna apimtimi teiktina paliatyvi pagalba*“ (3X). Kokybiškumas pasireiškia ir koks yra požiūris į paliatyvią pagalbą „*turi eiti kalba ir apie pačios visuomenės brandą*“ (4X). Tyrimo dalyviai pažymi, kad pagrindiniai kriterijai kurie atspindi kokybišką paliatyvią pagalbą yra bendradarbiavimas „*įstaigos turi bendradarbiauti*“(1X), ekspertas (3X) mano, kad yra svarbu atsižvelgti į paciento poreikius „ *slauga pagal paciento poreikius*“, ekspertas (6X) teigia, kad kokybiška paliatyvi pagalba turi būti efektyvi „*...reikia efektyvaus bendradarbiavimo tiek tarp įstaigų, tiek tarp to žmogaus, šeimos narių ir personalo*“.

16 lentelė. Paliatyvios pagalbos kokybės kriterijai.

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Paliatyvios pagalbos kokybės kriterijai	Tarpinstitucinis bendradarbiavimas	„*Padeda išvengti nesklandumų*“ (4X) „*Bendradarbiavimas su kitais specialistais, ypatingai skausmo klinika*“ (2X) „*...reikia bendradarbiavimo...*“ (6X) „*pacientai išvengia neigiamų pojūčių pervežant*“ (5X) „*tas bendradarbiavimas vyksta, kai pacientas nusprendžia išvykti į namus*“(5X)
	Kvalifikuota slauga	„*Pragulų išsivystymo dažnis*“ (2X) „*labai yra svarbi higiena...*“ (1X) „*Reiktų atkreipti dėmesį į paciento tikėjimą ir jo papročius...*“ (1X) „*simptomų kontrolė*“ (3X) „*terapiniai žaidimai*“ (4X) „*...stebėti ar pacientas nejaučia skausmo ar kitų nepageidaujamų reiškinių*“ (4X) „*įvairių procedūrų kiekis, pavyzdžiui masažas*“ (2X) „*turi gerą nuskausminimą*“ (5X) „*...bendravimas (...) empatiškumas*“ (6X) „*žmogus turi ne kentėti, o būti laisvas nuo visų kančių*“ (4X)
	Šeimos narių įtraukimas ir pagalba jiems	„*Pagalba teikiama ne vien ligoniui, bet ir jo artimiesiems*“ (6X) *„Psichologo pagalba, kai būtina, turi būti teikiama ir artimiesiems.*“ (3X) „*Socialinio darbuotojo pagalba tvarkant kokius finansinius reikalus ar kitus reikiamus dokumentus*“ (3X) „*Giminė turi būti įtraukta į procesą...*“ (1X) „*Negali apsiriboti tik nuskausminamaisiais ir viskas, nebendraujant su artimaisiais*“ (3X)
	Daugiadisciplinė komanda	„*Visa brigada dirba – gydytojas, slaugytoja, slaugytojos padėjėja, psichologas, dvasinė pagalba, socialinis darbuotojas, kineziterapeutas ir masažistas*“ (3X) „*...kuo daugiau specialistų tuo geriau*“ (2X) „*dvasinė pagalba yra komandos sudedamoji dalis*“ (6X) „*komandinis darbas sakyčiau svarbiausia*“ (1X)

	Aplinka	„*patalpa su minimalia virtuvinę įranga artimiesiems*“ (3X) „*saugi aplinka*“ (5X) „*galimybė išeiti į lauką*“ (4X) „*bendros erdvės pacientams*“(5X)
	Galimybė pasirinkti	„*tai žmogaus pasirinkimas kaip išeiti oriai*“ (4X) „*didžioji dalis žmonių tikriausiai nesirinktų ligoninės*“ (5X) „*nenori važiuoti į ligoninę, ištrūkti iš savos aplinkos*“ (6X)

Ekspertai pažymi, kad tarpinstitucinis bendradarbiavimas yra būtinas, nes ne visos procedūros yra palaikomosios slaugos ligoninės kompetencijoje„ *ne visas medicininės procedūras, gali atlikti mūsų įstaiga, pavyzdžiui hemodializę...*“ (2X), „ *jeigu ne mūsų kompetencijoje reikia vežti į aukštesnio lygio tada*“ (5X). Ekspertai (2X) ir (5X) mano, kad įstaigų bendradarbiavimas sumažina paciento transportavimo poreikį „*atvažiuoja iš skausmo klinikos*“, „*kai kurie specialistai, pvz.: tracheostomą, ateina iš kitų įstaigų pakeisti (...) nereikia vežti patiems*“.

Bendradarbiavimas tarp institucijų palengvina galimybę įstaigoms suprasti geriau vieną kitą „*...kad susikalbėjimas būtų*“ (6X), tai pagreitina paslaugos gavimą pacientui, nesukeliant jam nepatogių situacijų teigia ekspertas (4X) „*geriau suvaikšto visa reikalinga informacija (...) nesiblaško pacientas iš vienos vietos į kitą*“. Ekspertas (5X) teigia , kad yra pacientų kurie nori grįžti į savo namus, tuomet įstaiga bando bendradarbiauti su ambulatoriškai teikiančiomis paslaugas namuose įstaigomis „*bandome bendradarbiauti su privačiomis (...) tik viskas remiasi į tai kokios yra namų slaugos galimybės*“.

Siekiant užtikrinti kvalifikuotą slaugą, pacientui yra reikalinga daugiafunkcinė pagalba. Ekspertas (2X) mano, kad pragulų atsiradimas, tai yra neprofesionalios slaugos požymis „*...kiek pragulų išsivysto vienam lovadieniui, atspindi slaugos priežiūrą stacionare*“. Nemalonus kvapas ir nešvarumo pojūtis, gali sumenkinti žmogaus orumą ir priversti nepatogiai jaustis, todėl ekspertas (1X) pažymi, kad asmens higiena yra neatsiejama kokybės dalis. Ekspertas (1X) taip pat paminėjo religiją ir papročius „*...tai yra svarbus aspektas“*. Ekspertas (6X), mano, kad dvasinė pagalba yra viena iš tų pagalbos pavyzdžių, kuri nesiekia atlygio ir yra orientuota į paciento sielos poreikius veikla.

Ekspertu teigimu, neabejotinai aplinka turi būti kuo įprastesnė ir panašesnė į namų aplinką „*iš principo gyvena įprastą gyvenimą*“ (4X). Ekspertai pabrėžia, kad galimybė pasirinkti kur praleisti paskutines kokybiškas savo gyvenimo akimirkas yra didelis privalumas, nes didžioji dalis pacientų rinktųsi namus, o ne stacionarą „*jokia ligoninė niekada neatstos namų, čia guli tarp svetimų ir personalo*“ (5X).

Ekspertai teigia, kad aplinka stacionare turi būti pritaikyta ir techninių priemonių atžvilgiu su galimybe išeiti į lauką, stacionare turėtų būti bendros erdvės, kur galėtų pacientas su šeimos nariais pabūti ir pabendrauti.

Ekspertas (5X) mano, kad yra svarbu sukurti saugią aplinką, nes dėl savo ligos jie dažnai būna silpni ir nekoordinuoti, todėl pacientai gan dažnai nukrenta „*yra didelė griuvimo rizika*“ taip sukeldami sau papildomų negalavimų. Ekspertas (1X) teigia, kad pacientas jausis tik tada saugūs jeigu žinos, kad personalas yra visada pasiekiamas ir gali jam padėti „*iškviesti galėtų personalą paspaudus palatoje esamą mygtuką*“. Ekspertas (4X) teigia, kad baimė, nerimas dažnai pasireiškia paliatyviems pacientams, „*žmonės baimių turi labai daug, jiems reikia saugumo jausmo*“

Ekspertas (2X) taip pat pabrėžia, kad infekcijų protrūkio skaičius irgi atspindi kokybiškos veiklos kriterijų teikiant paslaugas pacientams „*infekcijų protrūkis, kuo jis dažnesnis tuo kokybė stacionare yra prastesnė*„ Sveikatos priežiūros įstaigos personalas, siekiant riboti infekcijos paplitimą turi laikytis higienos reikalavimų, nes tai gali neigiamai paveikti paciento sveikatą „*bet kokia infekcija gali būti pražūtinga*“. Ekspertas (4X) teigia, kad pacientų imunitetas yra nusilpęs, todėl svarbu pacientą apsaugoti galimos infekcijos „*epidemijos metu ribojamas lankymas*“.

Ekspertai taip pat atkreipė dėmesį į tai, kad onkologine liga sergančius pacientus yra būtina nuolatos stebėti, kontroliuoti jų skausmą, nerimą ir kitus šalutinius poveikius „*skausmas, nerimas ir pykinimas, dažnai lydi onkologine liga sergančius pacientus*“ (3X). Ekspertas (1X) pažymi, kad būtent skausmas yra didžiausias diskomfortą sukeliantis požymis „*pacientas jausis tik tada gerai kai nejaus skausmo...*“ (1X). Todėl ne mažą kokybiškos slaugos dalį apima bendravimas su pacientu ir jo šeimos nariais, nes tai padeda sveikatos priežiūros specialistams įžvelgti kaip pacientas jaučiasi. Ekspertas (6X) akcentuoja, kad bendravimas turi būti empatiškas „*...empatiškumas*“. Kartais neužtenka tik bendravimo teigia ekspertas (4X), todėl yra pasitelkiami terapiniai žaidimai „*paciento paprašo nupiešti savo jausmus, išgyvenimus (...) nupiešia langą, nors apie mirtį nekalba*“.

Orientacija į pacientą ir jo šeimos narius yra vienas iš kokybės kriterijų teikiant paliatyvią pagalbą. Techninė pagalba artimiesiems yra labai svarbi, bet emocinė pagalba yra ne mažiau svarbesnė. Ekspertai pabrėžia, kad paliatyvioje slaugoje jie mato ne tik senyvo amžiaus, bet ir jaunus turinčius šeimas ir vaikus žmones „*yra atvejų kai miršta labai jauni žmonės, lieka šeima, lieka vaikai (...) todėl yra labai svarbus darbas su artimaisiais*“ (5X).

Administracija vertina įstaigos veiklą ir kokybę pagal gautų pasitvirtinusių ar nepasitvirtinusių skundų ir nepageidaujamų įvykių bei padėkų skaičių. Tai padeda įvertinti pacientų ir artimųjų teikiamų paslaugų pasitenkinimą ir nepasitenkinimą bei išvengti tolimesnių pasikartojančių nepageidavimų įvykių. Ekspertas (2X) teigia, kad „*geras kriterijus yra, kai skundų kiekis yra mažas arba nepasitvirtina, arba gauname padėkas*“.

3.2.2 Paliatyvios pagalbos stacionare teikimo trukdžiai Lietuvoje

Įvardinus ekspertams pagrindinius paliatyvios pagalbos kokybės kriterijus, ekspertų buvo paprašyta pateikti sveikatos sistemos trukdžius, kurie neigiamai įtakoja paslaugų kokybę.

Ekspertų nuomone sveikatos sistemos trukdžiu yra nemažai „*jų yra tikrai labai daug*“ (3X). Ekspertas (6X) paminėjo, kad dėl biurokratinių kliūčių nukečia kokybė „*...biurokratiniai rėmai, kurie nesuteikia sistemai jokio lankstumo*“.

17 lentelė. Paliatyvios pagalbos teikimo trukdžiai Lietuvoje.

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Sveikatos sistemos trukdžiai	Informacijos sklaida	„*...žmonės nelabai supranta kas tai yra, net ir specialistai*“ (2X). „*šeimos nariai gauna nepakankamai informacijos, kuri jiems padėtų*“ (2X). „*Trūksta artimiesiems žinių*“ (1X). „*pacientai nepasinaudoja visomis paslaugomis*“ (6X).
	Informacinės technologijos	„ *Daug rašom, atimamas iš pacientų laikas*“ (6X) „*Pacientų slaugos istorijos pildomos popieriuje...*“ (1X) *“...nėra bendros formos*“ (1X) „*norėtųsi daugiau kompiuterizuotų darbo vietų*“ (5X)
	Stacionarinės sąlygos	„*Lovos turėtų būti kokybiškesnės*“ (3X) *„Turėtų būti vienvietės palatos*“ (3X) „*Šeimos nariai neturi galimybių pasilikti nakčiai*“ (3X) „*norėtųsi lovų modernesnių*“ (5X) „*norėtųsi daugiau modernizuotos slaugos*“ (4X)
	Pacientų transportavimas	„*Labai būtų sudėtinga organizuoti jeigu būtų danties skausmas, kaip transportuoti, kas jį galėtų paimti?*“ (5X) „*reikia ir laiko ir organizacinis dalykas*“ (4X) „*su gulinčių ligoniu sunkiau*“ (2X)
	Teisė pacientui rinktis	„*pas mus yra dar tas suvokimas, kad mes turime gaivinti iki pat galo*“ (5X) „*nėra pas mus įteisinta galimybė pacientui pasirinkti būti negaivinamam*“ (4X) „*mes gaivinam visus*“ (3X) „*medikai priverti viską daryti iki galo, o žmogus to išties nenori*“ (4X)
	Finansavimas	„*Riboja finansavimas...*“ (2X) „ *Finansinis dalykas*“ (5X) „V*iskas remiasi į finansus*“ (4X) „*finansavimas galėtų būti didesnis*“ (6X)
	Prieinamumas	„S*tacionarinė paliatyvi pagalba toli gražu ne visiems prieinama*“ (3X) „P*rieinamumas yra blogas*“ (2X) „*Kas liečia prieinamumą bėda Lietuvoje*“ (1X) „*deja ne maža dalis miršta namuose*“ (6X)

	Žmogiškieji ištekliai	„*Realybė labai kertasi su nuostatais*“ (3X) „*tai yra skaudi tema*“ (2X) „*Trūksta visų specialistų*“ (2X) „*trūksta specialistų šiaip bendrai*“ (4X) „*trūksta slaugos personalo*“ (5X) „*viskas atsiliepia į etatus*“ (1X)

Ekspertas (2X) mano, kad dėl nepakankamos informacijos neretai šeimos gydytojai klaidingai užpildo siuntimą sukeldami pacientui nepatogumų. „*Net šeimos gydytojai klaidingai supildo siuntimus, trūksta supratimo*...“. Ekspertas (1X) mano, kad dėl informacijos stokos pacientai dažnai būna pasimetę ir nežino kur kreiptis „*sunku pacientams susiorientuoti*“. Ekspertas (4X) teigia, kad dalis pacientų praranda nemažai jiems priklausiančių paslaugų vien tik todėl, kad trūksta informacijos „*Artimieji ne visados žino, kaip gali padėti sergančiajam, kokios paslaugos jiems gali būti suteiktos*“.

