

MYKOLO RIOMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
VADYBOS IR POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

PAVEL POLENSKI

AMBULATORINIŲ SLAUGOS PASLAUGŲ NAMUOSE
TEIKIAMŲ KOMANDOS PRINCIPU VERTINIMAS VILNIAUS
RAJONE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovė
dr. G. Petronytė

VILNIUS

2022

TURINYS

ĮVADAS.....	6
1. AMBULATORINIŲ SLAUGOS PASLAUGŲ NAMUOSE SISTEMA LIETUVOJE	9
1.1. Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose politikos vystymasis Lietuvoje	9
1.2. Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose organizavimas Lietuvoje.....	16
1.3. Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose perspektyvos	22
2. AMBULATORINIŲ SLAUGOS PASLAUGŲ NAMUOSE ANALIZĖ EUROPOS ŠALYSE	32
3. AMBULATORINIŲ SLAUGOS PASLAUGŲ NAMUOSE TEIKIAMŲ KOMANDOS PRINCIPU VERTINIMAS	41
3.1. Tyrimo metodika ir organizavimas	41
3.2. Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas.....	43
3.2.1. Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimas poliklinikoje.....	43
3.2.2. Kliūtys, kylančios poliklinikoje teikiant ambulatorinių slaugos paslaugų namuose ir jų mažinimo galimybės	51
3.2.3. Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimas komandos principu	59
3.2.4. Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo Vilniaus rajone SSGG analizė	68
IŠVADOS.....	68
REKOMENDACIJOS.....	72
BIBLIOGRAFINIŲ ŠALTINIŲ SĄRAŠAS	73
ANOTACIJA	82
ANNOTATION	82
SANTRAUKA	83
SUMMARY	85
PRIEDAI	87

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. ASPN gavusių asmenų skaičius ir suteiktų paslaugų skaičius 2015–2020 m.

2 pav. Išlaikomo amžiaus žmonių koeficientai 2010–2050 m.

LENTELIŲ SĄRAŠAS

- 1 lentelė.* Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo vertinimas poliklinikoje
- 2 lentelė.* Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose finansavimo iš PSDF biudžeto vertinimas
- 3 lentelė.* Reikalingi pokyčiai poliklinikoje siekiant užtikrinti efektyvų ASPN teikimą
- 4 lentelė.* Problemos su kuriomis susiduriama teikiant ASPN
- 5 lentelė.* Problemų, su kuriomis susiduriama teikiant ASPN, galimi sprendimo būdai
- 6 lentelė.* Pagrindinės organizacinės kliūtys kylančios teikiant ASPN poliklinikoje
- 7 lentelė.* Priemonės reikalingos poliklinikoje siekiant užtikrinti efektyvų ASPN teikimą
- 8 lentelė.* ASPN komandos ir paciento šeimos gydytojo bendradarbiavimo vertinimas
- 9 lentelė.* ASPN teikimo Vilniaus rajone Stiprybių, silpnybių, grėsmių ir galimybių analizė

SANTRUPOS

BPG – Bendrosios praktikos gydytojas

EBPO - Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija

ES - Europos Sąjunga

LR - Lietuvos Respublika

NDNT - Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba

NVO - Nevyriausybinė organizacija

PAASPI - Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos

PSDF - Privalomojo sveikatos draudimo fondas

SADM - Socialinės apsaugos ir darbo ministerija

SAM - Sveikatos apsaugos ministerija

TLK - Teritorinė ligonių kasa

VLK - Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

IVADAS

Temos aktualumas: Vienas iš ryškiausių 21 amžiaus iššūkių ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse, tarp jų ir Lietuvoje, yra gyventojų senėjimas (United Nations, 2019). Demografinis senėjimas, nors ir yra vienas iš rodiklių parodančių šalies išsivystymo lygį, tačiau didėja socialinės apsaugos ir sveikatos priežiūros sistemų išteklių sąnaudos (United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2014). 2021 m. apie penktadalį Europos Sąjungos šalių (20,9 proc.) ir Lietuvos (20,1 proc.) gyventojų buvo vyresni nei 65 metų (Eurostat, 2021). Sparčiai augant senyvo amžiaus asmenų skaičiui kartu didėja globos ir priežiūros poreikis. Istoriskai neformalūs globėjai padėdavo ir rūpindavosi po gydymo ligoninėje grįžusiais ar pilnai negalinčiais užtikrinti savo savarankiškumo šeimos nariais. Gyvenimo stiliaus pokyčiai, emigracija, kuriamos mažesnės šeimos ir didėjantis moterų dalyvavimas darbo rinkoje sumažino galimybes teikti neformalią priežiūrą ligą ar negalią patiriantiems artimiesiems (Barrett, Hale ir Butler, 2014). Lietuvoje dėl skyrybų ir ankstyvos sutuoktinių mirties apie pusė (50,6 proc.) moterų vyresnių nei 65 m. gyvena vienos namų ūkyje (Eurostat, 2022). Dėl didėjančių finansinių kaštų skiriamų sveikatos priežiūrai Europos Sąjungos šalys nuosekliai mažina stacionarių lovų skaičių gydymo įstaigose, t.y., nuo 2009 iki 2019 m. Europos Sąjungos šalyse stacionarių gydymo lovų vidutiniškai sumažėjo 7,3 proc. (Eurostat, 2019). Mažėjant stacionaraus gydymo galimybėms, didėjant sveikatos priežiūros sistemų išteklių sąnaudoms šalys pradėjo ieškoti būtų kaip užtikrinti sveikatos priežiūros prieinamumą gyventojams.

Senėjimo pasekmes patiriančiose šalyse tapo aktualu vystyti sveikatos priežiūrą, kuri yra labiau orientuota į žmogų ir žmogaus išlaikymą namų aplinkoje. Valstybės buvo priverstos peržiūrėti ar teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos yra ekonomiškai efektyvios. Pradėta ieškoti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo būdų, kurie būtų lankstesni, adaptuojantys prie kylančių iššūkių ir besikeičiančios demografinės situacijos, o paslaugų teikimo mastas būtų lengviau pritaikomas prie paciento poreikių, paslaugos būtų teikiamos multidisciplininių specialistų (World Health Organization, 2015). Tinkamai taikant į paciento poreikius orientuotas slaugos paslaugas namuose, kai jų teikime dalyvauja skirtingų profilių specialistai siekiant išlaikyti asmenį kuo ilgiau savarankišką savo aplinkoje, sumažina hospitalizacijų tikimybę iki 12 proc., o pakartotinių hospitalizacijų dėl tos pačios priežasties net iki 20 proc. (Kudukytė-Gasperė ir Jankauskienė, 2014). Daugelis Europos šalių vysto slaugos paslaugų namuose arba integruotų paslaugų, kurios apima ir slaugos paslaugas namuose, teikimą. Šios paslaugos ne tik taupo sveikatos priežiūros lėšas, bet ir yra labiau priimtinos pacientams lyginant su institucine globa arba gydymu ligoninėje (Skučienė, Bartkus, Moskvina ir Uleckienė, 2015).

Lietuvoje slaugos paslaugos namuose pradėtos teikti nuo 2007 m. gruodžio 14 d. LR sveikatos apsaugos ministrui priėmus įsakymą Nr. V-1026 „Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ reglamentuojantį slaugos

paslaugų teikimo reikalavimus, pagrindinius jų organizavimo ir teikimo principus bei gavėjų nustatymo ir apmokėjimo tvarką. Ilgą laiką šios paslaugos buvo teikiamos kaip šeimos gydytojo komandos paslaugų dalis, o slaugos paslaugas namuose teikė su gydytoju dirbantis slaugytojas. Didėjant ambulatorinių slaugos paslaugų namuose poreikiui LR sveikatos apsaugos ministras 2020 m. birželio 2 d. priėmė įsakymą Nr. V- 1357 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymą Nr. V-1026 „Dėl Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ pakeitimo“, kurį įgyvendinant pradėtas vystyti ambulatorinių slaugos paslaugų namuose (toliau - ASPN) teikimas kaip nepriklausomas nuo šeimos gydytojo veiklos. Minėtas įsakymas leido ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimu užsiimti įstaigoms, kurios neteikia šeimos medicinos paslaugų, be to, supaprastino paslaugų teikimo procesą ir į ASPN komandą įtraukė papildomus specialistus – slaugytojo padėjėją ir kineziterapeutą. Pasikeitus ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimui iš slaugytojo teikiamų paslaugų į ASPN komandos teikiamas paslaugas pacientams tapo prieinamas didesnis spektras įvairių sveikatos priežiūros paslaugų orientuotų į paciento išlaikymą kuo ilgiau savarankišku savo aplinkoje.

Temos naujumas. Lietuvoje ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimas vis dar yra sąlyginai mažai tiriama sritis. Plačiau tyrinėjamas socialinių paslaugų teikimas namuose (Kurkienė, 2019; Smalcer, 2016; Šiaulienė, 2022) ir integralių paslaugų taikymas arba perspektyvos Lietuvoje (Danusevičienė, 2016; Kudukytė-Gasperė, Jankauskienė ir Štaras, 2012; Radžiuvienė, 2013). Atlikti slaugos paslaugų namuose tyrimai analizavo bendruomenės slaugytojų darbą teikiant slaugos paslaugas namuose (Jančauskaitė, 2017; Laurinavičiūtė, 2017; Mačiulaitienė, 2017). Temos naujumą galima pagrįsti tuo, kad nuo 2020 m. LR sveikatos apsaugos ministrui patvirtinus 2020 m. birželio 2 d. įsakymą Nr. V- 1357 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymą Nr. V-1026 „Dėl Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ pakeitimo“ nebuvo atlikta tyrimų, vertinančių kaip yra teikiamos ir su kokiomis kliūtimis susiduria ambulatorinės slaugos paslaugos namuose teikiantys specialistai kai į ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandą buvo įtraukti slaugytojo padėjėjai ir kineziterapeutai.

Šiame darbe vertinamos bendrosios praktikos slaugytojų, slaugytojų padėjėjų ir kineziterapeutų, kurie kartu sudaro ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandą, darbo sąlygos, slaugos paslaugų namuose teikimo kliūtys, atskleidžiami iššūkiai, kylantys tarp ASPN komandos narių. Tiriamas bendradarbiavimas tarp ASPN komandos ir pacientą gydančio šeimos gydytojo bei tarp ASPN komandos ir socialinių paslaugų namuose teikėjų.

Tyrimo objektas: ambulatorinės slaugos paslaugos namuose teikiamos komandos principu.

Tyrimo tikslas: išanalizuoti ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimą komandos principu Vilniaus rajone.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teisinį reglamentavimą Lietuvoje.
2. Įvertinti ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandos specialistų požiūrį į ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimą poliklinikoje.
3. Nustatyti pagrindines kliūtis, kylančias teikiant slaugos paslaugas namuose komandos principu.
4. Įvertinti ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandos specialistų bendradarbiavimą teikiant ambulatorines slaugos paslaugas namuose.
5. Atlikti ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikiamų komandos principu stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių analizę.

Tyrimo metodai. Mokslinės literatūros, teisės aktų ir dokumentų analizė, statistinių duomenų analizė, lyginamoji analizė. Atliktas kokybinis tyrimas – pusiau struktūruotas interviu, tyrimo duomenų analizė ir interpretavimas taikant tekstinio turinio kokybinę analizės metodą.

Darbo struktūra. Darbą sudaro trys pagrindinės dalys. Pirmoje dalyje analizuojamas ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teisinis reglamentavimas, ambulatorinių slaugos paslaugų namuose organizavimas Lietuvoje bei aptariami veiksniai turintys įtakos ambulatorinių slaugos paslaugų namuose vystymuisi ilgalaikėje perspektyvoje. Antroje dalyje analizuojama Europos šalių patirtis vystant ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimą. Trečioje dalyje vertinamas ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandos narių požiūris į ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimą poliklinikoje, siekiama nustatyti kliūtis su kuriomis susiduria ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandos teikiant šias paslaugas ir vertinamas bendradarbiavimas tarp ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandos narių.

1. AMBULATORINIŲ SLAUGOS PASLAUGŲ NAMUOSE SISTEMA LIETUVOJE

1.1 Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose politikos vystymasis Lietuvoje

Supratimas, kad slauga vyksta ne tik stacionarines paslaugas teikiančiose įstaigose buvo nuo pat Lietuvos nepriklausomybės atkūrimo. Pagrindinis įstatymas, reglamentuojantis sveikatos priežiūrą ir jos sistemą, yra Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas Nr. I-552, kuris buvo priimtas Lietuvos Respublikos seimo 1994 m. liepos 19 d. Šis įstatymas žmonių slaugą reglamentuoja kaip „Žmonės slaugomi namuose, kur jie gyvena, medicinos pagalbos, slaugos bei socialinės globos institucijose.“. Nors nuo Lietuvos sveikatos sistemos kūrimo ištakų buvo suprantama, kad slauga vysta ten, kur yra žmonės, kuriems slauga yra būtina, iki 2007 metų Lietuvoje slaugos paslaugos nebuvo teikiamos namuose. Asmenys, kurių sveikatos būklė reikalavo slaugos, galėjo jas gauti neformaliai – iš artimųjų, draugų ar kaimynų, arba stacionariai – palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėse, kuriose lovdieniai buvo apriboti iki 120 dienų per metus, nepriklausomai nuo asmens sveikatos būklės (Marcinkowska, 2010).

Sekant kitų šalių pavyzdžiu Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2006 m. spalio 17 d. priėmė nutarimą Nr. 1020 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006–2008 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo“ kuriuo nurodytose įgyvendinimo priemonėse įpareigojo Sveikatos apsaugos ministeriją parengti ir patvirtinti slaugos paslaugų ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimus. Tai buvo pirmasis reikšmingas žingsnis įteisinant slaugos paslaugas namuose kaip vieną iš esminių PAASP grandies funkcijų.

2007 m. gruodžio 14 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras pasirašė įsakymą Nr. V-1026 „Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ (toliau – Aprašas), kuris reglamentuoja pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikiančių įstaigų arba jų padalinių, teikiančių slaugos paslaugas namuose, socialinės globos įstaigose veiklą. Apraše nurodomi pagrindiniai slaugos paslaugų namuose tikslai, uždaviniai, paslaugų organizavimo ir teikimo bei jų apmokėjimo tvarka, taip pat jame nurodyti paslaugų gavėjams taikomi reikalavimai. Apraše numatyta, kad paslaugas savarankiškai teikia bendruomenės slaugytojas bendradarbiaujant bei dirbant komandoje su kitais asmens sveikatos priežiūros specialistais, socialiniais darbuotojais, jų padėjėjais bei kitų sričių specialistais organizuoja ir įgyvendina slaugą pacientų namuose (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2007). Sprendimas leisti teikti slaugos paslaugas namuose tik bendruomenės slaugytojams buvo trumpalaikis. Dėl mažų įkainių ir specialistų galinčių teikti šias paslaugas trūkumo 2009 metais iš Vilniaus teritorinės ligonių kasos asignuotų 5,135 mln. litų slaugos paslaugoms namuose apmokėti buvo panaudota tik 1,384 mln. litų.

Tai reiškia, kad buvo suteikta tik ketvirtadalis planuotų suteikti paslaugų namuose tais metais (Vilniaus teritorinė ligonių kasa, 2009). 2009 m. sausio 22 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-23 Aprašas buvo pakeistas leidžiant slaugos paslaugas namuose teikti bendrosios praktikos slaugytojams turintiems galiojančią licenciją (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2009). Tai leido didesniai specialistų skaičiui teikti paslaugas, o mažesnėms sveikatos priežiūros įstaigoms naudoti slaugytojus dirbančius su šeimos gydytoju dalį dienos teikiant paslaugas namuose.

Slaugos paslaugų, kurios buvo teikiamos namuose apmokėjimas nuo Aprašo priėmimo susidarė iš dviejų paslaugų tipų, tai Apraše nurodytos slaugos paslaugos namuose ir sveikatos priežiūros paslaugos į namus neįgaliesiems. Slaugos paslaugos namuose apibrėžtos kaip paslaugos, kurios buvo apmokamos ne daugiau kaip už 5 kiekvienos rūšies procedūras per kalendorinius metus. Tokių procedūrų rūšių nurodyta trys: kraujo paėmimas tirti, pragulų priežiūra ir lašelinė infuzija. Į paslaugos kainą įskaičiuojama vienkartinė priemonių, išskyrus vaistų bei infuzinių tirpalų, kaina. Skyrėsi paslaugų įkainiai mieste ir kaime (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2007). Sveikatos priežiūros paslaugos į namus neįgaliesiems reglamentuotos ir apmokamos buvo ne kaip dalis ASPN paslaugų, o kaip dalis bazinių PAASPI paslaugų pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymą Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“. Sveikatos priežiūros paslaugos į namus neįgaliesiems galima buvo suteikti ne daugiau kaip 12 gydytojo ir 12 slaugytojo vizitų į namus per kalendorinius metus pas neįgalius pacientus, kuriems yra nustatytas nuolatinis slaugos poreikis arba visiškai negalia. Šios 12 paslaugų išliko iki dabar. Priklausomai nuo asmens sveikatos būklės ir Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos vertinimo, galimų vizitų į namus skaičius galėjo svyruoti nuo 12 iki 27 per metus.

Dar 2011 metais S. Šileikaitės ir kt. atliktame tyrime, kuriame analizuotas slaugos paslaugų teikimas modernizavimo metu VšĮ Centro poliklinikoje, nustatyta, kad PSDF biudžeto skiriamos lėšos neatitinka realių sąnaudų, kurias patiria įstaiga teikiant slaugos paslaugas namuose. Autorė šį sąnaudų ir gaunamų pajamų nesutapimą pažymi kaip vieną iš pagrindinių priežasčių, kodėl PAASP tuo metu nebuvo suinteresuotos teikti slaugos paslaugų pacientams namuose (Šileikaitė ir Kudukytė-Gasperė, 2011).

Žymių pokyčių ASPN teisiniame reglamentavime nebuvo iki 2011 metų. Tuomet teisė teikti paslaugas namuose buvo suteikta psichikos sveikatos slaugytojams, savarankiškai arba vykdant šeimos gydytojo ar psichiatro rekomendacijas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2011).

Kitas svarbus pokytis teikiant ASPN įvyko 2015 metais siekiant optimizuoti paslaugų teikimo procesą ir supaprastinti paslaugų apmokėjimo tvarką. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. gruodžio 18 d. įsakyme Nr. V-1473 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro

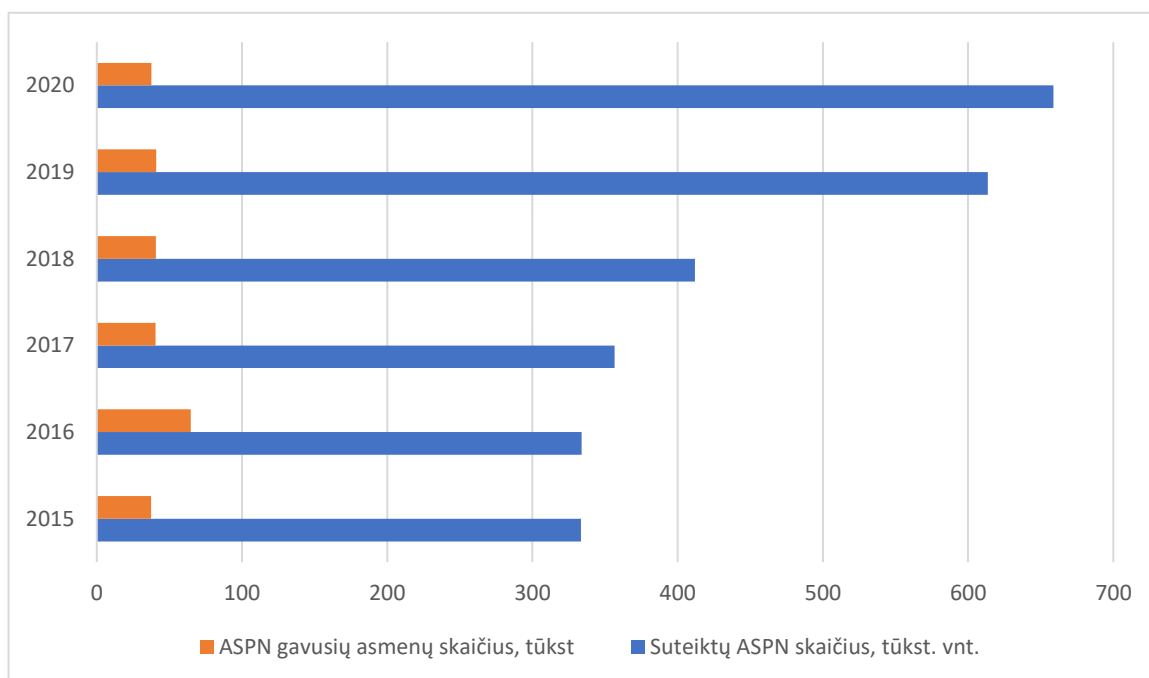
2007 m. gruodžio 14 d. įsakymą Nr. V-1026 „Dėl Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ pakeitimo“ pirmą kartą pradėta vartoti sąvoka ambulatorinės slaugos paslaugos namuose, vietoje prieš tai naudotos sąvokos slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose.

2015 m. gruodžio 18 d. įsakyme Nr. V-1473 atsirado reikalavimas įstaigoms norinčioms teikti paslaugas namuose turėti ASPN licenciją, kurią išduoda Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM, kai įstaiga atitinka visus reikalavimus verstis šia veikla. Iki 2016 metų įstaigai reikėjo turėti licenciją verstis asmens sveikatos priežiūros veikla ir teikti licencijoje nurodytas bendruomenės, bendrosios praktikos ar psichikos sveikatos slaugos paslaugas, o reikalavimo turėti atskirą ASPN licencijai nebuvo. Toks pokytis leido užtikrinti, kad visos įstaigos teikiančios ASPN turi reikalingą įrangą, patalpas ir personalą teikti šias paslaugas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2015).

Taipogi 2015 m. gruodžio 18 d. įsakyme Nr. V-1473 buvo išplėstas ASPN gavėjų ratas. Prie asmenių, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis, prisidėjo asmenys su specialiais nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikiais, asmenys, kuriems dėl somatinių ligų nustatytas Bartelio indeksas yra tarp 20 ir 61 balo bei asmenys, kuriems atlikta tracheostoma ar gastrostoma ir būtinas gleivių išsiurbimas iš kvėpavimo takų (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2015). Toks pokytis buvo lauktas ir reikalingas, nes įtraukė didelį gavėjų kiekį, kuriems ASPN paslaugos buvo reikalingos, bet nustatant specialiuosius poreikius jiems nebuvo nustatomas nuolatinės slaugos poreikis. Tokį poreikį patvirtina 2013 metais atliktas R. Stasiukaitienės tyrimas, kuriame respondentai pabrėžė specialiųjų poreikių nustatymo proceso spragas, tokias kaip nustatymo trukmę ir didelį biurokratinį mechanizmą dėl kurio asmenys turintys poreikį gauti ASPN jų negaudavo (Stasiukaitienė, 2013).

2015 m. gruodžio 18 d. įsakymas Nr. V-1473 taip pat supaprastino ASPN teisinį reglamentavimą. Slaugos paslaugų namuose kiekių, apmokėjimo tvarkos iš PSDF biudžeto reglamentavimas buvo perkeltas iš Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ į ASPN reglamentuojantį 2007 m. gruodžio 14 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras pasirašė įsakymą Nr. V-1026 „Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ 2016 m. liepos 1 d. suvestinė redakcija. Buvo palengvintas paslaugų teikimas, leidžiant suteikti 20 ASPN per metus vienam asmeniui, nepriklausomai nuo paslaugos rūšies. Pažymėtina, kad tai padidino apsilankymų skaičių kai kuriems asmenims, kuriems buvo poreikis gauti tik vienos rūšies ASPN (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2016). ASPN kiekis vienam asmeniui 2017 m. gruodžio 22 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-1498 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl

Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ buvo padidintas iki 24 per metus bei papildomai leista teikti po ne daugiau kaip 10 ASPN, jei šios paslaugos suteikiamos per 30 dienų po kiekvieno išrašymo iš stacionaro. Šis pokytis leido geriau rūpintis asmenimis grįžusiais po hospitalizacijų užtikrinant gydymo tęstinumą ir priežiūrą asmeniui grįžtant prie savarankiško gyvenimo. Jau kitais metais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. lapkričio 28 d. įsakymu Nr. V-1363 “ Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ ASPN kiekis buvo padvigubintas iki 52 ASPN per metus. Tai reiškė, kad asmuo galėjo gauti bent po 4 paslaugas per mėnesį, palyginimui, prieš tai buvo galimybė gauti tik dvi paslaugas per mėnesį. Dar po metų 2019 m. gruodžio 11 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-1423 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ ASPN kiekis buvo vėl padvigubintas, t.y. iki 104 paslaugų vienam asmeniui per metus. Toks iš PSDF biudžeto apmokamų paslaugų namuose kiekis turėjo leisti ASPĮ geriau užtikrinti paslaugų prieinamumą ir tęstinumą. Remiantis VLK duomenimis 2019 metais faktiškai suteiktų paslaugų skaičius padvigubėjo lyginant su 2017 metais (2 pav.). 2020 metais matomas suteiktų paslaugų augimo sulėtėjimas bei sumažėjęs ASPN gaunančių asmenų skaičius, tam didžiausią įtaką turėjo SARS-CoV-2 viruso protrūkis ir su pandemija susiję ribojimai.



1 pav. ASPN gavusių asmenų skaičius ir suteiktų paslaugų skaičius 2015–2020 m.

Cituota iš Valstybinė ligonių kasa, 2021

Iki šiol didžiausias pokytis reglamentuojant ASPN įvyko 2020 m. birželio 2 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministru priėmus įsakymą Nr. V-1357 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. Jame nustatyti nauji reikalavimai įstaigoms norinčioms gauti ASPN licenciją, o jau teikiančios įstaigos turėjo pakartotinai atitikti naujos licencijos reikalavimus. Kur išplėsta kaip ASPN yra užtikrinamas ASPĮ pacientams, įstaigoms leista užtikrinti šių paslaugų teikimą pasirašant paslaugų teikimo sutartis. Tai vienas svarbesnių ASPN organizavimo politikos pokyčių, nes leidžia verslui kurti siauro paslaugų profilio įmones, kurios specializuojasi tik ASPN teikime.

Minėtas 2020 m. birželio 2 d. įsakymas Nr. V-1026, nurodė minimalią ASPN komandos sudėtį. Komanda susideda iš dviejų pilnu etatu dirbančių slaugytojų, dviejų pilnu etatu dirbančių slaugytojo padėjėjų ir vieno pilnu etatu dirbančio kineziterapeuto. Verta pažymėti, kad nuo ASPN reglamentavimo pradžios 2007 metais Apraše buvo minimas bendradarbiavimas su kitais asmens sveikatos priežiūros specialistais, socialiniais darbuotojais ir jų padėjėjais, taip pat jame buvo pažymėta, kad ASPĮ vadovas gali papildomai steigti slaugytojo padėjėjo etatą paslaugoms namuose (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2007). Visų šių specialistų darbo laikas nebuvo apmokamas papildomai iš PSDF biudžeto, skirto ASPN paslaugoms teikti, o Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2005 m. birželio 30 d. įsakyme Nr. 1K-81 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos programose numatytų paslaugų, už kurias mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatoriaus patvirtinimo“ paslaugos buvo įvardijamos kaip savarankiškos slaugytojo paslaugos. 2020 m. birželio 2 d. įsakyme Nr. V-1026 nurodytas apmokėjimas už ASPN komandos paslaugas, nepriklausomai nuo paslaugą suteikiančio specialisto specialybės ar paslaugos rūšies. Iki tol apmokamos paslaugos buvo teikiamos slaugytojų ir skirstomos į rūšis, nuo to priklausė paslaugos apmokėjimo koeficientas. Šių specialistų visavertis įtraukimas į ASPN komandą pacientams leidžia gauti žymiai didesnę paslaugų namuose spektrą, o įstaigoms racionaliau planuoti ASPN veiklą, siunčiant pas pacientą tą specialistą, kurio paslaugų labiausiai reikia.

2020 m. birželio 2 d. įsakyme Nr. V-1026 detalčiau buvo nustatyti ASPN teikimo terminai, bendradarbiavimas su paciento šeimos gydytoju ir socialines paslaugas teikiančiomis įstaigomis, patobulintas paciento sveikatos būklės vertinimo ir poreikių nustatymo klausimynas, taip pat paciento slaugos ir priežiūros planai. Atsirado reikalavimas sudaryti socialinių paslaugų teikimo sutartį su savivaldybe bei įstaiga aptarnaujančia pacientą. Taipogi ASPN teikiančios įstaigos privalo sudaryti paslaugų teikimo sutartį dėl ambulatorines paliatyvios paslaugos. Tai yra svarbūs pokyčiai vystant integralių paslaugų teikimo, kai asmuo iš vienos įstaigos galėtų gauti visas jam reikalingas paslaugas namuose - nuo socialinių paslaugų iki paliatyvios pagalbos. Pastebėtina tai, kad ASPN slaugytojai ne

koordinuoja socialinių bei paliatyvių paslaugų, o tik informuoja tas paslaugas teikiančias įstaigas apie poreikį.

Pagal 2020 m. birželio 2 d. įsakyme Nr. V-1026 nurodytą tvarką įstaigoms buvo suteikti 1 metai atnaujinti licencijas, bet dėl žymių inventoriaus, procesų, personalo pokyčių ir pandemijos sukeltų ribojimų, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2021 m. kovo 3 d. įsakymu Nr. V- 431 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. birželio 2 d. įsakymo Nr. V-1357 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ pakeitimo“ šis terminas buvo prailgintas iki 2022 m. sausio 1 d.

2022 m. birželio 29 d. buvo patvirtintas ilgai lauktas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1168 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. Šis pokytis ASPN teikime, paslaugų namuose poreikio nustatymą atsiėjo nuo NDNT specialiųjų poreikio vertinimo. Pagal aukščiau minėtame įsakyme išdėstytą tvarką slaugos paslaugų poreikį nustato su paciento šeimos gydytoju dirbantis slaugytojas naudodamasis sukurtu Slaugos paslaugų poreikio vertinimo klausimynu. Tai supaprastina ASPN gavimo procesą ir sutrumpina paciento laukimą nuo poros mėnesių iki poros dienų. Toks pokytis buvo rekomenduojamas ASPN tvarką analizuojančių specialistų kurį laiką. Dar 2010 metais R. Jurkonienė ir kt. straipsnyje apie APSN vertinimo kriterijus kritikavo NDNT vertinimo procesą ir teigė, kad paciento slauga turėtų būti planuojama slaugytojo, vertinant paciento poreikius pagal gyvybines veiklas. Taip pat su nauju slaugos poreikio vertinimu atsirado trys ASPN gavėjų grupės, kuriose nurodyta kiek asmuo gali gauti paslaugų namuose:

- 52 apsilankymus per metus pas vieną ASPN gavėją, kuriam nustatytas mažas slaugos paslaugų poreikis;

- 156 apsilankymus per metus pas vieną ASPN gavėją, kuriam nustatytas vidutinis slaugos paslaugų poreikis;

- 260 apsilankymų per metus pas vieną ASPN gavėją, kuriam nustatytas didelis slaugos paslaugų poreikis (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2022).

260 apsilankymų per metus pas vieną pacientą yra daugiau nei dvigubai didesnis skaičius apsilankymų, palyginus su skaičiumi, kuris buvo leistinas iki 2022 m. birželio 29 d. įsakymo pakeitimo ir daugiau kaip dešimt kartų daugiau paslaugų negu pradėjus teikti ASPN paslaugas Lietuvoje. Toks paslaugų skaičius leidžia sunkiausiems pacientams užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugas jo namuose 5,4 dienas per savaitę.

Papildomai atsirado reikalavimas įstaigoms teikti ASPN paslaugas kiekvieną dieną tarp 8 - 20 valandos ir reikalavimas užtikrinti paslaugas po darbo valandų ir savaitgaliais (Lietuvos Respublikos

sveikatos apsaugos ministras, 2022). Šis pakeitimas seka Europos šalių pavyzdžiu, kuriose paslaugos namuose teikiamos visą parą be išėginių dienų. ASPN paslaugos bus geriau pritaikomos prie asmens poreikių ir rutinos, vietoj asmens taikymosi prie ASPN teikėjų galimybių. ASPN teikiamos paslaugos derinamos su socialinių paslaugų teikimu gali užtikrinti formalią asmens priežiūrą kasdien.

ASPN politikos ateitis perspektyvos

2022 m. birželio 30 d. LR seimas pritarė sveikatos priežiūros įstaigų tinklo reformai. Reformos pagrindinė priežastys – „Pernelyg didelis šeimos gydytojų darbo krūvis, per mažai dėmesio ligų prevencijai, konkrečiam paciento atvejui. Mes turime puikius medikus, bet su gydymo įstaigų valdysena yra tikrai negerai. Lietuvos sveikatos priežiūros sistema ir toliau pernelyg sutelkta į ligonines“ (Trembo, 2022). Vienas iš šios reformos tikslų yra sukurti sveikatos centrus, kurie teiks ilgalaikės priežiūros paslaugas į kurias bus įtrauktos ambulatorinės slaugos paslaugos, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos stacionare, paliatyviosios pagalbos paslaugos ir socialinės paslaugos (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2021).

Toks paslaugų teikimo modelis, kai visos slaugos ir socialinės pagalbos paslaugos užtikrinamos iš vieno tiekėjo dažnai literatūroje įvardijamos integraliomis paslaugomis (World Health Organization, 2015). 2012 m. liepos 20 d. LR socialinės apsaugos ir darbo ministras priėmė įsakymą Nr. A1-353 „Dėl integralios pagalbos plėtros programos patvirtinimo“, kuriuo buvo siekiama suteikti slaugos ir socialines paslaugas asmenims su negalia ir senyvo amžiaus asmenims jų namuose bei konsultuoti šeimos narius prižiūrinčius tokius asmenis. Pagal šią programą 2013-2015 m. buvo teikiamos pilotinės integralios pagalbos paslaugos 21 savivaldybėje, o finansavimas skirtas iš Europos sąjungos fondų lėšų („Eurointegracijos projektai“, 2015). Nors projektas buvo vertinamas palankiai, tolimesnis bendradarbiavimas tarp SAM ir SADM nebuvo vystomas dėl komplikuo to sveikatos priežiūros paslaugų ir socialinių paslaugų finansavimo iš skirtingų šaltinių.

Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo reforma šiuo metu yra vykdoma, iš visuomenės ir suinteresuotų grupių priimami klausimai ir išvalgos, todėl dar per anksti nustatyti kada Lietuvoje bus pereita nuo atskirai teikiamų ambulatorinių slaugos, socialinių, paliatyvių paslaugų namuose teikimo prie gyventojams patogesnio ilgalaikės priežiūros modelio, kai viena įstaiga teikia visas reikiamas paslaugas. Vienos įstaigos koordinavimas ar organizavimas, kurios paslaugos labiausiai reikalingos asmeniui, siekiant išlaikyti jį kuo ilgiau savo namuose, yra svarbus žingsnis palaikant ir gerinant visuomenės sveikatą.

1.2 Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose organizavimas Lietuvoje

Organizuojant ASPN teikimą turi būti užtikrinamas ne tik gydomųjų procedūrų tokių kaip žaizdų priežiūra, infuzinių sistemų pajungimas, injekcijų atlikimas ar diagnostinių tyrimų paėmimas, bet pasirūpinama, kad teikiama pagalba būtų kompleksiška, paremta visų gyvybinių veiklų priežiūra ir gerinimu (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2007). Paslaugų teikimas turi būti paremtas bendradarbiavimu su pačiu pacientu ir jo aplinkos žmonėmis, o darbas organizuojamas ne tik įstaigos viduje, bet ir tarp institucijų. 2007 m. gruodžio 14 d. buvo pradėtos teikti slaugos paslaugas namuose, LR sveikatos apsaugos ministrui patvirtinus įsakymą Nr. V-1026 „Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ buvo išskelti tikslai pagerinti pacientų gyvenimo kokybę, išsaugoti jų savarankiškumą gyvenamojoje aplinkoje skatinant jų savirūpą. Šie tikslai išlieka aktualūs, nes ASPN paslaugos yra geriau išvystytos, žymiai geriau prieinamos ir teikiant jas įtraukiama daugiau specialistų. Svarbu ir tai, kad pradėta vystyti gaudesnę bendradarbiavimą tarp skirtingų paslaugų teikėjų, kaip socialinės paslaugos ar paliatyvi pagalba.

Pagal šiuo metu galiojantį LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymą Nr. V-1026 „Dėl ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ suvestinė redakcija nuo 2022 m. rugsėjo 1 d., (toliau – Aprašas), reglamentuoja ASPN paslaugų teikimo reikalavimus, pagrindinius jų organizavimo ir teikimo principus bei gavėjų nustatymo ir apmokėjimo tvarką. Apraše numatyta, kad visos PAASP įstaigos privalo užtikrinti ASPN paslaugų teikimą prie įstaigos prisirašiusiems gyventojams pačioms teikiant šias paslaugas arba užtikrinant jas pagal paslaugų teikimo sutartį su kita sveikatos priežiūros įstaiga. ASPN paslaugos yra teikiamos specialistų komandos į kurią įeina bendruomenės ir (ar) bendrosios praktikos, ir (ar) išplėstinės praktikos, ir (ar) psichikos sveikatos slaugytojai, slaugytojų padėjėjai ir kineziterapeutai, o paliatyvios pagalbos bei socialinės paslaugos užtikrinamos bendradarbiaujant su kitomis įstaigomis pagal bendradarbiavimo sutartis (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2007).

Įsigaliojus LR sveikatos apsaugos ministro 2022 m. birželio 29 d. įsakymui Nr. V-1168 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“, kuriame kardinaliai pakeitė kaip ASPN yra nustatomi gavėjai, tai pakeitė ne tik paslaugų organizavimą, bet ir paciento kelią norint gauti šias paslaugas. Iki minėto įsakymo Nr. V-1168 pakeitimo slaugos paslaugos namuose buvo teikiamos:

- vaikams, kuriems nustatytas nesavarankiškumo lygis ir pripažintas sunkus ar vidutinis neįgalumo lygis;

- suaugusiems asmenims, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis arba pirmo lygio specialusis nuolatinės priežiūros poreikis;
- senyvo amžiaus asmenims, sergantiems lėtinėmis ligomis ir ar asmenims, kuriems nustatytas Bartelio indeksas iki 61 balo. Bartelio indeksą nustato pacientą gydantis gydytojas arba šeimos gydytojas, arba slaugytojas;
- pacientams po gydymo stacionare, kuriems dėl somatinių ligų ir pažeidimų nustatytas bendras funkcinis sutrikimas įvertintas Bartelio indeksu iki 61 balo;
- pacientams, kuriems yra atlikta tracheostoma ar gastrostoma ir būtinas gleivių išsiurbimas iš kvėpavimo takų.

Neįgalumo lygį, nuolatinės slaugos poreikį ir nuolatinės priežiūros poreikį pagal kuriuos didžioji dalis ASPN gavėjų gauna šias paslaugas yra nustatomi Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau - NDNT). Ši tarnyba vertina asmens funkcionavimą ir savarankiškumą ir nustato:

- pirmo lygio slaugos poreikį - nustatomas asmeniui, kuriam dėl pastovaus, negrįžtamo organizmo funkcijų sutrikimo išsivysto negalia, visiškai apribojanti jo savarankiškumą, galimybes orientuotis, judėti, ir kuriam reikalinga nuolatinė 8 valandų per parą ar ilgesnės trukmės slauga;
- antrojo lygio slaugos poreikį - nustatomas asmeniui, kuriam dėl pastovaus, negrįžtamo organizmo funkcijų sutrikimo išsivysto negalia, žymiai apribojanti jo savarankiškumą, galimybes orientuotis, judėti, ir kuriam reikalinga nuolatinė 6–7 valandų per parą slauga;
- pirmojo lygio nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis - nustatomas asmeniui, kuriam dėl pastovaus, negrįžtamo organizmo funkcijų sutrikimo išsivysto negalia, iš dalies apribojanti jo savarankiškumą ir dalyvavimą visuomenės gyvenime, ir kuriam reikalinga nuolatinė 4–5 valandų per parą kitų asmenų teikiama pagalba;
- antrojo lygio nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikį - nustatomas asmeniui, kuriam dėl pastovaus, negrįžtamo organizmo funkcijų sutrikimo išsivysto negalia, nežymiai apribojanti jo savarankiškumą ir dalyvavimą visuomenės gyvenime, ir kuriam reikalinga nuolatinė ne ilgesnė negu 3 valandų per parą atliekama priežiūra (pagalba) (Dėl Specialiojo nuolatinės slaugos, specialiojo nuolatinės priežiūros (pagalbos), specialiojo lengvojo automobilio įsigijimo ir jo techninio pritaikymo išlaidų kompensacijos poreikių nustatymo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2018).

Nustačius nuolatinės slaugos arba priežiūros poreikį, asmuo įgyja teisę į ASPN, socialinę pagalbą bei gauna tikslines finansines kompensacijas.

Autoriai analizuojantys slaugos ir socialinių paslaugų namuose teikimą Lietuvoje dažnai pastebi, kad vienas iš sisteminių veiksnių ribojančių paslaugų prieinamumą yra ilgai užtrunkantis ir per daug biurokratizuotas poreikių nustatymo procesas. Procesas gali užtrukti savaites, kai paslaugos asmeniui

reikalingos iškart. Sudėtingesniais atvejais, kai nepakanka informacijos apie asmens sveikatos būklę, dėl klaidingai supildytų dokumentų ar gydytojo klaidos paruošiant siuntimus, procesas gali užsitęsti iki poros mėnesių. (Junevičienė, 2020; Stasiukaitienė, 2013; Urbietė, 2020).

Urbietė (2020) pastebi, kad sugriežtėjus specialiųjų nuolatinės slaugos ir specialiųjų nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikių nustatymo tvarkai nuo 2012 iki 2017 m. kasmet mažėjo pensinio amžiaus asmenų, kuriems nustatomas nuolatinės slaugos ar priežiūros poreikis. Nuo 2012 m. iki 2017 m. kasmet matomas stabilus po beveik 1000 asmenų abiejų poreikių nustatymo mažėjimas, t.y. nuo 18837 iki 11204 asmenų, kuriems nustatytas nuolatinės slaugos poreikis ir nuo 18038 iki 10618 asmenų, kuriems nustatytas nuolatinės priežiūros poreikis. Vertinant NDNT pateiktus duomenis 2017-2020 m. nustatytų poreikių skaičius stabilizavosi, per metus nustatoma vidutiniškai po 11 tūkst. kiekvienos rūšies poreikių (Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba, 2021). Tokios tendencijos neramina, nes remiantis 2020 m. Lietuvos statistikos departamento atlikto tyrimo duomenimis, gyventojų sergančių lėtinėmis ligomis skaičius augo tarp 2014 ir 2019 m., bet nustatytų nuolatinės slaugos ir nuolatinės priežiūros poreikių skaičius per šį laikotarpį sumažėjo (Lietuvos statistikos departamentas, 2020).

LR sveikatos apsaugos ministro 2022 m. birželio 29 d. įsakymu Nr. V-1168 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“, pakeitus ASPN teikimo nustatymo tvarką visiems asmenims nepriklausomai nuo NDNT nustatytų poreikių yra pildomas Slaugos poreikių vertinimo klausimynas, kuriuo yra vertinami tokie paciento aspektai kaip: savirūpa, valgymas ir gėrimas, asmens higiena ir rengimasis, regėjimas, klausa, judėjimas ir transportavimas, judesių koordinacija, pusiausvyra, orientacija, bendravimas, vaistų vartojimas, gyvenamosios vietos aplinkos pritaikymas, specialistų pagalba. Atsakymai į klausimus turi priskirtas vertes, pagal kurių sumą yra nustatomi asmens ASPN poreikiai. Asmens slaugos poreikiai skirstomi taip:

- **Iki 14 balų** – ambulatorinės slaugos paslaugų namuose poreikio nėra;
- **15–35 balai** – mažas ambulatorinės slaugos paslaugų namuose poreikis, reikalinga laikina slauga namuose;
- **36–54 balai** – vidutinis ambulatorinės slaugos paslaugų namuose poreikis, reikalinga nenuolatinė slauga namuose;
- **55 ir daugiau balų** – didelis ambulatorinės slaugos paslaugų namuose poreikis, reikalinga nuolatinė slauga namuose, rekomenduojama slauga stacionare.

Esminis pokytis ASPN paskyrime ir paciento poreikių vertinime yra šios teisės perdavimas šeimos gydytojui ir su juo dirbančiam slaugytojui. Nors pokytis yra naujas ir tyrimai, kaip praktikoje vyksta vertinimas, ar kokią įtaką tai daro paslaugų prieinamumui dar nėra atlikti, tačiau vertinimo modelis, kuriame paciento poreikius nustato pacientą prižiūrintis slaugytojas buvo rekomenduojamas dar 2010

metais. Pagrindinė priežastis kodėl rekomendavo tokį pokytį buvo supratimas, kad asmenį slaugantis slaugytojas geriausiai gali įvertinti asmens fizinę, emocinę ir socio-ekonomę būklę bei koks pagalbos poreikis yra reikalingas (Jurkuvienė ir Rupkuvienė, 2010).

Šiuo metu asmuo, kuriam yra būtinos ASPN, turi kreiptis į savo šeimos gydytoją, kad jam būtų nustatyti slaugos paslaugų poreikiai pagal Slaugos paslaugų poreikio vertinimo klausimyną. Klausimyną pildo ir pacientą vertina su šeimos gydytoju dirbantis slaugytojas pakvietęs asmenį į gydymo įstaigą arba esant galimybei nuvykęs pas pacientą į namus. Nustačius mažą, vidutinį ar didelį slaugos poreikį šeimos gydytojas išrašo siuntimą gauti ASPN. Apie siuntimą ir atsiradusį ASPN poreikį atsakingas asmuo informuoja ASPN teikiančią komandą, jeigu šios paslaugos teikiamos toje pačioje įstaigoje, arba ASPN teikiančią įstaigą. Pagal nustatytus terminus pirmasis ASPN slaugytojo apsilankymas įvyksta per 1-5 dienas nuo informacijos gavimo, skubiais atvejais laikas sutrumpėja iki 24 valandų. Kaip matoma iš proceso, tarp kreipimosi pas šeimos gydytoją iki pirmosios paslaugos gavimo namuose gali praėti mažiau negu viena diena, o pacientui ar jo atstovui reikia kreiptis tik į vieną įstaigą.

Kiek pacientas gaus paslaugų namuose per metus priklauso nuo jo poreikių vertinimo pagal Slaugos paslaugų poreikio vertinimo klausimyną. Asmenys, kuriems nustatytas mažas poreikis gauna iki 52 ASPN komandos narių apsilankymų per metus, su vidutiniu poreikiu gauna iki 156 ASPN komandos narių apsilankymų per metus, o asmenys, kuriems nustatytas didelis slaugos poreikis gali gauti net iki 260 ASPN komandos narių apsilankymų per metus (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2022). Paslaugas ASPN komanda gali suteikti daugiau negu vieną kartą per dieną, tai leidžia skirti daugiau laiko pacientui arba apsilankyti skirtingiems specialistams tą pačią dieną, pavyzdžiui, bendrosios praktikos slaugytojas iš ryto gali perrišti pragulą, o po pietų kineziterapeutas atlikti pratimus su pacientu skatinant jo mobilumą. Toks paslaugų kiekis sunkiausiems pacientams yra 5 kartus didesnis negu buvo galima suteikti dar 2019 metais. Nors 2020 metais vienam ASPN gavėjui buvo galima suteikti iki 104 paslaugų per metus, remiantis VLK 2020 metų ataskaita apie PSDF biudžeto vykdymą, 2020 m. buvo suteikta 658,7 tūkst. ASPN paslaugų 37,591 tūkst. asmenų (Valstybinė ligonių kasa, 2021). Tai reiškia vienam ASPN gavėjui buvo suteikta vidutiniškai 17,5 paslaugų. Priežastys tokiam mažam suteiktų paslaugų skaičiui gali būti skirtingos, viena jų - SARS-CoV-2 viruso sukelti ribojimai. Nors nėra atliktų tyrimų dėl ASPN paslaugų kiekio ar kokybės pokyčio pandemijos metu, tačiau galima pažiūrėti kokią įtaką pandemijos sąlygos turėjo socialinės pagalbos teikimui namuose. N. Šiaulienės (2022) atliktame tyrime Molėtų rajone nenustatyta, kad pandemijos ribojimai įvedė nemažai sumaišties įstaigoms kaip geriausia teikti paslaugas ekstremaliomis sąlygomis. Darbuotojai irgi jautė padidėjusį stresą ir darbo krūvį dėl atsiradusių ribojimų ir sumaišties, bet tai neturėjo įtakos suteiktų socialinių paslaugų kiekiui ar kokybei. Nors paslaugų kiekis teikiamas socialinių darbuotojų nesumažėjo, buvo pastebimas sumažėjęs neformalių globėjų įsitraukimas į priežiūrą. L. Urbietės (2020) atliktame tyrime nustatyta, kad tik 26,7 proc. pacientų, kuriems buvo nustatytas nuolatinės slaugos

poreikis, gavo šias paslaugas ir didžioji dalis suteiktų paslaugų buvo kraujo tyrimų paėmimas ir vaistų suleidimas. Tokio tipo paslaugos, atliekamos tik šeimos gydytojui paskyrus, gali būti palikimas nuo ASPN pradžios Lietuvoje, kai apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų paslaugų skaičius per metus buvo labai mažas.

Organizuojant ASPN teikimą įstaigos gali nuspręsti kurio specialisto pagalbos pacientui reikia labiausiai ir nustatyti paslaugų mastą. Pirmasis vizitas pas pacientą turi būti atliekamas slaugytojo, kuris vizito metu privalo:

- „įvertinti paciento sveikatos būklę ir užpildyti Paciento sveikatos būklės vertinimo lapą;
- priskirti pacientui vieną iš Tarptautinės statistinės ligų ir susijusių sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtojo pataisyto ir papildyto leidimo „Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM) Z74 kodų“;
- „surinkti papildomą kontaktinę informaciją, kuri dar nėra žinoma, bet yra būtina organizuojant ir teikiant ASPN, kitų gyvenamojoje vietoje teikiančių paslaugas specialistų kontaktinius duomenis, kitą svarbią informaciją“;
- gauti paciento ar jo atstovo sutikimą gauti ASPN paslaugas ir sutikimą, kad informacija apie pacientą būtų teikiama tretiesiems asmenims;
- nustatyti kito ASPN teikiančio specialisto apsilankymo poreikį ir apie tai informuoti reikiamą ASPN paslaugas teikiančią specialistą;
- nustatyti ir suderinti su pacientu ir (ar) jo artimaisiais ASPN teikimo mastą;
- sudaryti paciento slaugos ir priežiūros planą;
- pacientui ir jo artimiesiems palikti ASPN įstaigos ir komandos narių, kurie pacientui teiks ASPN, kontaktinius duomenis (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2022);

Šioje vietoje matoma pirmoji spraga ASPN organizavimo tvarkoje. Nors paciento slaugos paslaugų poreikio vertinimą atlieka su paciento šeimos gydytoju dirbantis slaugytojas, nuo ko priklauso kiek ASPN gavėjas gali gauti paslaugų per metus, tačiau paslaugų teikimo mastą nustato ir slaugos ir priežiūros planą vykdo ASPN teikiantis slaugytojas.

Verta pastebėti, kad nors įstaigos gali turėti savo struktūroje už ASPN organizavimą ir paslaugų teikimą atsakingą asmenį, Apraše nurodyta, kad už slaugos paslaugų teikimo ir priežiūros plano įgyvendinimą ir koregavimą pagal poreikį yra atsakingas ASPN teikiantis slaugytojas. Vadinasi, ASPN teikiantis slaugytojas tampa atvejo vadybininku, kuris yra suinteresuotas, kad visos ASPN komandos teikiamos paslaugos būtų kokybiškos. Siekiant jog slaugos profesionalas galėtų atlikti atvejo vadybininko vaidmenį, jie turi turėti kompetencijas, leidžiančias atlikti įvairiapusį paciento būklės įvertinimą, gebėti profesionaliai komunikuoti su BPG ir kitais specialistais bei įstaigomis, gebėti atskirti kada reikia imtis veiksmų skubiai, o kada galima paslaugas suteikti planine tvarka. Šiuo metu tokioms

slaugytojų kompetencijoms ugdyti nėra skiriamas dėmesys, specialistams tenka jas ugdytis savarankiškai (Danusevičienė, 2016).

ASPN teikiantis slaugytojas privalo palaikyti gerą komunikaciją ne tik su paslaugų gavėjo šeimos gydytoju, bet ir yra tarpininkas tarp paciento ir psichikos sveikatos centro bei socialinių paslaugų centro. Jeigu ASPN teikiantis slaugytojas apsilankymo metu pastebi paciento būklės pokyčius, dėl kurių atsiranda poreikis psichikos sveikatos specialistų, ar socialinių paslaugų, slaugytojas privalo informuoti atitinkamą įstaigą apie atsiradusį poreikį. Toks paciento atstovavimas komunikuojant su skirtingomis įstaigomis ir jų atstovais, koordinuojant jų teikiamas paslaugas ir paciento poreikius, dažnai yra priskiriamas atvejo vadybos modeliui. Nors atvejo vadyba dažnai priskiriama kaip socialinė paslauga, tinkamas šios funkcijos atlikimas pagreitina paslaugų prieinamumą, paslaugų koordinavimas tarp specialistų ir paslaugas teikiančių įstaigų užtikrina, kad reikiama paslauga bus suteikta reikiamu metu (Gustaitienė, 2020). Atvejo vadybos principų įtraukimas į ASPN organizavimą ir atitinkamų specialistų kompetencijų ugdymas užtikrinimas leistų pacientams patogiau ir greičiau gauti reikalingas paslaugas, o gydytojams palengvintų darbo krūvį.

Organizuojant ASPN susiduriama su situacijomis kai diagnostinių tyrimų namų sąlygomis atlikti neįmanoma, arba asmeniui numatyta konsultacija pas specialistą, kuris dėl darbo specifikos negali teikti nuotolinių konsultacijų. Paciento pavėžėjimo paslaugos Lietuvoje nėra išvystytos ir šiuo metu neegzistuoja patikimo būdo nuvežti pacientą iš namų konsultacijai ir atgal. Greitoji medicinos pagalba teikia pervežimo paslaugas, kai asmuo yra gabenamas į gydymo įstaigą dėl sunkios būklės, perveža asmenį tarp dviejų stacionarinių ASPĮ, arba po gydymo stacionare perveža į namus, jei tai būtina dėl paciento sveikatos (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2010). Stabilios būklės, bet dėl sveikatos ar negalės, judėjimo apribojimų turintis asmuo neturi patogaus būdo nukeliauti į gydymo įstaigą kai paslaugų neįmanoma suteikti namuose.

Pacientų pervežimo paslaugas kai kuriuos PAASPI ar socialiniai centrai teikia iš savo biudžeto, bet tai labiau išimtis negu taisyklė. Nevalstybinės organizacijos (toliau - NVO) taipogi prisideda prie pacientų pervežimo paslaugų teikimo, bet galimų suteikti paslaugų kiekis ir kuriuose regionuose NVO teikia paslaugas priklauso nuo projektų ir paramos iš valstybės, savivaldybių bei partnerių (Milieškiene, 2012). Priklausomybė nuo išorinių finansavimo šaltinių NVO paslaugas padaro nestabiliomis, todėl NVO teikiamas paslaugas negalima traktuoti kaip sveikatos priežiūros sistemos dalies, tai yra papildoma socialinė iniciatyva kuri siekianti sukurti teigiamą socialinį pokytį. NVO paslaugų nestabilumą parodo Vilniaus 2022 m. atvejis, kai Vilniaus savivaldybei nenumačius lėšų Socialiniam taksui, organizacijai teko laikinai sustabdyti teiki paslaugas šiame regione (Vilikanskytė, 2022).

Norvegijoje pacientų pavėžėjimas yra integruotas su kitomis namuose teikiamomis paslaugomis, kaip socialinės paslaugos, slaugos paslaugos namuose bei paliatyvi pagalba. Pervežimo paslaugą organizuoja asmuo organizuojantis kitas paslaugas namuose, tai leidžia geriau planuoti asmens

sveikatos priežiūros procesą ir užtikrina kad visiems gyventojams paslaugos yra prieinamos vienodai, nepriklausomai nuo ekonominės padėties ar fizinių galimybių (Røsstad, Garåsen, Steinsbekk, Sletvold ir Grimsmo, 2013).

LR Seimas 2022 m. birželio 30 d. patvirtino Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 pakeitimą, kuris reglamentuoja pacientų pavėžėjimo organizavimo sistemą. Numatoma, kad nuo 2024 metų pacientų pavėžėjimo paslaugos bus taikomos nacionaliniu lygiu. Verta paminėti, kad pavėžėjimo paslaugas organizuos savivaldybės, o ne sveikatos priežiūros ar socialinės įstaigos, todėl galimi nesutapimai tarp suteikiamų paslaugų masto ir realaus poreikio (Lietuvos Respublikos Seimas, 2022).

Apibendrinant ASPN organizavimas Lietuvoje nuo 2020 m. pagerėjo, pacientams galima greičiau gauti ASPN paslaugas, į ASPN komandą buvo įtraukta daugiau specialistų, o reikalavimai norint teikti ASPN tapo aiškesni. ASPN teisinis reglamentavimas suteikė daugiau savarankiškumo šeimos gydytojui nustatyti kada pacientui reikia ASPN paslaugų, o ASPN komandoms galimybė spręsti kurio specialisto paslaugos labiausiai reikalingos leis ne tik gydyti ligas, bet ir geriau atstatyti asmens būklę. Ateityje numatoma pacientų pavėžėjimo paslauga, nors ir neorganizuojama SPI, reikšmingai prisidės prie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo pažeidžiamoms grupėms ir ASPN vystymo.

1.3 Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose ateities prielaidos

Lietuvoje, kaip ir visoje Europoje, ilgą laiką vyravo supratimas, kad slaugos ir gydymo paslaugos yra teikiamos tik ligoninėje, o paslaugos teikiamos namuose yra tik neformalios, įprastai teikiamos giminaičių ar kaimynų tol kol gali pasirūpinti sergančiuoju. Dėl to Lietuvoje, lyginant su kitomis Europos šalimis, slaugos paslaugos namuose pradėtos teikti neseniai, tik nuo 2007 m. Vakarų Europos šalyse socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimą institucijose pradėta keisti paslaugų teikimu namuose nuo dvidešimto amžiaus šešto dešimtmečio, kai suvokta, kad ilgalaikė globa, stacionarios slaugos ir gydymo paslaugos yra brangus, asmenį socialiai izoliuojantis sprendimas. Rytų Europos šalyse stacionarių paslaugų teikimas dominavo iki pat dvidešimto amžiaus devinto dešimtmečio pradžios (Tarricone ir Tsouros, 2008).

Lietuvoje teikiamos slaugos ir socialinės paslaugos namuose. Nors minėtas paslaugas administruoja skirtingos institucijos ir skiriasi jų finansavimo šaltiniai, tačiau teikiant slaugos ir socialines paslaugas namuose susiduriama su tais pačiais iššūkiais. Lesauskaitė ir kt. (2009) nurodo pagrindines priežastis, kuriuos daro įtaką didėjančiam poreikiui plėtoti socialines ir slaugos paslaugas namuose. Tai:

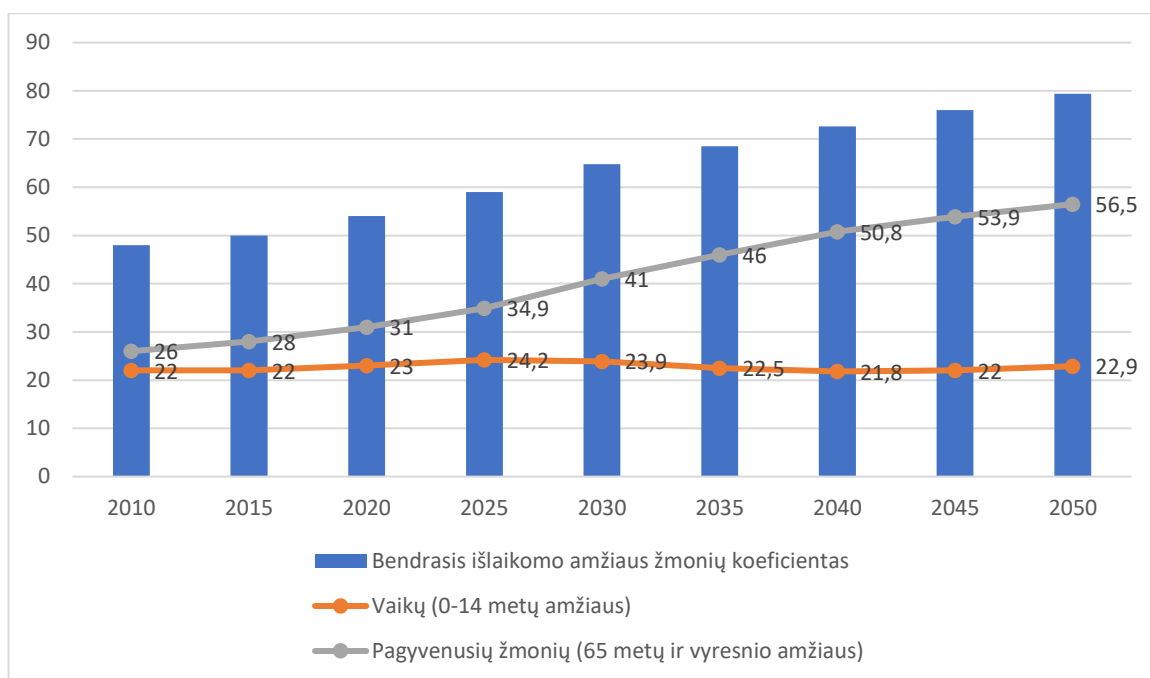
- Demografiniai pokyčiai – visuomenėje daugėja senų žmonių, tačiau mažėjant gimstamumui mažėja asmenų, kurie galėtų teikti neformalią priežiūrą savo artimiesiems. Vyresnis amžius taip

pat didina tikimybę, kad asmuo turės lėtinių ligų, negalės pilnai savimi pasirūpinti ir turės priežiūros paslaugų poreikį.

- Socialiniai pokyčiai – šeimos linkusios turėti mažiau vaikų, moterys aktyviai dalyvauja darbo rinkoje, pensinio amžiaus nutolinimas, migracija tarp šalies miestų ir į užsienį, visi šie faktoriai mažina potencialių neformalių globėjų skaičių.
- Epidemiologiniai pokyčiai – lėtinių ligų sukeltos pasekmės, Alzheimerio ir kitų demencijos ligų padažnėjimas, didina pacientų, kurie reikalauja priežiūros, bet neturi pakankamų indikacijų gydymui stacionare skaičių.
- Mokslo ir technologijų inovacijos – gydymo ir diagnostikos pasiekimai leidžia pailginti gyvenimą, tai lemia didesnę skaičių asmenų nesugebančių pilnai savimi pasirūpinti. Technologiniai sprendimai įgalina specialistus teikti paslaugas nuotoliu, asmenims geriau apsitarnauti savo aplinkoje be pašalinių pagalbos.
- Lūkesčių pokyčiai – visuomenė juda link individualumo, tampa aktualus individualizuotų paslaugų pasiūlymai. Asmenys labiau nori likti savo namuose.

Visuomenės senėjimas

Senėjimas yra viena iš nepakeičiamų gyvenimo tiesų, senėjimo greitį lemia genetiniai, epigenetiniai bei aplinkos veiksniai, o viską apjungia žmogaus gyvenimo būdas. Senėjimo procesas reiškia fiziologinių galimybių mažėjimą, negebėjimo užtikrinti žmogaus sveikatos ir biologinių sistemų pastovumą (Politikos gairės, 2016). Lietuvoje, kaip ir kitose išsivysčiusiose pasaulio šalyse, dėl mažėjančio gimstamumo, ilgėjančio pragyventų gyvenimo metų kiekio, vyresnio amžiaus žmonių skaičius stabiliai auga. Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2001 metais Lietuvoje gyveno 718 865 asmenys vyresni nei 65 metų, jie sudarė 21 proc. išlaikomo amžiaus šalies gyventojų. 2021 m. duomenimis šalyje gyvena 614 367 asmenys vyresni nei 65 metų, jie sudarė 31 proc. išlaikomo amžiaus šalies gyventojų. Nors per dvidešimt metų vyresnių asmenų skaičius šalyje sumažėjo daugiau nei 100 tūkst., išlaikomo amžiaus asmenų skaičius visuomenėje išaugo 10 proc. (Lietuvos statistikos departamentas, 2022). Eurostat (2021) prognozuoja, kad 2050 m. Lietuvoje net 31,5 proc. gyventojų bus vyresni nei 65 m. amžiaus, kas sudarys net 56,5 proc. išlaikomos visuomenės dalies. Šimtui darbingo amžiaus gyventojų teks 57 vyresnio amžiaus žmones. Esant tokiam demografijos pasiskirstymui tarp darbingo ir nedarbingo amžiaus asmenų atsiras didelis poreikis mažinti stacionariai teikiamų paslaugų skaičių ir tipą, optimizuoti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą, kuo daugiau paslaugų skaitmenizuojant ir automatizuojant.



2 pav. Išlaikomo amžiaus žmonių koeficientai 2010–2050 m.

Cituota iš Lietuvos statistikos departamentas, 2020

Tokie augantys senovo amžiaus ir išlaikomų asmenų skaičiai kelia didelę apkrovą sveikatos priežiūros sistemai. Remiantis 2017 metų Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (toliau - EBPO) šalių ilgalaikės priežiūros lovų skaičiaus vidurkiu, kuris yra 50 lovų / 1000 vyresnio nei 65 metai asmenų skaičiui, prognozuojama. Jog 2050 metais Lietuvoje reikės net 31,5 tūkst. ilgalaikės priežiūros lovų (OECD, 2017). Tai reiškia, kad per ateinančius 30 metų ilgalaikės priežiūros lovų skaičius turėtų padidėti 2 kartus. Toks stacionarių paslaugų augimas nėra ekonomiškai tvarus, todėl daugelyje Europos šalių daug dėmesio skiriama paslaugų namuose vystymui ir stacionarių paslaugų poreikio mažinimui.

Šukytė ir kt. (2017) pažymi, kad didėjant senovo amžiaus gyventojų skaičiui visuomenėje, didėja apkrova socialinės apsaugos sistemoms, greitosios pagalbos ir pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros sistemoms, o tai reikalauja geresnio sveikatos priežiūros darbuotojų pasirengimo ir didesnio jų skaičiaus, be to, padidėja slaugos paslaugų poreikis ir jų teikimas tampa sudėtingesnis, tampa sudėtinga užtikrinti pakankamą socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų kiekį ir kokybę. Sveikatos priežiūros išlaidų augimas asmeniui senstant matomas ir statistiniuose duomenyse. Reikšmingas sveikatos priežiūros išlaidų padidėjimas prasideda asmeniui peržengus 50 m. amžių. Palyginus su 15 – 49 m. grupe 50 – 64 m. amžiaus asmenims tenka 2,2 karto daugiau sveikatos priežiūros išlaidų. Toliau asmeniui senstant ir didėjant sveikatos priežiūros specialistų teikiamų paslaugų kiekiui bei vartojant daugiau kompensuojamų vaistų sveikatos priežiūros išlaidos tendencingai auga, 65 – 84 m. asmenims tenka 4 kartus daugiau sveikatos priežiūros išlaidų, o 85 m. ir vyresniems 5,3 kartus daugiau sveikatos priežiūros išlaidų nei 15 - 49 m. grupėje (Senstanti Lietuvos visuomenė, 2020).

Neformalus globėjai yra pirmieji, kurie padeda ir rūpinasi asmenimis, negalinčiais savarankiškai užtikrinti savo poreikių. Būklei sunkėjant, o neformaliems globėjams negalint užtikrinti pakankamo dėmesio ir paslaugų, dažniausia kreipiamasi į sveikatos priežiūros įstaigas. Barrett ir kt. (2014) neformalią globą apibrėžia kaip veiksmus apimančius fizinę bei psichologinę pagalbą kasdieniniame slaugomo asmens gyvenime, tai kartu apima globos ir slaugos disciplinoms priskiriamas funkcijas. Neformali globa teikiama neatlygintinai, dažniausiai tėvų, sutuoktinių, suaugusių vaikų arba draugų ir kaimynų. Dėl kintančios šeimos struktūros vis rečiau planuojamos didelės šeimos, daug šeimų negyvena toje pačioje šalyje dėl suaktyvėjusios migracijos per paskutinį dešimtmetį bei aktyvus moterų dalyvavimas darbo rinkoje mažina galimybes skirti pakankamai laiko globai, o padidėjęs skyrybų skaičius mažina šeimų biudžetus, todėl asmenims tenka spręsti ar dirbti siekiant išlaikyti šeimą, ar slaugyti šeimos narį.

