

Renata KUDUKYTĖ-GASPERĖ

DAKTARO DISERTACIJA

INTEGRUOTŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR
SOCIALINIŲ PASLAUGŲ ORGANIZAVIMO
MODELIS LIETUVOJE

SOCIALINIAI MOKSLAI,
VADYBA (S 003)
VLNIUS, 2023



Mykolas Romeris
universitetas

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

Renata Kudukytė-Gasperė

INTEGRUOTŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR
SOCIALINIŲ PASLAUGŲ ORGANIZAVIMO
MODELIS LIETUVOJE

Daktaro disertacija

Socialiniai mokslai, vadyba (S 003)

Vilnius, 2023

Mokslo daktaro disertacija rengta 2013–2022 metais Mykolo Romerio universitete pagal Vytauto Didžiojo universitetui su Klaipėdos universitetu, Mykolo Romerio universitetu ir Šiaulių universitetu Lietuvos Respublikos švietimo, mokslo ir sporto ministro 2019 m. vasario 22 d. įsakymu Nr. V-160 suteiktą doktorantūros teisę.

Mokslinė vadovė

prof. dr. Danguolė Jankauskienė (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba S 003).

TURINYS

SĄVOKŲ SĄVADAS	5
SANTRUPOS	7
LENTELIŲ SĄVADAS.....	8
PAVEIKSLŲ SĄVADAS.....	10
ĮVADAS.....	12
I. INTEGRACIJA IR INTEGRUOTA PRIEŽIŪRA, ORGANIZUOJANT SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINES PASLAUGAS	22
1.1. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos strateginės prieigos	22
1.2. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo pokyčių poreikis.	26
1.3. Integracija ir integruotos priežiūros samprata	31
1.4. Integruotos priežiūros modeliai ir inovacijos.....	44
1.5. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos problematika Lietuvoje	60
1.6. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos teorinis apibendrinimas.....	77
II. INTEGRUOTŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINIŲ PASLAUGŲ ORGANIZAVIMO LIETUVOJE VERTINIMO METODOLOGIJA	82
2.1. Metodologinių empirinio tyrimo priėgų pagrindimas.....	82
2.2. Tyrimo dizainas ir organizavimas.....	87
2.3. Kiekybinio tyrimo – paslaugų gavėjų ir jų artimųjų nuomonės vertinimo (1 tyrimo) organizavimas	92
2.4. Kokybinio tyrimo ekspertų grupinės diskusijos su įtrauktoju kiekybiniu tyrimu (2 tyrimo) organizavimas.....	100
2.5. Kokybinio tyrimo – kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu (3 tyrimo) organizavimas.....	109
III. INTEGRUOTŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINIŲ PASLAUGŲ VERTINIMO LIETUVOJE REZULTATAI.....	117
3.1. Paslaugų gavėjų ir jų artimųjų nuomonės vertinimo (1 tyrimo) rezultatai .	117
3.2. Ekspertų grupinės diskusijos su įtrauktoju kiekybiniu tyrimu (2 tyrimo) rezultatai	128

3.3. Kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu (3 tyrimo) rezultatai	141
3.4. Empirinių tyrimų rezultatų trianguliacija ir aptarimas	173
3.5. Konceptinis integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje organizavimo modelis Lietuvoje	185
3.6. Disertacinio tyrimo apribojimai ir tolimesnių tyrimų vykdymo perspektyvos	194
IŠVADOS	197
REKOMENDACIJOS	203
LITERATŪROS SĄRAŠAS	206
PRIEDAI	231
SANTRAUKA	259
TYRIMO REZULTATŲ APROBAVIMAS	279
SUMMARY	283

SĄVOKŲ SĄVADAS

Ambulatorinės slaugos paslaugos pacientams namuose (ASPN) – asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos paciento namuose, siekiant užtikrinti slaugos paslaugų prieinamumą ir tęstinumą.

Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos – nespacializuotos (pirminio lygmens) ir specializuotos (gydytojų specialistų) sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos ambulatorinėmis sąlygomis.

Centralizacija – tai priežiūros paslaugų politikos formavimo, planavimo ar valdymo perdavimas aukštesniam (valstybiniam) valdymo lygmeniui iš žemesnio (labiau decentralizuoto) valdymo lygmens (Sreeramareddy, Sathyanarayana, 2019).

Dalyvavimas – suinteresuotųjų pusių įtraukimas į sprendimų priėmimą priežiūros paslaugų organizavimui, planavimui, teikimui ir vertinimui (Raudeliūnaitė, Smalcer, 2017).

Efektyvumas – veiklos veiksmingumas, rezultatyvumas, reiškiamas ta veikla pasiekto rezultato ir sąnaudų jam pasiekti santykiu (Visuotinė Lietuvių enciklopedija).

Integracija – procesas, efektyviai sujungiantis sistemas ar paslaugas į vieną veikiančią visumą (Cambridge Dictionary, 2022; Vainienė, 2008).

Integruota priežiūra – sistema, nusakanti ryšį tarp įvairių metodų ir modelių finansuojant, administruojant ir organizuojant paslaugų teikimą, skatinant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų susijungimą, vientisumą ir bendradarbiavimą, siekiant užtikrinti sistemos veiksmingumą rūpinantis asmeniu, kuriam būtina kompleksinė, ilgalaikė pagalba (PSO, 2012).

Integrali pagalba – socialinės slaugos su papildomomis slaugytojų paslaugomis, finansuojamos ES fondų lėšomis, organizuojamos ir teikiamos socialinių paslaugų sektoriaus.

Ilgalaikė priežiūra – individualizuotos, kompleksinės, koordinuotai teikiamos priežiūros paslaugos, padedančios patenkinti tiek sveikatos priežiūros, tiek socialinius poreikius lėtine liga sergantiems ar negalią turintiems žmonėms, kurie ilgą laiką negali savimi pasirūpinti (Shi, Singh, 2015).

Ilgalaikės socialinės globos paslaugos – socialinės slaugos, teikiamos stacionariuose socialinių paslaugų įstaigose.

Įtrauktis – įvairių sluoksnių ir grupių nariams, vertinant žinias ir pripažįstant stipriąsias puses, sudarytos sąlygos įsitraukti į bendrą veiklą, kai aktyviai dalyvaujama kuriant ir teikiant priežiūros paslaugas (Glomsas et al., 2022).

Lyderystė – procesas, vykstantis tarp žmonių, kai asmuo daro įtaką grupės nariams, siekiantiems bendrų priežiūros tikslų (Zonneveld et al., 2021).

Modelis – realaus reiškinio, proceso, struktūros, sistemos abstrakcija arba supaprastintas atvaizdas, naudojamas kaip realybės rekonstrukcija, paliekant tik tas sa-

vybes, kurios svarbios nagrinėjamai problemai, bet nurodanti ryšį su kitais objektais (Rios, 2013).

Nauda – vertingas, palankus rezultatas ar poelgis (Cambridge dictionary, 2022).

Organizavimas – valdymo procesas, kurio metu sukuriama koordinuota hierarchine struktūra veikiančios struktūriniai dariniai, su deleguotomis, apibrėžtomis atsakomybėmis ir veiklomis, kurie veikdami drauge, siekia bendro tikslo įgyvendinimo (Miller, Barbour, 2014).

Orientacija į asmens poreikius – individualizuoti paciento priežiūros planai, kai į priežiūros procesą įtraukiami visi paciento poreikiai, kurie tenkinami, stiprinant paciento, neformalių priežiūros paslaugų teikėjų, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų specialistų bendradarbiavimą (Busnel et al., 2022).

Priežiūros paslaugos – sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos teikiamos pacientams ambulatoriniame lygmenyje, pacientams namuose.

Priežiūros paslaugų kokybė – tai maksimaliai pacientų poreikius ir interesus tenkinančios sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos paslaugos teikiamos atsižvelgiant į valstybės disponuojamus išteklius (Kurk et. al., 2018).

Pacientas – asmuo, kuriam būtinos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos.

Pagyvenęs, vyresnio amžiaus, asmuo – vadovaujantis EBPO naudojamomis sąvokomis, šiame darbe apibrėžiamas kaip 65 metų ir vyresnio amžiaus asmuo.

Paliatyvioji pagalba – sveikatos priežiūros paslaugos pacientui, sergančiam nepagydoma progresuojančia liga, pasiekusia su gyvybe nesuderinamą stadiją.

Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos – šeimos gydytojo ir bendrosios praktikos slaugytojo teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos.

Neformali priežiūra – kai neįgaliesiems arba vyresnio amžiaus žmonėms slaugos ar socialinės priežiūros paslaugas teikia artimieji, draugai, pažįstami ar kaimynai, dažnai be oficialaus užmokesčio (Europos socialinės gerovės politikos ir tyrimų centras (*angl. European centre for social welfare policy and research*)).

Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos – stacionarinės palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos, apimančios gydymo, slaugos paslaugos asmenims, sergantiems lėtinėmis ligomis, neįgaliesiems ir kitiems pacientams.

Socialinės paslaugos – paslaugos, kuriomis suteikiama pagalba asmeniui (šeimai), dėl amžiaus, neįgalumo, socialinių problemų neturinčiam galimybės savarankiškai rūpintis asmeniniu gyvenimu, apima paslaugas, teikiamas ambulatorinėmis sąlygomis, pacientams namuose.

Specialieji poreikiai – NDNT asmeniui nustatytas specialusis nuolatinės slaugos arba nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis.

Slaugos ir priežiūros (pagalbos) išlaidų tikslinė kompensacija – NDNT nuostaičius specialiuosius poreikius, asmeniui skiriama piniginė išmoka.

SANTRUPOS

ASPI	– Asmens sveikatos priežiūros įstaiga
ASPN	– Ambulatorinės slaugos paslaugos pacientams namuose
ASPP	– Asmens sveikatos priežiūros paslaugos
BVP	– Bendrasis vidaus produktas
EBPO (angl. OECD)	– Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (angl. <i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>)
EK (angl. EC)	– Europos Komisija (angl. <i>European Commission</i>)
ES (angl. EU)	– Europos Sąjunga (angl. <i>European Union</i>)
ESPBI IS	– Elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema
LSMU	– Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
NHS	– Anglijos Nacionalinė sveikatos tarnyba (angl. <i>National Health Service</i>)
NDNT	– Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba prie Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos
NVO	– Nevyriausybinių organizacijų
MRU	– Mykolo Romerio universitetas
PASP	– Pirminė asmens sveikatos priežiūra
PASPI	– Pirminė asmens sveikatos priežiūros įstaiga
PSDF	– Privalomojo sveikatos draudimo fondas
PSO (angl. WHO)	– Pasaulio sveikatos organizacija (angl. <i>World Health Organization</i>)
SADM	– Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija
SAM	– Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija
SPC	– Socialinių paslaugų centras, socialinė įstaiga, teikianti priežiūros ir globos paslaugas namuose
SPIS	– Socialinės paramos šeimai informacinė sistema
ŠG	– Šeimos gydytojas
ŠMM	– Lietuvos Respublikos švietimo, mokslo ir sporto ministerija
VDU	– Vytauto Didžiojo universitetas
VLK	– Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos
VU	– Vilniaus universitetas

LENTELIŲ SAĖADAS

1 lentelė. Integruotų priežiūros paslaugų poreikį lemiantys veiksniai	28
2 lentelė. Integruotos sveikatos priežiūros komponentai.	30
3 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo skirtumai besikeičiančios sveikatos politikos ir vadybos kontekste	31
4 lentelė. Integracijos tipai	35
5 lentelė. Bendradarbiavimo lygiai, teikiant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas	40
6 lentelė. Integruotų priežiūros modelių pagrindiniai komponentai.	44
7 lentelė. Atvejo vadybos ir individualių priežiūros planų modelių palyginimas.	48
8 lentelė. Integruotos sveikatos priežiūros reformų kryptys	59
9 lentelė. 2017-2020 m. Lietuvos išlaidos sveikatos priežiūros funkcijoms vykdyti.	63
10 lentelė. Socialinių paslaugų asmens namuose gavėjų skaičiaus pokytis 2017- 2020 m.	65
11 lentelė. 2019 m. gyventojų skaičius Kauno apskrityje ir Kauno m. savivaldybėje.	94
12 lentelė. Išankstinėje elektroninėje apklausoje dalyvavusių respondentų atstovaujamos įstaigos	105
13 lentelė. Ekspertų diskusijos dalyviai	107
14 lentelė. Ekspertų pusiau struktūruotam interviu atrinkti dalyviai	113
15 lentelė. Pagrindinės sritis neigiamai veikiančios priežiūros paslaugų integraciją	131
16 lentelė. Diskusijos dalyvių požiūris į sritis neigiamai veikiančias priežiūros paslaugų integraciją	133
17 lentelė. Diskusijos dalyvių pasisakymai apie vykdomas integruotos priežiūros iniciatyvas	135
18 lentelė. Diskusijos dalyvių požiūris į priežiūros paslaugų poreikį visuomenėje	136
19 lentelė. Diskusijos dalyvių požiūris į priežiūros paslaugas teikiančių specialistų kompetencijas	136
20 lentelė. Diskusijos dalyvių pasiūlymai dėl veiksmų, darančių įtaką priežiūros integracijai.	138
21 lentelė. Informantų pasisakymų aprėptis (proc.)	142
22 lentelė. Ekspertų įžvalgos integruotos sveikatos ir socialinės priežiūros apibrėžimo tema	145

23 lentelė. Ekspertų pasisakymai apie priežiūros paslaugų organizavimo problemas	146
24 lentelė. Ekspertų pasiūlymai priežiūros paslaugų organizavimui gerinti	149
25 lentelė. Ekspertų pasisakymai apie priežiūros paslaugų finansavimo problemas	150
26 lentelė. Ekspertų pasiūlymai priežiūros paslaugų finansavimui	152
27 lentelė. Ekspertų pasisakymai apie savivaldybėms kylančius iššūkius koordinuojant priežiūros paslaugas	154
28 lentelė. Ekspertų pasiūlymai priežiūros paslaugų koordinavimui stiprinti savivaldybėse	155
29 lentelė. Ekspertų pasisakymai apie kylančius iššūkius priežiūros paslaugų teikėjams	157
30 lentelė. Ekspertų pasiūlymai iššūkiams teikiant priežiūros paslaugas spręsti ...	160
31 lentelė. Ekspertų pasiūlymai dėl integruotų priežiūros paslaugų kokybės vertinimo	162
32 lentelė. Ekspertų pasiūlymai integruotų priežiūros paslaugų plėtrai	165
33 lentelė. Ekspertų pasisakymai apie visuomenės informavimo problemas	167
34 lentelė. Ekspertų pasiūlymai priežiūros paslaugų viešinimui ir populiarinimui.	168
35 lentelė. Ekspertų pasisakymai apie visuomenės į(si)traukimo problemas	170
36 lentelė. Ekspertų pasiūlymai, skatinantys visuomenės į(si)traukimą į priežiūros paslaugų teikimą	171
37 lentelė. Konvergencijos kodavimo matrica	175

PAVEIKSLŲ SAŲVADAS

1 pav. Disertacinio darbo rengimo loginė schema	21
2 pav. Integruotos priežiūros apibrėžimo interpretavimas.	33
3 pav. Skėtinis integruotos priežiūros „Vaivorykštės modelis“	42
4 pav. Į paciento poreikius orientuotos sveikatos priežiūros įstaigos modelis	49
5 pav. Lėtinėmis ligomis sergančiųjų integruotos priežiūros modelis	51
6 pav. Integruotos priežiūros paslaugų senyvo amžiaus ir neįgaliesiems asmenims „PRISMA“ modelis.	53
7 pav. Išteklių paskirstymas sveikatos priežiūros paslaugoms Baltijos šalyse	64
8 pav. Priežiūros paslaugas namuose gavusių asmenų skaičiaus pokytis 2017-2019 m.	64
9 pav. Ilgalaikės asmens sveikatos priežiūros paslaugas gavusių asmenų skaičiaus pokytis 2017-2019 m..	65
10 pav. Asmenų, turinčių įvairių priežiūros paslaugų poreikį, skaičius	66
11 pav. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo schema	74
12 pav. Pragmatinių tyrimų metodikos sistema	84
13 pav. Empirinio tyrimo loginė schema	88
14 pav. Ekspertų grupinės diskusijos vykdymo etapai	103
15 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų namuose teikimo dažnis (proc.)	119
16 pav. Socialinių paslaugų žinomumas (proc.)	120
17 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas (proc.)	123
18 pav. Respondentų nuomonė dėl paslaugų teikimo ir organizavimo (proc.)	125
19 pav. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemų pasirengimo integracijai lygis (proc.)	129
20 pav. Apibendrinti integruotos priežiūros vystymą neigiamai veikiančys veiksniai bei pasiūlymai jų pašalinimui.	139
21 pav. Kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu temų kategorijos	141
22 pav. Konceptinis integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo ambulatoriniame lygmenyje modelis Lietuvoje	190

PRIEDŲ SĄVADAS

1 priedas. Integruotos priežiūros paslaugų iniciatyvų pavyzdžiai	231
2 priedas. Išlaidos sveikatos priežiūrai 2004-2020 m. (mln. Eurų) Lietuvoje	234
3 priedas. Vidutinis gulėjimo laikas stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose pagal amžiaus grupes Lietuvoje	235
4 priedas. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikiamų ambulatoriniame lygmenyje reglamentavimo analizė	236
5 priedas. Trianguliacijos protokolas ir konvergencijos kodavimo schema	243
6 priedas. Bendras Lietuvos gyventojų skaičius pagal amžiaus grupes apskrityse ir savivaldybėse 2019 m.	245
7 priedas. VšĮ K. Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės leidimas atlikti pacientų ir jų artimųjų apklausą.	246
8 priedas. Kiekybinio tyrimo instrumentas	247
9 priedas. Pacientų ir jų artimųjų klausimyno statistiniai vidinio nuoseklumo rodikliai	249
10 priedas. Įtrauktojo kiekybinio tyrimo klausimynas	250
11 priedas. Ekspertų pusiau struktūruoto interviu preliminarūs klausimai	253
12 priedas. Įtrauktojo kiekybinio tyrimo rezultatai.	254
13 priedas. Kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu rezultatų apibendrinimas	256

IVADAS

Temos aktualumas. Nagrinėjama tema daugiadimensė ir įvairiapusė, apima bendrą integruotos priežiūros koncepciją, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje integracijos turinio ir tikslų identifikavimą, integruotos priežiūros poreikį bei įtaką asmens priežiūrai ambulatorinėje grandyje. Integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemos vystymas yra skatinamas kaip vadybinis procesas, efektyvesnė priemonė ir paslaugų organizavimo principas, pagerinantis paslaugų prieinamumą, kokybę ir užtikrinantis paslaugų tęstinumą asmenims, turintiems sudėtingų priežiūros poreikių (Rutten-van Mólken et al., 2018; Goodwin, 2016; van der Heide et al., 2015). Integracija siekiama įveikti ribas tarp sveikatos ir socialinės priežiūros sektorių, skatinant į paciento poreikius orientuotų, koordinuotų priežiūros paslaugų vystymą, pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis bei paslaugų efektyvumą (Kodner, 2009; Rummery, Coleman, 2003). Demografiniai ir epidemiologiniai pokyčiai Europoje ir Lietuvoje lemia ilgalaikių priežiūros paslaugų poreikio didėjimą (WHO, 2011, 2013, 2015, 2016, 2017). Mokslininkai pripažįsta, kad norint išspręsti didėjančią spaudimą sveikatos priežiūros sistemoms senėjančios visuomenės kontekste, būtina perorganizuoti sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugų teikimą (Baxter et al., 2018).

Integruotų, tenkinančių paciento poreikius paslaugų organizavimas valstybių sveikatos priežiūros sistemoms iškelia naujus, sudėtingus iššūkius – rasti tinkamus integruotų paslaugų organizavimo ir finansavimo mechanizmus bei įveikti institucinius barjerus tarp sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos (Cocer et al., 2020; Amelung et al., 2017; Sheaff, 2015). Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracija taikoma struktūrinėms ir funkcinėms sveikatos paslaugų organizavimo problemoms spręsti, o integruotas paslaugų organizavimas pasižymi įvairiapusiškų paslaugų tinklo plėtojimu, koordinuotais ir bendradarbiavimu grindžiamais paslaugų teikėjų veiksmais (Bautista et al., 2016; Suter et al. 2017). Pabrėžiama, kad nėra vieno, visoms šalims tinkamo integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelio, todėl būtina rasti priežiūros sistemoms tinkamiausią, mokslinėmis įžvalgomis pagrįstą šių paslaugų organizavimo ir teikimo modelį (Goodwin, 2016; Morciano et al., 2020).

Lietuvoje iššūkių paslaugų integracijai kyla dėl istoriškai susiklosčiusio sveikatos ir socialinės priežiūros sistemų suskaidymo, dėl to išryškėja bendradarbiavimo trūkumas tarp sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas teikiančių sektorių (Kontrimiene et al., 2021). Lietuvoje vyrauja institucinis, o ilgalaikės, integruotos sveikatos priežiūros

ir socialinių paslaugos ambulatoriniame lygmenyje dar tik ankstyvose derinimo stadijose (EBPO, 2022). Šalyse, kuriose sveikatos ir socialinės priežiūros sistemos ilgą laiką veikė kaip atskirtos institucijos, integruotomis sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugomis grįstą priežiūros sistemą sunku pasiekti, dėl atsakomybės išskaidymo, skirtingo paslaugų reglamentavimo ir finansavimo mechanizmo (Crocker et al., 2020; van Duijn et al. 2018; Pimperl, 2018).

Mokslinėje literatūroje tyrėjų dėmesys atkreipiamas į tokius sveikatos priežiūros paslaugų vadybos klausimus: kokia sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo įtaka paslaugų kokybei; kokią įtaką tam tikri sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo modeliai turi sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų pasitenkinimui paslaugų kokybe; kokia integruotos priežiūros reikšmė ateities sveikatos priežiūros sistemoms; kokie iššūkiai kyla priežiūros paslaugų organizavimui skirtingose šalyse ir kt. Moksliniuose tyrimuose nagrinėjami integruotų paslaugų teikimo modelių struktūriniai, organizaciniai, ekonominiai ir sociokultūriniai skirtumai skirtingose šalyse. Diskutuojama apie skirtingų priežiūros dalių tarpusavio ryšį (funkcijų atitikimą, institucijų ir paslaugų tiekėjų bendradarbiavimo galimybes), sveikatos priežiūros sistemų vystymą, tinkamų integruotų sveikatos priežiūros organizavimo modelių pasirinkimą ir taikymą ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje. Dėl įvardintų priežasčių problema yra aktuali tiek teoriniu, tiek praktiniu požiūriu, jos sprendimui yra skirtas šis disertacinis darbas.

Temos iširtumo lygis. Daugelyje šalių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemų integracija yra laikoma galimu augančios lėtinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūros problemos sprendimu. Per pastarąjį dešimtmetį tiek ES vakarų šalyse, Norvegijoje, Jungtinėje Karalystėje, tiek Amerikoje, Kanadoje, Japonijoje, Naujojoje Zelandijoje bei kitose šalyse taikomos įvairios integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo iniciatyvos, todėl mokslininkų dėmesys integruotoms sveikatos priežiūros ir jas papildančioms paslaugoms, tokioms kaip socialinės paslaugos, kurios teikiamos lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, tapo mokslinių tyrimų prioritetu, siekiant pateikti mokslu grįstas rekomendacijas šių paslaugų vystymui, poveikiui, jų naudai tiek pacientui (paslaugas gaunančiam asmeniui), tiek sveikatos priežiūros sistemai nustatyti. Integruotų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo problematika aptariama užsienio tyrėjų darbuose: Goodwin ir kt. (2013, 2014, 2016), Grone ir Garcia-Barbero (2001), Kodner ir Spreeuwenberg (2002), McKee, Suhrcke ir Nolte (2009), Nolte su bendraautorais (2014), Nolte (2017), McKee ir Nolte (2011), O'Con-

nor (2011), Karlberg (2008), Silva ir Fahey (2008) ir kt. Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos iššūkiai ir sprendimo galimybės analizuojami Brault su bendraautoriais (2018), Petch ir kt. (2013), Humphries (2015, 2018), Rummery (2009), Leichsenring (2004), Carolyn su bendraautoriais (2020) ir kt. Pirminės asmens sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integraciją tyrinėjo Crocer su bendraautoriais (2020), Carter su bendraautoriais (2018), Miller (2018), Sheaff su bendraautoriais (2015), De Maeseneer su bendraautoriais (2008) ir kt. Nepaisant plataus mokslinių darbų spektro tarptautiniame kontekste, skirtingose šalyse vis dar bandoma rasti mokslu grįstus sprendimus, kurie padėtų organizuoti ir teikti ilgalaikes integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ambulatoriniame lygmenyje.

Mokslininkai pabrėžia šios srities mokslinių tyrimų trūkumą Lietuvoje ir kitose Rytų Europos šalyse (Kontrimiene et al., 2021; Spasova et al., 2018; Gent et al., 2011). Lietuvoje integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų aspektus nagrinėjančių mokslinių tyrimų nėra daug: Ulianskienė, Vitkūnienė ir Hitaitė (2006), Kanopienė ir Mikulionienė (2006), Kontrimienė su bendraautoriais (2021, 2020), Valiulienė ir Raila (2017), Raila su bendraautoriais (2020), Kudukytė-Gasperė su bendraautoriais (2012, 2015), Burokienė su bendraautoriais (2014), Jurkuvienė su bendraautoriais (2018), Rupišienė su bendraautoriais (2021). Lietuvos akademinėje elektroninėje bibliotekoje, skelbiama: Danusevičienės (2016) disertacija „Namuose teikiamos integralios pagalbos asmenims, turintiems specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, veiksmingumo įvertinimas“, Jakavonytės-Akstinienės (2018) disertacija „Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės pagyvenusių pacientų pažintinių ir fizinių funkcijų sąsajos su slaugos poreikiais, Junevičienės (2020) disertacija „Neformalios ir formalios pagyvenusių žmonių globos jų namuose sąsajos: socialinės politikos priemonės ir globėjų požiūriai“, Mečėjienės (2020) magistro darbas, tema „Integruotos sveikatos ir socialinės priežiūros brandos lygis Lietuvoje“, Mozūraitės (2020) magistro darbas, tema „Išvykstančių iš reabilitacijos ligoninės pacientų poreikis integraliai pagalbai namuose“, Navardauskienės (2014) magistro darbas, tema „Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis bei teikimo organizavimas senyvo amžiaus asmenų namuose“.

Mokslinė problema formuluojama klausimu – kokie veiksniai daro įtaką sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijai ir koks integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelis galėtų būti pritaikomas Lietuvoje, siekiant užtikrinti ilgalaikes priežiūros paslaugas ambulatoriniame lygmenyje.

Objektas – integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimas.

Tikslas – išanalizavus integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo teorinius aspektus bei atlikus empirinį tyrimą, pateikti koncepcinį integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelį ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje.

Siekiant išsikelti tikslo, sprendžiami šie **uždaviniai**:

1. Atskleisti vadybinius integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo principus, šių paslaugų naudingumo prasme.
2. Įvertinti Europos Sąjungos šalių integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo specifiką ir inovacijas.
3. Nustatyti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo poreikį ambulatorinėje priežiūros grandyje.
4. Empiriškai išnagrinėti Lietuvos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo prieštaravimus, jų pasekmes asmens priežiūrai bei pasiūlyti galimus integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo sprendimus šiems prieštaravimams spręsti.
5. Remiantis teorinėmis įžvalgomis ir atlikto empirinio tyrimo rezultatais, parengti koncepcinį integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelį ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje.

Ginamieji tyrimo teiginiai:

1. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje organizavimo ir teikimo pokyčių poreikį lemia augantis kompleksinių priežiūros paslaugų poreikio didėjimas, žemas šių priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė.
2. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje integraciją neigiamai veikia veiksniai, susiję sisteminiiais šių paslaugų organizavimo ir teikimo skirtumais, tokiais kaip skirtingas teisinis reglamentavimas bei paslaugų finansavimas.
3. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje integracijai būtinas politinis susitarimas, bendras teisinis reglamentavimas ir finansavimo mechanizmas, vadybinių kompetencijų ugdymas visuose paslaugų organizavimo ir teikimo lygmenyse.

Disertacijoje taikomi šie pagrindiniai **mokslinio tyrimo metodai**:

- *Literatūros analizė* atlikta siekiant nustatyti integracijos ir integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sampratą, šių paslaugų turinį, organizavimo principus, naudą. Literatūros analizė leido suvokti ir apibendrinti įvairių šalių patirtį bei diegiamas inovacijas, organizuojant ir teikiant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas neįgaliesiems, lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams.

- *Sintezė ir apibendrinimas* naudoti siekiant išanalizuoti integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo skirtumus ir specifiką, nustatyti trikdžius, darančius įtaką sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijai, pateikti pagrindinius principus sėkmingai šių paslaugų integracijai.

- *Antrinių duomenų ir dokumentų analizė* naudota siekiant išanalizuoti Lietuvos sveikatos priežiūros politikos veiksmų kryptis Europos Sąjungos kontekste. Teorinį disertacijos pagrindą sudaro sveikatos priežiūros politikos paradigmos, nusakančios Europos Sąjungos šalių nuostatas integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo ir teikimo srityje bei apibrėžiančios šių paslaugų organizavimo principus neįgaliesiems ir vyresnio amžiaus asmenims, sergantiems lėtinėmis ligomis.

- Empirinis tyrimas pagrįstas *pragmatinio tyrimo strategija* ir *mišrių tyrimo metodų* (*angl. mixed methods approach*), įgyvendintų *nuoseklia nagrinėjama strategija* (*angl. Sequential exploratory strategy*), taikymu. Pirmajame etape, atlikus kiekybinį tyrimą, buvo suformuluota kokybinių duomenų rinkimo ir analizės informacija antrajam kokybiniam tyrimui. Pirmi du tyrimai leido išsiaiškinti požiūrį į integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą, šių paslaugų poreikį bei integracijos lygį, esminius prieštaravimus, kurie daro neigiamą įtaką paslaugų integracijai Lietuvoje, bei suformulavo prielaidas trečiajam – kokybiniam – tyrimui, kurio pagrindinis tikslas buvo rasti sprendimus iškeltiems prieštaravimams integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimui ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje. Apibendrinimas, palyginimas ir priešinimas išvadoms, kylančioms iš kiekybinių ir kokybinių tyrimų, išplėtė supratimą apie integruotas sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugas vietos kontekste.

- Duomenų rinkimo metodai:

- Siekiant įvertinti potencialių integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų gavėjų bei jų artimųjų nuomonę, atliktas kiekybinis tyrimas, taikant *anketinės apklausos metodą*.

- Siekiant nustatyti Lietuvos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integ-

racijos brandą ir šių paslaugų organizavimo prieštaravimus, atliktas kokybinis tyrimas, taikant *ekspertų grupinės diskusijos metodą* ir išankstinę grupinės diskusijos dalyvių *apklausą internetu* (toliau autorės vadinama įtrauktoju kiekybiniu tyrimu). Antrojo empirinio tyrimo metu sutelkiamas dėmesys į sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų priežiūros organizavimą ir teikimą, vertinant suinteresuotųjų pusių kolektyvinį aiškinimą ir požiūrį į integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, šis tyrimas padėjo gauti pirminių žinių apie kylančias paslaugų integravimo problemas bei priemones joms spręsti.

- Siekiant nustatyti ir pasiūlyti galimus integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo sprendimus esamiems prieštaravimams spręsti Lietuvoje, atliktas trečiasis empirinis tyrimas – kokybinis tyrimas, taikant *kryptingąjį (iš dalies struktūruotą) individualųjį ekspertų interviu metodą*.

- Empirinių tyrimų duomenų analizė:

- Kokybiniai duomenys analizuoti vadovaujantis *kokybinės turinio (angl. content) analizės metodu*, siekiant padidinti teksto kodavimo tikslumą bei palengvinti kodavimo standartizavimo procesą, naudota *kokybinės analizės informacinė sistema „Nvivo“*.

- Kiekybiniai duomenys klasifikuoti, apdoroti ir analizuoti pasitelkiant *SPSS v. 25 programinį paketą (angl. Statistical Package for Social Science)*.

- Duomenų trianguliacija atlikta vadovaujantis trianguliacijos protokolu.

Disertacinį darbą sudaro teorinė dalis, apimanti dokumentų analizę, ir empirinis tyrimas. Vadovaujantis teorinėje dalyje pateiktomis išvalgomis ir empirinio tyrimo duomenimis formuojamas koncepcinis integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelis ilgalaikėms priežiūros paslaugoms ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje. Modelis paremtas Valentijn su bendraautoriais (2013) pasiūlytu „Vaivorykštė modeliui“ (angl. *Rainbow Model of integrated care*), kuris orientuojamas į pirminės asmens sveikatos priežiūros funkcijų integraciją. Koncepcinis modelis įvertintas, vadovaujantis PSO pateiktomis sėkmingos paslaugų integracijos sritimis (WHO, 2016).

Darbo mokslinis naujumas ir teorinis reikšmingumas.

1. Išanalizuota integracijos samprata ir integruotų priežiūros paslaugų modeliai bei priežiūros paslaugų reformų kryptys, siekiant integruoti priežiūros paslaugas ES ir kitose šalyse, leido identifikuoti dabartinės sveikatos priežiūros ir socia-

linių paslaugų organizavimo sistemos Lietuvoje esminius skirtumus ir prieštaravimus, jų pasekmes asmens priežiūrai bei nustatyti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos brandą Lietuvoje.

2. Metodologinis naujumas – pragmatinės paradigmos pritaikymas, susiejant pozityvizmą ir konstruktyvizmą, derinant kiekybinio ir kokybinio tyrimo galimybes, remiantis aiškinamuoju nuosekliuoju tyrimo dizainu, atskleidė tiriamojo klausimo kompleksiskumą ir sudarė prielaidas sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos sistemų integracijos sprendimams Lietuvos kontekste.
3. Disertacijoje suformuotas integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų apibrėžimas, išgryninant integruotų priežiūros paslaugų suvokimą Lietuvos kontekste, sudaro sąlygas tęsti mokslinius tyrimus įvairiais šių paslaugų integracijos aspektais.
4. Parengtas koncepcinis integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelis ambulatoriniame lygmenyje sudaro prielaidas išankstiniam modelio dedamųjų dalių pritaikomumui, siekiant integruoti skirtingai veikiančias sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos sistemas.

Praktinė darbo reikšmė.

1. Disertacinis darbas naudingas Lietuvoje diegiant strateginės plėtros dokumentuose numatytą ilgalaikę priežiūros modelį, įgyvendinant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ambulatoriniame lygmenyje, šis modelis sumažintų skirtingai veikiančių sistemų integracijos keliamus iššūkius: įvertintas integruotų priežiūros paslaugų suvokimas, poreikis, dabartinė priežiūros paslaugų integracijos branda, pateikti prieštaravimai, neigiamai veikiantys priežiūros paslaugų integraciją, pateiktos valdymo, finansavimo, paslaugų koordinavimo ir teikimo galimybės, įvertinta integracijos nauda, pateiktos rekomendacijos plėtrai.
2. Disertacinis darbas yra nukreiptas į ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas, todėl surinkti duomenys, apibendrinimai ir išvalgos vertingi, vykdant sveikatos priežiūros reformas senėjančios visuomenės kontekste, siekiant plėtoti ir vystyti ambulatorines bei ilgalaikes kompleksines priežiūros paslaugas.
3. Pateiktas koncepcinis integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelis ambulatoriniame lygmenyje, įgyvendintas praktikoje, galėtų sėkmingai įsijungti į ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros grandį,

įgyvendinant lėtinėmis ligomis sergančių pacientų kompleksinę priežiūrą, skatinant pacientų ir jų artimųjų aktyvų įsitraukimą.

Tyrimo apribojimai. Tyrimo metu surinkti duomenys ir jų patikimumas prisidėjo prie integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje suvokimo Lietuvos kontekste bei sudarė sąlygas pateikti argumentuotas įžvalgas dėl integruotos priežiūros organizavimo ir koordinavimo iššūkių, jų sprendimo, tačiau:

1. Vienu iš disertacinio tyrimo apribojimų galima laikyti tai, kad analizuojama ambulatorinė priežiūros paslaugų perspektyva ilgalaikės priežiūros kontekste, kai Lietuvoje ilgalaikės priežiūros modelis dar tik apibrėžiamas strateginiuose plėtros dokumentuose, todėl siekiant susidaryti išsamų integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo, koordinavimo ir dinamikos vaizdą, būtini išsamesni visų grandžių, tarp jų ir stacionariųjų ilgalaikės priežiūros paslaugų, tyrimai.
2. Disertaciniame tyrime pirmojo empirinio tyrimo metu anketiniai duomenys rinkti, apklausiant stacionarinėje slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje hospitalizuotus pacientus ir jų artimuosius, siekiant išsiaiškinti bendras ambulatorinių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų tendencijas, ar pacientams jos buvo teikiamos prieš patenkant į ligoninę, kaip jas vertino. Gauti rezultatai atspindėjo apibendrintą daugiau neigiamą vertinimą, tačiau negalėjo išsamiai atskleisti konkretaus paslaugos gavėjo patirčių ir požiūrio, lūkesčių bei pasiūlymų dėl integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo ambulatoriniame lygmenyje, todėl ateityje šie duomenys galėtų būti detalizuoti kokybinio tyrimo metodais.

Darbo struktūra ir apimtis. Disertacijos darbą sudaro santrumpų ir pagrindinių apibrėžimų sąrašas, įvadas, trys pagrindiniai skyriai, skirti teorijai, empiriniam tyrimui ir duomenų analizei, rezultatams, diskusijai, išvadoms ir rekomendacijoms, tyrimo ribotumui ir perspektyvoms aptarti. Taip pat pateikiamas literatūros sąrašas ir priedai, santraukos lietuvių ir anglų kalbomis.

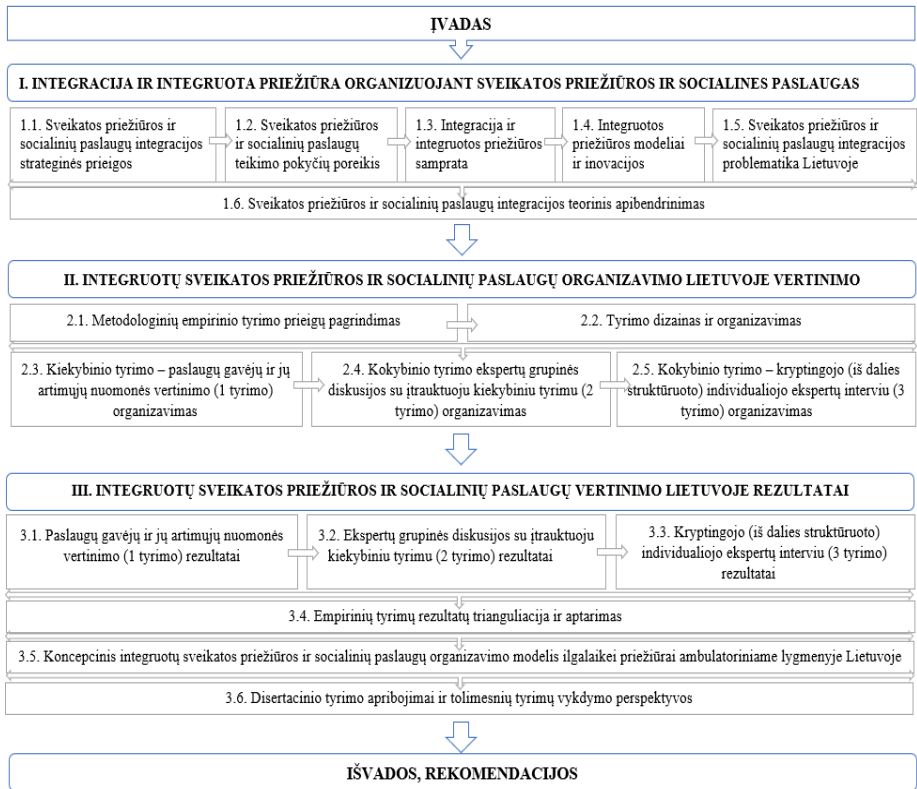
Pirmojoje disertacinio darbo dalyje atliekama literatūros analizė paslaugų integracijos sampratos srityje. Vertinama bendra integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos koncepcija, integracijos, kaip proceso, komponentai, užsienio

šalių praktika, šių paslaugų organizavimo nauda. Šioje dalyje pateikiamas priežiūros paslaugų organizavimo pokyčių poreikis Lietuvoje, analizuojamas sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų pacientams namuose ambulatoriniame lygmenyje, kaip vieno iš pagrindinių ilgalaikės priežiūros komponentų, teisinis reglamentavimas.

Antrojoje bei trečiojoje dalyse, remiantis teorinėje dalyje pateiktomis išvalgomis, pristatomas empirinis tyrimas, siekiant nustatyti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatorinėje priežiūros grandyje poreikį, šių paslaugų organizavimo prieštaravimus bei pasiūlyti galimus integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo sprendimus šioms prieštaravimams spręsti. Empirinio tyrimo rezultatais grindžiamas koncepcinis integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ilgalaikėms priežiūros paslaugoms ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje organizavimo modelis, kuris įvertintas sėkmingos paslaugų integracijos sritimis. Disertacijos baigiamojoje dalyje pateikiamos išvados ir rekomendacijos.

Disertacinio darbo loginė schema pateikiama 1 pav.

Disertaciją sudaro 205 puslapiai (be literatūros sąrašo ir priedų), 22 paveikslai, 35 lentelės ir 13 priedų. Literatūros sąrašą sudaro 260 šaltinių.



1 pav. Disertacinio darbo rengimo loginė schema

Šaltinis: sudaryta autorės.

I. INTEGRACIJA IR INTEGRUOTA PRIEŽIŪRA, ORGANIZUOJANT SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINES PASLAUGAS

Šioje disertacinio darbo dalyje atliekama literatūros ir dokumentų analizė, siekiant nustatyti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį, sampratą, turinį, įvertinti paslaugų organizavimo naudą bei vadybinius šių paslaugų organizavimo principus. Vertinama ES šalių patirtis, specifika, inovacijos, organizuojant ir teikiant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, nagrinėjami integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje sąlygojantys veiksniai. Lietuvos atvejo analizė apima socialinių, demografinių ir epidemiologinių veiksnių, darančių poveikį ilgalaikės priežiūros, integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikiamų ambulatoriniame lygmenyje pacientams namuose poreikiui, vertinimą bei tiesės aktų, šiuo metu reglamentuojančių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimą ir teikimą, analizę. Pateikiamas organizuojamų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų grafinis atvaizdavimas, kuris atspindi asmens priežiūros paslaugų fragmentaciją Lietuvoje. Šioje disertacinio darbo dalyje pateikiamos užsienio šalių patirtys, tarptautinių organizacijų rekomendacijos, Lietuvos atvejo vertinimas sudarė prielaidas empiriniams tyrimams: t. y., nustatyti, kaip šiuo metu yra vertinamos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos, teikiamos ambulatoriniame lygmenyje, ar reikalingos integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos pacientams namuose, kokie prieštaravimai šiuo metu kyla organizuojant ir teikiant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, kokių priemonių reikėtų imtis siekiant teikti integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ambulatoriniame lygmenyje bei suformuoti koncepcinį šių paslaugų organizavimo modelį.

1.1. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos strateginės priegios

Besikeičianti geopolitinė, ekonominė bei demografinė padėtis Europoje kelia naujus iššūkius sveikatos priežiūros sistemai visame regione. Socialinė ir ekonominė aplinka, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikio augimas lemia pokyčių poreikį asmens priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo srityje. Sveikatos politikos formuotojai ir mokslininkai teigia, kad tik sukūrus vientisą (nefragmentuotą), ilgalaikę,

integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo struktūrą, kartu dirbant įvairių sričių specialistams, galima įgyvendinti integruotos sveikatos priežiūros tikslus bei efektyviai tenkinti augančius gyventojų poreikius ilgalaikėms sveikatos priežiūros paslaugoms. EK (2012), atsižvelgdama į besikeičiančius Europos regiono žmonių poreikius, skatina sveikatos priežiūros sistemų kaitos iniciatyvas, kuriomis pabrėžiama į žmonių poreikius orientuota, integruota sveikatos priežiūra. EK (2010) parengtame, politikos gaires ES formuojančiame dokumente „Europa 2020“ (*angl. Europe 2020. A strategy for smart, sustainable and inclusive growth*) skatinama inovatyvi partnerystė, siekiant transformuoti ir stiprinti sveikatos sistemas visose ES šalyse. EK parengtoje programoje „Horizontas 2020“ (2011) skatinami moksliniai tyrimai ir inovacijos, plėtojant integruotą požiūrį į sveikatos priežiūrą. Dokumente pateikiamos priemonės, kuriomis siekiama padėti ES valstybėms narėms sustiprinti savo sveikatos priežiūros sistemas. 2021 m. Europos Sąjungos taryba ir Europos Vadovų taryba priėmė reglamentą, kuriuo pagal programą „Europos horizontas“, siekiant padidinti veiksmingumą Europos partnerysčių, suburiančių įvairias suinteresuotąsias puses įgyvendinti bendrą strateginę viziją bei užtikrinti aiškų poveikį ES piliečiams, vienu iš strateginių partnerysčių prioritetų nustatę Visuotinės sveikatos EDCTP3 partnerystę. Pagrindinėmis problemomis, spręstinomis mokslininkų tyrimais, visame pasaulyje akcentuojamos probleminės sritys, kaip nepakankamai suprantamos ligos ir kliūtys, trukdančios diegti inovacijas sveikatos ir priežiūros srityse, todėl turi būti siekiama spręsti su sveikata susijusius uždavinius, pasitelkiant pasaulinio masto mokslinius tyrimus ir inovacijas.

PSO (2012) strateginiame sveikatos politiką formuojančiame leidinyje „Sveikata 2020“ (*Health 2020, WHO*) kaip pagrindinį tikslą iškelia sveikatos ir gerovės žymų pagerinimą, mažinant nelygybę sveikatos priežiūros sektoriuje, stiprinant visuomenės sveikatos veiklas ir užtikrinant prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios būtų universalios, teisingos, tvarios bei aukštos kokybės. Įgyvendinat šį tikslą Europos regione, viena pagrindinių prioritetinių sričių yra aukštos kokybės sveikatos priežiūros sistemos skatinimas (WHO, 2013). PSO Europos regiono biuro (2009) strateginiuose dokumentuose teigiama, kad norint įgyvendinti prioritetines sritis bei pasiekti geresnių sveikatos rodiklių rezultatų, būtina užtikrinti ir skatinti sveikatos priežiūros sistemų finansinį gyvybingumą, į žmonių poreikius orientuotas ir įrodymais pagrįstas, tinkamas ir savalaikes sveikatos priežiūros paslaugas. Europos regiono šalims siekiant prisitaikyti prie kintančios demografinės ir epidemiologinės situacijos (visuomenės senėjimas ir su senėjimu susijusių lėtinių ligų bei būklių skaičiaus augimas, socialinių

paslaugų poreikio augimas sveikatos priežiūros sektoriuje), siūloma perorientuoti sveikatos priežiūros sistemas, pirmenybę teikiant ligų prevencijai, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų nuolatiniam kokybės gerinimui, integruojant paslaugų teikimą bei užtikrinant sveikatos priežiūros tęstinumą. Pabrėžiama, kad visa tai įmanoma pasiekti tik skatinant žmonių atsakomybę už savo sveikatą bei perkeliant paciento priežiūrą kuo arčiau jo namų. Strateginiuose dokumentuose teigiama, kad būtent taip organizuojamos paslaugos yra saugios ir ekonomiškai efektyvios. Politikos formuotojai, siekdami, kad Europos regione sveikatos priežiūros sistemos lanksčiau ir efektyviau reaguotų į XXI amžiaus sveikatos iššūkius, parengė veiklos programą „Į žmogaus poreikius orientuotų sveikatos apsaugos sistemų stiprinimas Europos regione: veiksmų planas“ (*angl. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: a roadmap*) (WHO Regional Office for Europe. 2013). Šiame dokumente pateikiamos integruotų sveikatos priežiūros paslaugų skatinimo priemonės, siekiant didinti sveikatos sistemų efektyvumą. Dokumente pabrėžiama, kad taikant naujoviškus metodus, modernizuojant ir pertvarkant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, galima užtikrinti visokeriopų, prieinamų ir ekonomiškai efektyvių integruotų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. ES („Europa 2020“ ir lydinčiuose dokumentuose) ir PSO („Sveikata 2020“) strateginių dokumentų nuostatos logiškai papildo viena kitą, kad valstybės narės galėtų šias nuostatas prisitaikyti savo poreikiams, perorganizuojant sveikatos priežiūros sistemas taip, kad jos tenkintų piliečių lūkesčius. 2013 m. PSO Europos regiono šalių narių patvirtintame Europos sveikatos strateginiame dokumente „Sveikata 2020“ (PSO Europos regioninis komitetas, 2013) kviečiama kurti į žmonių poreikius orientuotą sveikatos priežiūros sistemą, o siekiant įgyvendinti šį prioritetą, pirmiausiai reikėtų atsižvelgti į principą „sveikata – visiems“, kuris labiausiai prieinamas per pirminės sveikatos priežiūros grandies stiprinimą. Atsižvelgiant į šias prioritetines sritis, turėtų būti siekiama transformuoti sveikatos priežiūros paslaugas taip, kad jos tenkintų senėjančios visuomenės keliamus iššūkius. Siekdama įgyvendinti šias prioritetines sritis, PSO parengė visuotinę strategiją, kurios tikslas įgyvendinti į žmonių poreikius orientuotą ir integruotą sveikatos priežiūrą (WHO, 2015), šis dokumentas buvo adaptuotas Europos šalims, teikiant integruotas sveikatos priežiūros paslaugas (WHO, 2016).

Lietuvos pažangos strategijoje „Lietuva 2030“ numatyta valstybės vizija ir raidos prioritetai, įgyvendinimo priemonės, kurios turi būti pasiektos iki 2030 m. Vienas pagrindinių tikslų, numatytų strategijoje, – pasiekti sumanios visuomenės – esminės pokyčių iniciatyvos. Nurodoma, kad sumanioje visuomenėje bus siekiama

saugumo, tolygaus pajamų paskirstymo, užtikrinama socialinė ir politinė įtrauktis, sudaromos galimybės mokytis ir tobulėti, siekiama geros žmonių sveikatos. Norint pasiekti veiklios visuomenės tikslų, viena iš plėtros krypčių įvardijama asmens sveikatos priežiūros paslaugų plėtojimas ir sveikos gyvenamosios skatinimas. 2021 m. LR Vyriausybės atnaujintame 2021–2030 metų nacionaliniame pažangos plane numatyti strateginiai tikslai ir pažangos uždaviniai, skirti kurti socialinei bei dvasinę gerovei šalyje, o plano esminis tikslas – „sveikas ir laimingas žmogus, galintis veikti ir kurti, dirbti kokybišką darbą, gaunantis orias pajamas, gyvenantis darnioje bendruomenėje“. Šiame nacionaliniame pažangos plane antruoju strateginiu tikslu iškeliamas gyventojų socialinės gerovės ir įtraukties didinimo, sveikatos stiprinimo ir Lietuvos demografinės padėties gerinimas. Dokumente nurodoma, kad šiuo tikslu siekiama šalies gyventojų socialinės gerovės ir įtraukties bei stipresnio socialinio kapitalo (socialinių ryšių, tinklų, pasitikėjimo, aktyvumo ir pan.). Siekiant įgyventi šį strateginį tikslą, numatoma gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, didinti pacientų sveikatos raštingumą ir jų įsitraukimą į gydymo procesą, didinti sveikatos apsaugos sistemos efektyvumą ir atsparumą sukrėtimams, toliau judėti nuo stacionarios priežiūros prie modelio, stiprinti pirminę asmens sveikatos priežiūrą ir didinti ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, *diegti ilgalaikės priežiūros modelį, integruojantį slaugos ir socialines paslaugas*. Ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo plane „Naujos kartos Lietuva“ (2021), patvirtintame ES Tarybos 2021 m. liepos 20 d., pirmuoju komponentu, kurį Lietuvai reikės įgyvendinti, įvardijama atspari grėsmėms ir pasirengusi ateities iššūkiams sveikatos priežiūros sistema, o viena pagrindinių reformos įgyvendinimo krypčių, nurodoma ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimo reforma, gerinanti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir sistemos efektyvumą bei mažinanti išvengiamų hospitalizacijų skaičių. Dokumente nurodoma, kad efektyvesnės ambulatorinės ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugos hospitalizavimo rodiklį galėtų sumažinti iki 20 proc., bet tam pasiekti yra būtinas tvarus ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimo modelis, kurio veikimui reikalinga teisinė ir finansinė integracija, siekiant sujungti šiuo metu atskirai veikiančias socialinės ir sveikatos priežiūros (slaugos) paslaugas. Pabrėžiama, kad toks ilgalaikės priežiūros modelis padėtų efektyviau naudoti skiriamus resursus: valstybės biudžeto lėšas, mažinti medicininio personalo poreikį, užtikrinti ilgalaikės priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, tuo pačiu padėtų mažinti priežiūros našta, tenkančią sveikatos priežiūros sistemai, prisidėtų prie skurdo mažinimo bei palengvintų pacientų priežiūros našta, tenkančią neformaliems priežiūros paslaugų teikėjams.

Dėl šių priežasčių ypatingai svarbu išsiaiškinti bendrą integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos koncepciją, integracijos, kaip proceso, komponentus, užsienio šalių praktikas, taikant įvairius integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų modelius, įvertinti galimas šių paslaugų organizavimo naudas bei nustatyti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje, pacientams namuose, kaip vieno galimo ilgalaikės priežiūros modelio komponentų, teikimo poreikį, ambulatorinių slaugos ir socialinių paslaugų pacientams namuose perspektyvas.

1.2. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo pokyčių poreikis

Mokslininkai pripažįsta, kad sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integravimo pagrindinė priežastis yra asmens priežiūros paslaugų fragmentacija, komunikacijos ir bendradarbiavimo trūkumas, ne tik sveikatos priežiūros, bet visoje priežiūros sistemoje (Curry, Ham, 2010; Curry et al., 2013). Manoma, kad sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugų fragmentaciją ir susiskaidymą labiausiai nulėmė organizacijų, specialistų, paslaugų sisteminis atskyrimas (Curry et al., 2013), paslaugų organizavimas skirtingais lygmenimis, skirtingų sveikatos ir socialinės priežiūros organizacinių ir profesinių kultūrų bei atskiro valdymo ir atskaitomybės (Curreri, 2019; Glasby et al., 2016; Shaw et al., 2011). Mokslininkai akcentuoja, kad istorinį sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugų, kaip atskirų, nepriklausomai veikiančių sistemų atskyrimą taip pat paskatino bendro sisteminio planavimo nebuvimas (Curry, Ham, 2010; Kodner 2009), sveikatos priežiūros sistemos nukreipimas tik ligų gydymui (Nolte, 2017). Pabrėžiama, kad atskiros priežiūros sistemos, atskirai teikiamų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų nebepakanka ir jos nebetenkina išaugusių gyventojų priežiūros poreikių, o dėl tokio sistemų padalijimo ir susiskaidymo sudėtinga užtikrinti optimalią priežiūrą, o tai sąlygoja didesnes priežiūros išlaidas ir žemą priežiūros kokybę (Stange, 2009). Dėl šių priežasčių tiek PSO, tiek EK šalims siūlo perorganizuoti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas taip, kad būtų skatinama bendrų, integruotų paslaugų plėtra, o paslaugų integracija suteiktų galimybę perplanuoti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemas, atsižvelgiant į pacientų poreikius (Aveyard, 2014; Aveyard et al., 2016).

Integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemų diegimas skati-

namas, kaip priemonė, pagerinanti lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams paslaugų prieinamumą, kokybę ir tęstinumą, užtikrinanti efektyvesnę šių paslaugų valdymą (Kodner, 2009; Goodwin et al., 2014). Mokslininkai teigia, kad pacientams, sergantiems keliomis lėtinėmis ligomis, kai reikalinga daugiadisciplininės komandos, į kurios sudėtį įtraukiami skirtingos specializacijos priežiūros specialistai bei kai šias skirtingas priežiūros paslaugas teikia kelios skirtingos tarnybos ir organizacijos, tik paslaugų integracija ir paslaugų koordinavimas gali palengvinti paslaugų integracijos procesus (Haggerty 2012; Shaw et al., 2011). Tarptautiniuose dokumentuose bei mūsų valstybės strateginiuose dokumentuose (Lietuvos pažangos strategijoje „Lietuva 2030“, LR Vyriausybės 2021–2030 metų nacionaliniame pažangos plane, Ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo plane „Naujos kartos Lietuva“) skatinama veiksmingesnė partnerystė, kaip galimas sprendimas, gerinant sveikatos ir priežiūros paslaugų teikimą, bei yra užsibrėžta įdiegti ilgalaikės priežiūros modelį, integruojantį slaugos ir socialines paslaugas, tačiau mokslininkai, atkreipia dėmesį, kad viena iš esminių problemų, integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, yra tai, kad dažnai susiduriama su iššūkiais, kaip integruotą priežiūrą pritaikyti praktikoje (Goodwin, 2016; Wodchis et al., 2015).

Ham (2018) akcentuoja, kad sveikatos ir socialinės priežiūros sistemos, net ir veikdamos atskirai, turimais resursais bando patenkinti senėjančios visuomenės priežiūros paslaugų poreikius, augančias lėtinų ligų priežiūros problemas ir didėjančius pacientų lūkesčius. Todėl dėmesys integracijai ir bendradarbiavimui, peržengiant organizacines ribas, turėtų būti nukreipiamas į susiskaidymo, paslaugų fragmentacijos mažinimą, kurį sukėlė ankstesnės viešųjų paslaugų reformos, išskaidžiusios asmens priežiūros paslaugas, (Glasby, Dickinson, 2014). Glasby (2016) ir Curreri (2019) pabrėžia, kad bendradarbiavimo mechanizmai, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimas komandos principu – paslaugų teikėjų partnerystė, yra sunkus ir sudėtingas procesas, dėl kurio gali prireikti didelių sisteminių pokyčių ir investicijų. Be to, nors ir pripažįstama, kad atskirai veikiančių sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugų sistemų resursų nepakanka, norint padėti tiems asmenims, kurių priežiūros poreikiai yra sudėtingi, susirūpinimą kelia tai, kad integruota priežiūra tampa populiariu pasakymu, kuris tariamai gali vienu metu spręsti daugybę skirtingų ilgalaikių problemų, susijusių su priežiūros paslaugomis (Glasby, 2016; Curreri, 2019). Mokslininkai pabrėžia, kad atsakant į gyventojų priežiūros poreikius, prieš vykdant sisteminius pokyčius, būtina suprasti, kas tiksliai ir koku tikslu yra integruojama, kad nustatytume tinkamas struk-

tūras, procesus, strategijas ir modelius tinkamai priežiūros paslaugų integracijai (Armitage ir kt., 2009).

Mokslininkai Curtis ir Christian (2012) išskiria pagrindines priežastis, kurios gali daryti įtakos integruotos sveikatos priežiūros poreikiui, t. y., sveikatos priežiūros efektyvumas, siekiant nustatyti vyresnio amžiaus pacientų veiksmingus priežiūros būdus, bei būtinumas pažaboti augančias sveikatos priežiūros išlaidas (Lubell, Sloan, 2007). Integruotų sveikatos priežiūros paslaugų poreikį didina augantis pacientų, turinčių kelis sveikatos sutrikimus ar kelias lėtines ligas, skaičius (Gatchel, Oordt, 2003). Blount su bendraautoriais (2007) tyrimais įrodė, kad priežiūros paslauga tampa efektyvesnė integruojant įvairias priežiūros paslaugas ir į paciento poreikius žiūrint holistiškai. 1 lentelėje pateikiami pagrindiniai veiksniai, lemiantys sveikatos priežiūros sistemos reformų poreikį teikti integruotas sveikatos priežiūros paslaugas.

1 lentelė. *Integruotų priežiūros paslaugų poreikį lemiantys veiksniai*

Sveikatos priežiūros paslaugų paklausą lemiantys veiksniai	Sveikatos priežiūros paslaugų pasiūlą lemiantys veiksniai
Demografiniai pokyčiai	Paslaugų fragmentiškumas ir susiskaidymas
Epidemiologinės situacijos pokyčiai: didėjantis lėtinių neužkrečiamųjų ligų skaičius, daugybiniis sergamumas – „poliligotumas“ (daugiau nei viena lėtine liga sergančių pacientų skaičiaus augimas) ir gretutinių būklių skaičiaus augimas	Susitelkimas į ligoninių veiklą, nesiskiriant pakankamai dėmesio pirminei sveikatos priežiūros grandžiai ir visuomenės sveikatos paslaugoms
Užkrečiamųjų ligų veiksmingos kontrolės užtikrinimo iššūkiai	Išteklų trūkumas ir augančios išlaidos
Augantys pacientų lūkesčiai	Medicinos technologijų pažanga
Klimato kaita ir dėl to kylantys iššūkiai visuotinės aprėpties sveikatos apsaugai	Didėjantis mokslinių žalingo fragmentuotos sveikatos priežiūros poveikio paslaugų efektyvumui įrodymų skaičius

Šaltinis: WHO Regional Office for Europe, 2013.

Sveikatos priežiūros paslaugomis laikomas itin platus spektras paslaugų. Jos apima esmines visuomenės sveikatos intervencijas bei asmens sveikatos priežiūros paslaugas: sveikatinimo ir ligų prevencijos paslaugas, ligų diagnostiką ir gydymą, lėtinių ligonių ilgalaikę priežiūrą, reabilitacijos paslaugas ir paliatyviąją pagalbą. Šių paslaugų teikimas priklauso nuo įvairių sričių ir įvairaus lygmens organizacijų tinklų. Todėl siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą, būtina koordinuotai organi-

zuoti paslaugas įvairiais lygmenimis – visuomenės ir individo lygmeniu. Pirmiausia svarbu pagrindinę paslaugų organizavimo ir teikimo funkciją nukreipti į pirminės sveikatos priežiūros grandį, kuri turi būti palaikoma specializuota antrinio ir tretinio lygmens specialistų teikiama pagalba, tuo pačiu organizuojant tęstines priežiūros paslaugas, tokias kaip pagalba buityje, dienos centrai, bendruomenėje (Curtis, Christian, 2012). Integruotose sveikatos priežiūros sistemose turi būti taikomi konkretūs metodai ir procesai, kuriantys ryšius tarp paslaugų teikėjų ir jų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų per visą sveikatos priežiūros sistemą. Taikomi paslaugų integracijos metodai ir procesai turėtų padėti perorganizuoti arba pertvarkyti klinikinių paslaugų teikimo grandį, skatinti priežiūros koordinavimą visoje sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų struktūroje (nuo pirminės priežiūros iki paslaugų organizavimo bendruomenėje ar paciento namuose) bei nuolat matuoti sveikatos priežiūros sistemos integracijos lygį. Vertinant sveikatos priežiūros sistemos integracijos lygmenį, analizuojami objektyvūs ir subjektyvūs rodikliai, atspindintys paslaugų atitiktį žmogaus poreikiams, t. y., turėtų būti vertinami paslaugų organizavimo principai, infrastruktūra bei investicijos, skiriamos bendroms informacinėms sistemoms. Perorganizuojant sveikatos priežiūros sistemas, teikiant ir organizuojant į pacientą orientuotas paslaugas, atkreipiamas dėmesys į naujus paslaugų teikėjų profesinius vaidmenis ir įgūdžius, reikalingus dirbti šioje pasikeitusioje aplinkoje. Priežiūros tęstinumas apibrėžiamas kaip individualių, paciento poreikius tenkinančių sveikatos priežiūros paslaugų, kurios pacientui buvo suteiktos per tam tikrą laiką, nefragmentuotai, nuosekliai, tarpusavyje susijusiais veiksmais, skaičiumi (Hagerty et. al., 2003). 2 lentelėje pateikiami integruotos sveikatos priežiūros komponentų konceptai.

2 lentelė. Integruotos sveikatos priežiūros komponentai

Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos	Priežiūros tęstinumas	Į žmonių poreikius orientuota sveikatos priežiūra	Integruotos sveikatos priežiūros tinklai
Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas ir teikimas, atsižvelgiant į žmonių poreikius, užtikrinant paslaugų užtikrinamumą visoje sveikatos priežiūros sistemoje, per įvairių lygių ir grandžių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikėjus, organizuojamos ir teikiamos sveikatinimo paslaugos, diagnostikos, gydymo, ilgalaikės priežiūros, reabilitacijos ir paliatyviosios pagalbos paslaugos, atsižvelgiant į žmonių poreikius tam tikrame gyvenimo etape (PAHO, 2011)	Rodiklis, kuris atspindi atskirus sveikatos priežiūros įvykius, patirtus žmogaus, kaip nuosteklius ir tarpusavyje susijusius veiksnius per tam tikrą laiko tarpą bei jų atitiktį konkrečioms poreikiams ir pageidavimams (Haggerty et al., 2003)	Priežiūra, kuri yra orientuota ir organizuota, atsižvelgiant į žmonių ir bendruomenių sveikatos priežiūros paslaugų poreikius ir lūkesčius, o ne vien tik į ligų gydymą (PSO, 2010)	Organizacijų, kurios teikia arba imasi priemonių užtikrinti tinkamas, visapusiškas ir integruotas sveikatos priežiūros paslaugas tam tikrai populiacijai ir yra atsakingos už savo klinikinius ir ekonominius gyventojų sveikatos būklės rezultatus, tinklai (Shortell et al., 1993)

Šaltinis: WHO Regional Office for Europe, 2013.

Dabartinėje sveikatos politikoje ir vadyboje integruota sveikatos priežiūra, orientuota į paslaugų teikimą vadovaujantis principu „tinkamos paslaugos, reikiamoje vietoje ir reikiamu metu“ – PSO Europos regioninio biuro prioritėtinė veiklos sritis. Pabrėžiama, kad žmonėms skirtos sveikatos priežiūros sistemos yra tos sistemos, kuriose priežiūra orientuojama ir organizuojama, atsižvelgiant į žmogaus ir bendruomenės sveikatos poreikius ir lūkesčius, o ne tik į ligos gydymą (WHO, 2017). Į žmogaus poreikius orientuota sveikatos priežiūra apima platesnį požiūrį į priežiūrą, nei vien į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros koncepcija, kadangi tenkina ne tik individualius poreikius, bet apima ir žmonių sveikatą jų bendruomenėje, bendruomenės lūkesčius, įtraukia bendruomenės narius į sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir sveikatos politikos formavimą. Į žmones orientuotas požiūris padeda ugdyti atsakomybę už savo sveikatą prieš tampant pacientais, kartu užtikrina atsakingą požiūrį į sveikatos išsau-

gojimą (WHO, 2001). 3 lentelėje pateikiami pagrindiniai sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo skirtumai, keičiantis sveikatos politikai ir sveikatos priežiūros vadybai.

3 lentelė. *Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo skirtumai besikeičiančios sveikatos politikos ir vadybos kontekste*

Tradicinės sveikatos priežiūros principai	Konkrečių ligų prevencijos ir gydymo programų principai	Į žmonių poreikius orientuotos sveikatos priežiūros principai
Orientavimasis į ligas ir jų gydymą	Dėmesys ir orientavimasis į prioritetines ligas	Dėmesys ir orientavimasis į sveikatos ir jos priežiūros poreikius
Bendradarbiavimo nebuvimas – komunikacijos ir ryšių tarp skirtingų paslaugų teikėjų ir sveikatos priežiūros specialistų nebuvimas	Ribotas bendradarbiavimas ir ryšiai – tik programos tikslams įgyvendinti	Tvirti asmeniniai santykiai tarp paslaugų teikėjų bei tarp paslaugų teikėjų ir paslaugų gavėjų
Epizodinis gydymas ir priežiūra	Intervencijos, skirtos programai apibrėžtos ligos kontrolei	Visapusiška, tęstinė ir į žmogaus poreikius orientuota sveikatos priežiūra
Ribota atsakomybė efektyviai ir saugiai konsultuoti pacientą	Atsakomybė už ligos kontrolės tikslų pasiekimą paskirstoma tikslinei programos populiacijai	Visos bendruomenės atsakomybė už sveikatą ir jai įtaką darančius bei ligas sukeliančius veiksnius
Paslaugos naudotojas yra paslaugos pirkėjas	Paslaugos naudotojas yra tikslinė, programoje nurodyta, populiacijos grupė	Pacientai yra paslaugų teikėjų partneriai. Jų poreikiai ir motyvacija yra integruojami į sveikatos priežiūros paslaugų planavimą

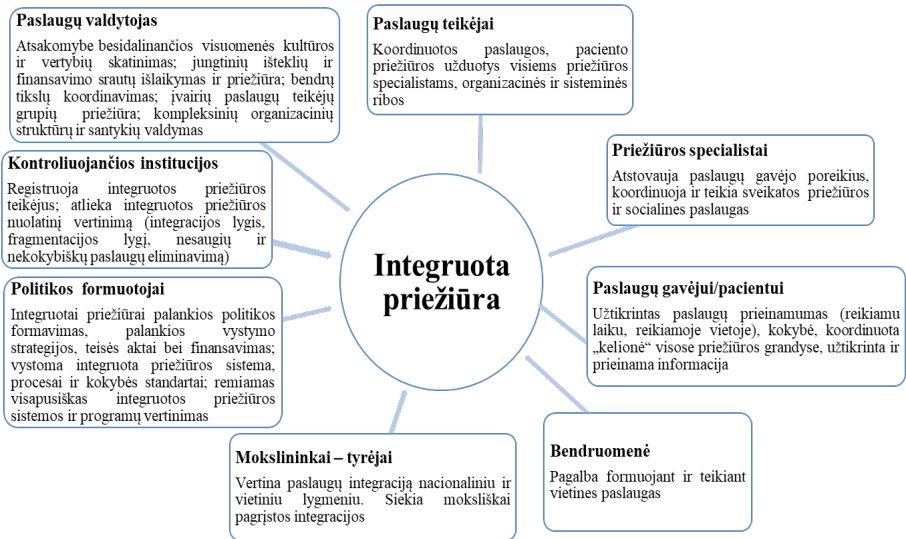
Šaltinis: sudaryta autorės pagal WHO, 2008.

1.3. Integracija ir integruotos priežiūros samprata

Pastaruoju metu mokslininkai daug dėmesio skiria integruotos sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai ir integracijos procesams, tad per pastarąjį dešimtmetį atsirado daug apibrėžimų, sąvokų ir teorijų aiškinančių, kas yra integruota priežiūra ir kokie yra pagrindiniai sėkmingo paslaugų integravimo elementai. PSO Europos regioninio komitetas (WHO, 2016) parengtoje integruotos priežiūros paslaugų teikimo veiksmų

programoje pripažįsta, kad daugeliui šalių sveikatos ir socialinės priežiūros sistemų integracija, neatskiriamai teikiant sveikatos ir socialines paslaugas, yra galimybė ir vienas iš sprendimų augančioms sveikatos priežiūros išlaidoms, skirtoms poliligtumo problemoms spręsti (kai tas pats asmuo serga dviem ar daugiau lėtinių ligų) ir mažinimui ilgalaikės priežiūros naštos, kuri gulasi ant sveikatos priežiūros sistemos pečių. PSO leidinyje atkreipiamas dėmesys, kad integruota priežiūra dažniausiai priešinama fragmentuotai ir epizodinei priežiūrai, o kaip sinonimai integruotai priežiūrai naudojami koordinuotos priežiūros arba tęstinės priežiūros apibūdinimai.

Skirtingi integruotos sveikatos priežiūros požiūriai ir modeliai plačiai naudojami ir traktuojami, siekiant išspręsti problemas, susijusias su pacientų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų fragmentacija. Integruotos priežiūros sąvoka naudojama įvairiais būdais ir kontekstuose, naudojant platų terminų spektrą (pvz., koordinuota priežiūra, bendradarbiaujanti priežiūra, tęstinė priežiūra ir atvejo vadyba) (Baggott, 2015). Tačiau nors sveikatos politikos tyrinėtojai, politikos formuotojai vis dažniau kalba apie būtinybę įtraukti integruotą priežiūrą į sveikatos politiką formuojančius dokumentus, būtina aiškiai apibrėžti integruotą priežiūrą, konkretų integracijos lauko kontekstą, organizacijas, kurias apims integracijos procesas, bei profesines grupes, kurias palies integracijos procesas (Goodwin et al., 2017; Baggott, 2015; van der Klauw et al., 2014; Curry et al., 2013; Robertson, 2011; Armitage et al., 2009). S. Shaw su bendraautoriais (2011) pabrėžia, kad integruotos priežiūros terminas gali būti pritaikytas ir labai siauroms, lokalizuotoms integruotos priežiūros iniciatyvoms ir tuo pačiu būti pritaikomas labai plačiai: teikiant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, siekiant plataus tikslo – patenkinti gyventojų poreikius. PSO (2016) atkreipia dėmesį, kad nėra vieno apibrėžimo, konkrečiai įvardijančio integruotos priežiūros sąvoką, dažniausiai integruotos priežiūros supratimas priklauso nuo skirtingų sveikatos priežiūros sistemos suinteresuotų šalių požiūrio ir lūkesčių organizuojant ir teikiant integruotas priežiūros paslaugas. S. Shaw su bendraautoriais (2011) nurodo, kad dabar plačiai pripažįstama, jog „vieno dydžio integruota priežiūra netinka visiems“, todėl labai svarbu atsižvelgti į kontekstą (t.y., skirtingas priežiūros sąlygas ir perspektyvas), kuriame plėtojama specifinė integruotos priežiūros iniciatyva, galinti apimti ir iniciatyvas, ir struktūras, ir procesus, ir finansavimą, taip pat gali apimti vietos bendruomenes bei pačius integruotų sveikatos priežiūros paslaugų gavėjus. Integruotos priežiūros apibrėžimo interpretavimas iš dalyvaujančių suinteresuotųjų pusių perspektyvos pateikiamas 2 paveiksle.



2 pav. Integruotos priežiūros apibrėžimo interpretavimas

Šaltinis. WHO Regional Office for Europe. 2016.

Goodwin (2016) siūlo atsižvelgti į sudėtingą integruotos priežiūros pobūdį, todėl integruotos priežiūros terminą reikėtų apibrėžti kaip platų principų rinkinį, apimančią kelis komponentus, kuriais siekiama geriau koordinuoti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą, atsižvelgiant į konkretaus asmens poreikius. Nurjono su bendraautoriais (2016) nurodo, kad nesant universalios integruotos priežiūros apibrėžimo, kyla kliūtys veiksmingai komunikacijai, politikos formavimui, programų kūrimui ir integruotos priežiūros vertinimui.

Banfield su bendraautoriais (2017) atkreipia dėmesį, kad mokslinėje literatūroje taip pat skiriami tokie terminai kaip „integracija“ ir „integruota priežiūra“, tačiau pažymima, kad šie terminai dažnai vartojami pakaitomis, dažnu atveju ir kaip sinonimai. Integracija dažniau naudojama apibūdinti metodų ir procesų rinkinį, skirtą palaikyti ir palengvinti paslaugų derinimą ir koordinavimą atskirose institucijose, komandose, veikiančiuose padaliniuose ir sistemose, o integruota priežiūra bendrąja prasme suprantama kaip sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo principas, siekiant teikti paslaugas, kurios yra sukurtos, norint užtikrinti aukštos kokybės, ekono-

miškai efektyvią priežiūrą ir aukštą pacientų pasitenkinimo lygį (Shaw et al., 2011; Rosen et al., 2011). Tačiau atkreipiamas dėmesys, kad integracijos procesas ne visada gali duoti optimalų, siekiamą integruotos priežiūros rezultatą (Lewis et al., 2010; Kodner, Spreeuwenberg, 2002). Mokslininkai linkę atskirti integracijos procesą organizacijos ir valdymo lygmenyse ir koordinaciją, klinikiniam ir paslaugų teikimo lygmenyse (Shaw et al., 2011). Kodner ir Spreeuwenberg (2002) integraciją įvardijo kaip nuoseklų finansavimo, administravimo, organizavimo, paslaugų teikimo ir klinikinio lygmens metodų ir modelių rinkinį, skirtą sukurti ir sujungti sveikatos ir socialinius priežiūros sektorius, sukuriant tarp jų ryšius bei skatinant bendradarbiavimą. Šių metodų ir modelių tikslas yra integruota priežiūra – pagerinta priežiūros kokybė ir gyvenimo kokybė, pasiektas aukštesnis paslaugų gavėjų pasitenkinimas gaunamomis paslaugomis ir pasiektas sistemos veiksmingumas. Šis konkretus apibrėžimas išsamiai apibūdina integracijos pobūdį, susijusį su procesais, sujungiančiais organizacijas ir specialistus, nukreiptas konkrečiam, norimam tikslui pasiekti – pacientų priežiūros efektyvumo gerinimas teikiant integruotas priežiūros paslaugas (Curry, Ham, 2010). Valentijn su bendraautorais (2013) nurodo, kad sąvokų dviprasmiškumas, susijęs su integracija ir integruota priežiūra, trukdo sistemingai, nuosekliai įgyvendinti integruotos priežiūros vizijas nuo projektavimo, pristatymo, valdymo iki vertinimo, todėl siūloma rasti vieną tinkamiausią apibrėžimą integruotai priežiūrai apibūdinti (Stein, Reider, 2009). Atsižvelgiant į apibrėžimų įvairovę ir į tai, kad nėra nustatytos aiškios takoskyros tarp apibrėžimų, šiame darbe terminai „integruota priežiūra“ ir „integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimas“ vartojami pakaitomis ir reiškia tą patį.

Mokslininkai pabrėžia integracijos sampratos daugiadimensiškumą, dėl kurio nebuvo sukurtas nė vienas integruotos priežiūros modelis, kuris atitiktų visas integracijos sąlygas ir būtų tinkamas visoms aplinkybėms (Shaw et al., 2011). Dėl to integruota priežiūra ir paslaugų integracija laikoma skėtiniu terminu, apimančiu įvairias iniciatyvas, kuriomis siekiama spręsti paslaugų fragmentiškumą, tačiau skiriasi apimtis ir vertybės (Shaw et al. 2011; Stein, Reider, 2009). Tai apima įvairius metodus, įskaitant bendrą priežiūros vietą, dalijimąsi informacija apie pacientus ir jų priežiūros paslaugas, bendrus paslaugų teikimo ir vertinimo procesus, koordinuotą ligų valdymą (Baggott, 2015). Mokslininkai pripažįsta, kad platus metodų ir integracijos modelių spektras dažnai apsunkina sudėtingos integracijos teorijos pritaikomumą praktikoje, siekiant visapusiškai skatinti integruotos priežiūros vystymą (Baggott, 2015; Stein, Reider, 2009; Kodner, Spreeuwenberg, 2002).

Sukurtos įvairios integruotos priežiūros taksonomijos, siekiant palyginti metodus, nagrinėjant keturis integracijos pagrindinius elementus: tipus, plotį, laipsnį ir procesus (Goodwin, 2016; van der Klauw et al., 2014; Nolte, Mckee, 2008). Teigiama, kad naudojamų integruotos priežiūros strategijų lygis, tipas ir derinys priklauso nuo populiacijos ypatybių ir specifinių iššūkių, su kuriais susiduriama konkrečiu atveju, o lanksti integracijos koncepcija gali būti pritaikyta tikslinės populiacijos poreikiams tenkinti (Nolte, 2017). Todėl diegiant naujas integruotos priežiūros iniciatyvas, turėtų būti priimami sprendimai, palengvinantys integruotą priežiūrą konkrečioje aplinkoje (Shaw et al., 2011). Kuriant sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugų pacientams namuose integravimo sistemą, reikėtų atsižvelgti į tikslinės populiacijos (šiuo atveju vyresnio amžiaus, lėtinėmis ligomis sergančiųjų, neįgaliųjų asmenų) poreikius, integracijos tipą, lygį, mastą, intensyvumą, paslaugų organizavimo ir teikimo kontekstą bei integracijos tikslus.

4 lentelė. Integracijos tipai

Integracijos tipas	Aprašymas
Organizacinė integracija	Formalus (oficialus) arba virtualus koordinuotų paslaugų teikėjų tinklų susijungimas arba atskirų organizacijų susijungimas, siekiant patenkinti paslaugų gavėjo poreikius.
Funkcinė integracija	Su sveikatos priežiūros paslaugomis tiesiogiai nesusijusių paslaugų ir administracinių funkcijų integracija, pvz., informacinės sistemos, elektroniniai sveikatos įrašai, kai dalinamasi informacija apie paciento sveikatos būklę.
Paslaugų integracija	Skirtingas priežiūros paslaugas teikiančių tarnybų ar skirtingų klinikinių tarnybų integravimas organizaciniu lygmeniu, pvz. multidisciplininė specialistų komanda, dirbanti toje pačioje įstaigoje, skirtinguose padaliniuose.
Klinikinių paslaugų integracija	Priežiūros integravimas į vientisą ir nuoseklų procesą, naudojant bendras priežiūros gaires ir paslaugų teikimo protokolus.

Šaltinis: WHO Regional Office for Europe (2016).

Armitage su bendraautorais (2009) išskyrė integracijos modelių požymius, palengvinančius sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemų integravimą: sistemos lygmenyje taikomi integracijos modeliai, daugiausia dėmesio skiriant organizacinių pokyčių aspektams; programos/paslaugos lygmenyje taikomi integracijos modeliai, nukreipti į konkretaus atvejo valdymą ir vadybą, paslaugų teikėjų bendravimą, pas-

laugų teikėjų komandinio darbo įgyvendinimą, pirminės asmens sveikatos priežiūros vaidmens stiprinimą ilgalaikės priežiūros kontekste; tęstinės, nuoseklios integracijos modelis, nukreiptas į sistemų integravimą, kaip priemonė, gerinanti sveikatos priežiūros sistemą nuosekliais etapais – nuo mažiau koordinuotos priežiūros iki visiškos integracijos. Lewis su bendraautoriais (2010) išskyrė integracijos tipus, apimančius organizacinę integraciją, funkcinę integraciją bei paslaugų integraciją (detalizuota 4 lentelėje), o kiekvieną integracijos tipą sujungė integracijos mechanizmais: normatyvine integracija, kai integracija grindžiama bendromis koordinavimo ir bendradarbiavimo vertybėmis, bei sisteminė integracija – taisyklių ir politikos suderinamumas įvairiais organizacijos lygmenimis.

Kalbant apie integracijos mastą, Curry ir Ham (2010) integruotą priežiūrą apibrėžė horizontalia integracija ir vertikalia integracija:

- Horizontali integracija – kai skirtingi struktūriniai vienetai ar organizacijos, teikiančios tam tikras paslaugas, yra tame pačiame paslaugų organizavimo ir teikimo lygmenyje (pvz. pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos ir socialines paslaugas teikiančios įstaigos).

- Vertikali integracija – paslaugų koordinavimas tarp veiklos vienetų, kurie yra skirtinguose paslaugų organizavimo ir teikimo lygmenyse. Vertikali integracija susieja skirtinguose hierarchinės struktūros lygmenyse esančias organizacijas pagal vieną valdymo sritį (pvz. integruojant pirminę ir antrinę sveikatos priežiūrą).

Mokslininkai teigia, kad sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų intervencijos yra integruotos į vieną ar daugiau svarbių sveikatos funkcijų, vyksta ir vertikaliai, ir horizontaliai, todėl integracijos intervencijų skirstymas tik į šias dvi integracijos sritis nesudaro vienalyčio vaizdo apie integruotas intervencijas (Atun et al., 2010). Autoriai nurodo, kad tiek horizontalią, tiek vertikalią integraciją galima apibrėžti, kaip faktinę integraciją, kai paslaugas teikiančios organizacijos yra sujungiamos (pvz. dalinantis žmogiškaisiais ištekliais ar infrastruktūra, kaip virtualia integracija, kuri įvykdoma per tam tikrus susitarimus, paslaugų teikimo tinklų formavimą (Curry, Ham, 2010). Virtuali integracija kartais dar vadinama sutartine integracija, nes grindžiama sutartimis tarp organizacijų arba paslaugų teikimo sutartimis (Curry, Ham, 2010). Manoma, kad toks interpretavimas dar labiau išryškina integracijos ir integruotų priežiūros terminų taikymo skirtumus, dėl kurių gali atsirasti integruotos priežiūros supratimo ir įgyvendinimo praktikoje trukdžių.

Integruota priežiūra apibūdinama kaip priežiūra, veikianti skirtingais lygme-

nimis. Integracija gali būti vertinama kaip vykstanti individo lygmeniu (mikro), organizaciniu lygmeniu (mezo) ir visos sistemos lygmeniu (makro) (Pike, Mongan, 2014; Valentijn et al., 2013; Grone, Garcia-Barbero, 2001):

- Integracija „mikro“ lygmenyje nukreipta į individualios priežiūros konkrečiam pacientui organizavimą ir teikimą, pvz., atvejo vadyba per individualizuotus priežiūros planus ir protokolus.
- Integracija „mezo“ lygmenyje nukreipta į integruotos priežiūros organizavimą tam tikrai asmenų grupei ar populiacijos daliai, pvz., vyresnio amžiaus asmenims, sergantiems tam tikromis ligomis ar būklėmis, pvz., diabetas.
- Integracija „makro“ lygmenyje – integruotos priežiūros užtikrinimas visoms gyventojų grupėms, teikiant jų poreikius tenkinančias paslaugas.

Kaip alternatyva integracijai skirtinguose mikro, mezo ar makro lygmenyse, siūloma, kad integracija galėtų vykti finansavimo, administraciniu, organizaciniu, paslaugų teikimo ir klinikinių mechanizmų lygiu (Kodner, 2009; Kodner, Spreuuenberg, 2002). Abu požiūriai vienas kitą papildo, pvz., integraciją per finansavimo lygį gali atitikti integracija makro lygmenyje (Kodner, 2009). Priežiūros koordinavimas, kuriuo siekiama užtikrinti sklandžią priežiūrą, yra priemonė, kuria galima pasiekti integracijos mikro lygmeniu (Curry, Ham, 2010). Teigiama, kad paslaugų vartotojo patirčiai labiau daro įtaką komandinio darbo pobūdis, o ne organizaciniai susitarimai, todėl priežiūros koordinavimas labiau priklauso nuo klinikinės ir paslaugų integracijos, o ne nuo organizacinės, ir tai užtikrina integraciją mikro lygmenyje (Curry ir Ham, 2010). Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracija gali pagerinti priežiūros rezultatus, užtikrinti tęstines, nefragmentuotas paslaugas, jei yra imamasi paslaugų integracijos veiksmų visais lygmenimis (Curry, Ham, 2010). Pastangos integruoti priežiūrą sistemos lygmeniu turi būti susietos su iniciatyvomis mezo lygmeniu (tam tikroms slaugos grupėms ir populiacijoms) ir mikro lygmeniu (atskiriems paslaugų vartotojams ir globėjams), tuo pačiu sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos iniciatyvų plėtojimas mezo ir mikro lygmenyse priklauso nuo sveikatos priežiūros sistemos ypatybių makro lygmeniu (Curry, Ham, 2010).

PSO Europos regiono biuras (WHO Regional Office for Europe, 2016) išskiria ir priežiūros paslaugų integracijos laikotarpį, kai integruota priežiūra gali būti trumpalaikė, nukreipta į tam tikrą specifinį priežiūros periodą, pvz., hospitalizacija ir po jos einančios priežiūros paslaugos dėl ūmios sveikatos būklės atstatymo arba ilgalaikė, teikiama visą gyvenimą, pvz., organizuojama ir teikiama pacientams, sergantiems lė-

tinėmis ligomis. Įvairios integruotos priežiūros formos dažnai apibūdinamos kaip sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų vientisumas – kontinuumas (Ahgren, Axelson, 2005; Leutz, 1999). Integruota priežiūra gali apimti įvairius sveikatos priežiūros lygmenis, pvz. ambulatorinį ir stacionarinį lygmenį, arba apimti sveikatos ir socialinės priežiūros sritis (pvz., lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams) (Nolte, McKee, 2008). Šiuo požiūriu gali būti vertinamas sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos intensyvumas (angl. *intensity*):

- pilna integracija, kai sveikatos ir socialinės priežiūros sektoriai integruoti į naują paslaugų organizavimo ir teikimo modelį;
- dalinė integracija – sukurti neformalus ryšiai, palaikantys dviejų sektorių integraciją, siekiant pagerinti tarpusavio paslaugų koordinavimą.

Leutz (1999), vertindamas įvairias integruotas priežiūros atmainas ir integracijos lygių intensyvumą, išskiria socialinių ryši tarp esamų organizacijų, koordinavimą per socialinius tinklus, veikiančius per organizacinius vienetus, ir visišką integraciją per oficialų biudžetų ir išteklių sujungimą. Pastebėta, kad sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų strategijos, kuriose pabrėžiamas koordinavimas ir visapusiška integracija, yra visos ilgalaikės priežiūros sistemos reformos pagrindas (Kodner, 2009). Nors integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų koordinavimas dažniausiai vykdomas per paslaugų teikėjų komandų koordinavimą, visapusiška paslaugų integracija yra laikoma tinkamiausia paslaugų gavėjams, kurių poreikiai yra dideli, o integruotos priežiūros programoms įgyvendinti naudojami ištekliai naujoms naudoms ir paslaugoms apibrėžti (Ernst, Young, 2012; Leutz, 1999). Lewis su bendraautoriais (2010) pabrėžia, kad paslaugų gavėjo poreikiai gali būti patenkinti ir per mažesnę organizacinę integraciją, kai yra suteikiama daugiau individualizuotų, poreikius tenkinančių galimybių rinktis, pvz., per savivaldoje teikiamą daugiadisciplininę priežiūrą. Nepaisant to, visiškai integruotos priežiūros modeliai dažniausiai laikomi labiausiai užtikrinantys priežiūros vientisumą bei labiausiai tenkinantys visuomenės poreikius besikeičiančios demografinės ir epidemiologinės situacijos kontekste (Kodner, 2009, Shaw ir kt., 2011).

Kompleksinis integracijos dedamųjų taikymas ambulatoriniame priežiūros lygmenyje. Sveikatos sistema, pagrįsta pirmine sveikatos priežiūra, savo struktūras ir funkcijas orientuoja į teisingumo ir socialinio solidarumo vertybes bei į kiekvieno žmogaus teisę gauti aukščiausios kokybės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, o šiai sistemai palaikyti reikalingi gebėjimas teisingai ir veiksmingai reaguoti į piliečių sveikatos

poreikius, įskaitant galimybę stebėti pažangą siekiant nuolatinio tobulėjimo ir atnaujinimo; vyriausybės atsakomybė ir atskaitomybė; tvarumo; dalyvavimo; orientacijos į aukščiausius kokybės ir saugos standartus ir tarpsektorinį bendradarbiavimą (PAHO, 2011). Todėl siekiama geriau suprasti, kas yra integruotos priežiūros paslaugos ambulatoriniame lygmenyje, pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje, kurios sudedamoji dalis yra ir ambulatorinės priežiūros paslaugos pacientams namuose. Siekiama suprasti, kaip galima pasiekti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje, sutelkiant dėmesį į bendradarbiavimo procesus, kuriais grindžiama integruotos pirminės sveikatos priežiūros, sveikatos ir socialinių paslaugų, teikiamų ambulatoriniame lygmenyje, plėtra (Valentijn et al., 2013). Integruotos pirminės sveikatos priežiūros paslaugos laikomos itin svarbiu asmens sveikatos priežiūros lygiu, siekiant išlaikyti tvarias ir ekonomiškai efektyvias sveikatos priežiūros paslaugas.

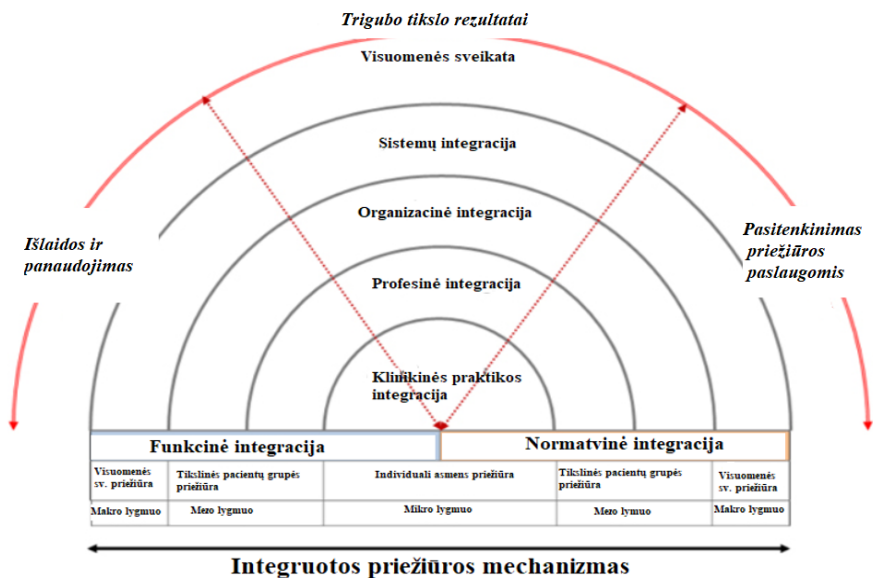
Integruota priežiūra gali būti apibūdinta kaip elgsenos sveikatos paslaugos, kurios teikiamos per pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, siekiant patenkinti bendruosius sveikatos priežiūros poreikius. Mokslininkai Curtis ir Christian (2012) išskiria keturias pagrindines priežastis, kurios gali lemti spartų integruotos priežiūros ambulatoriniame, pirminės asmens sveikatos priežiūros lygyje poreikį: sveikatos priežiūros efektyvumas, siekiant nustatyti veiksmingus gydymo būdus vyresnio amžiaus pacientams bei pažaboti augančias sveikatos priežiūros išlaidas; didėjantis pacientų, turinčių psichikos sveikatos priežiūros poreikių pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir ligoninių priėmimo skyriuose, skaičius; priklausomybes turinčių pacientų poreikis konsultuotis ne tik psichikos sveikatos klausimais, bet ir priežiūros klausimais; ir mokslinių tyrimų įrodymai dėl plataus efektyvumo integruojant pirminės asmens sveikatos priežiūros, tarp jų ir psichikos sveikatos priežiūros, paslaugas su socialinėmis paslaugomis. Integruotų paslaugų teikimo koncepcijos, vertinant bendradarbiavimo lygius, pateikiamos 5 lentelėje.

5 lentelė. Bendradarbiavimo lygiai, teikiant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas

Minimalaus bendradarbiavimo modelis	Elementaraus bendradarbiavimo – bendravimo „per atstumą“ modelis	Elementaraus bendradarbiavimo – bendravimas „vietoje“ modelis	Bendradarbiavimo – iš dalies integruotos sistemos modelis	Artimo bendradarbiavimo – pilnai integruotos sistemos modelis
Atskiros sistemos. Atskiros infrastruktūros. Retas bendravimas. Pagarbos nebuvimas ir tarpusavio bendravimo kultūros stoka. Nesupratimas vienas kitų teikiamų paslaugų. Žemas įtakos pasidalinimas.	Atskiros sistemos. Atskiros infrastruktūros. Periodiškas, kryptingas bendravimas, daugiausiai telefonu ir laiškais. Požiūris vienas į kitą kaip į išorės šaltinį. Žemas vienas kito supratimas bei nedidelis įtakos pasidalinimas.	Atskiros sistemos. Bendra infrastruktūra. Reguliarus bendravimas, kartaisakis į akį. Atsiranda nedidelis supratimas apie teikiamas paslaugas ir mažas bendrumo jausmas. Sveikatos priežiūros pusė dažniausiai turi daugiau įtakos.	Iš dalies bendros sistemos. Bendra infrastruktūra. Konsultavimasis akis į akį. Supratimas vienas kitų veiklų ir teikiamų paslaugų. Priežiūra teikiama vadovaujantis biopsichosocialiniu modeliu.	Bendros sistemos ir infrastruktūra. Pacientai ir paslaugų teikėjai turi tuos pačius lūkesčius iš komandos. Kiekvienas vadovaujasi biopsichosocialiniu modeliu. Išsamiai žino ir pripažįsta komandos narių funkcijas ir paslaugų teikimo principus. Bendradarbiavimas – senai nusistovėjusi tvarka, reguliarus ir sklandus bendravimas. Sprendimai priimami atsižvelgiant į situaciją.
Paslaugos teikiamos lygiagrečiai: aiškus darbo pasidalinimas neliciant kito darbo sferos.	Neformalios konsultacijos: vienas profesionalas konsultuoja kitą, bet dažniausiai nebendruoja su pacientu.	Formalios konsultacijos: profesionalas tiesiogiai bendruoja su pacientu, bet tik konsultacijos metu.	Bendradarbiavimas priežiūroje: pacientą prižiūri komanda ir paslaugų teikėjai gali bendrauti su pacientu ar šeima kartu.	Tinklinis bendradarbiavimas: į paslaugų teikėjų komandą įtraukiama šeima, kiti priežiūros specialistai, mokytojai bei bendruomenės ištekčiai.
Paslaugų teikėjų požiūris „Niekas nežino mano vardo“.	Paslaugų teikėjų požiūris „Aš padedu tavo pacientui“.	Paslaugų teikėjų požiūris „Aš esu tavo konsultantas“.	Paslaugų teikėjų požiūris „Mes esame komanda ir prižiūrime mūsų pacientus“.	Paslaugų teikėjų požiūris: „Kartu mes taip pat mokome kaip būti komandoje teikiant paslaugas pacientui ir tuo pačiu formuojame priežiūros sistemą“.

Šaltinis: sudaryta autorės pagal Curtis, Christian, 2012.

Mauer (2009) pateikė keturių kvadratų priežiūros paslaugų modelį, nurodantį, kokių rūšių paslaugos reikalingos patenkinti pacientų poreikius skirtingoje sveikatos priežiūros aplinkoje. Mokslininko aprašytame modelyje pateikiama dialogo tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų esmė, kuri padeda atsakyti į klausimą, kur dėmesys turėtų būti kreipiamas, teikiant pacientui būtinas paslaugas. Šis modelis sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams padeda organizuoti priežiūrą ir kartu bendruomenėje spręsti sveikatos priežiūros problemas: I. pacientui, kuris turi nežymių sveikatos ir psichikos sveikatos sutrikimų, teikiamos šeimos gydytojo komandos paslaugos; II. pacientui, kuris turi elgsenos sutrikimų, bet nesiskundžia fizinės sveikatos problemomis, priežiūros poreikius geriausiai tenkinta psichikos sveikatos specialistai, kurių komandą papildo atvejo vadybininkai, socialiniai darbuotojai, slaugytojai; III. pacientams, kurie neturi ypatingų psichikos sveikatos sutrikimų, tačiau jiems reikalinga specifinė pagalba, priežiūros paslaugos organizuojamos per pirminę asmens sveikatos priežiūros grandį, teikiamos priežiūros paslaugos pacientams namuose, o paslaugas koordinuoja atvejo vadybininkas; IV. pacientams, turintiems rimtų psichinės sveikatos ir fizinės sveikatos problemų, teikiamos priežiūros paslaugos, kurios reikalauja aukšto lygio paslaugų koordinavimo ir specialistų bendradarbiavimo. Toks integruotų paslaugų koordinavimas ir teikimas leidžia sutelkti ir panaudoti vidinius sveikatos priežiūros įstaigų išteklius darbui su pacientais, turinčiais sudėtingų priežiūros ir gydymo poreikių. Curtis ir Christian (2012) pabrėžia, kad svarbu, jog paslaugos būtų orientuojamos individualiai tenkinti konkretaus asmens poreikius.



3 pav. Skėtinis integruotos priežiūros „Vaivorykštės modelis“

Šaltinis: P. P. Valentijn (2016).

Valentijn (2016), remdamasis teorinėmis integruotos priežiūros ir pirminės sveikatos priežiūros prielaidomis, pasiūlė skėtinį „Vaivorykštės modelį“ (*angl. Rainbow Model of integrated care*), padedantį suvokti sudėtingą ir daugiamačią integruotos priežiūros pobūdį (3 pav.). Šis modelis išskiria du pagrindinius pirminės sveikatos priežiūros principus, orientuotus į asmens priežiūros poreikį ir visuomenės sveikatos priežiūrą, ir šešias integruotos priežiūros sritis: klinikinę, profesinę, organizacinę, sistemine, funkcinę ir normatyvinę paslaugų integraciją (Valentijn, 2016; Valentijn et. al. 2013). Modelyje priežiūros lygius tarpusavyje sieja klinikinė integracija mikro lygmeniu, profesinė ir organizacinė integracija mezo lygmeniu ir sistemos integracijos makro lygmeniu. Funkcinė ir normatyvinė integracija susieja šiuos lygius tarpusavyje. „Vaivorykštės modelyje“ integruota priežiūra organizuojama ir teikiama įvairiais priežiūros sistemos lygmenimis, užtikrinant nuolatinį, visapusišką ir koordinuotą paslaugų teikimą asmenims ir tikslinėms gyventojų grupėms. Integruotai organizuojamomis priežiūros paslaugomis siekiama 3 tikslų: visuomenės sveikatos rodiklių, efektyvaus skiriamų išteklių panaudojimo bei visuomenės pasitenkinimo teikiamomis priežiūros paslaugomis (Valentijn, 2016; Valentijn et. al. 2013).