Vertinant stacionarines sąlygas, neretai lovų skaičius vienoje palatoje yra iki keturių lovų, esant kitiems pacientams vienoje palatoje šeimos nariai negali paskutinėmis minutėmis likti nakčiai ir išlydėti savo artimąjį. „*yra pageidaujančių pasėdėti ilgiau, pasilikti nakčiai* (...) *vienvietės palatos turi būti skiriamos paskutiniu etapu*“ (3X). Siekiant sukurti kuo jaukesnę ir intymesnę aplinką yra naudojamos širmos, užuolaidos. Kai kurios įstaigos turi vienviečių palatų „*vienviečių palatų yra, bet ne daug (...) turėtų būti labiau pritaikytos palatos*“ (5X). Kita vertu ekspertai mano, kad ir patys pastatai nėra visiškai pritaikyti paliatyviai pagalbai teikti „*šis pastatas gan senas, išplanavimas yra toks koks yra*“ (4X), panašiai teigia ir kitas ekspertas „*ir tų mažų patalpų čia nėra, čia buvo visai kitokio pobūdžio ligoninė*“ (2X). Kitas paliatyvę slaugos kokybę mažinantis aspektas tai, kad ligoninėse nėra vietų, kur galėtų pacientai pakeisti aplinką, pabendrauti su šeimos nariais „*nėra tų bendrų erdvių*“ (5X). Ne visada yra galimybė pacientus išvežti į lauką teigia ekspertas (4X) „*tiek ir vėžimėlių neturime (...) ir rankų tiek nėra (...) ir ne visada yra kur išvežti*“.

Ekspertai mano, kad medicininė įranga sensta ir reikėtų įstaigoms atsinaujinti. Ekspertai paminėjo, kad reikėtų kokybiškesnių lovų, nes senos neretai sukelia nepatogumų pacientams „*įdėjus priešpragulinius čiužinius pasikelia bortelis jau nebesaugu, gali iškristi*“(5X), „*naujesnės lovos yra platesnės, patogiau gulėti*“ (3X).

Ekspertai teigia, kad įstaigose trūksta ir informacinių technologijų, todėl paciento istorijos pildymui yra skiriama nemažai laiko. Ekspertas (5X) teigia, kad yra labai daug dokumentacijos „*grafikus sudėlioti (...) kiek žurnalų, vienas atskiras maudymui, kitas vartymui*“. Ekspertas (1X) mano, kad popierinis rašymas sukelia daug nepatogumų personalui „*tuos popierius susekti ir po to rasti kada tu ką darei*“. Ekspertas (6X) pabrėžia, kad vietoj popierių pildymo geriau tą laiką skirti yra pacientams, o ekspertas (1X) teigia, kad įstaigose turi būti kompiuterizuota dokumentinė forma į kurią galima būtų sudėti varneles ir taip skirti mažiau laiko rašymui.

Ekspertai įžvelgė, kad susidūrus su gulinčio paciento perkėlimų iš vienos įstaigos į kitą atsiranda įvairių trukdžių „*gulinčio nelabai kas nori ir priimti*“ (5X). Sveikatos priežiūros įstaigos sprendžia šias problemas įsigydamos savo transporto priemones „*turime savo automobilį*“ (6X), „*vežame su savo transportu*“ (2X) ir išnaudodamos galimybę transportuoti su greitąją pagalbą „*kviečiame greitąją*“ (3X), tačiau gulinčio paciento su lengvąją pervežimas yra neįmanomas, o greitosios pagalbos kvietimas galimas tik pagal teisės aktų nustatytus atvejus. Deja iškyla ir kitų problemų „*reikia ir papildomo personalo, kažkas turi lydėti (...) to personalo per daug tikrai nėra*“ (4X).

Ekspertas (5X) mano, kad Lietuvoje yra ribojama paciento teisė rinktis ar jis nori būti gaivinamas paliatyvioje būsenoje „*tai žmogaus laisvės pasirinkimo ribojimas*“. Ekspertas (4X) priduria, kad pacientui pareiškus norą, kad jis nenori būti gaivinamas, pagal galiojančius Lietuvos įstatymus pacientą gydytojai privalo gaivinti. Ekspertas (4X) mano, kad Lietuvoje turėtų būti galimybė pacientui pasirinkti pačiam „*tiesiog leisti žmogui ramiai išeiti*“. Ekspertas (5X) teigia, kad remiantis kitų šalių ir medicinos personalo patirtimi prievartiniai gaivinimai, jei pacientas atsisako pats yra nebūtini „*daug profesionalų kalba, apie tai kad nebūtina drastiškų gaivinimų pačiame gale*“.

Ekspertai įžvelgė ir esamus trukdžius ne tik dėl sveikatos sistemos kaltės, bet ir dėl medicinos personalo netinkamos teikiamos paliatyvios pagalbos paslaugų. Ekspertas (1X) mano, kad darbuotojai, kurie yra tiesioginiai paslaugos teikėjai ne visada atsižvelgia į kokybišką paslaugos teikimą „*daug kas priklauso dar nuo dirbančio personalo*“.

18 lentelė. Kliūtys sukeltos personalo veiklos.

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Kliūtys, kurias sukelia personalo veikla	Higienos reikalavimai	„*Nesilaiko higienos normų*“ (2X) „*nenaudoja visų apsisaugojimų priemonių*“ (1X) „*mažai naudoja dezinfekcinių priemonių*“ (2X)
	Bendravimas	„*trūksta bendravimo įgūdžių*“ (5X). „*trūksta empatiškumo*“ (6X). „*ne visada priima komandinį darbą*“ (4X). „*tik mechaninis darbas*“ (3X).

Ekspertas (3X) teigia, kad dirbant daugelį metų atsiranda mechaninis paciento slaugymas ir yra pamirštama dėl elementaraus pabendravimo. Ekspertas (2X) mano, kad dėl personalo nesilaikymo higienos normų yra pernešama infekcija nuo vieno ligonio prie kito greičiau. Ekspertai teigia, kad medicinos personalas turėtų labiau bendradarbiauti tarpusavyje, daugiau laiko skirti pabendravimui su pacientu, siekti mažiau mechanizuoto darbo.

Ekspertų nuomone paslaugų finansavimas, prieinamumas ir žmogiškieji ištekliai yra aktualiausi sveikatos sistemos trukdžiai Lietuvoje. Ekspertai ne kartą paminėjo finansavimą ir jo ribotumą bei

netinkama paskirstymą. Paslaugų prieinamumo ekspertai taip pat neįvertino teigiamai, nes lovų skaičius neatitinka esamo poreikio, tai tampa priežastimi dėl ko ir susidaro nemažos eilės. Žmogiškųjų išteklių trūkumas priklauso tiek nuo finansinių galimybių, tiek nuo darbo pobūdžio. Ekspertai mano, kad sveikatos sistemos formuotojų nuostatai teikiant rekomendacijas dėl darbuotojų skaičiaus kertasi su valstybės finansavimu įstaigoms.

Tyrimo rezultatai atskleidė, nors ir procesas lėtas „*integracija nėra lengva (...) sistema dar tokia besikurianti*“ (5X) ir yra dar nemažai trukdžių, tačiau paliatyvi pagalba Lietuvoje gerėja „*paliatyvi pagalba palaipsniui tampa vis prestižiškesnė*“ (3X), „*na bent jau gerėja situacija pas mus*“ (2X).

Finansavimas. Finansavimas yra aktualiausia tema, kai yra kalbama apie paslaugų kokybę. Ekspertų paprašius įvardinti kaip yra paskirstomas finansavimas paliatyviai pagalbai teikti visi paminėjo, kad yra mokama už kiekvieną lovadienį valstybės numatyta suma. Šiuo metu valstybės nustatyta tvarka vieno lovadienio kaina suaugusiam paliatyviam pacientui yra 52,11 Eur. Ekspertų nuomone, ši suma yra pakankamai maža lyginant su teikiamomis paslaugomis „*10 lovų per parą uždirba tik 520 Eur*“ (2X), „*mes čia kukliomis priemonėmis viską turime daryti*“ (5X).

Siekiant geriau įvertinti ligoninės kaštus ekspertai išvardino sąnaudas, kurios yra naudojamos gulint pacientui stacionare (19 lentelė).

19 lentelė. Paliatyvios pagalbos stacionare kaštai.

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Paliatyvios pagalbos stacionare kaštai	„*Viešbučio*“ paslaugos	„*Palatos tvarkymas, vanduo, šildymas, elektra*“ (2X) „*Pradedame nuo paprastų dalykų, tai yra šildymas, apšvietimas, patalynių keitimas*“ (6X) „*vanduo, elektra (...) sanitarinės paslaugos*“ (2X) „*valymo paslaugos*“ (5X)
	Personalo išlaikymas	„*tai, kad jų yra tiek kiek gali įdarbinti įstaiga*“ (3X). „*kineziterapeutas, masažistas, kad neatsirastų sąaugų, bet tai yra brangu*“ (2X) „*valytojos*“ (1X)
	Medicininės priemonės ir medikamentai	„*Paliatyvūs ligoniai sunaudoja žymiai daugiau tvarsliavos ir medikamentų*“ (1X) „*dėl vaistų viską pasirūpina įstaiga*“ (2X) „*skiriami kompensuojami vaistai*“ (3X) „*opioidai labiau naudojami*“ (6X)
	Medicininė įranga	„*turim sąlygas ligonius maudyti su mobilia lova*“ (3X) „*yra ramentai, priešpragulinis volelis*“ (2X) „*Aparatūros išlaikymas (...) įvairūs atliekami tyrimai, zondai*“ (6X)
	Slaugos priemonės	„*minimaliai ligoninė turi*“ (3X) „*aprūpinti viskuo pagal galimybę*“ (2x) „*aprūpiname*“ (1X) „*duodame ir sauskelnes*“ (2X) „*pagrindinės higienos priemonės*“ (4X)

		„*sauskelnes kompensuoja tik asmenims, kuriems nustatyta SP1*, šlapimo nelaikymas, dubens organų funkcijos nepakankamumas*“ (4X).
	Maitinimas (apmokamas papildomai iš valstybės lėšų)	„*tai įeina penki maitinimai, virtuvė, darbas, transportavimas, gamybos kaštai, produktai*“ (5X) „*Lietuvoje vis dar gaminamas zondinis maitinimas, nes mišiniai neįperkami dar*“ (2X) „*individualizmui skiriama nedaug*“ (6X)
	Specialistų paslaugos iš kitų medicininių įstaigų	„*Nemokama iš valstybės už kitų specialistų konsultacijas, kurios kainuoja apie 50 Eur*.“ (2X) *„Skaičiuojasi benzinas ir viskas kitkas, kai vežame su savo automobiliu*“ (6X) „*kviečiame greitąją, būna už iškvietimą moka ir pati įstaiga*“ (6X) „*Labai brangiai įstaigoms kainuoja jei pacientas vežamas į chemoterapijas*“ (2X)

*Specialus poreikis 1

Ekspertai teigia, kad į „*viešbučio*“ paslaugas yra įskaičiuojamos visas palatos ir kitų bendrų patalpų išlaikymas. Ligoniams yra sunaudojama nemažai vandens, nuolatos yra apšviesti bendri koridoriai, kiekviena diena yra tvarkomos ir plaunamos palatos „*viešbučio paslaugos irgi nemažai atsieina ligoninei*“ (2X).

Siekiant suteikti kuo efektyvesnę ir kokybiškesnę paslaugą pacientui yra reikalinga daugiadisciplinė pagalba, kurią sudaro įvairūs specialistai. Įstaigose, kuriuose yra teikiama paliatyvi pagalba dirba ne tik pagrindiniai komandos nariai (gydytojas, slaugytoja, slaugytojo padėjėjas), bet ir masažistai, kineziterapeutai, psichiatrai, logopedai, psichologai, socialiniai darbuotojai. Visus šiuos specialistus įstaiga išlaiko iš savo lėšų „*išlaikoma iš įstaigos lėšų*“. Tačiau ekspertai pabrėžia, kad tai yra brangu. Ekspertas (4X) pabrėžia, kad į personalo išlaikymą patenka ir visa įstaigoje esama administracija „*administracija irgi yra išlaikoma iš tų pinigų*“.

Slaugos priemonėms yra priskiriamos sauskelnės, palutės, įvairūs kremai ir pieneliai. Pagal Lietuvos įstatymą visuose įstaigose ligoninė privalo aprūpinti būtinosiomis priemonėmis, tačiau sauskelnės yra finansuojamos pagal ambulatoriniam gydymui skiriamą kompensavimą, kai yra skiriama 30 sauskelnių mėnesiui. „*viena sauskelnė ligoniui per dieną*“ (3X). „*Į būtiniausių priemonių sąrašą sauskelnės nėra įtrauktos (...) bet duodame tiek kiek reikia*“ (2X). Tai reiškia, kad ligoninė turi padengti reikiama skirtumą iš įstaigos lėšų, nes vienos sauskelnės per dieną nepakanka „*realiai reikia 3-4 sauskelnių per dieną*“ (3X), „*šiaip reiktų ne po vieną*“ (5X). Šeimos nariai taip pat gali prisidėti ir pasirūpinti, ligonio slaugos priemonėmis „*visuomet pacientui sakome, jeigu yra likę namuose sauskelnių ar kitų priemonių, gal gali atnešti čia (...) taip yra sutaupomos lėšos ir panaudojamos kitur*“(2X), „*kas gali neša, kas negali neneša*“ (4X). Ekspertas (5X) teigia, sauskelnėms per metus susidaro ne maža

suma „*nes paskaičiavus sauskelnėms išleidžiame 55 000 Eur.*“. Nors ir atneštos artimųjų slaugos priemonės sutaupo įstaigos lėšas, tačiau ekspertas (5X) teigia, kad „*man norėtųsi, kad neneštų*“, nes „*būna priekaištų kiek panaudojot, kam panaudojot (...) net apskaitos buvo vedamos sunaudotų sauskelnių, kiek darbo prisideda*“. Ekspertas (4X) mano, kad šeimos nariai turi pasirūpinti patys burnos higienos priemonėmis, kremais ir kitomis priemonėmis, kurių prireikus įstaiga neturi „*prašome, kad atneštų kremą, burnos higienos priemones*“

Reikia pastebėti, kad maitinimas yra apmokamas valstybės papildomai už kiekvieną pacientą „*maistui skiriama 3 eurai į dieną*“ (5X). Ekspertas (5X) teigia, kad į šią sumą yra įskaičiuojamas ir maisto produktai, maisto ruošimas, virtuvės darbuotojai ir visa kita kas yra susiję su maisto gamyba. Ekspertas (2X) teigia, kad kokybiškas maistas turi būti įvairus ir labiau pritaikytas pagal paciento poreikius. „*Kalbant apie kokybiškumą, tai maistas irgi svarbus...*“. Ekspertas (6X) teigia, kad yra tam tikros maisto gamybos indikacijos, kai maistas yra koreguojamas atsižvelgiant į pacientą „*atsižvelgiama tuo atveju jei yra vegetaras, turi cukrinį diabetą ar skirtas kitas maistas pagal gydytojo paskyrimą*“, kitais atvejais individualizmui gaminant maistą skiriama nedaug. Šeimos nariai gali atnešti į įstaigą maisto, tačiau kartais atneštas maistas irgi būna ne visada tinkamas pacientui pagal būklę „*atneštinis maistas dažnai sukelia pacientams įvairių negalavimų, gal netinkamai apdorotas ar per ilgai pastovi šiltai spintelėje*“ (5X). Ekspertas (2X) mano, kad pacientai kartais atneša maisto nepaskaičiuotai, tada jis pradeda gesti „*įstaigos maistas visada pagamintas šviežiai, neužsistovi spintelėje kaip artimųjų atneštas*“. Ekspertų nuomone artimieji maistą turėtų nešti pasitarę su personalu, išmesti jau netinkamą maistą ir prieš atnešant pažiūrėti ko trūksta.