Mažėjant šeimų dydžiui, augant skyrybų skaičiui, daugėja po vieną gyvenančių asmenų. Ypatingai didelis skirtumas matomas tarp vyresnio amžiaus asmenų, kurie dėl sutuoktinio mirties lieka vieni. Eurostat duomenys rodo, kad 2020 m. 42,2 proc. asmenų vyresnių nei 65 m. gyveno vieni. Tai ypač paliečia moteris, kurios po sutuoktinio mirties lieka gyventi vienos. Lietuvoje virš pusės (50,6 proc.) vyresnio amžiaus moterų (vyresnių nei 65 m.) gyvena vienos namų ūkyje (Eurostat, 2022). Siekiant užtikrinti asmenų gerovę, kurie lieka be neformalių globėjų, dalis Europos šalių ėmėsi sparčiau vystyti formalias paslaugas. Tai paslaugų teikimas namuose žmonėms, kurie gali gyventi savarankiškai, bet turi poreikį slaugos ar socialinėms paslaugoms, kurių negali užtikrinti šalia esantys neformalios globos teikėjai. Formalių paslaugų teikimas dažnai yra derinamas su neformaliais globėjais, prisitaikant prie paciento ir globėjų poreikių, galimybių. Verta paminėti, kad formalios priežiūros didinimas nereiškia, kad neformalus teikėjai nustos rūpintis savo artimaisiais. Prancūzijoje atliktas tyrimas nustatė, kad šalyje didinant teikiamų ilgalaikės priežiūros paslaugų namuose skaičių artimųjų teikiama pagalba nesumažėjo. Svarbu ir tai, kad ilgalaikės priežiūros paslaugos iki tyrimo jau buvo plačiai teikiamos, padidėjo tik formaliai teikiamų valandų skaičius, todėl giminės jau buvo pripratę dalintis atsakomybe su formaliais paslaugų teikėjais (Perdrix ir Roquebert, 2020).

Formalios paslaugos, kurios papildo neformalių globėjų teikiamą priežiūrą, gali leisti asmeniui ilgą laiką išvengti institucinės globos ir stacionarios slaugos. Literatūroje naudojamas terminas „Senėjimas vietoje“ (ang. aging in place) dažnai minimas tarp sveikatos priežiūros specialistų ir politikos formuotojų kaip siekiamybė laimingai senatvei. Minėtas terminas naudojamas apibūdinti asmenį, kuris gyvena savo pasirinktuose namuose tiek, kiek jam leidžia sveikata ir jėgos jam senstant. Noras pasirinkti kur asmuo gyvena parodo atsiradusį senėjančios visuomenės norą būti nepriklausomam kiek galima ilgiau (Wiles, Leibing, Guberman, Reeve ir Allen, 2012).

Nors asmuo gali gyventi savarankiškai palaikant savo rutiną, senti sveikai ir turėti stiprų palaikymą iš artimųjų suaktyvėjus ligai ar po traumos asmuo gali patirti silpnumo periodus. Susilpnėjus sveikatai

asmuo tampa priklausomas nuo aplinkinių, o artimiesiems atsiranda neplanuotų išpareigojimų. Todėl valstybei svarbu sukurti sistemą, kuri neatitrauktų asmens nuo jo gyvenimo rutinos ir aplinkos, o padėtų jam grįžti prie savarankiškumo namuose. Tokia sistema turi užtikrinti, kad atsiradus poreikiui asmeniui reikalingos paslaugos bus pradėtos teikti greitai, prisitaikant prie asmens įpročių, o asmeniui atgavus savarankiškumą palaiapsniui nutraukti paslaugų namuose teikimą (Skilbeck, Arthur ir Seymour, 2018).

Skučienės ir kt. (2015) atliktas tyrimas parodė, kad tik 28 proc. šalies gyventojų vertina institucinę priežiūrą kaip jiems priimtina sprendimą, tuo tarpu beveik 61 proc. šalies gyventojų teigė, kad priežiūra namuose jiems būtų priimtinas būdas gauti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas. Šis atliktas tyrimas dar kartą parodė, kad senstantys šalies gyventojai nori likti savo įprastoje aplinkoje kaip galima ilgiau, jeigu jų poreikiai būtų tinkamai užtikrinami.

Visuomenė sensta ne tik dėl sumažėjusio gimstamumo ar padidėjusios migracijos, vienas esminių pokyčių yra sumažėjęs mirtingumas. Vienas tiksliausių valstybės sveikatingumo ir ekonominės būsenos raidos rodiklių yra vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė. Remiantis Higienos instituto duomenimis vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė per paskutinius penkis dešimtmečius pailgėjo 3,28 metų. Verta paminėti, kad dėl COVID-19 pandemijos sukeltų mirčių tarp 2019 ir 2021 metų šis rodiklis sumažėjo 2,19 metų, tai buvo pirmas vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės sumažėjimas nuo Lietuvos nepriklausomybės atkūrimo (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2022). Pažymėtina, kad Lietuvoje moterys vidutiniškai gyvena 10 metų ilgiau negu vyrai, tą lemia ypač didelis vidutinio amžiaus vyrų mirtingumas. Didelis vyrų mirtingumas siejamas su žalingais įpročiais, tokiais kaip rūkymas, alkoholio vartojimas ir prasta psichikos sveikatos būklė. Toks reikšmingas skirtumas tarp tikėtinos gyvenimo trukmės lemia didelį skaičių moterų, kurios gyvena vienos netekusios savo sutuoktinio (Stumbrys, 2019).

Mokslininkai pažymi, kad vyresni asmenys dėl sutuoktinių mirties ar skyrybų gyvenantys vieni dažniau jaučiasi bejėgiai, patiria daugiau lėtinių ligų simptomų, skundžiasi prastesne sveikata, reikalauja daugiau pagalbos apsitarnaujant aplinkoje bei prasčiau vertina savo gyvenimo kokybę (Tomstad, Dale, Sundsli, Sævareid ir Söderhamn, 2017).

Augant priklausomų asmenų skaičiui visuomenėje, didės ir poreikis sveikatos priežiūros paslaugoms. Norint, kad sveikatos priežiūros sistema atlaikytų senstančios visuomenės iššūkius būtina tobulinti paslaugų efektyvumą labiau telkiantis į ligų prevenciją ir sveikatos palaikymą.

Lėtinės ligos

Pailgėjusi gyvenimo trukmė ir visuomenės senėjimas yra neatsiejama nuo lėtinių ligų. Pasaulio Sveikatos Organizacijos (PSO) teigimu, dėl lėtinių ligų sukeltų komplikacijų kasmet miršta daugiau nei

41 mln. žmonių. Būtent lėtinės ligos tampa vis didesnė problema išsivysčiusiose šalyse, o jų gydymas reikalauja didelių finansinių išteklių ligų prevencijai ir gydymui (World Health Organization, 2022).

Ilgalaikių sveikatos sutrikimų pradeda daugėti asmenims sulaukus 50 m., o 65 m. amžiaus ir vyresnių žmonių grupėje sergančių bent viena lėtine liga žmonių dalis siekia 70-80 proc. (Lietuvos statistikos departamentas, 2020). Vyresniame amžiuje dominuoja kraujotakos sistemos ligos, net 83 proc. visų asmenų virš 65 m. turi po bent vieną šios grupės ligą, endokrininės, mitybos ir medžiagų apykaitos ligomis serga 40 proc., o jungiamojo audinio ir raumenų skeleto ligomis serga 33 proc. visų vyresnio amžiaus asmenų (Higienos institutas, 2021). Pastebimas ligų, susijusių su gyventojų senėjimu skaičiaus didėjimas, tokių kaip katarakta, glaukoma, hipertenzija, cerebrovaskulinės ligos, artropatijos, dorsopatijos ir spondilopatijos, dorsalgijos (Navickas ir kt., 2015).

Lėtinių ligų sukeltas diskomfortas dažnai turi įtakos gebėjimui savarankiškai funkcionuoti, dėl ko sutrinka lėtinės ligos valdymas. Vyresnio amžiaus asmenys pažymi, kad turi pakankamai žinių kaip teisingai reikėtų rūpintis lėtinės ligos gydymu, esminiai sunkumai atsiranda tvarkantis su gretutiniais simptomais, tokiais kaip skausmas, depresija, diskomfortas ar nuovargis (Liddy, Blazkho ir Mill, 2014). Taip pat pastebimi sunkumai kontroliuojant lėtinių ligų simptomus, kai asmuo serga keliomis lėtinėmis ligomis. Esant daugybiniam ligotumui vienų būklių gydymo rekomendacijos kartais prieštarauja kitų būklių gydymo rekomendacijoms, dėl atsiradusio neaiškumo sergantis asmuo sutrinka, atsiranda baimė suklysti, pasidaro sunku tinkamai taikyti gydymą ir suvaldyti simptomus. Pažymima, kad vyresni asmenys bijo klausinėti gydytojo klausimų susijusių su gretutinėmis ligomis, arba apie jas išvis nepraneša (Allegrante, Wells ir Peterson, 2019).

Vis didesnė problema sveikatos ir socialinei sistemai tampa poliligotumas, t.y. būklė, kai vienas pacientas tuo pat metu turi nustatytus 2 ar daugiau lėtinių susirgimų. Tyrimai rodo, kad Europoje 28,2 proc. moterų ir 34,5 proc. vyrų vyresnių nei 50 m. turi po 2 ar daugiau lėtines ligas. Didesnė poliligotumo rizika siejama su asmens amžiumi, gyvenimu kaimo vietovėse, žemesniu išsilavinimu ir mažesnėmis pajamomis, sutuoktinio neturėjimu bei sumažėjusiu judėjimu (Bezerra de Souza ir kt., 2021).

Petrauskaitės (2021) atliktas tyrimas vertinant pacientų, turinčių poliligotumą, gyvenimo kokybę nustatė, kad daugiau negu pusė pacientų turėjo judėjimo problemų. Judėjimo ribojimai svyravo nuo negalėjimo užsiimti įprasta veikla iki judėjimo apribojimo iki lovos ribų, o gyvenimo kokybė buvo įvardinta kaip kritiškai bloga. Du trečdaliai pacientų taip pat buvo vieniši. Ribotas mobilumas ir vienišumas yra pagrindiniai veiksniai lemiantys ar asmuo kreipiasi pas šeimos gydytoją sutrikus sveikatai. Asmenys, kurie negali patys nuvykti ir neturi lydinčio asmens nuvykti į gydymo įstaigą, rečiau kreipiasi dėl gydymo koregavimo ir mažiau kreipiasi prevencijos tikslais (McMillan, Lee, Milligan, Hillier ir Bauman, 2015). Slaugos paslaugų teikimas namuose leidžia užtikrinti paslaugų prieinamumą asmenims su mobilumo sutrikimais, palaikant jų gydymo tęstinumą bei prižiūrint, kad taikomas

gydymas būtų veiksmingas, o esant poreikiui tarpininkaujant tarp paciento ir šeimos gydytojo sprendžiant iškilusias sveikatos problemas.

Kadangi dauguma vyresnio amžiaus žmonių serga bent viena lėtine liga, turi psichinių ir socialinių problemų, vyresnių nei 65 m. amžiaus žmonės yra pagrindiniai slaugos ligoninių bei globos įstaigų paslaugų vartotojai. Lėtinių ligų gydymas yra ilgalaikis, nenutrūkstamas procesas, kuris privalo būti suderintas su asmens sveikatos priežiūra ir koreguojamas pagal individualias aplinkybes. Todėl visos paslaugos turi būti koordinuojamos vieno specialisto, kuris palaikytų pastovią komunikaciją su pacientu, artimaisiais ir gydančiu gydytoju ir tai geriausiai užtikrinti gali paslaugas namuose teikiantys slaugytojai (Burokienė, 2019). Poliligtumo įtaką tikimybei, jog asmuo kreipsis į sveikatos priežiūros įstaigą parodo Navicko ir kt. (2015) atliktas tyrimas, kuriame nustatyta, kad pacientai sergantys daugiau nei 2 lėtinėmis ligomis kreipiasi pas šeimos gydytoją 2,1 karto dažniau nei asmenys sergantys viena lėtine liga. Poliligoti pacientai kreipiasi 9,6 karto dažniau dėl slaugos paslaugų namuose.

Apibendrinant, sergančių lėtinėmis ligomis asmenų skaičiaus didėjimas Lietuvoje kelia iššūkius sveikatos priežiūros sistemai, didėja specialistų poreikis ir PSDF biudžeto dalis, kuri yra panaudojama gydant šias ligas. Siekiant stiprinti visuomenės sveikatą, valdyti lėtines ligas bei išlaikyti asmenų savarankiškumą, didesnė dalis lėtinių ligų prevencijos ir gydymo turėtų būti prieinamos pas pacientui namuose.

Sveikatos priežiūros specialistų trūkumas

Nors Senstant visuomenei didėja sveikatos priežiūros specialistų poreikis, tačiau visuomenėje mažėjantis darbingo amžiaus asmenų skaičius mažina specialistų pasiūlą. Šiems specialistams taip pat yra keliami aukšti teisės aktų nustatyti reikalavimai. Specialistų paruošimo laikotarpis vis ilgėja, nes sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos žmonėms, o padaryta klaida darbe gali atnešti milžiniškas pasekmės žmogaus sveikatai. Estep 2020 m. atlikta sveikatos priežiūros specialistų demografinė analizė parodė, kad 2028 m. gali trūkti 7 350 bendrosios praktikos slaugytojų, kas reiškia per ateinančius 6 metus reikės 34 proc. daugiau šių specialistų.

LR sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 9 d. įsakymu Nr. V-400 „Dėl slaugytojų darbo krūvio nustatymo tvarkos aprašo tvirtinimo“ buvo reglamentuotas ar apibrėžtas rekomenduojamas maksimalus pacientų skaičius 1 slaugytojui. Šiame įsakyme nurodyta, kad teikiant ASPN paslaugas slaugytojui maksimaliai turėtų būti skiriami 7-8 vizitai mieste, o kaimo vietovėse 5-6 vizitai darbo pamainos metu (Dėl slaugytojų darbo krūvio nustatymo tvarkos aprašo tvirtinimo, 2012). Pagal šiuo metu galiojančia LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-1026 „Dėl ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ 2020 m. birželio 2 d. redakciją, kuri nurodo, kad pacientas priklausomai nuo jo sveikatos būklės gali gauti iki 52, 156 arba

260 ASPN paslaugų per metus. Remiantis slaugytojų darbo krūvio rekomendacijomis ir galimų suteikti ASPN paslaugų skaičiais per metus, galima apskaičiuoti, kad vienas slaugytojas vidutiniškai gali lankyti tik 12 pacientų. Atlikta ambulatorinių ir stacionarinių slaugos paslaugų plėtros poreikio analizė parodė, kad 2018 m. ASPN paslaugos buvo teiktos 40 404 pacientams. Tokiam skaičiui pacientų reikėtų virš 3 513 ASPN specialistų (Burokienė ir kt., 2019). Remiantis Higienos instituto (2021) duomenimis tai sudarytų 15,5 proc. visų Lietuvoje dirbančių slaugytojų. Toks slaugos personalo skaičius yra netvarus ir praktikoje toks slaugytojų skaičius teikiančių ASPN paslaugas negalėtų būti užtikrintas. Paminėtina, kad 2020 m. birželio 2 d. LR sveikatos apsaugos ministras priėmė pakeitimą Nr. V-1357 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ kuris įtraukia slaugytojo padėjėjus ir kineziterapeutus į ASPN komandą. Papildomos šių specialistų kompetencijos ir paprastesnis slaugytojo padėjėjų paruošimas leido žymiai padidinti ASPN paslaugų galimų suteikti pacientui skaičių.

Tinkamas specialistų skaičius ir adekvatus jų krūvis yra būtinas siekiant užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę. Atlikti tyrimai stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose nustatė sąsajas tarp slaugytojų darbo kokybės, jų darbo krūvio ir pacientų saugumo bei jų mirtingumo (Griffiths ir kt., 2016). Neužtikrinus pakankamo slaugytojų skaičiaus skyriuje mažėja vienam pacientui skiriamo laiko kiekis, didėja slaugytojų klaidų tikimybė ir reikšmingai didėja mirčių tikimybė ūmių būklių atvejais (Dall’Ora ir kt., 2022).

Analizuojant personalo trūkumą teikiant slaugos paslaugas namuose pastebėta, kad esant slaugytojų trūkumui įstaigoje pradeda kelti didesnius reikalavimus dirbančiam personalui, skatinama greičiau atlikti procedūras, o požiūris į pacientą pasikeičia iš holistinio į paslaugas orientuotą. Vyraujant į paslaugas orientuotam požiūriui pacientai ir jų šeimos nariai dažnai jaučia bejėgiškumą dėl teikiamų fragmentuotų ilgalaikių paslaugų namuose. Vienas demencija sergančio paciento šeimos narys integralių paslaugų teikimą namuose įvardijo kaip „kamuolys, kuris buvo mėtomas iš rankų į rankas“ (Landmark, Aasgaard ir Fagerström, 2013). Flo (2019) pastebėjo, kad trūkstant slaugytojų sveikatos priežiūros paslaugos namuose pradedamos kategorizuoti pagal paciento būklės sunkumą ir procedūros skubumą. Toks sprendimas lemia, kad sunkios būklės pacientai gauna jiems reikalingas paslaugas, o lengvos ir vidutinės būklės pacientų, kurie laiku negavo reikalingų slaugos procedūrų, būklė blogėja, todėl ateityje atsiranda daugiau pacientų, kuriems reikia sudėtingesnių intervencijų. Norint suteikti pakankamai laiko slaugytojams išigilinti į paciento problemas, prisiimti atsakomybę už jo sveikatos būklę, įstaigoms reikėtų didinti darbuotojų skaičių visų pamainų metu, savaitės dienomis, naktimis ir savaitgaliais.

Didelis darbuotojų krūvis kelia riziką sveikatos priežiūros specialistų sveikatai ir saugumui. Rizikos teikiant slaugos paslaugas namuose gali būti skirtingos:

- Raumenų ir kaulų sistemos sužalojimai dėl neergonomiško pacientų transportavimo, kilnojimo ar vartymo;
- Smurtas darbo aplinkoje, smurtas gali būti tiek fizinis tiek emocinis, o smurtaujantis asmenys nebūtinai gali tai suvokti, ypač slaugant psichikos sutrikimų turinčius asmenys;
- Per kraują ar kontaktą plintančios infekcijos;
- Susižalojimai judant paciento aplinkoje, tokie kaip paslydimai, kritimai, atsitrenkimai į aplink kambarį išdėliotus daiktus;
- Keliavimo tarp pacientų keliamos rizikos, tai gali būti pavojingos vietovės, prastos oro sąlygos, agresyvūs gyvūnai, pavojai kelyje ir kiti pavojai judant mažai žinomose ar prastą infrastruktūrą turinčiose vietovėse (Terry ir kt. 2015).

Visos šios rizikos yra dalis sveikatos priežiūros specialisto, kuris atlieka vizitus į namus, kasdieninio darbo. Tyrimai rodo, kad jeigu darbuotojai yra pavargę, kenčia nuo perdegimo, yra priversti skubėti suteikti paslaugą ar skubėti keliaujant tarp pacientų gyvenamųjų vietų, jiems nėra suteikta pakankamai priemonių ar žinių, pavojus darbuotojo sveikatai ir gerovei žymiai padidėja (Ahmadi ir Mankah, 2021).

Apibendrinant, Lietuvos sveikatos sistemoje prognozuojamas ir toliau augantis specialistų, slaugytojų bei gydytojų, poreikis. Svarbu laiku priimti sprendimus kurie leis sveikatos priežiūros sistemai išlaikyti tinkamą specialistų ir pacientų balansą, nes augant specialistų krūviui mažėja gydymo ir priežiūros kokybė.

COVID19

COVID-19 pandemija buvo netikėtas šokas visų šalių sveikatos priežiūros sistemoms. Virusas žymiai pavojingesnis senyvo amžiaus ir turintiems lėtinių ligų asmenims. Daugelyje šalių beveik 90 proc. visų COVID-19 mirčių buvo tarp asmenų vyresnių nei 60 metų (Meslé ir kt., 2021). Pandemijos pradžioje šalys pirmiausia bandė apsaugoti sveikatos priežiūros specialistus ir pacientus ligoninėse, o tik išaugus infekcijų skaičiui, pradėta taikyti prevencines priemones globos įstaigoms. Dėl to daugelyje Europos šalių apie pusė COVID-19 mirčių buvo tarp globos įstaigų gyventojų. Ketvirtadaliui Europos šalių užtruko dvi savaites ilgiau uždrausti lankymą globos įstaigose nei ligoninėse (OECD/European Union, 2020). Pirmoji pandemijos banga parodė kaip yra svarbu užtikrinti infekcijos kontrolę siekiant apsaugoti pažeidžiamas grupes nuo hospitalizacijos ir mirties.

Lietuvoje didelė dalis socialinės pagalbos negalią turintiems ir senyvo amžiaus asmenims teikiama socialinės globos įstaigose. 2022 m. Lietuvoje veiklą vykdė 220 globos įstaigų, kuriuose gyveno daugiau kaip 13,6 tūkst. gyventojų (COVID-19 globos įstaigose, 2022). Ruškus (2020) pandemijos pradžioje kritikavo Lietuvos socialinės apsaugos sistemą, kuri yra perdėtai priklausoma nuo socialinių paslaugų teikimo globos įstaigose. Sistemos spragos ypatingai pasijautė COVID-19 pandemijos metu, ką rodo

dideli mirčių skaičiai globos įstaigose. Gyventojų sveikatai rizika kyla dėl didelio žmonių susibūrimo vienoje įstaigoje, darbuotojų migravimo tarp gyventojų teikiant socialines ir sveikatos priežiūros paslaugas, o susirgus gyventojai neturi galimybių gauti tokių pat sveikatos priežiūros paslaugų kaip kiti Lietuvos gyventojai.

Pentaris ir kt. (2020) pažymi, kad vyresnio amžiaus asmenys, ypač su apribotu mobilumu ir taip patiria didelę socialinę atskirtį ir dažnai jaučiasi vieniši. Prasidėjus COVID-19 ribojimų taikymui, paslaugų namuose teikimas buvo sumažintas iki pačių būtinausių. Sumažintas vizitų skaičius iš formalių paslaugų teikėjų, artimųjų baimė dėl infekcijos perdavimo padidino izoliacijos, vienatvės riziką, neigiamai veikia psichoemocinę vyresnio amžiaus asmenų būklę.

Pastebimas reikšmingas COVID-19 pandemijos poveikis ir asmenims teikiantiems sveikatos priežiūros paslaugas. Sveikatos priežiūros specialistai COVID-19 pandemijos metu jaučia baimę užsikrėsti arba nežinant užkrėsti pacientą, dėl padidėjusios įtampos teikiant paslaugas ir griežtų infekcijų kontrolės reikalavimų specialistai dažniau jaučia psichologines problemas tokias kaip nerimą, depresiją, baimę bei pyktį (Akat ir Karataš, 2020). Perdegimo sindromas pandemijos įkarštyje buvo pastebimas tarp 33 proc. slaugytojų ir 45 proc. gydytojų. Tam įtaką turėjo padidėjęs sveikatos priežiūros specialistų darbo krūvis, vienatvės ir izoliacijos jausmas dėl negalėjimo susitikti su savo šeimos nariais bijant pernešti infekciją. (Mehta ir kt., 2021).

Sterling ir kt. (2020) pastebi, kad slaugos paslaugas namuose teikiantys slaugytojai susidūrė su problemomis kurios nebūdingos ligoninėje dirbantiems specialistams. Šios problemos buvo tokios: pandemijos metu ilgiau turėjo nepakankamą kiekį asmens apsaugos priemonių, neturėjo pakankamai žinių kaip apsaugoti save ir pacientus, nesavalaikė informacija apie infekuotus pacientus, be to, didelė dalis paslaugų buvo teikiamos naudojantis visuomeniniu transportu. (Sterling ir kt., 2020).

Chan ir kt. (2020) pažymi neformalios priežiūros svarbą pandemijos metu, kai formalios paslaugos buvo apribotos iki pačių būtinausių. Prasidėjus pandemijai daug žmonių ėmė rūpintis savo artimaisiais, teikiamos paslaugos buvo nuo apsipirkimo iki higienos palaikymo ir žaizdų priežiūros. Dalis apklaustų asmenų, kurie teikė neformalią priežiūrą pranešė neturintys pakankamai žinių kaip atlikti procedūras, taip pat pastebėjo padidėjusį psichologinį stresą dėl naujų atsakomybių (Chan ir kt., 2020).

Nesavarankiškų asmenų apgyvendinimas socialinės globos įstaigose kelia riziką, kad ateityje pasikartojus pandemijai vėl pasikartos dideli užsikrėtimų ir mirčių skaičiai. Vystant senėjimo savo namuose modelį galima išvengti didelio žmonių glaustumo ir žymiai sumažinti infekcijos pernešimo tikimybę per paslaugas teikiančius specialistus.

2. AMBULATORINIŲ SLAUGOS PASLAUGŲ NAMUOSE ANALIZĖ EUROPOS ŠALYSE

Analizuojant Europos šalių slaugos paslaugas namuose pastebima, jog įprastai pacientams, šios paslaugos teikiamos po gydymo ligoninėse, paūmėjus lėtinėms ligoms arba netekus savarankiškumo dėl sutrikusių fizinių ir/ar kognityvinių gebėjimų. Visos Europos šalys vysto paslaugas namuose, skiriasi sprendimo mastai, finansavimas ir atsakomybių pasidalijimas tarp paslaugas organizuojančių institucijų. Yra šalių, kuriose slaugos ir socialinės paslaugos teikiamos atskirai, taip kaip Lietuvoje, bet didesnė dalis šalių pritaikysios pagal savo poreikius modifikuotus integralius paslaugų modelius. Teikiant ir organizuojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas integruotai siekiama užtikrinti visus asmens poreikius, geriau organizuoti paslaugų mastą tarp jas teikiančių skirtingų specialistų ir taupyti valstybes lėšas (Nolte ir Pitchforth, 2014). Šiame skyriuje plačiau analizuojamos kelių Europos šalių slaugos paslaugų namuose teikimo sistemos. Šalys pasirinktos dėl ilgos praktikos teikiant slaugos paslaugas namuose ir vieno iš geriausiai Europoje išvystytų slaugos paslaugų namuose tinko.

Norvegija

2021 metų duomenimis, Norvegijoje vyresni nei 65 metų asmenys sudaro 17,5 proc. visos populiacijos dalies, tai yra 3,1 proc. mažiau nei ES vidurkis kuris yra 20,6 proc. Nepaisant to, kad Norvegijos populiacija yra sąlyginai jauna, tačiau dėl mažo gimstamumo ir pirmaujančios gyvenimo trukmės tarp Euro zonos šalių, prognozuojamas didelis poreikis sveikatos ir socialinėms paslaugoms ateityje (OECD ir European Observatory on Health Systems and Policies, 2021c).

Norvegijoje sveikatos paslaugos namuose yra vienas sparčiausiai augančių sveikatos priežiūros sektorių. Norvegijos sveikatos priežiūros sistema yra valstybinė ir apmokama iš valstybės biudžeto, todėl paslaugos skirstomos į dvi kategorijas: pirminės sveikatos priežiūros paslaugos, kurių administravimas priskirtas savivaldybėms ir specializuotos sveikatos priežiūros paslaugos, kurias administruoja valstybė. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos apima tiek socialines paslaugas namuose, tiek slaugos paslaugas namuose. Kadangi pirminės sveikatos priežiūros paslaugas organizuoja atskiros Norvegijos savivaldybės, šios paslaugos teikiamos taikant skirtingus organizavimo metodus, pavyzdžiui, ar socialinės ir slaugos paslaugos teikiamos vienos įstaigos (Skrove, Bachmann, ir Aarseth, 2016). Norvegijoje ambulatorinėms sveikatos priežiūros paslaugoms, į kurias įeina integralios paslaugos namuose, pacientų transportavimas, prevencinių programų atlikimas namuose, skiriama beveik trečdalis (29 proc.) viso sveikatos priežiūros finansavimo (OECD ir European Observatory on Health Systems and Policies, 2021c).

Norvegijos sveikatos politika vadovaujasi senėjimu savo namuose (angl. aging in place) modeliu, kuris skatina gyventi savo namuose, tarp savo bendruomenės narių kiek galima ilgiau ir kol leidžia sveikata. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų tikslas šiuo atveju yra pagelbėti senstančiam asmeniui užtikrinti visus poreikius, kurių asmuo negali užtikrinti savarankiškai (Martens, 2017). Kad būtų užtikrintas visapusiškas paslaugų spektras kartu su slaugos specialistais dirba slaugytojų padėjėjai ir asmeniniai asistentai. Priklausomai nuo asmens poreikių paslaugos gali apimti:

- medicininių procedūrų atlikimas;
- slaugos paslaugos;
- medicininių vizitų organizavimas;
- asmens transportavimas pas specialistą konsultacijoms;
- maisto pristatymas į namus;
- pagalba buityje;
- paliatyvi priežiūra.

Minėtos paslaugos namuose gali būti teikiamos kelis kartus per dieną bei nakties metu, kai būtina reikiamos paslaugos gali būti teikiamos 24 valandas per parą, kol tai reikalinga užtikrinti paciento būklę (Røsstad ir kt., 2013).

Paslaugų spektras teikiamas asmenims jų gyvenamojoje vietoje yra platus, nes siekiama užtikrinti visus asmens poreikius. Atitinkamai vidutiniškai vienam asmeniui gaunančiam paslaugas namuose Norvegijoje yra skiriama po 9,7 valandų per savaitę specialistų paslaugų. Per paskutinį dešimtmetį šis skaičius stabiliai augo, t.y. nuo 2011 metų skiriamų valandų skaičius vienam asmeniui per savaitę išaugo 1,8 valandos (Statistics Norway, 2022). Siekiant užtikrinti tokį kiekį paslaugų per savaitę vienam asmeniui reikalingas didelis specialistų kiekis. Pagrindiniai specialistai teikiantys paslaugas namuose Norvegijoje yra slaugytojai ir slaugytojų padėjėjai. Vienam asmeniniam asistentui įprastai tenka tarp 8-16 pacientų per dieną, slaugytojo padėjėjai gali turėti 8-12 pacientų, o slaugytojų pacientų skaičius yra dažnai kintantis dėl slaugos specialistų trūkumo šalyje, dėl to slaugytojams dažnai tenka apsiimti rūpintis daugiau pacientų nei priklauso. Įprastas slaugytojo krūvis yra tarp 6 ir 10 pacientų per dieną (Helgheim ir Sandbaek, 2021). Pagal poreikį prie komandos kartais yra įtraukiami ir paslaugas namuose teikia psichoterapeutai, dietistai, kineziterapeutai, taip pat jeigu asmeniui yra reikalinga tik pagalba susitvarkant namuose, šias paslaugas gali užtikrinti namų tvarkytojai (Flo, 2019).

Siekiant suvaldyti demografinius iššūkius ir spręsti specialistų trūkumo poreikį Norvegijos sveikatos direkcija investuoja daug resursų į „gerovės technologijas“, t.y. technologijos skirtos pagerinti asmenų gerovę ir savarankiškumą. Nustatyta, kad virš 55 proc. visų Norvegijos savivaldybių yra adaptavusios „gerovės technologijas“, iš kurių net 99 proc. suteikia pacientams signalizacijų sistemas arba kitokio tipo jutiklius, pavyzdžiui, judesio, kritimo, pagalbos šauksmo. Tokie sprendimai leidžia

pacientui sulaukti reikalingos pagalbos žymai greičiau, taip didinant tikimybę laiku suteikti reikalingą intervenciją (Sánchez, Anker-Hansen, Taylor ir Eilertsen, 2019).

2016 metais visos Norvegijos mastu pradėta teikti prevencinius vizitus namuose, kurių tikslas palaikyti senstančių asmenų autonomiją ir skatinti sveiką senėjimą. Vizitas pas asmenį įprastai trunka 60-80 min., o vizito metu senyvi asmenys, kuriems yra virš 75 metų, yra applanomi slaugytojų, siekiant įvertinti jų fizinę ir psichologinę būklę bei nustatyti, ar asmens aplinkoje nėra pavojingų faktorių, kurie ateityje galėtų pabloginti sveikatą. Po įvertinimo asmeniui yra pateikiamos rekomendacijos, kaip galima ilgiau išlaikyti sveikatą, išvengti sveikatos pablogėjimų ateityje. Tokia sąlyginai nebrangi programa leido sumažinti asmenų virš 80 metų mirtingumą beveik 5 proc., o hospitalizacijų skaičius sumažėjo 7 proc., taip pat tai leido 7 proc. sumažinti asmenų, kurie dėl sveikatos būklės priversti kreiptis į institucinę globą skaičių (Bannenberg, Førland, Iversen, Karlsson ir Øien, 2021).

Norvegija nuolatos vysto paslaugas namuose, jas pagrįsdama kaip patrauklesnę alternatyvą ilgalaikiai globai, kai visi asmens poreikiai bus užtikrinami jo namuose. Didžiausia grėsmė su kuria susiduria Norvegijos sveikatos priežiūros sistema, yra sveikatos specialistų trūkumas. Vis didėjant paslaugų poreikiui susiduriama su personalo stygiu. Ateityje numatoma, kad ši problema taps dar aktualesnė.

Švedija

2021 metų duomenimis, Švedijoje vyresni nei 65 metų asmenys sudaro 20 proc. visos populiacijos dalies, tai yra 0,6 proc. mažiau nei ES vidurkis kuris yra 20,6 proc. Nors ilgą laiką gyvenimo trukmė Švedijoje buvo didesnė nei Europos vidurkis, dėl didelių COVID-19 mirčių skaičiaus, nugyventų metų skaičius sumažėjo nuo 83,2 metų iki 82,4 metų. Virš dviejų trečdalių mirčių buvo tarp asmenų vyresnių nei 80 metų. Trečdalis (34 proc.) sveikatos priežiūros išlaidų yra skiriama ambulatorinei sveikatos priežiūrai, kuri apima ir paslaugas namuose (OECD ir European Observatory on Health Systems and Policies, 2021d). Kadangi didžioji dalis išlaidų už sveikatos priežiūros paslaugas namuose yra padengiama iš socialinio draudimo ir mokesčių, pacientams vidutiniškai reikia padengti tik iki 4 proc. sveikatos priežiūros išlaidų (Asadzadeh, Maher, Jafari, Mohammadzadeh ir Hosseini, 2022).

