

KAUNO MEDICINOS UNIVERSITETAS
VISUOMENĖS SVEIKATOS FAKULTETAS
SOCIALINĖS MEDICINOS KATEDRA

STANISLAVA JANCEVIČIENĖ

KAUNO SLAUGOS IR PALAIKOMOJO GYDYMO LIGONINIŲ
VEIKLOS IR PACIENTŲ POSTACIONARINĖS SLAUGOS
POREIKIO ĮVERTINIMAS

MAGISTRO DIPLOMINIS DARBAS
(Visuomenės sveikatos vadyba)

Mokslinė vadovė
Prof.habil.dr. J.Petrauskienė

KAUNAS, 2005

KAUNO SLAUGOS IR PALAIKOMOJO GYDYMO LIGONINIŲ VEIKLOS IR PACIENTŲ POSTACIONARINĖS SLAUGOS POREIKIO ĮVERTINIMAS

Stanislava Jancevičienė

Mokslinė vadovė prof. hab.dr. Jadvyga Petrauskienė, Kauno medicinos universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas, Socialinės medicinos katedra

SANTRAUKA

Darbo tikslas - išanalizuoti ir įvertinti Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių veiklą ir jose gydomų pacientų poreikį postacionarinei slaugai.

Metodika. Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigų 2001-2003 metų veiklos statistinių rodiklių analizė, anketinė pacientų ($n = 163$) apklausa, medicininių testų rezultatų analizė. Duomenų analizė atlikta naudojant 10 versijos SPSS programinį paketą.

Rezultatai: Slaugos lovų skaičius Kauno mieste (275 lovos) nekinta nuo 2001 m. ir gerokai atsilieka nuo Kauno apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo plane prognozuoto 386-407 lovų skaičiaus. Pagal suminius *Barthel* indekso ir Protinės būklės mini tyrimo rezultatus, objektyviai didesnę dalį (76,7 proc., $n=125$) Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės pacientų sudaro visiškai arba beveik visiškai priklausomi ir/arba turintys sunkų ir vidutinį kognityvinį sutrikimą. Likusieji (23,3 proc., $n=38$) yra vidutiniškai ar šiek tiek priklausantys bei nepriklausantys ir turintys lengvą kognityvinį sutrikimą ar be kognityvinio sutrikimo. Pusė Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių pacientų išreiškė būtinybę arba pageidavimą postacionarinei slaugai ir palaikomajam gydymui. Tolimesnės priežiūros poreikį didina socialiniai veiksniai: 58,3 proc. visų tiriamųjų yra vieniši (-os), 42 proc. - namuose gyvena vieni, 72,4 proc. gauna minimalias pajamas ir 12,3 proc. – dar mažesnes, 12,3 proc. neturi jėgą kreiptis pagalbos ir 5,5 proc. visų tiriamųjų neturi kur grįžti po išrašymo iš ligoninės.

Išvados. Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės veiklos rodikliai skyrėsi dėl netolygaus ir nepakankamo finansavimo. Pagal suminius *Barthel* indekso ir Protinės būklės mini testo rezultatus 76,7 proc. visų pacientų buvo labai sunkios būklės ir 8,5 proc. visų tiriamųjų buvo reikalinga tolesnė stacionarinė slauga. Kiti išvykę pacientai gali tikėtis artimųjų slaugos ir priežiūros.

Rekomendacijos. Postacionarinės slaugos poreikis kiekvienoje Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje turi būti vertinamas atskirai, atsižvelgiant į ligoninės kontingento specifiką (onkologiniai ir/ar paliatyvios priežiūros ligoniai, patyrę traumas asmenys ir t.t.) ir pacientų sveikatos būklės sunkumą. Postacionarinei priežiūrai Kauno slaugos ligoninėje, kur pacientų būklė sunkiausia, reikėtų skirti pirmumą bei didesnes galimybes. Ligoniai į Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigas turėtų būti stacionarizuojami diferencijuotai pagal jų sveikatos būklės sunkumą, kuriam nustatyti būtų taikomi objektyvūs testai. Lengvesnės būklės pacientų postacionarinę priežiūrą tikslinga tęsti bendruomenėje, vystant namų slaugos paslaugas ar įkuriant dienos centrus.

ACTIVITY OF NURSING AND SUPPORTIVE CARE HOSPITALS IN KAUNAS AND PATIENTS' POST-HOSPITALISATION NEEDS

Stanislava Jancevičienė

Scientific supervisor: prof. habil.dr. Jadvyga Petrauskienė, Kaunas University of Medicine, Faculty of Public Health, department of Social medicine.

SUMMARY

The purpose of the study was to investigate the activity of Nursing and supportive care hospitals in the city of Kaunas and to define patients' needs for post-hospitalization.

Methods. Analysis of statistical data on hospital activity for 2001-2003 was done. A questionnaire was given to 163 patients in the study hospitals to complete anonymously and the results of medical tests were analyzed.

The results: The number of nursing beds (275) in the city of Kaunas remains unchanged since 2001 and it is out of phase with the prognosis of 386-407 beds in the Reorganization plan of health care institutions in the Kaunas region. According to an evaluation of patients' independence in performing everyday activities (*Barthel* scale) and mental status evaluation using the Mini-Mental Status Examination, a higher percentage (76,7%) of patients in nursing and supportive care institutions in the city of Kaunas are dependent or sub-dependent and/or with severe or moderate cognitive disorders. The others (23,3%) are slightly dependent and independent with slight or no cognitive disorders. Half of the respondents stated the necessity or wish for post-hospitalization. 58,3% respondents are alone, 42% living unsupported, 72,4% have minimal income and 12,3% have even lower income, 12,3% have no one to help them apply for help and support, and 5,5% have no place to stay after discharge. These results indicate a social need for continuity of care.

It was concluded that the activity of Nursing and supportive care institutions in the city of Kaunas varies according to funding, which can be inappropriate and insufficient. According to the evaluation of patients' independence in performing everyday activities and the Mini-Mental Status Examination, 76,7% of respondents had very serious health conditions and 8,5% needed of continuity of care post-hospitalization. Others could expect support and care from their relatives and caregivers.

Recommendations. This investigation of post-hospitalization needs in three nursing and supportive care institutions in the city of Kaunas needs to be repeated according to the type of patients serviced (oncology, palliative care, trauma patients) with an objective evaluation of the general health condition of patients. The possibility for post-hospitalisation in the Kaunas nursing hospital needs to be offered. The general health conditions of patients in this institution are more serious in compared to the Kaunas Red Cross and K.Grinius nursing and supportive care hospitals. The criteria for differentiation of hospitalisation in nursing and supportive care institutions are needed and have to be base on the objective testing. Nursing and supportive care for patients with improved health conditions have to be continued in the community by through home care and health centers.

TURINYS

SANTRUMPOS.....	5
TERMINŲ PAAIŠKINIMAS.....	6
1. ĮVADAS.....	8
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	10
2.1. PIRMINĖ SVEIKATOS PRIEŽIŪRA LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMOS KONTEKSTE.....	10
2.2. SLAUGOS IR PALAIKOMOJO GYDYMO BEI PALIATYVIOS PRIEŽIŪROS ORGANIZAVIMAS UŽSIENIO ŠALYSE.....	11
2.2.1. Pasaulio gyventojų senėjimo procesai.....	11
2.2.2. Slaugos ir palaikomojo gydymo organizavimas užsienio šalyse..	12
2.2.3. Paliatyvi priežiūra.....	15
2.3. STACIONARINĖS SLAUGOS ORGANIZAVIMAS LIETUVOJE.....	18
2.4. LIETUVOS RESPUBLIKOS SLAUGOS IR PALAIKOMOJO GYDYMO PLĖTROS TEISINIŲ IR NORMATYVINIŲ DOKUMENTŲ ANALIZĖ.....	21
3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI.....	24
4. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS.....	26
4.1. KAUNO MIESTO SLAUGOS IR PALAIKOMOJO GYDYMO LIGONINIŲ 2001-2003 M. VEIKLOS ANALIZĖ.....	26
4.2. KAUNO SLAUGOS IR PALAIKOMOJO GYDYMO LIGONINIŲ PACIENTŲ DEMOGRAFINĖ-SOCIALINĖ CHARAKTERISTIKA, SVEIKATOS BŪKLĖS ĮVERTINIMAS IR POREIKIO POSTACIONARINEI SLAUGAI NUSTATYMAS.....	32
4.2.1. Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių pacientų demografinė-socialinė charakteristika	33
4.2.2. Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių pacientų sveikatos būklės įvertinimas ir poreikio postacionarinei slaugai nustatymas.....	40
5. IŠVADOS.....	46
6. REKOMENDACIJOS.....	47
7. LITERATŪRA.....	48
8. PRIEDAI	

SANTRUMPOS

LR – Lietuvos Respublika

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

MMSE (Mini-Mental Status Exam) - mini tyrimas protinei būklei vertinti

TERMINŲ PAAIŠKINIMAS

Pirminė sveikatos priežiūra – nespecializuota kvalifikuota asmens sveikatos priežiūra, psichikos sveikatos priežiūra bei nespecializuota visuomenės sveikatos priežiūra gyvenamojoje vietoje.

Sveikatos priežiūros priimtinumai – tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų atitikimą medicinos mokslo principams ir medicinos etikos reikalavimams.

Sveikatos priežiūros prieinamumas – tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtumą asmeniui ir visuomenei.

Sveikatos priežiūros tinkamumas – tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir patarnavimų kokybę ir efektyvumą.

Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė – asmens sveikatos priežiūros įstaiga, teikianti stacionarines pirminio lygio palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis ir neįgaliesiems.

Palaikomasis gydymas – stacionarinė medicinos pagalba pacientams, kai aiški ligos diagnozė ir nereikalingas specializuotas gydymas.

Slauga – slaugytojo veikla, padedanti užtikrinti paciento pagrindines gyvybines veiklas bei jo atliekamas gydymo ir slaugos procedūras.

Namų slauga – sveikatos ir asmens priežiūros tarnybų teikiamos paslaugos pacientų namuose.

Pagalba namuose – pagalba gaminant maistą, prižiūrint namus ir tvarkant namų ūkį, aprūpinant pirkiniais.

Ilgalaikė priežiūra – tai medicininė, asmeninė bei socialinė pagalba žmonėms atliekant rutinines (valgymas, apsirengimas prausimasis, naudojimasis tualetu, judėjimas) ir instrumentines kasdieninio gyvenimo veiklas (valgio gaminimas, namų tvarkymas, pinigų paskirstymas ir naudojimasis

telefonu) tam tikrą laiką ar visą likusį gyvenimą. Šių paslaugų reikia asmenims po patirtų traumų, ligų ar negalios. Specializuota ilgalaikė priežiūra teikiama asmenims patyrusiems insultą, sergantiems demencija, depresija, Alzheimerio, Parkinsono ligomis ir kt.

Ilgalaikės priežiūros ligoninės – į medicinos pagalbą orientuotos institucijos, teikiančios gydytojo (taip pat chirurgo), intensyvios slaugos, asmens priežiūros, slaugymo, reabilitacijos paslaugas asmenims, kurių numatoma priežiūra tęsis mažiausiai mėnesį (JAV) ar ilgiau (Kanadoje – 3 mėn.)

Neformali priežiūra – savanoriškai pagyvenusių žmonių artimųjų (sutuoktinių, suaugusių vaikų, kitų giminaičių, draugų, kaimynų arba bendruomenės organizacijų, dažniausiai labdarinių) teikiama priežiūra.

1. ĮVADAS

Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, didėja vyresnio amžiaus žmonių. Diferencijuojant pagal amžių, pagyvenusiais laikomi asmenys iki 74 metų amžiaus, seni – nuo 75 iki 90 metų, ilgaamžiai – po 90 metų [2]. 1999 m. pradžioje žmonių, vyresnių nei 60 m., buvo 673 tūkst. ir tai sudarė 18,2 proc. visų šalies gyventojų [3]. Kauno apskrityje yra 134 345 gyventojai, kurių 17,8 proc. yra vyresni nei 60 m. Kauno miestas pagal gyventojų sudėtį yra seniausias miestas Lietuvoje: 16,9 proc. gyventojų yra vyresni nei 60 m. [16]. Pagal Statistikos departamento prognozes iki 2020 m. (neatsižvelgiant į populiacijos augimo scenarijų), vyresnio amžiaus žmonių skaičius Lietuvoje didės [29]. Skaičiuojant kartu su negalia turinčiais asmenimis, seni ir pagyvenę žmonės Lietuvoje sudaro daugiau nei ketvirtadalį valstybės gyventojų [2].

Visuomenėje daugėjant senų žmonių, stiprėja jaunystės kultas. Tuo tarpu seni žmonės dažnai pasijunta esantys našta ir jų mintys neretai pakrypsta savižudybės link. Statistiniai duomenys byloja, kad pagyvenusių ir senų žmonių savižudybių procentas sąlyginai yra didesnis nei bendroje populiacijoje. Be to nustatyta, jog vyresniame nei 60 m. amžiuje bandymų žudyti ir nusižudymų santykis yra 1:1, t.y. pagyvenusiems asmenims visada pavyksta įgyvendinti šį savo ketinimą [4]. Deja, tyrimų ir išvadų apie Lietuvos senyvo amžiaus žmonių žudymosi priežasčių pagrindus rasti nepavyko.

Gerokai sumažėjus gimstamumui bei pailgėjus vidutinei gyvenimo trukmei, demografiniai visuomenės senėjimo pokyčiai sąlygojo sveikatos priežiūros, palaikomojo gydymo ir ilgalaikės slaugos bei globos poreikio augimą. Šios paslaugos teikiamos palaikomojo gydymo ir slaugos įstaigų stacionaruose bei ligoninių slaugos skyriuose [5].

Apie 10 proc. viso slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės kontingento reikalingi paliatyvios priežiūros. Paliatyvios priežiūros ir slaugos svarbiausias tikslas – siekti kiek įmanoma geresnės pacientų gyvenimo kokybės ir tenkinti fizinius, psichologinius, socialinius bei dvasinius jų poreikius [21].

Visose šalyse slaugos ir palaikomojo gydymo poreikio tenkinimas yra sudėtingas procesas, kuriame dalyvauja įvairūs specialistai, vykdantys atitinkamas užduotis [15]. Paslaugų kokybei keliama vis didesni reikalavimai ir tai verčia įstaigų vadovus susimąstyti apie ekonomines ir organizacines jų veiklos problemas.

Pastaraisiais metais vis daugiau dėmesio skiriama namų slaugos vystymui, šeimos gydytojo bei šeimos slaugytojo institucijos stiprinimui. Siekis kuo ilgiau išlaikyti pacientus jų įprastoje aplinkoje ir šeimos apsuptyje teikiant kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas yra teisingas, tačiau namų slaugos plėtrą itin lemia socialiniai veiksniai. Lietuvos miestuose ir ypač kaimuose klestint nedarbui ir nepritekliui, jaunų darbingų asmenų emigracijai į užsienį, prastoms buitinėms sąlygoms vis daugiau pagyvenusių ir senų žmonių, netekę bent dalies sveikatos ir savarankiškumo, priversti kreiptis pagalbos į stacionarines gydymo ir slaugos įstaigas. Tai leidžia manyti, jog artimuoju dešimtmečiu stacionarinių paslaugų apimtys senyvo amžiaus žmonėms ne tik nesumažės, bet turės didėti.

Tyrimo tikslas: Išanalizuoti ir įvertinti Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių veiklą ir jose gydomų pacientų poreikį postacionarinei slaugai.

Uždaviniai:

1. Įvertinti Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių veiklą, atsižvelgiant į šių stacionarų 2001-2003 m. veiklos rodiklius.
2. Įvertinti Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių pacientų demografinę- socialinę struktūrą.
3. Nustatyti Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių pacientų sveikatos būklę ir įvertinti postacionarinės slaugos poreikį.

2.LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. PIRMINĖ SVEIKATOS PRIEŽIŪRA LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMOS KONTEKSTE

Iki Nepriklausomybės laikotarpio Lietuvoje buvusi sveikatos priežiūros sistema smarkiai kritikuota: didėjo gydytojų skaičius, atsirado problemų dėl medicinos paslaugų prieinamumo. Sveikatos priežiūros sektorius buvo per daug „medikalizuotas“, t.y. per mažai dėmesio skiriama pirminei sveikatos priežiūrai ir sveikatinimui. Motyvų, skatinančių medikus teikti adekvačios ar bent jau patenkinamos kokybės paslaugas, buvo labai nedaug.

Atkūrus nepriklausomybę, imtasi taisyti kai kuriuos minėtus trūkumus. Medicinos įstaigos, prieš tai aptarnavusios tik tam tikras žmonių grupes, buvo atidarytos visai visuomenei. Vykdant reformas buvo stengtasi pakeisti sovietinę sveikatos priežiūros sistemą ir pritaikyti ją prie sparčiai kintančios socialinės aplinkos.

Reforma siekta kelių pagrindinių tikslų. Pirmas - diegti aktyvią sveikatos priežiūros politiką. Tai reiškia, kad, užuot rėmusis strategijomis, vertusiomis medicinos tarnybas kovoti tik su ligų pasekmėmis, daugiau dėmesio turi būti kreipiama prevencijai, įskaitant visuomenės sveiko gyvenimo būdo, sveikatingumo, švietimo skatinimą. Antras tikslas - **restruktūrizuoti sveikatos priežiūros paslaugas taip, kad jos būtų orientuotos į pirminę sveikatos priežiūros plėtrą** ir pirminės sveikatos priežiūros gydytojui sutektų „vartininko“ vaidmenį. Stacionaro paslaugas pakeitus **ambulatorinėmis bei socialine priežiūra**, ligoninių sektoriaus vaidmuo sumažėtų. Trečias reformų tikslas - didinti sveikatos priežiūros **paslaugų tiekėjų produktyvumą bei jų orientavimąsi į paciento poreikius**, diegiant sveikatos draudimo schemą. Galiausiai tikimasi įdiegti demokratiškesnį sprendimų priėmimo modelį, didinant savivaldybių ir apskričių, medicinos specialistų, pacientų bei apskritai visuomenės vaidmenį.