Mokslininkai teigia, kad skėtinis integruotos priežiūros „Vaivorykštės modelis“ padeda suvokti skirtingų dimensijų integracijos santykį integruotoje priežiūroje, kai būtinas platus požiūris į tai, kas yra integruota priežiūra ir kokių veiksmų turėtų būti imamasi, norint pertvarkyti sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugas žmonių poreikiams (Mečėjienė, 2020). Atkreipiamas dėmesys, kad šio modelio principais naudojosi ir Europos ekspertai integruotos priežiūros vertinimui, siekdami sukurti integruotos priežiūros brandos vertinimo modelį (Report by the Expert Group on Health Systems, 2017; EC Action Group, 2013). Išskiriami veiksniai, kurie būtini efektyviam integruotos priežiūros sistemos planavimui ir įgyvendinimui: politinės paramos ir įsipareigojimo įteisinimas (strategija, nacionaliniai teisės aktai); tvarus valdymo mechanizmas nacionaliniu, regioniniu ir paslaugų teikėjų lygmenimis; suinteresuotųjų pusių įsitraukimas į integruotos priežiūros komponentus; užtikrinta efektyvi komunikacija, pasitikėjimas tarp dalyvių, bendradarbiavimo mechanizmų užtikrinimas. Teigiama, kad priežiūros paslaugų integracijai būtina atlikti organizacinius pokyčius, siekiant užtikrinti tinkamą išteklių paskirstymą priežiūros struktūroje, lanksčiai reaguoti į besikeičiančius poreikius. Taip pat pabrėžiamas finansavimo mechanizmas, informacinės sistemos infrastruktūra, užtikrinanti informacijos apie paciento priežiūros procesus prieinamumą paslaugų teikėjams, bei integruotos priežiūros vertinimo sistema. Akcentuojamas lyderystės ir bendradarbiavimo mechanizmų išgryninimas, norint veiksmingai valdyti integruotų priežiūros sprendimų diegimą. Atkreipiamas dėmesys į kompetencijų ugdymą, perskirstant suinteresuotųjų pusių vaidmenis. Siekiant patenkinti individualius poreikius, pabrėžiamas paciento aktyvus įtraukimas į priežiūros procesą. Ekspertai, vadovaudamiesi „Vaivorykštės modeliu“, nurodo, kad vertinant integruotos priežiūros efektyvumą, reikia atsižvelgti į tikslus, kurių įgyvendinimui yra integruojamos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos, bei įvertinti integruotų priežiūros sistemos veiksmingumą skirtingais lygmenimis: mikro lygmenyje (individualią paciento priežiūrą, tenkinant individualius priežiūros tikslus), mezo (vertinant organizavimo mechanizmus) ir makro (vertinant politinį, sisteminių lygmenį, užtikrinantį nuoseklų paslaugų vystymąsi ir finansavimą) lygmenyje (Report by the Expert Group on Health Systems, 2017).

1.4. Integruotos priežiūros modeliai ir inovacijos

Leichsenring (2004), vertindamas integruotų sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugų kūrimą vyresnio amžiaus žmonėms Europoje, nurodo, kad integruotos ilgalaikės priežiūros sistemos Europoje per pastaruosius 50 metų vystėsi laipsniškai, o bendrą vystymosi modelį apibūdino kaip „institucionalizavimo“ modelį, kurį vėliau papildė bendruomenės priežiūros paslaugos ir atsirandanti kitų paslaugų diferenciacija. Autorius pabrėžia, kad šiaurės šalys integruotas ilgalaikės priežiūros paslaugas apibrėžė jau šeštajame dešimtmetyje kaip neatsiejamą gerovės ir sveikatos sistemos dalį, Pietų Europoje tokios paslaugos tapo aktualiomis tik praėjusio amžiaus devintajame dešimtmetyje. Crocker su bendraautoriais (2020) nurodo, kad pertvarkyti sveikatos ir socialinės priežiūros teikimo sistemą reikalinga, siekiant išspręsti didėjančią spaudimą dėl finansavimo priežiūros paslaugoms didėjimo bei patenkinti didėjančių sudėtingų priežiūros paslaugos poreikį.

6 lentelė. *Integruotų priežiūros modelių pagrindiniai komponentai*

Integruotos priežiūros elementai	Paslaugų koordinavimas	Visapusiška paslaugų integracija
Ryšys su sveikatos priežiūros sistema	Įterpiamas į paslaugų teikimą	Įtraukiama į paslaugų teikimą
Paslaugų koordinavimas	Svarbus kiekviename lygmenyje (politiniame, valdymo, klinikiniam darbe)	Svarbus tik klinikiniam darbe
Atvejo vadyba	Pagrindinis elementas koordinuojant įvairių paslaugų teikėjų paslaugas	Pagrindinis elementas koordinuojant multidisciplininės komandos paslaugas
„Vieningi patekimo į sistemą vartai“	Būtinai	Nebūtinai (siuntimo paslaugoms gauti procedūra)
Individualizuotas paslaugų teikimo planas	Būtinai	Būtinai
Unifikuotas būklės vertinimas	Būtinai visiems partneriams ir paslaugoms	Būtinai tik vidinei komandos komunikacijai
Kompiuterizuotos klinikinės schemas	Būtinai visiems partneriams ir paslaugoms	Tik vidinei komandos komunikacijai
Budžetas	Derybų tarp partnerių subjektas (nenustatomas konkretus budžetas)	Nustatomas konkretus budžetas, papildomas išorinių paslaugų finansavimas

Šaltinis: *parengta autorės, remiantis WHO Regional Office for Europe, 2012.*

Mokslininkai atkreipia dėmesį, kad daugelis šalių ieško sprendimų šioms iššūkiams spręsti bandydamos integruoti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas vyresnio amžiaus asmenims, sergantiems lėtinėmis ligomis, neįgaliesiems, gerinti priežiūros kokybę ir tuo pačiu spręsti priežiūros sistemai kylančius iššūkius (Czypionka et al., 2020). Integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų taikymą ir sampratą galima rasti įvairiose šalyse ir įvairiais pavadinimais, pvz. atvejo vadyba, priežiūros valdymas ir tinklų kūrimas (Gröne, Garcia-Barbero, 2001). Pastebima, kad sveikatos priežiūros srityje prasidėjus pokyčius galima įvardinti, kaip paremtus valdomos priežiūros diskursu ir visuomenės sveikatos diskursu paremtus pokyčius, kuriuose platesnis požiūris ir vis didesnis dėmesys skiriamas socialinėms paslaugoms ir socialinei integracijai, kaip į asmenį orientuotas ar sisteminis požiūris (Leichsenring, 2004; Hower et al., 2019). 6 lentelėje pateikiami apibendrinti skirtingi požiūriai į integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas.

PSO Europos regiono biuras (2016) apibendrina plačiausiai ištirtus integruotos priežiūros modelius pagal įtrauktus komponentus ir procesus jiems kurti ir įgyvendinti. Integruotos priežiūros modeliai skirstomi pagal sritis, kurioms jie yra pritaikyti spręsti, t.y., nuo modelių, sukurtų individualiai, lėtinėmis ligomis sergantiems integruotai priežiūrai, iki visuomenės sveikatos priežiūra paremtų integruotos priežiūros modelių. Platūs visuomenės sveikatos priežiūra paremti integruotos priežiūros modeliai dažniausiai apima ir siauresnių, individualiai priežiūrai pritaikytų, integruotos priežiūros modelių komponentes, pvz. įtraukia ir ligų atvejo vadybos elementus lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams bei rizikos grupėse esančių pacientų atvejo vadybos principus.

1. Individualia priežiūra paremti integruotos priežiūros modeliai

Šios grupės integruotos priežiūros modeliai nukreipti į individualią, koordinuotą priežiūrą rizikos grupėse esantiems pacientams, pacientams, sergantiems keliomis lėtinėmis ligomis, bei yra skirti pacientą slaugantiems asmenims (Bodenheimer, 2008). Individualia priežiūra paremtų integruotos priežiūros modelių pagrindinis uždavinys yra užtikrinti tinkamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir sumažinti paslaugų fragmentiškumą tarp skirtingas paslaugas teikiančių priežiūros specialistų. Tokia koordinuota priežiūra apima ne vieną priežiūros specialistų grandį, kur būtina koordinuoti veiklą tarp skirtingų sričių sveikatos priežiūros specialistų, bet ir apima tam tikrą integruotos priežiūros koncepciją, nukreiptą į priežiūrą viso gyvenimo periodu. Individualia priežiūra paremti integruotos sveikatos priežiūros modeliai skiriasi savo komponentių architektūra bei paslaugų integracijos procesu.

Atvejo vadyba – tai bendradarbiavimo principu besiremiantis procesas, apimantis bendradarbiavimą tarp paciento bei įvairių sričių priežiūros specialistų (gydytojų, slaugytojų, socialinių darbuotojų), bendravimą (įtraukiant pacientą prižiūrintį asmenį ir bendruomenės narius), teikiant priežiūros paslaugas bei efektyvų ir veiksmingą resursų koordinavimą (American Case Management Association, 2020). Pagrindiniu atvejo vadybos tikslu iškeliami koordinuota priežiūra, kurios pagrindinė siekiamybė – optimali konkretaus paciento sveikatos būklė, kuri pasiekiami, užtikrinant reikiamų paslaugų prieinamumą bei efektyvų resursų panaudojimą, paliekant prigimtinę paciento teisę apsispręsti ir rinktis. Pagrindinis atvejo vadybos principas yra užtikrinti koordinuotų priežiūros paslaugų teikimą per konkretaus paciento atvejo vadybininką (angl. *case manager*). Atvejo vadybininku gali būti asmuo, turintis tam tikrą medicininių ar kitokių išsilavinimą, taip pat atvejo vadybininku gali būti pirminės sveikatos priežiūros slaugytojas, turintis tam tikrą kvalifikaciją, ar kitos, panašios srities asmens sveikatos priežiūros specialistas (Sadler et. al, 2018; Gravelle et. al, 2007). Išskiriamos šios pagrindinės atvejo vadybos organizavimo komponentės: pabrėžti ir tikslingai atrinkti pacientai, kuriems atvejo valdybos metodas yra tiksliausias ir tinkamiausias, pvz., pacientai, sergantys keliomis lėtinėmis ligomis, pacientai, kurie dėl savo sveikatos būklės yra dažnai hospitalizuojami, ar pacientus, kuriems reikia koordinuotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų; būklės vertinimas ir individualios priežiūros planavimas; nuolatinė pacientų priežiūros kontrolė; pasikeitus paciento sveikatos būklei ar aplinkybėms, peržiūrėti ir pritaikomi priežiūros planai (Hutt et al., 2004). Atsižvelgiant į atvejo vadybos veiksmų komponentes, atvejo vadybininko pagrindinės užduotys yra įvertinti paciento ir jį prižiūrinčių asmenų (šeimoms narių, giminaičių ar pan.) poreikius, parengti individualų sveikatos priežiūros planą, atitinkamai organizuoti ir pritaikyti priežiūros procesus, stebėti priežiūros kokybę ir nuolat palaikyti ryšius su pacientu bei stebėti jo sveikatos būklės pokyčius (Sadler et al., 2018; Gravelle et al., 2007, Hutt et al., 2004). Mokslininkai Curry ir Ham (2010), pabrėždami naudingumą, teigia, kad toks atvejo vadybos metodas sumažina neplaninės hospitalizacijos ir pakartotinės hospitalizacijos dėl tos pačios sveikatos problemos skaičių bei padidina paciento pasitenkinimą gaunamomis priežiūros paslaugomis, tačiau sunkiai įrodomas tokios priežiūros ekonominis efektyvumas, kadangi paslaugos turi būti teikiamos tik tiksliai atrinktiems pacientams ir pacientų grupėms, kurioms tokia priežiūra yra tiksliausia.

Individualūs priežiūros planai – priežiūros planavimas arba individualūs priežiūros planai pagerina integruotą priežiūrą pacientams, sergantiems keliomis lėtinėmis

ligomis. Individualių priežiūros planų tikslas – sujungti retrospektyvią ir perspektyvią informaciją apie konkretaus paciento priežiūrą, įtraukti įvairius priežiūros paslaugų teikėjus, konkrečiam pacientui kuriant individualizuotus priežiūros planus, kuriuose atsižvelgiama į bendrą priežiūros procesą, aiškiai išdėstant kiekvieno paslaugos teikėjo ir paciento vaidmenį jo priežiūros procese. Tokiu planavimu siekiama visų priežiūroje dalyvaujančiųjų, tarp jų ir paciento, betarpiško įsitraukimo į priežiūros procesą, siekiant kuo geresnių, sveikatos būklę atitinkančių priežiūros rezultatų (Curry, Ham, 2010). Priežiūros koordinatorius turi įvertinti paciento būklę ir poreikius, parengti priežiūros planus, derinti ir koordinuoti multidisciplininės paslaugų teikėjų komandos veiksmus (Goodwin, Lawton-Smith, 2010). Paciento priežiūros planų, kurie apima sveikatos ir socialinio sektoriaus teikiamas paslaugas, sėkmė priklauso nuo to, kokia įtaka koordinuoti šių sektorių veiklą yra deleguota priežiūros koordinatoriui (Goodwin et al. 2013).

Mokslininkai atkreipia dėmesį, kad kuriant ir įgyvendinant individualius priežiūros planus turi būti aiškiai apibrėžti tokiu planu siektini rezultatai bei planų įgyvendinimo įvertinimas (Goodwin et al., 2014). Panašiai kaip ir atvejų vadyboje, tokie individualūs priežiūros planai yra brangiai kainuojantys bei reikalaujantys didelių investicijų į multidisciplininę paslaugų teikėjų komandą (Goodwin et al., 2014). Atvejų vadybos ir individualių priežiūros planų modelių palyginimas, pateikiamas 7 lentelėje. Dėl šios priežasties jiems reikia aiškių tinkamumo kriterijų ir kruopščios paslaugų gavėjų atrankos. Kuriant individualius priežiūros planus svarbu, kad pacientas ir jį prižiūrintis asmuo ar asmenys (šeimos nariai, artimieji ar pan.) turėtų galimybę susipažinti su planu bei galėtų jį suprasti (Curry, Ham, 2010). Be to, priežiūros planai turėtų būti dinamiški, nuolatos koreguojami, atsižvelgiant į paciento ir jį prižiūrinčių asmenų poreikius, atliekant periodinius paciento sveikatos būklės ir poreikio vertinimus. Atkreiptinas dėmesys, kad tokie individualiai priežiūrai ypatingai svarbus informacinių technologijų naudojimas, kai prie konkretaus priežiūros plano kūrimo ir adaptavimo paciento poreikiams gali prisidėti kiekvienas multidisciplininės priežiūros komandos specialistas, pacientas bei juo besirūpinantys asmenys (Goodwin et al., 2004).

7 lentelė. Atvejo vadybos ir individualių priežiūros planų modelių palyginimas

Atvejo vadybos modelis	Individualių priežiūros planų modelis
Apibrėžti ir tikslingai atrinkti atvejai, pvz. pacientai, sergantys keliomis lėtinėmis ligomis, kuriems reikia koordinuotų priežiūros paslaugų	Individualūs priežiūros planai pacientams, sergantiems keliomis lėtinėmis ligomis
Būklės vertinimas ir individualios priežiūros planavimas	Individualizuoti, tikslingi priežiūros planai
Nuolatinė pacientų ir jų priežiūros kontrolė	Bendras priežiūros procesas, aiškiai išdėstant kiekvieno paslaugos teikėjo ir paciento vaidmenį procese
Pasikeitus paciento sveikatos būklei ar aplinkybėms, peržiūrimi ir pritaikomi priežiūros planai	Priežiūros koordinatorius vertina paciento būklę ir poreikius, parengia priežiūros planus, derina ir koordinuoja multidisciplininę komandą
<i>Sumažina neplaninės hospitalizacijos ir pakartotinės hospitalizacijos skaičių</i>	
<i>Padidina paciento pasitenkinimą gaunamomis priežiūros paslaugomis</i>	
<i>Sunkiai įrodomas tokios priežiūros ekonominis efektyvumas, kadangi paslaugos turi būti teikiamos tik tiksliai atrinktiems pacientams ir pacientų grupėms</i>	<i>Individualūs priežiūros planai yra brangiai kainuojantys bei reikalaujantys didelių investicijų į multidisciplininę paslaugų teikėjų komandą. Dėl šios priežasties jiems reikia aiškių tinkamumo kriterijų ir kruopščios paslaugų gavėjų atrankos</i>

Šaltinis: parengta autorės, remiantis WHO Regional Office for Europe, 2016.

Į paciento poreikius orientuotos sveikatos priežiūros įstaigos modelio (angl. „Patient-centred medical home“) sąvoka atsirado JAV kaip modelis, kuris transformavo organizacinę pirminę asmens sveikatos priežiūros struktūrą bei perorganizavo šios grandies paslaugų teikimą (John et al., 2018). Šio modelio atsiradimą įtakojo menkas pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, šių paslaugų fragmentiškumas, sudėtingas paslaugų pasiekiamumas pacientui sistemos viduje (apsunkinta paciento „kelionė“ sveikatos priežiūros sistemoje), augančios priežiūros išlaidos. Į paciento poreikius orientuotos sveikatos priežiūros įstaigos modelio principas yra šeimos gydytojo institucija paremta, grupinė specialistų praktika, kuri gali užtikrinti savalaikį priežiūros prieinamumą, priežiūros tęstinumą, visapusiškas ir koordinuotas priežiūros paslaugas, nukreiptas į šeimą ir bendruomenę. Šis modelis remiasi holistiniu požiūriu į pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis bei daugiau nei dviem lėtinėmis ligomis, priežiūrą bei šių paslaugų koordinavimą, siūlant alternatyvų individualų pirminės sveikatos

priežiūros modelį, kuriame pacientai yra priskiriami konkrečiai pirminei asmens sveikatos priežiūros įstaigai ir konkrečiam šeimos gydytojui (Curry ir Ham, 2010). Į paciento poreikius orientuotos sveikatos priežiūros įstaigos modelis nėra tradicinis asmens sveikatos priežiūros modelis, kuriame svarbiausia išgydyti tam tikrus ligos sukeltus simptomus ar pačią ligą, kadangi šis modelis apima įvairiapusių paslaugų organizavimo ir teikimo funkcijas (John et al. 2018). Pagrindiniais šio modelio požymiais yra laikomi paslaugų įvairiapusiųškumas, paciento poreikius tenkinančios paslaugos, paslaugų koordinavimas, paslaugų prieinamumas, kokybė ir saugumas (John et al. 2018) (modelis pateikiamas 4 paveiksle).



4 pav. Į paciento poreikius orientuotos sveikatos priežiūros įstaigos modelis

Šaltinis: WHO Regional Office for Europe. 2016

Į paciento poreikius orientuotos sveikatos priežiūros įstaigos modelio išskirtinis bruožas yra tai, kad ji siūlo labiau individualizuotą priežiūrą, priskiriant pacientą konkrečioms pirminės sveikatos priežiūros specialistams, taip užtikrinant paciento žinojimą, kas yra atsakingas už jo sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą ir

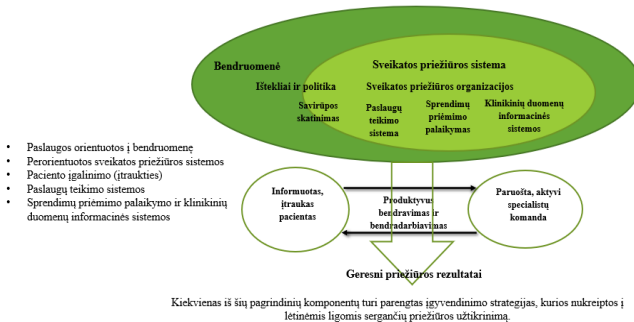
teikimą, iš kitos pusės paslaugos teikėjas žino savo pacientus, už kurių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą yra atsakingas būtent jis (John et al. 2018). Į paciento poreikius orientuotos sveikatos priežiūros įstaigos modelis suprantamas kaip „atverti paslaugų, skirtų pacientams, vartai“ (angl. „*gate-opener to care*“), ne siekiant valdyti arba apriboti paslaugų prieinamumą, bet nukreipiant ir koordinuojant žmones (tiek pacientus, tiek paslaugų teikėjus) tinkamiausioms priežiūros paslaugoms (WHO Regional Office for Europe, 2016). Šiame modelyje dauguma priežiūros paslaugų perduota pirminėje asmens sveikatos priežiūroje dirbančioms multidisciplininėms specialistų komandoms, tačiau esant specializuotos pagalbos poreikiui, šios paslaugos organizuojamos ir įsigyjamos paciento vardu per pirmines sveikatos priežiūros komandos nustatytą poreikį (Curry, Ham, 2010). Modelis grindžiamas bendros atsakomybės už paciento sveikatą principu, kurį užtikrina nuoseklus paslaugų finansavimo mechanizmas, paslaugų teikėjams mokant už pacientui suteiktas paslaugas. A. P. Schram (2010) teigia, kad į paciento poreikius orientuotos sveikatos priežiūros įstaigos modelio taikymas pacientų priežiūrai leido 20 proc. sumažinti hospitalizacijos atvejų ir 12 proc. sumažinti pakartotinės hospitalizacijos dėl tos pačios sveikatos problemos atvejų skaičių. Tačiau D. R. Rittenhouse su bendraautorais (2009), vertindami šį modelį, atkreipia dėmesį, kad fragmentuotoje sveikatos priežiūros sistemoje, šiame modelyje taikoma priežiūros paslaugų integracija tarp paslaugų teikėjų gali ir neįvykti, nebent būtų taikomas ypatingas tokių paslaugų finansavimo modelis, skatinantis integraciją.

Asmens sveikatos biudžeto modelis – asmens sveikatos biudžeto modelis paremtas idėja, kad priežiūros paslaugų koordinavimą geriausiai gali žinoti pats pacientas, pasirinkdamas jam reikiamas priežiūros paslaugas. Asmens sveikatos biudžeto modelyje pacientui skiriama didesnė autonomija, organizuojant jam būtinas priežiūros paslaugas. Šio modelio principas buvo ištirtas pilotiniuose projektuose Didžiojoje Britanijoje, organizuojant ir teikiant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams (Alakeson, 2008). Šiuo metu asmens sveikatos biudžeto modelio principai yra įgyvendinami Austrijoje, Vokietijoje, Olandijoje bei Norvegijoje (Curry, Ham, 2010; Leichsenring, 2004). Šio modelio centre yra pacientas, kuris valdo lėšas, skiriamas jo priežiūrai, veikdami kaip savo biudžeto valdytojai, pacientai gali geriau koordinuoti jų poreikius atitinkančias priežiūros paslaugas, įsigydami jiems būtinas paslaugas iš tam tikrų paslaugų (Glasby, Littlechild, 2016). Tokie paciento biudžetai (tikri ar virtualūs) gali būti naudojami ne tik paslaugų pirkimui, bet ir šeimos narių bei globėjų palaikymui (Curry, Ham, 2010). Lyginant asmens sveikatos

biudžeto modelį su įprastais priežiūros modeliais, nustatyta, kad taikant šį paslaugų finansavimo ir organizavimo modelį, jaunesni neįgalūs pacientai jaučia didesnę pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis, kadangi patys gali rinktis (Glasby, Littlechild, 2016). Tačiau pastebima, kad šiuo modeliu pacientui ir jo šeimos nariams ar globėjui uždedama didelė administracinė našta bei įvairios paslaugų organizavimo rizikos, kurių valdymas reikalauja tam tikrų specifinių paciento žinių, o paslaugų kokybė ir paslaugų apimtis negali būti palikta vien paciento ar globėjo vertinimui (WHO Regional Office for Europe, 2016).

2. Tam tikroms grupėms asmenų skirti integruotos priežiūros modeliai

Lėtinėmis ligomis sergančiųjų integruotos priežiūros modelis yra vienas iš geriausiai žinomų ir plačiausiai naudojamų integruotos priežiūros modelių (WHO Regional Office for Europe, 2016). Šis integruotos priežiūros modelis apima visokeriopų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo sistemą, siekiant pagerinti ligonių, sergančių lėtinėmis ligomis, priežiūros rezultatus. Lėtinėmis ligomis sergančiųjų integruotos priežiūros modeliu siūloma sveikatos priežiūrą perorientuoti nuo ūminės, epizodinės ir vienkartinės priežiūros prie integruotos priežiūros, apimančios tęstinės priežiūros principus, ligų prevenciją ir bendruomenines paslaugas. Lėtinėmis ligomis sergančiųjų integruotos priežiūros modelis yra išsamios ir sistemingos mokslinės literatūros analizės rezultatas, sujungiant įrodymais pagrįstus integruotos priežiūros veiksmus ir komponentus, kurie yra plačiai aprašyti, siekiant teigiamų pacientų priežiūros rezultatų, priežiūros kokybės ir sąnaudų, skiriamų pacientų priežiūrai, taupymą (Kadu, Stolee, 2015).



5 pav. Lėtinėmis ligomis sergančiųjų integruotos priežiūros modelis

Šaltinis: parengta autorės, remiantis WHO Regional Office for Europe, 2016.

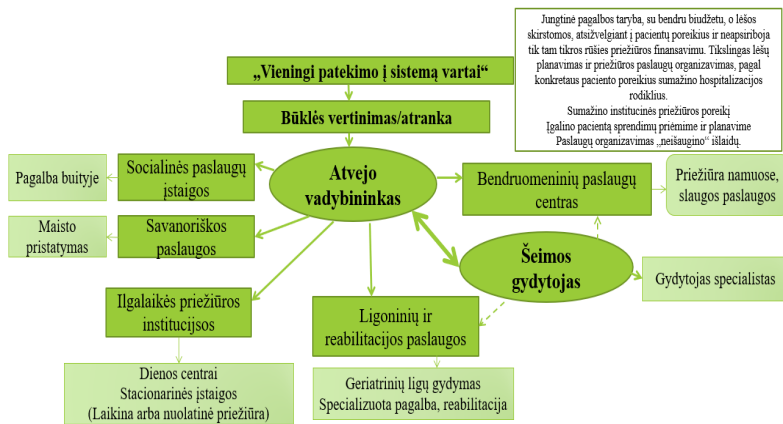
Lėtinėmis ligomis sergančiųjų integruotos priežiūros modelis susideda iš 6 pagrindinių komponentų: paslaugos orientuotos į bendruomenę, perorientuotos sveikatos priežiūros sistemos, paciento įgalinimo (įtraukties), paslaugų teikimo sistemos, sprendimų priėmimo palaikymo ir klinikinių duomenų informacinės sistemos (5 pav.). Kiekvienas iš šių pagrindinių komponentų turi parengtas įgyvendinimo strategijas, kurios nukreiptos į lėtinėmis ligomis sergančių priežiūros užtikrinimą. Pavyzdžiui, į bendruomenę orientuotų paslaugų strategija siekia suvienyti bendruomenės išteklius, siekiant patenkinti paciento poreikius per efektyvius ryšius su bendruomeninėmis organizacijomis, skatinant paciento įsitraukimą į bendruomenines programas (Barr et al. 2003). Į bendruomenę orientuotų paslaugų tikslas – tinkamai atstovauti paciento interesams sveikatos priežiūros srityje. Peržiūrėjus lėtinėmis ligomis sergančiųjų integruotos priežiūros modelio įgyvendinimo strategijas, modelis buvo papildytas keliais svarbiais komponentais: kultūrinė aplinka arba kultūrinė kompetencija, paciento saugumas, priežiūros koordinavimas, bendruomenės politika, atvejo vadyba – ir pavadintas išplėstiniu lėtinėmis ligomis sergančiųjų integruotos priežiūros modeliu (Barr et al. 2003).

Šio modelio komponentų įgyvendinimui pasirinktos įrodymais pagrįstos kombinuotos strategijos leidžia greičiau pasiekti laukiamų rezultatų bei įgalina geresnį išteklių ir patirties dalinimąsi tarp gerai informuotų pacientų, kurie aktyviai dalyvauja savo priežiūros organizavime ir teikime, bei tarp paslaugų teikėjų. Lėtinėmis ligomis sergančiųjų integruotos priežiūros modelio sėkmę lemia aktyvi, dvikryptė multidisciplininės paslaugų teikėjų komandos narių tarpusavio komunikacija bei tęstinė, palankioji paciento priežiūra, skatinanti paciento savirūpą (Reynolds et al., 2018). Tačiau mokslininkai pastebi, kad nors ir šio modelio komponentai padeda pasiekti geresnių paciento priežiūros rezultatų ir padidina paciento pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis, šio modelio ekonominis naudingumas gali būti grindžiamas tik per jo taikymą laiko perspektyvoje (Coleman et al., 2009).

PSO (WHO, 2002), sujungusi šio modelio elementus, pasiūlė inovatyvų lėtinėmis ligomis sergančiųjų priežiūros modelį. Šio išplėstinio lėtinėmis ligomis sergančiųjų priežiūros modelio komponentai orientuoti į veiksnius, turinčius įtakos sveikatai, daugiausiai dėmesio skiriant koordinuotoms intervencijoms į įvairias priežiūros sritis, skirtinguose lygiuose teikiamoms skirtingų institucijų. Akcentuojami išplėstiniai integruoti veiksmai, apimantys nuo klinikinių atvejų iki sveikos gyvensenos skatinimo, ligų prevencijos, profilaktinių programų vykdymo ir ankstyvos diagnostikos, diagnozuotų

atvejų valdymo, rehabilitacijos ir paliatyviosios pagalbos (WHO Regional Office for Europe, 2016).

Integruotos priežiūros paslaugų senyvo amžiaus ir neįgaliems asmenims modelis, kuriam priskiriama dar viena konkrečių paslaugų organizavimo iniciatyvų grupė. Ši integruotų sveikatos priežiūros modelių grupė išskiriama dėl ypatingo specifinių paslaugų poreikio, kurį lemia savitų sveikatos priežiūros bei socialinių paslaugų integravimas (Hébert et al., 2003). Kanadoje taikomas „PRISMA“ modelis, kurio tikslas integruoti ir koordinuoti įgyvendinti kelių paslaugų teikėjų teikiamas paslaugas bendruomenėje, gyventojams, turintiems vidutinio sunkumo ir sunkių sveikatos sutrikimų (pvz. socialinės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugas) (Ham et al., 2008). „PRISMA“ modelio pagrindinis uždavinys – kiek įmanoma ilgiau išsaugoti asmenų funkcinį ir fizinį savarankiškumą. Modelis remiasi šiais pagrindiniais principais: vieningu patekimo į sistemą keliu („vieningi patekimo į sistemą vartai“, angl. „single point of entry“) ir koordinuotu įvairių paslaugų teikėjų tinklu (6 paveikslas), o paslaugų koordinavimo pagrindiniai komponentai yra atvejo vadyba ir informacijos apie paciento sveikatos duomenis ir teikiamas paslaugas naudojimas (Curry, Ham, 2010).



6 pav. Integruotos priežiūros paslaugų senyvo amžiaus ir neįgaliems asmenims „PRISMA“ modelis

Šaltinis: parengta autorės, remiantis WHO Regional Office for Europe, 2016.

Vadovaujantis šiuo modeliu, integracija pasiekama įsteigus bendrą, jungtinę sveikatos ir socialinės rūpybos tarybą, kurios veikla apibrėžiama paslaugų organizavimo ir teikimo strategijomis, išteklių paskirstymu paslaugų teikėjų tinklui ir vadovauja paslaugų teikėjų grupėms. Hébert su bendraautoriais (2010), atlikęs šio modelio povei-

kio vertinimą, nustatė, kad taip organizuojamos ir teikiamos paslaugos padeda išsaugoti asmenų funkcinę ir fizinę nepriklausomybę, padidina pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis, sumažina pakartotinės hospitalizacijos dėl tos pačios sveikatos problemos skaičių bei sumažina artimiesiems (šeimos nariams, giminėms), prižiūrintiems pacientą, tenkančią paciento priežiūros našta.

Remiantis „PRISMA“ modelio koncepcija, Pietryčių Anglijoje, Devono grafystėje esančiame Torbėjaus mieste bei Italijos keliuose savivaldybėse (WHO Regional Office for Europe, 2016), siekiant sumažinti paslaugų fragmentiškumą vyresnio amžiaus gyventojams, buvo sukurtos penkios integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikėjų komandos, kurių veikla organizuota teritoriniu principu ir derinama su šeimos gydytojo institucijomis, veiklą vykdančiomis tose pačiose teritorijose. Pietryčių Anglijos modelis (angl. „*Torbay Care Trust*“) skirtas vyresnio amžiaus pacientams, sergantiems keliomis lėtinėmis ligomis, kuriems reikalinga intensyvi bendruomenės vyresniųjų slaugytojų (angl. „*community matrons*“) priežiūra (Curry, Ham, 2010). Modelyje sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų koordinatoriai nuolat palaiko abipusius ryšius su paslaugų teikėjų komanda. Panašiai kaip „PRISMA“ modelis, taip ir šis modelis, veikia per jungtinę sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos tarybą, turinčią ir valdančią bendrą biudžetą, o lėšos skirstomos, atsižvelgiant į pacientų poreikius ir neapsiriboja tik tam tikros rūšies priežiūros ar paslaugų finansavimu. Tikslingas lėšų planavimas ir priežiūros paslaugų organizavimas pagal konkretaus paciento poreikius užtikrina geresnius priežiūros rezultatus, kurie vertinami pagal sutrumpėjusį hospitalizacijos laikotarpį ir sumažėjusių pakartotinės hospitalizacijos dėl tos pačios sveikatos problemos atvejų skaičiaus (Ham et al., 2003).

Tam tikromis ligomis sergančiųjų integruotos priežiūros modelius yra pritaikiusios kai kurios šalys (pvz. Švedija). Šie modeliai yra skirti asmenims, sergantiems tam tikromis lėtinėmis ligomis ar būklėmis, pvz., cukriniu diabetu, širdies ir kraujagyslių ligomis, lėtine obstrukcine plaučių liga ir bronchine astma.

Švedija pritaikė „grandininės“ (angl. „*Chains of care*“) integruotos priežiūros modelį, teisės aktų ir tarpusavio sutarčių pagrindu jungiantį pirminę asmens sveikatos priežiūros, specializuotos asmens sveikatos priežiūros, stacionarines asmens sveikatos priežiūros ir bendruomenines paslaugas teikiančias įstaigas (Åhgren, 2003).

Busse ir Blumel (2014) pristatė pirmąją integruotos priežiūros programą, skirtą spręsti priežiūros paslaugų fragmentiškumo problemoms nepakankamai koordinuotose Vokietijos sveikatos sistemos lygiuose. Mokslininkai nurodo, kad sistema buvo

įdiegta 2002 metais – ligų valdymo programa, kuri standartizavo visos šalies programas, skirtas asmenims, sergantiems lėtinėmis ligomis, finansuojama federalinės draudimo tarnybos. Ligų valdymo programa siekiama gerinti įrodymais pagrįstus priežiūros ir gydymo principus, skatinti teikti paslaugas visais priežiūros lygiais, užtikrinti pacientų galimybę savarankiškai rinktis ir valdyti paslaugų teikimą, įdiegti naujus kokybės užtikrinimo mechanizmus. Kuriant integruotos priežiūros programą, ją buvo siekiama įgyvendinti, atsižvelgiant į jau esamas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo struktūras. Programoje numatytas atskiras lėtinių ligonių finansavimo fondas bei bendra informacinė sistema, kurioje dalinamasi paciento informacija, siekiant paslaugų teikėjų bendro sprendimo priėmimo dėl tolimesnės paciento priežiūros. Programoje numatytas savanoriškas paslaugų teikėjų įsitraukimas į priežiūros tinklą, o ilgalaikės priežiūros paslaugų koordinatorius tarp paslaugų teikėjų tinklo yra šeimos gydytojas, užtikrinantis, kad gydymas ir pacientų kelias atitiktų programoje numatytas priežiūros gaires. Dalyvavimas integruotos priežiūros programoje reikalauja, kad teikėjai aktyviai dalyvautų kokybės vertinimuose ir tęstiniuose kvalifikacijos kėlimo kursuose. Nolte su bendraautoriais (2012, 2014) nustatė, kad toks ilgalaikės priežiūros organizavimo būdas Vokietijoje padidino gydymo įstaigų vaidmenį, teikiant ilgalaikes priežiūros paslaugas, ir padėjo aiškiai apibrėžti paslaugų teikėjų vaidmenį visoje sveikatos priežiūros sistemoje.

3. Visuomenės sveikatos priežiūra paremti integruotos priežiūros modeliai (pvz. Kaiser Permanente modelis) grindžiami ne gyventojų suskirstymu į tam tikras grupes, o susiję su reikiamų paslaugų poreikio vertinimu ir tam tikrų paslaugų pasiūla. Kaiser Permanente modelyje gyventojai gauna sveikatinimo ir prevencijos paslaugas, kuriomis siekiama kontroliuoti sveikatos rizikos veiksnių poveikį. Dauguma lėtinėmis ligomis sergančių pacientų gauna įvairią paramą ir priežiūros paslaugas, siekiant lėtinių ligų geresnio valdymo ir kontrolės. Sudėtingoms sveikatos būklėms taikomas ligos ir atvejo valdymas, kuris derinamas su savipagalba ir profesionalia priežiūra. Modelio sėkmę, integruojant paslaugas, lėmė požiūris į lėtinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūrą per įvairių specialistų įsitraukimą į priežiūros procesą, ne vien per pirmines ar antrines asmens sveikatos priežiūros specialistų teikiamas paslaugas. Modelyje akcentuojamos ligų prevencijos, savirūpos, ligų valdymo ir konkretaus paciento atvejo vadybos priemonės leido pasiekti gerų priežiūros rezultatų bei buvo teigiamai įvertintos visuomenėje.

Integruotos priežiūros nauda. Apibendrinant aptartus integruotos sveikatos priežiūros organizavimo ir teikimo modelius, PSO (WHO, 2015), atsižvelgdama į priežiūros procese dalyvaujančias suinteresuotąsias puses, išskiria į asmens poreikius orientuotą, integruotos sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo naudą:

- *priežiūros paslaugų gavėjams ir jų šeimos nariams* – didesnis pasitenkinimas priežiūra ir geresni santykiai bei pasitikėjimas priežiūros paslaugų teikėjais; geresnis paslaugų prieinamumas ir savalaikė priežiūra; geresnis sveikatos raštingumas ir įsitraukimas, sprendimų, susijusių su priežiūros procesu, priėmimas ir jų dalijimasis su priežiūros paslaugas teikiančiais specialistais; aktyvesnis dalyvavimas priežiūros paslaugų planavimo procese; ilgesnis savarankiškumo užtikrinimas gyvenamojoje aplinkoje bei įgalinimas savarankiškai valdyti ir kontroliuoti paslaugų teikimą; ilgalaikis sveikatos būklės stebėjimo užtikrinimas; geresnis priežiūros paslaugų koordinavimas įvairiose priežiūros srityse ir lygiuose.

- *bendruomenės nariams* – užtikrinamas geresnis priežiūros paslaugų prieinamumas, ypač atkreipiamas dėmesys į jautrias grupes; geresni sveikatos priežiūros rezultatai ir sveikatos rodikliai; sveikatos įgūdžių skatinimas, keičiant žalingą elgesį; geresni bendruomenės gebėjimai tvarkytis su krizėmis; bendruomenės sąmoningumo ugdymas; bendruomenės įsitraukimas, dalyvavimas ir įtaka priežiūros paslaugų organizavimo procese; geresni santykiai su priežiūros paslaugų teikėjais ir didesnis pasitikėjimas priežiūros paslaugomis; atstovavimas priimant sprendimus dėl sveikatos išteklių naudojimo; teisių ir pareigų išaiškinimas, siekiant visuomenės sveikatos priežiūros tikslų; priežiūros paslaugos labiau tenkina bendruomenės poreikius.

- *priežiūros paslaugų teikėjams* – padidėja pasitenkinimas darbu; perskirstytas darbo krūvis, kuris sumažina perdegimo darbe tikimybę; stiprinimas specialisto vaidmuo paslaugų teikimo procese; įgūdžių tobulinimas ir naujų įgūdžių formavimas, pvz. ugdomi komandinio darbo įgūdžiai; galimybė nuolat tobulėti.

- *sveikatos priežiūros sistemoms* – leidžia efektyviai perskirstyti turimus išteklius, perorganizuojant priežiūros paslaugų teikimą; užtikrinami teisingumo ir sveikatos prieinamumo principai visiems; geresnė pacientų sauga, sumažinus medicininės priežiūros apimtį; klaidų ir nepageidaujamų įvykių sumažėjimas; efektyvesnis profilaktikos programų vykdymas; efektyvesnis diagnostikos priemonių parinkimas; sutrumpinta hospitalizavimo trukmė, organizuojant ir teikiant koordinuotas pirmines asmens sveikatos priežiūros ir bendruomenines paslaugas; sumažintas nebūtinų sveikatos priežiūros paslaugų naudojimas, taip užtikrinant sutrumpėjusį paslaugų laukimo

laiką; sumažintas investicijų į priežiūros paslaugas dubliavimas; sumažintos bendros priežiūros išlaidos vienam gyventojui; sumažėjęs mirtingumas ir sergamumas tiek infekcinėmis, tiek neinfekcinėmis ligomis.

Mokslininkai vis dažniau pabrėžia integruotų sveikatos priežiūros paslaugų naudą, todėl daugėja iniciatyvų bandant pertvarkyti sveikatos priežiūros sistemas ar bent jau jų dalį, integruojant paslaugų teikimą taip, kad būtų tenkinami žmonių poreikiai bei pasiektas paslaugų efektyvumas, mažinantis augančius sveikatos priežiūros paslaugų kaštus.

Tačiau atkreipiamas dėmesys ir į kylančius iššūkius:

1. Finansinių, žmogiškųjų resursų, sveikatos politikos formuotojų tinkamo požiūrio trūkumas, palaikant konkrečias integruotos sveikatos priežiūros iniciatyvas. Pabrėžiama, kad integruotos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo iniciatyvos dažniausiai yra vietinio, lokalaus lygmens, inicijuojamos vietinio lygmens sveikatos priežiūros specialistų ir paslaugų teikėjų, reaguojant į specifinius tam tikros grupės žmonių (pvz., tam tikra lėtine liga sergančių pacientų) poreikius ar tam tikroje teritorijoje gyvenančių gyventojų poreikius. Pripažįstama, kad šie pokyčiai dažnai yra pažangūs, tačiau trūksta tinkamo vadovavimo ir valdymo, tinkamo politikos formuotojų požiūrio į šių iniciatyvų palaikymą ir plėtrą (WHO Regional Office for Europe, 2012).
2. Valstybėse esamos sveikatos priežiūros sistemos kliūtys, trukdančios perorganizuoti šią sistemą ir teikiamas paslaugas, orientuojantis į integruotos sveikatos ir socialinių priežiūros koncepciją. Todėl vietinio, lokalaus lygmens pokyčiai neišsprendžia visos esamos sveikatos priežiūros sistemos iškeliamų kliūčių – paslaugų fragmentacijos ir paslaugų teikimo koordinavimo stokos. G. Powell Davies ir bendraautorai (2008) teigia, kad pavienės iniciatyvos nebūtinai sukuria prielaidas ir priemones, reikalingas bendram sveikatos priežiūros sistemos pokyčiui. Paslaugų integracija visose sveikatos priežiūros sistemos grandyse įmanoma tik reformuojant visą sveikatos priežiūros sistemą, o tam reikalingas sisteminis mąstymas, pvz., pritaikant informacines technologijas, kurios leistų komunikuoti skirtingų priežiūros lygių, skirtingose vietovėse dirbantiems paslaugų teikėjams, taip pat padėtų užtikrinti sveikatos priežiūros koordinavimą ir paslaugų teikėjų bendradarbiavimą.
3. Pateikiamos prieštaringos nuomonės dėl reformų finansavimo galimybių, dažniausiai siūlant ir vertinant trumpalaikes investicijas į sveikatos priežiūros pas-

laugų integravimo procesą, neįvertinant ilgalaikio integruotų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo ekonominio efektyvumo (WHO Regional Office for Europe, 2012).

Nepaisant kylančių iššūkių perorientuojant sveikatos priežiūros sistemas, Europos regiono šalys organizuoja šiuolaikinį požiūrį atitinkančias integruotas sveikatos priežiūros paslaugas. Šių pastangų kryptys pateikiamos 8 lentelėje. Dažniausiai tai konkrečios šalies iniciatyva ar pastangos stiprinti sveikatos sistemą, pertvarkant stacionarinės priežiūros grandies ir pirminės sveikatos priežiūros veiklą. 1 priede pateikiamos kai kurių Europos regiono šalių patirtys organizuojant ir teikiant integruotas sveikatos priežiūros paslaugas ilgalaikės priežiūros perspektyvoje.

Vertinant ES šalių iniciatyvas integruoti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas vyresnio amžiaus asmenims, Europos socialinės gerovės politikos ir tyrimų centras įgyvendino projektą „Integruotos sveikatos ir socialinės priežiūros teikimas vyresnio amžiaus žmonėms – problemos ir sprendimai“ (Leichsenring, 2004; Leichsenring et al. 2004), kurio tikslas buvo nustatyti atrinktų ES šalių (Austrijos, Danijos, Suomijos, Prancūzijos, Vokietijos, Graikijos, Italijos, Nyderlandų, Didžiosios Britanijos) skirtingus požiūrius į integraciją, taip pat struktūrinius, organizacinius, ekonominius ir socialinius-kultūrinius veiksnius, kurie įtakoja integruotų ir tvarių priežiūros sistemų, orientuotų į vyresnio amžiaus asmenų priežiūros paslaugų organizavimą, vystymą. Atsižvelgiant į sveikatos ir socialinės priežiūros sistemų struktūrą, sudėtinga apibendrinti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų reformų procesus, kadangi skirtingose šalyse yra skirtingos vizijos, strategijos ir politikos kryptys, kuriančios bendrą sveikatos ir socialinės priežiūros kultūrą.

8 lentelė. Integruotos sveikatos priežiūros reformų kryptys

Naujos sveikatos vadybos technologijos	Sveikatos politikos formavimo / sprendimų priėmimo inovacijos	Informacinių sistemų plėtra	„Savirūpos“ skatinimas
<ul style="list-style-type: none"> ✓ paslaugų planavimas, ✓ paslaugų teikėjų vaidmenų persikirstymas, ✓ bendradarbiavimas ir veiksmų koordinavimas, ✓ lyderystės išgryninimas, ✓ naujų paslaugų organizavimas, ✓ nuolatinis paslaugų vertinimas – stebėsenos ir vertinimo sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ politinė parama, ✓ suinteresuotųjų pusių įtraukimas, ✓ tvarus valdymo mechanizmas, ✓ tvarus finansavimo mechanizmas, ✓ įrodymais pagrįstos, standartizuotos priežiūros teikimas, ✓ standartizuotas specialistų ugdymas – vadybinės kompetencijos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ paslaugų teikimo priminimo Sistema, ✓ dalijimasis klinikiniais įrašais, ✓ auditas ir atgalinis ryšys apie paslaugos teikėjo veiklą, ✓ sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų gavėjų registras, ✓ m.sveikatos diegimas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ pacientų švietimas ir mokymas, ✓ pacientą motyvuojantis konsultavimas, ✓ mokomosios šviečiamosios medžiagos platinimas, ✓ m.sveikatos ir e.sveikatos priemonių naudojimas.

Šaltinis: sudaryta autorės pagal WHO Regional Office for Europe, 2012.

Mokslininkai pastebi (Leichsenring et al. 2004), kad integruotos priežiūros vien įstatymų lygmenyje sukurti nepavyks, todėl išskyrė bendrąsias kryptis, kurios sudaro sąlygas integruoti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemas, siekiant pagerinti priežiūros paslaugas senėjančioje visuomenėje:

- reformos, kuriomis siekiama integruoti sveikatos ir rūpybos paslaugas, turėtų būti pagrįstos finansavimo sistemų integravimu ir institucinių kliūčių įveikimu tarp ambulatorinės ir stacionarinės priežiūros grandies, tarp formalios ir neformalios priežiūros;
- vystomos papildančios sveikatos priežiūros paslaugos (tokios kaip geriatrinės paslaugos), įtraukiant įvairius priežiūros profesionalus, užtikrinant jų bendradarbiavimo skatinimą, ir paslaugų kokybės bei efektyvumo vertinimas, turėtų tapti integruotos priežiūros sistemos modernizavimo dalimi;
- integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo mechanizmas turi skatinti paslaugos gavėjų dalyvavimą priežiūros procese, siekiant užtikrinti paslau-

gos gavėjo įtraukimą į paslaugų teikimą ir proceso kontrolę;

- skatinti bendruomenines priežiūros iniciatyvas, kurios galėtų peržengti tradicinės priežiūros sąvoką, mobilizuojant bendruomenės išteklius gerovės paslaugoms teikti bendruomenės nariams.

- informacijos apie teikiamas integruotos priežiūros paslaugas sklaida bei priežiūros paslaugų teikėjų kompetencijų didinimas, skatinant bendradarbiavimą tarp skirtingų organizacijų.

Suter su bendraautoriais (2009), apibendrinęs įvairiose šalyse taikomus sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos modelius, nustatė bendras integruotos priežiūros naudas, kurios buvo akivaizdžios nepriklausomai nuo integracijos modelio tipo, sveikatos priežiūros konteksto ar gyventojų grupės, teigia, kad sėkmingą integraciją gali palengvinti šių veiksnių derinys: visapusiškos priežiūros paslaugos, orientavimasis į paciento poreikius, geografinė aprėptis, finansų valdymas, standartizuotas priežiūros teikimas per multidisciplininės specialistų komandas, organizacinė kultūra ir lyderystė, veiklos valdymas, bendros informacinės sistemos, valdymo struktūra, medicininių paslaugų integracija. Goodwin (2016) pabrėžia, kad integruota priežiūra geriausiai suprantama kaip konkrečios šalies strategija (vienoje taikoma integruotos priežiūros sistema, nebūtinai tiks kitoms šalims), skirta gerinti pacientų priežiūrą, kuri turi būti nukreipta į paciento poreikius, todėl svarbiausiu integruotos priežiūros elementu turėtų būti laikomas paslaugų teikimas (klinikinė praktika) ir paslaugų integracija. Atsižvelgiant į šį apibendrinimą bei į Lietuvos strateginės plėtros dokumentuose įtvirtintas nuostatas, siekiant įdiegti integruotą ilgalaikės priežiūros modelį Lietuvoje, būtina įvertinti ir pritaikyti mokslu grįstus pasiūlymus bei patirtis, siekiant integruotai teikti efektyvias sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas vyresnio amžiaus, negalią turintiems pacientams namuose.

1.5. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos problematika Lietuvoje

Vyriausybės strateginės analizės centras „Strata“ (2020), atlikęs analitinę apžvalgą, patvirtino išvadas, kad Lietuvos visuomenės senėjimo tempas auga ir artimiausius 30 metų Lietuva bus viena iš sparčiausiai senėjančių visuomenių ES. Apžvalgoje pabrėžiama, kad ilgėjanti vidutinė gyvenimo trukmė yra vienas iš pažangos ir gerovės rodiklių, jei ilgėjančio gyvenimo kokybė išlieka gera. Tačiau pastebima, kad tikėtina

vidutinė gyvenimo trukmė ilgėja sparčiau nei tikėtina sveiko gyvenimo trukmė. Lietuvoje, gyventojui sulaukus vidutinio amžiaus (50 m.), yra fiksuojamas žymus sveikatos būklės blogėjimas, tuo pačiu pastebima, kad tikėtina sveiko gyvenimo trukmė Lietuvoje mažėja. Analitinėje apžvalgoje pabrėžiama, kad vyresniame amžiuje asmenims skiriama per mažai dėmesio, ypač kalbant apie ligų prevenciją ir intervencijas emociškai būklei gerinti. Dėl šių priežasčių vyresnio amžiaus asmenys, socialinėje aplinkoje patiria vienišumo ir socialinės atskirties problemas. Ataskaitoje atkreipiamas dėmesys, kad „senėjanti Lietuvos visuomenė yra ne tik iššūkis valstybės finansams, ekonomikai, visuomenei, bet ir būtynbė keistis, prisitaikyti, ir galimybė panaudoti sukauptą patirtį ir atskleisti turimą vyresnio amžiaus žmonių potencialą“.

Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį Lietuvoje sąlygojantys veiksniai. Lietuvos pažangos strategijoje „Lietuva 2030“ nurodyta, kad pagrindiniai veiksniai, skatinantys vykdyti pokyčius Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje, yra susiję su demografiniais pokyčiais ir jų sukeliama veiksniai, tokiais, kaip vyresnio amžiaus asmenų sergamumas keliomis lėtinėmis ligomis. Plane prognozuojama, kad 2050 m. pradžioje Lietuvoje 28,5 proc. gyventojų bus vyresni nei 65 m. amžiaus grupės asmenys. Lietuvos gyventojų skaičius iki 2030 m. sumažės 7,9 proc., lyginant su 2018 m., o vyresnių nei 65 m. amžiaus grupė išaugs 19 proc., iš jų labiausiai išaugs 70-74 m. grupė (49 proc.) bei 85 m. ir vyresnių (25 proc.) (ESTEP, 2020). EBPO (2019) Lietuvos sveikatos būklės apžvalgoje ir Vyriausybės strateginės analizės centro „Strata“ (2020) apžvalgoje nurodoma, kad tikėtina gyvenimo trukmė Lietuvoje pailgėjo, bet vis dar yra viena trumpiausių ES, tuo pačiu pabrėžiama, kad vienas iš keturių vyresnių nei 65 m. amžiaus gyventojų nurodo, kad dėl sveikatos būklės sukeltų apribojimų negali užsiimti įprasta kasdiene veikla, tokia kaip apsitarnavimas buityje, dėl šių apribojimų jiems gali reikėti ilgalaikės priežiūros paslaugų. EBPO (2019) apžvalgoje atkreipiamas dėmesys, kad asmenys, sulaukę 65 m. amžiaus, net du trečdalius savo gyvenimo gali sirgti kuria nors lėtine liga ir dėl to turėti negalią. Vyriausybės strateginės analizės centro „Strata“ (2020) apžvalgoje nurodoma, kad 2018 m. moterų, vyresnių nei 65 m., sergančių lėtine liga arba turinčių ilgalaikių sveikatos sutrikimų, dalis sudarė net 80 proc., o vyrų – 70 proc., kartu pastebima, kad šioje amžiaus grupėje daugėja polisergamumo atvejų – apie 80-98 proc. vyresnio amžiaus žmonių turi daugiau nei vieną lėtinę ligą, dažniau šiame amžiuje sergama ir onkologinėmis ligomis. Lietuvos ūkio sektorių finansavimo po 2020 m. vertinimo ataskaitoje (UAB „ESTEP Vilnius“, 2019), nurodo-

ma, kad trumpesnis sveikų gyvenimo metų laikotarpis, lemiamas visuomenės senėjimo faktorių, didina ekonominę ligų naštą ir viešuosius finansus, o prastesnė gyventojų sveikata lemia gyvenimo kokybės pablogėjimą bei kuria socialinę atskirtį visuomenėje.

EBPO (2019) nurodo, kad bendrai sveikatos priežiūros sistema Lietuvos gyventojų akimis yra vertinama gerai, užtikrinamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, tačiau savo sveikatą daugelis vertino vidutiniškai arba blogai (Vyriausybės strateginės analizės centras „Strata“, 2020). Neabejojama, kad senėjančios visuomenės kontekste didėja sveikatos ir su jomis susijusių priežiūros paslaugų poreikis, o sveikatos sutrikimai ir sergamumas lėtinėmis ligomis didina sveikatos priežiūros išlaidas.

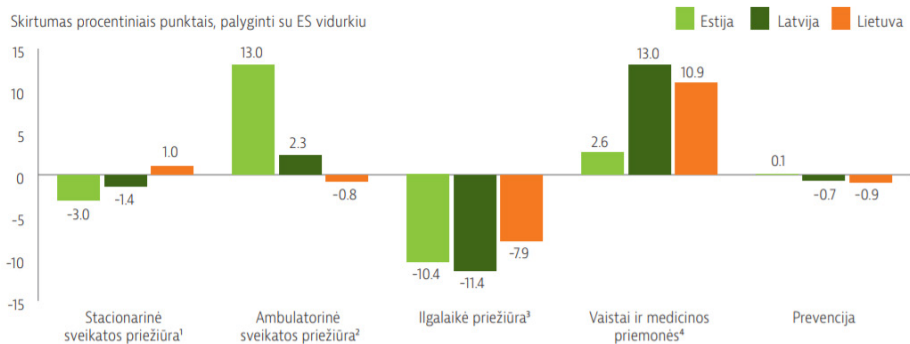
Analizuojant Lietuvos išlaidas sveikatos priežiūros funkcijoms vykdyti (9 lentelė, 2 priedas), pastebima, kad bendrai sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas auga, tačiau atkreiptinas dėmesys, kad didžiausią išlaidų dalį sudaro išlaidos skiriamos gydymui ir medicinos priemonėms. EBPO (2019) apžvalgoje nurodo, kad pagal einamųjų išlaidų sveikatai panaudojimo lygį Lietuva yra tarp žemiausių visoje ES: Lietuvoje sveikatos priežiūros išlaidos, lyginant su bendruoju vidaus produktu, 2017 m. sudarė apie 6,5 proc., o bendras ES vidurkis buvo 9,8 proc. EBPO (2019), atkreipia dėmesį į sveikatos priežiūros išteklių paskirstymą Lietuvoje, nurodoma, kad išlaidos vaistams ir medicinos priemonėms gerokai didesnės nei ES vidurkis, o ilgalaikiai sveikatos priežiūrai skiriama išteklių dalis yra per pusę mažesnė nei ES vidurkis (Lietuvoje apie 8 proc. (2 priedas), ES šalių vidurkis – 16 proc.). Vyriausybės strateginės analizės centras „Strata“ 2020 apžvalgoje atkreipia dėmesį, kad 50–64 m. amžiaus grupėje sveikatos priežiūros išlaidų dalis, tenkanti vienam gyventojui, 2,2 karto didesnė nei jaunesnio amžiaus asmenims tenkanti išlaidų dalis ir augimo tendencija išlieka 65–84 m. ir 85+ m. amžiaus grupėse, taip pat nurodoma, kad slaugos paslaugų poreikis žymiai išauga 75+ m. amžiaus grupėje. EBPO (2022) duomenimis Lietuvoje bendros išlaidos ilgalaikėms sveikatos priežiūros ir socialinėmis paslaugoms sudarė 1,1% BVP (apie 420 Eur vienam gyventojui (pakoregavus kainų lygio skirtumus), lyginant su 22 EBPO šalimis, kuriose bendros išlaidos ilgalaikėms priežiūros paslaugoms 2019 m. sudarė 1,5% BVP (apie 753 Eur vienam gyventojui, atsižvelgiant į kainų lygio skirtumus).

9 lentelė. 2017–2020 m. Lietuvos išlaidos sveikatos priežiūros funkcijoms vykdyti

reikšmė/metai * išankstiniai duomenys	2017	2018	2019	2020*
Išlaidos sveikatos priežiūros funkcijoms ir teikėjams tūkst. EUR	2 737 448,35	2 972 323,94	3 419 525,59	3 732 073,62
Sveikatos priežiūros išlaidos, lyginant su bendruoju vidaus produktu proc. funkcijoms, iš viso	6,47	6,53	7	7,54
<i>Iš jų:</i>				
Gydymas	3,25	3,41	3,67	3,86
Reabilitacija	0,19	0,19	0,2	0,16
Ilgalaikė (sveikatos) priežiūra	0,54	0,53	0,53	0,59
Pagalbinės paslaugos	0,36	0,38	0,39	0,5
Medicinos prekės	1,9	1,79	1,95	2,03
Prevencija	0,14	0,15	0,19	0,29
Valdymas, sveikatos priežiūros sistemos ir finansavimo administravimas	0,09	0,08	0,09	0,1

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas.

7 paveiksle pateikiama EBPO (2019) lėšų, skiriamų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms padengti, analizė Lietuvoje, Latvijoje, Estijoje. EBPO (2019) nurodo, kad nors šalių sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas yra panašus, Estija efektyviau vysto ambulatorinės priežiūros paslaugas, mažiau lėšų nukreipiant stacionarinei asmens sveikatos priežiūros grandžiai bei vaistams ir priemonėms. Lietuvos Higienos instituto duomenys, susiję su stacionariųjų ligonių pasiskirstymu ir vidutine gulėjimo trukme amžiaus grupėse (3 priede), parodo, kad vyresniems nei 65 m. asmenų stacionarinei priežiūrai skiriama daugiausiai resursų, vertinant lovadienių skaičių. EBPO (2019), apibendrindama Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos būklės rodiklius, teigia, kad tiek ambulatorinės, tiek stacionarinės sveikatos priežiūros kokybės rodikliai rodo, kad būtų galima iš esmės padidinti sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumą, pereinant nuo stacionarinės priežiūros prie pirminės sveikatos priežiūroje organizuojamų ir teikiamų paslaugų. Tuo pačiu pabrėžiama, kad „dėl prasto žmogiškųjų išteklių planavimo taip pat mažėja ir taip nedidelis paslaugų prieinamumas“ (EBPO, 2021).

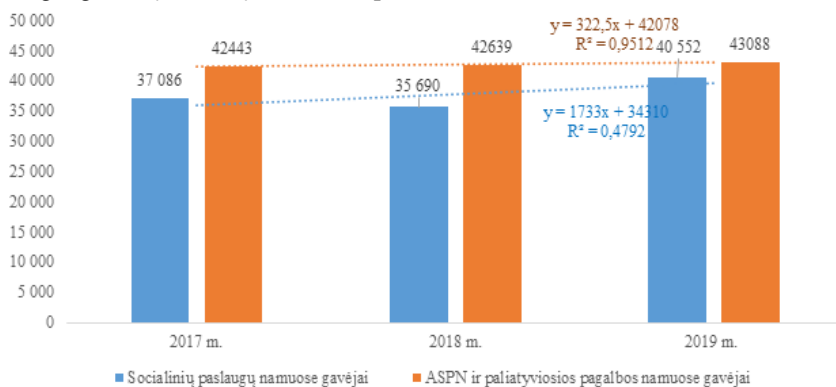


Pastaba. Administracinės išlaidos neįtraukiamos. 1. Įtraukiama gydomoji priežiūra ir reabilitacija ligoninėse ir kitose įstaigose; 2. Įtraukiama priežiūra namuose; 3. Įtraukiamas tik sveikatos komponentas; 4. Įtraukiama tik ambulatorinės priežiūros rinka.

7 pav. Išteklių paskirstymas sveikatos priežiūros paslaugoms Baltijos šalyse

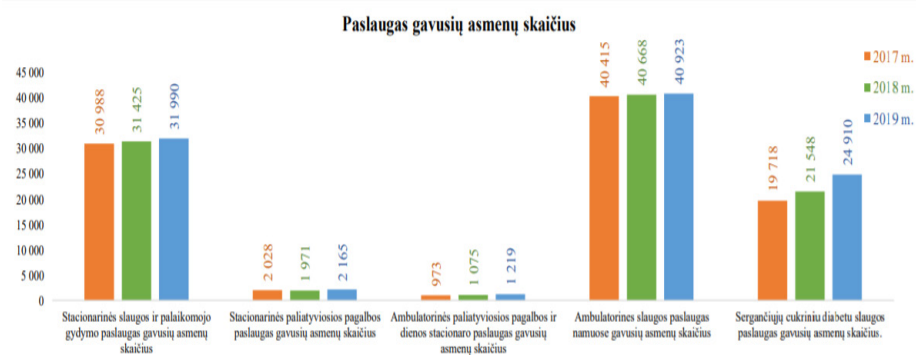
Šaltinis: EBPO, 2019.

Vertinant tikslinės integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų gavėjų skaičiaus pokytį, pritaikius tiesinės regresijos koeficientą (8 pav.), matoma, kad nuo 2017 m. tendencingai didėja ASPN ir paliatyvosios pagalbos paslaugas namuose gaunančių pacientų skaičius bei didėja, tačiau ne taip tendencingai, socialines paslaugas namuose gaunančiųjų skaičius. Didėja ir kitų ilgalaikės priežiūros paslaugų gavėjų skaičius: išaugo sergančiųjų diabetu paslaugas gaunančių asmenų skaičius, nors ir nežymiai, bet auga stacionarių paliatyvosios pagalbos, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas gavusių asmenų skaičius (9 pav.).



8 pav. Priežiūros paslaugas namuose gavusių asmenų skaičiaus pokytis 2017-2019 m.

Šaltinis: parengta autorės pagal VLK ir Lietuvos statistikos departamento duomenis.



9 pav. Ilgalaikės asmens sveikatos priežiūros paslaugas gavusių asmenų skaičiaus pokytis 2017-2019 m.

Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2019.

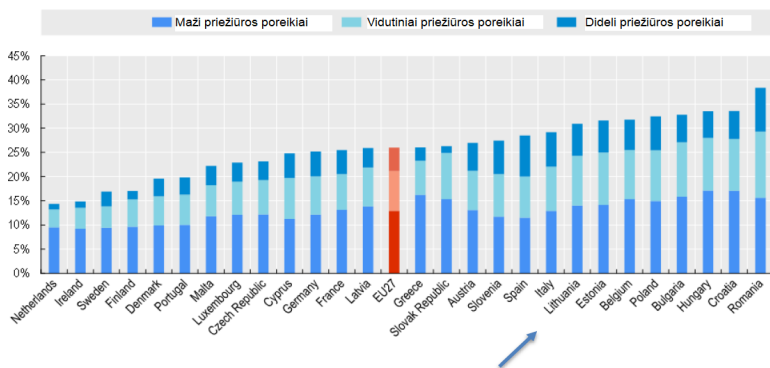
10 lentelė. Socialinių paslaugų asmens namuose gavėjų skaičiaus pokytis 2017-2020 m.

Socialinių paslaugų asmens namuose gavėjai	2017 m.	2018 m.	2019 m.	2020 m.
Senyvo amžiaus ir žmonės su negalia, iš viso	18 543	17 845	20 276	21 861
Senyvo (pensinio) amžiaus asmenys	15 074	14 616	15 461	16 265
Darbingo amžiaus asmenys su negalia	3 244	3 072	4 420	4 665
Vaikai su negalia iki 7 m. amžiaus	82	75	114	252
7–17 m. amžiaus vaikai su negalia	143	82	281	679
Iš viso:	37 086	35 690	40 552	43 722

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas.

Pastebima, kad daugėja asmenų su negalia ir senyvo amžiaus asmenų, kuriems teikiamos socialinės paslaugos namuose (10 lentelė). SAM pateiktoje informacijoje nurodoma, kad Lietuvoje 2020 m. buvo daugiau nei 96 tūkst. asmenų, kuriems NDNT nustatė specialiuosius slaugos ar priežiūros poreikius, t. y., šie asmenys, NDNT nustačius poreikius, potencialiai jau turėtų būti ASPN ir socialinių paslaugų gavėjais namuose. SADM turimais duomenimis, socialines paslaugas į namus gauna tik nedidelė asmenų dalis, kuriems NDNT yra nustačiusi specialiuosius poreikius (2012 m. – 16,5 proc., 2019 m. – 24,7 proc.).

Slaugos paslaugas į namus 2019 m. gavo apie 43,1 tūkst. gyventojų, t. y., ASPN gavo mažiau nei pusė potencialių šių paslaugų gavėjų. EBPO 2022 m. pateiktoje informacijoje nurodoma, kad 2020 m. socialines paslaugas namuose gavo apie 16 tūkst., apie 2,9 proc. visų vyresnių nei 65 m. amžiaus asmenų, o bent vieną slaugos paslaugą namuose gavusių vyresnio amžiaus asmenų buvo virš 40 tūkst. (apie 7,3 proc. visų vyresnių nei 65 m. amžiaus asmenų), tuo pačiu teigiama, kad teikiamos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos negali patenkinti augančio šių paslaugų poreikio, nes daugiau nei 30 proc. vyresnio nei 65 m. amžiaus asmenų turi įvairių priežiūros paslaugų poreikį (10 pav.).



Pop. dalis 65+	Maži priežiūros poreikiai		Vidutiniai priežiūros poreikiai		Dideli priežiūros poreikiai		Iš viso	
	%	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius	%	Skaičius
545,882	10.3% - 18.7%	56,046 - 102,300	8.1% - 12.1%	44,442 - 66,160	4.9% - 8.1%	26,733 - 44,263	23.3% - 37.4%	127,221 - 204,119

10 pav. Asmenų, turinčių įvairių priežiūros paslaugų poreikį, skaičius

Šaltinis. EBPO, 2022.

Lietuvos ūkio sektorių finansavimo po 2020 m. vertinimo ataskaitoje (UAB „ESTEP Vilnius“, 2019) pabrėžiama, kad Lietuvoje būtina gerinti lėtinių ligų, kurios kelia didelę finansinę naštą valstybei, valdymą pirminiame sveikatos priežiūros sektoriuje. Ataskaitoje nurodoma, kad ambulatoriniame lygmenyje pagerinus lėtinių ligų valdymą bus sumažintas brangių stacionarių paslaugų poreikis, o kaip išvada pateikiama rekomendacija didinti sveikatos sektoriaus veiksmingumą ir efektyvumą išnaudojant pirminės asmens sveikatos priežiūros sritį. EK sveikatos priežiūros ir ilgalaikės priežiūros sistemos fiskalinio tvarumo ataskaitoje (EC, 2019), apibendrinama oficialią Lietu-

vos sveikatos statistiką, nurodo, kad nors ir sėkmingai buvo vykdyta pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų plėtra, būtina toliau tobulinti ir geriau platinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros veiksmingumą bei efektyvumą, gerinant priežiūros paslaugų koordinavimą tarp priežiūros paslaugų teikėjų.

EK 2019 m. Lietuvos struktūrinių reformų pažangos vertinimo ataskaitoje nurodoma, kad demografinio senėjimo fone atkreipiamas dėmesys į institucinės priežiūros nepilnavertiškumą, kai dauguma paslaugų teikiama stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros ir socialinės globos įstaigose, modelis nepakankamai patenkina besikeičiančios (senstančios) visuomenės poreikius – 2014 m. 47 proc. pagyvenusių žmonių, kuriems buvo reikalinga ilgalaikė priežiūra, jos dar laukė. Ataskaitoje teigiama, kad pagyvenusių žmonių sveikatos būklė dažnai ypač prasta, todėl jiems teikiamų integruotų socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų poreikis ir toliau didės. Ataskaitoje teigiama, kad Lietuvoje pirminė asmens sveikatos priežiūra yra gerai organizuota, teikiamos modernios bendrosios praktikos ir slaugos paslaugos, tačiau reikėtų sustiprinti jos vaidmenį, koordinuojant pacientų sveikatos priežiūrą. 2021–2027 m. su sanglaudos politikos finansavimu susijusių investicijų gairėse Lietuvai nustatytos prioritetinės investicijų kryptys sveikatos priežiūros srityje daugiausiai susijusios su būtinybe gerinti sveikatos priežiūros ir ilgalaikės priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę, veiksmingumą, to siūloma pasiekti gerinant galimybę asmenims gauti sveikatos priežiūros ir ilgalaikės priežiūros paslaugas; stiprinant pirminės sveikatos priežiūros grandį bei į asmenį orientuotų paslaugų organizavimo modelį; remiant sveikatos priežiūros, ilgalaikės priežiūros ir socialinės rūpybos darbuotojų kvalifikacijos keitimą bei kėlimą ir jų išlaikymą. Šias rekomendacijas planuojama įgyvendinti, įvykdžius Ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo plane „Naujos kartos Lietuva“ numatytas priemones.

Apibendrinat darytina išvada, kad tiek ES, tiek Lietuvoje, besikeičiantys visuomenės demografiniai (senėjanti visuomenė) ir epidemiologiniai (didėjantis lėtinių susirgimų ir polisergamumo atvejų skaičius) rodikliai reikalauja naujo požiūrio į sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimą ir teikimą, siekiant sumažinti iššūkius, kylančius sveikatos priežiūros sistemai, ypatingai atkreipiant dėmesį į tai, kad senyvo amžiaus asmenims ir asmenims, sergantiems lėtinėmis ligomis, turėtų būti užtikrintas įvairiapusių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimas ambulatoriniame lygmenyje, vystant pirminę asmens sveikatos priežiūrą ir sveikatinimo veiklas, siekiant patenkinti augančius sveikatos priežiūros paslaugų poreikius. Tokiu būdu skatinant ir

kuo ilgiau išlaikant asmens savarankiškumą, pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis, tuo pačiu vystant į vyresnio amžiaus asmenų poreikius orientuotą asmens sveikatos priežiūros sistemą.

Integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo i teikimo problematika Lietuvoje. Dauguma didžiųjų Lietuvos savivaldybių (Vyriausybės strateginės analizės centras „Strata“, 2020) susiduria su senėjančios visuomenės keliais iššūkiais: lėtinėmis ligomis sergančiųjų, slaugos ir priežiūros specialiuosius poreikius turinčių, senyvo amžiaus asmenų, kuriems reikalinga kompleksinė sveikatos priežiūros ir socialinė pagalba, skaičiaus augimu, dėl to didėjančiu šeimos gydytojo institucijos apkrovimu papildoma veikla, tiesiogiai nesusijusia su sveikatos priežiūra, nuolat augančiu stacionariųjų priežiūros paslaugų, ypač slaugos ir palaikomojo gydymo, poreikiu. Keičiantis šeimos tradicijoms, pastebimas šeimos globos funkcijų silpnėjimas, kai senyvo amžiaus, neįgalūs žmonės gyvena vieni ir jiems būtina visokeriopa pagalba rūpinantis savo sveikata bei buitimi (Kontrimiene et al. 2020; Junevičienė, 2020; 2018). Demografiniai ir su jais susiję epidemiologiniai pokyčiai, emigracijos pasekmės, besikeičiančios šeimos tradicijos bei visuomenės lūkesčiai lemia gyventojų socialinio aprūpinimo, sveikatos ir socialinės priežiūros, orientuotos į asmens kompleksinių problemų sprendimą, paslaugų poreikio didėjimą (Jurkuvienė et al., 2016). Siekiant patenkinti pasikeitusius gyventojų priežiūros poreikius bei sumažinti stacionariųjų paslaugų poreikį, būtinas šiuolaikinis požiūris į integruotas, kompleksines priežiūros paslaugas, organizuojamas ambulatoriniame priežiūros lygmenyje – vystant dienos priežiūros paslaugas bei organizuojant paslaugas asmenims namuose, teikiant koordinuotas, savalaikes, nefragmentuotas sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos paslaugas, kurios skatintų asmens savarankiškumą bei kuo ilgesnį jo išlaikymą įprastoje namų aplinkoje, o pasikeitus sveikatos būklei, laiku organizuojant ir teikiant būtinas stacionarines sveikatos priežiūros ar socialinės globos paslaugas (Karlsson, Klohn, 2014).

Mokslininkai pripažįsta, kad sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugų fragmentacija Lietuvoje yra akivaizdi: trūksta bendradarbiavimo tarp šeimos gydytojo komandos narių ir socialiniame sektoriuje dirbančių socialinių darbuotojų, teikiančių paslaugas pacientams namuose (Kontrimiene et al., 2021). Šis atotrūkis ypatingai ryškus, teikiant priežiūros paslaugas demencija sergantiems vyresnio amžiaus pacientams (Kontrimiene et al., 2021). Kontrimienė su bendraautoriais (2021) nustatė, kad socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų negebėjimas bendradarbiauti, teikiant il-

galai, kompleksines priežiūros paslaugas pacientams namuose, susijęs su sisteminių, veiksmingų bendradarbiavimo metodų, abipusio formalaus bendravimo trūkumu, profesinių vaidmenų ir funkcijų neaiškumu. Autoriai nurodo, kad kelias paslaugų integracijos link nėra lengvai pasiekiami užduotis, nes dažnai bendradarbiavimas priklauso nuo asmeninių priežiūros paslaugų teikėjų savybių, o ne nuo teisės aktų reikalavimų teisingo įgyvendinimo (Kontrimiene et al., 2021). Siūloma skatinti veiksmingus, efektyvia partneryste paremtus bendradarbiavimo mechanizmus, peržengiančius formalios sveikatos ir socialines priežiūros ribas. Mokslininkai pripažįsta, kad net šeimos gydytojo komandoje, veikiančioje toje pačioje organizacijoje, menkai išvystyti komandos narių bendravimo ir bendradarbiavimo mechanizmai, o kaip pagrindinę to priežastį, nurodo komandos narių funkcijų ir vaidmenų neaiškumą bei atsakomybių neapibrėžtumą (Jaruseviciene et al., 2019). Šeimos gydytojo komandoje dirbančių slaugytojų įgalinimas priimti paciento priežiūros sprendimus yra vis dar labai apribotas praktikoje ir dažnai slaugytojai dirba kaip gydytojo padėjėjai, vykdančios tiesioginius gydytojų nurodymus, o ne kaip savarankiški specialistai (Jaruseviciene et al., 2019; Jaruseviciene et al., 2013). Nurodoma, kad komandos narių mokymas yra esminis komandos formavimo proceso komponentas, tačiau jo nepakanka (Jaruseviciene et al., 2013).

Skatinant vystyti ilgalaikę priežiūrą, integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, teikiamas pacientams namuose, Lietuvoje inicijuotos Europos socialinio fondo lėšomis finansuotos iniciatyvos – 2013 m. pradėta įgyvendinti Integralios plėtros (pagalbos) programa, kuria buvo siekiama kokybiškos integralios pagalbos (slaugos ir socialinių paslaugų) asmenims su negalia, senyvo amžiaus asmenims jų namuose bei konsultacinės pagalbos šeimos nariams, prižiūrintiems tokius asmenis. Programą įgyvendino SADM (SADM 2012 m. liepos 20 d. įsakymas Nr. A1-353 „Dėl Integralios pagalbos plėtros programos patvirtinimo“ su visais galiojančiais pakeitimais). SADM programoje numatyta bandomuosius integruotos priežiūros paslaugų projektus įgyvendinti 21 savivaldybėje, t.y., savivaldybėje sukurti mobilias slaugos ir socialinių paslaugų srities darbuotojų komandas, teikiančias slaugą ir socialines paslaugas pacientams namuose, už projektų įgyvendinimą paskirtos atsakingomis savivaldybių administracijos, paslaugų organizavimas buvo vykdomas dviem kryptimis: paslaugas organizavo socialinės paramos/pagalbos centrai arba paslaugas organizavo pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (Danusevičienė, 2016). Mokslininkai (Danusevičienė, 2016; Jurkuvienė et al., 2016) nurodo, kad tai viena pirmųjų realiai iniciatyvų, įgyvendintų valstybiniu lygiu, finansiniais ir koordinaciniais mechanizmais skatintųjų

integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą pacientams namuose. Danusevičienė (2016) be teigiamų paslaugų teikimo aspektų, tokių kaip visokeriopų priežiūros paslaugų prieinamumas pacientams namuose, išaugęs pacientų ir jų artimųjų pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis, atskleidė ir šios paslaugos organizavimo ir teikimo trūkumus mezo ir mikro lygmenyse. Danusevičienė (2016) nustatė, kad mezo lygmenyje, savivaldybėse, paslaugų koordinavimas priklausė nuo savivaldybės vizijos (nebuvo bendro organizavimo mechanizmo), sudėtingas komandos bürimo procesas ir darbuotojų kompetencijos klausimų sprendimas. Mikro lygmenyje – klinikiniame lygmenyje – susidurta su bendradarbiavimo tarp komandos narių ir priežiūros paslaugas teikiančių institucijų (PASP, slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėmis), su lyderystės klausimais, vaidmenų ir funkcijų pasiskirstymo tarp komandos narių klausimais, pacientų pritraukimo paslaugai klausimais, slaugytojų ir kineziterapeutų trūkumu ir sudėtingu pritraukimu, sudėtingu paciento keliu iki paslaugos gavimo ir apribota tikslinė paslaugos gavėjų grupė (šėimos gydytojo siuntimas, NDNT nustatyti specialieji slaugos poreikiai), sudėtingu paslaugų apmokėjimu paciento lėšomis (programoje numatytos „nemokamos“ slaugytojo paslaugos, o socialinės paslaugos apmokestinamos) (Danusevičienė, 2016). Nurodoma, kad savivaldybėse, kuriose šios paslaugos buvo organizuojamos per PASPĮ, lyderystė koordinuojant paslaugų teikimą buvo deleguota slaugytojams, tuo pačiu buvo geriau užtikrinta komunikacija su šėimos gydytoju ir kitais asmens sveikatos priežiūros klausimais (Danusevičienė, 2016; SADM, 2015). 2015 m. įvertinus integralios pagalbos organizavimo ir teikimo rezultatus (SADM, 2015), nustatyta, kad PASPĮ nėra suinteresuotos dalyvauti tokio pobūdžio projektuose, tikėtina, kad tai lėmė socialinės pagalbos srities vystymo diskursas („Ilgalaikės priežiūros socialinių paslaugų tinklo“ pagalba siekiama sukurti tokias *ilgalaikės priežiūros socialines paslaugas*, kad senyvo mažiaus asmenims būtų sudarytos kuo geresnės sąlygos gyvenimui namuose, o šio asmens šėimos nariams – galimybės derinti asmens (šėimos) ir profesinę (darbinę) veiklą“) bei sudėtingas asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo mechanizmas (programoje slaugos priežiūros paslaugos finansuojamos ES fondų lėšomis, o ta pati pacientų tikslinė grupė, teikiant analogiškas ASPN paslaugas, finansuojama PSDF lėšomis). Nors integralios programos esmė atitinka ilgalaikėi priežiūrai keliamus reikalavimus, paslaugos yra orientuotos į paciento poreikius, tačiau paslaugų organizavimas yra kritikuotinas dėl apribotos paslaugų gavėjų tikslinės grupės nustatymo, dėl per mažo šėimos gydytojo ir jo komandos narių įsitraukimo ir įtraukimo, organizuojant ir teikiant paslaugas, bei didelių paslaugų teikimo kaštų.

2015 m. liepos 14 d. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakyme Nr. A1-435 „Dėl Integralios pagalbos plėtros veiksmų plano patvirtinimo“ numatyta, kad 2014–2020 m. laikotarpiui skiriama 11 584 801 Eur, o 2019 m. integralios pagalbos paslaugas gaus tik 2,25 tūkst. neįgalių ir senyvo amžiaus asmenų (SADM, 2015).

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

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

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

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

- organizuojamos ir teikiamos tai pačiai tikslinei asmenų grupei;
- teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, iškyla socialinių paslaugų poreikis, o

teikiant socialines paslaugas, iškyla sveikatos priežiūros paslaugų poreikis.

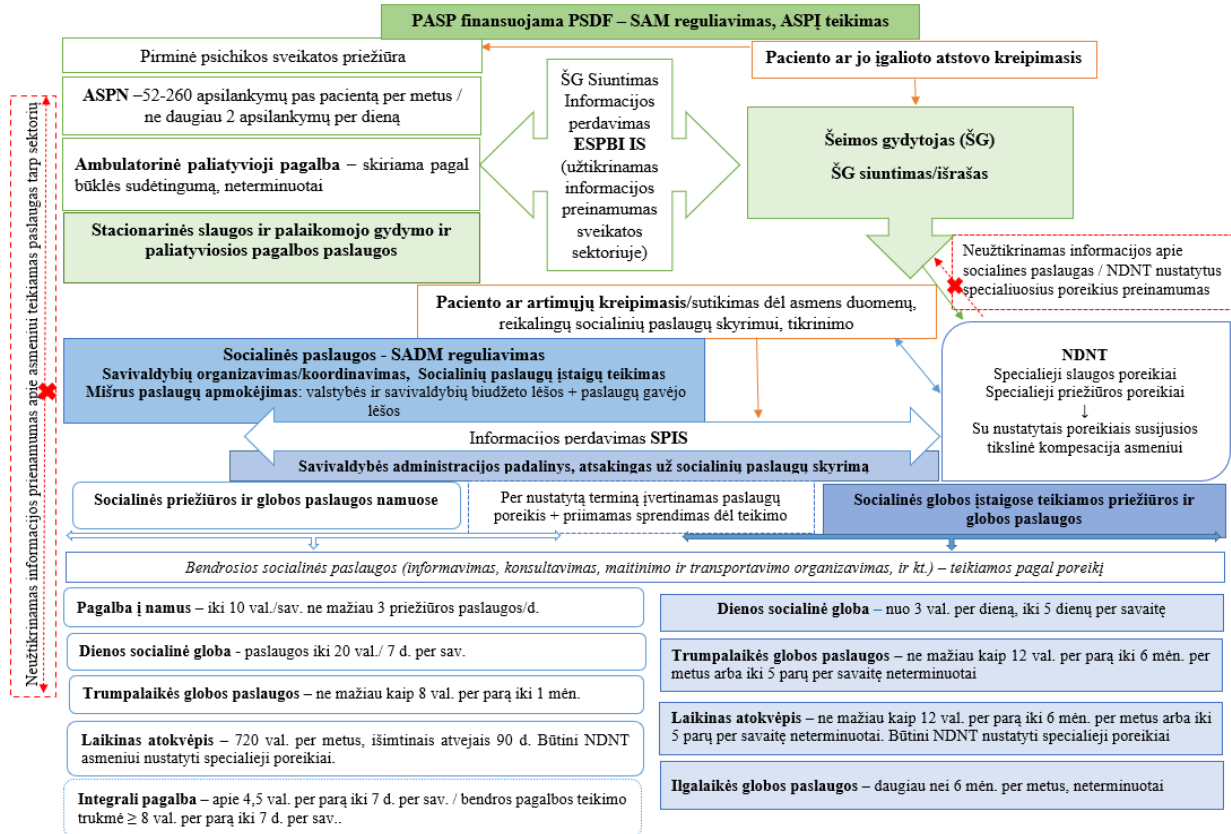
Išvardintas priežiūros paslaugas gaunančių asmenų poreikiai reikalauja lygiagrečiai, koordinuotai teikiamų sveikatos priežiūros ir socialinės globos paslaugų, tačiau dėl neprieinamos informacijos apie teikiamas paslaugas tarp sektorių, šių paslaugų skirtingo organizavimo, teikimo ir finansavimo sąlygų, šiuo metu tokių integruotų, visapusiškai asmens poreikius tenkinančių paslaugų teikimas yra sudėtingas. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, priskiriamų ilgalaikės priežiūros paslaugų grupei, organizavimo schema pateikiama 11 paveiksle. Ambulatorinių paslaugų, teikiamų pacientams namuose, detalizavimas pateikiamas 4 priede.

Įvertinus teisės aktus, susijusius su ilgalaikėmis priežiūros paslaugomis, sudaryta priežiūros paslaugų organizavimo schema (11 paveikslas), atspindinti dabartines paslaugas ir organizavimo principus: schemeje žalia spalva pavaizduotos sveikatos priežiūros paslaugos, mėlyna – socialinės paslaugos. Analizuojant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo ir teikimo schemą ir šias paslaugas teikiančių specialistų ryšius, atkreipiamas dėmesys į sudėtingą paslaugų išskaidymą, tiek vertinant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, tiek socialines paslaugas. Nustatyta informacijos perdavimo tarp paslaugos teikėjų fragmentacija ir skirtingas paslaugų finansavimas, teikimas, paslaugų apimtys nustatymas bei šių paslaugų koordinavimas. Abiejuose sektoriuose paslaugų iniciatorius yra pacientas ar jo atstovas, o šeimos gydytojas atlieka „siuntėjo“ funkciją paslaugoms gauti. Pastebimas menkas ryšys tarp glaudžiai susijusių slaugos ir socialinių paslaugų. Šis ryšys palaikomas per šeimos gydytojo siuntimą, tačiau suformavus ir pateikus šį siuntimą socialinių paslaugų sektoriui, dažniausiai atgalinės formalios informacijos apie socialines paslaugas šeimos gydytojas negauna, apie teikiamas slaugos paslaugas informacija pateikiama ESPBI IS. Taip pat socialinių paslaugų teikėjai, gavę vienakryptį šeimos gydytojo siuntimą, inicijuojantį socialių paslaugų poreikio vertinimą, dažniausiai neturi formalios informacijos apie pacientui teikiamas ASPN, paliatyviosios pagalbos paslaugas ar kitas sveikatos priežiūros paslaugas (pvz. kai pacientas hospitalizuojamas).

Sveikatos priežiūros paslaugos namuose reglamentuotos Slaugos namuose apraše, Paliatyviosios pagalbos apraše bei Pirminės AASP paslaugų organizavimo apraše (detalizavimas pateikiamas 11 pav. ir 4 priede). Slaugos namuose apraše nurodyta, kad ASPN pradedamos teikti, turint šeimos gydytojo siuntimą. Numatyta, kad šeimos gydytojo komandos narys įvertina ASPN poreikį (Slaugos namuose apraše patvirtinta forma), po to formuojamas šeimos gydytojo siuntimas, taip nustatant ASPN paslaugų

skaičių paslaugų tiekėjams. Jei asmeniui nustatomas mažas slaugos paslaugų poreikis, ASPN komandos nariai tokį pacientą gali aplankyti 52 kartus per metus. Jei nustatomas vidutinis slaugos paslaugų poreikis, 156 ASPN komandos narių apsilankymai per metus. ASPN komandos nariai 260 apsilankymų per metus gali suteikti pacientui, kuriam nustatytas didelis slaugos paslaugų poreikis. Nustatytas apmokėjimas iš PSDF yra, paslaugų skaičiui nustatant paslaugos įkainio balo vertę, neatsižvelgiant į visas ASPN, kaip paslaugos sudedamąsias dalis, tokias kaip ASPN paslaugų administravimo išlaidos, nuvykimo pas pacientą kaštai (kelionės ir laiko sąnaudos mieste ir kaimiškoje teritorijoje), į reglamentavimą įtrauktos pacientų atvejo aptarimo – daugiadalykės komandos konsultacijos įkainis, taip pat nuo 2023 m. įsigaliosiančios nuostatos, kad ASPN paslaugos turi būti teikiamos kiekvieną dieną nuo 8 val. iki 20 val. žmogiškųjų išteklių ir darbo užmokesčio kaštų, kai paslaugų teikimas turės būti užtikrintas pamaininiu darbo organizavimo principu.

Slaugos namuose apraše numatyta, kad PASP paslaugas teikianti įstaiga, ASPN paslaugų teikimą gali užtikrinti keliais būdais: subūrusi ASPN komandą, atitinkančią licencijavimo sąlygas, savarankiškai teikti ASPN, arba sudariusi paslaugų teikimo sutartis su kita įstaiga, teikiančia ASPN. Pirminės AASP paslaugų organizavimo apraše taip pat reglamentuotos slaugytojo teikiamos paslaugos namuose, apmokamos PSDF lėšomis: slaugytojo vizitas į namus bei slaugos procedūros: kraujo ėmimas, pragulų priežiūra, lašinė infuzija. Pagal šį aprašą slaugytojo vizito į namus paslaugą gali gauti prie PASPI prirašytieji gyventojai, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis: asmenys iki 18 metų, kuriems nustatytas sunkus neįgalumo lygis; asmenys, kuriems nustatytas 0–25 proc. darbingumo lygis (netekusiems 75–100 proc. darbingumo); senatvės pensijos amžiaus sulaukusieji, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis. PSDF lėšomis apmokama ne daugiau kaip po 12 slaugos paslaugų per metus.



11 pav. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo schema

Šaltinis: parengta autorės.

Nors Slaugos namuose apraše numatytas ASPN paslaugų teikimo organizavimas ir teikimas pacientams namuose, aprašytas suteiktų paslaugų apmokėjimas, tačiau Pirminės AASP paslaugų organizavimo apraše bedubliuojant apibrėžtas tikslines paslaugų gavėjų grupes ir griežtai reglamentavus paslaugų skaičių, už kurį apmokama PSDF lėšomis, lieka neaišku, kaip slaugos paslaugos turėtų būti organizuojamos ir teikiamos, kad tenkintų asmens poreikius slaugos paslaugoms, kokiomis lėšomis turėtų būti finansuojamos patiriamos papildomos išlaidos paslaugos teikimui ar papildomai suteiktos paslaugos ir procedūros, kurių namuose slaugomam asmeniui reikėtų, kaip atskiriamos slaugos procedūros, pagal kurias reglamentuota skirtinga paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarka. Painus slaugos namuose paslaugų reglamentavimas, numatytas PSDF lėšomis apmokamų paslaugų skaičius, tuo pačiu neatsižvelgiant į visas paslaugos kainos sudedamąsias (tokias kaip kelionės iki paciento įkainis, pacientų atvejų aptarimo įkainis), neskatina slaugos namuose paslaugų teikimo, todėl PASPI nėra linkusios vystyti slaugos paslaugų namuose.

Asmens socialinių paslaugų poreikio nustatymą, socialinių paslaugų rūšis, skyrimo tvarką ir finansavimą reglamentuoja Socialinių paslaugų įstatymas (2006) ir jį įgyvendinantys teisės aktai (4 priedas), už kurių inicijavimą, tam tikrais atvejais, priėmimą ir vykdymo priežiūrą, atsakinga SADM. Pagal šiuos teisės aktus socialinės paslaugos asmenims skiriamos pagal socialinio darbuotojo išvadą (poreikio vertinimą – numatyta atskira poreikio vertinimo forma, nesusijusi su Slaugos namuose apraše patvirtinta forma) ir atitinkamos savivaldybės administracijos sprendimą. Socialinės paslaugos kaina apmokama dalimi asmens pajamų (procentine asmens pajamų išraiška), kiek nepadengia asmens pajamos, apmokama iš valstybės (jei globos paslaugos teikiamos asmeniui su sunkia negalia) arba savivaldybės lėšų (pagal LR Vyriausybės 2006 m. birželio 14 d. nutarimu Nr. 583 patvirtintą Mokėjimo už socialines paslaugas tvarkos aprašą). Socialines paslaugas asmuo gali gauti tiek, kiek reikia jo poreikiams tenkinti (tai nustatoma socialinio darbuotojo išvadoje), o pasikeitus asmens poreikiams, savarankiškumo lygiui, socialinės paslaugos gali būti pervertinamos ir skiriamos kitos.

Slaugos namuose apraše nurodyta, kad ASPN teikianti įstaiga turi užtikrinti socialinių paslaugų poreikio vertinimą (pati įstaiga turi turėti galimybę įvertinti ir teikti paslaugas arba būti sudariusi sutartį su tokias paslaugas tekenčia įstaiga), o šių paslaugų teikimas turi būti derinamas su socialinių paslaugų teikimu, vadovaujantis Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašu, patvirtintu LR sveikatos apsaugos ministro ir LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymu Nr.

V-558/A1-183 „Dėl Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (toliau – Aprašas). Aprašo tikslas buvo sujungti šias paslaugas ir teikti kompleksiskai, kai socialines paslaugas pacientams teikia kita įstaiga nei ASPN paslaugas teikianti įstaiga. Minėtas teisės aktas nuo jo priėmimo peržiūrėtas nebuvo, nors per tą laiką keitėsi tiek sveikatos priežiūros, tiek socialinių paslaugų teisinis reglamentavimas. Dėl šių priežasčių, ketinant sujungti priežiūros paslaugas pagal Aprašo nuostatas, būtų sudėtinga išvengti neaiškumų, įgyvendinant teisės aktus, reglamentuojančius socialines ir sveikatos priežiūros paslaugas, jų skyrimo ir teikimo tvarkas, apmokėjimo sąlygas bei kitas nuostatas.

Pažymėtina, kad integruota pagalba asmeniui namuose teikiama multidisciplininės (sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas teikiančių) specialistų komandos, pasiteisino organizuojant ir teikiant paliatyviosios pagalbos paslaugas namuose (4 priedas), apmokant už suteiktas komandos narių (tarp jų ir socialinio darbuotojo) paslaugas pagal konkretaus asmens poreikį iš vieno šaltinio – PSDF lėšomis bei paslaugas organizuojant per sveikatos priežiūros prizmę – paliatyviosios pagalbos komandos sudaromos ASPĮ. Koordinuotai teikiamų slaugos ir socialinių paslaugų komplekso nauda iš dalies pasitvirtino vykdant integralios pagalbos paslaugas, finansuojamas ES projekto lėšomis, kuris organizuojamas SADM. Tačiau šis priežiūros modelis brangus ir, šiuo modeliu norint iki galo patenkinti paciento poreikius, trūko sąsajos su šeimos gydytojais bei kitais asmens sveikatos priežiūros specialistais (Danusevičienė, 2016).

Dėl nustatytų teisės aktų, reglamentuojančių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimą ir teikimą, skirtumų, konstatuotina sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų kolizija, šiuo metu trukdanti integruotai teikti priežiūros paslaugas ambulatorinėje grandyje makro (sisteminiame), mezo (organizaciniame) ir mikro (paslaugos teikimo, klinikiniam) lygmenyse. Skirtingas teisinis reglamentavimas, sudėtingas, fragmentuotas paslaugų organizavimo mechanizmas, neprieinama informacija apie teikiamas paslaugas tarp sektorių nesuteikia galimybių organizuoti ir teikti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų – asmens poreikis paslaugoms vertinamas skirtingais instrumentais, tai nustato skirtingi subjektai, skirtingas paslaugų organizavimo ir finansavimo mechanizmas. Įvardinti skirtumai nesuteikia galimybės pacientams gauti pilno priežiūros paslaugų komplekto. Mokslininkai pabrėžia sveikatos bei socialinių paslaugų nepilnavertiškumą, fragmentiškumą, kritikuoja eiles paslaugoms gauti, įvardija apsunkintą paslaugų prieinamumą ir žemą kokybę, dėl ko būtina keisti šių paslaugų organizavimo principus (Danusevičienė, 2016; Jurkuvienė et

al., 2016; Kontrimiene et al., 2021; Kontrimiene et al., 2020; Junevičienė, 2020).

1.6. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos teorinis apibendrinimas

Apibendrinant disertacinio darbo teorinę dalį, galima teigti, kad visuomenės senėjimas ir su tuo susijusi lėtinių ligų valdymo našta sveikatos priežiūros sistemoms ES šalims, tuo pačiu ir Lietuvai, kelia papildomus iššūkius, tokius kaip sveikatos priežiūros paslaugų poreikio didėjimas ir išaugusių pacientų lūkesčių tenkinimas, priežiūros paslaugų optimizavimas, siekiant efektyviai valdyti turimus materialiuosius ir žmogiškuosius išteklius (WHO Regional Office for Europe, 2013). Sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos, organizuojamos ir teikiamos kaip pavienės paslaugos, veikiančios skirtingose sistemose, netenkina pasikeitusių visuomenės poreikių ir lūkesčių šioms paslaugoms (WHO Regional Office for Europe, 2009). Visuomenės senėjimo ir su tuo susijusių lėtinių ligų epidemiologinės situacijos valdymo kontekste sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracija, priežiūros paslaugų organizatorių ir teikėjų bendradarbiavimas, peržengiant organizacines ribas, nukreipiamas į susiskaidymo, paslaugų fragmentacijos mažinimą, kurį sukėlė ankstesnės viešųjų paslaugų reformos išskaidžiusios asmens priežiūros paslaugas (Glasby, Dickinson, 2014). Tarptautiniuose ir Lietuvos sveikatos politiką formuojančiuose strateginiuose dokumentuose numatytos integruotų sveikatos priežiūros paslaugų skatinimo priemonės, siekiant didinti sveikatos sistemų efektyvumą, taikant naujoviškus metodus modernizuojant ir pertvarkant priežiūros paslaugų teikimą, siekiant užtikrinti visokeriopas, prieinamas, efektyvias integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas. Tuo pačiu atkreipiamas dėmesys, kad tampa populiariu integruotos priežiūros sąvoką vartoti, siekiant vienu metu spręsti daugybę skirtingų ilgalaikių priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo problemų, todėl prieš vykdant sisteminius sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos pokyčius, būtina suprasti, kas tiksliai ir koku tikslu yra integruojama, kad nustatytume tinkamas struktūras, procesus, strategijas ir modelius tinkamai priežiūros paslaugų integracijai (Glasby, 2016; Curreri, 2019; Armitage, et al., 2009).