Švedija yra padalinta į 290 savivaldybių ir 20 apskričių. 1992 metais ilgalaikės priežiūros, kurios apima ir slaugos paslaugas namuose, administravimas ir organizavimas perduotas iš apskričių savivaldybėms, siekiant priartinti ilgalaikės priežiūros politikos sprendimų priėmimą prie gavėjo. Pagal Švedijos konstituciją savivaldybės turi daug laisvės priimt sprendimus svarbius savo regionui, tai apima ir biudžeto skirstymą bei prioretizavimą (Josefsson ir Peltonen, 2015). Šioje šalyje viena iš neprognozuotų neigiamų pasiekimų buvo teikiamų ilgalaikės priežiūros paslaugų netolygumai savivaldybėse su didesniu gyventojų arba pramonės skaičiumi bei didesniu biudžetu, nes pacientai galėjo

gauti iki 4 kartų daugiau paslaugų nei asmenys gyvenantys mažiausią savivaldybių biudžetą turinčiose savivaldybėse (Stolt, Blomqvist ir Winblad, 2011).

Visi gyventojai gali gauti sveikatos ir socialines paslaugas nepriklausomai nuo finansinės padėties. Nors paslaugos yra prieinamos visiems, savivaldybės nustato poreikių vertinimo kriterijus bei nusprendžia, kiek ir kokios paslaugos bus prieinamos gyventojams. Asmens slaugos ir rūpybos poreikius nustato vertintojas paskirtas savivaldybės, kurioje asmuo gyvena pagal toje savivaldybėje patvirtintą vertinimo algoritmą (European Commission ir Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, 2021).

Už slaugos paslaugų namuose planavimą ir teikimą yra atsakingi bendruomenės slaugytojai (ang. district nurses), kurie gali dirbti tiek viešose, tiek privačiai įsteigtose sveikatos priežiūros įstaigose. Pastebima, kad leidus pacientams pasirinkti paslaugų tiekėją atsirado didelis spaudimas personalui teikti daugiau paslaugų, kurios yra geriau apmokamos iš biudžeto bei planuoti daugiau trumpų vizitų pas pacientus vietoje vieno ilgo vizito. Taip pat pastebimas darbuotojų nepasitenkinimas dėl ilgų darbo valandų ir chaotiško darbo grafiko (Hollman, Lennartsson ir Rosengren, 2014). Apklausa parodė, kad dėl keliamų didelių reikalavimų ir prastos darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyros beveik pusė paslaugas namuose teikiančių specialistų rimtai svarsto keisti darbo vietą (Strandell, 2019). Slaugos paslaugos namuose yra dalis ilgalaikės priežiūros paslaugų, į kurias taip pat įeina ir socialinės paslaugos kaip ilgalaikė globa, paslaugos namuose – asmens higienos palaikymas, namų tvarkymas, maisto gaminimas ar pristatymas, pagalba apsitarnaujant ir kiti namų ruošos darbai. Visos paslaugos tiek sveikatos priežiūros, tiek socialinės yra prieinamos visą parą, nors pastebimi netolygumai tarp skirtingų savivaldybių dėl paslaugų kiekio ir dažnumo (European Commission ir Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, 2021).

Skirtingai nei kitose Europos šalyse, Švedijoje teikiamų ilgalaikės priežiūros paslaugų kiekis sumažėjo augančiam senėjančių asmenų skaičiui. 1990 metais 16 proc. asmenų vyresnių nei 65 metai gaudavo paslaugas namuose, o 2011 metais šis skaičius sumažėjo iki 9 proc. Toks teikiamų paslaugų sumažėjimas paaiškinamas sumažėjusiu politiniu susidomėjimu ir skiriamu finansavimu socialinėms ir sveikatos priežiūros paslaugoms namuose (Meagher ir Szebehely, 2013). Nepaisant sumažėjusio finansavimo ir paslaugų prieinamumo, išlaidos ilgalaikės priežiūros paslaugoms 2019 metais siekė 3,3 proc. nuo BVP ir jos yra vienos didžiausių Europoje (European Commission ir Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, 2021).

Taip pat yra pastebimas atsiradę prieinamumo netolygumai tam tikroms paslaugų rūšims. Paslaugos, kurios palaiko asmens sveikatą bei pamatinių poreikių aprūpinimas visą parą yra finansuojamas ženkliai daugiau, tuo tarpu socialinėms paslaugoms, kaip asmens namų valymo, rūbų skalbimo, apsipirkimo paslaugos pradėtos mažiau finansuoti daugelyje savivaldybių, dėl ko asmenims dažnai tenka ieškoti privačių teikėjų, kurie suteiktų šias paslaugas (Costa-Font, 2011, p. 137-152).

Švedijos ilgalaikės priežiūros paslaugų sistema seniai tobulinama ir daug laisvės suteikiama savivaldybėms, kurios paslaugas gali pritaikyti savo regiono gyventojų poreikiams, nors tokia suteikta laisvė taip pat turi savo trūkumų dėl netolygaus paslaugų prieinamumo šalyje. Gyventojai užtikrinti, kad jais bus pasirūpinti nepriklausomai nuo jų finansinės situacijos, nors pastebima, kad paslaugų kokybė priklauso nuo paslaugas teikiančios organizacijos.

Vokietija

Vokietija yra viena iš pirmaujančių Europos šalių pagal populiacijos senėjimą, nes vyresni nei 65 metų asmenys sudaro net 21,8 proc. visos Vokietijos populiacijos. COVID-19 padarė žymiai mažiau žalos Vokietijoje palyginus su Švedija. Dėl pandemijos sukeltų ligų gyvenimo trukmė sumažėjo tik 2,5 mėn., t.y. iki 81,1 metų. Pagal išlaidas sveikatos priežiūrai vienam gyventojui Vokietija išleidžia panašiai kaip Norvegija – 4505 EUR, tai sudaro 11,7 proc. nuo BVP, o Europoje atsilieka tik nuo Šveicarijos. Pirminei sveikatos priežiūrai, į kurią įeina ir paslaugos namuose, yra skiriama sąlyginai mažas 27 proc. biudžetas (OECD ir European Observatory on Health Systems and Policies, 2021b). Remiantis Vokietijos statistikos departamento duomenimis 2019 metais 3,3 mln. gyventojų buvo teikiamos paslaugos jų namuose. Verta pastebėti, kad apie 2,1 mln. gyventojų paslaugas teikė giminės, kurie už rūpinimąsi neįgalium ar senyvu asmeniu gauna kompensacijas iš valstybės. Likusi dalis, 982 tūkst. asmenų gavo ilgalaikės priežiūros paslaugas (Statistisches Bundesamt, 2020).

Iki 1995 metų slaugos bei socialinės paslaugos namuose, ilgalaikės globos paslaugos nebuvo užtikrinamos turint valstybinį sveikatos draudimą, tie kas negalėjo susimokėti už paslaugas buvo aprūpinami iš socialinių išmokų. Toks finansavimo būdas kėlė didelę naštą valstybės biudžetui, todėl 1995 metais kartu su sveikatos sistemos reforma buvo priimtas ilgalaikės priežiūros paslaugų draudimas (toliau - IPPD). Nepaisant to, kad Vokietijoje įmanoma turėti valstybinį arba privatų draudimą, abu draudimo tipai privalo užtikrinti ir IPPD. Todėl visi asmenys, kurie turi valstybinį sveikatos draudimą automatiškai turi ir IPPD. IPPD leidžia asmenims gauti ilgalaikės priežiūros paslaugas savo namuose bei galimybę gauti ilgalaikės globos paslaugas (Arntz, Sacchetto, Spermann, Steffes ir Widmaier, 2007). Nepaisant to, kad draudimas užtikrina ir globą, IPPD reglamentuojantis teisės aktas nustato, kad pagrindinė draudimo funkcija yra užtikrinti asmens savarankiškumą jo gyvenime, o pagalba orientuota į fizinės ir psichologinės sveikatos atstatymą arba jeigu tai neįmanoma, jos palaikymą (Aronson ir Mahler, 2016).

Asmuo, kuris turi poreikį gauti slaugos paslaugas namuose privalo kreiptis į sveikatos draudimo medicininę patariamąją tarnybą (vok. Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, MDK), jeigu yra draustas valstybiniu sveikatos draudimu, arba į MEDICPROOF GmbH jeigu asmuo turi privatų draudimą. Vertinimai dažnai atliekami asmens namuose vykstant gydytojui ir geriatrijoje specializuotam

slaugytojui. Jie vertina ne tik asmens fizinę būseną iš medicininės prizmės, bet ir jo namų, socialinę aplinką. Nustačius poreikį asmeniui bus priskirtas vienas iš 4 poreikių lygių. Priklausomai nuo poreikio lygio ir, ar paslaugas teiks formalus ar neformalus paslaugų tiekėjas, mėnesinio krepšelio suma skirta ilgalaikės priežiūros paslaugoms gali skirtis (Li, 2019). Viena didžiausių kritikų šiam modeliui yra tai, kad IPPD skiriamos mėnesinės sumos nepadengia pakankamai asmens poreikių ir retai yra koreguojamos pagal infliaciją ir paslaugų kainas, dėl to dažnai tenka papildomai mokėti iš savo kišenės ir tai sudaro vidutiniškai apie 350 Eur. per mėnesį (Costa-Font, 2011, p. 78-103). Įvertinus asmens poreikius vertinančioji įstaiga sukuria slaugos planą, kuriame būna nurodyta, kokių specialistų paslaugos bus reikalingos, kiek valandų per savaitę paslaugos bus teikiamos, ar asmeniui yra reikalingos paslaugos nakties metu, bei aprašomi paslaugų suderinimai, jeigu dalį laiko paslaugas teiks neformalūs teikėjai (Genet ir kt., 2011).

Derinimas, kurias paslaugas teiks slaugos tarnybos, o kurias teiks neformalūs teikėjai yra svarbus žingsnis, siekiant užtikrinti slaugomo asmens poreikius. Kiekviena teikiama paslauga turi įkainį, tačiau įkainis taip pat skiriasi nuo paslaugos sudėtingumo, todėl planuodami slaugos paslaugas šeimos nariai privalo įvertinti, kokias paslaugas teiks patys, o kokias pirks iš slaugos tarnybų (Urbietė, 2020).

Slaugos paslaugos namuose Vokietijoje įeina į ilgalaikės priežiūros paslaugas, kurios apima platų skirtingų paslaugų ratą. Priklausomai nuo asmens poreikių jam gali būti reikalinga bazinė priežiūra (ang. basic care), kuri apima pagrindines socialines paslaugas tokias kaip pagalba su asmens higiena, maisto paruošimas ir pristatymas, maitinimas, pagalba judant, pagalba su kasdieniais darbais tokiais kaip namų tvarkymas, skalbimas ar apsipirkimas. Asmenims, kuriems reikia slaugos ar gydymo paslaugų namuose gauna gydomąją priežiūrą (ang. treatment care), į kurią įeina slauga bei gydymas pagal gydytojo paskyrimą, pavyzdžiui, grįžus iš ligoninės, slaugos paslaugos namuose siekiant užkirsti kelią hospitalizacijai, palaikomoji priežiūra, kai ilgą laiką taikomas gydymas bei užtikrinami slaugos poreikiai (Li, 2019). Taip pat į ilgalaikės priežiūros paslaugas įeina ir tokios paslaugos kaip medicininės įrangos nuoma ir techninė pagalba, asmens aplinkos pritaikymas jo poreikiams, socialinė neformalių priežiūros teikėjų apsauga, mokymo kursai šeimos nariams apie rūpinimąsi sergančiu ar neįgaliuoju, be to, galimybė paimti atokvėpio priežiūrą namuose kuomet šeimos narys, kuris rūpinasi kitu asmeniu atostogauja arba serga, galimybė atokvėpio trumpalaikiai institucinei priežiūrai (Schulz, 2010). Tokios papildomos paslaugos leidžia neformaliems teikėjams geriau pasirūpinti ne tik slaugomu asmeniu, bet ir savo fizine bei psichologine sveikata.

Ilgalaikės priežiūros paslaugos Vokietijoje teikia valstybinės, ne pelno siekiančios, pelno siekiančios ir religinės organizacijos, tokios organizacijos vadinamos slaugos tarnybomis ir finansuojamos iš IPPD. Konkurencijos skatinimas tarp pelno ir ne pelno siekiančių organizacijų yra akcentuojamas formuojant ilgalaikės priežiūros paslaugų politiką. Konkurencija dėl klientų ir paslaugų kiekio lemia sąlyginai nedideles paslaugų kainas, bet tai atsiliepia paslaugų kokybei. Kaip ir Švedijoje,

resursų taupymas tarp privačių tiekėjų lemia trumpesnius vizitus, didesnę kiekį žemesnio išsilavinimo darbuotojų (Burokienė ir kt., 2019).

Vokietijos slaugos paslaugos namuose yra integruotos į ilgalaikės priežiūros paslaugas, kurių organizavimas ir teikimas tobulinamas jau trečią dešimtmetį. Ilgalaikės priežiūros paslaugos yra plačiai prieinamos, nors ne pilnai finansuojamos valstybės. Stipriai yra vystomas bendradarbiavimas tarp formalių ir neformalių priežiūros teikėjų, o stacionari slauga bei gydymas skiriamas tik sunkiausiems pacientams.

Prancūzija

Prancūzija pirmauja Europoje pagal vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę, 2020 metais šioje šalyje gyvenimo trukmė buvo beveik 2 metais ilgesnė negu ES vidurkis – 81,3 proc.. Nepaisant ilgų gyvenimo metų, vyresnių nei 65 metų skaičius sudarė 20,4 proc. populiacijos t.y., mažesnis negu EU vidurkis kuris yra 20,6 proc. Paslaugos namuose apmokamos iš sveikatos priežiūros biudžeto ir 2017 metais ilgalaikės priežiūros paslaugos Prancūzijoje kainavo apie 20 mlrd. Eur, o tai sudaro apie 10 proc. sveikatos priežiūros biudžeto (OECD ir European Observatory on Health Systems and Policies, 2021a). Per paskutinį dešimtmetį didelis dėmesys buvo skiriamas ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimo reformai, kurios metu buvo mažinamas slaugos lovų skaičius, finansavimą perskirstant paslaugoms namuose ir globos įstaigoms. Toks slaugos lovų mažinimas sulaukė kritikos, kai Covid-19 pandemijos metu buvo fiksuojamas žymus stacionarių lovų trūkumas (WHO Centre for Health Development ir kt., 2021).

Prancūzijoje senyvo amžiaus ar neįgaliais asmenimis istoriškai rūpindavosi šeimos nariai, todėl neformalūs teikėjai sudarė didžiąją dalį teikiamų rūpybos paslaugų. 2008 metais net 80 proc. senyvo amžiaus asmenų buvo prižiūrimi savo šeimos narių, o iš jų 32 proc. buvo vieninteliai paslaugų teikėjai (Roquebert-Labbé, 2018). Nuo 2002 metų, asmenys vyresni nei 60 metų, kuriems yra nustatytas neįgalumas, turi prieigą prie pašalpos, skatinančios asmens autonomiją (pranc. *Allocation personnalisée d'autonomie, APA*), kurios tikslas skatinti asmenų su negalia formalią priežiūrą. Vertinimą dėl minėtos pašalpos gavimo atlieka komanda sudaryta iš medicinos ir socialinių paslaugų specialistų, kurie vertina asmens savirūpos galimybes pagal skalę (pranc. *Grille autonomie, gérontologie, groupe iso ressource, AGGIR*). Įvertinus asmens poreikius jam priskiriamas vienas iš šešių lygių, nuo GIR 1 (sunkiai neįgalus) iki GIR 6 (nepriklausomas). Vertinančioji komanda taip pat sudaro rūpybos planą, kuriame nustatytas valandų kiekis, kuris bus apmokamas iš pašalpos. Paskirtų valandų skaičius priklauso ne tik nuo asmens GIR lygio, bet ir nuo finansinės situacijos. Nepasiturintiems asmenims nustatomas aukštesnis kompensuojamų valandų skaičius (Perdrix ir Roquebert, 2020).

Prancūzija viena iš nedaugelio šalių Europoje, kartu su Graikija ir Jungtine Karalyste, kurioje taikomas amžius kaip vienas iš reikalavimų gauti paslaugas neįgaliesiems asmenims. Įsigaliojus 2002 metų įstatymui atsirado amžiaus barjeras neįgaliesiems, kurie nori gauti paslaugas pagal APA programą. Toks

paslaugų prieinamumo skirstymas pagal amžių sulaukė daug diskusijų iš neįgaliųjų interesus atstovaujančių grupių. M. Tenand pastebi, kad tokia politika nesutampa su Europos teisingumo teismo pozicija, kuri teigia, kad amžius nėra pakankamas kriterijus nuspręsti, ar asmuo turi teisę į socialines paslaugas (Tenand, 2018).

Viena iš unikalių Prancūzijos ilgalaikės priežiūros paslaugų sistemos dalių yra „ligoninė namuose“, tai gydymo paslaugos, kurios teikiamos namuose pacientams, kuriuos dėl savo sveikatos būklės sudėtinga būtų stacionarizuoti. Teikiamos paslaugos neapsiribuoja vaistų administravimu, žaizdų priežiūra ar asmens higienos priežiūra, priklausomai nuo asmens gydymo gali dalyvauti skirtingų kryptių gydytojai, slaugytojai ir kiti sveikatos priežiūros specialistai, teikiant paliatyvias paslaugas, chemoterapiją, gydymą intervieniniais antibiotikais, kraujo perpylimus, taikant deguonies terapiją. Esant indikacijoms namuose atliekami diagnostiniai tyrimai tokie kaip rentgeno ar echoskopijos. Paslaugos teikiamos visą parą nenutrūkstamai, o specialistų paslaugas įprastai suderina atvejo koordinatorius (Rossinot ir kt., 2019). 2018 metais tokiomis gydymo paslaugomis pasinaudojo beveik 122 000 pacientų, o vidutinė hospitalizacija namuose truko 45 dienas (WHO Centre for Health Development ir kt., 2021). Rossinot ir kt. (2019) pažymi, kad gydymo namuose kaina priklauso nuo asmenų būklės sunkumo ir Prancūzijos sveikatos priežiūros sistemai kainuoja vidutiniškai 198 Eur. per dieną, tai yra nežymiai pigiau negu gydant pacientą stacionariai (Rossinot, Marquestaut ir de Stampa, 2019).

Paslaugų namuose teikimas Prancūzijoje, kaip ir daugelyje Europos šalių, tampa vis labiau patrauklus pelno siekiančioms organizacijoms. Klientai gali pasirinkti paslaugų tiekėją tarp valstybinių įstaigų, ne pelno siekiančių organizacijų ir pelno siekiančių organizacijų. Kitaip negu kitose šalyse įstaigos norinčios teikti paslaugas namuose negali atitikti keliamų reikalavimų ir pradėti dirbti. Prancūzijoje privačios įstaigos norinčios teikti paslaugas namuose privalo gauti leidimą iš savivaldybės tarybos. Leidimai išduodami, kai įstaiga atitinka kokybės reikalavimus, praeina sertifikavimo ir vertinimo procesus, tada įmonė derasi su taryba dėl geografinio regiono, kurį galės aptarnauti. Jeigu savivaldybės tarybos vertinimu regionas yra pakankamai užpildytas, įstaigoms nėra leidžiama teikti paslaugų namuose, finansuojamų iš APA programos (WHO Centre for Health Development ir kt., 2021).

Prancūzija kaip ir daugelis Europos šalių teikia socialines ir medicinos paslaugas kartu per ilgalaikės priežiūros paslaugų sistemą, kuri apima daug skirtingų paslaugų nuo pagalbos buityje iki sudėtingų medicininių intervencijų atstatant asmens sveikatą. Per paskutinį dešimtmetį paslaugos namuose tapo plačiau prieinamos ne tik pensinio amžiaus asmenims, svarbu ir tai, kad šalyje vis dar yra aktyvus politinis susidomėjimas šių paslaugų tobulinimu.

Apibendrinant analizuotų šalių patirtį, matyti, kad šalys susiduria su panašiais iššūkiais kaip ir Lietuvos sveikatos priežiūros sistema, susijusiais su besikeičiančiais socialiniais ir demografiniais pokyčiais. Visuomenės senėjimas kelia iššūkius visoms Europos šalims, su vis augančia našta sveikatos priežiūros paslaugų finansavimui šalys imasi diegti senėjimo vietoje modelį, kuris paremtas ligų

prevencija, sveikos gyvensenos mokymu, formalios ir neformalios priežiūros tarpusavio integravimu. Šalys optimizuojant paslaugų organizavimą, administravimą ir teikimą integruoja socialines ir sveikatos priežiūros paslaugas, daug pastangų įdedama, kad teikiamos paslaugos būtų kuo labiau ekonomiškai racionalios (Kudukytė-Gasperė ir Jankauskienė, 2014). Kita stebima tendencija yra šalių pastangos mažinti stacionarių lovų skaičių ligoninėse užtikrinant plataus spektro paslaugų teikimą namuose nuo pagalbos buityje iki gydymo procedūrų namų sąlygomis. Prioritetas teikiamas toms paslaugoms, kurios padeda išlaikyti asmenį kuo ilgiau savarankišką, gyvenantį savo aplinkoje. Ilgalaikė globa ir paslaugos teikiamos stacionare teikiamos tai atvejais, kai pacientui reikia multidisciplininės komandos priežiūros ir intervencijų (OECD, 2017). Palyginus kitų šalių taikomas praktikas ir planuojamus Lietuvos ASPN teikimo pokyčius, integruojant šias paslaugas kartu su socialinėmis ir paliatyviomis paslaugomis, galima teigti, kad Lietuvos ASPN politika yra vystoma remiantis geriausiomis kitų šalių praktikomis teikiant paslaugas namuose.

3. AMBULATORINIŲ SLAUGOS PASLAUGŲ NAMUOSE TEIKIAMŲ KOMANDOS PRINCIPU VERTINIMAS

3.1 Tyrimo metodika ir organizavimas

Siekiant įvertinti ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimą Vilniaus rajone buvo pasirinkta atlikti kokybinį tyrimą taikant pusiau struktūruoto interviu metodą. Kokybiniuose tyrimuose interviu laikomas vienu iš efektyviausių būdų gauti tyrėjui aktualią ir tyrimui reikalingą informaciją, užtikrinantis patikimesnius duomenis nei kiti apklausos būdai. Atsižvelgiant į informantų skaičių interviu tyrime naudotas „kaip savarankiškas tyrimo metodas kai esti ribota arba maža atranka“ (Tidikis, 2003).

Interviu atlikimo būdai priklauso nuo tyrimo specifikos, juos nustato tyrėjas pasirenkant efektyviausią būdą gauti reikalingą informaciją. Tiriamuoju interviu laikomas tyrėjo inicijuotas dviejų asmenų pokalbis siekiant gauti informaciją, reikalingą pasirinktiems tyrimo uždaviniams. Ypatinga interviu savybė, kad visa informacija, skirtingai nuo kitų apklausos būdų, yra gaunama žodžiu (Kardelis, 2002).

Atliktame tyrime taikytas pusiau struktūruotas interviu, kuris sudarytas iš konkrečių, tarpusavyje susijusių temų. Tyrime dalyvavo ekspertai – „asmenys, kurie dėl savo profesinės ir gyvenimo patirties turi didžiausią kompetenciją ir patikimiausią bei pakankamai išsamią informaciją apie tiriamąją problemą“ (Tidikis, 2003).

Išskiriami pagrindiniai tyrimo etapai:

- klausimyno sudarymas;
- informantų atranka;
- pasiruošimas interviu ir jo atlikimas;
- duomenų apdorojimas ir jų analizavimas.

Klausimyno sudarymas

Darbo autorius parengė klausimyną (1 priedas), kurį sudarė atviro tipo klausimai. Visiems informantams buvo užduodami tie patys klausimai. Klausimus galima suskirstyti į pagrindines grupes:

- 1 – 3 klausimai skirti nustatyti ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandos narių požiūrį į ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimą poliklinikoje.
- 4 – 6 klausimai skirti įvertinti kliūtis su kuriomis susiduria ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandos nariai teikiant ambulatorines slaugos paslaugas namuose ir jų mažinimo galimybes.

- 7 – 9 klausimai skirti išsiaiškinti ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandos požiūrį į bendradarbiavimą teikiant ambulatorines slaugos paslaugas namuose ir būdus pagerinti bendradarbiavimą.

Sudarytas klausimynas prieš atliekant tyrimą buvo išbandytas apklausiant kelis ASPN komandoje dirbančius asmenis.

Informantų atranka

Siekiant išsamesnio tyrimo buvo taikomi ambulatorines slaugos paslaugas namuose teikiančių darbuotojų (1 – 3 kriterijai) atrankos kriterijai:

- ne mažesnė kaip vienerių metų patirtis teikiant ambulatorines slaugos paslaugas namuose;
- ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komanda privalo turėti bendrosios praktikos slaugytoją, slaugytojo padėjėją ir kineziterapeutą;

Tyrimo dalyvavę informantai buvo sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojai, teikiantys ambulatorines slaugos paslaugas namuose. Tyrimo dalyvavo aštuoni informantai – keturi bendrosios praktikos slaugytojai, du slaugytojo padėjėjai ir du kineziterapeutai, kurie dirba vienoje Vilniaus poliklinikų ir teikia ambulatorines slaugos paslaugas namuose.

Informantai tyrimo užkoduoti pagal jų vaidmenį ASPN komandoje:

- Bendrosios praktikos slaugytojai – BPS 1 – 4;
- Slaugytojo padėjėjai – Slpad 1 – 2;
- Kineziterapeutai – KT 1 – 2;

Pasiruošimas giluminiam interviu ir jo atlikimas

Bendravimas su informantais vyko telefonu, susisiekiant, informuojant apie vykdomą tyrimą ir kviečiant juos dalyvauti tyrimo. Informantui sutikus buvo suderinamas informantui patogus pokalbio laikas. Interviu buvo atliekamas gyvai susitikus poliklinikoje įrašant informantų ir tyrėjo pokalbį. Informantai į klausimus atsakinėjo dalindamiesi savo asmenine pozicija, tyrėjui neperšant savo subjektyvios nuomonės. Pokalbio metu informantams buvo sudarytos sąlygos be pašalinių trukdžių išsamiai atsakyti į užduodamus klausimus, pasidalinti savo subjektyvia nuomone, o tyrėjas galėjo neleisti informantui nukrypti nuo temos laikantis interviu atlikimo metodikos. Visi pasirinkti informantai asmeniškai nepažinojo tyrėjo, siekiant išlaikyti tyrimo objektyvumo kriterijaus.

Interviu buvo atliekamas tuščiam poliklinikos kabinete, kur buvo užtikrinta neblaškanti aplinka. Tai buvo daroma siekiant netrukdomai tyrėjui uždavinėti klausimus, o informantams į juos atsakyti. Interviu prasidėdavo nuo susipažinimo, supažindinimo su tyrimo tema ir reikšmingumu bei informuojant

informantus apie jų anonimiškumą ir konfidencialumą. Kokybinis tyrimas buvo vykdomas 2022 m. spalio mėnesį, interviu trukmė 27- 45 min.

Duomenų apdorojimas ir analizė

Kokybinio tyrimo duomenis sudaro aštuonių informantų atsakymų įrašai, gauti taikant interviu metodą. Šie įrašai buvo transkribuoti. Kokybinių duomenų analizei taikytas turinio (angl. content) analizės metodas, leidžiantis formuoti išvadas remiantis analizuojamu tekstu.

Turinio analizės etapai:

- duomenų parengimas analizei;
- duomenų skaidymas;
- duomenų jungimas;
- duomenų interpretacija;
- išvadų formulavimas (Gaižauskaitė ir Valavičienė, 2016).

Tyrimo etikos principai

Atliekant kokybinį tyrimą buvo laikomasi pagrindinių socialinių tyrimų etikos principų: interviu buvo atliktas gavus poliklinikos administracijos leidimą, visi tyrimo dalyviai tyrime dalyvavo savanoriškai ir tik gavus jų sutikimą, informantai buvo supažindinti su tyrimo tikslais ir pobūdžiu, užtikrinamas informantų anonimiškumas ir konfidencialumas (Kardelis, 2002).

3.2 Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas

3.2.1 Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimas poliklinikoje

Siekiant įvertinti ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandos narių požiūrį į šių paslaugų teikimą poliklinikoje buvo svarbu nustatyti kaip kiekvienas ASPN komandos narys vertina ASPN teikimą jų poliklinikoje. Visi informantai nurodė, kad ASPN teikimą poliklinikoje vertina teigiamai (1 lentelė).

I lentelė. Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo vertinimas poliklinikoje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
ASPN teikimo poliklinikoje vertinimas	Vertina gerai ir teigiamai	<p>„Mūsų poliklinikoje tai gerai vertinu, nes mes turime daug slaugytojų, turime slaugytojo padėjėją, kineziterapeutę, yra komanda. Turim mašinas, kurias išduoda poliklinika.“ (Informantas BPS 1)</p> <p>„Jeigu trumpai, tai vertinu gerai. Pacientus aplankom bent kartą per savaitę. Bendraujam su pacientais, paciento artimaisiais.“ (Informantas BPS 2)</p> <p>„Pas mus gerai. Darbas suplanuotas, dirbam vienoj vietoj, aptarnaujam savo pacientus, juos pažįstam. <...> visus savo aplinkinius pacientus pažįstu ir jie manim pasitiki.“ (Informantas BPS 4)</p> <p>„O bendrai kalbant patenkinti yra ir artimieji tiek ir mes, kad laisvai galima susiskambinti patogiu laiku, labai viskas gerai. Man tai patinka šis darbas.“ (Informantas Slpad 1)</p> <p>„Vertinu normaliai, gerai. Turim mašiną duotą, turim visus įrankius ko tik reikia.“ (Informantas Slpad 2)</p> <p>„Mūsų poliklinikos ASPN teikimą vertinčiau gerai vien dėl to, kad tokios paslaugos yra. Yra didelė komanda, jeigu žmogus turi poreikius paslaugoms jis ir gauna paslaugas.“ (Informantas KT 2)</p> <p>„Mūsų poliklinikoje gan plačiai orientuojamasi į paciento gerovę, tai šiaip teigiamai. Galėčiau pasakyti, kad labai gerai, ypač kad į paciento poreikius žiūri, ir padėjėjų turim, ir kineziterapeutė atvažiuoja, ir slaugos padėjėjai, ta prasme tarpusavyje bendradarbiaujam su šeimos gydytojais. Taip, tai yra paslaugos vertingos ir pacientui tai į gerą.“ (Informantas BPS 3)</p> <p>„Vertinu teigiamai. <...> tu palengvini tikrai jų (pacientų) dalį, nuvyksti pas juos į namus ir jiems padedi. Tai manau, tai yra teigiama ir labai gera paslauga.“ (Informantas KT 1)</p>

Visi tyrime dalyvavę informantai vertino ASPN teikimą poliklinikoje teigiamai. Informantai taip pat pabrėžė, kad jų ASPN teikimo teigiamam vertinimui įtakos turi tai, kad poliklinika turi automobilius, kuriais ASPN komandos nariai gali naudotis vykstant pas pacientus. Informantas BPS 1 pabrėžė kaip yra svarbu, kad nereikia naudoti asmeninio automobilio ar pas pacientus vykti viešuoju transportu: „Turim mašinas, kurias išduoda poliklinika. Mašinų kaip ir užtenka. Nes ant 7 žmonių turim 4 mašinas. Dalinamės. Grafikai taip sudaryti, kad mes galėtume dalintis, vienos iš ryto kitos po pietų. <...> tai vertinu gerai, nes vis tiek kuras tai vienas dalykas, kaip kai kurios įstaigos kurą tik apmoka, bet mašiną reikia taisyti, išnaudojimas eina mašinos. Kitoj poliklinikoj apskritai žinau slaugytojos važinėja su viešuoju transportu <...>“. „Turim mašiną duotą, turim visus įrankius ko tik reikia.“ (Informantas Slpad 2). Informantas Slpad 1 pažymėjo, kad ASPN poliklinikoje vertina dvejopai „Manau yra ir teigiamų ir neigiamų pusių.“, pagrindinė to priežastis sudėtinga komunikacija su paciento šeimos nariais ir

artimaisiais derinant ASPN komandos vizito laiką „<...> kartais patiems artimiesiems susitarti yra labai sunku. Užsiėmę žmonės būna. Tenka labai prisitaikyti prie žmonių. Būna kartais ir labai patogų, susiskambini, atvažiuoji be jokių problemų.“. Informantas KT 2 pasidalino savo, kaip paciento patirtimi, apie įstaigą kurioje yra prisirašiusi, kur ASPN yra teikiama pagal paslaugų teikimo sutartį. Informanto KT 2 teigimu minėtas paslaugų teikimo modelis padaro slaugos paslaugas namuose sunkiau prieinamas „<...> klinika kur esu prisirašius. Ten yra uždaroji akcinė bendrovė kuri savo ASPN komandos neturi, o pagal sutartį. Tai žinau ten paslaugos sunkiau prieinamos.“

Informantai akcentavo naudą pacientams vertinant paslaugų teikimą poliklinikoje. Informantas BPS 3 paminėjo, kad poliklinikoje teikiant ASPN paslaugas kreipiamas dėmesys į paciento poreikius „<...> labai gerai, ypač kad į paciento poreikius žiūri <...>“, informantas BPS 2 pabrėžė ASPN komandos naudą kaip tarpininko tarp gydytojo ir paciento „Bendraujam su pacientais, paciento artimaisiais. Jeigu paciento artimieji negali prisiskambinti gydytojui ar užsiregistruoti, reikia vaistų, sauskelnių, ar kažko jiems reikia visada yra tas bendravimas. Jie pasiskambina mums. Slaugytojas viską sutvarko.“, o informantas Slpad 2 paminėjo ASPN komandos vaidmenį suteikiant paslaugas, kurių negali suteikti artimieji, tokiu būdu neperimant paciento priežiūros, o ją papildant „Būna pavyzdžiui sūnus, nėra dukros ir reikia mamą išmaudyti. Tai tada labai laukia kol atvažiuosiu. Prašo net kad kiekvieną savaitę atvažiuočiau <...>“. Taikant tokį paslaugų teikimo modelį, kai formalių slaugos paslaugų teikėjai papildoma teikiamas neformalias paslaugas, pacientai būna geresnės sveikatos būklės ir išreiškia aukštesnį pasitenkinimą (Geerts ir Van den Bosch, 2011).

Informantai taipogi teigiamai paminėjo tai, kad į ASPN komandą buvo įtraukti slaugytojo padėjėjas ir kineziterapeutas „<...> ir padėjėjų turim, ir kineziterapeutė atvažiuoja, ir slaugos padėjėjai, ta prasme tarpusavyje bendradarbiaujam<...>“ (Informantas BPS 3), „<...> gerai vertinu, nes mes turime daug slaugytojų, turime slaugytojo padėjėją, kineziterapeutę, yra komanda.“ (Informantas BPS 1).