LR Seimas, pripažindamas, kad gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė bei atsižvelgdamas į PSO strategijos „Sveikata visiems – 2000“, Otavos sveikatos stiprinimo chartijos ir Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos nuostatas, vadovaudamasis LR Konstitucija, 1994. liepos 19 d. priėmė LR Sveikatos Sistemos įstatymą [9]. Sutinkamai su Sveikatos Sistemos įstatymu, Sveikatos apsaugos ministerija atsakinga už nacionalinę sveikatos politikos plėtrą ir planavimą. Apskritys atsako už antrinės sveikatos priežiūros planavimą ir administravimą, o **vietos savivaldybės su savivaldybės gydytoju priešakyje - už pirminę sveikatos priežiūrą ir slaugą vietiniams gyventojams**. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas savivaldybių lygmeniu turi akivaizdžių privalumų, nes **paslaugos priartinamos prie visuomenės**. Tai reiškia, kad sveikatos priežiūros paslaugos gali būti greičiau pritaikytos priklausomai nuo kintančio susirgimų skaičiaus, kitaip tariant, kai savivaldybėje keičiasi ligonių skaičius.

LR Sveikatos Sistemos įstatymo 45 straipsnis apibrėžia Žmonių slaugą kaip slaugą namuose, kur jie gyvena, medicinos pagalbos, slaugos bei socialinės globos institucijose.

Vienas būtinųjų sveikatinimo veiklos reguliavimo principų - **asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros prieinamumas, priimtinumai ir tinkamumas** (6 straipsnis). Savivaldybės gydytojo kompetencijai visuomenės sveikatos stiprinimo srityje priskiriama organizuoti pagal savo kompetenciją savivaldybės mero sprendimų sveikatos stiprinimo klausimais projektų rengimą ir jų įgyvendinimą, **organizuoti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos ekonominio efektyvumo ir rentabilumo, pirminės sveikatos priežiūros būtinųjų sąlygų įvertinimą, teikti siūlymus SAM dėl pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio, organizacinio ir ekonominio prieinamumo**, teikti informacinę medžiagą ir pasiūlymus savivaldybės tarybai dėl gyventojų profesinių ir socialinių grupių sveikatos būklės skirtumų mažinimo, socialinio teisingumo teikiant sveikatos priežiūros paslaugas didinimo [9].

2.2. SLAUGOS IR PALAIKOMOJO GYDYMO BEI PALIATYVIOS PRIEŽIŪROS ORGANIZAVIMAS UŽSIENIO ŠALYSE

2.2.1. Pasaulio gyventojų senėjimo procesai

Gyventojų senėjimas yra pagrindinė demografinė sveikatos sistemų problema Europoje, kadangi vyresnių nei 60 m. amžiaus gyventojų dalis didėja. 1985 metais **Norvegijoje** [22] vyresnių nei 65 m. amžiaus gyventojų dalis sudarė net 16 proc.; 1991 pagyvenusių žmonių dalis toliau didėjo tiek absoliučiai, tiek visos populiacijos atžvilgiu ir tai rodė visuomenės senėjimo tendencijas. Prognozuojama, jog 2020 m. absoliutus gyventojų, vyresnių nei 80 m., skaičius padvigubės **Prancūzijoje, Vokietijoje, Jungtinėje Karalystėje**; pagyvenusių žmonių dalis Norvegijoje sudarys 20 proc. visų šalies gyventojų [1]. Kitų Skandinavijos šalių visuomenės sensta lygiai taip pat sparčiai: teigiama, jog **Danijoje ir Suomijoje** – seniausiose pasaulio tautose – 2020 m. šio amžiaus gyventojų dalis sieks 22 proc. bendros populiacijos. **Jungtinėse Amerikos Valstijose ir Kanadoje** vyresnių nei 65 m. gyventojų 2020 metais tikimasi atitinkamai 17,7 ir 16,8 proc. visos populiacijos [22].

Senėjimo procesas vyksta ciklais, kurie skirtingose šalyse prasideda nevienodai. Asmenų, vyresnių nei 80 metų, dalis bendrojoje populiacijoje yra didesnė tose šalyse, kur šis ciklas prasidėjo šiek tiek anksčiau: Švedijoje, Prancūzijoje, Norvegijoje, Danijoje. Jungtinėje Karalystėje ir Vokietijoje. Pietų Europoje (Italijoje, Ispanijoje, Graikijoje ir Portugalijoje), taip pat Japonijoje didesnė dalis gyventojų yra 65 metų ir vyresni, o 80-mečių dalis dar yra palyginti nedidelė. Šiose šalyse senėjimo sąlygotos problemos daugiausia pasireiškia pensijų mokėjimo sferoje, o ne pagalbos teikimo pagyvenusiems

neįgaliems asmenims srityje. Airija, Australija, Kanada ir Jungtinės Valstijos priskiriamos trečiajai, sąlyginai jaunų šalių grupei [25].

Vertinant pasaulio gyventojų senėjimo procesus pastebima, jog moterų ir vyrų santykis su amžiumi didėja. **Nyderlanduose** 1992 m. 1,27 moteriai teko vienas 65-79 m. amžiaus vyras; 1,92 moterims teko vienas 80 ir vyresnio amžiaus vyras. Kitaip tariant, visuomenės senėjimas yra lydimas feminizacijos senstančioje populiacijoje [22].

Finansinių išteklių stoka bei sveikatos negalia ir toliau išliks pagrindinėmis pagyvenusių žmonių problemomis, o jų poreikis sveikatos priežiūros paslaugoms augs. Ateityje pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūrą teks integruoti į socialines paslaugas, nes, didėjant migracijai ir kintant šeimos struktūrai (nyksta tradiciniai trijų kartų šeimos santykiai, jaunimas siekia nepriklausomybės), neformali pagalba pagyvenusiems žmonėms silpnėja.

2.2.2. Slaugos ir palaikomojo gydymo organizavimas užsienio šalyse

Tokios šalys, kaip **Austrija, Vokietija, Izraelis, Japonija, Olandija** ir **Švedija**, turi sukurtas įstatymines bazes, suteikiančias piliečiams teisę į ilgalaikę priežiūrą. Šios šalys turi suformuotas atskiras koncepcijas ilgalaikės slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų teikimui, įstatymiškai nustato draudimo lėšas, pagal kurias biudžeto apribojimai nevaržo asmeninių teisių į kvalifikuotą slaugą [25].

Pagyvenusių žmonių ilgalaikė priežiūra (Lietuvoje tai atitinka palaikomąjį gydymą ir slaugą – aut.) įvairiose šalyse skiriasi iš esmės. Tam įtakos turi daugelis veiksnių: šalies ekonominiai ištekliai, demografinė visuomenės struktūra, esamos sveikatos priežiūros bei socialinės rūpybos sistemų išvystymas, požiūriai ir vertybės.

Vokietijoje [24] ilgalaikiam gydymui taikoma privalomojo socialinio draudimo schema, praktiškai padengianti visą populiaciją. Apie 90 proc. visų šalies gyventojų naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis pagal principą „eini ir moki“, kur pinigai plaukia iš socialinio draudimo fondo. Likusieji 10 proc. gyventojų savo sveikatos priežiūros išlaidas apmoka iš privalomojo privataus kaupiamojo draudimo lėšų. Ilgalaikės priežiūros sąvoka Vokietijoje yra kur kas siauresnė, nei kitose šalyse. Šioje šalyje ilgalaikė priežiūra apibrėžiama, kaip paslaugos asmeniui, kuris dėl ligos ar negalios negali savarankiškai atlikti kasdieninės gyvenimo veiklos per nustatytą laiką mažiausiai pusę metų. Priklausomybė apibrėžiama kaip pagalbos poreikis bent dviems kasdieninio gyvenimo veikloms atlikti (prausimasis, dantų valymas, gėrimas valgymas ir kt.) mažiausiai 90 min. per dieną. Pagal reikalingos pagalbos trukmę priklausomybė skirstoma į laipsnius:

I laipsnis – 90-180 min. pagalba,

II laipsnis – 180-300 min. pagalba,

III laipsnis – kai reikalinga ilgesnė nei 300 min. per dieną pagalba.

Šį įvertinimą atlieka Socialinio draudimo medicininės tarnybos gydytojas ir slaugytoja. Be to, šis įvertinimas galioja ir skiriant socialines paslaugas.

Vokietijoje ilgalaikė priežiūra teikiama (1) neformaliai (66 proc. pagyvenusių priklausomų žmonių) - šeimos ir draugų, dažniausiai žmonių, dukterų ir podukrų, (2) formaliai (4proc.) – viešų arba privačių (ne pelno ir pelno siekiančių) profesionalių tarnybų ir (3) abiejų tarnybų kartu (30 proc.). Profesionali priežiūra teikiama pacientų namuose, dienos ir nakties centruose, pagyvenusių žmonių slaugos namuose. Asmenys, kurie yra labiau savarankiški, negali tikėtis socialinio draudimo lėšų ilgalaikiai priežiūrai.

Ispanijos [24] ilgalaikės priežiūros sistema yra labai decentralizuota ir gali būti įvardinta kaip regioninė ilgalaikės priežiūros paslaugų sistema. Ilgalaikė priežiūra šioje šalyje suprantama, kaip namų ruošos ar asmeninės priežiūros pagalba asmeniui, kuris pats nepajėgus tai padaryti. Priklausomybė vertinama pagal sugebėjimą atlikti instrumentines (virimas, apsirūpinimas pirkiniais) ir pagrindines (valgymas, asmens higiena) kasdienio gyvenimo veiklas. Kaip ir daugelyje Europos šalių, Ispanijoje labai paplitusi neformali priežiūra, t.y. artimųjų (moterų ir vaikų) vykdoma priežiūra ir 70 proc. pagyvenusių priklausomų žmonių šalyje naudojasi išimtinai tokios formos paslaugomis. Vis tik, moterims labiau išitraukiant į darbo rinką, tikimasi, jog ilgalaikė priežiūra netrukus taps visiškai formali. Viešai finansuojamos ilgalaikės priežiūros prieinamumas remiasi poreikių bei išteklių nustatymu, kuris skirtinguose regionuose varijuoja. Šios paslaugos yra labai apribotos dėl blogo aprūpinimo ir lėšų stokos. Socialinė pagalba nėra pakankamai išvystyta. Sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos nemokamai, organizuojant Nacionalinei sveikatos tarnybai, kuri taipogi veikia regioniniu principu. Ispanijoje ilgalaikė priežiūra didžiausia dalimi yra finansuojama iš mokesčių fondo. Diskusijos apie glaudesnę sveikatos ir socialinės priežiūros integraciją bei geresnę ilgalaikės priežiūros finansavimą šalyje tebevyksta.

Italijoje [24] ilgalaikė priežiūra suprantama, kaip bet kokios tęstinės asmens priežiūros ar slaugos formos ir namų ruošos paslaugos negalintiems savimi pasirūpinti žmonėms jų namuose, dienos centruose ar Nacionalinės sveikatos tarnybos institucijose (*Laing, 1993*). Priklausomų vienoje ar keliose kasdieninio gyvenimo veiklose asmenų dalis 1999-2000 m. sudarė 15 proc. visų pagyvenusių, t.y. 65 m. amžiaus ir vyresnių, Italijos gyventojų. Pagyvenusių žmonių ilgalaikė priežiūra apima tris pagrindines formalios pagalbos sferas: bendruomenės priežiūra, institucinė priežiūra ir pagalba pinigais arba pašalpų išmokėjimas. Ilgalaikę priežiūrą teikia visuomeninės ir privačios sveikatos ir socialinės rūpybos struktūros. Sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos Nacionalinės sveikatos tarnybos yra nemokamos, tuo tarpu socialinė rūpyba nėra pakankamai išvystyta ir veikia kaip atskiras nuo sveikatos apsaugos sektorius. Nacionaliniai ir vietiniai mokesčiai išlieka esminiu finansavimo šaltiniu. Atkreipiamas dėmesys į tokį faktą, jog Italijoje plačiai išivyravusi privati namų slauga ir priežiūra, kuri dažnai vykdoma šešėlinės ekonomikos sąlygomis.

Jungtinėje Karalystėje [24] ilgalaikė priežiūra apima slaugą ir pagalbą namų ruošoje (apsirūpinimas pirkiniais, maisto ruošimas) bei asmens priežiūroje (prausimasis, maudymasis). Didžioji dalis pagyvenusių asmenų šiomis, dažniausiai neformaliomis, paslaugomis naudojasi savo namuose.

Jungtinėje Karalystėje, kaip Ispanijoje ir Italijoje, sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos Nacionalinės sveikatos tarnybos yra nemokamos jomis naudojantis, o socialinės pagalbos tarnybos veikia vietiniu principu. Pirminės priežiūros centrai yra atsakingi už paslaugų teikimą visuomenei. Vietinė valdžia nustato poreikius bei atrankos kriterijus ir organizuoja socialinių paslaugų teikimą vietos gyventojams. Paslaugų prieinamumą lemia poreikiai. Ypatinga reikšmė teikiama labiausiai priklausomų asmenų priežiūrai ir vis daugiau dėmesio skiriama pagyvenusių asmenų reabilitacijai. Sveikatos priežiūros paslaugos didžiąja dalimi finansuojamos iš centrinių mokesčių. Socialinės paslaugos finansuojamos iš centrinių ir vietinių mokesčių bei paslaugų vartotojų pinigų.

Australijoje [22] formalią ilgalaikę priežiūrą sudaro pagalba namuose arba bendruomenės slauga ir šiomis paslaugomis, kurių didžioji dalis yra vėlgi neformalios, naudojasi net 90 proc. seniausios visuomenės dalies (vyresni nei 85 m. amžiaus asmenys). Likusieji vyresnio amžiaus šalies gyventojai gali pasirinkti viešus pastogės namus (3 proc.), bendrabutį (2 proc.) ar slaugos namus (4 proc.).

Kanadoje [22] taip pat dauguma (91 proc.) ilgalaikės priežiūros paslaugų teikiama neformaliai pacientų gyvenamojoje vietoje. Pagyvenę žmonės prižiūrimi paramos centruose (1proc.), senelių namuose (1 proc.), slaugos namuose (4 proc.), lėtinių susirgimų ligoninėse ir kitose specialios priežiūros institucijose (2 proc.).

Nyderlanduose [22] 72 proc. vyresnio amžiaus žmonių gyvena namuose ir yra čia prižiūrimi (15 proc. sudaro formalios ir 58 proc. neformalios priežiūros paslaugos). Bendruomenės slaugytojos pagalba bei labdaringo apgyvendinimo su priežiūra paslaugos taip pat yra prieinamos ir jomis naudojasi likusioji pagyvenusių žmonių dalis. Institucinė šių piliečių priežiūra paskirstyta taip: 9 proc. visų pagyvenusių žmonių gyvena senelių namuose, 3 proc. - slaugos namuose (somatiniuose ar psichogeriatriniuose) ir 1 proc. - trumpalaikio buvimo ligoninėse.

Bene reikšmingiausias rodiklis, priverčiantis rimtai susimąstyti apie ilgalaikės priežiūros mastus minėtose šalyse ateinančiais dešimtmečiais, yra šių šalių pagyvenusių žmonių dalis. Ilgalaikės priežiūros išlaidų Europos studija, atlikta keturiose šalyse, naudodama palyginamąjį projektinį modelį, nustatė keletos šalių demografinių pokyčių ir pagyvenusių žmonių funkcinės priklausomybės, institucinės ir namų slaugos poreikio ateities tendencijas.

Atkreipiamas dėmesys į tai, jog institucinės bei namų slaugos poreikio augimas yra beveik toks pat, kaip ir priklausomų asmenų skaičiaus didėjimas (žr. 1 lentelę). Visiškai tikėtina, jog daugėjant pagyvenusių žmonių ir augant jų sveikatos paslaugų poreikiui, ilgalaikės priežiūros išlaidos didės.

1 lentelė. Demografinių pokyčių ir pagyvenusių žmonių funkcinės priklausomybės, institucinės ir namų slaugos poreikio bei ilgalaikės priežiūros išlaidų projektinės ateities (2000-2050 m.) tendencijos [24].

<i>Pokyčiai</i>	<i><u>Vokietija</u></i>	<i><u>Ispanija</u></i>	<i><u>Italija</u></i>	<i><u>JK</u></i>
<i>Augimas (%) per 2000 - 2050 metus</i>				
65 m. ir vyresnių asmenų skaičius	64%	76%	56%	67%
Priklausomų asmenų skaičius	121%	102%	107%	87%
Institucinės priežiūros poreikis	127%	120%	81%	111%
Namų priežiūros poreikis	119%	99%	119%	92%
Išlaidų ilgalaikiai priežiūrai % nuo BVP	168%	149%	138%	112%

2.2.3. Paliatyvi priežiūra

Iki visuomenės „supasaulėjimo“, dvasiniams/religiniams asmens išgyvenimams buvo teikiama didelė reikšmė, gal net didesnė nei fiziniams poreikiams. XVII a. pabaigoje, besikeičiant kultūrinėms vertybėms ir įsigalint politinei jėgai, vis svarbesniu tapo mokslas, ypač moderni medicina, praplėtusi kūno pažinimą. Modernios medicinos paskirtis – gydyti, tačiau išgydyti ne visada pavyksta. XX a. pabaigoje keitėsi požiūris į sergantį žmogų: jis vėl tapo ne tik „kūnu“, bet ir „siela“. Holistinis (visuminis) paliatyvios priežiūros požiūris į žmogų keičia tikslą „nugalėti ligą ar palūžti“ į siekį užtikrinti kiek įmanomą geresnę asmens gyvenimo kokybę.

Taigi, paliatyvios slaugos misija - daugiadisciplininės komandos parama suaugusiems ir vaikams terminalinėse nepagydomų ligų stadijose, suteikianti jiems kiek įmanoma visavertį gyvenimą. Paliatyvios pagalbos ligoninės personalas deda daugybę pastangų, siekdamas išpildyti šią misiją - nepagydomos ligos akivaizdoje patenkinti pacientų ir jų artimųjų fizinius, emocinius, dvasinius bei socialinius poreikius.

