BY-NC-ND

ISSN 2029-3569 PRINT
ISSN 2029-9001 ONLINE
SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS
HEALTH POLICY AND MANAGEMENT
2019, 1(11) p. 96–116

SLAUGOS IR PALAIKOMOJO GYDYMO LIGONINĖJE HOSPITALIZUOTIEMS PACIENTAMS BEI JŲ ARTIMIESIEMS NAMUOSE BŪTINŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINIŲ PASLAUGŲ POREIKIS

Renata Kudukytė-Gasperė
Mykolo Romerio universitetas
Viešojo valdymo fakultetas
Politikos mokslų institutas
Valakupių g. 5, LT- 10101 Vilnius
Elektroninis paštas: renata.kudukyte@gmail.com

Kauno miesto savivaldybės administracija
Sveikatos apsaugos skyrius
Laisvės al. 96, LT-44251 Kaunas

Prof. dr. Danguolė Jankauskienė
Mykolo Romerio universitetas
Viešojo valdymo fakultetas,
Politikos mokslų institutas
Valakupių g. 5, LT- 10101 Vilnius
Telefonas (8 5) 274 0635
Elektroninis paštas: djank@mruni.eu

Pateikta 2019 m. rugsėjo 22 d., parengta spausdinti 2019 m. lapkričio 21 d.

DOI:10.13165/SPV-19-1-11-06

Santrauka. *Lietuvoje, kaip ir kitose Europos Sąjungos šalyse, visuomenė sensta: daugėja vyresnio amžiaus žmonių, kuriems dažniausiai pasireiškia poliligotumas, kai asmenys serga keliomis lėtinėmis ligomis, kurios sukelia didesnio kompleksinio požiūrio reikalaujančių ilgalaikių paslaugų, t. y. kompleksinių, koordinuotai teikiamų ilgalaikių sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos paslaugų, poreikį. Tarptautinės institucijos, tokios kaip Tarptautinė ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija, pabrėžia, kad šiam augančiam poreikiui patenkinti būtina pertvarkyti stacionarinį asmens sveikatos priežiūros sektorių ir pereiti prie ambulatorinės priežiūros, daugiau išteklių skiriant ilgalaikei priežiūrai. Europos Komisija 2019 m. pabrėžia, kad Lietuvoje vyraujantis institucinės priežiūros modelis nepakankamai patenkina besikeičiančios (senstančios) visuomenės poreikius integruotoms, ilgalaikėms priežiūros paslaugoms gauti. Teigiama, kad sparčiai senėjančioje Lietuvos visuomenėje integruotų socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų poreikis ir toliau didės, o gerai veikiančios ir veiksmingos ilgalaikės priežiūros užtikrinimas ir deinstitucionalizavimas išliks svarbiu ateities iššūkiu. Todėl šio straipsnio tikslas – išanalizuoti pacientų, hospitalizuotų slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje, ir jų artimųjų poreikius gauti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose.*

Siekiant įvertinti pacientų, hospitalizuotų slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje, ir jų šeimos narių poreikį gauti integruotas slaugos, socialines ir kitas paslaugas namuose, 2019 m. birželį–liepą anketinės apklausos metodu apklausti VšĮ K. Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės (toliau – slaugos ligoninė) 345 pacientai ar jų šeimos nariai, ir tai sudarė 21 proc. slaugos ligoninėje per metus hospitalizuotų asmenų, jų artimųjų skaičiaus.

Tyrimo rezultatai parodė, kad daugiau nei pusei lėtinėmis ligomis sergančių pacientų niekada nebuvo teikiamos pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos namuose (52 proc. nurodė, kad niekada namuose nelankė šeimos gydytojas, 57 proc. – niekada negavo slaugytojo paslaugų namuose), taip pat dauguma (80 proc.) negavo socialinių paslaugų, teikiamų namuose, ir nežinojo (57 proc.) apie savivaldybėje organizuojamas ir teikiamas socialines paslaugas. Dauguma (59 proc.) respondentų pageidautų ilgalaikių, nuolatinių priežiūros paslaugų paciento namuose ir kad sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos namuose būtų teikiamos kartu (90 proc.), tačiau už paslaugas namuose nesutiktų papildomai mokėti (60 proc.). Nustatyta, kad skirtingas teisinis reglamentavimas iš esmės neleidžia asmeniui organizuoti ir teikti lanksčių, poreikius atitinkančių integruotų, koordinuotai teikiamų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų namuose.

Pagrindinės sąvokos: *sveikatos priežiūros paslaugos namuose, socialinės paslaugos namuose, ilgalaikių paslaugų poreikis.*

Įvadas

Dauguma didžiųjų Lietuvos miestų savivaldybių susiduria su senėjančios visuomenės keliamais iššūkiais: lėtinėmis ligomis sergančių, slaugos ir priežiūros specialiuosius poreikius turinčių, senyvo amžiaus asmenų, kuriems reikalinga kompleksinė sveikatos priežiūros ir socialinė pagalba, skaičiaus augimu, dėl to didėjančiu šeimos gydytojo institucijos apkrovimu papildoma veikla, tiesiogiai nesusijusia su sveikatos priežiūra, nuolat didėjančiu stacionarinių priežiūros paslaugų, ypač slaugos ir palaikomojo gydymo, poreikiu. Keičiantis šeimos tradicijoms, didėjant emigracijai, pastebima, kad šeimos globos funkcijos silpnėja, kai senyvo amžiaus, neįgalūs žmonės gyvena vieni ir jiems būtina visokeriopa pagalba rūpinantis savo sveikata ir buitimi. Demografiniai ir su jais susiję epidemiologiniai pokyčiai, emigracijos pasekmės, besikeičiančios šeimos tradicijos ir visuomenės lūkesčiai lemia gyventojų socialinio aprūpinimo, sveikatos ir socialinės priežiūros, orientuotos į asmens kompleksinių problemų sprendimą, paslaugų poreikio didėjimą. Siekiant patenkinti pasikeitusius gyventojų priežiūros poreikius ir sumažinti stacionarinių paslaugų poreikį, būtinas šiuolaikinis požiūris į integruotas, kompleksines priežiūros paslaugas, organizuojamas ambulatoriniu lygmeniu – vystant dienos priežiūros paslaugas ir organizuojant jas asmenims namuose, laiku teikiant koordinuotas, nefragmentuotas sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos paslaugas, kurios skatintų asmens savarankiškumą ir leistų kuo ilgiau jį išlaikyti įprastoje namų aplinkoje, o pasikeitus sveikatos būklei, laiku organizuojant ir teikiant būtinas stacionarinės sveikatos priežiūros ar socialinės globos paslaugas. Be to, Pasaulio sveikatos organizacija teigia, kad tinkamos, į paciento poreikius orientuotos paslaugos, teikiamos koordinuotos multidisciplininės specialistų komandos, kai paslaugos asmeniui teikiamos pagal jo poreikį, padedant jam gyventi įprastoje gyvenamojoje aplinkoje kuo ilgiau išsaugant savarankiškumą, 12 proc.

sumažina hospitalizacijos tikimybę ir net 20 proc. pakartotinės hospitalizacijos dėl tos pačios priežasties atvejų skaičių[1].

Tarptautinė ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (EBPO) 2018 m. Lietuvos ekonomikos rodiklių vertinimo ataskaitoje[2] pabrėžia, kad nors jau seniai stengiamasi perorientuoti stacionarinę asmens sveikatos priežiūrą į ambulatorinę ir pirminę sveikatos priežiūrą, ligoninių tinklas vis dar yra per didelis, o pačios ligoninių teikiamos paslaugos nepakankamai išnaudojamos. EBPO ataskaitoje siūloma toliau pertvarkyti ligoninių sektorių ir pereiti prie ambulatorinės priežiūros, o daugiau išteklių turėtų būti skiriama ilgalaikei priežiūrai. Ataskaitoje teigiamai vertinama 2013 m. Lietuvoje pradėta integruota slaugos ir socialinių paslaugų teikimo namuose programa. Teigiama, kad pasitikėjimas slaugytojais ir jų teikiamomis paslaugomis pasirodė esąs labai efektyvus teikiant sveikatos priežiūros paslaugas Suomijoje ir Švedijoje, todėl slaugytojų vaidmenį reikėtų dar labiau stiprinti[3].

Europos Komisijos 2019 m. Lietuvos struktūrinių reformų pažangos vertinimo ataskaitoje (COM, 2019)[4] nurodoma, kad esant tokiai demografinio senėjimo situacijai (Lietuva yra viena sparčiausiai senėjančių šalių Europos Sąjungoje) išlaidos sveikatos priežiūrai yra mažos ir vis dar esama didelių iššūkių, susijusių su išlaidų veiksmingumu ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. 2017 m. sveikatos priežiūros išlaidos sudarė 6,3 proc. BVP ir buvo vienos iš mažiausių EBPO[5] (EBPO, 2018a), o sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo politika ir priemonės tebėra nepakankamai išvystytos. Vis dar dažnai hospitalizuojama dėl tokių ligų, kurioms reikia ambulatorinio gydymo, o ilgalaikes priežiūros paslaugas dažniausiai teikia stacionariosios globos įstaigos. Atkreipiamas dėmesys, kad toks institucinės priežiūros, kai dauguma paslaugų teikiama stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros ir socialinės globos įstaigose, modelis nepakankamai patenkina besikeičiančios (senstančios) visuomenės poreikius – 2014 m. 47 proc. pagyvenusių žmonių, kuriems buvo reikalinga ilgalaikė priežiūra, jos dar laukė. Ataskaitoje sakoma, kad pagyvenusių žmonių sveikatos būklė dažnai ypač prasta, todėl jiems teikiamų integruotų socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų poreikis ir toliau didės. Atsižvelgiant į tai, kad Lietuva yra viena iš sparčiausiai senėjančių valstybių narių, gerai veikiančios ir veiksmingos ilgalaikės priežiūros užtikrinimas ir deinstitucionalizavimas išliks svarbiu ateities iššūkiu. Ataskaitoje teigiama, kad Lietuvoje pirminė asmens sveikatos priežiūra yra gerai organizuota, teikiamos modernios bendrosios praktikos ir slaugos paslaugos, tačiau reikėtų sustiprinti jos vaidmenį koordinuojant pacientų sveikatos priežiūrą. 2021–2027 m. su sanglaudos politikos finansavimu susijusių investicijų gairėse Lietuvai nustatytos prioritetinės investicijų kryptys sveikatos

1 *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1 [žiūrėta 2019-07-01].