Informantas BPS 4 pateikė priešingą nuomonę, kad įtraukus slaugytojų padėjėjus ir kineziterapeutus į ASPN komandą pacientams tapo neaišku, kokias paslaugas šie specialistai teikia „Kai įvedė kineziterapeutus, slaugytojo padėjėją prijungė į komandą, tai visi mūsų senukai nesuprato. Kaimas yra kaimas, čia specifinė yra publika. Jiems nelabai suprantamas kartais šitas dalykas.“. Taipogi Informantas BPS 4 paminėjo, kad pacientai slaugytojo padėjėjos paslaugas priėmė greičiau negu kineziterapeuto teikiamas paslaugas „Dar slaugytojos padėjėjos paslaugas, ten nagus apkirpti, išmaudyti, tokius buitinius dalykus tai jie (pacientai) dar supranta kas čia per darbas. Bet dėl kineziterapeuto, tai visi atsisako. <...> bet kai jie atvažiuoja pamoko ir išvažiuoja tai jie (pacientai) atsisako“. Nenorą sportuoti tarp vyresnio amžiaus žmonių (65 metų ir vyresnių) patvirtina atliktas tyrimas, kur daugiau nei pusė (51,7 proc.) apklaustųjų nurodė, kad jaučiasi pernelyg pavargę, kad

savarankiškai sportuotų, o 38,4 proc. apklaustųjų nurodė motyvacijos trūkumą kaip pagrindinę priežastį (Justine, Azizan, Hassan, Salleh ir Manaf, 2013).

Tyrimo duomenys leidžia teigti, kad ASPN komanda poliklinikoje teikiamas ASPN vertina teigiamai.

Informantų buvo prašoma įvertinti ASPN finansavimą iš PSDF biudžeto lėšų. Informantai vertina, kad apmokamų ASPN komandos vizitų skaičius yra pakankamas, nors nurodė nepakankamą specialistų skaičių, siekiant užtikrinti teikiamų ASPN prieinamumą esamą poreikį (2 lentelė).

2 lentelė. Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose finansavimo iš PSDF biudžeto vertinimas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
ASPN finansavimo iš PSDF biudžeto lėšų vertinimas	Pakankamas apmokamų vizitų į namus skaičius	<p>„Kaip iš slaugytojos pusės, teikiamų paslaugų kiekio tikrai užtenka. Bendrai vertinu ASPN finansavimą dabar esamą gerai, kad paslaugų užtenka ir kad situacija teigiama.“ (Informantas BPS 1)</p> <p>„Tų kodų tikrai užtenka, paslaugų, specialistų pas mus pakankamai daug. <...> taip, yra pakankamas tų paslaugų skaičius. Mes į metus sutelpam, nu ta prasme nėra taip, kad jau nuo pusės metų neužtenka ir tu negali suvesti tų kodų arba tu negali teikti tų paslaugų.“ (Informantas BPS 3)</p> <p>„Vienetai ligonių, kurie tikrai išnaudos visas tas paslaugas. Visiem kitiem, man atrodo, mes nepasieksim suteikti tiek paslaugų. <...> bet visų paslaugų neišnaudos.“ (Informantas BPS 4)</p> <p>„Manyčiau, kad užtenka, bet kuo daugiau pinigų šiai sričiai skiria, tuo geriau. Nebūna taip, kad reikia žmogų aplankyti, o paslaugos jau išnaudotos.“ (Informantas SI Pad 1)</p> <p>„Manau paslaugų pakanka.“ (Informantas KT 1)</p>
	Paslaugų finansavimą vertina neigiamai	<p>„<...> vertinu kaip finansavimą nepakankamą“. (Informantas KT 2)</p> <p>„<...> balas per žemas, ir reikia visą įmonę išlaikyti, darbuotojam nieko nelieka. Finansavimas vienai paslaugai per mažas <...>“ (Informantas BPS 4).</p>

Informantai ASPN finansavimą iš PSDF biudžeto lėšų vertino skirtingai. Penki informantai nurodė, kad paslaugų skaičiaus, kuris šiuo metu yra prieinamas pacientams, pakanka. Informantas SLpad 2 nurodė, kad nors jam kaip paslaugų teikėjui nieko netrūksta, bet pasitaiko atvejų kai pacientui tenka papildomai įsigyti slaugos priemonių ar įrangos apsitarnauti namuose „Man nieko netrūksta. Būna, kad žmonės namuose neturi kažko, bet stengiasi nusipirkti.“. Informantas BPS 2 nurodė esantis neapsisprendęs, ar ASPN finansavimas šiuo metu yra pakankamas ir pagrindinę priežastį nurodė LR sveikatos apsaugos ministro 2022 m. birželio 29 d. įsakymu Nr. V-1168 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl ambulatorinių slaugos

paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“, pakeistą tvarką, kaip ASPN pacientams nustatomi slaugos poreikiai. Po minėto pokyčio paciento slaugos poreikiai pradėti vertinti šeimos gydytojo komandos, tai įvedė daug sumaišties į ASPN teikimą. Pasak Informanto BPS 2 „*Negaliu pasakyti ar užtenka finansavimo ar ne. Atsižvelgiant į tai, kiek reikia apsilankymų, kur pakeitė šiais metais. Kol kas nesusidūriau, kad būtų per mažai paslaugų žmogui. Nes įvertina gydytojas ir mes kai nuvažiuojam pas pacientą, mes galim tą klausimyną (slaugos poreikių nustatymo) pakeisti, pakoreguoti jeigu matom, žmogui pablogėjo. Tada jam yra teikiama daugiau paslaugų. Kol kas tokio, kad išnaudojo visas paslaugas nebuvo, bet tai nereikia kad su tuo galima nesusidurti.*“. Pasikeitusią slaugos poreikių nustatymo tvarką paminėjo ir Informantas BPS 3, kuris nurodė, kad LR sveikatos apsaugos ministro 2022 m. birželio 29 d. įsakymu Nr. V-1168 slaugos paslaugų poreikio nustatymo klausimynas buvo sukurtas neatsižvelgiant į visų būklių pacientų poreikius „*Kai pakeitė kaip poreikiai nustatomi, turėjau tokių problemų, <...> pirminis tas kur klausimynas buvo paduotas, kad labiau į psichinę tą būklę atsižvelgta. Va tie, kur pas mane yra pacientai trachiestominiai, su gastrostomom ten nebuvo atsižvelgta, nu, į tų poreikius. Tai va dėl to aš susidūriau, bet labai greitai išsiaiškinom ir už mėnesio berods pakeitė. Dabar geriau jau.*“ Informantas pamini, kad LR sveikatos apsaugos ministro 2022 m. rugpjūčio 31 d. įsakymo Nr. V-1388 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ įvesti pokyčiai adaptavo slaugos paslaugų poreikio nustatymo klausimyną, geriau vertinant pacientų be psichikos sveikatos sutrikimų poreikius. Informantas KT 2 nurodė, kad kitų specialistų paslaugos yra prioretizuojamos aukščiau negu kineziterapijos paslaugos, dėl to pasitaiko atvejų, kai žmogus, kuriam būtų naudinga gauti kineziterapeuto paslaugas namuose, tokio tipo paslaugų negauna „*Slaugytoja važiuoja net 3 kartus per savaitę. Bet žmogus po insulto, kuris gali atsisėsti, su viena ranka pavalgyti ir labai nori kineziterapeuto paslaugų namuose. Bet nustačius mažą (slaugos) poreikį, paskyrė jam lašelines. Slaugytoja nuvažiavo sulašinti jam lašelinių ir tų vizitų jam (pacientui) nebeliko. Arba nustačius vidutinį (slaugos) poreikį, yra pragula, su slaugytoja važiuoja slaugytojo padėjėja kineziterapeutas jau nebegali važiuoti.*“. Du informantai įvardino didesnę specialistų poreikį teikti ASPN „*<...> darbuotojų skaičiaus norėtusi didesnio. Manau, reikėtų po vieną etatą kiekvienos profesijos, slaugytojų padėjėjų, kineziterapeutų ir slaugytojų po vieną žmogų. Būtų tiesiog fiziškai lengviau darbuotojui dirbti ir daugiau būtų aptarnaujami, manau, pacientai.*“ (Informantas KT 1), „*<...> galėtų ergoterapeutą įtraukti į (ASPN) komandą. <...> į komandą dar galėtų įtraukti psichiatrą, nes labai būna sudėtinga vaistus pakeisti. Visi galvoja kaip tą žmogų (pacientą) nuvežti, nes būtinai turi pasirašyti jeigu keičia vaistus.*“ (Informantas KT 2). Pasak Informanto KT 1 specialistų trūkumas turi įtakos ir tam, kad ASPN komanda nespėja suteikti pacientams reikalingo kiekio paslaugų „*Nes kartais nelabai fiziškai ir spėjiam tiek, kiek norėtusi aplankyti pacientus. Tai šiuo atveju darbuotojų skaičiaus norėtusi didesnio.*“.

tokią mintį atkartoję ir Informantas Slpad 2 „*Nežinau kiek ten galima tų paslaugų vienam suteikti, aš aplankau tiek, kiek spėju. Jeigu matau, kad spėju daugiau užvažiuoju pas kokį sunkesnę, gulinti.*“.

Informantas BPS 4 pažymėjo, kad šiuo metu galiojanti apmokėjimo už suteiktas ASPN tvarka turi tokį paslaugų skaičių, kurio per metus nėra galimybės suteikti pacientui, tuo tarpu suteikiamos paslaugos apmokamos per mažai „*Finansavimas vienai paslaugai per mažas, bet visų paslaugų neišnaudosi.*“.

Kaip sprendimo būdą Informantas BPS 4 siūlo kaip ASPN apmokėjimo kriterijų naudoti paciento būklės vertinimą ir pagal tai nustatyti ASPN komandos darbo efektyvumą „*Negalima skaičiais tiksliai apibūdinti kiek paslaugų reikia. Jeigu mus pastatys į rėmus, kad reikia tiek, tai mes visi rašysim be reikalo. <...> manau reikėtų žiūrėti pagal paciento būklę. Ir pagal jo (paciento) būklę vertinti mano darbą. O ne taip, kad bėgioti, kad išnaudoti visus šituos apsilankymus. Turi pasikeisti apmokėjimo kriterijai. Ne į skaičių orientuotis, o į paciento būklę.*“.

Apmokėjimas priklausantis nuo paciento būklės ar gydymo rezultato, yra naudojama dalyje Jungtinių Amerikos Valstijų ligoninių. Teigiama, kad apmokėjimas priklausantis nuo gydymo rezultato padaro sveikatos priežiūros įstaigas mažiau orientuotas į suteiktų paslaugų kiekį, skatinant kokybiškų paslaugų vystymąsi (Squitieri, Bozic, ir Pusic, 2017).

Remiantis tyrimo duomenimis galima teigti, kad ASPN komandos nariai ASPN finansavimą iš PSDF biudžeto lėšų vertino kaip pakankamą, nors dalis informantų nurodė paslaugų bazinę kainą kaip nepakankamą. Taip pat pastebima, kad ASPN finansavimas priklauso nuo suteiktų paslaugų skaičiaus bei motyvacinės sistemos suteikti labiau kokybiškas paslaugas.

Tyrimo informantų buvo klausama, kokius galėtų pasiūlyti pokyčius siekiant užtikrinti efektyvų ASPN teikimą poliklinikoje. Informantai nurodė keturis pagrindinius pokyčius reikalingus poliklinikoje siekiant efektyviau teikti ASPN, dvi iš nurodytų priemonių susijusios su vykimu pas pacientą (3 lentelė).

3 lentelė. Reikalingi pokyčiai poliklinikoje siekiant užtikrinti efektyvų ASPN teikimą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Pokyčiai siekiant užtikrinti efektyvų ASPN teikimą	Mažinti ASPN komandos krūvį	„ <i>Na gal tas pacientų krūvis, pavyzdžiui, vienam etatui per daug pacientų. Nes tu raliai, turiu aš po keturiolika, šešiolika vizitų (į dieną).</i> “ (Informantas BPS 3) „ <i>Gal sumažinti pacientų skaičių, pavyzdžiui jeigu etatu dirba ir turi slaugytoja turėti apie 50 (pacientų). Siūlyčiau mažinti pacientų skaičių etatui.</i> “ (Informantas BPS 1)
	Didinti automobilių kiekį	„ <i><...> pasiūlyčiau automobilių kiekį didinti. Trūksta, kartais reikia dalintis. Būtų tikrai patogiau jeigu kiekvienas darbuotojas turėtų jam priskirtą automobilį ir tada nereikia dalintis, laiko derinti ir panašiai. Tai papildomi automobiliai būtų pirmas toks prioritetas.</i> “ (Informantas KT 1)

		„Pirmiausia kiekvienam slaugytojui po mašiną reikėtų, kad mums nereikėtų laukti kol grįš (kita slaugytoja). Atsirado cito (skubus) darbas atsisėdi ir važiuoji. Būtų puikus darbas.“ (Informantas BPS 4)
	ASPN komandoje turėti vairuotoją	„<...> kad ne pati slaugytoja važiuotų, o kad būtų vairuotojas. <...> pavargsti labai. Kartais būtų gerai, kad būtų vairuotojas.“ (Informantas BPS 2) „<...> dėl vairavimo galima būtų ką nors padaryti. <...> per visą miestą, per visus kamščius važiuoti. Tai būtų vairavimą pakeisčiau, vairuotojas gerai būtų, kad pailsėti kol važiuoji.“ (Informantas Slpad 1)
	Skaitmenizuoti darbo priemonės	„<...> norėtusi tam tikrų priemonių kaip planšetiniai ar nešiojami kompiuteriai, telefonai. Mes turim ten aišku navigacijas automobiliuose, bet naudojam savo telefonus, nes greičiau ir atsidaryti ir naujesnės ten navigacijos (telefone), nes neatnaujintos navigacijos pas mus. <...> Trūksta naujovių tam tikrų, kas pagreitintų bendravimą, ar nuvažiuodamas pas pacientą iškart vietoj ir supildai visą dokumentaciją. Manau tai svarbu.“ (Informantas BPS 2) „Na patobulinti galima būtų mūsų Medis programą su kuria dirbame. Būtų labai smagu, kad kažkas finansuotų arba planšetes ar kažkokius telefonus, kad būtų galima nuvykus pas pacientą iškart viską susipildyti, nereikėtų grįžti į polikliniką ir po to viską prisiminti ką atlikai. Tas tikrai palengvintu.“ (Informantas KT 1)

Informantas BPS 1 siūlydamas mažinti ASPN komandos darbo krūvį paminėjo, kad baiminasi dėl pacientų skaičiaus augimo, kuriems būtų teikiamos ASPN „<...> dabar pagal naują ministro įsakymą tai mes dirbame ir su klausimynais, ne tik tie kurie turi (spec. poreikius). Tai dabar gali būti vietoj 50 (pacientų), 80 (pacientų). Tai reiškia ne pas kiekvieną aš galiu taip dažnai važiuoti kaip norėčiau, ar norėtų šeimos nariai“. LR sveikatos apsaugos ministro 2022 m. birželio 29 d. įsakymo Nr. V-1168 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ pakeitimas palengvino paciento ASPN poreikių nustatymą, leidžiant pirminį vertinimą atlikti šeimos gydytojui. Dėl šios priežasties tikėtinas ASPN gavėjų skaičiaus didėjimas. Informantas BPS 3 pažymėjo, kad darbo krūvis nėra stabilus, vizitų kiekis keičiasi priklausomai nuo sunkių pacientų skaičiaus „<...> dabar tiesiog aprimo žaizdų ta priežiūra, labiau į stacionarus, nes žiemai atėjus tai mano pacientai tokie, kuriems sunkiau apsitarnauti, tai jie į stacionarus stengiasi patekti.“. Verta paminėti, kad ASPN komandos darbą palengvina tai, kad darbą galima organizuoti komandos viduje. Pasak Informanto BPS 3 bendrosios praktikos slaugytojai planuoja kokio specialisto paslaugų pacientui reikia labiausiai, o kiekvienas komandos narys savarankiškai gali dėlotis kokia tvarka ir kada pacientą aplankys „<...> kadangi pati koreguoju (planuoja vizitus), pati

susitariu su pacientais, pati su jais kalbuosi ir tariamės dėl vizitų, tai vis tiek jeigu į vieną pusę važiuoju, tai į vieną.“

Nuovargis dėl didelių atstumų važiavimo buvo nurodytas kaip veiksnys trukdantis efektyviai teikti ASPN. Informantai teigė, kad įtraukus vairuotoją į ASPN komandą, paslaugas namuose teikiantys komandos nariai turėtų laiko pailsėti tarp pacientų ir aprašyti vizitą į vidinę sistemą *„Kai tenka važiuoti man didelius atstumus tai visa laimė, kad mėgstu vairuoti ir tas man teikia satisfakciją tam tikrą <...> tai tie atstumai trumpesni, nedaro žmogus 200 km per dieną vien tik vairavimo pas pacientus. Susinaudoja kartais 4 valandos vien prie vairo.“* (Informantas BPS 2). Pasak Informanto Slpad 1 *„Yra tas nuovargis, per visą miestą, per visus kamščius važiuoti. Tai būtent vairavimą pakeisčiau, vairuotojas gerai būtų, kad pailsėti kol važiuoji. Nes grįžę mes į sistemą turime suvesti kiekvieną apsilankymą pas pacientą, tas užtrunka.“* Tyrimai atlikti analizuojant slaugos paslaugas namuose teikiančių slaugytojų vairavimo sukeltas pasekmes nurodo, kad virš pusės (57 proc.) dalyvavusių tyrime slaugytojų turėjo diskomfortą kaklo ir juosmens srityje, sukeltą kasdieninio vairavimo. Taipogi minimas nuovargis sukeliamas prailginto vairavimo, kas gali turėti įtakos teikiamoms paslaugoms namuose (Sitzman, Pett ir Bloswick, 2002).

Informantas BPS 2 paminėjo svarbų veiksnį trukdantį ASPN dokumentacijos skaitmenizavimui ir darbo procesų modernizavimui – interneto ryšio spragos Vilniaus rajone *„<...> kadangi važinėjam į tokius užkampius kur dokumentacija per planšetę negalima. Interneto nėra. Anksčiau kas dirbo pasakojo, kad jie turėjo (planšetinius kompiuterius), bet pasirodo, kad yra daiktas kurį vežiesi su savim, bet negali su juo nieko padaryti. Nes yra užribis ir nėra ryšio.“* Kol nebus išspręstas internetinio ryšio pasiekimas, tol nebus įmanoma į ASPN komandos veiklą įdiegti tokių sprendimų kaip telekonsultacijos ar dokumentų skaitymas ir pildymas e-sveikatoje.

Informantas KT 2 nurodė, kad ASPN šiuo metu yra efektyviai teikiamos *„Pagal mane dabar teikimas yra efektyvus. Neįsivaizduoju kokie gali būti pokyčiai. Kineziterapija nėra toks darbas kur gali labai paskubinti. Čia yra žmonės su specialiais poreikiais. Su jais darbas nėra, kad atvažiavai padarei ir viskas, reikia laiko skirti.“* Informantas KT 2 nurodė, kad paslaugas patogiau teikti kai pacientas turi funkcinę lovą, nors kai kurie pacientai ar jų artimieji šios priemonės atsisako *„<...> gera dirbti, smagu, kai pacientas turi funkcinę lovą, bet kai kurie jų nenori. Kas nori funkcinės lovos, tai ją ir turi. Labai retam kokiam pasakai, kad paskambinkite gydytojui, kad padėtų sutvarkyti dokumentus. Mums iš tikrųjų pasisekė, kiek aš važinėju mažuose miesteliuose, gyvenvietėse tikrai turi žmones funkcinės lovas. Kas neturi tai dažniausiai giminės net nesvarsto arba negali niekaip organizuotis.“*, taip pat Informantas KT 2 akcentavo ASPN komandos vaidmenį supažindinant pacientą ir jo artimuosius su skirtingomis galimybėmis gauti slaugos priemones *„Mes daug patariam ir kokį čiūžinį, kokias priemones geriau. Kas nori tikrai įsigyja ir turi. Manau, (ASPN) darbuotojas turi būti gana aktyvus ir pasistengti dėl ligonio.“*

Nepabijoti sutrukdyti dar kartą, pasakyti, kad reikia, kad tai yra ligonio labui. Manau, tada daugiau turėtų (funkcines lovas).“.

Apibendrinant reikalingus pokyčius poliklinikoje, siekiant užtikrinti efektyvų ASPN teikimą, galima teigti, kad siekiant efektyvesnio paslaugų teikimo būtina mažinti darbuotojų darbo krūvį, spręsti vykimo pas pacientus kylančias organizacines problemas ir prioritetą skirti darbo priemonių modernizavimui.

3.2.2 Kliūtys, kylančios poliklinikoje teikiant ambulatorinių slaugos paslaugų namuose ir jų mažinimo galimybės

ASPN teikimas yra sudėtingas procesas, kuris priklauso nuo daugelio vidinių ir išorinių veiksnių, o atsiradusios kliūtys teikiant paslaugas gali bloginti specialistų darbo sąlygas ir teikiamų paslaugų kokybę. Siekiant nustatyti, kokios kyla kliūtys poliklinikoje teikiant ASPN ir jų mažinimo galimybes informantų buvo prašoma pasidalinti su kokiomis pagrindinėmis problemomis (sunkumais) jie susiduria teikiant ASPN (4 lentelė). Net pusė informantų nurodė, kad teikiant ASPN susiduria su piktais ar agresyviais pacientais ar jų giminaičiais.

4 lentelė. Pagrindinės problemos su kuriomis susiduriama teikiant ASPN

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Problemos teikiant ASPN	Pacientų elgesys (pyktis, agresyvumas)	<p>„Būna, kad su pacientais nesutariam. Būna piktybiškai nusiteikę, retai bet būna. Agresyvūs tokie prieš mus, kodėl mes čia atvažiuom, kas mes tokie. Kartais užpuola, bet atsiprašo po to.“ (Informantas Slpad 1)</p> <p>„Būna pacientai pikti labai. Būna išgėrę skambina, buvo kad net grasino.“ (Informantas Slpad 2)</p> <p>„<...> bėda būda dėl nestabilios psichikos pacientų. Nuvažiuoji, jie savęs nesuvokia, nesupranta kas jiems daroma, bijo, atsiranda pas juos jėgos. <...> yra visokių ir asocialių asmenų, kur atvažiuoji ir artimasis būna pavartojęs ar nestabilios psichikos. <...> nežinai kas tavęs ten laukia.“ (Informantas BPS 2)</p> <p>„<...> pasitaiko agresyvių ir kad būna sunku, bet aš nematau tame problemos. Kai aš dirbu aš nebijau tokių žmonių, kurie agresyvūs, žinau, kad jie nepuls tavęs, jis netrenks.“ (Informantas BPS 1)</p>
	Transporto priemonių trūkumas	<p>„<...> vienintelė problema yra transporto trūkumas. Mes esame keturios darbuotojos, turime dvi mašinas. Yra vairuotojas, bet jis nėra prie ASPN, jis priklauso ambulatorijai. <...> aš kaip ir planuoju šešis pacientus aplankyti, teks atvažiuoti ir žiūrėti ar bus automobilis, ar ne. Iš tikrųjų labiausiai transporto trūksta.“ (Informantas KT 2)</p>

		„Viskas remiasi į laiką ir automobilius. Čia pagrindinis minusas yra, tai automobilių stoka. Didžioji dalis sunkumų kyla dėl transporto. Tu gal norėtum pacientų aplankyti daugiau (pacientų), bet tu fiziškai negali, nes neturi su kuo važiuoti. Su autobusu gi nevažiuosi į užmiestį.“ (Informantas KT 1)
	Nepalankus susisiekimas keliais ir klimato sąlygos	„<...> laukia žiema, privažiavimas iki pacientų neaišku koks bus. Būna nepavalytas kelias. Arba kažkur toli stovi namukas. Paliekam automobilį ir einam toliau. Su kojom.“ (Informantas BPS 2) „Žiema sukelia sunkumų, oro sąlygos, nes pacientai gyvena kaimuose. Turim tokių, kurie gyvena kaimuose, kur neprivažiuos. Kur yra nevalytas kelias ir žmonės gyvena kaip karo laikais, yra ir tokių. Tai sunku privažiuoti.“ (Informantas BPS 1)

Vokietijoje atliktas tyrimas, analizuojantis slaugos paslaugas teikiančio personalo patirtį susiduriant su agresyviais pacientais, nustatė, kad net 79 proc. apklaustųjų sveikatos priežiūros darbuotojų patyrė agresyvų paciento elgesį teikiant slaugos paslaugas namuose. Didžioji dalis (69,5 proc.) patirtos agresijos formų buvo verbalinė agresija (Schnelli, Mayer, Ott ir Zeller, 2021). Tokius rezultatus patvirtina ir gauti šio atlikto tyrimo rezultatai, nes informantai nurodė verbalinę agresiją kaip pagrindinę agresijos formą „Ne fiziškai, dažniau žodžiais užsipuola. Iškolioja, o po to atsiprašo. Būna visko, bet retai labai.“ (Informantas Slpad 1), „Jis yra toks, kad net kalbant telefonu kelia įtampą, jis išprovokuoja tave, kad tu pyktum, jam sakai jis vis tiek tą patį. Čia gal yra problema kad nuo tokių žmonių, tu neturi kaip apsisaugoti.“ (Informantas BPS 1), „Būna kad dementiški (pacientai) apkaltina, kad pavogė ten kažką.“ (Informantas BPS 2). ASPN komandos vieno nario vykimasis pas pacientą į namus kelia sunkumus teikiant paslaugas pacientams, kai nėra artimųjų, kurie gali asistuoti procedūros metu „Norėtusi, kad kažkas kartu su tavim būtų, padėtų. Būna artimieji su pacientu, bet pavyzdžiui šiandien turėjau tokį atvejį. Vyrą prižiūri žmona, kuri pati neturi sveikatos. Tiesiog jinai (paciento žmona) negali rankos prilaikyti, sunku su ja susikalbėti. Išėina, kad neįgalus neįgalų prižiūri.“ (Informantas BPS 2), „Sunku būna, žmonės sunkūs būna. Sunku ir ant šono paguldyti, ypač didesnius žmones. Būna vežam su savim priemones, kad pakelt, pasodinti, kai reikia tai pasiimam su savim.“ (Informantas Slpad 2).

Svarbi problema, su kuria susiduria ASPN komanda, kurią informantai minėjo kalbėdami apie pokyčius, kuriuos siūlytų poliklinikai efektyviau teikti ASPN, yra transporto priemonių trūkumas. Dėl nepakankamo transporto priemonių skaičiaus ASPN komandai tenka derinti vizitus namuose ne pagal pacientų poreikius, o pagal transporto priemonės prieinamumą tuo metu „Blogiausia, kad reikia savo sąrašą (pacientų sąrašą) derinti ar yra tuo metu mašina. Nes jeigu yra mašina tai iš karto darbas vyksta sklandžiai ir tu gali daugiau apvažiuoti pacientų.“ (Informantas KT 2). ASPN komandai važiuojant dviese pas skirtingus pacientus tenka laukti kol kitas specialistas pabaigs darbą, kas dėl skirtingų išorinių veiksnių gali kelti diskomfortą ar neefektyviai išnaudoti darbo laiką „<...> jeigu važiuojam dviese, tai

būna aš baigiau darbą ir einu pagal lietuvių iki Maximos per lietuvių. Po to atvažiavus pypsina, kad jau atvažiavo. Nesėdėsi pas žmones kol tavęs atvažiuos.“ (Informantas KT 2). Verta paminėti, kad automobilių trūkumą kaip problemą nurodė tik kineziterapeutai, nors prie pokyčių poliklinikoje, siekiant užtikrinti efektyvų ASPN teikimą siūlymų Informantas BPS 3 taipogi paminėjo, kad tenka derintis prie kolektyvo dalinantis automobilių „*Pirmiausia kiekvienam slaugytojui po mašiną reikėtų, kad mums nereikėtų laukti kol grįš* (kita slaugytoja)“.

Telefono ryšio ir mobilaus interneto nepasiekiamumas buvo įvardintas kaip problema, su kuria susiduria ASPN komanda lankant pacientus, kurių gyvenamoji vieta nėra padengta mobiliojo tinklo „*Ryšys nevienodai veikia. Mums buvo išduotos planšetės nes nuvažiavus į tolimesnį kaimą nėra nei ryšio, nei nieko. Tenka ranka rašyti, o paskui viską perrašyti į kompiuterį. Kartais net prisiskambinti neįmanoma.“* (Informantas BPS 4). Informantas BPS 2 prastą ryšį paminėjo aptariant siūlomus pokyčius poliklinikoje, siekiant užtikrinti efektyvų ASPN teikimą. Prastas mobilus ryšys buvo įvardinta kaip pagrindinė kliūtis diegiant skaitmeninius sprendimus ASPN komandos veikloje.

Informantas BPS 3 įvardino bendravimą su artimaisiais kaip keliantį daugiausia sunkumų „*<...> labiau sunkiau susitarti su pačiais giminaičiais. Na nes jie tai ten tarpusavy nepasidalina tų mūsų senolių <...>“*, nors pažymėjo, kad didžioji dalis problemų kurios anksčiau kėlė sunkumų jau yra išspręstos „*Dabar labai gerai, kad padidintas tas skaičius (ASPN) paslaugos, na mobilumą palengvinančių priemonių išrašymas irgi labai palengvina jiems. Tai, kad irgi nereikia pastoviai važiuoti perrišinėti (pragulę), iš karto tuos pleistrus galim išrašyti. Nes sakau, pas mane patys problemiškesni pacientai tai yra tie, kuriems reikia pragulę profilaktiką ir žaizdų priežiūrą, tracheostomas, gastrostomas prižiūrėti. Va tokios.“* (BPS 3)

Informantų taip pat buvo prašoma įvardinti, kaip jie siūlytų spręsti iškilusias problemas, teikiant ASPN paslaugas (5 lentelė).

5 lentelė. Problemų, su kuriomis susiduriama teikiant ASPN, galimi sprendimo būdai

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Problemų teikiant ASPN sprendimai	Paslaugų teikimo organizavimo priemonės	<p>„<i><...> turėtų būti įtraukta kažkokia įstaiga, kuri mums galėtų padėti, kad tokiais atvejais mes galėtume kreiptis, kai pavojinga, baisu, kai su žmogumi neišeina susikalbėti. Kad mes turėtume teisę atsisakyti tokių pacientų.“</i> (Informantas BPS 1)</p> <p>„<i>Sprendimo būdai kokie yra, kad artimieji palaiko. Bet visko būna, kad dukrą mama prižiūri, mama jau pati amžiuje. Tai mes tada susitariam su kolegėm ir pas tokį pacientą važiuojam po du. <...> parenkam, kad važiuoti ne vienom, bet tokios kaip apsaugos tai mes neturim. Dabar su kolegėm pradėjom galvoti, kad tikrai pirmam vizitui pas svetimus žmones, kai nežinai kas tavęs ten laukia <...> važiuoti ne po vieną. Nes tikrai važiuoji ir nežinai kas tavęs laukia.<...> tai visada derinu, kad būtų artimieji, kad susitikimo metu būtų. Derinuosi tada ne prie močiutės, o prie artimųjų.“</i> (Informantas BPS 2)</p>

		„<...> skambinau slaugytojai, kad atvažiuotų, tada kartu einam. Kad ne po vieną.“ (Informantas Slpad 2)
	Papildomų automobilių įsigijimas	„Turėtų daugiau finansuoti, kad kiekvienas darbuotojas turėtų (po automobilį). <...> manau galėtume papildomai kokius 3 pacientus aplankyti daugiau negu įprastai. Su jais (pacientais) padirbėti ir po to viską supildyti. Tiesiog nereikėtų laukti automobilio kol kažkas grįš.“ (Informantas KT 1) „<...> norėtusi kiekvienam po mašina, bet bent jau būtų slaugytoja kiekviena turi po mašina ir kineziterapeutas.“ (Informantas KT 2)

Informantas Slpad 1 nurodė, kad sprendžiant su pacientais kylančias problemas reikia suprasti paciento būklę ir leisti pacientui nusiraminti savaime „Išklaustyti juos, leisti išsišnekėti ir nurimsta patys. Nereikia spręsti tokių konfliktų. Savaimė viskas išsisprendžia. Na tikrai, gulintis žmogus gal jam ir skauda kažką. Duoti išsišnekėti pacientui, išklaustyti jį ir viskas. Sergant žmogui vis tiek psichiką paveikia. Yra su demencija žmonių, jie nežino, kad pas juos demencija diagnozuota.“. Informantas BPS 1 įvardino, kad dalis problemų, tokių kaip sunkumai nuvykti pas pacientą dėl oro sąlygų, negali būti išspręstos poliklinikos „Spręsti iš poliklinikos pusės neįsivaizduoju kaip. Daug yra tokių niuansų, kurie nepriklauso nuo mūsų, bet mes jų neišspręsim.“, tuo tarpu Informantas BPS 2 paminėjo, kad kai negali nuvykti pas pacientą, pacientui padeda telefonu „<...> tu gali nenuvažiuoti, nepamatuoti kraujospūdžio, nepabendrauti su juo. Jeigu nėra labai ekstrinių kraujų ar paskyrimų susitari su žmogum ir pabendrauji telefonu.“

Tyrimo duomenys leidžia teigti, kad nors teikiant ASPN dalyvauja bendrosios praktikos slaugytojai, kineziterapeutai ir slaugytojo padėjėjai, visi šie specialistai paslaugas teikia savarankiškai, prašant pagalbos iš kolegų tik iškilus sunkumams. Verta pastebėti, kad susiduriant su problemomis teikiant ASPN, tarp ASPN komandos narių atsirado vidinių procesų, kaip spręsti kylančias problemas „<...> dabar su kolegėm pradėjom galvoti, kad tikrai pirmam vizitui pas svetimus žmones kai nežinai kas tavęs ten laukia <...> važiuoti ne po vieną.“ (Informantas BPS 2).

Tyrimo buvo siekiama išsiaiškinti kokios kyla organizacinės kliūtys teikiant ASPN poliklinikoje. Informantai nurodė jau minėtą transporto priemonių trūkumą ir vizitų namuose derinimą su pacientais ir jų artimaisiais kaip pagrindines organizacines kliūtys teikiant ASPN (6 lentelė).