Paliatyvios pagalbos ligoninė (hospise) - tai sveikatos priežiūros įstaiga, teikianti paslaugas sunkiai sergantiems, beviltiškiems ligoniams; čia sprendžiamos pacientų fizinės ir dvasinės sveikatos problemos. Tai lyg tarpinė grandis tarp ligoninės, užtikrinančios ligų nustatymą ir jų gydymą, ir slaugos namų, teikiančių tik globos paslaugas. Bendra tarp paliatyvios pagalbos ligoninės ir slaugos namų yra tai, jog šiose įstaigose pacientai praleidžia paskutines savo gyvenimo dienas.

Palyginus su ligonine, didesnę dalį hospiso darbuotojų sudaro slaugos ir pagalbinis personalas, nors šių specialistų pasirengimas ir jiems keliami darbo reikalavimai tokie patys, kaip ir ligoninės personalo. Hospisai – tai nedidelės įstaigos, kuriose siekiama sudaryti pačias geriausias priežiūros sąlygas pacientui ir jo artimiesiems.

Peržengusi XXI amžiaus slenkstį, Amerikos visuomenė ir toliau svarsto, kokia turėtų būti gyvenimo pabaigos priežiūra, kur ir kaip ji turėtų būti teikiama, kas turi vadovauti šių paslaugų teikimui ir, bene, pats nemaloniausias klausimas, kas turi už visa tai mokėti. Sprendžiant socialines-politines dilemas, mėginama nustatyti gydymo ir slaugos sistemų, technologijų ir paprasto palytėjimo, idealizmo ir pragmatizmo ribas [30]. Gydytojai ir slaugytojai, sujungdami savo pastangas mirštančiųjų priežiūros transformavimui, per pastaruosius trisdešimt metų multidisciplininių hospisų komandų sudėtyje stengiasi padėti mirštantiesiems pacientams ir jų šeimoms susieti gyvenimą su mirtimi ir mirimą su gyvenimu [17].

Didžiosios Britanijos Priežiūros standartų komisija (*Care Standard Commission*) nurodo, jog hospisuose įgyvendinus geriausios praktikos standartus, vienviečių kambarių turėtų būti nemažiau kaip 80 proc. visų lovų ir tai leistų išpildyti pacientų norą išlaikyti patogumą, privatumą bei orumą.

Anglijoje, *Princess Alice Hospice* įstaigoje siekta išsiaiškinti pacientų pageidavimus dėl apgyvendinimo sąlygų ir pastebėtas dažnesnis vienviečio kambario pasirinkimas tarp hospiso pacientų [27]. Dauguma hospisų Anglijoje vienviečius kambarius skiria sunkiai sergantiems ar mirštantiesiems pacientams, siekdami suteikti jiems ramybę bei apsaugoti kitus nuo nemalonių vaizdų ir išgyvenimų. Dauguma kitų kambarių yra keturių ar penkių vietų. Autoriai pažymi, jog optimalus lovų skaičius hospiso kambariuose nėra nustatytas ir patikina, kad visada galima pasiekti pusiausvyrą tarp kainos, efektyvumo bei priežiūros saugumo ir paciento lūkesčių gyventi vienviečiame patogiam kambaryje. Nepaisant didesnio individualių gyvenimo sąlygų pareikalavimo, slaugos įstaigos turi išlikti lanksčios ir geranoriškos tiems pacientams, kurie siekia bendravimo bei saugumo ir pageidauja gyventi su kitais.

Nyderlanduose 30 proc. pagyvenusių žmonių mirtį pasitikti pageidauja namuose. Likusieji savo gyvenimą baigia ligoninėse, slaugos namuose ar senelių namuose [32]. Sveikatos priežiūros sistema Nyderlanduose gana stipriai reglamentuota Vyriausybės, tačiau pastaruoju metu išryškėjo decentralizacijos ir mažėjančios valstybės įtakos tendencijos. Sveikatos priežiūros kaštų mažinimas, bendra sveikatos priežiūros specialistų ir vadybininkų atsakomybė už gydymo kokybę – tai svarbiausi šalies sveikatos priežiūros principai. Olandų sveikatos priežiūros sistemoje egzistuoja platus formalių ir neformalių organizacijų tinklas. Daugelis ligoninių yra privačios ir nesiekiančios pelno. Apie 8800 bendrosios praktikos gydytojų teikia pirminę sveikatos priežiūrą. Tik po bendrosios praktikos gydytojo apžiūros pacientai gali patekti pas gydytojus specialistus, kurių šalyje yra 13 000 ir jie beveik visi dirba ligoninėse.

Namuose mirštančių pacientų rūpinasi šeima ir šeimos gydytojas, jiems gali padėti slaugos personalas, namų ruošos specialistai ar savanoriai. 2004 m. vasario mėn. Nyderlanduose buvo 497 paliatyvios priežiūros lovos (gyventojų šalyje – 15,8 mln., iš jų 2,2 mln. vyresni nei 65m. amžiaus).

Paliatyvios priežiūros paslaugos teikiamos skirtingo tipo institucijose. Tai:

- savarankiški hospisai – 59 lovų (dirba komanda, vidutiniškai 8-10 lovų kiekviename),
- senelių namai – 78 lovų (atskiras skyrius ar keli kambariai, rūpinasi šeimos gydytojas),
- slaugos namai – 200 lovų (specialus kambarys, dirba komanda),
- ligoninės - 14 lovų (specialios palatos, dirba komanda, prieinama onkologo ar vidaus gydytojo pagalba),
- namams artimosios priežiūros – 88 lovos (dirba savanoriai, apylinkės slaugytoja, šeimos gydytojas atsakingas už gydymą; paprastai yra 3-4 vienviečiai kambariai),
- vaikų hospisai – 58 lovos (skirti kūdikiams ir vaikams iki 18 m., kompleksinė priežiūra, dirba vaikų slaugytojos ir savanoriai),
- palaikomojo gydymo konsultavimo grupės – (yra apie 30 grupių, sudaro gydytojas specialistas, keletas slaugytojų; konsultuoja skausmo malšinimo, pykinimo, vėmimo, nerimo slopinimo, psichosocialinių ir dvasinių problemų klausimais),
- savanorių teikiamos paslaugos (yra 175 organizacijos apjungiančios 5000 savanorių).

Paliatyvios priežiūros paslaugos, neatsižvelgiant į jų teikimo šaltinį, finansuojamos valstybės per sveikatos draudimą. 2002 metais paliatyvios priežiūros finansavimo tvarka šiek tiek pakito. Hospisai, artimos namams institucijos ir savanorių organizacijos gauna pajamas pagal dotacijų schemą, tuo tarpu šių įstaigų paslaugos slaugos namuose ir senelių namuose apmokamos 90 eurų padidinus vienos dienos įkainį lovai. Taip pat buvo nuspręsta, jog pacientui tokios paslaugos šiose institucijose bus teikiamos neilgiau 3 mėn.

Skausmo malšinimo ir paliatyvios priežiūros paslaugos **Graikijoje** teikiamos universitetinėje ligoninėje Atėnuose, kuri yra vienintelė tretinio lygio įstaiga su puikiai įrengtu radiologijos skyriumi [28]. Šis skyrius oficialiai veikia nuo 1993 metų ir čia teikiama ambulatorinė bei stacionarinė paliatyvi pagalba pacientams, atvykstantiems iš visos Graikijos. Skyriuje dirba gydytojas, slaugytojas, psichologas, socialinis darbuotojas ir administratorius. Kitų specialistų (onkologo, radiologo, chirurgo) konsultacijos taip pat lengvai prieinamos. Padedant bendruomenių centrams paliatyvios priežiūros paslaugas Graikijoje siekiama priartinti prie paciento namų, teikti optimalią priežiūrą bei išplėsti paliatyvios priežiūros paslaugas visoje šalyje.

Keraloje, Pietų Indijoje, įsikūręs tretinio paslaugų lygio vėžio kontrolės centras. Papildomo finansavimo dėka šiame centre pavyko pradėti vykdyti paliatyvios priežiūros ligonio namuose programą. Specialistų komandoje be gydytojo ir slaugytojo dirba socialinis darbuotojas ir savanoriai. Jie lanko neturtingus ir labai silpnus paliatyvios priežiūros reikalingus pacientus jų namuose, tvarsto žaizdas, atlieka slaugos procedūras, aprūpina geriamais morfijaus preparatais [26]. Specialistų komanda dirba penkias dienas per savaitę ir kasdien aplanko po tris pacientus per dieną. Labai praverčia apmokytų

savanorių palyda apsilankymų metu. Kai gydytojas su slaugytojų teikia pagalbą pacientui, savanoriai bendrauja su šeimos nariais, juos konsultuoja, moko, padąsina.

2.3. STACIONARINĖS SLAUGOS ORGANIZAVIMAS LIETUVOJE

Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės uždaviniai yra šie:

- teikti pirminio lygio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas;
- teikti gydymo, slaugos, atstatomąsias, kitas medicinos paslaugas žmonėms, sergantiems lėtinėmis ligomis, neigaliesiems, kai yra netikslinga reabilitacija specializuotuose skyriuose [10].

Senyvo amžiaus žmonių sveikata ir socialinės negandos glaudžiai susiję, tad palaikomasis gydymas bei slauga dažnai vykdomi integruotai su socialine rūpyba. Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės darbas grindžiamas bendradarbiavimu su savivaldybės socialinės paramos skyriumi, seniūnijomis, socialiniais darbuotojais, visuomenės sveikatos priežiūros specialistais [10]. Efektyvus komandinis darbas vykdomas lygiateisiai ir nevaržomai komandos nariams siūlant ir taikant naujus, kūrybinius pacientų sprendimo būdus. Toks teiginys atitinka PSO komandos apibrėžimą: asmens sveikatos priežiūros specialistų komanda – hierarchinės struktūros neturinti žmonių sąjunga, kurios nariai turi skirtingą profesinį išsilavinimą, bet siekia bendro tikslo – visapusio sveikatos teikimo pacientams ir jų šeimoms [19]. Efektyviai dirbanti sveikatos priežiūros komanda slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje integruotų sveikatos ir socialines paslaugas tam, kad sumažintų stacionarinės slaugos ir globos paslaugas bei kitą brangią pacientų priežiūrą: skubią pagalbą į namus ar gydytojų vizitus ir kt. [17].

Siekiant išsiaiškinti komandinio darbo prielaidas palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje, buvo atliktas tyrimas Vilniaus ir Kauno miestų palaikomojo gydymo ligoninėse [17]. Rezultatai parodė, jog šio tipo įstaigose galėtų dirbti personalo valdymo komanda, mažuose padaliniuose – specialistų komandos, sudarytos iš specialistų, turinčių darbo su pagyvenusiais ir senais asmenimis patirties. Sveikatos priežiūros komanda slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje apibūdinama kaip grupė dirbančių skirtingų profesijų atstovų, kurių kiekvienas turi specifinę užduotį, yra tarpusavyje susiję ir daro įtaką vienas kitam, siekdami bendro tikslo. Be gydytojo ir slaugytojo, palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės komandą įsitraukia socialinis darbuotojas, masažuotojas, dietistas, fizinės reabilitacijos specialistas ir kiti. Komandos sudėtis priklausys nuo konkretaus paciento poreikių ir priežiūros prioritetų, o kiekvieno specialisto darbas bus visų siekiamo rezultato dalis [31]. Pažymėtina, kad pacientas ir jo šeimos nariai yra lygiaverčiai komandoje, nors kai kurios sveikatos priežiūros specialistų apklausos byloja priešingai. Dauguma sveikatos priežiūros darbuotojų mano, kad pacientai ir jų šeimos nariai nėra kompetentingi spręsti savo problemas. Apklausti gydytojai išreiškė nuomonę, jog pagrindinis vaidmuo komandoje priklauso nuo profesinės kvalifikacijos [17].

Slaugos paslaugas slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje teikia profesionalų komandos, kurių kiekvieno pareigas ir teises nustato įstatymas. 2001 m. birželio 28 d. buvo priimtas LR Slaugos praktikos įstatymas, reglamentuojantis slaugos praktiką [18]. Atskirais įstatymais įteisinta slaugytojų licencijavimo tvarka [11] bei slaugos paslaugų, kurioms teikti yra būtina licencija, sąrašas [12]. Nuo 2001 m. spalio 1 d. į palaikomojo gydymo ir slaugos ligonines priimamiems slaugos specialistams privalu turėti bendruomenės slaugytojo licenciją. Licenciją, suteikiančią teisę teikti bendruomenės slaugytojo paslaugas, slaugos specialistas gali įgyti išklauses 480 mokymo val. bendruomenės slaugos specializacijos kursą kolegijoje ar Slaugos specialistų tobulinimosi ir kvalifikacijos centre.

Slaugos praktikos įstatymas apibrėžia slaugą kaip asmens sveikatos priežiūros dalį, apimančią sveikatos ugdymą, stiprinimą ir išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą. Slaugytojas – tai asmuo, įgijęs slaugos studijų baigimo diplomą, o taip pat bendrosios ir (ar) atitinkamą specialiosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją. Slaugos praktika šiame norminiame dokumente apibrėžiama, kaip teisės aktų reglamentuota slaugytojo, įgijusio <...> licenciją bei sertifikatą (kai jis privalomas), atliekama asmens sveikatos priežiūra. Būdamos jungiamąja medicinos ir socialinių paslaugų grandimi, slaugytojos dalyvauja kuriant ir įgyvendinant senyvų žmonių priežiūros politiką [1]. Paremtas holistiniu požiūriu į senyvų žmonių sveikatos poreikius ir nukreiptas į ligų ir negalės prevenciją slaugos modelis tampa ekonomiškai efektyvia priemone kintantiems senų žmonių poreikiams tenkinti. Slaugytojų darbo pobūdis leidžia joms lengvai prisidėti prie perėjimo nuo stacionarinės (ligoninių) slaugos prie namų priežiūros proceso ir užtikrinti bendradarbiavimą tarp įvairių priežiūros lygių [14].

Lietuvoje ligoniai į slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigas hospitalizuodami specialia tvarka. Užpildytą nukreipimą (F-27) pacientui turi teisę išduoti ambulatorinės ar stacionarinės sveikatos priežiūros įstaigos gydytojas. Pacientai į ligoninę hospitalizuojami, kai yra galutinė diagnozė ir nereikalingas papildomas ištyrimas. Ligoninių hospitalizavimo į palaikomojo gydymo ir slaugos ligonines kriterijai apibrėžti hospitalizavimo sąlygomis bei ligų ir sindromų, atitinkančių hospitalizavimo parodymus sąrašu [10]. [1 priedas] Vienas esminių hospitalizavimo tvarkos punktų reglamentuoja paciento buvimo stacionare trukmę, kuri priklauso nuo stacionariųjų paslaugų poreikio, objektyvios paciento būklės, ligos eigos ir sunkumo. Šias sąlygas įvertina ir buvimo stacionare trukmę nustato slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės gydytojų konsultacinė komisija.

Courtright P. pabrėžia, jog prioritetų nustatymas tampa rimta problema tose srityje, kur sveikatos priežiūros paslaugų paklausa kur kas didesnė, nei pasiūla [23]. Taip yra ir mūsų šalyje, kur nėra nustatytos pirmumo teisės gauti slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas. Hospitalizavimo eilė yra bendra ir formalių prisirašymų „vasaros atostogoms“ neretai pasitaiko. Be to, šie laukimo sąrašai nėra vieši, kiekvienoje įstaigoje sudaromi atskirai ir daugelis pacientų egzistuoja keliose sąrašuose juos dirbtinai pailgindami. Tokia tvarka užkerta kelią sunkiai sergantiems ir kvalifikuotos priežiūros reikalingiems ligoniams savalaikiai patekti į slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigas. Idealiu atveju,

prioritetų nustatymo sistema turėtų būti vieša ir restruktūrizuota, t.y. pagrindinis dėmesys kreipiamas ne į nustatytus kriterijus ir faktorius (pvz., laukimo sąrašai), bet į individualius paciento poreikius (ligos progresavimas, simptomai ir kt.).

Išsekus nustatytam 120 dienų buvimo slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje terminui, pacientas gali likti ilgesniam laikui tęsiant mokomas paslaugas pagal jo ir institucijos sudarytą sutartį.

Daugiausia sunkumų kyla tiems asmenims, kurių socialinė padėtis yra bloga ir kurie, jų būklei per 4 mėn. kiek pagerėjus ar nepagerėjus visai, neturi kur grįžti, jais nėra kam pasirūpinti ir jie neišgali apsimokėti už tęsiamą buvimą ligoninėje. Tik išimtiniais atvejais šie asmenys gali kreiptis su prašymu į Kauno miesto savivaldybės Socialinės rūpybos skyrių ir tikėtis pilno valstybės apmokėjimo už pratęstą buvimo laiką iki tol, kol bus išspręstas jų apgyvendinimo senelių namuose klausimas.

2.4. LIETUVOS RESPUBLIKOS SLAUGOS IR PALAIKOMOJO GYDYMO PLĖTROS TEISINIŲ IR NORMATYVINIŲ DOKUMENTŲ ANALIZĖ

2003 metų kovo mėn. LR Vyriausybės nutarimu patvirtinta **Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija**, kurios pagrindinės nuostatos suformuotos vadovaujantis išsamia situacijos Lietuvoje analize, taip pat sveikatos reformų rezultatų vertinimu Pabaltijo ir Europos Sąjungos valstybėse [13].

Šiame dokumente pateikta esamos būklės analizė rodo, jog 2001 metų pabaigoje Lietuvos slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse buvo 2914 lovų iš visų 31628 respublikoje esančių. Taipogi pabrėžiama, jog nepakankama vyresnio amžiaus žmonių sveikatos priežiūra tapo viena esminių esamos sistemos trūkumų.