2 *OECD Economic Surveys Lithuania*, 2018; <https://www.oecd.org/eco/surveys/Lithuania-2018-OECD-economic-survey-overview.pdf > [žiūrėta 2019-08-30].

3 Karlsson, M., Klohn F., Testing the red herring hypothesis on an aggregated level: ageing, time-to-death and care costs for older people in Sweden, *European Journal of Health Economics*, 2014, 15.

4 Europos Komisja. Lietuva 2019. Šalies ataskaita. Komisijos tarnybų darbinis dokumentas. 2019 m. Europos semestras. Struktūrinių reformų pažangos vertinimas, makroekonominio disbalanso prevencija ir naikinimas ir pagal Reglamentą (ES) Nr. 1176/2011 atliktų nuodugnių apžvalgų rezultatai. Briuselis, 2019 02 27, SWD (2019) 1014 final. (COM(2019) final 150); https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-lithuania_lt.pdf [žiūrėta 2019-08-30].

5 EBPO (2018a): Health Statistics, 2018; http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm; [žiūrėta 2019-08-30].

priežiūros srityje daugiausia susijusios su būtinybe gerinti sveikatos priežiūros ir ilgalaikės priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę, veiksmingumą. To siūloma pasiekti gerinant galimybę asmenims gauti sveikatos priežiūros ir ilgalaikės priežiūros paslaugas; stiprinant pirminės sveikatos priežiūros grandį ir į asmenį orientuotų paslaugų organizavimo modelį; remiant sveikatos priežiūros, ilgalaikės priežiūros ir socialinės rūpybos darbuotojų kvalifikacijos keitimą bei kėlimą ir jų išlaikymą.

Valstybės pažangos strategijoje „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimu Nr. XI-2015[6], siekiant užsibrėžto tikslo – veiklios visuomenės, prioritetinėmis kryptimis laikomas asmens sveikatos priežiūros plėtojimas, o formuojant solidarią visuomenę pabrėžiamas socialinės atskirties ir skurdo mažinimas. Įgyvendinant valstybės pažangos strategiją Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimu Nr. 1482 patvirtintos 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos[7] 2 prioritetiniu tikslu iškeliamas gyvenimo kokybės gerinimas, stiprinant socialinę sanglaudą ir užtikrinant visiems lygias galimybes, o šiam tikslui pasiekti keliamas uždavinys – viešųjų paslaugų, diegiant naujus ir plėtojant efektyvius sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelius ir sprendimus (slauga namuose, mobiliosios paslaugos, atvejo vadybos principo taikymas pirminės sveikatos priežiūros grandyje ir panašiai), didinimas. Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarime Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“[8] (toliau – Metmenys) pabrėžiama nepakankamai nuoseklus sveikatos politikos įgyvendinimas, kurį taip pat veikia nepakankamai aiškus sveikatos apsaugos ir socialinės politikos santykis, atsakomybės pasidalijimo neapibrėžtumas bei nesukurtas slaugos ir globos paslaugų integravimo ir finansavimo mechanizmas.

Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarime Nr. XII-96496 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijos patvirtinimo“ (toliau – Strategija)[9] vienu iš Strategijos tikslų iškeliama kokybiška ir efektyvi sveikatos priežiūros, orientuotos į gyventojų poreikius, sistema. Šiam tikslui pasiekti būtina plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą. Pabrėžiama, kad siekiant užtikrinti sveikatos sistemos tvarumą ir kokybę, būtina diegti ir plėtoti efektyvius, inovatyvius viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo infrastruktūros modelius, plėtoti slaugos paslaugas savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, integruojant slaugos ir socialinės globos paslaugas pagal pacientų poreikius.

Šiuo metu galiojančiuose Lietuvos Respublikos teisės aktuose reglamentuota, kad asmuo, kuriam dėl negalios ar ligos sudėtinga savarankiškai gyventi ir jam būtina pagalba, turi galimybę gauti ir sveikatos priežiūros, ir socialines paslaugas:

---

6 Valstybės pažangos strategija „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimu Nr. XI-2015; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.425517 [žiūrėta 2019-07-09].

7 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimas Nr. 1482 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos“; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.439028/asr; [žiūrėta 2019-07-09].

8 Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.401152?jfwid=q86m1vsxj; [žiūrėta 2019-07-09].

9 Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-96496 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijos patvirtinimo“; <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08/asr>; [žiūrėta 2019-07-09].

– sveikatos priežiūros srityje asmuo gali gauti ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas namuose (ambulatorinės slaugos paslaugas namuose (Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-1026 (toliau – Slaugos namuose aprašas)[10], Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas, patvirtintas 2005 m. gruodžio 5 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-943 (toliau – Pirminės AASP paslaugų organizavimo aprašas)[11]), ir paliatyviosios pagalbos paslaugas namuose (Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 13 d. įsakymu Nr. V-946)[12], paliatyviosios pagalbos dienos stacionaro paslaugas (atkreiptinas dėmesys, kad nenumatytos ir nereglamentuotos kitų formų slaugos dienos stacionarinės paslaugos, pvz., dienos slaugos stacionarinės paslaugos po insultų ar infarktų), stacionarines paliatyviosios pagalbos bei slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas;

– socialinių paslaugų srityje: dienos socialinę globą namuose ir dienos socialinę globą institucijoje (pagalbą buityje, palydint, organizuojant užimtumą, taip pat tai gali apimti ir sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą), trumpalaikę / ilgalaikę socialinę globą (paslaugos globos namuose, kartu teikiamos su būtinomis sveikatos priežiūros paslaugomis, kurias teikia slaugytojai ar jų padėjėjai).

Nors skirtinguose teisės aktuose sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugos (ypač kalbant apie paslaugas, teikiamas asmens namuose) apibrėžtos skirtingai: vienų apibrėžimas ir teikimas orientuotos į asmens sveikatos priežiūrą, kitų – į socialinę pagalbą, praktikoje šios paslaugos yra glaudžiai susijusios ir papildo viena kitą dėl šių priežasčių:

- organizuojamos ir teikiamos tai pačiai tikslinei asmenų grupei – asmenims, dėl negalios ar sveikatos būklės negalintiems / iš dalies negalintiems savarankiškai pasirūpinti savo sveikata ir buitimi;
- teikiant sveikatos priežiūros paslaugas iškyla socialinių paslaugų poreikis, o teikiant socialines paslaugas iškyla poreikis tam tikroms sveikatos priežiūros paslaugoms (būtina sveikatos priežiūra, pagal esamą būklę palaikant asmens savarankiškumą);
- trumpalaikės / ilgalaikės socialinės globos atveju, kai socialinės paslaugos teikiamos stacionarinėse įstaigose – socialinės globos namuose, kuriuose privalo būti slaugytojai / slaugytojų padėjėjai, nemažą dalį paslaugų gavėjų sudaro nuolatinės slaugos / priežiūros poreikį turintys asmenys, kuriems būtinos slaugos paslaugos, atitinkamai slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse papildomai sprendžiamos asmens socialinės problemos.

Išvardytas priežiūros paslaugas gaunančių asmenų poreikiai reikalauja lygiagrečiai, koordinuotai teikiamų sveikatos priežiūros ir socialinės globos paslaugų (ypač kalbant

10 Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-1026; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.311861/asr [žiūrėta 2019-07-09].

11 Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas, patvirtintas 2005 m. gruodžio 5 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-943; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/asr; [žiūrėta 2019-07-09].

12 Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 13 d. įsakymu Nr. V-946; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.291106/asr [žiūrėta 2019-07-09].

apie paslaugas, teikiamas namuose), tačiau dėl šių paslaugų skirtingo organizavimo, teikimo ir finansavimo sąlygų reglamentavimo šiuo metu tokių integruotų, visapusiškai asmens poreikius tenkinančių paslaugų teikimas kartu yra sudėtingas.

Asmens poreikio gauti socialines paslaugas nustatymą, socialinių paslaugų rūšis, skyrimo tvarką ir finansavimą reglamentuoja Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas[13] ir jį įgyvendinantys teisės aktai, už kurių inicijavimą, tam tikrais atvejais – priėmimą ir vykdymo priežiūrą atsakinga Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Pagal šiuos teisės aktus čia išvardytos socialinės globos paslaugos asmenims skiriamos pagal socialinio darbuotojo išvadą (poreikio vertinimą) ir atitinkamos savivaldybės administracijos sprendimą. Socialinės paslaugos kaina apmokama: dalimi asmens pajamų (procentine asmens pajamų išraiška), kiek nepadengia asmens pajamos, apmokama iš valstybės (jei globos paslaugos teikiamos asmeniui, turinčiam sunkią negalią) arba savivaldybės lėšų (pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 14 d. nutarimu Nr. 583 patvirtintą Mokėjimo už socialines paslaugas tvarkos aprašą[14]). Socialines paslaugas asmuo gali gauti tiek, kiek reikia jo poreikiams tenkinti (tai nustatoma socialinio darbuotojo išvadoje), išskyrus trumpalaikę socialinę globą, kurios maksimalus terminas – 6 mėn. per kalendorinius metus. Bet kada, pasikeitus asmens poreikiams, savarankiškumo lygiui, socialinės paslaugos gali būti pervertinamos ir skiriamos kitos.