6 lentelė. Pagrindinės organizacinės kliūtys kylančios teikiant ASPN poliklinikoje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Organizacinės kliūtys	Sudėtingas vizitų grafiko derinimas su pacientus prižiūrinčiais asmenimis	<p>„<...> būna sudėtinga derintis prie kai kurių (pacientų). <...> kai slaugomas žmogus lieka vienas namuose. Gali šeimos narys atvažiuoti jį atrakinti tik per pietus, o per pietus pats sunkiausias metas. Nes ryte išvažiuoji ir nežinai ar tu ant 12 spėsi atvažiuoti ar ne. Mano darbo grafikas nuo 7 iki 15, (paciento) artimieji su vaikais iš darželio grįžta po 16. Tai su kai kuriais pacientais susitinki tik per (artimųjų) atostogas. <...> būna kai kurie palieka atrakintas (duris), pasiskambini tai pacientas būna atrakintas, gali užėti. Pas kitus taip nesusiderinsi.“ (Informantas KT 2)</p> <p>„<...> pagrindinė kliūtis yra dėl susiderinimo su pacientais, jų artimaisiais. Aišku, kai žmogus turi negalią jis visą laiką bus namuose, bet su artimaisiais sunku suderinti.“ (BPS 2)</p>
	Transporto priemonių trūkumas	<p>„<...> kad neužtenka transporto, tenka derintis dėl to (dėl automobilių).“ (Informantas KT 2)</p> <p>„<...> man nereikia dalintis mašina, tai aš su tuo problemų neturiu. Mano kolegėm taip, viena būna susiplanavus, o kita laukia mašinos.“ (Informantas BPS 2)</p>
	Aiškiai neregamentuota ASPN teikimo tvarka	<p>„<...> keitėsi poreikių nustatymas ir ta tvarka visa. Tada tas Medis (vidinė elektroninė sistema) keitėsi, į jį dabar visą vedam. Tie visi gal pokyčiai, na, kad labai nespėji tiesiog orientuotis, tai viena liepia pildyti, vienus popierius, paskui visai ką kitą.“ (Informantas BPS 3)</p> <p>“Manau yra niuansų dar klausimyne (slaugos poreikių nustatymo), ypač vasarą visi žmonės pagal (slaugos poreikių) klausimyną buvo įvertinti kaip turintys mažą poreikį. Iš pradžių važiuodavau pas jį (pacientą), po to pasirodė, kad negaliu važiuoti. Tai jam vos keli vizitai per mėnesį išeina, o slaugytoja vis tiek važiuoja kraujo paimti, kitų procedūrų. Tai automatiškai prioritetas pasidaro ne kineziterapija.“ (Informantas KT 2)</p>

Informantas BPS 3 taip pat nurodė, kad daug laiko užtrunka užpildyti vizito dokumentaciją „<...> labai daug reikia įvesti į kompiuterį. Daug labai laiko užima dokumentacija. O šiaip pas pacientą realiai jei būti pusvalandį su tracheostoma, gastrostoma ir pragulos vienam, tai realiai tu kol supildai, pusę vizito laiko, tu vėluoji pas kitą.“. Informantas BPS 4 įvardino informacijos trūkumą dėl planuojamų ASPN reformų ir pokyčių „Nerimauju tik kaip bus toliau su reforma ir centrais kur planuoja. Mes šalia gyvenam prie visų savo pacientų, nes geriau juos pažįstam negu kas nors iš kito miesto galo. Koks aptarnavimas bus jeigu iki paciento nuvažiuoti reikia valandos. Kuo arčiau paciento, tuo jie geriau bus aptarnauti.“. Pasak Informanto KT 1 „Kaip ir minėjau, būtų darbuotojų stoka. Norėtusi, kad kartu visada važiuotų slaugytojo padėjėja, na kol kas dažniausiai mes ir važiuojam dviese. Nes reikia kartais pastatyti, vertikalizuoti žmogų. Vienai yra nesaugu, gali neišlaikyti. Yra įvairių žmonių, su įvairiom

diagnozėm, tiesiog yra jaučiau kai dviese esi. Tai, manau, būtų pagrindinis dalykas.“, Informantas KT 1 kalbėjo apie papildomo finansavimo skyrimą „<...> *papildomų priemonių finansavimas. Nes tikrai yra daug pacientų, kurie neišgali sau leisti nusipirkti volėlį ar kamuoliuką, su kuriais galėtų kažkuriuos pratimus atlikti, kur rodau. Tai čia būtų finansavimas priemonių, kad galima būtų suteikti jas (priemonės) tam žmogui, palikti jas jam, kad jis galėtų su ja dirbti. Tikrai būtų labai geras dalykas.*“. Informantas BPS 2 paantrino jau prieš tai minėtą problemą dėl lėto naujovių diegimo poliklinikoje „<...> *susiduriame su technologijų kliūtim. Kažkur kitur nėra galimybės vesti nieko. Čia susiję su IT dalykais kiek suprantu. Gal dėl sistemos kur naudojam. Labai sena sistema.*“.

Svarbu paminėti, kad dalis informantų (Informantai BPS 1, Slpad 1 ir Slpad 2) vertino, kad organizacinių problemų nekyla arba jų kyla nedaug dėl savarankiško ASPN komandos darbo organizavimo. Informantas BPS 1 nurodė „*Organizacinių kliūčių tai mažai. Man lengva su savo pacientais, nes jeigu aš skambinu ir klausiu kada aš galiu atvažiuoti. Jeigu jiems netinka, mes susitariame kitai dienai. Organizuojamės pačios pas ką važiuosime. Jeigu gydytojai paskiria kažką cito, vadinasi greitai mes važiuojame, jeigu pagal mūsų vidinę tvarką, tai jeigu ne cito, galim per 5 darbo dienas susiplanuoti.*“. Informantas Slpad 1 įvardijo „*Nemanau kad yra kažkokių kliūčių. Mes gi patys susiskambinam. Yra sąrašai pacientų, turim visų kontaktus, susiskambinam. Mes patys organizuojamės darbe. Turim skirtingus sąrašus, kur važiuoju tik aš, kur važiuojame su kineziterapeute. Pastovūs tokie pacientai. Šiandien pavyzdžiui grįžau, vėliau važiuosiu su slaugytoja, nes pragulas reikia sutvarkyti. Ji (slaugytoja) ateina arba iš vakaro paskambina man, būna ir po darbo susirašom, kad va rytoj važiuosim ten pas tą pacientą, nes reikės pagalbos apversti.*“. Informantas Slpad 1 nurodė, kad didelė dalis sėkmingo organizavimo priklauso nuo ASPN komandos pastovaus bendravimo tarp komandos narių „<...> *kadangi aš esu viena, įsivaizduokite kiek slaugytojų ir visos nori, kad aš joms (slaugytojoms) padėčiau... (juokiasi). Na stengiesi ir tai ir anai padėti, nebuvo taip, kad vienu metu visoms reikėtų pagalbos. Kažkaip susiderindavom. Jos žino, kad aš viena, tai prieina, pasiderina, paklausia ar aš nesuplanavus su kineziterapeute šiandien važiuoti. Būna atkeliam kitai dienai kartu važiuoti.*“. Informantas Slpad 2 pažymėjo, kad kylančias problemas sprendžia bendraujant tarp komandos narių, taip pat, kad bendrosios praktikos slaugytojai sprendžia didžiąją dalį kylančių organizacinių problemų „*Mes lanksčiai dirbam, jeigu vairuotojas užimtas, važiuoju su savo mašina, susiskambinam apsikalbam. Viską išsprendžiam jeigu kažkas kyla. Nėra pas mus kažkokių organizacinių problemų. Jeigu ko reikia pasiskambinu slaugytojai ir ji viską suorganizuoja.*“. Informantas BPS 3 teigė, kad dirbti buvo lengviau karantino metu dėl galimybės slaugytojams pratęsti anksčiau išrašytus šeimos gydytojo vaistų ir slaugos priemonių receptus „*Aišku, kad buvo labai palengvintas darbas kai buvo karantinas, kad slaugos priemonės galėjome mes išrašyti nuotolines. Visus vaistus mes galėjome patys dubliuoti, rašyti, problemų nebuvo. O dabar vis tiek reikia, pastoviai pas gydytoją prašyti.*“. Minėta tvarka galiojo ekstremalios situacijos metu priėmus LR sveikatos apsaugos ministro - valstybės lygio ekstremaliosios situacijos

valstybės operacijų vadovo 2020 m. kovo 16 d. įsakymas Nr. V-387 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo paskelbus karantiną Lietuvos Respublikos teritorijoje“, kuris leido bendrosios praktikos slaugytojams „paskirti ar pratęsti pacientui vaistinių preparatų ar medicinos pagalbos priemonių (įskaitant tuos, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis) (toliau – vaistų ar MPP) skyrimą, skirti būtinus tyrimus (kurie turi būti atlikti, siekiant paskirti ar koreguoti gydymą, būtiną užkirsti kelią būtinosios medicinos pagalbos poreikio atsiradimui arba reikšmingam paciento sveikatos būklės blogėjimui) ir paaiškinti pacientui ar jo atstovui atliktų tyrimų rezultatus bei pagal juos koreguoti gydymą, vaistų ar MPP vartojimą.“

Apibendrinant galima teigti, kad ASPN komandoje organizacinės kliūtys kyla dėl sudėtingo ASPN vizitų grafiko derinimo su pacientų prižiūrinčiais asmenimis, transporto priemonių dalinimosi tarp ASPN komandos narių ir aiškiai neregamentuotos ASPN organizavimo ir teikimo tvarkos. Nepaisant to, pastovi komunikacija tarp ASPN komandos narių leidžia išvengti arba išspręsti kylančias organizacines kliūtis.

Informantų buvo prašoma įvardinti pagrindines priemones, kurias reikėtų diegti poliklinikoje, siekiant užtikrinti efektyvų ASPN teikimą (7 lentelė). Net keturi informantai (Informantai BPS 2, BPS 3, BPS 4 ir Slpad 2) nurodė, kad ASPN komanda yra pakankamai aprūpinta visomis darbui reikalingomis priemonėmis „*Atrodo, kad nieko netrūksta. Kaip nusigauti pas pacientą mes turim, mašinos yra. Visos priemonės kas iš slaugos pusės irgi niekada nieko netrūksta.*“ (Informantas BPS 2), „*Ne, mes viską turim ir tašę tą su visa pirma pagalba turiu, ir priemonių perrišimams, tiek pacientai turi savo, tiek turiu pirmam vizitui, jeigu pasako, tai atvežu. Atvažiuoju pati, o paskui tariamės ir pacientai gan noriai patys daro, aš du kartus per savaitę atvažiuoju, jie tą žino ir turi patys pasirūpinti. Tai gal neblogai mum sekasi su tuo.*“ (Informantas BPS 3), „*Mes darbui visą turim, darbui tikrai visko užtenka.*“ (Informantas BPS 4), „*Darbe mums nieko netrūksta. Labiau trūksta pacientams.*“ (Informantas Slpad 2). Informantų dažniausiai minėta priemonė, kuri padėtų ASPN komandai efektyviau teikti ASPN, buvo palengvinti slaugos ir techninių pagalbos priemonių skyrimo bei jų įsigijimo procesus. Autoriai, analizavę asmenų su negalia požiūrį į gaunamas socialines paslaugas pastebi, kad egzistuoja techninių pagalbos priemonių trūkumas, pacientams tenka ilgai laukti pristatymo, dažnai nėra galimybės pasirinkti dėl prasto asortimento ir pastebima kokybiškų priemonių stoka (Šiurkutė, 2012).

7 lentelė. Priemonės reikalingos poliklinikoje siekiant užtikrinti efektyvų ASPN teikimą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Reikalingos priemonės	Slaugos ir techninės pagalbos priemonės paciento namuose	„Kartais trūksta kaip vienai žmogų transportuoti, ar perkelti. Būna kėdutės tokios į vonią, kad atsisėsti, jeigu pas žmogų silpnos kojos, svaigsta galva tai būtina tokie dalykai reikalingi. Aš šeimai rekomenduoju, jie tada per šeimos gydytoją išsirašo ir tada galime išmaudyti pacientą. Gal daugiau tokios pagalbos reikėtų, kad greičiau tokias pagalbos priemones paciento namuose organizuoti.“ (Informantas Slpad 1)
		„<...> yra kas kremų neturi, kas vežimėlio neturi, kėdės į vonią. Bet čia labiau giminės turi tuo užsiimti. Norėtusi, kad paprasčiau būtų jiems (pacientams) gauti tas priemones. Blogiausia situacija tai kas atokiau gyvena, toliau nuo miesto, kaimų.“ (Informantas Slpad 2)
	„Čia reikia skirti žmonėms, kad jie visko ko reikia turėtų namuose. Man atrodo, kad negali būti jokių kalbų, turi turėti viską namuose ir keltuvus, ir vaikštynės, kad mes atvažiuotume, ko mums reikia mes galim panaudoti. Kol mūsų nėra tuo vis tiek kažkas naudosis, ar artimieji, ar kažkas, kas pastoviai tą žmogų prižiūri. Čia jiems palengvinimas turi būti.“ (Informantas BPS 4)	
Skaitmenizuotos darbo priemonės		„Galėtų poliklinika atsisakyti Medis sistemos. Tiek sena ir nepatogi sistema, kai aš dirbus kažkada su Foxus. Per Foxus gali prisijungti telefonu ir pažiūrėti adresą ar telefoną. Per Medį to padaryti negalima.“ (Informantas KT 2)
		„<...> vystyti nuotolinę prieigą. Nes būna užsirašai kur nors, pameti lapuką ir po to mąstai koks ten kraujo spaudimas buvo pas pacientą.“ (Informantas KT 1)

Informantas BPS 4 taip pat paminėjo, kad techninių pagalbos priemonių tiekėjai turėtų glaudžiau dirbti su ASPN komandomis aprūpinant tiekiamų pagalbos priemonių katalogus ir supažindinant ASPN komandą su pacientams prieinamomis techninėmis pagalbos priemonėmis „Mums, (ASPN) komandai, trūksta katalogų tų priemonių. Turim kažkur ieškoti, dalintis tarpusavyje. Norėtusi turėti katalogą kokios yra prieinamos pacientams priemonės, kad jiems išrašyti namo. Vis tiek mūsų to klausia, mes matome ko jiems (pacientams) trūksta.“.

Informantas BPS 1 nurodė, kad būtina plėsti slaugytojų teises paskirti tyrimus, išrašyti ar pratęsti kompensuojamus vaistus, norint efektyviau teikti ASPN „Duoti slaugytojams daugiau teisės atlikti pacientui. Kliūtis yra, kad norint kažką atlikti pacientui man (slaugytojai) reikia šeimos gydytojo leidimo. Aišku, jeigu žmogus karščiuoja galiu paimti BKT (bendras kraujas), CRB (c reaktyvūs baltymas), atlikti bendrą šlapimą, užrašyti kardiogramą. Bet to neužtenka. Dar vaistų išrašymas, pratęsiant vaistus. Kai buvo pandemija mes galėjome, dviem mėnesiams pratęsti pacientui kompensuojamus vaistus. Baigėsi pandemija, mes jau negalime (kompensuojamų vaistų tęsti), tik slaugos priemonės. Trūksta daugiau teisių slaugytojams atlikti savo darbą. Su pleistrais labai gerai,

mes matome, kad yra pragula paėmiau ir išrašiau. Nereikia mėnesio laukti kol gydytojas išrašys. Galiu pagal tyrimus dabar, koreguoti varfarino dozę, bet pačių vaistų pratęsti neleidžia.“. Informantas BPS 1 taip pat paminėjo karantino metu galiojusį LR sveikatos apsaugos ministro valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2020 m. kovo 16 d. įsakymas Nr. V-387 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo paskelbus karantiną Lietuvos Respublikos teritorijoje“, kuris įgalino bendrosios praktikos slaugytojus pratęsti kompensuojamų vaistų receptus. Šią tvarką anksčiau minėjo Informantas BPS 3 kalbėdamas, kad galimybė slaugytojams pratęsti vaistus palengvino ASPN teikimą.

Keli Informantai taip pat nurodė, kad diegti išmanius sprendimus, nuotolines darbo vietas trukdo netolygi prieiga prie mobiliojo interneto „<...> priemonės mes turėjom ir tą planšetę turėjom, bet kad pas mus kaime ji nesiekia. Interneto nėra, tu viską supildai, bet tu net negali išsaugoti, jinai (planšetė/programa) net nesaugo. Tai grįžom prie pildymo vietoj. Aplankai, tada sėdi ir rašai viską į sistemą.“ (Informantas BPS 3), ir poliklinikos neapgalvotas priemonių panaudojimas „Arba irgi telefonus mums davė, o interneto ne. Navigacijos gi reikia. Tai buvom ir pasimetė be navigacijos. Klaidžiojom klaidžiojom vieną kartą su slaugytojo padėjėja, dvidešimt minučių ieškojom kaip nusigauti iki pacientės.“ (Informantas KT 2).

Tyrimo duomenys leidžia teigti, kad siekiant užtikrinti efektyvų ASPN teikimą reikia vystyti aktyvesnį bendradarbiavimą tarp techninių pagalbos priemonių tiekėjų ir ASPN teikiančių specialistų, supažindinant ASPN komandas su pacientams prieinamomis pagalbos priemonėmis ir jų gavimo būdais. Informantai pabrėžė išmaniųjų priemonių vystymo poreikį, įgalinant darbuotojus pasiekti reikalingą informaciją už poliklinikos ribų. Egzistuoja noras bendrosios praktikos slaugytojams vėl galėti pratęsti pacientams prieš tai paskirtus vaistus.

3.2.3 Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimas komandos principu

Siekiant nustatyti, kaip į ASPN komandos veiklą integravosi slaugytojo padėjėjai ir kineziterapeutai bei kaip ASPN komandai sekasi bendradarbiauti teikiant ASPN informantų buvo klausama, kaip jie vertina komandinį darbą teikiant ASPN. Informantai teigiamai vertino ASPN komandos bendradarbiavimą, be to, jie pabrėžė bendravimą tarp skirtingų komandos narių aptariant iškylančias problemas ir dalijantis pastebėjimais apie pacientus. Informantas Slpad 1 pažymėjo „Geriau neįmanoma, manau. Visko būna ir prie visko prisitaikome. Reikia bendrauti tarp komandos. Reikia pasikalbėti apie tą pacientą, ar kažką pagelbėti, ar kažkokią kėdutę, ar čiužinį organizuoti. Visada padeda. Nemanau, kad čia kažkas geriau galėtų būti. Bendraujam daug. Kartais būna, kad nepriklauso tas pacientas slaugytojai vis tiek kažką pasiūlo ką daryti, būna kad apskritai visos (visa ASPN komanda) aptariam pacientą. Galbūt man į galvą nešovė, o kitas sugalvoja. Stengiamės bendrai pagelbėti,

pagerinti to paciento gyvenimo kokybę. Žinoma, ne iš karto taip susidirbom. Kol susipažinom kažkiek užtruks. Ir aptariam ir pagelbėjim viena kitai, važiuojam būna dviese, pasitaiko ir trise. Aš turiu spėti ir su kineziterapeute ir su slaugytojom, ir pati su pacientus palankyti. Aš kaip padėjėja turiu apie 60 pacientų.“. Informantas KT 2 įvardijo „Man kaip kineziterapeutei problemų ar sunkumų bendradarbiaujant neiškyla. Nes slaugytoja man pasako, kad tam žmogui reikia kineziterapijos. Aš nuvažiuoju, padarom pratimus, perduodu (slaugytojai) koks spaudimas, kad skaudėjo galvą (pacientui) ir taip toliau. <...> sunkumų su kolegomis bendrauti bent jau pas mus kolektyve nėra. <...> kai pritrunka pacientų pilnam etatui, pasiskambinam į polikliniką gal jie turi kur gali duoti man nuvykti. Dalinamės taip darbais. Pasiskambinam tas ir tas nori mankštos. Jeigu nuvažiavus matau, kad reikia kažko (pacientui), aš viską atraportuoju slaugytojai. Kad ji pasiskambintų (pacientui) ir įvertintų situaciją. Mes kai sėdime visos (visa ASPN komanda) vienam kabinete, matomės kasdien, tai problemų nėra susitarti kas kam padės.“. Informantas BPS 3 nurodė „Tai bendradarbiaujam, tikrai gan gerai sekasi. Ten jeigu ką pastebi paskambina visada. Pavyzdžiui, kineziterapeutai buvo prieš tai, paskambina, pasako, kad ten to ir to reikia. Jau vaistai baigiasi ir prašė pranešt pacientas.“. Informantas BPS 2 įvardijo „Aišku bendradarbiavimas yra, perduodi visus paciento kontaktus. Aptariam dažniausiai jeigu kažkas atsitinka, ar kažkas kažką pastebi. Pavyzdžiui, nuvažiavo kineziterapeutė, o aš važiuosiu antradienį. Visą laiką perduoda jeigu kažką pastebi. Perduoda kas man aktualu ar reikėtų man perduoti gydytojai. <...> Bendrai kalbant patenkinta aš visa komanda.“. Informantas Slpad 2 nurodė tik, kad apsieičia informacija apie pacientą „Kai reikia visada susiskambinam. Pasakau ką pastebėjau, kad blogai jaučiasi, ar skauda kažką. Ji (slaugytoja) man pasako kai reikia pagalbos. Taip ir bendraujam.“. Informantas KT 1 įvardijo „Mes tai sutariam gerai, pasitariam tarpusavyje dėl pacientų kas kur neaišku. Pas mus problemų nekyla.“.

Tyrimo duomenys atskleidė, kad daugiausia bendradarbiavimas vyksta su slaugytojo padėjėja. Kadangi slaugytojo padėjėja gali padėti slaugytojams ir kineziterapeutams teikiant paslaugas, informantai nurodė slaugytojų padėjėjų trūkumą kaip pagrindinę problemą kylančią bendradarbiaujant „<...> slaugos padėjėja kyla problemų. Dėl to, kad pas mus (padalinyje) ji viena, slaugytojų trys ir jinai tiesiog nespėja kiekvienai padėti. Tai nebent priimti dar papildomą žmogų. Norėtusi daugiau dirbti kartu, bet trūksta pačių padėjėjų. O taip susitariam, kad reikia pagalbos ir jinai (slaugos padėjėja) prisitaiko, savo irgi pacientus gali kitai dienai atidėti. Yra žmonės, kurie guli, reikia pragulas tvarkyti kur nors kojai, reikia koją palaikyti, kad ją rišti galėtum. Tai paprašai slaugos padėjėjos, važiuojam kartu. Mūsų (slaugytojų) dabar trys, o buvo penkios ir bus penkios kai grįš iš dekretinių. O slaugytojos padėjėja viena.“ (Informantas BPS 1), „Aišku reikėtų daugiau padėjėjų. Slaugytojai reikalinga būtų padėjėja, kad dažniau padėjėja važiuotų su slaugytoja, o ne su kineziterapeutu. Bent jau pas mus yra, kad slaugytojo padėjėja daugiau planuojasi darbus su kineziterapeute. Šiandienai mes bandomės daugiau derintis, kad su visais spėtų nuvažiuoti. <...> Derinamės tarpusavyje daugiausia su kuo važiuos

padėjėja. Būna atvirkščiai, jeigu slaugytojos padėjėjai reikia pagalbos, tai būna ir slaugytoja nuvažiuoja kartu su slaugytojos padėjėja. Padeda ką reikia, ar palaikyti, ar transportuoti pacientą į vonią. Galėtų būti daugiau padėjėjų. Daug kurių problemų išsprendžia kur kalbėjom prieš tai.“ (Informantas BPS 2), „*Mes pirmam vizitui važiuojam kartu visada su padėjėja, aptariam kaip dirbsim, o paskui jau pati važiuoja (slaugytojo padėjėja). Jeigu reikia pagalbos, aišku, pragulos kartu padėt sutvarkyti, parodyt kaip patogiai paversti, kad tas sauskelnes pakeist, ar paklodes kaip pasitiest. Tai mes kartu važiuojam pas sunkesnius. O šiaip ne, po vieną.“* (Informantas BPS 3), „*Mes turime vieną slaugytojo padėjėją tai turime dalintis kam padės. Tai apsitariam kam reikia labiau pagalbos visada.“* (Informantas KT1). Kadangi ASPN komandai tenka pastoviai tarpusavyje derintis dėl slaugytojo padėjėjo pagalbos, dėl to kyla ir konfliktai tarp kolektyvo „*Tai jinai (slaugytojos padėjėja) važiuoja visada su kineziterapeute, nes panašūs pacientai. Nes mūsų kineziterapeutė ir slaugytojos padėjėja aptarnauja ne tik mūsų pacientus, bet ir iš rajono. Bet atėjus slaugytojai, kuri sako, kad reikės jos (slaugytojos padėjėjos) pagalbos, nes susitarė, kad reikia nuvažiuoti išmaudyti, nes bus sūnus, kuris nori pasižiūrėti kaip tai daroma. Kilo konfliktas, kad pas ją (slaugytojos padėjėją) viskas suplanuota, ne pas ją viskas suplanuota, o pas kineziterapeutę. Buvo tas klausimas ir per susirinkimą keltas, kad čia slaugytojos padėjėja, turi padėti slaugytojai, o slaugytoja jai. <...> o čia labiau dirba su kineziterapeute ir viena kitai padeda. Labai nelankstu.“* (Informantas BPS 1).

Pastebėta, kad Informantas Slpad 2 nėra teikęs ASPN kartu su kineziterapeutu „*Nebuvau dar susitikus su kineziterapeutėm, tik su slaugytojom dirbam.*“. Tai gali rodyti paslaugų teikimo netolygumus, priklausyti nuo ASPN komandos darbo organizavimo arba nuo asmeninių darbuotojų savybių. Informantas KT 2 nurodė, kad kineziterapeutai ASPN komandoje dirba labiau savarankiškai, nei slaugytojo padėjėjai ar slaugytojai „*Kineziterapija nėra priklausoma nuo kitų (ASPN komandos narių). Ar yra pragula ar ne, aš vienodai pamankštinsiu žmogų. Vienam pasyvi mankšta, kitam aktyvi. Kineziterapeuto veikla yra labiau savarankiška. Slaugytoja turi pasakyti, kad yra poreikis mankštai.“*. Tuo tarpu Informantas BPS 4 nurodė „*Slaugytojo padėjėja daug mums padeda, nagus kerpa, plaukus sutvarko, kineziterapeutė nelabai pritampa. Pagal mane ji reikalinga (pacientams) kas grįžo po rehabilitacijos. Su kineziterapeutu mažai kažką derinam. Jie sau dirba mes sau. Tik po to pagal įrašus matau, kad buvo. Jie labiau sau dirba, mes sau. Norėtuši kartais, kad kineziterapeutas man paskambintų, pasakytų kaip mano pacientas, ar ko jam reikia. To dabar nėra.“*.

Informantas BPS 4 pasidalino, kad įtraukus slaugytojo padėjėją ir kineziterapeutą į ASPN komandą, pacientams buvo neaiškios šių specialistų teikiamos paslaugos „*Kai prisidėjo kineziterapeutė ir slaugytojos padėjėja mes daug laiko skyrėme analizuojant kam jų (kineziterapeuto ir slaugytojo padėjėjo) reikia. Nes kaip sakiau labai daug kas (pacientai) nesuprato ką jie daro. Tai kol išaiškinom, labai buvo sunku.“*. Informantas BPS 4 taip pat pažymi, kad pacientai labiau linkę gauti slaugytojo padėjėjo nei kineziterapeuto paslaugas „*Mes darome planus, mes kai gauname naują žmogų slaugytoja*

nuvažiuoja apžiūri ir sužymi kas reikalinga. Kineziterapeuto daug kas atsisako, nereikia. Slaugytojo padėjėją kartą per savaitę rekomenduoju dėl higienos.“

Informantų buvo prašoma įvardinti, kaip pagerinti bendradarbiavimą tarp ASPN komandos narių teikiant ASPN. Dauguma informantų nurodė priimti papildomą slaugytojo padėjėją „*Su slaugos padėjėja kyla problemų. Dėl to kad pas mus (padalinyje) ji viena, slaugytojų trys ir jinai tiesiog nespėja kiekvienai padėti. Tai nebent priimti dar papildomą žmogų. Norėtusi daugiau dirbti kartu, bet trūksta pačių padėjėjų.*“ (Informantas BPS 1), „*Aišku reikėtų daugiau padėjėjų. Slaugytojai reikalinga būtų padėjėja, kad dažniau padėjėja važiuotų su slaugytoja o ne su kineziterapeutu*“ (Informantas BPS 2) ir kineziterapeutą „*Na kineziterapeutų norėtusi gal daugiau komandoj. Ta prasme mergaitės nuvažiuoja, bet jeigu į Juodšilius, tai pas mus atstumai labai jau dideli gaunasi ir pacientų skaičius didelis.*“ (BPS 3). Didelis pacientų skaičius ir personalo trūkumas, skubėjimas suteikti paslaugas pacientams, negebėjimas pakankamai padėti pacientui, nurodomi kaip veiksniai iššaukiantys konfliktus tarp bendradarbių (Dehghan Nayeri ir Negarandeh, 2009). Todėl priimti papildomus darbuotojus į ASPN komandą, kurie nuimtų dalį krūvio, padėtų esamiems specialistams teikiant paslaugas, padėtų mažinti įtampą tarp ASPN komandos narių. Informantas Slpad 1 įvardijo „*Manau reikia ir tokį charakterio bruožą turėti, kad prisitaikyti prie kiekvieno ir mokėti su kiekvienu bendrauti, turi mokėti su visais bendrauti.*“.

Apibendrinant galima teigti, kad didžioji dalis ASPN komandos yra patenkinti komandiniu darbu teikiant ASPN. Tarp ASPN komandos vyksta pastovus informacijos apsikeitimas ir derinimasis, siekiant užtikrinti visus pacientų poreikius. Nesutarimai tarp ASPN komandos kyla dėl nepakankamo slaugytojų padėjėjų skaičiaus. Siekiant pagerinti bendradarbiavimą tarp ASPN komandos narių reikėtų į komandą įtraukti daugiau slaugytojo padėjėjų, kurie galėtų padėti specialistams teikiant ASPN.

Tyrime buvo siekiama išsiaiškinti kaip ASPN komanda vertina bendradarbiavimą su šeimos gydytoju (8 lentelė). Informantai nurodė, kad ASPN komandos ir paciento interesus atstovauja slaugytojos bendradarbiaudamos su paciento šeimos gydytojais. Kiti specialistai, slaugytojo padėjėjai ir kineziterapeutai, nurodė, kad nebendruoja su pacientų šeimos gydytojais. Nors verta pažymėti, kad Informantas KT 1 paminėjo „*Man tai trūksta to bendradarbiavimo su šeimos gydytoju, nes dažniausiai jo nėra. Dažniausiai būna skirtas pacientas, tu (kineziterapiautas) pas jį (pacientą) važiuoji, bendrauji, bandai surinkti anamnezę pati. Nebent pasiskaitai sistemoje gydytojos aprašą prieš važiuojant. O tokio bendravimo, kad paskambintų suteiktų informaciją apie pacientą, nėra. Ko jam (pacientui) gali reikėti pavyzdžiui.*“

8 lentelė. ASPN komandos ir paciento šeimos gydytojo bendradarbiavimo vertinimas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
<p>ASPN bendradarbiavimo su paciento šeimos gydytoju vertinimas</p>	<p>Bendradarbiavimą vertina teigiamai</p>	<p>„Pas mus problemų su gydytojais nėra, kažkokie fantastiniai gydytojai. Visada padeda, niekada nepasako užrašyk man į kalendorių. Jeigu kažkas atsitinka skubiai, matau, kad reikia su šeimos gydytojų susisiekti. Aš skambinu į registratūrą, jeigu gydytoja dirba, turiu net daug asmeninių gydytojų telefono numerių ir galiu paskambinti. Gydytoja visada pakonsultuos.“ (Informantas BPS 1)</p> <p>„Bendravimas su šeimos gydytojais kur čia vietoj poliklinikoj yra tai tiesiog super. Nereikia prašytis išmaldos, pamatai pas žmogų, kad reikėtų tyrimų ar ekg, reikia vaistų, pleistrus, pacientas negali prisiskambinti gydytojui ar dar kas nors, visada lengva susikalbėti (su šeimos gydytojais). Bendradarbiavimas su šeimos gydytojais būtent šioje poliklinikoje (padalinyje) yra nuostabus.“ (Informantas BPS 2)</p> <p>„Mes gal kai esam šalia gydytojų tai aš su jais bendradarbiauju gan gerai. Mes susiskambinam su gydytojais, gydytojai praneša man, jeigu jau ten skubu. Bet jeigu aš nuvažiuoju pastebiu ką nors, tai aš tikrai atvažiuoju ir iškart teikiu informaciją gydytojui. Tik pas mus tas gan glaudus tas ryšys, nes mūsų kabinetai vienas šalia kito. Gydytojai jeigu mato, kad reikia ASPN siūlo visiems, parašo siuntimus. Nėra problemų.“ (Informantas BPS 3)</p>
	<p>Bendradarbiavimas vyksta tik tarp šeimos gydytojų ir slaugytojų</p>	<p>„Slaugytoja tik bendrauja su gydytoju. Negirdėjau nei vieno karto, kad slaugytojo padėjėja ar kineziterapeutė aptarinėtų kažką su gydytoju. Jie skambina man. O aš tada sprendžiu ką daryti.“ (Informantas BPS 4)</p> <p>„Nelabai čia galiu ką pasakyti. Su slaugytojom šeimos gydytojai bendrauja, o man retai kada gydytojai tiesiogiai man kažką nurodo.“ (Informantas Slpad 1)</p> <p>„Čia labiau slaugytoja. Aš su gydytojais nebendrauju. Jeigu kažko reikia, aš pasakau slaugytojai, o ji jau su gydytojais bendrauja.“ (Informantas Slpad 2)</p> <p>„Pagrindė slaugytojos bendrauja su gydytojais jeigu pacientui kažko reikia. <...> man kaip kineziterapiautei tai netenka.“ (Informantas KT 1)</p> <p>„Šeimos gydytoja su slaugytojais kiekvieną kartą, kiekvieną dieną bendrauja, pasako, kad reikia padaryti kraują, suleisti vaistus. Mes dirbam vienam aukšte su šeimos gydytojais, tai kai kažko reikia jos (slaugytojos) nueina ir pabendrauja.“ (Informantas KT 2)</p>

	<p style="text-align: center;">Sudėtingas bendradarbiavimas tarp ASPN komandos narių ir šeimos gydytojų</p>	<p>„<...> viena gydytoja yra su kuria sunku susikalbėti, bet aš taip pacientam pasakau, kad atsiprašau aš su ja negaliu susikalbėti. Pacientam tenka patiems susisiekti dėl jų klausimų. Tai čia viena tik tokia, su kitais jokių problemų.“ (Informantas BPS 1)</p> <p>„Kitose ambulatorijose kur turiu pacientų. Man labai sunku būna ten su gydytojais susikalbėti, dirbti. Ten žmonės nesupranta, kad čia yra atskiras skyrius ir kad nebegali šeimos gydytojo slaugytoja dirbti kaip slaugytoja į namus. Jie galvoja, kad neaišku kodėl iš jų atėmė etatą. Yra požiūris senas, kur ką čia slaugytoja man nurodinės aš geriau žinau. Pasakau tiksliai kokių man reikia pleistrų išrašyti nes pas pacientą žaizda va tokio dydžio (rodo su rankomis pragulos dydį). O jis (gydytojas) man išrašo tokius, kokie jam atrodo. Nors to paciento net gyvai nematęs kas ten per žaizda.“ (Informantas BPS 2)</p>
--	---	---

Informantas Slpad 1 paminėjo „Jeigu atvykus pas pacientą prašo vaistų ar slaugos priemonių tai nukreipiu pas šeimos gydytoją, kad susisiektų. Priklauso kaip susitariam arba žmonės patys skambina gydytojui, būna užsirašau perduodu slaugytojai, kad trūksta kažko. Kai buvo karantinas tai ir slaugytojos galėjo išrašyti. Visą laiką reikia išaiškinti pacientui kur kreiptis, kad žmogus nestresuotų.“. Informantas BPS 1 nurodė, kad dažniausiai eina gyvai su šeimos gydytojais aptarti aktualių klausimų „Aš tiesiog nueinu, priėmimo metu, užeinu, sakau gydytoja čia jūsų pacientas, jam reikia to ir to.“. Tokią praktiką paminėjo ir Informantas KT 2 „Mes dirbam vienam aukšte su šeimos gydytojais, tai kai kažko reikia jos (slaugytojos) nueina ir pabendrauja.“. Taip pat Informantas BPS 1 įvardijo problemas kylančias dėl šeimos gydytojų pavadavimo „Iškyla sunkumų kai atostogauja šeimos gydytoja, tai tada tenka ieškoti kas gali padėti. Yra budintis kabinetas, bet ten priklauso kokia gydytoja, jeigu gera, tai tikrai parašys ir padės. O yra tokių, kurie pikti, savo darbo turi daug, o čia prie jos lenda.“

Apibendrinant, bendradarbiavimas tarp ASPN komandos ir paciento šeimos gydytojo vyksta tik iš dalies. Bendradarbiavimas vyksta tik tarp paciento šeimos gydytojo ir ASPN slaugytojo, kiti ASPN komandos nariai aktualią informaciją apie pacientą perduoda slaugytojai, kuri sprendžia, kokių veiksmų imtis ir, ar informaciją perduoti šeimos gydytojui.