Ekspertas (5X) ir (2X) teigia, kad skiriasi sveikatos priežiūros įstaigų valstybės finansavimas už suteiktas paslaugas ar priemones „*nėra kuom lygintis kokios lėšos skiriamos antriniams ir tretiniams lygiams*“ (5X), o tai sukuria nemažai neigiamų situacijų „*atkėlė pacientą iš trečio lygio su parenteriniu maitinimu, o paranterinis maitinimas III trečio lygio ligoninėse yra kompensuojamas, o pas mus nėra kompensuojama šalia įkainio*“ (5X). Tai patvirtino ir (2X) ekspertas „*maitinimas per zondą labai brangus, jei paskiria III lygis*“. Ekspertas (2X) pabrėžė, kad „*tai yra kokybės dalis, o jie to užtikrinti negali...*“, todėl parenteriniam maitinimui maistą gamina pačios įstaigos „*...atitinka kaloringumą, bet yra kitų niuansų“*, „*yra labai sunku patiems pagaminti zondinį maitinimą*“ (5X). Parenterinis maitinimas yra labai brangus ir neįperkamas slaugos ligoninėms „*parenterinis maitinimas kainuoja 160 Eur, o valstybė už lovadienį skiria tik 52 Eur.*“ (4X). Tokia pati problema ir su medikamentais, kai iš trečio lygio išrašo pacientą „*ten būna paskirti brangūs vaistai, mes bandome pakeisti kitokiais*“, tačiau šeimos nariai piktinasi dėl šios situacijos, nes jie nori gauti vaistus kuriuos paskyrė tretinis lygis „*prasideda konfliktas*“ (5X). Ekspertai mano, kad toks apmokėjimas yra neteisingas tiek kitų įstaigų, tiek paciento atžvilgiu.

Ekspertas (5X) patikslina, kad problema iškyla tada, jei reikia transportuoti pacientą, o priežastis neatitinka greitosios pagalbos iš kvietimo indikacijoms „*va tada ir susiduriame su problema*“. Ekspertas (4X), teigia, kad įkainis už greitosios pagalbos iškvietimą sudaro beveik visą lovadienio kainos sumą „*vieno iškvietimo įkainis yra apie 41 Eur*“. Ekspertas (2X), teigia, kad įstaigai tenka apmokėti už specialistų paslaugas, kurių jie įstaigoje negali atlikti ir viena specialisto paslaugos kaina gali siekti apie 50 Eur. Ekspertas (2X) kelia klausimą „*o jeigu reikia dažnai*?“ Ekspertas (2X) pažymi, kad jei pacientas važiuoja į chemoterapijas iš namų paslaugas apmokamos iš valstybės lėšų, o jei iš palaikomosios slaugos ligoninės, moka pati įstaiga „*sukelia pacientui nepatogumų, nes tada jis išrašomas namo ir chemoterapijai pasibaigus vėl prirašomas*“.

Ekspertai esant dideliam poreikiui naudoja pridėtines lovas „*kas yra gerai, kad TLK apmoka jei viršijamas lovų skaičius*“ (3X), tačiau pridėtinių lovų didinimas irgi yra ribojamas, nes palaikomuosiuose slaugos skyriuose lovos irgi yra perpildytos „*jei galime naudojame papildomai lovų (...) kiti slaugos skyriai irgi perpildyti*“ (1X). Ekspertas (3X) teigia, kad valstybės finansavimas yra „*nuolatinis derybų objektas*“.

Ekspertas (4X) akcentuoja, kad dažnai įstaigos dalyvauja viešuosiuose pirkimuose ir įsigyja priemones ar įrangą iš geriausiai kainą pasiūliusių įmonių „*praktiškai dažniausiai lemia kaina, nes renkiesi pigiausius*“. Ekspertas (6X) teigia, kad sudėjus visas priemones, kurios naudojamos pacientams susidaro gana didelė suma, todėl įstaigos įsigyja tik tas priemones, kurios yra reikalingiausios arba pigiausios „*higienos priemonės, nuskausminimas, tvarsliavos, kai viską sudedi į kokybę įsipiešti prie geriausių norų neišeina*“. Ekspertas (5X) mano, kad įsigijus pigiau priemonių yra naudojama daugiau ir ne visada efektyviai veikia „*pigiausia toli gražu nėra kokybiškiausia*“. Ekspertas (1X) pabrėžia, kad įstaigos turėtų turėti galimybę įsigyti priemonių, kurios labiau pagerintų paslaugų teikimo kokybę „*pavyzdžiui tvarsčiai, kuo moderniškesni tuo žaizdų gijimo procesas geresnis, nereikia kiekvieną dieną plėšti*“.

Ekspertas (5X) teigia, kad politikai deklaruoja, kad gydymas apdraustiesiems asmenims yra nemokamas ir reikia aprūpinti viskuo, deja realybėje įstaigos aprūpina pacientus pagal turimas galimybes „*ką reiškia viskuo, tai tas pats kas duoti eurą ir sakyti nusipirk ką nori*“. Ekspertas (4X) teigia, įvairesnės įrangos, priemonių įsigijimas yra priklausomas nuo sveikatos priežiūros įstaigoje esamų finansų „*viskas remiasi į finansus*“.

Prieinamumas. Paliatyvios pagalbos paslaugų prieinamumas atspindi paliatyvios pagalbos paslaugų efektyvumą sveikatos politikoje. Prieinamumas yra vertinamas organizaciniu, ekonominiu ir komunikaciniu aspektu. Organizacinio, ekonominio ir komunikacinio prieinamumo dimensijos atspindi

kaip yra organizuojamas sveikatos priežiūros paslaugų teikimas nacionaliniu mastu. Ekspertų buvo paprašyta įvardinti kliūtis, kurios mažina paliatyvios pagalbos paslaugų prieinamumą stacionare Vilniaus miesto savivaldybėje.

Ekspertai teigia, kad pacientas guldomas į paliatyvios pagalbos skyrių tik tada, kai atitinka įstatyme nurodytas diagnozes „*yra aiškios indikacijos (...) turi būti ne vienasmeniškas šeimos gydytojo sprendimas*“ (3X) ir visos konsultacinės komisijos parašai „*pavaduotojas medicinai, skyriaus vedėjas ir gydantis gydytojas*“ (3X). Ekspertas (3X) atkreipia dėmesį ir į siuntime rašomą tekstą, kuriame būtinai turi būti nurodyta „*specifinis gydymas nebus tęsiamas ir indikuotina stacionari paliatyvi pagalba*“. Pirmenybė yra teikiama pacientams gulintiems stacionare ar onkologine liga sergantiems “*jei vienas pacientas laukia iš įstaigos, kitas namuose, pateks iš ligoninės (...) vėžininkams pirmenybė*“ (2X), „*onkologiniai ligoniai keliauja į eilės priekį*“ (1X).

20 lentelė. Paliatyvios pagalbos prieinamumo kliūtys.

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
	Eilės	„*eilės yra kosminės*“ (2X) „*sulaukia eilės ne visi*“ (1X) „*poreikis yra didelis*“ (3X) „*artimuosius atveža į Vilnių, nes yra galimybė arčiau juos lankyti*“ (2X) „*į Vilnių atvažiuoja iš rajonų, stipriai apkraunamos didelės įstaigos*“ (5X) „*prie didžiųjų miestų slaugos įstaigos perpildytos*“ (2X) „*lovų trūkumas*“ (4X) „*pridėtinių lovų didinimas yra ribotas*“ (6X)
	Infrastruktūra	„*nėra bendro tinklo*“ (4X) „*labai nelogiškai ir labai netolygiai išdėstytas teikiančių įstaigų tinklas*“ (5X)
	Paslaugos	„*net nuskausminimas nėra iki galo kokybiškas*“ (5X) „*norint suteikti daugiau procedūrų pacientams, specialistų turėtų būti ženkliai daugiau*“ (3X)
	Paliatyvios pagalbos skyrimas pagal nustatytas diagnozes	„*pilka zona*“ (1X) „*mes esame siaurame rate*“ (6X) „*Yra dideli apribojimai, kas gali patekti į paliatyviosios pagalbos sąrašą*“ (3X) „*turėtų būti labiau apibrėžta įstatyme, kada žmogus tampa paliatyvus*“ (2X)

Šeimos narių noras turėti arčiau savęs savo artimuosius, tampa viena iš priežasčių, kodėl didžiųjų miestų ligoninėse susidaro ilgos eilės „*trūksta vietų prie didžiųjų miestų, nes yra dirbantys vaikai, kurie vežasi tuos tėvus čia (...) pirašo prie savo poliklinikos ir jie tampa Vilniečiais*“ (5X). Ekspertai pabrėžia, kad mažos rajoninės ligoninės gali gauti nepakankamai pacientų „*mažų miestų ligoninės negauna pacientų*“ (2X), „*tikrai rajone yra tų laisvų vietų*“ (4X). Ekspertas (6X) mato ir kitą priežastį dėl ko

pacientai renkasi didesnius miestus “kaimo vietovėse labiau trūksta specialistų, miestuose paslaugų apimtys didesnės. Ekspertai mano, kad jei paliatyvių paslaugų tinklas visoje Lietuvoje būtų efektyvesnis, taip būtų išvengta netolygaus eilių telkimosi.

Lietuvoje paliatyvi pagalba namuose yra labai menkai išvystyta, todėl pacientas norėdamas gauti visapusišką pagalba turi rinktis paslaugas stacionare. Ekspertas (5X) mano, kad viskas vyksta fragmentiškai „*paliatyvią slaugą namuose atlieka tik viena įstaiga*“. Ekspertas (5X) teigia, kad privačias paslaugas teikiančios įstaigos dažnai būna laikinos ir ilgai neišsilaiko „*bando kurtis, bet tai finansiškai ilgą laiką jos neišsilaiko“.* Ekspertas (2X) mano, kad kokybiška paliatyvi slauga namuose Lietuvoje sunkiai įmanoma „*pagalba namuose man sunkiai įsivaizduojama, kokybiškai atlikti daug kainuoja*“. Ekspertas (6X) mano, kad būtent dėl ambulatorinės paliatyvios pagalbos stokos pacientai priversti būti ligoninėje, nes specialistų komanda negali atvykti į namus ir jam suteikti paslaugų „*mažai kur yra, visi skaičiuoja, kaštus, naudingumą, pagalba gali būti suteikta tik čia*“.

Kita svarbi ekspertų paminėta ilgų eilių priežastis, tai yra augantis paliatyvių paslaugų poreikis „*politikai turi prognozuoti poreikį, nes vyresnių žmonių skaičius tikrai didelis*“ (5X), „*deja visuomenė sensta*“ (1X). Ekspertas (4X) mano, kad neužtenka uždaryti rajonines ligonines ir vietoje jų įsteigti palaikomąsias slaugos įstaigas „*jie turi įsivertinti, ar uždarius ligoninę ginekologai ar chirurgai norės likti slaugos ligoninėje*“, tai reiškia, „*kad gali nebūti kas norės dirbti*“.

Lovų skaičius Vilniaus mieste auga ypač nuo 2018 m., kuomet priimtas įstatymas, kuris numatė užtikrinti 12 lovų 100 000 gyventojų. Tačiau ekspertas (2X) mano, kad šis padidintas lovų skaičius yra vis dar mažas, todėl eilės išlieka vis dar ilgos ir nemažėja „*poreikis ir taip didelis, o jis kasmet auga*“. Ekspertas (6X) teigia, kad eilės dėl to ir nemažėja, kad pridėtinių lovų didinimas yra ribotas „*didinti paliatyvių lovų skaičių įstaigoje mažai galimybių*“.

Vertinant paslaugų gavimo prieinamumą ekspertai mano, kad paliatyvūs pacientai ne visas gauna jiems priklausančias paslaugas. Ekspertas (5X) teigia, kad vertinant Lietuvą su kitomis šalimis, Lietuva yra viena mažiausiai sunaudojančių preparatų nuo skausmo „*pagal nuskausminančių sunaudojimą mes tvarkingai atsiliekame (...) klausimas ar iš tiesų tas žmogus nejaučia skausmo paskutinėse savo stadijose*“ Ekspertas (6X), taip pat mano, kad kitose šalyse nuskausminančių preparatų yra naudojama daugiau „*kiti naudoja to daugiau*“. Ekspertas (5X) įžvelgė, kad psichologinė pagalba nepritaikyta visiems šeimos nariams „*su vaikais iš vis nežinau ar kas dirba netekties atveju*“ (5X) ir pacientui mirus nėra tolimesnės pagalbos „*gedėjimo procesas yra gana ilgas, o draugai ar giminės vengia apie tai kalbėti*“ (4X), „*nėra tęstinės pagalbos*“ (3X).

Ekspertas (3X) mano, kad nors ir dauguma įstaigų turi visus specialistus, kurie yra būtini teikiant paliatyvią pagalbą, specialistų pagalbą gauna ne visi, nes yra ribotas etatų skaičius arba specialistai dirba

ne visu etatu „*etatų galėtų būti daugiau, kineziterapeutas dirba tik 0,75 etato*“. Ekspertas (1X) teigia, kad specialistų trūkimas įtakoja paslaugos gavimą „*norėtųsi geresnės tos paslaugos, bet dėl nepakankamo specialistų skaičiaus paslaugos teikiamos tik būtiniausios, o apie kažkokias papildomas sunku būtų*“.