Sveikatos priežiūros restruktūrizavimą numatoma vykdyti dviem etapais, kurie vyks 2003-2005 ir 2006-2008 metais. Pagrindiniai šios strategijos tikslai siekia gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą bei optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą pagal gyventojų sveikatos priežiūros poreikius. Šiems tikslams pasiekti užsibrėžta restruktūrizuoti sveikatos priežiūros paslaugų tinklą, suformuoti efektyvią apskričių ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų sistemą, didinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą.

Restruktūrizavimo prioritetai suteikiami ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų plėtotei, didžiųjų miestų tinklams, paslaugų prieinamumo gerinimui kaimo vietovėse. Įgyvendinus šią programą tikimasi:

- sergamumo ir mirtingumo pokyčių,
- ambulatorinių paslaugų plėtos dinamikos,
- stacionarinių paslaugų apimties mažėjimo,
- laukimo sąrašų trumpėjimo,
- paslaugų ir struktūros išdėstymo pokyčių atsižvelgiant į paciento poreikius,
- išlaidų struktūros pokyčių,
- sveikatos sistemos veiklos ekonominio efektyvumo pokyčių.

Medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų plėtra, daugiausia dėmesio skiriant vyresnio amžiaus žmonių sveikatos priežiūros sistemai tobulinti – tai viena (trečioji) prioritetinių restruktūrizavimo krypčių. Įgyvendinant šią kryptį numatoma įvertinti suaugusiųjų ir vaikų medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų poreikius, jų integravimo į visuomeninę globos sistemą galimybes, plėtoti medicininės slaugos ir palaikomojo gydymo sistemą, ypač atkreipti dėmesį į diferencijuotas paslaugų grupes, plėtoti ambulatorinės slaugos paslaugas pacientų namuose.

Vadovaujantis Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos nuostatomis 2003 metų gruodžio mėn. buvo parengtas Kauno apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planas, skirtas įgyvendinimui per 2003-2005 metų laikotarpį [14]. Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų

restruktūrizavimo tikslas – užtikrinti geresnį gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikių tenkinimą, aukštesnę paslaugų kokybę, saugumą ir prieinamumą, racionalesnį išteklių panaudojimą. Šį tikslą numatoma pasiekti Kauno apskrityje suformuojant efektyvesnę ir gyventojų poreikius tenkinančią sveikatos priežiūros paslaugų sistemą, nuolat gerinant paslaugų kokybę, optimizuojant sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, efektyviau panaudojant žmogiškuosius, finansinius bei materialinius išteklius, didinant įstaigų veiklos efektyvumą ir gerinant darbuotojų darbo sąlygas. Pagal šiame dokumente pristatytą esamą situaciją, 2003 m. pradžioje Kauno apskrityje gyveno 20,1 proc. visų Lietuvos gyventojų, kurių amžiaus struktūroje didėja 65 m. ir vyresnių žmonių dalis (2001 m. jie sudarė 14 proc.). Iš 114 Kauno apskrities sveikatos priežiūros įstaigų 6 buvo slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės. Iš 2002 m. pabaigoje Kauno apskrityje buvusių 7 193 lovų slaugos ir palaikomojo gydymo lovos sudarė 641. Šios rūšies lovų skaičius 1 000 gyventojų sudarė 0,9. Teigiama tai, jog Kauno apskritis geriausiai aprūpinta gydytojais ir slaugos specialistais. Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų buvo suteikta 3,6 tūkst. ligonių.

Kauno apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo plane prognozuojama, jog sveikatos priežiūros paslaugų, ypač ambulatorinių, poreikis iki 2005 metų išaugs. Apskrities sveikatos priežiūros paslaugų sferos tolimesnio vystymo tendencijos numatytos ir slaugos bei palaikomojo gydymo paslaugų apimčių augime, kad šios paslaugos, kartu su ambulatorinėmis bei dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugomis pilnai kompensuotų stacionarinių paslaugų apribojimą bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse. Paskirstant paslaugų poreikius, ligonių skaičius slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse padidės nuo 3,6 tūkst. 2002 m. iki 4,6 tūkst. 2005 m. arba 28 proc. [2 priedas] Siekiant adekvačiai paskirstyti materialinius, žmogiškuosius bei finansinius išteklius, skirtinas ypatingas dėmesys medicininės slaugos paslaugų teikimui pacientų namuose, numatyta didinti slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičių nuo 641 iki 720-760 [3 priedas], tuo pačiu mažinant lovų skaičių bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse.

Kauno apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos plane numatyta apskrityje veikiančių ligoninių reorganizavimas 2003-2004 metais.

Pagal planą ketinama:

- perduoti Kauno m. savivaldybės tarybai Kauno Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės (steigėjas – Kauno apskrities viršininko administracija) ir K.Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės (steigėjas - Kauno apskrities viršininko administracija) steigėjo funkcijas;
- sujungti Kauno Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninę, K.Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninę ir Kauno slaugos ligoninę, susivienijant jas į naują juridinį asmenį [4 priedas].

Sėkmingo plano įgyvendinimo atveju tikimasi geriau subalansuoti paslaugų struktūrą su gyventojų poreikiais, pagerinti paslaugų kokybę, jų prieinamumą bei gyventojų pasirinkimo galimybes, racionaliau skirstyti išteklius, gerinti ligų prevenciją bei stiprinti gyventojų sveikatą.

Bet kokia reformos strategija yra gera tiek, kiek ji yra logiška ir išbaigta. Nustatant reformų įgyvendinimo terminus būtina atsižvelgti, kiek sveikatos ir mokymo sektoriai, jų organizacijos ir institucijos pajėgios priimti naujoves. Ypač reikia vengti tokių reformų, kurios būtų suprantamos tik kaip reorganizacija dėl pačios reorganizacijos. Tai reiškia, kad reformoms reikia gerai paruošti dirvą ir įstatymus keisti tik sukūrus atitinkamą profesinę ir organizacinę kultūrą [20].

3. TYRIMO METODAI IR MEDŽIAGA

Tyrimo metodai

2001-2003 metų Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo **ligoninių veikla** vertinta remiantis pagrindiniais stacionarų lovų veiklos rodikliais: lovos funkcionavimas, vidutinė gulėjimo trukmė, lovos apyvarta ir letalumas. Palyginamoji Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių veiklos analizė atlikta naudojantis Lietuvos sveikatos informacijos centro leidinyje „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2001m., 2002m., 2003m.“ skelbta informacija [5, 6, 7].

Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių pacientų **demografiniai-socialiniai charakteristikai** nustatyti taikytas apklausos metodas, kuriam buvo panaudota autorės sudaryta struktūrizuota anoniminė anketa [5 priedas].

Anketą sudarė 22 uždaro tipo klausimai. Anketos 1, 2 ir 3 klausimai atspindi informaciją apie tiriamųjų lytį, amžių ir išsilavinimą. Ši informacija reikšminga, nes lytis gali lemti reakciją į ligą bei savirūpos galimybes, su amžiumi kinta sveikatos būklė bei sveikatos priežiūros poreikiai, išsilavinimas turi įtakos socialinei padėčiai. 4, 5, 6, 7, 8 ir 9 klausimai susiję su tiriamųjų vedybiniu statusu bei šeimos struktūra. Ši informacija itin svarbi vertinant tiriamųjų postacionarinės slaugos galimybes, nes vienišų ir/ar bevaikių asmenų namų slaugos galimybės yra ribotos. 10 klausimu siekiama sužinoti, ar pacientas yra supažindintas su jo ligos diagnoze ir kiek jis tai supranta. Žinojimas leidžia geriau suvokti esamą situaciją bei ateities prognozes, tiksliau planuoti tolesnį gyvenimą. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 ir 18 klausimais siekiama sužinoti apie tiriamųjų numatomus globėjus, socialines buitines sąlygas bei pajamas. Realus gyvenimas rodo, jog neretai teikiant stacionarinės slaugos paslaugas pacientams suteikiama ne tik medicininė priežiūra, bet kartu ir laikinas socialinis gerbūvis tiems, kurie iš viso neturi namų ir globėjų ar gyvena labai vargingai, dalindamiesi kukliomis pajamomis su kitais šeimos išlaikytiniais. Planuoti socialiai apleistų asmenų postacionarinę slaugą yra ypač sudėtinga. 19 klausimas atskleidžia pacientų subjektyvų savo pačių sveikatos būklės vertinimą. 20 ir 21 klausimuose prašoma nurodyti pacientų patekimo į slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninę kelius bei laukimo laiką iki stacionarizavimo. 22 klausimu pacientų teiraujamasi apie jų norą pratęsti (ar nepratęsti) gydymąsi slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje pasibaigus nustatytam 4 mėn. trukmės gydymui. Anketoje pacientų pateikta subjektyvi informacija buvo naudojama analizuojant ir vertinant **postacionarinės slaugos poreikį**.

Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių pacientų **sveikatos būklė** objektyviai vertinta struktūrizuotais klausimynais: pacientų savarankiškumas (fizinės galimybės veikti ir apsitarnauti) vertintas *Barthel* indeksu [6 priedas]; pacientų protinės būklės įvertinimas atliktas naudojant Protinės būklės mini tyrimą MMSE (Mini-Mental Status Exam) [7 priedas]. Pacientų savarankiškumo ir protinės būklės vertinimą atliko pacientą gydantys gydytojai ir ši objektyvi informacija taip pat naudota vertinant **postacionarinės slaugos poreikį**.

Anketos bei struktūrizuotų klausimynų duomenys apdoroti naudojant 10 versijos SPSS statistinių duomenų analizės paketą. Anketos atsakymams taikyta kiekybinė duomenų analizė. Statistinių ryšių stiprumui įvertinti naudotasi susijusių požymių chi kvadrato χ^2 kriterijumi. Nustatyta jo reikšmė, laisvės laipsnių skaičius (lls) bei statistinis patikimumas (p). Išvados buvo laikomos statistiškai patikimos, kai $p < 0,05$.

Respondentai ir apklausos sąlygos

Tyrimo dalyvavo 163 pacientai iš trijų Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigų: 82 - Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės, 46 – K.Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės bei 35 Kauno slaugos ligoninės pacientai. 34,4 proc. tiriamųjų sudarė vyrai ir 65,6 proc. – moterys.

Tiriamoji grupė buvo sudaryta tikslinės atrankos būdu, įtraukiant visus pacientus, kurie buvo išrašomi iš Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių po nustatyto 120 dienų gydymosi laikotarpio. Pacientų apklausa vyko 2004 m. balandžio ir tų pačių metų rugpjūčio mėnesiais. Remiantis į stacionarą guldomų ir išrašomų ligonių knyga, iš viso 2004 m. balandžio mėn. iš Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių buvo išrašyta 176 pacientai (iš Kauno slaugos ligoninės – 25, iš Kauno Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės – 82, iš K. Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės – 69), kurių iš viso apklausoje dalyvavo 105. Tų pačių metų rugpjūčio mėn. iš šių įstaigų išvyko 100 pacientų (iš Kauno slaugos ligoninės – 18, iš Kauno Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės – 48, iš K. Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės – 34), kurių iš viso apklausoje dalyvavo 58. Kita dalis pacientų (n=113), 2004 m. balandžio ir rugpjūčio mėn. išrašytų iš Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių ir neįtrauktų į tyrimo respondentų sąrašą išvyko po trumpesnio nei 120 dienų gydymosi laikotarpio arba buvo perkelti į kitą gydymo įstaigą (pvz., ligoninę), arba mirė.

Tyrimo dalyvių apklausa vyko gavus Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių vadovų sutikimus. Anketas pokalbyje su pacientu užpildė tyrimo autorė. Respondentams buvo trumpai pristatyta anketa ir paaiškintas apklausos tikslas. Visi tyrimo dalyvavę pacientai geranoriškai sutiko bendradarbiauti ir užpildyti pasiūlytą anketą, todėl atsako dažnis buvo 98,8 proc., t.y., iš 165 pateiktų anketų gautos 163 pilnai užpildytos (dvi anketos analizei netiko, nes buvo užpildytos tik iš dalies).

4. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

4.1. KAUNO MIESTO SLAUGOS IR PALAIKOMOJO GYDYMO LIGONINIŲ 2001-2003 M. VEIKLOS ANALIZĖ

Kauno mieste 2003 metų antrame pusmetyje gyveno 378 943 gyventojai, iš jų 171 050 buvo vyrai, 207 893 - moterys. 1000-ai vyrų šiame mieste teko 1215 moterų [8].

Kaune yra trys slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos: Kauno slaugos ligoninė, Kauno Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė ir K.Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė. 2001-2003 m. Kauno Slaugos ligoninėje buvo 45 lovos, Kauno Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje – 140, K.Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje – 90 stacionariųjų lovų.

Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės teikia paslaugas tik Kauno miesto gyventojams. Kauno slaugos ligoninės steigėjas yra Kauno miesto savivaldybė, Kauno Raudonojo Kryžiaus bei K.Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių steigėjas yra Kauno apskrities viršininko administracija.

Šios slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigos tapo sveikatos priežiūros sistemos reformos ir įstaigų reorganizacijos išdavamis. LR Kauno miesto valdybos 1993 m. kovo 9 d. potvarkiu [8 priedas] nuo 1993 m. kovo 5 d. atidaryta Kauno Slaugos ligoninė. Viešoji įstaiga Kauno Raudonojo Kryžiaus tuberkuliozės ir reabilitacijos ligoninė pagal Kauno apskrities tuberkuliozės gydymo įstaigų reorganizacijos projektą Kauno apskrities viršininko administracijos įsakymu [9 priedas], nuo 2000 m. balandžio 3 d. reorganizuota į viešąją įstaigą Kauno Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninę. Viešosios įstaigos K.Griniaus tuberkuliozės slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės pavadinimas Kauno apskrities viršininko administracijos 2000 metų balandžio 11 d. įsakymu [10 priedas] buvo iš dalies pakeistas ir ši viešoji įstaiga ėmė vadintis K.Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligonine. Šie įsakymai numatė ir įstaigų naujų įstatų patvirtinimą.

Po reorganizacijos ligoninės susidūrė su problemomis organizuojant sunkių, prikaustytų prie lovos pacientų slaugą nepritaikytose patalpose, kuriose stigo specialaus pacientų judėjimą, maitinimą, prausimą palengvinančio inventoriaus. Palaipsniui ligoninių patalpose buvo atliktas dalinis remontas, labdaros būdu gauta būtinų priemonių (vėžimėliai, funkcinės lovos, vaikštytės, ramentai), specialiai apmokytas slaugos personalas.

Atliekant stacionarinių lovų skaičiaus palyginimą Kauno mieste, Kauno apskrityje bei Lietuvoje, pastebimas visų stacionarinių lovų skaičiaus mažėjimas ir nežymus slaugos lovų skaičiaus didėjimas Lietuvoje lyginant 2002-2003 m. (2 lentelė).

2 lentelė. Stacionarinių lovų skaičius 2001-2003 m.

Vietovės pavadinimas	Lovų skaičius stacionaruose					
	Abs.sk	10000 gyv.	Abs.sk	10000 gyv.	Abs.sk	10000 gyv.
	2001 m.		2002 m.		2003 m.	
Iš viso lovų Lietuvoje	32104	92,37	31031	89,62	29990	87,03
Slaugos lovų Lietuvoje	3181	9,2	3139	9,1	3167	9,2
Slaugos lovų Kauno mieste	275	7,45	275	7,3	275	7,4

Šaltinis: Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2001-2003 m. [5, 6, 7]

Igyvendinant slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų plėtrą, Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje siekiamas lovos užimtumas yra 330 dienų, lovų skaičius - 8,0-12 lovų 10 000 gyventojų. Kauno apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planas, parengtas vadovaujantis šiomis strateginėmis nuostatomis, skirtas įgyvendinimui per 2003-2005 m. laikotarpį. Įpusėjus 2005 metams konstatuojame, jog slaugos lovų skaičius Kauno mieste (275 lovos) išlieka nepakitęs nuo 2001m. ir gerokai atsilieka nuo Kauno apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo plane [3 priedas] prognozuoto 386-407 lovų skaičiaus. Tokia situacija verčia abejoti restruktūrizavimo strateginių nuostatų savalaikiu įgyvendinimu. Visų trijų Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių sujungimas, Kauno apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos plane [4 priedas] numatytas 2003-2004 m., taip pat dar nėra įvykęs.

Palyginome trijų Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių veiklos rodiklius tarpusavyje ir su atitinkamo profilio įstaigų Lietuvos rodikliais.

Siekiant nustatyti ir įvertinti lovos funkcionavimo rodiklį, kuris parodo kiek dienų per metus buvo užimta stacionaro lova, lovadienių skaičius dalijamas iš vidutinio metinio lovų skaičiaus. Stacionarų veiklos rodikliai (3 lentelė) rodo, jog Lietuvoje 2002 m. slaugos lovų funkcionavimo rodiklis šiek tiek padidėjo, bet sekančiais metais vėl sumažėjo ir atitiko 2001 m. lygį. Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse šis rodiklis buvo skirtingas: Kauno slaugos ligoninėje jis buvo ženkliai didesnis už vidutinį Lietuvos slaugos lovos funkcionavimo rodiklį, kitose dviejose įstaigose – ženkliai mažesnis (ypač Kauno Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje).

3 lentelė. Lovos funkcionavimo Lietuvos ir Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse 2001-2003 m. palyginimas

Stacionarų veiklos rodikliai	Įstaigos pavadinimas	2001 m.	2002 m.	2003 m.
Lovos funkcionavimas (dienos)	Lietuvos rodiklis (slaugos lovų grupė)*	302,2	305,0	302,1
	Kauno slaugos ligoninė	374,6	320,8	364,9
	Kauno Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė	256,56	234,4	241,1
	K.Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė	297,08	291,4	259,9

*Šaltinis: Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2001-2003 m. [5, 6, 7]

Apskaičiavome lovos prastovos rodiklius visose Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse (4 lentelė). Šis rodiklis parodo, kiek laiko vidutiniškai stacionaro lova išbuvo tuščia iki kito paguldymo.