Vertinant integracijos ir integruotų paslaugų sampratą, pastebima, kad trūksta sutarimo dėl terminų aiškaus apibrėžimo. Galimi įvairūs integracijos reikšmės požiūriai, įskaitant vadybos, sveikatos sistemų, socialinių mokslų ir pacientų perspektyvas. Teigiama, kad integracija yra „miglota“ terminas, siejamas su plataus masto apibrėži-

mų ir procesų diapazonu (British Medical Association, 2014; 2022), todėl būtina aiškiai apibrėžti konkretų integracijos lauko kontekstą, organizacijas, kurias apims integracijos procesas bei profesines grupes, kurias palies integracijos procesas (Goodwin et al., 2017; Baggott, 2015; van der Klauw et al., 2014; Curry et al., 2013; Robertson 2011; Armitage et al., 2009). Išskiriami skirtingi integracijos aspektai:

- integracijos tipai – funkcinė (pvz., žmoniškųjų išteklių ir finansų valdymas), organizacinė (pvz., sutarčių sudarymas ar strateginiai skirtingų organizacijų dokumentai), paslaugų integracija (bendras specialistų darbas) ir klinikinė (priežiūros paslaugų pacientui veiklos koordinavimas) (WHO Regional Office for Europe, 2016), kiekvieną integracijos tipą sujungia integracijos mechanizmai – normatyvinė integracija, kai integracija grindžiama bendromis koordinavimo ir bendradarbiavimo vertybėmis, bei sisteminė integracija – taisyklių ir politikos suderinamumas įvairiais organizacijos lygmenimis (Lewis et al., 2010).

- integracijos platumas – tai apima tiek vertikalią (suvienijanti organizacijas įvairiuose hierarchijos lygiuose), tiek horizontalią (sujungianti organizacijas, kurios yra tame pačiame darbo lygyje) integraciją (Curry, Ham, 2010).

- integracijos laipsnis – pilna paslaugų, darbo praktikos ar organizacijų integracija arba dalinė integracija (Nolte, McKee, 2008).

- integruota priežiūra apibūdinama kaip priežiūra, veikianti skirtingais lygmenimis – individo lygmeniu (mikro), organizaciniu lygmeniu (mezo) ir visos sistemos lygmeniu (makro), sujungianti finansavimo, administracinius, organizacinius, paslaugų teikimo ir klinikiškus lygmenis (Mongan, 2014; Valentijn et al., 2013; Grone, Garcia-Barbero, 2001; Kodner, 2009; Kodner, Spreuwenberg, 2002).

Kuriant sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugų integravimo sistemą, būtina atsižvelgti į tikslinės populiacijos poreikius, integracijos tipą, lygį, mastą, intensyvumą, paslaugų organizavimo ir teikimo kontekstą bei integracijos tikslus. Skėtinis integruotos priežiūros „Vaivorykštės modelis“ padeda suvokti skirtingų dimensijų integracijos santykį, kai būtinas platus požiūris į tai, kas yra integruota priežiūra ir kokių veiksmų turėtų būti imamasi, siekiant integruoti sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugas (Report by the Expert Group on Health Systems, 2017).

Analizuojant šiuo metu taikomus integruotų sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugų modelius ES pagal sritis, kurias šie modeliai sprendžia, nustatyta, kad ES šalyse taikomi modeliai apima modelius, sprendžiančius individualius modelius, lėtinėmis ligomis sergančiųjų priežiūros modelius bei visuomenės sveikatos priežiūra paremtus

integruotos priežiūros modelius (WHO Regional Office for Europe, 2016). Išskiriami trys pagrindiniai integruotos priežiūros modeliai:

- Individualia priežiūra paremti integruotos priežiūros modeliai, kurie nukreipti į koordinuotą priežiūrą (Bodenheimer, 2008), apimantys atvejo vadybą (bendradarbiavimo principu besiremiantį procesą), individualios priežiūros planus (sujungiant retrospektyvią ir perspektyvią informaciją apie konkretaus paciento priežiūrą, įtraukiant įvairius priežiūros paslaugų teikėjus (Goodwin et al., 2014), į paciento poreikius orientuotos sveikatos priežiūros įstaigas (šėimos gydytojo instituciją (John et al., 2018; Curry, Ham, 2010) ir asmens sveikatos biudžeto modelį, kurio centre yra pacientas, valdantis lėšas, skiriamas jo priežiūrai (Glasby, Littlechild, 2016).

- Tam tikroms grupėms asmenų skirti integruotos priežiūros modeliai, kurie atliepia tam tikros grupės asmenų poreikius sveikatos priežiūros ir socialinėms paslaugoms. Labiausiai žinomu laikomas lėtinėmis ligomis sergančiųjų integruotos priežiūros modelis, kuris susideda iš tarpusavyje strateginiais sprendimais sujungtų komponentų, tokių kaip priežiūros paslaugų orientavimu į bendruomenę, paciento įgalinimu, paslaugų teikimo sistemos apjungimu, sprendimų priėmimo palaikymu ir klinikinių duomenų informacinės sistemos plėtra (Reynolds et al., 2018; Barr et al. 2003; WHO Regional Office for Europe, 2016). Kitas, integruotos priežiūros paslaugų senyvo amžiaus ir neįgaliesiems asmenims, modelis remiasi vieningu patekimo į sistemą keliu bei koordinuotu įvairių paslaugų teikėjų tinklu, atvejo vadyba ir informacijos prieinamumu (Curry, Ham, 2010). Tam tikromis ligomis sergančiųjų integruotos priežiūros modeliai yra skirti asmenims, sergantiems tam tikromis lėtinėmis ligomis ar būklėmis, o integruotos priežiūros paslaugos teikiamos sutartiniu pagrindu tarp paslaugų teikėjų (Ahgren, 2003; Busse, Blumel, 2014; Nolte et al., 2014).

- Visuomenės sveikatos priežiūra paremti integruotos priežiūros modeliai akcentuoja ligų prevenciją, savirūpą, ligų valdymą ir konkretaus paciento atvejo vadybos priemones, kurios leidžia pasiekti gerų priežiūros rezultatų bei teigiamai vertinamos visuomenėje (WHO Regional Office for Europe, 2016).

Nepriklausomai nuo taikomo integruotos priežiūros modelio, išskiriamos integruotos priežiūros naudos: visapusiškos priežiūros paslaugos, orientavimasis į paciento poreikius, geografinė aprėptis, finansų ir veiklos valdymas, standartizuotas priežiūros teikimas per multidisciplininės specialistų komandas, organizacinė kultūra ir lyderystė, informacijos prieinamumas bendrose informacinėse sistemose, medicininių paslaugų integracija (Suter et al., 2009). Nepaisant to, integruota priežiūra geriausiai

suprantama kaip konkrečios šalies strategija, skirta gerinti pacientų priežiūrą (Goodwin, 2016). Išskiriami pagrindiniai mechanizmai, skatinantys sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integraciją: finansavimo sistemų integravimas bei institucinių kliūčių įveikimas; integruotų paslaugų plėtra ir poreikio bei poveikio vertinimas; paslaugų gavėjų perkamosios ir derybinės galios didinimas; konsultacijų, informacijos ir pagalbos teikimo centralizavimas; komandinio darbo kompetencijų ugdymas; inovatyvių informacinių technologijų sprendimų diegimas; inovacijų, iniciatyvų, peržengiančių tradicines priežiūros ribas, skatinamas bei savanoriškos veiklos ar paramos tinklų vystymas bendruomenėse.

Lietuvoje sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugų fragmentacija yra akivaizdi, trūksta bendradarbiavimo tarp šeimos gydytojų komandos ir socialinių darbuotojų, teikiančių paslaugas pacientams namuose (Kontrimiene et al. 2021). Demografinio visuomenės senėjimo ir jo sukelti veiksniai, tokie, kaip vyresnio amžiaus asmenų sergamumas keliomis lėtinėmis ligomis, matomi ir akcentuojami tarptautinių organizacijų, reikalauja ieškoti inovatyvių priežiūros paslaugų organizavimo būdų. 2021–2027 m. su sanglaudos politikos finansavimu susijusių investicijų gairėse Lietuvai nustatytos prioritėtinės investicijų kryptys sveikatos priežiūros srityje daugiausiai susijusios su būtinybe gerinti sveikatos priežiūros ir ilgalaikės priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę, veiksmingumą. Įvertinus šiuo metu galiojančius teisės aktus, reglamentuojančius sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimą ir teikimą, nustatyti esminiai skirtumai, kurie šiuo metu trukdo integruotai teikti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ambulatoriniame lygmenyje tiek makro (sisteminiam) lygmenyje, tiek mezo (organizaciniame) lygmenyje, tiek ir mikro (paslaugos teikimo, klinikiniame lygmenyje). Skirtingas ambulatorinių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teisinis reglamentavimas, sudėtingas, fragmentuotas paslaugų organizavimo mechanizmas, informacijos apie teikiamas paslaugas tarp sektorių neprieinamumas nesukuria galimybių asmeniui organizuoti ir teikti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų. Nustatyti skirtumai nesuteikia galimybės pacientui gauti pilno savalaikio priežiūros paslaugų komplekto, o įstaigoms – teikti kompleksines, integruotas priežiūros paslaugas, atsižvelgiant į paciento poreikius.

Vertinant Lietuvos ir kitų ES šalių patirtį organizuojant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, jų specifiką bei inovacijas, pastebima, kad šių paslaugų integracija tebėra kertinė dabartinės sveikatos politikos, taikant vadybos principus, sritis, tačiau įrodymų apie optimalius integracijos pasiekimo būdus ir veiksnius,

turinčius įtakos integracijos sėkmei, vis dar trūksta (Sandhu et al., 2021). Dėl šių prielaidų, tolesniuose disertacinio darbo skyriuose, atsakoma į klausimus, apibrėžiamus kaip vienus pagrindinių, į kuriuos būtina atsakyti, siekiant pateikti integruotų sveikatos priežiūros ir socialines paslaugų modelį ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje, t.y., kaip pagrindinės suinteresuotosios šalys (politikos formuotojai ir įgyvendintojai, paslaugų teikėjai, paslaugų gavėjai) žiūri į priežiūros paslaugų integraciją, ko jie tikisi ir kaip priežiūros paslaugų integracija suderinama su jų tikslais ir paskatomis; koks yra sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos įgyvendinimo procesas; koks turėtų būti konceptualus integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje organizavimo modelis, kad tenkintų ilgalaikės priežiūros poreikį demografinio visuomenės senėjimo kontekste (Bower et al., 2018).

II. INTEGRUOTŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINIŲ PASLAUGŲ ORGANIZAVIMO LIETUVOJE VERTINIMO METODOLOGIJA

Disertaciniame darbe, siekiant įvertinti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimą ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje, atsižvelgiant į teorinėje dalyje pateiktas išvalgas dėl tiriamojo objekto kompleksiskumo ir praktiškumo, empiriniam tyrimui pasirinkta taikyti pragmatinio tyrimo strategiją ir mišrių tyrimų metodą (angl. mixed methods approach), juos įgyvendinant nuoseklia nagrinėjama strategija (angl. Sequential exploratory strategy). Šioje disertacinio darbo dalyje pagrindžiamos empirinio tyrimo metodologinės priegijos bei mišrių tyrimo duomenų rinkimo metodai, jų integracija ir trianguliacija. Pristatoma disertaciniame darbe taikytų kiekybinių ir kokybinių tyrimų vykdymo eiga, naudoti duomenų rinkimo instrumentai, duomenų šaltiniai bei gautų duomenų analizės metodai.

2.1. Metodologinių empirinio tyrimo priegijų pagrindimas

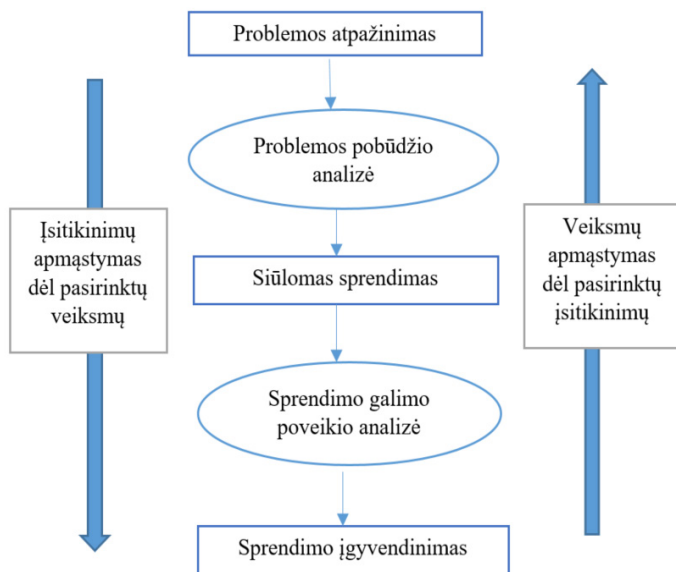
Atsižvelgiant į disertacinio darbo teorinėje dalyje atskleistą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos sąvokos ir procesų sudėtingumą bei kompleksiskumą, filosofinės krypties taikymas reikalavo visapusiškumo. Filosofinių principų taikymas integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų suvokimo tyrime apėmė filosofines sąvokas: epistemologiją, gnoseologiją, tiriant pažinimo prigimtį, principus, ir ontologiją, nagrinėjant klausimus „kas egzistuoja“ (Crotty, 1998), tipiškų modelių paradigmas (Lincoln et al., 2011) ir požiūrio skirtumus (Creswell, 2014). Tiriant tai, kas egzistuoja, t.y., šiuo metu veikianti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistema, atsižvelgiant į egzistavimo pobūdį ir į tai, kas sudaro tiriamąją tikrovę, ypatingas dėmesys skiriamas ontologijos filosofiniu pagrindu paremtos metodologijos įvairiapusiskumui (Smith, Ceusters, 2010; Michael, 2008).

Šiame tyrime terminai „paradigma“ ar „pasaulėžiūra“ vartojami norint nurodyti filosofines prielaidas arba pagrindinius įsitikinimų rinkinius, kuriais vadovaujasi apibūdinant tiriamąjį objektą – integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimą, aptariant įsitikinimus ir vertybes, bei pateikiant jų apibendrinimą (Lincoln et al. 2011; Creswell, Clark, 2011; Guba, 1990). Skirtingos paradigmos formuoja

skirtingus požiūrius į aksiologiją, ontologiją, epistemologiją, metodiką ir tyrimų retoriką, pvz., postpozityvizmas apibūdinamas kaip vienas iš seniausiai naudojamų socialinių tyrimų metodų, dažnai siejamas su kiekybiniais metodais ir formalia retorika, kuri orientuota į tikslumą, apibendrinamumą, patikimumą ir pakartojamumą (Kaushik, Walsh, 2019), kurie aktualūs, atliekant potencialių integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų gavėjų apklausą bei interpretuojant gautus duomenis. Postpozityvistinio tyrimo metu gautos žinios grindžiamos objektyvumu, standartizavimu, dedukciniais argumentais ir tyrimo proceso kontrole (Creswell, 2013, Kaushik, Walsh, 2019). Konstruktyvizmas apibrėžiamas kaip pažinimas, o žinios yra bendros socialinės veiklos rezultatas, paprastai siejamas su kokybiniais tyrimų metodais, kai remiamasi dalyvių požiūriu, plėtojant subjektyvias reiškinių reikšmes, o pats tyrimas formuojamas iš apačios į viršų, t.y., iš individualių perspektyvų į plačius modelius ir galiausiai į platų supratimą (Creswell, Clark, 2011). Konstruktyvistinio tyrimo nuostatos buvo aktualios, vertinant ekspertų grupinės diskusijos ir kryptingojo (pusiau struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu gautas išvalgas. Vertinant postpozityvistinius ir konstruktyvistinius tyrimus paradigmu požiūriu, jie apibūdinami priešingomis paradigmomis (Sale et al., 2002), o pragmatizmas vadovaujasi paradigma, kuri panaikina šį atotrūkį (Kaushik, Walsh, 2019; Robson, 2011).

Atliekant disertacinio darbo empirinį tyrimą siekta žinias pagrįsti objektyvumu, standartizavimu bei dedukciniais argumentais, tuo pačiu gautus duomenis plėtoti nuo individualių perspektyvų iki pasiūlymų, kurie padėtų pateikti koncepcinį integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelį ilgalaikėms priežiūros paslaugoms ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje, todėl pragmatizmo filosofija paremta disertacinio darbo empirinio tyrimo paradigma, apimanti tyrimų metodų pliuralizmą, labiausiai atliepė tyrimo problemos kompleksškumą (Creswell, 2013; Creswell, Clark, 2011) ir suteikė filosofinį pagrindą pragmatiškos pozicijos laikymuisi, taikant mišrių tyrimų metodą (*angl. mixed methods approach*) (Morgan, 2014), nuosekliai derinant kokybinius ir kiekybinius metodus, kai kokybinio požiūrio indukciniai tikslai pagrįsti kiekybinio požiūrio dedukciniais rezultatais, ir atvirkščiai (Morgan, 2007, Bryman, 2006; Gorad, 2010). Mišrių tyrimo duomenų rinkimo metodai suteikė prielaidą, kad „kiekybinių ir kokybinių metodų naudojimas kartu leidžia geriau suprasti tyrimo problemas, nei vienas iš jų“ (Creswell, Plano, 2011). Pozityvistinės ir konstruktyvistinės paradigmos buvo naudingos, nagrinėjant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos skirtingas perspektyvas (Greene, 2007; Moran-Ellis et al., 2006), o tyrimo

metodų derinimas suteikė įvairiapusių žinių apie nagrinėjamą sritį, tuo pačiu atskleidė šių dviejų duomenų rinkimo metodų derinimo vertę (Ritchie at al., 2014). Viena iš pagrindinių mišrių tyrimo duomenų rinkimo metodų vertybių yra dialogo tarp skirtingų požiūrių, aiškinimo ir pažinimo būdų sukūrimas (Green, 2007). Papildoma nauda – tyrimų rezultatų tikslumas, naujų žinių generavimas per skirtingų tyrimų metodų taikymą – trianguliaciją, skirtingų nuomonių ir reiškinių konstrukcijų fiksavimą, reiškinio sudėtingumo atspindėjimą ir teorinės sistemos įgyvendinimą (Moran-Ellis et al., 2006). Dėl įvardintų priežasčių disertaciniam darbui mišrių tyrimų metodas pasirinktas kaip tinkamiausias būdas atsakyti į pagrindinį empirinio tyrimo klausimą: koks integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelis galėtų būti pritaikomas Lietuvoje, siekiant ambulatoriniame lygmenyje užtikrinti ilgalaikės priežiūros paslaugas. Be to, pragmatizmas siejamas su pasirenkamuju samprotavimu tarp dedukcijos ir indukcijos, todėl disertacijos autorė galėjo aktyviai dalyvauti renkant ir interpretuojant tyrimo metu gautus duomenis (Morgan, 2014, 2007).



12 pav. Pragmatinių tyrimų metodikos sistema
 Šaltinis: sudaryta autorės pagal D. L. Morgan (2014).

Disertacinio darbo empiriniame integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų tyrime nuspręsta vadovautis aiškinamuoju nuosekliuoju tyrimo dizainu, paremtu pragmatinių tyrimų metodika (12 pav.), kur vieno metodo rezultatai pateikia informaciją kitiems atliekamiems tyrimams (Hesse-Biber, 2010). Empiriniame tyrime dėmesys nukreiptas ne į kokybinių ir kiekybinių tyrimų atskyrimą, lyginant šių metodų stipriąsias ir ribotąsias puses, bet į sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integravimo problemas, todėl noras susieti pozityvizmą ir konstruktyvizmą šiame tyrime leido priartėti prie pragmatinės paradigmos, derinant kiekybinio ir kokybinio tyrimo galimybes. Empirinis tyrimas prasidėjo kiekybiniu tyrimu, iš kiekybinių duomenų buvo suformuluota kokybinių duomenų rinkimo ir analizės informacija. Apibendrinimas, palyginimas ir priešinimas išvadų, kylančių iš kiekybinių ir kokybinių šio tyrimo išvadų, padėjo išplėsti supratimą apie integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ir jų poreikį, tai taip pat leido atkreipti dėmesį į Lietuvos priežiūros sistemų kontekstą. Kiekybinių ir kokybinių tyrimų rezultatai leido įvertinti šių paslaugų supratimą, poreikį ir organizavimo ypatumus, kurie tiesiogiai ar netiesiogiai veikia sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integraciją, įvertinti skirtingų institucijų bendradarbiavimą bei suformuluoti priemones sveikatos priežiūros ir socialines paslaugų integracijai Lietuvoje, siekiant užtikrinti ilgalaikės priežiūros paslaugas ambulatoriniame lygmenyje. Pragmatinės paradigmos pritaikymas, leido rasti sprendimus, kurie palengvintų dviejų šiuo metu skirtingai organizuojamų sistemų (sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos) bendradarbiavimą ir integraciją Lietuvos kontekste bei pateikti koncepcinį integruotų priežiūros paslaugų organizavimo modelį.

Disertacinio darbo empiriniame tyrime kokybinių ir kiekybinių tyrimo komponentų integracijos sąveikai buvo svarbus mišrių tyrimo duomenų rinkimo metodo aspektas (O’Cathain et al. 2010; Creswell et al., 2004). Išskiriamos trianguliacijos, integracijos ir metodų derinimo sąvokos, pabrėžiant integraciją, kuri nurodo, kad mišrūs tyrimo duomenų rinkimo metodai yra integruoti į tyrimo planą (Moran-Ellis et al., 2006). Integracija naudota praktiniam ryšio tarp skirtingų tyrimo metodų, skirtingų duomenų rinkinių, analitinių išvadų nustatymui ir perspektyvų susiejimui, o trianguliacija apėmė epistemologinį požiūrį į tyrimo rezultatus (Moran-Ellis et al., 2006). Tyrimų metodų trianguliacija naudota kaip visapusiškumo užtikrinimo priemonė, nes jos dėka vieno naudojamo metodo silpnąsias puses, kompensavo kito naudojamo tyrimo stiprybės (Mays, Pope, 2000).

Taikyti trianguliacijos tipai: metodinė trianguliacija (disertacinio darbo empi-

riniame tyrime duomenų rinkimui naudojami trys tyrimo metodai); duomenų trianguliacija (kelios respondentų grupės) ir teorinė trianguliacija (skirtingų interpretacinių sistemų naudojimas) (Hopf et al., 2016). Pasirinkti trianguliacijos tipai ir sprendimas taikyti kelių trianguliacijų metodus priklausė nuo tyrimo klausimo įvairiapusiškumo, nustatant integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį, pobūdį, problemines sritis, pasiūlymus prieštaravimams spręsti (Farmer et al., 2006). Disertacinio darbo empiriniame tyrime tyrėjų trianguliacija nebuvo taikyta, patikimumas ir validumas užtikrinti, taikant grįžtamąjį ryšį ir gautų duomenų patikrinimą keliuose tyrimuose (Farmer et al., 2006). Duomenų trianguliacijos pranašumas – tyrimo vidinis pagrįstumas, t.y., kiek metodas yra tinkamas atsakyti į tyrimo klausimą (Mays, Pope, 2000). Empiriniame tyrime skirtingais būdais surinkti duomenys leido padaryti panašias išvadas, o požiūris į tą patį klausimą skirtingais rakursais padėjo sukurti holistinį integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo vaizdą (Pinnock et al., 2008). Metodų trianguliacija padėjo pašalinti sunkumus interpretuojant ne tik konvergenciją, bet ir skirtingais metodais gautų išvadų skirtumus (Moran-Ellis et al., 2006).

Pagrindinis tyrimo metodų trianguliacijos tikslas yra ištirti konvergenciją (kai kiekvieno metodo išvados sutampa ir susijungia, kad sudarytų naują visumą), papildomumą (papildomos informacijos tuo pačiu klausimu iš įvairių duomenų šaltinių) ir disonansą (nepaaiškinamus išvadų skirtumus/ prieštaravimus) (Farmer et al., 2006; O’Cathain et al., 2010), kurie padeda padidinti tyrimų rezultatų ir interpretacijų pagrįstumą ir patikimumą (Nowell et al., 2017) bei pateikti išsamesnį tiriamosios problemos ir jos sprendimų vaizdą (Hesse-Biber, 2010). Mišrių tyrimo duomenų rinkimo metodai ir kelių trianguliacijų metodų taikymas padėjo pagerinti disertacinio darbo empirinio tyrimo rezultatų patikimumą ir sumažinti šališkumą (Green, Thorogood, 2018). Tyrimo metodų papildomumas leido panaudoti kiekybinius ir kokybinius duomenis, išsamiau paaiškinti konkretų tyrimo rezultatą ir detaliau apžvelgti tyrimo problemą (Farmer et al., 2006). Gautų rezultatų pagrįstumas susietas su supratimu, kuris kilo iš skirtingais tyrimo metodais gautų rezultatų, siekiant pateikti išsamesnį tyrimo problemos vaizdą, atsižvelgiant į metodų trūkumus bei užginčijant šališkumą, kylantį iš vienos perspektyvos (Green, Thorogood, 2018). Tai leido atskleisti disertacinio darbo empiriniame tyrime naudotų duomenų rinkimo metodų naudingumo vertę – duomenų generavimą, analizavimą ir aiškinimą praktikoje: padidino tyrimų rezultatų tikslumą ir pasitikėjimo jais lygį; leido sugeneruoti naujas žinias apibendrinant skirtingus

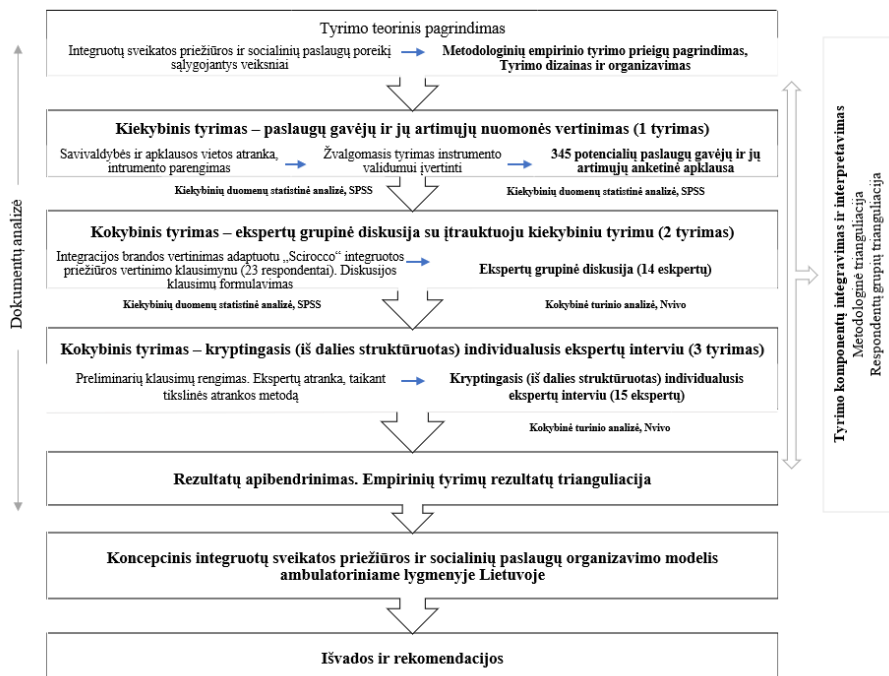
požiūrius; padėjo įvertinti skirtingas nuomones ir jas pritaikyti įvairioms reiškinių konstrukcijoms; atspindėjo sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos sudėtingumą ir daugialypę ontologiją; padėjo logiškai įgyvendinti teorinę tyrimų strategiją (Moran-Ellis et al., 2006).

2.2. Tyrimo dizainas ir organizavimas

Mišrių tyrimo duomenų rinkimo metodai naudojami nagrinėjant sveikatos priežiūros sistemas dėl jų suteikiamų galimybių keliomis perspektyvomis vertinti problemas, apibendrinti informaciją, išsamiau suprasti problemą, suskirstyti ir palyginti skirtingais duomenų rinkiniais gautus rezultatus, kiekybiškai įvertinti sunkiai pamatuojamas konstrukcijas, pateikti konteksto iliustracijas ir tendencijas, nagrinėti procesus bei patirtis (Creswell, Plano, 2011). Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integravimo procesų metodų sudėtingumas ir kintamumas taip pat reikalauja naudoti mišrių metodų tyrimus, nustatant jų tarpusavio ryšį (Cretin et al., 2004, Moore et al., 2015, Greene, 2007).

Nors vertinant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integravimo iniciatyvas dažniausiai sutelkiamas dėmesys į procesus ir rezultatus, atliekant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integravimo klausimų tyrimus, būtina atsižvelgti į kontekstą, kuriame vystosi integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos bei įvertinti įvairias požiūrio perspektyvas: paslaugų gavėjų ir teikėjų patirtis bei požiūrį, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygius, paslaugų susiejimą, koordinavimą, integracijos lygį (Shaw et al., 2011). Siekiant įvertinti visus šiuose aspektus, tradiciniai tyrimo metodai, tokie kaip atsitiktinių imčių tyrimai, daugeliu atveju yra nepakankamai informatyvūs, nes neįmanoma užfiksuoti konteksto ir evoliucijos procesų, susijusių su paslaugų integracija (Vrijhoef, 2010), bei sudėtinga nustatyti paslaugų integracijos kompleksines problemas, susijusias su integruotų sveikatos priežiūra ir socialinių paslaugų organizavimu ir teikimu (Glasby, Dickinson, 2014). Mišrių tyrimo duomenų rinkimo metodų naudojimo strategijos, kai abiejų tipų duomenų rinkimas vyksta nuosekliai, skirtingais etapais, yra naudojamos kartu siekiant geriau suprasti ilgalaikį integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų tikslą (Creswell, 2014). Vertinant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos problemišumą, naudojami kiekybiniai ir kokybiniai metodai, siekiant sukurti tinkamą požiūrį į integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų matavimą ir vertinimą, atsižvelgiant į poveikį (Shaw et al., 2011; Barde et al.,

2013). Disertacinio darbo empiriniame tyrime buvo panaudoti minimi elementai, aiškinantis įvairias tiriamosios problemos perspektyvas ir žinių tipus, sprendžiant tyrimo klausimus, apsvarstant teorijos pritaikymą praktikoje, formuojant integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelį ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje.



13 pav. Empirinio tyrimo loginė schema

Šaltinis: parengta autorės.

Disertacinio darbo empiriniame tyrime, siekiant sujungti kiekybinius ir kokybinius metodus, analizuojant ir vertinant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integraciją Lietuvoje, naudotas mišrių tyrimo duomenų rikimo metodo dizainas sujungė kiekybinius ir kokybinius metodus keliuose etapuose, kai etapai priklausė vienas nuo kito bei nuo bendro tyrimo tikslo, t. y., atlikto tyrimo rezultatais remiamasi, formuojant tolesnį tyrimą bendram tikslui pasiekti (Green, Thorogood, 2018; Creswell, Plano Clark, 2011). Detali tyrimų metodų taikymo schema pateikta 13 paveiksle, kur

„Kokybinis“ ir „Kiekybinis“ nurodo, kad akcentuojamas tiek kokybinis, tiek kiekybinis duomenų rinkimas, analizė ir interpretavimas (Creswell, 2014). Remiantis teorinės dalies išvalgomis bei pritaikant nuoseklų duomenų rinkimo modelį, atliktas pirmasis kiekybinis tyrimas (potencialių integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų gavėjų ir jų artimųjų nuomonės vertinimas), atlikus pirmojo kiekybinio tyrimo duomenų rinkinio analizę, nustatyti esami ir/ar trūkstami duomenys antrajam kokybiniam tyrimui (ekspertų grupinei diskusijai su įtraukiamuoju kiekybinio tyrimu). Remiantis atliktų dviejų tyrimų duomenimis, pritaikant aiškinamąjį nuoseklų metodą, pagrįstos trečiojo kokybinio tyrimo (kryptingojo (pusiau struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu) prielaidos (Creswell, 2014). Empirinių tyrimų metodų trianguliacijos ir integracijos metodai naudojami, siekiant geriau suprasti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos poreikį Lietuvoje potencialių paslaugų gavėjų, paslaugų teikėjų, politikos formuotojų ir įgyvendintojų, mokslininkų perspektyvomis, kurios tarpusavyje galėjo skirtis, o mišrių tyrimo metodų naudojimas ir jų trianguliacija padėjo atskleisti tiriamąjį klausimą kompleksiskumą.

Disertacinio darbo empirinio tyrimo eigą galima būtų suskirstyti nuosekliai išplaukiančiais etapais (13 paveiksle):

1. Pirmasis empirinio tyrimas atliktas, siekiant išsiaiškinti teorinėje dalyje pateiktas išvalgas. Šis tyrimas atspindėjo pagrindinių integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų veikėjų – potencialių paslaugų gavėjų ir jų artimųjų – kolektyvinę nuomonę apie integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatorinėje sveikatos priežiūros grandyje poreikį. Tyrimu buvo siekta nustatyti, kokias paslaugas šiuo metu gauna pacientai namuose (ambulatoriniame lygmenyje), kaip vertina namuose teikiamų paslaugų kokybę, kokių paslaugų pageidautų, ar pageidautų integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, teikiamų ambulatoriniame lygmenyje, kokios turėtų būti šios paslaugos.
2. Teorinėje dalyje pateikiamos išvalgos ir pirmojo empirinio tyrimo metu gauta informacija bei įvardintos probleminės sritys potencialių paslaugų gavėjų bei jų artimųjų akimis suformavo prielaidas antrajam empiriniam tyrimui – ekspertiniam politikos formuotojų, politikos įgyvendintojų, paslaugų teikėjų bei paslaugų teises atstovaujančių NVO vertinimui. Siekiant įvertinti kolektyvinę ekspertų nuomonę apie integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos lygį, šių paslaugų poreikį bei svarbą buvo atlikta išankstinė grupinės diskusijos dalyvių apklausa internetu ir ekspertų grupinė diskusija. Tyrimu

siekiami nustatyti, kaip ekspertai vertina sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos brandą Lietuvoje, integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį ir svarbą, bei nustatyti pagrindinius šių paslaugų organizavimo prieštaravimus, jų pasekmes asmens priežiūrai.

3. Išanalizavus kokybinius ir kiekybinius duomenų rinkinius, lygiagrečiai atlikus dokumentų analizę, vadovaujantis tyrimų trianguliacijos principais, buvo atliktas kokybinis tyrimas, taikant kryptingąjį (iš dalies struktūruotą) individualųjį ekspertų interviu metodą, įtraukiant tikslingai atrinktų svarbiausių suinteresuotųjų pusių atstovus. Pirmi du tyrimai leido išsiaiškinti požiūrį į integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą, šių paslaugų poreikį bei integracijos lygį, esminius prieštaravimus, kurie daro neigiamą įtaką sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijai Lietuvoje. Pirmųjų dviejų tyrimų rezultatai ir lygiagreti dokumentų bei teorijos analizė leido suformuluoti prielaidas trečiajam empiriniam tyrimui – suinteresuotųjų pusių atstovų kryptingajam (iš dalies struktūruotam) individualiajam interviu, kurio pagrindinis tikslas buvo rasti atsakymus į iškeltus poreikius bei prieštaravimus integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimui ir teikimui Lietuvoje, siekiant užtikrinti ilgalaikes priežiūros paslaugas ambulatorinėje grandyje.
4. Trijų empirinių tyrimų duomenys, gauti per pirmąjį, antrąjį ir trečiąjį tyrimų etapą, buvo analizuojami atskirai, gauti rezultatai naudojami parengti apibendrinantoms išvadoms, kurios įtraukiamos į koncepcinio integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelio ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje rengimą bei išvadų ir rekomendacijų pateikimą.

Disertacinio darbo empiriniame tyrime buvo naudojami keli trianguliacijos metodai: metodologinė trianguliacija, duomenų rinkimo ir analizės trianguliacija, interpretavimo trianguliacija. Metodologinė trianguliacija apėmė kokybinius ir kiekybinius tyrimus ir naudojama, siekiant palyginti trijų duomenų rinkimo metodų (pacientų apklausos, ekspertų diskusijos su įtrauktuju kiekybiniu tyrimu, kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu) rezultatus. Duomenų trianguliacija panaudota, siekiant atsižvelgti ir įvertinti įvairias pateiktas perspektyvas, atsispindinčias rezultatuose. Empiriniame tyrime duomenų trianguliacija apėmė duomenis, gautus iš kelių šaltinių (kiekybinio tyrimo metu buvo gauti duomenys, kuriuos pateikė paslaugų gavėjai; kokybinio tyrimo metu duomenys gauti iš paslaugų teikėjų (slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių, socialinės globos įstaigų, paslaugas namuose teikian-

čių asmens sveikatos priežiūros specialistų ir socialinio darbo specialistų) perspektyvos, įvairių lygių politikos formuotojų ir įgyvendintojų (SAM, SADM, VLK specialistų, savivaldybių specialistų) bei sveikatos priežiūros ir socialinės srities mokslininkų perspektyvų). Šis duomenų sujungimas leido suprasti požiūrį į integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas Lietuvoje, siekiant užtikrinti ilgalaikės priežiūros paslaugas ambulatorinėje grandyje, bei ištirti integruotos priežiūros poreikį, integruotų paslaugų įgyvendinimo ir plėtros perspektyvas, atsižvelgiant į lūkesčius bei paslaugų organizavimo kontentekstą.

Duomenų trianguliacija atlikta vadovaujantis trianguliacijos protokolu (5 priedas), kuris buvo pritaikytas norint interpretuoti ir integruoti pagrindines trijų disertacijos empirinių tyrimų išvadas, siekiant nustatyti bei išpildyti duomenų papildomumą, disonansą, konvergenciją ir „tylos“ sritis tarp metodų ir duomenų (Farmer et al., 2006). Protokolas apima duomenų rinkinio paruošimą, konvergencijos kodavimo schemą, konvergencijos vertinimą bei atsiliepimą. Duomenų rinkinio rengimas atliktas iš pagrindinių kiekvieno duomenų rinkinio išvadų rūšiavimo į panašiai suskirstytus segmentus, kuriuose nagrinėjamas tyrimo klausimas, siekiant nustatyti turinio sutapimus ir skirtumų sritis (Farmer et al., 2006). Konvergencijos kodavimo schemos kūrimas ir konvergencijos vertinimas apėmė matricos sudarymą, siekiant palyginti pagrindines atskirų empirinių tyrimų išvadas ir nustatyti pagrindines temas, aptartas kiekviename duomenų rinkinyje (Hopf et al., 2016; Farmer et al., 2006). Konvergencijos schemą sudaro 4 kodai: pritarimas (P) – išvada buvo nustatyta atliekant tam tikrą tyrimą; dalinis pritarimas (DP) – išvada buvo iš dalies patvirtinta, atliekant tam tikrą tyrimą; disonansas (D) – išvadai nepritarta arba nustatyta prieštaravimų; tylą (T) – nėra duomenų išvadai pagrįsti. Išvados patvirtinimui 3 P, reiškia, kad išvada buvo patvirtinta trimis empiriniais tyrimais, 2 DP reiškia, kad išvada buvo patvirtinta dvejų empirinių tyrimų duomenimis, 1 DP – išvada buvo patvirtinta vieno iš empirinių tyrimų duomenimis (5 priedas).

Išvados, kurios nuoseklios visuose duomenų šaltiniuose (t.y. duomenų trianguliacija) ir patvirtintos keliais duomenų rinkiniais (t.y. metodologinė trianguliacija), suteikia daugiau pasitikėjimo interpretacijų patikimumu ir galimybe perkelti duomenis į kitus panašius kontekstus (Farmer et al., 2006) bei padeda formuoti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelį ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje. Nustatytas disonansas tarp duomenų rinkinių suteikia galimybę tolesniems moksliniams tyrimams, siekiant ištirti skirtumo pagrindą ir rasti

sprendimus šiems skirtumas spręsti (Farmer et al., 2006).

Vertinant tyrimo visapusiškumą (*angl. comprehensiveness*), iš įvairių tyrimo metodų gauti duomenys ir metodų papildomumas bei disonansas leido geriau suprasti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų Lietuvoje koordinavimą, organizavimą ir įgyvendinimą įvairių suinteresuotųjų pusių požiūriu bei gauti jų išsamius atsakymus apie paslaugų organizavimo prieštaravimus bei būdus jiems spręsti. Vertinant tyrimo vystymo (*angl. development*) perspektyvą – pirmojo kiekybinio tyrimo rezultatai prisidėjo prie antrojo kokybinio tyrimo priemonės pasitelkimo. Išanalizavus pirmojo ir antrojo tyrimų duomenis, trečiajame tyrime atlikti interviu su suinteresuotomis pusėmis – ekspertais, siekiant geriau suprasti, paaiškinti bei pateikti išsamesnį integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo ambulatoriniame lygmenyje vaizdą Lietuvoje. Nuoseklaus tyrimo dizaino įgyvendinimas suteikė pridėtinę vertę interpretuojant tyrimų rezultatus. Tyrimų išplėtimas (*angl. expansion*) leido suprasti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo ambulatorinėje grandyje problematikos mastą ir apimtį, tuo pačiu gautos įžvalgos, tokios kaip paslaugų finansavimo mechanizmas ar vadybinių kompetencijų trūkumas ir pan., suteikė prielaidas būsimų tyrimų atlikimui. Tolimesniuose šios dalies poskyriuose pateikiami atliktų empirinių tyrimų tikslai, uždaviniai, atlikimo eiga, gautų duomenų analizės metodai.

2.3. Kiekybinio tyrimo – paslaugų gavėjų ir jų artimųjų nuomonės vertinimo (1 tyrimo) organizavimas

Siekiant papildyti teorinėje dalyje pateikiamas įžvalgas, atliktas pirmasis empirinis tyrimas – kiekybinis paslaugų gavėjų ir jų artimųjų nuomonės vertinimas (anketinė apklausa), norint įgyti duomenis, kokias sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas gauna ambulatoriniame lygmenyje, paciento namuose, kiek žino apie savivaldybėje organizuojamas ir teikiamas paslaugas, kaip vertina šiuo metu gaunamų paslaugų prieinamumą ir kokybę, kokių paslaugų pageidautų.

Pirmojo empirinio **tyrimo tikslas**: nustatyti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį, vertinant potencialių šių paslaugų gavėjų ir jų artimųjų nuomonę.

Pirmojo empirinio **tyrimo uždaviniai**:

1. Nustatyti, kokias sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas potencialūs integ-

ruotos priežiūros paslaugų gavėjai gauna ambulatoriniame lygmenyje, paciento namuose.

2. Nustatyti, kaip potencialūs integruotų priežiūros paslaugų gavėjai vertina namuose gaunamų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų kokybę bei prieinamumą.
3. Įvertinti potencialių integruotos priežiūros gavėjų informuotumą apie savivaldybėje teikiamas socialines paslaugas ambulatoriniame lygmenyje.
4. Įvertinti potencialių integruotų priežiūros paslaugų gavėjų lūkesčius dėl sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikiamų ambulatoriniame lygmenyje, pacientams namuose.

Pirmojo empirinio **tyrimo objektas**: gaunamų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų kokybė, prieinamumas ir lūkesčiai.

Tyrimo atlikimo laikotarpis: 2019 metų birželio – liepos mėn.

Tyrimo atlikimo vieta: Vši K. Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė (Kaunas).

Respondentų atranka: siekta apklausti visus tuo laiku ligoninėje hospitalizuotus pacientus arba jų šeimos narius.

Kiekybinis tyrimas – potencialių integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų gavėjų anketinė apklausa pasirinkta atlikti dedukciniam tyrimui, surinkti informaciją ir didesnės dalies tikslinės asmenų grupės nuomonę apie gaunamas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ambulatorinėje grandyje, jų vertinimą ir poreikius bei lūkesčius šioms paslaugoms. Siekiama ištirti kintamųjų ryšius: kaip gaunamas paslaugos vertinamos pačių pacientų ir jų artimųjų, kaip vertinimas priklausė nuo amžiaus, lyties, išsilavinimo, lėtinės ligos/būklės trukmės bei pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurios pacientas yra asmuo, statuso. Šie kintamieji matuojami ir gaunami skaitiniais duomenimis, analizuojant statistiškai. Kiekybinio tyrimo metu gauti duomenys pateikė išmatuojamus nuomonių ir poreikių įrodymus bei įžvalgas apie tiriamųjų patirtis, kurios padėjo suformuoti klausimus kokybiniams tyrimams dėl būtinų pokyčių, organizuojant ir teikiant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas.

Įvertinus Lietuvos statistikos departamento pateikiamus 2019 m. Lietuvos gyventojų skaičius pagal amžiaus grupes apskrityse ir savivaldybėse, vertinant vyresnio amžiaus gyventojų skaičių amžiaus grupėse (11 lentelė ir 6 priedas), nustatyta, kad Kauno m. savivaldybės gyventojų amžiaus grupėse nuo 65 m. procentinis pasiskirstymas pagal bendrą gyventojų skaičių teritorijoje labiausiai atitiko bendrą Lietuvos gyventojų

šiose amžiaus grupėse pasiskirstymą, įvertinus tai, kad savivaldybės teritorijoje gyvena daugiau nei 10 proc. visų Lietuvos gyventojų. Nustatyta, kad Kauno m. savivaldybėje vyresni nei 65 m. amžiaus asmenys sudarė 20,9 proc. bendro Kauno m. savivaldybėje gyvenančių asmenų skaičiaus, bendrai vertinant šio amžiaus asmenų procentinį skaičių Lietuvoje, gyventojai nuo 65 m. amžiaus sudarė 19,8 proc. visų gyventojų. Atkreiptinas dėmesys, kad buvo vertintas procentinis amžiaus grupių pasiskirstymas pagal bendrą gyventojų skaičių (Lietuvoje, apskrityje, savivaldybėje).

11 lentelė. 2019 m. gyventojų skaičius Kauno apskrityje ir Kauno m. savivaldybėje

Aprašymas	Iš viso	Amžiaus grupė					Bendras virš 65 m.
		65–69	70–74	75–79	80–84	≥85	
Iš viso Lietuvoje	2794184	155351	119763	115720	89469	72070	552373
<i>Procentinė dalis (proc. nuo gyventojų skaičiaus teritorijoje)</i>		5,6	4,3	4,1	3,2	2,6	19,8
Kauno apskritis	561430	31135	24782	24534	17917	15181	113549
<i>Procentinė dalis</i>		5,5	4,4	4,4	3,2	2,7	20,2
Kauno m. sav.	286754	16037	13116	13187	9385	8101	59826
<i>Procentinė dalis (gyventojų proc. skaičius, nuo bendro gyventojų skaičiaus, proc. nuo gyventojų skaičiaus teritorijoje)</i>	<u>10,3</u>	5,6	4,6	4,6	3,3	2,8	20,9

Šaltinis: parengta autorės, remiantis Lietuvos statistikos departamento pateikiamais duomenimis.

Savivaldybės atrankoje ypatingas dėmesys buvo skiriamas pirminės (ambulatorinės) sveikatos priežiūros tinklui ir savivaldybėje organizuojamoms socialinėms paslaugoms. Atkreiptinas dėmesys į ypatingą Kauno m. savivaldybės platų pirminės asmens sveikatos priežiūros tinklą – pirminio lygmens asmens sveikatos priežiūros paslaugas (apimančias šeimos gydytojo ir slaugos paslaugų namuose teikimą). 2019 m. Kauno m. savivaldybėje šias paslaugas teikė dvi viešosios įstaigos (VŠĮ Kauno miesto poliklinika ir VŠĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos) bei dvidešimt penkios privačios įstaigos (UAB ir IĮ), kurios buvo sudariusios sutartis su Kauno teritorinėmis ligonių kasomis dėl šių paslaugų finansavimo PSDF lėšomis.

VŠĮ Kauno miesto poliklinika turėjo įkūrusi atskirą pagalbos namuose tarnybą, teikiančią ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas bei slaugos paslaugas pacientams namuose (<https://kaunopoliklinika.lt/paslaugos/gydymas-ir-konsultavimas/>

pagalbos-namuose-tarnyba/). Kauno m. savivaldybės strateginiuose dokumentuose nurodoma, kad ypatingas dėmesys yra skiriamas socialinių paslaugų teikimui ir vystymui Kauno miesto gyventojams. BĮ Kauno miesto socialinių paslaugų centras nurodo, kad teikia ne tik reglamentuotas paslaugas, bet ir vykdo įvairius projektus, iniciatyvas susijusias su paslaugų organizavimu ir teikimu neįgaliesiems, vyresnio amžiaus asmenims namuose ir dienos stacionaruose.

Mokslininkų tyrimuose ir Lietuvos Higienos instituto Sveikatos informacijos centro 2016 m. parengtoje Lietuvos senyvo amžiaus žmonių sveikatos būklės pokyčių ir netolygumų analizėje nurodoma, kad Lietuvoje vyresnio amžiaus asmenys dažniau serga lėtinėmis ligomis, didėjant amžiui dažniau pasireiškia polisergamumo lėtinėmis ligomis iššūkiai. Lietuvos Higienos instituto Sveikatos informacijos centro parengtoje informacijoje teigiama, kad ilgalaikiai sveikatos sutrikimai, ligotumas didėja vyresnio amžiaus grupėse, todėl didesnei daliai vyresnio amžiaus grupei priklausančių asmenų įprastinė veikla yra ribojama dėl sveikatos sutrikimų. 2014 m. Lietuvoje iš visų 75 m. ir vyresnio amžiaus žmonių trečdaliui dėl ilgalaikių sveikatos sutrikimų jų kasdieninė veikla yra labai ribota, daugeliui sunku atlikti būtiniausias savęs priežiūros veiklas bei išėiti iš namų. Dėl lėtinių sveikatos sutrikimų ypatingas dėmesys turėtų būti skiriamas ambulatorinės priežiūros paslaugų organizavimui ir teikimui, esant kompleksinėms bėdoms (lėtiniai sveikatos sutrikimai, kuriems kontroliuoti būtinos asmens sveikatos priežiūros paslaugos ir iš to išplaukiančios socialinės (savrūpos problemos) būtinos integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos, organizuojamos ambulatorinėje grandyje, ypatingą dėmesį kreipiant į šių paslaugų organizavimą ir teikimą asmens namuose. Siekiant įvertinti šių paslaugų poreikį pačių vyresnio amžiaus asmenų, sergančių lėtinėmis ligomis, požiūriu, nutarta apklausti slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių pacientus bei jų artimuosius. Hospitalizavimo į slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninę indikacijos ir kriterijai apibrėžti 2012 m. gegužės 4 d. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-393 patvirtintame „Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų apraše“, apimantys lėtines būkles ir ligas, kai kitos sveikatos priežiūros paslaugos yra neefektyvios, o asmens sveikatos būklė reikalauja palaikomojo gydymo. Stacionarinė palaikomojo gydymo ir slaugos paslauga apima gydymo, slaugos, kitas minimalias sveikatos būklės palaikymo paslaugas/priemones bet kurio amžiaus žmonėms, sergantiems lėtinėmis ligomis, kai yra aiški ligos diagnozė ir nereikalingas aktyvus gydymas bei kontraindikuotina medicininė rehabilitacija. Tai minimalios sveikatos būklės palaikymo paslaugos/priemonės, teikiamos pacientui, siekiant išsaugoti

individualų fizinį aktyvumą ir pagal galimybes palaikyti organizmo funkcinį pajėgumą. Šių paslaugų teikimas priskiriamas stacionarinio pirminio lygio paslaugoms.

Kauno miesto savivaldybės gyventojams slaugos, palaikomojo gydymo bei paliatyviosios pagalbos paslaugas 2019 m. teikė VšĮ Respublikinė Kauno ligoninė ir VšĮ K. Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė. VšĮ Respublikinė Kauno ligoninė tuo metu aptarnavo visos Kauno apskrities gyventojus, o VšĮ K. Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė paslaugas teikia daugiausiai Kauno m. savivaldybės gyventojams, kuriems šios paslaugos būtinos. Atsižvelgiant į šiuos kriterijus bei poreikį kuo labiau atspindėti Kauno m. savivaldybės gyventojų nuomonę, pacientų ir jų artimųjų apklausą nuspręsta atlikti VšĮ K. Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje (toliau – slaugos ligoninė). Atkreiptinas dėmesys, kad slaugos ligoninė skirtinguose savo padaliniuose specializuojasi teikti tam tikrą pagalbą: Petrašiūnų padalinyje specializuojamasi paliatyviosios pagalbos srityje, Vičiūnų padalinyje – demencijų palaikomajam gydymui, Panemunės padalinyje – kitų lėtinių ligų palaikomajam gydymui. Dėl šių priežasčių galima teigti, kad tyrime dalyvavo įvairiomis lėtinėmis būklėmis sergantys pacientai (tikslinė I tyrimo grupė), kuriems būtina ypatinga ambulatorinė priežiūra, siekiant išvengti papildomos hospitalizacijos tiek slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse, tiek aukštesnio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Prieš atliekant tyrimą, tyrimo autoriai raštu kreipėsi į slaugos ligoninės administraciją dėl leidimo atlikti pacientų ar jų artimųjų apklausą. Kreipimesi buvo nurodyti tyrimo tikslai ir poreikis, pabrėžiant, kad apklausa vykdoma savanoriško dalyvavimo principu, o duomenų analizė ir pateikimas užtikrina visišką apklaustųjų anonimiškumą. Disertacinio tyrimo autorė gavo slaugos ligoninės administracijos leidimą vykdyti tyrimą (7 priedas).

Siekiant įvertinti potencialią integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų gavėjų bei jų artimųjų nuomonę apie gaunamas ambulatorines sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, organizuojamas bei teikiamas pacientui namuose, nustatyti, kaip respondentai vertina paslaugų kokybę bei galimybę jas gauti, įvertinti kokių paslaugų jie norėtų integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatorinės priežiūros kontekste, 2019 metų birželio – liepos mėnesiais anketinės apklausos metodu apklausti slaugos ligoninės pacientai bei jų šeimos nariai.

Tyrimo eigą galima suskirstyti į 3 etapus: I tyrimo etape parengtas tyrimo instrumentas (klausimynai) ir atlikti bandomieji tyrimai, siekiant įvertinti klausimynų patikimumą; II tyrimo etape atlikta apklausa bei gautų rezultatų analizė; III tyrimo etape

rezultatai palyginti su kitų mokslininkų atliktų panašių tyrimų rezultatais.

Pirmajame tyrimo etape, įvertinus Lietuvoje reglamentuotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, kurios turėtų būti teikiamos ambulatoriniame lygmenyje (namuose, dienos stacionaruose), sukurtas pacientų/jų artimųjų nuomonės tyrimo instrumentas. Klausimyną, skirtą pacientų nuomonei įvertinti (6 priedas), sudarė keturios grupės klausimų (iš viso 30 klausimų): I grupę klausimų sudarė bendro pobūdžio informaciniai klausimai apie respondentą: respondentas (pacientas ar jo artimasis), lytis, amžius, išsilavinimas bei kokiai gydymo įstaigai priklauso pacientas (privačiai ar viešajai įstaigai), kiek laiko serga lėtine liga; II grupę sudarė klausimai apie gaunamas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ambulatorinėje priežiūros grandyje bei jų žinomumą; III grupę sudarė klausimai apie gaunamų paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimą; IV grupę – sudarė klausimai apie pacientų ir jų artimųjų lūkesčius, susijusius su integruotomis sveikatos priežiūros ir socialinėmis paslaugomis, jų organizavimu ir teikimu.

Siekiant nustatyti pacientų klausimyno validumą, 2019 m. birželio mėnesį atliktas žvalgomasis tyrimas, kurio metu buvo vertinama ar klausimynas suprantamas ir patogus pildyti. Klausimyno skalės vidiniam nuoseklumui (angl. *scale internal consistency*) nustatyti, bandomojo tyrimo duomenys analizuoti SPSS v. 25 programiniu paketu (angl. *Statistical Package for Social Science*), taikant Cronbacho alfa (angl. *Cronbach's alpha*) koeficientą, kuris remiasi atsakymų į atskirus klausimyną sudarančius klausimus, koreliaciją ir įvertina, ar visi skalės klausimai pakankamai atspindi tiriamuosius požymius. Kuo labiau atsakymai į skirtingus klausimyno klausimus tarpusavyje koreliuoja, tuo Cronbacho alfa koeficientas yra artimesnis 1, o tai reiškia, kad klausimai labiau atspindi tiriamąjį dydį.

Žvalgomajam tyrimui atlikti taikyta paprastoji atsitiktinė pacientų atranka. Iš slaugos ligoninėje hospitalizuotų pacientų sąrašo, sudaryto pagal abėcėlę, atsitiktinai atrinkta ir apklausta 30 pacientų iš skirtingų slaugos ligoninės padalinių ir skyrių. Tam tikslui iš intervalo 0-10 atsitiktiniu būdu buvo pasirinktas sveikas skaičius. Nustatytas konkretus pacientas, kurio registracijos eilės numeris sąrašė sutampa su tuo skaičiumi. Kiti pacientai buvo identifikuojami pridėjus prie pradinio numerio 10, 20, 30 ir t. t. Šiems pacientams (ar šeimos nariams) buvo išdalinti klausimynai. Jie apklausti dalyvaujant apklausėjui – konsultantui. Įvertinus atsakymų į skirtingus klausimus tarpusavyje koreliaciją, nustatyta, kad Cronbacho alfa koeficiento reikšmė yra 0,776 (8 priedas), kas patvirtino, kad tyrimo klausimyno klausimai pakankamai atspindi tiriamuosius

požymius.

Apklausoje dalyvavo 345 respondentai, t.y. pacientai, hospitalizuoti slaugos ligoninėje, ar jų šeimos nariai (jei pacientas, dėl sveikatos būklės nesugebėjo atsakinėti į klausimyno klausimus savarankiškai, klausimyną pildė šeimos narys), tai sudarė 95 proc. tuo metu hospitalizuotų pacientų bei 21 proc. slaugos ligoninėje per metus hospitalizuojamų asmenų skaičiaus. Siekta apklausti visus tuo laiku hospitalizuotus slaugos ligoninės pacientus, tad vyresni, dėl sveikatos būklės negalintys patys įrašyti atsakymų, apklausos dalyviai į pateikiamus klausimus atsakinėjo verbaliniu būdu. Tokį apklausos būdo pasirinkimą lėmė kelios priežastys: slaugos ligoninės pacientai dažniausiai turėjo sveikatos sutrikimų, dėl kurių negalėjo savarankiškai užpildyti klausimyno bei jiems reikėjo papildomo laiko ir klausimų paaiškinimo išgilinimui į analizuojamą problematiką. Pacientų artimiesiems klausimynas buvo duodamas pildyti tik tuo atveju, kai pacientas klausimyno pildyti dėl sveikatos būklės negalėjo net ir dalyvaujant apklausėjui arba atsisakė jį pildyti.

Trečiame tyrimo etape apklausos metu surinkti duomenys buvo klasifikuojami, lyginami ir apdorojami. Statistinis duomenų apdorojimas: apžvalgomoji statistika atlikta pasinaudojus SPSS v. 25 programiniu paketu. Kodavimo ir įvedimo klaidų nustatymui naudota procedūra „frequencies“, kuria nustatyta kiekvieno iš atsakymų minimalios ir maksimalios reikšmės, ir jeigu jos viršijo anketoje esančias reikšmes, jos koreguotos pagal pirminę medžiagą. Atsakymų dažnių skaičiavimui taip pat naudota „frequencies“ procedūra, kuri parodo atvejų skaičių bei atsakymo varianto lyginamąjį svorį (procentą), lyginamąjį svorį, atmetus neatsakiusius į klausimą (tikrąjį procentą) (Čekanavičius, Murauskas, 2000).

Nustačius nenormaliuosius skirstinius, analizėje naudoti neparametriniai kriterijai (Čekanavičius, Murauskas, 2000):

1) Atsakymų dažnio pasiskirstymo skirtumui tarp diskrečių (nominalių ir ordinalių) požymių statistiniam reikšmingumui įvertinti pasirinktas neparametrinis kriterijus – *Pirsono Chi-kvadratas* (χ^2) su 95 proc. tikimybe, t.y., laikoma, kad skirtumas statistiškai reikšmingas, kai $p < 0,05$.

2) Tyrimo metu gauti duomenys, nepasiskirstę pagal normalųjį dėsnį ir priklausantys rangų skalei, analizuoti *Mann'o ir Whitney U (M-W)* testu, grindžiamu jungtinės imties analize. Jungtiniai abiejų imčių duomenys, gauti testuojant tuo pačiu testu, išdėstomi pagal rangus, kiekvienos imties rangai (gauti ranguojant jungtinius duomenis) sumuojami atskirai. Jeigu kintamųjų skirstiniai vienodi, rangai bus pasiskirstę

tarp grupių atsitiktiniu būdu. Kiekvienos imties rangų sumos pagrindu skaičiuojama Mann'o ir Whitney kriterijaus U statistika, kuria remiantis priimamas sprendimas dėl statistinės hipotezės. Hipotezė, kad kintamųjų skirstiniai nėra vienodi, laikyta pasitvirtinusia, jei $p < 0,05$.

3) Daugiau negu dviem nepriklausomoms imtims palyginti naudotas **Kruskal'o ir Walliso H** testas, (Mann'o ir Whitney U testo modifikacija, taikoma daugiau negu dviejų nepriklausomų imčių palyginimui), kuris taip pat paremtas jungtine visų imčių reikšmių rangine seka.

4) Statistinių-koreliacinių ryšių stiprumui (intervaliniams kintamiesiems be skirstinio normalumo prielaidos ir ranginiams kintamiesiems) bei krypčiai tarp nesimetriškų tolydžių dydžių nustatyti pasirinktas neparametrinis **Spearman'o koreliacijos koeficientas (ρ)**, kai $p < 0,05$. Spearman'o koeficientas rodo tiesioginį (su pliuso ženklu) arba atvirkštinį (su minuso ženklu) ryšį tarp kintamųjų, o juo reikšmė varijuoja tarp -1 (stiprus atvirkštinis ryšys) iki 1 (stiprus tiesioginis ryšys). Naudojant Spearman'o koeficientą, yra nesvarbu, ar kintamojo reikšmės yra pasiskirsčiusios simetriškai.

Respondentų pasiskirstymas pagal socialinius-demografinius požymius. Tyrimo dalyvavo 102 (29,6 proc.) pacientai ir 243 (70,4 proc.) pacientų artimieji, kurie nuolat prižiūri savo artimąjį namuose ($\chi^2 = 8,889$, lls = 1, $p = 0,0607$). 41,3 proc. moterų ir 58,7 proc. vyrų ($\chi^2 = 0,932$, lls = 2, $p = 0,628$). Apklausoje dalyvavę respondentai buvo suskirstyti į 3 amžiaus grupes: 1 grupė – iki 65 m. – 18,0 proc. visų apklausoje dalyvavusių respondentų; 2 grupė – nuo 65 iki 79 m. amžiaus, kurie sudarė 36,0 proc. visų apklausoje dalyvavusių respondentų; 3 grupė – nuo 80 m. iki 97 m. amžiaus – 46,0 proc. visų apklausoje dalyvavusių respondentų. Vertinant vyrų ir moterų pasiskirstymą amžiaus grupėse statistiškai reikšmingo skirtumo tarp grupių nenustatyta ($\chi^2 = 3,038$, lls = 4, $p = 0,694$). Vertinant apklausoje dalyvavusių pacientų ir jų artimųjų amžių ir pasiskirstymą amžiaus grupėse, reikšmingo skirtumo nenustatyta ($\chi^2 = 5,647$, lls = 4, $p = 0,059$).

14 proc. respondentų buvo pradinio išsilavinimo, 14 proc. – pagrindinio, 23,3 proc. – vidurinio išsilavinimo, 26,0 proc. – profesinio, 14 proc. – aukštesniojo išsilavinimo, 8,7 proc. – aukštojo išsilavinimo. Nenustatyta, kad respondentų išsilavinimas reikšmingai skirtųsi, vertinant respondento lytį ($\chi^2 = 3,038$, lls = 5, $p = 0,694$) bei vertinant, ar į klausimą atsakė pacientas, ar jį prižiūrintis artimasis ($\chi^2 = 10,562$, lls = 5, $p = 0,061$).

Analizuojant ir vertinant paslaugų gavėjų ir jų artimųjų nuomones vertinime

(pirmajame empiriniame tyrime) dalyvavusių respondentų atsakymus į klausimą, kokiai gydymo įstaigai šiuo metu priklauso asmuo, hospitalizuotas slaugos ligoninėje, dauguma respondentų nurodė viešąją įstaigą (polikliniką) (77,1 proc.), 22,9 proc. nurodė, kad pacientas priklauso privačiai PASPI. Vertinant atsakymus į klausimą, kiek laiko slaugos ligoninės pacientas serga lėtine liga, nustatyta, kad 39,4 proc. pacientų lėtine liga sergo iki 4 metų, 36,8 proc. – nuo 5 metų iki 9 metų, 23,8 proc. – 10 metų ir ilgiau.

Įvertinus apklaustų respondentų pasiskirstymą pagal tai, ar į klausimą atsakė pacientas ar paciento artimasis, vertinant respondentų pasiskirstymą pagal lytį ir amžių, statistiškai reikšmingo skirtumo tarp grupių nenustatyta, tad galima teigti, kad apklausoje dalyvavę respondentai sudarė homogenišką grupę, kuri reikšmingai atspindėjo tiriamąjį objektą.

2.4. Kokybinio tyrimo ekspertų grupinės diskusijos su įtrauktoju kiekybiniu tyrimu (2 tyrimo) organizavimas

Siekiant papildyti teorinėje dalyje pateikiamas išvalgas ir pirmuoju empiriniu tyrimu gautus rezultatus, atspindinčius potencialių integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų gavėjų, jų artimųjų nuomonę bei vertinimą, šių paslaugų organizatorių ir koordinatorių (valstybinių, savivaldos lygmenimis), paslaugų teikėjų bei kitų dalyvių (suinteresuotųjų pusių) vertinimu, norint išsamiai atsakyti į disertacijoje išsikeltą trečiąjį uždavinį, buvo atliktas antrasis empirinis tyrimas – ekspertų grupinė diskusija su įtrauktoju kiekybiniu tyrimu.

Antrojo empirinio **tyrimo tikslas** – nustatyti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį ir svarbą, įvertinti teikiamų paslaugų integracijos brandos lygį, integracijos problemines sritis bei siūlomus sprendinius probleminėms sritims spręsti, vertinant suinteresuotųjų pusių nuomonę.

Antrojo empirinio **tyrimo uždaviniai**:

1. Nustatyti Lietuvos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos brandą.
2. Nustatyti vykdomas integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų iniciatyvas.
3. Nustatyti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo bei teikimo problemines sritis bei sprendinius probleminėms sritims spręsti.

Antrojo empirinio **tyrimo objektas** – integruotų sveikatos priežiūros ir sociali-

nių paslaugų organizavimo vertinimas.

Tyrimo atlikimo laikotarpis: 2020 m. rugsėjo mėn.

Tyrimo atlikimo vieta: internetinė diskusija, suorganizuota Mykolo Romerio universiteto konferencijos „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“ metu.

Respondentų atranka: diskusijoje galėjo dalyvauti visi iš anksto užsiregistravę asmenys.

Mokslinėje literatūroje atkreipiamas dėmesys į du pagrindinius kokybinių duomenų generavimo metodus – individualūs interviu ir tikslinės grupės interviu. Šių metodų taikymo vertė yra tai, kad dalyviai gali žodžiu pranešti įžvalgas apie savo aktyviai sukurtą socialinį pasaulį (Ritchie et al., 2014). Asmenų grupinė diskusija dažnai naudojama kaip kokybinis požiūris, norint giliau suprasti socialines problemas, siekiant gauti duomenis iš specialiai pasirinktos asmenų grupės (Nyumba et al., 2018). Grupinė diskusija kartais laikoma iš dalies struktūruoto interviu sinonimu, nes abu šie metodai yra susiję žmonių suvokimo ir vertybių atskleidimu (Parker, Tritter, 2006). Tačiau esminis šių tyrimo metodų skirtumas yra tyrėjo vaidmuo ir santykis su dalyviais (Smithson, 2000). Interviu apima individualią, kokybišką ir išsamią diskusiją, kurioje tyrėjas prisiima „tyrėjo“ vaidmenį. Tai reiškia, kad tyrėjas užduoda klausimus, kontroliuoja diskusijos dinamiką, t. y., užmezga dialogą su konkrečiu asmeniu (Nyumba et al., 2018). Priešingai yra grupinėje diskusijoje, kur tyrėjas prisiima tarpininko arba moderatoriaus vaidmenį, t. y., skirtingai nei interviu metu, tyrėjas – užima periferinį, o ne centrinį vaidmenį (Nyumba et al., 2018).

Mokslininkai, vertindami ekspertų grupines diskusijas, vykdomas internetu, teigia, kad internetinės diskusijos vykdomos nuotoliniu būdu, naudojant konferencinius pokalbius, pokalbių kambarius ar kitas priemones, savo rezultatyvumu nesiskiria nuo diskusijų, vykdomų „gyvai“ (Kamberelis, Dimitriadis, 2005). Pabrėžiama, kad internetinės diskusijos pasižymi dinamiškumu, modernumu ir konkurencingumu, kurie peržengia tradicinius iššūkius diskutuojant „akis į akį“ (Edmunds, 1999).

Grupinės ekspertų diskusijos siekis yra tyrimo dalyvių sąveika ir diskusija, „kurios rezultatas – patirties, nuomonių, sampratų, idėjų įvairovė“ (Gaižauskaitė, Valavičienė, 2016). Antruoju empiriniu tyrimu buvo siekiama nustatyti požiūrį į tyrimo klausimą ir sutelkti dėmesį į integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo kolektyvinį aiškinimą. Todėl nuotolinė grupinė ekspertų diskusija, naudojant konferencinį pokalbio kambarį, kaip duomenų rinkimo metodas pasirinkta, sie-

kiant gauti bendrų pirminių įžvalgų apie integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas bei nustatyti šių paslaugų poreikį ir svarbą, kylančius iššūkius ir pasiūlymus jiems spręsti. Ekspertų grupinė diskusija apėmė keturis pagrindinius žingsnius: (1) tyrimo planavimą, (2) duomenų rinkimą, (3) analizę ir (4) rezultatų pateikimą (Morgan et al., 2002). Ekspertų grupinės diskusijos vykdymo etapai pateikti 14 paveiksle.

Ekspertų grupinė diskusija vyko Mykolo Romerio universiteto konferencijos „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“ (2020 m. rugsėjo 28 d.) III dalyje „Diskusija darbo grupėse“. Konferencija ir diskusija buvo skirta Lietuvos sveikatos politikos formuotojams, sveikatos priežiūros valstybinio ir privataus sektoriaus darbuotojams, pacientams, NVO, mokslininkams ir praktikams. Konferencija dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) sukeltos pandemijos organizuota nuotoliniu būdu. Viena iš diskusijų darbo grupėse temų konferencijoje „Slaugos ir globos integracija“, į kurią užsiregistravo 58 dalyviai: PASPĮ atstovai (21 proc. visų užsiregistravusių), socialinių paslaugų įstaigų, teikiančių priežiūros ir globos paslaugas bendruomenėje, atstovai (16 proc. visų užsiregistravusių), VLK bei teritorinių ligonių kasų atstovai (12 proc. užsiregistravusių), slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas teikiančių įstaigų atstovai (10 proc. užsiregistravusių), mokslininkai, atstovaujantys įvairias aukštąsias ugdymo įstaigas (10 proc. visų užsiregistravusių), savivaldybių administracijų atstovai (7 proc. užsiregistravusių), socialinių globos įstaigų, teikiančios stacionarines paslaugas, atstovai (7 proc. užsiregistravusių), stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų atstovai (7 proc. visų užsiregistravusių), SAM atstovai (5 proc. visų užsiregistravusių), LR Vyriausybės kanceliarijos atstovai (3 proc. visų užsiregistravusių), pacientų teises atstovaujančių NVO atstovai (2 proc. visų užsiregistravusių). 53 proc. visų užsiregistravusiųjų užėmė vadovaujančias pareigas nurodytose įstaigose.

Diskusijos planas	<p>Diskusijos tikslas: Nustatyti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį ir svarbą, įvertinti teikiamų paslaugų integracijos brandos lygį, integracijos problemines sritis bei siūlomus sprendinius probleminėms sritims spręsti, vertinant suinteresuotojų pusių nuomonę:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nustatyti paslaugų integracijos brandą; 2. Įvertinti integruotų paslaugų iniciatyvas; 3. Nustatyti integruotų paslaugų organizavimo ir teikimo problemines sritis; 4. Nustatyti sprendinius probleminėms sritims spręsti. <p>Diskusijos dalyviai ir jų skaičius: 10-25 informantų, atstovaujančių suinteresuotąsias puses: politikos formuotojai ir įgyvendintojai, savivaldybių administracijų atstovai, ASPĮ (ASPN teikiančių, slaugos ir palaikomojo gydymo) atstovai; socialines paslaugas teikiančių įstaigų (teikiančių paslaugas namuose ir įstaigoje) atstovai, NVO atstovai.</p>
Duomenų rinkimas	<p>Pasirengimas: išankstinis klausimynas, įvertinantis dalyvių nuomonę apie paslaugų integracijos brandą.</p> <p>Integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų problematikos ir išankstinės dalyvių apklausos rezultatų pristatymas.</p> <p>Diskusijos klausimų pristatymas.</p> <p>Vykdomas diskusijos įrašas</p>
Duomenų analizė	<p>Transkribavimas, klasifikavimas, duomenų kodavimas, turinio analizė</p>
Rezultatai	<p>Rezultatų apibendrinimas</p>

14 pav. Ekspertų grupinės diskusijos vykdymo etapai

Šaltinis: parengta autorės.

Prieš diskusiją (2020 m. rugsėjo 22 d.) visiems į diskusiją užsiregistravusiems dalyviams registracijos formoje nurodytais elektroninio pašto adresais buvo išsiųstas prašymas užpildyti elektroninį klausimyną (išankstinis elektroninis klausimynas parengtas „Google Drive“ aplinkoje). Išankstinės elektroninės apklausos tikslas – išsiaiškinti slaugos, kaip sveikatos priežiūros sistemos paslaugų dalies, ir globos ir priežiūros, kaip socialinės pagalbos paslaugų dalies, integracijos lygį bei nustatyti problematines integracijos sritis ir vietas, kurios turėtų būti aptartos diskusijos metu, tuo pačiu diskusijos dalyviai buvo supažindinti su diskutuojama tema. Užpildytą klausimyną buvo prašyta pateikti iki 2020 m rugsėjo 26 d., siekiant prieš diskusiją apibendrinti apklausos duomenis bei suformuluoti diskusinius klausimus.

Išankstinis ekspertų diskusijos dalyvių klausimynas sudarytas, adaptavus „Sci-rocco“ integruotos priežiūros vertinimo instrumento (internetinio integruotos priežiū-

ros vertinimo įrankio) (angl. *SCIROCCO Scaling integrated care in the concept Self-assessment tool*), skirto nustatyti sveikatos ir socialinės priežiūros sistemų integracijos brandą, klausimus. Įrankis remiasi konceptualių integruotos priežiūros brandos vertinimo modeliu, kurį sukūrė Europos komisijos fondo Europos inovacijų partnerystės vyresnių žmonių aktyvumo ir sveikatos srityje (angl. *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*) B3 integruotos priežiūros grupė. Įrankis pritaikytas priežiūros sistemos organizatoriams ir priežiūros paslaugų teikėjams įvertinti integruotos priežiūros sistemos brandą bei nustatyti problematines vietas. Šį įrankį sudaro 12 klausimų, o atsakymų variantai pateikiami vertinimo diagramose. Instrumentą galima rasti internetinėje nuorodoje <https://www.scirocco-project.eu/scirocco-tool/>.

Adaptavus „Scirocco“ integruotos priežiūros vertinimo instrumento klausimus, sudarytas internetinis integruotos priežiūros vertinimo klausimynas, skirtas nustatyti sveikatos ir socialinės priežiūros sistemų integracijos brandą Lietuvoje. Iš „Scirocco“ integruotos priežiūros vertinimo instrumento pasirinkti ir adaptuoti aštuoni klausimai bei atsakymų variantai, kurie labiausiai atitiko diskusijos temą ir labiausiai tiko įvertinti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos lygį diskusijos metu Lietuvoje. Išankstinis klausimynas pateikiamas 10 priede. Respondentai turėjo pasirinkti vieną, labiausiai tinkantį atsakymo variantą. Atsakymų variantai suranguoti Likerto matavimo skalėje balais nuo nulio iki penkių, kai nulis – srityje nieko nedaroma, penki – pilnai integruota sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos sistema. Kiekvienas atsakymo variantas paaiškintas, siekiant, kad respondentas kuo išsamiau suprastų vertinimo skalės balo reikšmę. Elektroninio klausimyno pabaigoje respondentui buvo sudaryta galimybė įrašyti savo įžvalgas nagrinėjama tema.

Elektroninį klausimyną užpildė 23 respondentai (40 proc. iš visų užsiregistravusiųjų į konferenciją dalyvių, kuriems buvo išsiųstas kvietimas užpildyti išankstinį elektroninį klausimyną). 12 lentelėje pateikiamas atsakiusiųjų pasiskirstymas pagal instituciją, kuriai atstovauja respondentas.

12 lentelė. Išankstinėje elektroninėje apklausoje dalyvavusių respondentų atstovaujamos įstaigos

Institucija/įstaiga	Skaičius
Vyriausybės kanceliarija	1
SAM	1
VLK ir Teritorinės ligonių kasos	3
Savivaldybės administracija	4
PASPI	2
Socialinės paramos centras	3
Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė	4
II ir III lygio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti ligoninė	2
Socialinės globos įstaiga	2
Pacientų teisės ir interesus atstovaujanti NVO	1
Iš viso:	23

Šaltinis: parengta autorės.

Išankstinės tikslinės ekspertų diskusijos dalyvių apklausos metu surinkti duomenys buvo klasifikuojami, lyginami ir apdorojami. Statistinis duomenų apdorojimas: apžvalgomoji statistika atlikta pasinaudojus SPSS v. 25 programiniu paketu. Kodavimo ir įvedimo klaidų nustatymui naudota procedūra „frequencies“, kuria nustatyta kiekvieno atsakymo minimalios ir maksimalios reikšmės, ir jeigu jos viršijo anketoje esančias, jos koreguotos pagal pirminę medžiagą. Atsakymų dažnių skaičiavimui taip pat naudota „frequencies“ procedūra, kuri parodo atvejų skaičių bei atsakymo varianto lyginamąjį svorį (procentą), lyginamąjį svorį, atmetus neatsakiusius į klausimą (tikrąjį procentą) (Čekanavičius, Murauskas, 2000).

Įvertinus išankstinės elektroninės apklausos rezultatus ir išsiaiškinus dažniausiai pateiktus atsakymų variantus, buvo suformuluoti keturi klausimai diskusijai, kuriais pirmiausiai siekiama išsiaiškinti kas šiuo metu atskirose įstaigose (atskiruose paslaugų organizavimo ir teikimo lygmenyse) daroma, siekiant integruoti sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos paslaugas, su kokiais iššūkiais susiduria suinteresuotosios pusės bei kaip ekspertų grupinės diskusijos dalyviai siūlo spręsti kylančias problemas. Ekspertų grupinės diskusijos dalyviams formuluojami klausimai:

1. Kokias patirtis turite teikiant sveikatos priežiūros ir bandant kartu organizuoti/teikti socialines paslaugas? Kokius didžiausius trukdžius/veiksnius matote iš savo patir-

ties sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijai?

2. Ką būtų galima padaryti patiems, integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas be nacionalinio nurodymo: paslaugų teikėjo lygmenyje, savivaldos lygmenyje? Kokių turite planų integruojant paslaugas sveikatos priežiūros srityje?

3. Kaip įsivaizduojate, koks turėtų būti šių integruotų paslaugų finansavimo mechanizmas?

4. Kaip šiuo metu vertinate paslaugų teikėjų kompetenciją teikti integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas?

Mokslininkai nurodo, kad grupinės diskusijos dalyvių identifikavimas ir dalyvavimas yra bene kritiškiausias žingsnis, nes technika daugiausia remiasi grupės dinamika ir sinergetiniais dalyvių santykiais, kad būtų generuojami reikiami duomenys (Nyumba et al., 2018; Žydžiūnaitė, Sabaliauskas, 2017). Kadangi antrojo empirinio tyrimo pagrindinis tikslas išsiaiškinti ekspertų nuomonę apie organizuojamas ir teikiamas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, kylančius iššūkius šių paslaugų integracijai ir priemonės šiems iššūkiams spręsti, konferencija „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“ ir jos III dalies „Slaugos ir globos integracija“ diskusija tapo platforma nuotoliniu būdu surinkti ekspertus, kurie domisi ir dalyvauja organizuojant ar teikiant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas. Diskusija vyko ZOOM platformoje ir YOUTUBE kanale. Į diskusiją prisijungė 34 dalyviai (58 proc. visų užsiregistravusiųjų), kurie atstovavo sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų įstaigoms (vadovai ir specialistai), savivaldybių administracijų atstovai (sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų skyrių atstovai), LR Vyriausybės kanceliarijos atstovai, VLK ir teritorinių ligonių kasų atstovai, pacientų teisėms ir interesams atstovaujančių NVO atstovai, mokslininkai. Atkreiptinas dėmesys, kad šios grupinės ekspertų diskusijos tikslas buvo išsiaiškinti skirtingas patirtis ir pažiūras į integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas bei jų organizavo ir teikimo poreikį, iššūkius ir priemones šiems iššūkiams spręsti. Mokslininkai linkę manyti, kad nehomogeniška diskusijos grupė, nepažįstami dalyviai, priklausomai nuo diskusijos tikslo, gali pateikti sąžiningas ir spontaniškas pažiūras, o tai užtikrina diskusijos ir jos rezultatų kokybę (Thomas et al., 1995).

Atsižvelgiant į išankstinį elektroninį klausimyną užpildžiusius respondentes bei prie diskusijos prisijungusius informantus, pirmiausiai į diskusiją buvo siekta įtraukti išankstinį elektroninį klausimyną užpildžiusius dalyvius. Jei internetinėje diskusijoje nedalyvavo asmuo užpildęs išankstinį klausimyną, vietoje jo į diskusiją buvo kviečiamas analogišką įstaigą bei pareigas užimantis kitas prijungęs dalyvis. Mokslinin-

kai linkę rekomenduoti tikslingą diskusijos dalyvių atrinkimą, remiantis dalyvių žiniomis, gebėjimais ir pajėgumais pateikti reikiamą informaciją (Morgan, 2002).

13 lentelė. *Ekspertų diskusijos dalyviai*

Institucija/įstaiga	Skaičius
Vyriausybės kanceliarija	1
VLK	1
Savivaldybės administracijos socialinių paslaugų skyrius	1
Savivaldybės administracijos sveikatos priežiūros skyrius	2
PASPI, teikianti slaugos paslaugas namuose	2
Socialinės paramos centras	2
Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė	3
Socialinės globos įstaiga	1
Pacientų teisės ir interesus atstovaujanti NVO	1
Iš viso:	14

Šaltinis: parengta autorės.

Dauguma mokslininkų pripažįsta, kad grupinės diskusijos dalyvių skaičius neturėtų viršyti 10 asmenų skaičiaus, tačiau atsižvelgiant į analizuojamos temos kompleksumą šis skaičius gali būti koreguojamas (Morgan, 2002). Grupinėje ekspertų diskusijoje dalyvavo 14 įstaigą ir kuruojamą sritį atstovaujančių ekspertų (11 lentelė), todėl diskusijoje pateiktos išvalgos įgalino išsamiai suprasti tyrimo temą (Braun, Clarke, 2013; Patton, 2002).

Diskutuojamus klausimus dalyviai visos diskusijos metu matė nuotolinių konferencijų platformoje „ZOOM“ ir specialiai sukurtame „YOUTUBE“ kanale. Informantai galėjo diskusijoje dalyvauti tiesiogiai pasisakydami bei diskutuodami raštu, diskusijoms skirtose platformų srityje. Į diskusijų dalyvių pasisakymus raštu taip pat buvo reaguojama, perskaitant komentarus ir diskusinį tekstą. Diskusijos moderatorius (disertacijos autorė), nestabdė tiesiogiai pasisakančiųjų dalyvių, jei jie atsakinėjo nesilaikydami klausimų chronologijos. Taip buvo siekiama, nepertraukiant diskusijų dalyvių minčių eigos, gauti kuo išsamesnę nuomonę diskutuojamais klausimais. Jei diskusijos dalyvis nukrypavo nuo diskutuojamos temos, kai pasisakymas tiesiogiai nelietė diskutuojamos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos temos, moderatorius diskusijos dalyvį grąžindavo prie diskutuojamos temos klausimų. Diskusija buvo įrašoma,

apie tai diskusijos dalyviai buvo informuoti konferencijos pradžioje.

Diskusijoje aktyviai dalyvavo įvairių sričių atstovai (suinteresuotosios pusės), kurie galėjo tinkamai atspindėti savo srities pozicijas iškeltiems diskusijoje klausimams aptarti. Diskusijai buvo skirta 1,30 val., apie trukmę dalyviai buvo informuoti ne tik konferencijos darbotvarkėje, bet ir prasidėjus diskusijai. Dalyviai buvo informuoti, kad diskusija įrašoma, o pateikta medžiaga bus apibendrintai analizuojama. Prieš diskusiją dalyviams buvo pristatytas diskusinės temos aktualumas Lietuvos kontekste, o diskusijos pabaigoje buvo pateikti apibendrinti esminiai diskusijos aspektai.

Ekspertų grupinės diskusijos skaitmeninis garso įrašas transkribuotas, nuasmenintas ir analizuotas, vadovaujantis kokybinės turinio (*angl. content*) analizės metodu. Visi ekspertų pasisakymai buvo įtraukti į analizę. Naudojant šių duomenų turinio analizę, buvo siekiama papasakoti dalyvių patirtį, tuo pačiu atsižvelgti į platesnę pateiktos informacijos reikšmę sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integravimo procesui. Turinio analizės tikslas – nustatyti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos perspektyvą per dalyvių patirtis, kartu atsižvelgiant ir į platesnės prasmės kontekstą, atspindint šių paslaugų integracijos sudėtingumą bei reiškinio pagrindines struktūras (Green, Thorogood, 2018). Turinio analizės metodas leido sistemingai koduoti, skirstyti informaciją į kategorijas, kurių neaptinkama vien klausantis įrašo ar skaitant nuorašus (Robson, 2006). Tai sistemingas procesas, žymint gautą informaciją „temomis“, „diskursu“ ar „ilustracinėmis citatomis“, išlaikant vientisumą ir apskaitą. Kokybinė turinio analizė suteikė galimybę apibūdinti pagrindinius sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos prieštaravimus ir juos kiekybiškai įvertinti (Schreier, 2012) bei leido duomenis suskirstyti į sąvokas ir kategorijas, apibūdinančias integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų fenomeną (Elo, Kyngäs, 2008).

Kokybinių tyrimų metu gautų duomenų turinio analizėje gali būti naudojamas indukcinis ar dedukcinis analizės procesas (Elo, Kyngäs, 2008). Ir indukcinis, ir dedukcinis turinio analizės procesai apima tris pagrindinius etapus: pasiruošimą, organizavimą ir rezultatų pateikimą – apibendrinimą. Pasiruošimo etapą sudarė tinkamų duomenų turinio analizei rinkimas, duomenų įprasminimas ir analizės vieneto parinkimas. Ekspertų grupinės diskusijos duomenys analizuojami taikant indukcinį analizės procesą, kurį sudarė diskusinės medžiagos atviras kodavimas, kategorijų kūrimas ir apibendrinimas. Po atviro kodavimo kategorijų sąrašai sugrupuoti į kategorijų grupes (Elo, Kyngäs, 2008). Duomenų grupavimo tikslas – susieti kategorijas į platesnio konteksto kategorijas. Kategorijų duomenų klasifikavimas ir duomenų priskyrimas tam

tikrai kategorijų grupei leido duomenis palyginti su kitais stebėjimais, nepriklausančiais tai pačiai kategorijai (Dey, 1993). Atsižvelgiant į suformuluotas kategorijas, taikant indukcinį turinio analizės principą, aiškinantis tiriamąją integruotos priežiūros problematiką, buvo priimamas sprendimas, kuriuos dalykus priskirti tai pačiai kategorijai (Dey, 1993). Kategorijų kūrimo tikslas – suprasti, sutelkti ir generuoti žinias reiškiniai apibūdinti (Cavanagh, 1997). Rezultatų pateikimas – apibendrinimas vykdomas generuojant kategorijas bei formuluojant bendrą tyrimo temos apibūdinimą (Polit, Beck, 2004). Kiekviena kategorija įvardijama naudojant turiniui būdingus žodžius (Elo, Kyngäs, 2008).

Ekspertų grupinės diskusijos metu gauti duomenys analizuoti kokybinės analizės informacinė sistema „Nvivo“, kurios naudojimas padidino teksto kodavimo tikslumą bei palengvino kodavimo, standartizavimo procesą. Kokybinės analizės informacinė sistema „Nvivo“ skirta kokybiniam duomenų apdorojimui ir analizei, padedanti kokybinius duomenis analizuoti pasirinktais kriterijais. „Nvivo“ informacinė sistema suteikė galimybę panaudoti susistemintus duomenis, sukuriant duomenų bazę, kurioje suprastinamas korelacijų procesas, naudojant modelius, matricas bei įvairias vizualizavimo galimybes (Morkevičius et al., 2008). Programinė įranga buvo ypač naudinga apdorojant duomenis ankstyvose analizės proceso stadijose – nustatant temų kategorijas, kuriant kategorijų matricas-medžius (Morkevičius et al., 2008), tačiau kodavimą ir duomenų interpretavimą savarankiškai atliko disertacijos autorė.

2.5. Kokybinio tyrimo – kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu (3 tyrimo) organizavimas

Siekiant papildyti antruoju empiriniu tyrimu gautas išvalgas bei detaliai atsakyti į disertacijoje išsikelto ketvirtąjį uždavinį, atliktas trečiasis empirinis tyrimas – kryptingasis (iš dalies struktūruotas) individualusis ekspertų interviu. Šiuo tyrimu siekiama detalai išanalizuoti prieštaravimus, kylančius Lietuvoje organizuojant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ambulatoriniame lygmenyje, nustatyti priemones ir pasiūlymus šiems prieštaravimams spręsti, išsiaiškinti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje organizavimo modelio komponentus, bendradarbiavimo mechanizmus, įgyvendinimo priemones, galimą poveikį asmens priežiūrai.

Trečiojo empirinio *tyrimo tikslas* – ištirti ir pateikti Lietuvos sveikatos priežiū-

ros ir socialinių paslaugų organizavimo prieštaravimus, jų pasekmes asmens priežiūrai bei pasiūlyti galimus integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo sprendimus šiems prieštaravimams spręsti.

Trečiojo empirinio **tyrimo uždaviniai**:

1. Nustatyti Lietuvos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo prieštaravimus, jų pasekmes asmens priežiūrai ambulatoriniame lygmenyje.
2. Pateikti ir pagrįsti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo sprendimus prieštaravimams spręsti, siekiant užtikrinti ilgalaikės priežiūros paslaugas ambulatoriniame lygmenyje.

Trečiojo empirinio **tyrimo objektas** – integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo prieštaravimai ir sprendimai šiems prieštaravimams spręsti.

Tyrimo atlikimo laikotarpis: 2021 m. vasario – kovo mėn.

Tyrimo atlikimo vieta: nuotolinis interviu.

Ekspertų atranka atlikta pasitelkiant tikslinės atrankos metodą (angl. *purposeful sampling*).

Disertaciniame darbe taikomi du kokybinių duomenų gavimo metodai: ekspertų grupinė diskusija ir kryptingasis (iš dalies struktūruotą) individualusis ekspertų interviu. Šių metodų privalumas – dalyvių gebėjimas žodžiu pateikti išvalgas apie suvokiamą socialinį pasaulį (Ritchie et al, 2014). Duomenų rinkimo metodo pasirinkimas tarp individualių interviu ir tikslinių grupių diskusijos priklausė nuo tyrimo tikslų ir renkamų duomenų pobūdžio (Ritchie et al, 2014). Kadangi trečiuoju empiriniu tyrimu sutelkiamas dėmesys į atskirų dalyvių-ekspertų patirtį Lietuvos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavime, matant prieštaravimus, jų pasekmes bei formuluojant pasiūlymus galimiems integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo sprendimams ir šiuo metu esantiems prieštaravimams spręsti, pasirinktas kryptingasis (iš dalies struktūruotas) individualusis ekspertų interviu išsamiems duomenims gauti. Pabrėžiama, kad vienas iš individualaus interviu kaip duomenų rinkimo metodo pranašumų, lyginant su tiksline grupių diskusija, yra konfidencialumas. Teigiama, kad individualaus interviu metu dalyviai yra labiau linkę atvirai ir sąžiningai vertinti savo patirtį ir suvokimą nagrinėjama tema (Braun, Clarke, 2013). Tarp kraštutinumų atliekant struktūruotą interviu, kuriame tyrėjo vaidmuo yra griežtai vadovautis sudarytu klausimynu, ir neoficialų interviu, kuriame vyrauja neformalus pokalbis, išskiriamas iš dalies struktūruotas interviu, kuriuose tyrėjas nustato tam tikrą darbo

tvarkę, apibūdina klausimus, bet dalyviai, dalyvaujantys interviu, nustato pateikiamos informacijos rūšį ir jų santykinę svarbą (Green, Thorogood, 2018). Mokslininkai teigia, kad šis duomenų rinkimo metodas yra imlus laikui, o dėl taikomų mažesnių tiriamųjų imčių dydžių gali sąlygoti duomenų „platumą“ (Braun, Clarke, 2013). Taip pat, šis metodas neleidžia nustatyti, kaip žmonės bendrauja ar elgiasi ne interviu aplinkos kontekste (Green, Thorogood, 2018), o atliekantysis asmuo gali būti šališkas (Bowling, 2014).

Trečiajame empiriniame tyrime siekiama atlikti detalią prieštaravimų, priemonių ir pasiūlymų analizę bei įvertinti siūlomus paslaugų organizavimo modelio komponentus: bendradarbiavimo mechanizmo ir įgyvendinimo principus, šių paslaugų poveikį, įvertinti pažangą ir tvarumą. Mokslininkai pripažįsta, kad pusiau struktūruoti interviu leidžia surinkti išsamias žinias, vertinant dalyvių perspektyvą, atsižvelgiant į jų patirtį taip generuoti žinias apie dominančius reiškinius, siekiant sukurti kontekstinius dalyvių įsitikinimų ir patirties apibendrinamus (Green, Thorogood, 2018; Braun, Clarke, 2013).

Šiame tyrime nustatomi pusiau struktūruoto interviu preliminarūs klausimai, mokslininkai teigia, kad šis duomenų rinkimo metodas leidžia dalyviams aiškiai atsakyti į pateiktus klausimus, siekiant nustatyti analizuojamų duomenų tipus ir svarbą, o tai leidžia formuluoti išvadas, remiantis dalyvių patirtimi ir perspektyvomis nagrinėjama tyrimo tema (Green, Thorogood, 2018). Interviu preliminarūs klausimai palengvino dalyvių pasisakymų, susijusių su tyrimo klausimais, struktūrizavimą (Braun, Clarke, 2013). Preliminariuose klausimuose pateikiamas nagrinėjamų sričių sąrašas, o ne konkretūs klausimai (Green, Thorogood, 2018). Šiame empiriniame tyrime preliminarūs pusiau struktūruoto interviu klausimai buvo parengti, naudojantis literatūros apžvalgos duomenimis, antrojo empirinio tyrimo metu gautomis išvalgomis bei „Scirocco“ integruotos priežiūros vertinimo instrumento vertinimo strategijos kryptimis (Green, Thorogood, 2018). Preliminarūs interviu klausimai buvo kuriami tokie, kad apimtų ir išplėstų antrojo empirinio tyrimo metu gautus duomenis, padėtų pagrįsti ar paneigti gautas išvadas bei pasiūlymus, vertinant individualius savo srities ekspertų pasisakymus, kurie padėtų detaliau pavaizduoti esamą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą, pateiktų naudingus pasiūlymus šių paslaugų integracijai Lietuvoje, tuo pačiu padėtų išvengti mokslininkų įvardinto tyrėjo (disertacijos autorės) šališkumo nagrinėjamu klausimu (preliminarus klausimynas pateikiamas 11 priede). Siekiant įvertinti kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu klausimų

aiškumą ir suprantamumą buvo atliktas bandomasis interviu, kurio metu nustatyta, kad klausimai ekspertui buvo suprantami.

Atsižvelgiant į teorinėje dalyje pateikiamą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje analizę Lietuvoje ir ekspertų grupinėje diskusijoje (2 tyrime) dalyvavusių informantų įvardintą integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos problematiką, buvo nustatyti pagrindiniai pusiau struktūruoto interviu dalyviai – ekspertai, taikant tikslinės atrankos metodą (angl. *purposeful sampling*). Šis atrankos metodas apima dalyvių atranką pagal jų galimybes pateikti išsamiausias duomenis ir informaciją apie tiriamąjį objektą – sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integraciją (Braun, Clarke, 2013). Kadangi šis atrankos būdas apima dalyvių pasirinkimą pagal patirtį ir dalyvavimą analizuojant, organizuojant ir teikiant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, tai leidžia tiriamąjį objektą vertinti pakankamai siaurai (pvz. analizuojant šiuo metu teikiamas paslaugas), tuo pačiu ir plačiai (vertinant šių paslaugų organizavimo ir teikimo iššūkius, įvardijant problematiką ir pasiūlymus) (Braun, Clarke, 2013). Disertacinio darbo empiriniame tyrime reikėjo išsamiai išnagrinėti vykdomas iniciatyvas integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos srityse, išanalizuoti patirtis ir problematiką, tuo pačiu gauti plačias įžvalgas apie bendrą paslaugų organizavimo problematiką bei sprendimo būdus, kokia turtėtų būti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracija ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje. Tikslinė atranka įgalino ieškoti dalyvių, vertinant šį konkretų kriterijų (Sandelowski, 1995). Trečiojo empirinio tyrimo duomenų rinkimo metu, siekiant visapusiškai įvertinti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos galimybes, problematiką bei pateikti sprendimus, atsižvelgiant į skirtingų suinteresuotųjų pusių perspektyvas, buvo įtraukti ekspertai, atstovaujantys daugiadisciplininėms suinteresuotosioms pusėms ir aktyviai dalyvaujantys sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos procese: ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas namuose teikiančių įstaigų atstovai, socialines paslaugas namuose teikiančių įstaigų atstovai, pirmines asmens sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas organizuojančių savivaldybių atstovai, SAM ir SADM, VLK atstovai, mokslininkai, tyrinėjantys ir aktyviai dalyvaujantys pirminėje asmens sveikatos priežiūros srityje bei socialinio darbo ir paslaugų vystymo srityje. Pasirinkti šie ekspertų atrankos kriterijai:

- *profesinė patirtis, organizuojant, teikiant, analizuojant priežiūros paslaugas ambulatoriniame lygmenyje;*
- *atstovavimas suinteresuotoms grupėms, siekiant apimti visus politikos forma-*

vimo ir įgyvendinimo aspektus.

Kvietimai su trečiojo empirinio tyrimo informacija elektroniniu paštu buvo išplatinti 20 potencialių dalyvių – suinteresuotų įstaigų atstovų, kurie, sutikę dalyvauti, buvo pakviesti susisiekti su disertacinio tyrimo autore. Tai suteikė dalyviams laiko prieš dalyvaujant perskaityti pagrindinę tyrimo informaciją. El. paštu pateiktoje informacijoje pabrėžiama, kaip bus užtikrinamas dalyvių konfidencialumas, kad tyrimo metu gauta informacija bus naudojama apibendrintai, siekiant gauti informacijos apie integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo galimybes ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje. Dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) sukeltos pandemijos, interviu nuspręsta vykdyti dalyviui patogiu laiku, nuotoliniu būdu: telefonu, ZOOM diskusijų platforma ar kita dalyviui patogia ryšio priemone. Tyrime sutiko dalyvauti 15 ekspertų (12 lentelė). Pirminiai duomenys buvo surinkti atliekant pokalbius su interviu dalyviais nuotoliniu būdu. Renkant duomenis dalyvavo tik tyrėjas (disertacinio tyrimo autorė) ir ekspertas. Visi informantai davė žodinį ar elektroninį sutikimą dalyvauti interviu ir juos įrašyti garso įrašais. Pokalbiai truko nuo 40 iki 60 minučių.