Sveikatos priežiūros paslaugos namuose reglamentuotos Slaugos namuose apraše, Paliatyviosios pagalbos apraše ir Pirminės AASP paslaugų organizavimo apraše. Slaugos namuose apraše nurodyta, kad slaugos paslaugas namuose gali gauti asmenys, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis arba specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis su dideliais specialiaisiais poreikiais; po gydymo stacionare dėl somatinių ligų ir pažeidimų nustatytas bendras funkcinis sutrikimas, kai Bartelio indeksas yra nuo 20 iki 61 balo, ir kurie kasdieniame gyvenime yra visiškai priklausomi arba beveik visiškai priklausomi nuo kitų žmonių pagalbos; kuriems atlikta tracheostoma ar gastrostoma ir būtinas gleivių išsiurbimas iš kvėpavimo takų. Intervencinės slaugos procedūros (pvz., žaizdų priežiūra), teikiamos turint gydytojo siuntimą. Numatyta, kad slaugytojas papildomai vertina paciento būklę ir paslaugų poreikį, tačiau paslaugos pagal nustatytą poreikį realiai neteikiamos, nes apmokėjimas iš PSDF yra reglamentuotas ne pagal konkretaus asmens sveikatos būklės poreikį, o konkrečiam paslaugų skaičiui:

- asmenims, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis ar specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis, ar atlikta tracheostoma arba gastrostoma ir būtinas gleivių išsiurbimas iš kvėpavimo takų – per kalendorinius metus gali būti apmokėtos ne daugiau kaip 52 slaugos paslaugų išlaidos asmenims, t. y. neatsižvelgiant į paciento būklę, konkrečių slaugos procedūrų poreikį (ypač kalbant apie žaizdų priežiūrą, tęstinę priežiūrą pragulų profilaktikai ir pan.), pacientui per mėnesį galima suteikti 4 paslaugas, už kurias bus apmokėta PSDF lėšomis. Atkreiptinas dėmesys, kad galbūt ne visiems pacientams reikalingos slaugytojo paslaugos, bet

13 Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.270342/asr; [žiūrėta 2019-07-09].

14 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 14 d. nutarimas Nr. 583 „Dėl Mokėjimo už socialines paslaugas tvarkos aprašo patvirtinimo“; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.278281/asr; [žiūrėta 2019-07-09].

reikalingos slaugytojo padėjėjo paslaugos rūpinantis asmens higiena ir pan., kurios nėra įteisintos ir apmokamos PSDF lėšomis;
- per kalendorinius metus gali būti apmokėtos ne daugiau kaip 12 gleivių išsiurbimo iš kvėpavimo takų paslaugų išlaidos, t. y. po 1 tokią paslaugą per mėnesį;
- asmenims po gydymo stacionare gali būti apmokėtos ne daugiau kaip 10 slaugos paslaugų namuose išlaidos, jei šios paslaugos suteikiamos per 30 dienų po kiekvieno išrašymo iš stacionaro. Jei paslaugos gavėjas turi nustatytus specialiuosius slaugos ar priežiūros poreikius, jam per kalendorinius metus gali būti apmokėtos dar iki 52 slaugos paslaugų namuose (neįskaitant minėtų 10) išlaidos.

Pirminės AASP paslaugų organizavimo apraše taip pat reglamentuotos slaugytojo teikiamos paslaugos namuose, apmokamos PSDF lėšomis: slaugytojo vizitas į namus bei slaugos procedūros: kraujo ėmimas, pragulų priežiūra, lašinė infuzija. Pagal šį aprašą slaugytojo vizito į namus paslaugą gali gauti prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos prirašytieji gyventojai, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis: asmenys iki 18 metų, kuriems nustatytas sunkus neįgalumo lygis; asmenys, kuriems nustatytas 0–25 proc. darbingumo lygis (netekusiems 75–100 proc. darbingumo); senatvės pensijos amžiaus sulaukusieji, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis. Nevertinamas šių asmenų realus slaugos paslaugų poreikis, PSDF lėšomis apmokama ne daugiau kaip po 12 slaugos paslaugų per metus.

Slaugos namuose apraše ir Pirminės AASP paslaugų organizavimo apraše besidubliuojančiai apibrėžus tikslines paslaugų gavėjų grupes ir griežtai reglamentavus paslaugų skaičių, už kurį apmokama PSDF lėšomis, lieka neaišku, kaip slaugos paslaugos turėtų būti organizuojamos ir teikiamos, kad tenkintų asmens poreikius slaugos paslaugoms, kokiomis lėšomis turėtų būti finansuojamos papildomai suteiktos paslaugos ir procedūros, kurių namuose slaugomam asmeniui reikėtų, kaip atskiriamos slaugos procedūros, pagal kurias reglamentuota skirtinga paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarka. Painus slaugos namuose paslaugų reglamentavimas, numatytas PSDF lėšomis apmokamų paslaugų skaičius, neatsižvelgiant į konkretaus asmens poreikius šioms paslaugoms gauti, neskatina slaugos namuose paslaugų teikimo, todėl slaugos paslaugos namuose neretai yra tik formali, primesta prievolė.

Slaugos namuose apraše nurodyta, kad ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimas yra derinamas su socialinių paslaugų teikimu, vadovaujantis Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymu Nr. V-558/A1-183 „Dėl Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“[15] (toliau – Aprašas). Aprašo tikslas buvo sujungti šias paslaugas ir teikti kompleksiškai. Šis teisės aktas nuo jo priėmimo dar kartą svarstytas nebuvo, nors per tą laiką keitėsi tiek sveikatos priežiūros, tiek socialinių paslaugų teisinis reglamentavimas. Negalią turintys asmenys, kurie galėtų gauti šias paslaugas, turėtų sirgti lėtinėmis ligomis, kurios trunka visą gyvenimą. Ši nuostata apriboja asmenų, kuriems tokia kompleksinė paslauga yra būtina, skaičių. Taip pat Apraše reglamentuojamas gana

15 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-558/A1-183 „Dėl Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.301549?jfwid=-9dzqnu48b [žiūrėta 2019-07-09].

sudėtingas ir iš dalies biurokratinis mechanizmas dėl tokių paslaugų organizavimo: paslaugos organizuojamos bendradarbiavimo sutarčių pagrindu (tarp skirtingus specialistus turinčių juridinių asmenų) ir neaiškus finansavimo šaltinis: numatytas finansavimas iš valstybės, savivaldybių biudžeto lėšų, PSDF lėšų ir kitų teisėtų finansavimo šaltinių. Tačiau pažymėtina, kad valstybės skiriamos lėšos socialinės globos paslaugoms teikti sunkią negalią turintiems asmenims skiriamos per savivaldybes, kitiems socialinės globos paslaugos finansuojamos iš savivaldybės biudžeto lėšų, o PSDF lėšos slaugos paslaugoms (į namus) skiriamos per sveikatos priežiūros įstaigas jų teikiamoms paslaugoms finansuoti. Taigi nėra aišku, ar, siekiant teikti tokias kompleksines paslaugas, socialinių paslaugų teikėjai (socialines paslaugas teiksiantys subjektai) turėtų sudaryti bendradarbiavimo sutartis su visomis sveikatos priežiūros įstaigomis pagal jų prisirašiusius pacientus, kuriems galbūt reikalinga tokia paslauga. Vadovaujantis specialiaisiais teisės aktais, socialinės paslaugos iš dalies apmokamos asmens lėšomis, iš dalies – valstybės, savivaldybės; tokios sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos PSDF lėšomis, kai pacientui papildomai nereikia už jas primokėti, tačiau šių paslaugų skaičius ribotas. Dėl šių priežasčių ketinant sujungi tokias paslaugas pagal Aprašo nuostatas, būtų labai sunku išvengti specialių teisės aktų, reglamentuojančių socialines ir sveikatos priežiūros paslaugas, jų skyrimo pagrindus, teikimo tvarką, apmokėjimo sąlygas ir kitas nuostatas, kolizijos.

Skirtingas teisinis reglamentavimas iš esmės neleidžia asmeniui organizuoti ir teikti jam būtinų integruotų, koordinuotai teikiamų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, nes asmens poreikis gauti paslaugas vertinamas skirtingai, tai nustato skirtingi subjektai, neaiškus paslaugų finansavimo mechanizmas, kai už socialines paslaugas asmuo turi papildomai susimokėti, o slaugos paslaugų konkretus skaičius finansuojamos PSDF, nenumatant galimybės teikti papildomai būtinų slaugos paslaugų, nesuteikia galimybės pacientui gauti viso, jam būtino paslaugų komplekto, o įstaigas teikti tokias kompleksines paslaugas.

Pažymėtina, kad tokia integruota pagalba asmeniui namuose, teikiama multidisciplininės specialistų komandos, pasiteisino organizuojant ir teikiant paliatyviosios pagalbos paslaugas namuose, adekvačiai apmokant už suteiktas komandos narių (tarp jų slaugytojo ir socialinio darbuotojo) paslaugas pagal konkretaus asmens poreikį PSDF lėšomis. Taip pat koordinuotai teikiamų slaugos ir socialinių paslaugų komplekso nauda iš dalies pasitvirtino vykdant Europos projektą „Integrali pagalba“[16], kuris organizuojamas Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Tačiau šis priežiūros modelis brangus ir jam iki galo patenkinti paciento poreikius trūko pirminę asmens sveikatos priežiūrą vykdančių įstaigų, šeimos gydytojų ir kitų asmens sveikatos priežiūros specialistų sąsajos.