4 lentelė. Lovos prastovos Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse 2001-2003 m. palyginimas

Stacionarų veiklos rodikliai	Įstaigos pavadinimas	2001 m.	2002 m.	2003 m.
Lovos prastova (dienos)	Kauno slaugos ligoninė	-	8,0	-
	Kauno Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė	24	33,5	34,4
	K.Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė	13,6	15,7	26,9

Lovos prastovos skaičiavimai parodo, jog per visą trijų metų laikotarpį mažiausia stacionarinių lovų prastova buvo Kauno slaugos ligoninėje. Suskaičiavome ir papildomas, t.y., pristatomas lovas šioje įstaigoje: 2001 m. jų buvo 40, 2002 m. ir 2003 m. – po 45. Papildomos lovos didina bendrą ligonių skaičių bei lovos apyvartos rodiklį ir mažina lovos prastovos rodiklį.

Kauno slaugos ligoninė savo veiklą grindžia paliatyvios priežiūros filosofija ir teikia paliatyvios priežiūros paslaugas (iš dalies), nuo 1993 m. ji yra Hospiso informacinės tarnybos narys prie Šv.Kristoforo ligoninės Londone. Šios ligoninės išsiskyrimą pagal veiklos rodiklius iš kitų dviejų Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigų aiškiname tuo, jog čia deklaruojamas pirmumas mirštančiųjų pacientų priežiūrai, ligoniai stacionarizuojami ne eilės tvarka, bet parenkami pagal ligos sunkumą bei blogėjančią sveikatos prognozę. Reikšminga ir tai, jog Kauno slaugos ligoninė pavaldi Kauno miesto savivaldybei, kuri nuo 2001 m. skiria papildomą finansavimą už pristatomas lovas. 2001

m. Kauno slaugos ligoninė parengė “Sunkiai sergančių ir neįgalių pacientų palaikomojo gydymo ir slaugos pratęsimo Kauno mieste programą”, skirtą trijų metų įvykdymui. Pagal šią programą iš Kauno m. savivaldybės Sveikatos fondo lėšų 2001 m. Kauno slaugos ligoninėje buvo papildomai finansuoti 1 235 lovdieniai, 2002 m. ir 2003 m. – po 964. Šioje gydymo ir slaugos įstaigoje 2001-2003 m. buvo suteikta dalis pačių pacientų apmokamų slaugos paslaugų pasibaigus 120 laikotarpiui: 2001 m. papildomai pacientų apmokėtas 2 831 lovdienis, 2002 m. – 583, 2003 m. – 1 245. Kauno Raudonojo Kryžiaus ir K.Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėms papildomo finansavimo iš Kauno m. savivaldybės biudžeto 2001-2003 m. nebuvo skiriama. Tik nuo 2004 m. Kauno miesto savivaldybė išimtiniais atvejais ėmė finansuoti vienišų, ypač sunkios sveikatos būklės pacientų gydymą ir pastarosiose ligoninėse.

Vidutinė gulėjimo stacionare trukmė nustatoma lovdienių skaičių padalijus iš išrašytų ligonių (gyvų ir mirusių) skaičiaus. Šis rodiklis Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse, lyginant su Lietuvos vidutine gulėjimo trukme slaugos lovų grupėje, buvo ženkliai didesnis.

Tiriamuoju laikotarpiu pastebime skirtumą tarp trijų Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių: vidutinės gulėjimo trukmės rodiklis Kauno slaugos ligoninėje 2001-2003 m. nuolat mažėjo, o Kauno Raudonojo Kryžiaus bei K.Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse šis rodiklis nuolat didėjo ir viršijo bendrą Lietuvos slaugos lovų grupės vidutinės gulėjimo trukmės rodiklį (5 lentelė).

5 lentelė. Vidutinės gulėjimo trukmės Lietuvos ir Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse 2001-2003 m. palyginimas

Stacionarų veiklos rodiklis	Įstaigos pavadinimas	2001 m.	2002 m.	2003 m.
Vidutinė gulėjimo trukmė (dienos)	Lietuvos rodiklis (slaugos lovų grupė)*	40,7	43,3	43,8
	Kauno slaugos ligoninė	66,10	58,2	51,2
	Kauno Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė	57,88	60,1	65,3
	K.Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė	58,37	61,2	66,6

* Šaltinis: Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2001-2003 m. [5, 6, 7]

Viena iš priežasčių, paaiškinanti vidutinės gulėjimo trukmės skirtumą tarp Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių galėtų būti pacientų, stacionarizuojamų į Kauno slaugos ligoninę sunkesnė sveikatos būklė, didesnis letalumas ir su tuo susijusi didesnė pacientų kaita bei didesnis per metus išrašytų (gyvų ir mirusių) pacientų skaičius. Be to, K.Griniaus bei Kauno Raudonojo Kryžiaus ligoninėse lovų skaičius atitinkamai du ir tris kartus didesnis nei Kauno slaugos ligoninėje ir tai sudaro galimybę didesniajam pacientų skaičiui gydytis įstaigoje visą limituotą 120 dienų laikotarpį.

Lovos apyvartos rodiklis parodo, koks vidutinis pacientų skaičius gulėjo vienoje stacionaro lovoje per metus. Šis rodiklis apskaičiuojamas išrašytų ligonių skaičių padalijus iš vidutinio lovų skaičiaus įstaigoje. Lyginant lovos apyvartos rodiklį Lietuvos slaugos lovų grupėje ir Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse per 2001-2003 metus, pastebimas išskirtinis šio rodiklio didėjimas Kauno slaugos ligoninėje. Šioje įstaigoje lovos apyvartos rodiklis yra labiausiai priartėjęs prie Lietuvos lovos apyvartos rodiklio slaugos lovų grupėje (2003 m. atitinkamai 7,1 ir 6,9). Kauno Raudonojo Kryžiaus ir K.Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse lovos apyvarta 2003 m. buvo panaši, atitinkamai 3,6 ir 3,9 (6 lentelė).

6 lentelė. Lovos apyvartos rodiklį Lietuvos ir Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse 2001-2003 m. palyginimas

Stacionarų veiklos rodiklis	Įstaigos pavadinimas	2001 m.	2002 m.	2003 m.
Lovos apyvarta (kartai)	Lietuvos rodiklis (slaugos lovų grupė)*	7,4	7,0	6,9
	Kauno slaugos ligoninė	5,66	5,5	7,1
	Kauno Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė	4,43	3,9	3,6
	K.Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė	5,08	4,7	3,9

*Šaltinis: Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2001-2003 m.

Išryškėjęs lovos apyvartos rodiklį skirtumas tarp trijų Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių leidžia pastebėti priešingą priklausomybę tarp vidutinės gulėjimo trukmės ir lovos apyvartos: kuo gulėjimo trukmė mažesnė, tuo lovos apyvarta didesnė (pvz., Kauno slaugos ligoninėje).

Letalumas įstaigoje apskaičiuojamas mirusių ligonių skaičių dalijant iš visų išrašytų (gyvų ir mirusių) ligonių skaičiaus ir dauginant iš 100. Šį veiklos rodiklį lemia hospitalizuotų ligonių būklės sunkumas, ligos prognozė, pagalbos veiksmingumas. Slaugos ligoninėse gydomi bene sunkiausi pacientai, sergantys lėtinėmis ligomis, todėl letalumas šiose įstaigose vienas didžiausių. Letalumo rodiklį palyginimas tarp Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių 2001-2003 m. pateikiamas 7 lentelėje.

7 lentelė. Letalumo rodiklį Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse 2001-2003 m. palyginimas

Stacionarų veiklos rodiklis	Įstaigos pavadinimas	2001 m.	2002 m.	2003 m.
Letalumas (proc.)	Kauno slaugos ligoninė	41,56	45,16	33,89
	Kauno Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė	12,45	18,50	18,18
	K.Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė	17,03	11,68	17,95

Lyginami 2003 m. Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių letalumo rodiklius su letalumo rodikliais bendrojo pobūdžio ligoninėje, pvz., Kauno medicinos universiteto klinikose (1,84), pastebime 10 ir net 18 kartų skirtumą.

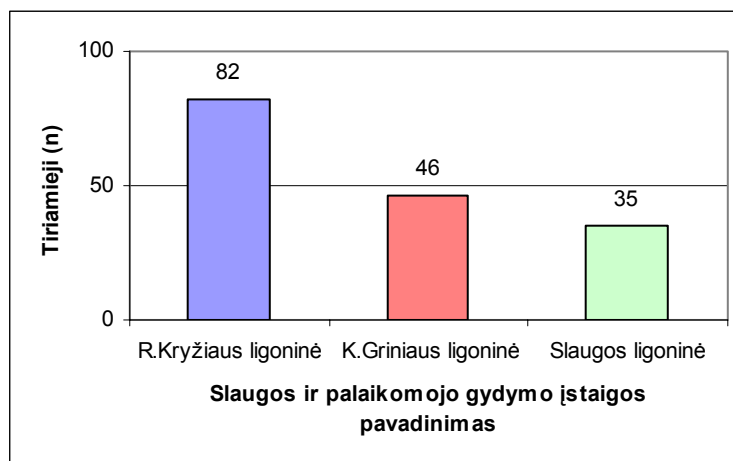
Lyginant letalumo rodiklį tarp Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių, Kauno slaugos ligoninėje 2001 -2003 m. jis buvo didžiausias dėl tų pačių priežasčių, kurios buvo paminėtos aptariant lovos funkcionavimo, lovos prastovos bei vidutinės gulėjimo trukmės rodiklius.

Stacionariųjų įstaigų veiklos rodiklių analizė nepateikia tikslių išvadų apie ligoninės kontingentą ir postacionarinės slaugos poreikį, tačiau minėtų veiklos rodiklių analizės rezultatus papildžius slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių pacientų demografinė-socialinė charakteristika, įstaigos kontingento subjektyviu bei objektyviu sveikatos būklės vertinimu būtų galima daryti prielaidas apie tolesnės priežiūros poreikį bei jo galimybes.

4.2. KAUNO SLAUGOS IR PALAIKOMOJO GYDYMO LIGONINIŲ PACIENTŲ DEMOGRAFINĖ-SOCIALINĖ CHARAKTERISTIKA, SVEIKATOS BŪKLĖS ĮVERTINIMAS IR POREIKIO POSTACIONARINEI SLAUGAI NUSTATYMAS

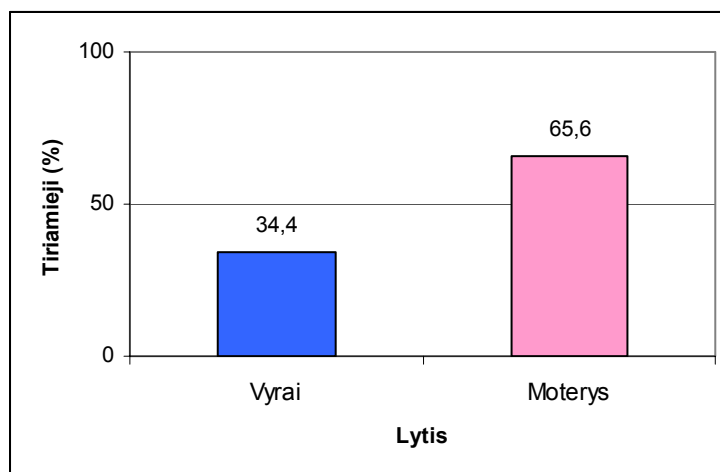
4.2.1. Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių pacientų demografinė-socialinė charakteristika

Tyrime dalyvavo 163 pacientai, besigydantys trijose slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse, esančiose Kaune ir aptarnaujančiose Kauno miestą (1 pav.).



1 pav. Tiriamųjų skaičius pagal tai, kokioje Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigoje jie gydėsi

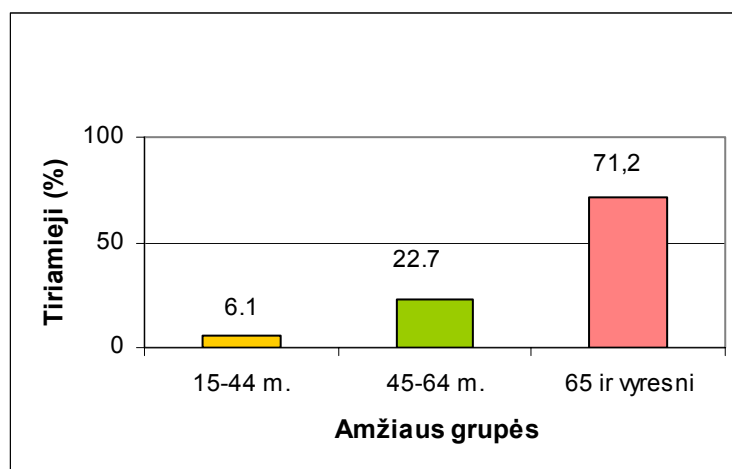
Vertinant tiriamuosius pagal lytį, 34,4 proc. tiriamųjų sudarė vyrai ir 65,6 proc. – moterys. Toks lyčių pasiskirstymas iš dalies atitinka Lietuvos statistikos departamento [8] pateikiamus duomenis, skelbiančius, jog 2003 m. Kauno mieste iš viso moterų gyveno 1,3 karto daugiau nei vyrų; 65-69 m. amžiaus grupėje moterų buvo 1,6 karto daugiau nei vyrų; 70-74 m. amžiaus grupėje – 1,7 karto daugiau. Tyrime dalyvavusių moterų buvo 1,9 kartus daugiau nei vyrų. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį pateikiamas 2 paveiksle.



2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį

Moterų skaičiaus dominavimas tarp vyresnio amžiaus Lietuvos gyventojų paaiškinamas tuo, jog moterys rečiau patiria nelaimingus atsitikimus, jos labiau vengia žalingų veiksmų (rūkymas, alkoholis) ir dėl to jų vidutinė gyvenimo trukmė yra ilgesnė. Psichologiniai lyčių skirtumai gali turėti įtakos paciento savirūpos pajėgumui. Vyrai, kaip žinia, yra uždaresni, mažiau linkę bendrauti, giliau išgyvena įvykius, labiau siekia savarankiškumo, neretai slepia savo negalią, skausmą, nepasitenkinimą. Moterys yra jausmingesnės, pasižymi didesne ištverme, lengviau prisitaiko prie aplinkos pokyčių. Šie su lytimi susiję skirtumai gali turėti įtakos planuojant bei vykdant slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigų pacientų postacionarinę slaugą.

Tyrimė dalyvavusius pacientus pagal amžių suskirstėme į tris grupes: I grupei priklausė pacientai nuo 15 iki 44 metų, II grupei – nuo 45 iki 64 metų ir III grupei – 65 m. ir vyresni. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes pateikiamas 3 paveiksle.



3 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes.

Didžioji dalis tyrimė dalyvavusiųjų buvo 65 metų ir vyresni – jie sudarė 71,2 proc. nuo visų respondentų. Mažiau šios amžiaus grupės pacientų gydėsi Kauno slaugos ligoninėje, nei Kauno Raudonojo Kryžiaus ($p < 0,05$) ir K.Griniaus ($p < 0,05$) ligoninėse. [11 priedas, 11.1 lent.]

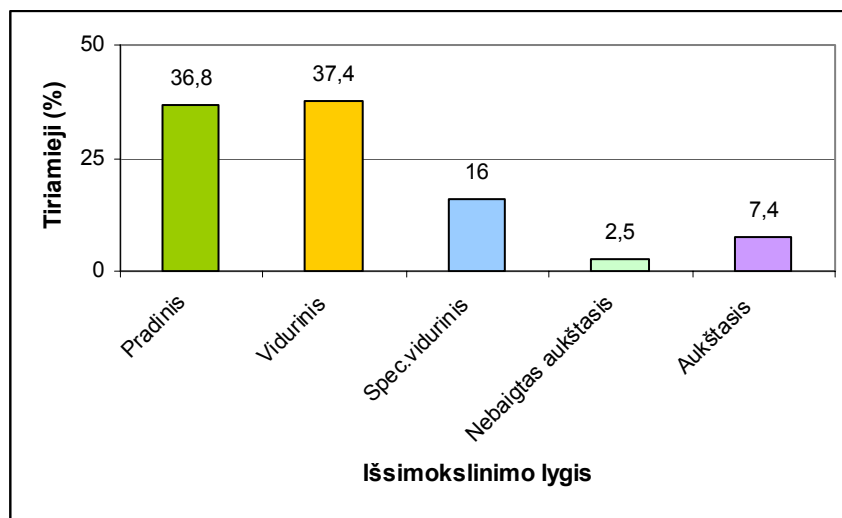
Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį ir amžių rodo, jog tyrimė dalyvavę vyrai buvo jaunesni nei moterys ($p < 0,05$) (8 lentelė), nors daugiausia abiejų lyčių atstovų priklausė 65 m. ir vyresniųjų grupei.

8 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį ir amžių

Amžius (metais)	Lytis				Iš viso	
	Vyrai		Moterys			
	abs.sk	proc.	abs.sk.	proc.	abs.sk.	proc.
15-44	8	14,3	2	1,9	10	6,1
45-64	20	35,7	17	15,9	37	22,7
65 ir vyresni	28	50,0	88	82,2	116	71,2
Iš viso	56	100,0	107	100,0	163	100,0

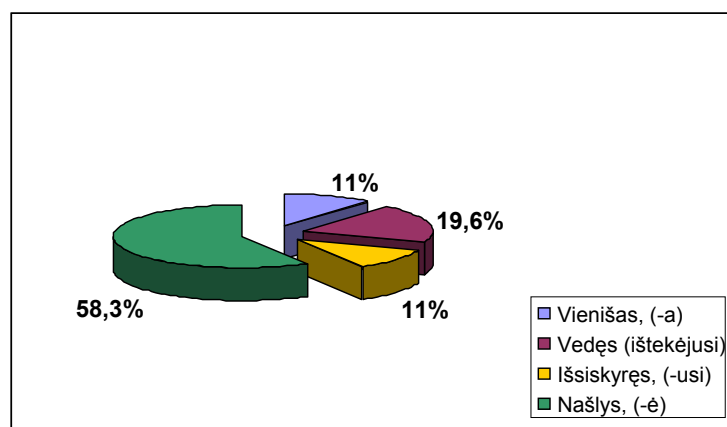
$$\chi^2 = 20,97; \text{lls} = 2; p < 0,05$$

Pagal išsimokslinimo lygį tiriamieji pasiskirstė penkiose grupėse ir dauguma jų buvo pradinio (36,8 proc.) ar vidurinio (37,4 proc.) išsimokslinimo (4 pav.).