14 lentelė. *Ekspertų pusiau struktūruotam interviu atrinkti dalyviai*

Institucija/įstaiga	Skaičius
SAM Ilgalaikės priežiūros ir koordinavimo ministerijos patarėjas, Pirminės asmens sveikatos priežiūros ir slaugos skyriaus patarėjas, atsakingas už slaugos paslaugų plėtrą	2
SADM Socialinių paslaugų skyriaus vedėjas	1
VLK patarėjas	1
Savivaldybės administracijos socialinių paslaugų skyriaus vedėjas	1
Savivaldybės administracijos sveikatos priežiūros skyriaus vedėjas	2
Mokslininkų, tyrinėjančių pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikį, kokybę, atstovai (LSMU ir VU)	3
Mokslininkų, tyrinėjančių socialines paslaugas, jų poreikį, kokybę, atstovai (MRU ir VDU)	2
SPC direktorius	1
PASPI, daugiau nei 5 m. turinčių atskirą padalinį ASPN teikimui, atstovas	2
Iš viso:	15

Šaltinis: *parengta autorės.*

Kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu, kaip ir ekspertų grupinės diskusijos, metu gauti duomenys analizuoti, vadovaujantis kokybinės turinio analizės metodu. Interviu skaitmeniniai garso įrašai transkribuoti ir nusmeninti. Visi pasisakymai buvo įtraukti į analizę. Gauti duomenys buvo analizuojami, vadovaujantis dedukcinės turinio analizės principu. Dedukcinė turinio analizė naudota, norint patikrinti ir pagrįsti teorinėje dalyje pateiktas išvagas bei pirmajame bei antrajame disertacinio darbo empiriniuose tyrimuose gautus duomenis naujame kontekste (Elo, Kyngäs, 2008). Dedukcinis turinio analizės procesas, kaip ir indukcinis turinio analizės procesas, apėmė tris pagrindinius etapus: pasiruošimą, organizavimą ir rezultatų pateikimą – apibendrinimą (Elo, Kyngäs, 2008). Pasirinkus naudoti dedukcinį turinio analizės principą, sukurta kategorizavimo matrica, o duomenys koduoti vadovaujantis kategorizavimo matricos-medžio kategorijomis (Elo, Kyngäs, 2008). Vadovaujantis dedukciniais principais, kuriant kategorizavimo matricą-medį, buvo remtasi teorinėmis išvagomis ir pirmojo ir antrojo empirinių tyrimų duomenimis (Polit, Beck, 2004). Kategorijų matrica-medis laikomas tinkamu, jei kategorijos tinkamai atspindi sąvokas, o pagrįstumo požiūriu – tiksliai užfiksuoja tiriamąjį objektą (Schreier, 2012), t. y., šio disertacinio tyrimo ketvirtojo uždavinio įgyvendinimą – pateikti Lietuvos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo prieštaravimus, jų pasekmes asmens priežiūros kokybei bei formuoti galimus pasiūlymus integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo sprendimams, prieštaravimams spręsti. Kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu rezultatai apibūdinami pagal kategorijas, aprašančias integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos galimybes ir prieštaravimus (Elo et al., 2014). Naudojant struktūrizuotą analizės matricą-medį, iš duomenų galima pasirinkti tik tuos aspektus, kurie atitinka kategorizavimo rėmus, arba pasirinkti tuos, kurie netinka. Tokiu būdu aspektai, kurie neatitinka kategorijų rėmų, gali būti naudojami kuriant atskiras koncepcijas, remiantis indukcinio turinio analizės principais (Elo, Kyngäs, 2008). Rezultatai apibūdina kategorijų turinį – kategorijų reikšmes, atspindinčias tyrimo objektą, o rezultatų patikimumas priklauso nuo to, kaip kategorijos atspindi duomenis (Graneheim, Lundman, 2004). Kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu metu gauti duomenys, kaip ir ekspertų grupinės diskusijos gauti duomenys, analizuojami kokybinės analizės informacine sistema „Nvivo“, šiems tyrimams sudarnat atskiras duomenų bazes.

Kokybiniuose tyrimuose pabrėžiamas tyrėjo kompetencijos, atitinkamos kvali-

fikacijos ir turimų žinių derinys, kadangi kokybiniai tyrimai konstruojami, pasitelkiant tyrėjo analitinius gebėjimus (Žydzūnaitė; Sabaliauskas, 2017). Atsižvelgiant į tai, kad kokybiniuose tyrimuose didelę įtaką daro tyrėjo asmeninės savybės, ypatingai svarbus tampa tyrimo patikimumo – validumo klausimas. Kadangi disertacijos autorė yra šios srities profesionalė, dirbanti šioje srityje, šią riziką pavyko sušvelninti. Kiekybiniuose ir kokybiniuose tyrimuose naudojami validumo (*angl. validity*) ir patikimumo (*angl. reliability*) kriterijai (Ryan-Nicholls, Will, 2009). Schreier (2012) teigia, kad nėra aiškios skiriamosios linijos tarp kokybinės ir kiekybinės turinio analizės, todėl dažnai naudojami panašūs validumo (*angl. validity*) ir patikimumo (*angl. reliability*) terminai ir kriterijai, tačiau kokybinių tyrimų duomenų turinio analizei dažniausiai vartojamas įtikimumo (*angl. trustworthiness*) terminas. Kokybinio tyrimo įtikimumo tikslas yra argumentuoti tyrimo išvadas kaip „vertas dėmesio“ (Elo et al. 2014). Siekiant užtikrinti kokybinių tyrimų patikimumą, siūloma vertinti tikėtinumą (*angl. credibility*), patikimumą (*angl. dependability*), suderinamumą (*angl. conformability*), perkeliamumą (*angl. transferability*) bei autentiškumą (*angl. authenticity*) (Polit, Beck, 2012). Disertacinio darbo empiriniame tyrime, nustatant tikėtinumą (*angl. credibility*), abiejuose kokybiniuose tyrimuose dalyvavę respondentai – ekspertai – buvo tiksliai identifikuoti ir aprašyti. Patikimumas (*angl. dependability*), nurodant duomenų stabilumą laikui bėgant ir esant skirtingoms sąlygoms, įtvirtintas atliekant du skirtingus kokybinius tyrimus, skirtingu laiku, ekspertų prašant atsakyti tiek viename, tiek kitame tyrime naudotus klausimus, konstatuotina, kad nuomonė išsakytais klausimais sutapo. Disertaciniame darbe suderinamumas (*angl. conformability*), reiškiantis objektyvumą – galimybę susieti dviejų ar daugiau nepriklausomų žmonių nuomonę dėl duomenų tikslumo, tinkamumo ar prasmės, buvo užtikrintas į tyrimą įtraukiant įvairių suinteresuotųjų pusių ekspertus bei vertinant jų išsakytas išvagas. Perkeliamumas (*angl. transferability*), kuris remiasi samprotavimais, kad išvadas galima apibendrinti arba perkelti į kitas aplinkybes ar grupes, pasiektas atlikus du skirtingus tyrimus, skirtingomis sąlygomis – ekspertų grupinės diskusijos metu ir kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu metu. Disertaciniame darbe naudotų tyrimų autentiškumas (*angl. authenticity*) pasiektas autorei sąžiningai atspindint išsakytas ekspertų pozicijas. Disertacijos autorė naudojo keletą priemonių, mažinančių ekspertų grupinės diskusijos bei kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu metodų apribojimų neigiamą poveikį: siekiant įvertinti ekspertų grupinės diskusijos metu gautas išvagas, jos buvo aptartos su kryptingojo (iš dalies struktūruoto) indivi-

dualiojo ekspertų interviu dalyviais; siekiant įvertinti kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu klausimų aiškumą ir suprantamumą buvo atliktas bandomasis interviu; atlikus kryptingąjį (iš dalies struktūruotą) individualųjį ekspertų interviu – trijų interviu dalyvių paprašyta pateikti grįžtamąjį ryšį dėl jų pateiktos nuomonės ir įžvalgų interpretavimo atitikimo jų nuomonei. Konstatuotina, kad ekspertų grupinės diskusijos dalyvių ir interviu dalyvių bei tyrėjo nuomonės sutapo. Tyrimo atlikimo aprašymas, dalyvių atrankos procedūros, rezultatų aprašymas, parodant jų ryšį su duomenimis, bei išvadų pagrindimas buvo atlikti siekiant pateikti išsamią empirinio tyrimo informaciją prieinamu ir skaidriu būdu. Tyrimų metu gauti rezultatai, jų aprašymas bei apibendrinimai pateikiami disertacinio darbo tolimesnėje dalyje.

III. INTEGRUOTŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINIŲ PASLAUGŲ VERTINIMO LIETUVOJE REZULTATAI

Šioje disertacinio darbo dalyje pateikiami atliktų empirinių tyrimų rezultatai, kuriais siekiama įvertinti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį, Lietuvos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo prieštaračius, jų pasekmes asmens priežiūrai suinteresuotųjų pusių (potencialių paslaugų gavėjų, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikėjų, politikos formuotojų bei vykdytojų, mokslininkų) akimis. Apibendrinus empirinių tyrimų rezultatus, pateikiami pasiūlymai sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijai, siekiant atliepti ilgalaikių priežiūros paslaugų poreikį ambulatoriniame lygmenyje. Apibendrinimo pagrindu modeliuojamas koncepcinis integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelis ilgalaikėms priežiūros paslaugoms ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje ir pateikiamos disertacinio darbo išvados, disertacinio darbo apribojimai, tolimesnių tyrimų perspektyvos bei rekomendacijos, kurios užtikrintų integruotų paslaugų vystymą.

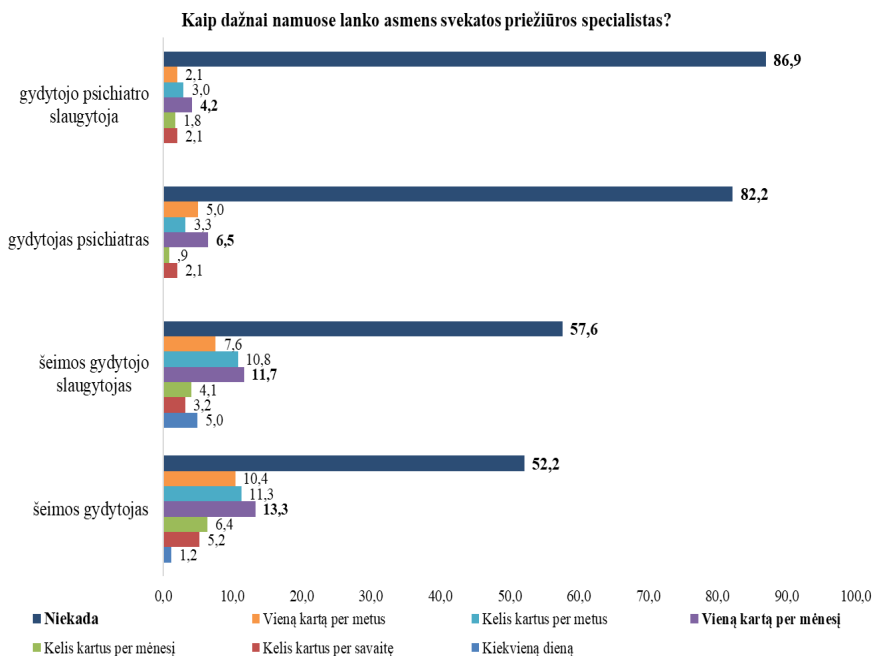
3.1. Paslaugų gavėjų ir jų artimųjų nuomonės vertinimo (1 tyrimo) rezultatai

Analizuojant paslaugų gavėjų ir jų artimųjų nuomonės vertinime (pirmajame empiriniame tyrime) dalyvavusių respondentų atsakymus į klausimą, kaip dažnai namuose gauna pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas (15 pav.), nustatyta, kad dauguma apklaustųjų negauna jokių pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų namuose. Vertinant pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistų apsilankymus paciento namuose, pagal tai kokiais pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigai pacientas priklauso, nustatyta, kad viešosios įstaigos pacientai dažniau gauna šeimos gydytojo ($\chi^2=19,866$, lls=6, $p=0,003$ / M-W=7614,5, $p=0,000057$) bei su juo komandoje dirbančio slaugytojo ($\chi^2=16,072$, lls=6, $p=0,013$ / M-W=7640,0, $p=0,0000187$) teikiamas paslaugas, nei privačiai pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigai priklausantys pacientai. Vertinant respondentų atsakymus pagal jų amžių, nustatyta, kad apklaustieji iki 64 m. amžiaus dažniau nei vyresni pacientai, nurodė, kad šeimos gydytojo ($\chi^2=28,781$, lls=12, $p=0,004$ / Kruskal–Wallis H=8,750, lls=2, $p=0,0126$, t.y., lyginant iki 64 m. amžiaus respondentų atsakymus ir 65 m. – 84 m. amžiaus atsakymus – M-W=5742,0,

$p=0,0054$ bei lyginant iki 64 m. amžiaus ir vyresnių nei 84 m. amžiaus atsakymus $M-W=4737,5$, $p=0,026$) ir su juo komandoje dirbančio slaugytojo ($\chi^2=23,349$, $lks=12$, $p=0,025$ / Kruskal–Wallis $H=6,309$, $lks=2$, $p=0,0427$ bei lyginant 64 m. amžiaus ir vyresnių nei 84 m. amžiaus atsakymus $M-W=4631,5$, $p=0,01984$) paslaugas namuose pacientas gauna dažniau – 75 proc. šio amžiaus respondentų nurodė, šeimos gydytojo ir 64,7 proc. slaugytojo paslaugas pacientas namuose gaudavo kiekvieną dieną. Nustatyta, kad didėjant paciento amžiui, šeimos gydytojo ($\rho=0,122$, $p=0,024$) ir šeimos gydytojo slaugytojo ($\rho=0,129$, $p=0,017$) apsilankymų namuose skaičius mažėja. Reikšmingai skyrėsi atsakymai dėl šeimos gydytojo ir slaugytojo apsilankymo dažnumo, vertinant respondentų išsilavinimą: pradinio, pagrindinio, vidurinio bei profesinio išsilavinimo respondentai lyginant su aukštesniojo ir aukštojo išsilavinimo respondentsiais dažniau nurodė, kad šeimos gydytojo paslaugas gauna kiekvieną dieną ar kelis kartus per savaitę ($\chi^2=34,907$, $lks=12$, $p=0,0001$ / Kruskal–Wallis $H=12,344$, $lks=2$, $p=0,002$, t.y., lyginant vidurinio ir profesinio bei pradinio ir pagrindinio išsilavinimo respondentų atsakymus $M-W=3493,0$, $p=0,00145$, lyginant pradinio ir pagrindinio su aukštesniojo ir aukštojo išsilavinimo respondentų atsakymus $M-W=4200,0$, $p=0,04316$, vidurinio ir profesinio išsilavinimo respondentų atsakymus su aukštesniojo ir aukštojo išsilavinimo respondentų atsakymais $M-W=5,009$, $p=0,025$), o slaugytojo paslaugas dažniau nurodė, kad gauna vidurinio ir profesinio išsilavinimo respondentai ($\chi^2=25,735$, $lks=12$, $p=0,012$ / Kruskal–Wallis $H=8,044605$, $lks=2$, $p=0,018$, t.y., lyginant vidurinio ir profesinio bei pradinio ir pagrindinio išsilavinimo respondentų atsakymus $M-W=3718,0$, $p=0,011$ bei lyginant vidurinio ir profesinio išsilavinimo respondentų atsakymus su aukštesniojo ir aukštojo išsilavinimo respondentų atsakymais $M-W=4,236$, $p=0,040$). Vertinant respondentų atsakymus pagal paciento ligos trukmę, pacientai, kurie serga trumpiau, dažniau nurodydavo, kad šeimos gydytojo paslaugas namuose gavo kiekvieną dieną, nei pacientai, kurie serga ilgiau ($\chi^2=31,982$, $lks=12$, $p=0,001$).

Vertinant socialinių paslaugų teikimą namuose, nustatyta, kad dauguma respondentų šių paslaugų negauna: 80 proc. apklaustųjų nurodė, kad negauna socialinių paslaugų namuose (pagalbos butyje). 91,3 proc. – nurodė, kad negauna dienos socialinės globos teikiamos įstaigoje. Nenustatyta, kad socialinių paslaugų gavimas priklausytų nuo gydymo įstaigos, kuriam šeimos gydytojui pacientas priklauso ($M-W=9955,000$, $p=0,306041$), nuo paciento ligos periodo trukmės (Kruskal–Wallis $H=3,485$, $lks=3$, $p=0,175$), nuo respondento lyties ($M-W=11441,500$, $p=0,309$), amžiaus (Kruskal–Wallis $H=2,725$, $lks=2$, $p=0,256$) ar išsilavinimo (Kruskal–Wallis $H=3,485$, $lks=2$, $p=0,175$).

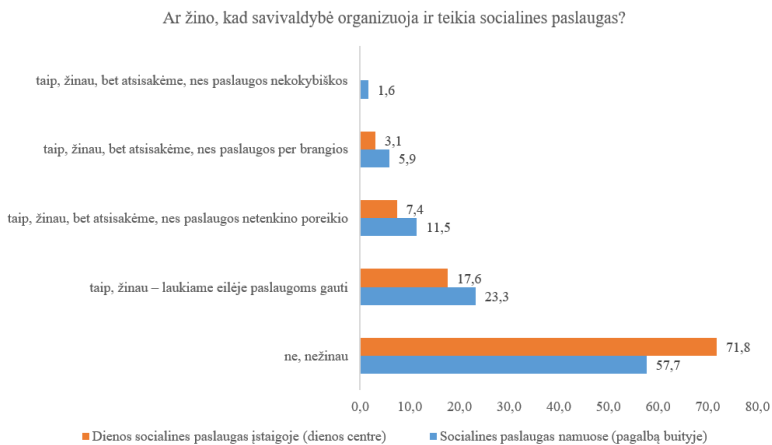
16 paveiksle, vertinant socialinių paslaugų žinomumą, nustatyta, kad dauguma respondentų nežino apie savivaldybėje organizuojamas ir teikiamas socialines paslaugas: 57,7 proc. respondentų nurodė nežinantys apie savivaldybės organizuojamas ir teikimas socialines paslaugas namuose, 71,8 proc. – nebuvo girdėję apie dienos socialines paslaugas įstaigoje. Žinomumas reikšmingai nesiskyrė, vertinant, ar į klausimą atsakė pacientas ar jo artimasis ($M-W=8761,5$, $p=0,339$), vyras ar moteris ($M-W=8392,5$, $p=0,097$) ar nuo lėtinės ligos laikotarpio (Kruskal–Wallis $H=5,979$, $lks=2$ $p=0,0503$). Atsakymų pasiskirstymas reikšmingai skyrėsi amžiaus grupėse (Kruskal–Wallis $H=7,181059$, $lks=2$, $p=0,028$) – nustatyta, kad jaunesnio amžiaus respondentai (iki 64 m. amžiaus), lyginant su 65 m. – 84 m. respondентаis ($M-W=4580,5$, $p=0,026$) ir su vyresniais nei 85 m. amžiaus respondентаis ($M-W=3704,5$, $p=0,018$), dažniau nurodė, kad apie savivaldybėje organizuojamas ir teikiamas socialines paslaugas jie žino.



15 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų namuose teikimo dažnis (proc.)

Šaltinis: parengta autorės.

Nustatyta, kad aukštesniojo ir aukštojo išsilavinimo respondentai, lyginant su pradinį ir pagrindinį išsilavinimą turinčiais pacientais, dažniau nurodė atsisakę socialinių paslaugų, kadangi paslaugos netenkino poreikio ($\chi^2=20,228$, lls=8, $p=0,010$ /Kruskal–Wallis $H=15,803$, lls=2, $p=0,0001$, $M-W=2818,500$, $p=0,0001$). Aukštesniojo ir aukštojo išsilavinimo respondentai, lyginant su pradinį ir pagrindinį išsilavinimą turinčiais pacientais ($M-W=4446,0$, $p=0,010$), dažniau nurodė, kad pacientas negauna dienos socialinių paslaugų teikiamų įstaigoje (dienos centre) ($\chi^2=20,312$, lls=6, $p=0,002$ /Kruskal–Wallis $H=6,575$, lls=2, $p=0,037$). Viešosios įstaigos pacientai ar jų artimieji dažniau nurodė žinantys apie savivaldybės organizuojamas ir teikiamas socialines paslaugas, tačiau dažniau jų atsisako dėl paslaugų kokybės ir poreikių nepatenkinimo (dėl socialinių paslaugų teikiamų namuose $\chi^2=10,289$, lls=4, $p=0,036$; dėl dienos socialinių paslaugų teikiamų įstaigoje (dienos centre) $\chi^2=9,714$, lls=3, $p=0,021$). Respondentai, nurodę gaunantys šeimos gydytojo paslaugas namuose, taip pat dažniau laukia eilėje socialinėms paslaugoms namuose gauti ($\chi^2=23,546$, lls=4, $p=0,0001$) bei dienos socialinėms paslaugoms, teikiamoms įstaigoje (dienos centre) gauti ($\chi^2=9,011$, lls=3, $p=0,029$), lyginant su respondентаis, kurie nurodė, kad namuose šeimos gydytojas paciento nelanko. Nustatyta, kad šeimos gydytojo slaugytojo paslaugas namuose gaunantieji reikšmingai dažniau nurodė, kad laukia eilėje socialinėms paslaugoms namuose gauti, lyginant su respondентаis, kurių šeimos gydytojo slaugytoja nelanko namuose ($\chi^2=10,394$, lls=4, $p=0,034$).



16 pav. Socialinių paslaugų žinomumas (proc.)

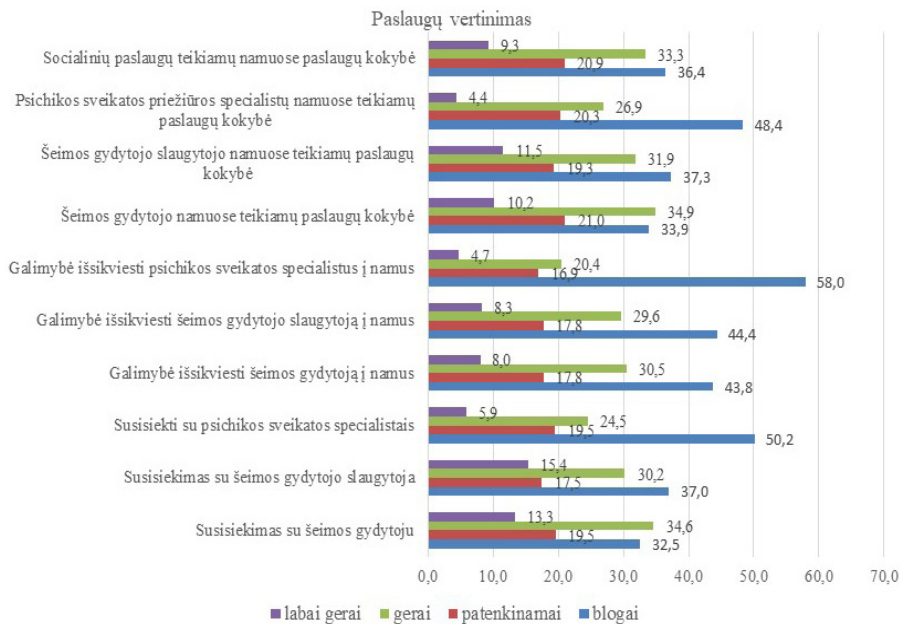
Šaltinis: parengta autorės.

Analizuojant respondentų atsakymus, pastebima, kad dauguma respondentų namuose gaunamas asmens sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose linkę vertinti patenkinamai arba blogai (17 pav.). Vertinant respondentų nuomonę dėl šeimos gydytojo komandos teikiamų paslaugų prieinamumo ir kokybės (17 pav.), nustatyta, kad moterys buvo linkusios geriau vertinti galimybę susisiekti su šeimos gydytojo slaugytoju, lyginant su vyrais ($\chi^2=8,045$, lls=3, $p=0,045$). Galimybę susisiekti su šeimos gydytoju skirtingai vertino viešosios įstaigos pacientai, lyginant su privačiai įstaigai priklausančiais pacientais: privačių įstaigų pacientai buvo linkę blogiau vertinti galimybę susisiekti su šeimos gydytoju ($\chi^2=10,990$, lls=3, $p=0,012$), šeimos gydytojo slaugytoju ($\chi^2=20,611$, lls=3, $p=0,0001$, M-W=4446,0, $p=0,010$ /M-W= 8318,5, $p=0,022$), psichikos sveikatos specialistais ($\chi^2=11,827$, lls=3, $p=0,008$). Prie privačios įstaigos prisirašę respondentai, lyginant su viešosios įstaigos pacientais, taip pat buvo linkę prasčiau vertinti galimybę išsikviesti šeimos gydytoją ($\chi^2=11,075$, lls=3, $p=0,011$ /M-W= 8106,0, $p=0,009$) bei psichikos sveikatos specialistus į namus ($\chi^2=9,525$, lls=3, $p=0,023$ / M-W= 7489,5, $p=0,031$). Viešosios įstaigos pacientai, lyginant su privačių įstaigų pacientais, buvo linkę geriau vertinti šeimos gydytojo ($\chi^2=10,042$, lls=3, $p=0,018$) bei slaugytojo ($\chi^2=9,136$, lls=3, $p=0,028$ / M-W=6013,500, $p=0,047$) namuose teikiamų paslaugų kokybę. Jaunesni respondentai (iki 64 m. amžiaus) galimybę susisiekti su savo šeimos gydytoju vertino geriau nei vyriausi respondentai (85 m. ir vyresni) ($\chi^2=13,853$, lls=6, $p=0,031$ /M-W=4369,0, $p=0,022$): 43,8 proc. vyriausių respondentų galimybę susisiekti su savo šeimos gydytoju vertino blogai, o 43,6 proc. jauniausių respondentų šią galimybę vertino gerai. Jaunesni apklausos dalyviai, kaip ir susisiekimo su šeimos gydytoju galimybes, geriau vertino galimybę susisiekti su šeimos gydytojo slaugytoju, lyginant su vyriausiais apklausos dalyviais ($\chi^2=17,633$, lls=6, $p=0,007$ /M-W=4426,0, $p=0,032$). Nustatyta, kad didėjant respondento amžiui ši galimybė vertinama blogiau ($\rho=-0,119$, $p=0,029$). Skirtingo amžiaus respondentai galimybę išsikviesti šeimos gydytoją ($\chi^2=8,364$, lls=6, $p=0,213$) ar jo slaugytoją ($\chi^2=7,872$, lls=6, $p=0,248$) į namus vertino panašiai, tačiau nustatytas neigiamas koreliacinis ryšys tarp respondento amžiaus ir šios galimybės vertinimo: tai yra, didėjant respondentų amžiui galimybė išsikviesti šeimos gydytoją ($\rho=-0,119$, $p=0,029$) ar slaugytoją ($\rho=-0,117$, $p=0,032$), vertinama blogiau. Vertinant respondentų atsakymus išsilavinimo grupėse, nustatyta, kad didėjant pacientų išsilavinimui, geriau vertinama galimybė susisiekti su šeimos gydytoju ($\rho=0,126$, $p=0,020$), galimybė išsikviesti šeimos gydytoją į namus ($\rho=0,138$, $p=0,011$), galimybė išsikviesti šeimos gydytojo slaugytoją į namus ($\rho=0,111$, $p=0,042$). Analizuojant, kaip

skirtingose išsilavinimo grupėse vertinama namuose teikiamų paslaugų kokybė, nustatyta, kad skirtingai vertinta slaugytojo namuose teikiamų paslaugų kokybė ($\chi^2=21,648$, lls=6, $p=0,001$): vidurinio ir profesinio išsilavinimo respondentai dažniau slaugytojo teikiamas paslaugas vertino gerai, lyginant su pagrindinio ir pradinio išsilavinimo bei aukštesniojo ir aukštojo išsilavinimo respondентаis.

Analizuojant apklausos dalyvių nuomonę dėl psichikos sveikatos komandos teikiamų paslaugų prieinamumo ir kokybės, nustatyta, kad dauguma respondentų paslaugų prieinamumą ir kokybę buvo linkę vertinti blogai ir patenkinamai (17 pav.). 41 proc. respondentų iki 64 m. amžiaus gerai įvertino galimybę susisiekti su psichikos sveikatos specialistais, taip manančių 85 m. ir vyresnių respondentų buvo tik 7,8 proc. ($\chi^2=34,572$, lls=6, $p=0,0001$). Nustatytas vidutinio stiprumo neigiamas koreliacinis ryšys tarp paciento amžiaus ir galimybės susisiekti su psichikos sveikatos specialistais vertinimo ($\rho=-0,272$, $p=0,0001$), t.y., didėjant paciento amžiui, šios galimybės vertinimas blogėja. Skirtingai buvo vertinama ir galimybė išsikviesti psichikos sveikatos specialistus į namus: jaunesni pacientai, lyginant su vyriausiais pacientais, geriau vertino šią galimybę ($\chi^2=30,742$, lls=6, $p=0,0001$), taip pat pastebima, kad didėjant respondento amžiui galimybė išsikviesti psichikos sveikatos specialistus į namus vertinama blogiau ($\rho=-0,241$, $p=0,0001$). Vyresni pacientai buvo linkę neigiamai vertinti ir psichikos sveikatos specialistų teikiamas paslaugas namuose: net 65,5 proc. psichikos sveikatos specialistų teikiamas paslaugas namuose vertino blogai, o taip manė 32,8 proc. iki 64 m. amžiaus respondentų ($\chi^2=17,062$, lls=6, $p=0,009$ / Kruskal-Wallis $H=14,739$, lls=2, $p=0,001$ / M-W=1025,0, $p=0,0001$). Pastebima, kad didėjant respondentų amžiui, psichikos sveikatos specialistų teikiamų paslaugų kokybę vertinama blogiau ($\rho=-0,282$, $p=0,0001$).

Vertinant respondentų atsakymus išsilavinimo grupėse, nustatyta, kad didėjant pacientų išsilavinimui, geriau vertinama galimybė susisiekti su psichikos sveikatos specialistais ($\rho=0,139$, $p=0,013$) bei galimybė išsikviesti psichikos sveikatos specialistus į namus ($\rho=0,136$, $p=0,015$). Analizuojant, kaip skirtingose išsilavinimo grupėse vertinama psichikos sveikatos specialistų namuose teikiamų paslaugų kokybė, nustatyta, kad paslaugų kokybę skirtingai vertinta pagrindinio ir pradinio išsilavinimo respondentai – jie šių paslaugų kokybę buvo linkę vertinti blogiau ($\chi^2=13,347$, lls=6, $p=0,038$ / Kruskal-Wallis $H=6,007$, lls=2, $p=0,05$ / M-W=960,0, $p=0,015$). Taip pat nustatyta, kad didėjant respondentų išsilavinimui psichikos sveikatos specialistų namuose teikiamų paslaugų kokybę vertinama geriau ($\rho=0,162$, $p=0,028$).



17 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas (proc.)

Šaltinis: parengta autorės.

Vertinant respondentų nuomonę dėl socialinių paslaugų, teikiamų namuose, vertinimo, nustatyta, kad 33,6 proc. į klausimą atsakiusiųjų socialines paslaugas, teikiamas namuose, buvo linkę vertinti blogai, 20,9 proc. – patenkinamai, 33,3 proc. – gerai ir 9,3 proc. – labai gerai (17 pav.). Paciento artimieji, lyginant su apklausoje dalyvavusiais pacientais, buvo linkę geriau vertinti namuose gaunamų socialinių paslaugų kokybę ($\chi^2=12,303$, $l/s=3$, $p=0,006$ / $M-W=1114,0$ $p=0,001$). Taip pat socialinių paslaugų vertinimas skyrėsi priklausomai nuo paciento ligos periodo trukmės, ilgiau nei 10 m. sergantieji pacientai ar juos slaugantys artimieji socialines paslaugas, teikiamas namuose, buvo linkę vertinti blogiau ($\chi^2=13,911$, $l/s=6$, $p=0,031$). Socialinių paslaugų kokybės vertinimas reikšmingai nesiskyrė vertinant respondentų lytį, amžių, išsilavinimą, įstaigą, kuriai priklauso respondentas.

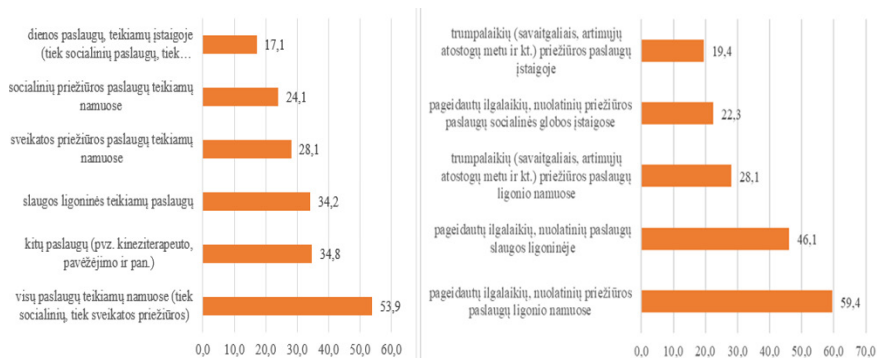
Analizuojant respondentų lūkesčius dėl paslaugų namuose teikimo, dauguma respondentų nurodė, kad šeimos gydytojo paslaugų norėtų kelis kartus per mėnesį (44 proc.) arba kelis kartus per metus (35 proc.), o jo teikiamos paslaugos turėtų būti

prieinamos visomis dienomis ir nakties metu (47,4 proc.) arba darbo dienomis dienos metu (40,7 proc.). Šie lūkesčiai nesiskyrė priklausomai nuo to ar į klausimą atsakinėjo pacientas ar jo artimasis, taip pat nuo respondento lyties ar išsilavinimo bei nuo ligos periodo. Analizuojant respondentų atsakymus pagal amžiaus grupes, nustatyta, kad didėjant respondentų amžiui mažiau norima gydytojo vizitų į namus ($\rho=0,136$, $p=0,012$).

Su šeimos gydytoju komandoje dirbančio slaugytojo paslaugų respondentai pageidautų kelis kartus per savaitę (37,5 proc.) arba kelis kartus per mėnesį (33,4 proc.), o paslaugos turėtų būti prieinamos visomis dienomis bei nakties metu (45,9 proc.) arba darbo dienomis dienos metu (37,5 proc.) (18 pav.). Šie lūkesčiai nesiskyrė priklausomai nuo respondento lyties ir išsilavinimo. Tačiau pacientų artimieji dažniau norėjo, kad slaugytojo paslaugos namuose būtų prieinamos savaitgaliais ir šventinėmis dienomis dienos ir nakties metu ($\chi^2=17,705$, $l/s=4$, $p=0,001$). Respondentų lūkesčiai dėl slaugytojo apsilankymų namuose dažnumo reikšmingai skyrėsi priklausomai nuo to, kokiai gydymo įstaigai pacientas priklauso: viešosios įstaigos pacientai ar jų artimieji dažniau buvo linkę nurodyti, kad slaugytojo paslaugų pageidauja kiekvieną dieną, o privačių įstaigų pacientai ar jų artimieji dažniau nurodė, kad slaugytojo paslaugų jie norėtų kelis kartus per savaitę ar mėnesį ($\chi^2=13,639$, $l/s=4$, $p=0,009$). Analizuojant respondentų lūkesčius dėl slaugytojo paslaugų namuose amžiaus grupėse, nustatyta, kad respondentai iki 64 m. amžiaus dažniau nei vyresni pacientai nurodė, kad slaugytojo paslaugų namuose pageidautų kiekvieną dieną ($\chi^2=26,121$, $l/s=8$, $p=0,001$). Nustatyta, kad slaugytojo paslaugų namuose lūkesčiai ir poreikis didesnis tiems pacientams, kurių liga dar nesitęsia ilgą periodą ($\rho=0,184$, $p=0,001$). Taip pat nustatyta, kad respondentai, kurie nurodė, kad niekada nėra gavę slaugytojo paslaugų namuose, dažniau pageidavo, kad šios slaugytojo paslaugos būtų prieinamos visomis dienomis dienos ir nakties metu ($\chi^2=17,364$, $l/s=4$, $p=0,002$).

Psichikos sveikatos priežiūros specialistų paslaugų, teikiamų namuose, užtektų kartą (37,1 proc.) ar kelis kartus per (29,2 proc.) metus, o paslaugos turtėtų būti prieinamos darbo dienomis dienos metu (50,9 proc.) arba visomis dienomis bei naktimis (42,1 proc.) (18 pav.). Šie lūkesčiai nesiskyrė priklausomai nuo to, ar į klausimą atsakinėjo pacientas ar jo artimasis, taip pat nuo respondento lyties ar išsilavinimo bei nuo ligos periodo. Tačiau atsakymai dėl psichikos sveikatos priežiūros specialistų apsilankymų namuose dažnumo reikšmingai skyrėsi priklausomai nuo to, kokiai gydymo įstaigai pacientas priklauso: viešosios įstaigos pacientai ar jų artimieji dažniau buvo

linkę nurodyti, kad psichikos sveikatos priežiūros specialistų paslaugų pageidauja kiekvieną dieną ar kelis kartus per savaitę, o privačių įstaigų pacientai ar jų artimieji dažniau nurodė, kad šių specialistų teikiamų paslaugų jie norėtų kelis kartus per mėnesį ($\chi^2=13,603$, $lfs=4$, $p=0,009$). Analizuojant respondentų lūkesčius dėl psichikos sveikatos priežiūros specialistų paslaugų namuose amžiaus grupėse, nustatyta, kad respondentai iki 64 m. amžiaus dažniau nei vyresni pacientai nurodė, kad šių paslaugų namuose pageidautų kiekvieną dieną ($\chi^2=18,528$, $lfs=8$, $p=0,018$ /M-W=4508,0 $p=0,013$). Nustatyta, kad didėjant pacientų amžiui psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikiamų namuose norima rečiau ($\rho=0,136$, $p=0,012$). Taip pat nustatyta, kad respondentai, kurie nurodė, kad niekada nėra gavę psichikos sveikatos priežiūros paslaugų namuose, dažniau pageidavo, šių paslaugos kiekvieną dieną ($\chi^2=33,268$, $lfs=4$, $p=0,0001$) bei savaitgaliais ar švenčių dienomis dienos ir nakties metu ($\chi^2=14,303$, $lfs=4$, $p=0,006$).



18 pav. Respondentų nuomonė dėl paslaugų teikimo ir organizavimo (proc.)

Šaltinis: parengta autorės.

Socialinių paslaugų namuose pacientai pageidautų kelis kartus per savaitę (43,4 proc.) arba kelis kartus per mėnesį (22,2 proc.), visomis dienomis ir naktimis (47,6 proc.) arba darbo dienomis dienos metu (44,1 proc.) (18 pav.). Šie lūkesčiai nesiskyrė priklausomai nuo to ar į klausimą atsakinėjo pacientas ar jo artimasis, taip pat nuo respondento lyties ar išsilavinimo, nuo ligos periodo bei kokiai gydymo įstaigai pacientas priklauso. Analizuojant respondentų lūkesčius dėl socialinių paslaugų namuose amžiaus grupėse, nustatyta, kad vyresni nei 85 m. amžiaus respondentai rečiau nurodė, kad šios paslaugos jiems būtų reikalingos kartą ar kelis kartus per metus, socialinių paslaugų namuose pageidautų dažniau nei jaunesni respondentai ($\chi^2=17,831$, $lfs=8$,

$p=0,023$ / Kruskal–Wallis $H= 6,584$, $l_{s}=2$, $p=0,037$ /M-W= $4755,0$ $p=0,040$). Nustatyta, kad didėjant pacientų amžiui, psichikos socialinių paslaugų namuose pageidaujama dažniau ($\rho=-0,108$, $p=0,046$). Taip pat nustatyta, kad respondentai, kurie nurodė, kad negauna socialinių paslaugų namuose, dažniau pageidavo, kad šios paslaugos būtų prieinamos visomis darbo dienomis, savaitgaliais ar švenčių dienomis dienos ir nakties metu ($\chi^2=10,475$, $l_{s}=4$, $p=0,033$).

18 pav. paveiksle pateikiama, kokių paslaugų šiuo metu labiausiai trūksta ir kokių pageidautų apklausoje dalyvavę respondentai: 53,9 proc. respondentų nurodė, kad jiems labiausiai trūksta visų paslaugų teikiamų namuose (tiek sveikatos priežiūros, tiek socialinių paslaugų), 59,4 proc. respondentų nurodė, kad pageidautų ilgalaikių, nuolatinių priežiūros paslaugų paciento namuose. Šie poreikiai reikšmingai nesiskyrė vertinant, ar į klausimus atsakė pacientas, ar jo artimasis ($\chi^2=1,405$, $l_{s}=1$, $p=0,236$ / ($\chi^2=1,678$, $l_{s}=1$, $p=0,195$), nepriklausė nuo respondento lyties ($\chi^2=0,304$, $l_{s}=1$, $p=0,581$ / ($\chi^2=2,621$, $l_{s}=1$, $p=0,105$), nuo įstaigos, kuriai pacientas priklauso ($\chi^2=0,768$, $l_{s}=1$, $p=0,381$ / ($\chi^2=0,288$, $l_{s}=1$, $p=0,591$), nuo amžiaus grupės ($\chi^2=3,881$, $l_{s}=2$, $p=0,144$ / ($\chi^2=1,719$, $l_{s}=2$, $p=0,423$), nuo respondento išsilavinimo ($\chi^2=2,992$, $l_{s}=2$, $p=0,244$ / ($\chi^2=1,491$, $l_{s}=2$, $p=0,474$). Tiek trumpiau, tiek ilgiau sergantys pacientai pageidautų gauti paslaugas, teikiamas namuose ($\chi^2=4,231$, $l_{s}=2$, $p=0,121$), tačiau nustatyta, kad ilgalaikių priežiūros paslaugų namuose labiau pageidautų ilgiau nei 10 metų sergantys pacientai ($\chi^2=7,993$, $l_{s}=2$, $p=0,018$).

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

Į klausimą ar sutiktų už sveikatos priežiūros (gydytojo/slaugytojo) paslaugas, teikiamas namuose, sumokėti papildomai, daugiau nei pusė apklaustųjų (60,6 proc.) nurodė, kad už sveikatos priežiūros paslaugas teikiamas namuose papildomai nesutiktų mokėti. Nuomonė reikšmingai nesiskyrė tarp vyrų ir moterų. Tačiau pastebima, kad paciento artimieji dažniau nurodė, kad už gydytojo ar slaugytojo paslaugas teikiamas namuose, sutiktų sumokėti papildomai ($\chi^2=15,313$, $l_{s}=1$, $p=0,0001$): papildomai už paslaugas suktų sumokėti 46 proc. apklausoje dalyvavusių pacientų artimųjų ir 23 proc. pacientų. Vertinant atsakymus amžiaus grupėse, nustatyta, kad respondentai iki

64 m. amžiaus reikšmingai dažniau nurodė, kad už gydytojo bei slaugytojo paslaugas teikiamas namuose sumokėtų papildomai – 48,1 proc. šios amžiaus grupės respondentų sutiktų papildomai sumokėti už sveikatos priežiūros paslaugas, teikiamas namuose, 85 m. ir vyresnių amžiaus grupėje 30,5 proc. respondentų nurodė, kad už šias paslaugas sumokėtų papildomai ($\chi^2=6,962$, lls=2, p=0,031/ Kruskal–Wallis H= 6,942, lls=2, p=0,031/ M-W=9597,0, p=0,0001). Reikšmingai skyrėsi respondentų atsakymai šiuo klausimu, priklausomai nuo respondentų išsilavinimo: aukštesniojo ir aukštojo išsilavinimo respondentai (45,1 proc.) dažniau nei pradinio ir pagrindinio išsilavinimo respondentai (25,7 proc.), nurodė, kad už sveikatos priežiūros paslaugas teikiamas namuose sutiktų sumokėti papildomai ($\chi^2=7,482$, lls=2, p=0,024/ Kruskal–Wallis H= 7,461, lls=2, p=0,024/ M-W=4008,0, p=0,007).

Paslaugų gavėjų ir jų artimųjų nuomonės vertinimo (1 tyrimo) apibendrinimas:

- Daugiau nei pusei lėtinėmis ligomis sergančių pacientų niekada nebuvo teikiamos pirminės asmens sveikatos priežiūros (šėimos gydytojo, slaugytojo ar gydytojo psichiatro ir jo slaugytojo) paslaugos namuose. Viešųjų įstaigų pacientai dažniau gauna šėimos gydytojo bei su juo komandoje dirbančio slaugytojo teikiamas paslaugas namuose, nei privačios pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos pacientai. Šėimos gydytojo bei slaugytojo namuose teikiamas paslaugas dažniau gaudavo trumpiau sergantys bei jaunesnio amžiaus pacientai, didėjant paciento amžiui ir ligos periodo trukmei šėimos gydytojo ir slaugytojo apsilankymų namuose skaičius mažėja.

- Dauguma slaugos ligoninėje hospitalizuotų pacientų negavo socialinių paslaugų, teikiamų namuose, bei nežinojo apie savivaldybėje organizuojamas ir teikiamas socialines paslaugas. Viešųjų įstaigų pacientai bei pacientai, gaunantys šėimos gydytojo bei slaugytojo paslaugas namuose, buvo geriau informuoti apie socialines paslaugas mieste.

- Namuose gaunamos asmens sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas vertinamos patenkinamai. Viešosios įstaigos pacientai, jaunesnio amžiaus, aukštesnio išsilavinimo respondentai geriau vertino namuose gaunamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę. Privačių įstaigų pacientai blogiau vertino galimybę susisiekti bei išsikviesti į namus savo šėimos gydytoją, šėimos gydytojo slaugytoją bei psichikos sveikatos specialistus. Socialinių paslaugų, teikiamų namuose, kokybę blogiau vertino paciento artimieji bei ilgiau nei 10 metų sergantieji ar juos slaugantieji

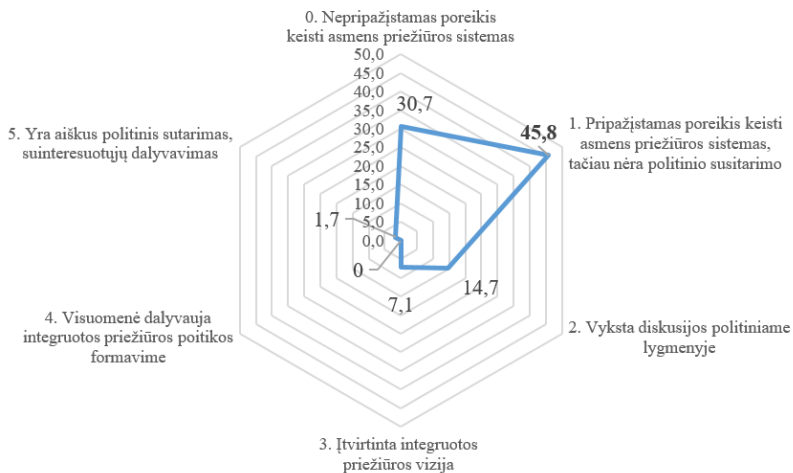
asmenys.

- Dauguma respondentų pageidautų ilgalaikių, nuolatinių priežiūros paslaugų paciento namuose, šeimos gydytojo paslaugų norėtų kelis kartus per mėnesį, o su šeimos gydytoju komandoje dirbančio slaugytojo paslaugų pageidautų kelis kartus per savaitę, šių specialistų namuose teikiamos paslaugos turėtų būti prieinamos visomis dienomis ir nakties metu. Dauguma respondentų norėtų, kad sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos namuose būtų teikiamos kartu, tačiau už sveikatos priežiūros paslaugas namuose nesutiktų papildomai mokėti. Jaunesnio amžiaus, aukštesnio išsilavinimo paciento artimieji už sveikatos priežiūros paslaugas teikiamas namuose būtų labiau linkę sumokėti papildomai.

3.2. Ekspertų grupinės diskusijos su įtrauktoju kiekybiniu tyrimu (2 tyrimo) rezultatai

Įtrauktojo kiekybinio tyrimo rezultatai. Apibendrinus įtrauktojo kiekybinio tyrimo rezultatus nustatyta (11 priedas), kad dauguma respondentų (52,2 proc.) mano, jog Lietuvoje pripažįstamas poreikis keisti asmens priežiūros (tiek sveikatos priežiūros srityje, tiek socialinių paslaugų teikimo srityje) sistemas, tačiau nėra aiškios vizijos ir strateginio plano, kaip tai bus daroma. 39,1 proc. respondentų nurodė, kad yra pripažįstamas valdymo pokyčių poreikis, tačiau 30,4 proc. nurodo, kad nėra parengtos pokyčių valdymo programos, o šiuo metu egzistuojanti struktūra ir valdymas yra sudėtingi. Dauguma respondentų (60,9 proc.) nurodo, kad yra identifikuoti veiksniai, darantys neigiamą poveikį integruotai priežiūrai, tačiau nėra sisteminio požiūrio į jų valdymą. 43,5 proc. respondentų nurodė, kad nėra numatyto finansavimo mechanizmo, kuris padėtų pereiti prie integruotos priežiūros, tačiau įmanoma gauti finansavimą nedidelės apimties inovacijoms bei regioninį finansavimą, skatinantį teikti integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas (taip nurodė po 21,7 proc. respondentų). Į klausimą kaip vertina IT sprendimų bei ESPBI parengimą integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimui, 60,9 proc. apklausos dalyvių nurodė, kad pripažįstama būtinybė įdiegti IT ir ESPBI sprendimus, tačiau nėra plano, kaip tai bus daroma. 73,9 proc. dalyvių, nurodė, kad visuomenės įgalinimas pripažįstamas svarbia integruotos priežiūros dalimi, tačiau veiksminga politika, padedanti piliečiams suteikti daugiau galių, vis dar vystoma. Dauguma respondentų nurodė, kad nėra nustatytų integruotų ilgalaikės priežiūros paslaugų kokybės vertinimo metodų (39,1 proc.) bei kad paslaugų kokybės

vertinimas taps sisteminio požiūrio dalimi tik ateityje (39,1 proc.). Daugiau nei pusė (59,1 proc.) dalyvių nurodė, kad nėra įvertintas specialistų, dalyvaujančių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavime bei teikime, poreikis gebėjimų stiprinimui organizuojant ir teikiant integruotas, ilgalaikės priežiūros paslaugas.



19 pav. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemų pasirengimo integracijai lygis (proc.)

Šaltinis: parengta autorės.

Apibendrinus respondentų atsakymų vidurkius (19 pav.), nustatyta, kad bendrai Lietuvos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemų parengimo integruotos priežiūros organizavimui ir teikimui lygį dauguma respondentų buvo linkę vertinti vienetu, t. y. pripažįstamas sveikatos ir socialinės priežiūros sistemų pokyčių poreikis, tačiau nėra politinio susitarimo, nėra aiškios strategijos ir veiksmų plano, kaip bus pasiekta šių sistemų integracija. Pastebima, kad nemaža dalis respondentų daugelio sričių brandos lygį buvo likę vertinti nuliu, o tai reiškia, kad daugeliu atveju abejojama, ar yra pripažįstamas poreikis sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemų pokyčiams, siekiant tenkinti besikeičiančius poreikius integruotoms priežiūros paslaugoms.

Išankstinį klausimyną užpildę respondentai pateikė savo išvalgas dėl integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo ir teikimo. Savivaldybės administracijos atstovas nurodė, kad „efektyviam bendros priežiūros sistemos sukūrimui ir

veikimui būtinas bendras visų suinteresuotų pusių (valstybės institucijų, įstaigų, savivaldybių, potencialių paslaugų teikėjų ir potencialių paslaugų gavėjų (jų atstovų) bendras požiūris, darbas ir vieninga sistema“. Neįgaliųjų interesus atstovaujanti NVO atstovas, nurodė, kad „*kol kas integralios pagalbos paslaugų teikimo komandos iš įvairių specialistų dažniausiai finansuojamos iš ES finansuojamų projektų, ir nėra iki galo aišku, kaip jos bus finansuojamos pasibaigus ES SF lėšoms. Jei ši finansinė našta teks savivaldybėms, šios paslaugos gali nunykti“.* Pastebima, kad išsakytos pozicijos atsispindi diskusijoje dalyvavusių respondentų pasisakymus, kurie aptariami tolimesniame skyriuje.

Ekspertų grupinės diskusijos rezultatai. Diskusijos dalyviai atskleidė pagrindines sritis, kurios jų požiūriu, lemia sveikatos priežiūros, slaugos ir socialinių paslaugų, globos integraciją bei daro didžiausią įtaką šių paslaugų bendram organizavimui ir teikimui:

- Neaiškus bendradarbiavimo mechanizmas tarp sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikėjų;
- Sritis kuruojančių ministerijų nesusikalbėjimas – SAM ir SADM bendros diskusijos nebuvimas;
- Skirtumai tarp savivaldybių, kurie trukdo tiesiogiai pritaikyti priimamus teisės aktus;
- Paslaugų finansavimo problemos ir žmogiškųjų išteklių trūkumas;
- Biurokratizmas, organizuojant ir teikiant socialines paslaugas;
- Komunikacinių instrumentų tarp paslaugų organizatorių ir teikėjų nebuvimas (IT sprendimų ar pan.).

15 lentelė. Pagrindinės sritys neigiamai veikiančios priežiūros paslaugų integraciją

Eil. Nr.	Probleminės srities turinys	Pasisakymų dažnis
Iš viso:		53
1.	Neaiškus bendradarbiavimo mechanizmas tarp sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikėjų	17
2.	Skirtumai tarp savivaldybių (didelė/maža, miesto/rajono, demografiniai ir epidemiologiniai skirtumai)	13
3.	LR Sveikatos apsaugos ministerijos ir LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos nesusikalbėjimas	7
4.	Biurokratizmas, organizuojant ir teikiant socialines paslaugas	7
5.	Paslaugų finansavimo problemos	5
6.	Komunikacinių instrumentų nebuvimas	4

Šaltinis: parengta autorės.

Analizuojant pasisakymų pagal diskusijos kiekybinius parametrus dėl kiekvieno iškelto trukdžio sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijai dažnį (15 lentelė), matyti, kad diskusijos dalyviai išskiria neaiškų bendradarbiavimo mechanizmą tarp sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikėjų (užfiksuota 17 pasisakymų). Antroje vietoje pagal aktualumą diskusijos dalyviai įvardijo skirtumus tarp savivaldybių, kurie turi didelės įtakos organizuojant ir teikiant sveikatos priežiūros bei socialines paslaugas (užfiksuota 13 pasisakymų). Dalyviai nurodo, kad didelę įtaką šių paslaugų integracijai turi kuruojančių ministerijų (SAM ir SADM) nesusikalbėjimas (bendro susitarimo nebuvimas) (užfiksuoti 7 pasisakymai) bei didelis biurokratizmas, organizuojant socialines paslaugas (užfiksuoti 7 pasisakymai).

Vertinant diskusijos dalyvių pasisakymus, nustatyta, kad dalyviai dažniausiai pažymėjo, jog labiausiai sveikatos priežiūros, tuo pačiu ir slaugos, bei socialinių paslaugų sėkmingam integracijos procesui labiausiai trukdo neaiškus bendradarbiavimo mechanizmas (16 lentelėje). Ši požiūrį dažniausiai pabrėžė paslaugų teikėjai, tiek iš sveikatos priežiūros sistemos pusės (pirminės asmens sveikatos priežiūros atstovai) tiek socialinių paslaugų teikėjai (SPC atstovai) bei savivaldybių administracijų atstovai. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad dažniausiai problemas išsakė gyventojams namuose, t. y. ambulatorines paslaugas, teikiantys ir organizuojantys atstovai: PASPI ir SPC atstovai. Tačiau pastebima, kad slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigų atstovai atkreipia dėmesį, kad bendradarbiavimo trūkumas ambulatorinėje grandyje yra problemati-

nis. NVO atstovas pabrėžė, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, teikiančioms stacionarinės priežiūros paslaugas, ypatingai trūksta įgūdžių organizuojant paslaugas pacientams, kurie patys savarankiškai negali pasiekti gydymo įstaigos sveikatos priežiūros paslaugoms gauti. Diskusijos dalyviai taip pat nurodė, kad bendradarbiavimui vystyti ypač trūksta komunikacinių instrumentų bei IT sprendimų, kurie būtų ypač naudingi efektyviam informacijos perdavimui bei bendradarbiavimo skatinimui.

Informantai pabrėžia savivaldybių skirtumus, kurie lemia integruotų priežiūros paslaugų organizavimą: sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos specialistų trūkumą regionuose, pabrėžiama didelė dalis senėjančios visuomenės regionuose bei dideli fiziniai atstumai, kurie turi įtakos organizuojant ir teikiant paslaugas namuose bei didina išlaidas paslaugų teikimui, ypač kalbant apie ambulatorines priežiūros paslaugas, teikiamas gyventojams namuose (16 lentelė).

Viena pagrindinių problemų, darančių neigiamą įtaką integruotų paslaugų vystymuisi, diskusijos dalyviai nurodė pagrindinių organizuojančių institucijų – SAM ir SADM – bendro integruoto požiūrio neturėjimą (16 lentelė). Dalyviai pabrėžė, kad integruotai priežiūrai pirmiausiai būtinas „*bendras valstybinis požiūris*“, kurio šiuo metu pasigenda. Taip pat trūksta bendro veiksmų plano bei priemonių, dėl ko atsiranda sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemų „*nesusikalbėjimas*“ tiek dėl paslaugų organizavimo bei teikimo, tiek dėl finansavimo mechanizmo. Diskusijoje dalyvavę įstaigų atstovai teigia, kad, „*jei būtų geranoriškas bendradarbiavimas tarp socialines ir sveikatos priežiūros ministerijų, problemą išspręstumėme ir tikrai padėtumėme daugeliui neįgalių žmonių, kuriems reikalinga ne tik globa, bet ir medicininė pagalba*“.

Bendradarbiavimo tarp ministerijų trūkumas iškelia ir didelio biurokratinio mechanizmo problemą, ypač kalbant apie socialinių paslaugų organizavimą ir teikimą (16 lentelė). Šiuos pastebėjimus pateikė ir savivaldybių administracijų atstovai, priežiūros paslaugų teikėjai ir pacientų teisėms atstovaujanti nevyriausybinė organizacija atstovai. Pabrėžiama, kad biurokratinio mechanizmo įkaitais tampa ir socialines paslaugas planuojanti teikti įstaigos, organizuojanti ir jau teikiančios įstaigos bei asmenys, kuriems šios paslaugos yra būtinos. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad diskusijos dalyviai kalbėjo apie biurokratinio mechanizmo iššūkius tiek stacionarinėje priežiūroje, tiek ambulatorinėje priežiūroje. Vertinant tai, kad paslaugos pirmiausiai turi tenkinti paslaugų gavėjų poreikius, neįgaliųjų interesams atstovaujanti NVO atstovo nuomone, pacientams „*didelis biurokratizmas dėl daugelio dokumentų rinkimo, kai žmogus negali pats vaikščioti, ir nėra šalia žmogaus, kuris gali pasirūpinti*“ sukelia didelių iššūkių, bandant gauti būtinas socialinės pagalbos paslaugas.

16 lentelė. Diskusijos dalyvių požiūris į sritis neigiamai veikiančias priežiūros paslaugų integraciją

Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
Neaiškus bendradarbiavimo mecha- nizmas tarp sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikėjų (7 pasisakymai)	<p>K_m_s_sp. Bendradarbiavimas priklauso nuo individualaus požiūrio į darbą.<...> Nesant priemonių ir sistemos daryti vien gera valia tai daryti yra sudėtinga. Kl_m_s_sa. <...> trintis ir stumdymasis tarp socialinės ir sveikatos priežiūros paslaugų. Ak_r_p_sa. Labai neramu, <...> ir kaip reikės bendradarbiauti su socialinių paslaugų teikėjais. Soc_psl_c. <...> Mums reikėtų išlaikyti integralios pagalbos potencialą, tarp sveikatos priežiūros ir integralios pagalbos teikėjų. <...> Jei surastumėme kažką bendro, reikėtų susėsti ir atrasti žingsnius kas ką daro.</p>
Skirtumai tarp savivaldybių (7 pasisakymai)	<p>Pn_sl_l.<...> remiamasi didžiųjų miestų galimybėmis, o neatsižvelgiant į provinciją, kur senėjanti visuomenė, kur didelė žmogiškųjų išteklių trūkumas. Ak_r_p_sa. Rajonas išskirtinis yra nutolęs nuo centrų, mažos ambulatorijos negalės turėti tos komandos. <...> kaip reikės dengti viso rajono žmones, kurie yra slaugomi <...> St_gl_i. Provincijose užtikrinti paslaugą būtų tikrai sudėtinga. Sudėtinga suvokti dėl atstumo. <...> darbuotojų stoka ypač rajonuose. <...> paslaugų gavėjų daugėja, o paslaugų teikėjų mažėja, nes specialistai negrįžta į provinciją.</p>
Biurokratizmas organizuojant ir teikiant socialines paslaugas (6 pasisakymai)	<p>K_m_s_sa. Mes kaip vieną iš problemų išvelgiam didelį biurokratizmą socialinių paslaugų srityje <...> P_n_at. O iš pacientų didelis biurokratizmas dėl daugelio dokumentų rinkimo, kai žmogus negali pats vaikščioti, ir nėra šalia žmogaus, kuris gali pasirūpinti, pasidaro didelės problemos. Pa_sl_l. Absurdiški reikalavimai gauti socialinių paslaugų licencijai.<...> Pr_sl_l. Turime didelį biurokratinį mechanizmą. <...> Biurokratinis aparatas sukurtas didžiulis ir mes tampame įkaitais sukurtos įdingos sistemos.</p>
LR Sveikatos apsaugos ministerijos ir LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos nesusikalbėjimas (5 pasisakymai)	<p>St_gl_i. <...> matome daug nesusikalbėjimų dviejų ministerijų dėl visų klausimų tiek dėl finansavimo, dėl integralios pagalbos Pa_sl_l. Jei būtų geranoriškas bendradarbiavimas tarp socialines ir sveikatos priežiūros ministerijų, problemą išspręstumė ir tikrai padėtumėme daug neįgalių žmonių, kuriems reikalinga ne tik globa, bet ir medicininė pagalba.</p>
Paslaugų finansavimo problemos ir žmogiškųjų resursų trūkumas (5 pasisakymai)	<p>Ak_r_p_sa. Pats finansavimo už sveikatos paslaugą, kai reikia turėti didžiulę komandą, daug didesnė nei dabar, o apmokėjimas už paslaugas nėra daug didesnis, jis išlieka toks pat. P_n_at. Daugelis savivaldybių pergyvena, kad pasibaigus šiam projektui neturės finansinių galimybių jį tęsti.<...> neplanuoja kol negaus iš vyriausybės lėšų. Pn_sl_l. Ambulatorinėje grandyje yra didelė problema – nes trūks žmogiškųjų ir finansinių resursų suteikti kokybišką paslaugą. Soc_psl_c. Finansavimas būtų pats pagrindinis, savivaldybės šiek tiek remia.</p>
Kommunikacinių poreikius tenkinančių, instrumentų nebuvimas (3 pasisakymai)	<p>Ak_r_p_sa. <...> ir kaip reikės koordinuoti paslaugų teikimą, kai nėra informacinės sistemos informacijos keitimosi tinklo. Labai neaišku. Soc_psl_c. Integrali pagalba yra tarp žmogaus ir pirminės asmens sveikatos priežiūros, bet trūksta susikalbėjimo, elektorinėmis erdvėmis, kad galėtumėme informaciją perduoti. Vsoc_psl_c. Dėl informacinių technologijų bendro nebuvimo, tarp paslaugų teikėjų, informacija gali būti keičiamasi per saugų elektroninį pašta.</p>

Šaltinis: parengta autorės.

Diskusijos dalyviai įvardija dar vieną iš problemų, kurios lemia integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų vystymąsi – tai finansavimo mechanizmo skirtumai ir, daugeliu atvejų, neefektyvumas. Diskusijos dalyviai nurodo, kad būtent paslaugų finansavimas yra pats pagrindinis veiksnys, kuris daro įtaką šių paslaugų vystymuisi. Pabrėžiama, kad finansavimo mechanizmas ypač aktualus, vystant ambulatorines integruotas sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos paslaugas, teikiamas pacientams namuose (16 lentelė).

Informantai nurodė, kad nepaisant išsakytų trukdžių, bando įdiegti integruotas priežiūros paslaugas savo kompetencijos ribose. Atkreiptinas dėmesys, kad ambulatorines priežiūros paslaugas organizuojančių ir teikiančių įstaigų atstovai nurodė, kad būtent integruotas ambulatorines paslaugas, teikiamas namuose, jie ir vysto, o stacionarines paslaugas teikiančių įstaigų atstovai vysto ir palaiko būtent stacionarinių paslaugų vystymą ir teikimą (17 lentelė). Vienos didžiosios Lietuvos savivaldybės administracijos atstovai bei ambulatorines slaugos paslaugas namuose teikiančių įstaigų atstovai nurodė, kad savivaldybėje vystomos bendradarbiavimu grįstos integruotos slaugos ir socialinės priežiūros paslaugas, teikiamos asmenims namuose. Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės atstovas nurodė, kad jau keletą metų, remiant savivaldybei, šalia slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų vysto ilgalaikes socialinės globos paslaugas sunkiausiai sergantiems pacientams, kurie dėl sveikatos būklės neturi galimybių būti slaugomi namuose – pacientai iš slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės perkeltami į ilgalaikės socialinės globos skyrių, kad būtų užtikrintos jiems būtinos sveikatos priežiūros paslaugas. NVO, atstovaujanti neįgaliųjų interesams, atstovas nurodė, kad daugelis savivaldybių vykdo „integralių paslaugų projektą“, tačiau nerimavo, kad gerai šių paslaugų gavėjų vertinamas projektas savivaldybėse nebus tęsiamas – „*pasibaigus šiam projektui neturės finansinių galimybių jį tęsti*“.

17 lentelė. *Diskusijos dalyvių pasisakymai apie vykdomas integruotos priežiūros iniciatyvas*

iš viso pasisakymų dažnis 7

Ak_r_p_sa. Rajonas vykdo ir integralios europinį projektą.

K_m_s_sa. <...> geras noras PASPI ir socialinių paslaugų centro Kauno mieste ir lėmė įgyvendintą bendradarbiavimo projektą <...>

P_n_at. Integralių paslaugų europinis projektas savivaldybėse yra vertinamas labai gerai <...> Vilniaus savivaldybė vykdys projektą. Kitos neplanuoja kol negaus iš vyriausybės lėšų. <...> Vykdo Žalgirio klinika dantų/odontologinė priežiūra sunkiausiai negalią turintiems žmonėms, galėtų ir ši dalis integruotis <...>

Pa_sl_l. Daug metų teikiame socialines paslaugas – globos padalinius turime. Turime 2 globos padalinius prie palaikomojo gydymo ir slaugos padalinių.

Soc_psl_c. Mums reikėtų išlaikyti integralios pagalbos potencialą, tarp PSPĮ ir integralios pagalbos teikėjų

Šaltinis: *parengta autorės.*

18 lentelėje, vertinant diskusijos dalyvių požiūrį į integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį visuomenėje, informantai nurodo, kad visuomenė jau šiuo metu neskiria sveikatos priežiūros paslaugų ir socialinių paslaugų, t. y., asmenims, gaunantiems paslaugas, visai nesvarbu, kuri sistema šias paslaugas teikia, svarbu, kad jas gautų. Pastebima, kad stacionarines paslaugas teikiančių įstaigų atstovai nurodo, kad asmenys renkasi būtent institucinės priežiūros paslaugas, nes jos yra optimaliausios ir efektyviausios, o artimiesiems nereikia rūpintis paslaugų teikimu. O paslaugas namuose teikiančių įstaigų atstovai buvo linkę nurodyti, kad asmenims būtinos paslaugos namuose ir pats asmuo labiau būtų linkęs jas gauti namuose, nei įstaigoje. NVO, atstovaujanti neįgaliausių interesams, informantas, kalbėdamas apie integruotos priežiūros namuose svarbą visuomenėje, nurodė, kad „*neįgaliesiems, pacientams šios paslaugos yra labai svarbios ir labai reikalingos*“.

18 lentelė. *Diskusijos dalyvių požiūris į priežiūros paslaugų poreikį visuomenėje*

Iš viso pasisakymų dažnis 6

K_m_pl. <...> nes pats žmogus rinktųsi savo namuose, su savo artimaisiais, niekada nesutiktų su institucine priežiūra jei gauna visas paslaugas namuose <...> pacientui būna geriau kai vienu metu ateina specialistų komanda suteikti paslaugų nei kiekvienas atskirai.

P_n_at. <...> neįgaliesiems, pacientams šios paslaugos yra labai svarbios ir labai reikalingos. <...> Baisu, kad paslaugos nutrūks.

Pn_sl_1. Mūsų visuomenėje neskiriamos socialinės ir sveikatos priežiūros paslaugos. Niekas neturi galimybių užsiimti senelių ilgalaikę priežiūra, ir renkasi optimaliausią ir palankiausią institucinę priežiūrą ir institucinę globą.

Šaltinis: *parengta autorės.*

Diskusijos dalyviams uždavus klausimą dėl sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos specialistų kompetencijos teikti integruotas sveikatos priežiūros ir socialinės globos paslaugas, dalyviai buvo linkę nurodyti, kad specialistai turi pakankamai profesinių žinių savo srityse, tačiau abejojama dėl specialistų kompetencijos teikti integruotas priežiūros paslaugas, ypač kalbant apie nedidelėse pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbančius specialistus (19 lentelė). Atkreiptinas dėmesys, kad informantai neakcentavo bendrųjų ir vadybinių kompetencijų teikiant integruotas paslaugas, tačiau atkreipė dėmesį, kad priežiūros paslaugų teikimas pacientams namuose reikalauja specifinių kompetencijų.

19 lentelė. *Diskusijos dalyvių požiūris į priežiūros paslaugas teikiančių specialistų kompetencijas*

Iš viso pasisakymų dažnis 5

K_m_s_sp. Sveikata – savo darbą išmano, socialiniai – savo darbą išmano. <...> Kompetencijos specialistai savo srityje turi.

Kl_m_s_sa. Kiekvienas savo srities specialistai turi savo kompetencijas.

Pn_sl_1. Kompetencija namuose – abejoju dėl kompetencijų pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų, ypač mažų, jos turės didelių problemų <...>

Šaltinis: *parengta autorės.*

Diskusijos metu dalyviai, kalbėdami apie prieštaravimus, kylančius įgyvendinant integruotos priežiūros paslaugas, pateikė pirminius pasiūlymus jų korekcijai (20 lentelė). Dauguma informantų nurodė, kad siekiant integruoti šiuo metu skirtingai veikiančias sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, pirmiausiai turi būti aiški integruotų priežiūros paslaugų vystymo strategija, mechanizmas kaip ir kokios paslaugos turėtų būti plėtojamos. Savivaldybių administracijų atstovai nurodė, kad turėtų būti aiški, bendra integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistema ir bendras paslaugų finansavimas.

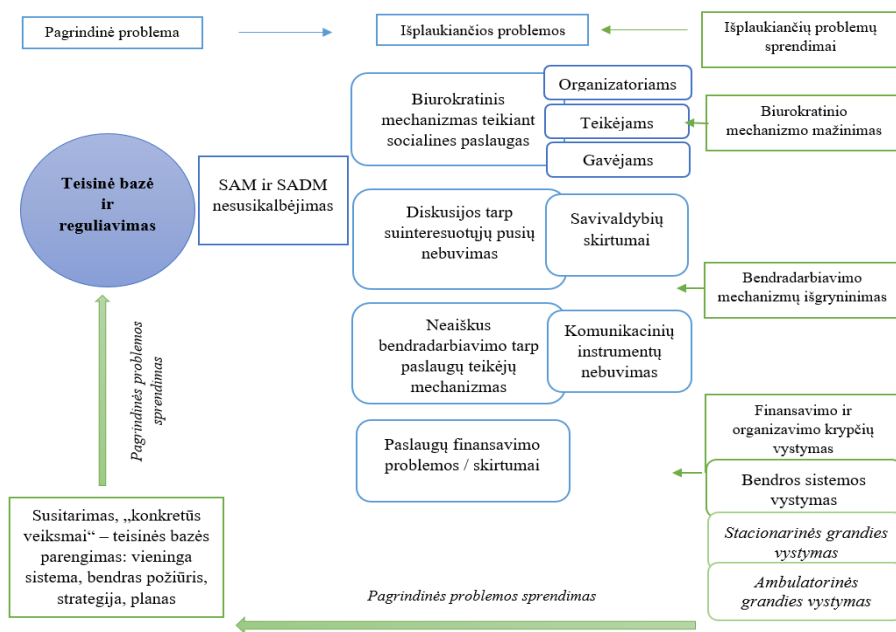
Atkreipiamas dėmesys į bendradarbiavimo mechanizmo aiškumą, todėl siūloma „išsigryninti kokias paslaugas kas teikia, susidėlioti bendradarbiavimo mechanizmą“. Bendradarbiavimo mechanizmą taip pat galėtų palengvinti „fizinis įdarbinimas kažkurioje vietoje“. Siekiant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos, pabrėžiama būtinybė mažinti „biurokratizmą socialinių paslaugų srityje“ „per teisės aktus atsisakant arba supaprastinant procedūras, kurios dabar jau yra“. Ambulatorines asmens sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas teikiančių įstaigų atstovai nurodo, kad būtina atsižvelgti į asmens poreikius gauti priežiūros paslaugas namuose, tad reikia vystyti šias paslaugas, mažinant institucinės priežiūros įstaigas. Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir VLK atstovai nurodo, kad lygiaigrečiai turėtų būti vystomas stacionarinis/institucinis integruotos priežiūros modelis. Informantų nuomone, siekiant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos, būtinas atskiras integruotų paslaugų finansavimo fondas, kuriam būtina perskirstyti lėšas bei tinkamai administruoti, o jam sukurti reikėtų vadovautis kitų šalių gerąja praktika. Savivaldybių administracijos atstovų nuomone, efektyviam lėšų perskirstymui integruotų paslaugų vystymui būtina peržiūrėti tikslinių kompensacijų skyrimo tvarką asmenims, turintiems specialiųjų priežiūros ar slaugos poreikių. Siūloma tikslines kompensacijas mokėti ne tiesiogiai pačiam paslaugos gavėjui, bet paslaugų teikėjams už suteiktas paslaugas. Taip pat minimas integruotų paslaugų finansavimas paslaugų gavėjo „krepšelio“ principu.

20 lentelė. Diskusijos dalyvių pasiūlymai dėl veiksmų, darančių įtaką priežiūros integracijai

Apibendrintas požiūris		Patvirtinantys teiginiai
Finansavimo ir organizavimo krypčių vystymas (14 pasisakymų)	Bendros sistemos vystymas (pasisakymų dažnis 4)	<p>K_m_s_sp. Bet optimistiniam variantui labai norisi tų bendrų sistemų, bendro požiūrio, galų gale bendro susėdimo prie stalo ir bendro integruoto požiūrio <...> lygiagrečiai turėtų būti svarstoma tikslinių kompensacijų peržiūrėjimas, kurios skirtos paslaugoms ir priemonėms, turėtų būti apmokama už paslaugas, o ne skiriamas pinigais pacientui</p> <p>K_m_s_sa. <...> bendrą finansavimo socialinių ir sveikatos priežiūros mechanizmo atsiradimo, krepšelio atsiradimas <...></p> <p>Pa_sl_l. Integracija turi būti tęsiama, nes nėra kur ligonių padėti pasibaigus 4 mėnesių laikotarpiui slaugos ligoninėje, kaip nėra kur padėti ir kas juos slaugys <...></p>
	Stacionarinės grandies vystymas (pasisakymų dažnis 7)	<p>Pa_sl_l. Tokie globos padaliniai galėtų būti ir kitose ligoninės <...></p> <p>Vli_k_a. <...> reikėtų akcentuoti institucinę slaugą, nes institucinėje yra ne vien pacientai, bet ir klientai, <...></p>
	Ambulatorinės grandies vystymas (pasisakymų dažnis 3)	<p>K_m_pl. <...> pigiau žmogui būti institucinėje globoje, pigumas negalėtų būti vertinamas, nes pats žmogus rinktųsi savo namuose,</p> <p>Soc_psl_c. <...> mobiliųjų komandų labai reikės, <...> Institucinės globos įstaigas reikėtų mažinti</p>
Bendradarbiavimo mechanizmų išgryninimas (pasisakymų dažnis 9)	<p>K_m_pl. Svarbus bendradarbiavimas tarp socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų. Kaip rasti tą viduriuką, kad galėtumėte susisiekti ir susitarti žmogaus labui.</p> <p>K_m_s_sa. <...> įdarbinti socialinius darbuotojus, kad būtų lengviau ir efektyviau teikti savo paslaugas. Fizinis įdarbinimas kažkurioje vietoje padėtų tobulinti kompetencijas ir bendradarbiavimo galimybes. <...> Arba turi būti išdirbtas mechanizmas kaip tos komandos bendrauja su tais kitais darbuotojais iš kitų institucijų iš socialinių įstaigų ar atvirkščiai socialinė įstaiga su sveikatos priežiūros įstaiga</p> <p>Soc_psl_c. <...> reikėtų susėsti ir atrasti žingsnius kas ką daro <...> išsigryninti kokias paslaugas kas teikia, susidėlioti bendradarbiavimo mechanizmą.</p>	
Biurokratinio mechanizmo mažinimas (pasisakymų dažnis 4)	<p>K_m_s_sa. <...> didelį biurokratizmą socialinių paslaugų srityje, kurį galima būtų išspręsti didinant žmogiškuosius išteklius darbuotojų skaičių <...> galima tą patį rezultatą pasiekti mažinant biurokratinį mechanizmą, geranoriškumo pagrindu, per teisės aktus atsisakant arba supaprastinant procedūras, kurios dabar jau yra <...> supaprastintų biurokratinių procedūrų kiekį ir pagreitinant šių paslaugos atėjimą pas žmogų.</p> <p>Pr_sl_l. <...> praktiškai viską galėtumėte padaryti viską paprasčiau, lanksčiau ir lengviau.</p>	

Šaltinis: *parengta autorės.*

Informantai nurodo, kad sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos galima būtų pasiekti, stiprinant SAM ir SADM bendradarbiavimą. Diskusijos dalyvių manymu, „geranoriškas bendradarbiavimas tarp socialines ir sveikatos priežiūros ministerijų“ padėtų išspręsti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos problemą, mažinant biurokratinį mechanizmą, keičiant teisės aktus paslaugų reglamentavimo srityje. Sumažinus biurokratinį paslaugų organizavimo mechanizmą, žmogiškieji resursai galėtų būti nukreipti integruotų paslaugų organizavimui bei teikimui, taip paslaugas priartinant paslaugų gavėjų poreikiams. Diskusijų dalyvių teigimu, nesant sudėtingų biurokratinių mechanizmų, „*praktiškai viską galėtumėme padaryti paprasčiau, lanksčiau ir lengviau*“.



20 pav. Apibendrinti integruotos priežiūros vystymą neigiamai veikiantys veiksniai bei pasiūlymai jų pašalinimui.

Šaltinis: parengta autorės

Apibendrinant išankstinio elektroninio klausimyno bei ekspertų grupinės diskusijos metu išsakytas mintis, galima būtų išskirti pagrindines problemas, kurios labiausiai veikia integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų vystymą bei pa-

teikti pagrindinius pasiūlymus, kaip šios probleminės sritys turėtų būti sprendžiamos (20 pav.). Kaip jau minėta, diskusijos dalyviai pagrindiniais veiksniais, darančiais įtaką integruotos priežiūros sistemai, įvardijo valstybinio vieningo požiūrio iš koordinuojančių institucijų SAM ir SADM nebuvimas – teisinės bazės ir reguliavimo skirtumai, kurie skatina priežiūros paslaugų teikėjų „nesusikalbėjimą“, visoms suinteresuotoms pusėms sudėtingas biurokratinis mechanizmas, diskusijos tarp visų suinteresuotųjų pusių nebuvimas, neaiškus bendradarbiavimo mechanizmas, paslaugų finansavimo problemiškas. Todėl įvardijama, kad integruotos priežiūros sistemos vystymui yra būtinas koordinuojančių ministerijų bendradarbiavimas, biurokratinio mechanizmo mažinimas, bendradarbiavimo mechanizmų tarp paslaugų teikėjų išgryninimas, finansavimo ir organizavimo kryptį nustatymas. Visiems šiems pasiūlymams įgyvendinti yra būtinas bendras sutarimas, įtraukiant visas suinteresuotąsias puses, konkrečių veiksmų priėmimas, įteisintas vieningoje teisinėje bazėje, kurioje būtų vieningu požiūriu grįsta plėtros sistema, konkreti vystymo strategija bei veiksmų planas.

Ekspertų grupinės diskusijos su įtrauktoju kiekybiniu tyrimu (2 tyrimo) apibendrinimas:

- Pripažįstama, kad Lietuvoje sveikatos ir socialinės priežiūros sistemoms reikia pokyčių, tačiau nėra politinio susitarimo, aiškios strategijos ir veiksmų plano, kaip bus pasiekta šių sistemų integracija – sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemų parengtumas integracijai yra pradiniam lygyje (pagal Likerto skalę įvertinta vienu balu, kai balai yra nuo nulio iki penkių).

- Pagrindinėmis sritimis, darančiomis neigiamą įtaką sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, teikiamų pacientams namuose, integracijai, įvardijamas neaiškus bendradarbiavimo mechanizmas tarp paslaugų teikėjų ir komunikacinių instrumentų nebuvimas, žmogiškieji, finansiniai, sociodemografiniai skirtumai tarp savivaldybių, kuruojančių ministerijų „nesusikalbėjimas“, didelis biurokratizmas, organizuojant ir teikiant socialines paslaugas, bei integruotų paslaugų finansavimo problemos.

- Nepaisant išsakytų trukdžių, diskusijos dalyviai nurodė, kad savo veiklos srityse bando įgyvendinti integruotos priežiūros iniciatyvas tiek ambulatoriniame lygmenyje, organizuojant ir teikiant priežiūros paslaugas asmenims namuose, tiek stacionariame lygmenyje, organizuojant ir teikiant institucines integruotas slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas bei ilgalaikės priežiūros paslaugas.

- Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų specialistų kompetencija yra pakankama teikti savo srities paslaugas, tačiau nėra įvertinto poreikio gebėjimų stiprinimui, organizuojant ir teikiant integruotas priežiūros paslaugas, o didžiausias iššūkis dėl

žmogiškųjų išteklių ir jų kompetencijos kils „mažoms“ PSPĮ provincijoje, organizuojant ir teikiant paslaugas namuose.

- Integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos turėtų būti finansuojamos įkurto atskiro koordinuojamo fondo arba paslaugų gavėjo „krepšelio“ principu, peržiūrint paslaugų gavėjui skiriamas tikslines slaugos ar priežiūros išmokas, kurios turėtų būti nukreipiamos ne tiesiogiai paslaugų gavėjui, o paslaugų teikėjams, siekiant vystyti paslaugas, o asmeniui suteikti jo poreikius ir lūkesčius atitinkančių paslaugų kompleksą.

- Siekiant vystyti integruotą priežiūrą, būtinas sritis kuruojančių ministerijų bendras darbas, aiškaus integruotų paslaugų vystymo ir finansavimo mechanizmo sukūrimas, bendradarbiavimo mechanizmo išgryninimas ir biurokratinio mechanizmo mažinimas.

3.3. Kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu (3 tyrimo) rezultatai

Kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu (trečiojo empirinio tyrimo) kategorijos (21 pav.) parengtos, atsižvelgiant į literatūros analizės duomenis ir pirmojo bei antrojo empirinių tyrimų rezultatus.



21 pav. Kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu temų kategorijos

Šaltinis: parengta autorės.

Siekiant detalizuoti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integravimo problematiką ambulatoriniame lygmenyje ir įvardinti sprendimus nustatytiems prieštaravimams spręsti, išskirta pagrindinė duomenų kategorija: teisinė bazė, kurios pokyčio

poreikio atsiradimą lėmė išaugęs ilgalaikių priežiūros paslaugų poreikis, dėl ko būtinas požiūrio į integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą ambulatoriniame lygmenyje keitimas ir su tuo susijęs integruotų paslaugų apibrėžimo identifikavimas. Teisinės bazės pokyčiai iš esmės nulemtų struktūrinius pokyčius, kurie apimtų paslaugų organizavimą valstybiniu lygmeniu, finansavimą, paslaugų koordinavimą, integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą bei veiksmus šių paslaugų vystymui. Šiame poskyryje pateikiama kokybinio tyrimo – kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu – duomenų turinio analizė, akcentuojant apibendrintą informantų požiūrį kiekvienoje nagrinėjamoje kategorijoje, lentelėse pateikiamos iliustruojančios citatos, tekste atspindimos originalios ir išsiskiriančios informantų idėjos bei pasisakymai.

21 lentelė. Informantų pasisakymų aprėptis (proc.)

Informantas	Teikimas %	Organizavimas %	Finansavimas %	Koordinavimas %	Informavimas %	Vi-suomenės įtraukimas %	Api-brėžimas %	Koky-bė %	Vysty-mas %
VU_sl.	31,77	5,84	12,17	5,36	19,33	4,4	11,33	6,01	
MR_soc.	34,28	15,4	10,96	7,52	15,69	7,52	4,89		1,38
LS_šmk_a.	28,6	10,86	8,28	23,14	19,64	12,66	4,92		
Vl_m_c_pl.	13,87	4,72	8,23	1,06	1,72	1,06	3,79		2,36
K_m_s_sv	17,3	11,12	23,43	7,32	9,3	7,32	1,45	3,05	1,93
VD_soc_d	27,42	13,53	1,01	4,23	1,1	23,56	8,58		2,88
K_m_pl.	20,73	13,31	26,17	6,15	7,31	1,06	3,07	4,24	
K_m_s_soc	16,53	5,25	14,27	4,63	4,81	4,63	4,56	8,24	1,53
Sv_m_m	24,13	16,62	9,51	5,65	13,76		6,42		6,35
LS_šmk_i	39,38	23,42	7,43	6,81	8,29	6,81	6,2	6,15	1,32
Km_spc_r	17,58	25,04	2,81	9,21	0,94	4,8	2,23	8,24	5,85
Kl_m_s_sv	17,58	40,1	3,62	9,59	4,77	1,52	3,77	4,88	
Sv_m_i.	19,29	34,49	4,84	19,1	5,63	1,11	3,79	5,84	3,72
Se_m_v.	11,37	4,87	24,27	5,69	3,52	5,69	4		1,34
Vli_k_v.	1,77	3,43	26,01	7,42					8,97
Pasisakymų aprėpties suma %	321,6	228	183,01	122,88	115,81	82,14	69	46,65	33,91
Iš viso pasisakymų skaičius	237	110	96	88	75	52	46	32	15

Šaltinis: parengta autorės.

Įvertinus informantų pasisakymų aprėptį (21 lentelė), pastebima, kad ekspertams aktualiausia, dažniausiai minima buvo integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo problematika ir jų sprendimo būdai (užfiksuoti 237 pasisakymai). Rečiau buvo pasisakoma paslaugų organizavimo valstybiniu lygmeniu (110 pasisakymų), paslaugų finansavimo (96 pasisakymai), paslaugų koordinavimo (88 pasisakymai) klausimais.

Integruotų paslaugų poreikis ir apibrėžimas. Ekspertų klausiant, ar savo darbinėje veikloje susiduria su integruotos priežiūros poreikiu ambulatorinėje grandyje, gauta 11 pasisakymų. Pasisakę ekspertai patvirtina, kad ypač vienišiams, vyresnio amžiaus asmenis, kai jų savirūpa yra sumažėjusi, integruotų priežiūros paslaugų poreikis išauga. Pabrėžiama, kad deklaratyviai ar nepilna apimtimi teikiant, bei ilgai priežiūros paslaugų šiuo metu laukiant eilėse, nepatenkinamas augantis ilgalaikių, integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis bendruomenėje. Atkreipiamas dėmesys, kad prailginus darbingą amžių iki 65 m. amžiaus, artimiesiems tampa sudėtinga prižiūrėti savo sunkiai sergančius artimuosius, kurie reikalauja daug dėmesio ir priežiūros, todėl tiek sveikatos priežiūros, tiek socialinės paslaugos teikiamos ambulatoriniame lygmenyje yra labai reikšminga pagalba artimiesiems: „iš tiesų atsiskleidė socialinių paslaugų poreikis, kad socialinės ir sveikatos paslaugos persipina ir papildo viena kitą ir yra labai reikalingos“. Ekspertai pabrėžia, kad šių paslaugų didelį poreikį sąlygoja ir tai, kad ne visos asmens sveikatos priežiūros įstaigos organizuoja ir teikia ambulatorines paslaugas pacientams namuose, o socialinių paslaugų namuose tenka ilgai laukti eilėje dėl žmoniškųjų išteklių trūkumo ir sudėtingo socialinių paslaugų skyrimo biurokratinio mechanizmo.

Ekspertų paprašius apibrėžti, kas jų požiūriu yra integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos ambulatoriniame lygmenyje, gauti 46 pasisakymai. Ekspertų pasisakymai pateikiami 22 lentelėje. Įvertinus pasisakymų turinį, galima būtų išskirti 2 pagrindinius siūlomo apibrėžimo aspektus.

Pirmasis apibrėžimo aspektas orientuojamas į pačių integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą (28 pasisakymai), kuris apima požiūrį į individualų asmens-paciento poreikį, paslaugų kompleksiskumą ir savalaikiškumą, paslaugų koordinavimą ir darbą komandoje, siekiant patenkinti paciento lūkesčius. Antrasis apimtų sisteminę paslaugų integraciją (iš viso 18 pasisakymų), kuri turėtų atspindėti

politinius sprendimus – „*valstybės politikų keliama ambicija – ambicingas planas priartinti tas paslaugas*“, pabrėžiama, kad ilgalaikių, integruotų priežiūros paslaugų organizavimas vyresnio amžiaus ir negalią turintiems asmenims yra viena pagrindinių gerovės valstybės strateginių krypčių ir atitinka prezidentūros iškeltą „*gerovės valstybės sąvoką*“ („*Prezidentas, iškėlęs „Gerovės valstybės“ sąvoką, iškėlė ne tuščią sąvoką – geros ir tinkamos paslaugos pagyvenusiems žmonėms ir yra mūsų gerovės valstybės pagrindas*“). Sisteminiis priežiūros paslaugų integracijos apibrėžimas turėtų sujungti dviejų skirtingų, tuo pačiu papildančių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemas, integruojant ir koordinuojant sudėtingus valdymo ir organizavimo procesus, suteikiančius galimybę paslaugos teikėjams žiūrėti ta pačia kryptimi, organizuojant bendrą tikslą turinčias paslaugas.

Įvertinus 22 lentelėje pateikiamą ekspertų nuomonę, integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos paslaugų apibrėžimas turėtų būti orientuojamas į koordinuotai organizuojamas ir teikiamas individualius paciento poreikius atitinkančias, kokybiškas, kompleksines, savalaikes paslaugas, kurios apimtų ne tik sveikatos ir socialinę priežiūrą, bet ir būtų papildomos kitomis būtinomis paslaugomis, tokiomis kaip farmacininko, švietimo paslaugomis, užimtumo, integracijos į visuomenę paslaugomis, siekiant užtikrinti asmens fizinę, psichinę ir socialinę gerovę, o paslaugų integracija pasiekama per politinių ir sisteminių sprendimų priėmimą – sistemine integraciją.

Apibendrinus siūlomas šis apibrėžimas: *Integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos paslaugos – tai sistemingai, koordinuotai organizuojamos ir teikiamos individualius paciento poreikius atitinkančios, kokybiškos, kompleksinės, savalaikės paslaugos, teikiamos siekiant užtikrinti asmens fizinę, psichinę ir socialinę gerovę.*

Integruotų paslaugų organizavimas valstybiniu lygmeniu. Kaip ir antrojo empirinio tyrimo – ekspertų grupinės diskusijos – metu, taip ir trečiojo empirinio tyrimo metu, diskutuojant su ekspertais, buvo iškeltos aktualios problemos, susijusios su sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų valstybiniu organizavimu, kai ambulatorines slaugos paslaugas ir susijusias sveikatos priežiūros paslaugas organizuoja SAM, o socialines paslaugas pacientams namuose – SADM. Šia tema gauti 110 pasisakymų.

22 lentelė. Ekspertų įžvalgos integruotos sveikatos ir socialinės priežiūros apibrėžimo tema

Apibendrintas požiūris	Požiūrio detalizavimas	Patvirtinantys teiginiai
Paslaugų koordinavimas (14 pasisakymų)	Specialistų komandinis darbas (4 pasisakymai)	K _{m_spc_r} <...> integruota sveikatos priežiūra ir socialinių paslaugų priežiūra, tai darbas komandoje,
	Bendradarbiavimas, bendras paslaugų teikimas (3 pasisakymai)	K _{m_s_sa} <...> tai sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos kartu su socialinėmis paslaugomis, priežiūra, pagalba. K _{m_s_sp} <...> Integruota ir yra gebėjimas specialistų bendradarbiauti tarpusavyje.
	Koordinuotas paslaugų teikimas (3 pasisakymai)	K _{m_pl} . Tai koordinuotas sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikėjų darbas, kurios gerina to paciento gyvenimo kokybę ir atitinka to paties žmogaus lūkesčius.
	Paciento „atvejo vadyba“ (2 pasisakymai)	LS šmk i. Jei einame į pacientą orientuotas sveikatos priežiūros paslaugas, privalome į pacientą žiūrėti kaip į atvejį, čia atsiranda atvejo vadyba.
	Komunikacija (2 pasisakymas)	LS šmk a. Visos grandys, visi lygmenys, kurie dirba aplink tą patį žmogų, jie komunikuoatų tarpusavyje <...>
Į paciento poreikius orientuotos paslaugos (14 pasisakymų)	Į paciento poreikius orientuotos paslaugos (4 pasisakymai)	VU_sl.<...> siekiant geriausio rezultato pacientui, pirmiausiai į pacientą orientuotų paslaugų teikimas, pagal jo poreikius, neskirstant vienos sistemos ar kitos sistemos kompetenciją.
	Kompleksinės paslaugos (4 pasisakymai)	VD_soc_d. <...> Tai turėtų būti kompleksinės paslaugos, kurios tai ir atliepia tai kas yra sveikata – visapusiška gerovė ir reikia dirbti taip, kad taip, kad ta visapusiška gerovė būtų užtikrinta
	Individualizuotos paslaugos (3 pasisakymai)	Kl_m_s_sa. <...> dalis sveikatos priežiūros paslaugų, kurios reikalingos asmeniui, dalis ir socialinių paslaugų, bet aišku tai yra labai individualu.
	Savalaikės paslaugos (3 pasisakymai)	K_m_pl. Reikiamos paslaugos, reikiamoje vietoje ir reikiamu laiku.
Bendra sistemų integracija / bendras matymas (11 pasisakymų)	Politinė ambicija / sprendimas, bendras sutarimas (5 pasisakymai)	MR_soc. <...> Ta integrali pagalba iš vienos pusės yra socialinės politikos ambicija <...>
	Bendrai koordinuojami procesai (3 pasisakymai)	MR_soc. Tai yra labai daug procesų vykstančių aplinkui, kuriuos nėra lengva suvaldyti <...>, kuriuos reikia suvaldyti.
	Bendras tikslas (3 pasisakymai)	LS šmk i. <...> bendras paslaugų teikimas, socialinių ir sveikatos priežiūros sektorių kartu, turint bendrą tikslą pagerinti psichosocialinę ir fizinę sveikatą.
Organizacinė integracija (7 pasisakymai)	„Vieno langelio“ principas (3 pasisakymai)	Sv_m_m <...> pagrindinis integruotos priežiūros aspektas yra tai, kad žmogus pradėjęs gauti vienas paslaugas, tarkim socialines arba sveikatos priežiūros paslaugas, automatiškai būtų nukreipiamas ir į kitą priežiūros grandį, tarsi vieno langelio principas.
	Bendras institutas, bendras administravimas (2 pasisakymai)	Sc_m_v. ilgalaikės priežiūros instituto sukūrimą, kad tikrai būtų integruota ir sveikatos priežiūros dalis ir socialinė, bet kad būtų administravimas iš vieno rankų <...>
	Suinteresuotųjų pasių įtrauktis (1 pasisakymas)	MR_soc. <...> Pačios bendruomenės, savanorių įtraukimas, kliento įtraukimas, giminaičių įtraukimas
	Bendras paslaugų finansavimas (1 pasisakymas)	Sv_m_i. Tai integracija per paslaugą, per specialistą teikiančią tą paslaugą ir per finansavimo modelį, kuris finansuoja paslaugą ir specialistą. <...>

23 lentelė. Ekspertų pasisakymai apie priežiūros paslaugų organizavimo problemas

Problema	Iškeltos problemos pagrindimas
Teisinio reguliavimo nebuvimas (14 pasisakymų)	K_m_s_sp. Jei nėra paslaugos – tai dėl teisinio reguliavimo valstybinio mastu <...> Vėl žiūrint, valstybinį reguliavimą - ministerijų požiūris „tarkitės tarpusavyje“.
Paslaugas koordinuoja skirtingos ministerijos (14 pasisakymų)	Sv_m_m. Didžiausia pas mus atskirtis yra vien todėl, kad mes turime dvi ministerijas, kurios kuruoja šias pakankamai artimas sritis.. Vlj_k_a. Vienas paslaugas teikia viena struktūra, kitas - kita struktūra. Jos gali kažkiek susisieti, bet visiškai – ne.
Politinės valios nebuvimas (10 pasisakymų)	MR_soc. apskritai trūksta politinės valios, kad tas klausimas būtų labai aiškiai įvardintas ir pripažintas. Sc_m_v. Dabar pas mus viskas yra apversta kitu galu. Tai nėra Lietuvoje pas mus tokio ir nėra sutarimo <...>
Sistemos painumas ir paslaugų fragmentacija (10 pasisakymai)	Ls_šmk_i. Socialinis sektorius, jų teikiamos paslaugos yra tiek išsifragmentavusios, jie patys nesikordinuoja tarpusavyje.<...> Dabar situacija yra tokia, kad raštingi ir išsilavinę žmonės, dar nesenyvo amžiaus, bet jie nesusigauja, kur kreiptis, kur rašyti prašymą, dėl asmens gebėjimų vertinimo, kur ką daryti nes sistema yra pernelyg paini.
Bendro požiūrio trūkumas (8 pasisakymai)	VI_m_c_pl. <...> nes visi labai įsigilinę į savo sritį ir tas šakas, ir pametę tą bendrą požiūrį. Km_spc_r. <...> man trūksta tiesiog orientacijos į asmenį, kaip į žmogų, o ne kaip į pacientą, integracijos požiūriu.
Atsakomybių išskaidymas (5 pasisakymai)	VI_m_c_pl. <...> nes už kai ką pas mus savivaldybės atsakingos, už kai ką ministerijos. Ir viskas taip išbarstyta.

Šaltinis: parengta autorės.

Ekspertų iškeltų problemų (61 pasisakymas) apibendrinimas pateikiamas 23 lentelėje. Ekspertai nurodo, kad už priežiūros paslaugas pacientams namuose trūksta bendros atsakomybės, bendro požiūrio valstybinio lygmeniu, kuris sukuria per daug painią priežiūros ir pagalbos sistemą Lietuvoje. Dvi skirtingos ministerijos, kurios organizuoja pakankamai panašių, viena kitą papildančių paslaugų teikimą, susikoncentravusios tik į savo kuruojamas sritis, todėl nelieka bendro požiūrio ir orientavimosi į asmens poreikius. Atkreiptas dėmesys, kad šiuo metu trūksta politinio susitarimo, „politinės valios“, pripažįstant ir aiškiai įvardijant integruotų sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos ambulatoriniame lygmenyje poreikį ir kylančius iššūkius, teigiama, kad „čia politinės valios nebuvimas, kad mes turėtumėme vieną sistemą“. Nors jau padaryti veiksmai, kurie leistų pradėti paslaugų integracijos procesą valstybinio lygmeniu, ekspertai, pateikdami užsienio šalių pavyzdžius integruojant šias dvi paslaugas, nurodo, kad paslaugų integracijos procesas užtrunka ilgą – kelių dešimčių metų periodą. Pabrėžiamas sudėtingų sprendimų dėl naujo ilgalaikės priežiūros instituto sukūrimo, sudėtingo paslaugų organizavimo, administravimo ir finansavimo mechanizmo priėmimas, kuriems atlikti vienos vyriausybės ar seimo kadencijos šioms sprendimams

priimti neužtenka, todėl akcentuojamas politinis susitarimas šiuo klausimu. Taip pat atkreipiamas dėmesys, kad jei politinis susitarimas nebus priimtas, „*įsisąmoninto suvo-kimo keliu einant – kelias būtų labai ilgas ir nebūtinai sėkmingas*“.