Ekspertai paminėjo jog paliatyvias paslaugas gali gauti tik pacientas su aiškioms diagnozėmis, siuntimas paliatyviai pagalbai gauti turėtų būti iš komisijos, tačiau ekspertas (4X) mano, kad paliatyvios pagalbos poreikis prasideda daug anksčiau, net ir tada kai pacientas dar nėra visiškai gulintis „*užsienyje paliatyvią pagalbą komanda pradeda teikti labai anksti, žmogus dar turi laiko susitaikyti (...) išgyvenamumas tampa šiek tiek ilgesnis (...) žmogus praeina daug stadijų, pykčio, neigimo, derybų ir susitaikymo, todėl ankstyva intervencija yra būtina*“.. Į stacionarą patenka ligoniai jau esant paskutiniam gyvenimo etapui „*30% miršta per pirmą savaitę*“ (1X). Nemaža dalis pacientų būna neįtraukti į paliatyvios pagalbos gavėjų sąrašą, nes jie neatitinka papildomų sąlygų, tačiau ekspertas (2X) pabrėžė, kad „*jie irgi yra išeinantys, bet jie negauna viso paslaugų paketo*“. Ekspertė (6X) teigia įstatymų netobulumas, riboja padėti pacientams, kuriems irgi reikia paliatyvios pagalbos, tačiau įstatyme kriterijaus neatitinka „*nori padėti tam žmogui, nepatenka pagal tą šabloną arba nėra galimybės teikti taip kaip įstatyme numatyta, paslaugos negauna*“

Žmogiškieji ištekliai. Paliatyvios pagalbos žmogiškieji ištekliai yra viena pagrindinių kokybės sudedamųjų dalių. Specialistų teikiančių paliatyvią pagalbą trūkumas gali neigiamai paveikti paslaugų efektyvumą. Siekiant išanalizuoti, specialistų teikiančių paliatyvią pagalbą žmogiškuosius išteklius ekspertų buvo paprašyta įvardinti specialistų teikiančių paliatyvią pagalbą spektrą, kokių specialistų trūksta labiausiai bei to priežastis.

Ekspertai teigia, kad specialistų spektras yra labai platus, nes paslaugos paliatyviam ligoniui yra teikiamos pagal jo poreikius „*priklauso nuo to kokia yra paciento būklė*“ (1X), „*įvairūs specialistai dalyvauja*“ (3X).

21 lentelė. Specialistai teikiantys paliatyvią pagalbą staciuonare.

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Medicinos personalas	Pagrindiniai komandos nariai	„*...gydytojas, slaugytojai, slaugytojos padėjėjai*“ (1X) „*...gydytojai, slaugytojos, slaugytojos padėjėjai*“ (2X) „*...gydytojas, slaugytojos ir padėjėjai*“ (3X) „*Gydytojas, slaugytojos, pagalbinis personalas*“ (4X, 5X) „*Gydytojas, slaugytojos ir padėjėjai dirba pas mus...*“ (6X) „*Gydytojas budi tik dienos metu*“ (6X)
		„*Psichologas, socialinis darbuotojas, kineziterapeutas arba masažistas ...*“ (1X) „*Masažuotojas, socialinis darbuotojas, kineziterapeutas, psichiatras, logopedas, psichologas...*“ (2X)

	Papildomi specialistai	„*Kineziterapeutas, masažistas, ergoterapeutas, psichologas, logopedas (labai retai reikia)...*“ (3X) „*Įeina ir chirurgas, esant žaizdų priežiūrai*“ (4X) „*...psichologas, psichiatras, kineziterapeutas, socialinis darbuotojas*“ (4X, 5X) „*galime pasidžiaugti, kad turime pedikiūro specialistę, kuri dirba su diabetine pėda* “ (4X) „*...psichologas, socialinis darbuotojas (...) esant reikalui atvyksta kineziterapeutas*“ (6X)
Ne medicinos personalas	Savanoriai	„*dvasinė pagalba*“ (1X) „*Esant reikalui ateina iš bažnyčios*“ (2X) „*...kunigas...*“ (3X) „*... su bažnyčia bendraujame*“ (5X) „*Įtraukta dvasininkija, sielovados paslaugos*“ (6X)

Pagal ekspertų pateiktus duomenis yra matoma, kad visose sveikatos priežiūros įstaigose, kuriuose yra teikiama paliatyvi pagalba dirba pagrindiniai komandos nariai:

1. Gydytojas
2. Slaugytojas
3. Slaugytojo padėjėjas

Papildomų specialistų paslaugos yra teikiamos visose įstaigose, pagrindinius specialistus, kurie daugiausiai dalyvauja paliatyvioje slaugoje ekspertai įvardino psichologą, socialinį darbuotoją ir kineziterapeutą. Įstaigoje (4X ir 5X) papildomai yra teikiamos chirurgo ir pedikiūro specialisto paslaugos. Savo paslaugas, paskutines paciento gyvenimo akimirkas, teikia ir dvasininkai.

Ekspertai neišskyrė, kokių konkrečiai trūksta specialistų, jie teigė, kad trūksta apskritai visų specialistų, o ypač tų kurie atitiktų patirtį „*Trūksta visų specialistų, trūksta pas mus kokybiškų specialistų...*“ (1X).

22 lentelė. Specialistų trūkumo stacionare priežastys.

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
	Darbo užmokestis	„*...atlyginimas...*“ (5X) „*Su padėjėjais kita bėda, minimumas plius 30-50 Eur su naktiniais budėjimais*“ (2X) „*tai yra mažiau apmokamas darbas*“ (1X) „*Mes taip prarandame dalį specialistų...*“ (26X)
	Emigracija	„*Padirba metus ir išvažiuoja*“ (2X) „*labai daug išvažiuoja...*“ (3X) „*...išvyksta daug specialistų*“ (5X) „*Susigundo didesnių atlyginimu užsienyje ir bando ten*“ (1X)
	Darbo sąlygos	„*didelis fizinis krūvis*“ (6x) „*psichologiškai reikia būti stipriam*“ (6X) „*Sunkūs tie pacientai*“ (1X)

	Karjera	„*...neperspektyvus...*“ (2X) „*Karjeros prasme sunku pasiekti aukščiau*“ (2x) „*...labiau renkasi aktyvaus gydymo įstaigas, daugiau perspektyvų, projektų*“ (3X)
Barjerai sąlygoti politikos	Finansavimas	„*turi būti ir atitinkami įkainiai*“ (2X) „*...kai paskaičiuoji, lėšų niekaip neužtenka*“ (5X) „*dėl finansinių dalykų, neįmanoma įdarbinti tiek kiek įstaigai norėtųsi*“ (5X)

Ekspertas (2X) teigia, kad specialistai pirmumą įsidarbinti teikia aktyvaus gydymo ligoninėse „*mūsų įstaiga yra paskutinėje vietoje*“ arba tie kurie jau daug metų yra išdirbę aktyvaus gydymo sveikatos priežiūros įstaigose „*kurie baigę karjerą aktyvaus gydymo įstaigose*“. Ekspertas (1X) mano, kad neišvažiuoja tik vyresnio amžiaus specialistai, kurie jau nebenori mokintis kalbų ar siekti karjeros galimybių „*senoji karta, kuri dar tų kalbų nežino, tai jie dar čia dirba*“, „*jaunimas čia neateina*“ (5X).

Ekspertai teigia, kad atlyginimas slaugos ligoninėse yra vienas mažiausių lyginant su kitomis ligoninėmis „*sumokėti žmogui yra mažesnės galimybės nei pvz.: tretinio lygio*“, tai gali būti viena iš priežasčių kodėl jaunimas nesirenka šios darbo vietos „*intensyvios slaugos čia yra labai daug, bet atlyginimo požiūriu labai skiriasi*“ (5X). Ekspertas (4X) mano, kad visas slaugos procesas yra panašus ir kitose įstaigose, o kai kuriais atvejais net sunkesnis „*procedūros nelabai skiriasi, dėl netekčių emociniu atžvilgiu, palyginus su kitais skyriais čia yra sunkiau*“. Ekspertas (6X) mano, kad slauga su mirštančiais pacientais yra sunkus tiek fiziškai tiek emociškai, todėl ne visi yra pasiruošę dirbti tokį darbą „*ne kiekvienas gali dirbti*“, o ir karjeros galimybės menkos, specialistai kurie užima aukštas pareigas įstaigoje dažnai nesikeičia „*šis darbas tinka tiems kas nesiekia aukščiau*“ (1X).

Įstatymų numatyta tvarka, teikiant paliatyvią pagalbą psichologui, socialiniam darbuotojui ir gydytojui priklauso 10 pacientų, slaugytojai 2, slaugytojo padėjėjui 3, tačiau ekspertai mano, kad ši darbuotojų kiekio rekomendacija neatitinka tikrovės „*Nei vienos įstaigos nežinau, kuri laikytųsi šių normų*“ (2X), ekspertas (5X) mano norint laikytis šių nuostatų valstybės finansavimas turi būti didesnis „*jeigu apimi visą parą, savaitgalius ir šventines dienas ir kai paskaičiuoji, lėšų niekaip neužtenka*“. Ekspertas (2X), paskaičiavęs etatų skaičių pagal rekomendacijas teigia, kad „*kaip galima išlaikyti 18 etatų darbuotojų*“. Skaičiuojant dešimčiai paliatyvių lovų reikia pamainai penkių slaugytojų ir trijų slaugytojo padėjėjų „*realiai to niekada nebus*“ (3X), „*laikanti šių reikalavimų kitiems ligoniams slaugytojų netektų*“ (4X). Ekspertai paminėjo, kad nuo 2019 m. gegužės 1d. keisis darbuotojų kiekio rekomendacijos teikiant paliatyvią pagalbą, tačiau ekspertai išlieka skeptiški „*na pažiūrėsim kaip čia bus*“ (3X), „*geriau finansuotų daugiau, tada ir personalo galima daugiau įdarbinti*“.

3.2.3 Paliatyvios pagalbos stacionare kvalifikacijos užtikrinimo sistema

Specialistai teikiantys paliatyvią pagalbą turi turėti galiojančias bendros praktikos slaugytojo, vidaus ligų gydytojo licencijas. Kiti specialistai, kurie dalyvauja teikiant paliatyvią pagalbą turi turėti licencijas pagal savo specialybę. Slaugytojo padėjėjai turi turėti kursų baigimo pažymėjimą. Visi specialistai papildomai turi būti išklausę paliatyvios pagalbos kursą. Ekspertų buvo paprašyta įvardinti kvalifikacijos kėlimo ir užtikrinimo sistemą Lietuvoje paliatyvias paslaugas teikiantiems specialistams, jų trūkumus ir privalumus.

Visi ekspertai įvardino, kad remiantis paliatyvios pagalbos įstatymu visi specialistai turi būti išklausę 36 val. paliatyvios pagalbos teikimo kursą. Kai kurios įstaigos yra pasirašiusios sutartis su švietimo įstaigomis, tada apmokymai vyksta sveikatos priežiūros įstaigoje „*įstaiga apmoka (...) pasirašiusi sutartį su kolegija (...) atvažiuoja mokytojai į įstaigą*“ (2X), „*pagal sutartį atvyksta iš kolegijos ir apmoko*“ (3X).

Ekspertų nuomone, paliatyvios pagalbos kursai yra tik formalumas. Ekspertas (3X) mano, kad kursuose medžiaga išdėstoma paviršutiniškai „*prabėgi greituoju būdu, o dirbant tų iššūkių būna daugiau*“. Ekspertas (4X) mano jog per mažai kursuose yra skiriama dėmesio specialistų elgsenai su pacientu ir jo šeimos nariais mirimo metu „*...net specialistų ruošime yra labai ne daug laiko skiriama tų valandų, kurios apmokytų specialistus kaip elgtis su mirštančiuoju, ką kalbėti su artimaisiais, kaip juos paguosti*“. Ekspertas (5X) mano, kad kursas yra per trumpas norint išsamiau apimti specifinius paliatyvios pagalbos teikimo aspektus „*36 val. nėra daug kai nori apimti plačiau visus aspektus*“.

Už papildomus kursus ar konferencijas įstaigos apmoka labai skirtingai, vienos apmokai tik tiek kiek reikia licencijai pratęsti „*pavyzdžiui slaugytojoms apmokama penkių metų bėgyje 60 valandų kursų (...) taip pat ir su gydytojais*“ (5X). Ekspertas (5X) mano, kad konferencijos yra labai informatyvus šaltinis, todėl įstaiga stengiasi pagal galimybes apmokėti ir leisti dalyvauti keliems asmenims iš įstaigos „*labiau naudingesnė informacija yra tai ką gauni konferencijose, kurios yra tarptautinio lygio*“. Ekspertė (4X) mano, kad konferencijos daug informatyvesnės nei paliatyvios pagalbos kursai „*konferencijoje daug daugiau sužinojau iš psichologinių dalykų*“

Eksperto (1X) nuomone, kad slaugant paliatyvius ligonius didelę reikšmę turi patirtis „*Daug ką lemia darbuotojų patirtis*“ (1X). Ekspertas (2X) mano, kad slaugant paliatyvius pacientus yra atliekamos eilinės procedūros, kurios yra apmokamos kolegijose ir universitetuose „*žmogus ateina ne žalias dirbti, o paliatyvas, prisideda psichologija*“, tačiau taip pat priduria, kad „*visgi trūksta psichologinių žinių medicinos personalui, kursuose galėtų labiau akcentuoti*“.

Ekspertas (5X) mano, kad pagalbiniam personalui turėtų būti ilgesni bendri slaugymo kursai, nes šiuo metu jiems paruošti yra skiriama keletas mėnesių „*neretai jiems trūksta bendravimo įgūdžių tiek su pacientais, tiek su šeimos nariais*“. Ekspertas (4X) taip pat teigia, kad slaugytojų padėjėjai turi dažniausiai vidurinį išsilavinimą „*kultūros jiems kartais pritrūksta*“.

Kaip viena iš privalumų ekspertai įvardino, kad visgi nemažą dalį kursų ir konferencijų įstaigos apmoka iš savo biudžeto. Tai leidžia medicinos personalui įgyti naujų žinių ir pasidalinti jas su savo kolegomis. Kitas privalumas kurį pabrėžė ekspertas (6X), kad įgiję specialistai žinių užsienyje patys atvyksta į įstaigas ir pasakoja naujai taikomas gydymo ar slaugymo patirtis „*kartais specialistai atvyksta pasidalinti patirtimi ir pasistažavę kitose šalyse*“. Ekspertas (1X), teigia, kad nevyriausybinės organizacijos ir draugijos stengiasi vis daugiau organizuoti bendrus susibūrimus, kuriuose specialistai gali dalintis patirtimi ir patarimais „*paliatyvios pagalbos draugijos organizuoja nemokamai pasidalijimus patirtimi*“.