Galima teigti, kad tik bendras, integruotas bei tenkinantis paciento ir jo šeimos narių poreikius sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimas ir teikimas gali užtikrinti tinkamą ilgalaikę asmens priežiūrą ir sumažinti stacionarių priežiūros paslaugų poreikį. Šiuo metu pabrėžiamas sveikatos ir socialinių paslaugų nevisavertiškumas, fragmentiškumas, kritikuojamos eilės paslaugoms gauti, prastas paslaugų prieinamumas ir kokybė, dėl to būtina keisti šių paslaugų organizavimo principus. Todėl šio straipsnio **tikslas** išana-

16 Projekto „Integralios pagalbos veiksmingumo ir pritaikomumo tyrimas“ galutinė ataskaita, 2015; https://socmin.lrv.lt/uploads/socmin/documents/files/administracine-informacija/tyrimai/projekto_Integralios%20pagalbos%20veiksmingumo%20ir%20pritaikomumo%20tyrimas_galutin%C4%97%20ataskaita.pdf [žiūrėta 2019-07-09].

lizuoti pacientų, hospitalizuotų slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje, ir jų artimųjų poreikį gauti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Siekiant įvertinti pacientų, hospitalizuotų slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje, ir jų šeimos narių poreikį gauti integruotas slaugos, socialines ir kitas paslaugas, 2019 metų birželį–liepą anketinės apklausos metodu apklausti VšĮ K. Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės (toliau – slaugos ligoninė) pacientai ir jų šeimos nariai. Tiksline tyrimo grupe slaugos ligoninės pacientai pasirinkti, nes jiems dėl sveikatos būklės (diagnozuotos lėtinės ligos ar būklės) yra būtinos ilgalaikės, visokeriopos priežiūros paslaugos ne tik stacionare, bet ir namuose (atkreiptinas dėmesys, kad stacionarias slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas asmuo, kuris atitinka paslaugų teikimo indikacijas ir turi gydančio gydytojo siuntimą, gali gauti 4 mėn. per kalendorinius metus[17]. Reikia pasakyti, kad dažniausiai šis periodas išnaudojamas nepertraukiamai.

Tyrimo instrumentas – sukurtas klausimynas, kuriuo siekta įvertinti pacientų gaunamas ambulatorines paslaugas, teikiamas namuose, taip pat įvertinti pacientų poreikius integruotoms asmens sveikatos priežiūros ir socialinėms paslaugoms gauti. Tyrimo instrumentą sudaro 3 dalys: 1 dalis – demografiniai klausimai ir klausimai, kuriais siekiama išsiaiškinti, prie kokio pavaldumo pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos gydytojo yra prisirašęs pacientas ir kiek laiko serga lėtine liga; 2 dalis – klausimai, kuriais siekiama išsiaiškinti, kokias paslaugas pacientas gauna namuose ir kaip vertina paslaugų kokybę, jei šias paslaugas gauna; 3 dalis – klausimai, kuriais siekiama išsiaiškinti pacientų ir jų artimųjų poreikius gauti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas. Tyrimo eigą galima suskirstyti į 2 etapus: pirmame tyrimo etape buvo parengti tyrimo instrumentai (klausimynai) ir atlikti bandomieji tyrimai, siekiant įvertinti klausimynų patikimumą; antrame tyrimo etape buvo atliktas pagrindinis tyrimas ir analizuoti gauti rezultatai.

Apklausoje dalyvavo 345 pacientai, hospitalizuoti slaugos ligoninėje, ar jų šeimos nariai, jei pacientas savarankiškai dėl sveikatos būklės nesugebėjo atsakinėti į klausimyno klausimus, ir tai sudarė 21 proc. slaugos ligoninėje per metus (2018 m. buvo hospitalizuoti 1642) hospitalizuojamų asmenų skaičiaus. Tyrimo metu buvo siekiama apklausti visus tuomet stacionarias slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas gaunančius pacientus ar jų artimuosius. Pirmiausia buvo apklausti slaugos ligoninės pacientai, tad vyresni, dėl sveikatos būklės negalintys patys įrašyti atsakymų apklausos dalyviai į pateikiamus klausimus atsakinėjo verbaliniu būdu. Tokį apklausos būdo pasirinkimą lėmė kelios priežastys: slaugos ligoninės pacientai dažniausiai turėjo sveikatos sutrikimų, dėl kurių negalėjo savarankiškai užpildyti klausimyno, ir jiems reikėjo papildomo laiko bei paaiškinti klausimus, kad suprastų analizuojamą problematiką. Pacientų, kurie dėl sveikatos būklės negalėjo atsakyti į pateikiamus klausimus, artimiesiems buvo išdalytos anoniminės anketos, kurias jie užpildė savarankiškai.

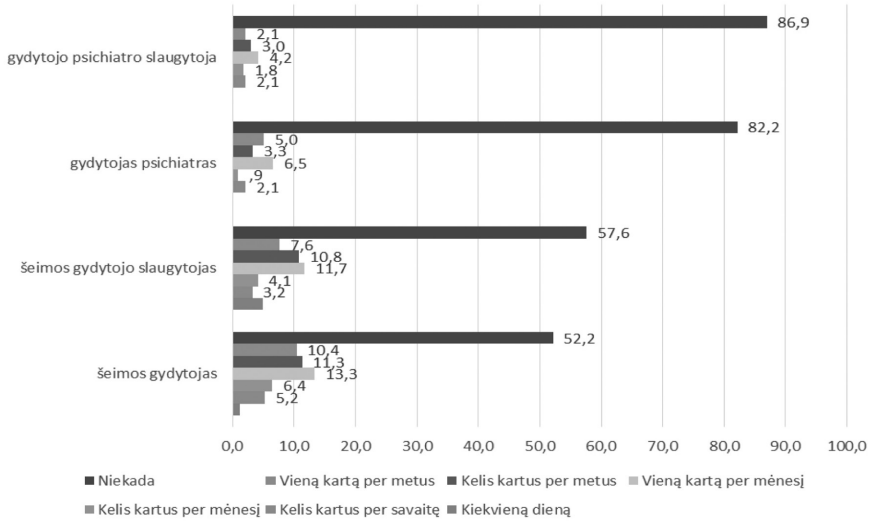
17 Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 4 d. įsakymu Nr. V-393; < https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.424177/asr> [žiūrėta 2019-07-09].

Statistinis duomenų apdorojimas: apžvalgomoji statistika atlikta pasinaudojus SPSS v. 21 programiniu paketu. Anketiniams duomenims apdoroti šio paketo aplinkoje buvo sukurtos 2 duomenų bazės: pacientų ir artimųjų. Atsakymų dažniams skaičiuoti naudota *frequencies* procedūra, kuri parodo atvejų skaičių ir atsakymo varianto lyginamąjį svorį (procentą), lyginamąjį svorį, atmetus neatsakiusius į klausimą (tikrąjį procentą). Nustačius nenormaliuosius skirstinius, analizėje naudoti neparametriniai kriterijai: 1) atsakymų dažnio pasiskirstymo skirtumui tarp diskrečių (nominalių ir ordinalių) požymių statistiniam reikšmingumui įvertinti pasirinktas neparametrinis kriterijus – Pirsono Chi-kvadratas (χ^2) su 95 proc. tikimybe, t. y. laikoma, kad skirtumas statistiškai reikšmingas, kai $p < 0,05$; 2) statistinių-koreliacinių ryšių stiprumui (intervaliniams kintamiesiems be skirstinio normalumo prielaidos ir ranginiams kintamiesiems) bei krypčiai tarp nesimetriškų tolydžių dydžių nustatyti pasirinktas neparametrinis Spearmano koreliacijos koeficientas (rho), kai $p < 0,05$. Spearmano koeficientas rodo tiesioginį (su pliuso ženklu) arba atvirkštinį (su minuso ženklu) ryšį tarp kintamųjų, o juo reikšmė varijuoja tarp –1 (stiprus atvirkštinis ryšys) iki 1 (stiprus tiesioginis ryšys).

Tyrimo rezultatai

Analizuojant ir vertinant tyrime dalyvavusių respondentų pasiskirstymą nustatyta, kad apklausoje dalyvavo 102 pacientai (tai sudarė 29,6 proc. visų apklaustųjų) ir 243 pacientų artimieji (tai sudarė 70,4 proc. visų apklaustųjų). Vertinant apklaustuosius pagal amžių, respondentai suskirstyti į 3 amžiaus grupes: 1 grupė – iki 64 m. (31,3 proc. visų tyrime dalyvavusiųjų), 2 grupė – nuo 65 m. iki 84 m. (38,3 proc. visų respondentų) ir 3 grupė – 85 m. ir vyresni respondentai, jie sudarė 30,4 proc. visų respondentų. Vertinant apklaustųjų išsilavinimą,20,3 proc. apklaustųjų buvo pradinio ar pagrindinio išsilavinimo, 38,6 proc. turėjo vidurinį ar profesinį išsilavinimą, 41,2 proc. buvo aukštesniojo ar aukštojo išsilavinimo. Į klausimą, prie kokios gydymo įstaigos šiuo metu yra prisirašęs asmuo, gaunantis slaugos ligoninės paslaugas, dauguma respondentų nurodė viešąją įstaigą (poliklinika) (77,1 proc.), 22,9 proc. nurodė, kad pacientas prisirašęs prie privataus medicinos kabineto. Vertinant atsakymus į klausimą, kiek laiko slaugos ligoninės pacientas serga lėtine liga, nustatyta, kad 39,4 proc. pacientų lėtine liga sirgo iki 4 metų, 36,8 proc. – nuo 5 iki 9 metų, 23,8 proc. – 10 metų ir ilgiau.