Ekspertai pabrėžia, kad ir šiuo metu šios paslaugos organizuojamos fragmen-tuotai: skirtingos įstaigos atsakingos už paslaugų organizavimą ir teikimą, skirtingas finansavimo mechanizmas, kuris lemia ir pačių paslaugų fragmentaciją, teisinio regu-liavimo spragos. Informantai nurodo ir pasekmes – žmogaus pasimetimas tarp siste-mų ir teikiamų paslaugų. Diskutuojant, ar galėtumėme pasiekti paslaugų integracijos, paslaugas organizuojant per dvi lygiagrečias, skirtingas sistemas, ekspertai nurodo, kad taip, kaip šiuo metu paslaugos yra teikiamos, bus sudėtinga pilnai integruoti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas.

Apibendrinti sprendimai (49 pasisakymai), kaip išsakytas problemas siūlo spęs-ti ekspertai, pateikiami 24 lentelėje. Informantai nurodo, kad tik teisės aktų priėmimas neduos norimo rezultato integruojant priežiūros paslaugas, todėl visa valstybės politi-ka, turi būti nukreipta į žmonių poreikius, o vystant ambulatorines sveikatos priežiū-ros ir socialines paslaugas, sėkmingai integracijai būtini politiniai susitarimai, kuriuos būtina įtvirtinti. Pabrėžiamas politinis tvirtumas, nes susiję sprendimai nebūtinai bus populiarūs visuomenėje, ypač kai kalbama apie finansavimo mechanizmų pokyčius. Ekspertai nurodo, kad tik priėmus politinius sprendimus, galima „*pradėti kalbėti apie mokymąsi dirbti kartu*“, todėl būtinas politinis susitarimas, siekiant nustatyti priori-tetines sritis, išspręsti lyderystės klausimą, ilgalaikių, integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų instituto sukūrimą, patvirtinti finansavimo ir administravimo mechanizmus, kurie apspręstų ir skirtingų sričių specialistų bendradarbiavimą.

Ekspertai akcentuoja, kad reikėtų pakeisti mąstymą ir visą atsakomybę už integ-ruotą sveikatos priežiūrą ir socialines paslaugas perduoti vienai atsakingai institucijai, nes „*dviejų vienodų paslaugų, dviejuose skirtinguose sektoriuose negali būti, mes esa-me labai maža šalis*“ ir, kad tik per teisinį dviejų skirtingų ministerijų bendradarbiavi-mą nebus pasiektas norimas rezultatas, todėl organizuojant paslaugas, būtinas vienas integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų valdytojas valstybiniu lygmeniu, o toks valstybinis paslaugos centralizavimas išspręstų daugelį problemų, vystant šias paslaugas. Kaip vieną iš alternatyvų siūloma sujungti SAM ir SADM arba kažkuriai vienai ministerijai perduoti valstybinį paslaugų įgyvendinimo reguliavimo mechaniz-mą. Ekspertai matytų, kad tai galėtų būti SAM – 5 ekspertų pasisakymai nukreipia, kad integruotos priežiūros paslaugos, apimančios tiek sveikatos priežiūrą, tiek socia-

linę pagalbą pacientams namuose, turėtų būti organizuojamos SAM, po 3 – nurodo Vyriausybę arba Finansų ministeriją, 1 – SADM.

Informantai išsakė abejonę, dėl SAM pajėgumo sklandžiam procesui užtikrinti, nes šios paslaugos yra ilgalaikės priežiūros paslaugos, „*tai labai plati sritis*“, apimanti ne tik sveikatos priežiūros ir socialines pasaugas pacientams namuose, bet ir finansavimą, švietimą, platų socialinės pagalbos spektrą, ne tik socialinių paslaugų namuose teikimą. Pripažįstama, kad turi būti vienas lyderis „*bent jau vyriausybė*“, objektyvumui užtikrinti – vykdančiąja ministerija rinktis Finansų ministeriją, o „*įgyvendinimui, racionalu būtų – mišrus darinys – komisija, darbo grupė*“. Pabrėžiama teisinio reguliavimo svarba, teisinės bazės sukūrimo būtinybė ir integruotų priežiūros paslaugų, kaip naujo ilgalaikės priežiūros instituto, įdiegimas valstybiniu lygmeniu. Informantai teigia, kad tik sutvarkius teisinį reglamentavimą bus užtikrinama platesnė paslaugų integracija, sumažinta trintis tarp skirtingų sistemų.

Apibendrinant ekspertų pasiūlymus, siekiant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos ambulatoriniame lygmenyje, valstybiniu lygmeniu būtinas:

- Bendras organizavimas – vienas integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizatorius valstybiniu lygmeniu ir paslaugos centralizavimas. Dauguma respondentų paslaugos organizatoriumi valstybiniu lygmeniu matytų SAM, nors ir abejoja dėl turimų pajėgumų sudėtingai sričiai organizuoti, todėl būtinas Vyriausybės dalyvavimas organizavimo procese, pasitelkiant mišrią suinteresuotųjųusių komisiją ar darbo grupę.

- Bendra teisinė bazė, reglamentavimas – integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos turėtų būti įteisintos kaip naujos ilgalaikės priežiūros paslaugos – ilgalaikės priežiūros instituto įdiegimas valstybiniu lygmeniu.

- Politinis susitarimas – ilgalaikiai sprendimai, siekiant nustatyti organizavimo prioritetines sritis, patvirtinti finansavimo ir administravimo mechanizmai.

24 lentelė. Ekspertų pasiūlymai priežiūros paslaugų organizavimui gerinti

Sprendimas	Sprendimo pagrindimas	Nauda	Naudos pagrindimas
Bendras koordinavimas ir kontroliavimas (13 pasisakymų)	SAM (5 pasisakymai) – LS_šmk_i. Pavaldumas turi būti prie SAM ir iš čia apmokėjimas, ir organizavimas	Formavimas kontrolė, priežiūra	K_m_s_sp. Formavimui, kontrolei, priežiūrai, konsultacijoms turi būti vienas valstybinis lygmuo
	Vyriausybė (3 pasisakymai) – Sv_m_i. <...> jeigu ta priemonė ir toliau bus SAM arba SADM, tai nieko nebus, turi būti vienas lyderis, bent jau vyriausybė.	Išteklų taupymas	K_m_s_sp.<...> Klausimas ar nesuitaupyti ir biurokratinis aparatas.
	Finansų ministerija (3 pasisakymai) – K_m_s_sp. arba rinktis neutralų – Finansų ministerija.	Paslaugų nesidubliavimas	Sv_m_m. Jei mes vadovausimės, tiek ir Europos komisijos rekomendacijomis, tokių dviejų vienodų paslaugų, dviejuose skirtinguose sektoriuose negali būti, mes esame labai maža šalis.
	Bendras jungtinis darinys (1 pasisakymas) – K_m_s_sp. Protingiausia būtų turėti bendrą jungtinį darinį, kuris apimtų socialinį, sveikatos ir švietimo, tai yra trys didžiosios grupės, kurių pririnktų	Bendras koordinavimas	Sv_m_m.<...> koordinuotume rajoniniu, teritoriniu principu
	SADM (1 pasisakymas) – Km_spc_r. Integralioje pagalbaje tikrai socialinės pagalbos yra 90 proc., o sveikatos priežiūros - 10 proc., tai ir atsako, kuriai ministerijai tai priklauso, bet kišasi tuos pagalius	Stiprios, pilnos komandos	Kl_m_s_sv.<...> stiprios pilnos komandos kažkurioje vienoje sistemoje.
Bendra teisinė bazė (10 pasisakymai)	Sv_m_m. Bet jei mes turime vieną sistemą, jei ji yra reglamentuota kaip vienas paslaugų standartas <...> ilgalaikės priežiūros modelio koncepto sukūrimas <...>	Paslauga kaip institutas	Sc_m_v. turėtumėme paslaugą kaip institutą <...> Kl_m_s_sv. Jei būtų kažkas atskiro, konkretaus, aiškiai sureglamentuota – nebebūtų tos trinties iš vienos sistemos į kitą, būtų viskas aišku visiems.
Politinis susitarimas (9 pasisakymai)	VU_sl.<...> vis tik tai reikėtų daryti politinių susitarimų pagrindu, nes tai nepadaroma per vienerius metus	Konkretūs ilgai besitęsiantys sprendimai	VU_sl. mūsų mentalitetu labiau pasiteisina – tai konkretūs aiškūs sprendimai, ilgai besitęsiantys, tai politiniai sprendimai
Bendra atsakomybė (9 pasisakymai)	LS_šmk_a.<...> kad ta atsakomybė būtų bendra, o ne tai kad mes atsakingi už kažką iš mūsų pusės viskas gerai, o visa kita jau čia jūsų reikalas.	Objektyvi priežiūra ir įgyvendinimas	K_m_s_sp.<...> Objektiviai šiai priežiūrai, įgyvendinimui, racionalu būtų - mišrus darinys – komisija, darbo grupė, kaip bevadintum
Paslaugos centralizavimas (8 pasisakymai)	Kl_m_s_sv.<...> Daug problemų ir išspręstų centralizavimas va tos paslaugos.	Integruotas problemos sprendimas	Vl_m_c_pl.<...> tą reikėtų aiškiau ir plačiau pasižiūrėti ir integruotai tai išspręsti.

Šaltinis: parengta autorės.

Integruotų paslaugų finansavimas. Vertinant pasisakiusių nuomonę apie Lietuvoje kylančius sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų finansavimo iššūkius, siekiant integruoti paslaugų teikimą pacientams namuose, bei galimus sprendimus šiems iššūkiams spręsti, iš viso gauti 94 pasisakymai šia tema (25 lentelėje pateikiami pasisakymai dėl problemų (46 pasisakymai), 26 lentelėje – pasisakymai dėl galimų jų sprendimo būdų (48 pasisakymai).

25 lentelė. *Ekspertų pasisakymai apie priežiūros paslaugų finansavimo problemas*

Problemos	Iškeltos problemos pagrindimas
Skirtingi paslaugų finansavimo šaltiniai (24 pasisakymų)	Vl_m_c_pl. Dabar ir finansavimas yra kitaip skirstomas iš skirtingų šaltinių, ir paslaugos teikiamos, koordinuojamos ir organizuojamas skirtingų institucijų. <...> Km_sv_sp. <...> finansinė bazė – kiekvienas po savimi, su savo taisyklėmis, kas iš esmės žmogų tik tai „sumaišo“.
Paslaugų finansavimo apribojimai (12 pasisakymų)	Km_sv_sp. <...> socialinė aš turiu mokėti – jei tiek pajamų, tai tiek turiu sumokėti, jei tiek pajamų – tai tiek turiu sumokėti, sveikatos paslaugos, kaip ir nieko neturiu mokėti, bet tada aš galiu gauti ribotą paslaugų skaičių per metus <...> savos taisyklės savi reikalavimai.
Tikslinių kompensacijų mokėjimas tiesiogiai (10 pasisakymų)	Vl_k_a. SADM mokėjimas pinigais aktuali ne priežiūrai <...> Lietuvoje SADM patirtis, kur už specialiuosius poreikius moka, dažniausiai pinigai nueina kitiems tikslams ne priežiūrai. Sc_m_v. Tad kartais pinigų duoti yra pigiau <...> bet jei kalbant apie tai kad tokių paslaugų nepadaugėjo – tai čia yra tiesa.

Šaltinis: parengta autorės.

Ekspertai išskiria pagrindinę problemą – bendro finansavimo mechanizmo nebuvimą, kai sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos finansuojamos iš skirtingų šaltinių (asmens sveikatos priežiūros paslaugos finansuojamos PSDF lėšomis, socialinės paslaugos – valstybės, savivaldybių biudžeto bei asmens lėšomis). Ekspertų teigimu, skirtingi finansavimo šaltiniai sąlygoja tai, kad asmuo negauna visų jam būtinų priežiūros paslaugų, todėl finansų integracija šioje srityje yra būtina (25 lentelė). Ekspertai atkreipia dėmesį, kad priežiūros paslaugų integraciją ir paslaugų finansavimo mechanizmą neigiamai veikia asmeniui mokamos tikslinės priežiūros ir slaugos išmokos, kurios turėtų būti skirtos paslaugoms įsigyti, tačiau asmenų dažniausiai yra naudojamos ne pagal paskirtį. Pripažįstama, kad „pinigų duoti yra pigiau“ nei suorganizuoti tinkamas paslaugas, o kai asmeniui tenka pačiam pirkti priežiūros paslaugas, jis dažniausiai lieka jų negavęs. Atkreipiamas dėmesys, kad esant finansavimui iš skirtingų šaltinių, galioja

skirtingas finansų panaudojimas, reglamentavimas, kuris apriboja paslaugų teikimą, dėl ko didėja „atskirtis tarp paslaugų, kokybės, apimties“ (25 lentelė).

Ekspertai atkreipia dėmesį, kad siekiant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos ambulatoriniame lygmenyje būtinas bendras, poreikius tenkinantis, lankstus šių paslaugų finansavimo mechanizmas (48 pasisakymai, 26 lentelė). Paslaugų bendrą finansavimą siūloma užtikrinti, įsteigiant atskirą fondą „*su visai atskira administracine sistema tam fondui valdyti*“ bei atskirą draudimą. Nurodoma, kad fondas galėtų būti steigiamas ir pavaldus vyriausybei ar SAM, fondo valdytoju nurodoma LR finansų ministerija arba VLK, tuo pačiu dalį fondo valdymo funkcijų galėtų atlikti pati savivaldybė („*idealiu atveju, būtų geriausia, kad pati savivalda, kadangi ji yra arčiausiai žmonių, galėtų to fondo dalį administruoti*“). Nurodoma, kad fondas galėtų sujungti visus paslaugų finansavimo šaltinius ir kad toks unifikuotas finansinių išteklių, skirtų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų finansavimui, užtikrintų šių paslaugų spartesnę integraciją.

Ekspertai mano, kad šių paslaugų finansavimas turėtų būti skirstomas pagal konkretaus asmens poreikius paslaugoms gauti: taikant tam tikrų paslaugų paketą, asmens sveikatos ir socialinių paslaugų poreikių lygio nustatymą, o įstaigas lėšos pasiektų pagal konkretaus specialisto atliekamų paslaugų apmokėjimą. Pabrėžiama, kad paslaugų finansavimas turi būti lankstus, atsižvelgiantis į individualius asmenų poreikius. Iškeliamos naudos pacientui bei naudos paslaugos teikėjui, nes paslaugos tenkins abiejų pusių poreikius ir suteiks pacientui galimybę rinktis paslaugos teikėją. Nepaisant išsakytų pasiūlymų dėl atskiro finansavimo mechanizmo ir unifikuoto paslaugų finansavimo modelio naudos, ekspertai atkreipia dėmesį, kad gali būti klaidingas sprendimas Lietuvai perkelti kitose šalyse taikomus paslaugų finansavimo ir organizavimo modelius. „*Be konkrečių ekonominių skaičiavimų, būtų labai klaidinga tik nukopijuoti ir perkelti. Tik ekonominiai skaičiavimai galėtų pagrįsti ir tik tada kažką galima perkelti. Reiktų pabandyti kelis modelius, paskaičiuoti, kuris geriau veikia*“. Todėl siūloma prieš taikant finansavimo modelius „*daryti du pilotinius tyrimus, kuris modelis labiau veikia, kuris modelis labiau apsimoka. Pasižiūrėti du modelius ir juos pratestuoti, kuris geriau veikia prieš įvedant didžiulius pokyčius Lietuvoje*“.

26 lentelė. Ekspertų pasiūlymai priežiūros paslaugų finansavimui

Sprendimas	Sprendimo pagrindimas	Nauda	Naudos pagrindimas
Atskiras fondas (19 pasisakymų)	VU_sl. Todėl geriausiai ir aiškiausiai tas klausimas būtų sprendžiamas, jei būtų atskiras fondas, atskira draudimą įmoka ir visai atskira administracinė sistema tam fondui valdyti. Vli_k_a. Fondas pats viršus, žemiau yra infrastruktūra <...>. Km_s_sp. Tai turėtų būti bendras „krepšelis“ į kurį įeina SADM pinigai, TLK pinigai, nebedidinan tikslinių išmokų, kurios skirtos paslaugoms, lygiai taip pat savivaldybės dalis pinigų.	Vadyba, užtikrinanti integracijos procesus	MRU_soc. Aš tiesių būčiau linkusi, kad būtų bendras finansavimas, iš principo manau, kad būtų labai daug aiškumo įnešantis į vadybą. <...> Pats integralių paslaugų finansavimo išsprendimas, kad būtų iš vienos „kišenės“ imti šaltinius, bet tai yra viename integralių pagalbos išsprendimo.
Paslaugų finansavimas pagal asmens poreikius (15 pasisakymų)	Km_sv_sp. Žmogui atsirado poreikis – jis tam tikrą sumą gali išnaudoti paslaugoms, ne pinigais duonai, batonui, ar giminėms išlaikyti, o paslaugoms. Vl_m_c_pl. Reikėtų žiūrėti per poreikių vertinimą <...>	Paciento poreikius atitinkančios paslaugos	Km_spc_r. žmogus turi turėti savo „krepšelį“ paslaugoms, kaip yra kitose šalyse ir jis turi teisę su savo krepšeliu pasirinkti, ką jis nori, kas jam teiks paslaugą, kokią slaugytoją išsikviesti, kokią paslaugą nusipirkti.
Paslaugų finansavimo lankstumas (14 pasisakymų)	LS_šmk_a. Finansavimas turėtų būti bendras <...> su plačiu, dinamišku, adaptyviu ir labai individualizuotu paslaugų spektru, nes jei neįeina paslauga į paslaugų spektrą, kad galima būtų ją įtraukti, suteikti ir gauti apmokėjimas.	Paslaugų teikėjo poreikius atitinkantis finansavimas	K_m_pl. Tada tu gali neskaičiuoti ir teikti tų paslaugų tiek kiek žmogui reikia.

Šaltinis: parengta autorės.

Apibendrinant ekspertų pasisakymus, vieningo sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų finansavimo mechanizmo siūloma:

- Įsteigti atskirą paslaugų finansavimo fondą – fondas pavaldus LR Vyriausybei arba SAM, fondo galimu valdytoju nurodoma LR Finansų ministerija arba VLK, dalies fondo valdymo funkcijų deleguota savivaldai. Fondas turėtų sujungti visus paslaugų finansavimo šaltinius. Unifikuotas finansinių išteklių, skirtų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų finansavimui, užtikrintų šių paslaugų spartesnę ir tolygesnę vys-

tymąsi.

- Paslaugas finansuoti pagal konkretaus asmens poreikius – paslaugų finansavimas per paslaugų paketą, per asmens sveikatos ir socialinių paslaugų poreikių lygio nustatymą, pagal konkretaus specialisto atliekamas paslaugas.
- Paslaugas finansuoti lanksčiai – dinamiškas, adaptyvus paslaugų apmokėjimas, pagal individualizuotą paslaugų spektrą, kurį atsiradus poreikiui galima būtų papildyti papildomomis paslaugomis ir už jas gauti atitinkamą apmokėjimą.

Paslaugų koordinavimas savivaldybių lygmeniu. Viena didžiausių problemų, kurias ekspertai įvardijo ir ekspertų diskusijos metu (2 tyrimas) ir interviu metu, tai savivaldybių prisidėjimas koordinuojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, teikiamas pacientams namuose. Vertinant ekspertų pasisakymus apie savivaldybių vaidmenį, koordinuojant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose vyresnio amžiaus, negalią turintiems asmenims, iš viso gauti 88 pasisakymai (iškeltos problemos – 30 pasisakymų, sprendimai – 58 pasisakymai).

Ekspertų iškeltos problemos, kylančios savivaldybių lygmenyje (30 pasisakymų), apibendrintos pateikiamos 27 lentelėje. Ekspertai pabrėžia, kad šiuo metu savivaldybėse susiduriama su kompetencijų trūkumu, koordinuojant priežiūros paslaugas. Teigiama, kad savivaldybėse žinomas teisinis reglamentavimas, tačiau trūksta įgūdžių, juos įgyvendinant praktiškai. „*Savivalda – decentralizacija, dezintegracija ypač Lietuvos savivalda*“. Atkreipiamas dėmesys, kad savivaldybėse trūksta žmogiškųjų išteklių. Ekspertai pabrėžia savivaldybių sociodemografinius bei teritorinius skirtumus, kurie daro reikšmingą įtaką paslaugų integracijai ir vystymui. Taip pat savivaldybių lygmenyje sudėtinga koordinuoti paslaugų teikimą, nes savivaldybės nėra visiškai atsakingos už sveikatos priežiūros paslaugas, kurias reglamentuoja SAM, finansuojamos VLK sutartiniu pagrindu PSDF lėšomis, sutartis sudaro ir paslaugas teikia pačios sveikatos priežiūros įstaigos, savivaldybės administracija šiame procese nedalyvauja, tad negali priimti sprendimų dėl sveikatos priežiūros paslaugų apimties ir turinio.

27 lentelė. Ekspertų pasisakymai apie savivaldybėms kylančius iššūkius koordinuojant priežiūros paslaugas

Iškeltos problemos	Iškeltos problemos pagrindimas
Kompetencijų trūkumas savivaldoje (10 pasisakymai)	Vl_m_c_pl. <...> na kokia ten jų kompetencija. Vl_i_k_v. Šiaip turiu pasakyti, kad su savivalda turime patirčių ne pačių geriausių kitose srityse. Sv_m_i. Savivaldybės gydytojas savivaldybės gydytojui nelygu, visokių tų patirčių buvo.
Žmogiškųjų išteklių trūkumas savivaldybėje (7 pasisakymai)	Vl_m_c_pl. <...> Kas ten savivaldybėje yra – vienas sveikatos skyrius ... <...>
Skirtinga paslaugų teikėjų atskaitomybė (savivaldybė, ligonių kasos, ministerija) (7 pasisakymai)	Vl_m_c_pl. <...> Su ligonių kasomis esame išpareigoję sutartiniais santykiais dėl paslaugų apmokėjimo, mes už juos atsiskaitome. O savivaldybė labiau reguliuoja, darykite taip ar darykite taip, bet jie prireguliuoti sveikatos srityje neprireguliuosi, nes viskas yra paremta teisės aktais, kuriuos leidžia SAM.
Savivaldybių sociodemografiniai skirtumai (6 pasisakymai)	Sc_m_v. Bet savivaldybės labai skirtingos. Čia Vilniuje Šeškinėje ir Žirmūnuose vyresnio amžiaus žmonėms yra centras, bet kokioje Varėnoje, kur gyventojų mažai ir teritorija didelė, tai neveiks. K_m_s_sc. visos savivaldybės statomos į vieną eilę – jos valstybiniu požiūriu yra vienodos – jos nėra vienodos, mes negalime kaimiškų savivaldybių problemų spręsti miestuose.

Šaltinis: parengta autorės.

Apibendrinti ekspertų pasiūlymai (58 pasisakymai), kaip reikėtų spręsti savivaldybių lygmenyje kylančias koordinavimo problemas, pateikiami 28 lentelėje. Ekspertai akcentuoja, kad savivaldybių dalyvavimas yra būtinas, koordinuojant integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje teikimą. Pabrėžiama, kad tik savivaldybės administracijoje geriausiai žinomi teritorijoje gyvenančių asmenų poreikiai šioms paslaugoms. „*Tas vienas angelis, turi būti būtent savivaldybėje, žmogus, kuris žino, ką gali socialinė dalis ir ką gali sveikatos priežiūros dalis*“. Informantai teigia, kad būtinas priežiūros paslaugų vieningas koordinavimas savivaldos lygmenyje, per atskiro, stipraus, centralizuoto instituto sukūrimą, kurio veiklą galėtų organizuoti savivaldybės atskiras padalinys, „vieno langelio“ principu. Integruotų priežiūros paslaugų koordinavimui savivaldos lygmenyje, būtina stiprinti savivaldybėse dirbančių specialistų vadybines kompetencijas („*reikia gero vadybininko*“), o į sprendimų priėmimą paslaugų organizavimo ir teikimo klausimais, būtina įtraukti ir savivaldybėje veikiančius paslaugų teikėjus.

28 lentelė. Ekspertų pasiūlymai priežiūros paslaugų koordinavimui stiprinti savivaldybėse

Sprendimas	Sprendimo pagrindimas	Nauda	Naudos pagrindimas
Paslaugų koordinavimo atsakomybės delegavimas savivaldai (22 pasisakymų)	Sc_m_v. Man atrodo savivaldos lygiu turėtų nusileisti. Sv_m_m. kontroliuojama ar valdoma savivaldybių principu <...> LS_šmk_a. aišku savivaldybė dalyvauja, jie organizuoja <...> VU_sl. Paslaugų teikėjai šitame lygmenyje, ambulatorines paslaugas teikiantys teikėjai yra savivaldybių lygmens, jie yra steigėjai šitų gydymo įstaigų. Sv_m_i <...> tas vienas langelis, turi būti būtent savivaldybėje, žmogus, kuris žino, ką gali socialinė dalis ir ką gali sveikatos priežiūros dalis.	Užtikrinamas bendradarbiavimas tarp paslaugų teikėjų	Sv_m_m. <...> Nes jei tai ir tas, bent jau savivaldybių lygmeniu, yra po vienu administratoriumi, tai tu nori ar nenori esi priverstas dirbti su tais žmonėmis, kontaktuoti ir organizuoti darbą kartu.
		Efektyvesnis paslaugų koordinavimas	Sv_m_m. <...> Ir be abejonės, jei tai organizuojama savivaldybių lygmeniu tai yra lengviau koordinuojama, nei nacionaliniu lygmeniu.
		Užtikrinamas reikiamų paslaugų prieinamumas savivaldybės teritorijoje	Sv_m_m. <...> jie gali tikėtis gauti tam tikrų paslaugas, dažniausiai tai yra iš savivaldybės, kuri organizuoja..
Atskiro paslaugų instituto / centralizuotos tarnybos sukūrimas (13 pasisakymai)	Sc_m_v. kad ir būtų sukurtas atskiras institutas Vli_k_v. <...> Aš už stiprią integruotą centralizuotą tarnybą.	Tolygus paslaugų vystymas skirtingose savivaldybėse	VU_sl, <...> Jei mes norime užtikrinti paslaugų tolygumą, tai mes negalime palikti, kad vienoje savivaldybėje tos paslaugos plėtojamos ir gyventojams prieinamos, ir visi tomis paslaugomis yra patenkinti, o kitoje – visiškai niekas nevyktų ir tai priimtume kaip normą, tokią evoliuciją. Sv_m_m. <...> tai leistų geriau organizuoti darbą.
Savivaldos kompetencijų stiprinimas (12 pasisakymai)	VU_sl. <...> Jie savivaldybės turėtų pakankamai supratimo ir informacijos, ir užtikrintinumo, kad integruotos sveikatos ir socialinės paslaugos yra gerokai pranašesnės, ekonomiškesnės, ir gyventojai jaučia didesnę patenkinimą paslaugomis.	Esamų paslaugų integracijos įrankių efektyvus panaudojimas	VU_sl. <...> manau kad savivaldos lygmenyje galima būtų padaryti tam tikrus žingsnius, nes visi įrankiai savivaldai yra duoti, kad galėtų integruoti tas paslaugas.
	K_m_s_sp. <...> tikrai tokių kokybiškų, įkvepiančių, pasidalinančių patirimi ir tokių „brainstorminių“ mokymų.	Informacijos sklaida, problemų sprendimo įgūdžiai	K_m_s_sp. <...> būtų galimybė apsiikeisti informacija, pamatyti kitokį požiūrį, kaip skirtingi žmonės žiūri į tą pačią problemą. Viešajame sektoriuje, mes turime didelę problemą šioje vietoje.
Suinteresuotųjų pusių įtraukimas į sprendimų priėmimą (11 pasisakymai)	LS_šmk_a. Aš manau, kad tai turi kilti iš praktikų iš apačios, <...> pagrindinis balsas turėtų būti iš tų žmonių kurie tiesiogiai dirba. K_m_pl. <...> savivaldybė šnekėtų su realią praktiką vykdančiais specialistais, kaip geriau viską padaryti, tai taip.	Bendrystė priimant sprendimus ir jų pagrįstumas	LS_šmk_a. Dalyvauti turėtų visi, bet turėtų būti labai atsizvelgta į praktinį lygį <...>

Šaltinis: parengta autorės.

Ekspertai atkreipia dėmesį, kad ir šiuo metu yra sukurti teisiniai mechanizmai, leidžiantys savivaldybėms integruoti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, teikiamas ambulatoriniame lygmenyje pacientams namuose, tačiau nesant atitinkamų įgūdžių, žinių, supratimo, šiais instrumentais yra ne visai pasinaudojama. Informantai įvardija naudas, ikūrus naują integruotų sveikatos priežiūros ir socialių paslaugų tarnybą ir perdavus paslaugų koordinavimą savivaldybėms: tolygus paslaugų vystymasis skirtingose savivaldybėse, paprastesnis paslaugos organizavimas, didesnis suinteresuotųjų pusių įsitraukimas į sprendimų priėmimą, sklandesnis bendradarbiavimo mechanizmas tarp paslaugos koordinatorių ir paslaugos teikėjų, geresnis savivaldybės teritorijoje gyvenančių asmenų poreikio atliepimas tam tikroms paslaugoms.

Apibendrinant ekspertų nuomonę dėl integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų koordinavimo ir tolygaus vystymo skirtingose savivaldybėse, siūloma:

- Šių paslaugų koordinavimo atsakomybę pilnai deleguoti savivaldai.
- Sukurti atskirą integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų institutą – centralizuotą tarnybą, kurios veiklą galėtų organizuoti savivaldybės atskiras padalinys, „vieno langelio“ principu;
- Stiprinti savivaldybių specialistų vadybines kompetencijas esamų ir naujų integracijos įrankių efektyviam panaudojimui bei problemų sprendimui.
- Įtraukti suinteresuotąsias puses į sprendimų, susijusių su paslaugų organizavimu ir teikimu, priėmimą savivaldos lygmenyje, taip užtikrinant sklandesnį bendradarbiavimą tarp paslaugos koordinatorių ir paslaugos teikėjų.

Integruotų paslaugų teikimas. Vertinant informantų pasisakymus apie integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų pacientams namuose teikimą, iš viso gauti 237 pasisakymai: 125 pasisakymai apie kylančius iššūkius ir 112 pasiūlymų galimoms problemoms spręsti. Diskutuojant apie šiuo metu teikiamas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas pacientams namuose, ekspertai pabrėžia, kad labai trūksta pačių paslaugų teikimo koordinavimo (29 lentelė).

Pagrindinėmis problemomis, kodėl kyla paslaugų teikimo koordinavimo iššūkiai, įvardijama aiškios lyderystės problema. Ekspertai nurodo, kad nėra aišku, kas yra atsakingas už konkretaus asmens priežiūrą jo namuose. Ekspertai teigia, kad nesant vieno aiškaus lyderio, lyderystės bando imtis ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų specialistai ir socialines paslaugas teikiančių įstaigų specialistai, tuo sukeldama abejonių, ar sveikatos būklės pokyčio vertinimo kontekste, lyderystė socialiniame sektoriuje yra tinkama. Pokalbių metu pabrėžiamas bendradarbiavimo ir santykio nebuvimas, komandinio darbo įgūdžių, kai pacientui reikalingos ir sveikatos priežiūros paslaugos,

ir socialinės paslaugos, trūkumas. Kaip jau atskleidė pirmasis disertacinio darbo empirinis tyrimas, taip ir ekspertai nurodo, kad pacientams iš esmės trūksta sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikiamų ambulatoriniame lygmenyje – paciento namuose.

29 lentelė. Ekspertų pasisakymai apie kylančius iššūkius priežiūros paslaugų teikėjams

Problemos detalizavimas	Iškeltos problemos pagrindimas
Santykio nebuvimas / bendradarbiavimo trūkumas (16 pasisakymai)	Mru_soc. Ir jie kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigas ir tas bendradarbiavimo klausimas tampa labai aštrus. Km_spc_r. Trūksta tos bendrystės, kad mes visi degtumėme bendru noru padėti tam žmogui
Informacijos apie paciento priežiūra ribotas prieinamumas (16 pasisakymų)	Vl_m_pl. Toks gaunasi, viskas palikta specialistui, kad jis pats sugaudytų tą informaciją. Kai kurie gauda, kai kurie negauda. Mru_soc. <...> bet nesisidalinama informacija apie kliento sveikatos būklę, apie tai ko reikia, apie tai kaip galėtų būti kooperuojamos pastangos. K_m_s_sc. E. sveikatą mes neįeinam, o sveikata neįeina į SPIS.
Komandinio darbo kompetencijų trūkumas (15 pasisakymai)	Mru_soc. Tas nebemokam kartu dirbti, tai toks tarsi iš praeities tradicijų, istorijų kažkas yra tokio paveldėta, kad tas santykis su kitos profesijos atstovais jis tampa nebelygiavertis <...> Ir vieni ir kiti skundžiasi, kad jog nesusikalba.
Neišgryninta lyderystė (14 pasisakymai)	Mru_soc. Lyderystės imasi ir pirminės sveikatos priežiūros institucija ir socialinių paslaugų institucija – tai kas lyderis tarsi išsigrūninimo trūksta. <...> visada kyla klausimas, kiek socialinių paslaugų centras gali suvaldyti sveikatos blogėjimo situacijas.
Neprieinamos sveikatos priežiūros paslaugos pacientams namuose (13 pasisakymai)	Km_spc_r. mano patirtis byloja, kad prisikviesti sveikatos paslaugas į asmens namus labai sudėtinga
Neprieinamos socialinės paslaugos pacientams namuose (12 pasisakymų)	K_m_pl. Problema pasidaro tada, kai sveikatos priežiūros paslaugos yra suteikiamos iš karto, kai jų reikia, o socialinių paslaugų reikia laukti.
Informacijos apie paslaugas trūkumas (12 pasisakymų)	Vd_soc_d. <...> nes patys medikai nežino, kur nusiųsti, ką ten tas socialinių paslaugų centras daro. K_m_pl. Nežino nei šeimos gydytojai, nei jų slaugytojai, nei specialistai šios informacijos ir todėl tas žmogus ir gi negauna informacijos, kas jam priklauso.
Nėra bendro paslaugos koordinatoriaus (11 pasisakymų)	LS_šmk_i. To bendro paslaugos koordinatoriaus trūksta.
Per daug atsakomybių šeimos gydytojui (10 pasisakymų)	Ls_šmk_a. Na mūsų šalyje yra taip, kad šeimos gydytojas yra už viską atsakingas, o visi kiti būna šalia. Nors šeimos gydytojo komanda nesusideda ne vien iš šeimos gydytojo. Vd_soc_d. <...> tada patys gydytojai ima spręsti socialines problemas
Neefektyvus turimų specialistų kompetencijų išnaudojimas (6 pasisakymai)	Vd_soc_d. <...> bet aš sakau, „palaukite jūs turite socialinį darbuotoją“, tai gydytojai sako, kad „taip turime, bet poliklinikos valdžia jį pasodina registratūroje, kur jis turi nešioti korteles <...> LS_šmk_i. O trūksta socialinio darbuotojo buvimo pas mus. <...> dabar teoriškai jie yra sveikatos priežiūros komandoje, bet apmokėjimo nėra, tai kada jie atsidsurs – neaišku.

Šaltinis: parengta autorės.

Pabrėžiant pačių paslaugų trūkumą, kuris sukelia paslaugų prieinamumo pacientui problemas, atkreipiamas dėmesys į bandymus tas paslaugas kompensuoti sektoriaus, kuriame šiuo metu pacientas gauna paslaugas, daugeliu atveju neturint tam tinkamos kompetencijos. Ekspertai pabrėžia, kad ypatingai veiktas planuoti ir vykdyti sveikatos priežiūros ir socialinio darbo specialistams trukdo bendros duomenų bazės – informacinės sistemos neturėjimas, kurioje būtų kaupiama informacija apie paciento sveikatos būklę, jos pokyčius, priežiūros paslaugų poreikį ir teikiamas paslaugas.

Šiuo metu visa asmens priežiūra ir pagalbos organizavimas, informacija apie paciento sveikatos būklę, priežiūros poreikį yra šeimos gydytojo atsakomybė, kuri, ekspertų nuomone, yra perteklinė, nes šeimos gydytojo komandą sudaro ne tik gydytojas, bet ir slaugytojas, kai kuriais atvejais ir socialinis darbuotojas, tačiau tuo pačiu nurodoma, kad šių specialistų vaidmuo ir kompetencijos šeimos gydytojo komandoje nėra iki galo atskleistos ir panaudojamos.

Kalbant apie sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integraciją ambulatoriniame lygmenyje, respondentai akcentuoja, kad būtent šių paslaugų teikėjai galėtų būti motyvuoti šias paslaugas integruoti, nes tiesioginiame darbe išvėlgia paslaugų integracijos naudą. 30 lentelėje pateikiamos apibendrintos ekspertų išvalgos, dėl sprendimų, kurių siūloma imtis, siekiant teikti integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ambulatoriniame lygmenyje (112 pasisakymų). Pirmiausiai akcentuojamas šių paslaugų teikimo perdavimas vienam sektoriui – pirminei asmens sveikatos priežiūros grandžiai, siekiant užtikrinti į sveikatos priežiūrą orientuotas ilgalaikes kompleksines ir savalaikes priežiūros paslaugas.

Ekspertai nurodo, kad paslaugų teikimo koordinavimas per socialinį sektorių neužtikrintų kompleksinio sveikatos sutrikimo problemos sprendimo, „*nes reikia turėti santykį su gydytoju, su kitų sveikatos priežiūros lygmenų specialistais*“. Paslaugų teikimo koordinavimo lyderystė turėtų būti deleguota slaugytojams, ypač išplėstinės praktikos slaugytojams. Pabrėžiama, kad slaugytojas turi visas reikiamas kompetencijas ir įgūdžius kompleksiškai vertinti ne tik sveikatos problemas, bet ir socialines problemas, sugeba savarankiškai organizuoti būtinas priežiūros paslaugas. Atkreipiamas dėmesys, kad priežiūros paslaugos pacientams turėtų būti teikiamos komandinio darbo principu, kur koordinuotai veikia skirtingų sričių specialistai, taip užtikrinant savalaikį reikiamų paslaugų teikimą, priežiūros informacijos sklaidą.

Informantai nurodo, kad siekiant efektyvaus komandinio darbo, „*požiūrio praplėtimas čia labai svarbus, – mano socialinės priežiūros komandos nariai, – tikrai negalime suleisti vaistų ar atlikti kitų intervencinių sveikatos priežiūros paslaugų, bet mes galime labai daug padėti iš tos socialinės pusės*“, todėl specialistai, dalyvaujantys teikiant

sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas pacientams namuose, turėtų būti nuolat ugdomi dirbti komandoje: komandinio darbo principai ir supažindinimas su specializacijomis turėtų prasidėti studijų metais ir būti tęsiamas pradėjus darbinę veiklą, įgūdžiai nuolat atnaujinami, rengiant bendrus atvejų aptarimus, dalinantis patirtimi. Informantai nurodo, kad būtinas bendradarbiavimo mechanizmas, bendros informacinės sistemos, siekiant dalintis paciento priežiūros informacija ir išvengti paslaugų dubliavimo. Tuo pačiu nurodoma, kad norint išvengti tokio paslaugų dubliavimo ir žmoniškųjų resursų efektyviam naudojimui komandą reikėtų papildyti tarpinės grandies specialistais („atvejo asistentai“, „ilgalaikės priežiūros specialistai“), turinčiais sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos žinių, kurios suteiktų galimybę nuvykus pas pacientą į namus vizito metu atlikti minimalias sveikatos priežiūros paslaugas, derinant jas su socialinėmis paslaugomis.

Apibendrinant ekspertų pasiūlymus siekiant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos ambulatorinių paslaugų teikimo lygmenyje, siūloma:

- Perduoti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo koordinavimą pirminei asmens sveikatos priežiūros grandžiai, siekiant užtikrinti kompleksines ir savalaikes priežiūros paslaugas.
- Turėti bendrą informacinę sistemą, kurioje būtų prieinama informacija apie pacientui teikiamas paslaugas, sveikatos būklės ir priežiūros poreikio pokyčius.
- Stiprinti specialistų, teikiančių integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas pacientams namuose, komandinio darbo kompetencijas.
- Slaugytojams deleguoti lyderystę, koordinuojant integruotų priežiūros paslaugų teikimo procesą, kadangi šie asmens sveikatos priežiūros specialistai turi visas reikiamas kompetencijas ir įgūdžius kompleksiskai vertinti ne tik sveikatos problemas, bet ir identifikuoti galimas socialines problemas, sugeba savarankiškai organizuoti būtinas priežiūros paslaugas.
- Detalizuoti bendradarbiavimo mechanizmus tarp paslaugų teikėjų – numatyti paslaugų teikimo algoritmus, padedančius paslaugos teikėjui laiku ir tinkamai reaguoti į besikeičiančią paciento sveikatos būklę bei priežiūros paslaugų poreikio pokyčius.
- Į paslaugų teikėjų komandą įtraukti naujų, tarpinių, kompetencijų specialistus, kurie turėtų sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos žinių bei galėtų paslaugos teikimo metu atlikti minimalias sveikatos priežiūros paslaugas, derinant jas su socialinėmis paslaugomis.
- Mažinti administracinę integruotų priežiūros paslaugų organizavimo našta, tenkančią šeimos gydytojui, deleguojant šias funkcijas kitiems šeimos gydytojo komandos nariams.

30 lentelė. Ekspertų pasiūlymai iššūkiams teikiant priežiūros paslaugas spręsti

Sprendimas	Sprendimo pagrindimas	Nauda	Naudos pagrindimas
Paslaugų teikimo perdavimas pirminei sveikatos priežiūros grandžiai (21 pasisakymas)	Ls_šmk_i. Jis turėtų būti būtina pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje, jis turėtų būti tik tai pas mus šalia <...> Kl_m_s_sv. Kažkaip norėtusi, kad stiprios didelės komandos būtų sveikatos priežiūros padaliniai.	Savalaikis priežiūros problemų sprendimas	LS_šmk_i. Tai tiesiogiai susiję su sveikatos priežiūra su lėtinėmis ligomis <...> turi vykti čia ir dabar, kol tu susieksi, sukommunikuosi – reikia lankščiai čia ir dabar.
Bendra informacinė sistema (19 pasisakymų)	Vl_m_pl. informacinė sistema turi bendra ir prieinama abiem pusėms, tik reikėtų pagalvoti, kokia informacija turėtų būti prieinama<...>	Prieinama informacija koordinuotoms paslaugoms	Vl_m_pl. Todėl, kad jau kaip specialistui man pačiai nereikėtų ieškoti informacijos, aš jau gaučiau tokią bendrą informaciją,
Komandinio darbo įgūdžių formavimas ir tobulinimas (18 pasisakymų)	Ls_šmk_a. bendri mokymai skirtingoms profesijoms apie tą patį yra pats efektyviausias būdas, <...> nuo pat studijų pradžios jie turi vykti bendrai	Komandinio darbo įgūdžiai	Ls_šmk_a. socialiniai darbuotojai su visais sveikatos priežiūros specialistais, o ne tik gydytojais, būtų apmokinami komandinio darbo, vieni kitų funkcijų, klininių situacijų sprendimų
Slaugytojo lyderystė (16 pasisakymų)	Ls_šmk_a. Iš dabartinės praktikos, labai pasiteisino, kad koordinatorius buvo slaugytojas – išplėstinės praktikos slaugytojas, tokia slaugytoja kuri yra motyvuota, kuri turi daug kompetencijos.	Kompleksinis sveikatos būklės valdymas	Ls_šmk_i. slaugytoja, kuri geba ir medikamentus išrašyti ir sugeba pasižiūrėti ar yra lėtinės ligos kontrolė bei identifikuoti ar yra socialinės problemos ir tada ji viską suvaldo
Aiškūs bendradarbiavimo mechanizmas (15 pasisakymų)	Mru_soc. <...> jei būtų sutvarkytas, labai aiškūs bendradarbiavimo, koordinavimo mechanizmas su sveikatos priežiūros specialistais klausimas, pablogėjęs žmonių sveikatai.	Paslaugų vystymosi skatinimas, paslaugų dubliavimo išvengimas	Mru_soc. <...> integrali pagalba galėtų vystytis Km_spec_r. Dubliavimosi vienareikšmiškai negali būti, slaugytojo padėjėjas neteiks lankomosios priežiūros paslaugų.
Naujų kompetencijų specialistų įtraukimas (15 pasisakymų)	K_m_s_sv. Vadybininkas/asistentas turėtų būti – žinoma būtų idealu, kad atėjęs į namus specialistas sugebėtų ir galėtų padaryti viską. Ls_šmk_i. <...> toks ilgalaikės priežiūros specialistas, o ne kažkur savivaldybės institucijoje būtų, tai tada taip, galėtų padėti.	Žmogiškųjų išteklių trūkumo sprendimas	K_m_s_sv. Tai padėtų išspręsti žmogiškųjų išteklių trūkumą mažose savivaldybėse.
Administracinės naštos mažinimas ir esamų išteklių panaudojimas (8 pasisakymai)	VD_soc_d. <...> iš pamatų perorganizuoti, nuimant nuo medikų visą tą administracinę našta, o ne būti nuolat panirus į dokumentus.<...> Socialiniai darbuotojai poliklinikoje galėtų būti labai vertingas išteklis.	Efektyvesnis ligos valdymas ir tarpininkavimas	VD_soc_d.<...> paliekant jiems galimybę daugiau diagnozuoti, gydyti, kalbėtis su žmogumi apie ligos valdymą, prevenciją, atkricio profilaktiką, paūmėjimo stebėjimą, išaiškinimą <...>

Šaltinis: parengta autorės.

Integruotų paslaugų kokybės vertinimas. Ekspertai pripažįsta, kad integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, teikiamų pacientams namuose, kokybę būtina vertinti (iš viso gauti 32 pasisakymai, 31 lentelė). Teigiama, kad sudėtinga pateikti paslaugos kokybės rodiklius šiai integruotai paslaugai, nes iš esmės nėra numatyta, kas yra kokybiška sveikatos priežiūros ar socialinė paslauga (6 pasisakymai) – „*Mes žinome, kas yra kokybiška prekė, bet tai kas yra kokybiška sveikatos ar socialinė paslauga, mes nežinome*“, taip pat atkreipiamas dėmesys, kad nėra ir gairių, apibrėžiančių kokybiškas šios srities paslaugas. Socialinės srities ekspertai diskusijos metu atkreipia dėmesį, kad naudojami europiniais standartais, nustatančiais socialinių paslaugų kokybės modelį, kuris paremtas individualiu pirminiu kiekvieno paslaugos gavėjo ir jo šeimos narių poreikiu per prarastų galimybių prizmę bei gyvenimo kokybės pokyčius, per priežiūros tikslų išsikėlimą.

31 lentelėje pateikiami apibendrinti ekspertų pasiūlymai dėl integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, teikiamų pacientams namuose, kokybės vertinimo rodiklių. Atkreipiamas dėmesys, kad paslaugų kokybės vertinimui ypatingai svarbus grįžtamasis ryšys paslaugų gavėjui, siekiant išlaikyti vertinimo objektyvumą, lūkesčių patenkinimą, paslaugų kompleksiskumą ir paslaugų teikėjų tobulėjimą. Informantai akcentuoja, kad turi būti vertinami objektyvūs rodikliai, tokie kaip išvengiamos hospitalizacijos rodiklis ar geri darbo rezultatai, paslaugų sudėties ir apimties vertinimas, nes šių rodiklių vertinimas skatina efektyviai panaudoti lėšas, skiriamas priežiūrai, bei užtikrina paslaugų prieinamumą tiems, kam tos paslaugos yra būtinos. Tuo pačiu būtinas subjektyvus vertinimas po kiekvienos konsultacijos. Subjektyviam vertinimui turi būti pritaikyti vertinimo instrumentai, taip užtikrinant, kad paslaugos teikėjas matytų realų teikiamų paslaugų poveikį bei pasitenkinimą jomis. Ekspertai nurodo, kad pilnam paslaugų kokybės įvertinimui yra būtinas ir pačių paslaugų teikėjų įsivertinimas, dalyvaujant išoriniams ekspertams, siekiant objektyviai, kompleksiskai įvertinti ir tinkamai koreguoti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą ambulatoriniame lygmenyje.

31 lentelė. Ekspertų pasiūlymai dėl integruotų priežiūros paslaugų kokybės vertinimo

Sprendimas	Sprendimo pagrindimas	Nauda	Naudos pagrindimas
Individualus paciento situacijos vertinimas ir grįžtamasis ryšys (10 pasisakymų)	K_m_s_sc. Bendro kriterijaus paslaugų kokybei vertinti nėra ir negalėtų būti, nes jie yra labai individualūs, kokios yra paslaugos ir priklausomai nuo to, kokie buvo pirminiai asmens ir jo artimųjų poreikiai ir ko jais siekiama	Pacientui teikiamų paslaugų kompleksiskumas, Paciento lūkesčių tenkinimas, tobulėjimas	K_m_pl. Ir galiausiai, kokie žmonių lūkesčiai tuo metu ir kiek jie yra patenkinti. K_m_s_sc. grįžtamasis pačioms paslaugoms jų kompleksiskumui, kuris būtų skirtas tobulėjimu
Gerų darbo rezultatų vertinimas (7 pasisakymai)	K_m_pl. Vertinimo sistema turėtų būti tokia, kad atspindėtų objektyvią, ne subjektyvią nuomonę Sv_m_m. Be GDR netoli pajudėsime K_m_s_sv. per hospitalizavimo rodiklius.	Racionalus lėšų panaudojimas	K_m_s_sv. Jei pacientas namuose gerai prižiūretas, tai reiškia, kad jis negulės ligoninėje, nebus dar didesnės išlaidos, jei iš tikrųjų į ligoninę patektų tik tie, kuriems reikėtų aukštesnio lygmens priežiūros, bet į ligoninę papuola ne visada tokie pacientai.
Subjektyvus paslaugų vertinimas (6 pasisakymai)	LS šmk_a. Vertinti paciento nuomonę po kiekvienos konsultacijos	Pacientų pasitenkinimo gaunamomis paslaugomis įvertinimas	LS šmk_a. dėl to vertina po kiekvienos konsultacijos, kad gautų objektyvesnius duomenis.
Paslaugos sudėties ir apimties vertinimas (5 pasisakymai)	K_m_s_sc. Verta įvertinti ir paslaugos sudėtį ir apimtį	Paslaugų efektyvumas	K_m_s_sc. kad po pakartotino kokybės įvertinimo, mes galėtumėme įvertinti ir identifikuoti ar tos paslaugos ar paslaugų teikėjas buvo efektyvu
Paslaugos teikėjų įsivertinimas (4 pasisakymai)	K_m_s_sc. Turėtų būti ir pačių paslaugų teikėjų savi įvertinimas. Kl_m_s_sv. <...> įstaiga turi turėti paslaugų teikimo rodiklius.	Vertinimo kompleksiskumas, skirtas paslaugų teikėjų tobulėjimui	K_m_s_sc. <...> kompleksiskumui, kuris būtų skirtas tobulėjimui

Šaltinis: parengta autorės.

Vertinant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ambulatoriniame lygmenyje, siūloma taikyti kompleksinius paslaugų vertinimo rodiklius, api-

mančius objektyvius ir subjektyvius paslaugų vertinimo rodiklius, adaptuojant jau taikomus socialinių paslaugų kokybės vertinimo modelius:

- Taikyti individualius paciento situacijos vertinimo modelius per tikslų išskėlimą ir jų įgyvendinimą, įtraukiant rodiklius apie paslaugas ir asmeninius tikslus, ko siekiama teikiant paslaugas, užtikrinant pacientui, jo artimiesiems grįžtamąjį ryšį apie rezultatus.
- Vertinti bendrus paslaugų teikimo objektyvius rodiklius, gerus darbo rezultatus, tokius kaip išvengiamos hospitalizacijos rodiklis ir panašius.
- Vertinti subjektyvius paciento ir jo šeimos rodiklius, apklausiant pacientus ir jų artimuosius apie teikiamų paslaugų kokybę, vertinant pasitenkinimą paslaugomis po kiekvienos paslaugos suteikimo.
- Vykdyti paslaugos teikėjų įsivertinimą įtraukiant išorinius ekspertus.

Integruotų paslaugų plėtros galimybės. Ekspertų pasiūlymai (15 pasisakymų) dėl integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų plėtros galimybių pateikiami 32 lentelėje. Ekspertų pasiūlymus galima būtų išskirti į 2 grupes: pasiūlymai, susiję su integruotų sveikatos ir socialinių paslaugų plėtra, bei pasiūlymai, susiję su inovatyvių integracinių sprendimų plėtra. Pasisakant apie pasiūlymus, susijusius su integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų plėtra, respondentai akcentuoja, kad reikalinga dienos paslaugų plėtra, tačiau pabrėžiama, kad tiek sveikatos priežiūros, tiek socialinių dienos paslaugų plėtrą būtina vystyti integruotai, papildant vieną kita, nes dienos centrai šiuo metu veikia socialinių paslaugų apimtyje, todėl būtina išnaudoti sukurtą dienos socialinių paslaugų tinklą, papildant sveikatos priežiūros, slaugos, kinetoterapijos paslaugomis.

Informantai atkreipia dėmesį, kad dienos centro paslaugomis naudojasi asmenys, kuriems dar nėra būtinos intensyvios asmens sveikatos priežiūros paslaugos, yra transportabilūs ir šiems asmenims daugiau reikalingos socialinės paslaugos bei minimalios asmens sveikatos priežiūros paslaugos. Taip pat ekspertai mano, kad šios paslaugos turėtų būti anksčiau prieinamos ir taikomos kaip prevencinė priemonė intensyvioms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms. Informantai nurodo, kad šalia ambulatorinių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, pacientams namuose bei dienos centruose teikiamų integruotų priežiūros paslaugų, būtina vystyti ir integruotas stacionarines paslaugas, susijusias su asmens sveikatos priežiūra ir socialine globa. Atkreipiamas dėmesys, kad jau šiuo metu yra ilgalaikės socialinės globos paslaugas tei-

kiančių įstaigų, kurios iš dalies orientuotos į slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių teikiamas paslaugas. Informantai nurodo, kad reikėtų vystyti paliatyviosios pagalbos paslaugas, kurias ekspertai įvardija, kaip „hospiso“ paslaugas. Ekspertai teigia, kad stacionarinės sveikatos priežiūros ir ilgalaikės socialinės globos paslaugos taip pat turėtų būti sujungtos į „unifikuotą sistemą“, „socialinės globos namai turėtų atsirasti tarpe tarp namų arba dienos centro, tai tarp dienos cento ir namų, tarp slaugos ligoninės ir hospiso“. Ekspertai nurodo (32 lentelė), kad vystant integruotos sveikatos priežiūros ir socialines asmens sveikatos priežiūros paslaugas namuose, būtina į priežiūros procesą įtraukti ir kitas įstaigas, kurios betarpiškai susiduria su pacientais namuose ir jiems teikiamas paslaugas, tokias kaip greitosios pagalbos paslaugas, psichikos sveikatos paslaugas. Taip pat reikėtų plėtoti profilaktines paslaugas, nukreiptas į lėtinių ligų komplikacijų prevenciją – „plėtoti pirminės gerontologijos intervencines paslaugas – tokias paslaugas, kai problemos dar nėra, tai apima švietimą, sveikos gyvensenos ugdymą, sveikos mitybos skatinamas, saugios aplinkos užtikrinimą, to žmogaus palaikymas“.

Ekspertai siūlo informacinių technologijų sprendimus, kurie leistų greitosios pagalbos tarnyboms einamuoju laiku, esant paciento namuose, perduoti informaciją apie pacientus namuose, kylančius socialinius iššūkius ir būtinas ilgalaikės sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos namuose – nurodoma, kad tokia „vieno langelio“ informacijos perdavimo sistema padėtų nedelsiant sureaguoti į konkretaus asmens situaciją ir laiku suteikti jam būtinas paslaugas namuose. Informantai nurodo, kad sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimui ypatingai svarbu turėti bendrą abiem pusėms suprantamą paslaugų poreikio ir socialinių problemų nustatymo sistemą, kuri padėtų identifikuoti ir suprasti paciento paslaugų poreikio sudėtingumo lygmenis, padėtų „susišnekėti“, „kur, kokios problemos, kokio lygio, kokio masto, pagal tuos kodus“, tai padėtų laiku nustatyti asmens poreikius tam tikroms paslaugoms, tinkamai ir laiku pasidalinti priežiūros informacija bei kokybiškai suorganizuoti pacientui namuose būtinas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas. Informantai interviu metu, atkreipė dėmesį, kad į integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą būtina įtraukti novatoriškus sprendimus, skirtus sveikatos priežiūros rodikliams stebėti, tokius kaip nuotolinius arterinio kraujospūdžio vertinimus ir stebėjimus.

32 lentelė. Ekspertų pasiūlymai integruotų priežiūros paslaugų plėtrai

	Siūlymai	Pagrindžiantys teiginiai
Integruotų paslaugų plėtra (10 pasisakymų)	Dienos centruose teikiamų paslaugų plėtra	K_m_s_sc. dienos globa demencija – ir pavėžėjimas, yra kineziterapeutas, ir slaugytoja – jie čia neis – eis ten, nes čia pas mus mokamai. Tai geriau sujungtų su dienos globa. Vli_k_a. <...> senus žmones, kurių negalima palikti namuose, jiems reikia kažkur būti, bet tai yra daugiau socialinis dalykas. <...> MRU_soc. Dabar ta dienos centrų politika akcentuojama, kad tos socialinės paslaugos nebūtų akcentuojamos tik tada, kai tu esi tik neįgalumo būsenoje, apriboto judėjimo ir tik tada. <...>
	Stacionariųjų paslaugų plėtra ir integracija	Sv_m_m. <...> kalbant apie stacionarinę priežiūrą, kas apima slaugą, globą ir priežiūrą, tai turėtų būti viena unifikuota sistema <...> Sv_m_i. slauga be globos yra neįmanomas dalykas, tiek ambulatorinėje dalyje tiek stacionarinėje dalyje, mes slaugos ligoninėje leidžiame teikti globos paslaugas. <...> Sc_m_v. <...> socialinės globos namai turėtų atsirasti tarpe tarp namų arba dienos centro, tai tarp dienos cento ir namų, tarp slaugos ligoninės ir hospiso, nes tikriausiai gyvenimo pabaigoje žmogus turėtų atsirasti ligoninėje,.
	Gerontologinių paslaugų plėtra	Vd_soc_d. <...> plėtoti pirmines gerontologijos intervencines paslaugas – tokias paslaugas, kai problemos dar nėra, tai apima švietimą, sveikos gyvensenos ugdymą, sveikos mitybos skatinimas, saugios aplinkos užtikrinimą, to žmogaus palaikymas <...>
	Psichikos sveikatos paslaugų integracija	Sv_m_m. <...> neturėtų būti pamiršta, kad turėtų būti integruoti ne tik vyresnio amžiaus žmonės, bet ir neįgalieji bei žmonės, sergantys Alzheimeriu ir demencija. Nes psichinė sveikata yra labai dažnai pamirštama.
	Priežiūros paslaugas papildančios paslaugos pacientams namuose	Vl_m_pl. <...> reikia pacientą namuose prižiūrėti, tokios auklės – jam nereikia medicininių paslaugų, tik puodą pašildyti ar dar kažką – ir tokių paslaugų nėra.
	Mobilūs sveikatos punktai	K_m_spc_r. <...> tie kurie gyvena mini miesteliuose, seniūnijose gyvena – būtų mobilūs sveikatos punktai, kaip pas mus kioskai, kur vieną kartą per savaitę atvažiuotų tuos kraujus paimtų ar kažkas panašus
Inovatyvių sprendimų plėtra (5 pasisakymai)	Kitų institucijų prijungimas informacijos sklaidai	K_m_spc_r. <...> GMP vadovu, kad jei yra problema socialine – jie duoda vieno langelio principu informaciją apie socialinę problemą, dabar informacinės tokios, kad iš karto galima būtų gauti informaciją.
	Bendras paslaugų kodavimas	LS_šmk_i. nėra bendro kodavimo, kad žinoti, kokios socialinės problemos, turi būti kažkoks grupavimas. <...> turint kodavimą padėtų identifikuoti tuos sudėtingumo lygius. Ir tada ta integravimo kalba labiau susišnekėtų <...>
	Paslaugų robotizacija	K_m_spc_r. <...> sveikatos priežiūros paslaugų robotizaciją, pavyzdžiui spaudimo matavimas, vaitų vartojimas, apie IT paslaugų prieinamumą šioje srityje <...>

Šaltinis: parengta autorės.

Apibendrinus ekspertų nuomonę, nustatyta, kad integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų plėtrai siūloma:

- Integruoti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, teikiant dienos priežiūros paslaugas, pasinaudojant jau esančiu socialinių paslaugų dienų centrų tinklu. Dienos stacionaro paslaugoms asmenis nukreipti kiek įmanoma anksčiau, siekiant užtikrinti priežiūros tęstinumą bei išvengti staigaus sveikatos būklės pablogėjimo.
- Vystyti pirmines gerontologijos paslaugas, kurios būtų pradamos teikti, kai dar nėra skubaus integruotos priežiūros poreikio, tokiu būdu padedant suvaldyti ar atitolinti asmens sveikatos problemas.
- Vykdyti stacionarinių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integraciją, dalį sveikatos priežiūros paslaugų perduoti ilgalaikės socialinės globos paslaugas teikiančioms įstaigoms, plėsti paliatyvosios pagalbos paslaugų prieinamumą ir spektrą.
- Plėtoti psichikos sveikatos paslaugų teikimą pacientams namuose, siekiant užtikrinti su senėjančia visuomene susijusių ligų (Alzheimeris ir demencija) efektyvų valdymą.
- Teikti integruotą sveikatos priežiūrą ir socialinę paslaugas namuose papildančias savirūpos ir buities paslaugas, siekiant užtikrinti paciento savarankiškumą gyvenamojoje aplinkoje.
- Kurti mobilius sveikatos punktus mažuose miesteliuose, siekiant priartinti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas pacientams, kurie gyvena nuo centrų nutolusiuose rajonuose.
- Vystyti bendras informacines sistemas, naudoti bendrus, adaptuotus paslaugų klasifikavimo ir kodavimo algoritmus, įtraukiant ne tik priežiūros paslaugų teikėjus, bet ir kitas sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias institucijas (pvz., greitosios medicinos pagalbos stotis), siekiant laiku perduoti, gauti, dalintis informacija apie asmenis, kuriems reikalingos integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos ambulatoriniame lygmenyje.
- Vystyti inovatyvių priežiūros išradimų (tokių kaip nuotolinis arterinio spaudimo matavimo aparatas, apyrankės griuvimo rizikai valdyti, gliukozės kraujyje stebėjimui ir pan.) naudojimą, teikiant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas pacientams namuose.

Visuomenės informavimas ir įtraukimas į paslaugų teikimą. Vertinant informantų pasisakymus apie visuomenės informavimą ir įtraukimą į integruotų sveikatos

priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą, iš viso gauti 75 pasisakymai (iškeltos problemos – 44 pasisakymai, sprendimai – 31 pasisakymas). Diskutuojant su ekspertais apie asmenų įtraukimą į integruotų priežiūros paslaugų teikimą ambulatoriniame lygmenyje, ekspertai labiausiai atkreipė dėmesį į tai, kad gyventojams labai trūksta informacijos apie šiuo metu teikiamas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas (33 lentelė, 44 pasisakymai). Ekspertai teigia, kad nors paslaugų yra, jų platus spektras, asmenis, kuriems reikalingos paslaugos, sunku surasti informacijos apie šias paslaugas. Informacijos ieško visais įmanomais būdais ir kartais nustemba, kad tokios paslaugos iš viso egzistuoja. Teigiama, kad informacijos trūkumas viešojoje erdvėje gali būti susijęs su mažais ištekliais šias paslaugas suteikti visiems, kuriems jų reikia, t. y., paslaugų paklause yra didesnė nei pasiūla („Gal čia galėtų būti žinojimo ribotumas, kai kuriais atvejais yra ir patogus tiesiog. Mažai kas kreipiasi, niekas netrukdo ir lėšų nereikia skirti. <...> Aš manau, kad čia viskas susisiję, kadangi jie neturi pajėgumo, tai ne labai ir viešina.“).

33 lentelė. Ekspertų pasisakymai apie visuomenės informavimo problemas

Iškeltos problemos apibendrinimas	Problemos pagrindimas
Informacijos apie paslaugas trūkumas (32 pasisakymai)	VU_sl. Žinojimo tikrai trūksta, galiu patvirtinti, nes daug žmonių besikreipiančių net ir į sveikatos sistemą, net ir į ligonių kasą, ieškodami socialinių paslaugų <...> LS_šmk_a. <...> žmonėms labai sunku pasiekti tą informaciją, ją surasti, ji turėtų būti lengviau prieinama. K_m_spc_r. <...> tikrai viešojoje erdvėje nėra tokio diskurso, kad Tau galėtų būti teikiamos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos namuose.
<i>Iš jų 6 pasisakymai: Informacijos trūkumas – priežiūros našta artimiesiems</i>	LS_šmk_a. <...> demencija sergančių žmonių artimieji – nežinojo nuo ko pradėti, kur ir į ką kreiptis, šios informacijos jiems labai truko. MRU_soc. <...> namiškiams uždėta ta sunkių žmonių slaugymas, kaip aš galiu eiti į darbą, lygiai taip pat kaip su neįgaliu vaiku. <...>
Paslaugos gavėjų psichologinis diskomfortas / paslaugos stigmatizavimas (12 pasisakymų)	MRU_soc. <...> pripažinti, jog man reikia pagalbos yra didelio diskomforto klausimas, aš jau turiu pirmiausiai sau pripažinti, kad reikia pagalbos. Ir jei žmonės gali nesikreipti socialinių paslaugų, tai gali, tempia iki kraštutinio, kol tampa akivaizdu, kad man reikia tos pagalbos. Ls_šmk_i. <...> jei pas mane ateina socialinis darbuotojas, tai aš jau negeras, <...>

Šaltinis: parengta autorės.

34 lentelė. Ekspertų pasiūlymai priežiūros paslaugų viešinimui ir populiarinimui

Sprendimas	Sprendimo pagrindimas	Nauda	Naudos pagrindimas
Skirtingi informacijos sklaidos šaltiniai (8 pasisakymai)	K_m_s_sv. Skirtingoje bendruomenėje skirtingi informacijos kanalai gali pasiekti savo tikslą. <...> Kitur per Panoramą, Unikausko laidą „Klauskite daktaro“. <...> nes telefone tą naujienlaiškį ne kiekvienas vyresnis perskaitys.	Informacijos prieinamumas skirtingoms grupėms	Sc_m_v. <...> bet popierinis yra labai svarbu, nes vyresni žmonės ir neįgalieji būtų informacijos atskirtyje
Komunikacija iš paslaugos teikėjų (7 pasisakymai)	Vl_m_pl. Jei žiūrint iš paciento perspektyvos, tai jis visą informaciją turi išgirsti iš specialisto jau pirmo vizito metu, ar tai būtų atėjęs specialistas iš sveikatos priežiūros srities, ar iš socialinės srities <...> K_m_s_sc. visų pirma patys specialistai, kurie yra arčiausiai žmonių turėtų valdyti daugiau informacijos <...> dalintis vienas kito informaciją.	Patikima ir savalaikė informacija	K_m_s_sc. Vis tiek dažniausiai informacija, informacija iš lupų į lupas, <...> mūsų visuomenėje yra laikoma patikimiausia, tiksliausia, žinomiausia.
Komunikacija iš savivaldybių ir ministerijų (6 pasisakymai)	VU_sl. Komunikavimas turėtų ateiti iš pačios savivaldybės jos gyventojams, kokių paslaugų žmonės gali tikėtis besikreipdami į savivaldybę. Jie turėtų tą žinią nešti. Vl_m_pl. Na aš manau, kad Lietuvos mastu pačios savivaldybės galėtų daugiau reklamuoti ir viešinti savo gyventojams apie organizuojamas ir teikiamas paslaugas <...> Ir ministerijos ir savivaldybės, turi viešinti, kad tokios paslaugos yra teikiamos.	Paslaugų poreikio išsiaiškinimas	Vl_m_pl. Kai viešinsi, kai pradės kreiptis <...>
Priežiūros paslaugų naudos viešinimas (6 pasisakymai)	Ls_šmk_i. <...> kad yra tokios paslaugos, rodyti geruosius pavyzdžius.	Pagalbos naudos parodymas	MRU_soc. čia socialiniai darbuotojai turi ką nuveikti, dėl įrodymo, kad profesionali pagalba, kad žmonės tą pagalbą pamatytų realiai.
Individualizuoti artimųjų mokymai ir psichologinė parama (4 pasisakymai)	LS_šmk_a. individualizuotai mokymai vykdavo prie ligonio lovos, kai pacientą reikia prižiūrėti, buvo priimtinas variantas, <...> LS_šmk_i. Kas patrauklu galėtų būti, tai parama tiems, kurie rūpinasi tais sunkiais pacientais, kad galėtų būti poilsio dienos, kad galėtų atsikvėpti, ar psichologinė parama tokie dalykai gal padėtų.	Pasitikėjimas paslaugomis	LS_šmk_i. paskatintų pasitikėti tomis paslaugomis ir jų norėti.

Šaltinis: parengta autorės.

Respondentai atkreipia dėmesį, kad informacijos trūkumas sąlygoja paslaugų žinomumo ir tuo pačiu prieinamumo klausimus, paliekant artimuosius su visa pacien- to priežiūros našta. Ekspertai taip pat pastebi, kad asmenims kreiptis priežiūros paslau- gų trukdo socialinių paslaugų stigmatizavimas, kai besikreipiant ar gaunant paslaugas jaučiamas psichologinis diskomfortas dėl asmeninio ir visuomenės požiūrio į šias pas- laugas.

Vertinant respondentų pasiūlymus dėl sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų žinomumo gerinimo visuomenėje gautas 31 pasisakymas (34 lentelė). Dažniausiai eks- pertai akcentuoja, kad siekiant pasiekti visas visuomenės grupes, turi būti naudojami skirtingi informacijos sklaidos šaltiniai, ypatingai akcentuojama, kad ši informacija pa- siektų būtent vyresnio amžiaus, negalią turinčius asmenis, todėl informacija turi būti jiems prieinama ir suprantama.

Akcentuojama, kad jiems pasiekti neužtenka šiuolaikinių technologijų, būtina spausdintinė informacija, žodinė informacija per jų amžiaus grupei populiarias visuo- meninio transliuotojo laidas. Svarbiu informacijos teikėju laikomi asmens sveikatos priežiūros specialistai, šeimos gydytojo institucija, taip pat minimi ir socialinių pas- laugų teikėjai. Pabrėžiama, kad tiek sveikatos priežiūros, tiek socialinių paslaugų tei- kėjai, specialistai, turi žinoti apie kitų įstaigų teikiamas paslaugas ir apie jas informuoti pacientą bei nukreipti paslaugoms. Informantai atkreipia dėmesį, kad apie sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas turėtų daugiau kalbėti ministerijos bei paslaugas or- ganizuojančios savivaldybės, nes jos geriausiai žino, kokios paslaugos galėtų būti sutei- kiamos jų teritorijoje gyvenantiems asmenims. Ekspertai nurodo, kad siekiant mažinti priežiūros paslaugų, ypač socialinių paslaugų, stigmatizavimą, būtina viešinti priežiū- ros paslaugų naudą bei teikti individualizuotą informaciją, mokymus artimiesiems, su- teikiant papildomų atokvėpio paslaugų, kad teikiama priežiūros paslaugų nauda būtų akivaizdi ir artimieji pradėtų pasitikėti teikiamomis paslaugomis.

Visuomenės įtraukimas į integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių pas- laugų teikimą. Ekspertai atkreipia dėmesį, kad visuomenės įtraukimas į priežiūros paslaugų teikimą šiuo metu kelia iššūkių (29 pasisakymai, 35 lentelė).

35 lentelė. Ekspertų pasisakymai apie visuomenės į(si)traukimo problemas

Iškeltos problemos apibendrinimas	Problemos pagrindimas
Neigiamas visuomenės požiūris ir susvetimėjimas (23 pasisakymai)	LS_šmk_a. Visuomenės požiūris labiau neigiamas, bet tai pasikeičia, kai jie susiduria su konkrečia situacija. <...> MRU_soc. <...> matydama, kaip mano giminaite pasikvietė lankomosios priežiūros darbuotoją prižiūrėti demencija sergančiai mamai – kaimynai sakė, ką negalėjo pati savo mamos prižiūrėti. K_m_s_sc. Vėl gi, mes turime šiai dienai labai susvetimėjusių visuomenę ir jie apie dalį paslaugų nežino tol, kol nepaliečia asmeniškai, kol šių paslaugų neprireikia. Sv_m_m. Visuomenė net nežino apie tokių paslaugų poreikį
Vyresnio amžiaus asmenų diskriminavimas (6 pasisakymai)	VD_soc_d. Jei kalbant apie vyresnio amžiaus žmones, kurie šiuo metu pasijautė kaip grėsme, reikia kalbėti apie amžizmą <...> pas mus vyresnio amžiaus žmonių tarsi nėra mūsų visuomenėje, nei žinių vedėjų, nei daug visuomenės veikėjų, kuriuos labai gerbtų. LS_šmk_i Dabar panašu, kad mes bėgame nuo to, o kaip tik turėtumėme atsigręžti, mylėti vyresnio amžiaus žmones, rūpintis – reikia šviesti apie tai, nes mes tikrai labai tolstam.

Šaltinis: parengta autorės.

Informantai nurodo, kad visuomenė yra susvetimėjusi, žmonės domisi tik savimi ir jiems labai artima aplinka ir, jei jų problema asmeniškai nepaliečia, nėra linkę domėtis problemos sprendimo būdais. Tuo pačiu jaučiamas neigiamas visuomenės priežiūros paslaugų vertinimas, dažnai aplinkiniai linkę nurodyti, kad asmeniu, kuriam reikalingos priežiūros paslaugos, turi rūpintis artimieji („matydami, kaip mano giminaite pasikvietė lankomosios priežiūros darbuotoją prižiūrėti demencija sergančią mamą, kaimynai sakė „ką negalėjo pati savo mamos prižiūrėti“). Informantai atkreipia dėmesį, kad visuomenėje jaučiamas vyresnio amžiaus asmenų diskriminavimas ir net stigmatizavimas („pas mus vyresnio amžiaus žmonių tarsi nėra mūsų visuomenėje, nei žinių vedėjų, nei daug visuomenės veikėjų, kuriuos labai gerbtų“). Teigiama, kad nuo vyresnių asmenų visuomenė tarsi nusigręžia.

Pasiūlymai, kuriais būtų galima skatinti visuomenės įsitraukimą į integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje teikimą (23 pasisakymai), apibendrinami 36 lentelėje.

36 lentelė. Ekspertų pasiūlymai, skatinantys visuomenės į(si)traukimą į priežiūros paslaugų teikimą

Sprendimas	Sprendimo pagrindimas	Nauda	Naudos pagrindimas
Švietimas ir savanorystės skatinimas (15 pasisakymų)	Sv_m_m. Mes turėtumėme kalbėti apie informavimą ir švietimą. Vl_m_pl. Ir čia galėtų taip pat būti, kai vaikai eina į senelių namus padėti. <...> Gal tada atsirastų ir savanorių kažkoks judėjimas VD_soc_d. Tai priklauso nuo ugdymo, nuo sveikatos įgūdžio, raštingumo – didinti informavimą.	Vi-suomenės sąmoningumas	Vl_m_pl. Jei tu matysi nuo pradžių ir dalyvausi, gal atsirastų ir supratimas toje srityje. VD_soc_d. <...> didinti žinomumą, sąmoningumą, kad jei turi lėtinę ligą, tai turi dirbti su ta liga, apie ligos valdymą.
Asmeninės atsakomybės didinimas (4 pasisakymai)	Vd_soc_d. <...> motyvuoti ir rodyti kiekvieno mūsų asmeninę atsakomybę, kad prasideda nuo manęs, bet tam reikia turėti informacijos.	Vi-suomenės įsi-traukimas	Sv_m_m. ligonių priežiūra yra tam tikras kooperavimusi lygis
Vyresnio amžiaus asmenų įvaizdžio visuomenėje keičimas (4 pasisakymai)	VD_soc_d. Švietimas, įvairesnis vyresnio amžiaus žmonių vaizdo demonstravimas.	Palaikančios visuomeninės sistemos	Vd_soc_d. reikėtų visuomenę daryti draugišką visiems, kurti labiau aplinkas draugiškesnes, labiau palaikančias sistemas,

Šaltinis: parengta autorės.

Ekspertai siūlo atkreipti dėmesį į visuomenės švietimą. Respondentai nurodo, kad švietimą apie sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, akcentuojant jų reikšmę, būtina pradėti pradinio ugdymo metu – pradinėse klasėse, rodant tokios pagalbos naudą, vaikams tiesiogiai dalyvaujant paslaugų teikime. Teigiama, kad iniciatyvos tiek ugdymo proceso metu, tiek visuomenėje galėtų skatinti savanoriškos veiklos – savanorystės spartesnę vystymą. Tuo pačiu pabrėžiama, kad Lietuvoje nėra pakankamai gerai išvystyti savanoriškos veiklos skatinimo mechanizmai („mes neturime pakankamai gerai reglamentuotos savanorystės principų sveikatos priežiūroje, kurie turėtų gerų motyvacinių priemonių. Yra gerų pavyzdžių, kai savanoriauji tam tikrą valandų skaičių, tave atleidžia nuo mokesčių, nuo to laimi visuomenė, labiau ji jautresnė, labiau empatiška, nuo to laimi ir visuomenė, ir valstybė“). Kalbėdami apie visuomenės ugdymo svarbą,

ekspertai pabrėžia sveikatos įgūdžių ir raštingumo gerinimą, žinių apie lėtines ligas ir jų valdymą gilinimo bei asmeninės atsakomybės didinimo svarbą. Nurodoma, kad šiai veiklai galėtų būti labiau pasitelkiami visuomenės sveikatos specialistai, dirbantys tiek švietimo įstaigose, tiek bendruomenėje („*čia visuomenės sveikatos specialistai turėtų daugiau daryti*“). Siekiant spręsti vyresnio amžiaus asmenų diskriminacijos klausimą, ekspertai siūlo keisti vyresnių asmenų įvaizdį visuomenėje („*nerodyti vyresnio amžiaus asmenų kaip rizikos grupės, bet rodyti kaip išteklių, nes tai yra nepaprastai didelis išteklius*“). Teigiama, kad taip bus sustiprintos visiems draugiškos ir palaikančios visuomeninės sistemos.

Apibendrinant pasiūlymus, skatinančius visuomenės įsitraukimą į sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų pacientams namuose teikimą, reikėtų:

- Skatinti švietimo ir savanorystės idėjas – pradiniam ugdyme įtraukti švietimą apie integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, jų būtinumą, rodant tokios pagalbos naudą tiesiogiai vaikams dalyvaujant paslaugų teikimo procese.
- Didinti asmeninę atsakomybę bei sveikatos raštingumą, siekiant išugdyti tam tikrą supratimo lygį apie ligas, sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, ir jų naudą.
- Formuoti vyresnio amžiaus asmenų teigiamą įvaizdį visuomenėje, siekiant sustiprinti visiems draugiškas ir palaikančias visuomenines sistemas.

Kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu (3 tyrimo) apibendrinimas. Trečiojo empirinio tyrimo apibendrinti duomenys pateikiami 12 priede. Išskiriami neigiami veiksniai sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijai ilgalaikiai priežiūrai ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje:

- Bendros atsakomybės, bendro požiūrio valstybiniu lygmeniu trūkumas.
- Skirtingas paslaugų finansavimas ir reguliavimas, t. y., bendro paslaugų finansavimo mechanizmo nebuvimas.
- Savivaldybių nepilnavertis įgalinimas paslaugų koordinavimui, žmoniškųjų išteklių trūkumas savivaldybėse, kompetencijų ir vadybinių įgūdžių trūkumas, savivaldybių sociodemografiniai bei teritoriniai skirtumai.
- Bendradarbiavimo, santykio nebuvimas tarp paslaugų teikėjų, komandinio darbo kompetencijų trūkumas, neišgryninta lyderystė teikiant paslaugas, paslaugų koordinavimo trūkumas ir neprieinama informacija apie suteiktas priežiūros paslaugas konkrečiam asmeniui, sudėtingi paslaugų organizavimo mechanizmai, žmoniškųjų

išteklų trūkumas.

- Informacijos apie sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas trūkumas bendruomenėje ir socialinių paslaugų stigmatizavimas.
- Žemas visuomenės įtraukimas, susvetimėjimas bei neigiamas vyresnio amžiaus asmenų bei priežiūros paslaugų vertinimas.
- Išskiriami pasiūlymai sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijai ilgalaikiai priežiūrai ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje:
 - Valstybiniu lygmeniu: bendras koordinavimas ir kontroliavimas, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje centralizavimas, bendra teisinė bazė, reglamentavimas – naujos paslaugos, kaip ilgalaikės priežiūros instituto, įdiegimas valstybiniu lygmeniu, politinis susitarimas, įteisinantis ilgalaikius sprendimus.
 - Vieningas finansavimo mechanizmas: įsteigti atskirą paslaugų finansavimo fondą, paslaugas finansuoti pagal konkretaus asmens poreikius, paslaugas finansuoti pagal konkretaus specialisto atliekamas paslaugas, paslaugas finansuoti lanksčiai – dinamiškai, adaptyvus paslaugų apmokėjimas.
 - Savivaldybėse siūloma paslaugų koordinavimo atsakomybės delegavimas: sukurta atskira tarnyba, kurios veikla organizuojama „vieno langelio“ principu; stiprinti vadybines kompetencijas; į sprendimų priėmimą įtraukti suinteresuotąsias puses.
 - Paslaugų teikimas „vieno langelio principu“, vieningas paslaugų teikimas, lyderystė deleguojama sveikatos priežiūros specialistams, slaugytojams.
 - Didinti informacijos prieinamumą, viešinti naudą ir pridėtinę vertę, rodant geruosius pavyzdžius; teikti individualizuotus paciento artimųjų mokymus ir psichologinę pagalbą, siekiant mažinti paslaugų stigmatizavimą ir našta, tenkančią artimiesiems.
 - Skatinti švietimo ir savanorystės idėjas, didinti asmeninę atsakomybę bei sveikatos raštingumą, vyresnio amžiaus asmenų teigiamo įvaizdžio visuomenėje formavimas, siekiant sustiprinti visiems draugišką ir palaikančias visuomenines sistemas.

3.4. Empirinių tyrimų rezultatų trianguliacija ir aptarimas

Disertacinio darbo empirinių tyrimų rezultatų trianguliacija leido sujungti kelias perspektyvas (pacientų anketinės apklausos duomenis, ekspertų grupinės diskusijos su įtrauktoju kiekybiniu tyrimu ir kryptingojo (iš dalies struktūruoto) indivi-

dualiojo ekspertų interviu duomenis) ir gauti apibendrintus duomenis koncepciniam integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modeliui, ilgalaikėi priežiūrai ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje.

Remiantis 5 priede pateiktu trianguliacijos protokolu, sujungtos temos iš trijų empirinių tyrimų duomenų rinkinių: pacientų ir jų artimųjų apklausos (1TR), ekspertų grupinės diskusijos (2TR) ir kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu (3TR).

Pagrindinės temos, sukurtos naudojant konvergencinį arba disonansinį kodavimą (5 priedas), sudaro konvergencijos kodavimo schemas eilutes, naudojamas apibendrinti trijų duomenų rinkinių panašumus ir skirtumus (37 lentelė), kurioje pritarimas (P), reiškia, kad išvada buvo nustatyta atliekant tam tikrą tyrimą; disonansas (D) – išvadai nepritarta arba nustatyta prieštaravimų; tyla (T) – nėra duomenų išvadai pagrįsti; dalinis pritarimas (DP) – išvada buvo iš dalies patvirtinta atliekant tam tikrą tyrimą. Išvados patvirtinimui 3 DP, reiškia, kad išvada buvo patvirtinta trimis empiriniais tyrimais, 2 DP reiškia, kad išvada buvo patvirtinta dvejų empirinių tyrimų duomenimis, 1 DP – išvada buvo patvirtinta vieno iš empirinių tyrimų duomenimis. Kiekybinė pacientų ir jų artimųjų apklausa buvo atlikta, siekiant nustatyti, kokias sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas šiuo metu gauna potencialūs integruotų priežiūros paslaugų gavėjai, ir neapėmė sričių, susijusių su paslaugų organizavimu ir koordinavimu, o trečiasis empirinis tyrimas (kryptingasis (iš dalies struktūruotas) individualusis ekspertų interviu) skirtas detalizuoti antruoju empiriniu tyrimu gautas įžvalgas, todėl darant galutinę išvadą buvo įvertinti ir šie aspektai.

37 lentelė. Konvergencijos kodavimo matrica

Pagrindinės temos	Išvados	1TR	2TR	3TR	Vertinimas
Paslaugų teikimo pokyčius įtakojantys veiksniai	Paslaugų teikiamų pacientams namuose augantis poreikis	P	P	P	3 P
	Žemas paslaugų prieinamumas	P	P	P	3 P
	Žemas paslaugų gavėjų informuotumo apie paslaugas lygis	P	P	P	3 P
	Netenkinanti paslaugų kokybė	P	P	P	3 P
	Komandinio darbo poreikis	P	P	P	3 P
	Paslaugų prieinamumo didinimas	P	P	P	3 P
	Paslaugų spektro plėtros poreikis	P	P	P	3 P
	Artimiesiems tenkanti priežiūros našta	T	T	P	1 DP
Paslaugų organizavimo ir koordinavimo problemos	Paslaugų organizavimo ir teikimo pokyčio poreikis	T	P	P	2 DP
	SAM ir SADM bendradarbiavimo trūkumas	T	P	P	2 DP
	Paslaugų teisinio reglamentavimo skirtumai	T	P	P	2 DP
	Paslaugų finansavimo skirtumai	T	P	P	2 DP
	Paslaugų koordinavimo trūkumas	T	P	P	2 DP
	Bendradarbiavimo trūkumas tarp paslaugų teikėjų	T	P	P	2 DP
	Komunikacinių priemonių ir informacijos sklaidos trūkumas	T	P	P	2 DP
	Didelis biurokratizmas paslaugų organizavime	T	P	P	2 DP
	Žmogiškųjų išteklių trūkumas	T	P	P	2 DP
	Komandinio darbo kompetencijų trūkumas	T	P	P	2 DP
	Savivaldybių sociodemografiniai skirtumai	T	P	P	2 DP
	Žemas visuomenės į(s)itraukimo lygis	T	T	P	2 DP
Apibendrinti pasiūlymai pokyčių įgyvendinimui	Teisinė bazė, aiški strategija ir veiksmų planas	T	P	P	2 DP
	Politinis susitarimas	T	P	P	2 DP
	Paslaugų finansavimo pokyčiai, bendras mechanizmas	D	P	P	2 DP
	Bendros sistemos vystymas – organizavimas „vienose rankose“	T	P	P	2 DP
	Paslaugų koordinavimas savivaldos lygmenyje	T	D	P	1 DP
	Paslaugų teikimo perdavimas PASPĮ, slaugytojų lyderystė	T	T	P	1 DP
	Bendradarbiavimo mechanizmų išgryninimas	T	P	P	2 DP
	Biurokratinio mechanizmo mažinimas	T	P	P	2 DP
	Paslaugų spektro plėtra ir prieinamumo didinimas	P	P	P	3 P
	Paslaugų kokybės vertinimas	T	T	P	1 DP
	Informacijos sklaidos užtikrinimas	T	P	P	2 DP
	Kompetencijų ugdymas	T	P	P	2 DP
	Visuomenės informavimas ir įtraukimas	T	T	P	1 DP
	Inovatyvūs sprendimai paslaugų plėtrai	T	T	P	1 DP

*Pritarimas (P) – išvada buvo nustatyta atliekant tam tikrą tyrimą; disonansas (D) – išvadai nepritarta arba nustatyta prieštaravimų; tyla (T) – nėra duomenų išvadai pagrįsti; dalinis pritarimas (DP) – išvada buvo iš dalies patvirtinta atliekant tam tikrą tyrimą.

Empirinių tyrimų rezultatų trianguliacijos išvados (atsiliepimas):

- *Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo pokyčių poreikis.* Visų trijų empirinių tyrimų duomenų rinkiniuose nustatytos sąlygos paslaugų organizavimo ir teikimo pokyčiams, tokios kaip išaugęs poreikis paslaugoms, žemas jų prieinamumo lygis, žemas potencialių paslaugos gavėjų informuotumo apie paslaugas lygis, netenkanti poreikių paslaugų kokybė, išaugęs kompleksinių komandoje teikiamų paslaugų poreikis, išsakomas poreikis paslaugų spektro plėtrai.

- *Paslaugų organizavimo ir koordinavimo problemos* buvo įvardintos antrajame ir trečiajame empiriniuose tyrimuose – ekspertų grupinės diskusijos bei kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu metu. Pirmuoju empiriniu tyrimu (pacientų ir jų artimųjų apklausa) nesiekta išsiaiškinti paslaugų organizavimo ir koordinavimo problematikos. Vertinant antrojo ir trečiojo empirinių tyrimų rezultatus, nustatytas paslaugų organizavimo ir teikimo pokyčio poreikis bei paslaugų organizavimo ir koordinavimo problemos: SAM ir SADM bendradarbiavimo trūkumas, paslaugų teisinio reglamentavimo skirtumai, paslaugų finansavimo skirtumai, bendradarbiavimo ir paslaugų teikimo koordinavimo trūkumai ir komandinio darbo kompetencijų stygius, komunikacinių priemonių ir informacijos sklaidos trūkumas. Taip pat įvardintas biurokratizmas, ypač organizuojant socialines paslaugas, savivaldybių socialiniai ir demografiniai skirtumai, keliantys iššūkius integruotų priežiūros paslaugų teikimui, ilgalaikiai priežiūrai ambulatoriniame lygmenyje. Žemas visuomenės įsitraukimo lygis į integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimą ir teikimą kaip problema buvo iškelta trečiojo empirinio tyrimo metu.

- *Apibendrinti pasiūlymai pokyčių įgyvendinimui.* Atkreiptinas dėmesys, kad ekspertų grupinės diskusijos metu buvo siekta išsiaiškinti bendrus iššūkius ir bendrus pasiūlymus paslaugų integracijai. Pasiūlymai buvo išgryninti trečiojo empirinio tyrimo – kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu metu. Visų trijų empirinių tyrimų metu nustatytas bendras poreikis – plėsti paslaugų spektrą ir didinti paslaugų prieinamumą. Pastebima, kad antrojo ir trečiojo empirinių tyrimų išvados sutampa dėl bendrųjų pasiūlymų: politinio susitarimo svarbos, vystant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ambulatoriniame lygmenyje; bendro paslaugų reglamentavimo, aiškios paslaugos vystymo strategijos ir veiksmų plano; bendradarbiavimo mechanizmų išgryninimo ir biurokratinio mechanizmo, organizuojant ir teikiant paslaugas, mažinimo. Atkreiptinas dėmesys į disonansą, kilusį dėl paslaugų finansavimo. Tiek antrojo, tiek trečiojo empirinių tyrimų metu ekspertai nurodė,

kad būtina keisti paslaugų finansavimą, sujungiant išteklius bei persvarstant tikslinių išmokų mokėjimą pacientams, taip apsvaustant pacientų finansinio prisidėjimo prie paslaugos suteikimo galimybes, o pirmojo empirinio tyrimo (pacientų ir jų artimųjų apklausos) metu, nustatyta, kad dauguma respondentų nesutiktų papildomai sumokėti už teikiamas paslaugas. Kaip jau minėta, trečiuoju empiriniu tyrimu detalizuojami antruoju empiriniu tyrimu gauti duomenys bei pateikiami išsamūs pasiūlymus dėl šiuo metu skirtingai organizuojamų ir teikiamų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos. Šiame tyrime išgrynintos įžvalgos dėl paslaugų kokybės vertinimo, visuomenės įtraukimo bei inovatyvių sprendimų paslaugų plėtrai, siekiant sujungti teorinėje dalyje ir kituose empiriniuose tyrimuose nustatytus pagrindinius komponentus.

Disertacinio darbo empirinių tyrimų rezultatų aptarimas. Disertacinio darbo pirmojo empirinio tyrimo metu nustatyta, kad daugiau nei pusei apklaustų slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje hospitalizuotų pacientų namuose nebuvo teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos namuose, bei 80 proc. apklaustųjų nurodė, kad negavo socialinių paslaugų namuose. Navardauskienė (2014) nustatė, kad integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos ypatingai reikalingos ne tik senyvo amžiaus vienišiams asmenims, bet ir tiems artimiesiems, kurie turi derinti savo asmeninius poreikius, darbo santykius su artimųjų priežiūra namuose. Jakavonytė-Akstiniene (2018) nustatė, kad į slaugos ir palaikomojo gydymo ligonines hospitalizuojama daugiausiai pacientų, kurie gyvena su artimaisiais (50,8 proc.), o vieniši pacientai sudarė – 39,0 proc.

Rupšienė su bendraautorais (2021) nurodo, kad asmenims su negalia trūksta ilgalaikių priežiūros paslaugų: slaugos paslaugų namuose, paliatyviosios pagalbos ir kitų. Kudukytė-Gasperė ir Štaras 2011 m. ir 2014 m. nagrinėdami slaugomų namuose lėtinėmis ligomis sergančių pacientų bei juos nuolat prižiūrinčių šeimos narių gaunamų namuose paslaugų vertinimą bei lūkesčius, nustatė, kad pacientai norėtų, jog profesionali slaugytojo pagalba jiems būtų priinama kelis kartus per savaitę, o paslaugos teikiamos darbo dienomis dienos ir nakties metu. Navardauskienė (2014), vertindama integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį teikiant paslaugas namuose, nustatė, kad slaugos paslaugos pacientams namuose yra reikalingos, vertinant tiek paslaugų teikėjų akimis, tiek paslaugų gavėjų požiūriu, teigiama, kad slaugos paslaugų poreikis išryškėja vertinant paslaugų teikėjų ir artimųjų patirtį, nes artimiesiems trūksta įgūdžių, susijusių su paciento priežiūra. Disertacinio darbo empirinis tyrimas parodė, kad

slaugos ligoninėje hospitalizuotų pacientų ir jų šeimos narių poreikiai yra panašūs: slaugytojo paslaugų respondentai pageidautų kelis kartus per savaitę (37,5 proc.) arba kelis kartus per mėnesį (33,4 proc.), o paslaugos turėtų būti prieinamos visomis dienomis bei nakties metu (45,9 proc.).

Navardauskienė (2014) tyrimo metu atskleidė, kad pacientams ir jų artimiesiems reikalingos socialinės bei pagalbos buityje paslaugos. Kudukytės-Gasperės su bendraautorais (2014) atliktas tyrimas parodė, kad dauguma pacientų, prižiūrimų namuose (47,3 proc.), negauna socialinio darbuotojo ar jų padėjėjų teikiamų paslaugų, daugiau nei trečdalis apklaustų pacientų nurodė, kad jiems reikalingos papildomos socialinės paslaugos. 2011 m. tyrimo metu nustatyta, kad socialinis darbuotojas pacientus namuose lankė vieną kartą per mėnesį (26,7 proc.) ar kelis kartus per mėnesį (24,7 proc.) (Kudukytė-Gasperė, Štaras, 2011). Jurkuvienė ir Audronytė (2007), nagrinėdamos Kauno mieste gyvenančių lėtinėmis ligomis sergančių pagyvenusių žmonių poreikius gauti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose, nustatė kad 85 proc. ištirtų asmenų negauna jokių paslaugų namuose, tik 2 proc. respondentų namuose lankė slaugytojas ir tik vienas procentas žmonių sulaukė socialinio darbuotojo paslaugų. Disertacinio darbo empirinis tyrimas atskleidė panašias tendencijas, vertinant socialinių paslaugų teikimą namuose, nustatyta, kad dauguma respondentų šių paslaugų negauna, taip pat daugiau nei pusė respondentų nurodė, kad apie tokias paslaugas, organizuojamas savivaldybėje, jie net nežino. Taip pat atkreiptinas dėmesys, kad viešosios įstaigos, teikiančios pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, pacientai ar jų artimieji, dažniau nurodė žinantys apie savivaldybės organizuojamas ir teikiamas socialines paslaugas, tačiau dažniau jų atsisako dėl paslaugų kokybės ir poreikių nepatenkinimo. Namuose ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas gavę respondentai taip pat buvo geriau informuoti apie socialines paslaugas ir dažniau laukė eilėje socialinėms paslaugoms namuose gauti, lyginant su privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pacientais ir tais, kurie negavo namuose teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų.

Tyrimas atskleidė, kad daugiau nei pusei respondentų (53,9 proc.) labiausiai trūksta visų paslaugų teikiamų namuose (tiek sveikatos priežiūros, tiek socialinių paslaugų) ir dauguma apklaustųjų norėtų gauti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose teikiamas kartu. Mokslininkų tyrimai patvirtina disertaciniame darbe nustatytą menką ambulatorinių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų prieinamumą ir integruotų priežiūros paslaugų poreikį. Apibendrinant Lietuvoje atliktus integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikio vertinimo tyrimus, galima teigti,

kad šios paslaugos pacientams ir jų artimiesiems yra labai reikalingos, tačiau jų prieinamumas yra nepakankamas tiek kalbant atskirai apie sveikatos priežiūros, slaugos paslaugas, teikiamas namuose, tiek apie socialines paslaugas, teikiamas pacientams namuose, t.y., pacientams trūksta integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ilgalaikiai priežiūrai ambulatoriniame lygmenyje.

Disertacinio darbo antrojo empirinio tyrimo, ekspertų grupinės diskusijos ir įtrauktojo kiekybinio tyrimo, rezultatai atskleidė, kad sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, teikiamų pacientams namuose, integracijos lygmuo, ekspertų nuomone, yra pradiniam lygmenyje, t.y., pripažįstamas poreikis, kad priežiūros sistemą reikia keisti, tačiau šiam pokyčiui įgyvendinti nėra politinio sutarimo. Komentaruose nurodoma, kad juos neramina tolimesnė integralių socialinių paslaugų vystymo ir teikimo perspektyva pasibaigus europiniam finansavimui, taip pat nurodoma, kad kol nebus bendro požiūrio, visų suinteresuotųjų pusių įsitraukimo, tol sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracija bus sudėtinga. Ekspertų diskusijos metu buvo išgrynintos sritys, kurios, diskusijos dalyvių nuomone, veikia sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą ir šių paslaugų integraciją. Pabrėžiamas neaiškus bendradarbiavimo mechanizmas tarp sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikėjų, skirtumai tarp savivaldybių, kurių administracijos turi didelės įtakos organizuojant ir teikiant sveikatos priežiūros bei socialines paslaugas, SAM ir SADM, kurios koordinuoja šių paslaugų įgyvendinimą, „nesusikalbėjimas“ ir jų nesutarimas bei didelis biurokratizmas organizuojant socialines paslaugas.