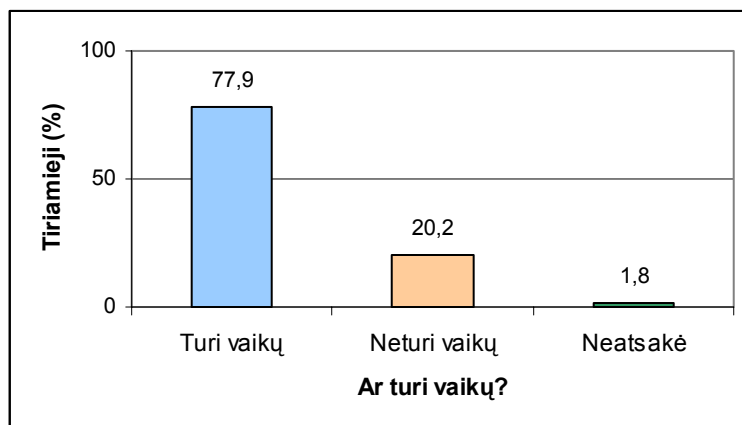
4 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsimokslinimą

Dauguma Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse stacionarizuotų pacientų buvo vyresnio amžiaus, todėl svarbu išsiaiškinti, kokios sudėties šeimose jie gyveno. Rezultatai parodė, jog daugiau kaip pusė apklaustųjų (58,3 proc.) buvo tapę našliais (-ės), likusieji pažymėjo esą vedę (ištekęję), išsiskyrę (išsiskyrusios) ar vieniši (-os) (5 pav.).



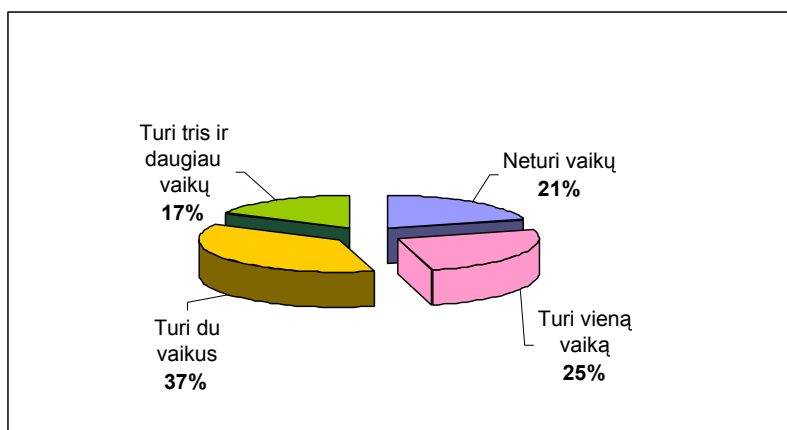
5 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį

77,9 proc. apklaustųjų tiriamuoju laikotarpiu turėjo vaikų (6 pav.) ir tai leistų daryti prielaidą, jog visų pirma slaugos ir palaikomojo gydymo pacientais po išrašymo iš gydymo įstaigos galėtų pasirūpinti vaikai.



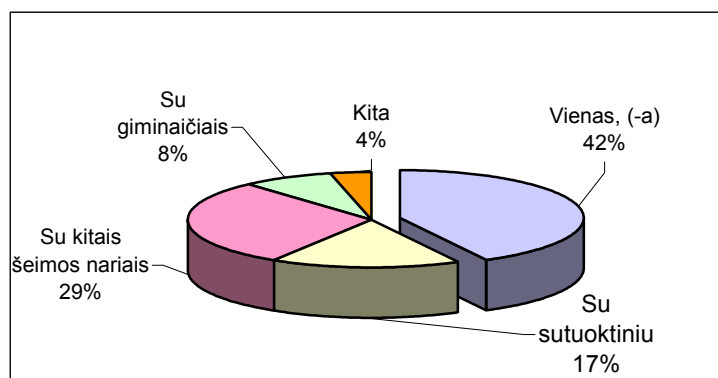
6 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal tai, ar jie turi vaikų

Daugiausia apklaustųjų tiriamuoju laikotarpiu turėjo du vaikus (37 proc.); penktadalis respondentų vaikų neturėjo (7 pav.).



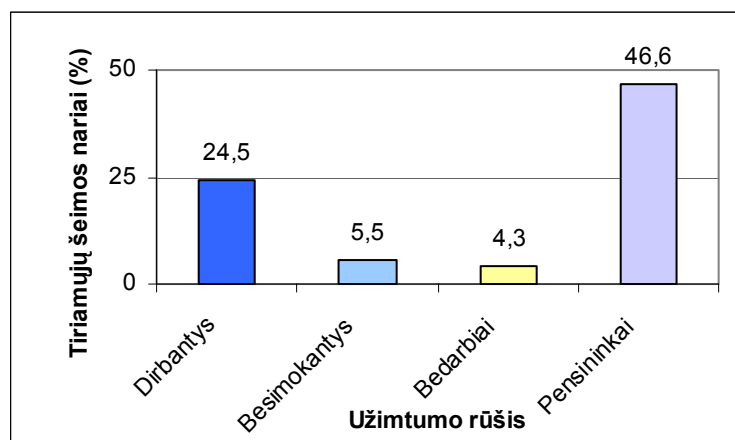
7 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal turimų vaikų skaičių

Apklausoje rezultatai parodė, jog dauguma pacientų, besigydančių slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse, iki hospitalizacijos namuose gyveno vieni (42,3 proc.) arba su kitais šeimos nariais (29,4 proc.) (8 pav.). Vieniškiems pacientams neabejotinai sunkiau savarankiškai rūpintis savo priežiūra bei buitimi, jiems reikia didesnės medicininės ir socialinės pagalbos iš aplinkinių.



8 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal tai, su kuo jie gyvena namuose

Vertinant Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių pacientų šeimos narių užimtumą, didžiąją jų dalį (46,6 proc.) sudarė pensininkai (9 pav.). Teigiame, jog tokius rezultatus lėmė tiriamojo kontingento vyresnis amžius. Be to, pagal Lietuvos statistikos departamento [8] 2004 m. balandžio mėn. duomenis, pensininkų skaičius Lietuvos gyventojų tarpe nuosekliai didėja jau nuo 1995 metų.



9 pav. Tiriamųjų šeimos narių pasiskirstymas pagal užimtumą

Lyginant skirtingų įstaigų pacientus pagal jų šeimos narių užimtumą pastebėjome, kad Kauno Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės pacientų šeimose buvo daugiau besimokančiųjų (11,0 proc.) nei tarp Kauno slaugos ir K.Griniaus ligoninių pacientų šeimos narių ($p < 0,05$). Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ir tarp dirbančiųjų bei bedarbių pasiskirstymo skirtingų slaugos ligoninių tiriamųjų šeimose. [11 priedas, 11.2 lent.]

Pagal tyrimo rezultatus didžioji dauguma tiriamųjų (76,1 proc.) žinojo apie savo ligą, kai tuo tarpu 21,5 proc. apklaustųjų nežinojo ir 2,4 proc. - tuo net nesidomėjo. Pacientai turi teisę gauti visą su jų būkle susijusią informaciją, jei tik to pageidauja. Kasdieniniame darbe pastebime, jog informuotas pacientas geriau suvokia savo situaciją, aktyviau dalyvauja slaugyme ir gydyme, teikia vertingus pasiūlymus tolesnės priežiūros planavimui.

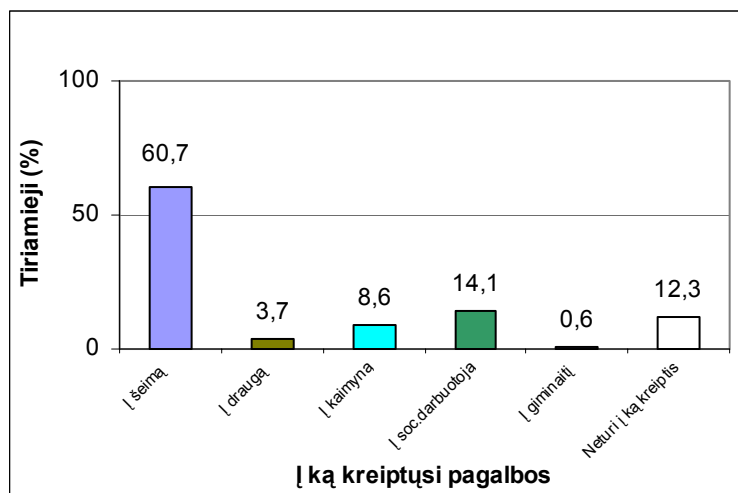
Apklaustos rezultatai parodė, jog 109 tiriamiesiems (66,9 proc.) buvo suteikta viena iš invalidumo grupių (9 lentelė).

9 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal invalidumo pripažinimą skirtingose amžiaus grupėse

Invalidumas	Amžiaus grupė						Iš viso	
	15-44 m.		45-64 m.		65 ir vyresni			
	abs.sk	proc.	abs.sk.	proc.	abs.sk.	proc.	abs.sk.	proc.
Pripažintas	10	100,0	33	89,2	66	56,9	109	66,9
Nepripažintas	0	0	4	10,8	50	43,1	54	33,1
Iš viso	10	100,0	37	100,0	116	100,0	163	100,0

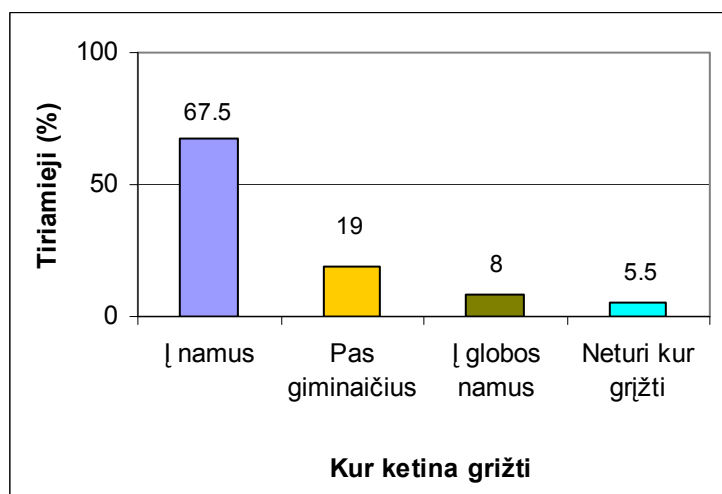
$$\chi^2 = 18,48; \text{ lls} = 2; p = 0,000$$

15-44 m. amžiaus grupėje invalidumas buvo pripažintas 9,2 proc. apklaustųjų, 45-64 m. amžiaus grupėje – 60,6 proc. Darbingo amžiaus asmenims, kurie dėl ligos yra visiškai arba iš dalies praradę darbingumą, invalidumo pašalpa tampa svarbiausiu (gal net vieninteliu) pajamų šaltiniu. Tiriamųjų klausėme, į kokią artimiausią žmogų prireikus jie galėtų kreiptis pagalbos. Pagrindiniu pagalbos šaltiniu daugumai buvo šeima (60,7 proc.), nors dalis jų gyveno vieni. Į socialinį darbuotoją galėtų kreiptis 14,1 proc. apklaustųjų; 12,3 proc. apklaustųjų pažymėjo, jog tokio asmens, į kurį jie galėtų kreiptis pagalbos, nėra. Tiriamųjų atsakymų išsidėstymas pateikiamas 10 pav.



10 pav. Tiriamųjų paskirstymas pagal tai, į ką jie galėtų kreiptis pagalbos

Kadangi gulėjimo laikas slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje yra ribotas – 120 dienų per metus, siekėme išsiaiškinti, kur pacientai ketina grįžti po išrašymo. Organizuojant postacionarinę slaugą svarbu įvertinti pacientų gyvenimo ir buities sąlygas, tinkamai parengti asmenis – šeimos narius ir artimuosius, kurie dalyvaus teikiant pagalbą. Dauguma apklaustųjų pareiškė grįšiantys į namus, o 5,5 proc. pažymėjo neturintys kur grįžti (11 pav.).



11 pav. Tiriamųjų paskirstymas pagal tai, kur jie ketina grįžti po išrašymo

Palyginamoji rezultatų analizė parodė, jog po išrašymo ketina grįžti į namus statistiškai reikšmingai didesnė dalis Kauno Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės pacientų (85,4 proc.), nei Kauno slaugos ligoninės (48,6 proc.) ($p < 0,01$) ir K.Griniaus ligoninės (50 proc.) ($p < 0,01$) tyrime dalyvavusiųjų. [11 priedas, 11.3 lentelė] Tai, jog ne visi pacientai po išrašymo ketina grįžti į savo namus galėtų būti susiję ne tik su blogu materialiniu gerbūviu ar namų neturėjimu, bet ir su prasta sveikatos būkle: gyvendami pas giminaičius ar globos namuose buvę slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigų pacientai gali tikėtis didesnės medicininės pagalbos iš artimųjų ar globos institucijų personalo.

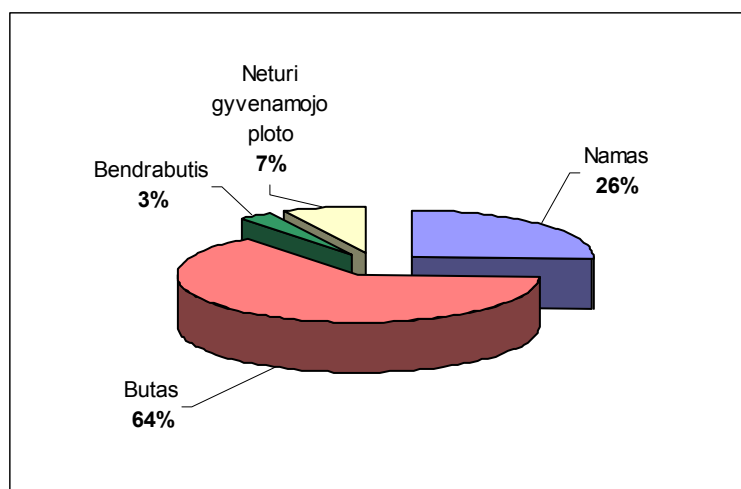
Susumavus pacientų atsakymus paaiškėjo, jog po išrašymo iš ligoninės, tolesne jų priežiūra daugiausia rūpinsis vaikai ir giminaičiai; socialinio darbuotojo pagalba ketina pasinaudoti šeštadalis apklaustųjų (10 lentelė).

10 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal tai, kas rūpinsis jais po išrašymo iš ligoninės

Po išrašymo iš ligoninės pacientu rūpinsis:	Tiriamųjų skaičius (<i>n</i>)	Procentai (%)
Vaikai	71	43,6
Giminaitis	39	23,9
Socialinis darbuotojas	26	16,0
Sutuoktinis	22	13,5
Kaimynas	3	1,8
Draugas	2	1,2
<i>Iš viso</i>	163	100,0

Nors turėjusiųjų vaikų skaičius tarp tiriamųjų siekė 77,9 proc. (6 pav.), vaikų pagalba postacionariniu laikotarpiu ketina pasinaudoti tik perpus mažesnė dalis Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių pacientų. Tai paaiškintume tuo, jog šiuolaikinėje šeimoje kelioms kartoms gyventi kartu nėra itin įprasta: vaikai anksčiau palieka tėvų namus, dėl pastaraisiais metais intensyvėjančios emigracijos daugiau jaunimo išvyksta į užsienio šalis uždarbiauti ar net nuolatinei gyventi.

Vertiname tiriamųjų buitines sąlygas: gyvenamąsias patalpas ir buitinius patogumus. Dauguma (63,8 proc.) apklaustųjų gyveno butuose, 7,4 proc. pacientų gyvenamojo ploto neturėjo (12 pav.).



12 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal jų gyvenamąsias patalpas

80,4 proc. tiriamųjų gyvenamosiose patalpose buvo vandentiekis, 76,7 proc. turėjo viduje įrengtą tualetą ir 65,0 proc. patalpos buvo apšildomos centralizuotai. Pagal Lietuvos gyventojų apsirūpinimo patogumais būstuose statistinius duomenis [8], mieste 92,1 proc. gyventojų yra įsirengę vandentiekį, 90,7 – kanalizaciją, 75,4 proc. šildosi būstą centralizuotai. Mūsų tyrimo duomenimis, Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių pacientų buities sąlygos buvo nežymiai prastesnės, nei Lietuvos miesto gyventojų. Statistiškai reikšmingo skirtumo vertinant buities patogumus tarp skirtingų slaugos įstaigų pacientų nebuvo.

Tiesioginės mėnesinės pajamos – svarbiausias tiriamųjų pragyvenimo šaltinis. Pajamų rūšis bei jų dydis pateikiami 11-12 lentelėse.

11 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal pajamų rūšį

Pajamų rūšis	Tiriamųjų skaičius (n)	Procentai (%)
Invalidumo pensija	86	52,8
Senatvės pensija	74	45,4
Socialinė pašalpa	3	1,8
<i>Iš viso</i>	163	100,0

12 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal pajamų dydį (Lt.)