3.2.4 Paliatyvios bendruomenės\visuomenės formavimas ir įtraukimas

Ekspertai mano, kad Lietuvoje paliatyvios pagalbos bendruomenę sudaro tik su ja susiję asmenys „*į bendruomenę įeina visi procese dalyvaujantys, šeimos nariai, medicinos personalas, dvasininkai*“ (5X), „*tie kurie dirba prie žmogaus*“ (4X).

Ekspertai į klausimą kaip pasireiškia paliatyvios pagalbos bendruomenė atsakė, kad bendruomenė Lietuvoje dar yra nesusiformavusi. Ekspertas (5X) teigia, kad „*Visuomenės požiūris dar tūrėtų keistis...*“, o ekspertas (3X) teigia, kad „ *jos apskritai Lietuvoje nėra, nėra bendruomenės pagalbos...*“.

23 lentelė. Visuomenės informavimo ir įtraukimo priemonės.

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Visuomenės informavimo priemonės	Pirminė sveikatos priežiūra	„*Centruoti pagrindinę informaciją turėtų tikriausiai šeimos gydytojai*“ (4X) „*Pirminiai informatoriai turėtų būti šeimos gydytojai*“ (2X) „*pirminė sveikatos priežiūra*“ (5X)
	Vadybiniai skyriai	„*Turėtų būti vienas vadybininkas, problemų sprendėjas, kuris gali padėti*“ (5X) „*asmuo, kuris suteiktų visą informaciją*“ (2X) „*nelabai yra tų įstaigų, kurios galėtų apmokyti*“ (4X)
	Medija	„*reikėtų labiau konkretesnės informacijos internete*“ (2X) „*...lankstinukai...*“ (6X) „*televizija vienas geriausių būdų*“ (6X) „*informacinių bukletų įstaigose*“ (1X)
	Savanorystė	„*bendruomenės įtraukimas būtų savanoriškumas*“ (3X) „*savanoriai būtų gerai*“ (5X)

Visuomenės įtraukimo priemonės		„...*savanoriai*“ (6X) „...*savanoriškumas, kurio mūsų įstaigoje nėra*“ (1X)
	Nevyriausybinės organizacijos	„*Gedėjimo grupės reikalingos kurios padeda*“ (5X) „*stengtis visuomenę įtraukti*“ (2X) „*nedaug mes jų turime*“ (4X)

Ekspertas (5X) teigia, kad „*pagalba iš išorės šiuo metu yra daugiau mažiau formali*“. Ekspertas (6X) mano, kad daugelis žmonių nežino kas yra paliatyvi pagalba „*jei jūs paklaustumėte žmonių apie paliatyvią pagalbą aš nežinau ar jums kažką pasakytų*“. Ekspertas (4X) mano, kad informacija pacientams ir šeimos nariams yra būtina „*žmonės turi žinoti, kad ta paslauga yra teikiama, ta institucija egzistuoja*“.

Ekspertai mano, kad bendruomenės pagalba padėtų sergantiems žmonėms jaustis labiau reikalingais „*jiems būtų gera, kad jie kažkam rūpi, rūpi ir svetimiems*“ (6X). Ekspertas (2X) mano, kad norint padidinti supratingumą apie paliatyvią pagalbą yra labai svarbi informacijos sklaida „*informacijos plėtimas indelis į paliatyvios pagalbos praplėtimą*“, „*kai visuomenė žino ji aktyviau dalyvauja (...) manau, kad atsirastų žmonių, kurie nori padėti*“ (6X).

Ekspertai yra įsitikinę, kad dėl informacijos stokos yra sukuriami neteisingi mitai apie slaugomus ligonius, todėl yra susidariusi neigiama nuomonė apie stacionarias paslaugas. Ekspertas (5X) teigia, kad šeimos nariai mano, kad jų artimieji yra slopinami medikamentais, kad nevaikščiotų ir netrukdytų personalo „*tada juos turi maitinti, vartyti, keisti sauskelnes (...) slauga dėl to netampa lengvesnė*“. Ekspertas (2X) teigia, kad neteisingai galvoja šeimos nariai, kad visi pacientai yra rišami prie lovos bortelių „*fiksuojama prie lovos tik labai kritiniais atvejais*“.

Ekspertai teigia, kad informacijos srautai apie paliatyvią pagalbą Lietuvoje yra dar nepakankami „*Lietuvoje nepakanka medijos skleidžiamos informacijos, spausdintos informacijos*“ (6X), „*manau kad trūksta internetinių tinklalapių, skrajučių*“ (2X). Ekspertai teigia, kad pirminė sveikatos priežiūra turėtų suteikti pagrindinę informaciją ir nukreipti pacientus į įstaigas, kurias jie turi kreiptis toliau. Tačiau ekspertas (5X) mano, kad šeimos gydytojų krūvis yra gana didelis „*žinant šeimos gydytojų užimtumą, per dieną kiek jie praleidžia tų pacientų*“, ekspertas (5X) pabrėžia, kad tūrėtų būti vadybiniai skyriai kurie suteikia pirminę informaciją.

Ekspertas (6X) teigia, kad labiausiai į paliatyvios pagalbos teikimą stengiasi įsitraukti bažnyčia „*didžiausias iniciatorius yra bažnyčia*“. Savanoriai iš bažnyčios ligoninėse išklauso pacientus, bendrauja su artimaisiais, kunigai priimą pacientų išpažintis. Ekspertas (1X) mano, kad dvasininkų pagalba atlieka didelį darbą „*šie savanoriai yra pacientų šviesa*“.

Ekspertai mano, kad savanorių reikia, tačiau labai sunku juos įstatymiškai apibrėžti „*savanorius būtų sunku įtraukti techniškai*“ (3X). Remiantis įstatymu savanorių veikla negali būti susieta su asmens sveikatos priežiūra. Ekspertas (X5) mano, kad Lietuvoje savanorystė yra nelabai populiari ir jeigu ateina tai dėl savo interesų „*klausimas kokiu tikslu jie atvyksta (...) dėl taškų universitetui*“. Ekspertas (5X) teigia, kad tai nėra savanorystė ir jų paslaugos nėra tinkamos „*būna jauni, klausimas ar gali jie rasti bendrą kalbą*“. Ekspertas (6X) mano, kad savanoris turi būti ir sielos draugas „*tie kurie išgyvenę panašią tragediją*“.

Ekspertas (4X) mano, kad savanoriai galėtų būti ir grožio paslaugas atliekantys asmenys, nes stacionare nėra kirpėjo, manikiūrininko ar kitas paslaugas teikiančių specialistų „*yra poreikis kirpėjų*“. Specialistas (2X) pabrėžia, kad į stacionarą yra atvežami pacientai su nesutvarkytais nagai, kurie ne retai būna įaugę, sukietėję ir labai ilgi, personalas neturi galimybių jų sutvarkyti kaip tai padarytų specialistas „*užleisti nagai, reikia specialisto*“.

Siekiant įvertinti kokie tūrėtų būti santykiai su personalu ir šeimos nariais ekspertų buvo paprašyta įvardinti kokie yra efektyviausi, sklandžiausi ir priešingai ryšiai tarp paliatyvią paslaugą teikiančių ir ją gaunančių asmenimis. Ekspertai mano, kad jų pačių noras dalyvauti slaugos procese „*norisi to bendradarbiavimo ir su šeima*“ (5X). Ekspertas (3X) teigia, kad sunku sklandžiai bendrauti, kai artimieji ateina tik su priekaištais „*artimieji ateina su pretenzijomis*“. Ekspertas (1X) mano, kad ligoninėje sąmoningai artimieji visą atsakomybę perkelia tik slauganciam personalui „*kai kurie šeimos nariai neprisiima jokios atsakomybės ir mano, kad tai personalo pareiga*“ (1X), kitaip tariant artimieji nori, kad personalas atliktų visas funkcijas ir mažai dominsi paciento priežiūra „*lanko labai retai*“ (1X). Kitas ekspertas mano, kad visuomenės bei artimųjų lūkesčiai yra labai dideli „*artimieji tikisi gaus viską*“ (5X), tai ypatingai pasireiškia tada, kai patys priežiūrai skyrė mažai laiko „*kai artimieji turi didelę kaltę stipriai bando šokdinti tiek sveikatos sistemą, tiek socialinę grandį, personalą*“ (4X). Ekspertas (5X) teigia, kad lengviausiai yra bendrauti su šeimos nariais, kurie slaugė pacientą patys namuose „*jie supratimo turi daugiau apie slaugą*“.

Ekspertai pabrėžia, kad nemažai yra ir asocialių, su priklausomybėmis arba neturi artimųjų. Ekspertas (5X) teigia, kad yra atvežama nemažai apleistų ir neprižiūrėtų pacientų „*atvažiuoja su begalinėmis pragulomis, apie asmens higieną aš nekalbu*“. Ekspertas (4X) mano, kad „*iš asocialios aplinkos atvykę pacientai nelinkę bendradarbiauti, būna agresyvūs*“.

Ekspertai akcentuoja, kad Lietuvoje yra organizacijų susijusių su paliatyvia pagalba, bet jų yra nedaug ir neaktyviai dalyvauja įtraukiant visuomenę į savanorystę ar šeimos narių palaikymą. Ekspertas (5X) teigia, kad Lietuvoje nėra nevyriausybinių organizacijų kurios padėtų šeimos nariams po artimojo praradimo „*kitose šalyse yra gedėjimo grupės*“. Organizacijos galėtų padėti artimiesiems išgyventi po netekties, nes jos gali suburti daugiau žmonių kurie patyrė ir tai išgyveno „*suprastų, kad jie ne vieni*“

(2X). Eksperto (5X) nuomone, Lietuviai yra pripratę kentėti ir yra labai uždari, dėl to ne visada pasisako apie savo išgyvenamus pojūčius todėl yra dažnos savižudybės ir alkoholio vartojimas „*pas mus yra tas požiūris, jeigu liga, tai turi kentėti (...) ne visada pasako, ne visada išreiškia...*“.

3.2.5 Ekspertų pasiūlymai paliatyvios pagalbos teikimo Lietuvoje gerinimui

Ekspertai įvardinę paliatyvios pagalbos teikimo situaciją Lietuvoje pateikė pasiūlymus. Ekspertas (5X) visų pirmą įvardijo, kad politikai turi aiškiau deklaruoti už ką jie apmoka „*kai deklaruoja apmoką viską, toli gražu apmoka ne viską*“.

24 lentelė. Ekspertų pasiūlymai pagerinti paliatyvios pagalbos kokybę Lietuvoje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Ekspertų pasiūlymai	Sveikatos priežiūros formuotojams	„*Daugiau investuoti į namų slaugą*“ (5X) „*aš siūlyčiau aukštesnėms instancijoms įteisinti galimybę pasirinkti būti negaivinamam esat paliatyvioje būklėje*“ (4X) „*kad kiekviena taikytina procedūra būtų apmokama*“ (5X) „*Neprisirišti prie lovų skaičiaus*“ (3X) „*Lovų skaičiau didinimas*“ (3X) „*jei būtų mokama už kiekvieną paslaugą kokybė pagerėtų*“ (2X) „*Kompensuotų tai kas yra reikalinga*“ (5X) „*kompensuokit už papildomus dalykus*“ (2X) „*Kompensuokit slaugos priemones*“ (4X) „ *paslaugų tinklą įsivertinti*“ (5X) „*daugiau mokėti už lovadienį*“ (1X) „*Valstybės investicija į paliatyvią slaugą namuose, galėtų sumažinti stacionarių eilių ilgį*“ (2X) „*Gerinti paliatyvios pagalbos prieinamumą rajonuose*“ (6X) „*Įkainio didinimas*“ (6X)
	Nevyriausybinėms organizacijoms	„*Gedėjimo grupių įkūrimas*“ (5X) „*Bendruomenės įtraukimas*“ (6X) „*skatinti savanorystę, skleisti labiau žinią*“ (1X) „*sujungti socialines ir sveikatos paslaugas*“ (1X)
	Švietimo įstaigoms	„*Žodis „mirtis“ galėtų būti labiau įtrauktas į mokymosi procesą*“ (5X) „*daugiau kursuose aptarti psichologinius aspektus*“ (3X) „*kursuose apie mirimo procesą nelabai aptaria*“ (4X) „*slaugytojų padėjėjai gal turėtų mokytis ilgiau bendros slaugos*“ (5X)

Ekspertai mano, kad paliatyvių paslaugų plėtra yra būtina Lietuvoje. Tą taip pat pagrindžia pirmame skyriuje išdėstyti Lietuvos demografiniai rodikliai. Siekiant didinti šių paslaugų plėtrą yra svarbu atsižvelgti į paliatyvios pagalbos namuose paslaugų teikimo plėtojimą ir paliatyvios pagalbos

lovų skaičiaus didinimą. Ekspertas (3X) mano, kad reikia didinti lovų skaičių statant naujus priestatus ar įstaigas didžiuosiuose miestuose „*valstybė tūrėtų pagalvoti apie naujų pastatų ir priestatų įsteigimą*“, nes slaugos ligoninės yra perpildytos pacientais su palaikomąją slauga. Ekspertas (5X), mano kad įstaigos tūrėtų būti pritaikytos paliatyviai pagalbai teikti „*patalpos kurios atitinka paliatyvių ligonių poreikius labiau*“. Ekspertas (3X) teigia, kad lovų skaičius turi didėti didžiuosiuose miestuose „*reikia daugiau stacionarinių lovų miestuose*“.

Ekspertai akcentuoja, kad sveikatos politikos formuotojai tūrėtų išsamiau įvertinti, kokios paslaugos yra teikiamos paliatyviam ligoniui ir kur įstaigoje yra paskirstomos lėšos, sritis kuriose finansavimas turėtų būti skiriamas papilomai. Nes šiuo metu į 52 eurų sumą yra įskaičiuojamos visos „*viešbučio*“ paslaugos, visos priemonės ir įranga, specialistai ir kiti svarbūs dalykai kurie yra susiję su kasdienine paciento priežiūra „*negali įtilpti į tą įkainį*“ (6X). Ekspertai mano, kad jei bus papildomai finansuojama už kiekvieną papildomą paslaugą pacientai gaus daugiau jiems reikiamų paslaugų „*tada įstaigos bus suinteresuotos taikyti daugiau paslaugų*“ (2X).