Analizuojant atsakymus į klausymą, kaip dažnai namuose gauna pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (1 pav.), nustatyta, kad daugiau nei pusė apklaustųjų negauna jokių pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų namuose. Vertinant pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistų apsilankymus paciento namuose pagal tai, prie kokios pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos pacientas prisirašęs, nustatyta, kad prie viešosios įstaigos prisirašę pacientai dažniau gauna šeimos gydytojo ($\chi^2 = 19,866$, lls = 6, $p = 0,003$) ir su juo komandoje dirbančio slaugytojo ($\chi^2 = 16,072$, lls = 6, $p = 0,013$) teikiamas paslaugas nei prie privačios pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos prisirašę pacientai. Nustatyta, kad, didėjant paciento amžiui, šeimos gydytojo (rho = 0,122, $p = 0,024$) ir šeimos gydytojo slaugytojo (rho = 0,129, $p = 0,017$) apsilankymai namuose retėja. Vertinant respondentų atsakymus pagal paciento ligos trukmę, nustatyta, kad pacientai, kurie serga trumpiau, šeimos gydytojo paslaugas namuose dažniau gaudavo kiekvieną dieną nei pacientai, kurie serga ilgiau ($\chi^2 = 31,982$, lls = 12, $p = 0,001$).

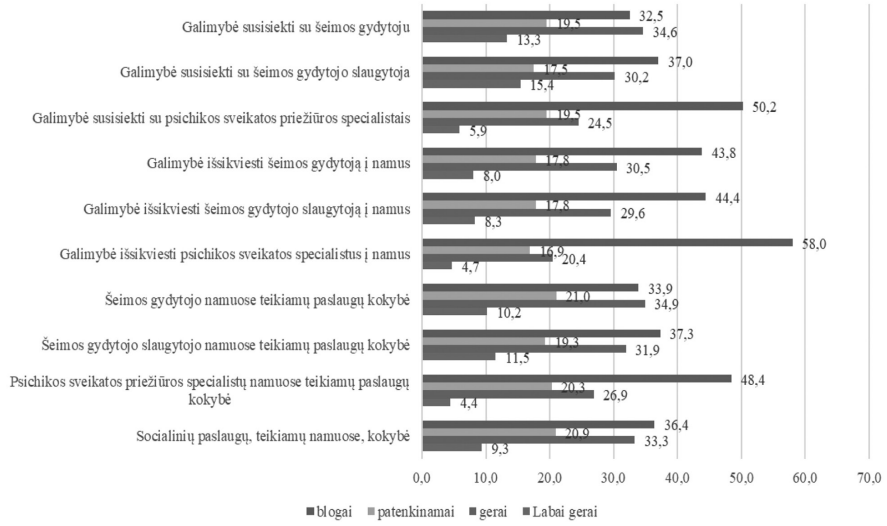


1 pav. *Sveikatos priežiūros paslaugų namuose teikimo dažnis*

Vertinant socialinių paslaugų teikimą namuose, nustatyta, kad dauguma respondentų šių paslaugų negauna: 80 proc. apklaustųjų nurodė, kad negauna socialinių paslaugų namuose (pagalbos buityje), 91,3 proc. nurodė, kad negauna dienos socialinės globos, teikiamos įstaigoje. Nenustatyta, kad socialinių paslaugų gavimas priklausytų nuo gydymo įstaigos, prie kurios šeimos gydytojo pacientas yra prisirašęs, paciento ligos periodo trukmės, respondento lyties, amžiaus ar išsilavinimo. Vertinant socialinių paslaugų žinomumą, nustatyta, kad dauguma respondentų nežino apie savivaldybėje organizuojamas ir teikiamas socialines paslaugas: 57,7 proc. respondentų nurodė nežinantys apie savivaldybės organizuojamas ir teikiamas socialines paslaugas namuose, 71,8 proc. nebuvo girdėję apie dienos socialines paslaugas įstaigoje. Žinomumas reikšmingai nesiskyrė, vertinant, ar į klausimą atsakė pacientas, ar jo artimasis, vyras ar moteris, ar nuo lėtinės ligos periodo, atsakymų pasiskirstymas reikšmingai nesiskyrė ir amžiaus grupėse. Nustatyta, kad aukštesniojo ir aukštojo išsilavinimo respondentai, lyginant su pradinį ir pagrindinį išsilavinimą turinčiais pacientais, dažniau nurodė atsisakę socialinių paslaugų, nes paslaugos netenkino poreikio (socialinių paslaugų, teikiamų namuose, $\chi^2 = 20{,}228$, lls = 8, p = 0,010; dienos socialinių paslaugų, teikiamų įstaigoje (dienos centre), $\chi^2 = 20{,}312$, lls = 6, p = 0,002). Viešosios įstaigos pacientai ar jų artimieji dažniau nurodė žinantys apie savivaldybės organizuojamas ir teikiamas socialines paslaugas, tačiau dažniau jų atsisako dėl paslaugų kokybės ir poreikių nepatenkinimo (dėl socialinių paslaugų, teikiamų namuose, $\chi^2 = 10{,}289$, lls = 4, p = 0,036; dėl dienos socialinių paslaugų, teikiamų įstaigoje (dienos centre), $\chi^2 = 9{,}714$, lls = 3, p = 0,021). Taip pat respondentai, nurodę gaunantys šeimos gydytojo paslaugas namuose, reikšmingai dažniau nurodė, kad laukia eilėje socialinėms paslaugoms namuose gauti ($\chi^2 = 23{,}546$, lls = 4, p = 0,0001) bei dienos socialinėms paslaugoms, teikiamoms įstaigoje (dienos centre), gauti ($\chi^2 = 9{,}011$, lls = 3, p = 0,029), lyginant su respondentais, kurie nurodė, kad namuose šeimos gydytojas paciento nelanko. Nustatyta,

kad šeimos gydytojo slaugytojo paslaugas namuose gaunantieji reikšmingai dažniau nurodė, kad laukia eilėje socialinėms paslaugoms namuose gauti, lyginant su respondentais, kurių šeimos gydytojo slaugytoja nelanko namuose (χ^2 = 10,394, lls = 4, p = 0,034).

Analizuojant respondentų atsakymus, matyti, kad dauguma respondentų namuose gaunamas asmens sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose linkę vertinti patenkinamai arba blogai (2 pav.).



2 pav. *Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų vertinimas (proc.).*

Analizuojant respondentų nuomonę dėl šeimos gydytojo komandos teikiamų paslaugų prieinamumo ir kokybės, nustatyta, kad moterys buvo linkusios geriau vertinti galimybę susisiekti su šeimos gydytojo slaugytoju, lyginant su vyrais (χ^2 = 8,045, lls = 3, p = 0,045). Galimybę susisiekti su šeimos gydytoju skirtingai vertino prie viešosios įstaigos prisirašę pacientai, lyginant su prie privačios įstaigos prisirašiusiais pacientais: privačių įstaigų pacientai buvo linkę blogiau vertinti galimybę susisiekti su šeimos gydytoju (χ^2 = 10,990, lls = 3, p = 0,012), šeimos gydytojo slaugytoju (χ^2 = 20,611, lls = 3, p = 0,0001), psichikos sveikatos specialistais (χ^2 = 11,827, lls = 3, p = 0,008). Taip pat prie privačios įstaigos prisirašyti pacientai ir jų artimieji, lyginant su prie viešosios įstaigos prirašytais pacientais bei jų artimaisiais, buvo linkę prasčiau vertinti galimybę išsikviesti šeimos gydytoją (χ^2 = 11,075, lls = 3, p = 0,011) bei psichikos sveikatos specialistus į namus (χ^2 = 9,525, lls = 3, p = 0,023). Prie viešosios įstaigos prisirašę pacientai ir jų artimieji, lyginant su privačių įstaigų pacientais ir jų artimaisiais, buvo likę geriau vertinti šeimos gydytojo (χ^2 = 10,042, lls = 3, p = 0,018) bei slaugytojo (χ^2 = 9,136, lls = 3, p = 0,028) namuose teikiamų paslaugų kokybę. Nustatyta, kad didėjant respondento amžiui galimybė susisiekti su šeimos gydytoju (rho = –0,125, p = 0,021) ir slaugytoju (rho = –0,119, p = 0,029) vertinama blogiau. Drauge didėjant respondentų amžiui galimybė išsikviesti šeimos gydytoją (rho = –0,119, p = 0,029) ar slaugytoją (rho = –0,117, p = 0,032) į namus vertinama blogiau.

Analizuojant apklausos dalyvių nuomonę dėl psichikos sveikatos komandos teikiamų paslaugų prieinamumo ir kokybės, nustatyta, kad dauguma respondentų paslaugų prieinamumą ir kokybę buvo linkę vertinti blogai ir patenkinamai (2 pav.). 41 proc. respondentų iki 64 m. gerai įvertino galimybę susisiekti su psichikos sveikatos specialistais, taip manančių 85 m. ir vyresnių respondentų buvo tik 7,8 proc. (χ^2 = 34,572, lls = 6, p = 0,0001). Nustatytas vidutinio stiprumo neigiamas koreliacinis ryšys tarp paciento amžiaus ir galimybės susisiekti su psichikos sveikatos specialistais vertinimo (rho = –0,272, p = 0,0001), t. y. didėjant paciento amžiui, šios galimybės vertinimas blogėja. Taip pat matyti, kad didėjant respondento amžiui galimybė išsikviesti psichikos sveikatos specialistus į namus vertinama blogiau (rho = –0,241, p = 0,0001). Vyresni (85 m. ir daugiau) pacientai buvo linkę neigiamai vertinti ir psichikos sveikatos specialistų teikiamas paslaugas namuose: net 65,5 proc. respondentų šių specialistų teikiamas paslaugas namuose vertino blogai, o taip manė 32,8 proc. iki 64 m. amžiaus respondentų (χ^2 = 17,062, lls = 6, p = 0,009). Pastebima, kad didėjant respondentų amžiui psichikos sveikatos specialistų teikiamų paslaugų kokybė vertinama blogiau (rho = –0,282, p = 0,0001).Vertinant respondentų atsakymus išsilavinimo grupėse, nustatyta, kad didėjant pacientų išsilavinimui geriau vertinama galimybė susisiekti su psichikos sveikatos specialistais (rho = 0,139, p = 0,013) bei galimybė juos išsikviesti į namus (rho = 0,136, p = 0,015). Taip pat nustatyta, kad didėjant respondentų išsilavinimui psichikos sveikatos specialistų namuose teikiamų paslaugų kokybė vertinama geriau (rho = 0,162, p = 0,028).