Pajamų dydis (Lt.)	Tiriamųjų skaičius (n)	Procentai (%)
Iki 250	20	12,3
250-500	118	72,4
500 ir daugiau	25	15,3
<i>Iš viso</i>	163	100,0

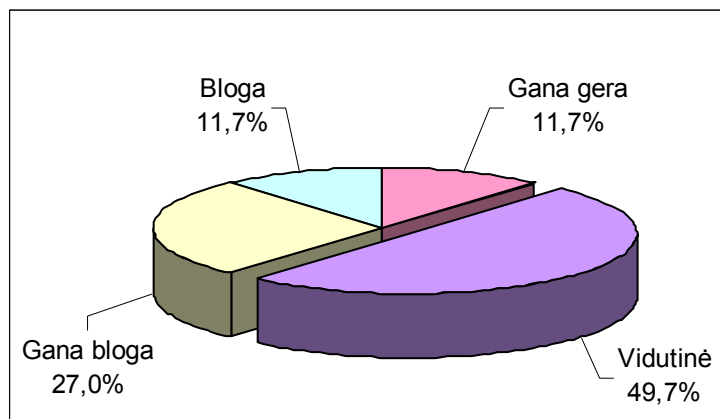
Didžioji dalis apklausoje dalyvavusių pacientų buvo asmenys 65 metų ir vyresni (71,2 proc.), todėl visiškai tikėtina, jog daugumos pajamų šaltiniu buvo senatvės pensija, svyravusi nuo 250 iki 500 Lt. Daugiau kaip pusė apklaustųjų (52,8 proc.) savo pajamų šaltiniu įvardijo invalidumo pensiją. 2003 m. vidutinė senatvės pensija Lietuvoje sudarė 340,5 Lt., vidutinė invalidumo pensija – 296,8 Lt. [8] Tai atitinka apklausos rezultatus, kur dauguma respondentų gauna 250-500 Lt. pajamas per mėnesį.

Apibendrinant Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių pacientų socialinę-demografinę charakteristiką, aiškėja, jog šių sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis daugiausia naudojami pagyvenę asmenys (65 ir vyresni) – 71,2 proc., daugiausia moterys (65,6 proc. visų pacientų). Pagal išsimokslinimą dominuoja pradinis ir vidurinis išsilavinimas – atitinkamai 36,8 ir 37,4 proc., pagal šeimos sudėtį – našliai (-ės) (58,3 proc.), kurių dauguma (77,9 proc.) turi vaikų (dažniausiai – du vaikus (37 proc.)). Beveik kas antras (42 proc.) namuose gyvena vienas ir po išrašymo iš ligoninės tikisi sulaukti vaikų (43,6), giminaičių (23,9 proc.) ar kitų asmenų dėmesio ir pagalbos. Didžioji dalis pacientų gyvena būstuose (26 proc. – name, 64 proc. – bute) geromis buities sąlygomis, tačiau daugumos jų (72,4

proc.) pajamos minimalios (250-500 Lt. per mėnesį). 5,5 proc. ligoninės pacientų po išrašymo neturi kur grįžti, 12,3 proc. – neturi į ką kreiptis pagalbos, 16,0 proc. tikisi sulaukti socialinio darbuotojo, 3,0 proc. – kaimyno ar draugo priežiūros.

4.2.2. Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių pacientų sveikatos būklės įvertinimas ir poreikio postacionarinei slaugai nustatymas

Subjektyviai apibūdindami savo sveikatos būklę, pusė (49,7 proc.) apklausoje dalyvavusių Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių pacientų pareiškė, jog jų sveikata vidutinė; gana blogos sveikatos manė esantys 27,0 proc. (13 pav.).



13 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal jų sveikatos būklės vertinimą (tiriamųjų nuomonė)

Apklausoje dalyvavę pacientai į Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligonines pateko padedant medikams (62,6 proc.), kitiems asmenims (23,9 proc.), socialiniams darbuotojams (4,3 proc.). Devyni apklaustieji (5,5 proc.) atvyko savarankiškai. Vienas tiriamųjų į ligoninę pateko tiesiai iš gatvės.

LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Lietuvos medicinos normos MN 80:2000 „Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė“ (2000 02 21, Nr.100.) [10] apibrėžia ligonių hospitalizavimo į slaugos ir palaikomojo gydymo ligonines sąlygas.[1 priedas] Kadangi poreikis stacionarinei slaugai yra ženkliai didesnis nei galimybės, pacientams tenka registruotis įstaigos laukimo sąrašuose ir laukti keletą mėnesių ar net metus.

Siekėme įvertinti, kiek laiko Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės pacientams teko laukti prieš patenkant į ligoninę (13 lentelė).

13 lentelė. Tiriamųjų paskirstymas pagal laukimo laiką iki jie pateko į slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninę

Laukimo laikas	Tiriamųjų skaičius (n)	Procentai (%)
Daugiau nei 2 savaitės	77	47,2
Iki dviejų savaičių	21	12,9
Laukti nereikėjo	65	39,9
<i>Iš viso</i>	163	100,0

Kiekviena slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė gali numatyti papildomas sąlygas hospitalizavimo pirmumui, pvz., už stacionaro paslaugas pacientai sutinka mokėti įstaigai tiesiogiai (ne ligonių kasos). Onkologiniai bei paliatyvios priežiūros reikalaujantys pacientai taip pat dažniausiai hospitalizuodami pirmumo tvarka.

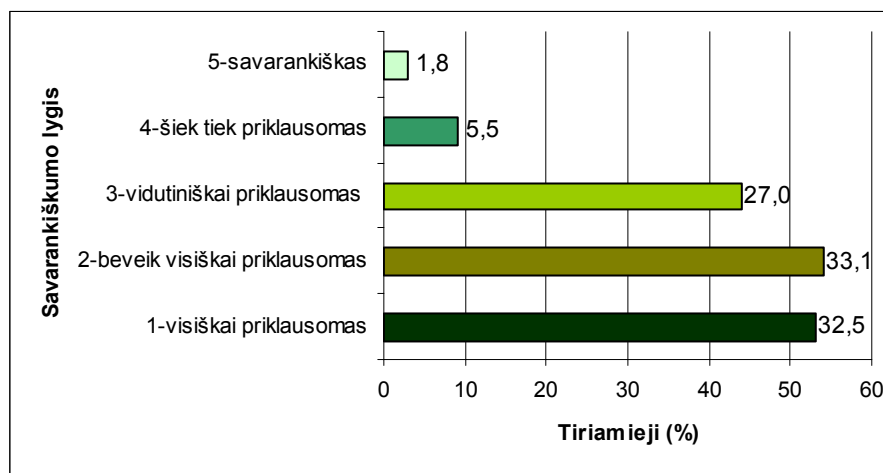
Tyrimo rezultatai atskleidė, jog iš viso 60,8 proc. besigydančiųjų Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje būtinai pratęstų arba pratęstų gydymąsi pasibaigus nustatytam maksimaliam 4 mėnesių terminui; 12,9 proc. apklaustųjų negalėjo atsakyti į šį klausimą (14 lentelė).

14 lentelė. Tiriamųjų paskirstymas pagal jų pageidavimą pratęsti gydymąsi Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje pasibaigus nustatytam maksimaliam 4 mėnesių terminui

Ar pratęstų gydymąsi	Tiriamųjų skaičius (n)	Procentai (%)
Būtinai pratęstų	12	7,4
Pratęstų	87	53,4
Nepratęstų	43	26,4
Nežino	21	12,9
<i>Iš viso</i>	163	100,0

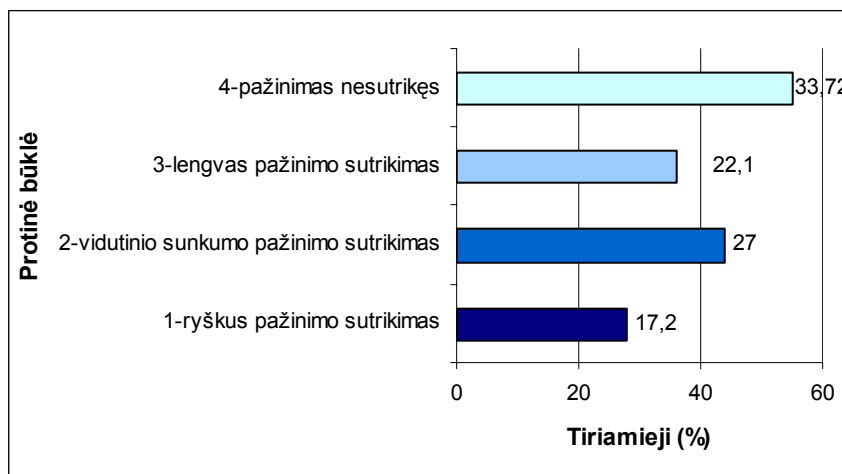
Tyrimo dalyvavusių pacientų fizinis savarankiškumas vertintas *Barthel* indeksu, kurį sudaro 12 charakteristikų, susijusių su kasdienine paciento veikla [6 priedas]. Toks įvertinimas padeda išmatuoti fizinės asmens galimybes, įvertina jo sugebėjimą savarankiškai veikti bei apsitarnauti. *Barthel* indeksas leidžia nustatyti pagalbos, reikalingos pacientui atliekant kasdieninę veiklą, poreikį. Įvertinus paciento savarankiškumą atliekant vieną ar kitą veiklą balais nuo 5 iki 15 (aukščiausias balas rodo didžiausią savarankiškumą, žemiausias – visišką bejėgiškumą ir priklausomybę), visus tiriamuosius pagal suminį rezultatą suskirstėme į penkias grupes (atsižvelgiant į *Barthel* indekso taikymo metodiką). Savarankiškumas tuo didesnis, kuo didesnis grupės numeris.

Didžioji dauguma tiriamųjų (iš viso - 65,6 proc.) pagal fizinį savarankiškumą priklausė pirmajai ir antrajai grupei, t.y., buvo visiškai arba beveik visiškai priklausomi. Mažiausiai priklausomi arba savarankiški pacientai sudarė 1,8 proc. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal jų fizinio savarankiškumo vertinimą *Barthel* indeksu pateikiamas 14 paveiksle.



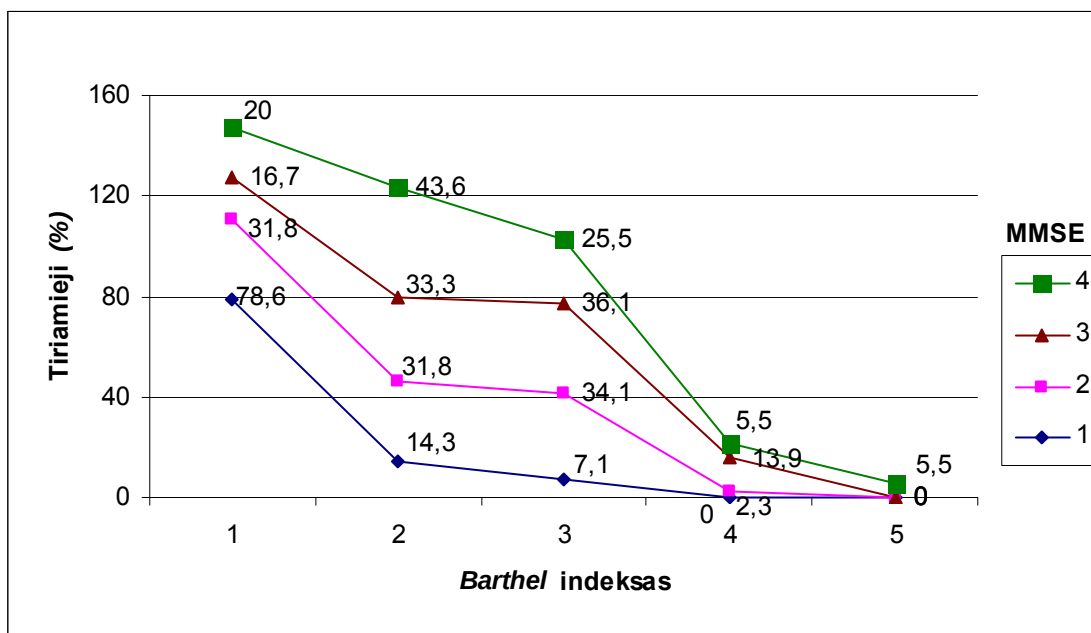
14 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal jų fizinio savarankiškumo įvertinimą *Barthel* indeksu

Tiriamųjų protinė būklė buvo vertinta mini tyrimu MMSE (angl. *Mini-Mental State Examination MMSE*). [7 priedas] Žodelis „mini“ reiškia, kad šiuo instrumentu vertinama ne psichinė būklė apskirtai, o tik kognityvinės funkcijos. Tai plačiai klinikinėje praktikoje naudojamas struktūrizuotas pažintinių (kognityvinių) funkcijų tyrimo metodas. Šis tyrimas nesudėtingas ir greitai atliekamas (trunka 10-15 min.). Tyrimo balais nuo 0 iki 5 vertinamos šešios protinės veiklos funkcijos: orientacija laike, orientacija vietoje, įsiminimas, dėmesys, trumpalaikė atmintis ir kalba. Pagal galutinį rezultatą tiriamuosius suskirstėme į 4 grupes (rėmėmės MMSE taikymo metodika). Protinė būklė tuo geresnė, kuo didesnis galutinis rezultatas ir grupės numeris. Remiantis tyrimo duomenimis (15 pav.), didesnės dalies pacientų (33,72 proc.) pažinimas nebuvo sutrikęs, 27 proc. nustatytas vidutinio sunkumo pažinimo sutrikimas.



15 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal Protinės būklės įvertinimą mini tyrimu MMSE (Mini-Mental State Exam)

Palygindami tiriamųjų įvertinimus *Barthel* indeksu ir MMSE pastebėjome, jog statistiškai patikimai ($p=0,000$) daugiau ryškiai sutrikusio pažinimo pacientų (78,6 proc.) nei vidutinio (31,8 proc.) ar lengvo (16,7 proc.) pažinimo sutrikimo vertinant pagal MMSE yra visiškai priklausomi (1 grupė pagal *Barthel*) (16 pav.).



16 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal jų savarankiškumo įvertinimą *Barthel* indeksu ir Protinės būklės įvertinimą mini tyrimu MMSE

$\chi^2 = 47,46$; IIs = 12; $p = 0,000$

Išsamesnei analizei pagal *Barthel* indekso ir Protinės būklės mini tyrimo rezultatus respondentus suskirstėme į dvi grupes: pirmajai grupei (76,7 proc., $n=125$) priskyrėme visiškai arba beveik visiškai priklausomus ir turinčius sunkų ir vidutinį kognityvinį sutrikimą, visiškai ir beveik visiškai priklausantys ir turintys lengvą ar neturintys kognityvinio sutrikimo, taip pat vidutiniškai ir šiek tiek priklausomi bei nepriklausomi, turintys sunkų ar vidutinio sunkumo kognityvinį defektą. Antrajai grupei (23,3 proc., $n=38$) priskyrėme vidutiniškai ar šiek tiek priklausančius bei nepriklausančius ir turinčius lengvą kognityvinį sutrikimą bei respondentus be kognityvinio sutrikimo.

Palyginamoji duomenų analizė parodė, jog lyginant pirmajai ir antrajai grupėms priskirtus respondentus trijose Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse, Kauno slaugos ligoninėje gydėsi statistiškai patikimai daugiau pirmos, t.y., objektyviai sunkesnės būklės pacientų (91,4 proc., $n=32$) nei antros, t.y., objektyviai lengvesnės būklės pacientų (8,6 proc., $n=3$), lyginant su Kauno Raudonojo Kryžiaus ar K. Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėmis (15 lentelė). Tai patvirtina jau minėtus (4.1. dalis) Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių kontingento ypatumus bei jų priežastis (įstaigos veikla grindžiama paliatyvios priežiūros filosofija, itin sunkios būklės ir mirštantiesiems pacientams teikiamas pirmumas patenkant į ligoninę).

15 lentelė. Pirmos ir antros grupės respondentų skaičius (proc.) trijose Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse

Respondentų	Įstaigos pavadinimas	
-------------	----------------------	--

grupė	Kauno slaugos ligoninė		Kauno R.Kryžiaus slaug. ir palaik. gydymo ligoninė		K.Griniaus slaug. ir palaik. gydymo ligoninė		Iš viso	
	abs.sk	proc.	abs.sk	proc.	abs.sk	proc.	abs.sk	proc.
Pirma grupė	32	91,4	57	69,5	36	78,3	125	76,7
Antra grupė	3	8,6	25	30,5	10	21,7	38	23,3
Iš viso	35	100,0	82	100,0	46	100,0	163	100

$\chi^2 = 6,679$; lls = 2; p= 0,035

Statistiškai reikšmingi skirtumai lyginant pirmąją ir antrąją grupes nustatyti vertinant respondentų žinias apie ligą (16 lentelė). Didesnė dalis antrosios grupės respondentų (94,7 proc., n=36) nei pirmosios grupės respondentų (70,4 proc., n=88) žinojo, kuo serga.

16 lentelė. Pirmos ir antros grupės respondentų paskirstymas pagal žinias apie ligą, kuria jie serga

Respondentų grupė	Žinios apie savo ligą						Iš viso	
	Žino		Nežino		Nesidomi			
	abs.sk	proc.	abs.sk	proc.	abs.sk	proc.	abs.sk	proc.
Pirma grupė	88	70,4	33	26,4	4	3,2	125	100
Antra grupė	36	94,7	2	5,3	0	0	38	100
Iš viso	124	76,1	35	21,5	4	2,5	163	100

$\chi^2 = 9,548$; lls = 2; p= 0,008

Žinių bei kitos informacijos apie paciento ligą įsisavinimas priklauso ne tik nuo suteikiamų žinių kokybės bei kiekio, bet ir asmeninių paciento galimybių jas priimti. Antrosios grupės pacientai, kurių suvokimo ir pažinimo galimybės buvo didesnės, žinias apie savo ligą galėjo sukaupiti lengviau nei pirmosios grupės pacientai, turintys sunkų, vidutinį ar lengvą kognityvinį defektą. Rengiant pacientą išrašymui, svarbu individualiai įvertinti jo žinias apie ligą bei pagalbos šaltinius.

Planuojant postacionarinę slaugą reikėtų įvertinti pacientų galimybes grįžti į šeimą ar naudotis socialinio (arba lankomosios priežiūros) darbuotojo paslaugomis. Abiejų grupių palyginamoji rezultatų analizė atskleidė statistiškai patikimą ryšį vertinant pagalbos, kurios tikisi pacientai, šaltinius. Šeimos pagalbos sulaukti labiau viliasi pirmos grupės respondentai (64,0 proc., n=80), nei antrosios grupės (50,0 proc., n=19). Didesnė dalis pirmos grupės respondentų (15,2 proc., n=19) nei antros grupės respondentų (10,5 proc., n=4) pagalbos kreiptųsi į socialinį darbuotoją (17 lentelė).