Vystant integruotų paslaugų teikimą, svarbu nustatyti, ar vyksta bendradarbiavimas tarp ASPN ir socialinių paslaugų teikėjų. Informantų buvo klausiama kaip jie vertina ASPN teikimą kartu su socialinėmis paslaugomis. Informantų vertinimai skyrėsi, kas rodo, kad specialistų gebėjimas užmegzti tarpasmeninius santykius turi didelę įtaką bendradarbiavimo mastui tarp ASPN ir socialinių paslaugų specialistų. Lee ir Doran (2017) teigia, kad teigiami tarpasmeniniai santykiai leidžia skirtingų sričių specialistams rasti bendrą kalbą, asmenys labiau linkę padėti, pasitikėti vienas kitu, o darbo metu kyla mažiau konfliktų tarp kolektyvo.

Tyrimo duomenys parodė, kad yra ASPN komandos narių, kurie bando palaikyti kontaktą su socialiniais darbuotojais ir net derintis tarpusavyje atliekant kai kurias paslaugas „Yra tokia viena pacientė, tai mes kartu su socialine darbuotoja ją (pacientę) maudom. Ji man padeda aš jai. Pirmą kartą kai atvažiuom susitarėm, kad abi būtume ir laikomės to grafiko. Pacientė nevaikšto tai reikia prilaikyti, įkelti į vonią ir į vežimėlį įkelti. Tai mes labai gražiai ten susiderinę sakyčiau.“ (Informantas Slpad 1). Informantas BPS 2 įvardino „<...> vieną kartą teko pavaduoti slaugytoją, kuri buvo atostogose. Tai nuvažiuavau ten buvo socialinė darbuotoja, jinai man papasakojo, kad jis (pacientas) mažai valgo paskutiniu metu, blogai jaučiasi. <...> manau jeigu žmonės naudotųsi daugiau tai ir tas bendravimas būtų.“. Pasak Informanto BPS 4 „Būna, kad paskambina reikia tokių ir tokių tablečių, reikia išrašyti, tiek tai ryšį palaikom.“. Informantas KT 1 nurodė „Kur galima bendrauti ir susikalbėti, tikrai derinam. Jos sėdi kartu žiūri, aš atvykus paklausiu ar darėt kažkuriuos pratimus, jos (socialinės darbuotojos) sako taip, darėm kiek išeina.“. Informantas BPS 3 pažymėjo „Gerai. Tai pas mus seniūnija teikia tą. Gan gerai, bendradarbiauja su mumis, yra socialiniai darbuotojai, kurie atvažiuoja į namus, net ir pas mano tuos gulinčius, vienišus. Buvo tokių atvejų, kai net socialiniam skyriui gydytojas rašė siuntimus papildomiems spec. poreikiams nustatyti. Noriu pasakyti, kad jie irgi mums praneša, nes jie irgi būna, kad važiuoja ten, kur žmogus nesikreipia į polikliniką, jie tada apie tokius pacientus mum praneša. Aš irgi klausiu, ar atvažiuoja, kad kai vaistus išrašom ar atvažiuos socialinės (socialinės darbuotojos) ar kaip jums išrašyt patogiau, Nes būna, kad ir narkotiniai vaistai rašomi, kad tas galiojimas gan trumpas recepto, ar atvažiuos, ar užpirks, ar kas iš giminaičių padės. Pastoviai palaikom kontaktą ir klausiam. Yra tas grįžtamasis ryšys, tas tikrai yra.“.

Kiti informantai nurodė, kad nebendruoja su socialinių paslaugų teikėjais „Teikiantis socialines paslaugas nenori bendrauti. <...> mes visiškai nebendruojame su tais, kas teikia socialines paslaugas. Tik jeigu kažkokie ginčiai, nes kažko nepadarė.“ (Informantas BPS 1), „Būna atvažiuoju pas pacientą, jam daro valgyti, skalbia ar tvarko namus. Bet mes viena kitai netrukdom. Nelabai ir dalyvauja, nes kineziterapija trunka pusvalandį tai visiems atsibosta ir eina daryti savo reikalų. Kažką organizuotis ar derinti su socialinėm (socialinėmis darbuotojomis) poreikio nėra. Ar yra socialinė ar ne aš sužinau tik atvažiuavus.“ (Informantas KT 2), „Mes dirbam kiekviena sau. Aš dirbu savo darbus, ji (socialinė darbuotoja) sau. Jie ateina ir būna pas pacientą, būna padeda apsirengti, jie žino kur rūbai, kas kur guli. Daugiau padeda šeimos nariai. Jeigu reikia kažkokios socialinės pagalbos tai labiau irgi slaugytoja tuo užsiima. Būna aš papasakoju šeimai kur kreiptis norint kažką gauti. Aš norėčiau, kad jeigu pamato, kad pacientui kažko reikia iš mano paslaugų, man paskambintų, pasakytų. Vis tiek jie ten būna su juo (pacientu). Būtų gerai. Bet to dabar nebūna.“ (Informantas Slpad 2).

Tyrimas atskleidė, kad ASPN komandos nariai dažnai nežino, kokias paslaugas teikia socialiniai darbuotojai ir, kokios yra jų kompetencijos ir, ar sutikus socialinį darbuotoją pas pacientą galima prašyti jo pagalbos „<...> aš net nežinau ar aš galiu kažko prašyti iš jų. Savo taip. O su kitais (kitų įstaigų

darbuotojais), tai atvažiuoju ir pagal faktą dirbu. Kokios pagalbos galiu prašyti net neišivaizduoju.“ (KT 2), „Galima su jais susisiekti. Pasiskambinam, kad tokiam ir tokiam (pacientui) reikia (socialinių) paslaugų. Jie (socialiniai darbuotojai) ateina tik savo darbą atlikti, sutvarkyti namus, nupirkti vaistus, jie nedaro tokio darbo, kad su mumis kažką derintis. Aš nežinau ką jie daro, ar kokios yra jų atsakomybės. <...> aš net nežinau, jeigu reikia kažkokios pagalbos aš (slaugytoja) dabar komandoj turiu slaugytojo padėjėją. Ir pavadinimas dėl to slaugytojos padėjėja, kad padėtų slaugytojai. Socialiniai dirba sau, o mes sau.“ (Informantas BPS 4). Informantai pasidalino ir pastebėjimais dėl socialinių darbuotojų teikiamų paslaugų kokybės. Pasak Informanto SLpad 1 „<...> dažnai pacientai būna nepatenkinti. Tai jie (socialiniai darbuotojai) per dažnai serga arba ten kitokių problemų turi. <...> būna ir taip, kad atvažiuoju pas pacientą, aš prašiu, o ji (socialinė darbuotoja) sėdi telefone. Ir nepasiūlo padėti. Tai būna, sakau, atneškit vandens ar ten ko reikia. Jeigu paprašai, tai atneša. Tai buvo toks pasipiktinimas, kad net nepasiūlo padėti. Vasarą turėjau tokį pacientą, labai sunkios būklės, kad reikėjo prausti lovoj. O ji sėdi telefone, tai būna aš pikta sakau atnešk tu man bent vandens.“. Informantas BPS 4 įvardino „Jie niekad nenori kažką daryti. Kreipiasi pas mus paciento šeima, kad jis (pacientas) negali apsitarnauti mes matom, kad čia socialinė problema. Mes nukreipiam į savivaldybę (socialinį skyrių), o savivaldybėje sako, kad čia daktarų problemą. Guldykit į ligoninę.“. KT 1 pasidalino „Būna labai neadekvačių tų socialinių darbuotojų. Kur kyla dažnai net konfliktai. Nenori kartais pasišalinti, nes ji tiesiog nusikalba, ar trukdo tavo darbui. To bendradarbiavimo nėra, nes užmiestyje jos (socialinės darbuotojos) tikrai keistos. Turiu porą pacientų pas kuriuos net nemalonu važiuoti, nes socialinės darbuotojos tiesiog erzina ir trukdo atlikti tavo tiesioginį darbą. <...> Kartais ateini ir matai, kad tas žmogus net nebuvo prižiūrėtas, tai kam ji (socialinė darbuotoja) yra reikalinga? Tai tada kviečiame mūsų slaugytojos padėjėją, kuri viską sutvarko. Patys perimam tvarkyti žmogaus būklės.“. Informantas BPS 1 neigiamai vertino bendradarbiavimą su socialiniais darbuotojais „Žinokit aš taip su jom baruosi. Pavyzdžiui, turiu vieną pacientę, šiandien kaip tik su gydytoja kalbėjome ką su ją daryti, nes ji dementiška, jinai (pacientė) pamiršta gerti vaistus. Jinai gyvena viena, anūkė užsienyje. Anūkė net primoka daugiau socialiniams darbuotojams, kad jie suteiktų daugiau paslaugų, bet jie (soc. darbuotojai) neateina, nėra kam ją (soc. darbuotoją) kontroliuoti, nes močiutė neprisimena. Vieną dieną ateinu lyg tais sutvarkytas butas, kitą dieną ateinu baisu. Močiutė visa purvina, miega ant nepaklotos lovos, smirda, vaistus sako, kad geria, bet dėžutė už visą savaitę vaistai neišgerti. Spaudimas va toks (rankomis parodo, kad aukštas). Aš paskambinu (soc. darbuotojai) klašiu kaip čia tokia situacija, ji man atsako, čia tu turi. Aš sakau, aš (slaugytoja) negaliu kiekvieną dieną ateit pas ją (pacientę), sakau čia socialinio darbuotojo darbas buityje padėti. Man atsako (soc. darbuotoja), kad turi šešis klientus, aš neturiu kada, žiūrėk geriau kaip pati dirbi. <...> Jie skundžiasi, kad pas juos daug darbo, kad tu (slaugytoja) čia turi kažką daryti. Tai mes (slaugytojai) ir darome, bet mes negalim jai buto sutvarkyti

ar valgyti jai (pacientei) pagaminti. Čia ne mano kompetencija. Aš galiu sauskelnes jai pakeisti, ar padėti jai (pacientei) pavalgyti jeigu matau, kad jai ranka dreba.“.

Pacientai dažnai nežino kur kreiptis dėl socialinių paslaugų ar kaip jas gauti „*Daug žmonių nori tos pagalbos (socialinių paslaugų), bet kai paaiškini, kad reikia kreiptis dėl to ir dalis nuo Jūsų (paciento) pašalpos bus atskaičiuota, tada jie dažniausiai nesutinka. Būna jie (pacientai) įsivaizduoja, kad mes esame taksi, skambina mums (ASPN komandai) ir prašo, kad nuvežtume į polikliniką. Tada aiškiname, kad turite kreiptis į savivaldybę dėl transporto organizavimo. Bet organizuojasi tada privačiai. Gal galvoja, kad greičiau mokamai.“ (Informantas KT 2), „Kadangi pas mane yra daugiau kaimo žmonių. Jie tokie, kad dirbs per šimtą darbų, bet vis tiek prižiūrės ten savo mamą ar broį. Tai man netenka dažnai susidurti su socialiniais. <...> Tarp mano pacientų nėra to. Patys žmonės nesinaudoja (socialinėm) paslaugom.“ (BPS 2).*

Kitų autorių atlikti tyrimai rodo, kad tarp sveikatos priežiūros specialistų ir socialinių darbuotojų egzistuoja požiūrių skirtumai, neleidžiantys atrasti bendrų vertybių, kurios vienytų jų veiklą. Susikalbėjimo barjeru gali tapti ir skirtingos žinios, vertybinės pozicijos ir taikomi darbo metodai (Večkienė, Brunevičiūtė ir Eidukevičiūtė, 2018).

Informantų buvo paprašyta įvardinti, kokios sąlygos reikalingos ASPN ir socialinėms paslaugoms teikti kartu. Informantas BPS 3 nurodė darbą tame pačiame pastate kaip gero bendradarbiavimo tarp ASPN komandos narių ir socialinių paslaugų teikėjų pagrindinę priežastį „*Tai, jie pas mus antram aukšte yra. Tas artumas įstaigų manau, viena šalia kitos, padeda ir bendravimui. Būna užaina tiesiog, paklausia, jie mum praneša, kad prašė vaistų ar galit išrašyti, nes aš (socialinė darbuotoja) ten rytoj važiuoju pas ją (pas pacientą) ir ar galit. Taip, galim. Manau tiesiog tas požiūris į pacientą turi būti. Pas mus nėra jų (pacientų) tūkstančiais, pas mus nėra iš ko rinktis. Tu negali pasirinkti paciento. Tave gali. Arba tave pasirenka arba ne, nes giminaičiai dabar tiesiog, prirašo į kitas įstaigas, kur jiems yra patogiau. O tu stengiesi ir sudarai visas sąlygas, kad tie pacientai liktų pas tave.“. Informantas KT 1 nurodė, kad reikėtų aukštesnių reikalavimų įdarbinant socialinius darbuotojus „*Reikėtų atkreipti daugiau dėmesio darbinant tokius darbuotojus. Nes nežinau kaip gali prižiūrėti neįgalų žmogų kai ateina pati neadekvati. Yra daug sunkių pacientų kur norėtųsi, kad prie jų būtų normalus žmogus, specialistas.“**

Apibendrinant, tyrimo duomenys parodė, kad bendradarbiavimas tarp ASPN ir socialinių paslaugų teikėjų priklauso nuo specialistų gebėjimo komunikuoti ir noro padėti vienas kitam. Nustatytas neigiamas ASPN komandos požiūris į socialinių darbuotojų teikiamų paslaugų kokybę. Siekiant vystyti bendradarbiavimą tarp ASPN ir socialinių paslaugų teikėjų būtina aiškiau nustatyti bendravimo tarp specialistų formas, apibrėžiant paslaugas, kurias galima teikti kartu, ar derinant paslaugų teikimą tarpusavyje.

3.2.4 Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo Vilniaus rajone SSGG analizė

Remiantis atlikto tyrimo duomenimis buvo išskirtos ASPN teikimo Vilniaus rajone stiprybės, silpnybės, grėsmės bei galimybės (toliau - SSGG) (9 lentelė).

9 lentelė. ASPN teikimo Vilniaus rajone Stiprybių, silpnybių, grėsmių ir galimybių analizė

Stiprybės	Silpnybės
<ul style="list-style-type: none"> • Poliklinikoje teikiant ASPN įvertinami paciento poreikiai (į pacientą orientuotas paslaugų teikimas); • ASPN komandos nariai sprendžia kylančias problemas komandoje; • ASPN specialistai organizuoja savo vizitų grafikus savarankiškai; • ASPN komanda pakankamai aprūpinta reikalingomis priemonėmis teikti paslaugas; • ASPN komandos slaugytojos aktyviai bendradarbiauja su pacientų šeimos gydytojais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trūksta ASPN komandos narių siekiant patenkinti didėjančius pacientų poreikius; • Trūksta transporto priemonių; • ASPN komandos nariai neturi išmanių įrenginių su interneto prieiga; • Didelis ASPN komandos narių darbo krūvis; • ASPN komandoje kineziterapeutai labiau linkę dirbti savarankiškai; • ASPN komandoje tik slaugytojos bendradarbiauja su pacientų šeimos gydytojais.
Grėsmės	Galimybės
<ul style="list-style-type: none"> • Regionuose neprieinamas interneto ryšys; • Pacientai mažai informuoti apie prieinamas ASPN paslaugas; • Apmokamų ASPN vizitų į namus skaičius dar nėra pilnai išnaudojamas; • Per mažas paslaugų įkainis; • ASPN teikimo teisinio reglamentavimo pokyčių neigiamos pasekmės; • Pavojų ASPN komandos nariams keliantys agresyvūs pacientai; • Sudėtingas vizitų grafiko derinimas su pacientus prižiūrinčiais asmenimis; • Numatomas pacientų skaičiaus didėjimas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apmokamų ASPN vizitų į namus skaičius dar nėra pilnai išnaudojamas; • Numatomas pacientų skaičiaus didėjimas; • Bendradarbiavimo vystymas su artimaisiais teikiant ASPN; • Sąlygų palengvinimas siekiant gauti slaugos ir technines pagalbos priemones; • Bendradarbiavimo su techninių pagalbos priemonių tiekėjais vystymas; • Geresnių bendradarbiavimo sąlygų su socialinių paslaugų teikėjais sudarymas.

Atlikus ASPN Vilniaus rajone SSGG analizę nustatyta, kad poliklinikoje ASPN teikimas yra orientuotas į paciento poreikius, atsižvelgiant į minėtus pacientų poreikius ASPN specialistai savarankiškai organizuoja vizitų grafikus, ASPN komandos specialistai yra pakankamai aprūpinti

visomis reikalingomis priemonėmis suteikti slaugos paslaugas paciento namuose, o kylančias problemas ASPN komandos nariai sprendžia konsultuojantis su kitais ASPN komandos specialistais. Nustatyta, kad poliklinika pilnai neišnaudoja ASPN vizitų į namus skaičiaus bei nusimato ASPN pacientų skaičiaus didėjimas ateityje, abu šie veiksniai gali turėti teigiamos arba neigiamos įtakos poliklinikos teikiamoms ASPN. Tačiau buvo įvardinti veiksniai, kurie trukdo efektyviai teikti ASPN poliklinikoje, tokie kaip: trūksta ASPN specialistų, trūksta transporto priemonių, ASPN komandos nariai dirba dideliu krūviu, paslaugų įkainis yra per mažas, ASPN teikimo teisinio reglamentavimo pokyčių neigiamos pasekmės. Taip pat, nustatyta, kad sunkumų teikiant ASPN kelia sudėtingas vizitų derinimas su paciento artimaisiais bei pavojų ASPN komandos nariams keliantys agresyvūs pacientai. Geresnio bendradarbiavimo vystymas su socialinių paslaugų teikėjais, techninių pagalbos priemonių tiekėjais ir su pacientų artimaisiais, leistų ASPN komandos nariams efektyviau teikti ASPN, o supaprastintos sąlygos siekiant gauti technines pagalbos priemones palengvintų ASPN komandos narių darbą paciento namuose.

IŠVADOS

1. Išanalizavus ambulatorinių slaugos paslaugų namuose politikos vystymąsi Lietuvoje nustatytas didelis postūmis teisiškai reglamentuojant ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandą kaip savarankiškai veikiančią struktūrą, glaudžiai dirbančią su paciento šeimos gydytojais. Teisės aktai reglamentuoja ambulatorinių slaugos paslaugų namuose (toliau – ASPN) apmokėjimo tvarką ir paciento poreikių vertinimą, kuris leidžia greičiau pradėti teikti ASPN. Reglamentuotas didelis galimų suteikti paslaugų skaičius užtikrina pacientams slaugos paslaugų namuose prieinamumą, o teisės akte numatyti ASPN teikimo pokyčiai nuo 2023 metų padarys ASPN prieinamas visomis savaitės dienomis.
2. Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandos specialistai poliklinikoje teikiamas ambulatorines slaugos paslaugas namuose vertino teigiamai. Jie kalbėjo apie teikiamų paslaugų, kurių negali suteikti paciento artimieji, naudą pacientams, pakankamą vizitų į namus skaičių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų ir naujų specialistų, slaugytojų padėjėjų ir kineziterapeutų įtrauktį į ASPN komandos sudėtį naudą pacientams teikiant slaugos paslaugas namuose.
3. Nustatytos pagrindinės kliūtys, kylančios teikiant ambulatorines slaugos paslaugas namuose: yra nepatogumai ir neefektyvus darbo laiko panaudojimas dėl transporto priemonių trūkumo, nuovargis dėl didelių važiavimo atstumų ir didelių ASPN specialistų darbo krūvių, patiriama pacientų agresiją teikiant ASPN, sudėtingas vizitų derinimas su pacientų artimaisiais, sunkumai nuvykstant pas pacientus dėl sudėtingų kelių ar oro sąlygų, poliklinikoje nepakankamai išvystytos informacinės technologijos sukelia sunkumus ASPN komandos nariams pasiekti reikalingą informaciją nuotoliu, sunkumai teikiant ASPN vienam, kai nėra paciento artimųjų ar antro ASPN komandos nario. Organizacinių kliūčių ASPN komandos nariai išvengia patys organizuodamiesi savo vizitų grafiką ir jį derindami pagal pacientų poreikius.
4. Tyrimo rezultatai rodo, kad ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandos nariai linkę tarpusavyje bendradarbiauti teikiant ASPN, tačiau įprastai bendradarbiavimas vyksta su slaugytojo padėjėjais, o mažiausiai su kineziterapeutais. Bendradarbiavimas tarp ASPN komandos narių, ypač su slaugytojo padėjėja, būtų dažnesnis įtraukus daugiau šios srities specialistų į ASPN komandos sudėtį. Iš ASPN komandos narių su paciento šeimos gydytojais bendradarbiauja tik slaugytojai, aptariant paciento būklę, kreipiantis dėl vaistų tęsimo ir kitų aktualių klausimų. ASPN komandos narių bendradarbiavimas su socialinių paslaugų teikėjais yra

ribotas, o bendradarbiavimo lygis su jais priklauso nuo specialistų gebėjimų užmegzti tarpasmeninius santykius.

5. Atlikus ASPN teikimo Vilniaus rajone stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių analizę nustatyta, kad poliklinikoje ASPN teikimas yra orientuotas į paciento poreikius, ASPN komandos savarankiškai organizuojasi vizitų grafikus, yra pakankamai aprūpinti visomis reikalingomis slaugos priemonėmis, o kylančios problemos sprendžiamos konsultuojantis su kitais ASPN komandos nariais. Nustatyta, kad poliklinika pilnai neišnaudoja ASPN vizitų į namus skaičiaus bei yra nusimatomas ASPN pacientų skaičiaus didėjimas ateityje. Abu šie veiksniai gali turėti teigiamos arba neigiamos įtakos poliklinikos teikiamoms ASPN. Tačiau ASPN teikimą riboja nepakankamas ASPN specialistų ir transporto priemonių skaičius, didelis ASPN specialistų darbo krūvis, mažas paslaugų įkainis, sudėtingas vizitų derinimas su pacientų prižiūrinčiais artimaisiais bei pavojų ASPN komandos nariams keliantys agresyvūs pacientai. Šių kliūčių šalinimas bei geresnio bendradarbiavimo vystymas su socialinių paslaugų teikėjais, techninių pagalbos priemonių tiekėjais ir su pacientų artimaisiais leistų ASPN komandos nariams efektyviau teikti ASPN, o supaprastintos sąlygos siekiant gauti technines pagalbos priemones palengvintų ASPN komandos narių darbą paciento namuose.

REKOMENDACIJOS

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovams:

- Didinti įstaigoje naudojamų transporto priemonių skaičių siekiant efektyviau teikti ASPN.
- Didinti ASPN komandoje dirbančių slaugytojo padėjėjų skaičių, tai sumažintų šiuo metu ASPN komandoje kylančius nesutarimus dėl darbo krūvių bei leistų dažniau pas pacientus vykti dviese užtikrinant teikiamų paslaugų kokybę.
- Atlikti prie šeimos gydytojų prisirašiusių pacientų analizę siekiant nustatyti potencialų ASPN gavėjų skaičių Vilniaus rajone pagal Slaugos paslaugų poreikio nustatymo klausimyną.
- Vystyti informacinių technologijų sprendimus leidžiančius peržiūrėti-papildyti paciento kortelės duomenis būnant už poliklinikos ribų.
- Organizuoti ASPN komandos narių susitikimus su techninių pagalbos priemonių atstovais, supažindinant ASPN komandos specialistus su pacientams prieinamomis pagalbos priemonėmis.

Sveikatos apsaugos ministerijai:

- Vystyti efektyvų bendradarbiavimo modelį tarp ASPN teikiančių specialistų ir socialines paslaugas teikiančių specialistų siekiant vystyti koordinuotą paciento priežiūrą tarp skirtingų paslaugų teikėjų.
- Priimant ASPN teikimo pokyčius taikyti sveikatos priežiūros specialistų ir suinteresuotų pacientų grupių informavimo priemones, tokias kaip naujienlaiškiai ir informacijos sklaida socialiniuose tinkluose apie prieinamas naujas paslaugas.
- Į ASPN komandą įtraukti kitų sričių specialistus, kaip medicinos psichologas ir socialinis darbuotojas, plečiant ASPN teikiamų paslaugų įvairovę.

BIBLIOGRAFINIŲ ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

1. „ESTEP Vilnius“. (2020). *Investicijų poreikio sveikatos apsaugos ir ilgalaikės priežiūros srityje analizė*. Prieiga per internetą: <https://www.esinvesticijos.lt/uploads/main/documents/files/Post%202020/Programos%20rengimas/Sveikatos%20apsaugos%20ir%20ilgalaik%C4%97s%20prie%C5%BEi%C5%ABros%20%C5%BEem%C4%97lapis.pdf>
2. „Eurointegracijos projektai“. (2015). *Projekto „Integralios pagalbos veiksmingumo ir pritaikomumo tyrimas“ galutinė ataskaita*. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Prieiga per internetą: https://socmin.lrv.lt/uploads/socmin/documents/files/administracine-informacija/tyrimai/projekto_Integralios%20pagalbos%20veiksmingumo%20ir%20pritaikomumo%20tyrimas_galutin%C4%97%20ataskaita.pdf
3. Ahmadi, A. ir Mankah, S. A. C. (2021). *Nurses' safety in the Home Hospital Environment* (bakalauras darbas). Prieiga per internetą: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/509847/Ahmad%20and%20Anita%20Thesis%20in%20PDF.pdf?sequence=2>
4. Akat, M. ir Karataş, K. (2020). *Psychological Effects of COVID-19 Pandemic on Society and Its Reflections on Education*. *Journal of Turkish Studies*, 15(4), 1–13. <https://doi.org/10.7827/turkishstudies.44336>.
5. Allegrante, J. P., Wells, M. T. ir Peterson, J. C. (2019). *Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases*. *Annual Review of Public Health*, 40(1), 127–146. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044008>.
6. Arntz, M., Sacchetto, R., Spermann, A., Steffes, S. ir Widmaier, S. (2007). *The German Social Long-Term Care Insurance - Structure and Reform Options*. SSRN Electronic Journal, 2625. <https://doi.org/10.2139/ssrn.944780>.
7. Aronson, P. ir Mahler, C. (2016). *Human Rights of Older Persons in Longterm Care: German National Report*. German Institute for Human Rights. Prieiga per internetą: <https://ennhri.org/wp-content/uploads/2019/10/germany.pdf>.
8. Asadzadeh, M., Maher, A., Jafari, M., Mohammadzadeh, K. A. ir Hosseini, S. M. (2022). *A review study of the providing elderly care services in different countries*. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(2), 458–465. <https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe.1277.21>.
9. Bannenberg, N., Førland, O., Iversen, T., Karlsson, M. ir Øien, H. (2021). *Preventive Home Visits*. *American Journal of Health Economics*, 7(4), 457–496. <https://doi.org/10.1086/714988>.
10. Barrett, P., Hale, B. ir Butler, M. (2014). *Family Care and Social Capital: Transitions in Informal Care*. Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-6872-7>.
11. Bezerra de Souza, D. L., Oliveras-Fabregas, A., Espelt, A., Bosque-Prous, M., de Camargo Cancela, M., Teixidó-Compañó, E. ir Jerez-Roig, J. (2021). *Multimorbidity and its associated factors among adults aged 50 and over: A cross-sectional study in 17 European countries*. *PLOS ONE*, 16(2), e0246623. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246623>.
12. Burokienė, S., Čerkauskienė, R., Lesinskienė, S., Liuima, V., Nedzinskienė, L., Vaitkienė, R. ir Valintėlienė, R. (2019). *Ambulatorinių ir stacionarinių slaugos paslaugų plėtros poreikio problemos įrodymų apžvalga*. Prieiga per internetą: https://www.esinvesticijos.lt/media/force_download/?url=/uploads/main/esproducts/docs/115755_18191178785bb0aebaebfd84c58be42.pdf
13. Chan, E. Y. Y., Gobat, N., Kim, J. H., Newnham, E. A., Huang, Z., Hung, H., Dubois, C., Hung, K. K. C., Wong, E. L. Y. ir Wong, S. Y. S. (2020). *Informal home care providers: the forgotten health-care workers during the COVID-19 pandemic*. *The Lancet*, 395(10242), 1957–1959. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31254-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31254-x).
14. Costa-Font, J. (2011). *Reforming long-term care in Europe*. Social Policy & Administration. Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9781444395556.ch>.

15. Dall’Ora, C., Saville, C., Rubbo, B., Turner, L., Jones, J. ir Griffiths, P. (2022). *Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies*. International Journal of Nursing Studies, 134. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104311>.
16. Danusevičienė, L. (2016). *Namuose teikiamos integralios pagalbos asmenims, turintiems specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, veiksmingumo įvertinimas* (daktaro disertacija). Prieiga per internetą: <https://hdl.handle.net/20.500.12512/18038>.
17. Danusevičienė, L. (2016). *Namuose teikiamos integralios pagalbos asmenims, turintiems specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, veiksmingumo įvertinimas* (daktaro disertacija). Prieiga per internetą: <https://ismuni.lt/cris/handle/20.500.12512/18038>
18. Dehghan Nayeri, N. ir Negarandeh, R. (2009). *Conflict among Iranian hospital nurses: a qualitative study*. Human Resources for Health, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-25>
19. European Commission ir Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. (2021). *Long-term care report : trends, challenges and opportunities in an ageing society*. Country Profiles, 2. <https://doi.org/10.2767/183997>.
20. Eurostat (2019). *Healthcare resource statistics – beds*. Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_resource_statistics_-_beds#Hospital_beds (Duomenys atnaujinti 2022-10)
21. Eurostat (2021). *Demographic balances and indicators by type of projection*. Prieiga per internetą: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/e4fdf053-e00f-4199-9a2a-228c0cc69931?lang=en> (Duomenys atnaujinti 2021-02-09)
22. Eurostat (2022). *Distribution of population aged 65 and over by type of household - EU-SILC survey*. Prieiga per internetą: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_lvps30&lang=en (Duomenys atnaujinti 2022-10-06)
23. Flo, J. (2019). *Nursing Intensity in Home Health Care* (daktaro disertacija). Prieiga per internetą: <http://hdl.handle.net/11250/2626965>.
24. Gaižauskaitė, I. ir Valavičienė, N. (2016). *Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu*. VĮ Registrų centras. Prieiga per internetą: <https://repository.mruni.eu/handle/007/16724>
25. Geerts, J. ir Van den Bosch, K. (2011). *Transitions in formal and informal care utilisation amongst older Europeans: the impact of national contexts*. European Journal of Ageing, 9(1), 27–37. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0199-z>
26. Genet, N., Boerma, W. G., Kringos, D. S., Bouman, A., Francke, A. L., Fagerström, C., Melchiorre, M. G., Greco, C. ir Devillé, W. (2011). *Home care in Europe: a systematic literature review*. BMC Health Services Research, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-207>.
27. Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., Dall’Ora, C., Jones, J., Maruotti, A., Pope, C., Recio Saucedo, A. ir Simon, M. (2016). *Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice*. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. International Journal of Nursing Studies, 63, 213–225. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.012>.
28. Gustaitienė, I. (2020). *Atvejo vadybos modelio įgyvendinimas socialiniame darbe* (magistro darbas). Prieiga per internetą: <https://vb.mruni.eu/permalink/f/q9ukf4/ELABAETD65238420>.
29. Helgheim, B. I. ir Sandbaek, B. (2021). *Who Is Doing What in Home Care Services?* International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(19), 10504. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910504>.
30. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2021). *Aprūpinimas medicininiu personalu ir stacionarių lovomis 2000-2021 m.* Higienos Institutas. Prieiga per internetą: https://hi.lt/php/spr2.php?dat_file=spr2.txt
31. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2021). *Lietuvos sveikatos statistika 2020*. Higienos Institutas. Prieiga per internetą: https://hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/LT_sveik_stat_health/la_2020.pdf

32. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2022). *Mirties priežastys 2021*. Higienos Institutas. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/services-portlet/pub-edition-file?id=40140>
33. Hollman, D., Lennartsson, S. ir Rosengren, K. (2014). *District nurses' experiences with the free-choice system in Swedish primary care*. *British Journal of Community Nursing*, 19(1), 30–35. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.1.30>.
34. Jančauskaitė, E. (2017). *Bendruomenės slaugytojo vaidmens ir santykių modelio įvertinimas pirminėje sveikatos priežiūroje* (magistro darbas). Prieiga per internetą: <https://www.lsmuni.lt/cris/handle/20.500.12512/101821>
35. Josefsson, K. ir Peltonen, S. (2015). *District nurses' experience of working in home care in Sweden*. *Healthy Aging Research*, 4(37). <https://doi.org/10.12715/har.2015.4.37>.
36. Junevičienė, J. (2020). *Neformalios ir formalios pagyvenusių žmonių globos jų namuose sąsajos: socialinės politikos priemonės ir globėjų požiūriai* (daktaro disertacija). Prieiga per internetą: <https://www.lituanistika.lt/content/91755>.
37. Jurkuvienė, R. ir Rupkuvienė, S. (2010). *Slaugos namuose poreikio nustatymas ir Bartelio indeksas kaip kriterijus*. *Sveikatos Mokslai*, 1(67), 2909–2916. Prieiga per internetą: <https://hdl.handle.net/20.500.12512/9811>.
38. Justine, M., Azizan, A., Hassan, V., Salleh, Z. ir Manaf, H. (2013). *Barriers to participation in physical activity and exercise among middle-aged and elderly individuals*. *Singapore Medical Journal*, 54(10), 581–586. <https://doi.org/10.11622/smedj.2013203>
39. Kardelis, K. (2017). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
40. Kudukytė-Gasperė, R. ir Jankauskienė, D. (2014). *Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos – į žmonių poreikius orientuotos sveikatos priežiūros sistemos skatinimas Europos regione*. *Sveikatos Politika Ir Valdymas*, 2(7), 113–133. <https://doi.org/doi:10.13165/SPV-14-2-7-07>.
41. Kudukytė-Gasperė, R., Jankauskienė, D. ir Štaras, K. (2012). *Sveikatos ir socialinių paslaugų integracija. Atvejo analizė VŠĮ Centro poliklinikoje*. *Sveikatos Politika Ir Valdymas*, 1(4), 127–146.
42. Kurkienė, D. (2019). *Socialinės paslaugos į namus vienam gyvenančiam asmeniui* (magistro darbas). Prieiga per internetą: <https://vb.mruni.eu/permalink/f/q9ukf4/ELABAETD39931550>
43. Landmark, B. T., Aasgaard, H. S. ir Fagerström, L. (2013). *“To Be stuck in It—I Can’t Just Leave.”* *Home Health Care Management & Practice*, 25(5), 217–223. <https://doi.org/10.1177/1084822313487984>.
44. Laurinavičiūtė, D. (2017). *Bendruomenės slaugytojų paslaugų namuose organizavimas ir kokybės vertinimas* (magistro darbas). Prieiga per internetą: <https://www.lsmuni.lt/cris/handle/20.500.12512/101833>
45. Lee, C. T. S. ir Doran, D. M. (2017). *The Role of Interpersonal Relations in Healthcare Team Communication and Patient Safety*. *Canadian Journal of Nursing Research*, 49(2), 75–93. <https://doi.org/10.1177/0844562117699349>
46. Lesauskaitė, V., Macijauskienė, J. ir Širvinskienė, E. (2009). *Geriatrinių pacientų, gyvenančių namuose, poreikiai ir jų užtikrinimas techninėmis priemonėmis*. *Gerontologija*, 10(3), 176–182. <https://hdl.handle.net/20.500.12512/86007>
47. Li, J. (2019). *Study and Comparison of Elderly Care System in Germany and China* (daktaro disertacija). Prieiga per internetą: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-00107693-11>
48. Liddy, C., Blazkho, V. ir Mill, K. (2014). *Challenges of self-management when living with multiple chronic conditions: systematic review of the qualitative literature*. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 60(12), 1123–1133. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4264810/>
49. Lietuvos Respublikos Seimo 1994 m. liepos 19 d. įstatymas Nr. I-552 Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (1994). *Valstybės žinios*, 63(1231).