Ekspertai įvardijo, kad Lietuvoje trūksta nevyriausybinių organizacijų ir tolimesnės pagalbos pacientams, todėl mano, kad draugijos ar asociacijos galėtų įkurti gedėjimo grupes ir būti tolimesnė šeimos narių parama, kad organizacijų dėka informacijos sklaida būtų greitesnė ir efektyvesnė, aktyvus organizacijų dalyvavimas paskatintų savanorystę.

Ekspertas (3X) pabrėžė, kad organizuojant paliatyvios pagalbos kursus yra reikalinga išanalizuoti svarbiausius aspektu, kurie atspindi slaugymo ypatumus „*turėtų matyti ko trūksta ir organizuoti tuos kursus*“ Ekspertas (6X) pabrėžia, kad psichologinės specialistų žinios yra labai naudingos teikiant paliatyvią pagalbą „*nes tas žmogus, kuris prieina būna ir psichologas ir kartais kaip už artimąjį*“.

Ekspertai taip pat pasiūlė daugiau dėmesio mokymo įstaigose, kursų metų, skirti mirimo procesui ir psichologiniams aspektams. Ekspertas (5X) pažymi, kad turi būti daugiau valandų skiriama paliatyviai pagalbai teikti ir mokymosi įstaigose „*kolegijose galėtų mokyti daugiau*“.

IŠVADOS

1. Sveikata yra apibrėžiama kaip biologinis, socialinis ir psichologinis sąveikos rezultatas. Paliatyvi pagalba taikoma tuomet, kai nebetaikomas aktyvus gydymas ir siekiama pagal holistinį požiūrį užtikrinti maksimalų šių trijų dimensijų sveikatos palaikymą.

Sveikatos sistemos užtikrinimas yra glaudžiai susijęs su šalyje esančia politine, demografine ir ekonomine sistema. Vertinant demografinę padėtį Europos šalyse yra stebimos gimstamumo mažėjimo, sergamumo piktybiniais navikais augimo bei vidutinės gyvenimo trukmės ilgėjimo tendencijos. Tai lemia didėjantį paliatyvios pagalbos poreikį Europos Sąjungoje. Atsižvelgiant į ekonominį išsivystymą valstybės skiria skirtingo dydžio lėšas nuo šalies BVP sveikatos sistemai, nuo ko labiausiai priklauso sveikatos sistemos kokybė.

Siekiant sukurti visapusišką ir kokybišką paliatyvios pagalbos teikimo sistemą šalyje tiek PSO, tiek šalys su aukštu mirties kokybės indeksu skatina sukurti tvarius politikos paliatyvios pagalbos teikimo įgyvendinimo pagrindus užtikrinant:

- pakankamą finansavimą,
- pakankamą specialistų kvalifikaciją,
- nuskausminamųjų prieinamumą,
- paciento ir jos šeimos narių palaikymą,
- visuomenės įtraukimą.

2. Lietuvoje už sveikatos sistemos formavimą yra atsakingos trys teisėkūros institucijos: Seimas, Vyriausybė ir Sveikatos Apsaugos Ministerija.

Paliatyvios pagalbos formavimosi užuomazgos prasidėjo Carito iniciatyva Kaune. Buvo siekiama teikti pagalbą mirštančiajam remiantis paliatyvios pagalbos teikimo principais. Teisiniuose aktuose Paliatyvi pagalba yra reglamentuota nuo 2007 m. Pagrindiniai teisės aktai užtikrinantys sveikatos sistemos organizavimą yra paremti PSO ir „Sveikata visiems 2020“ pagrindiniais principais. Per pastarąjį dešimtmetį buvo įteisinti 7 pakeitimai. Redakcija buvo keista siekiant praplėsti paliatyvios pagalbos teikimo indikacijas, pakeistas teikimo stacionare terminas. Nuo 2016 m. iki 2018 m. kilo finansavimas 7,41 Eur už vieną lovadienį stacionare. Dėka ES struktūrinių fondų plėtėsi ir didėjo paliatyvių lovų skaičius miestuose ir rajonuose. Nuo 2008 m. iki 2017 m. lovų skaičius padidėjo nuo 26 iki 235 visoje Lietuvoje. Tačiau vertinant paliatyvios pagalbos lovų funkcionavimo rodiklius šis padidintas lovų skaičiau vis dar nepatenkina esamo poreikio.

Naujausiame, kuris įsigalios nuo 2019 m. gegužės 1d., įstatymo pakeitime yra numatytas naujas personalo darbo krūvio reglamentas bei numatyta, kad paliatyvias paslaugas teikiančiose įstaigose turėtų

būti ne mažiau 8 lovų. Šiuo metu tik 6 iš 47 sveikatos priežiūros įstaigų turi 8 ir daugiau paliatyvių lovų stacionare.

3. Siekiant plačiau atskleisti paliatyvios pagalbos teikimo problematiką ne tik lokaliai, bet ir nacionaliniu mastu buvo pasirinkta Vilniaus miesto savivaldybė, kurioje yra daugiausia paliatyvią pagalbą teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų. Lyginant su kitais miestais ir rajonais Vilniaus miesto savivaldybėje iš 235 yra 72 paliatyvios pagalbos lovos. Įvertinus paliatyvios pagalbos problematiką Vilniaus miesto savivaldybėje galima teigti, kad su šia problematika susiduria ir kiti Lietuvos miestai bei rajonai.

Empirinis tyrimas atskleidė, kad kokybiškos paliatyvios pagalbos koncepcija susideda iš daug faktorių. Tačiau ekspertai išskyrė svarbiausius paliatyvios pagalbos įgyvendinimo ir kokybės aspektus:

- personalas;
- finansavimas;
- prieinamumas;
- kvalifikuota slauga.

Visi šie aspektai yra labai glaudžiai tarpusavyje susiję. Nuo finansavimo priklauso įstaigos teikiamų paslaugų spektras, kokybė ir medicinos priemonių ar turimos įrangos įvairovė. Finansavimas taip pat įtakoja personalo įdarbinimo galimybes. Prieinamumas įtakoja paslaugų teikimo greitį ir galimybes gauti kvalifikuotą slaugą. Kvalifikuota slauga priklauso ir nuo personalo bei turimų priemonių ir įrangos galimybių panaudojimo.

Ekspertai įvardijo, kad didžiausią paliatyvios pagalbos prieinamumo problemą yra organizavimo lygmenyje. Šiuo metu Lietuvoje yra ilgos eilės, kurios susidaro tiek dėl lovų trūkumo, tiek dėl vidinės pacientų migracijos į didžiuosius miestus. Eilės susidaro ir dėl nepakankamos paliatyvių paslaugų teikimo infrastruktūros. Vertinat prieinamumą komunikaciniu požiūriu ekspertai mano, kad Lietuvoje paliatyvios paslaugos yra teikiamos fragmentiškai ir nėra jų bendro tinklo.

Ekspertai teigia, kad didžioji dalis pacientų paskutines dienas pasirinktų praleisti savo namuose su artimaisiais, tačiau Lietuvoje yra dar nepakankamai išvystytos paslaugos namuose, socialinės ir sveikatos paslaugos teikiamos atskirai, tai lemia pacientų sprendimą rinktis stacionarus. Ekspertai mano, kad Lietuvoje reikėtų daugiau investuoti į paliatyvios pagalbos teikimą namuose, nes šiuo metu ši paslauga yra ribota dėl mažų jos įkainių ir didelių kaštų, nes socialines ir sveikatos paslaugos teikia atskiros institucijos.

Ekspertai mano, kad kokybiškumas teikiant paliatyvias paslaugas yra galimybė ir pačiam ligoniui priimti sprendimus kaip jam oriai išeiti. Tačiau kartais įstatymai riboja pacientų pasirinkimo galimybes. Ekspertai pažymi, kad pacientų noras nebūti gaivinamam paliatyvioje būsenoje yra vienas iš sprendimų,

kurių negali įgyvendinti medicinos personalas, nes pagal įstatymą visi ligoniai turi būti gaivinami. Atsižvelgiant į šį svarbų faktą sveikatos priežiūros formuotojai, turi peržiūrėti esamą įstatyminę bazę ir svarstyti kitokią pasirinkimo mirti galimybę.

Ekspertai mano, kad Lietuvoje paliatyvi pagalba yra dar formavimosi stadijoje, tačiau pabrėžia, kad situacija lėtai, bet gerėja. Ekspertai tikisi, kad sveikatos priežiūros formuotojai įvertins senėjančios visuomenės situaciją ir atkreips didesnį dėmesį į augantį paliatyvios pagalbos poreikį.

REKOMENDACIJOS

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Įvertinti paliatyvios pagalbos paslaugų poreikį namuose bei pertvarkyti ir tinkamai paskirstyti paslaugų teikimo tinklą, kad visi galėtų gauti paliatyvios pagalbos paslaugas. Siekti plėsti paliatyvios pagalbos paslaugų teikimo apimtis namuose didinant paslaugų įkainius, kompensuojant visas reikiamas priemones slaugant pacientą namuose.
2. Įvertinti paliatyvią pagalbą teikiančių įstaigų finansavimo dydį ir medicinos personalo darbo krūvio reglamentavimo santykį.
3. Finansuoti atskirai už naudojamas pagal poreikį priemones ir kitų specialistų paslaugas bei suvienodinti trečio ir antro lygio kompensuojamas priemones.
4. Neapibrėžti paciento transportavimo apmokėjimo atvejų valstybės lėšomis, leisti įstaigoms kviesti greitąją pagalbą pagal poreikį ir nemokėti už iškvietimą.
5. Didinti lovų skaičių statant naujas pritaikytas paliatyviai pagalbai teikti patalpas.
6. Gerinti paliatyvios pagalbos prieinamumą rajonuose.
7. Įteisinti galimybę pacientui atsisakyti būti gaivinamam esant paliatyvioje būklėje.
8. Diegti informacines technologijas sveikatos priežiūros įstaigose mažinant popierinę dokumentaciją.

Sveikatos priežiūros įstaigoms:

1. Plėsti informacijos sklaidą sveikatos priežiūros įstaigose skrajučių ir plakatų pagalba.
2. Siekti holistiniu požiūriu komandiškumo darbe tarp medicinos personalo ir bendradarbiavimo tarp sveikatos priežiūros įstaigų.
3. Aktyviau dalintis patirtimi ir pasiūlymais su sveikatos priežiūros formuotojais.
4. Steigti vadybinius skyrius pirminio lygio sveikatos priežiūros įstaigose, kurie teiktų reikiamą informaciją pacientams.

Švietimo įstaigoms:

1. Paliatyvios pagalbos kursuose skirti daugiau dėmesio bendravimo įgūdžiams gerinti slaugant pacientą mirimo procesu. Aptarti psichologinius aspektus bendraujant su artimaisiais.

2. Kolegijose ar universitetuose skirti daugiau valandų aptarti mirimo procesui, kultūriniams aspektams, bendravimui su šeimos nariais.

Nevyriausybinėms organizacijoms:

1. Aktyviau įtraukti bendruomenę pasitelkiant žiniasklaidos priemones informacijos sklaidai didinti.

2. Įkurti gedėjimo grupes, kurios galėtų teikti pagalbą po artimojo netekties neribotą laiką.
3. Aktyviau įsitraukti į paliatyvios pagalbos politikos formavimą.

LITERATŪROS ŠALTINIAI

Teisės ir kiti normatyviniai aktai:

1. Europos Komisijos (EK). BALTOJI KNYGA Kartu sveikatos labui, 2008 – 2013 m. ES strateginis požiūris. Briuselis. KOM (2007) 630 galutinis. Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_lt.pdf
2. Lietuvos Respublikos Konstitucija. *Valstybės žinios.* 1992, Nr. 33-1014.
3. „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 7, 290 (2007).
4. „Lietuvos Respublikos savanoriškos veiklos įstatymas.“ *Valstybės žinios* 86, 4142 (2011).
5. „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 54, 2690 (2012).
6. „Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Dėl Integralios pagalbos plėtros veiksmų plano patvirtinimo.“ TAR 11355 (2015).
7. „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1145 Dėl Aktyviojo gydymo stacionarinėms paslaugoms nepriskiriamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašų ir slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo. TAR 6430 (2018).
8. „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Dėl Demografijos, migracijos ir integracijos politikos 2018–2030 metų strategijos patvirtinimo“ TAR 6625 (2018).
9. „Lietuvos Respublikos seimo 2007 m. gegužės 24 d. įsakymas Nr. X-1150 „LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 2, 5, 6, 7, 9, 15, 16, 19, 21, 22, 24, 27, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44 straipsnių pakeitimo ir papildymo bei 8, 11, 14 straipsnių pripažinimo netekusiais galios įstatymas.“ *Valstybės žinios* 64, 2455 (2007).
10. „Lietuvos Respublikos vyriausybės nutarimas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 67, 1961 (1998).
11. „Lietuvos Respublikos Viešųjų įstaigų įstatymas.“ *Valstybės žinios* 68, 1633 (1996).
12. „Lietuvos Respublikos Viešųjų įstaigų įstatymo Nr. I-1428 1, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ir 18 straipsnių pakeitimo įstatymas.**“** TAR 9068 (2018).
13. „Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.“ *Valstybės žinios* 66, 1572 (1996).
14. „Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas.“ *Valstybės žinios* 63, 1231 (1994).

15. „Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas.“ *Valstybės žinios* 55, 1287 (1996).
16. „Lietuvos Respublikos aukščiausiosios Tarybos nutarimas Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo.“ *Valstybės žinios* 33, 893 (1991).
17. „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 64, 1842 (1998).
18. „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Dėl valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030” patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 61, 3050 (2012).
19. „Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“ TAR 9403 (2014).
20. „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Dėl Lietuvos medicinos normos MN 10-1:1996. Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo specialieji reikalavimai. I dalis. Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės.“ *Valstybės žinios* 31, 783 (1996).
21. „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Dėl Lietuvos medicinos normos MN 80:2000. Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė.“ *Valstybės žinios* 18, 444 (2000).
22. „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Dėl Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 54, 2690 (2012).
23. „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų saugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo.“ TAR 5491 (2014).
24. „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo.“ *Valstybės žinios* 59, 2246 (2008).
25. „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Paliatyviosios pagalbos suaugusiesiems ir vaikams paslaugų bazinių kainų sąrašo tvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 59, 2247 (2008).
26. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 16 d. įsakymo Nr. V-470 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų, teikiamų suaugusiesiems ir vaikams privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo.“ TAR 17275 (2016).
27. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 16 d. įsakymo Nr. V-470 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų, teikiamų suaugusiesiems ir vaikams privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų sąrašo tvirtinimo.“ pakeitimo.“ TAR 1020 (2017).

28. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 16 d. įsakymo Nr. V-470 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų, teikiamų suaugusiesiems ir vaikams privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo.“ TAR 6379 (2018).
29. „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo.“ *Valstybės žinios* 107, 4485 (2009).
30. „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo.“ TAR 12342 (2015).
31. „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo.“ TAR 1435 (2016).
32. „Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 28, 1147 (2003).
33. „Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Dėl Apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašo patvirtinimo.“ TAR 4811 (2014).
34. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymas Nr. V-1145 „Dėl Aktyviojo gydymo stacionarinėms paslaugoms nepriskiriamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašų ir slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo.“ TAR 14004 (2014).
35. „Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimo Nr. 370 „Dėl Apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo.“ TAR 2995 (2015).
36. „Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimo Nr. 370 „Dėl Apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo.“ TAR 14768 (2018).
37. „Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas.“ *Valstybės žinios* 102, 2313 (1996).

38. „Dėl nacionalinės slaugos politikos 2016–2025 metų gairių patvirtinimo.“ TAR 2675 (2016).
39. „Lietuvos Respublikos slaugos praktikos įstatymas.“ *Valstybės žinios* 62, 2224 (2001).
40. „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 21:2000 „Slaugytojo padėjėjas. Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 36,1009 (2000).
41. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo. TAR 1001 (2019).
42. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ministro įsakymas „Dėl funkcinių būklių, dėl kurių pripažįstama visiška invalido negalia, sąrašo patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* 39,1240 (1999).

Moksliniai šaltiniai:

1. Blum, T., Schönfeld, N. „*The lung cancer patient, the pneumologist and palliative care: a developing alliance*„ Eur Respir J 2015; 45: 211–226. Prieiga per internetą: http://erj.ersjournals.com/content/erj/45/1/211.full.pdf
2. Mcllfatric, S. J., Murphy, T. „*Palliative care research on the island of Ireland over the last decade: a systematic review and thematic analisys of peer reviewed publications*“ BMC Palliative Care 2013, 12:3. Prieiga per internetą: https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-684X-12-33
3. Malvezzi, M., Carioli, G., Bertuccio, P., Boffetta, P. and others „*European cancer mortality predictions for the year 2017, with focus on lung cancer*“ Annals of Oncology 28: 1117–1123, 2017. Prieiga per internetą: https://academic.oup.com/annonc/article/28/5/1117/3044179
4. McKee, M., Gilmore, A.B., Schwalbe N.“International cooperation and health. Part I: issues and concepts“ J Epidemiol Community Health 2005;59:628–631. doi: 10.1136/jech.2003.013532. prieiga per internetą: https://jech.bmj.com/content/jech/59/8/628.full.pdf

Vadovėliai:

1. Gaižauskaitė, I; Valavičienė, N. „*Socialinių tyrimų metodai: Kokybinis interviu*“ Vilnius, 2016
2. Jakušovaitė, I.; Luneckaitė, Ž. „*MEDICINOS FILOSOFIJOS probleminio mokymosi knyga. LSMU Leidybos namai*“ Kaunas, 2011
3. Janušonis, V; Popovienė, J. „*Kokybės sistemos*“ Klaipėda, 2004
4. Doc. dr. Jankauskienė, D.; Pečiūra, R. „*Sveikatos politika ir valdymas*“ Vilnius, 2007
5. Parsons, W „*Viešoji politika: Politikos analizės ir praktikos įvadas*“ Vilnius: Eugrimas, 2001

6. Žydžiūnaitė V.; Sabaliauskas S. „*KOKYBINIAI TYRIMAI principai ir metodai*“ Vilnius, 2017

Kiti šaltiniai:

1. A report by The Economist Intelligence „*The 2015 Quality of Death Index*“ Ranking palliative care across the world. Prieiga per internetą: https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf
2. B. Rumbold “*Public Health Approaches to Advance Care Planning:”* Palliative Care Unit, School of Public Health, La Trobe University, Victoria, 2017. Prieiga per internetą: https://slideplayer.com/slide/4341578/
3. Country Health Profiles 2017. Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_en
4. Department of health and children “*Report of the National Advisory Committee on PALLIATIVE CARE*“ Publication 2001 p. 12. Prieiga per internetą: https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/nacpc.pdf
5. Eurostat European statistics: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170410-1
6. Eurostat European statistics: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20170203-1?inheritRedirect=true
7. Europos Sąjunga: https://europa.eu/european-union/topics/health_lt
8. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations: https://www.efpia.eu/news-events/the-efpia-view/blog-articles/the-future-of-patient-centered-oncology-care-in-europe#
9. Europos paliatyviosios pagalbos asociacijos rekomendacijos „Baltoji knyga: paliatyviosios pagalbos ligoninių (angl. hospice) ir paliatyviosios pagalbos standartai bei normos Europoje“ Kaunas: 2012 p. 20. Prieiga per internetą: http://www.pola.lt/wp-content/uploads/2013/01/ES-standartai-ir-normos.pdf
10. European Association of Palliative Care: https://www.eapcnet.eu/about-us/what-we-do
11. Eurostat „*Eurostat regional yearbook 2015*“ ISSN 2363-1716, p. 66-71, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015. Prieiga per internetą: https://www.dcu.ie/sites/default/files/edc/pdf/eurostat_2015.pdf
12. ES struktūrinė parama 2007 – 2013 m.: http://www.esparama.lt/pasirasytos-sutartys?pgsz=50&order=&page=&priem_id=000bdd5380003dc7&proCode=&applicantName=&proName=&amountSupportFrom=&amountSupportTo=&amountPaidFrom=&amountPaid

To=&contractDateFrom=&contractDateTo=&kvietimoNr=&proStatusName=&contractFinishedDateFrom=&contractFinishedDateTo=&apskritis=&igyv_saviv=

13. Health Consumer Powerhouse "*Euro Health Consumer Index 2017 Report*" p. 6. Prieiga per internetą: https://old.healthpowerhouse.com/wp-content/uploads/2018/01/EHCI-2017-report.pdf
14. Higienos instituto informacinis centras „*Lietuvos gyventojų sveikatos būklė ES šalių kontekste*" Vilnius: 2016. Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/Lietuva%20ES%20kontekste.pdf
15. Higienos instituto informacinis centras „*Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veika 1999 m*." Vilnius : 2000. Prieiga per internetą: http://hi.lt/lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-ir-sveikatos-prieziuros-istaigu-veikla-2013-m.html
16. Higienos instituto informacinis centras „*Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veika 2017*" Vilnius: 2017. Prieiga per internetą: http://hi.lt/lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-ir-sveikatos-prieziuros-istaigu-veikla-2013-m.html
17. Higienos instituto informacinis centras: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=253
18. Higienos instituto informacinis centras „*Stacionaro lovų veikla pagal lovų profilius ir ligonines 2000–2017 m.*" Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/lt/fondas.html
19. Higienos instituto informacinis centras „*Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas*" Sudarė: Cicėnienė, V., Gaidelytė, R., Garbuvienė, M. Vilnius: 2010. Prieiga per internetą: http://hi.lt/data/stat_leid.pdf
20. Higienos instituto informacinis centras: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=168
21. Higienos instituto informacinis centras: https://stat.hi.lt/user-report-view.aspx?group_id=11
22. „HOSPICE" paramos fondas: http://www.hospice.lt/LT/paliatyvioji-pagalba/
23. http://www.kaiskauda.lt/gydymas/#medikamentinis-opioidiniai
24. Kauno slaugos ligoninė: http://kaunoslauga.lt/lt/content/apie-mus-0
25. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija: http://sam.lrv.lt/lt/apie-ministerija/misija
26. Lietuvos Respublikos Seimas: http://www.lrs.lt/sip/dba_intra.portal_portlets.padalinio_funkcijos?p_pad_id=33
27. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija: http://sam.lrv.lt/lt/naujienos/a-veryga-butina-paliatyvios-pagalbos-pertvarka
28. Lietuvos Respublikos Vyriausybė: https://lrv.lt/lt/apie-vyriausybe/vyriausybe

29. Murauskiene L, Janoniene R, Veniute M, van Ginneken E, Karanikolos M. Lithuania: health system review „*Health Systems in Transition*“ 2013; 15(2): p. 19. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file /0016/192130/HiT-Lithuania.pdf?ua=1
30. National Palliative and End of Life Care Partnership „*Ambitions for Palliative and End of Life Care: A national framework for local action 2015-2020*“ p. 11. Prieiga per internetą: http://tvscn.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/09/Ambitions-for-Palliative-and-End-of-Life-Care.pdf
31. Nevartotinos naujausios svetimybės: http://www.vlkk.lt/aktualiausios-temos/didziosios-klaidos/zodyno/nevartotinos-naujosios-svetimybes
32. Oficialus statistikos departamentas: https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?Theme=all#/
33. OECD (2017) Health at a Glance 2017: OECD indicators, OECD Publishing, Paris. p. 54. Prieiga per internetą : https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en
34. Oficialiosios statistikos portalas: https://osp.stat.gov.lt/regionine-statistika-pagal-statistikos-sritis
35. Paliatyvios medicinos centras: http://www.pmcentras.lt/personalas.html
36. Palliative Care- A Human right „*Prahos chartija: vyriausybė privalo užtikrinti kančios palengvinimą ir pripažinti, kad gauti paliatyviąją pagalbą – žmogaus teisė*“ Europos paliatyviosios pagalbos asociacija, Tarptautinė paliatyviosios pagalbos ligoninė (angl. hospice) ir paliatyviosios pagalbos asociacija, Pasaulio paliatyviosios pagalbos aljansas ir Tarptautinė Žmogaus teisių stebėjimo organizacija, 2013. Prieiga per internetą: https://www.eapcnet.eu/publications/eapc-publications/ArtMID/843/ArticleID/356/lithuanian-prahos-chartija
37. Pal. kun. Mykolo Sopočkos hospisas: https://www.hospisas.lt/hospisas/
38. Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų bei paliatyviosios pagalbos plėtra: file:///C:/Users/Inesiukas/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Palaikomojogydymoirslaugospaslaugupagalbospletra%20(1).pdf
39. Regional office for Europe *„Strateginės slaugytojų ir akušerių vaidmens stiprinimo Europos regione kryptys, siekiant „Sveikata 2020“ tikslų“* Geneva: World Health Organization, 2015. Prieiga per internetą: http://www.lsmuni.lt/media/dynamic/files/12978/finalversionesd03092015_lt_jm_baigtas3_iz_1130.pdf
40. Sixty-seventh World Health Assembly „*Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*“ WHA67.19, 24 May 2014. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454en/s21454en.pdf

41. Sveikatos apsaugos ministerija. Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „Dienos fotografijos“ analizė. Galutinė ataskaita. Kaunas: 2011. p. 7. Prieiga per internetą: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2011_medicinos_personalo_skaiciaus_poreikio_ir_darbo_kruvio_pilotines_dienos_fotografijos_analize.pdf
42. Sveikatos būklės šalyse apžvalgos: https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_en
43. Tučas, R. „*Lietuvos gyventojų amžiaus demografinės struktūros kaitos prognozė 2017 – 2021 m.“* Lietuvos švietimo ir mokslo ministerija, Vilnius: 2018. Prieiga per internetą: https://www.smm.lt/uploads/documents/naujienos/kalbos_pranesimai/Tucas_R_Demografines_prognozes_SMM_2018_01_18.pdf
44. Valstybinė ligonių kasa: http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugu-baziniu-kainu-balo-verte-litais
45. Valstybinė medicininio audito inspekcija: http://www.vaspvt.gov.lt/
46. Valstybinė ligonių kasa: http://www.vlk.lt/
47. Valstybinė ligonių kasa: http://www.vlk.lt/veikla/veiklossritys/ApiePrivalomajiSveikatosDraudimaLietuvoje/Puslapiai/Apie-privalomąjį-sveikatos-draudimą.aspx
48. Žodynas: http://zodynas.vz.lt/asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugos
49. Žodynas: http://zodynas.vz.lt/visuomenes-sveikatos-prieziuros-paslaugos
50. World Health Organization: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer
51. World Health Organization: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
52. World Health Organisation: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
53. World Health Organization: http://www.who.int/topics/nursing/en/
54. Worldwide Palliative Care Alliance „*Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*“ WHO: 2014 p. 30. Prieiga per internetą: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

Tupikovskienė I. Paliatyvios pagalbos stacionare politikos formavimas ir įgyvendinimas Lietuvoje: Vilniaus miesto savivaldybės atvejo analizė / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė dr. Stankevič B. - Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Viešojo valdymo fakultetas, 2019. – 87 p.

ANOTACIJA

Paliatyvi pagalba Lietuvoje yra vieša paslauga, todėl magistrinio baigiamajame darbe buvo siekiama išanalizuoti paliatyvios pagalbos stacionare politikos formavimą ir įgyvendinimą Lietuvoje. Siekiant aiškiau suprasti ir įvertinti paliatyvios pagalbos teikimo koncepciją buvo nagrinėjami moksliniai literatūros šaltiniai, tarptautiniai dokumentai, statistiniai duomenys. Darbe buvo analizuojami paliatyvią pagalbą reglamentuojantys dokumentai, atliktas pusiau struktūruotas ekspertų interviu. Apklausos metodas padėjo atskleisti pagrindines paliatyvios pagalbos formavimo ir įgyvendinimo spragas Lietuvoje. Išnagrinėjus ekspertų įvardintas paliatyvios pagalbos formavimo ir jos įgyvendinimo problemas buvo pateiktos rekomendacijos sveikatos priežiūros formuotojams, sveikatos priežiūros įstaigoms ir nevyriausybinėms organizacijoms.

Raktiniai žodžiai: paliatyvi pagalba, politikos formavimas ir įgyvendinimas, paliatyvios pagalbos spragos, paliatyvi pagalba stacionare.

Tupikovskienė I. The formation and implementation of inpatient palliative care policy in Lithuania: Vilnius city municipality's case analysis / Health policy and management master thesis. Academic supervisor dr. Stankevič B. - Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Public Governance, 2019. – 87 p.

ABSTRACT

Palliative care is a public service in Lithuania, so the objective of this master thesis was analyzing the formation and implementation of inpatient palliative care policy in Lithuania. In order to have a clear understanding about the concept of palliative care provision, scientific sources of literature, statistic data and international documents were examined. Documents regulating palliative care were analyzed and a semi-structured interview of experts was completed in the scientific work. The survey method helped to reveal the gaps in palliative care implementation and formation in Lithuania. After palliative care's formation and implementation issues named by experts were considered, recommendations were offered for health care makers, health care institutions and non-governmental organizations.