Lyginant disertacinio darbo antrojo empirinio tyrimo rezultatus su Mečėjienės (2020) baigiamajame magistro darbe atliktais integruotos sveikatos ir socialinės priežiūros brandos lygio Lietuvoje vertinimais, pastebima, kad duomenys panašūs. Disertacinio darbo antrojo empirinio ir Mečėjienės (2020) tyrimo metu, pripažįstama, kad yra būtini pokyčiai, teikiant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, nurodoma, kad teigiamai vertinamas pasiryžimas vykdyti pokyčius, tačiau trūksta aiškaus bendradarbiavimo algoritmo, aiškios lyderystės ir susikalbėjimo tarp skirtingų ministerijų, kurios turi skirtingą šių paslaugų organizavimo ir teikimo viziją. Atkreipiamas dėmesys ir į paslaugų finansavimo tobulinimą, diegiant atskiras šių paslaugų finansavimo sistemas, steigiant fondą, sujungiant turimus finansinius ir infrastruktūrinius resursus, nurodoma, kad dauguma ekspertų nukreipia žvilgsnį į Vokietijos paslaugų finansavimo modelį (Mečėjienė, 2020). Disertacinio darbo ekspertų grupinės diskusijos dalyviai Vokietijos ilgalaikės priežiūros finansavimo modelį taip pat minėjo, tačiau

atkreiptinas dėmesys, kad Vokietijos modelis labiau remiasi stacionarinės priežiūros koncepcija nei ambulatorinėmis paslaugomis. Antrajame disertacinio darbo empiriniame tyrime ir Mečėjienės (2020) atliktame tyrime, vertinant integruotos sveikatos ir socialinių paslaugų brandą Lietuvoje, atkreipiamas dėmesys į suinteresuotųjų pusių, ypač visuomenės, per menką dalyvavimą ir įtraukimą į sprendimų priėmimą. Pripažįstama, kad visuomenė yra per mažai informuota ir nesuinteresuota dalyvauti priimant šiuos sprendimus. Disertacinio darbo antrasis empirinis tyrimas parodė, kad diskusijos trūksta ne tik su visuomene, bet ir su savivaldybėmis, kurios skiriasi savo sociodemografinėmis savybėmis, poreikiais, lūkesčiais bei valdomais resursais, dėl to kyla sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų bendro teikimo iššūkių (pvz. kaimiška vietovė, per dideli atstumai, žmoniškųjų išteklių trūkumas sveikatos priežiūros ir socialinėje srityje ir pan.). Mečėjienė (2020) atkreipia dėmesį, kad „savivaldybės nemato problemų“, kokios tai yra paslaugos ir kaip jos turėtų būti organizuojamos, o tai patvirtinta, ekspertų diskusijos dalyvių nuomone, kad savivaldybės Lietuvoje yra labai skirtingos. Mečėjienė (2020) siūlo stiprinti regionus, antrojo disertacinio empirinio tyrimo metu buvo pateiktas siūlymas, rengiant teisės aktus, atsižvelgti į jų nuostatų įgyvendinimą ne tik didelėse miesto savivaldybėse, bet ir rajono, kaimiškų teritorijų savivaldybėse. Mečėjienė (2020) socialinių sektorių įvardija kaip „pasyvesni“ organizuojant ir teikiant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, disertacinio darbo antrojo ir trečiojo empirinių tyrimų metu išsiaiškinta, kad sudėtingas biurokratinis paslaugų suorganizavimo mechanizmas, ypač organizuojant socialines paslaugas, daro didelę įtaką šių paslaugų lanksčiam teikimui. Pabrėžiamas bendro susitarimo ir vieningos teisinės bazės trūkumas, SAM ir SADM „nesusikalbėjimas“, paslaugų finansavimo problematika, suinteresuotųjų pusių per menkas įtraukimas. Disertacinio darbo empirinis tyrimas papildomai atskleidė, kad integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas grėsmės kyla dėl savivaldybių sociodemografinio skirtingumo bei sudėtingo biurokratinio mechanizmo organizuojant socialines paslaugas.

Disertacinio darbo trečiasis empirinis tyrimas – kryptingasis (iš dalies struktūruotas) individualusis ekspertų interviu – patvirtino pirmojo empirinio tyrimo (pacientų apklausos) ir antrojo empirinio tyrimo (ekspertų grupinės diskusijos su įtrauktuju kiekybiniu tyrimu) metu gautas išvagas, kad integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos paslaugos ambulatoriniame lygmenyje yra būtinos. Informantai atkreipia dėmesį, kad integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos reikalingos ne tik pacientams, bet ir juos prižiūrintiems artimiesiems, siekiant sumažinti

priežiūros našta. Ekspertų interviu metu detalizuotas integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų apibrėžimas. Mečėjienė (2020) savo tyrimo metu pabrėžia integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų apibrėžimo multidimensiškumą. Danusevičienė (2016) disertaciniame darbe atkreipia dėmesį į integralumo sampratos platumą ir panaudojamumą skirtingoms paslaugų integravimo dimensijoms atskleisti. Disertacinio darbo trečiojo empirinio tyrimo metu akcentuojamos į paciento poreikius orientuotos, koordinuotai teikiamos paslaugos, kurioms būtinos tvarios, politiniame lygmenyje patvirtintos ir teisės aktuose įformintos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos organizavimo nuostatos.

Mečėjienė (2020) nustatė, kad be politinės paramos ir valios, sudėtinga įgyvendinti priežiūros paslaugų reformas, todėl ilgalaikiams projektams, tokiems kaip integruotas sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimas ambulatoriniame lygmenyje, siekiant užtikrinti ilgalaikę priežiūrą, reikėtų politinių partijų susitarimo bei valstybinio reguliavimo. Disertacinio darbo empiriniai tyrimai atskleidė, kad integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ilgalaikę priežiūrai ambulatoriniame lygmenyje vystymui yra būtinas politinis sutarimas dėl šių paslaugų prioriteto. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracija yra ilgalaikis procesas, trunkantis ilgiau nei politinio lygmens sprendimų priėmėjų kadencija, todėl būtina įtvirtinti politinį, tęstinį sprendimą šių paslaugų vystymui. Danusevičienė (2016), vertindama integralios pagalbos projekto, finansuoto ES lėšomis, efektyvumą, rekomendavo plėtoti paslaugų teikimą, SAM ir SADM vykdyti ilgalaikius struktūrinius pokyčius, kurie padėtų vystyti šios pagalbos teikimą, o savivaldybėms aktyviai įsijungti į paslaugų teikėjų bendradarbiavimo ir komandinio darbo skatinimą.

Vertinant integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų bendro finansavimo svarbą, disertacinio darbo trečiojo empirinio tyrimo metu nustatyta, kad šiuo metu paslaugų finansavimas netenkina pacientų ir paslaugų teikėjų poreikių, todėl siūloma sujungti turimus išteklius, įsteigti atskirą integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų finansavimo fondą, su lanksčia, neribojančia paslaugų finansavimo sistema. Fondą turėtų sudaryti PSDF lėšos, valstybės ir savivaldybių biudžeto lėšos, skiriamos socialinių paslaugų teikimui, į priežiūros paslaugų apmokėjimą įtraukiant tikslines slaugos ir priežiūros išmokas, šiuo metu tiesiogiai mokamas pacientams. Disertacinio darbo pirmojo empirinio tyrimo metu nustatyta, kad pacientai ir jų artimieji norėtų integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, pageidautų jas gauti dienos ir nakties metu, savaitgaliais bei švenčių dienomis, tačiau nesutiktų papildomai

mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas, teikiamas pacientams namuose. Junevičienė (2020, 2018) nustatė, kad artimųjų apsisprendimą namuose slaugyti artimąjį lemia ne tik pareigos jausmas, nepasitikėjimas institucine priežiūra, bet ir ekonominiai aspektai, t. y., tikslinių slaugos ir priežiūros išmokų laikymas papildomu pajamų šaltiniu. Ikegami (2019) kritikuotinai vertino sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų finansavimo mechanizmą ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimo kontekste Japonijoje ir kitose šalyse finansuojant šias paslaugas kaip priežiūros pašalpą, kuri tiesiogiai skiriama pacientui, bei rekomendavo vidutines pajamas gaunančios šalims, pasiekusioms visuotinę sveikatos priežiūros apsaugą, apsarstyti ilgalaikės sveikatos priežiūros sistemos finansavimo sukūrimą, sujungiantį priežiūros paslaugoms skiriamas lėšas ir tikslines išmokas.

Gillard su bendraautorais (2012) ir Irani su bendraautorais (2018) tyrimuose nustatė, kad tinkamas, lankstus, subalansuotas integruotų priežiūros paslaugų finansavimas, turėtų būti svarbiausias sveikatos priežiūros politikos prioritetas, siekiant užtikrinti paslaugų prieinamumą ir teikimą, priežiūros paslaugų plėtrą, siekiant patenkinti tiek medicininius, tiek nemedicinius poreikius. Disertacinio darbo trečiojo empirinio tyrimo metu, pabrėžiama, kad būtina plėsti paslaugų, teikiamų ambulatoriniame lygmenyje, pacientams namuose spektrą, mažinti biurokratinis reikalavimus paslaugų gavimui, stiprinant savipagalbos paslaugas ir mažinti priežiūros našta paciento artimiesiems. Gillard su bendraautorais (2012) pastebi, kad gerai išvystytos integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos ambulatoriniame lygmenyje, mažina pakartotinio hospitalizavimo dažnį bei bendras išlaidas skiriamas stacionarinei sveikatos priežiūrai. Kontrimienė su bendraautorais (2021), vertindama demencija sergančių pacientų priežiūros iššūkius Lietuvoje, nustatė, kad demencija sergantiems vyresnio amžiaus pacientams ir jų artimiesiems kaip vienintelė šių asmenų priežiūros galimybė dažniausiai yra siūloma stacionarinė priežiūra, tad didžiausia našta pacientą slaugant ambulatoriniame lygmenyje, namuose, tenka artimiesiems (Kontrimiene et al., 2020). Disertacinio darbo teorinėje dalyje bei Kontrimienės ir bendraautorių (2020) tyrime atkreipiamas dėmesys, kad Lietuvos teisės aktai suteikia galimybę sulaukti paslaugų namuose, tačiau dažnu atveju prioretizuojamos stacionarinės slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos bei institucinė ilgalaikė socialinė globa. Spasova su bendraautorais (2018) nustatė, kad Rytų ir Pietų Europos šalys dažnai laikosi institucinės priežiūros modelio, o Šiaurės ir kai kurios Centrinės Europos šalys daug daugiau dėmesio skiria bendruomenėje ir namuose teikiamoms integruotoms sveikatos priežiūros ir socialinėms paslaugoms.

Disertacinio darbo trečiojo empirinio tyrimo rezultatai atskleidė, kad integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą reikėtų deleguoti pirminei asmens sveikatos priežiūros grandžiai, o paslaugų teikimo lyderiu turėtų būti slaugos specialistai. Pabrėžiama, kad paslaugos turi būti teikiamos koordinuotai, bendradarbiaujant, siekiant atliepti paciento ir jo artimųjų poreikius. Kontrimienė su bendraautoriais (2021) nustatė, kad lėtinių ligonių priežiūros paslaugų poreikio nustatymas turėtų būti pagrįstas medicininiais kriterijais, o paslaugų patvirtinimo procedūrą turėtų inicijuoti asmens sveikatos priežiūros specialistai. Pearson ir Watson (2018) teigia, kad nuo motyvuoto lyderio priklauso novatoriški pokyčiai, teikiant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas. Danusevičienė (2016), nagrinėdama integralios pagalbos projektų, inicijuotų SADM, vykdymą, nustatė, kad šias paslaugas paliekant organizuoti socialiniam sektoriui jaučiamas atotrūkis nuo asmens sveikatos priežiūros specialistų. Danusevičienė (2016) atkreipia dėmesį, kad integralių paslaugų komandos, kurių veiklą organizavo asmens sveikatos priežiūros įstaigos, tokio atotrūkio nejautė, pacientams efektyviau organizavo būtiną asmens sveikatos priežiūrą. Brewster su bendraautoriais (2019) nustatė, kad integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos, koordinuojamos sveikatos priežiūros įstaigų, užtikrina gaudesnę bendradarbiavimo tinklą bei efektyvesnių priežiūros paslaugų teikimą. Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje koordinavimas per sveikatos priežiūros prizmę, sumažina išvengiamų sveikatos būklės pablogėjimo rizikų bei išlaidų, tenkančių vyresnio amžiaus asmenų sveikatos priežiūrai (Brewster et al., 2019).

Disertacinio darbo trečiojo empirinio tyrimo metu atkreiptas dėmesys į papildomų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ambulatoriniame lygmenyje, paciento namuose psichikos sveikatos ligomis (Alzheimeriu, demencija) sergantiems asmenims ir jų artimiesiems, tuo pačiu siūloma spręsti susiklosčiusią situaciją, steigiant mobilies psichikos sveikatos specialistų komandas bei pagalbą pacientų artimiesiems. Kontrimienė su bendraautoriais (2021) nustatė, kad vyresnio amžiaus asmenų, sergančių demencija, priežiūra yra sudėtingas reiškinys, kuris apima ne tik pacientui teikiamas integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, bet ir neformalią priežiūrą namuose teikiantiems paciento artimiesiems.

Disertacinio darbo trečiojo tyrimo rezultatai ir užsienio šalių mokslininkų tyrimai (Ingram et al., 2022; Reed et al., 2021) parodė, kad organizuojant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, iššūkiu pripažįstamas informacijos sklaidos tarp paslaugų teikėjų užtikrinimas, siekiant gauti ir perduoti informaciją apie paciento

sveikatos būklę ir teikiamas paslaugas. Mokslininkai pripažįsta, kad reikia sprendimų, palengvinančių keitimąsi informacija tarp organizacijų, o tam būtini paslaugų teikėjų suderinti prioritetai, kurie palaikytų tarporganizacinius santykius tarp lyderių, priimant konkrečius priežiūros sprendimus (Ingram et al., 2022; Reed et al., 2021). Raila su bendraautorais (2020), vertindami pirminėje asmens sveikatos priežiūroje dirbančių specialistų požiūrį į komandinį darbą, nustatė, kad specialistai, kurie teikia paslaugas pacientams namuose, buvo linkę pozityviau vertinti komandinio darbo teikiamas naudas.

Kontrimienė su bendraautorais (2021), vertindama pirminės sveikatos ir socialinės priežiūros tarnybų partnerystę teikiant ilgalaikę slaugą pagyvenusiems asmenims, sergantiems demencija, atskleidė iššūkius, su kuriais susiduria paslaugas namuose teikiantys asmens sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas specialistai. Pastebėta, kad paslaugų finansavimo trūkumas nėra vienintelis iššūkis, su kuriuo susiduriama teikiant ilgalaikes priežiūros paslaugas. Disertacinio darbo empirinių tyrimų metu nustatyta, kad sudėtingas paslaugų organizavimas, ypač socialinio sektoriaus apribojimas sudėtingais biurokratiniais formalumais, trukdo plėtoti integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas pacientams namuose, tuo pačiu ir ilgalaikes priežiūros paslaugas. Disertacinio darbo trečiojo empirinio tyrimo informantai atskleidė, kad nesant tinkamai koordinuojamo paslaugų teikimo, yra didinama priežiūros našta artimiesiems. Teigiama, kad reikia geresnių koordinavimo instrumentų taikymo tarp socialinių ir sveikatos priežiūros sektorių (Carter et al. 2018, Courtin et al. 2014). Kontrimienė su bendraautorais (2021) patvirtina, kad socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų sistemingų, veiksmingų bendradarbiavimo metodų trūkumas (pvz., lyderystės, neaiškūs profesiniai vaidmenys ir funkcijos, neaiškūs abipusio formalaus bendravimo būdai) trukdo teikti kompleksines priežiūros paslaugas. Moksliniuose tyrimuose nurodoma, kad tik koordinuojama sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikėjų partnerystė turi teigiamą poveikį paslaugų vartotojų pasitenkinimui, tuo pačiu leidžia efektyviau panaudoti turimus išteklius, skiriamus lėtiniu ligonių priežiūrai (Brewster et al. 2019; Petch et al. 2013; Rummery 2009). Siekiant užtikrinti tinkamą šių paslaugų kokybę, būtina nuolat vertinti priežiūros rezultatus (Murphy et al., 2017). Disertacinio darbo trečiojo empirinio tyrimo metu nustatyta, kad užtikrinant integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų kokybę ambulatoriniame lygmenyje, būtina turėti šių paslaugų vieningą kokybės vertinimo sistemą, vertinti objektyvius (gerus darbo rezultatus, išvengiamos hospitalizacijos rodiklius) ir subjektyvius rodiklius (paslaugos

gavėjų nuomonė) bei taikyti paslaugų gavėjų įsivertinimą.

Alderwick su bendraautorais (2021) atkreipia dėmesį į visuomenės svarbą, teikiant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ambulatoriniame lygmenyje. Henderson su bendraautorais (2020, 2022) nustatė, kad darnūs, palaikantys santykiai su bendruomenės nariais padeda greičiau pasiekti konkrečių ilgalaikės priežiūros tikslų. Brault su bendraautorais (2018) atkreipia dėmesį į socialinės aplinkos svarbą ir bendruomenės narių įsitraukimą į lėtinių ligų priežiūros procesą. Pabrėžiama, kad priežiūros paslaugų teikimas turėtų peržengti formalios sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimą, nes bendruomenės, kuriose gyvena pacientas, taip pat turi stiprius neformalius paramos tinklus, todėl ši bendruomeninė pagalba turėtų būti skatinama, nes didina bendruomenės narių pasitikėjimą paslaugas teikiančiomis organizacijomis (Brault et al., 2018; Henderson et al. 2022). Šio disertacinio darbo trečiojo empirinio tyrimo rezultatai atskleidė, kad visuomenė laikoma susvetimėjusia ir atitolusia nuo vyresnio amžiaus, neįgaliųjų asmenų integravimo į visuomenę ir supratimo apie priežiūros paslaugų poreikio svarbą. Atkreipiamas ypatingas dėmesys į visuomenės švietimo bei informavimo svarbą, visuomenės narių įtraukimą į integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą pacientams namuose, siūloma šviesti visuomenę apie lėtines ligas, apie teikiamas paslaugas, įtraukti visuomenės narius į savanoriškos veiklos vykdymą, tiesiogiai prisidedant prie paslaugų teikimo, siūloma aktyviai šviesti visuomenę, parodant šių paslaugų naudą pacientui ir jo artimais aplinkai.

3.5. Konceptinis integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje organizavimo modelis Lietuvoje

Apibendrinant empirinių tyrimų ir literatūros analizės duomenis, modeliuojamas ir formuojamas konceptinis integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje organizavimo modelis (22 pav.). Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų konceptinis modelio rengimas, paremtas Valentijn ir bendraautorių (2013), Valentijn (2016), pasiūlytu konceptualių pirminės sveikatos priežiūros funkcijų integravimo „*Vaivorykštės modeliu*“ (angl. *Rainbow Model of integrated care*). Disertacinio darbo empiriniai tyrimai parodė, kad šį modelį reikia detalizuoti, siekiant pritaikyti integruotų priežiūros paslaugų modeliui Lietuvoje. Lietuvoje pirminė asmens sveikatos priežiūros sistema apima platesnę lėtinėmis ligomis

sergančių asmenų – pacientų priežiūros sferą: nuo ligos diagnozavimo, jos gydymo, iki tęstinės asmens sveikatos priežiūros, todėl geriausiai atlikti integruotų priežiūros paslaugų ambulatoriniame lygmenyje teikimo koordinavimą, siekiant užtikrinti paciento sveikatos būklės stebėjimą ir savalaikį reagavimą į paslaugų poreikio pokyčius. 2016 m. rugsėjo 26 d. LR sveikatos apsaugos ministro įsakyme Nr. V-1104 „Dėl Šeimos medicinos plėtros 2016–2025 metų veiksmų plano patvirtinimo“, numatyta plėtoti integruotą gyventojų sveikatos priežiūrą, o norint užtikrinti paslaugų tęstinumą, šeimos medicinoje numatyta įdiegti keliomis lėtinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūros modelį, siekiant ambulatorinės sveikatos priežiūros vientisumo, skatinant „orientacijos į šeimos gydytojo komandą kaip vienintelę instituciją, teikiančią šeimos medicinos paslaugas“, plėtoti slaugytojo kompetencijas. Todėl disertacinio darbo empirinių tyrimų metu nustatyti rezultatai, kurie pateikiami koncepciniame integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelyje ambulatoriniame lygmenyje, atitinka numatytas šeimos medicinos plėtros kryptis.

Disertaciniame darbe pateiktame modelyje, kaip Valentijn (2016), Valentijn ir bendraautorių (2013) modelyje, orientuojamasi į paslaugų sujungimą, integravimą, siekiant suformuoti į asmens poreikius orientuotą, tęstinę priežiūrą, tačiau disertaciniame darbe pasiūlytame modelyje, integracijos lygiai papildoma vienas kitą. Makro lygmens integracija apima sisteminę integraciją valstybiniu lygmeniu, mezo lygmens integracija apima paslaugų koordinavimą savivaldybių lygmenyje apimančią organizacinę ir profesinę integraciją, kuri vykdoma per pirmines asmens sveikatos priežiūros įstaigas, mikro integracija apima paslaugų teikimą per pirminės asmens sveikatos priežiūros grandį, profesinę ir klinikinę integraciją. Visus lygius sujungia funkcinė ir normatyvinė integracija, kuri užtikrina ryšį tarp lygių, sukurdamą teisinę ir funkcines prielaidas siekti pagrindinio rezultato – integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje.

Disertaciniame darbe pateiktame modelyje makro lygmeniu integracija apima sisteminę integraciją, siekiant pagerinti paslaugų efektyvumą, priežiūros kokybę, gyvenimo kokybę ir paslaugų gavėjų pasitenkinimą. Tai pabrėžia ir Sadler su bendraautoriais (2018) bei kiti mokslininkai. Mokslininkai teigia, kad sisteminė integracijai reikalingas reglamentavimas, pritaikyti procesai ir metodai, tenkinantys poreikius, siekiant užtikrinti priežiūros tęstinumą, o siekiant įvykdyti horizontalią ir vertikalią sistemų integraciją, reikalingi pokyčiai ir lyderystė (Valentijn et al., 2013). Disertacinio darbo empiriniuose tyrimuose nustatyta, kad siekiant sveikatos priežiūros ir socialinių

paslaugų integracijos ambulatoriniame lygmenyje būtinas politinis susitarimas, siekiant užtikrinti ilgalaikių sprendimų tęstinumą.

Disertacinio darbo empiriniai tyrimai parodė, kad norint perorientuoti priežiūros sistemą į asmens poreikius orientuotą priežiūrą, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemos integracijos pagrindą turėtų sudaryti bendras požiūris, bendras supratimas ir bendra atsakomybė. Apibendrinus empirinių tyrimų rezultatus, nustatyta, kad būtinas visų valstybinio reguliavimo grandžių išitraukimas. Siūloma Vyriausybei deleguoti atsakomybę už integruotų sveikatos priežiūros paslaugų politikos formavimą, o objektyviems sprendimams, susijusiems su integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimu, turi būti sudaryta valdymo grupė, apimanti sritis, kurios daro reikšmingą įtaką visapusiškų integruotų priežiūros paslaugų organizavimui, formavimui, vystymui priežiūrai ir kontrolei.

Disertacinio darbo trečiasis empirinis tyrimas parodė, kad integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas pacientams namuose turi organizuoti viena deleguota ministerija (informantai dažniau nurodė, kad tai galėtų būti SAM), o paslaugos finansuojamos, atskiro finansavimo fondo lėšomis, sujungiant įvairius šiuo metu esančius paslaugų finansavimų šaltinius, šio fondo valdytoju valstybiniu lygmeniu skiriant atskirą valdytoją (vienu iš galimų valdytojų informantai įvardijo VLK). Įvykdžius šiuos pokyčius, siekiama sisteminės sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, teikiamų ambulatoriniame lygmenyje integracijos, užtikrinant poreikius tenkinantį paslaugų organizavimo mechanizmą. Integracijos valstybiniame lygmenyje veiksmai ir siekiami rezultatai pateikiami 22 pav. mėlyna spalva.

Makro lygmens integracija, taip pat apima sisteminės integracijos pasiūlymus, susijusius su integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų koordinavimo perdavimu savivaldybėms. Disertacinio darbo empirinių tyrimų metu nustatyta, kad integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų koordinavimas neįsivaizduojamas be savivaldybių dalyvavimo, teikiant šias paslaugas, kadangi savivaldos lygmenyje geriausiai žinomas šių paslaugų poreikis savivaldybės teritorijoje gyvenantiems asmenims, be to, jos yra atsakingos už socialinių paslaugų organizavimą bei joms yra deleguotos pirminės asmens sveikatos priežiūros organizavimo funkcijos. Siekiant sėkmingos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, teikiamų ambulatoriniame lygmenyje integracijos, savivaldybėse pirmiausiai reikėtų atsižvelgti į sociodemografinius skirtumus skirtinguose regionuose bei stiprinti vadybines ir organizacines kompetencijas ir žmogiškuosius išteklius. Apibendrinus pasiūlymus, savivaldybės integruotas sveikatos

priežiūros paslaugas koordinuoti siūloma per atskirą, stiprią tarnybą, „vieno langelio“ principu.

Savivaldybių koordinuojamas integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimas ir šių paslaugų organizavimas „vieno langelio“ principu apima mezo lygmens organizacinę integraciją. Mezo lygmens organizacinė integracija viena iš labiausiai aptarinėjamų integracijos formų (Valentijn, 2016; Valentijn et al., 2013). Organizacinė integracija apima visas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, kurios šiuo metu yra teikiamos vyresnio amžiaus, neįgaliesiems pacientams ambulatoriniame lygmenyje. Mokslininkai teigia, kad tinkamai koordinuojami ir vystomi tarpinstituciniai santykiai gali gerinti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų prieinamumą, kokybę ir efektyvumą, sutelkiant įvairių organizacijų, įstaigų žmogiškuosius išteklius, įgūdžius ir patirtį (Axelsson, Axelsson, 2006). Pateiktame modelyje organizacinė integracija pasiekama per paslaugų teikimo perdavimą vienam paslaugų teikimo lyderiui (informantai dažniau nurodė, kad šios paslaugos turėtų būti teikiamos per sveikatos priežiūros užtikrinimo prizmę) „vieno langelio“ principu, o pacientams komandoje teikiamų paslaugų koordinavimą perduodant slaugytojui. Socialinių paslaugų organizavimas turėtų būti užtikrinamas per savivaldybių koordinavimą ir bendradarbiavimo mechanizmus. Atkreiptinas dėmesys, kad pateiktas modelis apima paslaugų organizavimo ir koordinavimo bendruosius aspektus, tačiau neapima tarpinstitucinių santykių vystymo problematikos ir perspektyvų. Veiksmai organizacinės integracijos savivaldybių ir paslaugas teikiančių įstaigų lygmenyje bei siekiami rezultatai pateikiami 22 pav. žalia spalva.

Profesinė integracija reiškia partnerystę tarp paslaugas teikiančių specialistų tiek komandos viduje, tiek bendradarbiaujant su skirtingų įstaigų specialistais, kurie susiję su paciento priežiūra (Kodner, 2009). Mokslininkai, kaip ir disertacinio darbo empirinio tyrimo dalyviai, nurodo, kad sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas teikiantys specialistai, turi pakankamai motyvacijos ir atsakomybės teikti koordinuotą, tęstinę, kompleksinę, į paciento poreikius orientuotą priežiūrą (Rosen, Ham, 2008; Shaw et al. 2011). Nurodoma, kad paslaugų integracija per bendrą paslaugų teikimą, skatina bendrą atskaitomybę, komandoje sprendžiant problemas ir priimant sprendimus, siekiant bendro tikslo – tenkinti paciento priežiūros poreikius. Pateiktame modelyje mezo lygmens profesinė integracija vykdoma per komandinį darbą ir sprendimų priėmimą bendro konsiliumo principu (22 pav. – oranžinė spalva).

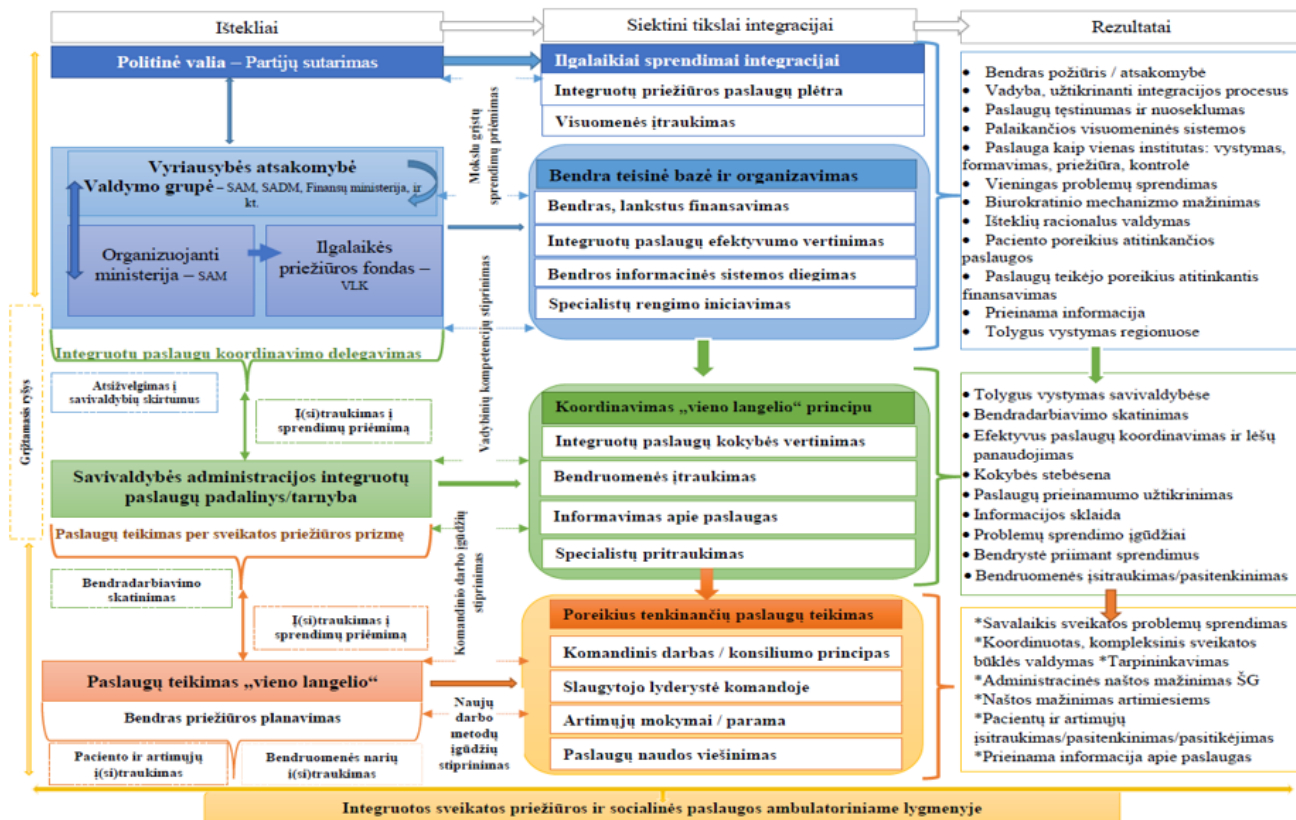
Mikro lygmuo apima klinikinės praktikos integraciją, t. y., paslaugų teikimo

nuoseklumą ir tęstinumą konkrečiam pacientui (Valentijn et al. 2013). Klinikinės praktikos integracija šiame modelyje, tai koordinuojamai teikiamos priežiūros paslaugos pacientui pagal suderintus planus ir algoritmus, atitinkančius konkretaus paciento poreikius. Konceptiniame modelyje (22 pav. – oranžinė spalva) papildomai įtraukiami paciento artimieji, kurie individualizuotai apmokomi paciento priežiūros.

Atkreiptinas dėmesys, kad disertacinio darbo empirinis tyrimas neapėmė konkrečių priežiūros algoritmų, komandinio darbo principų, specialistų pareigų, atsakomybių, kylančių iššūkių ir sprendimų jiems spręsti išgryninimo, teikiant integruotas sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugas ambulatoriniame lygmenyje, todėl būtini detalizuojantys moksliniai tyrimai šioje srityje.

Pasiūlytame modelyje normatyvinė ir funkcinė integracija sujungia visus integracijos lygius į bendrą visumą, siekiant pasiekti pagrindinio rezultato – integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ilgalaikę priežiūrą ambulatoriniame lygmenyje. Normatyvinė integracija modelyje sujungia visus lygmenis per valstybinio lygmens bendros teisinės bazės sukūrimą, apimančią visas grandis nuo bendro požiūrio, vertybių, bendros strategijos, veiklos planų įgyvendinimo. Modelyje funkcinė integracija apima visus integracijos lygmenis ir yra įgyvendinama per finansavimo mechanizmus, informacijos sklaidos būdus, žmogiškųjų išteklių valdymą bei paslaugų kokybės gerinimą (Valentijn, 2016; Valentijn et al., 2013).

Tiek valstybiniame organizavimo lygmenyje, tiek savivaldybių koordinavimo lygmenyje, tiek paslaugų teikimo lygmenyje akcentuojamas paslaugų kokybės vertinimas, žmogiškųjų išteklių valdymas, visuomenės įtraukimas bei informavimas. Atkreipiamas dėmesys, kad funkcinė integracija apima lankstų požiūrį, remiantis partnerystės principais, siekiant prisitaikyti prie nuolat kintančios aplinkos (Valentijn et al., 2013). Konceptiniame modelyje numatytas grįžtamasis ryšys, suinteresuotųjų pusių įtraukimas į sprendimų priėmimą, kuris apima visus paslaugų organizavimo ir teikimo lygmenis, siekiant išlaikyti lanksčią, asmens poreikius tenkinančią integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje sistemą.



22 pav. Konceptinis integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo ambulatoriniame lygmenyje modelis Lietuvoje

Šaltinis: parengta autorės

Vertinant koncepcinį integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelį ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje pagal PSO pateiktas pagrindinės sėkmingos paslaugų integracijos sritis (WHO, 2016), nustatyta, kad modelis tenkina:

1. Integraciją sisteminiame – valstybiniame lygyje: politinio susitarimo pagrindu įtvirtinama nuostata, kad šios paslaugos yra reikalingos, jų organizavimas ir teikimas yra prioritetinė valstybės sritis, užtikrinamas orientavimasis į integruotų priežiūros paslaugų tęstinumą, įtvirtinamas SAM ir ADM bendras požiūris, vizija, strategija, teisinė bazė, leidžianti integruoti ir koordinuotai teikti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas pacientams namuose. Numatomas aiškus paslaugų organizavimo lyderis, kuris veiklos organizavimo atsakomybę dalinasi su suinteresuotomis pusėmis. Numatytas atskiras paslaugų finansavimo mechanizmas (atskiro fondo, sujungiančio skiriamas lėšas, įkūrimas), kuris išspręstų šiuo metu esantį paslaugų finansavimo netolygumą ir skirtumus. Į sprendimų priėmimą ir jų valdymą įtraukiamos suinteresuotosios pusės.

2. Organizaciniame lygmenyje – paslaugų organizavimo atsakomybė perduodama vienam aiškiam lyderiui ministerijų lygmeniu, paslaugų koordinavimas vietiniame lygmenyje deleguojamas savivaldai, užtikrinant bendradarbiavimo tarp paslaugų teikėjų mechanizmo stiprinimą ir paslaugų koordinavimą „vieno langelio“ principu, pripažįstant, kad organizuojant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ambulatoriniame lygmenyje būtina atsižvelgti į savivaldybių skirtumus.

3. Funkciniame lygmenyje – užtikrinamas bendradarbiavimas visais lygiais, ypač kalbant apie savivaldos įtaką, siekiant užtikrinti bendradarbiavimą tarp paslaugų teikėjų. Paslaugų teikėjų lygmenyje šis bendradarbiavimas užtikrinamas per aiškiaus paslaugų teikimo lyderio išgryninimą ir paslaugų teikimo koordinavimo delegavimą atsakingam specialistui. Modelyje numatyta, kad informacijos sklaidos apie paciento priežiūrą prieinamumo didinimas, įtraukiant priežiūroje dalyvaujančių paslaugų teikėjų duomenis apie priežiūros paslaugas.

4. Profesiniame lygmenyje – paslaugų teikimas „vieno langelio“ principu, per pirminės asmens sveikatos priežiūros prizmę, siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą ir savalaikį prieinamumą. Darbas komandiniu principu, kurio koordinavimas perduodamas aiškiam lyderiui – slaugytojui, taip siekiant sumažinti šeimos gydytojui tenkančią administracinę naštą bei efektyviai pasitelkti esamus kitų sričių specialistus į priežiūros procesą. Tuo pačiu tai leis pacientams, turintiems sudėtingų sveikatos poreikių, apimančių sveikatos ir socialinę priežiūrą, suorganizuoti ir suteikti

paslaugas, kurių tik šeimos gydytojo institutas neapima.

5. Paslaugų teikimo lygmenyje – modelyje numatyti „vieno langelio“ principai savivaldos koordinavimo lygmenyje ir paslaugų teikimo lygmenyje suteiks galimybę pacientui greičiau pasiekti jam būtinas paslaugas. Paslaugų teikimo lygmenyje numatytas komandinis darbas, priežiūros sprendimų priėmimas konsiliumo principu suteiks galimybę holistiniam priežiūros poreikio vertinimui ir paslaugų planavimui. Priežiūros koordinavimas tiek komandoje (koordinavimo lyderystė perduodama slaugytojui), tiek paslaugų koordinavimas savivaldos lygmenyje vienos tarnybos rėmuose sujungs teikiamas paslaugas bei pagerins paslaugų prieinamumą.

6. Asmeniniame lygmenyje – pasiūlytame modelyje ypatinga reikšmė numatyta pacientų ir jų artimųjų palaikymui, psichologinei paramai, informavimui ir įtraukimui į priežiūros procesą ir sprendimų priėmimą, siekiant užtikrinti paciento priežiūros efektyvumą ir tęstinumą.

7. Visuose koncepcinio modelio lygmenyse akcentuojami sprendimai, nukreipti į integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, teikiamų ambulatoriniame lygmenyje, prieinamumą, savalaikiškumą, tęstinumą ir priežiūros koordinavimą, paslaugų kokybę, siekiant patenkinti konkrečius asmens poreikius. Visuose paslaugų organizavimo, koordinavimo ir teikimo lygmenyse numatytas paslaugų kokybės ir efektyvumo rodiklių vertinimas. Ypatingas dėmesys skiriamas informacijos apie teikiamas paslaugas pereinamumui tiek paslaugų teikėjams, tiek potencialiems gavėjams. Visuose modelio lygmenyse taip pat akcentuojamos priemonės ir veiksmai visuomenės įtraukimui, požiūrio keitimui, bendruomeniškumo skatinimui, kurie yra ypatingai svarbūs vystant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas. Visuose lygiuose numatomas glaudus bendradarbiavimas ir grįžtamasis ryšys, siekiant reaguoti į kylančius iššūkius bei priimti sprendimus.

Disertacijos rengimo metu atliktos analizės gautų rezultatų pagrindu, galima teigti, kad ginamieji teiginiai yra patvirtinti:

1. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje organizavimo ir teikimo pokyčių poreikį lemia augantis kompleksinių priežiūros paslaugų poreikio didėjimas, žemas šių priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė.

1 ginamojo teiginio patvirtinimas. Tiek disertacijos teorinėje dalyje, tiek trimis empiriniais tyrimais pagrindžiamas integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis Lietuvoje. Disertacijos teorinėje dalyje pabrėžiama, kad Lietuvos visuomenės senėjimo tempas auga, vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenims fiksuojamas

žymus sveikatos būklės blogėjimas ir su tuo susijusių integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikio didėjimas. Vertinant Lietuvos ambulatorinės, tiek stacionarinės sveikatos priežiūros kokybės rodiklius, atkreipiamas dėmesys, kad būtų galima padidinti sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumą, pereinant nuo stacionarinėje prie ambulatorinėje grandyje organizuojamų ir teikiamų priežiūros paslaugų, plėtojant ilgalaikės priežiūros paslaugas, tačiau šiuo metu tik nedidelė dalis vyresnio amžiaus asmenų, turinčių integruotų priežiūros paslaugų poreikį, šias paslaugas gauna. Sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugų fragmentacija Lietuvoje yra akivaizdi: trūksta bendradarbiavimo tarp sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sektorių. Pabrėžiama, kad atskirai teikiamų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų nebepakanka ir jos nebetenkina gyventojų poreikių, dėl tokio sistemų susiskaidymo sudėtinga užtikrinti optimalią priežiūrą, o tai neigiamai veikia priežiūros kokybę. Disertacinio darbo empirinių tyrimų duomenys atskleidė integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį bei parodė, kad šiuo metu fragmentuotai teikiamos paslaugos netenkina augančio paslaugų poreikio bei šių paslaugų gavėjų lūkesčių.

2.Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje integraciją neigiamai veikia veiksniai, susiję su sisteminiiais šių paslaugų organizavimo ir teikimo skirtumais, tokiais kaip skirtingas teisinis reglamentavimas bei paslaugų finansavimas.

2 ginamojo teiginio patvirtinimas. Disertacijos teorinėje dalyje, vertinant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų reglamentavimą, nustatyta, kad skirtingas teisinis reglamentavimas, skirtingas paslaugų organizavimo ir finansavimo mechanizmas (sveikatos priežiūros paslaugos reglamentuojamos SAM įsakymais, organizuojamos per ASPĮ, finansuojamos PSDF lėšomis, komandos lyderis – slaugytojas, informacija dalinamasi ESPBI IS, o socialinės paslaugos reglamentuojamos SADM įsakymais, organizuojamos per savivaldybių administracijų padalinius, atsakingus už socialinių paslaugų koordinavimą, finansuojamos mišriu apmokėjimo būdu (valstybės ir savivaldybių biudžeto lėšomis, asmens lėšomis), komandos lyderis – socialinis darbuotojas, informacija dalinamasi SPIS) šiuo metu trukdo teikti integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ambulatoriniame lygmenyje (teisės aktai, reglamentuojantys bendrą šių paslaugų teikimą sukelia papildomų klausimų dėl jų įgyvendinimo praktikoje galimybių). Empirinių tyrimų metu, nustatyta, kad būtent fragmentuotas šių paslaugų teisinis reglamentas, bendro požiūrio ir bendros atsakomybės trūkumas, skirtingas sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimas bei apmokėjimas už suteiktas paslaugas, neaiškus bendradarbiavimo tarp paslaugų teikėjų mechanizmas

bei kompetencijų dirbti komandoje trūkumas turi didžiausią įtaką integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ambulatoriniame lygmenyje.

3. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje integracijai būtinas politinis susitarimas, bendras teisinis reglamentavimas ir finansavimo mechanizmas, vadybinių kompetencijų ugdymas visuose paslaugų organizavimo ir teikimo lygmenyse.

3 ginamojo teiginio patvirtinimas. Disertaciniame darbe patvirtinama, kad integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemų diegimas yra skatintinas kaip priemonė, pagerinanti lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams paslaugų prieinamumą, kokybę ir tęstinumą, užtikrinanti efektyvesnę šių paslaugų valdymą. Priežiūros paslaugų integracijai būtina atlikti organizacinius pokyčius, siekiant užtikrinti tinkamą išteklių paskirstymą priežiūros struktūroje, lanksčiai reaguoti į besikeičiančius poreikius. Teik teorinėje dalyje, tiek empiriniais tyrimais išskiriami veiksniai, būtini integruotos priežiūros diegimui, tokie kaip politinis įsipareigojimas ir jo įteisinimas (strategija, nacionaliniai teisės aktai), aiški valdymo ir bendradarbiavimo struktūra nacionaliniu, regioniniu ir paslaugų teikėjų lygmenimis, suinteresuotųjų pusių įsitraukimas, pasitikėjimas tarp dalyvių. Išskiriamas integruotų priežiūros paslaugų bendras ir lankstus finansavimo mechanizmas, informacinės sistemos infrastruktūra, užtikrinanti informacijos apie paciento priežiūros procesus prieinamumą paslaugų teikėjams. Disertaciniame darbe patvirtinama, kad aiški lyderystė ir bendradarbiavimo mechanizmų išgryninimas, perskirstant suinteresuotųjų pusių vaidmenis, vadybinių kompetencijų ugdymas, padeda veiksmingai valdyti integruotos priežiūros sprendimų diegimą.

3.6. Disertacinio tyrimo apribojimai ir tolimesnių tyrimų vykdymo perspektyvos

Lietuvoje ilgalaikės priežiūros modelis, kuriuo siekiama integruoti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, dar tik kuriamas – apibrėžiamas strateginiuose plėtos dokumentuose, todėl vienu iš disertacinio tyrimo apribojimų galima laikyti tai, kad buvo analizuojama ambulatorinių, paciento namuose teikiamų paslaugų perspektyva esamu momentu ilgalaikės priežiūros kontekste. Siekiant susidaryti išsamų integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo, koordinavimo ir dinamikos vaizdą, būtini išsamesni visų grandžių ilgalaikės priežiūros paslaugų organi-

zavimo tyrimai. Šiuo metu sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos branda Lietuvoje yra pradiniam lygmenyje, nėra patirties organizuojant ir teikiant tokias integruotas priežiūros paslaugas, todėl nėra galimybės išsamiai įvertinti dedamųjų dalių ir vykstančių procesų. Ateityje, įgyvendinant strateginiuose plėtros dokumentuose įtvirtintą ilgalaikės priežiūros modelį, kuriuo siekiama sujungti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, visuose jo diegimo etapuose būtinas detalus įvertinimas.

Disertaciniame darbe, atliekant pirmąjį empirinį tyrimą, buvo siekiama apklausti visus respondentus, kurie tyrimo atlikimo metu buvo hospitalizuoti atrinktos savivaldybės slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje, siekiant išsiaiškinti bendras ambulatorinių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų tendencijas, ar pacientams jos buvo teikiamos prieš patenkant į ligoninę, kaip jas vertino. Rezultatai atspindėjo apibendrintą daugiau neigiamą vertinimą, tačiau negalėjo išsamiai atskleisti konkretaus paslaugos gavėjo patirčių ir požiūrio, lūkesčių bei pasiūlymų dėl integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo ambulatoriniame lygmenyje, todėl ateityje šie duomenys galėtų būti detalizuoti kokybinio tyrimo metodais.

Disertacinio tyrimo metu buvo analizuojama ambulatorinių, paciento namuose teikiamų paslaugų perspektyva ilgalaikės priežiūros kontekste, todėl siekiant susidaryti išsamų integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo ir koordinavimo vaizdą būtini stacionarinių ilgalaikės priežiūros paslaugų tyrimai. Temos platumas ir sudėtingumas reikalauja, kad kiekviena iš integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo, koordinavimo ir paslaugų teikimo dedamųjų būtų detalai išanalizuotos, siekiant rasti tinkamiausius sprendimus tinkamam integruotos priežiūros dedamosios problemiškumui spręsti. Šis tyrimas prisidėjo prie integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, teikiamų ambulatoriniame lygmenyje, organizavimo ir koordinavimo suvokimo Lietuvos kontekste bei suteikė ekspertinių žinių apie integracijos iššūkius, jų sprendimus, teikiamų paslaugų privalumus, tačiau reikalingi detalesni tyrimai tokiose srityse, kaip paslaugų finansavimas, tarpsektorinis bendradarbiavimas ir bendradarbiavimo mechanizmai šių paslaugų teikėjų komandose, paslaugų teikimo algoritmai, paslaugų kokybės matavimai, integruotų paslaugų nauda pacientams ir jų artimiesiems, integruotų sveikatos priežiūros paslaugų ekonominis efektyvumas. Ypatingai svarbus tyrimų laukas yra pacientai ir jų artimieji – neformalios priežiūros paslaugų teikėjai, kuriems šiuo metu tenka didžiausia priežiūros našta, todėl jų patirčių, nuomonių ir poreikių vertinimas turėtų užimti ypatingą vietą, siekiant formuoti paciento poreikius atitinkančių integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių

paslaugų plėtrą.

Parengtas koncepcinis integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo ambulatoriniame lygmenyje modelis Lietuvoje apima visus paslaugų integracijos lygius makro, mezo ir mikro lygmenyse, atliepia tyrimų metu nustatytų iššūkių sprendimus, logiškai perskirstant išsakytus pasiūlymus iššūkių sprendimams, siekiant vystyti integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas. Modelis tenkina pagrindines integracijos sritis, apimančias integraciją sisteminiame, organizaciniame, funkciname, profesiniame, paslaugų teikimo ir asmeniniame lygmenyje, todėl teoriniu ir empirinių tyrimų pagrindu parengtas koncepcinis integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo ambulatoriniame lygmenyje modelis gali būti taikomas Lietuvoje, siekiant organizuoti ir teikti paciento poreikius tenkinančias ilgalaikes priežiūros paslaugas, tačiau, atsižvelgiant į disertacinio tyrimo apribojimus, turi būti atliekama išsamesnė kiekvieno iš modelio sudedamųjų analizė.

IŠVADOS

1. Teorinėje dalyje įvertinus užsienio šalių patirtis organizuojant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, atkreipiamas dėmesys į valdymo ir organizavimo užduočių įgyvendinimo svarbą, todėl valdymo mechanizmai nacionaliniu, regioniniu ir vietos lygmeniu, reikalauja specialistų vadybinių kompetencijų ir abiejų priežiūros sistemų supratimo.

1.1. Pagrindiniai sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos procese taikomi principai:

1.1.1. Sveikatos vadybos technologijos, tokios kaip paslaugų teikėjų vaidmenų perskirstymas, lyderystės išgryninimas, bendradarbiavimas ir veiksmų koordinavimas, paslaugų planavimas ir nuolatinis vertinimas, diegiant stebėsenos sistemas.

1.1.2. Sveikatos politikos formavimo bei sprendimų priėmimo inovacijos: politinė parama, suinteresuotųjų pusių įtraukimas į sprendimų priėmimą, tvarus valdymo ir finansavimo mechanizmas, standartizuotas specialistų vadybinių kompetencijų ugdymas, standartizuotos priežiūros teikimas.

1.1.3. Informacinių sistemų plėtra: paslaugų teikimo priminimo sistema, dalijimasis klinikiniais įrašais, paslaugų gavėjų registrai, m.sveikatos diegimas.

1.1.4. Paciento ir bendruomenės įtraukimas į priežiūros paslaugų organizavimą ir teikimą.

1.2. Identifikuota sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje integracijos nauda:

1.2.1. Sveikatos priežiūros sistemoms – leidžia efektyviai perskirstyti turimus išteklius, perorganizuojant priežiūros paslaugų teikimą, sumažinamas skiriamų resursų dubliavimas, sumažinamos bendrosios priežiūros išlaidos vienam gyventojui (sutrumpinama hospitalizavimo trukmė bei nebūtinų sveikatos priežiūros paslaugų naudojimas).

1.2.2. Paslaugų teikėjams – stiprinamas specialisto vaidmuo paslaugų teikimo procese, perskirstytas darbo krūvis sumažina perdegimo darbe tikimybę, užtikrinamas įgūdžių tobulinimas ir įsisavinimas, padidėja pasitenkinimas darbu.

- 1.2.3. Paslaugų gavėjams ir jų šeimos nariams – geresnis paslaugų prieinamumas ir savalaikė priežiūra, geresnis priežiūros paslaugų koordinavimas, aktyvesnis dalyvavimas priežiūros paslaugų planavimo ir teikimo procese, didesnis pasitenkinimas priežiūros paslaugomis, sumažėjusi priežiūros našta šeimos nariams.
- 1.2.4. Bendruomenės nariams – užtikrinamas geresnis priežiūros paslaugų prieinamumas, bendruomenės sąmoningumo ugdymas, bendruomenės išitraukimas, dalyvavimas ir įtaka priežiūros paslaugų organizavimo procesui, atstovavimas priimant sprendimus dėl sveikatos išteklių naudojimo.

2. Apibendrinus užsienio šalyse diegiamus ir vystomus integruotos priežiūros modelius nustatyta:

- 2.1. Integruotos priežiūros modelius galima suskirstyti į tris pagrindines grupes:
 - 2.1.1. Individualūs integruotos priežiūros modeliai – apima konkretaus paciento atvejo vadybą, individualų priežiūros planavimą.
 - 2.1.2. Tam tikrai tikslinei pacientų grupei skirtų integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų modeliai bei konkrečių specifinių lėtinių ligų integruotos priežiūros modeliai – apima lėtinių ligų priežiūros modelį, lėtinių ligų valdymo programas ir integruotas senyvo amžiaus, neįgaliųjų priežiūros modelius.
 - 2.1.3. Visuomenės sveikatos priežiūra pagrįsti integruotų paslaugų teikimo modeliai – apima paslaugas, kurios yra nukreiptos visuomenės sveikatos stiprinimui, sveikos gyvensenos ugdymui, o integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos tampa visos sistemos, nukreiptos bendriems sveikatos rodikliams gerinti, dalimi.
- 2.2. Vieno, tinkančio visoms valstybėms integruotos priežiūros modelio nėra, todėl valstybėms, organizuojant integruotas priežiūros paslaugas, būtina atsižvelgti į sistemų kultūrą bei struktūras. Išskiriamos bendrosios integracijos kryptys:
 - 2.2.1. Reformos, kuriomis siekiama integruoti sveikatos ir rūpybos paslaugas, pagrįstos finansavimo sistemų integravimu ir institucinių kliūčių įveikimu tarp ambulatorinės ir stacionarinės priežiūros grandies, tarp formalios ir neformalios priežiūros.

- 2.2.2. Vystomos papildančios sveikatos priežiūros paslaugos (tokios kaip geriatrinės), įtraukiant įvairius priežiūros profesionalus, užtikrinant jų bendradarbiavimo skatinimą ir paslaugų kokybės bei efektyvumo vertinimą.
- 2.2.3. Integruotos priežiūros paslaugų teikimo mechanizmu skatinamas paslaugos gavėjų dalyvavimas priežiūros procese, siekiant užtikrinti paslaugos gavėjo įtraukimą į paslaugų teikimą ir proceso kontrolę.
- 2.2.4. Bendruomeninės priežiūros iniciatyvos, kurios peržengia tradicinės priežiūros sąvoką ir mobilizuoja bendruomenės išteklius gerovės paslaugoms.
- 2.2.5. Informacijos apie teikiamas integruotos priežiūros paslaugas sklaida bei priežiūros paslaugų teikėjų kompetencijų didinimas, skatinant bendradarbiavimą tarp skirtingų organizacijų.

3. Atlikta esamos situacijos analizė Lietuvoje parodė, kad spartus visuomenės senėjimas ir su tuo susijusių lėtinių ligų epidemiologinės situacijos prastėjimas, didina integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo poreikį ambulatorinėje priežiūros grandyje:

- 3.1. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos būklės rodiklių analizė atskleidžia, kad galima padidinti sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumą, pereinant nuo stacionarinės priežiūros prie ambulatorinėje grandyje organizuojamų ir teikiamų paslaugų senėjančios visuomenės kontekste.
- 3.2. Stacionarinėms paslaugoms skiriama trečdalis viso sveikatos priežiūros biudžeto, stacionarinės įstaigos išnaudojamos išvengiamos hospitalizacijos atvejais, kai sveikatos problemos galėtų būti efektyviau sprendžiamos naudojant ambulatorinės grandies paslaugas.
- 3.3. Lietuvoje daugiau nei trečdaliui vyresnių nei 65 m. asmenų reikalingos sveikatos arba socialinės paslaugos, teikiamos ambulatoriniame lygmenyje, tačiau šias priežiūros paslaugas gauna tik nedidelė dalis poreikį turinčių asmenų.
- 3.4. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje fragmentuotas reglamentavimas ir organizavimas mažina prieinumą, kokybę bei šių paslaugų apimtį, sukelia sveikatos bei socialinių paslaugų nepilnavertiškumą bei formuoja kritikuotinas pacientų eiles paslaugoms gauti, o tai

didina paciento priežiūros našta artimiesiems.

- 3.5. Įvertinus potencialių integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų gavėjų apklausos duomenis, nustatyta, kad dauguma negavo priežiūros paslaugų ambulatoriniame lygmenyje bei nežinojo apie galimybę jas gauti. Pacientai ir jų artimieji, kuriems buvo teikiamos priežiūros paslaugos ambulatoriniame lygmenyje, šias paslaugas buvo linkę vertinti blogai arba patenkinamai.
- 3.6. Dauguma apklausoje dalyvavusių potencialių integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų gavėjų pageidautų ilgalaikių, nuolatinių priežiūros paslaugų paciento namuose bei norėtų, kad šias paslaugas teiktų sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos specialistų komanda, veikdama kartu, o jų teikiamos paslaugos būtų prieinamos visomis dienomis ir nakties metu.

4. *Atliktų Lietuvos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatorinės grandyje empirinių tyrimų metu:*

- 4.1. Suformuotas integruotos priežiūros apibrėžimas Lietuvos kontekste – integruota priežiūra – tai koordinuotai organizuojamos ir teikiamos individualius paciento poreikius atitinkančios, kokybiškos, kompleksinės, savalaikės paslaugos, kurios apima ne tik sveikatos priežiūrą ir socialinę pagalbą, bet ir papildomos kitomis būtinomis paslaugomis, tokiomis kaip farmacininko, švietimo paslaugomis, užimtumo, integracijos į visuomenę paslaugomis, siekiant užtikrinti asmens fizinę, psichinę ir socialinę gerovę, o paslaugų integracija pasiekama per politinių ir sisteminių sprendimų priėmimą – sistemingą integraciją.
- 4.2. Nustatyta, kad sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemų pasirengimas integracijai yra pradiniam lygmenyje, identifikuoti prieštaravimai, neigiamai veikiančios integracijos procesą, bei suformuluoti jų sprendimų būdai:
 - 4.2.1. Neigiamas veiksnys – bendros atsakomybės ir požiūrio valstybiniu lygmeniu trūkumas. Siekiant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos, siūloma valstybiniu lygmeniu įteisinti ilgalaikius sprendimus politinio susitarimo pagrindu, reglamentuoti paslaugą, kaip ilgalaikės priežiūros institutą, šios paslaugos koordinavimą ir kontroliavimą deleguoti vienai atsakingai ministerijai, to-

- kiu būdu centralizuoti paslaugos organizavimą.
- 4.2.2. Neigiamas veiksnys – skirtingas paslaugų finansavimas. Siekiant vie-ningo finansavimo mechanizmo, siūloma įsteigti atskirą paslaugų finansavimo fondą, paslaugas finansuoti lanksčiai pagal konkretaus asmens poreikius ir konkretaus specialisto suteiktas paslaugas.
 - 4.2.3. Neigiamas veiksnys – savivaldybių nepilnavertis įgalinimas priežiū-ros paslaugų koordinavimui, žmogiškųjų išteklių, reikiamų kompe-tencijų ir vadybinių įgūdžių trūkumas trukdo pilnavertiškai organi-zuoti priežiūros paslaugas vietos bendruomenėse. Siekiant tolygaus paslaugų vystymosi skirtingose savivaldybėse, siūloma paslaugų koordinavimą visiškai deleguoti savivaldybei, į sprendimų priėmimą įtraukti suinteresuotąsias puses, sukurti atskirą integruotos priežiū-ros tarnybą, kurios veikla būtų organizuojama „vieno langelio“ prin-cipu bei stiprinti savivaldybių specialistų vadybines kompetencijas.
 - 4.2.4. Neigiamas veiksnys – bendradarbiavimo sunkumai ir santykių tarp paslaugų teikėjų nebuvimas, komandinio darbo kompetencijų trū-kumas, aiškios lyderystės nebuvimas, informacijos prieinamumo trūkumas, sudėtingi paslaugų organizavimo mechanizmai, žmogiš-kųjų išteklių paslaugų teikimui trūkumas. Siūloma paslaugos teikimą vykdyti per sveikatos priežiūros prizmę, persikirstant atsakomybes, lyderystę perduodant slaugos specialistams, tačiau tam būtina ma-žinti paslaugų organizavimo biurokratinį mechanizmą, užtikrinti informacijos prieinamumą informacinėmis sistemomis bei stiprinti komandinio darbo kompetencijas, diegiant tarpdisciplinines ugdy-mo programas.
 - 4.2.5. Neigiamas veiksnys – informacijos apie sveikatos priežiūros ir so-cialines paslaugas trūkumas ir socialinių paslaugų stigmatizavimas. Siekiant pagerinti priežiūros paslaugų žinomumą, siūloma: informa-ciją viešinti įvairiais amžių ir poreikius tenkinančiais informacijos sklaidos šaltiniais, mažinti priežiūros paslaugų stigmatizavimą, ak-centuojant paslaugų naudą ir pridėtinę vertę, gerinti komunikaciją apie integruotas paslaugas visuose organizavimo ir tiekimo lygme-nyse, teikti papildomas mokymų ir psichologinės pagalbos paslaugas bendruomenėse.

4.2.6. Neigiamas veiksnys – žemas visuomenės į(si)traukimas, susvetimėjimas, neigiamas vyresnio amžiaus asmenų bei priežiūros paslaugų vertinimas. Siekiant didinti visuomenės į(si)traukimą, siūloma skatinti savanorystės idėjas, didinti asmeninę atsakomybę bei sveikatos raštingumą, formuoti teigiamą vyresnio amžiaus asmenų įvaizdį visuomenėje.

5. *Teorinių ir empirinių tyrimų pagrindu parengus koncepcinį integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelį ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje, galime teigti, kad:*

- 5.1. Detalizuotas modelis orientuojamas į sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integravimą ambulatoriniame lygmenyje, siekiant užtikrinti ilgalaikės priežiūros paslaugas senėjančios visuomenės kontekste.
- 5.2. Modelyje priežiūros paslaugų integracija valstybiniame (makro) lygmenyje pasiekama esant politiniam sutarimui, vyriausybei deleguojant atsakomybę už integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas. Objektivių sprendimų priėmimui (paslaugų organizavimui, formavimui, vystymui ir priežiūrai) sudaroma šių paslaugų valdymo grupė, paskiriamas vienas atsakingas šių paslaugų organizatorius ministerijų lygmeniu. Įteisinus integruotas priežiūros paslaugas, užtikrinamas informacijos prieinamumas, žmogiškųjų išteklių perskirstymas ir valdymas, paslaugų poreikio ir kokybės vertinimas, sujungiami visi paslaugų organizavimo ir teikimo lygmenys.
- 5.3. Lanksčiam priežiūros paslaugų finansavimui modelyje numatytas atskiras ilgalaikių priežiūros paslaugų finansavimo fondas, sujungiantis šiuo metu esančius skirtingus paslaugų finansavimų šaltinius.
- 5.4. Paslaugų koordinavimas perduodamas savivaldybėms. Integruotos priežiūros paslaugos organizuojamos „vieno langelio“ principu per asmens sveikatos priežiūros prizmę, paslaugų teikimo lyderystę perduodant sveikatos priežiūros specialistams (užtikrinama mezo lygmens organizacinė ir profesinė integracija). Profesinė integracija vykdoma per komandinį darbą ir sprendimų priėmimą bendro konsiliumo principu.
- 5.5. Modelyje integruotos priežiūros paslaugos teikiamos vadovaujantis paslaugų teikimo algoritmais, pagal nustatytus konkretaus paciento poreikius, individualizuotai teikiant paramą paciento artimiesiems (užtikrinama mikro lygmens klinikinės praktikos integracija).

REKOMENDACIJOS

1. Nustačius, kad šiuo metu sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemų pasirengimas integracijai yra pradiniam lygmenyje ir pripažįstant, kad integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje vien teisiniu reglamentavimu sukurti nepavyks, prieš diegiant integruotos priežiūros modelį, siūloma spręsti disertaciniame darbe nustatytus prieštaravimus integracijai:

1.1. SAM ir SADM, nelaukiant Lietuvos strateginiuose dokumentuose numatytos ilgalaikės priežiūros reformos:

- Į sprendimų priėmimą įtraukti suinteresuotąsias puses, jiems teikti bendrą, suderintą integruotų paslaugų organizavimo viziją bei kitus su šių paslaugų organizavimu susijusius sprendimus.

- Įgalinti šiuo metu egzistuojančius instrumentus bendrų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimui bei parengti unifikuotus paslaugų poreikio vertinimo ir teikimo algoritmus.

- Įvertinti turimus žmogiškuosius resursus integruotų sveikatos priežiūros paslaugų teikimui, formuoti persikvalifikavimo programas, siekiant patenkinti priežiūros specialistų poreikį.

- Inicijuoti naudojamų informacinių sistemų integraciją, siekiant vieningos informacinės sistemos integruotos priežiūros paslaugų teikėjams.

- Formuoti priežiūros specialistų komandinio darbo ir bendradarbiavimo įgūdžius, organizuojant bendrus mokymus.

- Skatinti visuomenės įsitraukimą į sprendimų priėmimą informuojant visuomenę apie numatomą ilgalaikės priežiūros reformą, viešinti integruotų priežiūros paslaugų poveikį ir naudą.

- Skatinti savanoriškos veiklos iniciatyvas susijusias su ilgalaikių sveikatos paslaugų teikimu.

1.2. Savivaldybių administracijoms įgyvendinti šiuo metu teisės aktais deleguotas funkcijas sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo ir koordinavimo srityje:

- Telkti savivaldybėje veiklą vykdančius ASPN ir socialinių paslaugų teikėjus bendram veiklos organizavimui bei kylančių iššūkių sprendimui.

- Tobulinti savivaldybės administracijos darbuotojų vadybines kompetencijas.

- Informuoti vietos bendruomenės narius apie savivaldybėje organizuojamas

ir teikiamas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas bendruomenės nariams priimtinais informavimo šaltiniais.

- Skatinti bendruomenės narių dalyvavimą sprendimų priėmime dėl ilgalaikės priežiūros vystymo savivaldybėje bei plėtoti bendruomenišką neformalios priežiūros tinklą.

1.3. ASPN ir socialinių paslaugų teikėjams:

- Įgyvendinti šiuo metu įteisintus bendro darbo reikalavimus, tokius kaip ASPN gavėjų atvejų aptarimus, bendro konsiliumo principu koreguoti priežiūros planus.

- Tobulinti komandinio darbo įgūdžius bei dalintis gerąją praktika su kitais paslaugų teikėjais.

- Viešinti teikiamas paslaugas potencialiems paslaugų gavėjams jiems priimtinu būdu.

- Į priežiūros paslaugų teikimą įtraukti bendruomenės narius, taip skatinant neformalios priežiūros tinklo plėtrą ir bendruomenės narių įsitraukimą į priežiūros paslaugų teikimą.

2. Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų plėtrą siūloma vystyti dviem kryptimis – paslaugų plėtra ir inovatyvių priežiūros sprendimų taikymas:

2.1. Paslaugų plėtra:

- Integruotas ilgalaikės priežiūros paslaugas orientuoti ne tik vyresnio amžiaus asmenims, bet ir negalią turinčių darbingo amžiaus asmenų, jaunimo, vaikų integruotos priežiūros poreikių užtikrinimui, į integracijos procesą įtraukiant švietimo paslaugas, persikvalifikavimo galimybes, kultūros paslaugas.

- Vystyti pirmines, prevencines geriatrines paslaugas, kurios apimtų švietimą, sveikatos ugdymą, sveikos gyvensenos skatinimą, saugios aplinkos užtikrinimą.

- Organizuoti integruotas dienos priežiūros paslaugas, pasinaudojant jau esančiu socialinių paslaugų dienos centrų tinklu.

- Vykdyti stacionariųjų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integraciją ir plėtoti paliatyvosios pagalbos, psichikos sveikatos paslaugų spektrą ir prieinamumą.

- Kurti mobilius integruotas priežiūros centrus pacientams, kurie gyvena nuo centrų nutolusiuose rajonuose.

- Vystyti paslaugas pacientų artimiesiems, skatinant integraciją į darbo rinką, suteikiant lanksčias darbo sąlygas ir savirealizacijos galimybes.

2.2. Inovatyvių priežiūros sprendimų taikymas:

- Plėtoti informacines technologijas, įtraukiant kitas priežiūros paslaugas teikiančias institucijas (pvz. greitosios medicinos pagalbos), siekiant dalintis priežiūros paslaugų informacija.
- Įteisinti ir vystyti inovatyvių priežiūros sprendimų (pvz. nuotolinis arterinio spaudimo matavimo aparatas, apyrankės griuvimo rizikai valdyti, gliukozės kraujyje stebėjimui ir pan.) naudojimą.
- Įdiegti integruotų paslaugų kokybės ir efektyvumo vertinimo sistemą, vertinti objektyvius (hospitalizavimo, paslaugų apimties ir kt.) ir subjektyvius pacientų ir visuomenės požiūrio rodiklius.
- Pripažįstant faktą, kad paslaugų integracija yra tęstinis procesas, skatinti mokslinius integruotos priežiūros tyrimus, nes sudėtingiems sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos sistemos pokyčių procesams reikia specialiųjų įgūdžių ir atitinkamų lydimųjų priemonių, siekiant priimti įrodymais pagrįstus valdymo ir organizavimo sprendimus. Įvykdžius pokyčius, reguliariai vertinti integruotos priežiūros sistemų brandą, kokybę ir efektyvumą ekspertų ir paslaugų teikėjų akimis, siekiant nustatyti sritis, kurias būtina koreguoti vystant integruotas priežiūros paslaugas.

LITERATŪROS SARAŠAS

Mokslinė literatūra

1. Alakeson V. (2008). Let patients control the purse strings. *BMJ*. 336(7648):807–9. <https://doi.org/10.1136/bmj.39524.400498.AD>
2. Alderwick, H., Hutchings, A., Briggs, A., & Mays, N. (2021). The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: a systematic review of reviews. *BMC public health*, 21(1), 753. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10630-1>
3. Ahgren, B., & Axelsson, R. (2005). Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International journal of integrated care*, 5, e01–e09. <https://doi.org/10.5334/ijic.134>
4. Arias, N., Garralda, E., De Lima, L., Rhee, J. Y., & Centeno, C. (2019). Global Palliative Care and Cross-National Comparison: How Is Palliative Care Development Assessed?. *Journal of palliative medicine*, 22(5), 580–590. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0510>
5. Arias-Casais, N., López-Fidalgo, J., Garralda, E., Pons, J. J., Rhee, J. Y., Lukas, R., de Lima, L., & Centeno, C. (2020). Trends analysis of specialized palliative care services in 51 countries of the WHO European region in the last 14 years. *Palliative medicine*, 34(8), 1044–1056. <https://doi.org/10.1177/0269216320931341>
6. Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N. D., & Adair, C. E. (2009). Health systems integration: state of the evidence. *International journal of integrated care*, 9, e82. <https://doi.org/10.5334/ijic.316>
7. Atun, R., de Jongh, T., Secci, F., Ohiri, K., & Adeyi, O. (2010). A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems. *Health policy and planning*, 25(1), 1–14. <https://doi.org/10.1093/heapol/czp053>
8. Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (3rd edition). Maidenhead: Open University press.
9. Aveyard, H., Payne, S. and Preston N. (2016). *A post-graduate's guide to doing a literature review in health and social care*. Berkshire: Open University Press.
10. Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health--a conceptual framework. *The International journal of health planning and management*, 21(1), 75–88. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>
11. Baggott, R. (2015). *Understanding Health Policy*. Second Edition. Bristol: Policy Press. DOI:10.1017/S0047279416000726

12. Banfield, M., Jowsey, T., Parkinson, A., Douglas, K. A., & Dawda, P. (2017). Experiencing integration: a qualitative pilot study of consumer and provider experiences of integrated primary health care in Australia. *BMC family practice*, 18(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0575-z>
13. Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital quarterly*, 7(1), 73–82. <https://doi.org/10.12927/hcq.2003.16763>
14. Bautista, M. A., Nurjono, M., Lim, Y. W., Dessers, E., & Vrijhoef, H. J. (2016). Instruments Measuring Integrated Care: A Systematic Review of Measurement Properties. *The Milbank quarterly*, 94(4), 862–917. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12233>
15. Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. (2018). The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Serv Res.*;18(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3>.
16. Bower P, Reeves D, Sutton M, et al. Improving care for older people with long-term conditions and social care needs in Salford: the CLASSIC mixed-methods study, including RCT. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2018 Aug. (Health Services and Delivery Research, No. 6.31.) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519984/> doi: 10.3310/hsdr06310
17. Blount, A.; Schoenbaum, M.; Kathol, R.; Rollman, B. L.; Thomas, M.; O'Donohue, W.; Peek, C. J. (2007). The economics of behavioral health services in medical settings: A summary of the evidence. *Professional Psychology: Research and Practice.*, 38(3): 290–297. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.558.9848&rep=rep1&type=pdf>
18. Bodenheimer T. (2008). Coordinating care--a perilous journey through the health care system. *The New England journal of medicine*, 358(10), 1064–1071. <https://doi.org/10.1056/NEJMhpr0706165>
19. Bowling, A. (2014). *Research methods in health: investigating health and health services* (4th eds). Milton Keynes: McGraw-Hill/Open University Press.
20. Bradley, E. H., Curry, L. A., & Devers, K. J. (2007). Qualitative data analysis for health services research: developing taxonomy, themes, and theory. *Health services research*, 42(4), 1758–1772. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00684.x>
21. Brault, M. A., Brewster, A. L., Bradley, E. H., Keene, D., Tan, A. X., & Curry, L. A.

- (2018). Links between social environment and health care utilization and costs. *Journal of gerontological social work*, 61(2), 203–220. <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1433737>
22. Braun, V. and Clark, V. (2013). *Successful qualitative research: a practical guide for beginners*. London: Sage.
 23. Brewster, A. L., Yuan, C. T., Tan, A. X., Tangoren, C. G., & Curry, L. A. (2019). Collaboration in Health Care and Social Service Networks for Older Adults: Association With Health Care Utilization Measures. *Medical care*, 57(5), 327–333. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001097>
 24. Bryman, A. (2006). Paradigm peace and the implications of quality. *International Journal of Social Research Methodology* 9:2, 111-126, DOI: 10.1080/13645570600595280
 25. Burokienė, S., Kisielienė, I., Usonis, V. (2014). „Integruota vaikų sveikatos priežiūra: tarptautinė patirtis ir rekomendacijos“. *Visuomenės sveikata* 4, 67: 20–21. [https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.4\(67\)/VS%202014%204\(67\)%20LIT%20A%20Vaiku%20sveikatos%20prieziura.pdf](https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.4(67)/VS%202014%204(67)%20LIT%20A%20Vaiku%20sveikatos%20prieziura.pdf)
 26. Busse, R., Blümel, M. (2014). Germany: Health system review. *Health systems in transition*, 16(2), 1–xxi. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf
 27. Busnel, C., Vallet, F., Ashikali, E. M., Ludwig, C. (2022). Assessing multidimensional complexity in home care: congruencies and discrepancies between patients and nurses. *BMC Nurs* 21, 166. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00942-x>
 28. Cavanagh S. (1997). Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse researcher*, 4(3), 5–16. <https://doi.org/10.7748/nr.4.3.5.s2>
 29. Carter, N., Valaitis, R. K., Lam, A., Feather, J., Nicholl, J., & Cleghorn, L. (2018). Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. *BMC health services research*, 18(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2889-0>
 30. Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London, UK: Sage Publications Inc. http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Charmaz_2006.pdf
 31. Coleman, K., Austin, B.T., Brach, C., Wagner, E.H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium.. *Health Aff Proj Hope*. 28(1):75–85. DOI: 10.1377/hlthaff.28.1.75

32. Courtin, E., Jemai, N., & Mossialos, E. (2014). Mapping support policies for informal carers across the European Union. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 118(1), 84–94. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.013>
33. Creswell, J.W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (4th edition). Thousand Oaks, CA: Sage.
34. Creswell, J.W. (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Approaches*, 3rd ed. Thousand Oaks: Sage.
35. Creswell, J. W., Vicki, L., Clark, P. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, 2nd ed. Thousand Oaks: Sage.
36. Creswell, J. W., Fetters, M. D., & Ivankova, N. V. (2004). Designing a mixed methods study in primary care. *Annals of family medicine*, 2(1), 7–12. <https://doi.org/10.1370/afm.104>
37. Cretin, S., Shortell, S. M., & Keeler, E. B. (2004). An evaluation of collaborative interventions to improve chronic illness care. Framework and study design. *Evaluation review*, 28(1), 28–51. <https://doi.org/10.1177/0193841X03256298>
38. Crocker, H., Kelly, L., Harlock, J., Fitzpatrick, R., Peters, M. (2020). Measuring the benefits of the integration of health and social care: qualitative interviews with professional stakeholders and patient representatives. *BMC Health Services Research* 20:515 <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05374-4>
39. Crotty, M. (1998). *The Foundations of social research: meaning and perspective in the research process*. London: Sage.
40. Curreri N. A. (2019). *Partnership Working in Health and Social Care: 2nd Edition 2014*, Jon Glasby and Helen Dickinson, Publisher: Policy Press. *International Journal of Integrated Care*, 19(2), 12. <https://doi.org/10.5334/ijic.4722>
41. Curry, N. and Ham, C. (2010). *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Clinical-and-service-integration-Natasha-Curry-Chris-Ham-22-November-2010.pdf>
42. Curry, N., Harris, M., Gunn, L. H., Pappas, Y., Blunt, I., Soljak, M., Mastellos, N., Holder, H., Smith, J., Majeed, A., Ignatowicz, A., Greaves, F., Belsi, A., Costin-Davis, N., Jones Nielsen, J. D., Greenfield, G., Cecil, E., Patterson, S., Car, J., & Bardsley, M. (2013). Integrated care pilot in north-west London: a mixed methods evaluation. *International journal of integrated care*, 13, e027. <https://doi.org/10.5334/ijic.1149>

43. Curtis, R; Christian, E. (ed.). *Integrated Care Applying Theory to Practice*. New York: Routledge Taylor & Francis Group. 2012, p. 3–20.
44. Czypionka, T., Kraus, M., Reiss, M., Baltaxe, E., Roca, J., Ruths, S., Stokes, J., Struckmann, V., Haček, R. T., Zemplényi, A., Hoedemakers, M., & Rutten-van Mölken, M. (2020). The patient at the centre: evidence from 17 European integrated care programmes for persons with complex needs. *BMC health services research*, 20(1), 1102. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05917-9>
45. Čekanavičius, V., Murauskas, G. (2000). *Statistika ir jos taikymai 1*. Vilnius: TEV.
46. Čekanavičius, V., Murauskas, G. (2002). *Statistika ir jos taikymai. 2*. Vilnius: TEV
47. Danusevičienė, L. (2016) *Namuose teikiama integralios pagalbos asmenims, turintiems specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, veiksmingumo įvertinimas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Prieiga per eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka.*
48. Dey, I. (1993) *Qualitative Data Analysis. A User-Friendly Guide for Social Scientists*. Routledge, London.
49. De Maeseneer, J., van Weel, C., Egilman, D., Mfenyana, K., Kaufman, A., & Sewankambo, N. (2008). Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 58(546), 3–4. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X263721>
50. Edmunds, H. (1999). *The focus group. Research handbook*. Chicago, IL: American Marketing Association and NTC Business Books.
51. Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
52. Elo S., Kääriäinen M., Kanste O., Pölkki T., Utriainen K., Kyngäs H. (2014). *Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness*. Article. SAGE Open.
53. Farmer, T., Robinson, K., Elliott, S. J., & Eyles, J. (2006). Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qualitative health research*, 16(3), 377–394. <https://doi.org/10.1177/1049732305285708>
54. Gaižauskaitė, I., Valavičienė N. (2016). *Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu*. Mykolo Romerio univeristetas.
55. Gatchel, R. J.; Oordt, M. S. (2003) *Clinical health psychology and primary care: Practical advice and clinical guidance for successful collaboration*. Washington,

DC: American Psychological Association.

56. Genet, N., Boerma, W. G., Kringos, D. S., Bouman, A., Francke, A. L., Fagerström, C., Melchiorre, M. G., Greco, C., & Devillé, W. (2011). Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC health services research*, 11, 207. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-207>
57. Gillard, S., Adams, K., Edwards, C., Luccock, M., Miller, S., Simons, L., Turner, K., White, R., White, S., & Self Care in Mental Health research team (2012). Informing the development of services supporting self-care for severe, long term mental health conditions: a mixed method study of community based mental health initiatives in England. *BMC health services research*, 12, 189. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-189>
58. Glasby, J. and Dickinson, H. (2014). *Partnership working in health and social care: what is integrated care and how can we deliver it?* (2nd edition). Bristol: The Policy Press.
59. Glasby, J., Littlechild, R. (2016). Direct payments and personal budgets: Putting personalisation into practice. Policy Press, p. 274–275, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw122>
60. Glasby J. (2016). If Integration Is the Answer, What Was the Question? What next for English Health and Social Care Partnerships?. *International journal of integrated care*, 16(4), 11. <https://doi.org/10.5334/ijic.2535>
61. Glomsas, H. S., Knutsen, I. R., Fossum, M., Christiansen, K., & Halvorsen, K. (2022). Family caregivers' involvement in caring for frail older family members using welfare technology: a qualitative study of home care in transition. *BMC geriatrics*, 22(1), 223. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02890-2>
62. Gorad, S. (2010). Research design as independent of methods. In Teddlie, C. and Tashakkori *Handbook of mixed methods*. London: Sage.
63. Goodwin, N. (2016). Understanding integrated care. *Integrated Care* 16, 4: 1–4. <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2530>
64. Goodwin, N., Dixon, A., Anderson G., Wodchis, W. (2014). Providing integrated care for older people with complex needs: lessons from seven international case studies. King's Fund. https://scholar.google.co.uk/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=PqXTcq0AAAAJ&alert_preview_top_rm=2&citation_for_view=PqXTcq0AAAAJ:L8Ckcad2t8MC
65. Goodwin, N., & Lawton-Smith, S. (2010). Integrating care for people with mental

- illness: the Care Programme Approach in England and its implications for long-term conditions management. *International journal of integrated care*, 10, e040. <https://doi.org/10.5334/ijic.516>
66. Goodwin, N., Sonola, L., Thiel, V., Kodner, D. (2013). Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf
 67. Goodwin, N., Perri, Peck, E., Freeman, T., Posaner, R. (2004). *Managing Across Diverse Networks of Care: Lessons from Other Sectors*. (<http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/adhoc/39-policy-report.pdf>)
 68. Gravelle, H., Dusheiko, M., Sheaff, R., Sargent, P., Boaden, R., Pickard, S., Parker, S., & Roland, M. (2007). Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ (Clinical research ed.)*, 334(7583), 31. <https://doi.org/10.1136/bmj.39020.413310.55>
 69. Greene, J. (2007). *Mixed methods in social enquiry*. New York: Wiley.
 70. Green, J., Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research (4th edition)*. London: Sage.
 71. Gröne, O., Garcia-Barbero, M., & WHO European Office for Integrated Health Care Services (2001). *Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services*. *International journal of integrated care*, 1, e21.
 72. Guba, E.G. (1990). The alternative paradigm dialog. In E.G. Guba, (Ed.). *The Paradigm Dialog*. (pg. 17-30). Newbury Park, CA: Sage.
 73. Haggerty J. L. (2012). Ordering the chaos for patients with multimorbidity. *BMJ (Clinical research ed.)*, 345, e5915. <https://doi.org/10.1136/bmj.e5915>
 74. Haggerty, J. H., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., McKendry R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 327. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>.
 75. Ham, C. (2018). *Making sense of integrated care systems, integrated care partnerships and accountable care organisations in the NHS in England*. London: Kings Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-sense-integrated-care-systems>
 76. Ham, C., Glasby, J., Parker, H., Smith, J. (2008). *Altogether now? Policy options for integrating care*. Health Services Management Centre. (<http://www.wales.nhs.uk/>

sitesplus/documents/829/HSMC%20Report%20-%20Altogether_Now_Report.pdf).

77. Hébert, R., Durand, P. J., Dubuc, N., Tourigny, A., & PRISMA Group (2003). PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International journal of integrated care*, 3, e08. <https://doi.org/10.5334/ijic.73>
78. Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M. F., Gueye, N. R., Dubuc, N., Tousignant, M., & PRISMA Group (2010). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 65B(1), 107–118. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp027>
79. Henderson, L., Bain, H., Allan, E., Kennedy C. (2020). Integrated health and social care in the community: A critical integrative review of the experiences and well-being needs of service users and their families. *Health and social care in the community*. <https://doi.org/10.1111/hsc.13179>
80. Henderson, L., Bain, H., Allan, E., Kennedy, C. (2022). Exploring the health and wellbeing needs and experiences of people who use and deliver integrated health and social care in the community: a multi-case study. *International Journal of Integrated Care*, 22(S1), 23. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.ICIC21012>
81. Hesse-Biber, S. N. (2010). *Mixed methods research. Merging theory with practice*. New York: The Guilford Press.
82. Hopf, Y. M., Francis, J., Helms, P. J., Haughney, J., & Bond, C. (2016). Core requirements for successful data linkage: an example of a triangulation method. *BMJ open*, 6(10), e011879. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011879>.
83. Hower, K. I., Vennedey, V., Hillen, H. A., Kuntz, L., Stock, S., Pfaff, H., & Ansmann, L. (2019). Implementation of patient-centred care: which organisational determinants matter from decision maker's perspective? Results from a qualitative interview study across various health and social care organisations. *BMJ open*, 9(4), e027591. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027591>
84. Humphries R. (2015). Integrated health and social care in England--Progress and prospects. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 119(7), 856–859. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.04.010>
85. Humphries, R. (2018). *Reviewing the Better Care Fund: time to be bold?* Kings Fund: London. <https://www.kingsfund.org.uk/blog/2018/10/reviewing-better->

care-fund-time-be-bold

86. Hutt, R., Rosen, R., McCauley J. (2004). Case managing long term conditions. London:King's. <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/casemanagement.pdf>
87. Ingram, E., Cooper, S., Beardon, S., Körner, K., McDonald, H. I., Hogarth, S., Gomes, M., & Sheringham, J. (2022). Barriers and facilitators of use of analytics for strategic health and care decision-making: a qualitative study of senior health and care leaders' perspectives. *BMJ open*, 12(2), e055504. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055504>
88. Ikegami N. (2019). Financing Long-term Care: Lessons From Japan. *International journal of health policy and management*, 8(8), 462–466. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.35>
89. Irani, E., Hirschman, K. B., Cacchione, P. Z., & Bowles, K. H. (2018). Home health nurse decision-making regarding visit intensity planning for newly admitted patients: a qualitative descriptive study. *Home health care services quarterly*, 37(3), 211–231. <https://doi.org/10.1080/01621424.2018.1456997>
90. Jakavonytė-Akstinienė A. (2018). Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės pagyvenusių pacientų pažintinių ir fizinių funkcijų sąsajos su slaugos poreikiais. Daktaro disertacija. LSMU. eLab talpykla. Internetinė prieiga https://www.lsmu.lt/cris/bitstream/20.500.12512/20167/2/A_Jakavonytes_Akstinienes_disertacija.pdf
91. Aruseviciene, L., Kontrimiene, A., Zaborskis, A., Liseckiene, I., Jarusevicius, G., Valius, L., & Lazarus, J. V. (2019). Development of a scale for measuring collaboration between physicians and nurses in primary health-care teams. *Journal of interprofessional care*, 33(6), 670–679. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1594730>
92. Jaruseviciene, L., Liseckiene, I., Valius, L., Kontrimiene, A., Jarusevicius, G., & Lapão, L. V. (2013). Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. *BMC family practice*, 14, 118. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-118>
93. John, J. R., Ghassempour, S., Girosi, F., & Atlantis, E. (2018). The effectiveness of patient-centred medical home model versus standard primary care in chronic disease management: protocol for a systematic review and meta-analysis of randomised and non-randomised controlled trials. *Systematic reviews*, 7(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0887-2>

94. Jose-Luis, F., Trigg L., Reinhard H. J., Micharikopoulos, D. (2020). European long-term care models and compatibility with social investment approaches. http://sprint-project.eu/wp-content/uploads/2018/09/SPRINT_D3.2_European-LTC-Models-SI-Approaches.pdf
95. Junevičienė J. (2020). Neformalios ir formalios pagyvenusių žmonių globos jų namuose sąsajos: socialinės politikos priemonės ir globėjų požiūriai: disertacija. Kauno technologijos universitetas, Lietuvos socialinių tyrimų centras ir Vytauto Didžiojo universitetas. Prieiga per eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka.
96. Junevičienė J. (2018). Neformalios pagyvenusių asmenų globos namuose priežastys: žvilgsnis į globėjų patirtį. Socialinė teorija, empirija, politika ir praktika T. 17. DOI: <https://doi.org/10.15388/STEPP.2018.17.11928>
97. Jurkuvienė, R., Audronytė, S. (2007). Lėtinėmis ligomis sergančių senų ir pagyvenusių žmonių integruotų ilgalaikių paslaugų namuose poreikis. Sveikatos mokslai, (5), p. 1191-97. doi:10.5200/sm-hs.2015.002
98. Jurkuvienė, R., Danusevičienė, L., Butkevicienė, R., & Gajdosikienė, I. (2016). The Process of Creating Integrated Home Care in Lithuania: from Idea to Reality. *International journal of integrated care*, 16(3), 8. <https://doi.org/10.5334/ijic.2509>
99. Kadu, M.K., Stolee, P. (2015). Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract* 16, 12 <https://doi.org/10.1186/s12875-014-0219-0>
100. Kaushik, V., Walsh, Ch. A. (2019). Pragmatism as a Research Paradigm and Its Implications for Social Work Research. *Social science*.
101. Kamberelis, G., Dimitriadis, G. (2005). Focus groups: Strategic articulations of pedagogy, politics, and inquiry. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*, 3rd ed. (pp. 887–907). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
102. Karlsson, M., Klohn, F. (2014). Testing the red herring hypothesis on an aggregated level: ageing, time-to-death and care costs for older people in Sweden. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, 15(5), 533–551. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0493-0>
103. Kodner D. L. (2009). All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 13 Spec No, 6–15. <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21091>

104. Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *International journal of integrated care*, 2, e12. <https://doi.org/10.5334/ijic.67>
105. Kontrimiene, A., Sauseriene, J., Blazevičienė, A., Raila, G., Jarusevičienė, L. (2021). Qualitative research of informal caregivers' personal experiences caring for older adults with dementia in Lithuania. *International Journal of Mental Health Systems*.15:12 <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00428-w>
106. Kontrimiene, A., Sauseriene, J., Blazevičienė, A., Raila, G., & Jarusevičienė, L. (2021). Qualitative research of informal caregivers' personal experiences caring for older adults with dementia in Lithuania. *International journal of mental health systems*, 15(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00428-w>
107. Kontrimiene, A., Blazevičienė, A., Liseckienė, I., Raila, G., Valius, L., & Jarusevičienė, L. (2021). Partnership between Primary Health and Social Care Services in the Long-Term Care of Older People with Dementia: A Vignette Study. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 58, 469580211011933. <https://doi.org/10.1177/00469580211011933>
108. Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., Malata, A., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet. Global health*, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
109. Kurpas, D., Stefanicka-Wojtas, D., Shpakou, A., Halata, D., Mohos, A., Skarba-liene, A., Dumitra, G., Klimatckaia, L., Bendova, J., & Tkachenko, V. (2021). The Advantages and Disadvantages of Integrated Care Implementation in Central and Eastern Europe - Perspective from 9 CEE Countries. *International journal of integrated care*, 21(4), 14. <https://doi.org/10.5334/ijic.5632>
110. Kudukytė-Gasperė, R., Jankauskienė, D. (2014). The integrated health care services: people-centered health care in European Region. *Health Policy Manag.* 2(7):113–33. <https://doi.org/10.13165/SPV-14-2-7-07>
111. Kudukytė-Gasperė, R., Jankauskienė, D. (2019). Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje hospitalizuotiems pacientams bei jų artimiesiems namuose būtinų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis. *Health policy and management*. Nr. 1 (11), p. 96-116. <https://doi.org/10.13165/SPV-19-1-11-06>

112. Kudukytė-Gasperė, R., Jankauskienė, D., & Štaras, K. (2014). Sveikatos ir socialinių paslaugų integracija. Atvejo analizė VšĮ Centro poliklinikoje.
113. Kudukytė-Gasperė, R., Štaras, K. (2015). Integruotų slaugos ir psichosocialinių paslaugų poreikis namuose slaugomiems sunkios būklės pacientams ir jų šeimos nariams. Atvejo analizė VšĮ Centro poliklinikoje. *Sveikatos mokslai*, 25(1), p. 15–23. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2015.002>
114. Lincoln, Y.S., Lynham, S. A., Guba, E.G. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences revisited. In N.K. Denzin and Y.S. Lincoln, *The SAGE handbook of qualitative research (4th edition)* (pg.97-128). Thousand Oaks, CA: Sage.
115. Leichsenring K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International journal of integrated care*, 4, e10. <https://doi.org/10.5334/ijic.107>
116. Leichsenring, K., Alaszewski, A.M. (Eds.) (2004). *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. A European Overview of Issues at Stake, Public Policy and Social Welfare* 28. Farnham (UK): Ashgate.
117. Leutz, W.N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77(1), 77–110. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00125>
118. Lewis, R.Q, Rosen, R., Goodwin, N., Dixon, J. (2010). *Where next for integrated care organisations in the English NHS?* London: The Nuffield Trust. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/where-next-integrated-care-english-nhs-web-final.pdf>
119. Lubell, J., Sloane, T. (2007). Time to act on medical coverage. *Modern Healthcare*. 37(2) 24–25.
120. Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7226), 50–52. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7226.50>
121. Mečėjienė, A. (2020). *Integruotos sveikatos ir socialinės priežiūros brandos lygis Lietuvoje: magistro darbas*. Mykolo Romerio universitetas. Prieiga per eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka.
122. Michael, G. (2008). *Epistemology of the social sciences*. Skidmore College.
123. Miller, K., Barbour, J. (2014). *Organizational communication: Approaches and processes*. Cengage Learning.

124. Miller R. (2018). Transforming Integration through General Practice: Learning from a UK Primary Care Improvement Programme. *International journal of integrated care*, 18(2), 13. <https://doi.org/10.5334/ijic.3044>
125. Milstein, R., Blankart, C. R. (2016). The Health Care Strengthening Act: The next level of integrated care in Germany. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 120(5), 445–451. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.006>
126. Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O’Cathain, A., Tinati, T., Wight, D., & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 350, h1258. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>
127. Morciano, M., Checkland, K., Billings, J., Coleman, A., Stokes, J., Tallack, C., & Sutton, M. (2020). New integrated care models in England associated with small reduction in hospital admissions in longer-term: A difference-in-differences analysis. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 124(8), 826–833. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.06.004>
128. Morgan, D. L. (1988). *Focus group as qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage Publications Inc.
129. Morgan, D. L. (2002). Focus group interviewing. In J. F. Gubrium, & J. A. Holstein (Eds.), *Handbook of interviewing research: Context & Method*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
130. Morgan, David L. 2007. Paradigms lost and pragmatism regained: Methodological implications of combining qualitative and quantitative methods. *Journal of Mixed Methods*.
131. Morgan, David L. 2014. *Integrating Qualitative and Quantitative Methods: A Pragmatic Approach*. Thousand Oaks: Sage.
132. Moran-Ellis, J., Alexander, V. D., Cronin, A., Dickinson, M., Fielding, J. Sleney, J., Thomas, H. (2006). Triangulation and integration: processes, claims and implications. *Qualitative Research*, 6(1) 45–59. <https://doi.org/10.1177/1468794106058870>
133. Morkevičius, V., Telešienė, A., Žvaliauskas, G. (2008). Kompiuterizuota kokybinių duomenų analizė su NVivo ir Text Analysis Suite. Kaunas.
134. Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O’Cathain, A., Tinati, T., Wight, D., & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 350, h1258. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>

135. Mozūraitė, P. (2020). Išvykstančių iš reabilitacijos ligoninės pacientų poreikis integraliai pagalbai namuose. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Prieiga per eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka.
136. Murphy, F., Hugman, L., Bowen, J., Parsell, F., Gabe-Walters, M., Newson, L., & Jordan, S. (2017). Health benefits for health and social care clients attending an Integrated Health and Social Care day unit (IHSCDU): a before-and-after pilot study with a comparator group. *Health & social care in the community*, 25(2), 492–504. <https://doi.org/10.1111/hsc.12329>
137. Nolte, E. (2017). Evidence supporting integrated care. In: *Handbook of integrated care* (pg.25-38). Switzerland: Springer
138. Nolte, E., McKee M. (2008). *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead: Open University Press.
139. Nolte, E., Pitchforth, E. (2014). Policy Summary 11. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
140. Nolte, E., Knai, C., Saltman, R. B. (Eds.). (2014). *Assessing chronic disease management in European health systems: Concepts and approaches*. European Observatory on Health Systems and Policies.
141. Nolte, Ellen & Knai, Cécile & Hofmarcher-Holzhacker, Maria & Conklin, Analiijn & Erler, Antje & Elissen, Arianne & Flamm, Maria & Fullerton, Birgit & Sönnichsen, Andreas & Vrijhoef, Hubertus. (2012). Overcoming fragmentation in health care: chronic care in Austria, Germany and The Netherlands. *Health economics, policy, and law*. 7. 125-46. 10.1017/S1744133111000338.
142. Nowell, L.S., Norris, J.M., White, D.E. and Moules, N.J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16, 1-13.
143. Nurjono, M., Valentijn, P.P, Bautista, M.A., Wei, L.Y. and Vrijhoef, H. (2016). A prospective validation study of a rainbow model of integrated care measurement tool in Singapore. *International Journal of Integrated Care*, 16 (1), 1-6. <http://doi.org/10.5334/ijic.2021>
144. Nyumba, T. O., Wilson, K., Derrick, Ch. J., Mukherjee N. (2018). The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods Ecology and Evolution*. 2018;9:20–32. <https://doi.org/10.1111/2041-210X.12860>

145. O’Cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2010). Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *BMJ (Clinical research ed.)*, 341, c4587. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4587>
146. Parker, A., Tritter, J. (2006). Focus group method and methodology: Current practice and recent debate. *International Journal of Research & Method in Education*, 29, 23–37.
147. Pearson, C., & Watson, N. (2018). Implementing health and social care integration in Scotland: Renegotiating new partnerships in changing cultures of care. *Health & social care in the community*, 26(3), e396–e403. <https://doi.org/10.1111/hsc.12537>
148. Petch, A., Cook, A., Miller, E. (2013). Partnership working and outcomes: do health and social care partnerships deliver for users and carers? *Health Soc Care Community*;21(6):623-633. <https://doi.org/10.1111/hsc.12050>
149. Pinnock, H., Huby, G., Powell, A., Kielmann, T., Price, D., Williams, S. et al (2008). The process of planning, development and implementation of a General Practitioner with a Special Interest service in Primary Care Organisations in England and Wales: a comparative prospective case study. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO).
150. Pines, J., Selevan, J., McStay, F., George, M., McClellan M. (2015). Kaiser Permanente –California: A Model for Integrated Care for the Ill and Injured. The Brookings Institution. <https://www.brookings.edu/wpcontent/uploads/2015/04/050415EmerMedCaseStudyKaiser.pdf>
151. Pimperl A. (2018). Re-orienting the Model of Care: Towards Accountable Care Organizations. *International journal of integrated care*, 18(1), 15. <https://doi.org/10.5334/ijic.4162>
152. Pike, B., Morgan, D. (2014). The integration of health and social services. Dublin: Health Research Board.
153. https://www.hrb.ie/fileadmin/publications_files/The_integration_of_health_and_social_care_services_2014.pdf
154. Polit, D. F., Beck, C. T. (2004) *Nursing Research. Principles and Methods*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA.
155. Polit, D. F., Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
156. Powell Davies, G., Williams, A. M., Larsen, K., Perkins, D., Roland, M., & Harris,

- M. F. (2008). Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *The Medical journal of Australia*, 188(S8), S65–S68. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2008.tb01748.x>
157. Raila G., Gedvilienė G., Kontrimiene A., Liseckiene I. (2020). Pirminėje sveikatos priežiūroje dirbančių specialistų požiūris į komandinį darbą. *Lithuanian General Practitioner* 24(10):693-700. <https://doi.org/10.37499/LBPG.601>
158. Raudeliūnaitė, R., Smalcer, A. (2017). Socialinių paslaugų į namus teikimo vertinimas paslaugų gavėjų požiūriu. *Socialinis darbas*, 15(2), 24–41. <https://doi.org/10.13165/SD-17-15-2-02>
159. Reed, S., Oung, C. Davies, J., Dayan, M., Scobi, S. (2021). Integrating health and social care A comparison of policy and progress across the four countries of the UK. Research report. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2021-12/integrated-care-web.pdf>
160. Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, I., Slewa, J., Chen, W., Tian, D., Bobba, S., Zwar, N. (2018). A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC family practice*, 19(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0692-3>
161. Rios, D. (2013). Models and Modeling in the Social Sciences. *Perspectives on Science* 21(2), 221-225, https://doi.org/10.1162/POSC_a_00095
162. Ritchie, J., Lewis, J., McNaughton Nicholls, C., Ormston, R. (2014). *Qualitative Research Practice. A guide for social science students and researchers* (2nd edition). London: Sage.
163. Rittenhouse, D. R., Shortell, S. M., & Fisher, E. S. (2009). Primary care and accountable care--two essential elements of delivery-system reform. *The New England journal of medicine*, 361(24), 2301–2303. <https://doi.org/10.1056/NEJMp0909327>
164. Ryan-Nicholls, K. D., & Will, C. I. (2009). Rigour in qualitative research: mechanisms for control. *Nurse researcher*, 16(3), 70–85. <https://doi.org/10.7748/nr2009.04.16.3.70.c6947>
165. Robson, C. (2011). *Real world research* (3rd edition). Wiley: West Sussex.
166. Robertson, H. (2011). *Integration of health and social care. A review of literature and models implications for Scotland*. Edinburgh: Royal College of Nursing. <https://docplayer.net/3510342-Integration-of-health-and-social-care-a-review-of-literature-and-models-implications-for-scotland.html>
167. Rosen R, Ham C. (2008). *Integrated care: lessons from evidence and experience*.

London: Nuffield Trust.