17 lentelė. Pirmos ir antros grupės respondentų paskirstymas pagal tai, į koki artimiausią žmogų jie kreiptųsi pagalbos

	Artimiausias žmogus, į kurį gali kreiptis pagalbos	Iš viso
--	--	---------

Grupė	Šeima		Draugas		Kaimynas		Soc. darbuot.		Giminaitis		Nėra			
	abs.sk.	proc.	abs.sk.	proc.	abs.sk.	proc.	abs.sk.	proc.	abs.sk.	proc.	abs.sk.	proc.	abs.sk.	proc.
Pirma	80	64,0	5	4,0	6	4,8	19	15,2	1	0,8	14	11,2	125	100
Antra	19	50,0	1	2,6	8	21,1	4	10,5	0	0	6	15,8	38	100
Iš viso	99	60,7	6	3,7	14	8,6	23	14,1	1	0,6	20	12,3	163	100

$\chi^2 = 11,306$; lls = 5; p = 0,046

11,2 proc. pirmos grupės respondentų arba 8,5 proc. viso tirtų kontingento pareiškė neturintys į ką kreiptis pagalbos, todėl jiems, kol bus sukurta ambulatorinės slaugos sistema, turėtų būti sudarytos išimtinės galimybės neribotai tęsti hospitalizaciją slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigoje, papildomai apmokant išlaidas iš savivaldybės biudžeto. Ambulatorinės slaugos organizavimas dienos stacionare ar pacientų namuose taip pat būtų veiksminga priemonė sprendžiant lengvesnės sveikatos būklės pacientų postacionarinės slaugos klausimą.

8,8 proc. pirmos ir 2,6 proc. antros grupės Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių pacientų mano, jog jiems *yra būtina* bei atitinkamai 52,8 proc. ir 55,3 proc. *norėtų* pratęsti gydymąsi įstaigoje pasibaigus nustatytam 120 dienų laikotarpiui. Subjektyviai Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių pacientų išreikštas postacionarinės slaugos poreikis yra didelis.

58,3 proc. viso tiriamųjų kontingento yra vieniši (-os), 42 proc. - namuose gyvena vieni, 12,3 proc. neturi į ką kreiptis pagalbos ir 5,5 proc. visų tiriamųjų neturi kur grįžti po išrašymo. Tokie socialinių veiksnių sąlygoti tyrimo rezultatai turi įtakos tolimesnės postacionarinės slaugos poreikiui.

Pagal *Barthel* indekso ir Protinės būklės mini tyrimo rezultatus respondentus suskirsčius į dvi grupes paaiškėjo, jog postacionarinės slaugos poreikis Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės pacientams dėl jų objektyviai įvertintos sunkesnės sveikatos būklės yra didesnis nei kitų dviejų tyrime analizuotų įstaigų pacientams.

Objektyvesnis postacionarinės slaugos poreikio nustatymas ir/ar pirmumo išskyrimas turėtų vykti susumuojant paciento fizinių galimybių ir sugebėjimo savarankiškai veikti bei apsitarnauti (*Barthel indeksas*) įvertinimo duomenis su protinės veiklos funkcijų (MMSE) įvertinimo duomenimis.

Kadangi daugiau kaip pusė (60,7 proc.) Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigų pacientų gali tikėtis šeimos paramos, dar gydymosi ligoninėje periodu svarbu skirti didesnę dėmesį paciento artimųjų informavimui bei apmokymui, kaip rūpintis ligoniu po išrašymo.

5. IŠVADOS

1. Slaugos lovų skaičius Kauno mieste (275 lovos) išlieka nepakitęs nuo 2001m. ir gerokai atsilieka nuo Kauno apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo plane prognozuoto 386-407 lovų skaičiaus. Lovo funkcioavimo rodikliai Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse skiriasi atsižvelgiant į įstaigos kontingento sveikatos būklės sunkumą bei su tuo susijusį letalumą. Tai lemia ir nuoseklų vidutinės gulėjimo trukmės rodiklio mažėjimą Kauno slaugos ligoninėje, kai Kauno Raudonojo Kryžiaus bei K.Grinių slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse šis rodiklis nuolat didėja ir viršija bendrą Lietuvos slaugos lovų grupės vidutinę gulėjimo trukmę. Kauno slaugos ligoninėje stebimas išskirtinis lovos apyvartos rodiklio didėjimas (dėl papildomai finansuotų pristatomų lovų) ir jo priartėjimas prie Lietuvos lovos apyvartos rodiklio slaugos lovų grupėje (2003 m. atitinkamai 7,1 ir 6,9). Lovo apyvartos rodiklis Kauno Raudonojo Kryžiaus bei K.Grinių slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse nuosekliai mažėja dėl nepakankamo finansavimo ir išlieka gerokai mažesnis už Lietuvos lovos apyvartos rodiklį slaugos lovų grupėje.
2. Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių paslaugomis daugiausia naudojami pagyvenę asmenys (65 ir vyresni), tarp kurių vyrauja moterys, pagal išsimokslinimą - pradinio ir vidurinio išsilavinimo, pagal šeimos sudėtį – našliai arba našlės, nors jų dauguma turi vaikų (dažniausiai – du vaikus). Beveik kas antras pacientas namuose gyvena vienas, bet po išrašymo iš ligoninės tikisi sulaukti vaikų, giminių ar kitų asmenų dėmesio ir pagalbos. Didžioji dalis pacientų gyvena būstuose geromis buities sąlygomis, nors daugumos jų mėnesinės pajamos yra minimalios (250-500 Lt.).
3. Pusė Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių tirtų pacientų subjektyviai išreiškė būtinybę arba pageidavimą postacionarinei slaugai ir palaikomajam gydymui. Tolimesnės priežiūros poreikį didina socialiniai veiksniai: 58,3 proc. visų tiriamųjų pagal šeimyninę padėtį yra vieniši (-os), 42 proc. - namuose gyvena vieni, 72,4 proc. gauna minimalias pajamas ir 12,3 proc. – dar mažesnes, 12,3 proc. neturi į ką kreiptis pagalbos ir 5,5 proc. visų tiriamųjų neturi kur grįžti po išrašymo iš ligoninės.
4. Pagal suminius *Barthel* indekso ir Protinės būklės mini tyrimo rezultatus, objektyviai didesnę dalį (76,7 proc., n=125) slaugos ligoninės pacientų sudaro visiškai arba beveik visiškai priklausomi ir/arba turintys sunkų ir vidutinį kognityvinį sutrikimą. Likusieji (23,3 proc., n=38) pacientai yra vidutiniškai ar šiek tiek priklausantys bei nepriklausantys ir turintys lengvą kognityvinį sutrikimą ar be kognityvinio sutrikimo. 11,2 proc. pirmos grupės pacientų (8,5 proc. viso tirtų kontingento) neturi į ką kreiptis pagalbos po išrašymo iš ligoninės; jiems reikalinga tolesnė stacionarinė slauga.

6. REKOMEDACIJOS

1. Postacionarinės slaugos poreikis kiekvienoje Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje turi būti vertinamas atskirai, atsižvelgiant į ligoninės kontingentą ir jo sveikatos būklės sunkumą. Postacionarinei priežiūrai Kauno slaugos ligoninėje, kur pacientų būklė sunkiausia, reikėtų skirti pirmumą bei didesnes galimybes.
2. Gerinant slaugos paslaugų prieinamumą bei mažinant laukimo eiles sunkiausiems pacientams, ligoniai į Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigas turėtų būti stacionarizuojami diferencijuotai pagal jų sveikatos būklės sunkumą, kuriam nustatyti būtų taikomi objektyvūs testai: savarankiškumo įvertinimas pagal *Barthel* indeksą bei kognityvinių sutrikimų išaiškinimas Protinės būklės mini tyrimu.
3. Vidutiniškai ar šiek tiek priklausančių bei nepriklausančių (pagal *Barthel* indeksą) ir turinčių lengvą kognityvinį sutrikimą ar be kognityvinio sutrikimo (pagal Protinės būklės mini tyrimą) pacientų postacionarinę priežiūrą turėtų būti tęsiama bendruomenėje vystant namų slaugos paslaugas ar įkuriant dienos centrus.
4. Planuojant bei organizuojant postacionarinę slaugą būtina įvertinti pacientų savarankiškumo laipsnį bei kognityvinius sugebėjimus, kurie lemia paciento žinojimą apie ligą bei pagalbos, kurios tikisi pacientai šaltinius.
5. Kadangi daugiau kaip pusė (60,7 proc.) Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigų pacientų gali tikėtis šeimos paramos, dar gydymosi ligoninėje periodu svarbu skirti didesnę dėmesį paciento artimųjų informavimui bei apmokymui, kaip rūpintis ligoniu po išrašymo.

7. LITERATŪRA

1. Antroji PSO ministrų konferencija „Slauga ir akušerija Europoje“ (ataskaita). Pasaulinė Sveikatos Organizacija – 2001.
2. Čobotas M. Senyvo amžiaus žmonės// Gydytojų menas. – 2001, Nr. 11 (74), 2-3p.
3. Demografijos metraštis 2000, Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės, 2001, Vilnius.
4. Jurgaitienė I., Kiburytė V. Geriatrinė pagalba – sveikatos politikos podukra// Gydytojų menas. – 2001, Nr. 12 (75), 9-11p..
5. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklą 2001m. – Vilnius. 2002. - 78 p.
6. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklą 2002m. – Vilnius. 2003. - 77 p.
7. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklą 2003m. – Vilnius. 2004. - 81 p.
8. Lietuvos statistikos departamentas. Gyventojai ir socialinė statistika. Sveikata ir socialinė apsauga. <http://www.std.lt> (žiūrėta 2005 04 08)
9. LR Sveikatos sistemos įstatymas 1994 07 19, Nr.I-552; 1998 12 01, Nr.VIII-946, Vilnius// Valstybės žinios. – 1994, Nr.63-1231, - 1998, Nr. 112-3099.
10. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 80:2000 „Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė“, 2000 02 21, Nr.100, Vilnius//Valstybės žinios. – 2000 02 29, Nr.18.
11. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Slaugos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“, 2001 10 01, Nr. 513, Vilnius.
12. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Slaugos paslaugų, kurioms teikti būtina licencija, sąrašo patvirtinimo“, 2001 10 01, Nr.514, Vilnius.
13. LR Vyriausybės nutarimas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ 2003 03 18. Nr.335, Vilnius//Valstybės žinios. - 2003 03 21, Nr. 28.
14. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas. Kauno apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planas, 2003 12 22, Nr.V-754. //Valstybės žinios. – 2004 01 13, Nr.7.
15. Oniūnas V. Prienų rajono stacionariųjų priminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos ir postacionarinės slaugos poreikio įvertinimas. Magistro darbas, - Kaunas – 2003.
16. Pagyvenę žmonės Lietuvoje, Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės, 2000, Vilnius, 19-23 p.,
17. Petrauskienė A. Komandinio darbo prielaidos palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje. Slauga: teorija ir praktika, 2003, N.5, 16-19 p.
18. Slaugos praktikos įstatymas. Įstatymas/Nr. IX-413/, www.lrs.lt
19. Slauga priminėje sveikatos priežiūroje.- Vilnius: Charibdė, 1998.

20. Veiksmų planas po Miuncheno. Sveikatos priežiūros sistemoje dirbančių slaugytojų ir akušerių Deklaracijos įgyvendinimo metodiniai principai. Pasaulio Sveikatos Organizacijos Atstovybė Lietuvoje, 2001.
21. Brasch S. Palliative care – Looking back, taking stock, looking forward// Hospice information bulletin 2004, N.4 (2), p.6.
22. Clark R.F. Demographic trends and residential patterns in five countries. U.S. Department of Health and Human Services, 1995 (draft), <http://aspe.os.dhhs.gov/daltcp/reports/demotren.htm>, (žiūrėta 2004 05 28)
23. Courtright P. Creation of priority criteria for corneal transplantation and analysis of factors associated with surgery following implementation// *Canadian Journal of Public Health*. - 1997. - Vol. 88(5). - 320 p.
24. European study of long-term care expenditure. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG, grant number VS/2001/0272, PSSRU Discussion paper 1840, - 2003
25. Jacobzone St. Health and aging: international perspectives on long term care. ISUMA. – 2002, autumn. - Vol. 1 (2). – ISSN 1492-0611.
26. Koshy Ch. At home in palliative care: the Trivandrum experience// Hospice information bulletin 2004, N.4 (2), p.7.
27. Lucas C., Townsend C., Garland E. The great debate: single or shared rooms for patients in hospices?//Hospice information bulletin 2004, N.4 (2), p.5-6.
28. Mystakidou K Greece – palliative care developments//Hospice information bulletin 2004, N.4 (2), p.12.
29. Population Project of Lithuania 2000-2020. Vilnius:Lithuanian Institute of Philosophy and Sociology, Department of Statistics to the Government of the Republic of Lithuania; 1998.
30. Saunders C., Kubler-Ross E., Wald F. Hands across the water// Hospice information bulletin 2004, N.4 (2), p.8.
31. Stanley L. Wtkin. Gerontological Social work and the UN International Year of Older Persons. Journal of the NATIONAL Association of Social Workers//Social Work. – 1999, N.6, p.513.
32. Stoppelenburg A. Palliative care in the Netherlands// Hospice information bulletin 2004, N.4 (2), p.10-11.

PRIEDAI

1 priedas. Hospitalizavimo kriterijai. (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Lietuvos medicinos normos MN 80:2000 „Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė“. 2000 02 21, Nr.100.)

2 priedas. Prognozuojamo sveikatos priežiūros paslaugų poreikio pasiskirstymas Kauno apskrities savivaldybės 2005 m. (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2003 12 22, Nr.V-754. Kauno apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planas.)

3 priedas. Kauno apskrities prognozuojamo sveikatos priežiūros paslaugų poreikio patenkinimo užtikrinimas pagal savivaldybes 2005 m. ((LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2003 12 22, Nr.V-754. Kauno apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planas.)

4 priedas. Kauno apskrityje veikiančių ligoninių reorganizavimas 2003-2004 m. (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2003 12 22, Nr.V-754. Kauno apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planas.)

5 priedas. Tyrimo anketa.

6 priedas. *Bartel* indeksas paciento savarankiškumo pajėgumui vertinti.

7 priedas. Mini tyrimas MMSE (Mini-Mental State Exam) protinei paciento būklei vertinti.

8 priedas. Kauno miesto valdybos potvarkis Dėl Slaugos ligoninės atidarymo. 1993 03 09, Nr. 294-V.

9 priedas. Kauno apskrities viršininko administracijos įsakymas Dėl viešųjų įstaigų pavadinimo dalinio pakeitimo ir įstatų patvirtinimo, 2004 04 11, Nr. 02-2878.

10 priedas. Kauno apskrities viršininko administracijos įsakymas dėl Kauno apskrities tuberkuliozės gydymo įstaigų reorganizacijos projekto vykdymo, 2000 01 31, Nr. 02-729.

11 priedas. Palyginamosios duomenų analizės rezultatai (lentelės).

11.1. lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse

11.2. lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal šeimos narių užsiėmimą Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse.

11.3. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal tai, kur jie ketina grįžti po gydymosi Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse.

LENTELĖS

- 1 lentelė. Demografinių pokyčių ir pagyvenusių žmonių funkcinės priklausomybės, institucinės ir namų slaugos poreikio bei ilgalaikės priežiūros išlaidų projektinės ateities (2000-2050 m.) tendencijos [24].
- 2 lentelė. Stacionarinių lovų skaičius 2001-2003 m.
- 3 lentelė. Lovos funkcionavimo Lietuvos ir Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse 2001-2003 m. palyginimas.
- 4 lentelė. Lovos prastovos Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse 2001-2003 m. palyginimas.
- 5 lentelė. Vidutinės gulėjimo trukmės Lietuvos ir Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse 2001-2003 m. palyginimas.
- 6 lentelė. Lovos apyvartos rodiklių Lietuvos ir Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse 2001-2003 m. palyginimas.
- 7 lentelė. Letalumo rodiklių Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse 2001-2003 m. palyginimas.
- 8 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį ir amžių.
- 9 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal invalidumo pripažinimą skirtingose amžiaus grupėse.
- 10 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal tai, kas jais rūpinsis po išrašymo iš ligoninės.
- 11 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal pajamų rūšį.
- 12 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal pajamų dydį (Lt.).
- 13 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal laukimo laiką iki jie pateko į slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninę.
- 14 lentelė. Tiriamųjų paskirstymas pagal jų pageidavimą pratęsti gydymąsi slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje pasibaigus nustatytam maksimaliam 4 mėnesių terminui.
- 15 lentelė. Pirmos ir antros grupės respondentų paskirstymas trijose Kauno miesto slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse.
- 16 lentelė. Pirmos ir antros grupės respondentų paskirstymas pagal žinias apie ligą, kuria jie serga.
- 17 lentelė. Pirmos ir antros grupės respondentų paskirstymas pagal tai, į kokią artimiausią žmogų jie kreiptųsi pagalbos.

PAVEIKSLAI

- 1 pav. Tiriamųjų skaičius pagal tai, kokioje Kauno slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigoje jie gydėsi.
- 2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį.
- 3 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes.
- 4 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsimokslinimą.
- 5 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį.
- 6 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal tai, ar jie turėjo vaikų.
- 7 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal turimų vaikų skaičių.
- 8 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal tai, su kuo jie gyveno namuose.
- 9 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal narių skaičių jų šeimose.
- 10 pav. Tiriamųjų šeimos narių pasiskirstymas pagal užimtumą.
- 11 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal tai, į ką jie galėtų kreiptis pagalbos.
- 12 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal jų gyvenamąsias patalpas.
- 13 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal jų sveikatos būklės vertinimą (tiriamųjų nuomonė)
- 14 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal jų fizinio savarankiškumo įvertinimą *Barhel* indeksu. 15 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal Protinės būklės įvertinimą mini tyrimu MMSE (Mini-Mental State Exam)
- 16 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal jų savarankiškumo įvertinimą *Bartel* indeksu ir protinės būklės įvertinimą MMSE.