Keywords: palliative care, policy formation and implementation, gaps of palliative care, inpatient palliative care

SANTRAUKA

Senėjanti visuomenė, mažėjantis gimstamumas, didelis sergamumas bei mirtingumas onkologinėmis ir kraujotakos sistemos ligomis įtakoja didėjantį paliatyvios pagalbos poreikį visoje Europoje. Tai skatina formuoti ir įgyvendinti visapusišką, kokybišką, holistiniu požiūriu paremtą paliatyvios pagalbos teikimo politiką.

Tikslas - teoriškai ir empiriškai išanalizuoti paliatyvios pagalbos stacionare politikos formavimą ir jos įgyvendinimą Lietuvoje.

Uždaviniai:

1. Išanalizuoti paliatyvios pagalbos koncepciją ir įgyvendinimą Europos Sąjungoje.
2. Išnagrinėti paliatyvios pagalbos reglamentavimo bei teikimo tvarką Lietuvoje atsižvelgiant į Lietuvos sveikatos sistemos politikos formavimo kontekstą.
3. Identifikuoti paliatyvios pagalbos stacionare politikos formavimo ir įgyvendinimo problemas Vilniaus miesto savivaldybėje.

Darbo metodai: mokslinės literatūros šaltinių analizė, Lietuvos teisės aktų sisteminė analizė, statistinių duomenų analizė, kokybinis pusiau struktūruotas ekspertų interviu metodas**.**

Rezultatai. Teorinė darbo dalis atskleidė, kad Lietuvoje paliatyvios pagalbos politikos formavimas ir įgyvendinimas vystosi gerėjimo linkme, nuo 2007 m. kai buvo įteisintas paliatyvios pagalbos įstatymas palaipsniui buvo didinamas finansavimas, lovų skaičius stacionare ne tik didžiuosiuose miestuose, bet ir rajoninėse ligoninėse.

Nors paliatyvios pagalbos teikimas Lietuvoje gerėja, tačiau empirinė darbo dalis atskleidė, kad vis dar yra nemažai trūkumų. Vienas iš pagrindinių kokybiškos paliatyvios pagalbos teikimo trukdžių yra ribotas finansavimas, kuris įtakoja žmogiškuosius išteklius bei medicininių priemonių naudojimą ir papildomų paslaugų prieinamumą stacionare. Nors ir lovų skaičius palaipsniui didėjo, tačiau prieinamumas organizaciniu požiūriu išlieka vis dar nepakankamas. Dėl fragmentiško paliatyvios pagalbos paslaugų teikimo pacientai priversti rinktis stacionarą, nes neturi galimybės gauti visas paslaugas namuose. Taip yra ribojama ne tik pasirinkimo laisvė, bet ir ilgina eiles patekti į stacionarą.

SUMMARY

An older-growing society, dropping birth rate and remaining high sickness rate and mortality from oncological and circulatory system diseases have a big impact on the growing demand for palliative care in Europe. That encourages the formation and implementation of a comprehensive, high quality palliative care policy based on holistic views.

Objective: to theoretically and empirically analyze the formation and implementation of inpatient palliative care policy in Lithuania.

Tasks:

1. To analyze the concept and implementations of palliative care in The European Union;
2. To examine palliative care regulation as well as provision in Lithuania in the context of Lithuanian health system policy making.
3. To identify inpatient palliative care policy formation and implementtion issues in Vilnius city municipality.

Work methods: analysis of scientific sources of literature, systematic analysis of Lithuania's legislation, analysis of statistic data, qualitative method of semi-structural interview of experts.

Results: the theoretical part of the work has revealed that the implementation of the policy of palliative care in Lithuania is getting better, from 2007 when the palliative care law was issued, financing gradually increased as welll as the number of beds not only in bigger cities but also in regional hospitals.

Although the provision of palliative care in lithuania ir getting better, the empirical part of the work has exposed many flaws. One of the main obstacles for quality palliative care provision is limited financing, which has a big impact on human resources as well as the use of medical devices and the availability of additional services in inpatient care. Even though the amount of beds has gradually increased, the availability from an organizaional approach remains insufficient. Because of fragmented provision of palliative care patients are forced to choose inpatient care, since they do not have an opportunity to receive all the services at home. Freedom of choice is limited this way, in addition to prolonging the lines for getting into inpatient care.

PRIEDAI

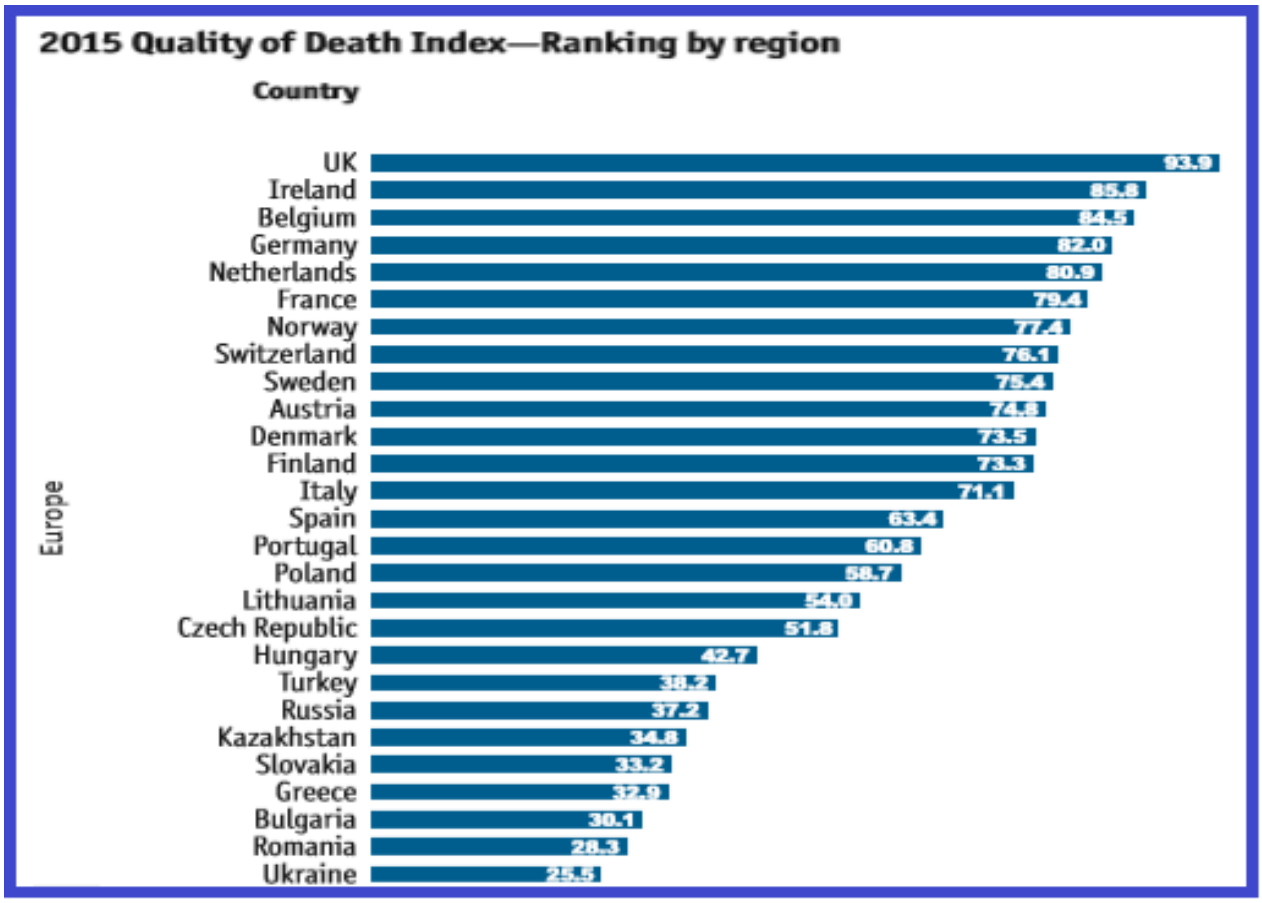
1 PRIEDAS. Ekspertų kokybinio pusiau struktūrizuoto tyrimo klausimai.

Gerbiami respondentai, esu Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto, Sveikatos politikos ir vadybos magistro, II kurso ištęstinių studijų studentė ir rašau baigiamąjį darbą tema: „Paliatyvios pagalbos stacionare politikos formavimas ir įgyvendinimas Lietuvoje: Vilniaus miesto savivaldybėje atvejo analizė“. Šio darbo tikslas empiriškai ištirti ir įvertinti paliatyvios pagalbos stacionare politikos įgyvendinimo problemas Vilniaus miesto savivaldybėje. Visi pateikti Jūsų atsakymai yra konfidencialūs ir bus panaudoti tik šio mokslinio darbo analizei atlikti.

1. Kaip manote, kokie pagrindiniai kriterijai atspindi kokybišką paliatyvios pagalbos teikimą stacionare? Įvardinkite sveikatos sistemos trukdžius, kurie neigiamai įtakoja paliatyvios pagalbos teikimo kokybę.
2. Kaip vertinate paliatyvios pagalbos prieinamumą Lietuvoje? Kokios kliūtys mažina paliatyvios pagalbos paslaugų prieinamumą (stacionare)?
3. Kaip yra paskirstomas valstybės finansavimas paliatyviai pagalbai teikti stacionare? Įvardinkite, ką pacientas apmoka iš privačių lėšų? (higieninės, medicininės priemonės, vaistai ir t.t.)
4. Kokia yra paliatyvią pagalbą teikiančių specialistų spektras ir kvalifikacijos užtikrinimo ir kėlimo sistema? Įvardinkite, prašau, trūkumus ir privalumus. Kokių specialistų trūksta labiausiai ir kokios yra priežastys?
5. Ką priskirtumėte prie paliatyvios pagalbos bendruomenės ir kaip tai pasireiškia? Kaip manote, kokie ryšiai tarp paliatyvią pagalbą teikiančių ir gaunančių yra sklandžiausi, efektyviausi ir priešingai Įvardinkite priemones, kurios skatintų paliatyvios bendruomenės formavimąsi, visuomenės įtraukimą siekiant didinti informacijos sklaidą bei supratingumą apie paliatyvios pagalbos teikimo svarbą? Kokius įžvelgiate trūkumus Lietuvoje?
6. Kokius pateiktumėte pasiūlymus pagerinti paliatyvios pagalbos teikimo kokybę pacientams ir jo šeimos nariams?

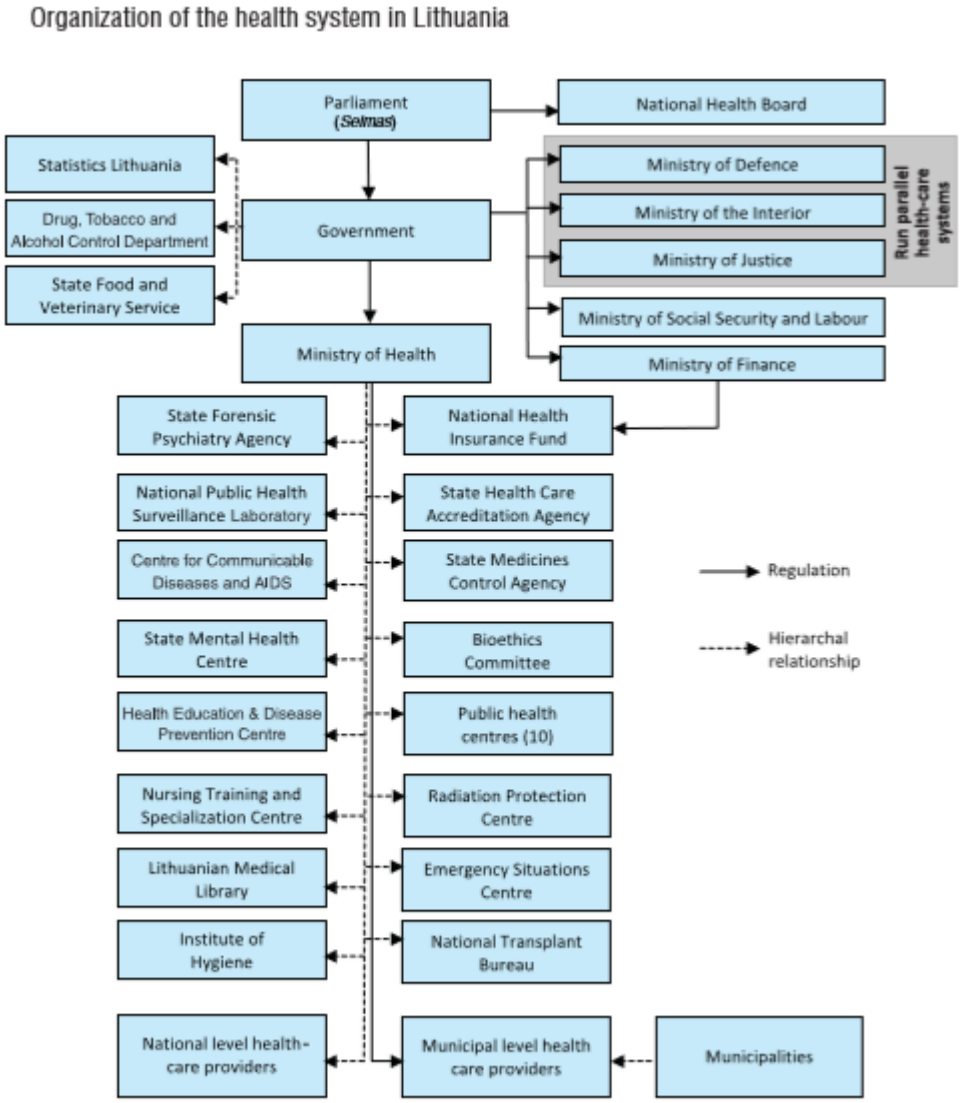
Ačiū už Jūsų atsakymus!

2 PRIEDAS. Europos šalių mirties kokybės indeksas (anglų kalba).



Šaltinis: A report by The Economist Intelligence „*The 2015 Quality of Death Index*“ Ranking palliative care across the world p. 16.

3 PRIEDAS. Lietuvos nacionalinė sveikatos sistemos struktūra (anglų kalba).



Šaltinis: Murauskiene L, Janoniene R, Veniute M, van Ginneken E, Karanikolos M. Lithuania: health system review „*Health Systems in Transition*“ 2013; 15(2): p. 19.