168. Rummery K. (2009). Healthy partnerships, healthy citizens? An inter-national review of partnerships in health and social care and patient/user outcomes. *Soc Sci Med.*69(12):1797-1804. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.004>
169. Rupšienė, L., Ratkevičienė, M., Saveljeva R. (2021). Žmonės su negaliomis sveikatos sistemoje :aktualijos sveikatos darbuotojų edukacijos kontekste. Monografija. Klaipėdos universitetas. <https://www.ku.lt/vipa/wp-content/uploads/sites/54/2022/01/1.1.2.-Rupsiene-Ratkeviciene-Saveljeva.pdf>
170. Rutten-van Mólken, M., Leijten, F., Hoedemakers, M., Tsiachristas, A., Verbeek, N., Karimi, M., Bal, R., de Bont, A., Islam, K., Askildsen, J. E., Czypionka, T., Kraus, M., Huic, M., Pitter, J. G., Vogt, V., Stokes, S., Baltaxe, E. (2018). Strengthening the evidence-base of integrated care for people with multi-morbidity in Europe using Multi-Criteria Decision Analysis (MCDA). *BMC Health Serv Res.*;18(576). doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3367-4>.
171. Sadler, E., Khadjesari, Z., Ziemann, A., Sheehan, K., Whitney, J., Wilson, D., Bakolis, I., Sevdalis, N., & Sandall, J. (2018). Case management for integrated care of frail older people in community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013088>
172. Sale, J. E., Lohfeld, L. H., & Brazil, K. (2002). Revisiting the Quantitative-Qualitative Debate: Implications for Mixed-Methods Research. *Quality & quantity*, 36(1), 43–53. <https://doi.org/10.1023/A:1014301607592>
173. Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing and Health*, 18, 179-183.
174. Sandhu, S., Sharma, A., Cholera, R., & Bettger, J. P. (2021). Integrated Health and Social Care in the United States: A Decade of Policy Progress. *International Journal of Integrated Care*, 21(S2), 9. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.5687>
175. Saunders, M. N. K., Lewis Ph., Thornhill A. (2019). *Research methods for business students*. Eighth edition. Research Methods for Business.
176. Shaw, S., Rosen, R. and Rumbold, B. (2011). *What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS*. London: Nuffield Trust. http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june11_0.pdf).
177. Schram, A.P. (2010). Medical Home and the Nurse Practitioner: A Policy Analysis. *Nurse Pract.* Feb 1;6(2):132–9. 10.1016/j.nurpra.2009.04.014.

178. Sheaff, R., Halliday, J., Øvretveit, J., Byng, R., Exworthy, M., Peckham, S., & Asthana, S. (2015). Integration and continuity of primary care: polyclinics and alternatives – a patient-centred analysis of how organisation constrains care co-ordination. NIHR Journals Library.
179. Shi, L., Singh, D. (2015). Essentials of the U.S. Health Care System (4th ed.). Jones & Bartlett Learning. p. 232.
180. Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., & Morgan, K. L. (1993). Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hospital & health services administration*, 38(4), 447–466.
181. Schreier, M. (2012). Qualitative content analysis in practice. Thousand Oaks, CA: Sage.
182. Smith, B., & Ceusters, W. (2010). Ontological realism: A methodology for co-ordinated evolution of scientific ontologies. *Applied ontology*, 5(3-4), 139–188. <https://doi.org/10.3233/AO-2010-0079>
183. Smithson, J. (2000). Using and analysing focus groups: Limitations and possibilities. *International Journal of Social Research Methodology*, 3, 103–119.
184. Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R., Vanhercke, B. (2018). Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission; doi10.2767/84573.
185. Sreeramareddy, C. T., Sathyanarayana, T. (2019). Decentralised versus centralised governance of health services. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(9), CD010830. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010830.pub2>
186. Stein, K.V. and Reider, A. (2009). Integrated care at the crossroads –defining the way forward. *International Journal of Integrated Care*, 9, 1–7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691940/>
187. Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., & Armitage, G. D. (2009). Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 13 Spec No(Spec No), 16–23. <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21092>
188. Suter, E., Oelke, N. D., da Silva Lima, M., Stiphout, M., Janke, R., Witt, R. R., Van Vliet-Brown, C., Schill, K., Rostami, M., Hepp, S., Birney, A., Al-Roubaiai, F., & Marques, G. Q. (2017). Indicators and Measurement Tools for Health Systems Integration: A Knowledge Synthesis. *International journal of integrated care*, 17(6), 4. <https://doi.org/10.5334/ijic.3931>

189. Thomas, L., MacMillan, J., McColl, E., Hale, C., & Bond, S. (1995). Comparison of focus group and individual interview methodology in examining patient satisfaction with nursing care. *Social Sciences in Health*, 1, 206–219.
190. Tonkin-Crine, S., Anthierens, S., Hood, K. et al. (2015). Discrepancies between qualitative and quantitative evaluation of randomised controlled trial results: achieving clarity through mixed methods triangulation. *Implementation Sci* 11, 66. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0436-0>
191. Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, 13, e010. <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
192. Valentijn, P.P. (2016). Rainbow of chaos: a study into the theory and practice of integrated primary care. *International Journal of Integrated Care*, 16 (2):3. doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.2465>
193. Valiulienė E., Raila G. (2017) Integruotų sveikatos priežiūros paslaugų poreikio pacientams, turintiems globos-rūpybos poreikį, ištyrimas. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. <https://www.lsmuni.lt/cris/handle/20.500.12512/95968>
194. van Duijn, S., Zonneveld, N., Lara Montero, A., Minkman, M., & Nies, H. (2018). Service Integration Across Sectors in Europe: Literature and Practice. *International journal of integrated care*, 18(2), 6. <https://doi.org/10.5334/ijic.3107>
195. van der Heide I, Snoeijs S, Melchiorre MG, Quattrini S, Boerma W, Schellevis F, Rijken M. Innovating care for people with multiple chronic conditions in Europe: an overview. 2015. <http://www.icare4eu.org/pdf/Innovating-care-for-people-with-multiple-chronic-conditions-in-Europe.pdf>.
196. van der Klauw, D., Molema, H., Grooten, L. and Vrihoef, H. (2014). Identification of mechanisms enabling integrated care for patients with chronic diseases: a literature review. *Integrated Journal of Integrated Care*, 14, 1-10. <http://doi.org/10.5334/ijic.1127>
197. Vrijhoef, B. (2010) *Measuring the Impact of Integrated Care*. London: Nuffield Trust
198. Volker A., Stein V, Goodwin N, Balicer R, Nolte E, Suter E. (2017) *Handbook Integrated Care*. London: Springer International Publishing AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-56103-5>
199. Zonneveld, N., Pittens, C., Minkman, M. (2021). Appropriate leadership in nur-

sing home care: a narrative review. *Leadership in health services* (Bradford, England), ahead-of-print(ahead-of-print), 16–36. <https://doi.org/10.1108/LHS-04-2020-0012>

200. Žydzūnaitė V.; Sabaliauskas S. (2017). *Kokybiniai tyrimai: principai ir metodai: vadovėlis socialinių mokslų studijų programų studentams, VAGA.*
201. Wodchis, W. P., Dixon, A., Anderson, G. M., & Goodwin, N. (2015). Integrating care for older people with complex needs: key insights and lessons from a seven-country cross-case analysis. *International journal of integrated care*, 15, e021. <https://doi.org/10.5334/ijic.2249>

Teisės aktai, antriniai šaltiniai

1. American Case Management Association. 2020. Definition of case management. <http://www.acmaweb.org/section.aspx?SID=4>
2. British Medical Association. *What is Social Care, and How Can Health Services Better Integrate with It?* London: BMA; 2014.
3. British Medical Association. *Who Cares? The need for real reform for social care in England.* London: BMA; 2022.
4. Cambridge dictionary, 2022. Prieiga per internetą: <https://dictionary.cambridge.org/>
5. Center for Accelerating Care Transformation (ACT Center). *The Chronic Care Model.* https://www-delta.kpwashingtongovernment.org/application/files/1616/3511/6445/Model_Chronic_Care.pdf
6. Ernst and Young LLP (2012). *National evaluation of the Department of Health's integrated care pilots: final report.* Cambridge: RAND Corporation. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215104/dh_133126.pdf
7. ESTEP. 2019. Lietuvos ūkio sektorių finansavimo po 2020 m. vertinimas: Sveikatos apsauga. Vilnius, 2019 m. balandžio 29 d. redakcija. https://www.esinvesticijos.lt/media/force_download/?url=/uploads/main/documents/docs/107926_f4a-e85bc4a672edb28bccd0669d1efb3.pdf
8. ESTEP.2020. *Investicijų poreikio sveikatos apsaugos ir ilgalaikės priežiūros srityje analizė.* <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>

9. European centre for social welfare policy and research. <https://www.euro.centre.org/domains/informal-care>
10. European Commission. 2012. Taking forward the Strategic Implementation Plan of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Communication from the Commission to the European Parliament and Council. Brussels, COM/2012/083 final. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52012DC0083&from=EN>
11. European Commission. 2010. Europe 2020 A strategy for smart, sustainable and inclusive growth. Communication from the Commission. Brussels, 3.3.2010 COM(2010) 2020 final. Brussels. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52010DC2020>
12. European Commission. 2011. Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council establishing Horizon 2020 - The Framework Programme for Research and Innovation (2014-2020)”. COM(2011) 809 final. <http://www.cor.europa.eu>
13. European Commission. Action Group.(2013). Replicating and Tutoring Integrated Care for Chronic Diseases, Including Remote Monitoring at Regional Level, 7–18, https://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/gp_b3.pdf
14. European Commission. Lithuania Health Care & Long-Term Care Systems, An excerpt from the Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability: 2019. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/joint-report_lt_en.pdf
15. European Commission. Lietuva 2019. Šalies ataskaita. Komisijos tarnybų darbinis dokumentas. 2019 m. Europos semestras. Struktūrinių reformų pažangos vertinimas, makroekonominio disbalanso prevencija ir naikinimas ir pagal Reglamentą (ES) Nr. 1176/2011 atliktų nuodugnių apžvalgų rezultatai. Briuselis, 2019 02 27, SWD (2019) 1014 final. (COM(2019) final 150) https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-lithuania_lt.pdf
16. European Commission. Komisijos tarnybų darbinis dokumentas poveikio vertinimo ataskaitos santrauka pridodamas prie pasiūlymo dėl Tarybos reglamento, kuriuo pagal programą „Europos horizontas“ steigiamos bendrosios įmonės ES ir Afrikos visuotinės sveikatos partnerystė (Visuotinės sveikatos EDCTP3) SWD/2021/38 final 2021. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=->

17. Expert Group on Health Systems. 2017. Tools and methodologies to assess integrated care in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs.
18. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1
19. Lietuvos Respublikos Ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo planas „Naujos kartos Lietuva“, patvirtintas ES Tarybos 2021 m. liepos 20 d. Tarpinstitucine byla: 2021/0196 (NLE) [https://finmin.lrv.lt/uploads/finmin/documents/files/ST_10477_2021_ADD_1_Lt\(1\).pdf](https://finmin.lrv.lt/uploads/finmin/documents/files/ST_10477_2021_ADD_1_Lt(1).pdf)
20. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, patvirtintas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. spalio 3 d. nutarimu Nr. I-1562.
21. Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas, patvirtintas Lietuvos Respublikos Seimo 2006 m. sausio 19 d. nutarimu Nr. X-493.
22. Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimas Nr. XI-2015 „Dėl valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo“.
23. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. gruodžio 21 d. įsakymas Nr. V-1488 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.
24. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. rugsėjo 26 d. įsakymas Nr. V-1104 „Dėl Šeimos medicinos plėtros 2016–2025 metų veiksmų plano patvirtinimo“.
25. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-1026 „Dėl ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
26. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d įsakymas Nr. V-558/A1-183 „Dėl slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
27. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. gruodžio 27 d. įsakymu 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“.

28. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“.
29. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2015 m. liepos 14 d. įsakymas Nr. A1-435 „Dėl Integralios pagalbos plėtros veiksmų plano patvirtinimo“.
30. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2012 m. liepos 20 d. įsakymas Nr. A1-353 „Dėl Integralios pagalbos plėtros programos patvirtinimo“.
31. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. balandžio 5 d. įsakymas Nr. A1-93 „Dėl Socialinių paslaugų katalogo patvirtinimo“.
32. National Health Service. National Voices. A narrative for person-centred coordinated care. 2013. England Publication Gateway Reference Number: 00076. <https://pdfs.semanticscholar.org/9796/476357f8d1174c1ea76165ada563479fe196.pdf>
33. Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministro direktoriaus 2017 m. gruodžio 7 d. įsakymas Nr. V-109 „Dėl Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos atliekamos asmens apžiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“.
34. Pan American Health Organization (PAHO) (2011). Integrated Health Service Delivery Networks. Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas. Area of Health Systems Based on Primary Health Care (HSS). Integrated Health Services Project (HSS/IS). https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf
35. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 m. rugsėjo 9 d. nutarimas Nr. 998 „Dėl 2021–2030 metų nacionalinio pažangos plano patvirtinimo“.
36. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 14 d. nutarimas Nr. 583 „Dėl mokėjimo už socialines paslaugas tvarkos aprašo patvirtinimo“.
37. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). The provision of formal long-term care in Lithuania. 2022.
38. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). State of Health in the EU. Lietuva 2021 m. sveikatos būklės šalyse apžvalga. https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_lt_lithuanian.pdf
39. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). State of Health in the EU. Lietuva 2019 m. sveikatos būklės šalyse apžvalga. [228](https://ec.eu-</div><div data-bbox=)

ropa.eu/health/system/files/2019-11/2019_chp_lt_lithuanian_0.pdf

40. UAB „Eurointegracijos projektai“, Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija. 2015. „Integralios pagalbos veiksmingumo ir pritaikomumo tyrimas“, https://socmin.lrv.lt/uploads/socmin/documents/files/administracine-informacija/tyrimai/projekto_Integralios%20pagalbos%20veiksmingumo%20ir%20pritaikomumo%20tyrimas_galutin%C4%97%20ataskaita.pdf
41. UAB „EVS Group“, Higienos institutas, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. 2019. Ambulatorinių ir stacionariųjų slaugos paslaugų plėtros poreikio problemos įrodymų apžvalga. https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Xm9e85E90koJ:https://www.esinvesticijos.lt/media/force_download/%3Furl%3D/uploads/main/esproducts/docs/115755_18191178785bb0aebaebfd84c58be42.pdf+&cd=5&hl=lt&ct=clnk&gl=lt
42. Vainienė, R. (2008). Ekonomikos terminų žodynas. Tyto alba.
43. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. 2019 m. Statistinė informacija apie PSDF biudžeto vykdymą.
44. [https://ligoniukasa.lrv.lt/uploads/ligoniukasa/documents/files/%E2%80%8BStatistin%C4%97%20informacija%20apie%202019%20met%C5%B3%20PSDF%20biud%C5%BEeto%20vykdym%C4%85%20\(PDF\).pdf](https://ligoniukasa.lrv.lt/uploads/ligoniukasa/documents/files/%E2%80%8BStatistin%C4%97%20informacija%20apie%202019%20met%C5%B3%20PSDF%20biud%C5%BEeto%20vykdym%C4%85%20(PDF).pdf)
45. Visuotinė Lietuvių enciklopedija. <https://www.vle.lt/>
46. Vyriausybės strateginės analizės centras „Strata“. 2020. Senstanti Lietuvos visuomenė. Analitinė apžvalga.
47. <https://strata.gov.lt/images/tyrimai/2020-metai/zmogiskojo-kapitalo-politika/20200924-senstanti-lietuvos-visuomene.pdf>
48. World Health Organization. 2017. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization, <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>
49. World Health Organization. 2015. Global strategy on people-centred and integrated health services: Interim report World Health Organisation. Geneva: World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
50. World Health Organization. Primary care evaluation tool (PCET). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf?ua=1
51. World Health Organization. 2015. World report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf

52. World Health Organization. 2013. ROADMAP. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region. Copenhagen.
53. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/231692/e96929-replacement-CIHSDRoadmap-171014b.pdf.
54. World Health Organization. 2011. Integrated Health Service Delivery Networks Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas. Renewing Primary Health Care in the Americas 4, 9 https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf.
55. World Health Organization. 2008. Primary Health Care Now More Than Ever. Geneva. <http://www.who.int/whr/2008/en/>
56. World Health Organization. 2002. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1>
57. World Health Organization. 2001. Integrated care. A position paper of the WHO European office for integrated health care services. International Journal of Integrated Care 1/ 1 (June): 7. <https://www.researchgate.net/publication/6891513>.
58. World Health Organization, Regional Office for Europe. 2016. Integrated care models: an overview. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-modelsoverview.pdf?ua=1
59. World Health Organization, Regional Office for Europe. 2016. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1
60. World Health Organization Regional Office for Europe. 2013. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1
61. World Health Organization, Regional Office for Europe. 2013. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: a roadmap http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/231692/e96929.pdf?ua=1
62. World Health Organization, Regional Office for Europe. 2012. Health 2020 Policy Framework and Strategy. Regional Committee for Europe Sixty- second Session. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/171209/RC61sc3-Eng.pdf
63. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2009. How can health systems respond to population ageing? http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf

PRIEDAI

1 priedas. Integruotos priežiūros paslaugų iniciatyvų pavyzdžiai

Šalis	Reglamentavimas	Aprašymas
Austrija	Įteisintos išmokos, Konstitucinis integruotų ilgalaikių paslaugų reglamentavimas. Teisės aktai, reglamentuojantys paslaugas namuose.	Įstatymas, įteisinantis pinigines išmokas žmonėms, kuriems reikia ilgalaikės priežiūros. Susitarimas apibrėžia federalinių provincijų pareigas – visoje šalyje teikiama institucinių stacionarių, dienos centrų ir ambulatorinių / mobiliųjų priežiūros paslaugų teikimo plėtra ir atnaujinimą. Įteisinama privačiai organizuojama 24 valandas per parą teikiama priežiūra namuose.
Belgija	Sveikatos priežiūros sistemos reformos reglamentuojantys teisės aktai.	Valstybinis lygmuo yra atsakingas už slaugą namuose ir fizioterapiją (sveikatos draudimo įstatymas), neigaliųjų integracijos pašalpa (atsakinga Socialinių reikalų ministerija). Regionai yra atsakingi už pagyvenusių žmonių stacionarinę priežiūrą, įskaitant kainų kontrolę, dienos priežiūros istaigas, priežiūrą namuose, pagyvenusių žmonių priežiūros pašalpa, kitus neigaliųjų priežiūros aspektus. Atskirą regioninį draudimą ilgalaikiai priežiūrai turi tik Flandrija.
Danija	Integruotas paslaugas įteisinantis socialinių paslaugų įstatymas.	Savivaldybės yra atsakingos už stacionarią socialinę pagalbą, asmens priežiūrą ir pagalbą, veiklas namuose ir maitinimo paslaugas. Minėta pagalba teikiama asmenims, kurie negali užsiimti veikla dėl laikino ar nuolatinio fizinės ar psichinės funkcijos sutrikimo ar ypatingų socialinių problemų.
Estija	Sveikatos paslaugų organizavimo įstatymas. Socialinės rūpybos įstatymas.	Slaugos paslaugų teikėjai turi turėti Sveikatos priežiūros valdybos leidimą. Slaugos paslaugas ir reikalavimus reglamentuoja socialinės apsaugos ministerija. Savivaldybės teikia 11 socialinių paslaugų (tarp jų kai kurios integruotos paslaugos). Nacionaline elektronine sveikatos sistema visiškai integruoti bendravimą ir komunikaciją visoje šalyje, visais sveikatos priežiūros lygiais. Išaugęs efektyvumas dėl tiesioginio bendravimo tarp institucijų ir paslaugų teikėjų.
Suomija	Vykdoma sveikatos ir socialinių paslaugų reforma.	Reglamentuojamas integruotų, ilgalaikių paslaugų organizavimas lygiais. - įsteigta 21 gerovės paslaugų apskrčių, kurioms patikėtas sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimas, už kurių teikimą šiuo metu atsako savivaldybės ir jungtinės savivaldybių institucijos. Numatytos penkios bendradarbiavimo zonos, skirtos regioniniam koordinavimui, plėtrai ir bendradarbiavimui sveikatos priežiūros ir socialinės gerovės srityse. Vyriausybė kas ketverius metus tvirtina sveikatos priežiūros, socialinės paslaugų strateginius tikslus. Socialinių reikalų ir sveikatos, Vidaus reikalų ir Finansų ministerijos kasmet svarsto paslaugų finansavimo planus su gerovės paslaugų apskritimis Gerovės paslaugų apskričių veikla finansuojama daugiausia biudžeto lėšomis ir iš dalies iš asmens, gaunančio paslaugas, lėšų.
Prancūzija	Įstatymais reglamentuotos negalios išmokos. Įstatymais reglamentuotas visuomenės prisitaikymo planas prie senėjančios visuomenės.	Pašalpos už priežiūrą schema apima bet kuri vyresni nei 60 metų asmeni, kuriam reikia pagalbos kasdieniame veiklame atlikti arba kuri reikia nuolat prižiūrėti. Vertinamas priklausomybės lygis, gavėjo poreikiai ir pajamos. Pašalpa mokama tam, kad būtų finansuojamas konkretus „priežiūros planas“ namuose, kuri parengė daugiadalykė komanda (sveikatos ir socialiniai specialistai), įvertinusi poreikius. Įstatymu buvo įsteigtas nacionalinis solidarumo fondas – nauja institucija, atsakinga už politikos priemonių, skirtų vyresnio amžiaus ir neigaliams žmonėms, įgyvendinimą. Įstatymu buvo sukurta nauja regioninė institucija, atstovaujanti centrinei valdžiai, apimanti regionines ir vietos sveikatos administracijas ir intervencijas į socialinį sektorių. Įstatymu įteisinama pirmenybė teikiant priežiūrą namuose, apima sveiko senėjimo politiką ir būsto pritaikymą.

1 priedo lentelės tęsinys kitame puslapyje

Šalis	Reglamentavimas	Aprašymas
Vokietija	Ilgalaikės priežiūros draudimas. Integruotos priežiūros standartas, ligų valdymo standartas, paslaugos bendruomenėje.	Nuo 2009 metų papildomas ilgalaikės priežiūros draudimas yra privalomas kiekvienam piliečiui. 2017 m. 71,9 proc. pašalpų gavėjų buvo slaugomi namuose. 2017 m. reforma apėmė tinkamumo kriterijų išplėtimą įtraukiant psichikos ir psichologines negalias (pvz., demencija). 2017 m. išlaidos ilgalaikiai priežiūrai, palyginti su 2016 m., išaugo 26 proc. Integruotas kontraktinis/sutartinis modelis tarp paslaugų teikėjų: atvejo vadybininko, gydytojo, psichiatro ir psichoterapeuto. Pacientui taikomos jam būtinos procedūros (pvz., skausmo kontrolė). Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos kontraktiniu/sutartiniu pagrindu, teikiant slaugos, priežiūros ortopedines, kardiologines, psichikos sveikatos, onkologines, skausmo terapijos, ambulatorines chirurgijos, sveikatos stiprinimo paslaugas ir kitas paslaugas.
Latvija	Mobiliųjų komandų programa.	Mobilios specialistų komandos (t.y. socialinis darbuotojas, socialinės globos darbuotojas, psichologas), teikia socialines paslaugas senyvo amžiaus žmonėms jų namuose. Šios mobilios komandos tampa standartiniais priežiūros paslaugų tiekėjais kaimo vietovėse.
Olandija	Ilgalaikės priežiūros įstatymas.	Savivaldybės teikia socialines paslaugas, finansuojamas iš valstybės dotacijų. Jos atsakingos už pagalbos teikimą (valymas, maisto gaminimas ir kt.) pagyvenusiems žmonėms. Savivaldybės turi labai ribotas mokesčių didinimo galimybes. - įstatymų nustatyta socialinio draudimo sistema.
Portugalija	Ilgalaikės priežiūros įstatymas. Nacionalinis integruotos nuolatinės priežiūros tinklas.	Piniginę pašalpą asmenims, turintiems ilgalaikės priežiūros poreikių. Integruotos nuolatinės priežiūros tinklas teikia sveikstančia priežiūra, poūminės reabilitacijos paslaugas, vidutinės trukmės ir ilgalaikę priežiūrą, priežiūrą namuose ir paliatyviają priežiūrą. Sveikatos apsaugos ir Socialinio solidarumo ministerijos kartu sukūrė tinklą. Jį sudaro ir valstybiniai, ir privatių pelno nesiekiantys padaliniai (finansuojami valstybės kartu iš abiejų ministerijų). Finansavimo modelis pagrįstas teikiamų paslaugų rūšimis ir bendrais sveikatos ir socialinio sektoriaus protokolais.
Škotija	Socialinės globos įstatymas. Bendruomenės socialinės globos ir sveikatos įstatymas. Viešųjų įstaigų (bendras darbas) įstatymas. Socialinės globos (savarankiškos paramos) įstatymas. Globėjų įstatymas.	Socialinės globos paslaugų standartai. Nemokama asmens priežiūra vyresnio amžiaus žmonėms, neatsižvelgiant į jų pajamas, ar jie gyvena namuose ar globos namuose ir neoficialių ar nemokamų globėjų teisių sukūrimas. Asmenys, turintys teisę gauti socialinės globos paramą, turi dalyvauti priimančioms sprendimus, kaip organizuojama parama ir kaip ji teikiama. Suaugusiųjų sveikatos ir socialinės priežiūros integravimas, ypač žmonėms, turintiems daug sudėtingų ir ilgalaikių ligų. Įstatyme numatyta vietos valdžios institucijų pareiga teikti pagalbą slaugytojams, remiantis nustatytais slaugytojo poreikiais, atitinkanciais vietos tinkamumo kriterijais, slaugytojų paramos planą, reikalavimą vietos valdžios institucijoms turėti globėjams skirtą informacijos ir konsultavimo paslaugą ir reikalavimas atsakingai vietos institucijai apsarstyti, ar turėtų būti teikiama laikinoji priežiūra, įskaitant planinę.
Ispanija	Įstatymų reglamentuota integruota priežiūra.	Įstatymas garantuoja teisę į ilgalaikės priežiūros paslaugas visiems tiems, kuriems reikalinga priežiūra, atsižvelgiant į pajamų ir turto vertinimą. Teisės į grynuosius pinigus ir paslaugas natūra šiek tiek skiriasi, pinigines pašalpas yra universalios, ne visi asmenys gali gauti paslaugų natūra. Paslaugos gavėjai apmoka trečdį visų paslaugų. Centrinė valdžia ir regionai bendrai atsako už ilgalaikės priežiūros paslaugų finansavimą ir teikimą.
Švedija	Socialinių paslaugų įstatymas. Nacionalinis neformalios slaugos teikėjų paramos centrai ir paramos neformaliems globėjams įstatymas.	Pagyvenusių žmonių priežiūros valdymas ir planavimas yra padalintas tarp trijų valdžios institucijų – centrinės valdžios, apskričių tarybų ir vietos valdžios. Kiekvienas padalinys turi skirtingą, bet svarbų vaidmenį Švedijos gerovės sistemoje. Jiems atstovauja tiesiogiai renkami politiniai organai ir jie turi teisę finansuoti veiklą rinkdami mokesčius ir rinkliavas Socialinių paslaugų įstatymo nustatyta tvarka.

Šalis	Reglamentavimas	Aprašymas
Švedija	Socialinių paslaugų įstatymas. Nacionalinis neformalios slaugos teikėjų paramos centrų ir paramos neformaliems globėjams įstatymas.	Centrai bendrai vadovauja keli Švedijos mokslinių tyrimų institutai, turintys Nacionalinės sveikatos ir gerovės tarybos įgaliojimus. Jos tikslas – koordinuoti mokslinius tyrimus ir plėtra, teikti informaciją ir dokumentus globėjams bei didinti visuomenės ir valdžios institucijų samoningumą. Be to, nuo 2009 m. savivaldybės pagal įstatymus privalo remti neformalius globėjus. Aukštos kokybės ir prieinama integruota sveikatos priežiūra, turi užtikrinti geresnę lėtinųjų ligų valdymą. Priežiūra organizuojama per pirminius sveikatos priežiūros centrus ir bendruomenę Prie pirminių sveikatos priežiūros centrų ir ligoninių veiklą vykdo specializuotos slaugos klinikos, kurių veikla pagrįsta slaugytojo ir gydytojo bendradarbiavimu. Slaugytojas turi teisę savarankiškai lankyti pacientus, organizuoti pagalbą, keisti medikamentinio gydymo režimą. I paciento orientuota sistema užtikrina visokeriopų slaugos paslaugų prieinamumą nustatyta, kad taip organizuojama pagalba yra finansiškai efektyvesnė. Toks pagalbos organizavimas skatina paciento motyvaciją ir didina pasitikėjimą ir pasitenkinimą sveikatos priežiūros sistema.
Didžioji Britanija	Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, per atvejo ir ligos vadyba, remiama asmens priežiūra (<i>self-care</i>), sveikatinimo veikla. Tikslas – pasiekti geresniu sveikatos priežiūros rodikliu ir sumažinti sveikatos priežiūrai skiriamas išlaidas.	Socialinės priežiūros modelis, kurio principas – atvejo vadyba. Sisteminis požiūris apima sveikatos priežiūrą, socialines paslaugas, paslaugų gavėjus ir paslaugų teikėjus; identifikuojamos problemos ir teikiamos paciento poreikius atitinkančios paslaugos; dėmesys sutelkiamas į reguliariai antrinės sveikatos priežiūros paslaugas gaunančius pacientus; specializuotų slaugos klinikų veikla ir slaugos specialisto vaidmuo paciento atvejo vadyboje. Atvejo vadyba – pagal standartizuotus poreikio nustatymo ir teikimo įrankius. Nustatyta, kad taip organizuojama pagalba užtikrina paslaugų prieinamumą ir kokybę, padeda išvengti sudėtingų ligų komplikacijų ir sutrumpina hospitalizacijos periodą.

Šaltinis. EBPO, 2022; Nolte et al., 2014.

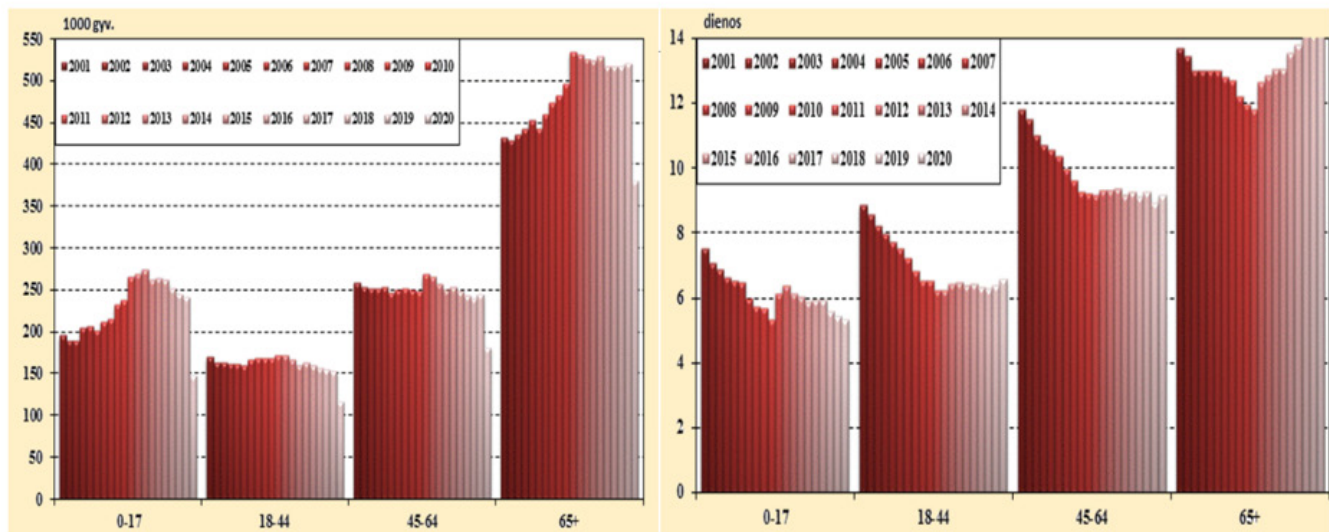
2 priedas. Išlaidos sveikatos priežiūrai 2004–2020 m. (mln. Eurų) Lietuvoje

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Einamosios sveikatos priežiūros išlaidos	1004.17	1184.95	1405.7	1672.3	2055.8	1981.2	1910.4	2031.8	2096.9	2146.5	2265.6	2423.9	2581.4	2737.5	2972.3	3419.5	3732.1
valdžios sektorius ir privalomasis įmokinis sveikatos priežiūros finansavimas	668.27	790.58	950.36	1189.0	1464.5	1435.6	1370.0	1443.2	1411.9	1422.1	1530.6	1627.4	1719.1	1812.0	1996.7	2270.0	2617.5
iš jų privalomasis įmokinis sveikatos priežiūros finansavimas	608.43	705.69	865.5	1044.4	1251.2	1222.2	1172.2	1245.8	1219.0	1233.1	1301.9	1385.8	1473.8	1566.7	1741.9	1989.2	2228.6
savanoriškas sveikatos finansavimas ir namų ūkių mokėjimai savo lešomis	335.81	394.14	455.22	483.1	591.2	545.5	539.0	587.5	684.0	723.6	733.8	795.0	861.9	924.8	975.0	1148.8	1113.6
iš jų namų ūkių mokėjimai savo lešomis	330.57	388.41	447.78	475.0	579.2	531.3	527.1	573.4	666.8	704.5	713.5	771.7	834.2	892.1	936.7	1103.5	1070.9
 Bendrasis vidaus produktas (BVP)	18219.7	20979.9	24053.3	29011.2	32660.1	26897	28033.8	31317.2	33410.2	36039.5	36581.3	37345.7	38889.9	42276.3	45514.8	48859.9	49507.2
Einamųjų išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP (%)	5.51	5.64	5.84	5.76	6.29	7.37	6.81	6.49	6.28	6.13	6.19	6.49	6.64	6.47	6.53	7.0	7.54
Valdžios sektoriaus ir privalomojo įmokinio sveikatos priežiūros finansavimo išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP (%)	3.66	3.76	3.95	4.1	4.48	5.34	4.89	4.61	4.23	4.06	4.18	4.36	4.42	4.27	4.39	4.65	5.29
Savanoriško sveikatos finansavimo ir namų ūkių mokėjimų savo lešomis dalis nuo BVP (%)	1.84	1.88	1.89	1.67	1.81	2.03	1.92	1.88	2.05	2.06	2.01	2.13	2.22	2.19	2.14	2.35	2.25
Valdžios sektoriaus ir privalomojo įmokinio sveikatos priežiūros finansavimo išlaidų sveikatos priežiūrai dalis visose išlaidose sveikatai (%)	66.55	66.72	67.61	71.10	71.24	72.46	71.71	71.03	67.33	66.25	67.56	67.14	66.59	66.19	67.18	66.38	70.13
Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra (%) pagal sveikatos priežiūros funkcijas:																	
gydymo paslaugos	46.5	45.8	48.7	48.2	49	48.5	48.8	49.6	47.9	49.8	48.11	49.27	50.47	50.23	52.28	52.34	51.18
reabilitacijos paslaugos	4.2	4.2	4.3	4.2	3.6	3.5	3.3	4.2	4.5	3.1	2.93	2.84	2.6	2.9	2.86	2.86	2.09
ilgalaikė sveikatos priežiūra	3.6	4.2	4	5.8	7.3	9.1	8.9	8	7.7	7.6	8.76	8.67	8.36	8.4	8.05	7.52	7.86
pagalbinės sveikatos priežiūros paslaugos	4.3	4.4	5	5.8	6.1	6	5.8	5.9	5	5.2	5.17	5.2	5.04	5.57	5.85	5.51	6.66
medicinos prekės	37.3	37.6	35	31.9	29.6	29.6	30.1	29	31.8	31.1	31.04	30.03	29.91	29.38	27.41	27.83	26.94
prevencija	1.8	1.7	1.3	1.9	1.2	1.1	0.9	1.2	1.1	1.3	1.84	1.93	2.04	2.16	2.28	2.72	3.9
valdymas, sveikatos priežiūros sistemos ir finansavimo administravimas	2.4	2	1.8	2.2	3.1	2.1	2.1	2	2	0.8	2.15	2.04	1.58	1.36	1.28	1.22	1.37
Einamosios sveikatos priežiūros išlaidos 1-am gyventojui	297.3	356.6	429.9	517.5	642.8	626.4	616.8	671	701.8	725.7	772.6	834.4	900.0	967.8	1061.0	1223.8	1335.3

Lietuvos statistikos departamento duomenys paskaičiuoti pagal EBPO Sveikatos sąskaitų sistemos (SHA) metodiką, nuo 2013 m. naudojama SHA2011 metodika
* - išankstiniai duomenys

Šaltinis. Lietuvos higienos institutas.

3 priedas. Vidutinis gulėjimo laikas stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose pagal amžiaus grupes Lietuvoje



Stacionaro ligonių pasiskirstymas ir vidutinis gulėjimo laikas pagal amžiaus grupes.

Šaltinis: Lietuvos higienos institutas.

4 priedas. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikiamų ambulatoriniame lygmenyje reglamentavimo analizė

	Paslauga	Paslaugos apibrėžimas	Komanda	Paslaugų teikimo inicijavimas	Paslaugos gavėjai	Teikiamos paslaugos	Paslaugų skaičius/ apimtis	Dokumentacija	Ryšys su ŠG
Reglamentavimas ir organizavimas SAM, Apmokėjimas PSDF, teikia ASPĮ	ASPN ³	Licencijuojamos ASPP, teikiamos paciento namuose, siekiant užtikrinti slaugos paslaugų tęstinumą, patenkinti paciento slaugos poreikius namų sąlygomis ir skatinti paciento savirūpą.	Specialistų komanda (mažiausiai 5 etatai): Lyderis, paslaugų koordinatorius, slaugytojas. Slaugytojo padėjėjas. Kineziterapeutas. <i>Gali būti įtraukti ir kiti specialistai.</i>	ŠG siuntimas. 1-5 d. slaugytojas įvertina ASPN poreikį ir sudaro priežiūros planą. Pradedamos teikti paslaugos nepriklausomai nuo deklaruotos gyvenamosios vietos.	Prie PASPI prisirašę pacientai ASPN poreikį balais vertina ŠG komanda pagal patvirtintą formą: Iki 14 balų – poreikio nėra; 15–35 balai – mažas poreikis, reikalinga laikina slauga namuose; 36–54 balai – vidutinis poreikis, reikalinga nenuolatinė slauga namuose; 55 ir daugiau balų – didelis poreikis, reikalinga nuolatinė slauga namuose, rekomenduojama slauga stacionare.	Visos asmens sveikatos priežiūros paslaugos pagal specialistų medicinos normą. Esant poreikiui inicijuoja psichikos sveikatos paslaugas, ŠG paslaugas, stacionarinį gydymą. Esant poreikiui – paliatyvosios pagalbos inicijavimas (pati įstaiga teikia arba sutartis). Esant poreikiui – socialinių paslaugų inicijavimas (pati įstaiga teikia arba sutartis).	52-260 apsilankymai, priklausomai nuo nustatyto poreikio /per metus, ne daugiau 2 apsilankymų per dieną. Apmokama PSDF lėšomis. Apmokama už kiekvieno specialisto apsilankymą namuose. Minimalus sveikatos būklės stebėjimas: 1 k./mėn.	Sveikatos priežiūros paslauga, pildoma dokumentacija ESPBI IS (E025). Prieinama asmens sveikatos priežiūros specialistams ir paslaugos gavėjams.	Stiprus Privalomas ASPN užtikrinimas prisirašiusiems pacientams: pati PASPI teikia paslaugas, sutartis su kita Paciento gydymo plano įgyvendinimas, aptarimas, intervencinių procedūrų skyrimas. Duomenų prieinamumas ESPBI IS.

4 priedo lentelės tęsinys kitame puslapyje

	Paslauga	Paslaugos apibrėžimas	Komanda	Paslaugų teikimo inicijavimas	Paslaugos gavėjai	Teikiamos paslaugos	Paslaugų skaičius/ apimtis	Dokumentacija	Ryšys su ŠG
Reglamentavimas ir organizavimas SAM, Apmokėjimas PSDF, teikia ASPĮ	Ambulatorinės paliatyviosios pagalbos paslaugos, teikiamos namuose. ⁱⁱ	Paciento, sergančio nepagydoma progresuojančia liga, pasiekusia su gyvybe nesuderinamą stadiją, ir jo artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo priemonės, lengvinančios fizinę ir psichologines kančias.	Paliatyviosios pagalbos specialistų komanda ** <i>Gydytojas – lyderis, paslaugų koordinatorius, slaugytojas, slaugytojo padėjėjas, socialinis darbuotojas ir medicinos psichologas.</i> <i>Gali būti įtraukti ir kiti specialistai (apmokėjimas nenumatytas).</i>	ŠG ar gydančio gydytojas. Paliatyviosios pagalbos gydytojas, kartu su specialistų komanda ir artimaisiais, nustato paslaugų teikimo mastą, sudaro paciento gydymo ir priežiūros planą. Paslaugos pradedamos teikti ne vėliau nei kitą dieną.	Paliatyviosios pagalbos paslaugos pacientams teikiamos pagal indikacijas, nustatytas diagnozes, pvz., onkologiniai susirgimai ir kt., vertinant papildomas sąlygas.	Visos asmens sveikatos priežiūros paslaugos pagal specialistų medicinos normą ir socialinių darbuotojų kompetenciją. Esant poreikiui, organizuojamas stacionarinis gydymas. <i>Paslaugos artimiesiems po paciento mirties (apmokėjimas nenumatytas).</i>	PSDF lėšomis apmokami specialistų apsilankymai. Teikimas neterminuotas.	Sveikatos priežiūros paslauga, pildoma dokumentacija ESPBI IS (E025). Prieinama asmens sveikatos priežiūros specialistams ir paslaugos gavėjams.	<i>Stiprus PASPI paslaugos prieinamumas užtikrina per ASPN sutartį arba pati PASPI teikia. Paciento gydymo plano įgyvendinimas, aptarimas, intervencinių procedūrų skyrimas. Duomenų prieinamumas ESPBI IS.</i>
	PASP ŠG, slaugytojo, gydytojo psichiatro, psichikos sveikatos slaugytojo paslaugos namuose. ⁱⁱⁱ	Neigaliųjų sveikatos priežiūros paslaugos, už kurias mokamas skatinamasis priedas.	Atskirai teikiamos paslaugos: ŠG vizitas į namus; <i>slaugytojo vizitas</i> į namus; gydytojo psichiatro vizitas į namus; psichikos sveikatos slaugytojo vizitas į namus.	Paciento kreipimasis.	ŠG ir slaugytojo paslaugos, psichikos sveikatos paslaugos namuose teikiamos prirašytiems pacientams, kuriems NDNT nustatyti specialieji slaugos poreikiai.	ŠG ir slaugytojo paslaugos, psichikos sveikatos paslaugos namuose teikiamos prirašytiems pacientams, kuriems NDNT nustatyti specialieji slaugos poreikiai.	ŠG vizitas į namus, slaugytojo vizitas į namus + slaugos personalo procedūros namuose: kraujo paėmimas tirti; pragulų priežiūra; lašelinė infuzija. Gydytojo psichiatro vizitas į namus + psichikos sveikatos slaugytojo vizitas į namus.	PSDF lėšomis apmokami: Po 12 kiekvieno specialisto vizitų, Po 12 kiekvienos slaugos personalo procedūros namuose.	Sveikatos priežiūros paslauga, pildoma dokumentacija ESPBI IS (E025). Prieinama asmens sveikatos priežiūros specialistams.

	Paslauga	Paslaugos apibrėžimas	Komanda	Paslaugų teikimo inicijavimas	Paslaugos gavėjai	Teikiamos paslaugos	Paslaugų skaičius/ apimtis	Dokumentacija	Ryšys su ŠG
Bendras SAM ir SADM reglamentavimas (neaiškūs organizavimas ir finansavimas) Socialinės priežiūros įstaigos + ASPĮ	Ilgalaikė priežiūra ⁺	Slaugos ir socialinių paslaugų visuma, kurias teikiant asmeniui tenkinami slaugos ir socialinių paslaugų poreikiai, teikiama nuolatinė kompleksinė specialistų pagalba ir priežiūra. Ilgalaikė priežiūra laikoma nuo tada, kai nustatomas ilgalaikės priežiūros paslaugų poreikis asmeniui (šeimai).	Bendruomenės <i>slaugytojas</i> ir (ar) psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas, jų padėjėjai. Lyderis, komandos koordinatorius, neišskiriamas, sudaromas ilgalaikės priežiūros planas, įgyvendinamas pagal kompetenciją.	ŠG ar gydytojo psichiatro siuntimas. Slaugytojas, socialinis darbuotojas ir kt. informuoja gyvenamosios vietos savivaldybę (savivaldybės įsteigtą įstaigą, įmonę, organizaciją), apibrėžti sutartiniai santykiai.	Vaikas su negalia; suaugęs asmuo su negalia; senatvės pensinio amžiaus asmuo; asmuo, kuriam būtinos paliatyviosios pagalbos paslaugos, iš dalies ar visiškai netekęs gebėjimų savarankiškai rūpintis savimi ir reikalingos ilgalaikės priežiūros paslaugos.	Nedetalizuotos slaugos ir socialinės paslaugos.	Nedetalizuota, finansuojama valstybės ir savivaldybių biudžetu lėšomis, PSDF lėšų bei kitų teisėtų finansavimo šaltinių.	Pasibaigus ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimui, šis planas saugomas asmens sveikatos istorijoje (forma 025/a) teisės aktu nustatyta tvarka – neaišku, nes formą 025/a pildo asmens sveikatos priežiūros specialistas, socialinio sektoriaus darbuotojai šios formos nepildo.	Neaiškūs, nedetalizuotas.

4 priedo lentelės tęsinys

	Paslauga	Paslaugos apibrėžimas	Komanda	Paslaugų teikimo inicijavimas	Paslaugos gavėjai	Teikiamos paslaugos	Paslaugų skaičius/ apimtis	Dokumentacija	Ryšys su ŠG
Reglamentavimas SAMD, organizavimas savivaldybų, teikimas socialinių paslaugų įstaigoms, apmokėjimas mišrus: asmens lėšos, valstybės tikslinė dotacija, savivaldybės biudžeto lėšos	Integralios pagalbos paslaugos ⁶ .	Slaugos ir dienos socialinės globos asmens namuose paslaugos, kurias teikiant asmeniui tenkinami slaugos ir socialinių paslaugų poreikiai, teikiama nuolatinė kompleksinė specialistų pagalba ir priežiūra.	<i>Socialinis darbuotojas (dažniausiai komandos koordinatorius)</i> ir jo padėjėjai, <i>slaugytojas</i> ir jo padėjėjai ir kiti sveikatos priežiūros specialistai (kineziterapeutas/masazistas).	Asmens kreipimasis ŠG, siuntimas/išrašas, NDNT nustatyti specialieji poreikiai. Paslaugų poreikio vertinimas. Sprendimas dėl paslaugų teikimo.	Neįgaliems vaikams, neįgaliems darbingo amžiaus asmenims, senyvo amžiaus asmenims + papildomi savivaldybių nustatyti kriterijai.***	Dienos socialinė globa teikiama asmens namuose ⁴ ir slaugos paslaugos namuose (išskyrus paliatyviosios pagalbos paslaugas.)	Apie 4,5 val. per parą (derinant integralios pagalbos periodiškumą su asmens dienos režimu)/ 7 d. per savaitę. Integralios pagalbos teikimą derinant su neformalia pagalba, bendros pagalbos teikimo trukmė asmeniui - > 8 val. per parą/ 7 d. per savaitę.	SPIS Prieinama socialinio sektoriaus darbuotojams.	<i>Silpnas (išskyrus, kai paslaugas teikia PASPI).</i> Esant poreikiui pacientui padedama užsiregistruoti, nuvykti į gydymo įstaigą – asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas.
	Dienos socialinė globa teikiama asmens namuose. ⁴	Visuma paslaugų, kuriomis asmeniui teikiama kompleksinė, nuolatinė specialistų priežiūros reikalaujanti pagalba dienos metu.	<i>Socialiniai darbuotojai (komandos koordinatorius)</i> individualios priežiūros personalas, psichologai, psichoterapeutai. <i>sveikatos priežiūros</i> , švietimo, ugdymo, užimtumo specialistai.	Asmens kreipimasis, ŠG siuntimas/išrašas ir medicininių dokumentų. Paslaugų poreikio vertinimas. Sprendimas dėl paslaugų teikimo priėmimas.	Vaikai su negalia, suaugę asmenys su negalia, senyvo amžiaus asmenys + papildomi savivaldybių nustatyti kriterijai***	Paslaugų organizavimas: maitinimo (kai paslauga teikiama ilgiau nei 5 val. per dieną), higienos paslaugų, sveikatos priežiūros paslaugų, transporto; psichologinė ir psichoterapinė pagalba, pagalba maitinantis, prausiantis ir kt.	Nuo 2 iki 10 val. per parą, iki 7 kartų per savaitę asmens namuose. Apmokėjimas mišrus. Asmens prisidėjimas lėšomis skaičiuojamos nuo asmens ir kartu gyvenančių šeimos narių gaunamų pajamų.	SPIS. Prieinama socialinio sektoriaus darbuotojams.	<i>Silpnas.</i> Esant poreikiui pacientui padedama užsiregistruoti ir nuvykti į gydymo įstaigą– asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas.

4 priedo lentelės tęsinys kitame puslapyje

	Paslauga	Paslaugos apibrėžimas	Komanda	Paslaugų teikimo inicijavimas	Paslaugos gavėjai	Teikiamos paslaugos	Paslaugų skaičius/ apimtis	Dokumentacija	Ryšys su ŠG
Reglamentavimas SADM, organizavimas savivaldybų, teikimas socialinių paslaugų, ištaigos, apmokėjimas mūrus: asmenų teisios, valstybės tikslinė dotacija, savivaldybės biudžeto lėšos	Trumpalaikės globos paslaugos teikiamos asmeniui namuose ^d	Visuma paslaugų, kuriomis asmeniui teikiama kompleksinė, nuolatinės specialistų priežiūros reikalaujanti pagalba.	Socialiniai darbuotojai (komandos koordinatorius) , individualios priežiūros personalas, sveikatos priežiūros , švietimo, ugdymo, užimtumo ir kiti specialistai.	Asmens kreipimasis ŠG siuntimas/išrašas ir mediciniųjų dokumentų Paslaugų poreikio vertinimas Sprendimas dėl paslaugų teikimo.	Suaugęs asmenys su negalia, vaikai su negalia, senyvo amžiaus asmenys + papildomi savivaldybių nustatyti kriterijai***	Informavimas, konsultavimas, tarpininkavimas ir atstovavimas, psichologinė ir psichoterapinė pagalba ar jos organizavimas, socialiniai ir kasdienio gyvenimo įgūdžiai, asmeninės higienos paslaugų organizavimas, maitinimas, jei reikia sveikatos priežiūros paslaugos.	Ne mažiau kaip 8 val. per parą iki 1 mėn. asmens namuose.	SPIS. Prieinama socialinio sektoriaus darbuotojams.	Silpnas. Esant poreikiui pacientui padedama užsiregistruoti ir nuvykti į gydymo įstaigą– asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas.
	Laikinas atokvėpis ^d	Trumpalaikės arba dienos socialinės globos paslaugos.	Socialiniai darbuotojai (komandos koordinatorius) , individualios priežiūros personalas, sveikatos priežiūros personalas , kiti specialistai.	Asmens kreipimasis ŠG siuntimas/išrašas NDNT nustatyti specialieji poreikiai, Paslaugų poreikio vertinimas Sprendimas dėl paslaugų teikimo.	Neįgalūs (-ieji), kuriam (-iems) nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis arba specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis + papildomi savivaldybių nustatyti kriterijai***	Laikino atokvėpio paslaugą teikiantis specialistas laikino atokvėpio paslaugos teikimo metu turi užtikrinti asmeniui teikiamų socialinių ir kitų paslaugų nepertraukiamumą.	Trukmė 720 val. per metus, išimtiniais atvejais 90 d.).	SPIS. Prieinama socialinio sektoriaus darbuotojams.	Silpnas. Esant poreikiui pacientui padedama užsiregistruoti ir nuvykti į gydymo įstaigą– asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas.

4 priedo lentelės tęsinys

	Paslauga	Paslaugos apibrėžimas	Komanda	Paslaugų teikimo inicijavimas	Paslaugos gavėjai	Teikiamos paslaugos	Paslaugų skaičius/ apimtis	Dokumentacija	Ryšys su ŠG
Reglamentavimas SAM, organizavimas savivaldybni, teikimas socialinių paslaugų įstaigos, apmokėjimas mįstrus: asmens lęšos, valstybės tikslinė dotacija, savivaldybės	Pagalba į namus ⁴¹	Asmens namuose teikiamos paslaugos, padedančios asmeniui (šeimai) tvarkytis buityje.	<i>Socialiniai darbuotojai (koordinatoriai), individualios priežiūros personalas (socialinio darbuotojo padėjėjai), kiti specialistai.</i>	Asmens kreipimasis, ŠG siuntimas/išrašas ir medicinių dokumentų. Paslaugų poreikio vertinimas. Sprendimo dėl paslaugų teikimo priėmimas.	Suaugę asmenys su negalia ir jų šeimos, senyvo amžiaus asmenys ir jų šeimos, socialinę riziką patiriančios šeimos, vaikai su negalia ir jų šeimos, kiti, laikinai dėl ligos ar kitų priežasčių savarankiškumo netekę asmenys.	Maitinimo organizavimas arba maisto produktų nupirkimas, pristatymas ir pagalba ruošiant maistą, pagalba buityje ir namų ruošoje (skalbant, tvarkant namus, apsiperkant, rūpinantis asmens higiena ir kt.) kt.	10 val. per savaitę ne mažiau nei 3 į šios paslaugos sudėtį įeinančios paslaugos.	SPIS. Prieinama socialinio sektoriaus darbuotojams.	<i>Silpnas.</i> Esant poreikiui pacientui padedama užsiregistruoti ir nuvykti į gydymo įstaigą– asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas.
	Bendrosios socialinės paslaugos ⁴¹	Atskiros, be nuolatinės specialistų priežiūros teikiamos paslaugos.	Įvairių institucijų socialiniai darbuotojai, individualios priežiūros personalas, kiti specialistai.	Asmens kreipimasis ir kiti būtini dokumentai pagal teikiamas paslaugas.	Vaikai su negalia, suaugę asmenys su negalia, senyvo amžiaus asmenys; šių asmenų šeimos; kiti asmenys.	Informavimas. Konsultavimas. Tarpininkavimas ir atstovavimas. Maitinimo organizavimas. Transporto organizavimas. Asmens higienos ir priežiūros paslaugų organizavimas. Kt.	Pagal poreikį.	SPIS. Prieinama socialinio sektoriaus darbuotojams.	<i>Silpnas.</i> Esant poreikiui pacientui padedama užsiregistruoti ir nuvykti į gydymo įstaigą– asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas.

Šaltinis: parengta autorės.

Ambulatorinės paliatyviosios priežiūros paslaugos, teikiamos namuose^a - 2018 m. gruodžio 21 d. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1488 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

PASP ŠG ir slaugytojo paslaugos namuose^m - 2005 m. gruodžio 5 d. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“.

ilgalaikės priežiūros paslaugos^r - 2007 m. liepos 4 d. LR sveikatos apsaugos ministro ir LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. V-558/A1-183 „Dėl slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Integralios pagalbos paslaugos^v - 2015 m. liepos 14 d. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-435 „Dėl Integralios pagalbos plėtros veiksmų plano patvirtinimo“, šios paslaugos nėra įtrauktos į Socialinių paslaugų katalogą, patvirtintą 2006 m. balandžio 5 d. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymu Nr. A1-93 „Dėl Socialinių paslaugų katalogo patvirtinimo“.

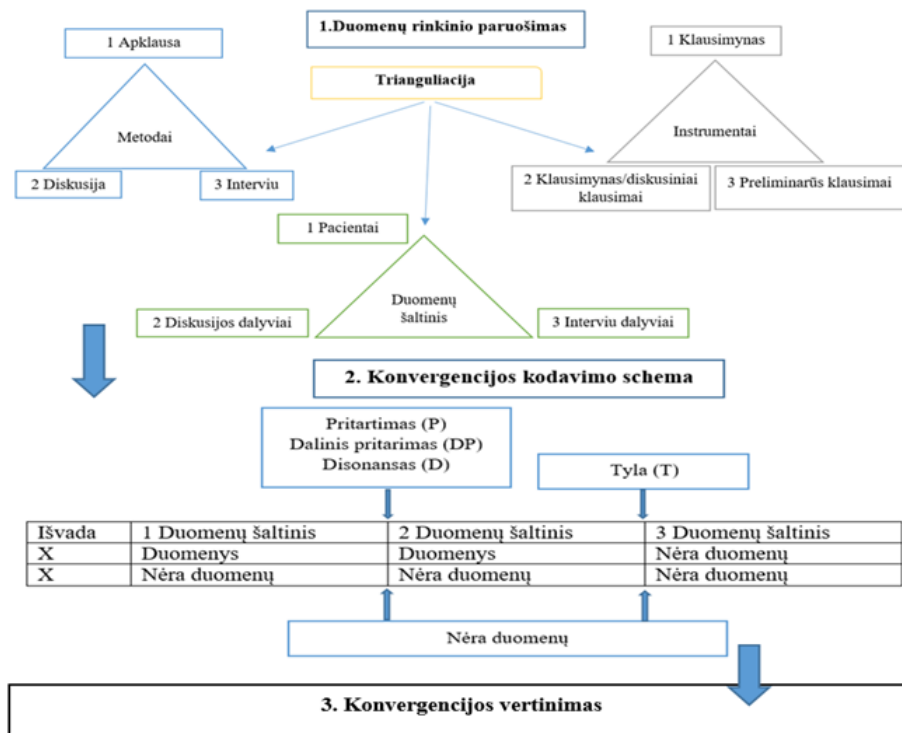
Socialinės priežiūros ir socialinės globos paslaugos^z, įtrauktos į Socialinių paslaugų katalogą 2006 m. balandžio 5 d. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-93 „Dėl Socialinių paslaugų katalogo patvirtinimo“.

Bartelio indeksas^{*} - vertinimas atliekamas, siekiant nustatyti asmens gebėjimams savarankiškai veikti ir apsitarnauti. Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos prie SADM direktoriaus 2017 m. gruodžio 7 d. įsakymas Nr. V-109 „Dėl Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos atliekamos asmens apžiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Paliatyviosios pagalbos specialistai ^{**} - asmens sveikatos priežiūros specialistai, papildomai išklause ne trumpesnius kaip 36 val. paliatyviosios pagalbos teikimo profesinės kvalifikacijos tobulinimo kursas.

Papildomi savivaldybių nustatyti kriterijai^{***} - nors SADM teisės aktuose neregamentuojama, tačiau daugumos savivaldybių tarybų ar administracijų teisės aktuose, socialinių paslaugų įstaigų internetinėse svetainėse nurodyta, kad šios socialinės paslaugos namuose teikiamos asmenims, turintiems NDNT nustatytus specialiuosius poreikius, savivaldybėje deklaruojantiems gyvenamąją vietą ir joje gyvenantiems.

5 priedas. Trianguliacijos protokolai ir konvergencijos kodavimo schema



Šaltinis: parengta autorės, adaptuojant Tonkin-Crine et al., 2015; Hopf et al., 2016; Farmer et al., 2006.

Konvergencijos kodavimo schema ir konvergencijos vertinimo žingsniai.

Išvada	Empirinis tyrimas	Empirinis tyrimas	Empirinis tyrimas	Vertinimas	Atsiliepimas
X	P	P	P	3 P – išvada patvirtinta 3 tyrimais	Išvada pagrįsta
X	T	T	T	Duomenų nėra	Duomenų nėra
X	D	D	D	3 D - nustatytas nepritartimas/prieštaravimas išvadai 3 tyrimais	Išvada nepagrįsta
X	DP	DP	DP	3 DP - išvadai iš dalies pritarata 3 tyrimais	Išvada nepagrįsta
X	D	P	P	2 P ir 1 D – išvada patvirtinta 2 tyrimų duomenimis, 1 tyrimu nustatytas nepritartimas ar prieštaravimas išvadai =2 DP	Išvada patvirtinta 2 tyrimų duomenimis
X	D	P	D	1 P ir 2 D - išvada patvirtinta tyrimų duomenimis, 2 tyrimų metu nustatytas nepritartimas ar prieštaravimas išvadai	Išvada nepagrįsta
X	P	T	P	2 P ir 1 T – išvada patvirtinta 2 tyrimų duomenimis, 1 tyrimo metu duomenų negauta =2 DP	Išvada patvirtinta 2 tyrimų duomenimis
X	P	T	T	1 P ir 2 T – išvada patvirtinta 1 tyrimo duomenimis, 2 tyrimų metu duomenų negauta =1 DP	Išvada patvirtinta 1 tyrimo duomenimis
X	DP	P	P	2 P ir 1 DP – išvada patvirtinta 2 tyrimų duomenimis, 1 tyrimo metu išvada dalinai pagrįsta =2 DP	Išvada patvirtinta 2 tyrimų duomenimis
X	DP	P	DP	1 P ir 2 DP – išvada patvirtinta 1 tyrimais, dviejų tyrimų metu išvada dalinai pagrįsta =1 DP	Išvada patvirtinta 1 tyrimo duomenimis
X	D	P	T	1 P, 1 D, 1 T – išvada patvirtinta 1 tyrimo duomenimis, 1 tyrimo metu išvadai nepritarta arba nustatyta prieštaravimų, 1 empirinio tyrimo metu duomenų negauta	Išvada nepagrįsta
X	D	D	P	1 P, 2 D – išvada patvirtinta 1 tyrimo duomenimis, 2 tyrimų metu išvadai nepritarta arba nustatyta prieštaravimų	Išvada nepagrįsta
X	D	DP	P	1 P, 1 DP, 1 D – išvada patvirtinta 1 tyrimo duomenimis, 1 tyrimo metu išvada dalinai pagrįsta, 1 metu išvadai nepritarta arba nustatyta prieštaravimų, =1 DP	Išvada patvirtinta 1 tyrimo duomenimis
X	D	DP	DP	2 DP, 1 D – 2 tyrimų metu išvada dalinai patvirtinta, 1 tyrimo metu išvadai nepritarta arba nustatyta prieštaravimų.	Išvada nepagrįsta
X	DP	DP	T	2 DP, 1 T – 2 tyrimų metu išvada dalinai patvirtinta, 1 tyrimo metu duomenų negauta	Išvada nepagrįsta
X	D	T	T	2 T, 1 D – 2 tyrimų metu duomenų negauta, 1 tyrimo metu išvadai nepritarta arba nustatyta prieštaravimų.	Išvada nepagrįsta
X	D	D	DP	1 DP, 2 D - 2 tyrimų metu išvada dalinai patvirtinta, 2 tyrimų metu išvadai nepritarta arba nustatyta prieštaravimų	Išvada nepagrįsta
X	T	T	DP	1 DP, 2 T – 1 tyrimo metu išvada dalinai patvirtinta, dviejų empirinių tyrimų metu duomenų negauta	Išvada nepagrįsta
X	D	D	T	2 D, 1 T – 2 tyrimų metu išvadai nepritarta arba nustatyta prieštaravimų, vieno empirinio tyrimo metu duomenų negauta	Išvada nepagrįsta

Šaltinis: parengta autorės, adaptuojant Tonkin-Crine et al., 2015; Hopf et al., 2016; Farmer et al., 2006.

6 priedas. Bendras Lietuvos gyventojų skaičius pagal amžiaus grupes apskrityse ir savivaldybėse 2019 m.

Aprašymas	Iš viso	Amžiaus grupė					Bendras ≥ 65 m.
		65–69	70–74	75–79	80–84	≥85	
Iš viso	2794184	165361	119763	115720	89469	72070	562373
<i>Procentinė dalis (proc. nuo gyventojų skaičiaus teritorijoje)</i>		5,6	4,3	4,1	3,2	2,6	19,8
Kauno apskritis	561430	31135	24782	24534	17917	15181	113549
<i>Procentinė dalis</i>		5,5	4,4	4,4	3,2	2,7	20,2
Kauno m. sav.	286754	16037	13116	13187	9385	8101	59826
<i>Procentinė dalis (gyventojų proc. skaičius, nuo bendro gyventojų skaičiaus, proc. nuo gyventojų skaičiaus teritorijoje)</i>	10,3	5,6	4,6	4,6	3,3	2,8	20,9
Klaipėdos apskritis	317722	17728	12999	12602	10211	7507	61047
<i>Procentinė dalis</i>		5,6	4,1	4,0	3,2	2,4	19,2
Klaipėdos m. sav.	147892	8447	5986	6025	5069	3606	29133
<i>Procentinė dalis (gyventojų proc. skaičius, nuo bendro gyventojų skaičiaus, proc. nuo gyventojų skaičiaus teritorijoje)</i>	5,3	5,7	4,0	4,1	3,4	2,4	19,7
Marijampolės apskritis	138678	7739	5703	6122	4625	4124	28313
<i>Procentinė dalis</i>		5,6	4,1	4,4	3,3	3,0	20,4
Marijampolės sav.	54090	2930	2080	2116	1604	1513	10243
<i>Procentinė dalis (gyventojų proc. skaičius, nuo bendro gyventojų skaičiaus, proc. nuo gyventojų skaičiaus teritorijoje)</i>	1,9	5,4	3,8	3,9	3,0	2,8	18,9
Panevėžio apskritis	214617	12722	10484	10777	8170	6697	48850
<i>Procentinė dalis</i>		5,9	4,9	5,0	3,8	3,1	22,8
Panevėžio m. sav.	87139	5070	4377	4334	3065	2558	19404
<i>Procentinė dalis (gyventojų proc. skaičius, nuo bendro gyventojų skaičiaus, proc. nuo gyventojų skaičiaus teritorijoje)</i>	3,1	5,8	5,0	5,0	3,5	2,9	22,3
Siaulių apskritis	262487	15361	12056	11873	9079	7179	55548
<i>Procentinė dalis</i>		5,9	4,6	4,5	3,5	2,7	21,2
Siaulių m. sav.	100131	6365	4275	4128	3162	2664	19584
<i>Procentinė dalis (gyventojų proc. skaičius, nuo bendro gyventojų skaičiaus, proc. nuo gyventojų skaičiaus teritorijoje)</i>	3,6	5,3	4,3	4,1	3,2	2,7	19,6
Tauragės apskritis	93695	5406	4217	4176	3156	2508	19463
<i>Procentinė dalis</i>		5,8	4,5	4,5	3,4	2,7	20,8
Tauragės r. sav.	38290	2220	1769	1687	1306	999	7981
<i>Procentinė dalis (gyventojų proc. skaičius, nuo bendro gyventojų skaičiaus, proc. nuo gyventojų skaičiaus teritorijoje)</i>	1,4	5,8	4,6	4,4	3,4	2,6	20,8
Telšių apskritis	132082	7532	5763	5348	4093	3205	25941
<i>Procentinė dalis</i>		5,7	4,4	4,0	3,1	2,4	19,6
Telšių r. sav.	39888	2398	1871	1833	1397	1121	8620
<i>Procentinė dalis (gyventojų proc. skaičius, nuo bendro gyventojų skaičiaus, proc. nuo gyventojų skaičiaus teritorijoje)</i>	1,4	6,0	4,7	4,6	3,5	2,8	21,6
Utenos apskritis	127029	8506	6436	6504	5162	4203	30811
<i>Procentinė dalis</i>		6,7	5,1	5,1	4,1	3,3	24,3
Utenos r. sav.	37435	2385	1850	1788	1393	1211	8627
<i>Procentinė dalis (gyventojų proc. skaičius, nuo bendro gyventojų skaičiaus, proc. nuo gyventojų skaičiaus teritorijoje)</i>	1,3	6,4	4,9	4,8	3,7	3,2	23,0

Saltinis: parengta autorės pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis.

7 priedas. Vėį K. Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės leidimas atlikti pacientų ir jų artimųjų apklausą

Mykolo Romerio universiteto
Politikos mokslų instituto doktorantė
Renata Kudukytė-Gasperė

Renata Kudukytė-Gasperė
Gydymo, atliekanti direktorės
funkcijas
Aurelija Činikienė

Vsį K. Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės
Gdytojai, atliekančiai direktorės pareigas, Aurelijai Činikieni

PRAŠYMAS LEISTI ATLIKTI PACIENTŲ IR JŲ ARTIMŲJŲ APKLAUSĄ

2019-07-04
Kaunas

Prašu Jūsų vadovaujamoje įstaigoje leisti atlikti pacientų ir jų artimųjų apklausą, siekiant išsiaiškinti ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos poreikį Kauno miesto gyventojams. Klausimynas yra konfidencialus, pacientų ar jų artimųjų pateikti duomenys bus naudojami tik bendrai analizuojant visų klausimyną užpildžiusių asmenų nuomonę. Tyrimas atlikimas planuojamas 2019-07-04 iki 2019-07-11. Apibendrinti tyrimo duomenys pristatyti Jūsų įstaigai bei Kauno miesto savivaldybės administracijai.

Doktorantė

Renata Kudukytė-Gasperė

Renata Kudukytė-Gasperė



Aurelija Činikienė
Gydymo, atliekanti direktorės
funkcijas
Aurelija Činikienė
2019.07.04

8 priedas. Kiekybinio tyrimo instrumentas

Klausimynas

Pacientams ir jų artimiesiems, stacionaruotiems slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas ligoninėje

Gerbiamieji,

Šiuo metu savivaldybėje atliekamas tyrimas, kurio tikslas - sužinoti Jūsų nuomonę apie Jums būtinų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų plėtros poreikį. Konfidencialumą garantuojame. Jūsų pateikti duomenys bus naudojami tik bendrai analizuojant visų klausimyną užpildžiusių asmenų nuomonę.

1. Į klausimus atsako:

Pacientas Paciento artimasis

2. Lytis: Vyras Moteris

3. Gimimo metai: _____

4. Jūsų išsilavinimas: pradinis pagrindinis vidurinis profesinis aukštesnysis aukštasis

5. Prie kokios gydymo įstaigos šiuo metu yra prisirašęs asmuo gaunantis/laukiantis slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje:

Viešosios įstaigos (poliklinikos) Privatūs medicinos kabineto

6. Kiek laiko Jūs/asmuo gaunantis/laukiantis slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje serga (-te) lėtine, nepagydoma liga:

7. Kaip dažnai šiuo metu Jus (Jūsų artimajį) namuose lanko sveikatos priežiūros specialistas iš poliklinikos/privatūs medicinos kabineto?

Specialistas	Kiekvieną dieną	Kelias kartus per savaitę	Kelias kartus per mėnesį	Vieną kartą per mėnesį	Kelias kartus per metus	Vieną kartą per metus	Niekada
7.1. Seimos gydytojas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2. Seimos gydytojo slaugytojas (sesutė)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3. Gydytojas psichiatras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4. Psichikos sveikatos slaugytojas (sesutė)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Ar Jums/Jūsų artimajam yra teikiamos socialinės paslaugos namuose (pagalba buityje) : taip ne

Jei taip:

8.1. Kas Jums/Jūsų artimajam jas teikia:

savivaldybės įstaiga (pasirašyta paslaugų teikimo sutartis) privačiai samdomas asmuo nevyriausybė organizacija (paslauga teikiama nemokamai)

8.2. Kaip dažnai šiuo metu Jums/Jūsų artimajam namuose yra teikiamos socialinės paslaugos?

kiekvieną dieną kelias kartus per savaitę kelias kartus per mėnesį

Jei ne:

8.3. Ar žinote, kad savivaldybė organizuoja ir teikia socialines paslaugas namuose (pagalbą buityje):

ne, nežinau taip, žinau – laukiame eilėje paslaugoms gauti taip, žinau, bet atsisakėme, nes paslaugos per brangios taip, žinau, bet atsisakėme, nes paslaugos nekokybiškos taip, žinau, bet atsisakėme, nes paslaugos netenkino poreikio

9. Ar Jums/Jūsų artimajam yra teikiamos dienos socialinės globos paslaugos įstaigoje (dienos centre):

taip ne

Jei taip:

9.1. Kaip dažnai šiuo metu Jums/Jūsų artimajam yra teikiamos šios socialinės paslaugos?

kiekvieną dieną kelias kartus per savaitę kelias kartus per mėnesį

9.2. Kaip vertinate dienos centre teikiamas paslaugas įstaigoje:

blogai patenkinamai gerai labai gerai

Jei ne:

9.3. Ar žinote, kad savivaldybė organizuoja ir teikia dienos socialines paslaugas įstaigoje (dienos centre):

ne, nežinau taip, žinau – laukiame eilėje paslaugoms gauti taip, žinau, bet atsisakėme, nes paslaugos per brangios taip, žinau, bet atsisakėme, nes paslaugos nekokybiškos taip, žinau, bet atsisakėme, nes paslaugos netenkino poreikio

Kaip vertintumėte Jums/Jūsų artimajam teikiamas paslaugas (jei jos yra teikiamos)?	Blogai	Patenkinamai	Gerai	Labai gerai
10. Galimybę susisiekti su Jūsų šeimos gydytoju				
11. Galimybę susisiekti su Jūsų šeimos gydytojo slaugytoja (sesute)				
12. Galimybę susisiekti su psichikos sveikatos specialistais				
13. Kaip vertintumėte galimybę išsikviesti Jūsų šeimos gydytoja į namus				
14. Kaip vertintumėte galimybę išsikviesti Jūsų šeimos gydytojo slaugytoja (sesute) į namus				
15. Kaip vertintumėte galimybę išsikviesti į namus psichikos sveikatos specialistus				
16. Kaip vertinate šeimos gydytojo namuose teikiamą paslaugų kokybę, jei tas gaunate				
17. Kaip vertinate slaugytojo (sesutės) namuose teikiamą paslaugų kokybę, jei tas gaunate				

18. Kaip vertinate psichikos sveikatos priežiūros specialistų namuose teikiamų paslaugų kokybę, jei jas gaunate				
19. Kaip vertinate socialinių paslaugų teikiamų namuose paslaugų kokybę, jei jas gaunate				

20.1. Kaip dažnai norėtumėte gauti paslaugas namuose?

Specialistas	Kiekvieną dieną	Kelis kartus /sav.	Kelis kartus /mėnesi	Kelis kartus / metus	Kartą per metus
20.1.1 Gydytojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.1.2 Slaugytojo (sesutės) ar jo padėjėjo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.1.3 Psichikos sveikatos specialistų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.1.4 Socialinio darbuotojo ar jo padėjėjo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20.2. Kurio metu reikėtų paslaugų teikiamų namuose?

Specialistas	Darbo dienomis dienos metu	Darbo dienomis dienos ir nakties metu	Savaitgaliais ar švenčių dienomis	Savaitgaliais ar švenčių dienomis ir nakties metu	Paslaugos turėtų būti prieinamos visomis dienomis ir naktimis
20.2.1 Gydytojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.2.2 Slaugytojo (sesutės) ar jo padėjėjo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.2.3 Psichikos sveikatos specialistų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.2.4 Socialinio darbuotojo ar jo padėjėjo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20.3. Ar sušiktumėte už paslaugas, teikiamas namuose, sumokėti papildomai:

Sveikatos priežiūros (gydytojo/slaugytojo): taip ne

Socialinio darbuotojo/ jo padėjėjo: taip ne

20.4. Ar norėtumėte gauti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose teikiamas kartu: taip ne

21. Kokių paslaugų Jums šiuo metu labiausiai trūksta? (galimi keli variantai)

- visų paslaugų teikiamų namuose (tiek socialinių, tiek sveikatos priežiūros)
- sveikatos priežiūros paslaugų teikiamų namuose
- socialinių paslaugų teikiamų namuose
- dienos paslaugų, teikiamų įstaigoje (tiek socialinių, tiek sveikatos priežiūros)
- slaugos ligoninės paslaugų
- kitų paslaugų (pvz. kineziterapeuto, pavėžėjimo, kt.) _____

22. Kokių paslaugų pageidautumėte? (galimi keli variantai)

- Ilgalaikių, nuolatinių priežiūros paslaugų ligonio namuose
- Ilgalaikių, nuolatinių paslaugų slaugos ligoninėje
- Ilgalaikių, nuolatinių priežiūros paslaugų socialinės globos įstaigose
- Trumpalaikių (savaitgaliais, artimųjų atostogų metu ir kt.) priežiūros paslaugų ligonio namuose
- Trumpalaikių (savaitgaliais, artimųjų atostogų metu ir kt.) priežiūros paslaugų įstaigoje

23. Kada labiausiai reikalingos paslaugos, teikiamos įstaigoje (ligoninėje, socialinės globos įstaigoje)? (galimi keli variantai)

- Dienos metu, kai nėra kam pasirūpinti ligoniu
- Atostogų, komandiruočių metu, kai nėra kam pasirūpinti ligoniu
- Dėl šeimyninių aplinkybių
- Nuolatinei slaugai/priežiūrai

24. Kokiam laikotarpiui pasinaudotumėte (pasiliktumėte/paliktumėte savo ligonį) paslaugomis, teikiamomis įstaigoje (ligoninėje, socialinės globos įstaigoje)? (galimi keli variantai)

- Porai valandų Visai dienai Kelioms dienoms Kelioms savaitėms 1 mėnesiui Keliems mėnesiams 4 mėnesiams ir ilgiau nuolatiniam gyvenimui įstaigoje

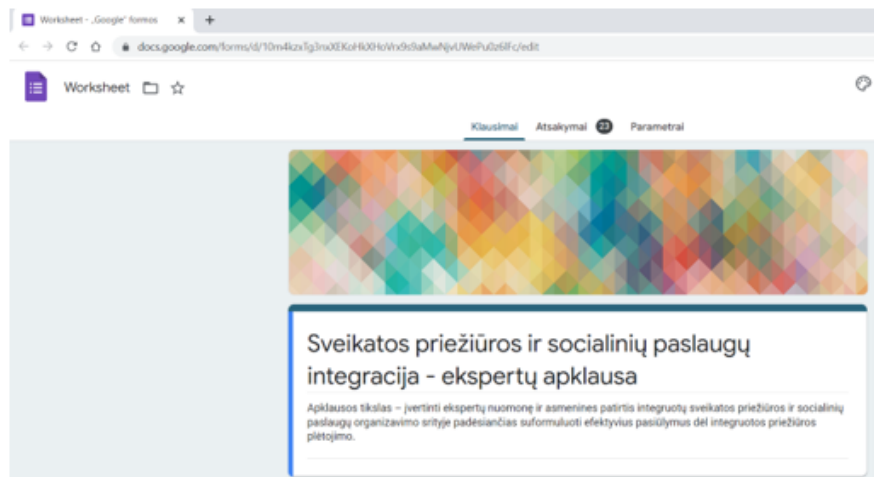
Kiti pastebėjimai, pasiūlymai _____

Dėkojame už bendradarbiavimą.

9 priedas. Pacientų ir jų artimųjų klausimyno statistiniai vidinio nuoseklumo rodikliai

Kl. Nr.	Skalės vidurkis	Skalės dispersija	Pakoreguoto kl. bendra koreliacija	Cronbach's Alpha
	83,74	202,131	0,392	<i>0,764</i>
	83,52	199,058	0,399	<i>0,764</i>
	82,13	229,649	-0,031	<i>0,783</i>
	82,19	229,295	-0,026	<i>0,784</i>
	86,87	226,049	0,242	<i>0,774</i>
	86,94	217,862	0,454	<i>0,766</i>
	86,58	227,718	0,188	<i>0,775</i>
	86,81	219,161	0,405	<i>0,768</i>
	86,03	222,832	0,290	<i>0,771</i>
	86,13	219,849	0,367	<i>0,769</i>
	86,29	220,280	0,431	<i>0,768</i>
	86,10	220,890	0,306	<i>0,770</i>
	86,13	219,583	0,377	<i>0,768</i>
	86,23	218,181	0,374	<i>0,768</i>
	86,32	215,826	0,459	<i>0,765</i>
	86,26	215,931	0,443	<i>0,765</i>
	86,39	214,845	0,535	<i>0,763</i>
	86,26	214,065	0,508	<i>0,763</i>
	85,48	219,125	0,423	<i>0,767</i>
	86,23	224,647	0,142	<i>0,776</i>
	85,03	220,032	0,283	<i>0,771</i>
	86,16	219,406	0,289	<i>0,770</i>
	85,32	206,426	0,364	<i>0,766</i>
	85,32	206,826	0,376	<i>0,765</i>
	86,45	198,323	0,645	<i>0,750</i>
	86,26	198,398	0,585	<i>0,752</i>
	86,87	226,583	0,207	<i>0,774</i>
	87,03	226,766	0,199	<i>0,774</i>
	87,39	229,312	0,118	<i>0,776</i>
	86,26	226,331	-0,038	<i>0,803</i>
	86,45	217,456	0,178	<i>0,777</i>
	85,48	223,725	0,081	<i>0,781</i>
	82,77	209,847	0,243	<i>0,776</i>

Šaltinis: sudaryta autorės.



Istaiga, kuriai atstovaujate:

Užimamos pareigos (pvz. skyriaus pavadinimas, pareigų pavadinimas ir pan.):

I. Kuris iš žemiau išvardintų teiginių Jums atrodo labiausiai atspindintis asmens sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos lygį Lietuvoje? (pasirinkite vieną, labiausiai tinkantį variantą)

0. Nepripažįstamas poreikis keisti asmens priežiūros sistemas, integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas.
1. Pripažįstamas poreikis keisti asmens priežiūros sistemas, tačiau nėra aiškios vizijos ir strateginio integracijos plano.
2. Vyksta diskusijos politiniame lygmenyje, kuriamas sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integravimo planas; rengiama šių paslaugų integravimo strategija ir priemonių planas.
3. Įtvirtinta integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų vizija strateginiuose dokumentuose, parengtas priemonių planas, numatyti atsakingi vykdytojai.
4. Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų vizija suprantama plačiajai visuomenei; visuomenė dalyvauja pokyčių įgyvendinime.
5. Yra aiškus politinis sutarimas (vizija, strategija, veiksmų planas); visuomenės parama ir įsitraukimas; matomas suinteresuotųjų šalių dalyvavimas

II. Kaip vertinate integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų valdymo programos /-ų parengtumo lygį (priemonių įgyvendinimo, finansavimo ir kt.)? (pasirinkite vieną, labiausiai tinkantį variantą)

0. Nėra parengtos valdymo programos. Sudėtinga struktūra ir valdymas.
1. Pripažįstamas struktūrinių ir valdymo pokyčių poreikis.
2. Formuojamos darbo grupės, skatinamos atskiros iniciatyvos.
3. Regioniniu ar/ir nacionaliniu lygiu skatinamos atskiros iniciatyvos.
4. Aiškiai apibrėžtos suinteresuotųjų pusių funkcijos, įtvirtintos teisės aktais, numatytos pokyčių programos gairės.
5. Sukurta visa integruota programa, turinti finansavimą ir aiškius įgaliojimus.

III. Kokių veiksmų imtasi, siekiant mažinti šalutinį poveikį sėkmingai sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijai (pvz. igūdžių trūkumo ir pan.)? (pasirinkite vieną, labiausiai tinkantį variantą)

0. Nėra identifiкуotų veiksmų, darančių neigiamą poveikį integruotai priežiūrai.
1. Identifiкуoti veiksniai, darančys neigiamą poveikį integruotai priežiūrai, tačiau nėra sisteminio požiūrio į jų valdymą.
2. Yra patvirtinta visuotinė pripažintų veiksmų, darančių neigiamą poveikį integruotai priežiūrai, suvaldymo strategija.
3. Yra patvirtintas strategijos įgyvendinimo planas ir pradėtas veiksmų, darančių neigiamą poveikį integruotai priežiūrai, suvaldymo procesas tam tikrose srityse (pvz. specialistų kompetencijų tobulinimas ir pan.).
4. Veiksmų, darančių neigiamą poveikį integruotai priežiūrai, suvaldymo procesas sėkmingai vyksta visose srityse.
5. Veiksniai, darančys neigiamą poveikį integruotai priežiūrai, suvaldyti ir nebėra integruotų paslaugų vystymo problema.

IV. Kaip užtikrinamas integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų finansavimo mechanizmas? (pasirinkite vieną, labiausiai tinkantį variantą)

0. Nėra numatyto finansavimo mechanizmo, kuris padėtų persiti prie integruotos priežiūros.
1. Finansavimas yra prieinamas bandomosioms iniciatyvoms finansuoti.
2. Nedidelės apimties inovacijų integruotos priežiūros srityje finansavimas (konkursų ar dotacijų pavidalu).
3. Galima gauti regioninį / nacionalinį (arba Europos) finansavimą atskiriems projektams finansuoti.
4. Galimos regioninės / nacionalinės tęstinės finansavimo ir (arba) kompensavimo schemas.
5. Užtikrintas daugiametis biudžetas ir (arba) kompensavimo schemas, prieinamas visiems suinteresuotiesiems subjektams, kad būtų galima toliau plėtoti integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas.

V. Kaip vertinate IT sprendimų bei E. sveikatos parengimą integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimui? (pasirinkite vieną, labiausiai tinkantį variantą)

0. Nėra IT ir E. sveikatos sprendimų, kurie padėtų palaikyti integruotą priežiūrą.
1. Pripažįstama būtinybė, tačiau nėra plano, kaip įdiegti IT ir E. sveikatos sprendimus.
2. Egzistuoja vizija ir planas (-ai) diegti regioninius / nacionalinius IT ir E. sveikatos sprendimus, bet dar neįgyvendintas.
3. IT ir E. sveikatos sprendimai yra bandomi, tačiau dar nėra regioninės / nacionalinės apimties.
4. IT ir E. sveikatos sprendimai yra plačiai naudojamos dideliu mastu.
5. Universaliūs regioniniai / nacionaliniai IT ir E. sveikatos sprendimai, kuriais naudojasi visi integruotų paslaugų organizatoriai bei teikėjai.

VI. Kaip vertinate visuomenės įgalinimą dalyvauti integruotų sveikatos priežiūrai ir socialines paslaugas vystyme? (pasirinkite vieną, labiausiai tinkantį variantą)

0. Piliečių įgalinimas nėra laikomas integruotos priežiūros dalimi.
1. Piliečių įgalinimas pripažįstamas svarbia integruotos priežiūros dalimi, tačiau veiksminga politika, padedanti piliečiams suteikti daugiau galių, vis dar vystoma.
2. Piliečių įgalinimas pripažįstamas svarbia integruotos priežiūros dalimi, yra veiksminga piliečių įgalinimo rėmimo politika, tačiau piliečiai neturi galimybes gauti priežiūros duomenų.
3. Konsultuojamasi su piliečiais dėl integruotų priežiūros paslaugų ir turi prieigą prie priežiūros duomenų.
4. Sukurtos ir įdiegtos priemonės, skatinančios piliečius dalyvauti integruotų priežiūros paslaugų bei dalyvauti priimanč sprendimus dėl priežiūros paslaugų.
5. Piliečiai visapusiškai dalyvauja priimanč sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros ir įtraukiami į sprendimų dėl paslaugų teikimo priėmimą ir politikos formavimo procesą.

VII. Kaip vertinate integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų kokybės vertinimo metodus? (pasirinkite vieną, labiausiai tinkantį variantą)

0. Nėra nustatytų integruotų priežiūros paslaugų kokybės vertinimo metodų.

1. Planuojama, kad integruotos priežiūros paslaugų kokybė bus vertinama ir ateityje taps sisteminio požiūrio dalimi.
2. Integruotų priežiūros paslaugų kokybės vertinimas egzistuoja, bet ne kaip sisteminio požiūrio dalis.
3. Kai kurios integruotos priežiūros paslaugų iniciatyvos ir/ar paslaugų kokybė vertinamos kaip sisteminio požiūrio dalis.
4. Dauguma integruotų priežiūros paslaugų iniciatyvų kokybė vertinama sistemingai, su vertinimo rezultatais galima susipažinti.
5. Sistemingas požiūris į vertinimą, reagavimas į vertinimo rezultatus ir pageidaujamo poveikio paslaugos pertvarkymui įvertinimas.

VIII. Ar numatytas gebėjimų stiprinimas organizuojant ir teikiant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas? (pasirinkite vieną, labiausiai tinkantį variantą)

0. Nėra įvertinto poreikio gebėjimų stiprinimui organizuojant ir teikiant integruotas priežiūros paslaugas.
1. Priimti ir taikomi tam tikri integruoto priežiūros paslaugų pajėgumų didinimo būdai.
2. Įteisinti bendradarbiavimo principai gebėjimų stiprinimo srityje organizuojant ir teikiant integruotas priežiūros paslaugas ir gebėjimų stiprinimo poreikis didėja.
3. Mokymasis integruotos priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo srityje yra įdiegtas, tačiau nėra plačiai taikomas.
4. Sistemingas mokymasis integruotos paslaugų organizavimo ir teikimo srityje yra plačiai taikomas; žiniomis ir gerąją praktika yra dalijamas, įgūdžiai tobulinami.
5. Yra sukurta „į asmenį orientuota mokymosi sistema“, apimanti refleksiją ir nuolatinį įgūdžių tobulinimą.

Dėkojame už Jūsų atsakymus. Jie padės mums konstruktyviai diskutuoti ir rasti tam tikrus sprendimus ir pasiūlymus integruotos priežiūros srityje. Jei turite papildomų pastebėjimų, prašome įrašyti:



MYKOLO ROMERIO
UNIVERSITETAS

Ekspertų pusiau struktūruoto interviu preliminarūs klausimai

Tyrimo atlikėjas: doktorantė Renata Kuduškytė-Gasperė, Mykolas Romeris universiteto, Politikos mokslų institutas

Tyrimo tikslas: Pateikti Lietuvos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo prieštaravimus, jų pasekmes asmens priežiūros kokybei bei pasiūlyti galimus integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo sprendimus šiems prieštaravimams spręsti.

Uždaviniai:

4. Nustatyti Lietuvos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo prieštaravimus, jų pasekmes asmens priežiūros kokybei ambulatoriniame lygmenyje.
5. Pateikti ir pagrįsti integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo sprendimus prieštaravimams spręsti. Interviu metu pateikti duomenys naudojami nuasmeninti ir apibendrinti, siekiant gauti kuo išsamesnį ekspertų vertinimą tyrimo tikslui atskleisti bei pateikti išsamias išvagas integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimui, siekiant užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ambulatorinėje priežiūros grandyje.

Išvardiniai klausimai:
Prašome apibūdinti įstaigą, kuriai atstovaujate ir Jūsų užimamas pareigas. Apibrėžkite, kas Jums yra integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos? Ar Jūsų darbinėje veikloje pastebimas integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis? Koks yra integruotos priežiūros poreikis ambulatoriniame lygmenyje? Kuo jis pasireiškia?
Klausimai susiję su integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų valdymu:
Kokių teisinių ir struktūrinių veiksnių turėtų būti imtasi, siekiant plėtoti integruotas sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugas, gerinant ambulatorinės priežiūros paslaugų kokybę? Koks turėtų būti integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimas, siekiant pagerinti ambulatorinės priežiūros kokybę?
Klausimai susiję su integruotą priežiūros paslaugų vystymui šaltinio poveikio (trukdančių veiksnių) mažinimu:
Kokių veiksnių turėtų būti imamasi, siekiant užtikrinti integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų vystymąsi? Kokių veiksnių turėtų būti imamasi, siekiant užtikrinti bendradarbiavimą (tarp LR SAM ir LR SADM, tarp sveikatos priežiūros paslaugų ir socialinių paslaugų teikėjų, tarp ambulatorinės sveikatos priežiūros grandies ir stacionarinės sveikatos priežiūros grandies)?
Klausimai susiję su integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų finansavimo mechanizmu:
Koks turėtų būti bendras finansavimo mechanizmas integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugos ambulatoriniame lygmenyje, siekiant užtikrinti ambulatorinės priežiūros kokybę? (valstybiniu lygmeniu, savivaldybės lygmeniu, įstaigos lygmeniu, asmens lygmeniu?) Kokios paslaugos turėtų būti vystomos ir finansuojamos (ambulatorinės, dienos stacionaro, stacionarinės), siekiant užtikrinti asmens priežiūros kokybę?
Klausimai susiję su informacijos apsaikėtimu, įskaitant IT sprendimus
Kokie sprendimai turėtų būti priimti informacijos gavimo ir teikimo srityje, siekiant užtikrinti integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų plėtrą, užtikrinančia ambulatorinės priežiūros kokybę?
Klausimai susiję su visuomenės įgalinimu
Kokių veiksnių turėtų būti imtasi, siekiant įgalinti visuomenės dalyvavimą integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemos vystyme? Kokių veiksnių turėtų būti imtasi, siekiant įgalinti asmens dalyvavimą integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų vystyme?
Klausimai susiję su integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų kokybės vertinimu
Kaip turėtų būti vertinama integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų kokybę, siekiant užtikrinti poreikius atitinkančią ambulatorinę priežiūrą? (unifikuota vertinimo sistema, išvengiamos hospitalizacijos rodikliai, sumažėjęs stacionarinių socialinių paslaugų poreikis ir pan.)
Klausimai susiję su sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizatorių ir teikėjų kompetencijos didinimu
Kokių įgūdžių trūksta, organizuojant ir teikiant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, siekiant užtikrinti asmens priežiūros kokybę ambulatoriniame lygmenyje? Kaip turėtų būti skatinamas integruotą priežiūros paslaugų teikimas šių paslaugų organizatorių ir teikėjų lygmenyje? Kokių veiksnių reikėtų, kad skirtingų sektorių bendradarbiavimas užtikrintų asmens priežiūros poreikius ambulatoriniame priežiūros lygmenyje?
Dėkojame už pateiktus atsakymus ir išvagas, kurios prisidės vystant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integravimą Lietuvoje, siekiant užtikrinti ambulatorinės priežiūros kokybę.

12 priedas. Įtrauktojo kiekybinio tyrimo rezultatai.

Klausimas	Atsakymų variantai	Skaičius	Procentas
I. Kuris iš žemiau išvardintu teiginių Jums atrodo labiausiai atspindintis asmens sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos lygį Lietuvoje?	0. Nepripažįstamas poreikis keisti asmens priežiūros sistemas, integruojant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas.	1	4,3
	1. Pripažįstamas poreikis keisti asmens priežiūros sistemas, tačiau nėra aiškios vizijos ir strateginio integracijos plano.	12	52,2
	2. Vyksta diskusijos politiniame lygmenyje, kuriamas sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integravimo planas; rengiama šių paslaugų integravimo strategija ir priemonių planas.	10	43,5
	<i>Iš viso:</i>	23	100
II. Kaip vertinate integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų valdymo programos /-ų parengtumo lygį (priemonių įgyvendinimo, finansavimo ir kt.)?	0. Nėra parengtos valdymo programos. Sudėtinga struktūra ir valdymas.	7	30,4
	1. Pripažįstamas struktūrinis ir valdymo pokyčių poreikis.	9	39,1
	2. Formuojamos darbo grupės, skatinamos atskiros iniciatyvos.	2	8,7
	3. Regioniniu ar ir nacionaliniu lygIU skatinamos atskiros iniciatyvos.	5	21,7
<i>Iš viso:</i>	23	100	
III. Kokių veiksmų imtasi, siekiant mažinti šalutinį poveikį sėkmingai sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijai (pvz. igūdžių trūkumo ir pan.)?	0. Nėra identifikuotų veiksmų, darančių neigiamą poveikį integruotai priežiūrai.	8	34,8
	1. Identifikuoti veiksniai, darančys neigiamą poveikį integruotai priežiūrai, tačiau nėra sisteminio požiūrio į ju valdyma.	14	60,9
	2. Yra patvirtinta visuotiniai pripažintų veiksmų, darančių neigiamą poveikį integruotai priežiūrai, suvaldymo strategija.	1	4,3
	<i>Iš viso:</i>	23	100
IV. Kaip užtikrinamas integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų finansavimo mechanizmas?	0. Nėra numatyto finansavimo mechanizmo, kuris padėtų pereiti prie integruotos priežiūros.	10	43,5
	1. Finansavimas yra prieinamas bandomosioms iniciatyvoms finansuoti.	3	13
	2. Nedidelės apimties inovacijų integruotos priežiūros srityje finansavimas (konkursu ar dotacijų pavidalu).	5	21,7
	3. Galima gauti regioninį / nacionalinį (arba Europos) finansavimą atskiriems projektams finansuoti.	5	21,7
<i>Iš viso:</i>	23	100	
V. Kaip vertinate IT sprendimų bei E. sveikatos parengimą integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimui?	0. Nėra IT ir E. sveikatos sprendimų, kurie padėtų palaikyti integruotą priežiūrą.	5	21,7
	1. Pripažįstama būtinybė, tačiau nėra plano, kaip įdiegti IT ir E. sveikatos sprendimus.	14	60,9
	2. Egzistuoja vizija ir planas (-ai) diegti regioninius / nacionalinius IT ir E. sveikatos sprendimus, bet dar neįgyvendintasi.	2	8,7
	3. IT ir E. sveikatos sprendimai yra bandomi, tačiau dar nėra regioninės / nacionalinės apimties.	2	8,7
<i>Iš viso:</i>	23	100	
VI. Kaip vertinate visuomenės įgalinimą dalyvauti integruotų sveikatos priežiūros ir socialines paslaugų vystyme?	0. Piliečių įgalinimas nėra laikomas integruotos priežiūros dalimi.	3	13
	1. Piliečių įgalinimas pripažįstamas svarbia integruotos priežiūros dalimi, tačiau veiksminga politika, padedanti piliečiams suteikti daugiau galiu, vis dar vystoma.	17	73,9
	2. Piliečių įgalinimas pripažįstamas svarbia integruotos priežiūros dalimi, yra veiksminga piliečių įgalinimo rėmimo politika, tačiau piliečiai neturi galimybės gauti priežiūros duomenų.	1	4,3

12 priedo lentelės tęstinys kitame puslapyje

Klausimas	Atsakymų variantai	Skaičius	Procentas
VI. Kaip vertinate visuomenės įgalinimą dalyvauti integruotų sveikatos priežiūrą ir socialines paslaugas vystyme?	5. Piliečiai visapusiškai dalyvauja priimant sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros ir įtraukiami į sprendimų dėl paslaugų teikimo priėmimą ir politikos formavimo procesą.	2	8,7
	<i>Iš viso:</i>	23	100
VII. Kaip vertinate integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų kokybės vertinimo metodus?	0. Nėra nustatytų integruotų priežiūros paslaugų kokybės vertinimo metodų.	9	39,1
	1. Planuojama, kad integruotos priežiūros paslaugų kokybė bus vertinama ir ateityje taps sisteminio požiūrio dalimi.	9	39,1
	2. Integruotų priežiūros paslaugų kokybės vertinimas egzistuoja, bet ne kaip sisteminio požiūrio dalis.	4	17,4
	3. Kai kurios integruotos priežiūros paslaugų iniciatyvos ir/ar paslaugų kokybė vertinamos kaip sisteminio požiūrio dalis.	1	4,3
	<i>Iš viso:</i>	23	100
VIII. Ar numatytas gebėjimų stiprinimas organizuojant ir teikiant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas?	0. Nėra įvertinto poreikio gebėjimų stiprinimui organizuojant ir teikiant integruotas priežiūros paslaugas.	13	59,1
	1. Priimti ir taikomi tam tikri integruoto priežiūros paslaugų pajėgumų didinimo būdai.	6	27,3
	2. Įteisinti bendradarbiavimo principai gebėjimų stiprinimo srityje organizuojant ir teikiant integruotas priežiūros paslaugas ir gebėjimų stiprinimo poreikis didėja.	2	9,1
	5. Yra sukurta „į asmenį orientuota mokymosi sistema“, apimanti refleksiją ir nuolatinį išūdžių tobulinimą.	1	4,5
	<i>Iš viso:</i>	22	100

Šaltinis: parengta autorės.