Analizuojant, kaip respondentai vertina socialines paslaugas, teikiamas namuose, nustatyta, kad 33,6 proc. respodentų socialines paslaugas, teikiamas namuose, buvo linkę vertinti blogai, 20,9 proc. – patenkinamai, 33,3 proc. – gerai ir 9,3 proc. – labai gerai (3 pav.). Paciento artimieji, lyginant su apklausoje dalyvavusiais pacientais, buvo linkę geriau vertinti namuose gaunamų socialinių paslaugų kokybę (χ^2 = 12,303, lls = 3, p = 0,006). Taip pat socialinių paslaugų vertinimas skyrėsi priklausomai nuo paciento ligos periodo trukmės – ilgiau nei 10 m. sergantys pacientai ar juos slaugantys artimieji socialines paslaugas, teikiamas namuose, vertino blogiau (χ^2 = 13,911, lls = 6, p = 0,031). Socialinių paslaugų kokybės vertinimas reikšmingai nesiskyrė vertinant respondentų lytį, amžių, išsilavinimą, įstaigą, prie kurios prisirašęs pacientas.

Analizuojant respondentų lūkesčius dėl paslaugų namuose teikimo, dauguma respondentų nurodė, kad šeimos gydytojo paslaugų norėtų kelis kartus per mėnesį (44 proc.) arba kelis kartus per metus (35 proc.), o jo teikiamos paslaugos turėtų būti prieinamos visomis dienomis ir naktį (47,4 proc.) arba darbo dienomis dieną (40,7 proc.). Šie lūkesčiai nesiskyrė priklausomai nuo to, ar į klausimą atsakė pacientas, ar jo artimasis, taip pat nuo respondento lyties ar išsilavinimo bei nuo ligos periodo. Tačiau atsakymai, kaip dažnai gydytojas turėtų lankytis paciento namuose, reikšmingai skyrėsi priklausomai nuo to, prie kokios gydymo įstaigos pacientas yra prirašytas: prie viešosios įstaigos prirašyti pacientai ar jų artimieji dažniau buvo linkę nurodyti, kad gydytojo paslaugų pageidauja kiekvieną dieną ar kelis kartus per savaitę, o prie privačių įstaigų prirašyti pacientai ar jų artimieji dažniau nurodė, kad šeimos gydytojo paslaugų jie norėtų kelis kartus per mėnesį (χ^2 = 10,674, lls = 4, p = 0,030). Analizuojant respondentų atsakymus pagal amžiaus grupes, nustatyta, kad didėjant respondentų amžiui mažiau norima gydytojo vizitų į namus (rho = 0,136, p = 0,012).

Su šeimos gydytoju komandoje dirbančio slaugytojo paslaugų respondentai pageidautų kelis kartus per savaitę (37,5 proc.) arba kelis kartus per mėnesį (33,4 proc.), o paslaugos turėtų būti prieinamos visomis dienomis ir naktį (45,9 proc.) arba darbo dienomis dieną (37,5 proc.). Šie lūkesčiai nesiskyrė priklausomai nuo respondento lyties ir išsilavinimo. Tačiau pacientų artimieji dažniau norėjo, kad slaugytojo paslaugos namuose būtų prieinamos savaitgaliais ir šventinėmis dienomis dieną ir naktį (χ^2 = 17,705, lls = 4, p = 0,001). Respondentų lūkesčiai dėl slaugytojo apsilankymų namuose dažnumo reikšmingai skyrėsi priklausomai nuo to, prie kokios gydymo įstaigos pacientas yra prirašytas: prie viešosios įstaigos prirašyti pacientai ir jų artimieji dažniau buvo linkę nurodyti, kad slaugytojo paslaugų pageidauja kiekvieną dieną, o prie privačių įstaigų prirašyti pacientai ir jų artimieji dažniau nurodė, kad slaugytojo paslaugų jie norėtų kelis kartus per savaitę ar mėnesį (χ^2 = 13,639, lls = 4, p = 0,009). Analizuojant respondentų lūkesčius dėl slaugytojo paslaugų namuose amžiaus grupėse, nustatyta, kad respondentai iki 64 m. dažniau nei 85 m. ir vyresni nurodė, kad slaugytojo paslaugų namuose pageidautų kiekvieną dieną (χ^2 = 26,121, lls = 8, p = 0,001).

Socialinių paslaugų namuose pacientai pageidautų kelis kartus per savaitę (43,4 proc.) arba kelis kartus per mėnesį (22,2 proc.), visomis dienomis ir naktimis (47,6 proc.) arba darbo dienomis dieną (44,1 proc.). Šie lūkesčiai nesiskyrė, nesvarbu, ar į klausimą atsakinėjo pacientas, ar artimasis, taip pat tai nepriklausė nuo respondento lyties ar išsilavinimo, ligos periodo ir prie kokios gydymo įstaigos pacientas prirašytas. Nustatyta, kad didėjant pacientų amžiui socialinių paslaugų namuose pageidaujama dažniau (rho = –0,108, p = 0,046). Taip pat nustatyta, kad respondentai, kurie nurodė, kad negauna socialinių paslaugų namuose, dažniau pageidavo, kad šios paslaugos būtų prieinamos visomis darbo dienomis, savaitgaliais ar švenčių dienomis, dieną ir naktį (χ^2 = 10,475, lls = 4, p = 0,033).

53,9 proc. respondentų nurodė, kad jiems labiausiai trūksta visų paslaugų, teikiamų namuose (ir sveikatos priežiūros, ir socialinių paslaugų), 59,4 proc. respondentų sakė, kad pageidautų ilgalaikių, nuolatinių priežiūros paslaugų paciento namuose. Ilgalaikių priežiūros paslaugų namuose labiau pageidautų ilgiau nei 10 metų sergantys pacientai (χ^2 = 7,993, lls = 2, p = 0,018), lyginant su respondentais, sergančiais iki 4 m.

Į klausimą, ar norėtų gauti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose, teikiamas kartu, dauguma (90 proc.) apklausos dalyvių nurodė teigiamai, tačiau reikšmingai skyrėsi pacientų ir artimųjų nuomonės (χ^2 = 4,370, lls = 1, p = 0,037). Apklausoje dalyvavę pacientai (14,7 proc.) dažniau nei pacientų artimieji (7,4 proc.) nurodė, kad taip organizuojamų paslaugų jie nepageidautų. Atsakymai į šį klausimą reikšmingai nesiskyrė tarp moterų ir vyrų skirtingose amžiaus ar išsilavinimo grupėse.

Į klausimą, ar sutiktų už sveikatos priežiūros (gydytojo / slaugytojo) paslaugas, teikiamas namuose, sumokėti papildomai, daugiau nei pusė apklaustųjų (60,6 proc.) nurodė, kad už sveikatos priežiūros paslaugas, teikiamas namuose, papildomai nesutiktų mokėti. Nuomonė reikšmingai nesiskyrė tarp vyrų ir moterų. Tačiau pastebima, kad paciento artimieji dažniau nurodė, kad už gydytojo ar slaugytojo paslaugas, teikiamas namuose, sutiktų sumokėti papildomai (χ^2 = 15,313, lls = 1, p = 0,0001): papildomai už paslaugas sutiktų sumokėti 46 proc. apklausoje dalyvavusių pacientų artimųjų ir 23 proc. pacientų. Reikšminai skyrėsi respondentų atsakymai šiuo klausimu, priklausomai nuo respondentų išsilavinimo: aukštesniojo ir aukštojo išsilavinimo respondentai (45,1 proc.) dažniau nei pradinio ir pagrindinio išsilavinimo respondentai (25,7 proc.) nurodė, kad už sveikatos priežiūros paslaugas, teikiamas namuose, sutiktų sumokėti papildomai (χ^2 = 7,482, lls = 2, p = 0,024).

Rezultatų aptarimas

R. Jurkuvienė ir S. Audronytė, 2007 m. nagrinėdamos Kauno mieste gyvenančių lėtinėmis ligomis sergančių pagyvenusių žmonių poreikius gauti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose, nustatė, kad 85 proc. ištirtų asmenų negauna jokių paslaugų namuose, tik 2 proc. respondentų namuose lankė slaugytojas ir tik vienas žmogus sulaukė socialinio darbuotojo paslaugų[18]. Mūsų tyrimas parodė, kad daugiau nei pusei apklaustų slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje hospitalizuotų pacientų namuose nebuvo teikiamos jiems būtinos asmens sveikatos priežiūros paslaugos. 80 proc. apklaustųjų nurodė, kad negauna socialinių paslaugų namuose.