50. Lietuvos Respublikos Seimo 2022 m. birželio 30 d. įstatymas Nr. XIV-1279 Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 2 straipsnio pakeitimo ir Įstatymo papildymo 12-1 ir 51-1 straipsniais įstatymas (2022). Teisės aktų registras, 15197.
51. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2012 m. liepos 20 d. įsakymas Nr. V-1-353 Dėl Integralios pagalbos plėtros programos patvirtinimo (2012). Valstybės žinios, 89(4663).
52. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018. m. gruodžio 27 d. įsakymas Nr. A1-765/V-1530 Dėl specialiojo nuolatinės slaugos, specialiojo nuolatinės priežiūros (pagalbos), specialiojo lengvojo automobilio įsigijimo ir jo techninio pritaikymo išlaidų kompensacijos poreikių nustatymo tvarkos aprašo patvirtinimo (2018). Teisės aktų registras, 21943.
53. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2021). Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo, grįsto kompetencijos centrų ir bendradarbiavimo modeliu, vystymas. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Tinklo%20reforma/ASMENS%20SVEIKATOS%20PRIE%20C5%BDI%20C5%AAROS%20TINKLO%20VYSTYMAS_NAUDA.pdf
54. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro - valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2020 m. kovo 16 d. įsakymas Nr. V- 387 Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo paskelbus karantiną Lietuvos Respublikos teritorijoje (2020). Teisės aktų registras, 5561.
55. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo (2005). Valstybės žinios, 143 (5205).
56. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-1026 Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo (2007). Valstybės žinios, 137(5626).
57. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-1026 Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo. Suvestinė redakcija nuo 2016 liepos 1 d. (2016). Valstybės žinios, 137(5626).
58. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. sausio 22 d. įsakymas Nr. V-23 Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ pakeitimo (2009). Valstybės žinios, 12(491).
59. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugsėjo 5 d. įsakymas Nr. V-835 Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ pakeitimo (2011). Valstybės žinios, 112(5278).
60. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 9 d. įsakymas Nr. V-400 Dėl slaugytojų darbo krūvio nustatymo tvarkos aprašo tvirtinimo (2012). Valstybės žinios, 55(2751).
61. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. gruodžio 18 d. įsakymas Nr. V- 1473 Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymą Nr. V-1026 „Dėl Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ pakeitimo (2015). Teisės aktų registras, 20756.
62. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V- 1498 Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymą Nr. V-1026 „Dėl Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ pakeitimo (2017). Teisės aktų registras, 21260.
63. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. lapkričio 28 d. įsakymas Nr. V- 1363 Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymą Nr. V-1026 „Dėl Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ pakeitimo (2018). Teisės aktų registras, 19482.

64. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. gruodžio 11 d. įsakymas Nr. V- 1423 Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymą Nr. V-1026 „Dėl Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ pakeitimo (2019). Teisės aktų registras, 19945.
65. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. birželio 2 d. įsakymas Nr. V-1357 Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo (2020). Teisės aktų registras, 12046.
66. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. birželio 2 d. įsakymas Nr. V- 1357 Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymą Nr. V-1026 „Dėl Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ pakeitimo (2020). Teisės aktų registras, 12046.
67. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. kovo 3 d. įsakymas Nr. V- 431 Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. birželio 2 d. įsakymo Nr. V-1357 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ pakeitimo (2021). Teisės aktų registras, 4315.
68. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. birželio 29 d. įsakymas Nr. V- 1168 Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo (2022). Teisės aktų registras, 13983.
69. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-1388 Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo (2022). Teisės aktų registras, 17972.
70. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. spalio 17 d. nutarimas Nr. 1020 Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006–2008 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo (2006). Valstybės žinios, 112(4273).
71. Lietuvos statistikos departamentas. (2020). *Išlaikomo amžiaus žmonių koeficientas metų pradžioje ir išlaikomo amžiaus žmonių koeficientas metų pradžioje. Prognozė*. Oficialios Statistikos Portalas. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=fcb047e1-383d-4758-aed1-a5e0b10e75a0> (Duomenys atnaujinti 2020-09-07)
72. Lietuvos statistikos departamentas. (2020). *Lietuvos gyventojų sveikata (2020 m. leidimas)*. Oficialios Statistikos Portalas. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-2020/kai-kuriu-letiniu-ligu-ir-bukliu-paplitimas>
73. Lietuvos statistikos departamentas. (2022). *Nuolatinių gyventojų skaičius metų pradžioje*. Oficialios Statistikos Portalas. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=2b24c095-06c8-480b-ae62-4c2aadabdba4> (Duomenys atnaujinti 2022-08-30)
74. Mačiulaitienė, V. (2017). *Bendruomenės slaugytojų atliekamų veiklų vertinimas Kauno rajono pirminės sveikatos priežiūros įstaigose* (magistro darbas). Prieiga per internetą: <https://www.lsmuni.lt/cris/handle/20.500.12512/101839>
75. Marcinkowska, I. (2010). *The Lithuanian long-term care system*. Center for Social and Economic Research. Prieiga per internetą: <https://www.files.ethz.ch/isn/122412/Lithuania.pdf>
76. Martens, C. T. (2017). *Aging in Which Place? Connecting Aging in Place with Individual Responsibility, Housing Markets, and the Welfare State*. Journal of Housing for the Elderly, 32(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/02763893.2017.1393483>.
77. McMillan, C., Lee, J., Milligan, J., Hillier, L. M. ir Bauman, C. (2015). *Physician perspectives on care of individuals with severe mobility impairments in primary care in Southwestern Ontario, Canada*. Health & Social Care in the Community, 24(4), 463–472. <https://doi.org/10.1111/hsc.12228>.

78. Meagher, G. ir Szebehely, M. (2013). *Long-Term Care in Sweden: Trends, Actors, and Consequences*. Reforms in Long-Term Care Policies in Europe, 55–78. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4502-9_3.
79. Mehta, S., Machado, F., Kwizera, A., Papazian, L., Moss, M., Azoulay, É. ir Herridge, M. (2021). *COVID-19: a heavy toll on health-care workers*. The Lancet Respiratory Medicine, 9(3), 226–228. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00068-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00068-0).
80. Meslé, M. M., Brown, J., Mook, P., Hagan, J., Pastore, R., Bundle, N., Spiteri, G., Ravasi, G., Nicolay, N., Andrews, N., Dykhanovska, T., Mossong, J., Sadkowska-Todys, M., Nikiforova, R., Riccardo, F., Meijerink, H., Mazagatos, C., Kyncl, J., McMenamin, J. ir Melillo, T. (2021). *Estimated number of deaths directly averted in people 60 years and older as a result of COVID-19 vaccination in the WHO European Region, December 2020 to November 2021*. Eurosurveillance, 26(47). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2021.26.47.2101021>.
81. Milieškieñė, A. (2012). *Socialinis taksi – ypač palankiai neįgaliųjų vertinamas projektas*. „Bičiulystė“, 37(1106), 4–5. Prieiga per internetą: <https://www.ndt.lt/wp-content/uploads/2012-Biciulyste-Nr.-37-1106.pdf>
82. Navickas, R., Visockienė, Ž., Puronaitė, R., Rukšėnienė, M., Kasiulevičius, V. ir Jurevičienė, E. (2015). *Prevalence and structure of multiple chronic conditions in Lithuanian population and the distribution of the associated healthcare resources*. European Journal of Internal Medicine, 26(3), 160–168. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.02.015>.
83. Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba. (2021). 2017–2020 m. darbingumo lygio, neįgalumo lygio ir specialiųjų poreikių nustatymo analizė. Prieiga per internetą: https://ndnt.lrv.lt/uploads/ndnt/documents/files/2017-2020%20m_%20DL%2C%20NL%20ir%20SP%20nustatymo%20analize%202021-06-28.pdf
84. Nolte, E. ir Pitchforth, E. (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?* World Health Organization. Regional Office for Europe. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332002>
85. OECD ir European Observatory on Health Systems and Policies. (2021c). *Norway: Country Health Profile 2021*. Country Health Profiles. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/6871e6c4-en>.
86. OECD ir European Observatory on Health Systems and Policies. (2021d). *Sweden: Country Health Profile 2021*. State of Health in the EU. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/b9027e42-en>.
87. OECD ir European Observatory on Health Systems and Policies. (2021b). *Germany: Country Health Profile 2021*. State of Health in the EU. OECD Publishing. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/e4c56532-en>.
88. OECD ir European Observatory on Health Systems and Policies. (2021a). *France: Country Health Profile 2021*. State of Health in the EU. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7d668926-en>.
89. OECD ir European Union. (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
90. OECD. (2017). *Health at a Glance 2017*. Prieiga per internetą: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
91. Pentaris, P., Willis, P., Ray, M., Deusdad, B., Lonbay, S., Niemi, M. ir Donnelly, S. (2020). *Older People in the Context of COVID-19: A European Perspective*. Journal of Gerontological Social Work, 63(8), 1–7. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1821143>.
92. Perdrix, E. ir Roquebert, Q. (2020). *Does an increase in formal care affect informal care? Evidence among the French elderly*. Bureau d’Economie Théorique et Appliquée. Working Papers of BETA. Prieiga per internetą: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02370689v2/document>
93. Petrauskaitė, M. (2021). *Pacientų, turinčių dauginį ligotumą, gyvenimo kokybės vertinimas* (magistro darbas). Prieiga per internetą: <https://hdl.handle.net/20.500.12512/110486>.
94. Politikos gairės Lietuvos prisitaikymui prie visuomenės senėjimo proceso – „Sidabrinė banga“ (2016). [žiūrėta 2022-07-15]. Prieiga per internetą: http://darnilietuva.lt/rinkmenos/sidabrine-banga-strategija_20160720_galut_v4.doc

95. Radžiuvienė, L. (2013). *Integralios pagalbos asmens namuose paslaugų organizavimas Vilniaus mieste* (magistro darbas). Prieiga per internetą: <https://vb.mruni.eu/object/elaba:2120106/>
96. Roquebert-Labbé, Q. (2018). *Formal and informal care arrangements for the disabled elderly in France* (Daktaro disertacija). Prieiga per internetą: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02176444>
97. Rossinot, H., Marquestaut, O. ir de Stampa, M. (2019). *The experience of patients and family caregivers during hospital-at-home in France*. BMC Health Services Research, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4295-7>.
98. Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O. ir Grimsmo, A. (2013). *Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study*. BMC Health Services Research, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-121>.
99. Ruškus, J. (2020). *Globos namais grįstos sistemos moralinis bankrotas. Metas žmogaus teisėms*. Socialinis Darbas. Patirtis Ir Metodai, 26(2), 123–126. <https://doi.org/https://doi.org/10.7220/2029-5820.26.2>.
100. Sánchez, V. G., Anker-Hansen, C., Taylor, I. ir Eilertsen, G. (2019). *Older People's Attitudes And Perspectives Of Welfare Technology In Norway*. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 12, 841–853. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s219458>.
101. Saulė Eglė Trembo (2022 m. birželio 30). *Seimas pritarė sveikatos priežiūros įstaigų tinklo reformos projektui*. Lietuvos Respublikos Seimo kanceliarija. Prieiga per internetą: https://www.lrs.lt/sip/portal.show?p_r=35403&p_k=1&p_t=281752
102. Schnell, A., Mayer, H., Ott, S. ir Zeller, A. (2021). *Experience of aggressive behaviour of health professionals in home care services and the role of persons with dementia*. Nursing Open, 8(2), 833–843. <https://doi.org/10.1002/nop2.689>
103. Schulz, E. (2010). *The long-term care system in Germany*. SSRN Electronic Journal. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1659630>.
104. *Senstanti Lietuvos visuomenė Analitinė apžvalga* (2020). Vyriausybės strateginės analizės centras. Prieiga per internetą: <https://strata.gov.lt/images/tyrimai/2020-metai/zmogiskojo-kapitalo-politika/20200924-senstanti-lietuvos-visuomene.pdf>
105. Sitzman, K. L., Pett, M. A. ir Bloswick, D. S. (2002). *An Exploratory Study of Motor Vehicle Use in Home Visiting Nurses*. Home Healthcare Nurse: The Journal for the Home Care and Hospice Professional, 20(12), 784–792. <https://doi.org/10.1097/00004045-200212000-00008>
106. Skilbeck, J. K., Arthur, A. ir Seymour, J. (2018). *Making sense of frailty: An ethnographic study of the experience of older people living with complex health problems*. International Journal of Older People Nursing, 13(1), e12172. <https://doi.org/10.1111/opn.12172>.
107. Skrove, G. K., Bachmann, K. ir Aarseth, T. (2016). *Integrated care pathways—A strategy towards better care coordination in municipalities? A qualitative study*. International Journal of Care Coordination, 19(1-2), 20–28. <https://doi.org/10.1177/2053434516649777>.
108. Skučienė, D., Bartkus, A., Moskvina, J. ir Uleckienė, A. (2015). *Senėjanti visuomenė: kaip mes pasirengę? Monografija*. Lietuvos socialinių tyrimų centras.
109. Smalcer, A. (2016). *Socialinių paslaugų teikimas namuose ir jų tobulinimo tendencijos* (magistro darbas). Prieiga per internetą: <https://vb.mruni.eu/permalink/f/q9ukf4/ELABAETD15947727>
110. Socialinių paslaugų priežiūros departamentą prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. (2022). *COVID-19 globos įstaigose* (2022, rugsėjo 9). Prieiga per internetą: <https://sppd.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/covid-19-globos-istaigose>
111. Squitieri, L., Bozic, K. J. ir Pusic, A. L. (2017). *The Role of Patient-Reported Outcome Measures in Value-Based Payment Reform*. Value in Health, 20(6), 834–836. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.02.003>.
112. Stasiukaitienė, R. (2013). *Slaugos paslaugų asmens namuose plėtros galimybės* (magistro darbas). Prieiga per internetą: <https://hdl.handle.net/20.500.12512/102787>.
113. Statistics Norway. (2022). *2007-2021 Hours per week for home nursing and users of home help, by contents, age and year*. Prieiga per internetą: <https://www.ssb.no/en/statbank/table/09933/tableViewLayout1/>

114. Statistisches Bundesamt. (2020). *People in need of long-term care*. Prieiga per internetą: <https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Health/Long-Term-Care/Tables/people-long-term-care.html>
115. Sterling, M. R., Tseng, E., Poon, A., Cho, J., Avgar, A. C., Kern, L. M., Ankuda, C. K. ir Dell, N. (2020). *Experiences of Home Health Care Workers in New York City During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic*. *JAMA Internal Medicine*, 180(11). <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.3930>.
116. Stolt, R., Blomqvist, P. ir Winblad, U. (2011). *Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care*. *Social Science & Medicine*, 72(4), 560–567. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.012>.
117. Strandell, R. (2019). *Care workers under pressure – A comparison of the work situation in Swedish home care 2005 and 2015*. *Health & Social Care in the Community*, 28(1). <https://doi.org/10.1111/hsc.12848>.
118. Stumbrys, D. (2019). *Kas lemia moterų gyvenimo trukmės didėjimą Lietuvoje?* Demografija Visiems, 2019(7), 3–5. Prieiga per internetą: <https://hdl.handle.net/20.500.12259/101399>
119. Šiaulienė, N. (2022). *Socialinė pagalba namuose COVID-19 pandemijos sąlygomis: Molėtų r. savivaldybės atvejis* (magistro darbas). Prieiga per internetą: <https://vb.mruni.eu/permalink/f/q9ukf4/ELABAETD131986410>.
120. Šileikaitė, S. ir Kudukytė-Gasperė, R. (2011). *Slaugos paslaugų teikimo modernizavimo problemos – Vilniaus miesto Centro poliklinikos patirtis*. *Sveikatos Mokslai*, 21(6), 131-143. Prieiga per internetą: <https://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/02/181-581-1-PB.pdf>
121. Šiurkutė, R. (2022). *Judėjimo negalios asmenų požiūris į gaunamas socialines paslaugas* (magistro darbas). Prieiga per internetą: <https://gs.elaba.lt/object/elaba:2110295/>
122. Šukytė, E. ir Čepukienė, V. (2017). *Senyvo amžiaus žmonių požiūris į senatvę ir psichologinio atsparumo reikšmė jų gyvenimo kokybei*. Vilnius: Higienos institutas. Prieiga per internetą: https://www.vdu.lt/cris/bitstream/20.500.12259/35335/1/ISSN1392-2696_2017_N_1_76.PG_74-82.pdf
123. Tarricone, R. ir Tsouros, A. D. (2008). *Home care in Europe : the solid facts*. World Health Organization, Regional Office For Europe. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328766>
124. Tenand, M. (2018). *Being dependent rather than handicapped in France: Does the institutional barrier at 60 affect care arrangements?* PSE Working Papers. Prieiga per internetą: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01889452>
125. Terry, D., Lê, Q., Nguyen, U. Ir Hoang, H. (2015). *Workplace health and safety issues among community nurses: a study regarding the impact on providing care to rural consumers*. *BMJ Open*, 5(8), e008306. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008306>.
126. Tidikis, R. (2003). *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*. Lietuvos teisės universitetas. Prieiga per internetą: <https://repository.mruni.eu/handle/007/15459?show=full>
127. Tomstad, S., Dale, B., Sundsli, K., Saevareid, H. I. ir Söderhamn, U. (2017). *Who often feels lonely? A cross-sectional study about loneliness and its related factors among older home-dwelling people*. *International Journal of Older People Nursing*, 12(4), e12162. <https://doi.org/10.1111/opn.12162>.
128. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. (2014). *Population ageing and sustainable development*. POPFACTS, 2014(4). Prieiga per internetą: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2014-4.pdf
129. United Nations. Department Of Economic And Social Affairs. Population Division. (2019). *World population ageing, 2019 highlights*. New York: United Nations. Prieiga per internetą: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>

130. Urbietė, L. (2020). *Iš palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės į namus išrašomų pagyvenusių žmonių savarankiškumo ir slaugos paslaugų namuose testinimo vertinimas* (daktaro disertacija). Prieiga per internetą: <https://hdl.handle.net/20.500.12512/106983>.
131. Valstybinė ligonių kasa. (2021). *2020 m. Statistinė informacija apie PSDF biudžeto vykdymą*. Prieiga per internetą: [https://ligoniukasa.lrv.lt/uploads/ligoniukasa/documents/files/Atviri_duomenys/PSDF_biudzetas/Statistin%C4%97%20informacija%20apie%202020%20met%C5%B3%20PSDF%20biud%C5%BEeto%20vykdym%C4%85%20\(PDF\).pdf](https://ligoniukasa.lrv.lt/uploads/ligoniukasa/documents/files/Atviri_duomenys/PSDF_biudzetas/Statistin%C4%97%20informacija%20apie%202020%20met%C5%B3%20PSDF%20biud%C5%BEeto%20vykdym%C4%85%20(PDF).pdf)
132. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktorius 2005 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. 1K-81 Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos programose numatytų paslaugų, už kurias mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatoriaus patvirtinimo (2019). Valstybės žinios, 89(3363).
133. Večkienė, N. P., Brunevičiūtė, R. ir Eidukevičiūtė, J. (2018). *Tarpdisciplininis bendradarbiavimas kuriant vienijančią aplinką*. Tiltai, 78(1). <https://doi.org/10.15181/tbb.v78i1.1759>
134. Vilikanskytė, M. (2022). Beveik po dešimtmečio „Socialinis taksi“ Vilniuje stabdo veiklą: savivaldybė tikina – nebuvo galimybės priimti kito sprendimo. Lietuvos Nacionalinis Radijas Ir Televizija. Prieiga per internetą: <https://www.lrt.lt/naujienos/eismas/7/1687424/beveik-po-desimtmečio-socialinis-taksi-vilniuje-stabdo-veikla-savivaldybe-tikina-nebuvo-galimybes-priimti-kito-sprendimo>
135. Vilniaus teritorinė ligonių kasa. (2009). *Vilniaus TLK 2009 m. veiklos ataskaita*. Prieiga per internetą: https://vilniaustlk.lt/failai/apie_mus/Veikla/Veiklos_ataskaita_2009m.pdf
136. WHO Centre for Health Development (Kobe, Japan), Organisation for Economic Co-operation and Development, Barber, S. L., van Gool, K., Wise, S., Wood, M., Or, Z., Penneau, A., Milstein, R., Ikegami, N., Kwon, S., Bakx, P., Schut, E., Wouterse, B., Flores, M. ir Lorenzoni, L. (2021). *Pricing long-term care for older persons*. World Health Organization. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344505>
137. Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J. ir Allen, R. E. S. (2012). *The Meaning of “Aging in Place” to Older People*. The Gerontologist, 52(3), 357–366. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>.
138. World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report*. World Health Organization. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>
139. World Health Organization. (2022). *Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2022*. World Health Organisation. Prieiga per internetą: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe vertinamas ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimas komandos principu Vilniaus rajone. Pirmoje dalyje analizuojamas ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teisinis reglamentavimas, ambulatorinių slaugos paslaugų namuose organizavimas Lietuvoje bei aptariami veiksniai darantys įtaką ambulatorinių slaugos paslaugų namuose vystymuisi ilgalaikėje perspektyvoje ateityje. Antroje dalyje analizuojama Europos šalių patirtis vystant ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimą. Trečioje dalyje vertinamas ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandos narių požiūris į ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimą poliklinikoje, siekiama nustatyti kliūtis su kuriomis susiduria ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandos teikiant šias paslaugas ir vertinamas bendradarbiavimas tarp ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandos narių.

Pagrindiniai raktiniai žodžiai: ambulatorinės slaugos paslaugos namuose, slauga, senyvo amžiaus ir neįgalūs asmenys.

ANNOTATION

This Master's thesis evaluates home care services provided by home care team in Vilnius district. First part analyses the legal regulation of home care services in Lithuania and assesses factors that influence future developments of home care sector in Lithuania. Second part analyses experience of different European countries developing home care services. Third part assesses home care team's attitude towards home care services provided by the clinic with aims to identify the obstacles faced by home care providers. Lastly, the level of cooperation between home care teams members is evaluated.

Key words: ambulatory care nursing, home care services, nursing, elderly and disabled care.

SANTRAUKA

Lietuvoje, kaip ir kituose Europos šalyse, visuomenė sensta. Didėja sveikatos priežiūros sistemos išteklių sąnaudos, todėl ambulatorinės slaugos paslaugos namuose tampa vis svarbesne Lietuvos asmens sveikatos priežiūros sistemos dalimi. Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose (toliau – ASPN) teikimas sudaro žmogui sąlygas išlikti savarankiškam ir likti gyventi savo namuose kiek galima ilgiau. Nuo tinkamo ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo gali priklausyti ar pacientui ateityje reikės hospitalizacijų.

Tyrimo objektas – ambulatorinės slaugos paslaugos namuose teikiamos komandos principu.

Darbo tikslas – išanalizuoti ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimą komandos principu Vilniaus rajone.

Darbo uždaviniai: išanalizuoti ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teisinį reglamentavimą Lietuvoje; įvertinti ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandos specialistų požiūrį į ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimą poliklinikoje; nustatyti pagrindines kliūtis, kylančias teikiant slaugos paslaugas namuose komandos principu, įvertinti ambulatorinių slaugos paslaugų namuose komandos specialistų bendradarbiavimą teikiant ambulatorines slaugos paslaugas namuose; atlikti ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikiamų komandos principu stiprybių, silpnybių, grėsmių ir galimybių analizę.

Tyrimo metodai: mokslinės literatūros, teisės aktų ir dokumentų analizė, statistinių duomenų analizė, lyginamoji analizė. Atliktas kokybinis tyrimas – pusiau struktūruotas interviu, tyrimo duomenų analizė ir interpretavimas taikant tekstinio turinio kokybinę analizės metodą.

Rezultatai. Išanalizavus ambulatorinių slaugos paslaugų namuose politikos vystymą Lietuvoje nustatytas didelis postūmis atskiriant ASPN komandą kaip savarankiškai veikiančią struktūrą. Teisės aktai reglamentuojantys didelį galimų suteikti ambulatorinių slaugos paslaugų namuose skaičių užtikrina pacientams šių paslaugų prieinamumą. ASPN teikiantys specialistai poliklinikoje teikiamas ambulatorines slaugos paslaugas namuose vertina teigiamai, akcentuoja teikiamų paslaugų naudą pacientui. Pagrindinės kliūtys kylančios ASPN teikiantiems specialistams yra transporto priemonių trūkumas, didelis darbo krūvis ir poliklinikoje nepakankamai išvystyti informacinių technologijų sprendimai. ASPN specialistai yra linkę tarpusavyje bendradarbiauti teikiant ambulatorines slaugos paslaugas namuose, tačiau įprastai bendradarbiavimas vyksta su slaugytojo padėjėjais. Iš ASPN komandos su paciento šeimos gydytojais bendradarbiauja tik slaugytojai. Bendradarbiavimo lygis su socialinių paslaugų teikėjais priklauso nuo specialistų gebėjimų užmegzti tarpasmeninius santykius. Atlikus ASPN teikimo Vilniaus rajone stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių analizę nustatyta, kad poliklinikoje ASPN teikimas yra orientuotas į paciento poreikius, ASPN komandos savarankiškai organizuojasi vizitų grafikus, yra pakankamai aprūpinti visomis reikalingomis slaugos priemonėmis, o

kylančios problemos sprendžiamos konsultuojantis su kitais ASPN komandos nariais. Tačiau ASPN teikimą riboja nepakankamas ASPN specialistų ir transporto priemonių skaičius, didelis ASPN specialistų darbo krūvis, mažas paslaugų įkainis, sudėtingas vizitų derinimas su pacientų prižiūrinčiais artimaisiais bei pavojų ASPN komandos nariams keliantys agresyvūs pacientai. Šių kliūčių šalinimas bei geresnio bendradarbiavimo vystymas su socialinių paslaugų teikėjais, techninių pagalbos priemonių tiekėjais ir su pacientų artimaisiais, leistų ASPN komandos nariams efektyviau teikti ASPN, o supaprastintos sąlygos siekiant gauti technines pagalbos priemones palengvintų ASPN komandos narių darbą paciento namuose.

Išvados. Ambulatorinės slaugos paslaugos namuose teikiamos prisitaikant prie paciento poreikių, esant indikacijoms paslaugas pacientui gali teikti visi ASPN komandoje esantys specialistai, savarankiškai arba bendradarbiaujant tarpusavyje. Teisinis ambulatorinių slaugos paslaugų namuose reglamentavimas užtikrina, kad esant poreikiui slaugos paslaugos namuose pacientui gali būti teikiamos beveik kas dieną. Tačiau išlieka poreikis įstaigoms adaptuoti savo ASPN komandų sudėtį ir priemones reikalingas teikti paslaugas efektyviau.

SUMMARY

In Lithuania, as in many other European countries, society is aging. The cost of health care services is rapidly increasing which is why home care services are becoming increasingly more important part of the Lithuanian health care system. Provision of home care services enables a person to remain independent and stay living in their own home for as long as possible. Adequate provision of home care services may determine whether a patient will require future hospitalizations.

The object of research - home care services provided by home care team in Vilnius district.

The aim - to analyze home care services provided by home care team in Vilnius district.

The research tasks: to analyze the legal regulation of home care services in Lithuania; to evaluate the home care team specialists' attitude on clinics provided home care services; to identify obstacles arising when providing home care services by a team of home care specialists; evaluate the cooperation of home care team when providing home care services; perform analysis of strengths, weaknesses, opportunities and threats of home care services provided by home care team.

Research methods: analysis of scientific literature, analysis of legislation and related documents, analysis of statistical data, comparative analysis. Qualitative study was carried out using semi-structured interview method, analysis and interpretation of research data using textual content analysis.

Results. After analyzing development of home care service policy in Lithuania, much needed policy changes were made to separate home care services as an independently functioning structure in the health care system. Legislation allows a large number of home care services to be provided to patients in need. Home care specialists evaluated home care services provided by the clinic positively, emphasizing the benefits to the patient. Main obstacles for home care specialists providing home care services are the lack of vehicles, high workload and insufficiently developed technological solutions in the clinic. Home care professionals tend to collaborate with each other when providing home care services, though generally collaboration happens with nurse assistants. Out of all home care team specialists, only nurses communicate with patient's family doctors. The level of cooperation with social service providers depends on the professional's ability to establish interpersonal relationships. After performing analysis of strengths, weaknesses, opportunities and threats of the home care services in Vilnius district it was established that patients' needs are main priority when providing home care services in the clinic, home care teams independently organize patient visiting schedules, teams are sufficiently equipped with all necessary nursing equipment and emerging problems are served working with other home care team specialists. However, the provision of home care services is limited by insufficient number of home care providers and vehicles, high workloads, low cost of services, difficult coordination of home visits with caretakers and aggressive patients posing danger to home care service providers. Eliminating those obstacles and developing better cooperation with social service providers,

providers of technical assistance devices and patients' relatives would allow home care team members to provide home care services more efficiently. Simplified process of acquiring technical assistance devices for the patients would facilitate safer work environment for home care providers.

Conclusions. Home care services are adapted to fit patients' needs and if needed home care services can be provided by all specialists in home care service team, independently or in cooperation with each other. The regulatory framework of home care services ensures that home care service providers can visit patient almost every day if patients condition requires such care. However, there remains a need for institutions to improve home care service team composition and tools needed to provide home care services efficiently.

PRIEDAI

**INTERVIU SU AMBULATORINIŲ SLAUGOS PASLAUGŲ NAMUOSE KOMANDA
GAIRĖS**

Klausimų sritis	Klausimai
ASPŅ teikimas poliklinikoje	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaip vertinate ASPŅ teikimą Jūsų poliklinikoje? 2. Kaip vertinate ASPŅ finansavimą iš PSDF biudžeto lėšų? Pateikite argumentus. 3. Kokius pokyčius Jūs siūlytumėte poliklinikoje, siekiant užtikrinti efektyvų ASPŅ teikimą?
Kliūtys poliklinikoje teikiant ASPŅ ir jų mažinimo galimybės	<ol style="list-style-type: none"> 4. Su kokiomis pagrindinėmis problemomis (sunkumais) susiduriate teikiant ASPŅ? Kaip siūlytumėte šias problemas spręsti? 5. Jūsų nuomone kokios pagrindinės organizacinės kliūtys kyla teikiant ASPŅ Jūsų poliklinikoje? 6. Kokias pagrindines priemones reikėtų diegti Jūsų poliklinikoje, siekiant užtikrinti efektyvų ASPŅ teikimą? Pateikite siūlymus.
ASPŅ teikimas komandos principu	<ol style="list-style-type: none"> 7. Kaip vertinate komandinį darbą teikiant ASPŅ? Jūsų nuomone, kaip pagerinti bendradarbiavimą tarp ASPŅ komandos narių teikiant šias paslaugas? 8. Kaip vertinate ASPŅ komandos ir paciento šeimos gydytojo bendradarbiavimą? Kaip pagerinti bendradarbiavimą tarp jų? 9. Kaip vertinate ASPŅ teikimą kartu su socialinėmis paslaugomis? Jūsų nuomone, kokios sąlygos reikalingos šioms paslaugoms teikti?