13 priedas. Kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu rezultatų apibendrinimas

Sritis	<i>Problemos apibendrinimas/problema</i>	<i>Sprendimų apibendrinimas/sprendimas</i>	<i>Nauda</i>
Integruotų paslaugų organizavimas valstybiniu lygmeniu	<i>Bendro organizavimo valstybiniu lygmeniu trūkumas</i>	<i>Bendras paslaugų koordinavimas ir kontroliavimas valstybiniu lygmeniu</i>	
	Teisinio reguliavimo nebuvimas	Bendras koordinavimas ir kontroliavimas	Formavimas kontrolė, priežiūra
	Paslaugas koordinuoja skirtingos ministerijos		Išteklių taupymas
	Politinės valios nebuvimas	Bendra teisinė bazė	Paslaugų nesidubliavimas
	Sistemos painumas ir paslaugų fragmentacija	Politinis susitarimas	Bendras koordinavimas
	Bendro požiūrio trūkumas	Bendra atsakomybė	Stiprios, pilnos komandos
	Atsakomybių išskaidymas	Paslaugos centralizavimas	Paslauga kaip institutas
Integruotų paslaugų finansavimo mechanizmas	<i>Skirtingas paslaugų finansavimo mechanizmas</i>	<i>Atskiras, poreikius tetinkanantis, lankstus finansavimo mechanizmas</i>	
	Skirtingi paslaugų finansavimo šaltiniai	Atskiras fondas	Vadyba, užtikrinanti integracijos procesus
	Paslaugų finansavimo apribojimai	Paslaugų finansavimas pagal asmens poreikius	Paciento poreikius atitinkančios paslaugos
	Tikslinių kompensacijų mokėjimas tiesiogiai	Paslaugų finansavimo lankstumas	Paslaugų teikėjo poreikius atitinkantis finansavimas
Paslaugų koordinavimas savivaldybių lygmeniu	<i>Kompetencijų ir išteklių trūkumas paslaugų koordinavimui savivaldybių lygmenyje</i>	<i>Bendras koordinavimas savivaldos lygmenyje</i>	
	Kompetencijų trūkumas savivaldoje	Paslaugų koordinavimo atsakomybės delegavimas savivalda	Užtikrinamas bendradarbiavimas tarp paslaugų teikėjų
	Žmogiškųjų išteklių trūkumas savivaldybėje	Atskiro paslaugų instituto/ centralizuotos tarnybos sukūrimas	Efektyvesnis paslaugų koordinavimas
			Užtikrinamas reikiamų paslaugų prieinamumas savivaldybės teritorijoje
			Tolygus paslaugų vystymas skirtingose savivaldybėse

13 priedo lentelės tęsinys kitame puslapyje

Sritis	<i>Problemos apibendrinimas/problema</i>	<i>Sprendimų apibendrinimas/sprendimas</i>	Nauda
Paslaugų koordinavimas savivaldybių lygmeniu	Skirtinga paslaugų teikėjų atskaitomybė (savivaldybė, ligonių kasos, ministerija)	Savivaldos kompetencijų stiprinimas	Esamų paslaugų integracijos įrankių efektyvus panaudojimas
	Savivaldybių sociodemografiniai skirtumai darantys įtakos paslaugų integracijai	Suinteresuotųjų pasiūlymų įtraukimas į sprendimų priėmimą	Informacijos sklaida, problemų sprendimo įgūdžiai Bendrystė priimančioms sprendimus ir jų pagrįstumą
Integruotų paslaugų teikimas	<i>Bendradarbiavimo, informacijos prieinamumo bei koordinavimo trūkumas teikiant paslaugas</i>	Paslaugų teikimo lyderystė ir koordinavimas PASP grandyje	
	Santykio nebuvimas / bendradarbiavimo trūkumas	Paslaugų teikimo perdavimas pirminei sveikatos priežiūros grandžiai	Savalaikis priežiūros problemų sprendimas
	Informacijos apie paciento priežiūra ribotas prieinamumas		
	Komandinio darbo kompetencijų trūkumas	Bendra informacinė sistema	Prieinama informacija koordinuotoms paslaugoms
	Neišgryninta lyderystė		
	Neprieinamos sveikatos priežiūros paslaugos pacientams namuose	Komandinio darbo įgūdžių formavimas ir tobulinimas	Komandinio darbo įgūdžiai
	Neprieinamos socialinės paslaugos pacientams namuose		
	Informacijos apie paslaugas trūkumas	Slaugytojo lyderystė	Kompleksinis sveikatos būklės valdymas
	Nėra bendro paslaugos koordinatoriaus	Aiškūs bendradarbiavimo mechanizmas	Paslaugų vystymosi skatinimas, paslaugų dubliavimo išvengimas
	Per daug atsakomybių šeimos gydytojui	Naujų kompetencijų specialistų įtraukimas	Žmogiškųjų išteklių trūkumo sprendimas
Integruotų paslaugų kokybės vertinimas	Neefektyvus turimų specialistų kompetencijų išnaudojimas	Administracinės naštos mažinimas ir esamų išteklių panaudojimas	Efektyvesnis ligos valdymas ir tarpininkavimas
	Paslaugų kokybės vertinti būtinybė	Individualus paciento situacijos vertinimas ir grįžtamasis ryšys	Pacientui teikiamų paslaugų kompleksiskumas, Paciento lūkesčių tenkinimas, tobulėjimas
		Gerų darbo rezultatų vertinimas	Racionalus lėšų panaudojimas
		Subjektyvus paslaugų vertinimas	Pacientų pasitenkinimo gaunamomis paslaugomis įvertinimas

Sritis	<i>Problemos apibendrinimas/problema</i>	<i>Sprendimų apibendrinimas/sprendimas</i>	Nauda
Integruotų paslaugų kokybės vertinimas		Paslaugos sudėties ir apimties vertinimas	Paslaugų efektyvumas
		Paslaugos teikėjų įsivertinimas	Vertinimo kompleksiskumas, skirtas paslaugų teikėjų tobulėjimui
Visuomenės informavimas ir įtraukimas į paslaugų teikimą	Informacijos apie paslaugas trūkumas	Skirtingi informacijos sklaidos šaltiniai	Informacijos prieinamumas skirtingoms grupėms
	Paslaugos gavėjų psichologinis diskomfortas/ paslaugos stigmatizavimas	Komunikacija iš paslaugos teikėjų	Patikima ir savalaikė informacija
		Komunikacija iš savivaldybių ir ministerijų	Paslaugų poreikio išsiaiškinimas
		Priežiūros paslaugų naudos viešinimas	Pagalbos naudos parodymas
Individualizuoti artimųjų mokymai ir psichologinė parama	Pasitikėjimas paslaugomis		
Visuomenės įtraukimo problemškumą	Neigiamas visuomenės požiūris ir susvetimėjimas	Švietimas ir savanorystės skatinimas	Visuomenės sąmoningumas
	Vyresnio amžiaus asmenų diskriminavimas	Asmeninės atsakomybės didinimas	Visuomenės įsitraukimas
Integruotų paslaugų plėtros galimybės	Integruotų paslaugų plėtra	Dienos centruose teikiamų paslaugų plėtra	
		Stacionariųjų paslaugų plėtra ir integracija	
		Gerontologinių paslaugų plėtra	
		Psichikos sveikatos paslaugų integracija	
		Priežiūros paslaugas papildančios paslaugos pacientams namuose	
		Mobilūs sveikatos punktai	
	Inovatyvių integracinių sprendimų plėtra	Kitų institucijų prijungimas informacijos sklaidai	
		Bendras paslaugų kodavimas	
		Paslaugų robotizacija	

Saltinis: parengta autorės.

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

Renata Kudukytė-Gasperė

INTEGRUOTŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR
SOCIALINIŲ PASLAUGŲ ORGANIZAVIMO
MODELIS LIETUVOJE

Daktaro disertacijos santrauka

Socialiniai mokslai, vadyba (S 003)

Vilnius, 2023

Mokslo daktaro disertacija rengta 2013-2022 metais Mykolo Romerio universitete pagal Vytauto Didžiojo universitetui su Klaipėdos universitetu, Mykolo Romerio universitetu ir Šiaulių universitetu Lietuvos Respublikos švietimo, mokslo ir sporto ministro 2019 m. vasario 22 d. įsakymu Nr. V-160 suteiktą doktorantūros teisę.

Mokslinė vadovė:

prof. dr. Danguolė Jankauskienė (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba S 003).

Mokslo daktaro disertacija ginama Vytauto Didžiojo universiteto, Klaipėdos universiteto, Mykolo Romerio universiteto ir Vilniaus universiteto Šiaulių akademijos vadybos mokslo krypties taryboje:

Pirmininkas:

prof. dr. Tadas Sudnickas (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003).

Nariai:

prof. dr. Nijolė Petkevičiūtė (Vytauto Didžiojo universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003);

prof. dr. Rimantas Stašys (Klaipėdos Universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003);

prof. dr. Birutė Mockevičienė (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba S 003);

prof. dr. Inesa Vorončuka (Latvijos universitetas, Latvijos Respublika, socialiniai mokslai, ekonomika, S 004).

Daktaro disertacija bus ginama viešame Vadybos mokslo krypties tarybos posėdyje 2023 m. vasario mėn. 23 d. 11 val. Mykolo Romerio universitete, I-414 auditorijoje.
Adresas: Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius.

Daktaro disertacijos santrauka išsiųsta 2023 m. sausio mėn. 23 d.

Daktaro disertaciją galima peržiūrėti Lietuvos nacionalinėje Martyno Mažvydo bibliotekoje (Gedimino pr. 51, Vilnius) ir Klaipėdos universiteto (K. Donelaičio a. 3, Klaipėda), Mykolo Romerio universiteto (Ateities g. 20, Vilnius), Vilniaus universiteto Šiaulių akademijos (Vytauto g. 84, Šiauliai), Vytauto Didžiojo universiteto (K. Donelaičio g. 52, Kaunas) bibliotekose.

INTEGRUOTŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINIŲ PASLAUGŲ ORGANIZAVIMO MODELIS LIETUVOJE

SANTRAUKA

Temos aktualumas. Nagrinėjama tema daugiadimensė ir įvairiapusė, apima bendrą integruotos priežiūros koncepciją, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje integracijos turinio ir tikslų identifikavimą, integruotos priežiūros poreikį bei įtaką asmens priežiūrai ambulatorinėje grandyje. Integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemos vystymas yra skatinamas kaip vadybinis procesas, efektyvesnė priemonė ir paslaugų organizavimo principas, pagerinantis paslaugų prieinamumą, kokybę ir užtikrinantis paslaugų tęstinumą asmenims, turintiems sudėtingų priežiūros poreikių (Rutten-van Mülken et al., 2018; Goodwin, 2016; van der Heide et al., 2015). Integracija siekiama įveikti ribas tarp sveikatos ir socialinės priežiūros sektorių, skatinant į paciento poreikius orientuotą, koordinuotą priežiūros paslaugų vystymą, pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis bei paslaugų efektyvumą (Kodner, 2009; Rummery, Coleman, 2003). Demografiniai ir epidemiologiniai pokyčiai Europoje ir Lietuvoje lemia ilgalaikių priežiūros paslaugų poreikio didėjimą (WHO, 2011, 2013, 2015, 2016, 2017). Mokslininkai pripažįsta, kad norint išspręsti didėjančią spaudimą sveikatos priežiūros sistemoms senėjančios visuomenės kontekste, būtina perorganizuoti sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugų teikimą (Baxter et al., 2018).

Integruotų, tenkinančių paciento poreikius paslaugų organizavimas valstybių sveikatos priežiūros sistemoms iškelia naujus, sudėtingus iššūkius – rasti tinkamus integruotų paslaugų organizavimo ir finansavimo mechanizmus bei įveikti institucinius barjerus tarp sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos (Cocer et al., 2020; Amelung et al., 2017; Sheaff, 2015). Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracija taikoma struktūrinėms ir funkcinėms sveikatos paslaugų organizavimo problemoms spręsti, o integruotas paslaugų organizavimas pasižymi įvairiapusiškų paslaugų tinklo plėtojimu, koordinuotais ir bendradarbiavimu grindžiamais paslaugų teikėjų veiksmais (Bautista et. al., 2016; Suter et. al. 2017). Pabrėžiama, kad nėra vieno, visoms šalims tinkamo integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelio, todėl būtina rasti priežiūros sistemoms tinkamiausią, mokslinėmis įžvalgomis pagrįstą šių pas-

laugų organizavimo ir teikimo modelį (Goodwin, 2016; Morciano et al., 2020).

Lietuvoje iššūkių paslaugų integracijai kyla dėl istoriškai susiklosčiusio sveikatos ir socialinės priežiūros sistemų suskaidymo, dėl to išryškėja bendradarbiavimo trūkumas tarp sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas teikiančių sektorių (Kontrimiene et al., 2021). Lietuvoje vyrauja institucinis, o ilgalaikės, integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugos ambulatoriniame lygmenyje dar tik ankstyvose derinimo stadijose (EBPO, 2022). Šalyse, kuriose sveikatos ir socialinės priežiūros sistemos ilgą laiką veikė kaip atskirtos institucijos, integruotomis sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugomis grįstą priežiūros sistemą sunku pasiekti, dėl atsakomybės išskaidymo, skirtingo paslaugų reglamentavimo ir finansavimo mechanizmo (Crocker et al., 2020; van Duijn et al. 2018; Pimperl, 2018).

Mokslinėje literatūroje tyrėjų dėmesys atkreipiamas į tokius sveikatos priežiūros paslaugų vadybos klausimus: kokia sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo įtaka paslaugų kokybei; kokią įtaką tam tikri sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo modeliai turi sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų pasitenkinimui paslaugų kokybe; kokia integruotos priežiūros reikšmė ateities sveikatos priežiūros sistemoms; kokie iššūkiai kyla priežiūros paslaugų organizavimui skirtingose šalyse ir kt. Moksliniuose tyrimuose nagrinėjami integruotų paslaugų teikimo modelių struktūriniai, organizaciniai, ekonominiai ir sociokultūriniai skirtumai skirtingose šalyse. Diskutuojama apie skirtingų priežiūros dalių tarpusavio ryšį (funkcijų atitikimą, institucijų ir paslaugų tiekėjų bendradarbiavimo galimybes), sveikatos priežiūros sistemų vystymą, tinkamų integruotų sveikatos priežiūros organizavimo modelių pasirinkimą ir taikymą ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje. Dėl įvardintų priežasčių problema yra aktuali tiek teoriniu, tiek praktiniu požiūriu, jos sprendimui yra skirtas šis disertacinis darbas.

Temos iširtumo lygis. Daugelyje šalių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemų integracija yra laikoma galimu augančios lėtinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūros problemos sprendimu. Per pastarąjį dešimtmetį tiek ES vakarų šalyse, Norvegijoje, Jungtinėje Karalystėje, tiek Amerikoje, Kanadoje, Japonijoje, Naujojoje Zelandijoje bei kitose šalyse taikomos įvairios integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo iniciatyvos, todėl mokslininkų dėmesys integruotoms sveikatos priežiūros ir jas papildančioms paslaugoms, tokioms kaip socialinės paslaugos, kurios teikiamos lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, tapo mokslinių tyrimų prioritetu, siekiant pateikti mokslu grįstas rekomendacijas šių paslaugų vystymui,

poveikiui, jų naudai tiek pacientui (paslaugas gaunančiam asmeniui), tiek sveikatos priežiūros sistemai nustatyti. Integruotų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo problematika aptariama užsienio tyrėjų darbuose: Goodwin ir kt. (2013, 2014, 2016), Grone ir Garcia-Barbero (2001), Kodner ir Spreeuwenberg (2002), McKee, Suhrcke ir Nolte (2009), Nolte su bendraautoriais (2014), Nolte (2017), McKee ir Nolte (2011), O'Connor (2011), Karlberg (2008), Silva ir Fahey (2008) ir kt. Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos iššūkiai ir sprendimo galimybės analizuojami Brault su bendraautoriais (2018), Petch ir kt. (2013), Humphries (2015, 2018), Rummery (2009), Leichsenring (2004), Carolyn su bendraautoriais (2020) ir kt. Pirminės asmens sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integraciją tyrinėjo Crocer su bendraautoriais (2020), Carter su bendraautoriais (2018), Miller (2018), Sheaff su bendraautoriais (2015), De Maeseneer su bendraautoriais (2008) ir kt. Nepaisant plataus mokslinių darbų spektro tarptautiniame kontekste, skirtingose šalyse vis dar bandoma rasti mokslu grįstus sprendimus, kurie padėtų organizuoti ir teikti ilgalaikes integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ambulatoriniame lygmenyje.

Mokslininkai pabrėžia šios srities mokslinių tyrimų trūkumą Lietuvoje ir kitose Rytų Europos šalyse (Kontrimiene et al., 2021; Spasova et al., 2018; Gent et al., 2011). Lietuvoje integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų aspektus nagrinėjančių mokslinių tyrimų nėra daug: Ulianskienė, Vitkūnienė ir Hitaitė (2006), Kanopienė ir Mikulionienė (2006), Kontrimienė su bendraautoriais (2021, 2020), Valiulienė ir Raila (2017), Raila su bendraautoriais (2020), Kudukytė-Gasperė su bendraautoriais (2012, 2015), Burokienė su bendraautoriais (2014), Jurkuvienė su bendraautoriais (2018), Rupišienė su bendraautoriais (2021). Lietuvos akademinėje elektroninėje bibliotekoje, skelbiama: Danusevičienės (2016) disertacija „Namuose teikiamos integralios pagalbos asmenims, turintiems specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, veiksmingumo įvertinimas“, Jakavonytės-Akstinienės (2018) disertacija „Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės pagyvenusių pacientų pažintinių ir fizinių funkcijų sąsajos su slaugos poreikiais, Junevičienės (2020) disertacija „Neformalios ir formalios pagyvenusių žmonių globos jų namuose sąsajos: socialinės politikos priemonės ir globėjų požiūriai“, Mečėjienės (2020) magistro darbas, tema „Integruotos sveikatos ir socialinės priežiūros brandos lygis Lietuvoje“, Mozūraitės (2020) magistro darbas, tema „Išvykstančių iš reabilitacijos ligoninės pacientų poreikis integraliai pagalbai namuose“, Navardauskienės (2014) magistro darbas, tema „Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis bei teikimo organizavimas senyvo amžiaus asmenų namuose“.

Mokslinė problema formuluojama klausimu – kokie veiksniai daro įtaką sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijai ir koks integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelis galėtų būti pritaikomas Lietuvoje, siekiant užtikrinti ilgalaikes priežiūros paslaugas ambulatoriniame lygmenyje.

Objektas – integruotą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimą.

Tikslas – išanalizavus integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo teorinius aspektus bei atlikus empirinį tyrimą, pateikti koncepcinį integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelį ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje.

Siekiant išsikelti tikslo, sprendžiami šie uždaviniai:

1. Atskleisti vadybinius integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo principus, šių paslaugų naudingumo prasme.
2. Įvertinti Europos Sąjungos šalių integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo specifiką ir inovacijas.
3. Nustatyti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo poreikį ambulatorinėje priežiūros grandyje.
4. Empiriškai išnagrinėti Lietuvos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo prieštaravimus, jų pasekmes asmens priežiūrai bei pasiūlyti galimus integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo sprendimus šiems prieštaravimams spręsti.
5. Remiantis teorinėmis įžvalgomis ir atlikto empirinio tyrimo rezultatais, parengti koncepcinį integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelį ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje.

Ginamieji tyrimo teiginiai:

1. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje organizavimo ir teikimo pokyčių poreikį lemia augantis kompleksinių priežiūros paslaugų poreikio didėjimas, žemas šių priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė.
2. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje integraciją neigiamai veikia veiksniai, susiję sisteminiais šių paslaugų organizavimo ir teikimo skirtumais, tokiais kaip skirtingas teisinis reglamentavimas bei paslaugų finansavimas.

3. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje integracijai būtinas politinis susitarimas, bendras teisinis reglamentavimas ir finansavimo mechanizmas, vadybinių kompetencijų ugdymas visuose paslaugų organizavimo ir teikimo lygmenyse.

Disertacijoje taikomi šie pagrindiniai **mokslinio tyrimo metodai**:

- *Literatūros analizė* atlikta siekiant nustatyti integracijos ir integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sampratą, šių paslaugų turinį, organizavimo principus, naudą. Literatūros analizė leido suvokti ir apibendrinti įvairių šalių patirtį bei diegiamas inovacijas, organizuojant ir teikiant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas neįgaliesiems, lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams.

- *Sintezė ir apibendrinimas* naudoti siekiant išanalizuoti integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo skirtumus ir specifiką, nustatyti trikdžius, darančius įtaką sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijai, pateikti pagrindinius principus sėkmingai šių paslaugų integracijai.

- *Antrinių duomenų ir dokumentų analizė* naudota siekiant išanalizuoti Lietuvos sveikatos priežiūros politikos veiksmų kryptis Europos Sąjungos kontekste. Teorinį disertacijos pagrindą sudaro sveikatos priežiūros politikos paradigmos, nusakančios Europos Sąjungos šalių nuostatas integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo ir teikimo srityje bei apibrėžiančios šių paslaugų organizavimo principus neįgaliesiems ir vyresnio amžiaus asmenims, sergantiems lėtinėmis ligomis.

- Empirinis tyrimas pagrįstas *pragmatinio tyrimo strategija* ir *mišrių tyrimo metodų* (angl. *mixed methods approach*), įgyvendintų *nuoseklia nagrinėjama strategija* (angl. *Sequential exploratory strategy*), taikymu. Pirmajame etape, atlikus kiekybinį tyrimą, buvo suformuluota kokybinių duomenų rinkimo ir analizės informacija antrajam kokybiniam tyrimui. Pirmi du tyrimai leido išsiaiškinti požiūrį į integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą, šių paslaugų poreikį bei integracijos lygį, esminius prieštaravimus, kurie daro neigiamą įtaką paslaugų integracijai Lietuvoje, bei suformulavo prielaidas trečiajam – kokybiniam – tyrimui, kurio pagrindinis tikslas buvo rasti sprendimus iškeltiems prieštaravimams integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimui ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje. Apibendrinimas, palyginimas ir priešinimas išvadoms, kylančioms iš kiekybinių ir kokybinių tyrimų, išplėtė supratimą apie integruotas sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugas vietos kontekste.

- Duomenų rinkimo metodai:

- Siekiant įvertinti potencialių integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų gavėjų bei jų artimųjų nuomonę, atliktas kiekybinis tyrimas, taikant *anketinės apklausos metodą*.

- Siekiant nustatyti Lietuvos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos brandą ir šių paslaugų organizavimo prieštaravimus, atliktas kokybinis tyrimas, taikant *ekspertų grupinės diskusijos metodą* ir išankstinę grupinės diskusijos dalyvių *apklausą internetu* (toliau autorės vadinama įtrauktuoju kiekybiniu tyrimu). Antrojo empirinio tyrimo metu sutelkiamas dėmesys į sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų priežiūros organizavimą ir teikimą, vertinant suinteresuotųjų pusių kolektyvinį aiškinimą ir požiūrį į integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, šis tyrimas padėjo gauti pirminių žinių apie kylančias paslaugų integravimo problemas bei priemones joms spręsti.

- Siekiant nustatyti ir pasiūlyti galimus integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo sprendimus esamiems prieštaravimams spręsti Lietuvoje, atliktas trečiasis empirinis tyrimas – kokybinis tyrimas, taikant *kryptingąjį (iš dalies struktūruotą) individualųjį ekspertų interviu metodą*.

- Empirinių tyrimų duomenų analizė:

- Kokybiniai duomenys analizuoti vadovaujantis *kokybinės turinio (angl. content) analizės metodu*, siekiant padidinti teksto kodavimo tikslumą bei palengvinti kodavimo standartizavimo procesą, naudota *kokybinės analizės informacinė sistema „Nvivo“*.

- Kiekybiniai duomenys klasifikuoti, apdoroti ir analizuoti pasitelkiant *SPSS v. 25 programinį paketą (angl. Statistical Package for Social Science)*.

- Duomenų trianguliacija atlikta vadovaujantis trianguliacijos protokolu.

Disertacinį darbą sudaro teorinė dalis, apimanti dokumentų analizę, ir empirinis tyrimas. Vadovaujantis teorinėje dalyje pateiktomis išvalgomis ir empirinio tyrimo duomenimis formuojamas koncepcinis integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelis ilgalaikėms priežiūros paslaugoms ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje. Modelis paremtas Valentijn su bendraautoriais (2013) pasiūlytu „Vaivorykštė modeliu“ (angl. *Rainbow Model of integrated care*), kuris orientuojamas į pirminės asmens sveikatos priežiūros funkcijų integraciją. Koncepcinis modelis įvertintas, vadovaujantis PSO pateiktomis sėkmingos paslaugų integracijos sritimis (WHO, 2016).

Darbo mokslinis naujumas ir teorinis reikšmingumas.

1. Išanalizuota integracijos samprata ir integruotų priežiūros paslaugų modeliai bei priežiūros paslaugų reformų kryptys, siekiant integruoti priežiūros paslaugas ES ir kitose šalyse, leido identifikuoti dabartinės sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo sistemos Lietuvoje esminius skirtumus ir prieštaravimus, jų pasekmes asmens priežiūrai bei nustatyti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos brandą Lietuvoje.
2. Metodologinis naujumas – pragmatinės paradigmos pritaikymas, susiejant pozityvizmą ir konstruktyvizmą, derinant kiekybinio ir kokybinio tyrimo galimybes, remiantis aiškinamuoju nuosekliuoju tyrimo dizainu, atskleidė tiriamojo klausimo kompleksiskumą ir sudarė prielaidas sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos sistemų integracijos sprendimams Lietuvos kontekste.
3. Disertacijoje suformuotas integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų apibrėžimas, išgryninant integruotų priežiūros paslaugų suvokimą Lietuvos kontekste, sudaro sąlygas tęsti mokslinius tyrimus įvairiais šių paslaugų integracijos aspektais.
4. Parengtas koncepcinis integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelis ambulatoriniame lygmenyje sudaro prielaidas išankstiniam modelio dedamųjų dalių pritaikomumui, siekiant integruoti skirtingai veikiančias sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos sistemas.

Praktinė darbo reikšmė.

1. Disertacinis darbas naudingas Lietuvoje diegiant strateginės plėtros dokumentuose numatytą ilgalaikės priežiūros modelį, įgyvendinant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ambulatoriniame lygmenyje, šis modelis sumažintų skirtingai veikiančių sistemų integracijos keliamus iššūkius: įvertintas integruotų priežiūros paslaugų suvokimas, poreikis, dabartinė priežiūros paslaugų integracijos branda, pateikti prieštaravimai, neigiamai veikiančios priežiūros paslaugų integraciją, pateiktos valdymo, finansavimo, paslaugų koordinavimo ir teikimo galimybės, įvertinta integracijos nauda, pateiktos rekomendacijos plėtrai.
2. Disertacinis darbas yra nukreiptas į ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas, todėl surinkti duomenys, apibendrinimai ir įžvalgos vertingi, vykdamas sveikatos priežiūros reformas senėjančios visuomenės kontekste, siekiant plėtoti ir

vystyti ambulatorines bei ilgalaikes kompleksines priežiūros paslaugas.

3. Pateiktas koncepcinis integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelis ambulatoriniame lygmenyje, įgyvendintas praktikoje, galėtų sėkmingai įsijungti į ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros grandį, įgyvendinant lėtinėmis ligomis sergančių pacientų kompleksinę priežiūrą, skatinant pacientų ir jų artimųjų aktyvų įsitraukimą.

Tyrimo apribojimai. Tyrimo metu surinkti duomenys ir jų patikimumas prisidėjo prie integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje suvokimo Lietuvos kontekste bei sudarė sąlygas pateikti argumentuotas išvagas dėl integruotos priežiūros organizavimo ir koordinavimo iššūkių, jų sprendimo, tačiau:

1. Vienu iš disertacinio tyrimo apribojimų galima laikyti tai, kad analizuojama ambulatorinė priežiūros paslaugų perspektyva ilgalaikės priežiūros kontekste, kai Lietuvoje ilgalaikės priežiūros modelis dar tik apibrėžiamas strateginiuose plėtros dokumentuose, todėl siekiant susidaryti išsamų integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo, koordinavimo ir dinamikos vaizdą, būtini išsamesni visų grandžių, tarp jų ir stacionarių ilgalaikės priežiūros paslaugų, tyrimai.
2. Disertaciniame tyrime pirmojo empirinio tyrimo metu anketiniai duomenys rinkti, apklausiant stacionarinėje slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje hospitalizuotus pacientus ir jų artimuosius, siekiant išsiaiškinti bendras ambulatorinių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų tendencijas, ar pacientams jos buvo teikiamos prieš patenkant į ligoninę, kaip jas vertino. Gauti rezultatai atspindėjo apibendrintą daugiau neigiamą vertinimą, tačiau negalėjo išsamiai atskleisti konkretaus paslaugos gavėjo patirčių ir požiūrio, lūkesčių bei pasiūlymų dėl integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo ambulatoriniame lygmenyje, todėl ateityje šie duomenys galėtų būti detalizuoti kokybinio tyrimo metodais.

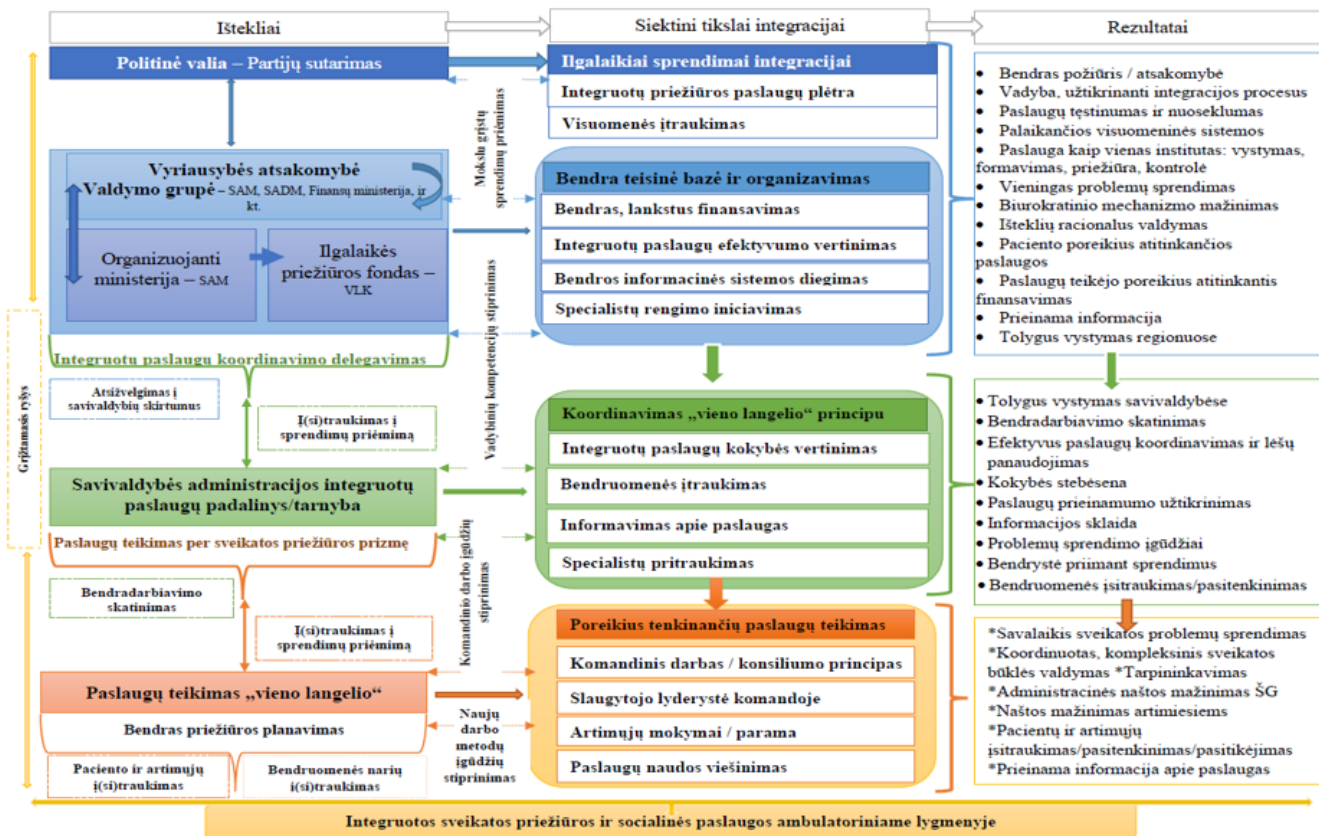
DARBO STRUKTŪRA IR TURINIO APŽVALGA

Pirmojoje disertacinio darbo dalyje atliekama literatūros ir dokumentų analizė, siekiant nustatyti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį, sampratą, turinį, įvertinti paslaugų organizavimo naudą bei vadybinius šių paslaugų organizavimo principus. Analizuota ES šalių patirtis, specifika, inovacijos, organizuojant ir teikiant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, nagrinėjami integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje sąlygojantys veiksniai. Lietuvos atvejo analizė apima socialinių, demografinių ir epidemiologinių veiksnių, darančių poveikį ilgalaikės priežiūros, integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikiamų ambulatoriniame lygmenyje pacientams namuose poreikiui, vertinimą bei tiesės aktų, šiuo metu reglamentuojančių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimą ir teikimą, analizę. Pateikiamas organizuojamų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų grafinis atvaizdavimas, kuris atspindi asmens priežiūros paslaugų fragmentaciją Lietuvoje. Užsienio šalių patirtys, tarptautinių organizacijų rekomendacijos ir Lietuvos atvejo vertinimas sudarė prielaidas empiriniams tyrimams.

Disertacinio darbo antrojoje dalyje dalyje pagrindžiamos empirinio tyrimo metodologinės priegijos bei mišrių tyrimo duomenų rinkimo metodai, jų integracija ir trianguliacija. Pristatoma disertaciniame darbe taikytų kiekybinių ir kokybinių tyrimų vykdymo eiga, naudoti duomenų rinkimo instrumentai, duomenų šaltiniai bei gautų duomenų analizės metodai.

Pirmasis empirinis tyrimas – kiekybinis paslaugų gavėjų ir jų artimųjų nuomonės vertinimas (anketinė apklausa), norint įgyti duomenis, kokias sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas gauna ambulatoriniame lygmenyje, paciento namuose, kiek žino apie savivaldybėje organizuojamas ir teikiamas paslaugas, kaip vertina šiuo metu gaunamų paslaugų prieinamumą ir kokybę, kokių paslaugų pageidautų. Tyrime dalyvavo 102 pacientai ir 243 pacientų artimieji.

Antrasis empirinis tyrimas – ekspertų grupinė diskusija su įtrauktoju kiekybiniu tyrimu, atliktas siekiant nustatyti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį ir svarbą, įvertinti teikiamų paslaugų integracijos brandos lygį, integracijos problemines sritis bei siūlomus sprendinius probleminėms sritims spręsti, vertinant suinteresuotųjų pusių nuomonę. Prieš diskusiją dalyvių buvo prašoma užpildyti elektroninį klausimyną, skirtą sveikatos ir socialinės priežiūros sistemų integracijos



1 pav. Konceptinis integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo ambulatoriniame lygmenyje modelis Lietuvoje
Šaltinis: parengta autorės

brandos įvertinimui. Elektroninį klausimyną užpildė 23 respondentai. Suformuluoti klausimai diskusijai, diskusijai, kuriais aiškinamasi kas šiuo metu atskirose įstaigose (atskiruose paslaugų organizavimo ir teikimo lygmenyse) daroma, siekiant integruoti sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos paslaugas, su kokiais iššūkiais susiduria suinteresuotosios pusės bei kaip ekspertų grupinės diskusijos dalyviai siūlo spręsti kylančias problemas. Grupinėje ekspertų diskusijoje dalyvavo 14 informantų.

Trečiasis empirinis tyrimas – kryptingasis (iš dalies struktūruotas) individualusis ekspertų interviu atliktas, siekiant papildyti antruoju empiriniu tyrimu gautas įžvalgas bei detalai atsakyti į disertacijoje išsikeltą ketvirtąjį uždavinį. Ekspertų atranka atlikta pasitelkiant tikslinės atrankos metodą (angl. purposeful sampling). Įtraukti ekspertai, atstovaujantys daugiadisciplininėms suinteresuotosioms pusėms ir aktyviai dalyvaujantys sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos procese: ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas namuose teikiančių įstaigų atstovai, socialines paslaugas namuose teikiančių įstaigų atstovai, pirmines asmens sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas organizuojančių savivaldybių atstovai, SAM ir SADM, VLK atstovai, mokslininkai. Tyrime dalyvavo 15 ekspertų.

Rezultatų aptarimo dalyje pateikiami atliktų empirinių tyrimų rezultatai. Įvertintas integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį, Lietuvos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo prieštaravimus, jų pasekmes asmens priežiūrai suinteresuotųjų pusių (potencialių paslaugų gavėjų, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikėjų, politikos formuotojų bei vykdytojų, mokslininkų) akimis.

Empirinių tyrimų rezultatų trianguliacija leido sujungti kelias perspektyvas (pacientų anketinės apklausos duomenis, ekspertų grupinės diskusijos su įtrauktuju kiekybiniu tyrimu ir kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu duomenis) ir gauti apibendrintus duomenis koncepciniam integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modeliui, ilgalaikei priežiūrai ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje.

Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų koncepcinis modelio rengimas, paremtas Valentijn ir bendraautorių (2013), Valentijn (2016), pasiūlytu konceptualių pirminės sveikatos priežiūros funkcijų integravimo „Vaivorykštės modeliu“ (angl. Rainbow Model of integrated care). Disertacinio darbo empiriniai tyrimai parodė, kad šį modelį reikia detalizuoti, siekiant pritaikyti integruotų priežiūros paslaugų modeliui Lietuvoje. Disertaciniame darbe pateiktame modelyje orientuojamasi į paslaugų sujungimą, integravimą, siekiant suformuoti į asmens poreikius orientuotą, tęstinę priežiūrą,

ir integracijos lygiai papildo vienas kitą. Makro lygmens integracija apima sistemine integraciją valstybiniu lygmeniu (1 pav. – mėlyna spalva), mezo lygmens integracija apima paslaugų koordinavimą savivaldybių lygmenyje apimančią organizacinę ir profesinę integraciją, kuri vykdoma per pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigas (1 pav. – žalia spalva), mikro integracija apima paslaugų teikimą per pirminės asmens sveikatos priežiūros grandį, profesinę ir klinikinę integraciją (1 pav. – oranžinė spalva). Visus lygius sujungia funkcinė ir normatyvinė integracija, kuri užtikrina ryšį tarp lygių, sukurdamą teises ir funkcines prielaidas siekti pagrindinio rezultato – integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje. Normatyvinė integracija modelyje sujungia visus lygmenis per valstybinio lygmens bendros teisinės bazės sukūrimą, apimančią visas grandis nuo bendro požiūrio, vertybių, bendros strategijos, veiklos planų įgyvendinimo. Funkcinė integracija apima visus integracijos lygmenis ir yra įgyvendinama per finansavimo mechanizmus, informacijos sklaidos būdus, žmogiškųjų išteklių valdymą bei paslaugų kokybės gerinimą. Konceptiniame modelyje numatytas grįžtamasis ryšys, suinteresuotųjų pusių įtraukimas į sprendimų priėmimą, kuris apima visus lygmenis, siekiant išlaikyti lanksčią, asmens poreikius tenkinančią integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje sistemą.

IŠVADOS

1. Teorinėje dalyje įvertinus užsienio šalių patirtis organizuojant integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, atkreipiamas dėmesys į valdymo ir organizavimo užduočių įgyvendinimo svarbą, todėl valdymo mechanizmai nacionaliniu, regioniniu ir vietos lygmeniu, reikalauja specialistų vadybinių kompetencijų ir abiejų priežiūros sistemų supratimo.

1.1. Pagrindiniai sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos procese taikomi principai:

1.1.1. Sveikatos vadybos technologijos, tokios kaip paslaugų teikėjų vaidmenų perskirstymas, lyderystės išgryninimas, bendradarbiavimas ir veiksmų koordinavimas, paslaugų planavimas ir nuolatinis vertinimas, diegiant stebėsenos sistemas.

1.1.2. Sveikatos politikos formavimo bei sprendimų priėmimo inovacijos: politinė parama, suinteresuotųjų pusių įtraukimas į sprendimų priėmimą, tvarus valdymo ir finansavimo mechanizmas, standartizuotas specialistų vadybinių kompetencijų ugdymas, standartizuotos priežiūros teikimas.

1.1.3. Informacinių sistemų plėtra: paslaugų teikimo priminimo sistema, dalijimasis klinikiniais įrašais, paslaugų gavėjų registrai, m.sveikatos diegimas.

1.1.4. Paciento ir bendruomenės įtraukimas į priežiūros paslaugų organizavimą ir teikimą.

1.2. Identifikuota sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje integracijos nauda:

1.2.1. Sveikatos priežiūros sistemoms – leidžia efektyviai perskirstyti turimus išteklius, perorganizuojant priežiūros paslaugų teikimą, sumažinamas skiriamų resursų dubliavimas, sumažinamos bendrosios priežiūros išlaidos vienam gyventojui (sutrumpinama hospitalizavimo trukmė bei nebūtinų sveikatos priežiūros paslaugų naudojimas).

1.2.2. Paslaugų teikėjams – stiprinamas specialisto vaidmuo paslaugų teikimo procese, perskirstytas darbo krūvis sumažina perdegimo darbe tikimybę, užtikrinamas įgūdžių tobulinimas ir įsisavinimas, padidėja pasitenkinimas darbu.

- 1.2.3. Paslaugų gavėjams ir jų šeimos nariams – geresnis paslaugų prieinamumas ir savalaikė priežiūra, geresnis priežiūros paslaugų koordinavimas, aktyvesnis dalyvavimas priežiūros paslaugų planavimo ir teikimo procese, didesnis pasitenkinimas priežiūros paslaugomis, sumažėjusi priežiūros našta šeimos nariams.
- 1.2.4. Bendruomenės nariams – užtikrinamas geresnis priežiūros paslaugų prieinamumas, bendruomenės sąmoningumo ugdymas, bendruomenės išitraukimas, dalyvavimas ir įtaka priežiūros paslaugų organizavimo procesui, atstovavimas priimant sprendimus dėl sveikatos išteklių naudojimo.

2. Apibendrinus užsienio šalyse diegiamus ir vystomus integruotos priežiūros modelius nustatyta:

- 2.1. Integruotos priežiūros modelius galima suskirstyti į tris pagrindines grupes:
 - 2.1.1. Individualūs integruotos priežiūros modeliai – apima konkretaus paciento atvejo vadybą, individualų priežiūros planavimą.
 - 2.1.2. Tam tikrai tikslinei pacientų grupei skirtų integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų modeliai bei konkrečių specifinių lėtinių ligų integruotos priežiūros modeliai – apima lėtinių ligų priežiūros modelį, lėtinių ligų valdymo programas ir integruotas senyvo amžiaus, neįgaliųjų priežiūros modelius.
 - 2.1.3. Visuomenės sveikatos priežiūra pagrįsti integruotų paslaugų teikimo modeliai – apima paslaugas, kurios yra nukreiptos visuomenės sveikatos stiprinimui, sveikos gyvensenos ugdymui, o integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos tampa visos sistemos, nukreiptos bendriems sveikatos rodikliams gerinti, dalimi.
- 2.2. Vieno, tinkančio visoms valstybėms integruotos priežiūros modelio nėra, todėl valstybėms, organizuojant integruotas priežiūros paslaugas, būtina atsižvelgti į sistemų kultūrą bei struktūras. Išskiriamos bendrosios integracijos kryptys:
 - 2.2.1. Reformos, kuriomis siekiama integruoti sveikatos ir rūpybos paslaugas, pagrįstos finansavimo sistemų integravimu ir institucinių kliūčių įveikimu tarp ambulatorinės ir stacionarinės priežiūros grandies, tarp formalios ir neformalios priežiūros.

- 2.2.2. Vystomos papildančios sveikatos priežiūros paslaugos (tokios kaip geriatrinės), įtraukiant įvairius priežiūros profesionalus, užtikrinant jų bendradarbiavimo skatinimą ir paslaugų kokybės bei efektyvumo vertinimą.
- 2.2.3. Integruotos priežiūros paslaugų teikimo mechanizmu skatinamas paslaugos gavėjų dalyvavimas priežiūros procese, siekiant užtikrinti paslaugos gavėjo įtraukimą į paslaugų teikimą ir proceso kontrolę.
- 2.2.4. Bendruomeninės priežiūros iniciatyvos, kurios peržengia tradicinės priežiūros sąvoką ir mobilizuoja bendruomenės išteklius gerovės paslaugoms.
- 2.2.5. Informacijos apie teikiamas integruotos priežiūros paslaugas sklaida bei priežiūros paslaugų teikėjų kompetencijų didinimas, skatinant bendradarbiavimą tarp skirtingų organizacijų.

3. Atlikta esamos situacijos analizė Lietuvoje parodė, kad spartus visuomenės senėjimas ir su tuo susijusių lėtinių ligų epidemiologinės situacijos prastėjimas, didina integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo poreikį ambulatorinėje priežiūros grandyje:

- 3.1. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos būklės rodiklių analizė atskleidžia, kad galima padidinti sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumą, pereinant nuo stacionarinės priežiūros prie ambulatorinėje grandyje organizuojamų ir teikiamų paslaugų senėjančios visuomenės kontekste.
- 3.2. Stacionarinėms paslaugoms skiriama trečdalis viso sveikatos priežiūros biudžeto, stacionarinės įstaigos išnaudojamos išvengiamos hospitalizacijos atvejais, kai sveikatos problemos galėtų būti efektyviau sprendžiamos naudojant ambulatorinės grandies paslaugas.
- 3.3. Lietuvoje daugiau nei trečdaliui vyresnių nei 65 m. asmenų reikalingos sveikatos arba socialinės paslaugos, teikiamos ambulatoriniame lygmenyje, tačiau šias priežiūros paslaugas gauna tik nedidelė dalis poreikį turinčių asmenų.
- 3.4. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatoriniame lygmenyje fragmentuotas reglamentavimas ir organizavimas mažina prieinumą, kokybę bei šių paslaugų apimtį, sukelia sveikatos bei socialinių paslaugų nepilnavertiškumą bei formuoja kritikuotinas pacientų eiles paslaugoms gauti, o tai

didina paciento priežiūros našta artimiesiems.

- 3.5. Įvertinus potencialių integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų gavėjų apklausos duomenis, nustatyta, kad dauguma negavo priežiūros paslaugų ambulatoriniame lygmenyje bei nežinojo apie galimybę jas gauti. Pacientai ir jų artimieji, kuriems buvo teikiamos priežiūros paslaugos ambulatoriniame lygmenyje, šias paslaugas buvo linkę vertinti blogai arba patenkinamai.
- 3.6. Dauguma apklausoje dalyvavusių potencialių integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų gavėjų pageidautų ilgalaikių, nuolatinių priežiūros paslaugų paciento namuose bei norėtų, kad šias paslaugas teiktų sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos specialistų komanda, veikdama kartu, o jų teikiamos paslaugos būtų prieinamos visomis dienomis ir nakties metu.

4. *Atliktų Lietuvos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų ambulatorinės grandyje empirinių tyrimų metu:*

- 4.1. Suformuotas integruotos priežiūros apibrėžimas Lietuvos kontekste – integruota priežiūra – tai koordinuotai organizuojamos ir teikiamos individualius paciento poreikius atitinkančios, kokybiškos, kompleksinės, savalaikės paslaugos, kurios apima ne tik sveikatos priežiūrą ir socialinę pagalbą, bet ir papildomos kitomis būtinomis paslaugomis, tokiomis kaip farmacininko, švietimo paslaugomis, užimtumo, integracijos į visuomenę paslaugomis, siekiant užtikrinti asmens fizinę, psichinę ir socialinę gerovę, o paslaugų integracija pasiekama per politinių ir sisteminių sprendimų priėmimą – sisteminę integraciją.
- 4.2. Nustatyta, kad sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemų pasirengimas integracijai yra pradiniam lygmenyje, identifikuoti prieštaravimai, neigiamai veikiančys integracijos procesą, bei suformuluoti jų sprendimų būdai:
 - 4.2.1. Neigiamas veiksnys – bendros atsakomybės ir požiūrio valstybiniu lygmeniu trūkumas. Siekiant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos, siūloma valstybiniu lygmeniu įteisinti ilgalaikius sprendimus politinio susitarimo pagrindu, reglamentuoti paslaugą, kaip ilgalaikės priežiūros institutą, šios paslaugos koordinavimą ir kontroliavimą deleguoti vienai atsakingai ministerijai, to-

- kiu būdu centralizuoti paslaugos organizavimą.
- 4.2.2. Neigiamas veiksnys – skirtingas paslaugų finansavimas. Siekiant vie-ningo finansavimo mechanizmo, siūloma įsteigti atskirą paslaugų finansavimo fondą, paslaugas finansuoti lanksčiai pagal konkretaus asmens poreikius ir konkretaus specialisto suteiktas paslaugas.
 - 4.2.3. Neigiamas veiksnys – savivaldybių nepilnavertis įgalinimas priežiū-ros paslaugų koordinavimui, žmogiškųjų išteklių, reikiamų kompe-tencijų ir vadybinių įgūdžių trūkumas trukdo pilnavertiškai organi-zuoti priežiūros paslaugas vietos bendruomenėse. Siekiant tolygaus paslaugų vystymosi skirtingose savivaldybėse, siūloma paslaugų koordinavimą visiškai deleguoti savivaldybei, į sprendimų priėmimą įtraukti suinteresuotąsias puses, sukurti atskirą integruotos priežiū-ros tarnybą, kurios veikla būtų organizuojama „vieno langelio“ prin-cipu bei stiprinti savivaldybių specialistų vadybines kompetencijas.
 - 4.2.4. Neigiamas veiksnys – bendradarbiavimo sunkumai ir santykių tarp paslaugų teikėjų nebuvimas, komandinio darbo kompetencijų trū-kumas, aiškios lyderystės nebuvimas, informacijos prieinamumo trūkumas, sudėtingi paslaugų organizavimo mechanizmai, žmogiš-kiųjų išteklių paslaugų teikimui trūkumas. Siūloma paslaugos teikimą vykdyti per sveikatos priežiūros prizmę, persikirstant atsakomybes, lyderystę perduodant slaugos specialistams, tačiau tam būtina ma-žinti paslaugų organizavimo biurokratinį mechanizmą, užtikrinti informacijos prieinamumą informacinėmis sistemomis bei stiprinti komandinio darbo kompetencijas, diegiant tarpdisciplinines ugdy-mo programas.
 - 4.2.5. Neigiamas veiksnys – informacijos apie sveikatos priežiūros ir so-cialines paslaugas trūkumas ir socialinių paslaugų stigmatizavimas. Siekiant pagerinti priežiūros paslaugų žinomumą, siūloma: informa-ciją viešinti įvairiais amžių ir poreikius tenkinančiais informacijos sklaidos šaltiniais, mažinti priežiūros paslaugų stigmatizavimą, ak-centuojant paslaugų naudą ir pridėtinę vertę, gerinti komunikaciją apie integruotas paslaugas visuose organizavimo ir tiekimo lygme-nyse, teikti papildomas mokymų ir psichologinės pagalbos paslaugas bendruomenėse.

4.2.6. Neigiamas veiksnys – žemas visuomenės į(si)traukimas, susvetimėjimas, neigiamas vyresnio amžiaus asmenų bei priežiūros paslaugų vertinimas. Siekiant didinti visuomenės į(si)traukimą, siūloma skatinti savanorystės idėjas, didinti asmeninę atsakomybę bei sveikatos raštingumą, formuoti teigiamą vyresnio amžiaus asmenų įvaizdį visuomenėje.

5. *Teorinių ir empirinių tyrimų pagrindu parengus koncepcinį integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelį ambulatoriniame lygmenyje Lietuvoje, galime teigti, kad:*

- 5.1. Detalizuotas modelis orientuojamas į sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integravimą ambulatoriniame lygmenyje, siekiant užtikrinti ilgalaikės priežiūros paslaugas senėjančios visuomenės kontekste.
- 5.2. Modelyje priežiūros paslaugų integracija valstybiniame (makro) lygmenyje pasiekama esant politiniam sutarimui, vyriausybei deleguojant atsakomybę už integruotas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas. Objektivių sprendimų priėmimui (paslaugų organizavimui, formavimui, vystymui ir priežiūrai) sudaroma šių paslaugų valdymo grupė, paskiriamas vienas atsakingas šių paslaugų organizatorius ministerijų lygmeniu. Įteisinus integruotas priežiūros paslaugas, užtikrinamas informacijos prieinamumas, žmogiškųjų išteklių perskirstymas ir valdymas, paslaugų poreikio ir kokybės vertinimas, sujungiami visi paslaugų organizavimo ir teikimo lygmenys.
- 5.3. Lanksčiam priežiūros paslaugų finansavimui modelyje numatytas atskiras ilgalaikių priežiūros paslaugų finansavimo fondas, sujungiantis šiuo metu esančius skirtingus paslaugų finansavimų šaltinius.
- 5.4. Paslaugų koordinavimas perduodamas savivaldybėms. Integruotos priežiūros paslaugos organizuojamos „vieno langelio“ principu per asmens sveikatos priežiūros prizmę, paslaugų teikimo lyderystę perduodant sveikatos priežiūros specialistams (užtikrinama mezo lygmens organizacinė ir profesinė integracija). Profesinė integracija vykdoma per komandinį darbą ir sprendimų priėmimą bendro konsiliumo principu.
- 5.5. Modelyje integruotos priežiūros paslaugos teikiamos vadovaujantis paslaugų teikimo algoritmais, pagal nustatytus konkretaus paciento poreikius, individualizuotai teikiant paramą paciento artimiesiems (užtikrinama mikro lygmens klinikinės praktikos integracija).

TYRIMO REZULTATŲ APROBAVIMAS

Publikacijos disertacijos tema recenzuojamuose leidiniuose:

1. Kudukytė-Gasperė, R., Jankauskienė, D. (2019). Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje hospitalizuotiems pacientams bei jų artimiesiems namuose būtinų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis. Sveikatos politika ir valdymas, Mykolo Romerio universitetas, 1 (11), p. 96-116. <https://doi.org/10.13165/SPV-19-1-11-06>

2. Kudukytė-Gasperė, R., Štaras, K. (2015). Integruotų slaugos ir psichosocialinių paslaugų poreikis namuose slaugomiems sunkios būklės pacientams ir jų šeimos nariams. Atvejo analizė VšĮ Centro poliklinikoje. Sveikatos mokslai, 25(1), p. 15-23. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2015.002>

3. Kudukytė-Gasperė, R., Jankauskienė, D. (2014). Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos – į žmonių poreikius orientuotos sveikatos priežiūros sistemos skatinimas Europos regione. Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai, Mykolo Romerio universitetas, 2(7):113–33. <https://doi.org/10.13165/SPV-14-2-7-07>

4. Štaras, K.; Kudukytė-Gasperė, R. (2014). Socialinio kapitalo teorijos raiška sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo integruotuose modeliuose. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 18 (8), p. 531-542.

5. Štaras, K., Čepuraitė, D., Kudukytė-Gasperė, R. (2013). Ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių sveikatos priežiūros specialistų darbo laiko paskirstymo tyrimas. Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai, Mykolo Romerio universitetas, 1(5), p. 167-187. <https://doi.org/10.13165/SPV-13-1-5-11>

Pranešimai doktorantūros metu mokslinėse konferencijose:

1. Kudukytė-Gasperė R. (2022). Organizational model for integrated healthcare and social care services in Lithuania. 30th NISPAcee Annual Conference 2022. 3 June 2022. The Network of institutes and schools of public administration in Central and Eastern Europe. https://www.nispa.org/files/conferences/2022/e-proceedings/e-proceedings_NISPAcee_Conference_2022.html

2. Kudukytė-Gasperė R. (2022). Factors influencing the integration of health care and social services at the outpatient level in Lithuania. The 10th International Scientific Conference for Young Researchers “Social transformations in contemporary

society”. 2022 m. birželio 2 d. p. 8-11. <http://stics.mruni.eu/wp-content/uploads/2022/STICS-2022-Abstract-book.pdf>

3. Kudukytė-Gasperė R. (2022). Sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo veiksniai, darantys įtaką integruotų priežiūros paslaugų vystymuisi Lietuvoje. Tarptautinė mokslinė konferencija „Visuomenės sveikatos ir gyvenimo architektūros pokyčiai ir iššūkiai pandemijos metu“ : pranešimų tezės, 2022 m. kovo 24 d., Klaipėdos universitetas, p. 44-45. https://www.ku.lt/svmf/wp-content/uploads/sites/7/2022/05/Konferencija_2022.pdf

4. Kudukytė-Gasperė R. (2020). Slaugos ir globos integracija. Mykolo Romerio universiteto konferencija „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“, 2020 m. rugsėjo 28 d., Mykolo Romerio Universitetas.

5. Kudukytė-Gasperė R. (2014). Integruota asmens sveikatos priežiūra ir socialinė pagalba namuose slaugomiems pacientams ir jų šeimos nariams. Mykolo Romerio universiteto konferencija „Efektyvumas viešajame sektoriuje: kuo vadybos teorija gali pasitarnauti ir praktikai gali patarti?“, 2014 m. balandžio 9 d., Mykolo Romerio Universitetas.

Mokslinė praktika, projektinė veikla:

1. Tarptautinio biomedicininio mokslinio projekto ESCAPE „Evaluation of a patient-centred biopsychosocial blended collaborative care pathway for the treatment of multi-morbid elderly patients“, jaunesnioji mokslinė darbuotoja, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2022. <https://escape-project.org/>

2. Mokslinė stažuotė Baškant universitete Turkijoje (Baškant Üniversitesi, Ankara, Turkey), Sveikatos mokslų fakultete, Slaugos skyriuje, 2022 m. balandis. <https://www.baskent.edu.tr/en/>

3. Projekto „Efektyvių ambulatorinės slaugos modelių plėtojimas“ Nr. 08.4.2 ESFA-V-614-01-0001 pagal 2014–2020 m. ES fondų investicijų veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ įgyvendinimo priemonės Nr. 08.4.2-ESFA-V-614 „Efektyvių ambulatorinės slaugos modelių plėtojimas“ lektorė. 2022 m. sausis – gegužė.

GYVENIMO APRAŠYMAS

Asmeninė informacija

Vardas, pavardė Renata Kudukytė-Gasperė
Kontaktai renata.kudukyte@gmail.com

Išsilavinimas

2013 m. – 2022 m. Vadybos mokslo krypties doktorantūros studijos, Mykolo Romerio universitetas
2012 m. Viešojo administravimo magistro laipsnis (sveikatos priežiūros įstaigų administravimo specializacija), Mykolo Romerio universitetas
2007 m. Visuomenės sveikatos magistro kvalifikacinis laipsnis, Vilniaus universitetas
2005 m. Slaugos bakalauro kvalifikacinis laipsnis (bendrosios praktikos slaugytojo profesinė kvalifikacija), Vilniaus universitetas

Profesinė veikla

2021 m. – dabar Šeimos medicinos klinikos asistentė, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
2021 m. – dabar Medicininės veiklos vadovė, įmonių grupė UAB „Kardiolitos klinikos“, UAB „MediCA klinika“, UAB „Bendrosios medicinos praktika“
2019 m. – 2020 m. Ilgalaikės priežiūros koordinavimo ir įgyvendinimo patarėja, LR Sveikatos apsaugos ministerija
2018 m. – 2020 m. Sveikatos apsaugos skyriaus vedėja (savivaldybės gydytoja), Kauno miesto savivaldybės administracija
2014 m. – 2018 m. Integruotos sveikatos priežiūros tarnybos vyresnioji specialistė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos
2010 m. – 2014 m. Slaugos, paliatyviosios medicinos ir socialinių paslaugų klinikos vedėja, VšĮ Centro poliklinika

MYKOLAS ROMERIS UNIVERSITY

Renata Kudukytė-Gasperė

**MODEL FOR THE ORGANIZATION OF
INTEGRATED HEALTHCARE
AND SOCIAL SERVICES IN LITHUANIA**

Summary of Doctoral Dissertation

Social Sciences, Management (S 003)

Vilnius, 2023

This doctoral dissertation was prepared at Mykolas Romeris University during 2013-2022 under the right to organize doctoral studies granted to Vytautas Magnus University together with Klaipėda University, Mykolas Romeris University and Šiauliai University by the order of the Minister of Education, Science and Sport of the Republic of Lithuania No. V-160 dated on February 22, 2019.

Scientific Supervisor:

Prof. Dr. Danguolė Jankauskienė (Mykolas Romeris University, Social Sciences, Management, S 003).

The doctoral dissertation will be defended at the Committee of Management of Vytautas Magnus University, Klaipėda University, Mykolas Romeris University, and Vilnius University Šiauliai Academy:

Chairman:

Prof. Dr. Tadas Sudnickas (Mykolas Romeris University, Social Sciences, Management, S 003).

Members:

Prof. Dr. Nijolė Petkevičiūtė (Vytautas Magnus University, Social Sciences, Management, S 003);

Prof. Dr. Rimantas Stašys (Klaipėda University, Social Sciences, Management, S 003);

Prof. Dr. Birutė Mockevičienė (Mykolas Romeris University, Social Sciences, Management, S 003);

Prof. Dr. Inesa Vorončuka (University of Latvia, the Republic of Latvia, Social Sciences, Economics, S 004).

The doctoral dissertation will be defended at the open meeting of the Scientific Council in the field of Management on February 23, 2023 at 11:00 at Mykolas Romeris University, I-414 Room.

Address: Ateities st. 20, Vilnius, Lithuania.

The summary of doctoral dissertation has been distributed on January 23, 2023.

Doctoral dissertation can be viewed at Martynas Mažvydas National Library of Lithuania (Gedimino ave. 51, Vilnius), at libraries of Klaipėda University (K. Donekaitis ave. 3, Klaipėda), Mykolas Romeris University (Ateities str. 20, Vilnius), Šiauliai University (Vytautas str. 84, Šiauliai), Vytautas Magnus University (K. Donelaičio str. 52), Kaunas).

MODEL FOR THE ORGANIZATION OF INTEGRATED
HEALTHCARE AND SOCIAL SERVICES IN LITHUANIA

SUMMARY

Relevance of the topic. The topic under consideration is multidimensional and multifaceted, includes a common concept of integrated care, identification of the content and goals of the integration of healthcare and social services at the outpatient level, the need for integrated care and the influence on personal care in the outpatient chain. The development of an integrated system of healthcare and social services is promoted as a managerial process, a more efficient tool and a principle of service organization improving the accessibility and quality of services and ensuring the continuity of services for persons with complex care needs (Rutten-van M lken et al., 2018; Goodwin, 2016; van der Heide et al., 2015). Integration aims to overcome the boundaries between the health and social care sectors by promoting the development of patient-centred, coordinated care services, satisfaction with the services provided and the efficiency of services (Kodner, 2009; Rummery, Coleman, 2003). Demographic and epidemiological changes in Europe and Lithuania lead to an increase in the need for long-term care services (WHO, 2011, 2013, 2015, 2016, and 2017). Scientists recognize that in order to cope with the increasing pressure on health systems in the context of an ageing population, it is necessary to reorganise the provision of health and social care services (Baxter et al., 2018).

The organisation of integrated services that meet the needs of the patient poses new, complex challenges for the health systems of states – finding the right mechanisms for organizing and financing integrated services and overcoming institutional barriers between health care and social assistance (Cocer et al., 2020; Amelung et al., 2017; Sheaff, 2015). The integration of healthcare and social services is applied to solve structural and functional problems in the organization of health services, and the integrated organization of services is characterized by the development of a network of diverse services, coordinated and cooperative actions of service providers (Bautista et. al., 2016; Suter et. al. 2017). It is emphasized that there is no single, multi-country model for the organization of integrated healthcare and social services, and it is therefore ne-

cessary to find the most appropriate model for the organization and delivery of services of the care systems based on scientific insights (Goodwin, 2016; Morciano et al., 2020).

In Lithuania, challenges to the integration of services arise due to the historical fragmentation of health and social care systems, which highlights the lack of cooperation between healthcare and social service sectors (Kontrimiene et al., 2021). In Lithuania, an institutional pattern is prevalent, and long-term, integrated healthcare and social services at the outpatient level are still only in the early stages of harmonization (OECD, 2022). In countries where health and social care systems have long functioned as segregated institutions, a care system based on integrated healthcare and social services is difficult to achieve due to the fragmentation of responsibilities, different regulatory and financing mechanisms for services (Crocker et al., 2020; van Duijn et al. 2018; Pimperl, 2018).

In the scientific literature, the attention of researchers is drawn to the following issues of management of healthcare services: what is the influence of the organization of healthcare services on the quality of services; how certain models for the organization of healthcare services affect the satisfaction of healthcare professionals and patients with the quality of services; what is the importance of integrated care for the future healthcare systems; what are the challenges facing the organization of care services in different countries, etc. Researches examine the structural, organizational, economic and sociocultural differences between the integrated service delivery models in different countries. The correlation between different parts of care (correspondence of functions, possibilities of cooperation between institutions and service providers), the development of healthcare systems, the choice and application of suitable integrated models for the organization of healthcare in the outpatient personal healthcare chain are discussed. For the named reasons, the problem is relevant from both a theoretical and practical point of view, this dissertation work is devoted to its solution.

Level of study of the topic. In many countries, the integration of healthcare and social service systems is seen as a possible solution to the growing problem of caring for patients with chronic diseases. Over the past decade, both western EU countries, Norway, the United Kingdom, and America, Canada, Japan, New Zealand and other countries have been subject to a number of integrated initiatives for the delivery of healthcare and social services, so that the attention of researchers to integrated healthcare and complementary services, such as social services provided to patients with chronic diseases, has become a priority for research, in order to deliver scien-

ce-based recommendations for determining the development, impact, and benefit of these services, both for the benefit of the patient (the person receiving the services) and for the healthcare system. The problem of organizing the integrated healthcare services is discussed in the works of foreign researchers: Goodwin et al. (2013, 2014, 2016), Grone and Garcia-Barbero (2001), Kodner and Spreeuwenberg (2002), McKee, Suhrc-ke and Nolte (2009), Nolte with co-authors (2014), Nolte (2017), McKee and Nolte (2011), O'Connor (2011), Karlberg (2008), Silva and Fahey (2008), etc. The challenges and options for integrating the integrated healthcare and social services are analysed by Brault with co-authors (2018), Petch et al. (2013), Humphries (2015, 2018), Rummery (2009), Leichsenring (2004), Carolyn with co-authors (2020) et al. The integration of primary personal healthcare and social services was studied by Crocer with co-authors (2020), Carter with co-authors (2018), Miller (2018), Sheaff with co-authors (2015), De Maeseener with co-authors (2008), etc. Despite the wide range of scientific works in the international context, attempts are still being made in different countries to find science-based solutions that would help to organize and provide long-term, integrated healthcare and social services at the outpatient level.

Scientists emphasize the lack of researches in this field in Lithuania and other Eastern European countries (Kontrimienė et al., 2021; Spasova et al., 2018; Gent et al., 2011). There are not much researches in Lithuania dealing with aspects of integrated healthcare and social services: Ulianskienė, Vikūnienė and Hitaitė (2006), Kanopienė and Mikulionienė (2006), Kontrimienė with co-authors (2021, 2020), Valiulienė and Raila (2017), Raila with co-authors (2020), Kudukytė-Gasperė with co-authors (2012, 2015), Burokienė with co-authors (2014), Jurkuvienė with co-authors (2018), Rupišienė with co-authors (2021). In the Lithuanian Academic Electronic Library, the following works are published: dissertation of Danusevičienė (2016) "Evaluation of the Effectiveness of Team-Based Integrated Home Care for Persons in Need of Long-Term Nursing Care", dissertation of Jakavonytė-Akstinienė (2018) "The Relationship of Cognitive and Physical Functions of Elderly Patients with Nursing Needs in Supportive Treatment and Nursing Hospital, dissertation of Junevičienė (2020) "Links Between Informal and Formal Home Care for the Elderly: Social Policies and Caregivers' Views", Master's thesis of Mečėjienė (2020), subject: "The Level of Maturity of Integrated Health and Social Care in Lithuania", Master's thesis of Mozuraitė (2020), subject: "The Need for Patients Leaving the Rehabilitation Hospital for Integral Assistance at Home", Master's thesis of Navardauskienė (2014), subject: "The Need and Organization of Integrated Health and

Social Care Services for Elderly at Home“.

The scientific problem is formulated by the question: What factors affect the integration of healthcare and social services and what model for the organization of integrated healthcare and social services could be applied in Lithuania in order to ensure long-term care services at the outpatient level.

Subject: Organisation of integrated healthcare and social services.

The aim is to present a conceptual model for the organization of integrated healthcare and social services at the outpatient level in Lithuania, after analysing the theoretical aspects of the organization of integrated healthcare and social services and conducting an empirical study.

To achieve the stated aim, the following **objectives** are set:

1. To reveal the managerial principles for the organization of integrated healthcare and social services, in terms of the usefulness of these services.
2. To assess the specifics and innovations in the organization of integrated healthcare and social services in the countries of the European Union.
3. To identify the need for the organization of integrated healthcare and social services in the outpatient care chain.
4. To empirically examine the contradictions in the organization of healthcare and social services in Lithuania, their consequences for personal care and propose possible solutions for the organization of integrated healthcare and social services to resolve these contradictions.
5. Based on theoretical insights and the results of the empirical research carried out, to prepare a conceptual model for the organization of integrated healthcare and social services at the outpatient level in Lithuania.

Defensive claims of the study:

1. The need for changes in the organization and provision of healthcare and social services at the outpatient level is due to the growing increase in the need for complex care services, the low availability and quality of these care services.
2. The integration of healthcare and social services at the outpatient level is adversely affected by factors related to systemic differences in the organization and delivery of these services, such as different legal regulations and funding of services.
3. The integration of healthcare and social services at the outpatient level requires

a political agreement, a common legal regulation and a funding mechanism, the development of managerial competencies at all levels of the organization and provision of services.

The following basic **research methods** are applied in the dissertation:

- *Literary analysis* was carried out in order to determine the concept of integration and integrated healthcare and social services, the content of these services, principles of organization, benefits. Literary analysis has made it possible to understand and summarize the experiences and innovations of different countries, organizing and providing integrated healthcare and social services for patients with disabilities, chronic diseases.
 - *Synthesis and generalization* were used to analyse the differences and specifics in the organization of integrated healthcare and social services, to identify disturbances affecting the integration of healthcare and social services, to present the basic principles for the successful integration of these services.
 - *The analysis of secondary data and documents* was used to analyse the directions of Lithuanian healthcare policy actions in the context of the European Union. The theoretical basis of the dissertation is formed by the paradigms of healthcare policy, which define the provisions of the countries of the European Union in the field of organization and provision of integrated healthcare and social services and define the principles of the organization of these services for persons with disabilities and the elderly with chronic diseases.
 - The empirical research is based on application of *the pragmatic research strategy* and *mixed methods approach*, implemented by *the sequential exploratory strategy*. At the first stage, after a quantitative study was conducted, the information for the collection and analysis of qualitative data was formulated for the second qualitative study. The first two studies made it possible to find out the approach to the provision of integrated healthcare and social services, the need for these services and the level of integration, the fundamental contradictions that have a negative impact on the integration of services in Lithuania, and formulated the prerequisites for the third – qualitative – study, the main objective of which was to find solutions to the objections raised to the organization of integrated healthcare and social services at the outpatient level in Lithuania. Summing up, comparing and opposing conclusions stemming from quantitative and qualitative researches have expanded the understanding of integrated

healthcare and social services in the local context.

- Data collection methods:

- In order to evaluate the opinion of the potential recipients of integrated healthcare and social services and their relatives, a quantitative study was conducted using *the questionnaire survey method*.

- In order to determine the maturity of the integration of Lithuanian healthcare and social services and the contradictions in the organization of these services, a qualitative study was carried out using *the expert group discussion method* and a preliminary *online survey* of the group discussion participants (hereinafter referred to by the author as an inclusive quantitative survey). The second empirical study focuses on the organization and delivery of healthcare and social services, evaluating the collective interpretation and approach of interested parties to integrated healthcare and social services, which has helped to obtain initial knowledge of emerging service integration challenges and tools to address them.

- In order to identify and propose possible solutions for the organization of integrated healthcare and social services to solve existing contradictions in Lithuania, the third empirical study was carried out – a qualitative study using *a targeted (partially structured) individual method of expert interviews*.

- Analysis of empirical research data:

- Qualitative data were analysed according to *the method of qualitative content analysis*, in order to increase the accuracy of text coding and facilitate the process of coding standardization, *an information system for qualitative analysis* “Nvivo” was used.

- Quantitative data were classified, processed and analysed using *the SPSS v. 25 software package (Statistical Package for Social Science)*.

- Data triangulation was performed according to the triangulation protocol.

Dissertation project consists of a theoretical part, which includes the analysis of documents, and an empirical study. Based on the insights provided in the theoretical part and the data of the empirical research, a conceptual model for the organization of integrated healthcare and social services for long-term care services at the outpatient level in Lithuania is being formed. The model is based on the “Rainbow Model of Integrated Care” proposed by Valentijn with co-authors (2013), which focuses on the integration of primary personal healthcare functions. The conceptual model has been evaluated in line with the areas of successful service integration presented by the WHO (WHO, 2016).

Scientific novelty and theoretical significance of the research.

1. The analysed concept of integration and models for integrated care services as well as the directions of care service reforms aimed to integrate care services in the EU and other countries made it possible to identify the fundamental differences and contradictions of the current system of organization of healthcare and social services in Lithuania, their consequences for personal care and to determine the maturity of the integration of healthcare and social services in Lithuania.
2. Methodological novelty: the application of the pragmatic paradigm, by linking positivism and constructivism, combining the possibilities of quantitative and qualitative researches, based on the explanatory sequential design of the research, revealed the complexity of the research subject and created the prerequisites for solutions concerning the integration of healthcare and social assistance systems in the Lithuanian context.
3. The definition of integrated healthcare and social services formed in the dissertation, refining the perception of integrated care services in the Lithuanian context, creates conditions for the continuation of research on various aspects of the integration of these services.
4. The developed conceptual model for the organization of integrated healthcare and social services at the outpatient level, creates the prerequisites for the early applicability of the components of the model in order to integrate the different functioning healthcare and social assistance systems.

The practical meaning of the research.

1. Dissertation project is useful in Lithuania in fostering the long-term care model provided for in the strategic development documents, in implementing integrated healthcare and social services at the outpatient level, which would reduce the challenges posed by the integration of differently functioning systems: the perception, need, current maturity of integration of care services were evaluated, objections that negatively affect the integration of care services were stated, options for management, funding, coordination and provision of services were proposed, benefits of integration were evaluated, and recommendations for development were given.
2. Dissertation project is aimed at outpatient healthcare services, so the data collec-

ted, generalizations and insights are valuable in carrying out healthcare reforms in the context of the aging population in order to broaden and develop outpatient and long-term complex care services.

3. The presented conceptual model for the organization of integrated healthcare and social services at the outpatient level, if implemented in practice, could successfully enter the outpatient personal healthcare chain, implementing the complex care of patients with chronic diseases, promoting the active involvement of patients and their relatives.

Limitations of the research. The data collected during the research and their reliability contributed to the perception of integrated healthcare and social services at the outpatient level in the Lithuanian context and created the conditions for providing reasoned insights on the challenges of the organization and coordination of integrated care, their solution; however:

1. The fact that the outpatient perspective of care services in the context of long-term care is analysed, when in Lithuania the long-term care model is still being defined in strategic development documents can be considered as one of the limitations of the dissertation research. Therefore, in order to get a complete picture of the organization, coordination and dynamics of integrated healthcare and social services, more detailed researches are necessary at all links, including inpatient long-term care services.
2. In the first empirical study of the dissertation research, questionnaire data were collected by interviewing patients hospitalized in an inpatient nursing and palliative care hospital and their relatives to find out the general trends in outpatient healthcare and social services, whether they were provided to patients before entering the hospital, how they were evaluated. The results obtained reflected the generalized more negative evaluation, but could not fully reveal the experiences and attitudes of a particular recipient of the service, expectations and suggestions for the provision of integrated healthcare and social services at the outpatient level. Therefore, in the future, these data could be detailed by qualitative research methods.

RESEARCH STRUCTURE AND CONTENT OVERVIEW

In the first part of the dissertation, the scientific literature analysis was carried out in the field of the concept of integration of services. The general concept of integration of integrated healthcare and social services, the components of integration as a process, the practice of foreign countries, and the benefits of organizing these services were evaluated. The experience of EU countries, specifics, innovations in organizing and providing integrated healthcare and social services were analysed, the factors determining the need for integrated healthcare and social services at the outpatient level in Lithuania were examined. Lithuania's case study includes the evaluation of social, demographic and epidemiological factors affecting the need for long-term care, integrated healthcare and social services provided at the outpatient level, as well as the analysis of the legal acts regulating the organization and provision of healthcare and social services. A graphical representation of the organization of healthcare and social services is presented, which reflects the fragmentation of personal care services in Lithuania. The experience of foreign countries, the recommendations of international organizations and the evaluation of Lithuania's case created the prerequisites for empirical researches.

The second part of the dissertation justifies the methodological approaches and mixed research data collection methods of the empirical research, their integration and triangulation. The course of conducting the quantitative and qualitative studies applied in the dissertation project, used data collection instruments, data sources and methods of analysis of the data obtained are presented.

The first empirical study is a quantitative evaluation of the opinion of service recipients and their relatives (questionnaire survey) conducted in a nursing and palliative care hospital in order to determine what healthcare and social services patients receive at the outpatient level, at the patient's home, how much respondents know about the services organized and provided in the municipality, how they evaluate the availability and quality of services currently received, what services they would like to receive. 102 patients and 243 relatives of patients participated in the study.

The second empirical study is a group expert discussion with an inclusive quantitative survey conducted in order to evaluate the level of maturity of integration of the services provided, the problem areas of integration and the proposed solutions to solve problem areas, by evaluating the opinion of interested parties. Before the discus-

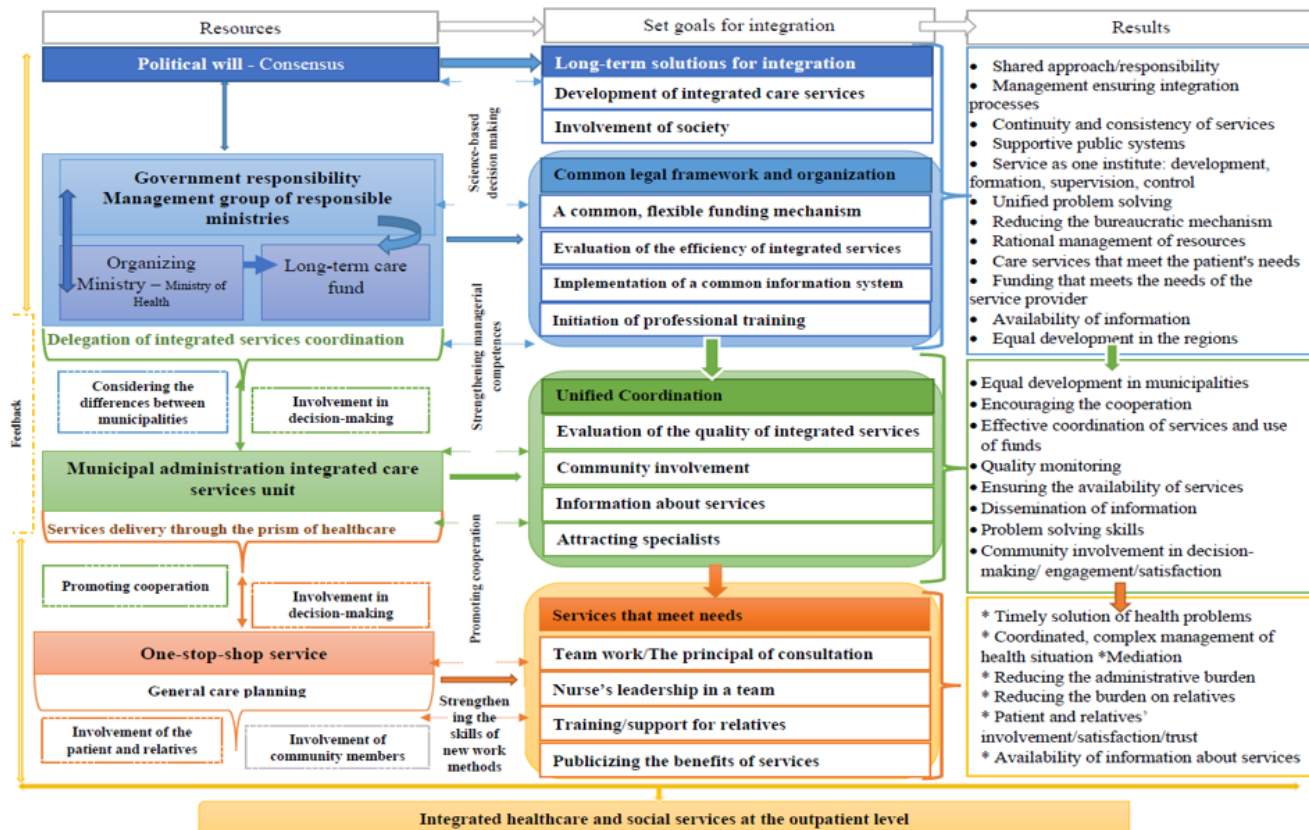


Figure 1. Conceptual model for the organization of integrated healthcare and social services at the outpatient level in Lithuania
 Source: Prepared by the author

sion, participants were asked to fill out an electronic questionnaire for evaluating the maturity of integration of healthcare and social care systems. 23 respondents filled out the electronic questionnaire. Questions have been formulated for discussion, in order to determine what is currently being carried out at the individual levels of organization and delivery of services through the integration of healthcare and social assistance services, what challenges are faced and how it is proposed to solve the emerging problems. 14 informants participated in the group expert discussion.

The third empirical study is a targeted (partially structured) individual expert interview conducted in order to supplement the insights obtained by the second empirical study and to answer in detail the fourth objective set in the dissertation. The selection of experts was carried out using the method of *purposeful sampling*. Experts representing multidisciplinary interested parties and actively participating in the process of integration of healthcare and social services were involved: representatives of institutions providing outpatient personal healthcare services at home, representatives of institutions providing social services at home, representatives of municipalities organizing primary personal healthcare and social services, representatives of the Ministry of Health and the Ministry of Social Security and Labour, representatives of the State Health Insurance Fund, scientists. 15 experts participated in the study.

In the part of the discussion of the results, the results of the empirical studies conducted were presented. The need for integrated healthcare and social services, the contradictions in the organization of Lithuanian healthcare and social services, their consequences for personal care through the eyes of interested parties (potential recipients of services, healthcare and social service providers, policy makers and practitioners, scientists) were evaluated.

The triangulation of empirical study results made it possible to combine the subjects and results of the questionnaire survey of patients, the expert group discussion with an inclusive quantitative survey and a targeted (partially structured) individual expert interview and to obtain generalized data for the conceptual model for the organization of integrated healthcare and social services at the outpatient level in Lithuania.

The conceptual model for the integrated healthcare and social services has been developed based on the conceptual “*Rainbow Model of Integrated Care*” for the integration of primary healthcare functions (Valentijn et al., 2013; Valentijn, 2016). Empirical studies of the dissertation project have demonstrated that this model needs to be detailed, in order to adapt it to the model for the integrated care services in Li-

thuania. The model presented in the dissertation project focuses on the combination and integration of services, in order to form continuous care oriented to the needs of the individual, and the levels of integration complement each other. The macro-level integration involves the systemic integration at the state level (Figure 1: blue), the meso-level integration includes the organizational and professional integration involving the coordination of services at the municipal level, which is carried out through the primary personal healthcare institutions (Figure 1: green), the micro-integration includes the organization of the service provision through the primary personal healthcare chain, professional and clinical integration (Figure 1: orange). All levels are combined by the functional and normative integration, which ensures the relationship between levels, creating legal and functional prerequisites for achieving the main result – integrated healthcare and social services at the outpatient level. The normative integration in the model combines all levels through the creation of a common legal framework at the state level, covering all chains from a common approach, values, common strategy, and the implementation of action plans. The functional integration covers all levels of integration and is implemented through funding mechanisms, ways of disseminating information, and the management of human resources and improvement of the quality of services. The conceptual model provides for feedback, the involvement of interested parts in decision-making, which includes all levels of organization and delivery of services in order to maintain a flexible system of integrated healthcare and social services at the outpatient level that meets the needs of the individual.

CONCLUSIONS

1. *The theoretical part, after the assessment of the experience of foreign countries in organizing integrated healthcare and social services, highlights the importance of implementing the management and organization tasks; therefore, the mechanisms of management at the national, regional and local level require managerial competencies of professionals and the understanding of both care systems.*

1.1. Basic principles applied in the process of integration of healthcare and social services:

1.1.1. Health management technologies, such as: redistribution of the roles of service providers, refinement of leadership, cooperation and coordination of actions, planning and continuous evaluation of services through the implementation of monitoring systems.

1.1.2. Innovations in health policy making and decision-making: political support, involvement of interested parties in decision-making, sustainable management and funding mechanism, standardized development of managerial competences of professionals, provision of standardized care.

1.1.3. Development of information systems: service delivery reminder system, sharing of clinical records, registers of service recipients, implementation of m. health.

1.1.4. Involvement of the patient and the community in the organization and delivery of care services.

1.2. The benefits of the integration of healthcare and social services at the outpatient level have been identified:

1.2.1. For healthcare systems: allows for an effective redistribution of available resources by reorganising the provision of care services, reduces the duplication of allocated resources, and reduces the cost of general care per capita (the duration of hospitalization is shortened, and the use of non-essential healthcare services is reduced).

1.2.2. For service providers: the role of the professional in the process of providing services is strengthened, the redistributed workload reduces the likelihood of burnout at work, the improvement and assimilation of skills is ensured, the job satisfaction is increased.

1.2.3. For service recipients and their family members: better access to ser-

vices and timely care, better coordination of care services, increased participation in the planning and delivery of care services, greater satisfaction with care services, reduced care burden on family members.

- 1.2.4. For community members: better access to care services, community awareness raising, community involvement, participation and influence on the process of organizing care services, representation in decision-making on the use of health resources are ensured.

2. The summary of the integrated care models being implemented and developed in foreign countries has established:

- 2.1. The models for integrated care can be divided into three main groups:
 - 2.1.1. Individual integrated care models: include patient-specific case management, individual care planning.
 - 2.1.2. Integrated healthcare and social service models for a specific target group of patients and integrated care models for specific chronic diseases: include a chronic disease care model, chronic disease management programmes and integrated care models for the elderly and people with disabilities.
 - 2.1.3. Public health-based models for the provision of integrated services: include services that are aimed at the public health promotion, healthy lifestyle dissemination, and integrated healthcare and social services become part of the whole system aimed at improving common health indicators.
- 2.2. There is no one model for the integrated care suitable for all states, so it is necessary for states to take into account the culture and structures of the systems when organizing the integrated care services. General directions of integration are distinguished:
 - 2.2.1. Reforms aimed at integrating health and care services are based on the integration of funding systems and the overcoming of institutional barriers between the outpatient and inpatient care chain, between formal and informal care.
 - 2.2.2. Complementary healthcare services (such as geriatric ones) are being developed, involving a wide range of care professionals, ensuring the promotion of cooperation between them, and assessing the quality

and effectiveness of services.

- 2.2.3. The integrated care provision mechanism promotes the participation of recipients of the service in the care process in order to ensure the involvement of the recipient of the service in the provision of services and the control of the process.
- 2.2.4. Community-based care initiatives that go beyond the concept of traditional care and mobilize community resources for welfare services.
- 2.2.5. Dissemination of information about integrated care services provided and increasing the competences of care providers by promoting cooperation between different organisations.

3. *The analysis of the current situation in Lithuania demonstrated that the rapid ageing of the population and the deterioration of the epidemiological situation of related chronic diseases increase the need for the organization of integrated healthcare and social services in the outpatient care chain:*

- 3.1. The analysis of indicators of the situation of the Lithuanian healthcare system reveals that it is possible to increase the efficiency of the healthcare system by moving from inpatient care to outpatient services in the context of an aging population.
- 3.2. One third of the total healthcare budget is allocated to inpatient services, inpatient institutions are used in cases of avoidable hospitalization, where health problems could be more effectively solved through the use of outpatient services.
- 3.3. In Lithuania, more than a third of people over the age of 65 are in need of healthcare or social services at the outpatient level, but only a small percentage of people with a need receive these care services.
- 3.4. Fragmented regulation and organization of healthcare and social services at the outpatient level reduces the availability, quality and scope of these services, causes the inferiority of healthcare and social services, and shapes the undesirable patients' queues for receiving services, which increases the burden of patient care on their relatives.
- 3.5. Following the evaluation of the data from the survey of potential recipients of integrated healthcare and social services, it was found that the majority did not receive care services at the outpatient level and were unaware of the possibility of receiving them. Patients and their relatives who were provided with care services at the outpatient level tended to judge these services poor-

ly or satisfactorily.

- 3.6. Most of the potential recipients of integrated healthcare and social services who took part in the survey would prefer long-term, permanent care services at the patient's home and would like these services to be provided by a team of healthcare and social assistance professionals acting together, and the services they provide are available on all days and at night.

4. *During the empirical studies conducted in the Lithuanian healthcare and social service outpatient chain:*

- 4.1. The definition of integrated care was formed in the Lithuanian context: integrated care is a coordinated organization and provision of services that meet the individual needs of the patient, are of high quality, complex, timely, which include not only healthcare and social assistance, but also are supplemented with other necessary services, such as pharmacist's, educational services, employment, integration into society services, in order to ensure the physical, mental and social wellbeing of a person, and the integration of services is achieved through political and systemic decision-making, i.e. systemic integration.
- 4.2. It was found that the readiness of healthcare and social service systems for integration is at the initial level, contradictions have been identified that negatively affect the integration process and ways to solve them have been formulated:
 - 4.2.1. A negative factor is the lack of shared responsibility and attitude at the state level. In order to achieve the integration of healthcare and social services, it is proposed to legitimize long-term solutions at the state level on the basis of a political consensus, to regulate the service as an institute of long-term care, to delegate the coordination and control of this service to one responsible ministry, thus centralizing the organization of the service.
 - 4.2.2. Different funding for services is a negative factor. In order to achieve a single funding mechanism, it is proposed to establish a separate fund for funding services, to finance services flexibly according to the needs of a particular person and the services provided by a particular specialist.
 - 4.2.3. A negative factor is the inadequate empowerment of municipalities for the coordination of care services, the lack of human resources,

necessary competencies and managerial skills hinders the full-fledged organization of care services in local communities. In order to achieve an even development of services in different municipalities, it is proposed to fully delegate the coordination of services to the municipality, to involve interested parties in decision-making, to create a separate integrated care service, the activities of which would be organized on a one-stop-shop basis, and to strengthen the managerial competences of municipal specialists.

- 4.2.4. A negative factor is the difficulties of cooperation and the lack of relations between service providers, the lack of competences for teamwork, the lack of clear leadership, the lack of access to information, complex mechanisms for organizing services, and the lack of human resources for the provision of services. It is proposed to carry out the provision of the service through the prism of healthcare by redistributing responsibilities, transferring leadership to nursing professionals; however, for this, it is necessary to reduce the bureaucratic mechanism of the organization of services, to ensure the availability of information through information systems and to strengthen teamwork competencies by introducing interdisciplinary educational programs.
- 4.2.5. A negative factor is the lack of information about healthcare and social services and the stigmatisation of social services. In order to improve the awareness of care services, it is proposed to make information public by sources of dissemination that meet different ages and needs, to reduce the stigmatization of care services by highlighting the benefits and added value of services, to improve communication about integrated services at all levels of organization and supply, to provide additional training and psychological support services in communities.
- 4.2.6. A negative factor is the low level of public involvement, alienation, negative assessment of older people and care services. In order to increase public involvement, it is proposed to promote ideas of volunteering, to increase personal responsibility and health literacy, to form a positive image of older people in society.

5. *Having prepared the conceptual model for the organization of integrated health-care and social services at the outpatient level in Lithuania on the basis of theoretical and empirical studies, we can say that:*

- 5.1. The detailed model focuses on the integration of health care and social services at the outpatient level to ensure long-term care services in the context of an ageing population.
- 5.2. In the model, the integration of care services at the state (macro) level is achieved through political consensus, with the government delegating responsibility for integrated healthcare and social services. For the adoption of objective decisions (organization, formation, development and supervision of services), a management group for these services is formed, one responsible organizer of these services at the level of ministries is appointed. The legalisation of integrated care services ensures the availability of information, the redistribution and management of human resources, the assessment of the need and quality of services, and the integration of all levels of organization and provision of services.
- 5.3. For flexible funding of care services, the model provides for a separate fund for the funding of long-term care services, combining the currently existing different sources of service funding.
- 5.4. Coordination of services is transferred to municipalities. Integrated care services are organized on a one-stop-shop basis through the prism of personal healthcare by transferring the leadership of service delivery to healthcare professionals (organisational and professional integration at the meso level is ensured). Professional integration is carried out through teamwork and decision-making on the principle of a common consultation.
- 5.5. In the model, integrated care services are provided according to service delivery algorithms, according to the identified needs of a particular patient, individually providing support to the patient's relatives (the integration of micro-level clinical practices is ensured).

APPROBATION OF THE RESEARCH RESULTS

Peer-reviewed scientific publication on the topic of the dissertation:

1. Kudukytė-Gasperė, R., Jankauskienė, D. (2019). Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje hospitalizuotiems pacientams bei jų artimiesiems namuose būtinų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis = The need of the health and social care services at home for patients hospitalized in the nursing hospital. Sveikatos politika ir valdymas = Health policy and management. Nr. 1 (11), p. 96-116. <https://doi.org/10.13165/SPV-19-1-11-06>

2. Kudukytė-Gasperė, R., Štaras, K. (2015). Integruotų slaugos ir psichosocialinių paslaugų poreikis namuose slaugomiems sunkios būklės pacientams ir jų šeimos nariams. Atvejo analizė VŠĮ Centro poliklinikoje = The Demand of integrated nursing and psychosocial services for chronic severe disease patients and their relatives. Case analysis in public institution Centro poliklinika. Sveikatos mokslai = Health sciences, 25(1), p. 15-23. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2015.002>

3. Kudukytė-Gasperė, R., Jankauskienė, D. (2014). Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos – į žmonių poreikius orientuotos sveikatos priežiūros sistemos skatinimas Europos regione = The Integrated health care services: people-centered health care in European region. Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai = Health policy and management: research papers, 2(7):113–33. <https://doi.org/10.13165/SPV-14-2-7-07>

4. Štaras, K.; Kudukytė-Gasperė, R. (2014). Socialinio kapitalo teorijos raiška sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo integruotuose modeliuose = Reflection of the social capital theory in the models of integrated health care and social care service. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 18 (8), p. 531-542.

5. Štaras, K., Čepuraitė, D., Kudukytė-Gasperė, R. (2013). Ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių sveikatos priežiūros specialistų darbo laiko paskirstymo tyrimas = The distribution of working time of the health care specialists, employed in ambulatory health care institutions. Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai = Health policy and management: research papers, 1(5), p. 167-187. <https://doi.org/10.13165/SPV-13-1-5-11>

Presentations in scientific conferences:

1. Kudukytyė-Gasperė R. (2022). Organizational model for integrated healthcare and social care services in Lithuania. 30th NISPAcee Annual Conference 2022. 3 June 2022. The Network of institutes and schools of public administration in Central and Eastern Europe. https://www.nispa.org/files/conferences/2022/e-proceedings/e-proceedings_NISPAcee_Conference_2022.html

2. Kudukytyė-Gasperė R. (2022). Factors influencing the integration of health care and social services at the outpatient level in Lithuania. The 10th International Scientific Conference for Young Researchers "Social transformations in contemporary society". 2 June 2022. p. 8-11. <http://stics.mruni.eu/wp-content/uploads/2022/STICS-2022-Abstract-book.pdf>

3. Kudukytyė-Gasperė R. (2022). Factors of organization and provision of health and social care services influencing the development of integrated care services in Lithuania. International scientific conference "Changes and challenges in the architecture of public health and life during the pandemic", 24 March 2022, Klaipėda University, p. 44-45. https://www.ku.lt/svmf/wp-content/uploads/sites/7/2022/05/Konferencija_2022.pdf

4. Kudukytyė-Gasperė R. (2020). Integration of nursing and care services. The Mykolas Romeris University conference "Perspectives of health system development". 28 September 2020, Mykolas Romeris University.

5. Kudukytyė-Gasperė R. (2014). Integrated health care and social assistance for home-care patients and their family members. The Mykolas Romeris University conference "Efficiency in the public sector: what can management theory serve and what can practitioners advise?". 9 April 2014, Mykolas Romeris University.

Scientific practical, project activities:

1. ESCAPE Research and innovation project funded through Horizon 2020 „Evaluation of a patient-centred biopsychosocial blended collaborative care pathway for the treatment of multi-morbid elderly patients“, junior researcher, Lithuanian University of the Health sciences, from 2022. <https://escape-project.org/>

2. Research internship at Başken University (Başkent Üniversitesi) Ankara, Turkey, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, April 2022. <https://www.baskent.edu.tr/en/>

3. The lecture at the project “Development of effective ambulatory care models” No. 08.4.2 ESFA-V-614-01-0001 funded by the European Union according to 2014–2020 EU fund investment action program priority 8 “Increasing social inclusion and combating poverty” implementation measure no. 08.4.2-ESFA-V-614 “Development of effective ambulatory care models”. January - May 2022.

CURRICULUM VITAE

Personal information

Name, Surname Renata Kudukytė-Gasperė
Contacts renata.kudukyte@gmail.com

Išsilavinimas

2013 – 2022 Doctoral student at Mykolas Romeris University (Social Sciences, Management)
2012 Master's degree in Public Administration (Healthcare administration), Mykolas Romeris University
2007 Master's degree of Public Health, Vilnius University
2005 Bachelor's degree of Nursing, Vilnius University

Work experience

2021 – Now Assistant at Family Medicine department, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences
2021– Now Head of Medical Activities at the Company group: UAB “Kardiolitos klinikos”, UAB “MediCA klinika”, UAB “Bendrosios medicinos praktika”
2019 – 2020 Adviser for long-term care coordination and implementation, Ministry of Health of The Republic of Lithuania
2018 – 2020 Head of Health care Division, Kaunas City Municipal Administration
2014 – 2018 Specialist of the Integrated health care department, Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno Klinikos
2014 – 2014 Lecturer at the Mykolas Romeris University
2010 – 2014 Head of the Nursing, Palliative Medicine and Social Care Clinic, Centro Out-Patient Clinic

Kudukytė-Gasperė, Renata

INTEGRUOTŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINIŲ PASLAUGŲ ORGANIZAVIMO MODELIS LIETUVOJE: daktaro disertacija. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2023. 308 p.

Bibliogr. 206-230 p.

Integruota priežiūra – daugiadimensė ir įvairiapusė, apimanti bendrą integruotos priežiūros koncepciją, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integracijos turinio ir tikslų identifikavimą, integruotos priežiūros poreikio nustatymą bei įtaką asmens priežiūrai. Integruotų, tenkinančių paciento poreikius, paslaugų organizavimas iškelia naujus, sudėtingus iššūkius – rasti tinkamus integruotų paslaugų organizavimo ir finansavimo mechanizmus bei įveikti institucinius barjerus tarp sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos. Disertacijoje „Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo modelis Lietuvoje“ siekiama geriau suprasti integruotos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemos vystymo, kaip vadybinio proceso, aspektus, nustatyti šių paslaugų poreikį bei prieštaravimus integracijai, pateikti paslaugų organizavimo principus ir priemones, mažinančias priežiūros paslaugų fragmentiškumą, pagerinančias paslaugų prieinamumą, kokybę ir užtikrinančias paslaugų tęstinumą ambulatoriniame lygmenyje. Disertacijoje detalizuotas integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų modelis orientuojamas į sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integravimą ambulatoriniame lygmenyje, siekiant užtikrinti ilgalaikės priežiūros paslaugas Lietuvoje senėjančios visuomenės kontekste.

Integrated care is multidimensional and multifaceted, encompassing a common concept of integrated care, identifying the content and goals of the integration of healthcare and social services, identifying the need for integrated care and influencing personal care. The organisation of integrated services that meet the needs of the patient poses new, complex challenges: finding the right mechanisms for organization and funding of integrated services and overcoming institutional barriers between healthcare and social assistance. The dissertation “Model for the Organization of Integrated Healthcare and Social Services in Lithuania” aims to better understand the aspects of the development of the integrated system of healthcare and social services as a managerial process, to identify the need for these services and contradictions with integration, to present the principles and measures of service organization that reduce the fragmentation of care services, improve the availability and quality of services and ensure the continuity of services at the outpatient level. The model for integrated healthcare and social services detailed in the dissertation focuses on the integration of healthcare and social services at the outpatient level in order to ensure long-term care services in Lithuania in the context of an ageing population.

Renata Kudukytė-Gasperė

INTEGRUOTŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SOCIALINIŲ PASLAUGŲ
ORGANIZAVIMO MODELIS LIETUVOJE

Daktaro disertacija
Socialiniai mokslai, vadyba (S 003)

Mykolo Romerio universitetas
Ateities g. 20, Vilnius
Puslapis internete www.mruni.eu
El. paštas roffice@mruni.eu
Tiražas 20 egz.

Parengė spaudai Jovita Jankauskienė

Spausdino UAB „Šiaulių spaustuvė“
P. Lukšio g. 9G, 76200 Šiauliai
info@dailu.lt
<http://siauliuspaustuve.lt>