R. Kudukytė-Gasperė ir K. Štaras, 2011 m.[19] ir 2014 m.[20] narinėdami slaugomų namuose lėtinėmis ligomis sergančių pacientų ir juos nuolat prižiūrinčių šeimos narių gaunamų namuose paslaugų vertinimą bei poreikį, nustatė, kad dauguma respondentų norėtų, kad profesionali slaugytojo pagalba jiems būtų teikiama kelis kartus per savaitę, o paslaugos turėtų būti prieinamos darbo dienomis dieną ir naktį. Mūsų tyrimas parodė, kad slaugos ligoninėje hospitalizuotų pacientų ir jų šeimos narių poreikiai yra panašūs: su šeimos gydytoju komandoje dirbančio slaugytojo paslaugų respondentai pageidautų kelis kartus per savaitę (37,5 proc.) arba kelis kartus per mėnesį (33,4 proc.), o paslaugos turėtų būti prieinamos visomis dienomis ir naktį (45,9 proc.). Tyrimo metu nustatyta, kad šeimos gydytojo paslaugų slaugos ligoninėje hospitalizuoti pacientai ir jų šeimos nariai norėtų kelis kartus per mėnesį (44 proc.) arba kelis kartus per metus (35 proc.), o jo teikiamos paslaugos turėtų būti prieinamos visomis dienomis ir naktį (47,4 proc.) arba darbo dienomis dieną (40,7 proc.). Dauguma apklausoje dalyvavusių respondentų nurodė, kad psichikos sveikatos priežiūros specialistų paslaugų, teikiamų namuose, užtektų kartą ar kelis kartus per metus, o paslaugos turtėtų būti prieinamos darbo dienomis dieną (50,9 proc.) arba visomis dienomis ir naktimis.

R. Kudukytės-Gasperės su bendraautoriais (2014) atliktas tyrimas parodė, kad dauguma pacientų, prižiūrimų namuose (47,3 proc.), negauna socialinio darbuotojo ar jų padėjėjų teikiamų paslaugų, tačiau daugiau nei trečdalis apklaustų pacientų nurodė, kad jiems reikalingos papildomos socialinės paslaugos. 2011 m. tyrimo metu nustatyta, kad socialinis darbuotojas pacientus namuose lanko kartą per mėnesį (26,7 proc.) ar kelis kartus per mėnesį (24,7 proc.). Kaip jau minėta, mūsų tyrimas atskleidė panašias tendencijas – vertinant socialinių paslaugų teikimą namuose nustatyta, kad dauguma respondentų šių paslaugų negauna, taip pat daugiau nei pusė respondentų nurodė, kad apie tokias paslaugas, organizuojamas savivaldybėje, jie net nežino. Atkreiptinas dėmesys, kad viešosios įstaigos, teikiančios pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, pacientai ar jų artimieji dažniau nurodė žinantys apie savivaldybės organizuojamas ir teikiamas socialines paslaugas, tačiau dažniau jų atsisako dėl paslaugų kokybės ir dėl to, kad poreikiai

18 Jurkuvienė, R., Audronytė, S., Lėtinėmis ligomis sergančių senų ir pagyvenusių žmonių integruotų ilgalaikių paslaugų namuose poreikis, *Sveikatos mokslai*, 2007, 5: 1191–1197.

19 Kudukytė-Gasperė, R., Jankauskienė, D., Štaras, K., Sveikatos ir socialinių paslaugų integracija. Atvejo analizė VšĮ Centro poliklinikoje, *Sveikatos politika ir valdymas,* 2012, 1 (4): 127–146.

20 Kudukytė-Gasperė, R., Štaras, K., Integruotų slaugos ir psichosocialinių paslaugų poreikis namuose slaugomiems sunkios būklės pacientams ir jų šeimos nariams. Atvejo analizė VšĮ Centro poliklinikoje, *Sveikatos mokslai*, 2015, 25 (1): 15–23. ISSN 1392-6373.

nepatenkinami. Taip pat respondentai, kurie namuose gavo šeimos gydytojo ar jo slaugytojo paslaugas, buvo geriau informuoti apie socialines paslaugas ir dažniau laukia eilėje socialinėms paslaugoms namuose gauti, lyginant su privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pacientais ir tais, kurie negavo namuose teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų. Mūsų tyrimas parodė, kad daugiau nei pusė respondentų (53,9 proc.) sakė, kad šiuo metu jiems labiausiai trūksta visų paslaugų, teikiamų namuose (ir sveikatos priežiūros, ir socialinių), ir 90 proc. apklaustųjų norėtų gauti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose, teikiamas kartu.

E. Nolte su bendraautoriais, nagrinėdami šalių patirtį organizuojant paslaugas vyresniems, lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, nustatė, kad šalyse, kuriose pirminė asmens sveikatos priežiūra daugiausia remiasi komandiniu gydytojo, slaugytojo ir kitų specialistų darbu, pacientams įvairiapusės pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos tapo prieinamesnės, drauge sumažėjo stacionarinės pagalbos paslaugų poreikis. Kad būtų užtikrintas paslaugų tęstinumas, šalys organizuoja specializuotas ambulatorinės priežiūros (ir asmens sveikatos, ir socialinės priežiūros) paslaugas, diegdamos slaugos klinikas (*nurse-led clinics*) arba kurdamos specialistų komandas, kurios veiklą, teikiant paslaugas pacientui namuose, koordinuoja jį prižiūrintis slaugytojas (*case managment*)[21]. Taip darbas organizuojamas Švedijoje, Anglijoje, Olandijoje. Mokslininkai, įvertinę šalių patirtį, teigia, kad šis darbo organizavimo principas, koordinuotai teikiant priežiūros (ir asmens sveikatos, ir socialines) paslaugas, į priežiūros namuose procesą įtraukiant patį pacientą, jo artimuosius ir orientuojantis į paciento ir jo artimųjų poreikius ir lūkesčius, suteikia geresnių paciento priežiūros rezultatų, sumažina hospitalizacijost. y. institucinės priežiūros, poreikį bei sumažina sveikatos priežiūros išlaidas, skirtas institucinei sveikatos priežiūrai ir socialinei globai[22].

R. Tarricone su bendraautoriais atlikusi respondentų, hospitalizuotų Olandijos ligoninėse, apklausą dėl asmens priežiūros sistemos kokybės[23], nustatė, kad beveik 90 proc. respondentų norėtų, kad socialinės ir sveikatos priežiūros sistemos padėtų kuo ilgiau likti savo namuose ir gauti jiems būtinas priežiūros, t. y. sveikatos ir socialines, paslaugas namuose. Daugelis apklausoje dalyvavusių respondentų, kaip ir mūsų tyrime, teikė pirmenybę tam, kad sveikatos priežiūros paslaugos ir jas papildančios paslaugos būtų suteikiamos namuose, lyginant su stacionarine priežiūra. Tyrimų duomenys pagrindė, kad vyresnio amžiaus žmonės ir negalią turintys asmenys yra labiau linkę į ambulatorinėmis sąlygomis teikiamas paslaugas nei į institucinę priežiūrą. Norvegijoje, kuri turi ilgas ir senas paslaugų namuose organizavimo ir teikimo tradicijas, pirmiausia iškeliami paciento poreikiai ir lūkesčiai kuo ilgiau pasilikti savo namuose ir priežiūros paslaugas gauti namuose, todėl būtina vystyti ambulatorinių paslaugų (tokių kaip pagalbos namuose) sektorių[24].

---

21 Nolte E., M. McKee, C. Knai, eds., *Managing chronic conditions. Experience in eight countries*. EU: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008: 1–14.

22 Karlberg, I., Sweeden, E. Nolte, M. McKee, C. Knai, eds., *Managing chronic conditions. Experience in eigth countries*. EU: European Observatory on Health Systens and Policies, 2008: 115–130.

23 Tarricone R., Tsouros A. D. *Home care in Europe*. WHO; 2008,

24 Norwegian ministry of health and care services. Long term care – Future challenges. Care plan 2015. Report Nr. 25 (2005–2006) to the Storting Chapter 1, 2 and 3; https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/en-gb/pdfs/nou201120110011000en_pdfs.pdf [žiūrėta 2019-07-09],

Išvados

1. Daugiau nei pusei lėtinėmis ligomis sergančių pacientų niekada nebuvo teikiamos pirminės asmens sveikatos priežiūros (šeimos gydytojo, slaugytojo ar gydytojo psichiatro ir jo slaugytojo) paslaugos namuose. Prie viešųjų įstaigų prisirašę pacientai dažniau gauna šeimos gydytojo ir su juo komandoje dirbančio slaugytojo teikiamas paslaugas namuose nei prie privačios pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos prisirašę pacientai. Didėjant paciento amžiui ir ligos periodo trukmei šeimos gydytojo ir slaugytojo apsilankymų namuose skaičius mažėja.
2. Dauguma slaugos ligoninėje hospitalizuotų pacientų negavo socialinių paslaugų, teikiamų namuose, ir nežino apie savivaldybėje organizuojamas ir teikiamas socialines paslaugas. Viešųjų įstaigų pacientai ir pacientai, gaunantys šeimos gydytojo ir slaugytojo paslaugas namuose, buvo geriau informuoti apie socialines paslaugas mieste.
3. Namuose gaunamos asmens sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos vertinamos patenkinamai. Viešosios įstaigos pacientai, jaunesnio amžiaus, aukštesnio išsilavinimo respondentai geriau vertino namuose gaunamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę. Privačių įstaigų pacientai blogiau vertino galimybę susisiekti ir išsikviesti į namus savo šeimos gydytoją, šeimos gydytojo slaugytoją ir psichikos sveikatos specialistus. Socialinių paslaugų, teikiamų namuose, kokybę blogiau vertino paciento artimieji bei ilgiau nei 10 metų sergantys ar juos slaugantys asmenys.
4. Dauguma respondentų pageidautų ilgalaikių, nuolatinių priežiūros paslaugų paciento namuose, šeimos gydytojo paslaugų norėtų kelis kartus per mėnesį, o su šeimos gydytoju komandoje dirbančio slaugytojo paslaugų pageidautų kelis kartus per savaitę, šių specialistų namuose teikiamos paslaugos turėtų būti prieinamos visomis dienomis ir naktį.
5. Dauguma respondentų norėtų, kad sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos namuose būtų teikiamos kartu, tačiau už paslaugas namuose nesutiktų papildomai mokėti.
6. Skirtingas teisinis reglamentavimas, skirtingi viešųjų bei privačių PAASP įstaigų reikalavimai iš esmės neleidžia asmeniui organizuoti ir teikti lanksčių, poreikius tenkinančių integruotų, koordinuotai teikiamų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų namuose, nes asmens poreikis paslaugoms vertinamas skirtingai, tai nustato skirtingi subjektai, skirtingas paslaugų organizavimo ir finansavimo mechanizmas nesuteikia galimybės pacientui gauti viso, jam būtino paslaugų komplekto, o įstaigas – teikti tokias kompleksines paslaugas.

Rekomendacijos

1. Atsižvelgdami į tai, kad nėra sistemiškai sprendžiama integruotos ir ilgalaikės priežiūros paslaugų poreikio problema, siūlytume sutelkiant mokslininkų ir kompetentingų specialistų komandą sukurti moksliškai pagrįstą, į paciento poreikius orientuotą, atitinkančią valstybės poreikius ilgalaikės priežiūros koncepciją, ku-

rioje būtų aiškiai apibrėžtas paslaugų teikimas nuo paslaugų namuose organizavimo ir teikimo iki institucinės priežiūros.

2. Kad pacientai jau dabar galėtų gauti jiems būtinas paslaugas, būtina visas PSDF lėšomis teikiančias PAASP įstaigas vienodai įpareigoti vykdyti šiuo metu galiojančių teisės aktų nuostatas, teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams namuose, dar kartą apsvarstyti specialiųjų teisės aktų, reglamentuojančių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų namuose teikimo nuostatas, išvengiant jų kolizijos ir apsvarstant galimybę, kad slaugos paslaugos namuose būtų organizuojamos ir teikiamos kartu su dienos socialine globa, paslaugų organizavimą ir apmokėjimą vykdant per savivaldybę, kurios gyventojams teikiama paslauga. Skirtingų sąvokų atsisakymas, įstaigų įgalinimas ir bendras finansavimas bei paslaugų skyrimo mechanizmas turėtų padėti asmeniui, kuriam reikia pagalbos, greičiau jos sulaukti ir ši pagalba būtų efektyvesnė.

Literatūra

1. Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-1026; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.311861/asr [žiūrėta 2019-07-09].
2. EBPO (2018a): Health Statistics 2018; http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm [žiūrėta 2019-08-30].
3. EBPO/OECD Economic Surveys Lithuania. 2018; https://www.oecd.org/eco/surveys/Lithuania-2018-OECD-economic-survey-overview.pdf [žiūrėta 2019-08-30].
4. Europos komisja. Lietuva 2019. Šalies ataskaita. Komisijos tarnybų darbinis dokumentas. 2019 m. Europos semestras. Struktūrinių reformų pažangos vertinimas, makroekonominio disbalanso prevencija ir naikinimas ir pagal Reglamentą (ES) Nr. 1176/2011 atliktų nuodugnių apžvalgų rezultatai. Briuselis, 2019 02 27, SWD(2019) 1014 final. (COM(2019) final 150); https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-lithuania_lt.pdf [žiūrėta 2019-08-30].
5. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1 [žiūrėta 2019-07-01].
6. Jurkuvienė, R., Audronytė, S., Lėtinėmis ligomis sergančių senų ir pagyvenusių žmonių integruotų ilgalaikių paslaugų namuose poreikis, *Sveikatos mokslai*, 2007, 5: 1191–1197.
7. Karlberg, I. Sweeden, Nolte, E., McKee, M., Knai, C., eds., *Managing chronic conditions. Experience in eigth countries*. EU: European Observatory on Health Systens and Policies, 2008: 115–130.
8. Karlsson, M., Klohn, F., Testing the red herring hypothesis on an aggregated level: ageing, time-to-death and care costs for older people in Sweden, *European Journal of Health Economics*, 2014, 15.

9. Kudukytė-Gasperė, R., Jankauskienė, D., Štaras, K.. Sveikatos ir socialinių paslaugų integracija. Atvejo analizė VšĮ Centro poliklinikoje, *Sveikatos politika ir valdymas* 2012, 1 (4): 127–146.
10. Kudukytė-Gasperė, R., Štaras, K., Integruotų slaugos ir psichosocialinių paslaugų poreikis namuose slaugomiems sunkios būklės pacientams ir jų šeimos nariams. Atvejo analizė VšĮ Centro poliklinikoje, *Sveikatos mokslai*, 2015, 25 (1): 15–23. ISSN 1392-6373.
11. Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.401152?jfwid=q86m1vsxj [žiūrėta 2019-07-09].
12. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-96496 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08/asr [žiūrėta 2019-07-09].
13. Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.270342/asr [žiūrėta 2019-07-09].
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-558/A1-183 „Dėl Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.301549?jfwid=-9dzqnu48b [žiūrėta 2019-07-09].
15. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 14 d. nutarimas Nr. 583 „Dėl Mokėjimo už socialines paslaugas tvarkos aprašo patvirtinimo“; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.278281/asr [žiūrėta 2019-07-09].
16. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimas Nr. 1482 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos“; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.439028/asr [žiūrėta 2019-07-09].
17. Nolte, E., McKee, M., Knai, C., Managing chronic conditions: An introduction to the experience in eight countries. Nolte, E., McKee, M., Knai, C., eds., *Managing chronic conditions. Experience in eight countries*. EU: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008: 1–14.
18. Norwegian ministry of health and care services. Long term care – Future challenges. Care plan 2015. Report Nr. 25 (2005–2006) to the Storting Chapter 1, 2 and 3; https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/en-gb/pdfs/nou201120110011000en_pdfs.pdf [žiūrėta 2019-07-09].
19. Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 13 d. įsakymu Nr. V-946; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.291106/asr [žiūrėta 2019-07-09].
20. Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 4 d. įsakymu Nr. V-393;< https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.424177/asr> [žiūrėta 2019-07-09].

21. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas, patvirtintas 2005 m. gruodžio 5 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-943; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/asr [žiūrėta 2019-07-09].
22. Projekto „Integralios pagalbos veiksmingumo ir pritaikomumo tyrimas“ galutinė ataskaita, 2015; <https://socmin.lrv.lt/uploads/socmin/documents/files/administracine-informacija/tyrimai/projekto_Integralios%20pagalbos%20veiksmingumo%20ir%20pritaikomumo%20tyrimas_galutin%C4%97%20ataskaita.pdf> [žiūrėta 2019-07-09].
23. Tarricone R., Tsouros A. D. *Home care in Europe*. WHO, 2008.
24. Valstybės pažangos strategija „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimu Nr. XI-2015; https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.425517 [žiūrėta 2019-07-09].

THE NEED OF THE HEALTH AND SOCIAL CARE SERVICES AT HOME FOR PATIENTS HOSPITALIZED IN THE NURSING HOSPITAL

Renata Kudukytė-Gasperė
Mykolas Romeris University, Lithuania
Kaunas City Municipal Administration, Lithuania

Prof. dr. Danguolė Jankauskienė
Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary. *The majority of Lithuanian municipalities are facing the challenges of aging population – growing morbidity of chronic diseases and special nursing and health care needs for the aged citizens, demanding complex social and health care. These factors also induces the additional activities that are not directly associated with health care, and deficiency of resources in primary health care sector.*

In 2019 European Assessment of progress on structural reforms, prevention and correction of macroeconomic imbalances, and results of in-depth reviews is underlined, that institutional care model, dominating in Lithuania, is not sufficient for the aging society and growing needs for integrated and long-term care services.

The aim of this article is to analyze and evaluate the needs of health care and social care services at home for long care patient hospitalized in the nursing hospital and to offer measures for developing for these services. The results of the study showed that more than half of patients with chronic illnesses had never received primary health care (57 %) and social care services at home (80 %), more than half (57 %) of the respondents didn't know about the social services organized and provided by the municipality. Most respondents (59 %) would prefer long-term health care services provided at home, but respondents (80 %) would not agree to pay extra for these home care services. Differences in the legal framework for home

health care and social services does not allow organize and delivery the flexible, long-term, integrated home-based health care and social care services.

Keywords: *Health care services for patient at home, social care services for patient at home, needs for long-term care services.*

Renata Kudukytė-Gasperė, Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto politikos mokslų instituto doktorantė; Kauno miesto savivaldybės administracijos Sveikatos apsaugos skyriaus vedėja (savivaldybės gydytoja). Mokslinių tyrimų kryptys: integruotos sveikatos ir socialinių paslaugų priežiūros paslaugos, sveikatos ir socialinių paslaugų priežiūros valdymo tyrimai, e. sveikatos sprendimai, asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sąsajos.

Renata Kudukytė-Gasperė, is a Phd student at the Institute of Political Sciences, Mykolas Romeris university, Head of Health care Division at Kaunas City Municipal Administration. Research interests: integrated health care and social care services, researches in integrated health and social care, case managing in health care, e-health solutions, links between personal health care and public health.

Danguolė Jankauskienė, Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto Politikos mokslų instituto profesorė, biomedicinos mokslų daktarė. Mokslinių tyrimų kryptys: sveikatos politika ir vadyba, visuomenės sveikata, sveikatos technologijų vertinimas.

Danguolė Jankauskienė, Doctor of Biomedicine, is a Professor at the Institute of Political Sciences, Mykolas Romeris University. Research interests: health policy and management, health technology assessment, public health.